



HOSPITAL  
SAN JOSE

Confianza y calor para tu vida.

NIT. 891.580.002-5

FO-ARH-01

Versión: 04

Página 1 de 1

## CONTROL INTERNO

### ANALISIS DE LAS PQRFS TERCER TRIMESTRE DEL 2022

PROCESO AUDITADO	Seguimiento a las quejas, sugerencias y peticiones, felicitaciones presentadas al sistema de información y atención al usuario, del tercer trimestre del 2022
JEFE DEL PROCESO	<b>Victor Fabio Gómez Franco</b> -Jefe Oficina Asesor de Control Interno
AUDITOR	<b>Gustavo callejas Calvache</b> , Profesional de apoyo auditorias administrativas.
OBJETO	-Verificar el cumplimiento de las actividades del Sistema Integral de Atención al Usuario (SIAU). -Realizar seguimiento a los procedimientos de: Manejo de Buzón de Sugerencias, Trámite de sugerencias, quejas y felicitaciones. -Verificar la consolidación de las quejas, reclamos, felicitaciones y sugerencias de los usuarios y -Verificar el diligenciamiento de los indicadores y su seguimiento
ALCANCE	El informe en mención evalúa el tercer trimestre comprendido entre julio y septiembre del 2022
	<p>Constitución Política de Colombia: En su artículo 23 establece <i>"Toda persona tiene derecho a presentar peticiones respetuosas a las Autoridades por motivos de interés general o Particular y a obtener pronta resolución."</i></p> <p>Ley 87 de 1993: <i>"Por la cual se establecen normas para el ejercicio del control interno en las entidades y organismos del estado y se dictan otras disposiciones"</i> artículo 12 literal i) <i>"Evaluar y verificar la aplicación de los mecanismos de participación ciudadana, que en desarrollo del mandato constitucional y legal, diseñe la entidad correspondiente"</i>.</p> <p>Decreto 1757 del 3 de agosto del 1994, artículo 4, servicio de atención de la comunidad. Los niveles de Dirección Municipal, Distrital y Departamental del Sistema General de Seguridad Social en Salud organizaran un servicio de atención a la comunidad, a través de las dependencias de participación social, para canalizar y resolver las peticiones e inquietudes en salud de los ciudadanos. Para el adecuado servicio de atención a la comunidad en salud se deberá a través suyo, velar porque las instituciones prestatarias de servicios de salud, sean publicas, privadas o mixtas, establezcan los mecanismos de atención a sus usuarios y canalicen adecuadamente sus peticiones.</p> <p>Norma técnica colombiana NTC-ISO 1002 del 2005, Gestión de la calidad, satisfacción del cliente. Directrices para el tratamiento de quejas en las organizaciones Resolución 14437 de 1991, por la cual se constituye los mites de ética hospitalaria y se adopta el decálogo de los Derechos de los pacientes</p> <p>Resolución 0182, del 10 de mayo del 2010, del Hospital universitario San José de Popayán "E.S.E, mediante la cual se adopta los deberes y derechos del paciente Código de ética, formato de quejas y reclamos.</p> <p>Ley 1474 de 2014: <i>"Por la cual se dictan normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y la</i></p>



## CONTROL INTERNO

	<p><i>efectividad del control de la gestión pública" en su artículo 76 establece" La Oficina de Control Interno deberá vigilar que la atención se preste de acuerdo con las normas legales vigentes y rendirá a la administración de la entidad un informe semestral sobre el particular "</i></p> <p>Decreto 1166 del 2016 , por el cual se adicional el capitulo 12 al Titulo 3 del la parte 2 del Libro 2 del Decreto del 1069 del 2015, Decreto Único reglamentario del Sector de Justicia y del derecho, relacionado con representación, tratamiento y radicaciones las peticiones presentadas verbalmente</p> <p>Decreto 943 del 21 de mayo de 2014: <i>"Por el cual se actualiza el Modelo Estándar de Control Interno (MECI) y el Manual Técnico del Modelo Estándar de Control Interno para el estado colombiano MECI 2014 en su componente Información y comunicación interna establece como <b>elementos mínimos:</b> Mecanismos para recibir sugerencias o solicitudes de los funcionarios, Sistema de Información para la atención de las peticiones, quejas, reclamaciones o recursos de los ciudadanos, punto de atención al usuario</i></p> <p>Resolución 0286 del 18 de marzo de 2017: <i>"Por medio de la cual se ajusta el Plan Anticorrupción para el Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E "establece en su componente 4 los mecanismos para Mejorar la Atención al Ciudadano a través de Buzón de Sugerencias, Atención de Quejas, reclamos y sugerencias en la Oficina de SIAU, Medición de la Satisfacción del usuario, Sistema Integral de Atención al Usuario, Liga de Usuarios.</i></p> <p>Resolución 256, del 5 de febrero del 2016. Que tiene como objetivo , dictar disposiciones, relacionadas con el sistema de calidad , como componente del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la atención de Salud – SOGCS del SGSS y establecer los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud estructurados bajo el presupuesto de su interrelación entre si y el enfoque al mejoramiento de la calidad en salud que impacte en el usuario como finalidad primordial de los diferentes componentes de dicho sistema</p> <p>Resolución: 054 del 2017, del 30 de enero del 2017, por el cual se reglamenta el tramite interno de las peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y denuncias en el Departamento Administrativo de la Función Pública</p> <p>Decreto N°648 del 19 de abril de 2017 <i>"Por el cual se modifica y adiciona el Decreto 1083 de 2015, Reglamentario Único del Sector de la Función Pública."</i></p>
	Decreto N° 1499 del 11 de septiembre de 2017 <i>"Por medio del cual se modifica el Decreto 1083 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Función Pública, en lo relacionado con el Sistema de Gestión establecido en el artículo 133 de la ley 1753 de 2015.</i>
FECHA DE AUDITORIA	Inicio: Noviembre 08 del 2022 Finaliza: Noviembre 10 del 2022
METODOLOGIA	Se solicitó a la Oficina de Sistema de atención al usuario –SIAU- el consolidado de PQRSF los planes de mejoramiento y los seguimientos de los indicadores tercer trimestre del 2022



 <p>HOSPITAL SAN JOSE</p> <p><i>Confianza y alto nivel de calidad</i></p> <p>NIT. 891.580.002-5</p>	<h2>CONTROL INTERNO</h2>	FO-ARH-01
		Versión: 04
		Página 1 de 1

De la misma manera el SIAU realiza educación a los colaboradores de la entidad, como ejemplo de ello se citan las siguientes: En Julio el equipo SIAU elaboró video educativo sobre derechos y deberes que se esa colocando en los TV de las salas de espera. En agosto se brinda educación en los servicios sobre el uso de canales de comunicación institucionales y seguridad en el manejo. En septiembre se brinda educación a todos los colaboradores del hospital en jornadas educativas realizada por talento humano en Pisojé, se socializó la actualización en la resolución 0412 de 2022 de conformación y funciones del Comité de Ética Hospitalaria.

Siguiendo con el tema educacional el SIAU realiza educación a la Asociación de usuarios y al día 30 de septiembre de 2022 se han realizado todas las reuniones mensuales programadas con esta asociación, logrando un cumplimiento del tercer trimestre del 100% de lo programado. Se cuenta con cronograma para todo el año, se vienen desarrollando las capacitaciones con el apoyo de planeación y líderes de los diferentes procesos. Se brindó educación en el tercer trimestre con dos cambios de tema, el de agosto en el cual fue necesaria la socialización de indicadores del primer semestre y el de septiembre que se dio con la rendición de cuentas , a cambio la asociación de usuarios participó del evento educativo rutas de atención en promoción y prevención organizado por el hospital en el auditorio de Unicauca.

De parte de la oficina de control Interno se evidencian el cronograma, las copias de las actas de la asociación de usuarios, listados de asistencia y registros fotográficos.

## GESTION DE LAS PQRFS

El Hospital Universitario San Jose de Popayan, cuenta con el sistema de Peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y felicitaciones como herramienta, que permite conocer las inquietudes y manifestaciones de los usuarios para fortalecer nuestro servicio y seguir el camino hacia la excelencia operativa.

El Hospital cuenta con las siguientes formas de recepción de las PQRSF.

**1 De manera verbal:** Puede acercarse al oficina de Atención al Usuario ubicada en la parte externa de la institución y presentar su PQRSF.

 <p><b>HOSPITAL SAN JOSÉ</b></p> <p><i>Compromiso y atención al usuario</i></p> <p>NIT. 891.580.002-5</p>	<p><b>CONTROL INTERNO</b></p>	FO-ARH-01
		Versión: 04
		Página 1 de 1

**2. Presencial:** Directamente en las instalaciones de la Oficina de Atención al Usuario donde es atendido por personal calificado en horario de 08:00 AM a 4:00 PM de lunes a viernes

**3. Telefónicamente:** Pueden comunicarse con nuestra línea de atención 8234508 EXT 202 , 3128323881 y línea gratuita 018000415195.

**4. De manera escrita:** Se puede diligenciar su PQRSF en los formatos establecidos en la institución el cual también se encuentra en lengua NASA y colocarla en los buzones

**5. Virtual:** En el correo electrónico: [slau@hospitalsanjose.gov.co](mailto:slau@hospitalsanjose.gov.co) y en la pagina web [www.hospitalsanjose.gov.co](http://www.hospitalsanjose.gov.co)

La apertura de buzones de sugerencias se realiza dos veces a la semana, los días martes y viernes con acompañamiento de veedores del ciudadano como personería municipal, liga de usuarios y representante de liga en la secretaria de salud departamental.

Se realiza acta en cada apertura, dejando evidencia firmada de la recolección y clasificación de los formatos en cada uno de los buzones de la institución.

**Indicador cumplimiento:**

Número de aperturas programadas por mes / aperturas realizadas x 100

Se cumplió con la apertura de los buzones tal como se tiene definido, 9 por cada mes del trimestre ( julio, agosto, septiembre) 27 programadas /27 realizadas llegando al 100% de las aperturas programadas.

Las **PQRSF** de los buzones más las que ingresan por otros canales de comunicación, se ingresan al aplicativo Nexura y de ahí se obtiene el consolidado final.

Es importante destacar el esfuerzo que viene haciendo la institucion en la atencion a poblacion diferencial por colaboradoras Nasa y Misak, las colaboradoras de etnias indigenas abordan a los usuarios para brindarles orientación, educación y apoyar la relación médico paciente.



# CONTROL INTERNO

CONSOLIDADO DE APERTURA DE BUZONES III TRIMESTRE 2022				
FECHA	FORMATOS ENCONTRADOS	QUEJAS	SUGERENCIAS	FELICITACIONES
01/07/2022	68	7	3	60
05/07/2022	47	3	7	44
08/07/2022	78	17	14	65
12/07/2022	49	11	2	38
15/07/2022	54	11	6	40
19/07/2022	26	11	5	19
22/07/2022	45	7	4	36
26/07/2022	49	11	9	39
29/07/2022	83	10	10	71
TOTAL JULIO	501	94	61	412
02/08/2022	49	11	5	37
05/08/2022	54	9	8	42
09/08/2022	93	7	6	83
12/08/2022	75	9	7	64
16/08/2022	55	12	5	41
19/08/2022	88	15	6	73
23/08/2022	72	10	5	61
26/08/2022	75	13	9	60
30/08/2022	68	14	12	43
TOTAL AGOSTO	604	104	61	504
02/09/2022	99	15	10	77
06/09/2022	93	14	5	76
09/09/2022	65	12	13	54
13/09/2022	82	16	9	64
16/09/2022	76	12	5	59
20/09/2022	83	17	7	70
23/09/2022	68	12	3	55
27/09/2022	91	10	10	73
30/09/2022	73	15	7	58
TOTAL SEPTIEMBRE	730	129	70	587

## Resultados de indicadores para el tercer trimestre

Nuevamente para este trimestre se presenta un incumplimiento de la meta que es del 90% ya que solo se alcan el 87.3% y el indicador que afecta esta relacionado al cumplimiento de respuesta al usuario antes de 15 dias, aunque el indicador paso de estar en el primer trimestre en el 58% al 83% en el segundo trimestre y para el presente trimestre llega a un 88,3% lo que demuestra el esfuerzo que se viene realizando para alcanzar el objetivo.



**HOSPITAL  
SAN JOSÉ**

*Confianza y calor para el cuido*

NIT. 891.580.002-5

FO-ARH-01

Versión: 04

Página 1 de 1

## CONTROL INTERNO



### MATRIZ DE SEGUIMIENTO A INDICADORES INSTITUCIONALES PROCESOS ASISTENCIAL

No.	Nombre del indicador	Unidad de medida	Meta 2021	Resultado exigencia 2021	Resultado I Trimestre	Resultado II Trimestre	Resultado III Trimestre	Resultado IV Trimestre	Resultado al final 2021	Metas de vigencia 2022	Metas de vigencia 2021
1	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
2	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
3	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
4	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
5	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
6	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
7	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
8	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
9	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
10	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...

En la revisión del resultado encontramos que hay **PQRSF** que requieren de gestión interna de varios procesos, reuniones internas con los implicados y por ello se demoran en enviar las respuestas con planes de mejora, situación que exponen los coordinadores de servicios. Hay asociaciones sindicales o profesionales adscritos a la organización que no tienen adherencia al procedimiento de responder oportunamente las **PQRSF** en un tiempo no mayor de 8 días a partir de que se les asigna la **PQRSF**, a ellos se les ha notificado por escrito para la acción de mejora. La oficina de Control Interno ha venido haciendo seguimiento a compromisos suscritos por parte de los implicados.

A continuación se presenta el consolidado de quejas que resulta de los buzones para el trimestre:

PQRSF	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	TOTAL
QUEJAS	91	105	122	318
SUGERENCIAS	44	52	46	142
FELICITACIONES	421	511	598	1530
<b>TOTAL</b>	<b>557</b>	<b>668</b>	<b>766</b>	<b>1991</b>

### Porcentaje de quejas

Se logra la meta con el 0,9%, medición sobre el total de egresos de la institución. Meta 10% El objetivo es escuchar al usuario, identificar la necesidad y ayudarla a gestionar dentro del servicio para evitar la queja, estrategia que ha funcionado para mejorar la satisfacción y experiencia del usuario. Resultado obtenido a tercer trimestre de 2022. El incremento de quejas en el mes de septiembre es proporcional al incremento de usuarios atendidos en el periodo.

Numerador					Denominador				
Número de quejas recibidas					Total de egresos de la institución				
Fuente Numerador					Fuente Denominador				
Egresos de PQRSF					Egresos				
Mes	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre
Numerador	37	62	114	135	92	80	92	113	124
Denominador	467	1124	1174	1244	1311	1334	1301	1347	1401
Resultado 2022	7.9%	5.5%	9.7%	10.8%	7.0%	6.0%	7.1%	8.4%	8.8%
	<b>0,7%</b>				<b>0,8%</b>			<b>0,9%</b>	

### Distribución de las PQRSF por servicio

El servicio con mayor número de quejas es **Urgencias Adulto**, relacionadas con oportunidad servicio en el cual los usuarios manifiestan demora en la valoración después del Triage, y demora en la revaloración con resultados. Además, se han presentado quejas porque los especialistas no pasan presencialmente sino que generan valoraciones y turnos por sistema, sin que el usuario los conozca y les sea explicada la situación, desde la subgerencia científica les han enviado una circular exigiendo presencialidad y oportunidad para responder interconsultas. La subgerencia científica ha incrementado las horas de médico general buscando mejorar la oportunidad en la valoración y revaloración. El servicio refiere que los altos volúmenes de usuarios hacen que el servicio permanezca congestionado y que no se logre evacuar con mejor oportunidad. Otras quejas recurrentes se presentan por **seguridad del paciente** quejas por pacientes con dolor, no administración de medicamentos, demoras en la atención, **trato recibido** relacionados a mala actitud del personal, mal genio y deshumanización en la atención son las constantes, **información** que refieren



CONTROL INTERNO

que el personal no brinda información adecuada ni oportuna sobre el manejo del paciente, **hotelería y confort:** por servicio con asinamiento de personas, sillas reclinables incómodas no cambian de posición, mucho tiempo en una camilla, y pérdida de elementos como balas de oxígeno.

CONSOLIDADO QUEJAS TERCER TRIMESTRE 2022

SERVICIOS	MESES			TOTAL TERCER TRIMESTRE
	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	
URGENCIAS ADULTOS	18	9	30	57
CONSULTA EXTERNA	17	13	22	52
CIRUGIA	13	27	8	48
IMÁGENES DIAGNOSTICAS	3	7	7	17
SERVAGRO	0	5	7	12
FACTURACION	6	2	3	11
NO TRAMITADA	6	3	2	11
CLIENTE INTERNO	1	3	4	8
ECONOMATO	3	3	2	8
MEDICAS I	2	2	3	7
NEONATOS	4	1	2	7
SIAU	2	4	1	7
GINECOLOGIA	3	2	1	6
ACTUAR TEMPORALES ZOMAC	1	2	2	5
MEDICO QUIRURGICAS II	0	1	4	5
CLIENTE EXTERNO	1	1	2	4
UCINT	0	0	4	4
LABORATORIO CLINICO	1	0	2	3
MEDICO QUIRURGICAS I	1	1	1	3
QUIRURGICAS II	1	0	2	3
SINTRAOEMPUJE	0	1	2	3
TRAUMATOLOGIA	2	1	0	3
UNIDAD MENTAL	1	2	0	3
ASOCIRGE	0	1	1	2
CONVENIO DOCENCIA Y SERVICIO	1	0	1	2
COVID	1	1	0	2
ESTADISTICA	0	2	0	2
MANTENIMIENTO	0	2	0	2
MEDICAS III	1	0	1	2
OTROS	1	1	0	2
QUIMIOTERAPIA	0	0	2	2
URGENCIAS PEDIATRIA	0	0	2	2
ASEO	0	1	0	1
BANCO DE SANGRE	0	1	0	1
NUEVA EPS	0	1	0	1
PEDIATRIA	0	0	1	1
QUIRURGICAS I	0	1	0	1
REHABILITACION	1	0	0	1
SALUD OCUPACIONAL	0	0	1	1
SEGURIDAD DEL PACIENTE	0	0	1	1
SIN DATOS	0	1	0	1
SINDESCA	0	0	1	1
SUBGERENCIA CIENTIFICA	1	0	0	1
UCI	0	1	0	1
UNIDAD DE QUEMADOS PEDIATRIA	0	1	0	1
VIGILANCIA Y CONTROL	0	1	0	1
<b>TOTAL QUEJAS TRIMESTRE</b>	<b>92</b>	<b>105</b>	<b>122</b>	<b>319</b>



Otros servicios con quejas recurrentes son **Consulta externa** es el segundo servicio con mayor número de quejas y la mayoría están relacionadas con oportunidad para conseguir citas, demoras en la llegada de los especialistas, falta de oportunidad o demora en la consecución de control posquirúrgico. **Cirugía** es el tercer servicio con mayor número de quejas y se relaciona con la demora en la programación de cirugías.

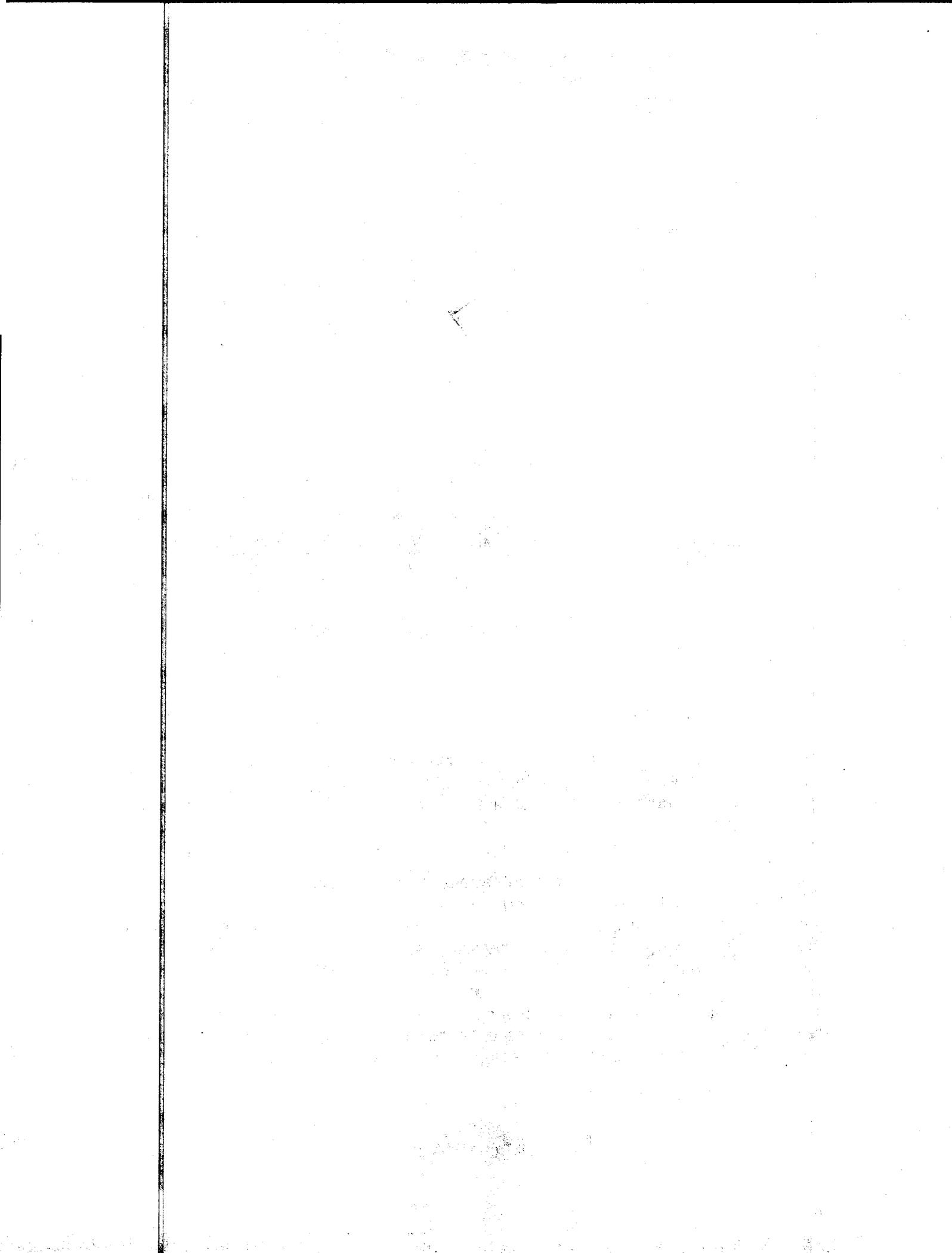
### Derecho más vulnerado

DERECHO MAS VULNERADO TERCER TRIMESTRE	
DERECHO	CANTIDAD
OPORTUNIDAD (A TIEMPO)	97
TRATO RECIBIDO	85
INFORMACIÓN SUMINISTRADA	67
SEGURIDAD DEL PACIENTE	64
HOTELERIA Y CONFORT	37
(en blanco)	8
ACCESIBILIDAD	7
OTROS	6
DIGNIDAD (PRIVACIDAD Y CONFIDENCIALIDAD)	5
NO TRAMITADA	1
Total general	377

Al comité de ética se lleva el informe mensual de comportamiento de las **PQRSF** y se generan lineamientos para los servicios o agremiaciones sindicales. Todas las **PQRSF** se reciben y se gestionan para buscar acciones de mejoramiento en los servicios.

### Gestión de encuestas de satisfacción del usuario

Se continua con la aplicación de encuestas de satisfacción tanto ambulatorias como intrahospitalarias, se hacen en promedio 1000 por mes y se puede verificar que el comportamiento de satisfacción del usuario es similar en los tres trimestres, superando la meta del 90% y alcanzando para este tercer trimestre el 96% de satisfacción. De la misma manera como el 99% de los usuarios refieren una buena experiencia en la institución y recomendarían a un familiar o amigo acudir al hospital. Esta información es la que se envía para cumplir con indicadores de la resolución 256, al área de calidad.





HOSPITAL  
SAN JOSÉ

Confianza y calor para su vida

NIT. 891.580.002-5

## CONTROL INTERNO

FO-ARH-01

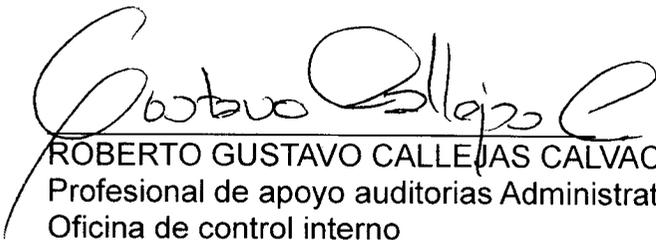
Versión: 04

Página 1 de 1

En conclusión encontramos que los indicadores de cumplimiento de **PQRSF** han ido mejorando trimestre a trimestre, y, aunque Urgencia adultos y Consulta externa siguen siendo los procesos con mayor número de quejas también debemos tener en cuenta que son los procesos que mayor número de pacientes reciben y en cuanto al derecho más vulnerado que es el de oportunidad se debe a la falta de oferta por parte del Hospital y es un tema al que se le debe prestar más atención. Control Interno inicio en el mes de octubre la auditoria programada al proceso de consulta externa con el fin de identificar que falencias presenta y poder presentar un plan de mejora con vías a buscar alternativas y aliviar en algo el déficit de oferta que presenta el hospital.

Desde esta oficina respaldamos la sugerencia echa por la coordinadora del SIAU la cual propone incluir en los términos de referencia de los contratos con las agremiaciones sindicales el compromiso de responder oportunamente las **PQRSF**, y respecto a hacer la revisión de contratos a los especialistas para que den los controles posquirúrgicos, emitan incapacidades conforme a la norma, y cumplan los horarios de programación.

Presentado por:

  
ROBERTO GUSTAVO CALLEJAS CALVACHE.  
Profesional de apoyo auditorias Administrativas  
Oficina de control interno

Presentado a :

  
VÍCTOR FABIO GÓMEZ FRANCO  
Jefe de la oficina de control Interno