

CONTROL INTERNO

FO-ARH-01

Versión: 05

Página 1 de 10

ANALISIS DE LAS PQRS TERCER TRIMESTRE DEL 2024

PROCESO AUDITADO	Seguimiento a las quejas, sugerencias y peticiones, felicitaciones presentadas al sistema de información y atención al usuario, del tercer trimestre del 2024
JEFE DEL PROCESO	Víctor Fabio Gómez Franco -Jefe Oficina Asesora de Control Interno.
AUDITOR	Gustavo callejas Calvache , 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 2024.
	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> 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>. 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. 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 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. 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 efectividad del control de la gestión pública"</i> en su artículo 76 establece " La

CONTROL INTERNO

FO-ARH-01

Versión: 05

Página 2 de 10

	<i>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> Decreto 1166 del 2016 , por el cual se adicional el capítulo 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 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 elementos mínimos: 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> 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> 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 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. 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>
	Resolución 0161 de 2022 por medio de la cual se reglamenta el tramite interno de Peticiones, Quejas, Reclamos, sugerencias y Denuncias en el Hospital Universitario San José de Popayán Empresa Social de Estado.
FECHA DE AUDITORIA	Inicio: Octubre 20 del 2024 Finaliza: Octubre 23 del 2024
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 del tercer trimestre del 2024.

CONTROL INTERNO

Durante el tercer trimestre del año 2024 el SIAU continua fortaleciendo la información y educación a los usuarios en los diferentes servicios y espacios del proceso de atención. Se busca que los usuarios conozcan sus derechos y sus deberes y que tenga claro de que forma el personal le cumple en cada momento de la atención. El servicio de información y atención al usuario apoya todas las necesidades tanto en salud como las físicas, económicas, espirituales y de traducción en lenguas nativas, articulándose con el servicio de humanización en el cual se encuentra el equipo psico-social.

En este trimestre 10779 usuarios de forma presencial, para un total de 34606 usuarios en lo que va corrido de la vigencia 2024 obtuvieron acceso a la educación brindada por el equipo de SIAU, Urgencias es el servicio al que mayor numero de usuarios reciben estas indicaciones con un total de 3628.

La oficina de Control Interno realiza el seguimiento a estas actividades y verifica las evidencias enviadas por el SIAU.

 EDUCACIÓN 2024												
SERVICIOS	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
MEDICAS II	63	65	65	71	89	89	130	74	58			
QUIRURGICAS II	126	154	60	90	101	114	70	39	30			
QUIRURGICAS I	145	90	126	58	80	77	66	113	50			
MEDICAS III	87	17	0	0	0	0	0	0	0			
MEDICAS I	92	106	69	78	55	84	76	55	71			
SALA DE ESPERA DE GINECOLOGIA	28	24	30	51	21	40	35	21	34			
GINECOLOGIA	81	57	76	51	69	47	83	71	101			
MEDICOQUIRURGICAS II	150	76	91	80	82	70	63	85	26			
MEDICOQUIRURGICAS I	124	94	90	108	82	119	75	109	30			
MEDICOQUIRURGICAS III	68	55	50	64	37	73	55	36	23			
PEDIATRIA	143	158	119	112	124	109	79	92	88			
MEDICOQUIRURGICAS IV	0	0	0	0	44	94	96	85	56			
TRAUMATOLOGIA	118	108	69	89	73	97	89	97	68			
URGENCIAS PEDIATRIA	87	116	68	152	61	65	155	75	35			
ONCOLOGIA	101	77	47	85	47	105	65	55	57			
REHABILITACION	14	28	33	38	46	66	36	99	45			
CONSULTA EXTERNA	742	1173	202	317	449	382	339	450	310			
UCIP	39	23	19	31	44	14	49	20	5			
NEONATOS	72	5	12	69	53	54	78	13	78			
UCIP 2	16	32	30	24	23	33	30	15	16			
SALA DE CIRUGIA	342	291	246	320	240	185	282	270	270			
IMAGENES DIAGNOSTICAS	31	59	59	60	103	60	66	144	58			
URGENCIAS	1239	1311	905	2017	1276	726	933	1554	1131			
UCIN 4 PISO	127	155	100	152	79	104	70	73	77			
UCI 1	38	25	25	73	52	40	56	64	26			
UCI 2	68	54	43	52	71	37	45	68	22			
UCI 3	63	19	44	54	39	53	41	56	28			
POBLACION NASA	30	27	54	50	56	68	75	70	25			
POBLACION MISAK	26	30	30	54	30	37	37	38	26			
ENDOSCOPIA	97	135	91	137	90	101	140	153	99			
UCIN 3 PISO	88	150	100	119	45	53	80	86	36			
UNIDAD MENTAL	14	0	41	0	0	0	4	0	0			
UNIDAD DE QUEMADOS	0	27	44	37	15	20	49	36	14			
PATOLOGIA	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
ANGIOGRAFIA	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
FARMACIA	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
CARDIOLOGIA	0	34	0	0	0	0	0	0	0			
TOTAL	4459	4745	3038	4693	3676	3216	3547	4229	3003	0	0	34606

CONTROL INTERNO

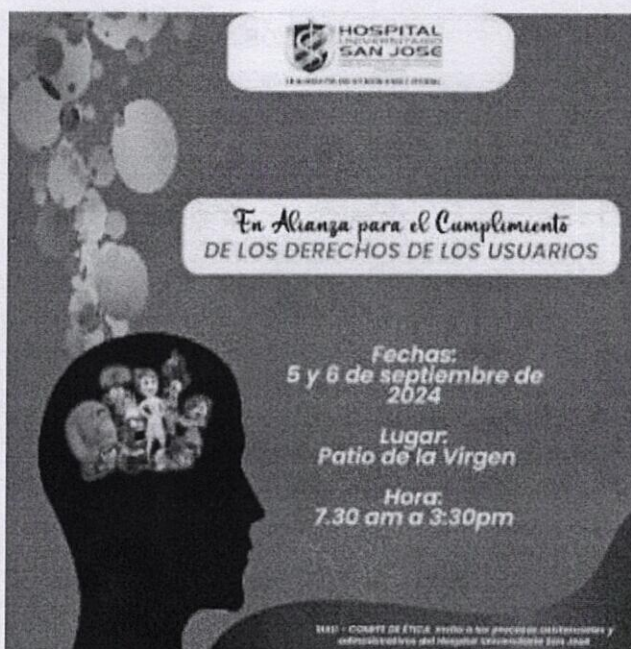
FO-ARH-01

Versión: 05

Página 4 de 10

De igual manera se brindan espacios de educación en derechos y deberes y canales de comunicación a través de las pantallas de los televisores en las salas de espera mediante videos alusivos al tema, a través de las redes se publican videos e información y por la pagina de transparencia se socializan los derechos, los canales de comunicación y la carta de trato digno.

En su proceso de educación y capacitación el SIAU tambien se aplica para nuestros colaboradores internos en sus puestos de trabajo preparandonos para el proceso de acreditación, evidencias que de las mismas tiene ésta oficina allegadas por el proceso de TH, de igual manera se realizan procesos de induccion y socialización de derechos y deberes al personal nuevo que ingresa a la institución. Durante los días 5 y 6 de septiembre se llevo a cabo socialización de los espacios de participación social , gestión de pqrsl y los derechos tanto de los usuarios como de los colaboradores, actividad que se hizo articulada con talento humano y que permitio que alrededor de 700 colaboradores tanto de áreas asistenciales como adminisitrativas participaran del evento y realizaran la evaluación de conocimientos.



Adicionalmente mensualmente se realizan dos jornadas de inducción a colaboradores nuevos asistenciales y administrativos, espacio en el cual se sensibiliza sobre la importancia de cumplir los derechos de los pacientes y enfocarse en el eje de atención centrada en las necesidades de las personas.

CONTROL INTERNO

FO-ARH-01

Versión: 05

Página 5 de 10

HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYÁN E.S.E. CRONOGRAMA DE INDUCCIÓN GENERAL VIGENCIA: II SEMESTRE 2024						
ACTIVIDAD	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
INDUCCIÓN GENERAL	LUNES	LUNES	LUNES	MARTES/LUNES	MARTES/LUNES	LUNES
HORA: 8:00 AM						
LUGAR: AUDITORIO / SALÓN PATOLOGÍA	15 Y 29 AUDITORIO	12 Y 26 AUDITORIO	16 Y 30 AUDITORIO	15 Y 28 PATOLOGÍA / AUDITORIO	12 Y 25 PATOLOGÍA / AUDITORIO	9 Y 23 AUDITORIO
PROGRAMACIÓN INDUCCIÓN GENERAL 2024						
HORA	TEMAS				RESPONSABLE	
8:30- 8:50 AM	BIENVENIDA Y PRESENTACIÓN POLITICA TALENTO HUMANO- CODIGO INTEGRIDAD- CULTURA ORGANIZACIONAL				OFICINA DE TALENTO HUMANO	
8:50-9:30 AM	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO- PARTICIPACION SOCIAL EN SALUD				OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN	
9:30-9:50 AM	SISTEMA OBLIGATORIO DE LA GARANTIA DE LA CALIDAD -HABILITACIÓN - PAMEC - INDICADORES ACREDITACION - PROCESO DE AUTOEVALUACION				ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD	
9:50-10:00	RECESO				RECESO	
10:00-10:20 AM	POLITICA DE GESTION AMBIENTAL				GESTION AMBIENTAL	
10:20- 10:40 AM	POLITICA DE HUMANIZACION				HUMANIZACIÓN	
10:40- 11:00 AM	SISTEMAS DE INFORMACIÓN				SISTEMAS DE LA INFORMACIÓN	
11:00-11:20	CONVENIO DOCENCIA Y SERVICIO				CONVENIO DOCENCIA	
11:20-11:40AM	SIAU				SIAU	
11:40- 12:00 M	POLITICA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO				SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	
12:00-12:20 PM	CONTROL DE INFECCIONES				COMITÉ DE INFECCIONES	
12:20- 12:40 PM	POLITICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE				SEGURIDAD DEL PACIENTE	

Otra de las actividades a destacar es la educación y acompañamiento de sus actividades que reciben La Asociación de Usuarios y que establece un cronograma por parte del SIAU el cual se cumple en un 100% y que se puede evidenciar en las actas de reuniones que para tal fin se expiden. La coordinación de SIAU hace reunión con la asociación de usuarios para dar a conocer indicadores trimestrales , plan de trabajo , entre otros. Se realiza la reunión mensual el último viernes de cada mes, para un total de 6 reuniones programadas en el semestre, con un cumplimiento de 8/8 , participaron en la jornada de rendición de cuentas y taller de plan de desarrollo citados por planeación.

De cada reunión que se realiza con ellos se deja el acta y las evidencias o soportes que las acompañan.

ACTA No 01 REUNION ASO.USUARIOS	3/10/2024 11:32 a. m.	Documento de Mi...	120 KB
ACTA No 02 REUNION ASO.USUARIOS	3/10/2024 12:30 p. m.	Documento de Mi...	432 KB
ACTA No 03 REUNION ASO.USUARIOS	3/10/2024 12:14 p. m.	Documento de Mi...	106 KB
ACTA No 04 REUNION ASO.USUARIOS	3/10/2024 12:36 p. m.	Documento de Mi...	466 KB
ACTA No 05 REUNION ASO.USUARIOS	3/10/2024 12:39 p. m.	Documento de Mi...	498 KB
ACTA No 06 REUNION ASO.USUARIOS	3/10/2024 12:43 p. m.	Documento de Mi...	371 KB
ACTA No 07 REUNION ASO.USUARIOS	3/10/2024 11:13 a. m.	Documento de Mi...	509 KB
ACTA No 08 REUNION ASO.USUARIOS	3/10/2024 12:29 p. m.	Documento de Mi...	340 KB
ACTA No. 006 - ASAMBLEA ASOCIACION DE USUARIOS	3/10/2024 11:24 a. m.	Documento Adob...	846 KB
ESTATUTOS ASOCIACION DE USUARIOS	3/10/2024 11:33 a. m.	Documento Adob...	1.702 KB

El proceso nos hace llegar evidencias tanto fotográficas como actas de participación a las mismas y las planillas debidamente firmadas de asistencia a las reuniones.

CONTROL INTERNO

FO-ARH-01

Versión: 05

Página 6 de 10

GESTIÓN DE LAS PQRSF

Se reciben pqrsf de todos los canales de comunicación, ventanilla única, oficina presencial, correo SIAU, plataforma web y buzones. En la actualidad se cuenta con 26 buzones de sugerencias distribuidos de manera estratégica en toda la Institución, la apertura de buzones se realiza dos días por semana, actualmente los días martes y viernes con acompañamiento de aseguramiento de la calidad, veedores del ciudadano como personería municipal, asociación de usuarios y humanización. 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. En algunas ocasiones también hace acompañamiento personal de la oficina de Control Interno.

Durante el tercer trimestre del año 2024 se hace la gestión de las pqrsf que ingresan por los diferentes canales de comunicación que se caracterizan de la siguiente forma:

TERCER TRIMESTRE AÑO 2024	
Tipo de solicitud	Total
Felicitaciones	782
Queja (por atención de funcionario)	195
Reclamo de riesgo simple	96
Sugerencia	89
Petición	44
Reclamo de riesgo priorizado	5
Reclamo de riesgo vital	4
Denuncia	3
Total general	1218

Las quejas del trimestre aumentaron en comparación con los trimestres anteriores, las cuales se caracterizan por servicio y por motivo encontrando lo siguiente:

COMPORTAMIENTO DE QUEJAS POR SERVICIO TERCER TRIMESTRE AÑO 2024	Total
CIRUGIA - QUIROFANOS	28
CONSULTA EXTERNA	28
URGENCIAS ADULTOS	28
ESTANCIA GENERAL QUIRURGICA	14
FACTURACION	11
ESTANCIA GENERAL MEDICA	9
ESTANCIA GENERAL MEDICO QUIRURGICA	8
IMAGENOLOGIA	8
UNIDAD DE SALUD MENTAL	7
VIGILANCIA	7
ESTANCIA GENERAL GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA	5
ESTANCIA GENERAL PEDIATRICA HOSPITALIZACION	5
ESTANCIA GENERAL TRAUMATOLOGICA	4
FARMACIA	4
SERVICIOS GENERALES	3
TERAPIA FISICA	3
UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS	3
UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS NEONATAL	3
ATENCION AL USUARIO	2
ONCOLOGIA	2
TALENTO HUMANO	2
UNIDAD CUIDADO INTERMEDIO ADULTO	2
UNIDAD DE QUEMADOS PEDIATRICO	2
URGENCIAS CONSULTA Y PROCED GINECOBSTERIA	2
CARDIOLOGIA	1
CIRUGIA ONCOLOGICA	1
LABORATORIO CLINICO	1
REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	1
UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS PEDIATRICO	1
Total general	195

CONTROL INTERNO

FO-ARH-01

Versión: 05

Página 7 de 10

Cirugía es el proceso que mayor quejas presenta por parte de nuestros usuarios y en su mayoría hacen referencia a cancelación de procedimientos quirúrgicos ya programados de la misma forma hay quejas por actitud, comportamiento y falta de empatía de algunos colaboradores. Las quejas por colaboradores de sindicatos son enviadas para analisis y planes de mejora si a ello dá lugar. Todas ellas se resuelven y responden al usuario.

Consulta externa presenta de igual manera un número alto de quejas relacionadas con demora en la atención, por actitud de algunos especialistas y la cancelación de agendas sin previo aviso. Estos motivos se reportan a la coordinación del servicio para que se hagan las mejoras posibles con los especialistas.

En urgencias adulto las quejas están relacionadas con actitud del personal, falta de empatía, amabilidad y respeto son los comunes. Tambien se presentan quejas por falta de oportunidad en la atención de necesidades básicas relacionado al confort, por falta de sillas, camilas, calor en el área y aseo de los baños. Es de anotar que es un servicio muy complejo por el volumen de pacientes que esta recibiendo y por tanto la oportunidad se ve afectada en la capacidad instalada que es insuficiente para la demanda del servicio.

Tratando de encontrar soluciones Se han venido realizado mejoras en el servicio como cambios de espacios, aumento numero de horas medico, implementación de gestores que acompañen la ruta de los usuarios, mas interrelacion con auditoria concurrente para gestionar las autorizaciones y procedimientos con las interdependencias a otros servicios.

Tambien es importante destacar las peticiones que se tienen por parte de nuestros usuarios relacionados principalmente por historias clínicas y las sugerencias en general relacionadas a la falta de sillas, falta de aireación en algunos espacios , insuficiencia de baños en urgencias, falta de controles para los televisores. Las sugerencias que se reciben en los diferentes servicios son enviadas a cada coordinación para que sirvan de herramienta en la implementación de mejoras en los servicios

En el tercer trimestre del año 2024 se realiza la apertura de buzones y se reciben 1808 formatos los aculaes se caracterizan de la siguiente manera:

FECHA	FORMATOS ENCONTRADOS	QUEJAS	QUEJAS INTERNA	RECLAMO SIMPLE	RECLAMO PRIORIZADO	RECLAMOS RIESGO DE VIDA	PETICIONES	SUGERENCIAS	FELICITACIONES	DENUNCIA	NO TRAMITADOS
TOTAL ENERO	472	21	5	13	1	0	12	62	391	0	3
TOTAL FEBRERO	521	24	2	5	5	0	26	53	441	0	0
TOTAL MARZO	538	31	4	19	3	0	3	52	453	1	1
TOTAL PRIMER TRIMESTRE	1531	76	11	37	9	0	35	167	1284	1	4
FECHA	FORMATOS ENCONTRADOS	QUEJAS	QUEJAS INTERNA	RECLAMO SIMPLE	RECLAMO PRIORIZADO	RECLAMOS RIESGO DE VIDA	PETICIONES	SUGERENCIAS	FELICITACIONES	DENUNCIA	NO TRAMITADOS
TOTAL ABRIL	751	31	3	47	1	0	6	74	655	0	0
TOTAL MAYO	647	33	7	56	0	0	0	57	521	0	0
TOTAL JUNIO	497	14	3	31	0	0	2	28	434	0	0
TOTAL SEGUNDO TRIMESTRE	1902	78	13	134	1	0	8	159	1609	0	0
FECHA	FORMATOS ENCONTRADOS	QUEJAS	QUEJAS INTERNA	RECLAMO SIMPLE	RECLAMO PRIORIZADO	RECLAMOS RIESGO DE VIDA	PETICIONES	SUGERENCIAS	FELICITACIONES	DENUNCIA	NO TRAMITADOS
TOTAL JULIO	562	33	3	48	1	0	4	76	430	0	0
TOTAL AGOSTO	585	46	6	37	0	0	2	74	444	0	0
TOTAL SEPTIEMBRE	661	51	8	31	0	0	2	86	545	0	0
TOTAL TERCER TRIMESTRE	1808	130	17	116	1	0	8	236	1409	0	0

CONTROL INTERNO

FO-ARH-01

Versión: 05

Página 8 de 10

En el tercer trimestre de 2024 se reciben 1808 formatos de los cuales 130 son quejas, 17 son quejas internas entre colaboradores o procesos internos, 105 son reclamos simples, 1 reclamo priorizado, 8 peticiones, 236 sugerencias y 1439 felicitaciones.

De la información gestionada se generan los indicadores que se reportan trimestralmente, teniendo en cuenta la medición de satisfacción de los usuarios y la gestión de las pqrpf.

Numerador				Denominador				Rango de calificación					
Numero de quejas mensual				Total de egresos mensual global				Satisfactorio		≤		10%	
								Insatisfactorio		>		10%	
Fuente Numerador				Fuente Denominador				Valor obtenido en el periodo					
Formato de PQRSYF				Estadística				0,69%					
Mes	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Total
Numerador	25	23	20	36	52	24	47	53	95				375
Denominador	7470	8050	7902	8570	8284	7999	10149	8710	9435				76569
Resultado	0,33%	0,29%	0,25%	0,42%	0,63%	0,30%	0,46%	0,61%	1,01%				0,49%
Vigencia anterior	1,40%	1,20%	1,07%	1,01%	1,30%	1,11%	1,03%	1,66%	0,22%	0,42%	0,34%	0,38%	0,92%
Trimestre	0,29%			0,45%			0,69%						
Referente de													
Meta	10%	10%	10%	10%	10%	10%	10%	10%	10%	10%	10%	10%	10%

ANÁLISIS DE CAUSA	ACCIÓN DE MEJORA
Durante el tercer trimestre del año 2024 se recopiló 661 formatos de pqrpf, en los cuales se encontraron 95 quejas que son por actitud o comportamiento de los colaboradores, todas ellas se gestionan para dar respuesta antes de 15 días. Al medir sobre el total de egresos hospitalarios encontramos que estamos por debajo de la meta establecida que es del 10%. Sin embargo se observa en la tendencia un aumento importante de las quejas desde el mes de julio en adelante, situación que debe ser revisada por la subgerencias para que se hagan las mejoras en las atenciones de los usuarios que prestan servicios en las diferentes áreas del hospital.	Sin embargo se observa en la tendencia un aumento importante de las quejas desde el mes de julio en adelante, situación que debe ser revisada por la subgerencias para que se hagan las mejoras en las atenciones de los usuarios que prestan servicios en las diferentes áreas del hospital.

La medición de satisfacción se hace mediante la aplicación de 900 encuestas mensuales, las cuales se digitan en el aplicativo solutionp, de ahí se extrae la trazabilidad de ellas, tanto en los servicios ambulatorios como los hospitalarios y apartir de ahí el indicador de satisfacción y recomendación que alimenta la resolución 256 de 2016.

MES	DEFINITIVA MENTE NO	PROBABLE MENTE NO	TOTAL	%	DEFINITIVA MENTE SI	PROBABLE MENTE SI	TOTAL	%	TOTAL DE ENCUESTAS REALIZADAS	ANÁLISIS DE INDICADOR
JULIO	1	0	1	0,1	450	507	957	99,9	958	aplicación de 2357 encuestas distribuidas en los diferentes servicios y mediante aplicación personalizada, telefónica y durante el egreso del paciente, encontrando que los usuarios en un 99,7% refieren querer regresar al hospital, recomendarían la institución a un familiar o un amigo, porcentaje que se ha mantenido durante todo el año y que a pesar de las dificultades en el ingreso por urgencias, los usuarios reconocen que el hospital presta un servicio
AGOSTO	1	2	3	0,3	635	210	844	99,7	844	
SEPTIEMBRE	0	1	1	0,2	367	197	564	99,8	565	
TOTAL DEL III TRIMESTRE	2	3	5	0,21	1390	962	2352	99,79	2357	

CONTROL INTERNO

FO-ARH-01

Versión: 05

Página 9 de 10

Durante el año 2024 la satisfacción del usuario se ha mantenido sobre el 99% y la recomendación por experiencia del servicio se mantiene en el 99.7%.

En el tercer trimestre del año 2024 se aplicaron 4209 con 4200 respuestas a favor de recomendar al hospital como IPS, el porcentaje de adherencia es del 99,7% del total encuestado.

Numerador				Denominador				Rango de calificación					
Número de usuarios que respondieron "definitivamente sí" o "probablemente sí" a la pregunta: "Recomendaría a sus familiares y amigos el Hospital Universitario San José de Popayán F.S.EP"				Número sumatorio de usuarios que respondieron sí o probablemente sí a la pregunta				Satisfactorio		≥	95%		
								Insatisfactorio		<	95%		
Fuente Numerador				Fuente Denominador				Valor obtenido en el periodo					
Encuestas de Satisfacción				Encuestas de Satisfacción				99,79%					
Mes	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Total
Numerador	2470	1825	1545	2159	1021	907	957	891	2352				14127
Denominador	2490	1831	1555	2169	1024	920	958	894	2357				14198
Resultado	99,20%	99,67%	99,36%	99,54%	99,71%	98,59%	99,90%	99,66%	99,79%				99,50%
Vigencia anterior	99,34%	99,25%	99,59%	99,62%	99,94%	99,64%	99,44%	99,72%	99,56%	99,88%	99,85%	99,62%	99,65%
Trimestre	99,39%			99,37%				99,79%					
Referente de													
Meta	95%	95%	95%	95%	95%	95%	95%	95%	95%	95%	95%	95%	95%

ANÁLISIS DE CAUSA	ACCIÓN DE MEJORA
Durante el tercer trimestre del año 2024 se aplicaron 4209 encuestas con 4200 respuestas a favor de recomendar al hospital como IPS, el porcentaje de adherencia es del 99,7% del total encuestado.	Mejorar a encuestas virtuales que disminuyan procesos en el área por digitación manual.
DILIGENCIADO POR:	REVISADO POR:

Observaciones

- Durante el tercer semestre de 2024 se logra cumplimiento del total de indicadores por encima de la meta esperada y con incremento en satisfacción, experiencia y número de felicitaciones, todo esto motiva a continuar mejorando la gestión sobre las necesidades de los usuarios.
- SIAU presenta un cumplimiento del 100% de los indicadores, es el resultado de la implementación del plan de mejora, del cambio de perfil de algunos colaboradores en el área, del apoyo de todos los líderes de procesos y servicios para lograr estos resultados.
- Teniendo en cuenta el consolidado de PQRS del tercer trimestre de 2024, y los hallazgos en ellos contemplados, el SIAU envía los consolidados disponibles a los servicios y ellos a su vez han respondido con las acciones de mejoramiento que han realizado

CONTROL INTERNO

FO-ARH-01

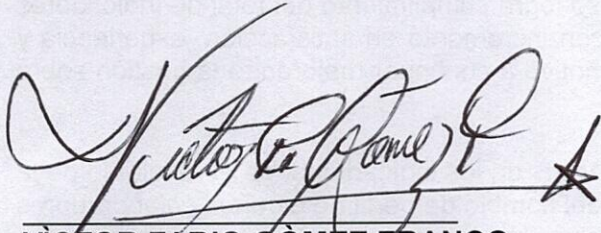
Versión: 05

Página 10 de 10

- Se sigue teniendo un alto porcentaje de satisfacción por parte de nuestros usuarios manteniéndose por encima del 99% para esta vigencia.
- La oficina de Control Interno solicita al SIAU las evidencias correspondientes para su seguimiento y se pudo verificar que la gran mayoría de estos planes de mejoramiento tienen una ejecución por encima del 90%.

Sugerencias

- Es importante que todas las quejas sean enviadas a los coordinadores del servicio donde ocurre el evento y al representante legal del sindicato, para que ambas partes analicen la situación uno en el servicio y otro con el personal afiliado, de tal forma que entre ellos se articulen para planes de mejora que conlleven a mejorar los servicios.
- Revisar la oportunidad en la asignación de citas de especialidad por otros medios al de la presencialidad y whatsapp ya que se presentan muchas congestiones de usuarios y a que antes de control han dejado el hallazgo de la afluencia de usuarios de pie en las filas.
- Seguir fomentando procesos de intervención por parte del grupo de humanización a las actividades para fortalecer el buen trato a los usuarios y entre los colaboradores.


VÍCTOR FABIO GÓMEZ FRANCO
Jefe de la oficina de control Interno

Revisó y aprobó: VÍCTOR FABIO GÓMEZ FRANCO. Jefe de Control Interno
Elaboró: ROBERTO GUSTAVO CALLEJAS CALVACHE. Apoyo Administrativo Control Interno
COPIA: N/A
Archivado en según: 107- TRD CONTROL INTERNO 2024