

	<b>INFORMES CONTROL INTERNO HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE ITUANGO NIT: 890.980.840-3</b>	<b>Código: FO-GC-005</b>
		<b>Versión: 001</b>
		<b>Fecha de aprobación: 10 de mayo 2024</b>

**INFORME DE GESTIÓN FELICITACIONES, PETICIONES, QUEJAS, RECLAMOS,  
SOLICITUDES, SEGUERENCIAS Y DENUNCIAS  
PRIMER SEMESTRE (ENERO-JUNIO) DEL 2024**

**Ituango, Antioquia. 5 de julio de 2024**

**“ATENCION CON CALIDAD Y MAS HUMANA”  
CARRERA QUINDÍO N.º 25 -54 TEL: 864 31 00 – 864 31 85  
FAX 864 30 50 EXT. 201 EMAIL: [notificacioneshospitalituango@gmail.com](mailto:notificacioneshospitalituango@gmail.com)**

	<b>INFORMES CONTROL INTERNO</b> <b>HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE ITUANGO</b> <b>NIT: 890.980.840-3</b>	<b>Código: FO-GC-005</b>
		<b>Versión: 001</b>
		<b>Fecha de aprobación:</b> <b>10 de mayo 2024</b>

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCION.....	3
1. OBJETIVOS.....	4
2. MARCO NORMATIVO Y DOCUMENTOS DE REFERENCIA.....	4
3. METODOLOGIA APLICADA .....	4
4. ATENCIÓN Y ORIENTACIÓN AL USUARIO.....	4
5. ESTADO DE LAS PETICIONES, QUEJAS, RECLAMOS, SUGERENCIAS Y FELICITACIONES.....	5
6. MONITOREO DE LA SATISFACCIÓN DEL USUARIO .....	8
7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....	9

	<b>INFORMES CONTROL INTERNO</b> <b>HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE ITUANGO</b> <b>NIT: 890.980.840-3</b>	<b>Código: FO-GC-005</b>
		<b>Versión: 001</b>
		<b>Fecha de aprobación:</b> <b>10 de mayo 2024</b>

## INTRODUCCION

La Asesora de Control Interno de la ESE Hospital San Juan de Dios de Antioquia, para la vigencia 2024, contempla efectuar seguimiento y evaluación al modelo estándar de control interno (MECI), contemplando la continuidad y sostenibilidad de los respectivos sistemas, el cual va articulado con el Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG en cumplimiento al Decreto 1499 de 11 de septiembre de 2017. Así mismo, se tiene la responsabilidad de desarrollar seguimientos que permitan verificar y evaluar la conformidad del modelo estándar de control interno de la Entidad basada en los procesos, mediante la aplicación de criterios y principios de eficacia, eficiencia y economía, necesarios para cumplir con la aplicación de la normatividad legal, procedimientos existentes, requisitos, controles, entre otros; identificando las deficiencias o no conformidades del sistema con el fin de formular las acciones correctivas, y que éstas se lleven a cabo oportunamente propendiendo por el mejoramiento continuo.

De acuerdo con lo establecido en el artículo 2.2.21.4.9 “informes” del decreto 648 de 2017, en el cual se dispone que “Los jefes de control interno o quienes hagan sus veces deberán presentar los informes que se relacionan a continuación”; en su literal b, expresa: “Los informes a que hace referencia los artículos 9 y 76 de la ley 1474 de 2011”. “ARTÍCULO 76. OFICINA DE QUEJAS, SUGERENCIAS Y RECLAMOS. En toda entidad pública, deberá existir por lo menos una dependencia encargada de recibir, tramitar y resolver las quejas, sugerencias y reclamos que los ciudadanos formulen, y que se relacionen con el cumplimiento de la misión de la entidad.

La oficina de control interno o quién haga sus veces 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. En la página web principal de toda entidad pública deberá existir un link de quejas, sugerencias y reclamos de fácil acceso para que los ciudadanos realicen sus comentarios...”.

Control Interno emite el resultado de la verificación realizada al sistema de PQRSD de La ESE Hospital San Juan de Dios de Ituango y mediante el presente informe presenta el seguimiento a las peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y denuncias, para el periodo comprendido entre los meses de enero a junio de 2024 (primer semestre).

	<b>INFORMES CONTROL INTERNO</b> <b>HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE ITUANGO</b> <b>NIT: 890.980.840-3</b>	<b>Código: FO-GC-005</b>
		<b>Versión: 001</b>
		<b>Fecha de aprobación: 10 de mayo 2024</b>

## 1. OBJETIVOS

- Verificar el cumplimiento de los niveles y trámites de atención ciudadana a partir de la gestión de las peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y felicitaciones.
- Efectuar las recomendaciones que sean necesarias a los responsables de los procesos.
- Aportar al mejoramiento continuo de la Entidad.

## 2. MARCO NORMATIVO Y DOCUMENTOS DE REFERENCIA

El trámite de las peticiones, felicitaciones, quejas, reclamos, sugerencias, solicitud de información y denuncias (PQRSD), recibidas en la Institución, se encuentra reglamentada mediante:

- La Constitución Política de Colombia en su artículo 23.
- ley 734 del 2002 “Código Único Disciplinario”.
- Ley 190 de 1995, reglamentada por Decreto 2232 de 1995 (artículos 7 y 9).
- Ley 1474 de 2011, Artículo 76.
- Ley 100 de 1993.
- Decreto 1757 de 1994: Artículos 3 y 6.
- Directiva presidencial 05 de 1995.
- Circular 022 de noviembre de 1996 de la Superintendencia Nacional de Salud.
- Decreto 2641 de 2012.

La oficina de servicio al cliente cuenta con un proceso de sistema de información y atención al usuario -SIAU- en cual se reciben a través de diferentes medios las peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y reconocimientos del cliente interno y externo.

## 3. METODOLOGIA APLICADA

Verificación de la información suministrada por la oficina del SIAU-Sistema de Información y Atención al Usuario.

## 4. ATENCIÓN Y ORIENTACIÓN AL USUARIO

Enfoque fundamental del proceso SIAU, mediante el cual se busca satisfacer las necesidades de los pacientes y/o usuarios del servicio y sus familiares, brindándole la atención y orientación oportuna sobre los conductos regulares, mecanismos y formas de acceder al sistema de salud actual.

El procedimiento atención y orientación al usuario, hace referencia a la escucha activa y atenta al usuario, su familia y/o partes interesadas, solicitando información adicional si es necesario, con el fin de entregar la respuesta o el servicio según lo solicitado, para lo cual se hace uso de la información, normatividad vigente, herramientas, mecanismos y recursos disponibles, contactando funcionarios de otros servicios personal, virtual o telefónicamente, buscando apoyo en otras entidades cuando esto fuere necesario, sensibilizando sobre los procesos a seguir y, ofreciendo otras alternativas,

	<b>INFORMES CONTROL INTERNO</b> <b>HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE ITUANGO</b> <b>NIT: 890.980.840-3</b>	<b>Código: FO-GC-005</b>
		<b>Versión: 001</b>
		<b>Fecha de aprobación:</b> <b>10 de mayo 2024</b>

cuando no sea posible resolver la necesidad del usuario o responder satisfactoriamente a su requerimiento.

Se informa a los usuarios sobre el uso, acceso y disponibilidad de los servicios que presta la Institución; se educa sobre mecanismos para acceder a los diferentes niveles de atención en salud; se apoya con trámites en casos especiales; se orienta sobre el aseguramiento al sistema general de seguridad social en salud, se activan redes de apoyo interinstitucionales, entre otros.

## **5. ESTADO DE LAS PETICIONES, QUEJAS, RECLAMOS, SUGERENCIAS Y FELICITACIONES**

Las peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y felicitaciones, además de ser recepcionadas, son analizadas y remitidas a cada líder de proceso según corresponda para su investigación y/o planes de mejoramiento a que dé lugar. Una vez se investiga, se tramita y se tiene una respuesta esta se le hace llegar al peticionario. Luego del proceso anterior, se hace una clasificación de la PQRSF (cliente interno, cliente externo). Se habla de cliente interno cuando el PQRSF es interpuesta por un colaborador de la entidad y cliente externo cuando es un usuario quien instaura el PQRSF.

La ESE Hospital San Juan de Dios de Ituango verifica la satisfacción de sus usuarios a través de encuestas y mediante los buzones de sugerencia ubicados en el área de consulta externa, urgencias y hospitalización. Estos califican los siguientes atributos de calidad:

- Amabilidad (a).
- Oportunidad (o).
- Disposición del personal (d).
- Información recibida (i).
- Calidad del servicio (c de s).
- Comodidad de las instalaciones (c de las i).

Esta clasificación facilita la identificación de los principales motivos, así como el comportamiento por servicio, dirección y la trazabilidad para la oportunidad y calidad en las respuestas.

SIAU se materializa en la oficina de atención al usuario, lugar donde se desarrollan estrategias orientadas hacia la humanización de la atención en salud, del ejercicio de los deberes y los derechos del usuario en el contexto del respeto por la persona y donde se tienen como acciones permanentes:

- Fomento de espacios de participación.
- Búsqueda activa de eventos adversos.
- Conquista de usuarios para hacer parte de la asociación de usuarios.
- Despliegue del proceso SIAU en áreas y servicios, al personal en Inducción, reinducción, en jornadas de calidad, entre otros.

El proceso SIAU está conformado por tres procedimientos:

1. Atención y orientación al usuario
2. Gestión de reclamos, sugerencias, agradecimientos y felicitaciones
3. Monitoreo de la satisfacción del usuario.

	<b>INFORMES CONTROL INTERNO</b> <b>HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE ITUANGO</b> <b>NIT: 890.980.840-3</b>	<b>Código: FO-GC-005</b>
		<b>Versión: 001</b>
		<b>Fecha de aprobación:</b> <b>10 de mayo 2024</b>

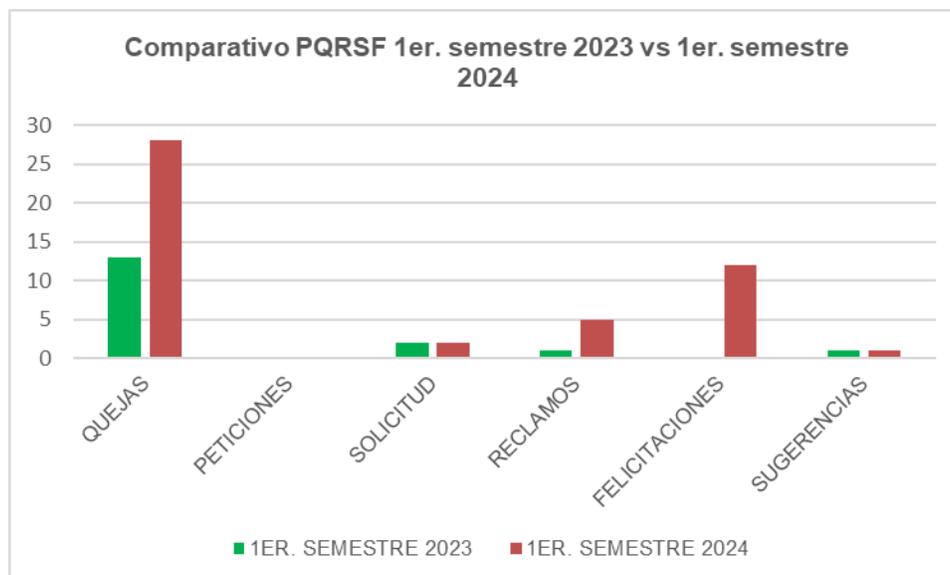
Se ha venido trabajando fuertemente con el objetivo de mejorar los procesos tendientes a fortalecer el sistema de información y atención al usuario – SIAU. Entre los principales avances ha sido la restructuración del horario de atención al usuario, ya que el horario estaba de 7 am a 3 pm y actualmente está de 8am a 12m a 1pm a 5 pm y se ha realizado mayor divulgación de los deberes y derechos de los usuarios a través de carteleras.

Durante el primer semestre de 2024 se recibieron y radicaron veintiocho (28) quejas, quince (15) quejas más que el primer semestre de 2023 (periodo en el que se recibieron y radicaron trece (13) quejas).

Tabla 1. Comparativa cantidad de PQRSF 1er. semestre 2023 y 1er. Semestre 2024

CLASIFICACION	1ER. SEMESTRE 2023	1ER. SEMESTRE 2024	%DEL TOTAL DE PQRSF DEL 1ER.SEMESTRE 2024
QUEJAS	13	28	58,33%
PETICIONES	-	-	0,00%
SOLICITUD	2	2	4,17%
RECLAMOS	1	5	10,42%
FELICITACIONES	-	12	25,00%
SUGERENCIAS	1	1	2,08%
<b>TOTAL</b>	<b>17</b>	<b>48</b>	<b>100%</b>

Gráfico 1. Comparativa cantidad de PQRSF 1er. semestre 2023 y 1er. Semestre 2024



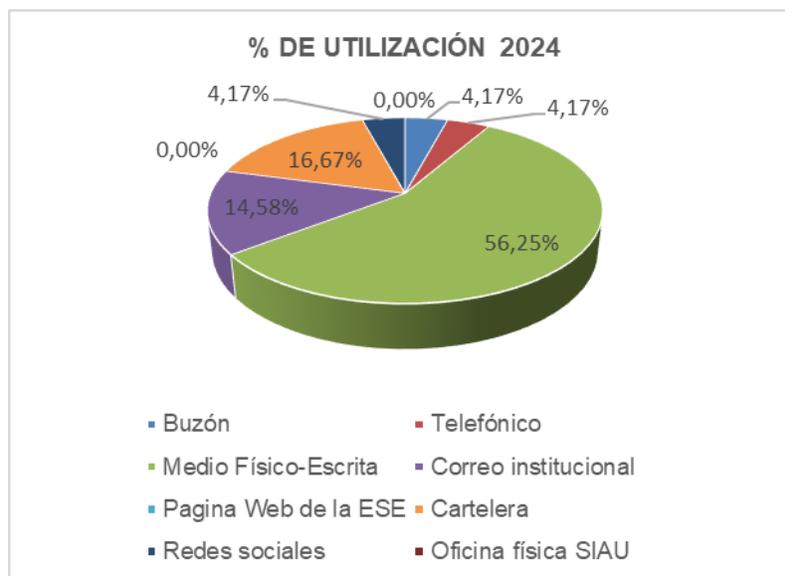
	<b>INFORMES CONTROL INTERNO</b> <b>HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE ITUANGO</b> <b>NIT: 890.980.840-3</b>	<b>Código: FO-GC-005</b>
		<b>Versión: 001</b>
		<b>Fecha de aprobación:</b> <b>10 de mayo 2024</b>

Estas peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y felicitaciones se consolidan en la información que se presenta a continuación:

Tabla 2. Medio de Radicación de PQRSF 1er. Semestre 2024

MEDIO DE RADICACIÓN	1ER. SEMESTRE 2024	% DE UTILIZACIÓN 2024
Buzón	2	4,17%
Telefónico	2	4,17%
Medio Físico-Escrita	27	56,25%
Correo institucional	7	14,58%
Pagina Web de la ESE	-	0,00%
Cartelera	8	16,67%
Redes sociales	2	4,17%
Oficina física SIAU	-	0,00%
<b>TOTAL</b>	<b>48</b>	<b>100%</b>

Gráfico 2. Porcentaje de medio de radicación utilizado en el 1er. Semestre 2024



Referente a los tiempos de respuesta a las quejas presentadas por los usuarios y teniendo como indicador máximo 15 días hábiles para contestar los requerimientos, se evidencia según los informes recibidos que se está dando cumplimiento a la normatividad, pero no se observa por cada queja presentada los días utilizados para dar respuesta.

	<b>INFORMES CONTROL INTERNO</b> <b>HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE ITUANGO</b> <b>NIT: 890.980.840-3</b>	<b>Código: FO-GC-005</b>
		<b>Versión: 001</b>
		<b>Fecha de aprobación:</b> <b>10 de mayo 2024</b>

## 6. MONITOREO DE LA SATISFACCIÓN DEL USUARIO

Aunque la conceptualización y el entendimiento de las causas son complejos y diversos por la percepción subjetiva del usuario sobre los servicios recibidos respecto a sus necesidades y expectativas, en el marco de la prestación de los servicios de salud, la satisfacción del usuario es un tema de interés que ha ido tomando más fuerza, convirtiéndose su medición en el eje fundamental de la evaluación del proceso de atención.

Recordando el concepto, la medición de la satisfacción del usuario se entiende como el conjunto de actividades necesarias que debe realizar el prestador de los servicios de salud, para conocer en forma técnica y objetiva, la percepción que tienen los usuarios de la calidad, eficiencia, eficacia, efectividad y calidez de la atención en los servicios que han recibido.

Esta actividad se realiza a través de encuestas que evalúan el grado de satisfacción de los usuarios y, de acuerdo con los resultados obtenidos, se implementan las acciones de mejora que sean necesarias para intervenir estos resultados que, finalmente, son otra fuente o insumo para el modelo de mejoramiento Institucional sirviendo de guía para mejorar o mantener la calidad de la prestación de los servicios en la Institución.

Para el seguimiento y trazabilidad de la satisfacción de los usuarios, se realiza medición con los indicadores: “Índice combinado de satisfacción” y “Proporción de satisfacción global de los usuarios”.

Para el primer semestre de 2024 se registró un total de 463 formatos de encuestas, obteniendo los resultados a continuación:

- El informe para el primer trimestre indica que el “Índice combinado de satisfacción” obtuvo un resultado de 0,16 donde la meta es de >0,96.
- El informe para el segundo trimestre indica que el “Índice combinado de satisfacción” obtuvo un resultado de 1,45; donde la meta es de >0,96.
- El informe para el primer trimestre indica que el indicador “Proporción de satisfacción global de los usuarios” obtuvo un resultado de 97,6%; donde la meta es de >90%.
- El informe para el segundo trimestre indica que el indicador “Proporción de satisfacción global de los usuarios” obtuvo un resultado de 95,8%; donde la meta es de >90%.
- El informe para el primer trimestre indica que el indicador “Conocimiento deberes y derechos de los usuarios” obtuvo un resultado de 76%; donde la meta es de >30%.
- El informe para el segundo trimestre indica que el indicador “Conocimiento deberes y derechos de los usuarios” obtuvo un resultado de 82,2%; donde la meta es de >30%.

De estos resultados se puede evidenciar que el 96,33% de los encuestados se encuentra satisfecho con los servicios prestados por la ESE Hospital San Juan de Dios de Ituango.

Tabla 3. Proporción de usuarios satisfechos 1er. Semestre 2024

	<b>INFORMES CONTROL INTERNO</b> <b>HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE ITUANGO</b> <b>NIT: 890.980.840-3</b>	<b>Código: FO-GC-005</b>
		<b>Versión: 001</b>
		<b>Fecha de aprobación: 10 de mayo 2024</b>

# DE ENCUESTAS	# DE USUARIOS SATISFECHOS	% DE USUARIOS SATISFECHOS
463	446	96,33%

En la E.S.E. Hospital San Juan de Dios de Ituango, las manifestaciones clasificadas como quejas, reclamos, felicitaciones, sugerencias, derechos de petición y solicitudes, recibidas por los diferentes canales dispuestos para tal fin, han sido ingresadas al sistema de Información y atención al Usuario – SIAU y analizadas para el primer semestre de la vigencia 2024.

Con base en toda la información obtenida más el análisis de los factores internos y externos, la E.S.E. Hospital San Juan de Dios de Ituango lleva a cabo la planeación de sus lineamientos, trabajando fuertemente en la búsqueda de estrategias que permitan prestar un servicio de forma oportuna, humanizado y con calidad a sus usuarios y familiares, buscando minimizar todas las situaciones identificadas y caracterizadas al interior de la Institución, especialmente aquellas con las cuales los usuarios manifiestan la vulneración de sus derechos y que no permitan el cumplimiento de la misión de la Entidad.

Por otra parte, de la mano de la normatividad vigente, desde el proceso SIAU, se continuará educando a los usuarios, promoviendo la participación ciudadana, se hará la revisión de los determinantes sociales, participando en espacios interinstitucionales para la creación de redes de apoyo, se buscará referenciar con prácticas exitosas en otros servicios e instituciones y, se aprovechará toda oportunidad que permita el mejoramiento continuo del proceso.

## 7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Es importante que desde el área de servicio de información y atención al usuario-SIAU se fortalezca para efectos estadísticos, la consistencia de la información a través de un sistema que permita hacer un seguimiento sistemático y permanente, a todas la PQRSF asignadas a alguna dependencia.

Se recomienda que las PQRSF sean clasificadas por dependencia y servicio, con el fin de que se puedan implementar las acciones de mejora de forma puntual y así realizar un efectivo seguimiento.

Por otra parte, se recomienda relacionar en cada PQRS la fecha de cierre y el estado actual (Radicada, En Proceso, Cerrada) de esta a la fecha del informe trimestral.

Se recomienda que en los informes trimestrales las manifestaciones recibidas se reflejen en un formato donde se detalle: fecha de radicación, datos de la persona que instaura la PQRS, tipo de manifestación, reporte o motivo de la PQRS, acción de mejora implementada, resultado del proceso o trámite, etnia, dependencia a la que va dirigida y EPS a la que pertenece el usuario que radica la PQRS. Esto con el fin de poder hacer un análisis detallado que permita el seguimiento y desarrollo de las acciones de mejora.

Se sugiere, continuar a través del modelo de atención y el programa de humanización el fortalecimiento en el cuidado de los clientes externos y la forma en que se aborda al usuario desde su ingreso hasta su salida de la Entidad.

	<p align="center"> <b>INFORMES CONTROL INTERNO</b>  <b>HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE ITUANGO</b>  <b>NIT: 890.980.840-3</b> </p>	<b>Código: FO-GC-005</b>
		<b>Versión: 001</b>
		<b>Fecha de aprobación:</b> <b>10 de mayo 2024</b>

*Silvia María Sioło*  
 SILVIA MARIA SIOLO  
 Asesora Control Interno  
 Firmado digitalmente