



PROCESO DE CALIDAD Y MEJORA CONTINUA
FORMATO INFORME DE ÁREA O DEPENDENCIA
VERSIÓN 01

Código
FEC0204004
Fecha:
Octubre
2025

PERIODO	SEGUNDO TRIMESTRE PQR 2026
ÁREA O DEPENDENCIA	ATENCIÓN AL USUARIO
RESPONSABLE	MONICA MILDRED ARCILA FRANCO
DIRIGIDO A	GERENCIA Y CONTROL INTERNO
REFERENCIA	
OBJETIVO	Evaluar la oportunidad, calidad y cumplimiento normativo del proceso de PQRS, así como el funcionamiento de la Oficina de Atención al Usuario del Hospital San Juan de Dios E.S.E. Rionegro, durante el periodo comprendido entre el 01 de abril y el 30 de junio de 2026.
ALCANCE	Evaluación de la percepción de los usuarios frente a los servicios prestados por la institución, a partir del análisis de las Peticiones, Quejas y Reclamos (PQR) recibidas a través de buzones, correspondencia, correo institucional y página web, durante el segundo trimestre de 2026.
FUNDAMENTO NORMATIVO	En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 76 de la Ley 1474 de 2011, la Oficina de Control Interno presenta el seguimiento al trámite de las peticiones, quejas, reclamos y sugerencias. • Circular Externa 008 de 2018 de la Supersalud. Mediante la cual se imparten directrices importantes para entidades Administradoras de Planes de Beneficios -EAPB incluyendo las Entidades Adaptadas y los Regímenes Especiales y de Excepción, a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, a las Entidades Territoriales y a las

personas jurídicas interesadas en operar el aseguramiento en salud y administrar los recursos destinados a garantizar los derechos de la población afiliada en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Sistema de peticiones, quejas, reclamos, solicitudes y denuncias (PQR). Las entidades responsables del aseguramiento en salud deberán garantizar la implementación de un sistema estandarizado de recepción, análisis y resolución de peticiones, quejas, reclamos, solicitudes y denuncias que permita el acceso permanente a las mismas por parte de las entidades que ejercen inspección, vigilancia y control en el sistema, de conformidad con lo estipulado en el Capítulo Tercero del Título VII de la Circular Única y en la normatividad vigente. Decreto 780 de 2016, por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social.

- Resolución 2063 de 2017 del Ministerio de Protección Social. Por la cual se adopta la política de participación social en salud (PPSS).

- *Marco estratégico. 6.5.4. Control social en salud d) Implementar los mecanismos que permitan fortalecer la participación ciudadana en el análisis de información para que esta contribuya a que las autoridades hagan un manejo transparente de los asuntos y recursos públicos.*

El proceso del Sistema de Información y Atención al Usuario – SIAU está conformado por tres procedimientos:

- Atención y Orientación al Usuario
- Gestión de Reclamos, Sugerencias, Agradecimientos y Felicitaciones
- Monitoreo de la Satisfacción del Usuario.

En el presente seguimiento desarrollaremos cada uno de los procedimientos enunciados:

CANALES DE COMUNICACIÓN

Para la gestión de las PQR, la entidad cuenta con los siguientes canales, a través de los cuales facilita al usuario la gestión de sus quejas, reclamos, sugerencias y felicitaciones:



PROCESO DE CALIDAD Y MEJORA CONTINUA
FORMATO INFORME DE ÁREA O DEPENDENCIA
VERSIÓN 01

Código
FEC0204004
Fecha:
Octubre
2025

CANAL	MODO DE CONTACTO
TELEFÓNICO	Línea telefónica local: 604 5313700, disponible 24 horas
FÍSICO	Documentos o escritos incluyendo los comentarios de las encuestas de satisfacción.
VIRTUAL	<u>Correo electrónico</u> ausuario@hospitalrionegro.gov.co siua@hospitalrionegro.gov.co bienestarsocial@hospitalrionegro.gov.co
	<u>Página Web</u> https://www.eserionegro.gov.co/
PRESENCIAL	Atención personalizada en la Oficina de Atención al Usuario ubicada en el segundo piso en el horario establecido.
BUZONES	- En cada servicio se encuentran dispuestos 20 buzones, junto con los formatos necesarios para que los usuarios registren sugerencias, reclamos, agradecimientos o felicitaciones. - Se realiza la revisión de los buzones de manera semanal, específicamente los días viernes, y se adelanta la gestión correspondiente para emitir respuesta dentro de los términos establecidos por la normatividad vigente.

Fuente: Oficina de Atención al Usuario.

Estado de los canales

Los diferentes canales de comunicación se encuentran en adecuado funcionamiento y en pleno uso. El Hospital San Juan de Dios E.S.E. Rionegro promueve la utilización de mecanismos de participación ciudadana, tales como buzones, encuestas de satisfacción y el reconocimiento de la Oficina de Atención al Usuario. A través de estos canales, se gestionan y resuelven las inquietudes de pacientes y familiares, incluyendo aquellos que acuden en reiteradas ocasiones a la institución.



PROCESO DE CALIDAD Y MEJORA CONTINUA
FORMATO INFORME DE ÁREA O DEPENDENCIA
VERSIÓN 01

Código
FEC0204004
Fecha:
Octubre
2025

GESTIÓN DE PETICIONES, RECLAMOS Y SUGERENCIAS

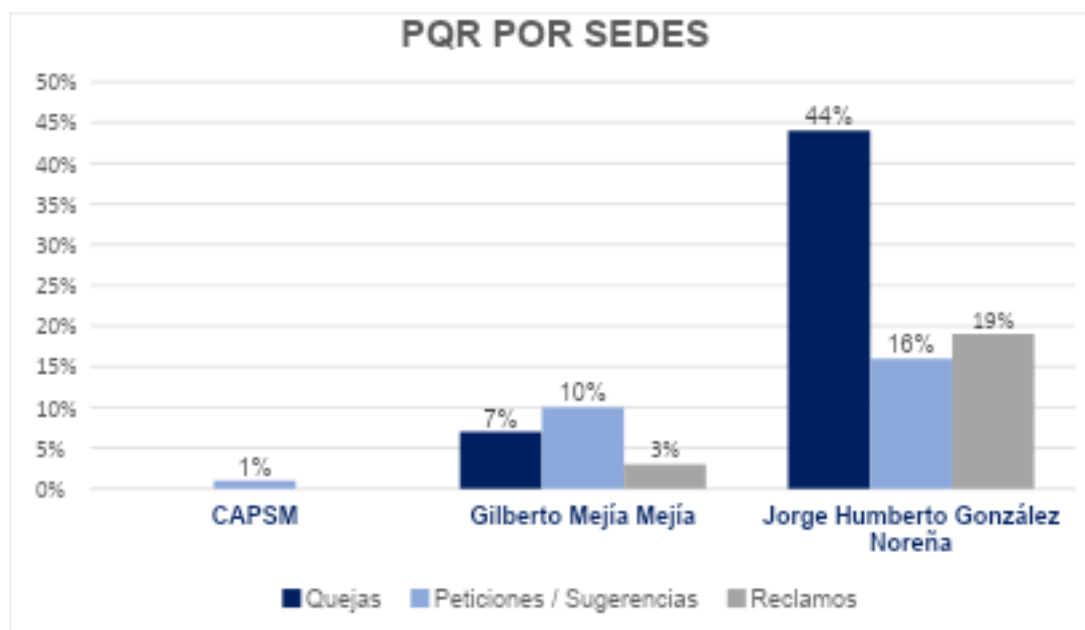
Durante el segundo trimestre, el Hospital San Juan de Dios E.S.E. Rionegro recibió 401 PQRS. La Sede Jorge Humberto González Noreña concentró el 79,55 % de los registros (319 casos), debido al mayor volumen de atención que presta la institución. En esta sede predominaron las quejas (55,17 %), seguidas de los reclamos (24,45 %) y las peticiones y sugerencias (20,38 %).

La Sede Gilberto Mejía Mejía registró 81 PQRS (20,20 %), con predominio de peticiones y sugerencias (51,85 %), lo que refleja una mayor participación de los usuarios mediante solicitudes y propuestas de mejora. Por su parte, la Sede CAPSM presentó 1 reclamo (0,25 %), por lo que se recomienda continuar fortaleciendo la divulgación de los canales de participación ciudadana.

En términos generales, la mayor concentración de PQRS se presentó en la Sede Jorge Humberto González Noreña, comportamiento asociado a su mayor capacidad de atención y volumen de usuarios.

Sede	Quejas	Peticiones / Sugerencias	Reclamos	Total
Gilberto Mejía Mejía	30	42	9	81
CAPSM	0	0	1	1
Jorge Humberto González Noreña	176	65	78	319
Total, general	206	107	88	401

Fuente: Oficina de Atención al Usuario



Fuente: Oficina de Atención al Usuario

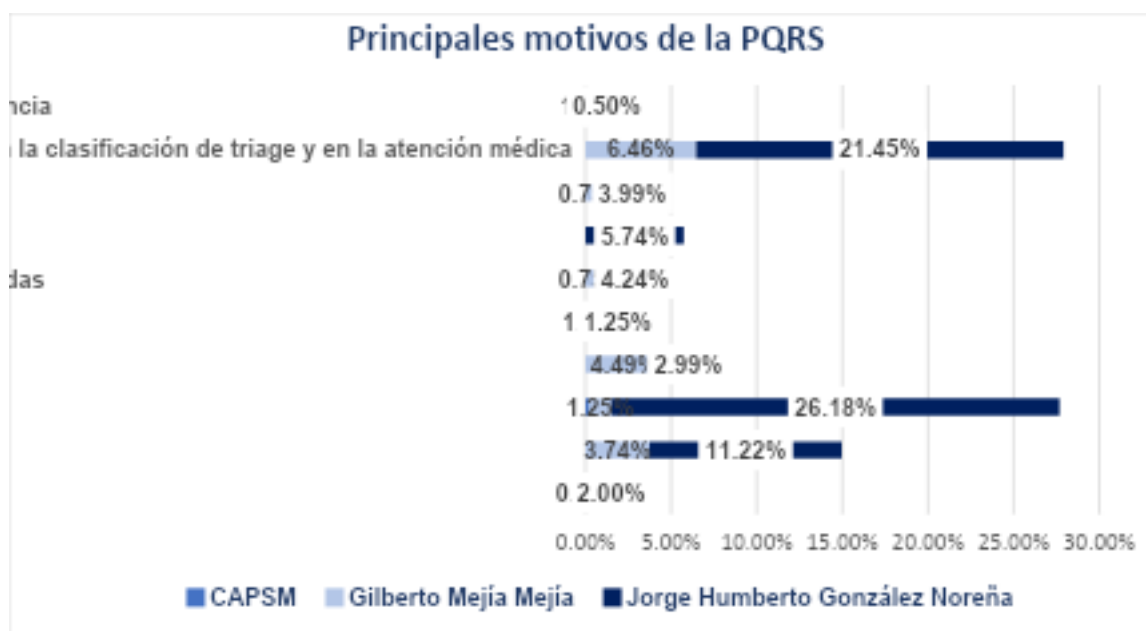
ANÁLISIS DE RECLAMOS Y SUGERENCIAS.

Durante el segundo trimestre de la vigencia se recibieron un total de 401 Peticiones, Quejas y Reclamos (PQR) en el Hospital San Juan de Dios E.S.E. Rionegro. El análisis de los motivos permite identificar que las principales inconformidades de los usuarios se concentran en cinco criterios fundamentales de la prestación del servicio: oportunidad, accesibilidad, gestión administrativa, calidad en la atención y humanización del servicio.

Desde el análisis por sedes, se observa que la Sede Jorge Humberto González Noreña concentra la mayor proporción de las inconformidades registradas, particularmente en los aspectos relacionados con la oportunidad en la atención y el acceso a los servicios, situación que guarda relación con el mayor volumen de pacientes atendidos y con la alta demanda de los servicios de urgencias. Por su parte, la Sede Gilberto Mejía Mejía presenta una mayor incidencia de reclamaciones asociadas a procesos

administrativos y de facturación, mientras que la Sede CAPSM registra una participación mínima dentro del total de PQR.

En conclusión, el análisis evidencia que las acciones de mejora institucional deben orientarse prioritariamente al fortalecimiento de la oportunidad en la prestación de los servicios, la optimización de los canales de comunicación con los usuarios, la modernización de los procesos administrativos y el fortalecimiento de la estrategia de humanización, con el propósito de incrementar los niveles de satisfacción de los usuarios y contribuir al mejoramiento continuo de la calidad en la atención.



Fuente: Oficina de Atención al Usuario

1. Oportunidad en la atención del servicio de urgencias (112 casos – 27,93 %)

Las principales inconformidades estuvieron relacionadas con los tiempos de espera para la clasificación en triage y la atención médica, así como con la permanencia prolongada de algunos pacientes en el servicio de urgencias. Los usuarios

manifestaron percepción de demora en la atención, desacuerdo con la priorización en algunos casos y limitada información durante el proceso de espera, situaciones que afectan la percepción de oportunidad y satisfacción frente al servicio.

El análisis institucional evidencia que estas situaciones obedecen principalmente a la alta demanda asistencial, la ocupación permanente de camillas y áreas de observación, la limitada disponibilidad de camas hospitalarias y los tiempos requeridos para ayudas diagnósticas, valoraciones especializadas y procesos de referencia y contrarreferencia. En consecuencia, resulta necesario continuar fortaleciendo las estrategias para optimizar el flujo de pacientes y mantener una comunicación permanente con los usuarios sobre el estado de su atención.

2. Accesibilidad a los canales de atención institucional (111 casos – 27,68 %)

Las personas usuarias manifestaron dificultades para acceder a los canales institucionales de atención, especialmente mediante las líneas telefónicas, WhatsApp y la plataforma de autoagendamiento COCO. Asimismo, se reportaron inconvenientes en la asignación de controles posquirúrgicos y atenciones derivadas de accidentes de tránsito (SOAT), limitaciones en la recepción de documentos y falta de claridad frente a algunas decisiones de Auditoría Médica, lo que incrementa la percepción de barreras de acceso y genera reprocesos administrativos.

El análisis realizado evidencia la necesidad de fortalecer la capacidad de respuesta de los canales institucionales, optimizar los procesos de asignación de citas y mejorar la comunicación con los usuarios, garantizando información clara, oportuna y suficiente que facilite el acceso a los servicios y reduzca la presentación de reclamaciones.

3. Oportunidad en la asignación de citas y prestación de servicios de salud (60 casos – 14,96 %)

Las inconformidades estuvieron relacionadas principalmente con las demoras para acceder a consultas especializadas, procedimientos e imágenes diagnósticas, especialmente en servicios de alta demanda como Otorrinolaringología, Cirugía Infantil, Ortopedia, Endocrinología, Gastroenterología, endoscopías, Urología, Dermatología, Neurología, Neurocirugía y Cardiología. Los usuarios manifestaron que estas demoras afectan la continuidad de sus tratamientos, retrasan la confirmación diagnóstica y generan incertidumbre frente a la evolución de su estado de salud.

Desde el análisis institucional, esta situación está asociada al alto volumen de usuarios atendidos, especialmente de las EPS con mayor población afiliada, lo que limita la disponibilidad de agendas y la capacidad instalada. Adicionalmente, las demoras en remisiones y estudios especializados gestionados por entidades externas también impactan la oportunidad de la atención. En este sentido, resulta necesario continuar fortaleciendo la gestión de agendas, optimizar la capacidad resolutoria de los servicios con mayor demanda y mejorar la articulación con los diferentes actores del sistema de salud.

4 . Procesos administrativos y de facturación (30 casos – 7,48 %)

Las principales inconformidades estuvieron relacionadas con errores en los procesos administrativos y de facturación, tales como inconsistencias en la verificación de órdenes médicas, demoras en la radicación de incapacidades, diligenciamiento de MIPRES, certificados de nacido vivo y registros en la historia clínica. Asimismo, los usuarios manifestaron dificultades para realizar trámites en el área de cartera, debido a la limitada disponibilidad del personal encargado, situación que ocasiona reprocesos y, en algunos casos, obliga a los usuarios a regresar para finalizar sus gestiones.

El análisis institucional evidencia que estas situaciones afectan la oportunidad de los procesos administrativos y generan retrasos en la prestación del servicio, especialmente para los usuarios que requieren completar varios trámites durante una misma atención.

5. Oportunidad en la programación de procedimientos quirúrgicos (23 casos – 5,74 %)

Las personas usuarias manifestaron inconformidad por los cambios en la programación de procedimientos quirúrgicos, especialmente cuando las reprogramaciones o cancelaciones se realizan con poca anticipación, generando afectaciones en la continuidad del tratamiento y dificultades para la organización personal y familiar de los pacientes.

El análisis institucional permite establecer que estas situaciones están relacionadas con ajustes en la programación quirúrgica derivados de la disponibilidad de especialistas, la priorización de procedimientos de urgencia y las condiciones clínicas de los pacientes.

6. Oportunidad en la atención de servicios programado (20 casos – 4,99 %)

Las inconformidades estuvieron relacionadas con retrasos en el inicio de las consultas y el incumplimiento de los horarios previamente asignados en algunos servicios especializados. Los usuarios manifestaron que algunos profesionales de la salud inician la atención con posterioridad al horario programado, lo que incrementa los tiempos de espera y afecta la percepción de oportunidad en la prestación del servicio.

Dentro de las PQR recibidas, se reportaron manifestaciones relacionadas con adelanto de la atención por parte del especialista **Wilson Londoño**, así como presuntas llegadas tardías del especialista en urología **Neider Cuadrado** y del **médico deportólogo**, situaciones que, según los usuarios, ocasionan demoras en el desarrollo de las agendas de consulta y afectan la oportunidad de la atención.

Adicionalmente, se registraron inconformidades por los tiempos de espera en los servicios de laboratorio clínico (toma de muestras), imagenología y resonancia magnética, principalmente en las sedes Jorge Humberto González Noreña y Gilberto Mejía Mejía. Los usuarios manifestaron que, en algunos casos, las personas adultas mayores y los pacientes con diabetes deben permanecer durante largos periodos en fila para acceder a estos servicios, generando inconformidad por la percepción de falta de priorización. De igual forma, se reportaron tiempos de espera prolongados para la realización de estudios de imagenología y resonancias, lo que impacta la oportunidad en el diagnóstico y la continuidad del proceso asistencial.

7. Oportunidad en el proceso de facturación (19 casos – 4,74 %)

Las personas usuarias manifestaron inconformidad por los tiempos de espera durante el proceso de facturación, indicando que, en algunos casos, la atención puede tardar hasta **90 -120 minutos**, especialmente en horarios de mayor afluencia. Asimismo, señalaron que cuando no se presentan con una antelación mínima de sesenta (60) minutos antes de la cita, el servicio no puede ser facturado oportunamente, lo que puede ocasionar la pérdida de la atención programada o la necesidad de realizar una nueva asignación.

El análisis institucional evidencia que estas situaciones están asociadas al volumen de usuarios atendidos, la concentración de la demanda en determinados horarios y la

capacidad operativa de los puntos de facturación, factores que inciden en los tiempos de espera y en la oportunidad del proceso administrativo.

8. Condiciones de infraestructura, aseo, alojamiento y alimentación (10 casos – 2,49 %)

Las inconformidades estuvieron relacionadas con las condiciones de aseo, infraestructura y alimentación durante la atención. Los usuarios reportaron situaciones puntuales asociadas a la falta de papel higiénico y jabón antibacterial en las unidades sanitarias, así como deficiencias en las condiciones de limpieza, principalmente en los servicios de urgencias y medicina interna.

Asimismo, se recibieron manifestaciones relacionadas con la temperatura, cantidad, calidad y presentación de los alimentos suministrados durante la hospitalización, así como observaciones sobre el estado de algunos espacios físicos, incluyendo fallas en unidades sanitarias, deterioro de mobiliario, sillas de ruedas y camillas, condiciones de comodidad en las áreas de espera y la presencia de humedades y goteras en el servicio de pediatría de la Sede Jorge Humberto González Noreña.

El análisis institucional evidencia que, aunque este motivo representa un porcentaje bajo del total de PQR, estos aspectos inciden en la percepción de seguridad, confort y calidad del entorno hospitalario.

9. Orientación e información al usuario (10 casos – 2,49 %)

Las personas usuarias manifestaron inconformidad por la falta de orientación clara y oportuna durante su proceso de atención, especialmente en la entrega de resultados de imagenología, la ubicación de consultorios y especialistas, y los trámites requeridos para acceder a los diferentes servicios. Asimismo, se evidenciaron dificultades en la información suministrada por el personal administrativo, generando confusión, desplazamientos innecesarios y aumento en los tiempos de espera.

De igual forma, se recibieron manifestaciones relacionadas con la orientación brindada por el personal de vigilancia, indicando limitaciones en el conocimiento de los servicios institucionales y en el direccionamiento de los usuarios dentro de la institución. El análisis institucional evidencia que estas situaciones afectan la experiencia del usuario y la percepción de accesibilidad a los servicios.

10. Humanización de la atención (6 casos – 1,50 %)

Las inconformidades estuvieron relacionadas con la percepción de falta de empatía, trato humanizado y deficiencias en la comunicación durante la atención. Los usuarios manifestaron que, en algunos casos, la información suministrada sobre diagnósticos, procedimientos y condiciones clínicas fue insuficiente o poco clara, dificultando la comprensión del proceso asistencial y afectando la relación entre el profesional de la salud y el paciente.

Dentro de las PQR recibidas, se identificaron manifestaciones relacionadas con la atención brindada por los especialistas **Wilson Londoño**, **Daniel Herrera** (Ortopedia), la **especialista en Urología** y el ortopedista **Jhonatan Avendaño**, frente a quienes algunos usuarios expresaron inconformidad por la percepción de falta de empatía, trato poco humanizado y deficiencias en la comunicación durante la consulta. Asimismo, se reportaron casos en los que se percibió el uso del teléfono celular durante la atención, situación que afectó la percepción de interés y calidad del servicio.

De igual manera, se recibieron manifestaciones de inconformidad frente a la atención brindada por el personal administrativo del servicio de **Cardiología**, así como por funcionarios del área de **Facturación** y de las **taquillas de asignación de citas**. Los usuarios manifestaron percibir falta de empatía, trato poco humanizado, lenguaje corporal desafiante y respuestas poco cordiales durante la atención, aspectos que afectan la experiencia del usuario y la percepción de calidad del servicio.

El análisis institucional evidencia que estas inconformidades están relacionadas principalmente con la percepción de los usuarios frente a la comunicación, la actitud de servicio y la humanización de la atención durante la interacción con el personal asistencial y administrativo

11. Reconocimientos y experiencias satisfactorias de los usuarios

Durante el segundo trimestre también se recibieron manifestaciones de reconocimiento por parte de los usuarios y sus familias, quienes resaltaron la calidad humana, el profesionalismo y el compromiso demostrado por diferentes colaboradores de la institución durante la prestación de los servicios de salud.

Entre los reconocimientos se destacan las felicitaciones dirigidas al **Dr. Jhoan Hurtado**, especialista en Dermatología, quien fue exaltado por su excelente desempeño profesional, calidad humana, respeto, paciencia, amabilidad y trato humanizado durante la atención. Los usuarios resaltaron su compromiso con el bienestar de los pacientes y manifestaron que profesionales con estas cualidades fortalecen la confianza en los servicios de salud.

Asimismo, se recibieron reconocimientos para el **personal del servicio de Hospitalización**, el **equipo de médicos y enfermeras**, quienes fueron destacados por la calidad de la atención, el humanismo, la hospitalidad y el acompañamiento brindado a los pacientes y sus familias durante el proceso asistencial.

De igual manera, los usuarios expresaron su reconocimiento a la colaboradora **Matilde Marín**, destacando su compromiso, disposición de servicio y calidad en la atención brindada. También se recibieron felicitaciones para el **equipo de Neonatos**, resaltando su dedicación, acompañamiento y orientación permanente a las madres en el cuidado de los recién nacidos durante el proceso de hospitalización.

Se recibieron igualmente reconocimientos para el **personal del proceso de Atención al Usuario**, resaltando la disposición para orientar a los pacientes, la amabilidad, el acompañamiento brindado durante los diferentes trámites y el compromiso demostrado para facilitar el acceso a los servicios de salud.

Finalmente, se registró un reconocimiento especial para la **neurocirujana Mariana**, por el trato humanizado, la empatía y el compromiso demostrado durante la atención de los pacientes, aspectos que fueron ampliamente valorados por los usuarios y sus familias.

Los reconocimientos recibidos evidencian el compromiso de los colaboradores con la prestación de una atención segura, humanizada y centrada en el usuario, constituyéndose en un referente para el fortalecimiento de las buenas prácticas institucionales y la cultura de calidad en la prestación de los servicios de salud.

CLASIFICACIÓN DE ACUERDO CON ATRIBUTOS DE CALIDAD

CRITERIO DE CALIDAD	PRINCIPALES CAUSAS IDENTIFICADAS
Accesibilidad	• Demoras en la asignación de citas de consulta externa y especialidades. • Disponibilidad limitada de agendas médicas, generando listas de espera. • Errores en la programación de citas y reprogramaciones sin notificación oportuna al usuario • Dificultades para acceder a los canales institucionales de atención (líneas telefónicas, WhatsApp y plataforma COCO).
Continuidad	• Incapacidad temporal de algunos profesionales que ocasionó la cancelación de consultas previamente programadas • Demoras en remisiones y procedimientos gestionados por entidades externas, afectando la continuidad del proceso asistencial • Desconocimiento por parte de algunos usuarios sobre el objetivo de las consultas programadas.
Oportunidad	• Tiempos prolongados de espera en el servicio de urgencias, clasificación de triage y atención médica. • Demoras en laboratorio clínico, toma de muestras, imagenología y resonancia magnética. • Retrasos en el inicio de consultas por incumplimiento de horarios de algunos especialistas. • Demoras en el proceso de facturación (hasta 60 minutos) y en trámites relacionados con SOAT (hasta 90 minutos).

CRITERIO DE CALIDAD	PRINCIPALES CAUSAS IDENTIFICADAS
	Reprogramación o cancelación de procedimientos quirúrgicos con poca anticipación.
Información y comunicación con el usuario	- Información insuficiente sobre tiempos de espera, procesos administrativos y estado de la atención. - Dificultades en la orientación brindada por el personal administrativo y de vigilancia - Falta de claridad en algunas decisiones de Auditoría Médica. - Deficiencias en la entrega de resultados y orientación sobre la ubicación de servicios y especialistas.
Pertinencia	- Inconformidad con el profesional asignado para la atención - Reportes sobre presuntas deficiencias en la atención brindada en consulta externa e imagenología. - Solicitudes de mayor orientación clínica durante el proceso asistencial.
Seguridad	Falta de privacidad en el servicio de Neonatos, especialmente durante la lactancia.
Trato digno y humanización	- Percepción de falta de empatía y trato humanizado por parte del personal médico, asistencial y administrativo. Lenguaje corporal desafiante y respuestas poco cordiales durante la atención. - Uso del teléfono celular durante la atención por algunos profesionales - Incumplimiento de la atención preferencial para adultos mayores, personas con discapacidad y gestantes. - Falta de escucha activa durante la atención.
Ambiente físico y confort	- Deficiencias en las condiciones de aseo y limpieza - Falta de papel higiénico y jabón antibacterial en las unidades sanitarias.

CRITERIO DE CALIDAD	PRINCIPALES CAUSAS IDENTIFICADAS
	• Deterioro de duchas, unidades sanitarias, mobiliario, sillas para acompañantes, camillas y sillas de ruedas • Humedades y goteras en algunas áreas asistenciales • Inconformidad con la temperatura, cantidad, calidad y presentación de los alimentos suministrados.
Cultura organizacional y clima laboral	• Altos niveles de ruido durante la jornada nocturna por conversaciones, uso de dispositivos móviles y desplazamiento de carros de medicamentos en áreas de descanso, afectando el ambiente hospitalario.
Experiencia del usuario	• Reconocimientos al Dr. Jhoan Hurtado, al personal de Hospitalización, al equipo de Neonatos, a la neurocirujana Mariana, a la colaboradora Matilde Marín y al personal de Atención al Usuario por la calidad humana, el compromiso y el trato brindado durante la atención. • Felicitaciones al equipo médico, de enfermería y demás colaboradores por la atención integral, el acompañamiento y la vocación de servicio.

TIPO RIESGO DEL RECLAMOS PQR

Con el objetivo de dar cumplimiento a la Circular Externa 2023151000000010-5 de 2023, la cual establece los lineamientos para la resolución de los reclamos en salud, el hospital ha adoptado un sistema de clasificación para la gestión y resolución de las quejas y reclamos de los usuarios, en concordancia con las disposiciones legales vigentes.

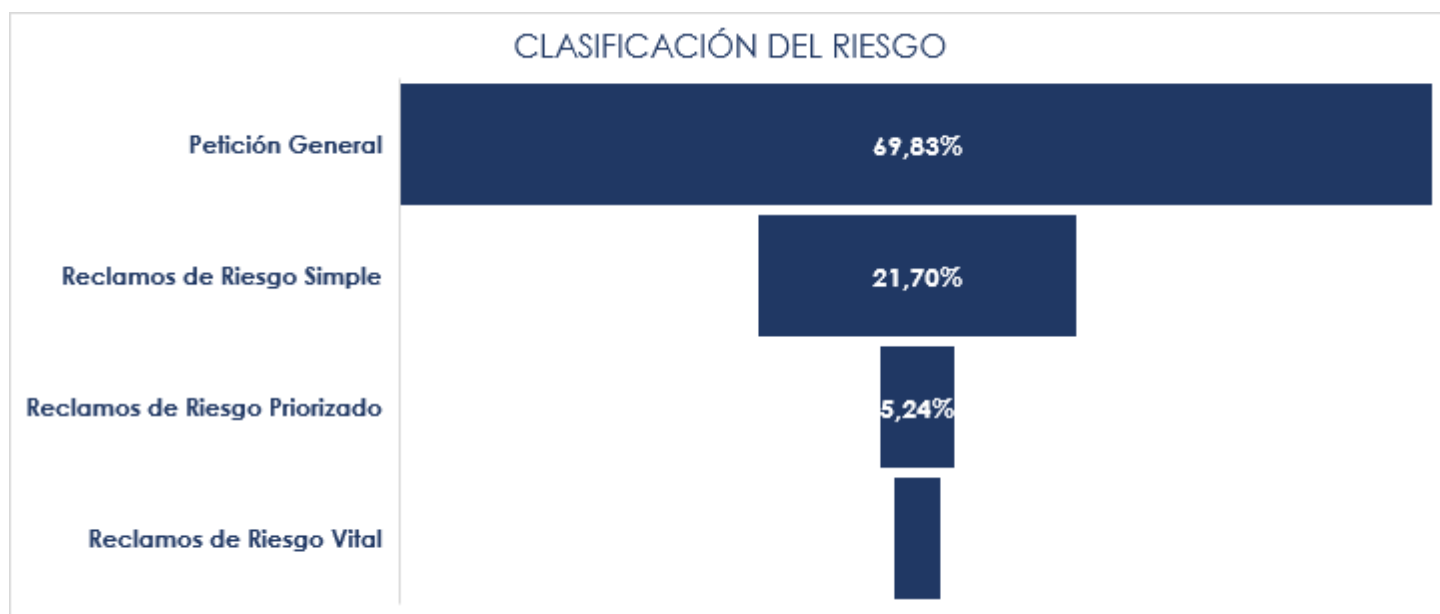
Reclamos de riesgo vital	13
Reclamos de riesgo priorizado	21
Reclamos de riesgo simple	87
Petición General	280
TOTAL	401

Durante el segundo trimestre de 2026 se recibieron 401 PQR, de las cuales 280 (69,83 %) correspondieron a Peticiones Generales, constituyéndose en la clasificación de mayor frecuencia. Le siguieron los Reclamos de Riesgo Simple, con 87 casos (21,70 %), relacionados principalmente con inconformidades en la prestación de los servicios, sin representar un riesgo inmediato para el paciente.

Por su parte, se registraron 21 Reclamos de Riesgo Priorizado (5,24 %) y 13 Reclamos de Riesgo Vital (3,24 %), los cuales requirieron atención preferente por el posible impacto sobre la seguridad y la atención de los usuarios.

En términos generales, la distribución de las PQR muestra que el 91,53 % correspondió a peticiones generales y reclamos de riesgo simple, mientras que el 8,48 % restante fue clasificado como riesgo priorizado o vital, requiriendo una gestión oportuna de acuerdo con su nivel de riesgo.

TIPO RIESGO DEL RECLAMOS PQR



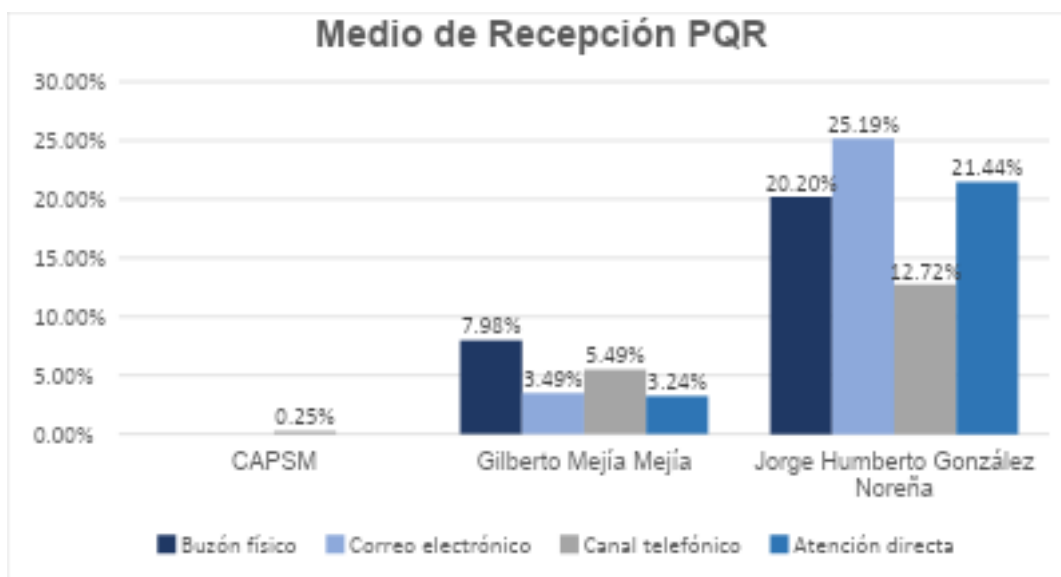
Fuente: Oficina de Atención al Usuario

MEDIO POR EL CUAL SE RECIBEN LAS PQR

Durante el segundo trimestre de 2026, el correo electrónico fue el principal medio utilizado por los usuarios para presentar sus PQR, con 115 registros (28,68 %), seguido del buzón físico, con 113 casos (28,18 %). La atención directa representó 99 registros (24,69 %) y el canal telefónico 74 casos (18,45 %).

La Sede Jorge Humberto González Noreña concentró el mayor número de PQR, con 319 registros (79,55 %), independientemente del medio de recepción utilizado, lo cual es consistente con el mayor volumen de usuarios atendidos y la concentración de la oferta de servicios en esta sede. Por su parte, la Sede Gilberto Mejía registró 81 PQR (20,20 %) y la Sede CAPSM 1 caso (0,25 %).

En términos generales, se evidencia una utilización equilibrada entre los canales presenciales y virtuales para la radicación de las PQR, destacándose el uso del correo electrónico como principal mecanismo de comunicación con la institución.



Fuente: Oficina de Atención al Usuario

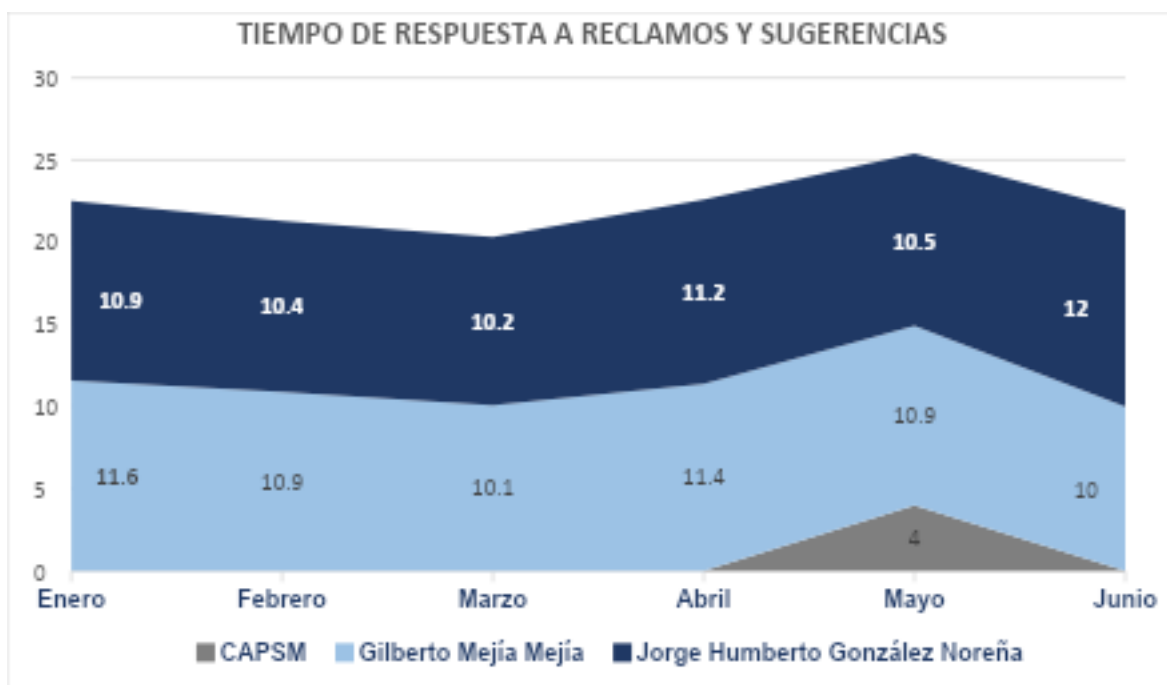
TIEMPO DE RESPUESTA A RECLAMOS Y SUGERENCIAS

Durante el segundo trimestre de 2026, los tiempos promedio de respuesta a las Peticiones, Quejas, Reclamos y Sugerencias (PQR) presentaron un comportamiento estable entre las sedes con mayor volumen de solicitudes. La Sede Gilberto Mejía Mejía registró promedios entre 10 y 11,4 días hábiles, mientras que la Sede Jorge Humberto González Noreña osciló entre 10,5 y 12 días hábiles. Por su parte, la Sede CAPSM únicamente registró una PQR durante el mes de mayo, la cual fue atendida en un tiempo promedio de 4 días hábiles.

Los resultados evidencian que la gestión de las PQR se mantuvo dentro de los términos establecidos por la Ley 1755 de 2015, garantizando una respuesta oportuna a las manifestaciones presentadas por los usuarios. Si bien en el mes de junio la Sede Jorge Humberto González Noreña alcanzó un promedio de 12 días hábiles, este

comportamiento resulta consistente con el mayor volumen de solicitudes tramitadas en dicha sede y no representa incumplimiento de los plazos legales aplicables.

En términos generales, el indicador refleja una gestión eficiente en la atención de las PQR y el cumplimiento del atributo de oportunidad, contribuyendo al fortalecimiento de los mecanismos institucionales de atención y respuesta a los usuarios.



MONITOREO DE LA SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS

Durante el segundo trimestre de 2026 se aplicaron 1.434 encuestas de satisfacción a los usuarios de las diferentes sedes del Hospital San Juan de Dios E.S.E. Rionegro. Del total de encuestas realizadas, 1.396 usuarios (97,35 %) manifestaron encontrarse satisfechos



PROCESO DE CALIDAD Y MEJORA CONTINUA
FORMATO INFORME DE ÁREA O DEPENDENCIA
VERSIÓN 01

Código
FEC0204004
Fecha:
Octubre
2025

con la atención recibida, 28 usuarios (1,95 %) no emitieron respuesta y 10 usuarios (0,70 %) expresaron algún nivel de insatisfacción.

Por sedes, la Sede CAPSM registró el mayor nivel de satisfacción, con 134 usuarios satisfechos (97,81 %), seguida de la Sede Gilberto Mejía Mejía, con 494 usuarios satisfechos (97,44 %), y la Sede Jorge Humberto González Noreña, con 768 usuarios satisfechos (97,22 %). Los resultados evidencian un comportamiento homogéneo entre las tres sedes, todas con niveles de satisfacción superiores al 97 %, lo que refleja una percepción altamente favorable frente a la atención y los servicios prestados por la institución.

Respecto a la insatisfacción, la Sede Gilberto Mejía Mejía registró 4 usuarios (0,79 %), la Sede Jorge Humberto González Noreña 5 usuarios (0,63 %) y la Sede CAPSM 1 usuario (0,73 %). De igual manera, el porcentaje de usuarios que no respondió la encuesta fue inferior al 2,2 % en todas las sedes, lo que evidencia una adecuada participación en el proceso de medición de la satisfacción.

En términos generales, los resultados reflejan un alto nivel de satisfacción institucional, con un porcentaje global del 97,35 %, indicador que evidencia la confianza de los usuarios en la prestación de los servicios de salud y el compromiso del Hospital San Juan de Dios E.S.E. Rionegro con la calidad, la seguridad del paciente y la humanización de la atención. No obstante, las manifestaciones de insatisfacción constituyen una fuente valiosa de información para fortalecer las acciones de mejoramiento continuo, especialmente en aspectos relacionados con la oportunidad en la atención, la comunicación con el usuario y la experiencia durante la prestación de los servicios.

Sede	Satisfecho	No Responde	Insatisfecho	Total
------	------------	----------------	--------------	-------

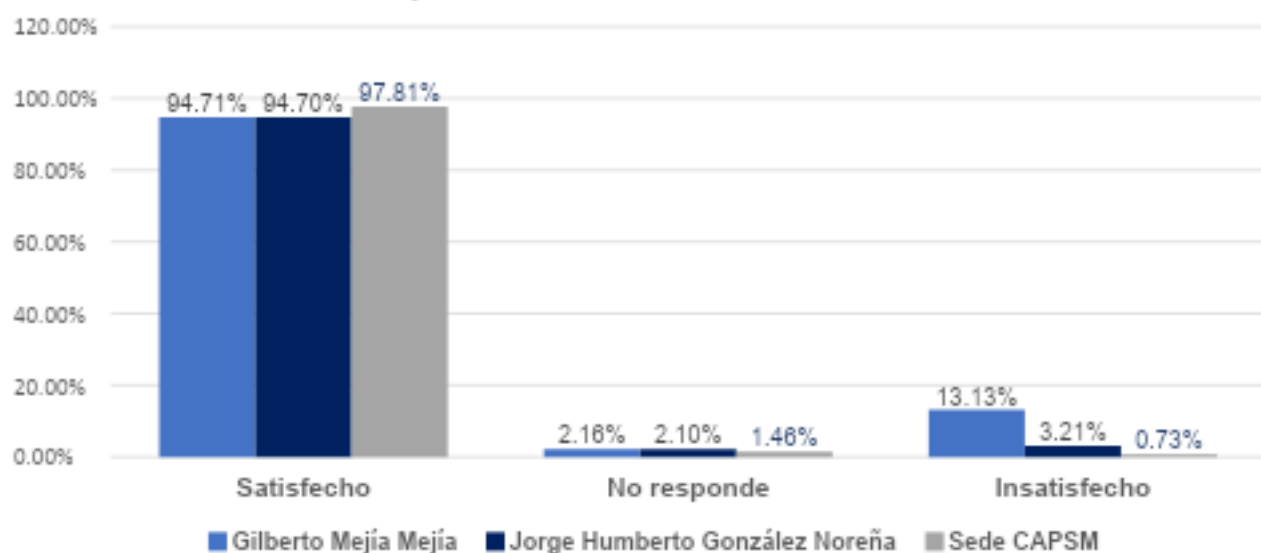


PROCESO DE CALIDAD Y MEJORA CONTINUA
FORMATO INFORME DE ÁREA O DEPENDENCIA
VERSIÓN 01

Código
FEC0204004
Fecha:
Octubre
2025

Gilberto Mejía Mejía	494	9	4	507
Jorge Humberto González	768	17	5	790
Sede CAPSM	134	2	1	137
Total	1396	28	10	1434

Experiencia Global del Usuario



EXPERIENCIA GLOBAL





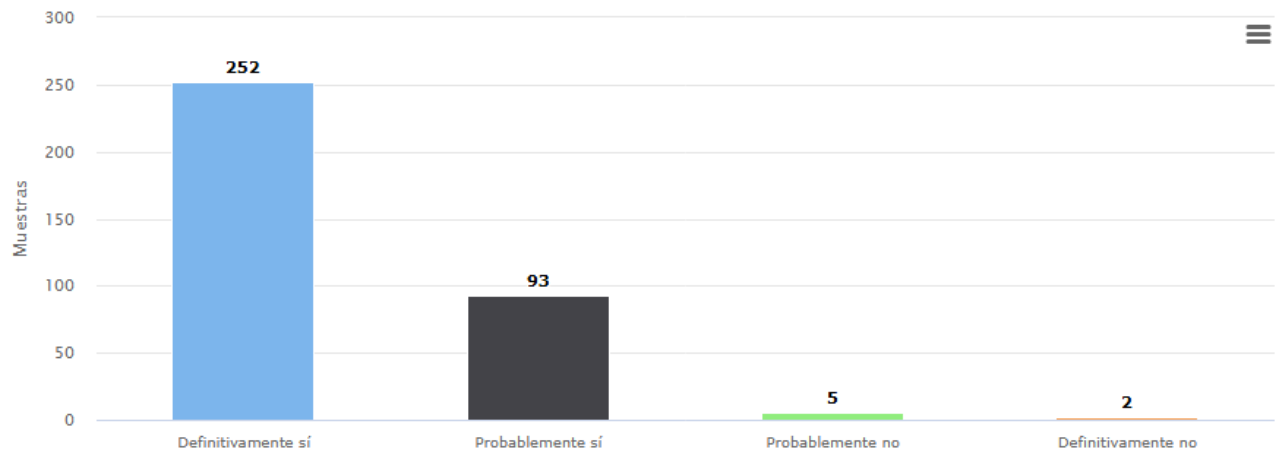
PROCESO DE CALIDAD Y MEJORA CONTINUA
FORMATO INFORME DE ÁREA O DEPENDENCIA
VERSIÓN 01

Código
FEC0204004
Fecha:
Octubre
2025

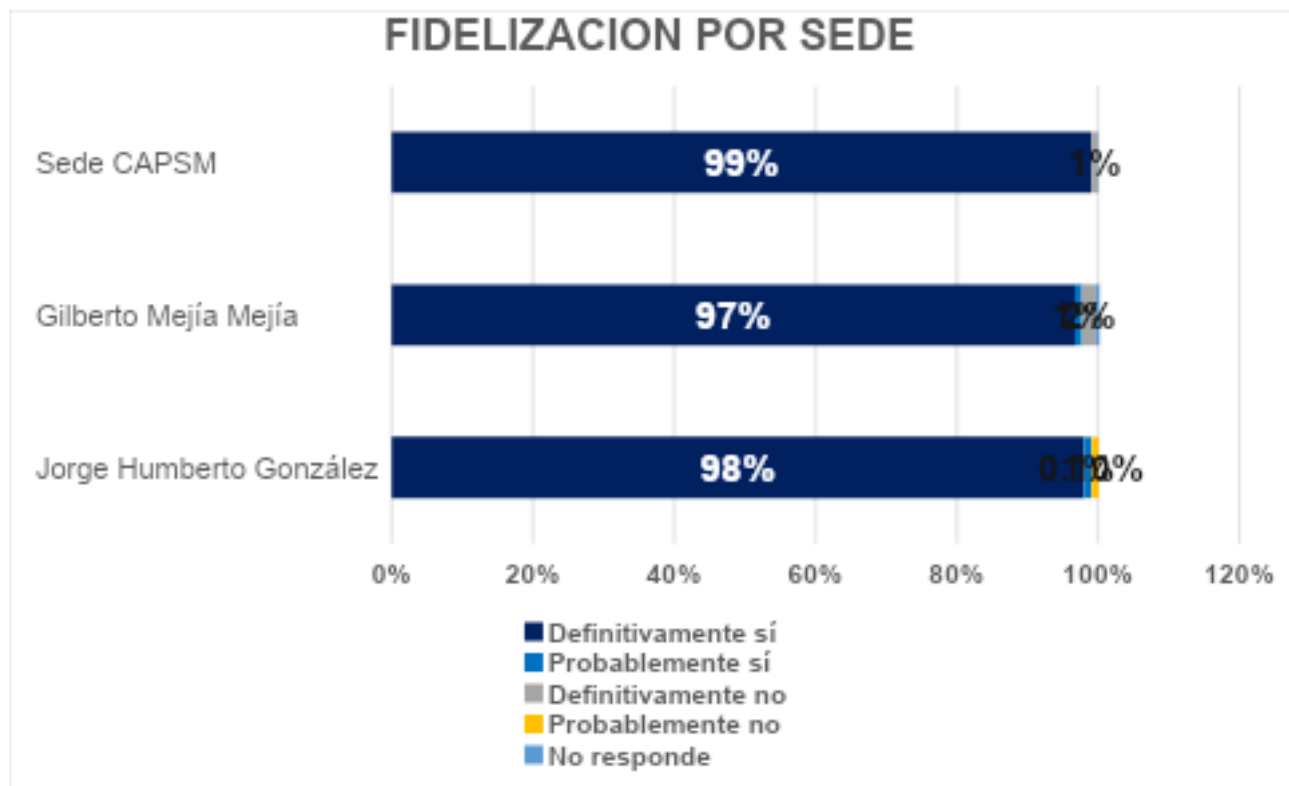
La categoría “Buena” (1%–2%) complementa esta percepción positiva, mientras que las valoraciones “Regular”, “Mala” y “Muy mala” presentan porcentajes mínimos ($\leq 2\%$), evidenciando un bajo nivel de insatisfacción. La sede CAPSM no registra calificaciones negativas. En conjunto, los resultados muestran una percepción favorable y homogénea de la calidad del servicio, alineada con los principios del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud.

PROCESO DE CALIDAD Y MEJORA CONTINUA
FORMATO INFORME DE ÁREA O DEPENDENCIA
VERSIÓN 01

Código
FEC0204004
Fecha:
Octubre
2025



#	Opción	Total	%
1	Definitivamente sí	252	71.6%
2	Probablemente sí	93	26.4%
3	Probablemente no	5	1.4%
4	Definitivamente no	2	0.6%
4	Total	352	100%



Fidelización de los usuarios

Los datos reflejan una muy alta disposición de los usuarios a recomendar los servicios en las sedes *Jorge Humberto González*, *Gilberto Mejía Mejía* y *CAPSM*, lo cual constituye un indicador sólido de confianza y calidad percibida.

Se observa que la gran mayoría de las respuestas se concentran en la opción "Definitivamente sí", con valores entre 97% y 99%, destacándose la sede *CAPSM* con el porcentaje más alto. Esto evidencia una experiencia positiva consistente en la atención recibida.

Las respuestas en "Probablemente sí" son mínimas (0%–1%), lo que reafirma que casi la totalidad de los usuarios tiene una percepción favorable del servicio.

En cuanto a las valoraciones negativas, estas son muy bajas y poco representativas ($\leq 2\%$), aunque en la sede *Gilberto Mejía Mejía* se presenta una proporción ligeramente

mayor en “Definitivamente no”, lo que sugiere casos puntuales de percepción no satisfactoria.

La categoría “No responde” presenta valores bajos (hasta 1%), sin incidencia significativa en la interpretación general.

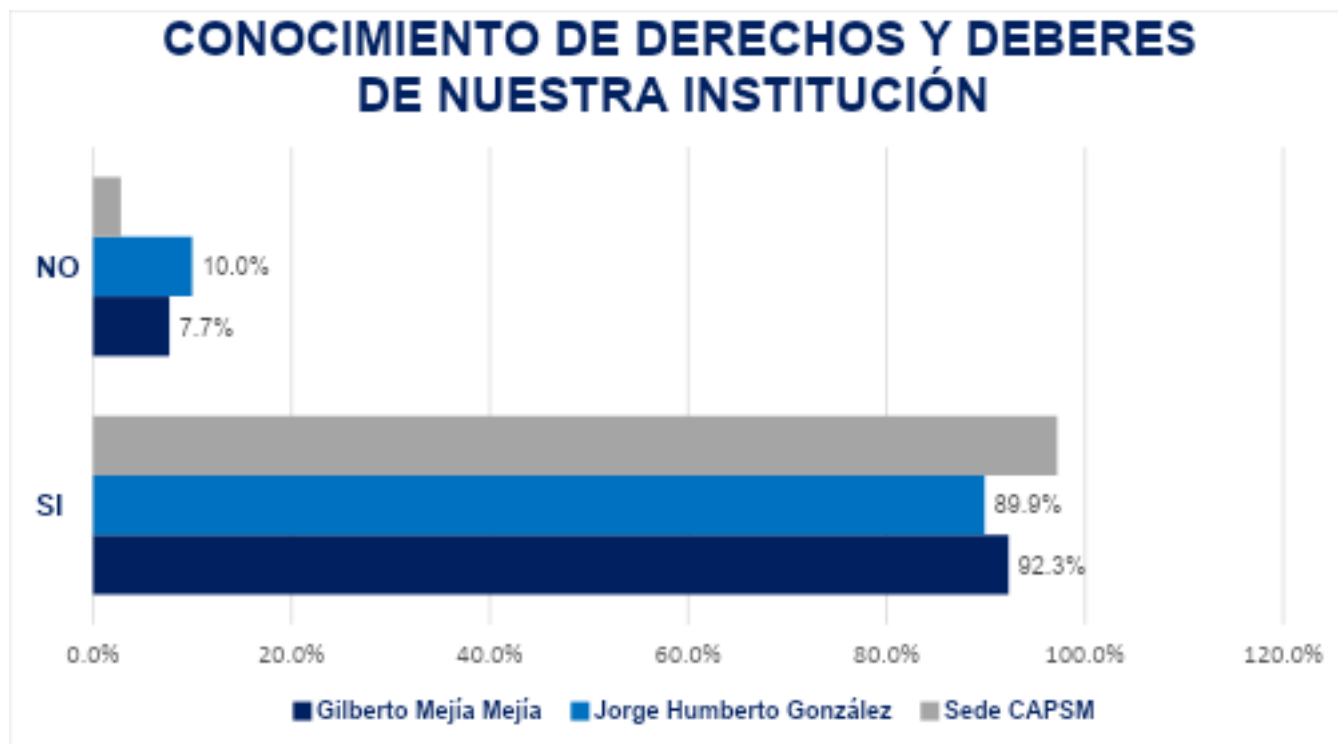
CONOCIMIENTO DE DERECHOS Y DEBERES DE NUESTRA INSTITUCIÓN

Durante el segundo trimestre de 2026, los resultados evidencian un alto nivel de conocimiento de los derechos y deberes por parte de los usuarios del Hospital San Juan de Dios E.S.E. Rionegro. La Sede CAPSM registró el mayor porcentaje de conocimiento (97,2 %), seguida de la Sede Gilberto Mejía Mejía (92,3 %) y la Sede Jorge Humberto González Noreña (89,9 %).

En cuanto a las respuestas negativas, la Sede Jorge Humberto González Noreña presentó el mayor porcentaje de usuarios que manifestaron no conocer sus derechos y deberes (10,0 %), seguida de la Sede Gilberto Mejía Mejía (7,7 %) y la Sede CAPSM (2,8 %).

En términos generales, los resultados reflejan la efectividad de las estrategias institucionales de información y educación dirigidas a los usuarios. No obstante, es importante continuar fortaleciendo las acciones de divulgación y sensibilización para promover un mayor conocimiento y ejercicio de los derechos y deberes durante la prestación de los servicios de salud

Por otro lado, entre el 7,6% y 8,8% de los usuarios indican no tener conocimiento, lo que representa un grupo minoritario pero relevante desde el enfoque de calidad, dado que puede limitar la participación activa del usuario en su atención.



PARTICIPACIÓN SOCIAL.

Durante el segundo trimestre de 2026, el Hospital San Juan de Dios E.S.E. Rionegro continuó desarrollando las acciones contempladas en la Política de Participación Social en Salud (PPSS), en cumplimiento de los lineamientos establecidos en la Resolución 2063 de 2017 del Ministerio de Salud y Protección Social.

En el periodo evaluado se realizó la programación y el seguimiento de las actividades de la Política de Participación Social en Salud mediante el aplicativo PISS, efectuando el reporte oportuno de la información correspondiente y dando cumplimiento a los requerimientos establecidos.

Asimismo, la institución continuó ejecutando acciones orientadas al fortalecimiento de los ejes estratégicos de la PPSS, promoviendo la información y comunicación con los



PROCESO DE CALIDAD Y MEJORA CONTINUA
FORMATO INFORME DE ÁREA O DEPENDENCIA
VERSIÓN 01

Código
FEC0204004
Fecha:
Octubre
2025

usuarios, la participación ciudadana en los procesos institucionales, la formación en derechos y deberes en salud, y el seguimiento permanente a las acciones implementadas, con el propósito de fortalecer la corresponsabilidad, el control social y el mejoramiento continuo de la calidad en la prestación de los servicios de salud.

Las actividades desarrolladas se ejecutaron de manera articulada con la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia y la Secretaría de Salud e Inclusión Social del Municipio de Rionegro, garantizando el cumplimiento de los lineamientos técnicos para el seguimiento y evaluación de la Política de Participación Social en Salud.

ASOCIACION DE USUARIOS

Durante el **segundo trimestre de 2026**, la Asociación de Usuarios del Hospital San Juan de Dios E.S.E. Rionegro continuó fortaleciendo los mecanismos de participación ciudadana mediante el desarrollo de actividades orientadas a la representación de los usuarios y al seguimiento de la prestación de los servicios de salud.

En cumplimiento de su plan de trabajo, la Asociación realizó sus **reuniones ordinarias el primer martes de cada mes**, constituyéndose en un espacio para el análisis de las necesidades de los usuarios, el seguimiento a los compromisos adquiridos y la formulación de propuestas de mejoramiento.

De igual manera, sus representantes participaron activamente en los **Comités de Apertura de Buzones de Sugerencias**, el **Comité de Educación**, el **Comité de Participación Comunitaria (COPACO)**, el **Consejo Municipal de Política Social (COMPOS)** y en las sesiones de la **Junta Directiva** del Hospital, ejerciendo la representación de los usuarios y promoviendo su participación en los diferentes escenarios de seguimiento, evaluación y toma de decisiones institucionales.

Asimismo, la Asociación continuó desarrollando actividades de capacitación y acompañamiento a los usuarios, contribuyendo al fortalecimiento de la **Política de**



PROCESO DE CALIDAD Y MEJORA CONTINUA
FORMATO INFORME DE ÁREA O DEPENDENCIA
VERSIÓN 01

Código
FEC0204004
Fecha:
Octubre
2025

Participación Social en Salud, al ejercicio del control social y al mejoramiento continuo de la calidad de los servicios prestados.

Comité de Ética Hospitalaria

Durante el segundo trimestre de 2026, el Comité de Ética Hospitalaria desarrolló sus actividades conforme al plan de trabajo institucional, realizando sus reuniones ordinarias el último jueves de cada mes.

Durante las sesiones se abordaron temas relacionados con la importancia de la comunicación como eje fundamental de la humanización de los servicios de salud, las líneas estratégicas del Programa Institucional de Humanización y el análisis de las PQR correspondientes al primer trimestre de 2026, con el propósito de identificar oportunidades de mejora que contribuyan al fortalecimiento de la atención centrada en el usuario.

Estas actividades permitieron promover espacios de reflexión y análisis orientados al fortalecimiento de la cultura de humanización, el respeto por los derechos de los usuarios, la comunicación efectiva y el mejoramiento continuo de la calidad en la prestación de los servicios de salud.

CONCLUSIONES

Durante el segundo trimestre de 2026, el Hospital San Juan de Dios E.S.E. Rionegro recibió y gestionó un total de 401 manifestaciones ciudadanas (PQR), las cuales constituyeron una herramienta fundamental para evaluar la percepción de los usuarios frente a la prestación de los servicios de salud e identificar oportunidades de mejoramiento en los procesos asistenciales y administrativos. El análisis de las manifestaciones, complementado con los resultados de la experiencia del usuario, los atributos de calidad y los mecanismos de participación social, permitió establecer los siguientes hallazgos:

1. Oportunidad en la atención del servicio de urgencias

La principal causa de inconformidad continúa relacionada con los tiempos de espera en el servicio de urgencias, especialmente en la clasificación del triage, la valoración médica y la permanencia prolongada de pacientes en observación. Esta situación obedece principalmente a la alta demanda asistencial que enfrenta la institución, la disponibilidad limitada de camas hospitalarias, la complejidad de los casos atendidos y los tiempos asociados a los procesos de referencia y contrarreferencia.

2. Acceso a los servicios de salud

Se evidenciaron oportunidades de mejora en la oportunidad para la asignación de citas médicas especializadas, procedimientos, laboratorio clínico, imagenología, resonancia magnética y demás ayudas diagnósticas. Asimismo, las dificultades en algunos canales de comunicación institucional incrementan la percepción de barreras de acceso por parte de los usuarios.

3. Procesos administrativos y facturación

Las manifestaciones evidenciaron inconformidades relacionadas con los tiempos de espera en los procesos de facturación, especialmente para usuarios SOAT, así como en algunos trámites administrativos y del servicio de cartera, generando reprocesos y afectando la percepción de oportunidad en la atención.

4. Comunicación y humanización de la atención

Las PQR permitieron identificar oportunidades de fortalecimiento en la comunicación con los usuarios, la orientación brindada durante el proceso de atención y el trato humanizado. Las principales observaciones estuvieron relacionadas con la necesidad de fortalecer la empatía, la comunicación asertiva, el lenguaje utilizado por algunos colaboradores y el cumplimiento de los horarios de atención por parte de algunos profesionales de la salud.

5. Infraestructura y condiciones de atención

Aunque con menor frecuencia, se presentaron manifestaciones relacionadas con las condiciones de infraestructura, aseo, alimentación y confort, principalmente en aspectos asociados al mantenimiento de algunos espacios físicos, disponibilidad de insumos en servicios sanitarios y condiciones de comodidad para usuarios y acompañantes.



PROCESO DE CALIDAD Y MEJORA CONTINUA
FORMATO INFORME DE ÁREA O DEPENDENCIA
VERSIÓN 01

Código
FEC0204004
Fecha:
Octubre
2025

6. Experiencia del usuario y reconocimiento al talento humano

A pesar de las oportunidades de mejora identificadas, la institución alcanzó una Experiencia Global del Usuario del 97,35 %, reflejando un alto nivel de satisfacción con la atención recibida. De igual manera, se registraron múltiples felicitaciones dirigidas al personal médico, asistencial, administrativo y de Atención al Usuario, destacando su compromiso, calidad humana, vocación de servicio y atención humanizada, especialmente en los servicios de Hospitalización, Neonatos, Dermatología y Atención al Usuario.

7. Participación social y mejoramiento continuo

Durante el periodo evaluado se fortalecieron los mecanismos de participación ciudadana mediante la ejecución de las actividades de la Política de Participación Social en Salud, el funcionamiento de la Asociación de Usuarios, el Comité de Ética Hospitalaria y los diferentes espacios de participación institucional. Estos escenarios, junto con el análisis permanente de las PQR y de las encuestas de satisfacción, constituyen herramientas fundamentales para la toma de decisiones y la implementación de acciones de mejoramiento continuo orientadas al fortalecimiento de la calidad, la humanización y la seguridad en la prestación de los servicios de salud.

RECOMENDACIONES

De acuerdo con los hallazgos identificados durante el periodo evaluado, se presentan las siguientes recomendaciones, orientadas al fortalecimiento de los atributos de calidad en salud y al mejoramiento continuo de los procesos institucionales, con el propósito de optimizar la oportunidad, la accesibilidad, la continuidad, la seguridad, la humanización de la **atención y la experiencia de los usuarios**.

1. Accesibilidad

Fortalecer las estrategias que faciliten el acceso oportuno de los usuarios a los servicios de salud, optimizando la asignación de citas médicas, los canales institucionales de comunicación y la disponibilidad de agendas para las especialidades con mayor demanda, reduciendo las barreras administrativas que afectan la continuidad de la atención.



PROCESO DE CALIDAD Y MEJORA CONTINUA
FORMATO INFORME DE ÁREA O DEPENDENCIA
VERSIÓN 01

Código
FEC0204004
Fecha:
Octubre
2025

2. Oportunidad

Implementar acciones orientadas a disminuir los tiempos de espera en el servicio de urgencias, la clasificación del triage, la atención médica, laboratorio clínico, imagenología, resonancia magnética y los procesos de facturación, mediante la optimización del flujo de pacientes, la gestión de camas hospitalarias y el fortalecimiento de la coordinación entre los servicios asistenciales y administrativos.

3. Continuidad

Fortalecer la gestión de agendas médicas, el seguimiento a las remisiones, la programación de procedimientos y la articulación con las EPS e instituciones de mayor complejidad, garantizando la continuidad del proceso asistencial y disminuyendo los reprocesos que afectan la atención integral del usuario.

4. Pertinencia

Promover el cumplimiento de los protocolos institucionales y el uso adecuado de los recursos diagnósticos y terapéuticos, fortaleciendo la comunicación entre el equipo asistencial y los usuarios, de manera que la información suministrada sobre diagnósticos, tratamientos y procesos administrativos sea clara, suficiente y comprensible.

5. Seguridad

Continuar fortaleciendo las acciones encaminadas a garantizar una atención segura, mediante el seguimiento permanente a los procesos asistenciales y administrativos, la protección de la privacidad de los usuarios y el cumplimiento de los lineamientos institucionales relacionados con la seguridad del paciente.

6. Trato digno y humanización

Reforzar las estrategias institucionales de humanización mediante procesos continuos de capacitación dirigidos al personal asistencial, administrativo y de apoyo, enfocados en la comunicación asertiva, la empatía, la escucha activa, el trato digno, el respeto por los derechos de los usuarios y el cumplimiento de los horarios establecidos para la atención.



PROCESO DE CALIDAD Y MEJORA CONTINUA
FORMATO INFORME DE ÁREA O DEPENDENCIA
VERSIÓN 01

Código
FEC0204004
Fecha:
Octubre
2025

7. Ambiente físico y confort

Continuar ejecutando acciones de mantenimiento preventivo y correctivo de la infraestructura hospitalaria, fortaleciendo las condiciones de limpieza, confort, señalización, disponibilidad de insumos en los servicios sanitarios y adecuación de las áreas de espera, con el fin de brindar espacios seguros y confortables para usuarios y acompañantes.

8. Participación social y experiencia del usuario

Mantener el fortalecimiento de los mecanismos de participación ciudadana, promoviendo el funcionamiento permanente de la Asociación de Usuarios, el Comité de Ética Hospitalaria y las estrategias contempladas en la Política de Participación Social en Salud. Asimismo, continuar analizando las PQR, las encuestas de satisfacción y las felicitaciones como herramientas para la toma de decisiones y el mejoramiento continuo de la calidad de los servicios.

9. Reconocimiento al talento humano

Implementar estrategias institucionales de reconocimiento a los colaboradores y equipos de trabajo que reciben felicitaciones por parte de los usuarios, incentivando las buenas prácticas relacionadas con la atención humanizada, la calidad del servicio y el compromiso con la seguridad del paciente.

CONSOLIDADO DE PETICIONES

Número de solicitudes recibidas:	67
Número de solicitudes que fueron trasladadas a otra institución	0
Tiempo de respuesta a cada solicitud	14
Número de solicitudes en las que se negó el acceso a la información	0



PROCESO DE CALIDAD Y MEJORA CONTINUA
FORMATO INFORME DE ÁREA O DEPENDENCIA
VERSIÓN 01

Código
FEC0204004
Fecha:
Octubre
2025

Número de solicitudes cerradas	45
Número de solicitudes en tramite	12
Número de solicitudes sin respuesta	10

CONSOLIDADO DE DENUCIAS

Durante el segundo trimestre de 2026, no se recibieron denuncias. A la fecha de corte, no se han reportado novedades de esta índole, ni a través del equipo interno ni por medio del canal institucional de Atención al Usuario.

Documento elaborado por:

Mónica Mildred Arcila Franco
Coordinadora de Atención al usuario