



# **INFORME DE SEGUIMIENTO PQRS N° 6 - 2020**

**Peticiones – Quejas – Reclamos y Sugerencias**

**Periodo: Enero 1 a Junio 30 de 2021.**

**Informe tipo:  
de Cumplimiento  
Julio 2021**



**Alcaldía de Medellín**



# INFORME DE SEGUIMIENTO PQRS N° 6 - 2021

## Peticiones – Quejas – Reclamos y Sugerencias

### Equipo Oficina de Auditoría Interna

**Jefe de la Oficina:**

Carlos Uriel López Ríos

**Auditores:**

José Heriberto Vargas Lema

María Janneth Agudelo Arango

Karina Marina Ruíz De la Hoz

**Técnico:**

Julio E. Suescún Montoya

**Correo Oficina:**

[oficinadeauditoria@hgm.gov.co](mailto:oficinadeauditoria@hgm.gov.co)

Oficina de Auditoría Interna  
Hospital General de Medellín  
Carrera 48 #32 – 102  
PBX: 3847300  
Medellín – Antioquia  
Colombia

[www.hgm.gov.co](http://www.hgm.gov.co)

**Periodo:**  
**Enero 1 a Junio 30 de 2021.**



**Alcaldía de Medellín**

## CONTENIDO

<b>I. GENERALIDADES.....</b>	<b>5</b>
1.1. Objetivo.....	5
1.2. Fundamento Normativo.....	5
1.3. Documentos Base.....	6
1.4. Terminología básica.....	6
<b>II. ATENCIÓN Y ORIENTACIÓN AL USUARIO. REVISIÓN DE CANALES DE COMUNICACIÓN. ....</b>	<b>9</b>
2.1. Canales.....	9
2.2. Estado de los Canales.....	9
<b>III. GESTIÓN DE PETICIONES, RECLAMOS Y SUGERENCIAS. ....</b>	<b>10</b>
3.1. Manifestaciones de los usuarios entre enero 1 y junio 30 de 2021.....	10
3.2. Comportamiento de los últimos cinco años.....	11
3.3. Análisis del Comportamiento de los últimos cinco años.....	12
3.4. Revisión de Indicadores del Proceso.....	14
<b>IV. MONITOREO DE LA SATISFACCIÓN DEL USUARIO.....</b>	<b>17</b>
4.1. Participación Social.....	19
4.2. Asociación de Usuarios.....	19
<b>V. CONCLUSIONES.....</b>	<b>20</b>
<b>VI. RECOMENDACIONES.....</b>	<b>21</b>

## PRESENTACIÓN

La Oficina de Auditoría Interna, en cumplimiento de sus funciones y en especial la de “planear, dirigir y organizar la verificación y evaluación del Sistema Institucional de Control Interno - SICI”, presenta el Informe de Seguimiento al proceso de Peticiones, Quejas, Reclamos y Sugerencias correspondiente a la vigencia de 1 de enero a 30 de junio de 2021.

El documento se estructura en seis capítulos. En el primero se enuncian las generalidades y el componente legal y normativo; en el capítulo segundo, tercero y, cuarto se validan los diferentes canales que tiene el proceso para que los usuarios informen sus quejas y reclamos, en el quinto capítulo se exponen algunas conclusiones y, en el último se enuncian las recomendaciones.

El presente Informe se enmarca en la Línea III. Aseguramiento. Control Interno Innovador del Plan Estratégico 2017 – 2021 **“Construimos Confianza”** de la Oficina de Auditoría Interna.

Nos anima el propósito de continuar liderando, desde la Oficina de Auditoría Interna, un conjunto de estrategias y acciones que permitan contribuir, desde la evaluación del gobierno, el control y los riesgos, a la consolidación, afianzamiento y sostenibilidad de los propósitos del Hospital General de Medellín, en el marco de la Mega definida para el año 2027.

## I. GENERALIDADES.

### 1.1. Objetivo.

Verificar y validar la oportunidad y calidad del proceso de Peticiones, Quejas, Reclamos y Sugerencias – PQRS, así como de la operación de la Oficina de Atención al Usuario, del Hospital General de Medellín, del periodo comprendido entre enero 1 y junio 30 de 2021.

### 1.2. Fundamento Normativo.

- 1.2.1. Ley 1712 del 6 de marzo de 2014. Congreso de la República. “Por medio de la cual se crea la Ley de Transparencia y del Derecho de Acceso a la Información Pública Nacional y se dictan otras disposiciones”.

*Artículo 1°. Objeto. El objeto de la presente ley es regular el derecho de acceso a la información pública, los procedimientos Para el ejercicio y garantía del derecho y las excepciones a la publicidad de información.*

- 1.2.2. Decreto 1083 de 26 de mayo de 2015. Departamento Función Pública. “ Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector de Función Pública”.

*Capítulo 2 .Instancias de articulación y sus competencias. Artículo 2.2.21.2.5 Evaluadores. Numeral e) Las Oficinas de Coordinación del Control Interno o quien haga sus veces de las entidades y organismos del sector público, verifican la efectividad de los sistemas de control interno, para procurar el cumplimiento de los planes, metas y objetivos previstos, constatando que el control esté asociado a todas las actividades de la organización y que se apliquen los mecanismos de participación ciudadana.*

- 1.2.3. Decreto 780 de 6 de mayo de 2016. Ministerio de Protección Social. “Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social”.

*Capítulo 6.Sistema Único de Acreditación. Artículo 2.5.1.6.10 Ciclo de la Acreditación en Salud. VII. La resolución de las reclamaciones que se presenten.*

- 1.2.4. Ley 1755 del 30 de junio de 2015. Congreso de la República. “Por medio de la cual se regula el derecho fundamental de petición y se sustituye un título del código de procedimiento administrativo y de lo contencioso administrativo”.

*Título II.Derecho Petición. Capítulo I.Derecho de petición ante autoridades reglas generales. Artículo 13. Objeto y modalidades del derecho de petición ante autoridades. Toda persona tiene derecho a presentar peticiones respetuosas a las autoridades, en los términos señalados en este código, por motivos de interés general o particular, y a obtener pronta resolución completa y de fondo sobre la misma.*

- 1.2.5. Resolución 256 de febrero de 2016. ABECÉ. Monitoreo de la Calidad. “Por la cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema de Información para la Calidad y se establecen los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud”

- 1.2.6. Resolución 2063 de 9 de junio de 2017. Ministerio de Protección Social. “Por la cual se adopta la política de participación social en salud (PPSS)”.

*7. Mecanismos y espacios de Participación. a) Identificar y disponer los canales de comunicación y los medios electrónicos y presenciales para disponer información a la ciudadanía*

- 1.2.7. Circular Externa 008 de 14 de septiembre 2018.Superintendencia Nacional de Salud. “Por la cual se hacen adiciones, eliminaciones y modificaciones a la circular 047 de 2007”.

### 1.3. Documentos Base.

- 1.3.1. Informe de Gestión Sistema de Información y de Atención al Usuario, SIAU – enero – junio 2021. Elaborado por la Oficina de Atención al Usuario.
- 1.3.2. Información del Aplicativo Eurodoc, publicada entre enero 1 y junio 30 de 2021.
- 1.3.3. Informes de seguimiento del Plan de Acción, socializados en el Comité Ampliado de Gerencia, según acta N°1 del 2021.
- 1.3.4. Proceso Sistema de Información y Atención al Usuario y sus procedimientos.
- 1.3.5. Indicadores de Gestión del Hospital General de Medellín.
- 1.3.6. Carpeta compartida Plan de Acción. Evaluación plan de acción 2021.1er Trimestre 2021.

### 1.4. Terminología básica.

- **Agradecimiento.** <sup>1</sup>

Sentimiento de gratitud que se experimenta como consecuencia de haber recibido algo que se necesitaba.

- **Calidad de la atención de salud.** <sup>2</sup>

Se entiende como la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios.

- **Felicitaciones** <sup>3</sup>

Manifestación de la satisfacción que se experimenta con motivo de los servicios prestados.

- **Manifestación.** <sup>4</sup>

Son todas aquellas declaraciones mediante las cuales el usuario da a conocer sus necesidades y su percepción sobre el servicio recibido.

---

1 Gestión integral de calidad sistema de información y atención al usuario - Procedimiento atención y orientación al usuario - Código: ES-GIC-AU001.

2 Decreto 1011 de 2006, Artículo 2.

3 Gestión integral de calidad sistema de información y atención al usuario - Procedimiento atención y orientación al usuario - Código: ES-GIC-AU001.

4 Gestión Integral De Calidad Sistema De Información Y Atención Al Usuario - Procedimiento Atención Y Orientación Al Usuario - Código: ES-GIC-AU001.

▫ **Queja y/o Reclamo**

Se refiere a la manifestación de disgusto o inconformidad hacia la prestación de un servicio, que denota una posible vulneración de un derecho o una promesa de servicio.

▫ **Sugerencia.** <sup>5</sup>

Se refiere a la acción de presentar ideas relacionadas con el mejoramiento en la prestación de los servicios y/o al desempeño de funciones.





## II. ATENCIÓN Y ORIENTACIÓN AL USUARIO

## II. ATENCIÓN Y ORIENTACIÓN AL USUARIO. REVISIÓN DE CANALES DE COMUNICACIÓN.

### 2.1. Canales.

Para la gestión de las PQRS, la entidad cuenta con los canales que se relacionan en la Tabla N°1. Canales de Comunicación, a través de los cuales facilita al usuario la gestión de sus quejas, reclamos, sugerencias y felicitaciones.



 <p>HOSPITAL GENERAL DE MEDELLÍN Atención Excelente y Calidad de Vida OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA Construimos Confianza INFORME ATENCIÓN Y ORIENTACIÓN AL USUARIO Vigencia enero 1 a junio 30 de 2021</p>		
Revisión de Canales de Comunicación		
Canal	Modo de Contacto	
Telefónico	Línea gratuita nacional: 01 8000 411124, disponible 24 horas	
	Línea telefónica local: 262 17 43, disponible 24 horas	
	Línea telefónica 384 73 00 extensión 1812 y 1813 disponible 24 horas	
Físico	Toda correspondencia, documentos o escritos	
Virtual	Correos Electrónicos:	<a href="mailto:atencionalusuario@hgm.gov.co">atencionalusuario@hgm.gov.co</a>
		<a href="mailto:contacto@hgm.gov.co">contacto@hgm.gov.co</a>
	Sitio Web Contáctenos	<a href="http://www.hgm.gov.co/index.php/contacto">http://www.hgm.gov.co/index.php/contacto</a>
Presencial	Proceso personalizado en la Oficina de Atención al Usuario ubicada en el primer piso sector sur en horario hábil.	
Buzones	En cada servicio del Hospital y en su sede alterna, se han dispuesto buzones y se facilitan los formatos, donde el usuario puede consignar sugerencias, reclamos, agradecimientos o felicitaciones para dar respuesta a estas manifestaciones dentro de los términos de ley. Se hace recorrido por los buzones todos los días y se realiza la respectiva gestión para dar respuesta a estas manifestaciones dentro de los términos de ley.	

Tabla N°1. Canales de Comunicación.

Fuente: Oficina de Atención al Usuario. Elabora: Oficina de Auditoría Interna.

### 2.2. Estado de los Canales.

La auditoría ha validado y revisado el funcionamiento de los diferentes canales de comunicación y encuentra que están en pleno uso y en funcionamiento sistemático. La entidad, promueve el uso de los mecanismos de participación ciudadana como buzones, encuestas de satisfacción y desde Oficina de Atención al Usuario, hace referencia a la escucha activa y atenta al usuario, su familia y/o partes interesadas, solicitando información adicional 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, se contactan funcionarios de otros servicios, personal, virtual o telefónicamente, se busca apoyo en otras entidades cuando fuere necesario, sensibilizando sobre los procesos a seguir y en la medida de lo posible, procurando encontrar otras alternativas cuando no sea factible resolver la necesidad del usuario o responder satisfactoriamente a su requerimiento.

Esta estrategia facilita la entrega de información a los usuarios sobre el uso, acceso y disponibilidad de los servicios que presta la Institución y es la mejor oportunidad para instruirlos sobre el aseguramiento al Sistema General de Seguridad Social en Salud y los mecanismos para acceder a los diferentes niveles de atención en salud; se apoya también con trámites en casos especiales, se activan redes de apoyo interinstitucionales, entre otros.

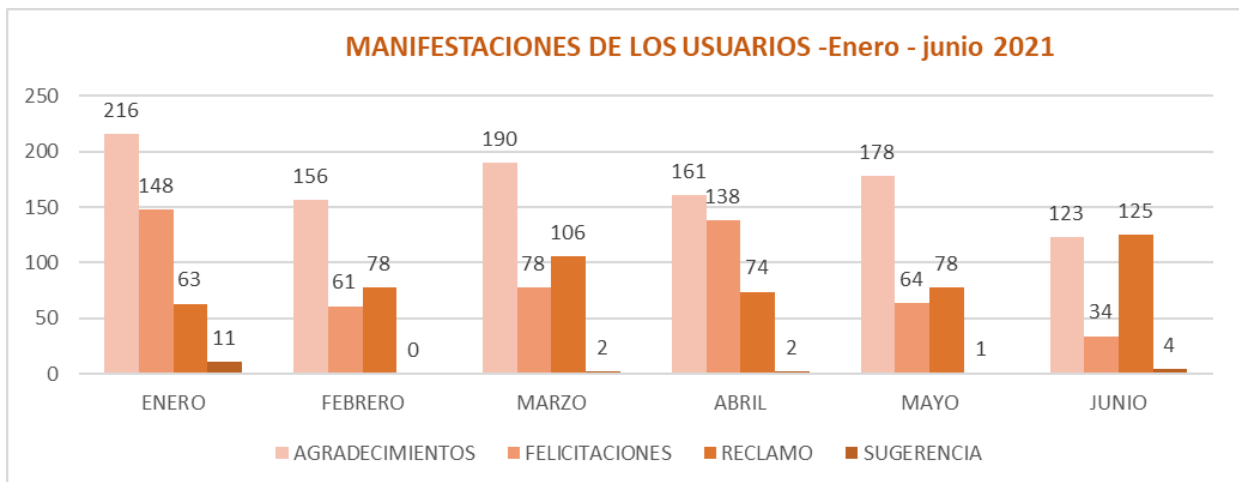
Buscando complementar la estrategia descrita, se visitan diariamente a los pacientes hospitalizados con un día de internación en los servicios que se encuentren habilitados para recibir visitas.

### III. GESTIÓN DE PETICIONES, RECLAMOS Y SUGERENCIAS.

#### 3.1. Manifestaciones de los usuarios entre enero 1 y junio 30 de 2021.

El proceso de gestión de las manifestaciones que se reciben a través de los diferentes canales enunciados en el procedimiento anterior consiste en la recepción, lectura, análisis náalisis, tipificación, registro, radicación, envío al responsable, seguimiento y cierre final.

Durante el primer semestre del año 2021 se recibieron un total de 2091 manifestaciones, de las cuales: el 48,9% (1024) de ellas corresponden a Agradecimientos, el 25,01% (523) a Felicitaciones, el 25,05% (524) a Reclamos y el 0,95% (20) a Sugerencias. Se mantiene una relación entre las proporciones correspondiente a Agradecimientos y Felicitaciones del 73,91% y los Reclamos y Sugerencias del 26%, tal como se muestra en grafica N°1. Manifestaciones de Usuarios.



Grafica N° 1. Manifestaciones de Usuarios.  
Fuente: Oficina de Atención al Usuario.

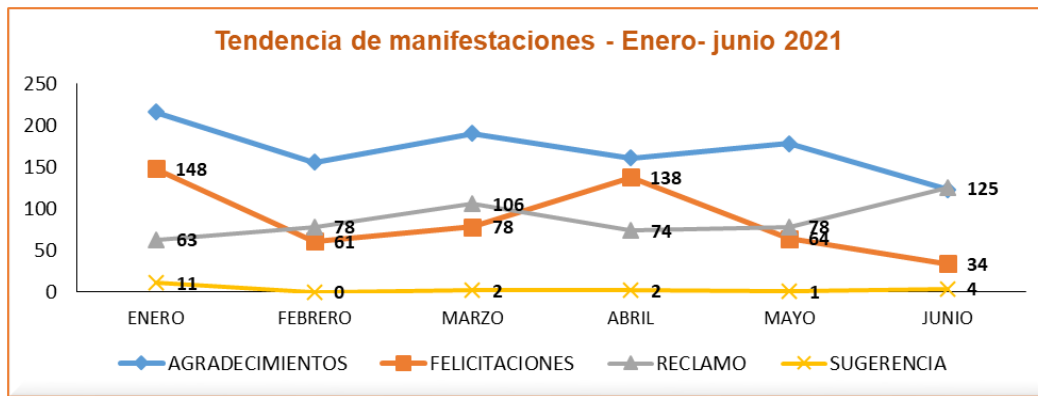


Gráfico N° 2. Manifestaciones de Usuarios.  
Fuente: Oficina Atención al Usuario.

### 3.2. Comportamiento de los últimos cinco años.

Observando el mismo período en los cinco últimos años se presenta la tendencia que se muestra en el gráfico N°3.

A continuación, se muestra el comparativo de las manifestaciones y reclamaciones por año de las últimas vigencias.

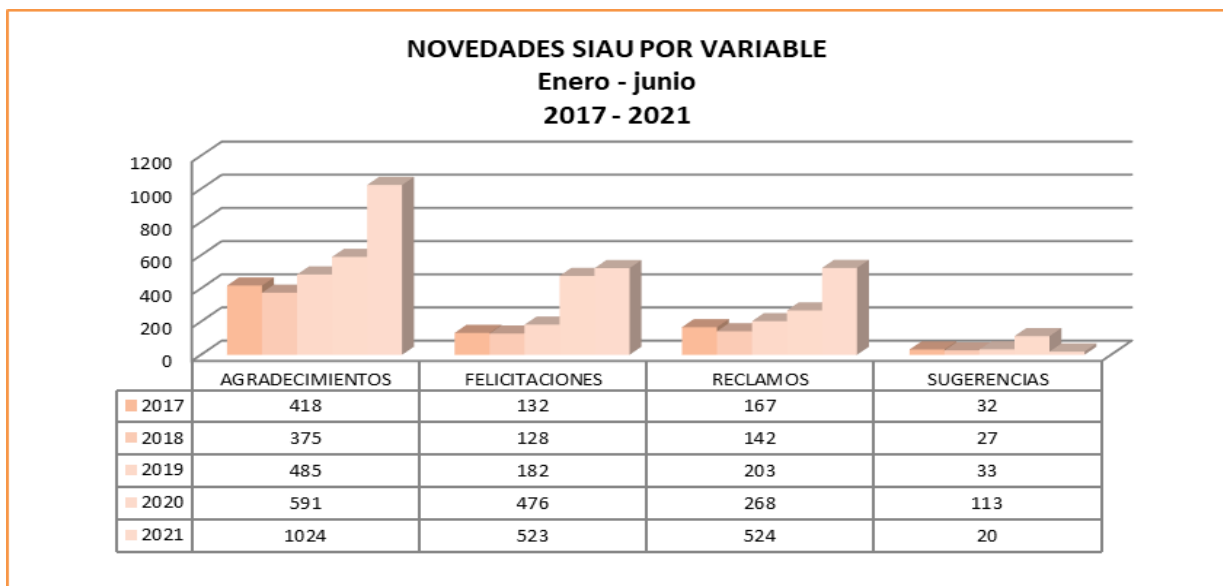


Gráfico N° 3. Novedades años 2017 -2021.  
Fuente: Oficina Atención al Usuarios.

### 3.3. Análisis del Comportamiento de los últimos cinco años.

Durante los últimos cinco años los totales generales entre los meses enero – junio fueron 749 en **2017**; 672 en **2018**; 903 en **2019**; 1448 en **2020** y 2091 en **2021**. Se observa una tendencia fluctuante con una curva ascendente de las diferentes manifestaciones; para la vigencia 2021 se evidenció un importante incremento con respecto al año inmediatamente anterior. Por su parte, comparando cada una de las expresiones entre 2017 y 2021, encontramos que los agradecimientos fueron 418 en 2017 y 1024 en el mismo período de 2021; las felicitaciones 132 en 2017 y 523 en 2021, los reclamos 167 en 2017 y 524 en 2021 y las sugerencias 32 en 2017 y 20 en 2021.

De este análisis es importante resaltar que para la vigencia 2021 los agradecimientos presentaron un aumento muy importante con respecto al año 2017. Mostrando con esto el compromiso por parte de los directores, líderes y coordinadores y del personal de la salud en la búsqueda permanente de la satisfacción del usuario y su familia, además el cierre de los servicios ambulatorios en respuesta a la aparición de la pandemia COVID-19 y, la declaración de alerta roja hospitalaria significó una disminución importante en la demanda de servicios hospitalarios.

Las manifestaciones como Reclamos y Sugerencias generalmente son tipificadas por motivos, como: Calidad técnica profesional (competencias de los funcionarios), Derechos, Hotelería (comodidad para el paciente), Infraestructura y Equipamientos (comodidad para los demás usuarios), Normas Institucionales, Portafolio de Servicios, Satisfacción del usuario y Seguridad del Paciente. Aquí se observa que todas están debidamente clasificadas, buscando estandarizar los motivos de insatisfacción de las expectativas de los usuarios con el fin de facilitar su medición.

Las reclamaciones recibidas por vulneración de derechos en el período comprendido entre enero – junio de 2021 fueron 524; de estas el 72% hicieron referencia a la vulneración de los derechos, el 15% a satisfacción del usuario, el 11% a seguridad del paciente, el 1% a calidad técnica profesional y, el 1% Infraestructura y equipamiento. Como se observa en el siguiente gráfico:

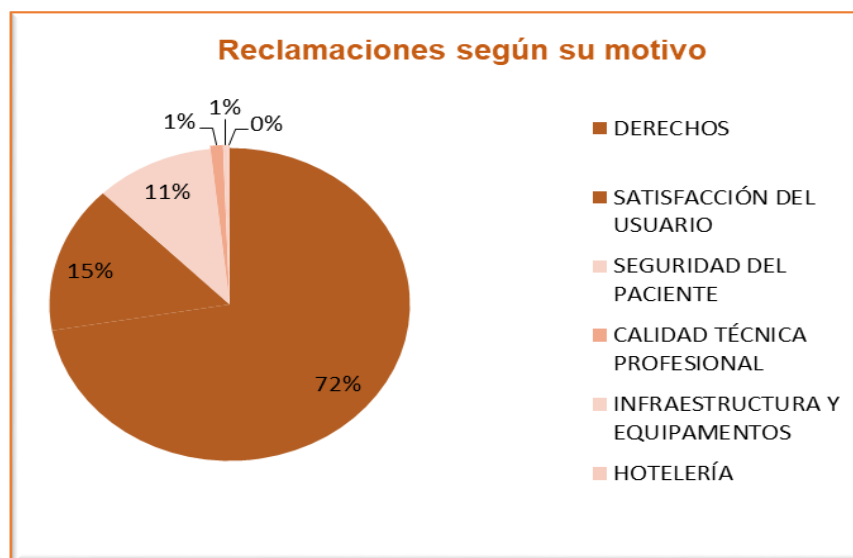


Gráfico N° 4. Reclamaciones según motivo.  
Fuente: Oficina Atención al Usuario

Con respecto a la clasificación de Reclamaciones por **Vulneración de Derechos**: el 59%, tienen que ver con el acceso a los diferentes servicios, esto se explica a raíz de la emergencia sanitaria SARS COVID 19 y con ésta, la disminución en la atención en citas ambulatorias, debido a los protocolos implementados, seguido del trato digno con un 22%, el derecho a recibir Información con un 11%, recibir la mejor atención disponible – traducida en Oportunidad con el 4%, seguido de recibir la mejor atención disponible – traducida en puntualidad con el 2%, y recibir la mejor atención disponible – traducida en continuidad con el 3% y, recibir la mejor atención disponible - traducida en puntualidad con el 1%. Además se observa que el segundo derecho más vulnerado es el trato digno que se traduce en el trato respetuoso con el usuario, en este aspecto, la Entidad deberá definir una estrategia para intervenir esta oportunidad de mejora. Como se observa en la gráfica N°5:

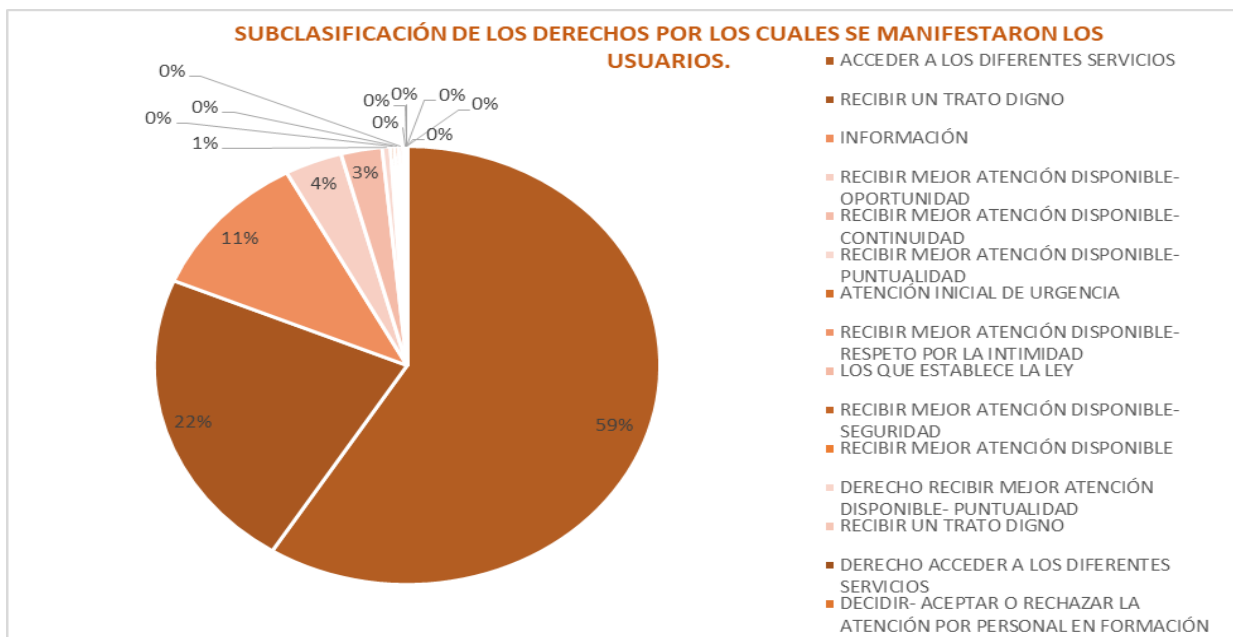


Gráfico N° 5. Subclasificación de los Derechos Vulnerados.  
Fuente: Oficina de Atención al Usuario.

Debe destacarse que la normatividad es cada vez más exigente y que a pesar de las características sociodemográficas, creencias y actitudes frente al uso y el conocimiento sobre el funcionamiento de los servicios por parte de los usuarios del sistema, viene tomando mayor fuerza la participación de estos.

No obstante, las manifestaciones positivas sobre la prestación del servicio en el Hospital General de Medellín continúan siendo más de las dos terceras partes del total.

Para el seguimiento a la respuesta oportuna y con calidad de los Reclamos y Sugerencias presentados por los usuarios, se tienen implementadas distintas herramientas como los informes semanales y mensuales que se envían a los responsables con manifestaciones abiertas, los informes mensuales para el Comité de

Humanización, el Comité de Ética Hospitalaria, la Asociación de Usuarios, el informe trimestral para el seguimiento Plan de Acción, entre otros.

Todas estas estrategias sumadas al seguimiento por medio de indicadores permiten llevar la trazabilidad de las manifestaciones, sirviendo la información generada además como insumo para el modelo de mejoramiento Institucional.

### 3.4. Revisión de Indicadores del Proceso

Para el proceso SIAU los indicadores son los datos que permiten medir objetivamente las manifestaciones de nuestros usuarios, además de respaldar la toma de decisiones en el cumplimiento de los objetivos planteados del proceso.

Uno de los indicadores es el “**Promedio de Tiempo de Respuesta a Reclamos y Sugerencias**”, el cual establece el número de días promedio en que se le dio respuesta a las Reclamaciones y Sugerencias presentadas por los usuarios. Se trata de un indicador decreciente que tiene como meta responder dentro de los 10 (diez) días hábiles contados desde su recepción.

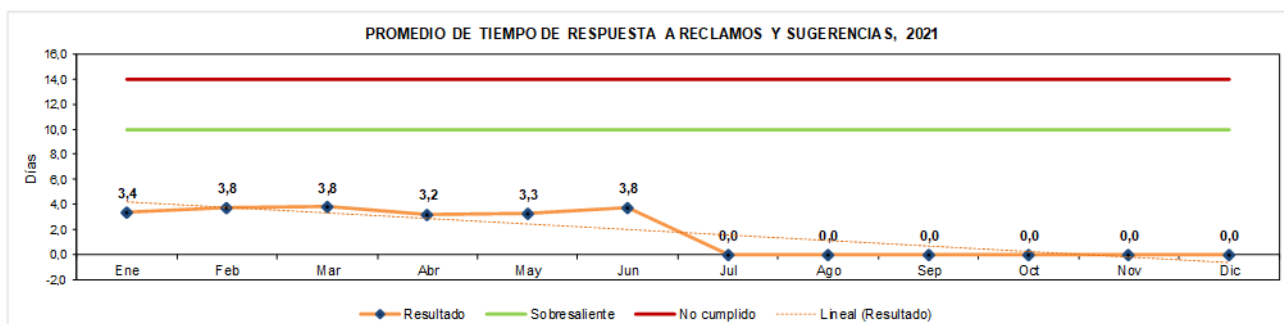


Tabla N° 2. Promedio Tiempo de Respuesta a Reclamos y Sugerencias.  
Fuente: Indicadores Gerenciales HGM. Oficina de Atención al Usuario

Para el periodo comprendido entre enero - junio del 2021 se le dio respuesta a los 544 reclamos y sugerencias en un promedio de tiempo de 9.1 días, ubicándose en un rango de meta sobresaliente. En el mismo periodo del año 2020 se le dio respuesta en un promedio de tiempo de 7.8 días a los 381 reclamos y sugerencias; en el 2019 se le dio respuesta a los 236 reclamos y sugerencias en 5.2 días; en 2018 se le dio respuesta a los 169 reclamos y sugerencias en 9.77 días y en el 2017 se le dio respuesta en 7.95 días a los 199 Reclamos y Sugerencias presentados por los usuarios. En la vigencia 2019 se presentó una importante disminución en el tiempo de respuesta a las manifestaciones presentadas por los usuarios. Es importante resaltar que a pesar del aumento de los reclamos y sugerencias de la vigencia del 2021, el indicador se encuentra en el rango de la meta sobresaliente.

Se destaca el fuerte trabajo de sensibilización desde la Oficina de Calidad y Planeación y la respuesta positiva por parte de los responsables de la gestión.

Otro indicador asociado al proceso es el “**Índice Combinado de Satisfacción (ICS)**”, este indicador responde a la relación que se establece entre las diferentes posiciones que asumen las manifestaciones de los usuarios con respecto a los servicios y al trato

recibido en su interacción con la Institución. La meta es mantener el indicador por encima de 7.

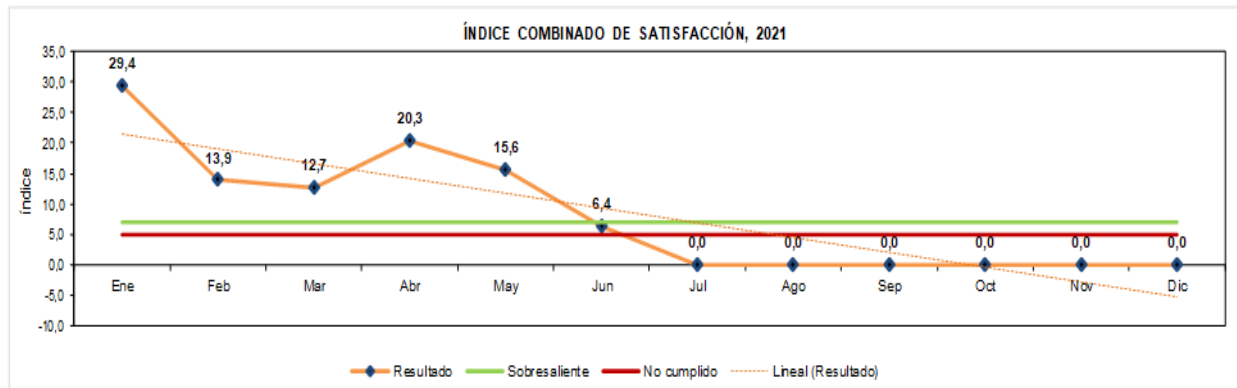


Tabla N° 3. Índice Combinado de Satisfacción.  
Fuente: Indicadores Gerenciales HGM. Oficina de Atención al Usuario.

La tendencia histórica de este indicador nos muestra: para el mes de junio del 2017 el **ICS** fue de 16.25; en 2018 de 13.35; en 2019 de 3.8; en 2020 de 9.2 y para junio del 2021 fue de 6.4. Evidenciándose para la presente vigencia una importante disminución en el ICS. Esta caída tan importante en el indicador denota que la opinión de los usuarios con respecto a la satisfacción de la atención recibida está disminuyendo, lo que tiene concordancia con el aumento de los reclamos recibidos en el mes de junio de 2021. El ICS para el presente mes se sitúa en el rango de meta aceptable.

El otro Indicador asociado al proceso es **Índice de Reclamaciones**”: El Índice de Reclamaciones acumulado enero – junio para el año 2017 fue de (7,96); en 2018 de (9,07); en 2019 fue de (16,0); en 2020 de (25,9); y para el primer semestre de 2021 de (25,2). Se evidencia un importante aumento del índice de reclamaciones recibidas en el primer semestre de la presente vigencia, esta situación puede explicarse con ocasión de la pandemia COVID 19, lo que ha generado dificultad en el acceso a los servicios de consulta externa, sin embargo, la institución ha realizado grandes esfuerzos en brindar oportunidad en la atención a los usuarios, guardando los protocolos y las medidas de seguridad establecidas por las autoridades nacionales y locales, sin embargo el indicador permanece por encima de la meta.

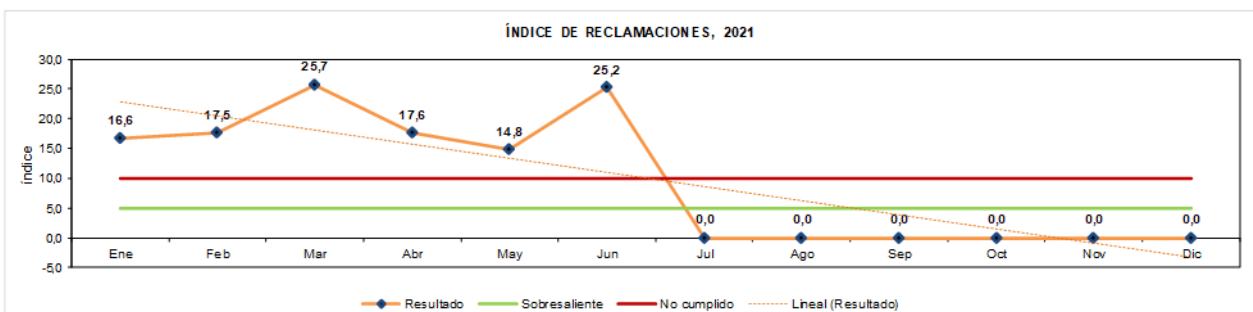


Tabla N°4. Índice de Reclamaciones.  
Fuente: Indicadores Gerenciales HGM. Oficina Atención al Usuario.

Además de los indicadores anteriores, también se hace el seguimiento a la oportunidad en la respuesta por medio de la **"Proporción de Reclamaciones respondidas dentro de los términos"**. Es un indicador que se está midiendo desde 2014; el comportamiento durante el primer semestre de 2021 se puede observar en la siguiente tabla:

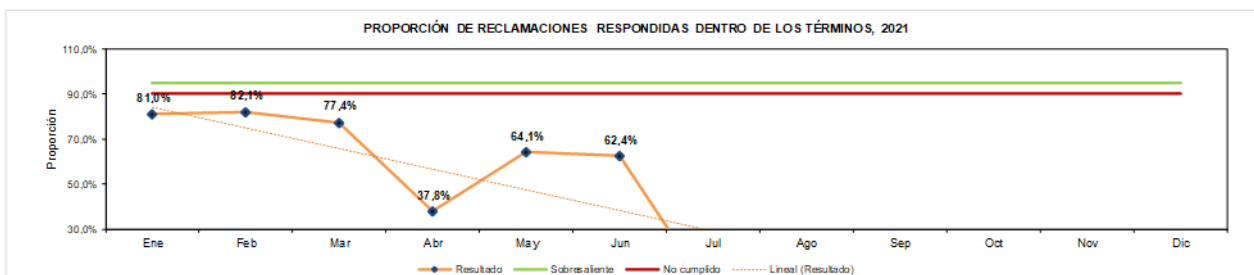


Tabla N°5. Proporción Reclamaciones respondidas en los Tiempos.  
Fuente: Indicadores Gerenciales HGM. Oficina Atención al Usuario.

La proporción de reclamos respondidos dentro de los tiempos establecidos para el procedimiento en el mes de junio de 2021 fue de 62,4%; en 2020 fue de 94,3%, para 2019 fue de 81,8%.

Para el período Enero – junio de 2017 la proporción de reclamos respondidos dentro de los tiempos establecidos fue de 80,57%, para 2018 fue de 79,22%, para 2019 de 61,1%; para 2020 71,5% y para 2021 de 67,4%. Lo que evidencia un distanciamiento importante con respecto a la meta y lo que requiere un mayor compromiso por parte de los responsables de la gestión.

Dentro de las manifestaciones asumidas como positivas se tienen las **Sugerencias**, las cuales buscan presentar ideas relacionadas con el mejoramiento en la prestación de los servicios y/o el desempeño de funciones, con la siguiente clasificación: hotelería, infraestructura y equipamiento, normas institucionales y satisfacción, la cual se observa en el siguiente gráfico:

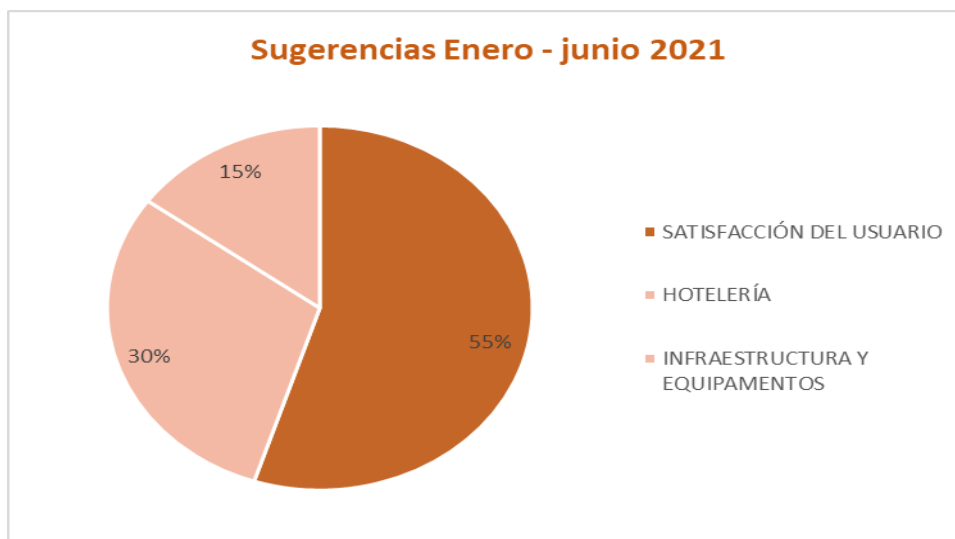


Gráfico N° 6. Sugerencias según motivo.

Teniendo en cuenta la clasificación mencionada anteriormente (hotelería, infraestructura y equipamiento, normas Institucionales y satisfacción del usuario), en el primer semestre de 2021 fueron recibidas 20 sugerencias las cuales, por presentar variadas y múltiples ideas de mejora, se han procurado agrupar por afinidad; se enuncian a continuación las más representativas: el 55% de la sugerencias tienen que ver con satisfacción del usuario, el 30% el 30 % con hotelería y el 15% infraestructura y equipamientos, como se muestra en la tabla N°7.

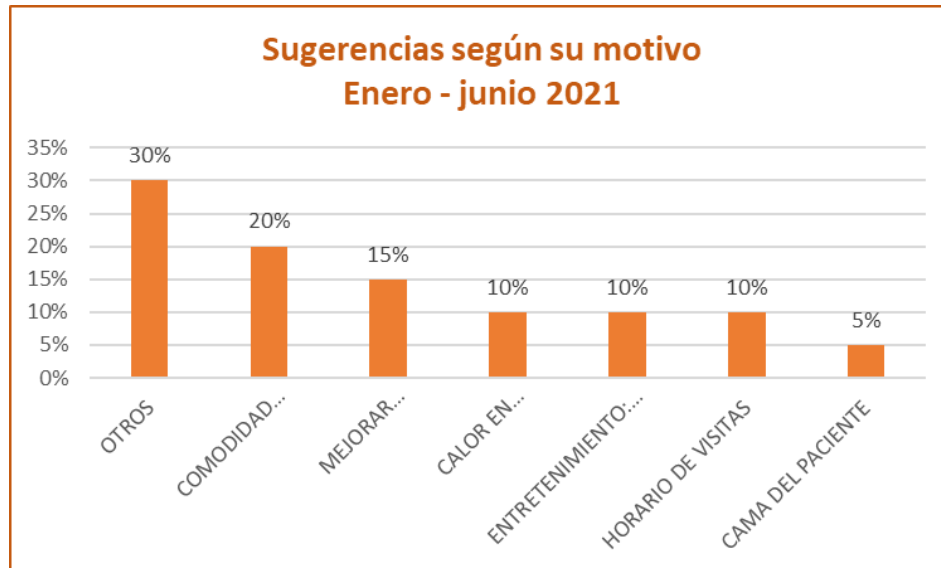


Tabla N° 7. Clasificación Sugerencias.  
Fuente: Oficina Atención al Usuario.

De las sugerencias según su motivo el 30% tiene que ver con otros; temas como: la alimentación, horario de visitas, mueblería de habitación, aseo, señalización. Seguido de la comodidad del paciente 20%; mejorar la alimentación con el 15%; calor en las habitaciones 10% y el 10% en entretenimiento.

Si bien cada una de las propuestas planteadas por los usuarios se han considerado y las que ha sido posible se han intervenido, no todas pueden llevarse a cabo sea porque primero debe realizarse el respectivo estudio de factibilidad o, definitivamente no se pueden cumplir porque van en contra de la misma evolución del paciente como en el caso del aumento de terapias por día. Estas sugerencias son analizadas en diferentes comités institucionales entre ellos: Comité Gerencial de Seguridad del Paciente, además de grupos de mejoramiento de primer nivel y segundo nivel, lo cual que permite construir la mejora desde diferentes perspectivas.

#### IV. MONITOREO DE LA SATISFACCIÓN DEL USUARIO.

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 intervenirlos y finalmente, se convierten en 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.

A partir de la publicación de la Resolución 256 de febrero de 2016, se realizaron los ajustes pertinentes al instrumento utilizado para la captura de la información, permitiendo de manera actualizada darle continuidad al seguimiento y trazabilidad de la satisfacción de los usuarios, mediante la consolidación global y por servicios, la generación de informes y la respectiva medición con los indicadores. Para la medición de este el proceso cuenta con el siguiente indicador: **“Proporción de Usuarios Satisfechos”**, el cual se muestra en la Tabla N°8.

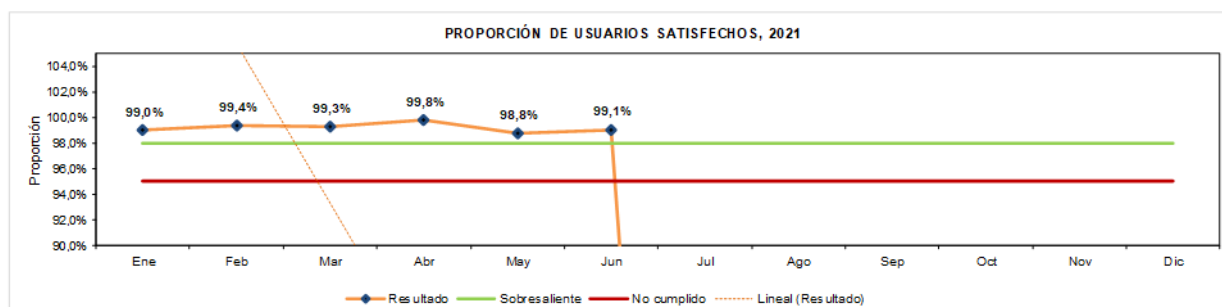


Tabla N° 8. Proporción de usuarios Satisfechos.  
Fuente: Indicadores Gerenciales. Oficina Atención al Usuario.

La “Proporción de Usuarios Satisfechos”, es la proporción de usuarios encuestados que califican con 4 ó 5 el servicio prestado por la Institución. Para este indicador se aplica el formato de Encuesta diseñado por la Institución y la meta es > 95%.

En el mes de Junio de 2021 la proporción de usuarios satisfechos fue de 99,1%; para 2020 fue de 99,2%. La tendencia histórica para el mismo período en los años 2017 fue de (98,80%), 2018 de (99,18%), y 2019 de 99,2%; muestran un comportamiento estable, permaneciendo por encima de la meta.

En lo que va transcurrido de la presente vigencia, se identifica un comportamiento estable del indicador; la tendencia histórica para el mismo período en los años 2017 de 99,22% y 2018 de 99,09%; 2019 de 99,1% y, 2021 de 99,2%.

Un indicador adicional es el **“Proporción de Usuarios que recomendarían este Hospital”**, este indicador comenzó a medirse en marzo de 2016, en concordancia con la resolución 256 del mismo año.

La proporción de Usuarios que recomendarían este Hospital en el mes de junio de 2021 corresponde a 99,1%; para 2020 fue de 99,6%; en 2019 a 92,5%. Para el período enero - junio de 2017 el acumulado fue de 99,51%, para 2018 de 99,37%; en 2019 de 98,4%; en 2020 fue de 99,9% y, en 2021 es de 99,6%; lo que evidencia un comportamiento fluctuante permaneciendo en el rango de meta sobresaliente; resaltando la imagen positiva que los usuarios tienen del HGM.

Proporción de usuarios que respondieron “definitivamente sí” o “probablemente sí” recomendarían al hospital, a la pregunta ‘¿recomendaría este hospital a sus familiares y amigos?, como se demuestra en la tabla N°9.

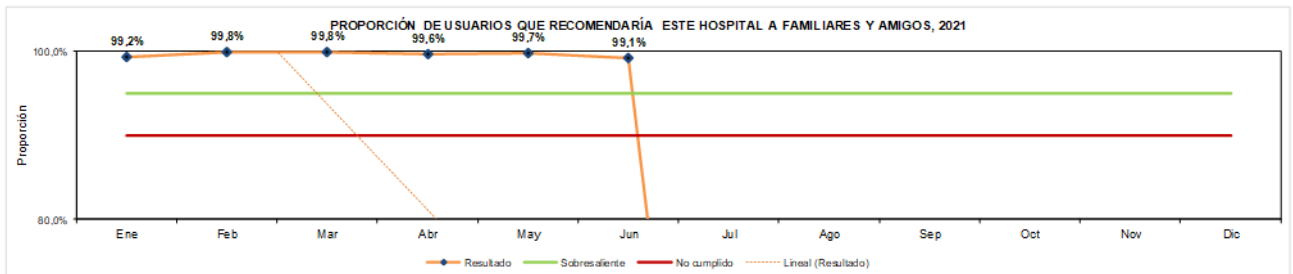


Tabla N° 9. Proporción de Usuarios que recomendarían el Hospital.  
Fuente: Indicadores Gerenciales. Oficina Atención al Usuario.

#### 4.1. Participación Social.

La Institución ha dispuesto todos los recursos necesarios para la adopción de la Política Pública de Participación Social en Salud (PPPSS), la cual se encuentra incluida dentro de las actividades del plan de acción para la implementación del Modelo Integral de Planeación y Gestión – MIPG. Actualmente se trabaja de manera conjunta con la Gobernación de Antioquia realizando las respectivas evaluaciones de avance de la misma, éstas se envían de manera semestral y en ella están contenidas actividades que responden mediante actividades a los ejes de la PPPSS.

Asimismo, el Hospital ya cuenta con la Política de Participación Social en Salud, misma que fue incluida en el Plan de Desarrollo Institucional 2020-2023. Se mide la gestión de la participación mediante el indicador **Proporción de cumplimiento de la Política de Participación Social en Salud 2020**.

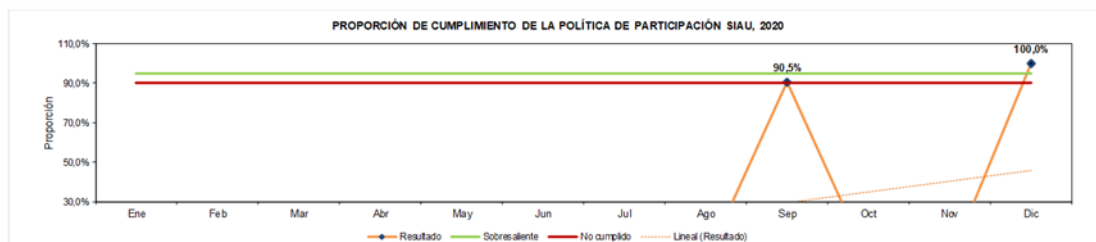


Tabla N°10. Proporción de Participación Social en Salud  
Fuente: Política de Participación SIAU

#### 4.2. Asociación de Usuarios.

En el Hospital General de Medellín, la Asociación de Usuarios cuenta con el reconocimiento, respaldo y total compromiso Institucional para facilitar su funcionamiento. Para ello dispone de los recursos necesarios que apoyen el cumplimiento de sus funciones.

La Asociación de Usuarios tiene un representante en la Junta Directiva del Hospital, un representante en el Comité de Participación Comunitaria – COPACO municipal, un representante en el Comité de Ética Hospitalaria del Hospital.

Es reconocida por entes como la Secretaría de Salud de Medellín, la Secretaría de Salud Departamental, la Superintendencia de Salud, el Ministerio de Salud y Protección Social, razón por la cual sus integrantes son permanentemente invitados a las distintas

actividades programadas por estas entidades. Recibe además el acompañamiento permanente de la Personería de Medellín, en cuanto a asesoría, capacitación y de igual forma en visitas técnicas.

Se están llevando a cabo estrategias que permitan incrementar la participación de la comunidad en la Asociación de Usuarios, así como se busca incentivar la labor de los integrantes mediante los reconocimientos y exaltación de la labor. Con ocasión de la pandemia COVID 19, en el HGM se continúa realizando las actividades de participación mediante reuniones virtuales en las cuales los miembros de la Asociación reciben los informes de la gestión de las PQRS, siguen participando de las reuniones en los diferentes Comités y la Junta Directiva.

## **V. CONCLUSIONES.**

En el Hospital General de Medellín, las manifestaciones clasificadas en agradecimientos, felicitaciones, reclamos y sugerencias recibidas por los diferentes canales dispuestos para tal fin, han sido ingresadas al Sistema de Información y Atención al Usuario – SIAU y para efectos del presente informe, analizadas para el período enero – junio del año 2021.

Con base en toda la información obtenida más el análisis de los factores internos y externos, el Hospital lleva a cabo la planeación de sus lineamientos, trabajando fuertemente en la búsqueda de estrategias que hagan de cada momento de verdad una experiencia satisfactoria, 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, manteniendo siempre el horizonte: “atención excelente y calidad de vida”. Desde el Comité de Humanización se cuenta con el compromiso irrestricto de todos los integrantes en articulación con la jefe de calidad y planeación, buscando disminuir de manera ostensible las quejas y reclamos que involucran el trato digno, inadmisibles en una institución de salud.

Desde el proceso SIAU la Institución promueve la participación ciudadana, así como el cuidado del ejercicio de los derechos y deberes de los usuarios de los servicios de salud.

La Oficina de Atención al Usuario responde a los usuarios sus requerimientos, traslada las manifestaciones presentadas por ellos y realiza seguimiento a la trazabilidad dentro de los plazos establecidos en la Ley.

Como fortalezas del proceso SIAU se tiene que está normalizado y establecido como proceso estratégico, que cuenta con un aplicativo para consolidar la información y generar reportes a los que se le realiza seguimiento mediante los indicadores; por otra parte el SIAU se constituye en uno de los insumos del modelo de mejoramiento institucional, en sus diferentes niveles de operación y, se visitan diariamente los servicios promoviendo el proceso como mecanismo de participación.

Como una debilidad se evidencia que, a pesar de utilizar todos los medios Institucionales para promover el proceso como mecanismo de participación, ha sido difícil lograr que los usuarios lo conozcan y utilicen se adhieran y participen. No obstante se ha logrado el ingreso de nuevos participantes.

Para el segundo semestre de 2021, si bien las formas de reunión con ocasión de la pandemia han obligado a establecer otras estrategias de reunión. También se han retomado las reuniones presenciales, se sigue contando con el compromiso de los miembros activos, con el acompañamiento de la Personería se seguirá visibilizando la participación social como elemento fundamental en el ejercicio de la democracia y el control ciudadano que debe existir en las instituciones del Estado para garantizar la transparencia.

El Hospital General de Medellín viene trabajando fuertemente con el objetivo de mejorar los procesos tendientes a fortalecer el Sistema de Información y Atención al Usuario – SIAU. Uno de los principales avances ha sido la estandarización y categorización de los motivos por los cuales los usuarios manifestaron su grado de satisfacción respecto a los servicios recibidos con un enfoque centrado en la vulneración de los derechos

## **VI. RECOMENDACIONES**

- 6.1. Evidenciar una efectiva intervención a las diferentes propuestas de mejoramiento presentadas por los usuarios.
- 6.2. Revisado por SAP las quejas y reclamos del año 2021, se observa que allí en el sistema aparecen en estado de abierto, se recomienda tramitar con gestión documental el cierre por Eurodoc de éstas, adicionalmente varios reclamos no tienen anexo de respuesta.
- 6.3. Analizar los criterios por parte del área de Estadística para obtener la población objeto de estudio, en la encuesta de satisfacción que se aplica en los diferentes servicios.
- 6.4. Realizar un seguimiento a la calidad y oportunidad de la respuesta por parte de los responsables y líderes de los procesos.
- 6.5. Adoptar de manera progresiva los lineamientos de la Circular 008 de 2018 de la Supersalud en todas sus directrices.
- 6.6. Implementar estrategias y actividades que permitan impactar el derecho de los pacientes a recibir un TRATO DIGNO, articulando la cultura organizacional, con el Comité de Humanización.
- 6.7. Promover dentro de la Política de seguridad del paciente, la implementación de estrategias efectivas, que garanticen la disminución de los eventos adversos que para lo que va corrido de la vigencia viene paulatinamente en aumento y, por ende en insatisfacción del usuario.

Elaborado y revisado por:

Equipo de Trabajo de la **Oficina de Auditoría Interna.**

Elaboró: **María Janneth Agudelo Arango,**  
Profesional de Auditoría Interna.

Soporte **Julio Ernesto Suescún Montoya,**  
Técnico Administrativo de Auditoría Interna

Revisó: **Carlos Uriel López Ríos,**  
Jefe de Auditoría Interna.



Medellín, Julio de 2021.

