



INFORME DE SEGUIMIENTO PQRS N° 7 - 2021

Peticiones – Quejas – Reclamos y Sugerencias

Periodo: Enero 1 a Diciembre 31 de 2021

**Informe tipo:
de Cumplimiento**



Alcaldía de Medellín



INFORME DE SEGUIMIENTO PQRS N° 7 - 2021

Peticiones – Quejas – Reclamos y Sugerencias

Equipo Oficina de Auditoría Interna

Jefe de la Oficina:

William Alberto Higuera Lopera

Auditores:

José Heriberto Vargas Lema
María Janeth Agudelo Arango
Karina Marina Ruíz De la Hoz

Técnico:

Julio E. Suescún Montoya

**Hospital General de
Medellín,**

PBX: 3847300

Carrera 48 #32 – 102,
Medellín – Colombia

www.hgm.gov.co

Correo Oficina:

oficinadeauditoria@hgm.gov.co

**Periodo:
Enero 1 a Diciembre 31 de 2021**



Alcaldía de Medellín

CONTENIDO

I. GENERALIDADES.....	5
1.1. Objetivo.....	5
1.2. Fundamento Normativo.....	5
1.3. Documentos Base.....	6
1.4. Terminología básica.....	6
II. ATENCIÓN Y ORIENTACIÓN AL USUARIO. REVISIÓN DE CANALES DE COMUNICACIÓN.	9
2.1. Canales.....	9
2.2. Estado de los Canales.....	9
III. GESTIÓN DE PETICIONES, RECLAMOS Y SUGERENCIAS.	10
3.1. Manifestaciones de los usuarios entre enero 1 y diciembre 31 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
IV. MONITOREO DE LA SATISFACCIÓN DEL USUARIO.	17
4.1. Participación Social.....	17
4.2. Asociación de Usuarios.....	18
V. RECOMENDACIONES.....	19
VI. CONCLUSIONES	19

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 31 de diciembre de 2021.

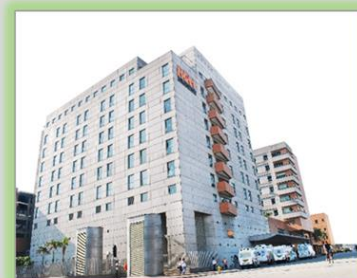
El documento se estructura en cinco capítulos. En el primero se enuncian las generalidades y el componente legal y normativo; en el capítulo segundo, tercero y, cuarto se validan los diferentes canales que tiene el proceso para que los usuarios informen sus quejas y reclamos, en el quinto capítulo se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

El presente Informe se enmarca en la Línea III. Una Auditoría de Impacto y Efectiva. Plan Estratégico 2021 – 2027 “**Construimos Confianza**” de la Oficina de Auditoría Interna.

Nos anima de fondo contribuir al cumplimiento de los objetivos del Hospital General de Medellín con la observancia plena de los requerimientos de orden legal y de buenas prácticas de transparencia en el marco del buen gobierno público, gestión de riesgos y control efectivo.

Continuaremos liderando un conjunto de estrategias y acciones diseñadas para contribuir 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.

Oficina de Auditoría Interna.
Construimos Confianza
Hospital General de Medellín.
Atención Excelente y Calidad de Vida.



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 diciembre 31 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.

- 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 de la Supersalud. “Por la cual se hacen adiciones, eliminaciones y modificaciones a la circular 047 de 2007”.
- 1.2.8. Decreto 491 del 28 de marzo del 2020. Ministerio de Justicia y del Derecho.” Por el cual se adoptan medidas de urgencia para garantizar la atención y la prestación de los servicios por parte de las autoridades públicas y los particulares que cumplan funciones públicas y se toman medidas...”

Artículo 5. Ampliación de términos para atender las peticiones. Pág. 8

1.3. Documentos Base.

- 1.3.1. Informe de Gestión Sistema de Información y de Atención al Usuario, SIAU – enero – diciembre 2021. Elaborado por la Oficina de Atención al Usuario.
- 1.3.2. Información del Aplicativo Eurodoc, publicada entre enero 1 y diciembre 31 de 2021.
- 1.3.3. Informes de seguimiento del Plan de Acción, socializados en el Comité Ampliado de Gerencia, según actas N°1,2 y 3 del 2021.
- 1.3.4. Proceso Sistema de Información y Atención al Usuario y sus procedimientos. Código: ES-GIC-AU.
- 1.3.5. Manual de Indicadores de Gestión. Código: AP-INF-CA000M01.
- 1.3.6. Carpeta compartida de Indicadores.
- 1.3.7. Sistema de Información SAP - EURODOC.

1.4. Terminología básica.

▪ Agradecimiento

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

▪ Calidad de la atención de salud

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

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

▪ Manifestación

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

▪ Partes Interesadas

Persona o grupo, que tiene interés en cualquier decisión o actividad de la organización, involucrado o afectado por el desempeño del sistema de Gestión de la Calidad.

- **Petición**

Solicitar un requerimiento de información, solicitudes de servicios y otros de acuerdo con sus necesidades.

- **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.

- **Satisfacción del Usuario**

Percepción del usuario sobre el grado en que se han cumplido sus requisitos, necesidades y expectativas.

- **Usuario**

Se refiere a los usuarios que acceden y son atendidos en los diferentes servicios de salud del HGM.

- **Sugerencia**

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





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.



 Hospital General de Medellín Luz Castro de Gutiérrez E.S.E.	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 diciembre 31 de 2021		
Revisión de Canales de Comunicación			
Canal	Modo de Contacto		
	Línea telefónica 384 73 00 extensión 1812 y 1813 disponible 24 horas		
Físico	Toda correspondencia, documentos o escritos		
Virtual	Correos Electrónicos:	atencionalusuario@hgm.gov.co	
		contacto@hgm.gov.co	
	Sitio Web Contáctenos	http://www.hgm.gov.co/index.php/contacto	
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 la Oficina de Atención al Usuario, se 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 presta apoyo con trámites en casos especiales, se activan las redes de apoyo interinstitucionales, entre otros.

Con ocasión de la pandemia COVID 19, se suspendió la visita diaria a los pacientes en las habitaciones, sin embargo, se continuó realizando la recolección de buzones lunes y viernes. Se espera retomar la visita de pacientes una vez se supere la pandemia.

En las horas de la noche la extensión 1812 y 1813 son direccionadas al conmutador, quienes toman la información y la envían a la oficina de atención al usuario en horario hábil para su gestión.

III. GESTIÓN DE PETICIONES, RECLAMOS Y SUGERENCIAS.

3.1. Manifestaciones de los usuarios entre enero 1 y diciembre 31 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, tipificación, registro, radicación, envío al responsable, seguimiento y cierre final.

Durante el periodo enero - diciembre de la vigencia 2021 se recibieron un total de 4.542 manifestaciones, de las cuales: el 44,12% (2.004) de ellas corresponden a Agradecimientos, el 22,28% (1.012) a Felicitaciones, el 32,21% (1.463) a Reclamos y el 1,39% (63) a Sugerencias. Se mantiene una relación entre las proporciones correspondiente a Agradecimientos y Felicitaciones del 66,4% y los Reclamos y Sugerencias del 33,6%, tal como se muestra en la Tabla N° 2. Manifestaciones de Usuarios.

MES	AGRADECIMIENTOS	FELICITACIONES	RECLAMO	SUGERENCIA	Total general
ENERO	216	148	63	11	438
FEBRERO	156	61	78		295
MARZO	190	78	106	2	376
ABRIL	161	138	74	2	375
MAYO	178	64	78	1	321
JUNIO	123	34	125	4	286
JULIO	251	146	116	27	540
AGOSTO	89	44	167	8	308
SEPTIEMBRE	247	123	162	2	534
OCTUBRE	120	47	171	2	340
NOVIEMBRE	98	48	191		337
DICIEMBRE	175	81	132	4	392
Total general	2.004	1.012	1.463	63	4.542

Tabla N° 2. Manifestaciones de Usuarios.

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

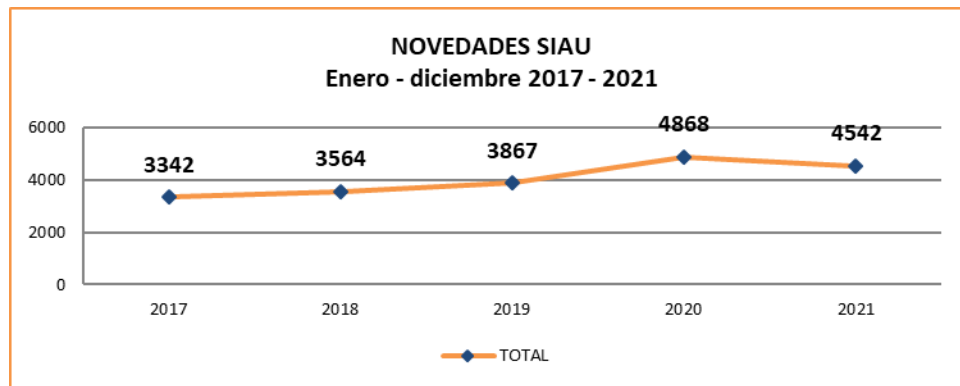


Gráfico N° 1. Manifestaciones de Usuarios.
 Fuente: SIAU HGM2021

3.2. Comportamiento de los últimos cinco años.

Observando el mismo período en los cinco últimos años presenta la tendencia que se muestra en los Gráficos 2 y 3.

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

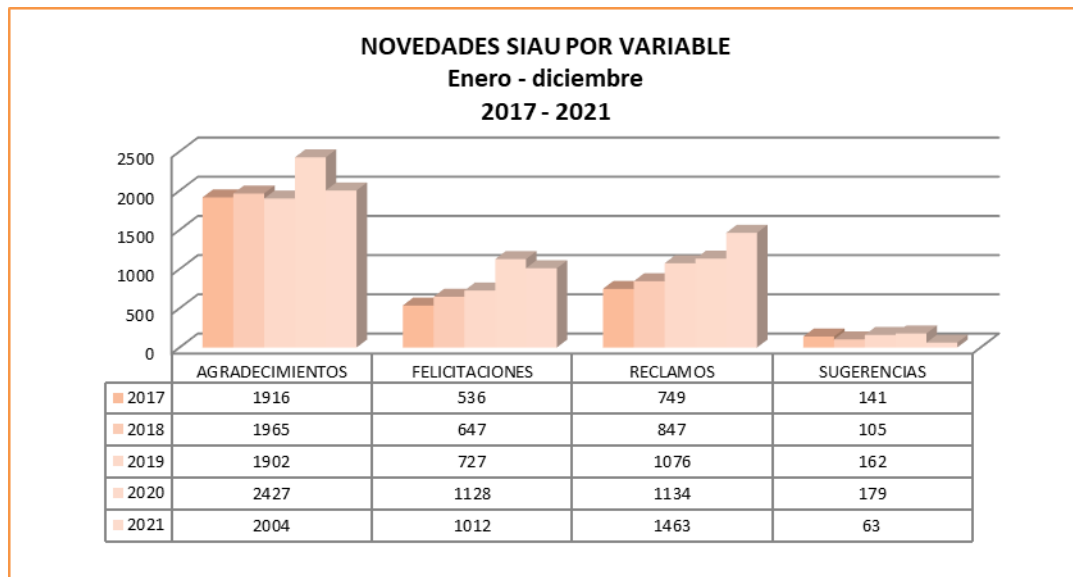


Gráfico N° 2. Novedades años 2017 -2021.
 Fuente: SIAU HGM 2021

Reclamaciones según motivo

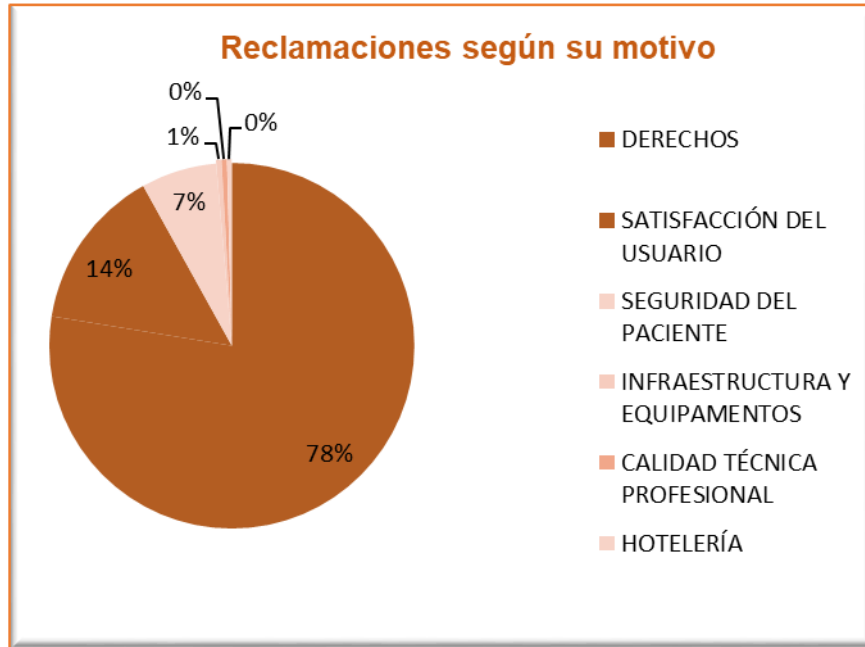


Gráfico N° 3. Reclamaciones según motivo Período -2021.
Fuente: SIAU HGM 2021

3.3. Análisis del Comportamiento de los últimos cinco años.

Durante los últimos cinco años los totales generales entre los meses enero –diciembre fueron **2017**, 3.342; en **2018**, 3.564 en **2019** 3.867; en **2020** 4.868 y en **2021** 4.542. Para la vigencia 2021 se evidenció una leve disminución con respecto al año inmediatamente anterior. Por su parte, las felicitaciones y agradecimientos siguen siendo el mayor porcentaje de manifestaciones con el 66.4%. Las reclamaciones se han incrementado de manera importante esto se explica en razón de la Emergencia Sanitaria SARS Covid 19.

Las manifestaciones como Reclamos y Sugerencias generalmente son tipificadas por motivos, como: Calidad técnica profesional (competencias de los funcionarios), Derechos, Hotelaría (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 – diciembre de 2021 fueron 1.463; de estas el 78% hicieron referencia a la vulneración de los derechos, el 14% a satisfacción del usuario, el 7% a seguridad del paciente, el 1% a infraestructura y equipamientos.

Con respecto a la clasificación de Reclamaciones por **Vulneración de Derechos**: el 73 %, 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 16%, el derecho a recibir Información con un 7%, recibir la mejor atención disponible – traducida en Oportunidad con el 2%, seguido de recibir la mejor atención disponible – traducida en continuidad con el 1%, y recibir la mejor atención disponible – traducida en continuidad con el 2%. 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 ha implementado estrategias para intervenir esta oportunidad de mejora y se ha notado una importante disminución con respecto a la vigencia anterior. Como se observa en la gráfica N°5:

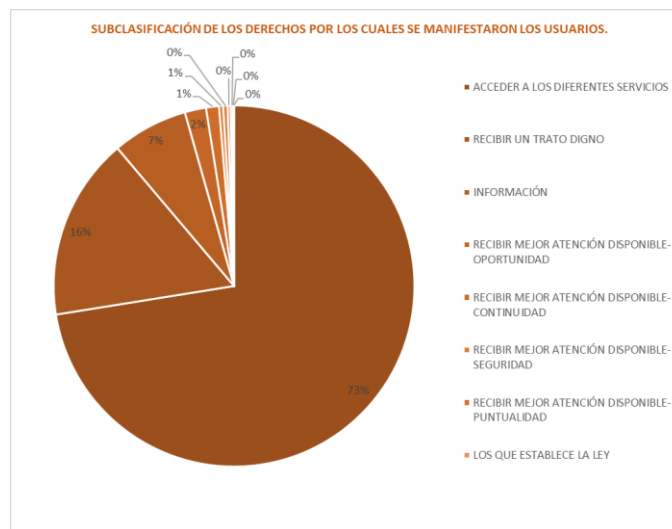


Gráfico N° 5. Subclasificación de los Derechos Vulnerados. 2021
Fuente: SIAU HGM 2021

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.

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.

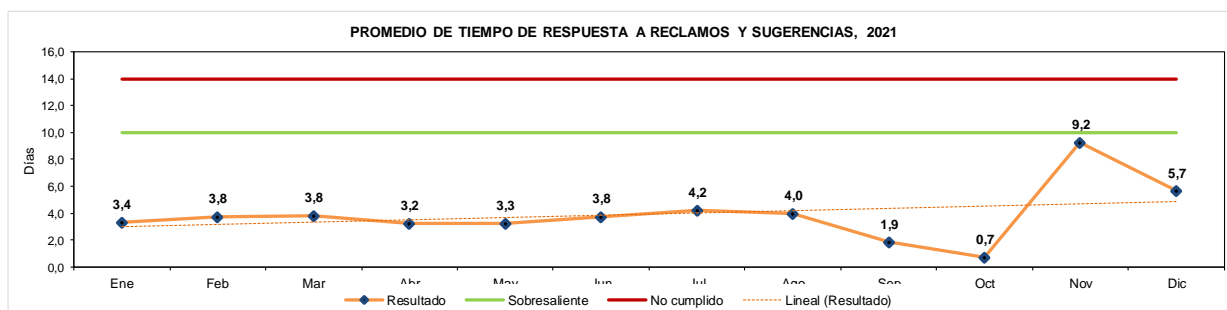
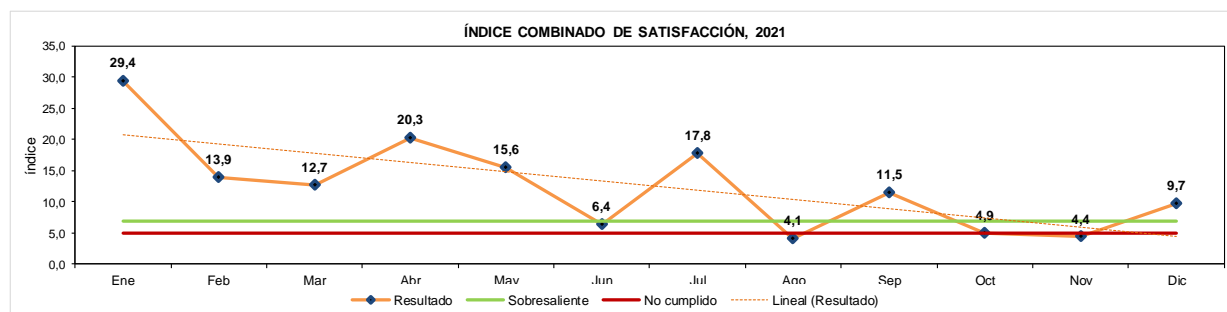


Tabla N° 3. Promedio Tiempo de Respuesta a Reclamos y Sugerencias.
Fuente: Indicadores Gerenciales 2021 HGM

Para el mes de Diciembre de 2021 se le dio respuesta a los 136 reclamos y sugerencias en un promedio de 5,7 días; en 2020 se le dio respuesta a los 128 reclamos y sugerencias en un promedio de 6,1 días; en diciembre de 2019 se le dio respuesta a los 132 reclamos y sugerencias en un promedio de tiempo de 7 días; en diciembre de 2018 se le dio respuesta en 10,50 días a los 76 Reclamos y Sugerencias presentados por los usuarios; en 2017 se le dio respuesta en 8,19 días a los 67 Reclamos y Sugerencias presentados por los usuarios; encontrando que para la vigencia 2021 se presentó una importante disminución en el tiempo de respuesta a las manifestaciones presentadas por los usuarios, ubicándose en el rango de meta sobresaliente.

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.



Fuente: Base de datos de consolidación de reclamos, sugerencias, agradecimientos y felicitaciones

Tabla N° 4. Índice Combinado de Satisfacción.
Fuente: Indicadores Gerenciales 2021 HGM

Para el mes de diciembre de 2017 el ICS fue de 16,54; en 2018 de 11,90; en 2019 de 12,6 en 2020 fue de 21,5 y para diciembre de 2021 fue de 9,7.

Para el período enero – diciembre de 2017 el acumulado del ICS fue de 16,93, para 2018 fue de 16,40; para 2019 fue de 12,6; para 2020 fue de 17,4 y para 2021 fue de 10,6; comportamiento que permite observar un comportamiento fluctuante en el valor del indicador, demostrando que el HGM continúa generando opinión positiva de sus usuarios.

Un indicador adicional es el “**Proporción de Usuarios que recomendarían este Hospital**” en el mes de diciembre de 2021 fue de 100%; Este indicador del SIC comenzó a medirse en marzo de 2016, en concordancia con la resolución 256 del mismo año. Para el mismo período en los últimos 5 años fue en 2020 de 99.5 %; en 2019 de 99,4%; en 2018 de 99% y en 2017 de 98,72%. Ubicándose históricamente en el rango de meta sobresaliente.

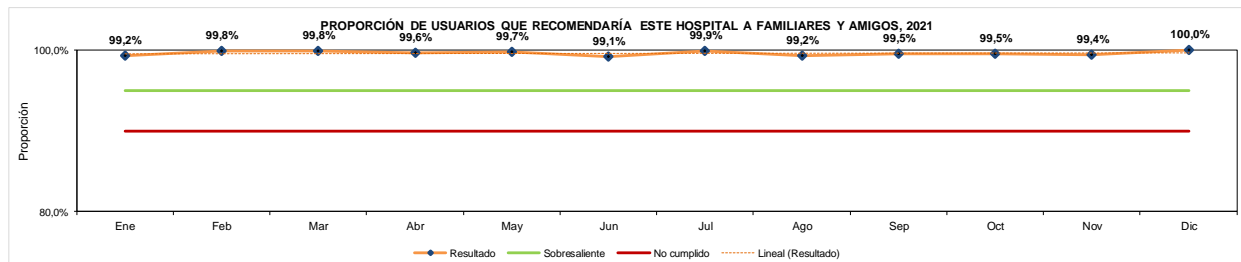


Tabla N° 5. Proporción de Usuarios que recomendarían el Hospital.
Fuente: Indicadores SIAU 2021 HGM

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 vigencia enero-diciembre de 2021 se puede observar en la siguiente tabla:

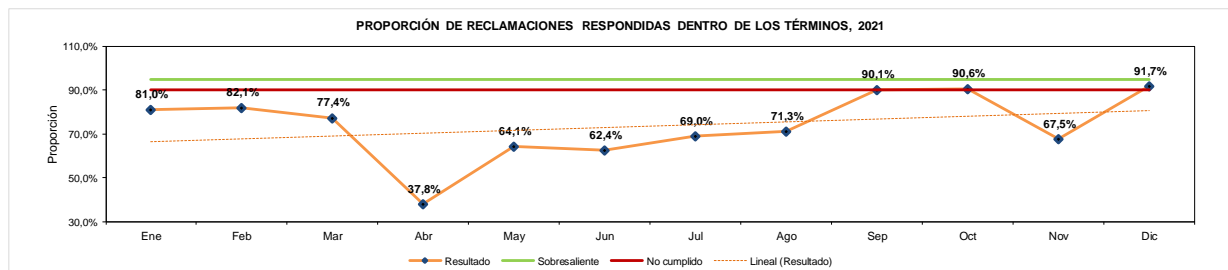


Tabla N° 6. Proporción de Reclamaciones Respondidas en los Tiempos.
Fuente: SIUA HGM 2021

La proporción de reclamos respondidos dentro de los tiempos establecidos para el procedimiento en el mes de diciembre de 2021 fue de 91,7%; en 2020 fue de 71.7; en 2019 fue de 86,4%; en 2018 de 75,34%, y en 2017 de 65,08%.

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:

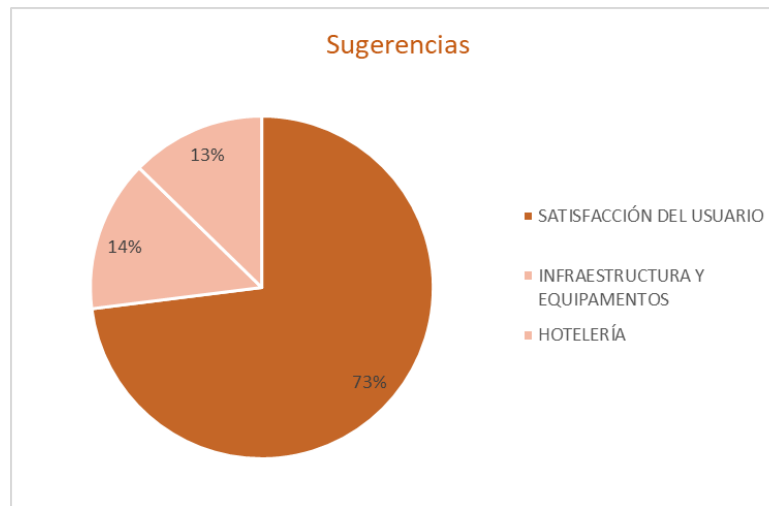


Gráfico N° 6. Sugerencias según motivo.
 Fuente: SIAU HGM 2021

Teniendo en cuenta la clasificación mencionada anteriormente (hotelería, infraestructura y equipamiento, normas Institucionales y satisfacción del usuario), para la vigencia 2021 fueron recibidas 63 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 73% de la sugerencias tienen que ver con satisfacción del usuario, el 14 % con infraestructura y equipamientos y el 13% con hotelería., como se muestra en la tabla N°7.

MOTIVO MANIFESTACIÓN	Nro.	%
MEJORAR ALIMENTACIÓN: MENÚ,	19	30,2%
OTROS	14	22,2%
ENTRETENIMIENTO: TELEVISOR, C	12	19,0%
COMODIDAD ACOMPAÑANTE: SO	8	12,7%
CALOR EN HABITACIONES, AIRE A	5	7,9%
HORARIO DE VISITAS	3	4,8%
MEJORAR EL ASEO: FRECUENCIA, I	1	1,6%
CAMA DEL PACIENTE	1	1,6%
Total general	63	100,0%

Tabla N° 7. Clasificación Sugerencias.
 Fuente: SIUA HGM 2021

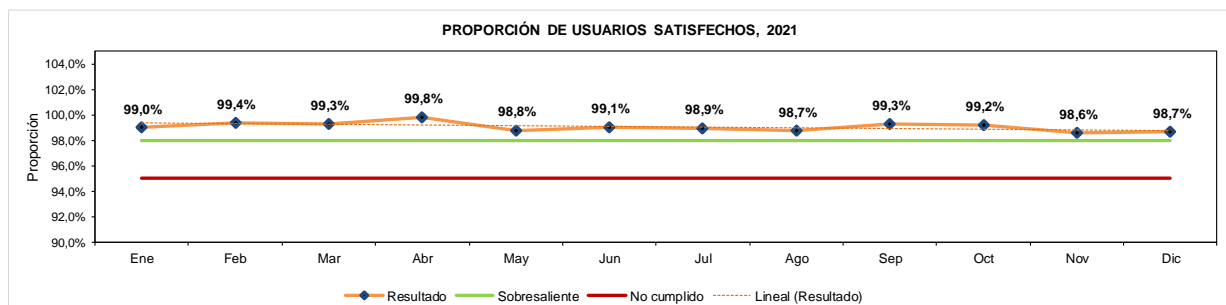
De las sugerencias según su motivo el porcentaje 30.2% tiene que ver mejorar la alimentación, seguido de otros con el 22,2%, en los cuales se describen motivos como el horario de visitas, mueblería de habitación, aseo, señalización.

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° 10.



Fuente: Base de datos del Consolidado Mensual de Encuestas de Satisfacción

Tabla N° 10. Proporción de usuarios Satisfechos.

Fuente: Indicadores Gerenciales 2021 HGM

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 diciembre de 2021 la satisfacción de los usuarios fue de 98,7% en 2020 de 99,3% en 2019 de 99,3%; en 2018 de 99,57%, y en 2017 98,51%.

Respecto a las vigencias anteriores la tendencia histórica evidencia un comportamiento estable, la satisfacción global en 2017 (99,23%), 2018 (98,85%), en 2019 (99,0%), en 2020 (98,9%) y en 2021 de 99,1%. Ubicándose en el rango de meta sobresaliente.

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**.

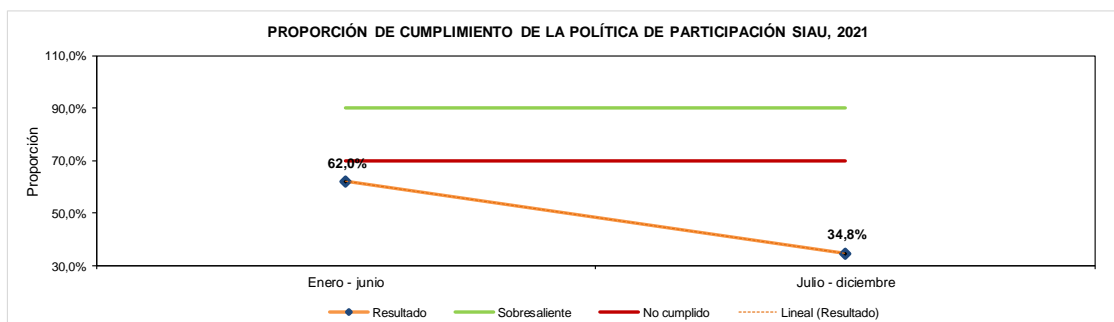


TABLA N°11. Proporción de Participación Social en Salud
Fuente: Política de Participación SIAU 2021

El porcentaje de cumplimiento de la Política de Participación Social en Salud para la vigencia 2021 fue de 96,8% (Con la suma del primer 62% y segundo semestre 34.8%), de las 92 actividades propuestas en el año se logró realizar 89. Esto se explica en razón de que una de las actividades no era competencia de la ESE y quedaron pendientes dos coordinaciones interinstitucionales, sin embargo, los temas de las capacitaciones fueron asumidas por profesionales del Hospital cumpliéndose el plan de capacitación anual con muy buena respuesta por parte de los miembros de la asociación de Usuarios.

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.

V. RECOMENDACIONES.

- 5.1. Evidenciar una efectiva intervención a las diferentes propuestas de mejoramiento presentadas por los usuarios.
- 5.2. Revisado por SAP las quejas y reclamos del año 2021, se observan en estado cerrado. Algunas aparecen en estado de abierto, se recomienda a los directores y líderes depositen la gestión realizada en Eurodoc, adicionalmente varios reclamos no tienen anexo de respuesta.
- 5.3. 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.
- 5.4. Realizar un seguimiento a la calidad y oportunidad de la respuesta por parte de los responsables y líderes de los procesos.
- 5.5. Adoptar de manera progresiva los lineamientos de la Circular 008 de 2018 de la Supersalud en todas sus directrices.
- 5.6. Implementar estrategias y actividades que permitan impactar el derecho de los pacientes a recibir un TRATO DIGNO especialmente en el servicio de urgencias donde se concentran la mayoría de los casos de quejas, articulando la cultura organizacional con el Comité de Humanización.

VI. CONCLUSIONES

- 6.1. El 100% de 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 vía Eurodoc.
- 6.2. Las respuestas dadas por los servicios evidencia intervenciones en los momentos de verdad del reclamo especialmente aquellas con las cuales los usuarios manifiestan la vulneración de sus derechos, aunque se ha recomendado mejorar la calidad y oportunidad de la respuesta y de la intervención a los procesos.
- 6.3. Es evidente la promoción que desde el proceso se realiza de la participación ciudadana así como el cuidado del ejercicio de los derechos y deberes de los usuarios de los servicios de salud, se recomienda seguir afinando estrategias para fortalecer la Liga de usuarios.
- 6.4. El proceso responde a los usuarios sus requerimientos, traslada las manifestaciones presentadas por ellos y realiza seguimiento a la trazabilidad dentro de los plazos establecidos en las disposiciones legales, en un 91,7%, con esto se evidencia que no se está cumpliendo con los plazos establecidos dentro del proceso, sin embargo, se ha mejorado en la oportunidad en la respuesta. Es importante recordar que las reclamaciones deben entenderse como derechos de petición y nos asiste la obligatoriedad de dar respuesta en los términos de ley.

- 6.5. La institución ha utilizado todos los medios para promover el proceso como mecanismo de participación, sin embargo, ha sido difícil lograr que los usuarios lo conozcan y utilicen.
- 6.6. El índice de satisfacción del usuario se mantiene en niveles altos, superando el 98% de satisfacción del usuario.
- 6.7. 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".
- 6.8. 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. Para la vigencia 2021 se logró disminuir el número de reclamaciones por este motivo.
- 6.9. 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. El pasado mes de agosto en el marco de los días de la humanización se realizó el reconocimiento a la labor de los integrantes de la Asociación de Usuarios por parte de la Gerencia del hospital, en dicho evento se exaltó la labor y compromiso de los miembros y se instaron a seguir trabajando conjuntamente en pro de coadyuvar en la garantía del derecho fundamental a la salud.

Documento elaborado y revisado por:

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

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

Apoyo Gráfico y Edición: **Julio Ernesto Suescún Montoya,**
Técnico Administrativo de Auditoría Interna.

Revisó: **William Alberto Higuera Lopera,**
Jefe de Auditoría Interna.

Medellín, enero 11 de 2022.

