
OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA
Construimos Confianza

HOSPITAL GENERAL DE MEDELLÍN
Oficina de Auditoría Interna
Construimos Confianza

INFORME DE SEGUIMIENTO

Gestión de Quejas y Reclamos

VIGENCIA 2017

EQUIPO OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA

CARLOS URIEL LÓPEZ RÍOS
Jefe de Auditoría Interna

JOSE HERIBERTO VARGAS LEMA
Profesional de Auditoría Interna

MARÍA JANETH AGUDELO ARANGO
Profesional de Auditoría Interna

Medellín
2018

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA
Construimos Confianza

CONTENIDO

I.	GENERALIDADES.	4
1.1.	Objetivo.	4
1.2.	Fundamento Normativo.	4
1.3.	Documentos Base.	4
1.4.	Terminología básica.	4
II.	Revisión de canales de comunicación para establecer las quejas y reclamos.	5
III.	Gestión de Reclamos y Sugerencias.	6
IV.	Conclusiones y Recomendaciones.	14

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA
Construimos Confianza

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 quejas y reclamos correspondiente a la vigencia de 2017.

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

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.

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA
Construimos Confianza

I. GENERALIDADES.

1.1. Objetivo.

En cumplimiento de la Ley 1474 de 2011, Estatuto Anticorrupción, la Oficina de Auditoría Interna del Hospital General de Medellín realiza evaluación del proceso de Quejas y Reclamos correspondiente al año 2017, verificando y validando la información generada desde el proceso con respecto a la calidad y la oportunidad en las respuestas a las quejas y reclamos presentadas durante este periodo.

1.2. Fundamento Normativo.

- Ley 1474 del 12 de julio 2011. Por la cual se dictan normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad del control de la gestión pública.
- Decreto 780 de 2016, por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social.
- Decreto 1083 de mayo 26 de 2015, Único Reglamentario de la Función Pública. Capítulo 6. Modelo Estándar de Control Interno.

1.3. Documentos Base.

1. Información ingresada en Eurodoc.
2. Evaluación plan de acción.
3. Procesos y procedimientos.
 - Indicadores Institucionales de Gestión.
 - Informe de Gestión presentado por Atención al Usuario año 2017.

1.4. Terminología básica.

▫ 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..

▫ Manifestación

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA
Construimos Confianza

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

▫ **Agradecimiento**

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

▫ **Felicitaciones**

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

▫ **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**

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. REVISIÓN DE CANALES DE COMUNICACIÓN PARA ESTABLECER LAS QUEJAS Y RECLAMOS.

La auditoría ha validado y revisado el funcionamiento de los diferentes canales de comunicación, los cuales le facilitan al usuario dar a conocer sus quejas, reclamos, sugerencias y felicitaciones, estos son:

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 1813 disponible 24 horas	
Físico	Toda correspondencia, documentos o escritos incluyendo los comentarios de las encuestas de satisfacción.	
Virtual	Correos Electrónicos:	atencionalusuario@hgm.gov.co contacto@hgm.gov.co
	Sitio Web Contáctenos	http://www.hgm.gov.co/index.php/contacto

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA

Construimos Confianza

Presencial	Proceso personalizado en la Oficina de Atención al Usuario ubicada en el primer piso en horario hábil.
Buzones	En cada servicio del Hospital se han dispuesto buzones y se facilitan los formatos donde el usuario puede consignar sugerencias, reclamos, agradecimientos o felicitaciones. Se hace recorrido por los buzones todos los días y se realiza la respectiva gestión para dar la respuesta en los términos establecidos por ley.

Al validar los canales se encuentra con una comunicación en pleno uso y en funcionamiento sistemático. Se promueve el uso de los mecanismos de participación ciudadana como buzones, encuestas de satisfacción y reconocimiento de la oficina de atención al usuario, se resuelven inquietudes de pacientes y familiares que llegan por primera vez a la Institución. Se verifica que se esté informando a los usuarios sobre el uso, acceso y disponibilidad de los servicios que presta la Institución; se educa sobre mecanismos para acceder a los diferentes niveles de atención en salud; se apoya con trámites en casos especiales; se orienta sobre el aseguramiento al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

III. GESTIÓN DE RECLAMOS Y SUGERENCIAS.

Durante el año 2017 se recibieron un total de 3.342 manifestaciones. El 57,33% (1.916) de ellas corresponden a agradecimientos, el 16,04% (536) a Felicitaciones, el 22,41% (749) a Reclamos y 4,22% (141) a Sugerencias. Se mantiene una relación entre las proporciones correspondiente a Agradecimientos y Felicitaciones del 73,37% y los Reclamos y Sugerencias del 26,63%, tal cual se muestra en el siguiente cuadro correspondiente al año 2017:

MES	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	Total General	Proporción	Promedio Mes
AGRADECIMIENTOS	195	125	98	108	255	186	239	111	162	167	105	165	1916	57,33%	159,67
FELICITACIONES	69	48	15	30	53	42	72	34	45	55	32	41	536	16,04%	44,67
RECLAMO	54	59	54	39	87	72	83	69	64	59	46	63	749	22,41%	62,42
SUGERENCIA	24	4	4	11	23	10	16	11	14	16	4	4	141	4,22%	11,75
Total general	342	236	171	188	418	310	410	225	285	297	187	273	3342	100%	278,50

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA
Construimos Confianza

Observando los cinco últimos años se muestra la siguiente tendencia:

NOVEDADES	2013	2014	2015	2016	2017
AGRADECIMIENTOS	597	1567	1708	2327	1916
FELICITACIONES	276	1356	1060	651	536
RECLAMOS	634	1234	1209	1024	749
SUGERENCIAS	94	258	177	254	141
TOTAL	1601	4415	4154	4256	3342

Si bien respecto a 2016, en 2017 disminuyeron el total de manifestaciones en un 21,47%, si comparamos a 2017 con 2013 observamos que el incremento supera el 200% en los totales generales pasando de 1.601 manifestaciones en 2013 a 3.342 en 2017. Por su parte, comparando cada una de las expresiones, encontramos que los agradecimientos fueron 597 en 2013 y 1.916 en 2017, las felicitaciones 276 en 2013 y 536 en 2017, los reclamos 634 en 2013 y 749 en 2017 y las sugerencias 94 en 2013 y 141 en 2017.

Comparando el año 2017 con el año 2016, observamos que el total general de las manifestaciones disminuyó en un 21,47%; entrando en detalle con respecto al mismo año, encontramos que tanto en los agradecimientos como en las felicitaciones la disminución fue del 17,66%, en los reclamos del 26,85% y en las sugerencias de 44,48%, siendo este último el valor más alto. De este análisis es importante resaltar la gestión realizada en el Hospital General de Medellín en la búsqueda permanente de la satisfacción del usuario y su familia.

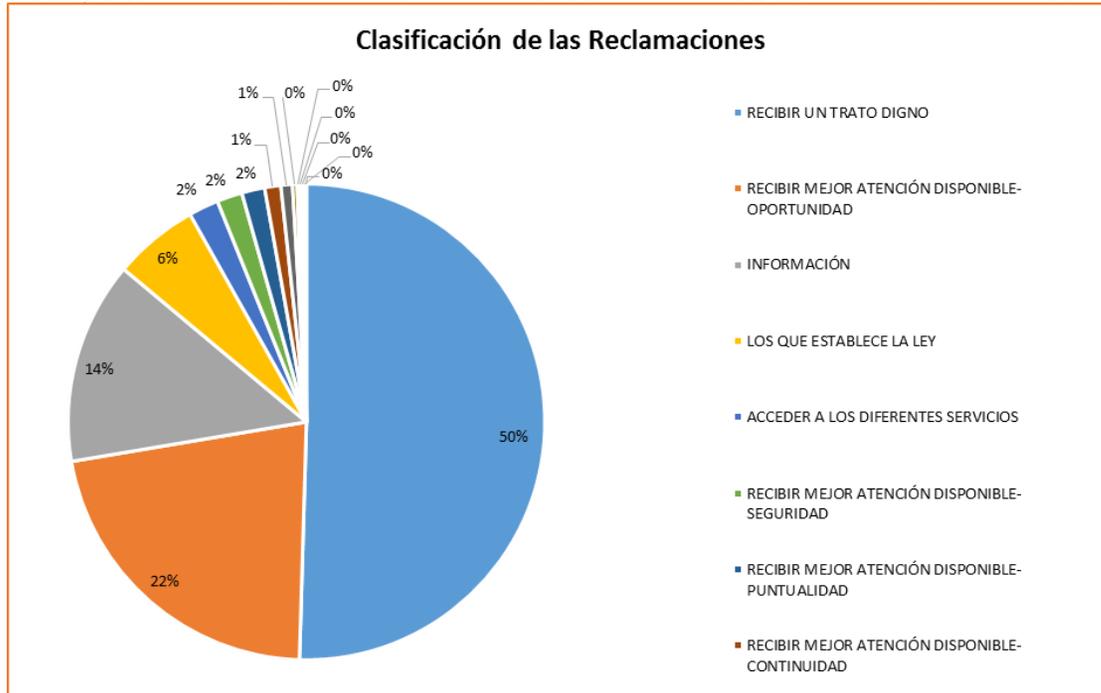
Los Reclamos y Sugerencias generalmente se presentan por motivos de: Calidad técnica profesional (competencias del funcionario), Derechos, comodidad para el paciente, Infraestructura y Equipamientos (comodidad para los usuarios), Normas Institucionales, Portafolio de Servicios, Satisfacción del usuario y Seguridad del Paciente. Aquí se observa que todas están debidamente clasificadas.

Las reclamaciones recibidas en el período comprendido entre enero y diciembre de 2017 fueron 749; de estas el 85,45% hicieron referencia a la vulneración de los derechos, de los cuales el 50,47% tienen que ver con el trato, seguido por derecho a recibir mejor atención disponible – Oportunidad con el 21,88%, el derecho a recibir Información con 13,75% y los que establece la ley con el 5,78%. Se observa que el derecho mas vulnerado es el trato respetuoso con el usuario, aquí deberá definir la institución la estrategia para intervenir esta oportunidad de mejora. Se observa en el siguiente gráfico de acuerdo con información del proceso de sistema de información y atención al usuario, los diferentes tipos de

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA

Construimos Confianza

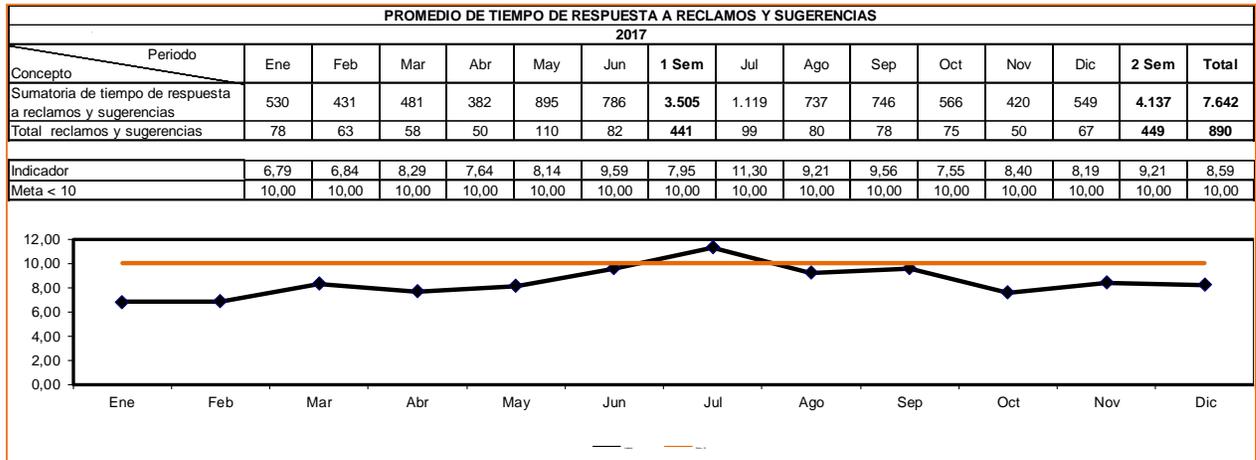
reclamaciones de los usuarios durante el año 2017



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

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.

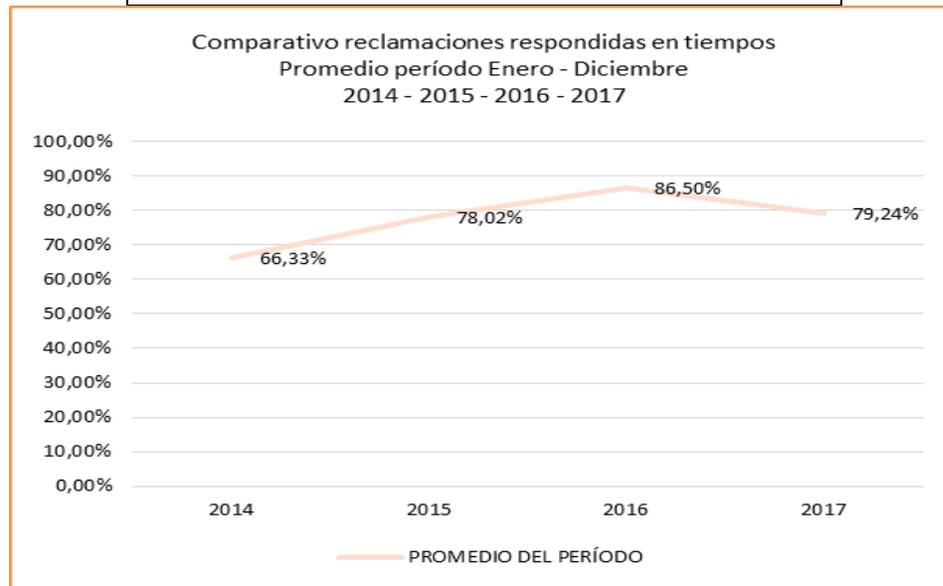
OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA
Construimos Confianza



Este indicador es decreciente y para el período Enero – Diciembre de 2017 el promedio fue de 8,59, mientras que en 2016 fue de 6,98, en 2015 fue de 9,90, en 2014 fue de 9,29 días y en 2013 de 8,97, evidenciando un notable incremento respecto a 2016 permaneciendo sin embargo por debajo de la meta. Se realiza 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 2017 se puede observar en la siguiente tabla:

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA
Construimos Confianza

MES	TOTAL RECLAMOS	RESPUESTAS EN TIEMPOS	% CUMPLIMIENTO
ENERO	54	41	75,93%
FEBRERO	59	49	83,05%
MARZO	54	47	87,04%
ABRIL	39	30	76,92%
MAYO	87	78	89,66%
JUNIO	72	51	70,83%
JULIO	83	55	66,27%
AGOSTO	69	51	73,91%
SEPTIEMBRE	64	53	82,81%
OCTUBRE	59	52	88,14%
NOVIEMBRE	46	42	91,30%
DICIEMBRE	63	41	65,08%
TOTAL PERÍODO	749	590	
PROMEDIO	62,42	49,17	79,24%



Se observa que el porcentaje de cumplimiento en tiempos de respuesta disminuyó un 8.39% en el año 2017 con respecto al año 2016, distanciándose de la meta que es el 100%, aquí deberá la alta gerencia definir estrategias que permitan intervenir esta variación.

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA

Construimos Confianza

De acuerdo con el informe del proceso de sistema de información y atención al usuario, se cuenta desde 2015 con una estrategia de apoyo que busca evaluar la calidad de las respuestas a las manifestaciones categorizadas como reclamos y sugerencias, la oportunidad, la satisfacción con las mismas y finalmente la efectividad del proceso. A continuación se puede observar el resultado de los estudios realizados para cada semestre de 2015 y 2016 y para el primero de 2017.

En relación a la respuesta brindada por los usuarios, se clasificaron los siguientes ítems:

1. Lo (a) llamaron y quedó satisfecho.
2. Lo (a) llamaron y no quedó satisfecho.
3. No lo (a) han llamado, aún sin respuesta.

Para el estudio realizado el primer semestre de 2017 por el proceso de Atención al Usuario, con una muestra de 99 usuarios:

AÑO	2015-1		2015-2		2016-1		2016-2		2017-1	
	USUARIOS	2015-1	USUARIOS	2015-2	USUARIOS	2016-1	USUARIOS	2016-2	USUARIOS	2017-1
1. Lo(a) llamaron y quedó satisfecho	33	40,74%	55	67,07%	86	67,72%	206	72,54%	81	81,82%
2. Lo (a) llamaron y no quedó satisfecho	14	17,28%	14	17,07%	21	16,54%	22	7,75%	10	10,10%
3. No lo (a) han llamado, aún sin respuesta	34	41,98%	13	15,85%	20	15,75%	56	19,72%	8	8,08%
TOTAL	81	100%	82	100%	127	100%	284	100%	99	100%

A los usuarios a los cuales se llamó y quedaron satisfechos con la respuesta brindada por el hospital fue de 81,82%. Se observa el incremento respecto al último estudio, 2016-2 el cual fue de 72,54%. En cuanto al ítem "Lo (a) llamaron y no quedó satisfecho", muestra un incremento pasando de 7,75% en 2016-2 a 10,10% para 2017-1. En el ítem "No lo (a) han llamado, aún sin respuesta", al verificar la evidencia registrada en la indagación e intervención de los radicados, se encontró que de los 8 gestionados 3 reportan que sí hubo contacto con el usuario. Aún se evidencian vacíos e incongruencia con los datos suministrados.

Es importante tener en cuenta que aún hay un 18% de usuarios que dicen no haber quedado satisfechos o que no se les ha dado respuesta, aquí se deberán definir estrategias efectivas de intervención.

Otra información reportada hace referencia a las sugerencias de mejoramiento presentadas por los usuarios. En el año 2017 fueron recibidas 141 sugerencias las cuales por presentar variadas y múltiples ideas de mejora, se han procurado agrupar por afinidad; se enuncian a continuación las más representativas:

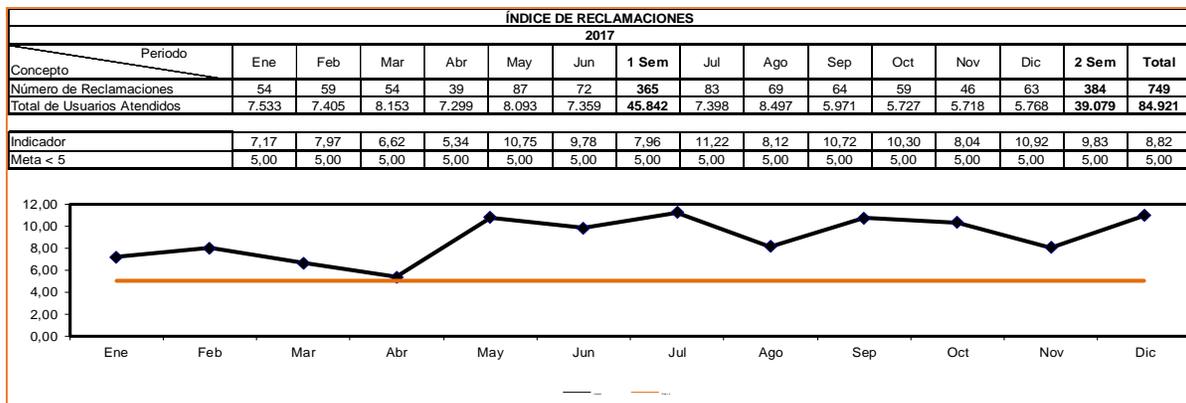
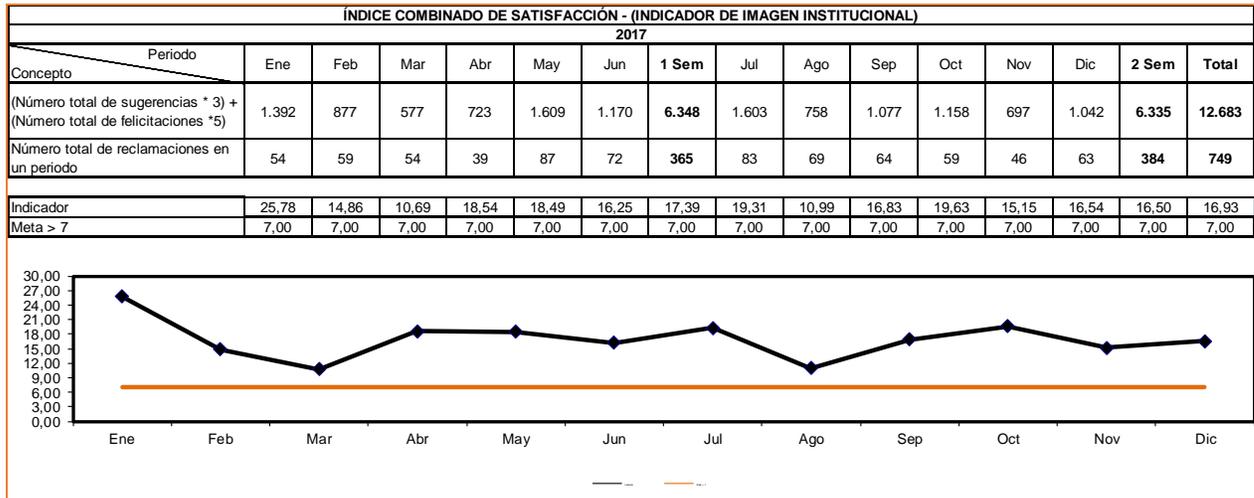
OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA
Construimos Confianza

CLASIFICACIÓN	SUGERENCIAS	PROPORCIÓN
COMODIDAD ACOMPAÑANTE: SOFÁ CAMA	35	24,82%
MEJORAR EL ASEO: FRECUENCIA, LUGARES	25	17,73%
OTROS (CLASIFICACIÓN DE PACIENTES EN LAS HABITACIONES, AUMENTAR TERAPIAS POR DÍA, COMPORTAMIENTO DE OTROS PACIENTES O FAMILIARES, NO HAY PUNTO AZUL, TRASLADO DE FUNCIONARIOS, RESTAURAR MURAL EXTERNO, ENTRE OTROS)	24	17,02%
CAMA DEL PACIENTE	15	10,64%
ENTRETENIMIENTO: TELEVISOR, CANALES, INTERNET, WIFI, ETC	13	9,22%
MEJORAR ALIMENTACIÓN: MENÚ, SAZÓN, TEMPERATURA, PRESENTACIÓN, COCCIÓN, CANTIDAD, TIEMPO PARA RECOGER	12	8,51%
CALOR EN HABITACIONES, AIRE ACONDICIONADO	8	5,67%
REPARACIONES LOCATIVAS	3	2,13%
COMODIDAD ACOMPAÑANTE: MÁQUINA CAFÉ, DISPENSADOR DE ALIMENTOS, CAFETERÍA 24HS	3	2,13%
COMODIDAD SALA DE ESPERA	3	2,13%
Total general	141	100%

Se recomienda evidenciar una efectiva intervención a las diferentes propuestas de mejoramiento presentadas por los usuarios.

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA
Construimos Confianza

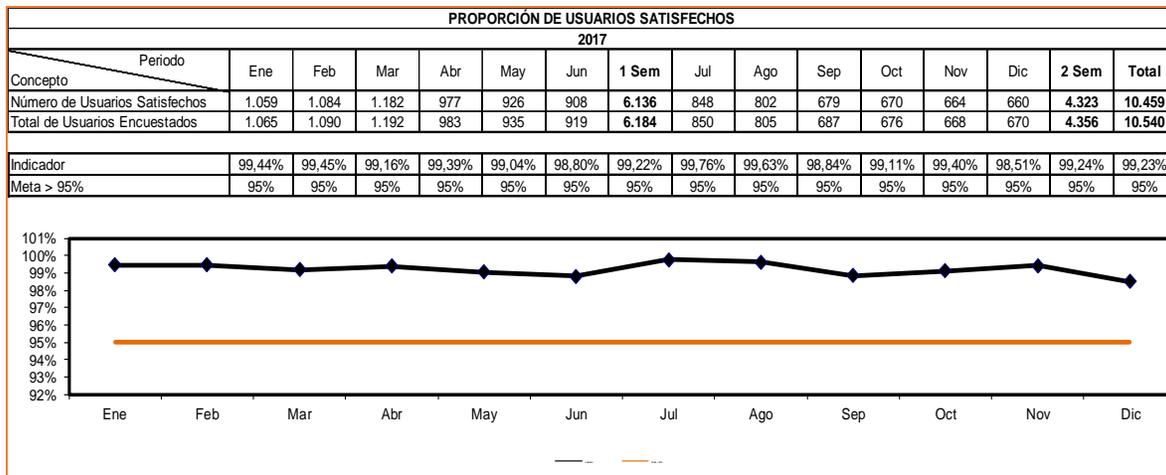
Otros indicadores que se observa que se manejan en el proceso se tienen los siguientes:



Los indicadores anteriores muestran los resultados del proceso de quejas y reclamos, éstos contribuyen a la gestión y al control del proceso y su mejoramiento continuo.

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA
Construimos Confianza

Igualmente se muestra el indicador de proporción de usuarios satisfechos, en la siguiente tabla:



Donde es evidente la satisfacción de nuestros usuarios, con resultados en toda la vigencia superior al 98%.

IV. RECOMENDACIONES Y CONCLUSIONES.

- 4.1. 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.
- 4.2. 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 de la respuesta y de la intervención a dos procesos.
- 4.3. 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.
- 4.4. 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 la Ley en un 79%, a otro 21% no se le está cumpliendo los plazos establecidos dentro del proceso. Es importante recordar que las reclamaciones deben entenderse como derechos de petición y no asiste la obligatoriedad de dar respuesta en los términos de ley.

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA
Construimos Confianza

- 4.5. Se observa 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.
- 4.6. El índice de satisfacción del usuario se mantiene en niveles altos, superando el 98% de satisfacción del usuario.
- 4.7. Se observa que el porcentaje de cumplimiento en tiempos de respuesta disminuyó un 8.39% en el año 2017 con respecto al año 2016, distanciándose de la meta que es el 100%, aquí deberá la alta gerencia definir estrategias que permitan intervenir esta variación.
- 4.8. Se recomienda evidenciar una efectiva intervención a las diferentes propuestas de mejoramiento presentadas por los usuarios.
- 4.9. Revisado por SAP las quejas y reclamos del año 2017, 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.

Documento elaborado y revisado por:
Equipo de Trabajo de la **Oficina de Auditoría Interna.**

José Heriberto Vargas Lema Profesional de Auditoría Interna.
Carlos Uriel Lopez Ríos Jefe de Auditoría Interna.

Medellín, enero de 2018.