HOSPITAL GENERAL DE MEDELLÍN
LUZ CASTRO DE GUTIÉRREZ E.S.E.
Oficina de Auditoría Interna

INFORME DE SEGUIMENTO
PQRS N° 8 - 2022

Periodo: Enero 1 a junio 30 de 2022

15 de julio de 2022

Informe tipo Cumplimiento

Hospital General de Medellín
Luz Castro de Gutiérrez E.S.E.

Alcaldía de Medellín

INFORME DE SEGUIMENTO PQRS N° 8 - 2022

Vigencia Semestre I de 2022

Equipo Oficina de Auditoría Interna

Jefe de la Oficina:
William Alberto Higuita 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

Oficina de Auditoría Interna
Construimos Confianza
Hospital General 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 junio 30 de 2022. 10
3.2. Comportamiento de los últimos cinco años. 11
3.3. Análisis del Comportamiento de los últimos cinco años. 11
3.4. Revisión de Indicadores del Proceso. 13

IV. MONITOREO DE LA SATISFACCIÓN DEL USUARIO. 16

4.1. Participación Social. 17
4.2. Asociación de Usuarios. 18

V. CONCLUSIONES. 19

VI. RECOMENDACIONES 20

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 2022.

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

Agradecemos a la profesional de Atención al Usuario que intervino en la ejecución de este informe de seguimiento por la colaboración prestada en el suministro de la información requerida y su disposición para la mejora continua de los procesos institucionales.

Oficina de Auditoría Interna.
Construimos Confianza
Hospital General de Medellín Luz Castro de Gutiérrez E.S.E.
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 junio 30 de 2022.

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".

1.2.8. Resolución 229 de 2020. Ministerio de Salud y Protección Social. “Por la cual se define los lineamientos de la carta de derechos y deberes…”

1.3. Documentos Base.

1.3.1. Informe de Gestión Sistema de Información y de Atención al Usuario, SIAU – enero – junio 2022. Elaborado por la Oficina de Atención al Usuario.

1.3.2. Información del Aplicativo Eurodoc, publicada entre enero 1 y junio 30 de 2022.

1.3.3. Informes de seguimiento del Plan de Acción, socializados en el Comité Ampliado de Gerencia, según acta N°1 del 2022.

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 2022.1er Trimestre 2022.

1.4. Terminología básica.

- **Agradecimiento.** [1]

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

- **Calidad de la atención de salud.** [2]

  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** [3]

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

- **Manifestación.** [4]

  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.** [5]

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

5 Gestión Integral de Calidad Sistema de Información y Atención al Usuario - Procedimiento Monitoreo de la Satisfacción del Usuario - Código: ES-GIC-AU003.

II.ATENCIÓN Y ORIENTACIÓN AL USUARIO

Oficina de Auditoría Interna
"Construimos Confianza"
Hospital General de Medellín Luz Castro de Gutiérrez E.S.E.
Alcaldía de Medellín

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 medios 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. Oficina de Auditoría Interna Informe Atención Y Orientación Al Usuario Vigencia enero 1 a junio 30 de 2022	

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	El Hospital dispuso 26 buzones en los servicios de Hospitalización y en las areas ambulatorioas donde se facilitan los formatos, para que el usuario pueda consignar sugerencias, reclamos, agradecimientos y felicitaciones . 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.

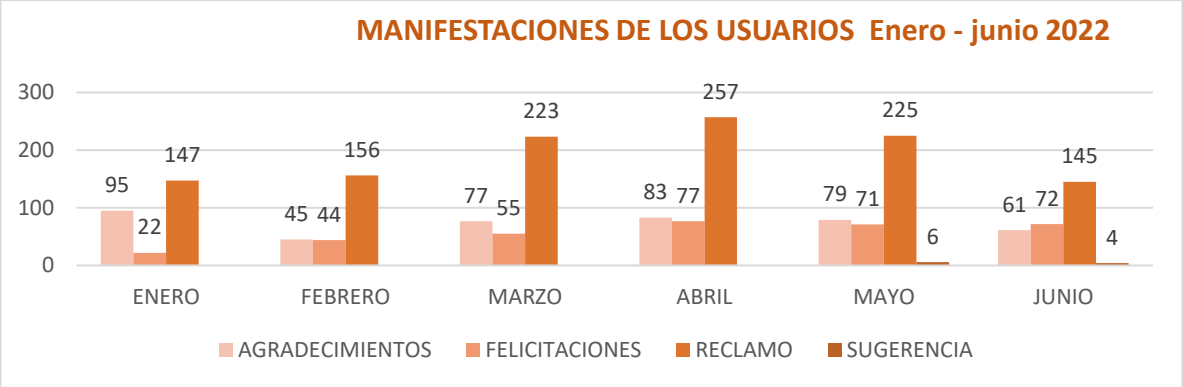
Buscando complementar la estrategia descrita, se visitan diariamente a los pacientes hospitalizados con un día de internación en los servicios que se encuentren habilitados para recibir visitas.

III. GESTIÓN DE PETICIONES, RECLAMOS Y SUGERENCIAS.

3.1. Manifestaciones de los usuarios entre enero 1 y junio 30 de 2022.

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 la vigencia enero – junio de 2022 se han recibido un total de **1,944** manifestaciones, de las cuales: **440** corresponden a Agradecimientos, **341** a Felicitaciones, **1153 Reclamos** y **10** sugerencias. Continúa el incremento en las reclamaciones durante el segundo trimestre de la vigencia; esto se explica debido a la falta de oportunidad en la asignación de citas de especialmente de ortopedia, cardiología, urología, cirugía cardiovascular y la dificultad de consecución del turno quirúrgico. Tal como se muestra en grafica N°1. Manifestaciones de Usuarios.



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

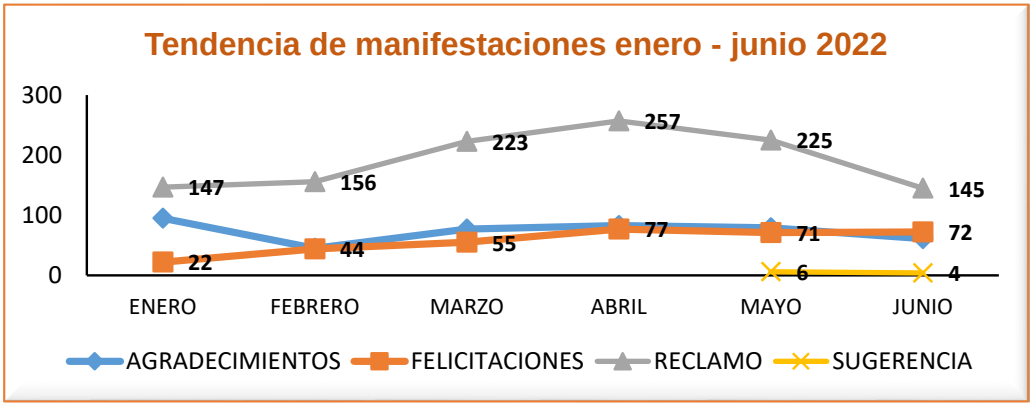
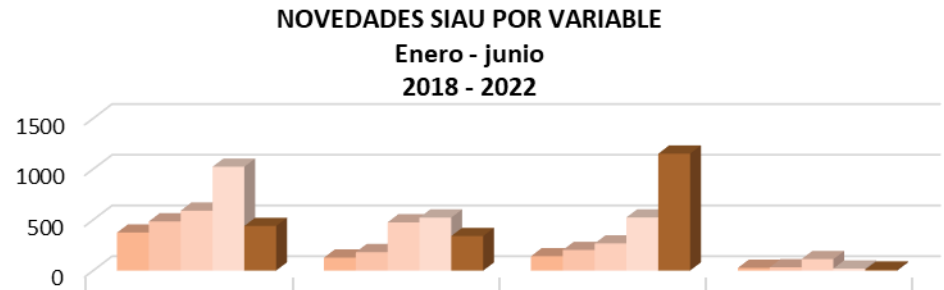


Gráfico N° 2. Manifestaciones de Usuarios.
Fuente: Oficina Atención al Usuario.

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.



	AGRADECIMIENTOS	FELICITACIONES	RECLAMOS	SUGERENCIAS
2018	375	128	142	27
2019	485	182	203	33
2020	591	476	268	113
2021	1024	523	524	20
2022	440	341	1153	10

Gráfico N° 3. Novedades años 2018 -2022.
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 en **2018: 672**; en **2019: 903**; en **2020:1448;** en **2021: 2091** y en **2022: 1944**. Se observa una tendencia fluctuante con un importante incremento de las reclamaciones en el primer semestre de **2022**. Por su parte, comparando cada una de las expresiones entre 2018 y 2022, encontramos que los agradecimientos y felicitaciones en las anteriores vigencias duplicaban los reclamos y sugerencias, mientras que para la vigencia hubo un importante incremento de las reclamaciones.

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 **2022** fueron **1153**; de estas el **69**% hicieron referencia a la vulneración de los derechos, el **27**% a satisfacción del usuario, el **4**% a seguridad del paciente. Como se observa en el siguiente gráfico:

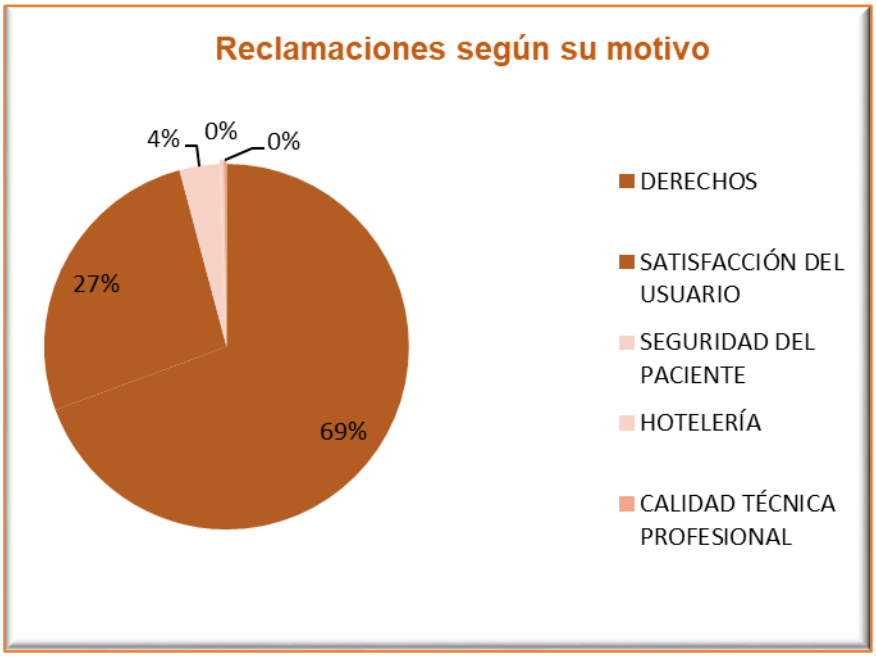


Gráfico N° 4. Reclamaciones según motivo.
Fuente: Oficina Atención al Usuario

Con respecto a la clasificación de Reclamaciones por **Vulneración de Derechos**: el **82**%, tienen que ver con dificultades de acceso a los diferentes servicios de salud, la disminución en la atención en citas ambulatorias especialmente de ortopedia, urología ,cardiología , cirugía cardiovascular y programación de turno quirúrgico, seguido del trato digno con un **12**%, el derecho a recibir Información con un **3**%, recibir la mejor atención disponible – traducida en Oportunidad con el **2**%, recibir la mejor atención disponible – traducida en continuidad con el **1**%. Se observa además que el segundo derecho más vulnerado es el trato digno que se traduce en el trato respetuoso con el usuario, en este aspecto, la institución ha implementado estrategias que han disminuido ostensiblemente el porcentaje de quejas Como se observa en la gráfica N°5:

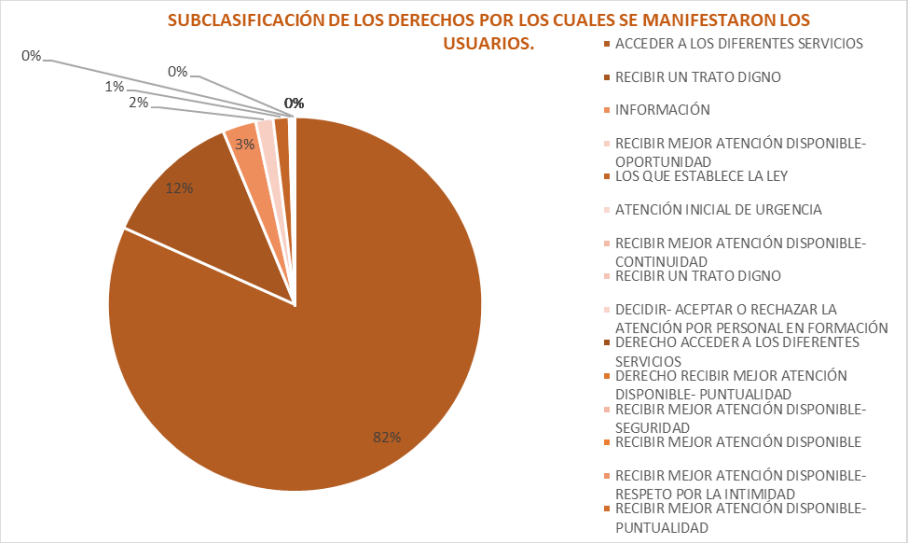


Gráfico N° 5. Subclasificación de los Derechos Vulnerados.
Fuente: Oficina de Atención al Usuario

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.

Las manifestaciones positivas sobre la prestación del servicio en el Hospital General de Medellín corresponden a la mitad de las PQRS recibidas a través de los diferentes canales.

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.

Es de destacar que el Hospital implementó un call center para la asignación de citas de las especialidades ofertadas dentro de la institución.

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.

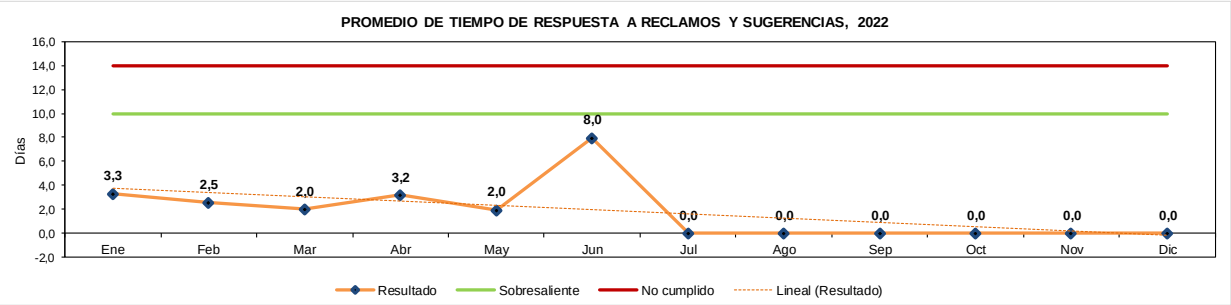


Tabla N° 2. Promedio Tiempo de Respuesta a Reclamos y Sugerencias.
Fuente: Indicadores Gerenciales HGM. Oficina de Atención al Usuario

Para el periodo comprendido entre enero - junio del **2022** se le dio respuesta a los **1.173** reclamos y sugerencias en promedio por día de **3.3**; ubicándose en un rango de meta sobresaliente. En **2021** a los **544** reclamos y sugerencias en un promedio de tiempo de **9.1** días, 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; y en **2018** se le dio respuesta a los 169 reclamos y sugerencias en **9.77** días. Es importante resaltar que, a pesar del aumento de los reclamos y sugerencias en lo corrido de la vigencia, el indicador se encuentra en el rango de la meta sobresaliente.

Se destaca el fuerte trabajo de sensibilización desde la Oficina de Atención al Usuario y la respuesta positiva por parte de los responsables de la gestión.

El Indicador asociado al proceso es **Índice de Reclamaciones"** este indicador se obtiene del número de personas que presentan un reclamo por mes sobre el número de usuarios atendidos por el mismo mes. Para el periodo enero – junio del año **2018** fue de (**9,07);** en **2019** fue de (**16,0**); en **2020** de (**25,9**); en **2021** (**19,6**) y en **2022** de **16,4**. Evidenciándose un comportamiento fluctuante. Esto puede explicarse en razón a la alta demanda de agendas de especialistas como ortopedia, cardiología, anestesia, así como a la dificultad de acceso al turno quirúrgico. El HGM hace un ingente esfuerzo por cumplir con la oportunidad en la asignación las citas.

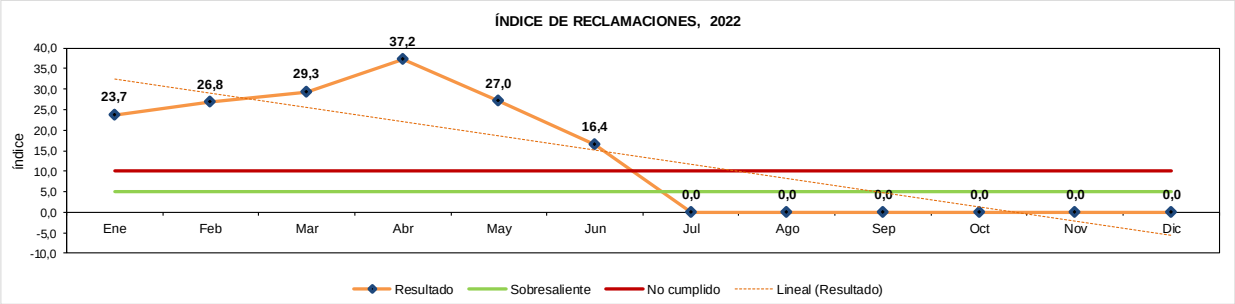


Tabla N°3.Indice de Reclamaciones.
Fuente: Indicadores Gerenciales HGM. Oficina Atención al Usuario.

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 el año 2014; el comportamiento durante el primer semestre de **2022** se puede observar en la siguiente tabla:

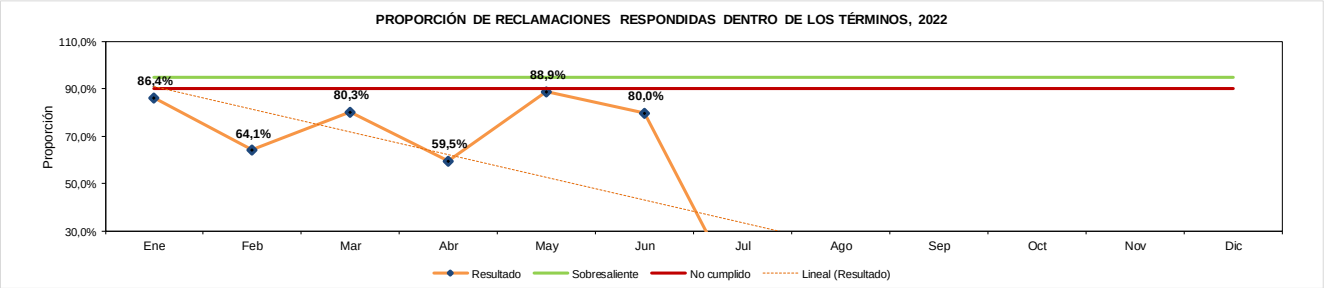


Tabla N°4. Proporción Reclamaciones respondidas en los Tiempos.
Fuente: Indicadores Gerenciales HGM. Oficina Atención al Usuario.

La proporción de reclamos tramitados dentro de los tiempos establecidos para el procedimiento en el mes de junio de **2022** fue de **80.0%;** en **2021** fue de **62,4%;** en **2020** fue de **94,3%,** y en **2019** fue de **81,8%.** Se evidencia históricamente un distanciamiento importante con respecto a la meta; 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:

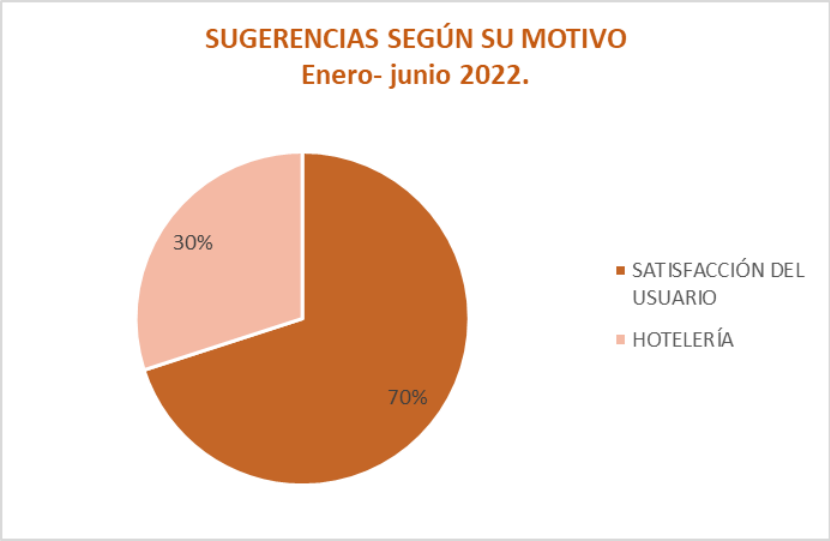


Gráfico N° 6. Sugerencias según motivo.
Fuente: Oficina Atención al Usuario.

Teniendo en cuenta la clasificación mencionada anteriormente (hotelería, infraestructura y equipamiento, normas Institucionales y satisfacción del usuario), en el primer semestre de **2022** fueron recibidas 10 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 **70%** de la sugerencias tienen que ver con satisfacción del usuario, el **30%** con hotelería, como se muestra en la tabla N°7.

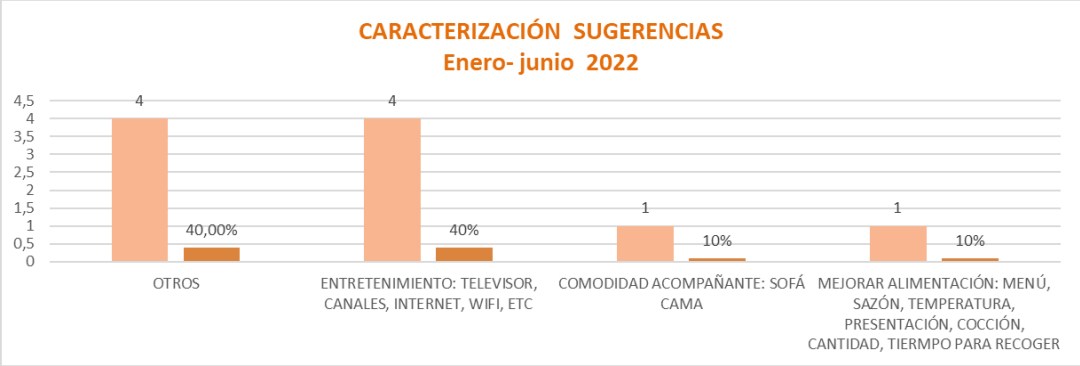


Tabla *N° 5. Clasificación Sugerencias.*
Fuente: Oficina Atención al Usuario.

De las sugerencias según su motivo el **40%** tiene que ver con otros; temas como: la alimentación, horario de visitas, mueblería de habitación, aseo, señalización. Seguido de la comodidad del paciente **40%;** entretenimiento el **10%** comodidad del acompañante y el **10%** mejorar la alimentación.

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.

MANIFESTACIONES SEGÚN TERCEROS.

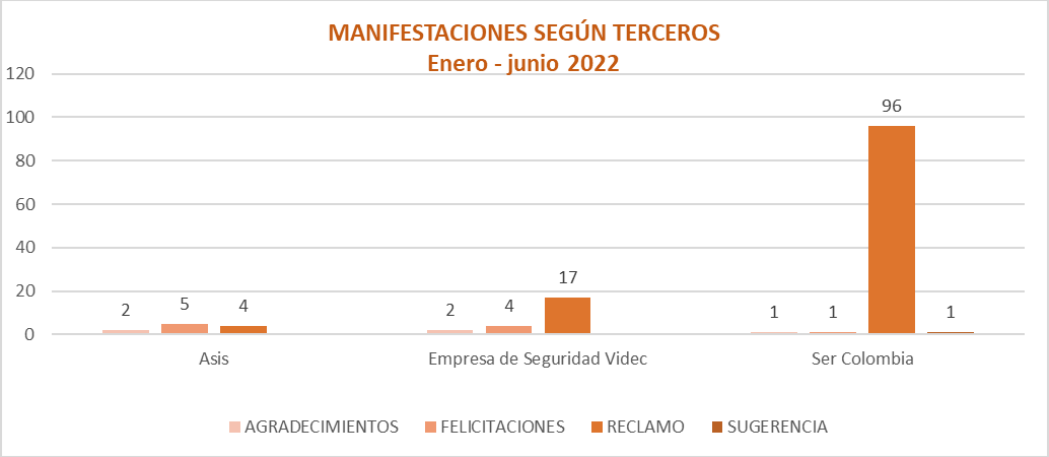


Gráfico N° 7. Manifestaciones terceros.
Fuente: Oficina Atención al Usuario

Durante el primer semestre de la vigencia **2022** se evidenció un importante número de reclamaciones que involucran la alimentación. De todo tipo: hora, sazón, presentación cantidad; esto se ha llevado al plan de mejoramiento institucional con el ánimo de establecer acciones de mejora.

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.

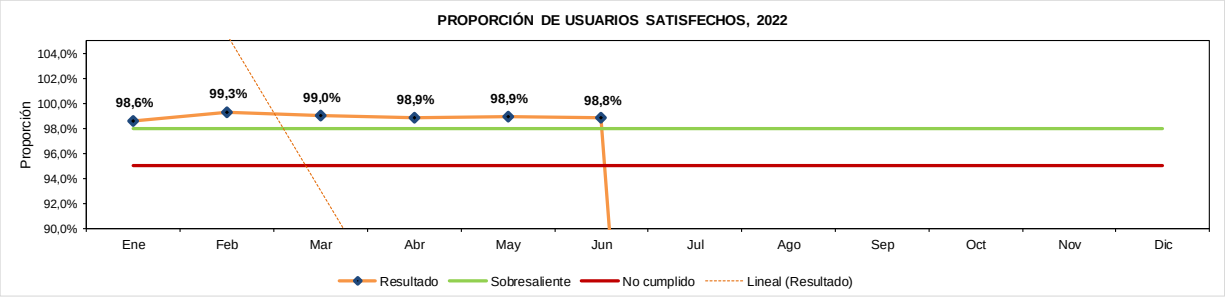


Tabla N°8. Proporción de usuarios Satisfechos.
Fuente: Indicadores Gerenciales. Oficina Atención al Usuario.

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 **2022** la proporción de usuarios satisfechos fue de **98.8%;** en **2021** fue de **99,1%;** para **2020** fue de **99,2%.** La tendencia histórica para el mismo período en los años **2018** de **99,18%,** y **2019** de **99,2%;** muestran un comportamiento estable, permaneciendo por encima de la meta.

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.
Proporción de usuarios que respondieron "definitivamente sí" o "probablemente sí" recomendarían al hospital, a la pregunta '¿recomendaría este hospital a sus familiares y amigos?

La proporción de Usuarios que recomendarían este Hospital en el mes de junio de **2022** fue de **99,5%.** Para el mismo período en los últimos 4 años fue; en **2021** fue de **99,8%;** en **2020** de **99,4%** en **2019** de **99,8%** y en **2018** de **87,23%.** Se evidencia también la imagen positiva que tiene el HGM en sus usuarios y el nivel de confianza creciente respecto de los servicios y atención recibida como se muestra en la tabla N°7.

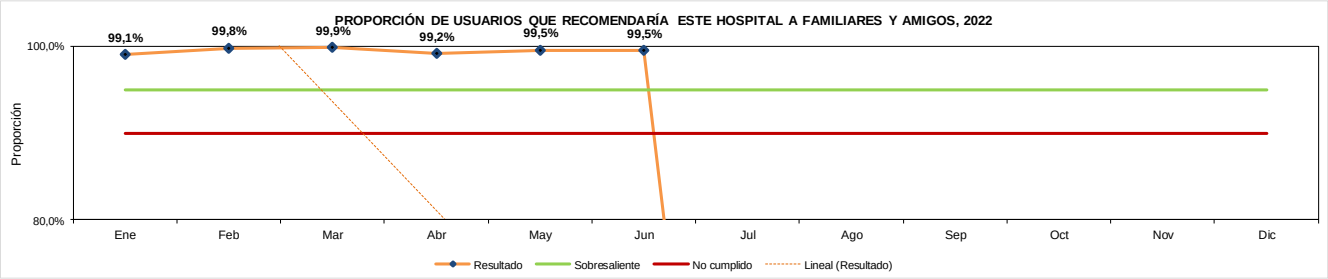


Tabla N° 7. Proporción de Usuarios que recomendarían el Hospital.
Fuente: Indicadores Gerenciales. Oficina Atención al Usuario.

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 2022.**

POLITICA DE PARTICIPACIÓN SOCIAL EN SALUD 2022			
Periodo / Concepto	Enero - junio	Julio - diciembre	**Total**
Número de actividades de la Política de Participación realizadas	40		**40**
Total de actividades de la Política de Participación programadas	40		**40**
Resultado	100,0%		100,0%
Meta Sobresaliente: >= 95%	Meta Aceptable: 94 - 90%		Meta No Cumplido: < 90%

Tabla N°8. Proporción de Participación Social en Salud
Fuente: Política de Participación SIAU

Durante el 1er semestre de la vigencia la proporción de cumplimiento alcanzada es del **100%,** del total son 78 actividades de participación ciudadana para el año, como por ejemplo: reuniones asociación de usuarios, exaltación a la labor de usuarios, plan anual de capacitación, entre otras.

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 (1) representante en el Comité de Participación Comunitaria – COPACO municipal, dos (2) 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. Se retomaron las reuniones presenciales, el acompañamiento a la apertura de buzones y se le da cumplimiento al plan de trabajo, en el cual 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 2022.

- 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, inadmisible 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.

- Este año se ha realizado especial énfasis en la difusión de los deberes y derechos de los usuarios y se ha realizado la actualización según la nueva carta de derechos Resolución 229 de 2020.

- 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 de diferentes grupos de interés incluyendo enfoque diferencial.

- Para el primer semestre de 2022, se han retomado las reuniones presenciales, se sigue contando con el compromiso de los miembros activos de la asociación de usuarios, 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.

- Se ha venido adoptando de manera progresiva los lineamientos de la Circular 008 de 2018 de la Supersalud en todas sus directrices.

- Ha disminuido de manera ostensible las quejas por trato digno mediante el trabajo incansable del comité de ética y humanización.

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 2022, 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. 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.

6.6. Realizar un estudio de capacidad instalada de los especialidades como son: ortopedia, cardiología, urología, cirugía cardiovascular que permita satisfacer la demanda.

6.7. Garantizar los espacios que posibiliten el derecho a la intimidad de los usuarios en los diferentes espacios en el Hospital.

6.8. Intervenir oportunamente las manifestaciones sobre la alimentación como la queja más recurrente por parte de los usuarios.

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

Heriberto Vargas Lema
Profesional de Auditoría Interna.
María Janneth Agudelo Arango
Profesional de Auditoría Interna.
Karina Marina Ruiz de la Hoz
Profesional de Auditoría Interna
Julio E. Suescún Montoya
Técnico de Auditoría

Apoyo Gráfico y Edición	**Julio Ernesto Suescún Montoya,** Técnico Administrativo de Auditoría Interna.
Elaboró:	**María Janneth Agudelo Arango,** Profesional de Auditoría Interna.
Revisó:	**William Alberto Higuita Lopera,** Jefe de Auditoría Interna.

Medellín, 15 de julio de 2022.