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

PETICIONES | QUEJAS | RECLAMOS | SUGERENCIAS | SOLICITUDES | FELICITACIONES

INFORME DE SEGUIMENTO
PQRS N° 9 - 2022

Periodo: enero 1 a diciembre 31 de 2022

15 de enero de 2023
Informe tipo Cumplimiento

Oficina de Auditoría Interna
Construimos Confianza
Hospital General de Medellín

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

Alcaldía de Medellín

INFORME DE SEGUIMENTO PQRS N° 9 - 2022

Periodo: enero 1 a diciembre 31 de 2022

Equipo Oficina de Auditoría Interna

William Alberto Higuita Lopera
Jefe de la Oficina

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

Julio E. Suescún Montoya
Técnico Auditor

Hospital General de Medellín,
PBX: 3847300
Carrera 48 #32 – 102, Medellín – Colombia
www.hgm.gov.co

Correo Oficina: oficinadeauditoria@hgm.gov.co

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. 11
3.4. Análisis de Reclamos y Sugerencias 12
3.5. Análisis Quejas Trato Digno. 14
3.6. Revisión de Indicadores del Proceso 15

IV. MONITOREO DE LA SATISFACCIÓN DEL USUARIO. 18

4.1. Participación Social. 19
4.2. Asociación de Usuarios. 20

V. RECOMENDACIONES. 21

VI. CONCLUSIONES 21

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 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 enuncian algunas recomendaciones y en ultimo capitulo se dan las conclusiones.

El presente Informe de seguimiento se enmarca en la Línea III. Una Auditoria de Impacto y Efectiva del Plan Estratégico 2021 – 2027 "**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.

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 2022. Elaborado por la Oficina de Atención al Usuario.
1.3.2. Información del Aplicativo Eurodoc, publicada entre enero 1 y diciembre 31 de 2022.
1.3.3. Informes de seguimiento del Plan de Acción, socializados en el Comité Ampliado de Gerencia, según actas N°1, 2,3 ,4 y 5 del 2022.
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.
1.3.8. Política de Participación Ciudadana y Social en Salud. Código: ES-PLI-GP001L27.

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

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. Oficina de Auditoría Interna Informe Atención Y Orientación Al Usuario Vigencia enero 1 adiciembre 31 de 2022	
Revisión de Canales de Comunicación	
Canal	**Modo de Contacto**
	Línea telefónica 384 73 00 extensión 1801,1812 y 1813 disponible 24 horas
Físico	Toda correspondencia, documentos o escritos
Virtual	Correos Electrónicos: atencionalusuario@hgm.gov.co
	Correos Electrónicos: 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 al lado de los cajeros eléctronicos.
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 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.

Buscando complementar la estrategia descrita, se realizan recorridos tres veces a la semana en compañía de los miembros de la Asociación de Usuarios, se socializan los deberes y derechos con usuarios y funcionarios. Con esta actividad, se busca promover el uso de los mecanismos de participación como buzones, encuestas de satisfacción y reconocimiento de la Oficina de Atención al Usuario, sirviendo a su vez como un valioso momento de verdad al tener la oportunidad de darle tramite a las inquietudes de pacientes y familiares que llegan por primera vez a la Institución.
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.

En la página de la institución se encuentra activo el sitio de "Recepción de solicitudes de información pública", en donde los usuarios pueden radicar las PQRSDF, no obstante el botón de consulta del estado de PQRSDF se encuentra inactivo.

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 la vigencia enero – diciembre de 2022 se recibieron un total de **3.814** manifestaciones, de las cuales: **876** corresponden a Agradecimientos, **888** a Felicitaciones, **2.011 Reclamos** y **39** sugerencias. Continúa el incremento en las reclamaciones durante el segundo semestre de la vigencia; esto se explica en razón de la falta de oportunidad en la asignación de citas de especialmente de cirugía cardiovascular y ortopedia, además la dificultad de consecución del turno quirúrgico para todas las especialidades.

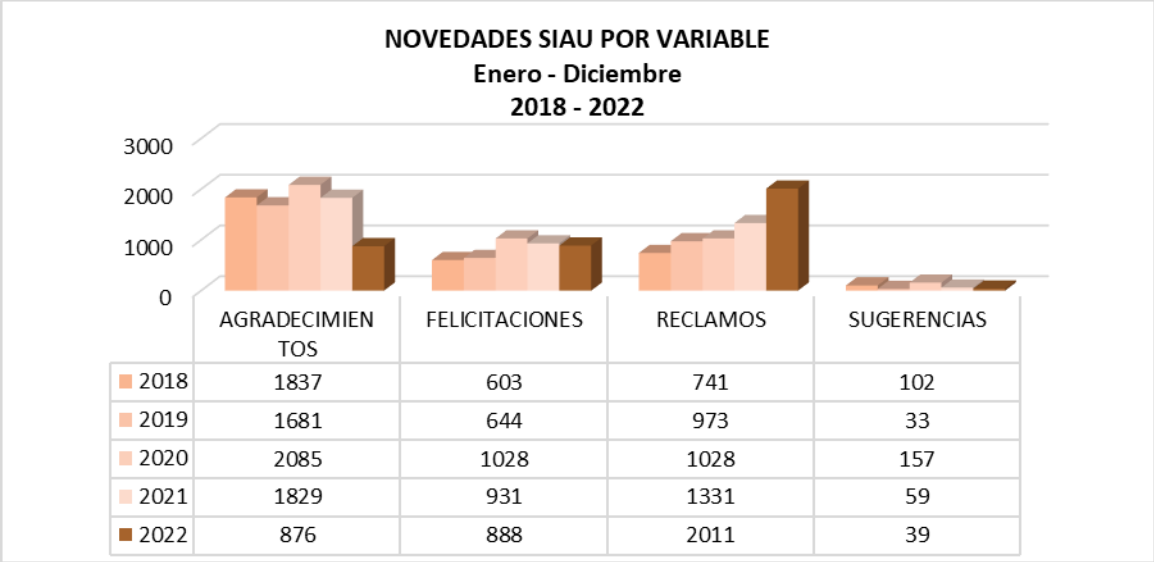
MES	AGRADECIMIENTOS	FELICITACIONES	RECLAMO	SUGERENCIA	Total general
ENERO	95	22	147		264
FEBRERO	45	44	156		245
MARZO	77	55	223		355
ABRIL	83	77	257		417
MAYO	79	71	225	6	381
JUNIO	61	72	145	4	282
JULIO	73	49	119	3	244
AGOSTO	77	135	218	2	432
SEPTIEMBRE	76	101	178	5	360
OCTUBRE	54	87	112	4	257
NOVIEMBRE	55	61	139	8	263
DICIEMBRE	101	114	92	7	314
Total general	**876**	**888**	**2.011**	**39**	**3.814**

Tabla N° 2. Manifestaciones de Usuarios.
Fuente: Oficina de Atención al Usuario. Elabora: Oficina de Auditoría Interna.

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 N°1 y 2.

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



	AGRADECIMIENTOS	FELICITACIONES	RECLAMOS	SUGERENCIAS
2018	1837	603	741	102
2019	1681	644	973	33
2020	2085	1028	1028	157
2021	1829	931	1331	59
2022	876	888	2011	39

Gráfico N° 1. Novedades años 2018 -2022.
Fuente: SIAU HGM 2022.

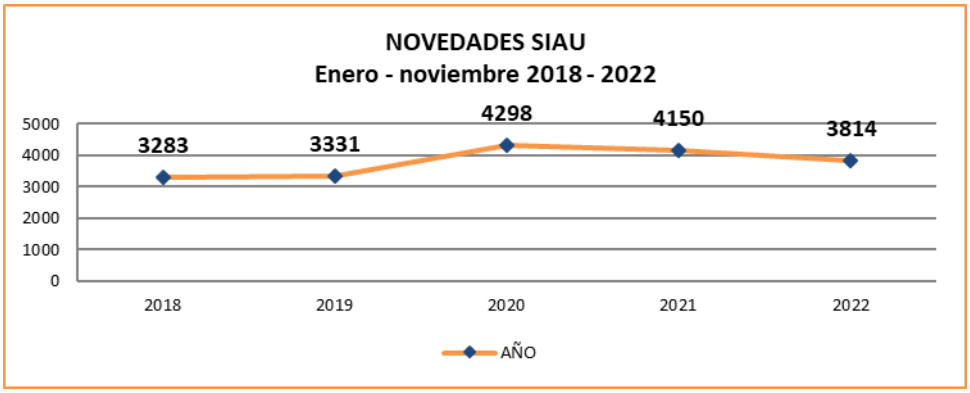


Gráfico N°2.Novedades años 2018-2022.
Fuente: Oficina Atención al Usuario.

3.3. Análisis del Comportamiento de los últimos cinco años.

Durante los últimos cinco años los totales generales entre los meses enero – diciembre fueron en 2018: **3.283**; en 2019: **3.381**; en 2020:**4298**; en 2021: **4.150** y en 2022: **3.814**. Aunque en el 2022 disminuyó el total de manifestaciones con respecto al año inmediatamente anterior, se observa una tendencia fluctuante con un importante incremento de las reclamaciones durante

la vigencia **2022**; esto se explica en razón de la falta de oportunidad en la asignación de citas especialmente de especialidades como Ortopedia, Cardiología, Cirugía Cardiovascular y la dificultad de consecución del turno quirúrgico para todas las especialidades.

Por otra 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.

3.4. Análisis de Reclamos y Sugerencias

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 – diciembre de **2022** fueron **3.814**; de estas el **67**% hicieron referencia a la vulneración de los derechos, el **29**% a satisfacción del usuario, el **4**% a seguridad del paciente. Como se observa en la siguiente tabla N°3:

MOTIVO MANIFESTACIÓN	Nro.	%
DERECHOS	1337	66,5%
SATISFACCIÓN DEL USUARIO	575	28,6%
SEGURIDAD DEL PACIENTE	86	4,3%
HOTELERÍA	5	0,2%
CALIDAD TÉCNICA PROFESIONAL	5	0,2%
INFRAESTRUCTURA Y EQUIPAMENTOS	2	0,1%
PORTAFOLIO DE SERVICIOS	1	0,0%
Total general	**2011**	**100,0%**

Tabla N°3.Motivo de Manifestación.
Fuente: Informe Semanal Oficina de Atención al Usuario.

Con respecto a la clasificación de Reclamaciones por **Vulneración de Derechos**: el **71**%, tienen que ver con dificultades de acceso a los diferentes servicios de salud, la disminución en la atención en citas ambulatorias especialmente de ortopedia y programación de turno quirúrgico, seguido del trato digno con un **20** %, el derecho a recibir Información con un **4** %, 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 tabla N°4:

DERECHOS	Nro.	%
ACCEDER A LOS DIFERENTES SERVICIOS	947	71,1%
RECIBIR UN TRATO DIGNO	266	20,0%
INFORMACIÓN	57	4,3%
RECIBIR MEJOR ATENCIÓN DISPONIBLE- OPORTUNIDAD	27	2,0%
LOS QUE ESTABLECE LA LEY	17	1,3%
RECIBIR MEJOR ATENCIÓN DISPONIBLE- PUNTUALIDAD	5	0,4%
RECIBIR MEJOR ATENCIÓN DISPONIBLE- SEGURIDAD	4	0,3%
ATENCIÓN INICIAL DE URGENCIA	4	0,3%
RECIBIR MEJOR ATENCIÓN DISPONIBLE- CONTINUIDAD	3	0,2%
DERECHO ACCEDER A LOS DIFERENTES SERVICIOS	1	0,1%
RECIBIR MEJOR ATENCIÓN DISPONIBLE- RESPETO POR LA INTIMIDAD	1	0,1%
DECIDIR- ACEPTAR O RECHAZAR LA ATENCIÓN POR PERSONAL EN FORMACIÓN	0	0,0%
RECIBIR MEJOR ATENCIÓN DISPONIBLE	0	0,0%
DERECHO RECIBIR MEJOR ATENCIÓN DISPONIBLE- PUNTUALIDAD	0	0,0%
Total general	**1332**	**100,0%**

Tabla N°4.Subclasificación de los derechos vulnerados.
Fuente Informe Semanal 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 especialmente en la utilización de los medios digitales como redes sociales.

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. Así mismo se realiza informe semestral de medición de calidad de la respuesta.

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.

3.5. Análisis Quejas Trato Digno.

Con respecto a las quejas por trato digno con 20% del total de las manifestaciones recibidas durante la vigencia 2022, a continuación, se describen los servicios con mayor número de quejas.

SERVICIO	Nro.	%
URGENCIAS ADULTOS	37	13,9%
2º GINECOLOGÍA	19	7,1%
CONSULTA EXTERNA	16	6,0%
AUTORIZACIONES TAQUILLA	14	5,2%
FACTURACIÓN TAQUILLA	14	5,2%
6º SUR	13	4,9%
5º SUR GINECOOBSTETRICIA	12	4,5%
6º NORTE MEDICINA INTERNA	12	4,5%
IMAGENOLOGÍA	12	4,5%
4º SUR LACTANTES	11	4,1%
5º NORTE CIRUGÍA	11	4,1%
7º NORTE ESPECIALIDADES	11	4,1%
9º NORTE CONTRIBUTIVO	11	4,1%
4º NORTE	9	3,4%
PORTERÍA	8	3,0%
3º SUR PEDIATRÍA	6	2,2%
8º SUR	6	2,2%
3º SUR NEONATOS	5	1,9%
8º NORTE CONTRIBUTIVO CARDIOLOGÍA	5	1,9%
CENTRAL DE CITAS	4	1,5%
2º UCI A	3	1,1%
FACTURACIÓN URGENCIAS	3	1,1%
LABORATORIO CLÍNICO	3	1,1%
3º SUR MADRE CANGURO	2	0,7%
BANCO DE LECHE HUMANA	2	0,7%
CAJA	2	0,7%
FACTURACIÓN URGENCIAS GO - PEDIATRÍA	2	0,7%
PROGRAMACIÓN CX	2	0,7%
URGENCIAS PEDIÁTRICAS	2	0,7%
2º UCI B	1	0,4%
9º SUR UCE	1	0,4%
9º SUR UCI C	1	0,4%
9º SUR UCI PEDIÁTRICA	1	0,4%
ARCHIVO CLÍNICO TAQUILLA	1	0,4%
CRÉDITO Y COBRANZAS TAQUILLA	1	0,4%
ODONTOLOGÍA	1	0,4%
PROMOCIÓN SOCIAL	1	0,4%
SALA FAMILIAR 3º PE	1	0,4%
UCI NEONATOS	1	0,4%
TOTAL	**267**	**100%**

Tabla N°5.Quejas Trato Digno por Servicio.
Fuente: Informe Oficina Atención al Usuario.

Es importante anotar que estás quejas se socializan en el comité de ética y se envían a los responsables de la gestión para realizar la respectiva indagación y se tomen las medidas y se establezcan los planes de mejoramiento y eventualmente se remitan los casos reincidentes a Comité Interno Disciplinario de esta forma se ha logrado disminuir ostensiblemente las quejas por este tema

3.6. Revisión de Indicadores del Proceso

Para el proceso SIAU los indicadores son los datos que permiten medir objetivamente las manifestaciones de nuestros usuarios, además permite la toma de decisiones con información clara y concisa.

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.

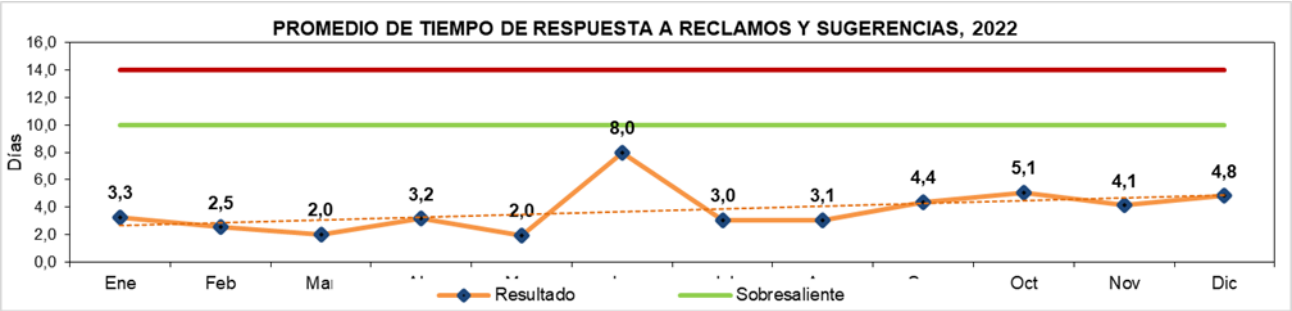


Grafico N° 3. Promedio Tiempo de Respuesta a Reclamos y Sugerencias.
Fuente: Indicadores Gerenciales 2022 HGM

Para el mes de diciembre de **2022** se le dio respuesta a los 99 reclamos y sugerencias en un promedio de **4,8** días**;** Es de anotar que se ve reflejado el impacto con el Plan de mejoramiento definido: seguimiento a la oportunidad y calidad de la respuesta mediante el informe semanal de PQRSD y la medición semestral, 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**.

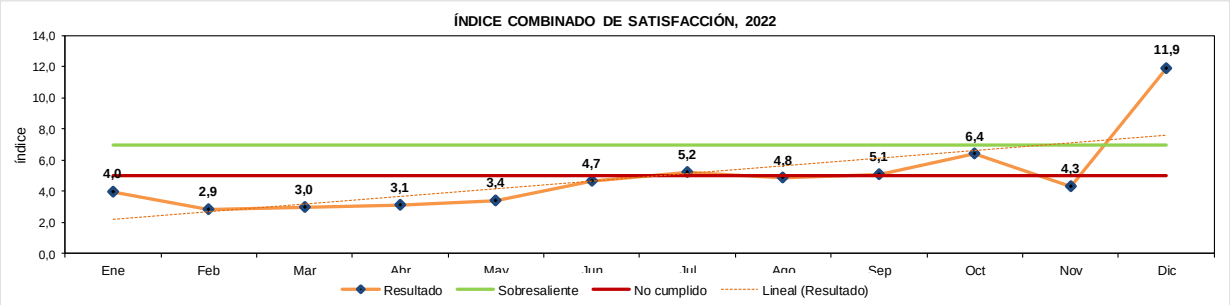


Grafico N° 4. Índice Combinado de Satisfacción.
Fuente: Indicadores Gerenciales 2022 HGM

Para el mes de diciembre en 2018 el ICS fue de 11,90; en 2019 de 12,6 en 2020 fue de 21,5; en 2021 fue de 9,7 y en **2022** fue de **11,9**.
Para el período enero – diciembre de 2018 el acumulado del ICS fue de 16,40; para 2019 fue de 12,6; para 2020 fue de 17,4; para 2021 fue de 10,6 y para **2022** de **4,4**; el indicador evidenció una importante caída debido al incremento en las reclamaciones con motivo de dificultades de acceso a los servicios de salud.

El "**Índice de Reclamaciones**". Es un indicador decreciente y el acumulado durante los últimos cinco años es: Índice de Reclamaciones en diciembre de 2018 fue de 12,20 en 2019 de 15,5 en 2020 de 22,9; en 2021 de 19,8; y para la presente vigencia **2022** de **10,9**
El Índice de Reclamaciones acumulado Enero – Diciembre con una meta de < 5, para el año 2018 fue de 10,70, en 2019 de 14,3; en 2020 de 21,5; en 2021 de 24,8 y en **2022** de **21.4**.

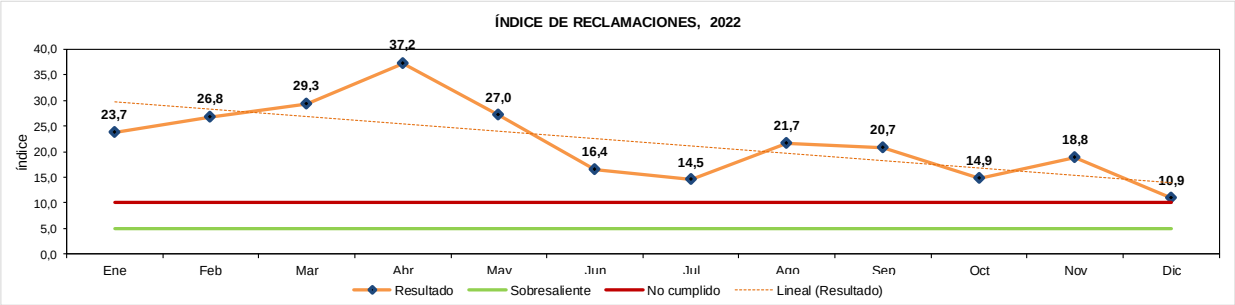


Grafico N°5.Indice de Reclamaciones.
Fuente: Indicadores Gerenciales 2022

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**". Él comportamiento durante vigencia enero-diciembre de 2022 se puede observar en el siguiente gráfico:

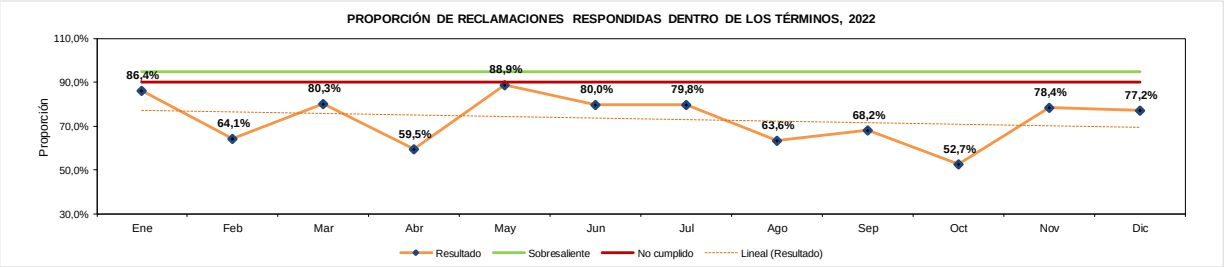


Gráfico N° 6. Proporción de Reclamaciones Respondidas en los Tiempos.
Fuente: Indicadores Gerenciales 2022.

El porcentaje consolidado para la vigencia es de **77.2%**; si bien no se ha alcanzado la meta, se logra evidenciar el esfuerzo y compromiso de los responsables en la oportunidad de las respuestas. **Plan de mejoramiento**: La profesional de atención al usuario envía cada semana el informe semanal a los responsables de la gestión de las PQRSD y realiza el seguimiento mediante el informe semanal y el informe semestral de medición de calidad y oportunidad en la respuesta, asimismo, socializa los resultados en el Comité de Ética. Se evidencia mejora en el tiempo de respuesta por parte de los responsables, sin embargo continúa por debajo de la meta institucional.

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.
Con respecto al tema de Satisfacción del Usuario los motivos más relevantes por los cuales se manifestaron fueron:

MOTIVO MANIFESTACIÓN	Nro.	%
MEJORAR ALIMENTACIÓN: MENÚ, SAZÓN, TEMPERATURA, PRESENTACIÓN, COCCIÓN, CANTIDAD, TIERMPO PARA RECOGER.ETC	269	92,1%
ENTRETENIMIENTO: TELEVISOR, CANALES, INTERNET, WIFI, ETC	14	4,8%
COMODIDAD ACOMPAÑANTE: SOFÁ CAMA	7	2,4%
OTROS	2	0,7%
TOTAL GENERAL	**292**	**100%**

Tabla N°6.Motivo de Manifestación.
Fuente: Informe Oficina de Atención al Usuario.

Teniendo en cuenta la clasificación mencionada anteriormente (satisfacción del usuario, infraestructura y equipamiento y hotelería), durante la vigencia **2022** fueron recibidas **292** las manifestaciones en total, de las cuales, **269**, equivalentes al **92.1**% tiene que ver con la alimentación; los usuarios solicitan que se mejoren la variedad del menú, el sabor, la temperatura, presentación, cantidad y tiempo para recoger, así como la demora en los horarios de entrega de la misma. Otras de las manifestaciones o ideas de mejora sobre hotelería; tienen que ver con entretenimiento, dificultad con los televisores, canales, claves de wifi, internet. Los usuarios solicitan también mejorar la comodidad de los acompañantes sofá cama, la comodidad de algunos espacios como la sala de lactantes, entre otros.
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. 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. Para la medición de este proceso la institución cuenta con el siguiente indicador: **"Proporción de Usuarios Satisfechos"**, el cual se muestra en el gráfico N° 7.

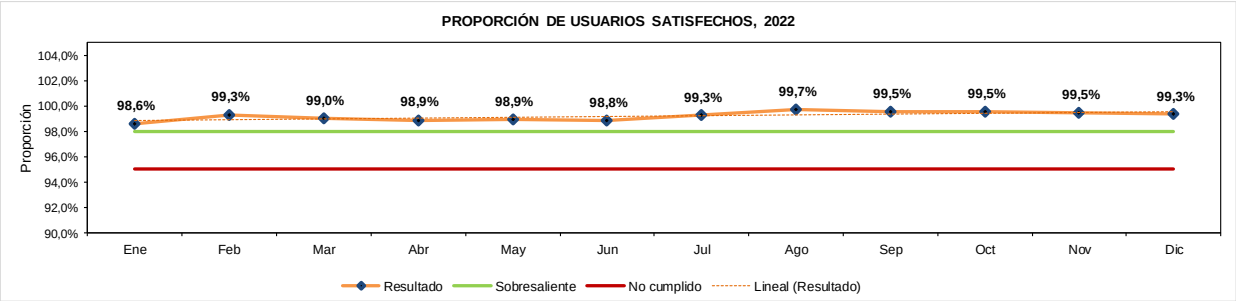


Grafico N° 7. Proporción de usuarios Satisfechos.
Fuente: Indicadores Gerenciales 2022 HGM

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 > 98%.

En el mes de diciembre de **2022** la satisfacción de los usuarios fue de **99,3%**; en el 2021 fue de 99,3%. Para el mes de diciembre de 2020 fue de 98,8%, en 2019 fue de 98,1%; en 2018 fue de 97,8. Este indicador muestra un comportamiento estable. Ubicándose históricamente en el rango de meta sobresaliente.

Un indicador adicional es el **"Proporción de Usuarios que recomendarían este Hospital"** La proporción de Usuarios que recomendarían este Hospital en el mes de diciembre de 2022 fue de **99,5%**; Para el mismo período en los últimos 4 años fue; en 2021 de 98,7%; en 2020 de 99,5% en 2019 de 99,4% y en 2018 de 99%. Ubicándose históricamente en el rango de meta sobresaliente.

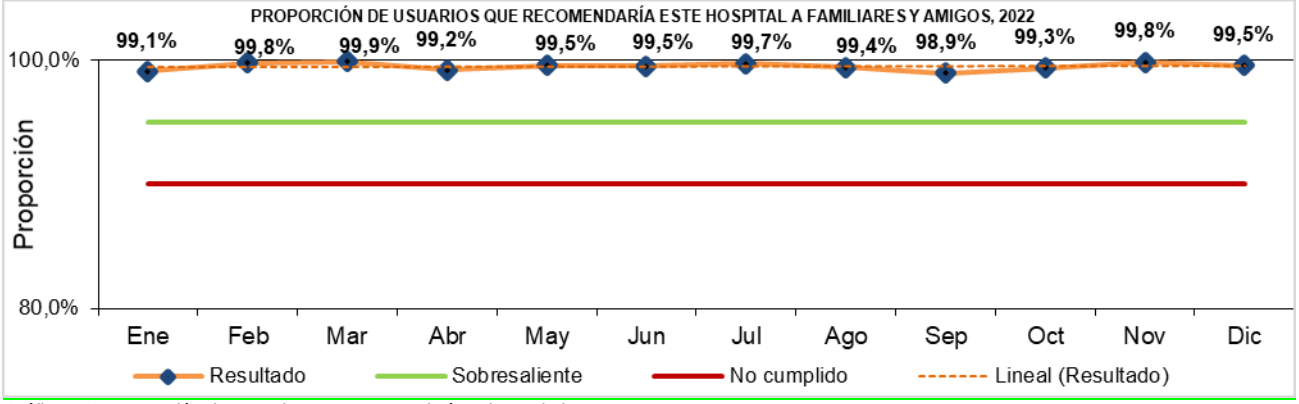


Gráfico N°8. Proporción de Usuarios que recomendarían el Hospital.
Fuente: Indicadores SIAU 2022 HGM

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.**

PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO DE LA POLÍTICA DE PARTICIPACIÓN SIAU			
POLITICA DE PARTICIPACIÓN SOCIAL EN SALUD 2022			
Periodo / Concepto	Enero - junio	Julio - diciembre	**Total**
Número de actividades de la Política de Participación realizadas	40	43	**83**
Total de actividades de la Política de Participación programadas	40	38	**78**
Resultado	100,0%	113,2%	106,4%
Meta Sobresaliente: >= 95%	Meta Aceptable: 94 - 90%		Meta No Cumplido: < 90%

Grafico N°9. Proporción de Participación Social en Salud
Fuente: Política de Participación SIAU 2022

La Política de Participación Ciudadana y Política de Participación Social en Salud fue creada y aprobada en el HGM mediante Resolución 1098 de 2020; responde al Decreto 2063 de 2017. Por medio de esta se garantizan los procesos de participación, se le presta atención y orientación a los usuarios y a los integrantes de la Asociación quienes se encargan de velar por los derechos y deberes de los usuarios. Participan de la Junta Directiva, Comité de Ética, Copaco y CMSSS. El porcentaje de cumplimiento durante el segundo semestre de la vigencia **2022** es de **106** %.

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. Actualmente cuenta con 12 miembros activos que acompañan los recorridos a la recolección de los buzones apuntando a la transparencia en los procesos de participación; quienes además mediante diferentes estrategias pedagógicas dan a conocer las funciones de la Asociación y fomentan los derechos y deberes entre los usuarios del Hospital. Actualmente cuentan con una oficina dotada con todo lo necesario para realizar sus labores, se les brinda acompañamiento desde la Oficina de Atención al Usuario en sus requerimientos.

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

Es reconocida por entes como la Secretaría de Salud de Medellín, la Secretaría de Salud Departamental, la Superintendencia de Salud, el Ministerio de Salud y Protección Social, razón por la cual sus integrantes son permanentemente invitados a las distintas actividades programadas por estas entidades. Recibe además el acompañamiento permanente de la Personería de Medellín, en cuanto a asesoría, capacitación y de igual forma en visitas técnicas.

Se están llevando a cabo estrategias como : banner en la pagina institucional, cartelera exclusiva para la asociación,que permite incrementar la participacion de la comunidad en la Asociacion de Usuarios, asi como se busca incentivar la labor de los integrantes mediante el reconocimientos y exaltación de la labor.

V. RECOMENDACIONES.

5.1. Evidenciar una efectiva intervención a las diferentes propuestas de mejoramiento presentadas por los usuarios teniendo en cuenta las diferentes manifestaciones.

5.2. 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.

5.3. Realizar un seguimiento a la calidad y oportunidad de la respuesta por parte de los responsables y líderes de los procesos.

5.4. Adoptar de manera progresiva los lineamientos de la Circular 008 de 2018 de la Supersalud en todas sus directrices como es: Garantizar privacidad a los usuarios, entre otros.

5.5. 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.

5.6. Activar el pulsador "Consulta el estado de tu PQRSDF "de la página institucional para los usuarios, conforme a la normatividad vigente.

5.7. Realizar acciones concretas que impacten las sugerencias generadas por los usuarios en lo concerniente a:" mejorar alimentación: menú, sazón, temperatura, presentación, cocción, cantidad, tiempo para recoger etc."

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 y se encuentran cerradas.

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 asociación 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, inadmisible en una institución de salud. Para la vigencia 2022 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 exalto 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.

6.10. 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. Se realiza interdiario el recorrido de apertura de buzones en compañía de un miembro de la Asociación de Usuarios, garantizando la transparencia y promoviendo el proceso como mecanismo de participación.

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

María Janneth Agudelo Arango-Auditor Líder
Profesional de Auditoría Interna.
Heriberto Vargas Lema
Profesional de Auditoría Interna.
Karina Marina Ruíz De la Hoz
Profesional de Auditoría Interna

Apoyo Gráfico y Edición	**Julio E. Suescún Montoya,** Técnico Auditoría Interna.
Revisó:	**William Alberto Higuita Lopera,** Jefe de Auditoría Interna.

Medellín, 15 de enero de 2023