Equipo Oficina de Auditoría Interna
Jefe de la Oficina: William Alberto Higuita Lopera. **Auditores:** María Janneth Agudelo Arango, Karina Ruíz De la Hoz
Técnico: Julio E. Suescún Montoya. **Correo Oficina:** oficinadeauditoria@hgm.gov.co

Informe de Seguimiento

HOSPITAL GENERAL DE MEDELLÍN
Luz Castro de Gutiérrez E.S.E.
Oficina de Auditoría Interna

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

Alcaldía de Medellín
Distrito de
Ciencia, Tecnología e Innovación

15 de Julio de 2023

CONTENIDO

I. GENERALIDADES. 4
1.1. Objetivo. 4
1.2. Fundamento Normativo. 4
1.3. Documentos Base. 5
1.4. Terminología básica. 5

II. ATENCIÓN Y ORIENTACIÓN AL USUARIO. REVISIÓN DE CANALES DE COMUNICACIÓN. 7
2.1. Canales. 7
2.2. Estado de los Canales. 8

III. GESTIÓN DE PETICIONES, RECLAMOS Y SUGERENCIAS. 9
3.1. Manifestaciones de los usuarios entre enero 1 y junio 30 de 2023. 9
3.2. Comportamiento de los últimos cinco años. 10
3.3. Análisis del Comportamiento de los últimos cinco años. 10
3.4. Análisis de reclamos y sugerencias. 11
3.5. Servicios con mayor número de reclamaciones. 12
3.6. Revisión de Indicadores del Proceso. 13

IV. MONITOREO DE LA SATISFACCIÓN DEL USUARIO. 17
4.1. Participación Social. 18
4.2. Asociación de Usuarios. 19

V. CONCLUSIONES. 20

VI. RECOMENDACIONES 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 al primer semestre del año 2023.

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 2023. Elaborado por la Oficina de Atención al Usuario.

1.3.2. Información del Aplicativo Eurodoc, publicada entre enero 1 y junio 30 de 2023.

1.3.3. Informes de seguimiento del Plan de Acción, socializados en el Comité Ampliado de Gerencia, según acta N°1 y 2 del 2023.

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 2023.1er, 2do bimestre 2023.

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.

- **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.

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.

- **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

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 2023

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
		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 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.	

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 realizan recorridos tres veces a la semana en compañía de los miembros de la Asociación de Usuarios, y 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.

PQRS
Peticiones
Quejas
Reclamos
Sugerencias
Solicitudes
Felicitaciones

III
GESTIÓN DE PETICIONES, RECLAMOS Y SUGERENCIAS

III. GESTIÓN DE PETICIONES, RECLAMOS Y SUGERENCIAS.

3.1. Manifestaciones de los usuarios entre enero 1 y junio 30 de 2023.

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.

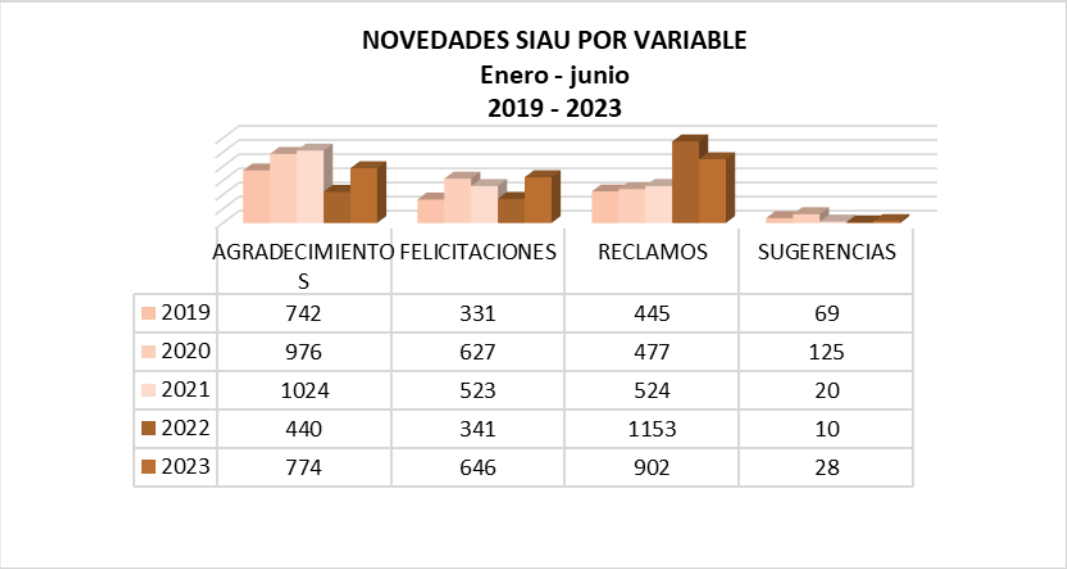
En lo corrido de enero – junio de **2023** se han recibido un total de **2,350** manifestaciones, de las cuales: **774** corresponden a Agradecimientos, **646** a Felicitaciones, **902** Reclamos y **28** sugerencias. Se evidencia un importante incremento en las reclamaciones durante el primer semestre del presente año; esto se explica en razón a la falta de oportunidad en la asignación de citas por estar las agendas creadas de manera mensual, inoportunidad en la asignación de citas en el área de imagenología y las dificultades para asignación de turno quirúrgico.

-	MANIFESTACIÓN				
MES	AGRADECIMIENTOS	FELICITACIONES	RECLAMO	SUGERENCIA	Total general
ENERO	55	104	95	8	262
FEBRERO	100	126	91	3	320
MARZO	62	103	132	5	302
ABRIL	166	140	154	7	467
MAYO	170	80	193	2	445
JUNIO	221	93	237	3	554
Total general	**774**	**646**	**902**	**28**	**2.350**

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

3.2. Comportamiento de los últimos cinco años.

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



	AGRADECIMIENTOS	FELICITACIONES	RECLAMOS	SUGERENCIAS
2019	742	331	445	69
2020	976	627	477	125
2021	1024	523	524	20
2022	440	341	1153	10
2023	774	646	902	28

Gráfico N° 2. Novedades por variable años 2019 -2023.
Fuente: Oficina Atención al Usuarios.

3.3. Análisis del Comportamiento de los últimos cinco años.

Durante los últimos cinco años los totales generales de PQRS, entre los meses enero – junio fueron en **2019**: **1.587**; en **2020**: **2.205;** en **2021**:**2.091** y en **2022**:**1.944** y en **2023**: **2.350.** Se observa una tendencia fluctuante, con un incremento de las manifestaciones y reclamaciones durante la vigencia 2023; Sin embargo, se evidencia que las reclamaciones en la actual vigencia presenta un incremento con respecto a los años 2019,2020 y 2021, y una disminución en el año 2022, esto se explica en razón a 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.

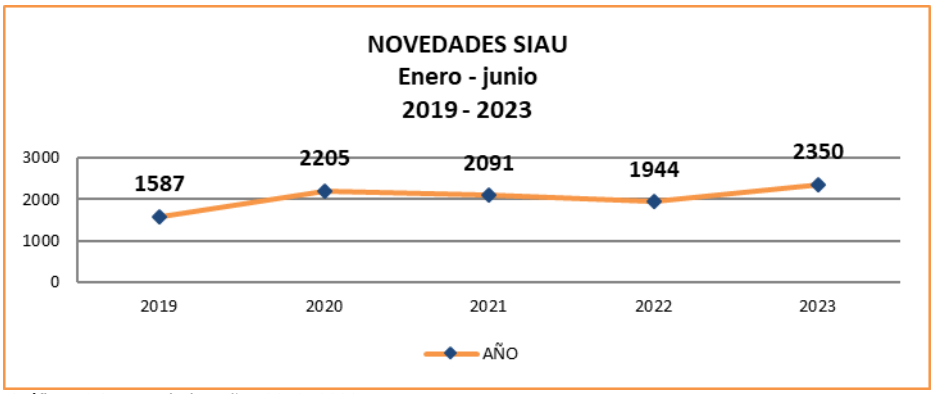


Gráfico N° 3. Novedades años 2019 -2023.
Fuente: Oficina Atención al Usuarios.

Por otra parte, comparando cada una de las expresiones entre **2019** y **2023**, 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.

Es de resaltar que las manifestaciones positivas (Agradecimientos, felicitaciones) sobre la prestación del servicio en el Hospital General de Medellín corresponden al **60%** de las PQRS recibidas a través de los diferentes canales.

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 – junio de **2023** fueron **902**; de estas el **63,5%** hacen referencia a la vulneración de los derechos, el **29.6%** a satisfacción del usuario, el **6.1%** a seguridad del paciente. Como se observa en el gráfico N°4:

MOTIVO MANIFESTACIÓN	Nro.	%
DERECHOS	573	63,5%
SATISFACCIÓN DEL USUARIO	267	29,6%
SEGURIDAD DEL PACIENTE	55	6,1%
NORMAS INSTITUCIONALES	4	0,4%
CALIDAD TÉCNICA PROFESIONAL	2	0,2%
PORTAFOLIO DE SERVICIOS	1	0,1%
Total general	**902**	**100,0%**

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

Con respecto a la clasificación de Reclamaciones por **Vulneración de Derechos**: el **62,8 %**, 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 **26%,** para este período se observa una leve disminución de las quejas por este motivo. Esto obedece al plan de mejoramiento implementado desde el Comité de Ética, a través de la estrategia "Escuela de Trato digno".

Luego sigue el derecho a recibir Información con un **5.6%,** recibir la mejor atención disponible traducida en Oportunidad con el **1.2%**, recibir la mejor atención disponible – traducida en continuidad con el **1.4%.** Como se observa en la gráfica N°5:

DERECHOS	Nro.	%
Acceder a los diferentes servicios	359	62,8%
Recibir un trato digno	150	26,2%
Información	32	5,6%
Recibir Mejor Atención Disponible-Oportunidad	8	1,4%
Recibir Mejor Atención Disponible- Continuidad	8	1,4%
Los Que Establece La Ley	7	1,2%
Recibir Mejor Atención Disponible- Seguridad	4	0,7%
Recibir Mejor Atención Disponible- Puntualidad	3	0,5%
Decidir- Aceptar O Rechazar La Atención Por Personal En Formación	1	0,2%
Recibir Mejor Atención Disponible- Respeto Por La Intimidad	0	0,0%
Atención Inicial De Urgencia	0	0,0%
Total General	**572**	**100,0%**

Grafico N°5.Subclasificación de los derechos Vulnerados.
Fuente: Oficina Atención al Usuario.

3.5. Servicios con mayor número de reclamaciones.

A continuación, se describen los servicios con mayor número de reclamaciones ordenados de mayor a menor:

SERVICIOS	AGRADECIMIENTOS	FELICITACIONES	RECLAMO	SUGERENCIA	TOTAL GENERAL
CENTRAL DE CITAS	1	0	226	0	227
PROGRAMACIÓN CX	0	1	85	0	86
URGENCIAS ADULTOS	22	12	65	2	101
6º SUR	137	59	54	0	250
9º NORTE CONTRIBUTIVO	152	41	53	3	249
8º NORTE CONTRIBUTIVO CARDIOLOGÍA	15	12	46	1	74
2º GINECOLOGÍA	94	122	39	4	259
IMAGENOLOGÍA	4	1	38	0	43
7º NORTE ESPECIALIDADES	14	17	32	2	65
6º NORTE MEDICINA INTERNA	20	12	26	1	59
4º NORTE	18	21	24	2	65
5º NORTE CIRUGÍA	27	15	22	0	64
CONSULTA EXTERNA	2	3	21	0	26
3º SUR NEONATOS	14	15	20	0	49
5º SUR GINECOOBSTETRICIA	64	82	18	2	166
3º SUR PEDIATRÍA	12	13	11	2	38
8º SUR	30	9	10	0	49
FACTURACIÓN TAQUILLA	0	0	10	1	11
PUESTO DE VIGILANCIA	0	1	10	0	11
CIRUGÍA	3	0	9	0	12
4º SUR LACTANTES	5	7	8	2	22
LABORATORIO CLÍNICO	0	3	8	0	11
2º UCI A	3	6	6	0	15
9º SUR UCE	11	14	6	0	31
9º SUR UCI C	4	3	6	0	13
CAJA	0	0	6	0	6
FACTURACIÓN URGENCIAS	0	0	5	0	5
INSTITUCIÓN	0	0	5	1	6
ATENCIÓN AL USUARIO	2	0	4	0	6
FARMACIA	0	0	4	0	4
URGENCIAS PEDIÁTRICAS	4	3	4	0	11
CRÉDITO Y COBRANZAS TAQUILLA	0	0	3	0	3
9º SUR UCI PEDIÁTRICA	17	10	2	1	30
AUTORIZACIONES TAQUILLA	0	0	2	0	2
PORTERÍA	0	0	2	0	2
RESTAURANTE	0	0	2	0	2
3º SUR MADRE CANGURO	77	154	1	2	234
9º SUR	14	4	1	2	21
OTROS	**8**	**6**	**8**	**0**	**22**
TOTAL GENERAL	**774**	**646**	**902**	**28**	**2350**

Gráfico N°6. Servicios con mayor número de reclamaciones.

Fuente: Oficina Atención al Usuario.2023

Se observa que el área con mayor número de reclamaciones es la central de citas debido a 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, esto se puede explicar por insuficiencia del talento humano, además de falta de insumos para la programación de cirugía.

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.

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 las manifestaciones para que ellos realicen la gestión pertinente y luego de esto se procede al cierre de estas. Los informes mensuales para el Comité de Humanización, Comité de Ética Hospitalaria, Asociación de Usuarios, el informe bimestral para el seguimiento Plan de Acción, asimismo, 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.

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, se tomen las medidas, 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.

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.

3.6. Revisión de Indicadores del Proceso.

Para el proceso SIAU los indicadores son los datos que permiten medir objetivamente las manifestaciones de nuestros usuarios, además 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.

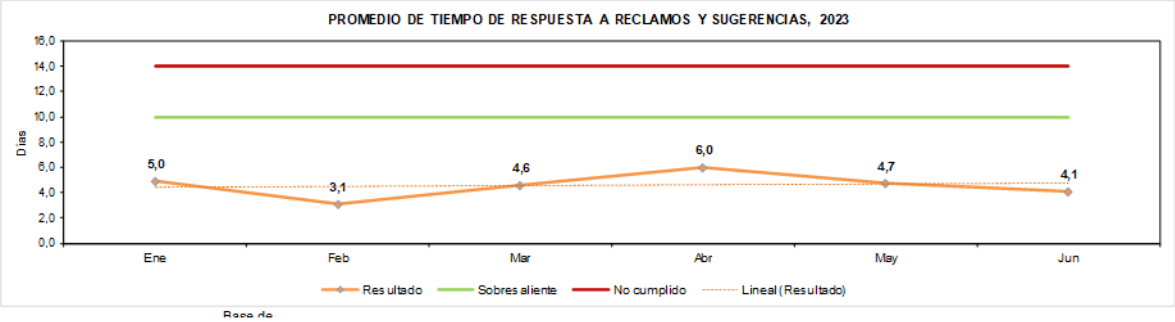


Grafico N° 7. Promedio Tiempo de Respuesta a Reclamos y Sugerencias.
Fuente: Indicadores Gerenciales HGM. Oficina de Atención al Usuario

Para el periodo comprendido entre enero - junio del **2023** se le dio respuesta a los **930** reclamos y sugerencias con un promedio de **3.9** días**; Plan de mejoramiento**: seguimiento a la oportunidad y calidad de la respuesta mediante el informe semanal de PQRSD y la medición semestral. 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.

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**.

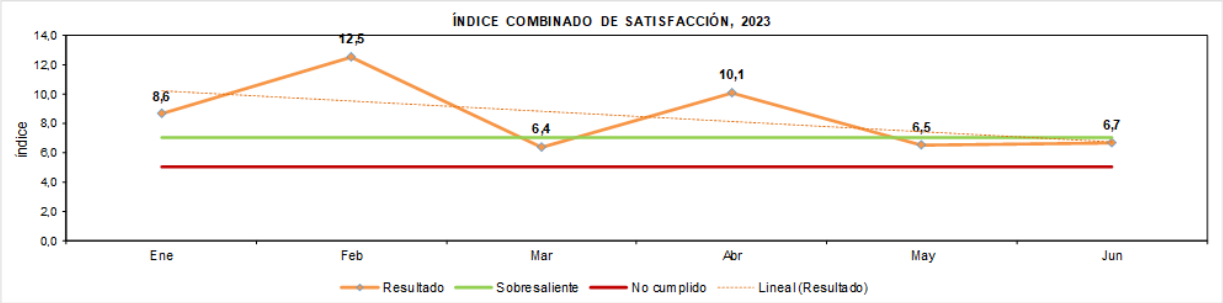


Grafico N° 8. Índice Combinado de Satisfacción.
Fuente: Indicadores Gerenciales HGM. Oficina de Atención al Usuario

Para el mes de junio de **2023** el ICS fue de **6.7**; en **2022** fue de **11,9;** en **2021** fue de **9,7**; en **2020** fue de **21,5** y en **2019** de **12,6**.El indicador evidenció una importante caída debido al incremento en las reclamaciones con motivo de dificultades de acceso a los servicios de salud.

El indicador Índice **de Reclamaciones"** 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 **2023** fue de (**28,06**); en **2022** de **16,4**; en **2021** (**19,6**); en **2020** de (**25,9**) y en **2019** fue de (**16,0**). 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.

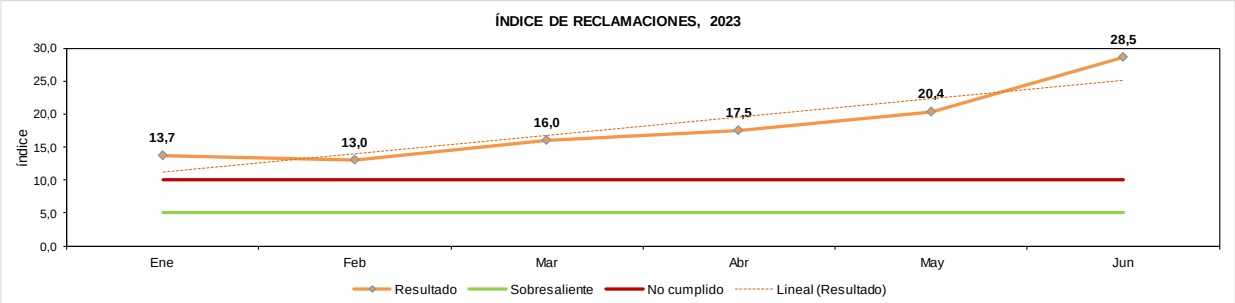


Grafico *N°10.Indice de Reclamaciones.*
Fuente: Indicadores Gerenciales HGM. Oficina Atención al Usuario.

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 **2023** se puede observar en la siguiente tabla:

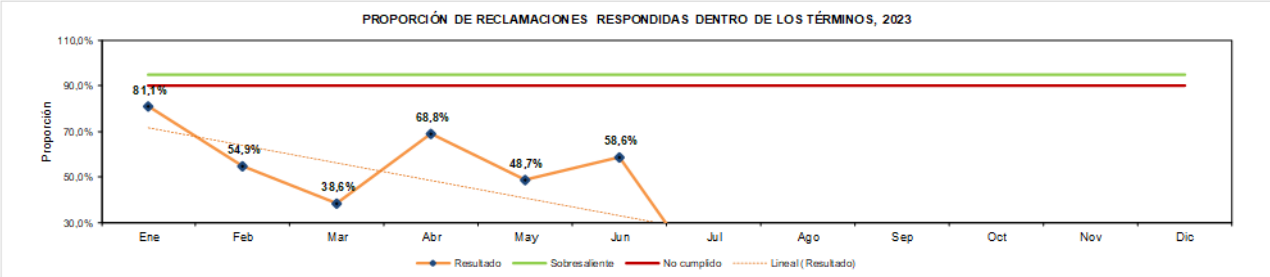


Grafico N°11. Proporción Reclamaciones respondidas en los Tiempos.
Fuente: Indicadores Gerenciales HGM. Oficina Atención al Usuario.

La proporción de reclamos con respuesta dentro de los tiempos establecidos para el procedimiento en el mes de junio de **2023** fue de **58,6**%; en **2022** fue del **80**%; 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. **Plan de mejoramiento**: La profesional de atención al usuario envía cada semana el informe 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.

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:

MOTIVO MANIFESTACIÓN	Nro.	%
MEJORAR ALIMENTACIÓN: MENÚ,	8	28,6%
ENTRETENIMIENTO: TELEVISOR, C	7	25,0%
COMODIDAD ACOMPAÑANTE: SO	6	21,4%
MEJORAR EL ASEO: FRECUENCIA, I	2	7,1%
HORARIO DE VISITAS	2	7,1%
COMODIDAD SALA DE ESPERA	1	3,6%
CALOR EN HABITACIONES, AIRE A(	1	3,6%
REPARACIONES LOCATIVAS	1	3,6%
Total general	**28**	**100,0%**

Gráfico N° 12. Sugerencias según motivo.
Fuente: Oficina Atención al Usuario.

Teniendo en cuenta la clasificación mencionada anteriormente (satisfacción del usuario, infraestructura y equipamiento y hotelería), en lo corrido de la vigencia **2023** se han recibido **28** manifestaciones de las cuales el **28.6%** 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; el **25%** 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. También debe mejorarse la comodidad del acompañante como sugerencia recurrente.

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 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.

PQRS

Peticiones
Quejas
Reclamos
Sugerencias
Solicitudes
Felicitaciones

IV MONITOREO DE LA SATISFACCIÓN DEL USUARIO

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 el gráfico N°13.

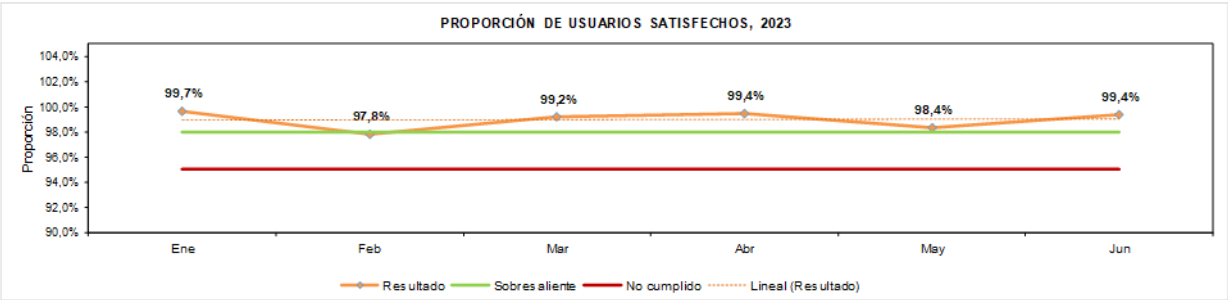


Gráfico N°13. Proporción de usuarios Satisfechos.
Fuente: Indicadores Gerenciales. Oficina Atención al Usuario.

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 > 98%.

En el mes de junio de **2023** la proporción de usuarios satisfechos fue de **99,4%**; en 2022 de **98,**9%; en **2021** de **99,1%**; en 2020 fue de **99,2%,** y **2019** de **99,2%.** Este indicador muestra un comportamiento estable. Ubicándose históricamente en el rango de meta sobresaliente. Con este indicador se evidencia la satisfacción de los usuarios con respecto a los servicios recibidos en el hospital. Sin embargo, se continúa trabajando en el mejoramiento continuo.

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 P**roporción de Usuarios que recomendarían este Hospital** en el mes de junio de de **2023** fue de **99,4**%; en **2022** fue de **99.5%**; en **2021** de 98,7%; en **2020** de **99,5%** y en **2019** de 99,4**%** Ubicándose históricamente en el rango de meta sobresaliente. 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

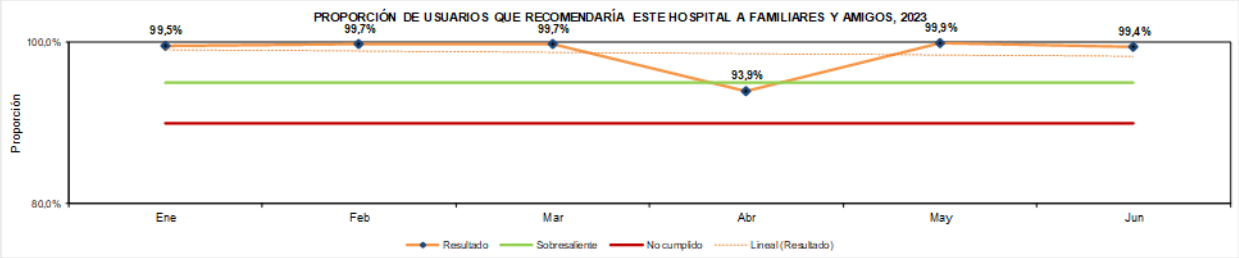


Gráfico N°14.*P *Proporción de Usuarios que recomendarían el Hospital.
Fuente: Indicadores Gerenciales. Oficina Atención al Usuario.

4.1. Participación Social.

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.

Desde que entró en vigencia el Decreto 2063 del 9 de junio de 2017, 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.

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, Comité de Bioética COPACO y CMSSS

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 2023.**

POLITICA DE PARTICIPACIÓN SOCIAL EN SALUD 2023			
Periodo / Concepto	Enero - junio	Julio - diciembre	**Total**
Número de actividades de la Política de Participación realizadas	86		**86**
Total de actividades de la Política de Participación programadas	90		**90**
Resultado	95,6%		95,6%
Meta Sobresaliente: >= 95%	Meta Aceptable: 94 - 90%		Meta No Cumplido: < 90%

Gráfico Tabla N°15. 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 **95.6%,** del total son 90 actividades de participación ciudadana programadas 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 apoyan el cumplimiento de sus funciones.

Actualmente cuenta con 14 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 (1) representante en el Comité de Participación Comunitaria – COPACO municipal, un (1) representante en el Comité de Ética Hospitalaria del Hospital.

Es reconocida por su labor en 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 2023.

- 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 continúa con 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 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.

- Se continúa realizando seguimiento riguroso a la calidad y opotunidad de la respuesta por parte de los responsables y líderes de los procesos

- 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, utilicen y se adhieran y participen. No obstante se ha logrado el ingreso de nuevos participantes de diferentes grupos de interés incluyendo enfoque diferencial.

- Se ha fortalecido de manera importante la Asociación de Usuarios ha crecido en integrantes y cuenta con miembros en escenarios como la Junta Directiva, dos miembros en el comité

de ética, un miembro en el comité de bioética un representante en los COPACOS, se continúa fomentando la participación por medio de todos los canales institucionales.

- Para el primer semestre de 2023, se programan y se realizan las reuniones, 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 el Sistema de la Institución SAP, las quejas y reclamos del año 2023 son 902, de estas 86 (9.5%) 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 las 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:**

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

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

Medellín, 15 de julio de 2022.