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 enero de 2024

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. 8
2.1. Canales. 8
2.2. Estado de los Canales. 8

III. GESTIÓN DE PETICIONES, RECLAMOS Y SUGERENCIAS. 10
3.1. Manifestaciones de los usuarios entre enero 1 y diciembre 31 de 2023. 10
3.2. Comportamiento de los últimos cinco años. 10
3.3. Análisis del Comportamiento de los últimos cinco años. 11
3.4. Análisis de Reclamos y Sugerencias 11
3.5. Servicios con mayor número de reclamaciones. 13
3.6. Revisión de Indicadores del Proceso 14

IV. MONITOREO DE LA SATISFACCIÓN DEL USUARIO. 18
4.1. Participación Social. 19
4.2. Asociación de Usuarios. 19
4.3. Visita a los Pacientes. 20

V. RECOMENDACIONES. 21

VI. CONCLUSIONES 22

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 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 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 2023.

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 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 2023. Elaborado por la Oficina de Atención al Usuario.
1.3.2. Información del Aplicativo Eurodoc, publicada entre enero 1 y diciembre 31 de 2023.
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 2023.
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 varios canales de comunicación los cuales se relacionan en la Tabla N°1, a través de ellos se 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 diciembre 31 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 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 de manera, personal, virtual o telefónicamente, y se busca apoyo de otras entidades cuando es 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.

Fuente: Pagina HGM.

III. GESTIÓN DE PETICIONES, RECLAMOS Y SUGERENCIAS.

3.1. Manifestaciones de los usuarios entre enero 1 y diciembre 31 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.

Durante la vigencia de enero – diciembre de **2023** se recibieron un total de **4.793** manifestaciones, de las cuales: **1.716** corresponden a Agradecimientos, **1.167** a Felicitaciones, **1.858** Reclamos y **52** sugerencias. Continúa el incremento en las reclamaciones durante el segundo semestre de la vigencia; esto se explica en razón a la dificultad de acceso a los servicios de salud, la falta de oportunidad en la asignación de citas de especialmente de urología, cardiología, cirugía cardiovascular, medicina interna y ortopedia, además la dificultad de consecución del turno quirúrgico para todas las especialidades.

MES	A	F	R	S	TOTAL
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
JULIO	300	143	162	6	611
AGOSTO	148	151	195	4	498
SEPTIEMBRE	170	85	155	5	415
OCTUBRE	85	37	200	6	328
NOVIEMBRE	102	49	150	1	302
DICIEMBRE	137	56	94	2	289
Total general	**1.716**	**1.167**	**1.858**	**52**	**4.793**

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.

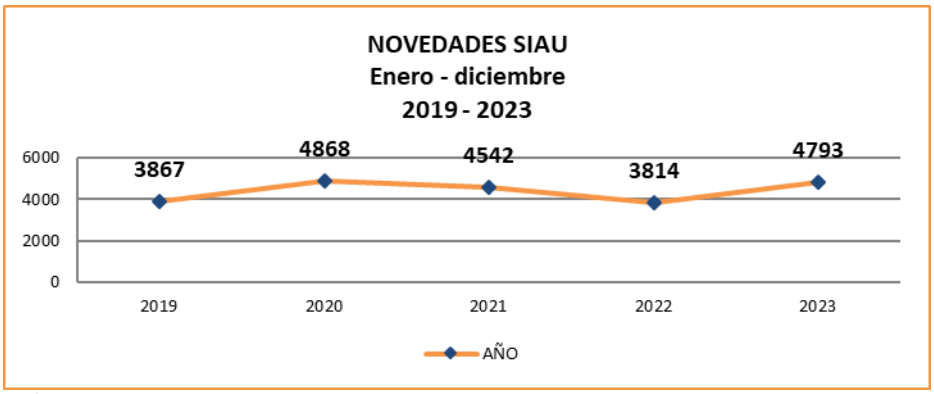
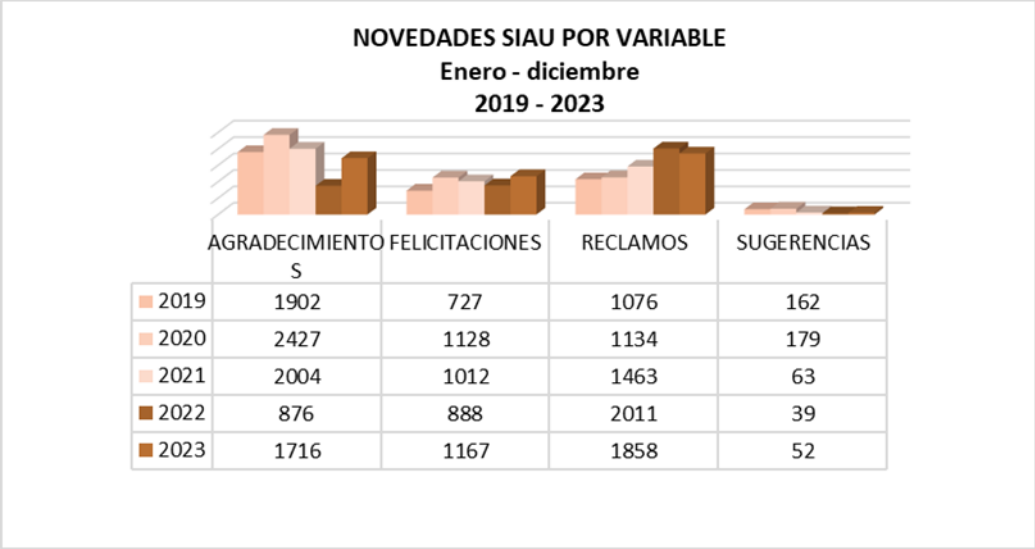


Gráfico N°1.Novedades años 2019-2023.
Fuente: Oficina Atención al Usuario.



	AGRADECIMIENTOS	FELICITACIONES	RECLAMOS	SUGERENCIAS
2019	1902	727	1076	162
2020	2427	1128	1134	179
2021	2004	1012	1463	63
2022	876	888	2011	39
2023	1716	1167	1858	52

Gráfico N° 2. Novedades años 2019 -2023.
Fuente: SIAU HGM 2023.

3.3. Análisis del Comportamiento de los últimos cinco años.

Durante los últimos cinco años los totales generales entre los meses de enero – diciembre fueron en **2019: 3.867**; en **2020: 4.868;** en **2021:4.542** y en **2022:3.814** y en **2023**: **4.793**. Se observa una tendencia fluctuante con un importante incremento de las manifestaciones en general durante la vigencia **2023.** Es relevante destacar que, a pesar del incremento general, se evidencia una disminución en los reclamos respecto al año anterior. Por el contrario, los agradecimientos y felicitaciones muestran un aumento significativo en la presente vigencia con respecto al año **2022.**

3.4. Análisis de Reclamos y Sugerencias

Las manifestaciones como Reclamos y Sugerencias generalmente son tipificadas 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 los usuarios con el fin de facilitar su medición.

Las reclamaciones recibidas por vulneración de derechos en el período comprendido entre enero – diciembre de **2023** fueron **1858**; de estas el **61.4**% hicieron referencia a la vulneración de los derechos, el **33.1**% a satisfacción del usuario, el **5%** a seguridad del paciente. Como se observa en la siguiente tabla N°3:

MOTIVO MANIFESTACIÓN	Nro.	%
DERECHOS	1140	61,4%
SATISFACCIÓN DEL USUARIO	615	33,1%
SEGURIDAD DEL PACIENTE	93	5,0%
NORMAS INSTITUCIONALES	5	0,3%
INFRAESTRUCTURA Y EQUIPAMENTOS	2	0,1%
CALIDAD TÉCNICA PROFESIONAL	2	0,1%
PORTAFOLIO DE SERVICIOS	1	0,1%
Total, general	**1858**	**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 **63.9** %, tienen que ver con las dificultades para el 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 **24.8**%, 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 **4.9** %, recibir la mejor atención disponible traducida en continuidad con el **1.9**%, y los que establece la Ley **1.8** %. Como se observa en la tabla N°4:

DERECHOS	Nro.	%
ACCEDER A LOS DIFERENTES SERVICIOS	723	63,9%
RECIBIR UN TRATO DIGNO	281	24,8%
INFORMACIÓN	55	4,9%
RECIBIR MEJOR ATENCIÓN DISPONIBLE- CONTINUIDAD	22	1,9%
LOS QUE ESTABLECE LA LEY	20	1,8%
RECIBIR MEJOR ATENCIÓN DISPONIBLE- OPORTUNIDAD	19	1,6%
RECIBIR MEJOR ATENCIÓN DISPONIBLE- SEGURIDAD	8	0,5%
DECIDIR- ACEPTAR O RECHAZAR LA ATENCIÓN POR PERSONAL EN FORMACIÓN	6	0,3%
RECIBIR MEJOR ATENCIÓN DISPONIBLE- PUNTUALIDAD	5	0,3%
ATENCIÓN INICIAL DE URGENCIA	1	0,1%
RECIBIR MEJOR ATENCIÓN DISPONIBLE- RESPETO POR LA INTIMIDAD	0	0,0%
Total general	**1140**	**100,0%**

Tabla N°4.Subclasificación de los derechos vulnerados.
Fuente Informe Semanal Oficina de Atención al Usuario.

Se 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 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 como insumo para el modelo de mejoramiento Institucional.

3.5. Servicios con mayor número de reclamaciones.

A continuación, se describen los servicios con mayor número de reclamaciones entre enero – diciembre de 2023:

SERVICIOS	A	F	R	S	Total general	%
9º NORTE CONTRIBUTIVO	388	130	113	4	**635**	**13%**
6º SUR	354	117	111	4	**586**	**12%**
CENTRAL DE CITAS	1	2	474	0	**477**	**10%**
5º SUR GINECOOBSTETRICIA	215	179	36	7	**437**	**9%**
2º GINECOLOGÍA	114	156	65	5	**340**	**7%**
3º SUR MADRE CANGURO	112	222	1	2	**337**	**7%**
URGENCIAS ADULTOS	37	26	142	5	**210**	**4%**
PROGRAMACIÓN CX	0	1	195	0	**196**	**4%**
4º NORTE	49	42	59	2	**152**	**3%**
8º NORTE CONTRIBUTIVO CARDIOLOGÍA	33	18	79	4	**134**	**3%**
5º NORTE CIRUGÍA	49	33	35	1	**118**	**2%**
6º NORTE MEDICINA INTERNA	38	24	52	1	**115**	**2%**
7º NORTE ESPECIALIDADES	**29**	**29**	**55**	**2**	**115**	**2%**
IMAGENOLOGÍA	**12**	**5**	**72**	**1**	**90**	**2%**
9º SUR UCE	42	33	12	1	**88**	**2%**
3º SUR NEONATOS	30	24	30	0	**84**	**2%**
8º SUR	43	14	16	0	**73**	**2%**
HOSPITALIZACIÓN	39	19	7	0	**65**	**1%**
3º SUR PEDIATRÍA	21	16	22	2	**61**	**1%**
CONSULTA EXTERNA	3	7	49	1	**60**	**1%**
4º SUR LACTANTES	18	11	23	4	**56**	**1%**
9º SUR UCI PEDIÁTRICA	25	18	5	1	**49**	**1%**
9º SUR	17	10	4	2	**33**	**1%**

CIRUGÍA	5	1	25	1	**32**	**1%**
2º UCI A	7	7	9	0	**23**	**0%**
PUESTO DE VIGILANCIA	1	1	20	0	**22**	**0%**
FACTURACIÓN TAQUILLA	**0**	**0**	**18**	**1**	**19**	**0%**
9º SUR UCI C	**7**	**5**	**6**	**0**	**18**	**0%**
URGENCIAS PEDIÁTRICAS	5	3	9	0	**17**	**0%**
LABORATORIO CLÍNICO	1	3	12	0	**16**	**0%**
AMBULATORIOS	1	1	9	0	**11**	**0%**
FACTURACIÓN URGENCIAS	0	0	10	0	**10**	**0%**
ATENCIÓN AL USUARIO	3	0	6	0	**9**	**0%**
Otros	**17**	**10**	**73**	**0**	**43**	**1%**
Total general	**1716**	**1167**	**1858**	**52**	**4793**	**100%**

Tabla N°5.Servicios con mayor número de reclamaciones por Servicio.
Fuente: Informe Oficina Atención al Usuario.

Se destaca que la central de citas es el área con el mayor registro de reclamaciones, atribuibles principalmente a demoras significativas en la asignación de citas especializadas como Ortopedia, Cardiología, Cirugía Cardiovascular y Medicina Interna. Además, se identifica dificultad para obtener turnos quirúrgicos, lo cual puede atribuirse a limitaciones en el recurso humano y escasez de insumos necesarios para la programación de cirugías

Es relevante resaltar el incremento en la exigencia Normativa. A pesar de las diferentes características sociodemográficas, creencias y percepciones sobre el funcionamiento de los servicios, se ha evidenciado un aumento significativo en la participación de los usuarios del sistema.

Para garantizar una respuesta oportuna y de calidad a los reclamos y sugerencias de los usuarios, se han implementado diversas herramientas de seguimiento. Esto incluye informes semanales y mensuales enviados a los responsables de las manifestaciones, quienes gestionan las acciones pertinentes antes del cierre de cada caso. Asimismo, se lleva a cabo un informe bimestral para dar seguimiento en el Plan de Acción, complementado con un informe semestral que evalúa la calidad de las respuestas proporcionadas.

Estas estrategias, respaldadas por un seguimiento detallado mediante indicadores, garantizan la trazabilidad completa de las manifestaciones. La información recopilada no solo cumple con este propósito, sino que también se convierte en un recurso fundamental para el modelo de mejoramiento institucional

Es relevante destacar que las reclamaciones por "Trato Digno" son compartidas en el Comité de Ética y transmitidas a los encargados de la gestión correspondiente para llevar a cabo investigaciones pertinentes. Esto permite tomar medidas concretas, diseñar planes de mejora y, en caso de ser necesario, remitir casos recurrentes al Comité Interno Disciplinario. Esta estrategia ha resultado en una notable reducción de las quejas relacionadas con este tema.

3.6. Revisión de Indicadores del Proceso

Los indicadores son fundamentales en el proceso del Sistema de Atención al Usuario (SIAU), ya que representan datos que objetivamente cuantifican las manifestaciones de los usuarios. Estos indicadores no solo brindan una visión cuantitativa, sino que también facilitan la toma de decisiones fundamentadas en 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 que cumple con la meta de responder dentro de los 10 (diez) días hábiles contados desde su recepción; ya que se encuentra en un promedio de respuesta de 3 días.

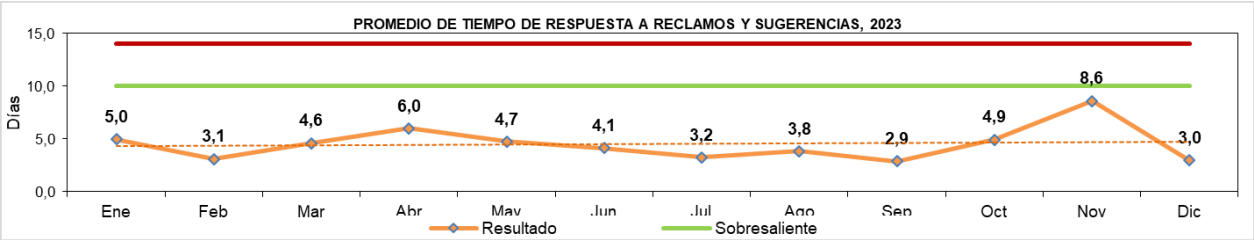


Grafico N° 3. Promedio Tiempo de Respuesta a Reclamos y Sugerencias.
Fuente: Indicadores Gerenciales 2023 HGM

Para el mes de diciembre de **2023** se le dio respuesta a los 96 reclamos y sugerencias en un promedio de **3.0** días**;** Es de anotar que se ve reflejado el impacto en 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**.

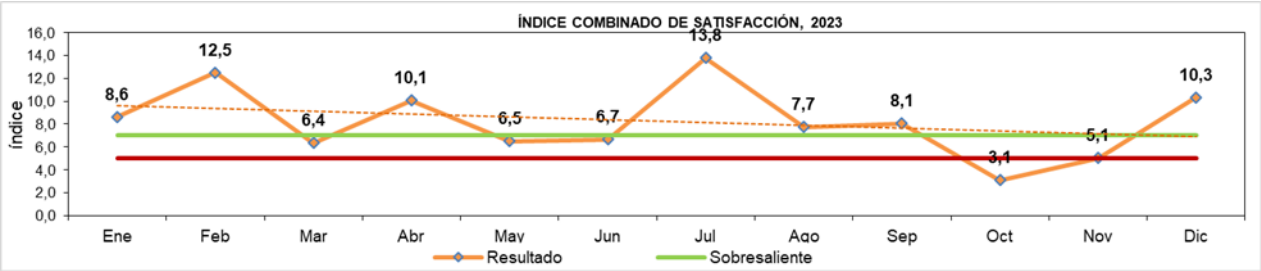


Gráfico N° 4. Índice Combinado de Satisfacción.
Fuente: Indicadores Gerenciales 2023 HGM

Durante la vigencia **2023** este indicador presenta un comportamiento fluctuante para un promedio de **8.2,** ubicándose por encima de la meta que es de **7**, debido al incremento en las reclamaciones con motivo de dificultades de acceso a los servicios de salud.

Para el período enero – diciembre de **2019** el acumulado del ICS fue de **12,6**; para **2020** fue de **17,4**; para **2021** fue de **10,6**; para **2022** de **4,4** y para **2023** de **7.8**. El indicador evidenció una importante caída debido al incremento en las reclamaciones con motivo de dificultades de acceso a los servicios de salud. Este indicador ha tenido un comportamiento fluctuante; Sin embargo, se sigue presentando inoportunidad en las asignaciones de citas de consulta, el servicio de imagenología y turnos quirúrgicos, lo que genera una opinión negativa e incumpliendo con las expectativas de los usuarios.

El "**Índice de Reclamaciones**". Es un indicador decreciente y el acumulado durante los últimos cinco años es: Índice de Reclamaciones en diciembre de para el año **2023** fue de **12,3**; en **2022**

de **10,9**; en 2021 de **19,8**; en 2020 de **22,9** y en 2019 de **15,5**. Esto se explica en razón al incremento en las reclamaciones con motivo de dificultades de acceso a los servicios de salud. Especialidades como Medicina Interna, Urología, Cardiología, Cirugía Cardiovascular, Ortopedia, Programación de turno quirúrgico son las agendas con mayor dificultad de acceso. Se una leve disminución en el último mes de la vigencia.

El Índice de Reclamaciones acumulado Enero – Diciembre con una meta de < 5, para el año **2019** fue de **14,3**; en **2020** de **21,5**; en **2021** de **24,8;** en **2022** de **21.4** y en **2023** de **19.5**. Ubicándose históricamente por encima de la meta.

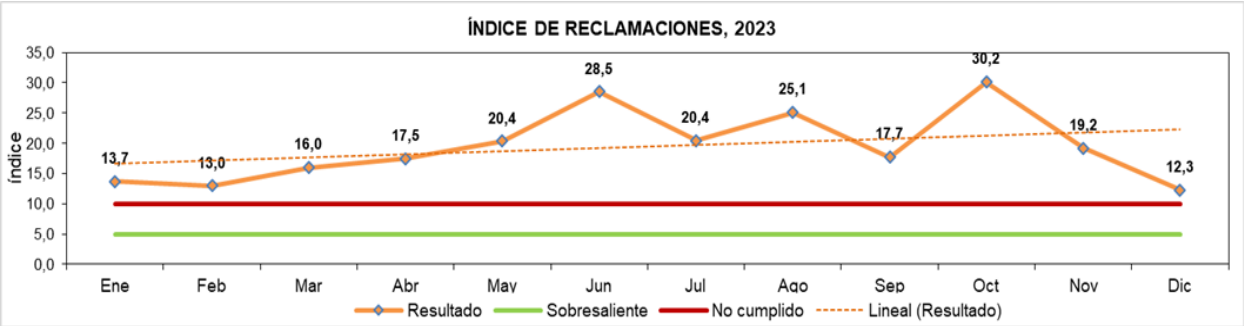


Gráfico N°5.Indice de Reclamaciones.
Fuente: Indicadores Gerenciales 2023

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 **2023** se puede observar en el siguiente gráfico:

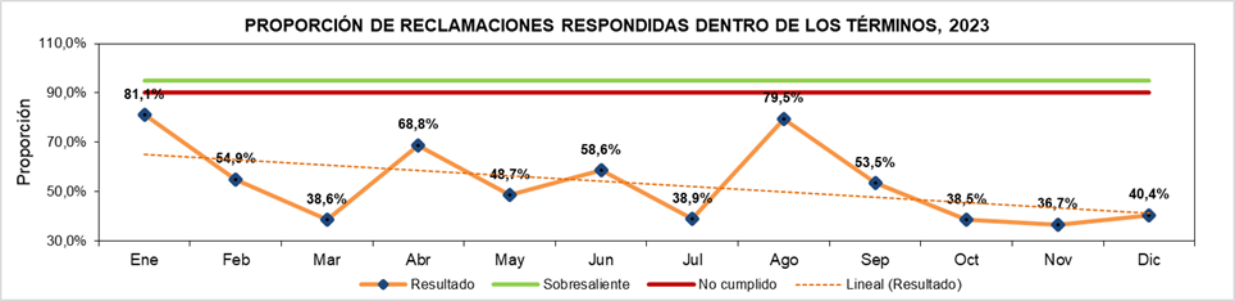


Gráfico N° 6. Proporción de Reclamaciones Respondidas en los Tiempos.
Fuente: Indicadores Gerenciales 2023.

El porcentaje global actual es del **53.1%,** mostrando variaciones constantes. En este período, se ha situado significativamente por debajo de la meta establecida, lo que ha resultado en una notable demora en los tiempos de respuesta. Esta situación ha generado la materialización de riesgos legales y reputacionales.

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.

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,	16	30,8%
ENTRETENIMIENTO: TELEVISOR, C	7	13,5%
COMODIDAD ACOMPAÑANTE: SO	7	13,5%
OTROS	6	11,5%
MEJORAR EL ASEO: FRECUENCIA, I	5	9,6%
COMODIDAD SALA DE ESPERA	4	7,7%
HORARIO DE VISITAS	3	5,8%
REPARACIONES LOCATIVAS	3	5,8%
CALOR EN HABITACIONES, AIRE A(	1	1,9%
Total general	**52**	**100,0%**

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

En lo que va del año 2023, se han registrado 52 manifestaciones relacionados con distintos aspectos. El 30.8% de estas observaciones se enfoca en las mejoras para el servicio de alimentación, abarcando aspectos como variedad en el menú, calidad del sabor, temperatura, presentación, cantidad y tiempos de entrega. En cuanto a mejoras en la infraestructura hotelera, el 13.5% de las manifestaciones señalan problemas con el entretenimiento, televisores, canales, claves de wifi e internet. Asimismo, el 9.6% destaca la necesidad de mejorar la limpieza, mientras que el 7.7% propone mejoras para las salas de espera. Otro aspecto mencionado, con un 5.8%, es la sugerencia de revisar y flexibilizar los horarios de visita, así como mejorar la comodidad de los acompañantes, como los sofás cama y los espacios específicos, como la sala de lactantes, entre otros.

Si bien se han considerado todas las propuestas presentadas por los usuarios, no todas pueden ser implementadas de inmediato. Algunas requieren un análisis detallado de viabilidad antes de su ejecución, mientras que otras podrían no ser factibles debido a su potencial impacto negativo en la evolución del paciente, como es el caso del aumento en la frecuencia de terapias diarias.
Estas sugerencias son evaluadas en varios comités institucionales, incluyendo el Comité Gerencial de Seguridad del Paciente, así como en grupos de mejoramiento de diferentes niveles, permitiendo abordar mejoras desde diversas 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 la intervención 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.

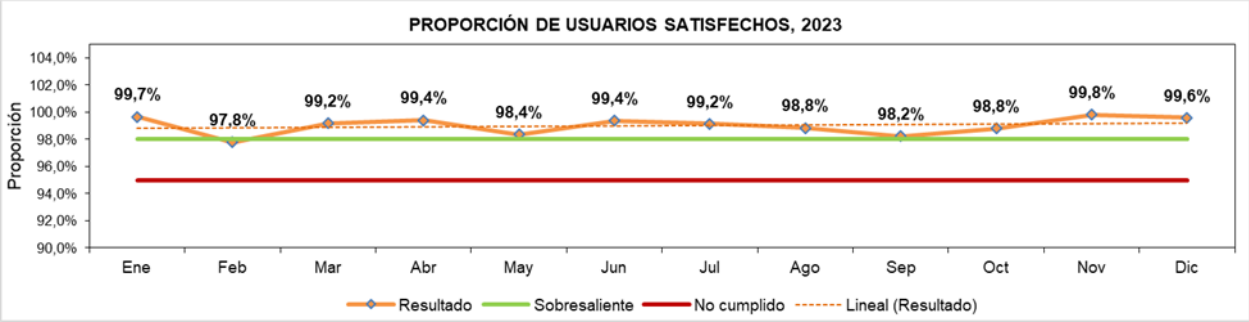


Grafico N° 7. Proporción de usuarios Satisfechos.
Fuente: Indicadores Gerenciales 2023 HGM

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 **2023** la satisfacción de los usuarios fue de **99,6**%; en **2022** de **99,3**%; en **2021** de **98,7**% en **2020** de 99**,3**% y en **2019** de **99,3**%. Ubicándose en el rango de meta sobresaliente. Este indicador muestra un comportamiento estable. 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"** La proporción de Usuarios que recomendarían este Hospital en el mes de diciembre de **2023** fue de **99,6**%; en **2022** de 99**,5**%; en 2021de **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.

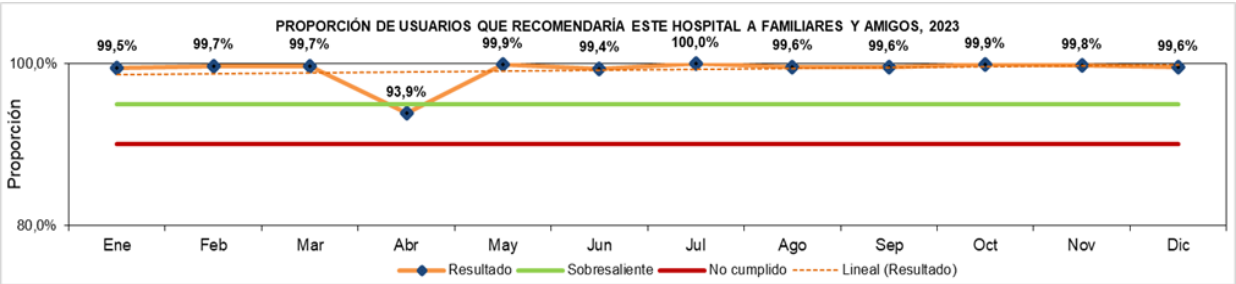


Gráfico N°8. Proporción de Usuarios que recomendarían el Hospital.
Fuente: Indicadores SIAU 2023 HGM

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 Integrado de Planeación y Gestión – MIPG. Actualmente se trabaja de manera conjunta con la Gobernación de Antioquia realizando las respectivas evaluaciones de avance de esta, la cual se envían de manera semestral y en ella están contenidas actividades que responden a las actividades y a los ejes de la PPPSS.
Asimismo, el Hospital ya cuenta con la Política de Participación Social en Salud, la cual fue incluida en el Plan de Desarrollo Institucional 2020-2023. Donde se mide la gestión de la participación mediante el indicador **Proporción de cumplimiento de la Política de Participación Social en Salud 2023.**

PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO DE LA POLÍTICA DE PARTICIPACIÓN SIAU			
POLITICA DE PARTICIPACIÓN SOCIAL EN SALUD 2023			
Periodo / Concepto	Enero - junio	Julio - diciembre	**Total**
Número de actividades de la Política de Participación realizadas	86	63	**149**
Total de actividades de la Política de Participación programadas	90	60	**150**
Resultado	95,6%	105,0%	99,3%
Meta Sobresaliente: >= 95%	Meta Aceptable: 94 - 90%		Meta No Cumplido: < 90%

Gráfico N°9. Proporción de Participación Social en Salud
Fuente: Política de Participación SIAU 2023

La Política de Participación Ciudadana y Social en Salud, aprobada en el HGM mediante la Resolución 1098 de 2020, está fundamentada en el Decreto 2063 de 2017. Esta política se encarga de garantizar procesos participativos, brindando atención y orientación a usuarios y miembros de la Asociación, responsables de salvaguardar los derechos y responsabilidades de los usuarios. Su participación se extiende a la Junta Directiva, Comité de Ética, Comité de Bioética COPACO y CMSSS. Durante el segundo semestre de **2023**, se logró un cumplimiento del **99.3%** en la ejecución de esta política.

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 que permitan 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.

4.3. Visita a los Pacientes.

Divulgación derechos y deberes proceso SIAU.

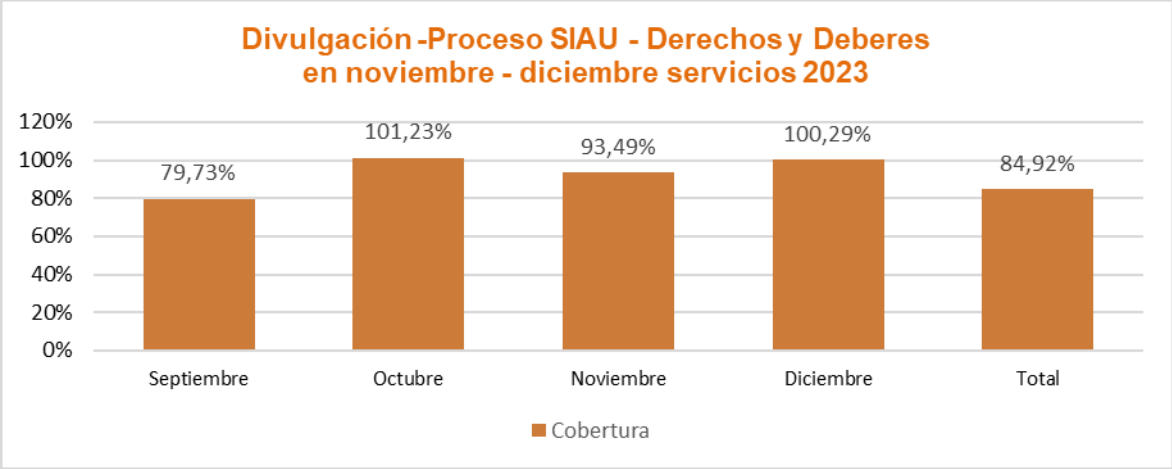


Gráfico N°10.Divulgación derechos y deberes Proceso SIAU.
Fuente: Oficina SIAU 2023

Desde julio de 2023, se reiniciarón las visitas a pacientes con un día de internación, teniendo en cuente su condición clínica o edad al brindar información tanto al paciente como a sus familiares. Hasta el período de noviembre y diciembre de este año, hemos logrado una cobertura acumulada del **84.82%** en esta actividad.Se cuenta con un profesional en psicología que se encarga de visitar diariamente a los pacientes. Durante estas visitas, se les proporciona información sobre el proceso SIAU, se les entrega la Guía de Orientación y Atención al Usuario y se comparte con ellos el volante de Derechos y Deberes. Todo esto se enmarca en nuestro objetivo de mejorar la experiencia del paciente.
Es relevante señalar que no se alcanzó el 100% de cobertura debido a situaciones diversas, como pacientes aislados, en cirugía, en proceso de exámenes, durante el baño, durante rondas médicas, sedados, dormidos o con alguna discapacidad y sin acompañante, e incluso en casos de fallecimiento.
Es importante mencionar que esta actividad excluye a pacientes en servicios específicos como UCE, UCI Adultos, UCI Pediátrica, UCI Neonatal, Unidad Neonatal y Urgencias en Adultos, Pediatría y Ginecobstetricia

V. RECOMENDACIONES.

5.1. Evidenciar una efectiva intervención a las 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 evidencian 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 y sus requerimientos, trasladando las manifestaciones presentadas por ellos y realiza seguimiento a la trazabilidad dentro de los plazos establecidos en las disposiciones legales, en un 51.3%, 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 existe 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 lo utilicen.

6.6. El índice de satisfacción del usuario se mantiene en niveles altos, superando el 98% de satisfacción.

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 la articulación con la jefe de Calidad y Planeación, buscando disminuir de manera ostensible las quejas y reclamos que involucran el trato digno; para la vigencia 2023 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 Inter diario 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
Profesional de Auditoría Interna.
Karina Marina Ruíz De la Hoz
Profesional de Auditoría Interna
Julio E. Suescún Montoya,
Técnico Auditoría Interna.

Realizó	**María Janneth Agudelo Arango** 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 2024