

## Planeación

### Fecha

Jueves, 11 de Marzo de 2021 / 09:15 AM - 09:55 AM

### Lugar

Plataforma Meet

### Asistentes

Nombre	Rol	Cargo	Área/Empresa
ALVARO GOMEZ TORRADO	Integrante del Comité	Subgerente de Servicios Alto Costo	Nivel Directivo
CARLOS EDUARDO IBARRA ROLON	Integrante del Comité	Subgerente de Medicas	Nivel Directivo
EDGAR JULIAN NIÑO CARRILLO	Presidente del Comité	Gerente	Nivel Directivo
GUILLERMO GOMEZ MOYA	Integrante del Comité	Subgerente de Servicios Ambulatorios y Apoyo Terapéutico	Nivel Directivo
JACKELINE JAIMES BECERRA (Ausente)	Integrante del Comité	Subgerente de Servicios Mujer y la Infancia	Nivel Directivo
JOANNA PATRICIA PALENCIA RAMIREZ	Integrante del Comité	Jefe Oficina Asesora de Desarrollo Institucional	Nivel Asesor
JOHN MAURICIO ROBLES RAMIREZ	Integrante del Comité	Subgerente Administrativo y Financiero	Nivel Directivo
JUAN PAULO SERRANO PASTRANA	Integrante del Comité	Subgerente de Servicios Quirúrgicos	Nivel Directivo
MARISELA MARQUEZ HERRERA	Integrante del Comité	Subgerente de Servicios de Enfermería	Nivel Directivo
SIGIFREDO FONSECA GONZALEZ	Integrante del Comité	Subgerente de Servicios de Apoyo Diagnóstico	Nivel Directivo
SILVIA MELISSA MARTINEZ CASTELLANOS	Invitado	Profesional Universitario SIAU	Profesional Universitario del Área Administrativa
LEYDY ANDREA RONDON PRADA	Integrante del Comité	Jefe Oficina Asesora de Calidad	Nivel Asesor
JEFFERSON SERGUEY LÓPEZ VELASCO			
JULIO HERNAN VILLABONA VARGAS (Ausente)	Invitado permanente	Jefe Oficina Asesora de Control Interno	Nivel Asesor
RAFAEL EDUARDO MARTINEZ MARQUEZ			

## Desarrollo

### Contenido

#### 1. VERIFICACIÓN DE QUÓRUM

**Se da inicio al comité de calidad No 4, a las 9:15 de la mañana con la verificación el quórum de los integrantes del comité, se establece que hay quórum de liberatorio y decisorio para dar inicio al Comité de Calidad N°. 4 del mes de Marzo de 2021.**

**A continuación, se deja constancia que se encuentran presentes los siguientes miembros del comité, lo que constituye quórum válido para sesionar y decidir:**

- **Marisela Márquez Herrera, Subgerente de Servicio de Enfermería. ESE HUS quien a su vez esta como delegada por la Gerencia para representar al Doctor Edgar Julián Niño Carrillo en el presente comité**
- **Jhon Mauricio Robles Ramírez, Subgerente Administrativo y Financiero.**
- **Leydy Andrea Rondón Prada, Jefe Oficina Asesora de Calidad.**
- **Guillermo Gómez Moya, Subgerente de Servicios Ambulatorios y Apoyo Terapéutico.**
- **Alvaro Gómez Torrado, Subgerente Servicios Alto Costo.**
- **Sigifredo Fonseca Gonzales, Subgerente Servicios Apoyo Diagnostico.**
- **Carlos Eduardo Ibarra Rolon, Subgerente medicas.**
- **Doctor Juan Pablo Serrano Pastrana, Subgerente de Servicios Quirúrgicos.**
- **Doctora Joanna Patricia Palencia, Jefe Oficina Asesora de Desarrollo Institucional**

**La Jackeline Jaimes Becerra, Subgerente Servicio Mujer e Infancia, no asiste al comité (sin excusas).**

**Como invitado permanente del Comité de Calidad, el Doctor Julio Hernán Villabona Vargas, Jefe Oficina Asesora de Control Interno NO asistió al comité Calidad N°. 8**

## **2. LECTURA Y APROBACIÓN DEL ORDEN DEL DÍA**

**Se procede a la lectura de la orden del día, la cual es aprobada por los integrantes del comité presentes, sin ninguna observación, quedando establecida de la siguiente manera:**

- 1. Verificación del Quórum.**
- 2. Lectura y aprobación del orden del día.**
- 3. Aprobación del acta anterior (N°. 3 de 2021).**
- 4. Compromisos pendientes del comité de calidad N°. 3 de 2021.**
- 5. Presentación y Análisis de los Indicadores de Sistema de Información y Atención al Usuario (SIAU), establecidos en la Resolución 256 de 2016; Indicador de Satisfacción Global e Informe de Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias y/o Felicitaciones; correspondientes al mes de Enero y Febrero de 2021.**
- 6. Socialización de los documentos aprobados en el mes de Febrero de 2021**
- 7. Propositiones y Varios.**

## **3. APROBACIÓN DEL ACTA ANTERIOR (N°. 3 DE 2021)**

**El acta del Comité de Calidad N°.3 de 2021, fue realizada en la plataforma institucional (ALMERA) y con anterioridad se envió correo electrónico a los integrantes del Comité de Calidad, en el que se solicitaba la lectura y revisión de la misma; en donde había sido aprobada en la plataforma Almera por:**

**Marisela Márquez Herrera, Subgerente de Servicio de Enfermería, Alvaro Gómez Torrado, Subgerente Servicios Alto Costo, Joanna Patricia Palencia, Jefe Oficina Asesora de Desarrollo Institucional y Leydy Andrea Rondón Prada, Jefe Oficina Asesora de Calidad.**

Posteriormente en el comité se someten a consideración y son aprobadas por unanimidad de votos del comité de calidad.

**4. COMPROMISOS PENDIENTES DEL COMITÉ DE CALIDAD**

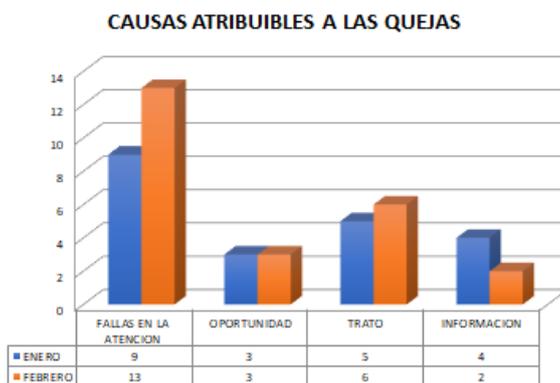
No se establecieron compromisos en el Comité de Calidad N°. 3 de 2021 correspondiente al mes de Febrero de 2021 y no se tenían compromisos pendientes de comités anteriores.

**5. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS INDICADORES DE SIAU, CORRESPONDIENTES A LOS MESES ENERO Y FEBERO DE 2021.**



**Causas Atribuibles A Las Quejas**

Por una atención en salud Humanizada, Segura y Sostenible



**Fallas en la atención de salud.** 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.

**Oportunidad.** Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.

**Accesibilidad.** Es la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud

**Trato:** Trato descortés

**Información Sencilla:** La información se presentará de manera que su capacidad sea comprendida y asimilada por la población.

En una queja o felicitación se pueden presentar una o varias causas

**Total Quejas 13 Enero**

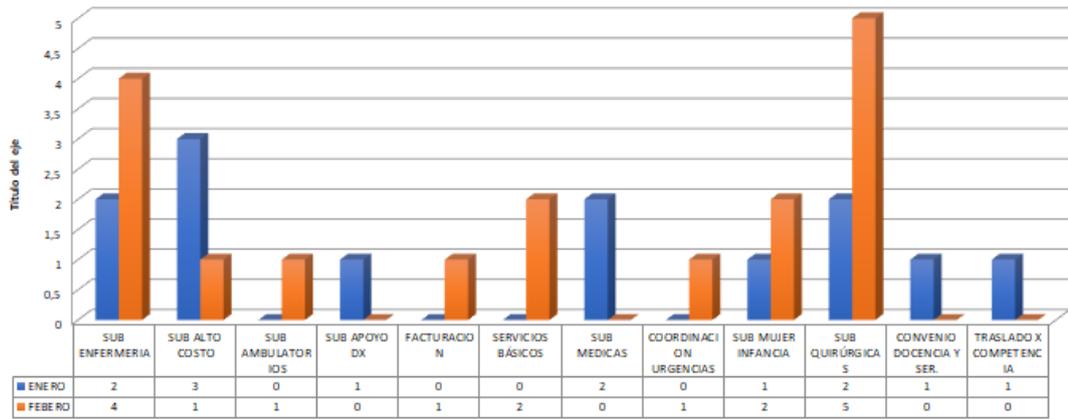
**Total Quejas 17 Febrero**



Por una atención en salud  
Humanizada, Segura y Sostenible



**QUEJAS MESES ENERO - FEBRERO**



Total de manifestaciones en el mes de Enero: 32	Total de manifestaciones en el mes de Febrero: 51
Total de quejas y reclamos: 14	Total de quejas y reclamos: 18

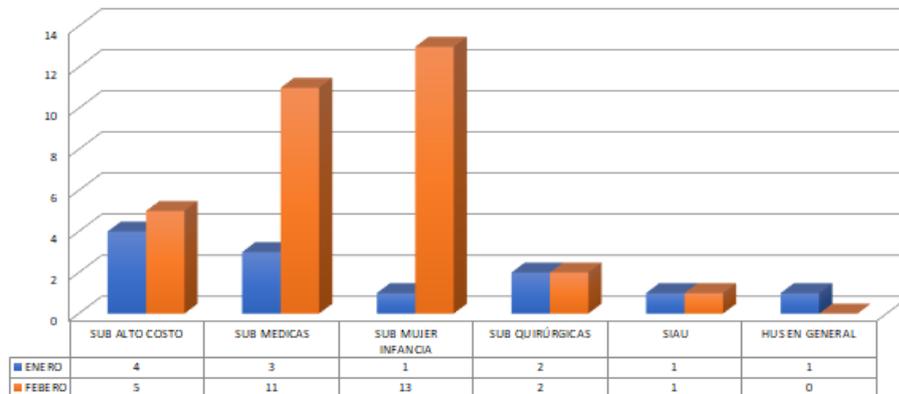


Por una atención en salud  
Humanizada, Segura y Sostenible



**INFORME DE FELICITACIONES ENERO Y FEBRERO de 2021**

**FELICITACIONES MESES DE ENERO- FEBRERO**



Felicitaciones Enero: 12  
Felicitaciones Febrero: 32

La profesional Silvia Melissa Martinez Castellanos, *Profesional Universitario de Sistema de Información y Atención al Usuario (SIAU) - Oficina Asesora de Calidad* ; procede con la presentación y análisis de los indicadores de SIAU, correspondientes al mes de Enero y Febrero de 2021, en donde inicia con el informe de Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias y/o Felicitaciones; evidenciando que el mes de Enero se presentaron 13 y 17 quejas respectivamente, siendo la causa de mayor número de quejas Falla en la atención presento el mayor número de quejas.

## INFORME DE FELICITACIONES SUBGERENCIA ENFERMERIA ENERO Y FEBRERO de 2021



Felicitaciones Enfermería Enero		Felicitaciones Enfermería Febrero	
• Piso 10 pediatría	1 felicitación	• Piso 6 Medicina interna	7 felicitacion
• Piso 6 Medicina Int.	3 felicitación	• Piso 7 Medicina interna	4 felicitacion
• Piso 6 Quirofano	1 felicitación	• Piso 6 Quirofano	1 felicitacion
• Piso 8 Cirugia	1 felicitacion	• Piso 8 Cirugia general	1 felicitacion
• Piso 9 UCI Pediatrica	4 felicitacion	• Piso 5 sala de partos	5 felicitacion
		• Piso 10 Pediatría	3 felicitación
		• Piso 10 Infectología	1 felicitacion
		• Piso 10 Neonatal	2 felicitacion
		• Urgencias pediatricas	2 felicitacion
		• Oncología	1 felicitacion
		• Unidad de quemados	3 felicitacion
		• Piso 6 M. Interna	3 felicitación

Reconocimientos por Calidad en la Atención y Trato

En cuanto a informe de Felicitaciones se presentaron 12 y 32 respectivamente siendo las sugerencias de medicas y subgerencia de mujer e infancia la mas felicitadas.

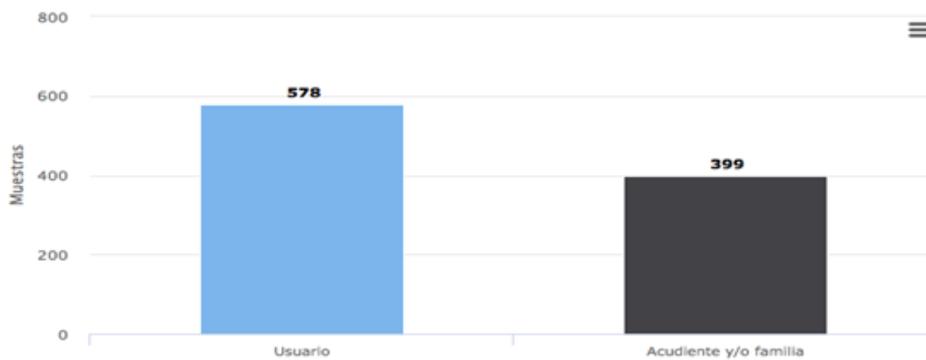


### PROPORCIÓN SATISFACCIÓN GLOBAL DE LOS USUARIOS ESE HUS

Por una atención en salud  
Humanizada, Segura y Sostenible



Número de Encuestados en el periodo



Enero: 475  
Encuestados

Meta: 90%

Febrero: 502  
Encuestados



Por una atención en salud  
Humanizada, Segura y Sostenible



## PROPORCIÓN SATISFACCIÓN GLOBAL DE LOS USUARIOS ESE HUS

Resultado de Satisfacción en el periodo Meta: 90%



Enero: 475  
Encuestados

Febrero: 502  
Encuestados



Por una atención en salud  
Humanizada, Segura y Sostenible



## PROPORCIÓN SATISFACCIÓN GLOBAL DE LOS USUARIOS ESE HUS

### Conclusión

Teniendo en cuenta la Meta: 90% definida por la institución a través de comité de calidad, se evidencia que los 977 encuestados en todos los servicios ambulatorios y de internación consideran que la meta ha sido superada en los meses de Enero y Febrero de 2021.

Enero 2021 : 475 Encuestados 93.11%

Febrero 2021: 502 Encuestados 95.56%

En cuanto al informe Satisfacción global al usuario se realizaron un total de 977 encuestas de los cuales 475 en el mes de Enero y 502 en el mes de Febrero, con un 59.2 % de encuestas realizadas a los usuarios y un 40.8% a los acudientes.



Por una atención en salud  
Humanizada, Segura y Sostenible



### “¿CÓMO CALIFICARÍA SU EXPERIENCIA GLOBAL RESPECTO A LOS SERVICIOS DE SALUD QUE HA RECIBIDO A TRAVÉS DE SU IPS?”



Total de Usuarios encuestados:977  
Enero : 475  
Febrero: 502

Fuente: Almera

Número de Usuarios que respondieron muy buena o buena a la pregunta: ¿Cómo calificaría su experiencia global respecto a los Servicios de Salud que ha recibido a través de su IPS?



Por una atención en salud  
Humanizada, Segura y Sostenible



### “¿RECOMENDARÍA A SUS FAMILIARES Y AMIGOS ESTA IPS?”



Total de Usuarios encuestados:977  
Enero : 475  
Febrero: 502

Fuente: Almera

Número de Usuarios que Definitivamente Si o Probablemente Si a la pregunta: ¿Recomendaría a sus familiares y amigos esta IPS?

Con respecto a los indicadores de la resolución 256/2016 la pregunta ¿Cómo calificaría su experiencia global respecto a los servicios de salud que ha recibido a través de su IPS?; del total de los encuestados más del 99% dan como positiva la experiencia y la siguiente pregunta ¿Recomendaría a sus familiares y amigos esta IPS?; del total de los encuestados mas del 99% lo recomendarían.

La Jefe Marisela Márquez Herrera, Subgerente de Servicio de Enfermería, informa que en otros comite a solicitado se presentes los indicadores del SIAU por procesos y no por subgerencias.

#### 6. SOCIALIZACIÓN DE LOS DOCUMENTOS APROBADOS EN EL MES DE FEBRERO DE 2021

MACROPROCESO		PROCESO	N° DOCUMENTOS GESTIONADOS
GESTIÓN DE MEJORAMIENTO CONTINUO	SISTEMA DE INFORMACIÓN Y ATENCIÓN AL USUARIO		1
	GESTIÓN DE CALIDAD		3
GESTIÓN DIRECTIVA	GESTIÓN DIRECTIVA		1
MACROPROCESO		PROCESO	N° DOCUMENTOS GESTIONADOS
DOCENCIA, INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN	INVESTIGACION		3
	DOCENCIA Y SERVICIO		20
GESTION AMBULATORIA	CONSULTA EXTERNA		2
GESTIÓN DE URGENCIAS	GESTIÓN DE URGENCIAS		3
GESTIÓN DE INTERNACIÓN	HOSPITALIZACIÓN		2
GESTIÓN DE CUIDADOS INTENSIVOS	GESTIÓN DE CUIDADOS INTENSIVOS		1
GESTIÓN QUIRÚRGICA	GESTIÓN QUIRÚRGICA		1
GESTIÓN DE SERVICIOS DE APOYO DIAGNOSTICO	LABORATORIO CLINICO		48
GESTIÓN DE SERVICIOS DE APOYO TERAPÉUTICO	FARMACIA		3
	HEMOCENTRO		4
MACROPROCESO		PROCESO	N° DOCUMENTOS GESTIONADOS
GESTIÓN DE AMBIENTE FÍSICO	GESTIÓN AMBIENTAL		1
GESTIÓN INTEGRAL DE LA INFORMACIÓN	SISTEMAS DE INFORMACIÓN		5
	GESTIÓN DE DOCUMENTO		2

El profesional Mario Alberto Dávila García, Profesional Universitario de Apoyo -oficina de calidad; procede a informar que para el mes de Febrero se gestionaron 100 documentos entre creación, actualización, eliminación y adopción de acuerdo a los descrito en la siguiente presentación. Además que llegaron 24 solicitudes de la cuales fueron devueltas 2 porque no venían adjunto el formato GMC-GCA-FO-66 con sus respectivas firmas y totalmente diligenciado.

## 7. PROPOSICIONES O VARIOS

No se procesaron proposiciones o varios.

## Compromisos

### 1 - Presentar en los próximos comités los indicadores del SIAU por procesos.

Responsables: SILVIA MELISSA MARTINEZ CASTELLANOS

Fecha límite: 2021-04-30

## Planeación

### Fecha

Jueves, 27 de Mayo de 2021 / 09:15 AM - 09:44 AM

### Lugar

Plataforma Google Meet

### Asistentes

Nombre	Rol	Cargo	Área/Empresa
ALVARO GOMEZ TORRADO	Integrante del Comité	Subgerente de Servicios Alto Costo	Nivel Directivo
CARLOS EDUARDO IBARRA ROLON	Integrante del Comité	Subgerente de Medicas	Nivel Directivo
EDGAR JULIAN NIÑO CARRILLO	Presidente del Comité	Gerente	Nivel Directivo
GUILLERMO GOMEZ MOYA	Integrante del Comité	Subgerente de Servicios Ambulatorios y Apoyo Terapéutico	Nivel Directivo
JACKELINE JAIMES BECERRA	Integrante del Comité	Subgerente de Servicios Mujer y la Infancia	Nivel Directivo
JOANNA PATRICIA PALENCIA RAMIREZ	Integrante del Comité	Jefe Oficina Asesora de Desarrollo Institucional	Nivel Asesor
JOHN MAURICIO ROBLES RAMIREZ	Integrante del Comité	Subgerente Administrativo y Financiero	Nivel Directivo
JUAN PAULO SERRANO PASTRANA	Integrante del Comité	Subgerente de Servicios Quirúrgicos	Nivel Directivo
MARISELA MARQUEZ HERRERA	Integrante del Comité	Subgerente de Servicios de Enfermería	Nivel Directivo
SIGIFREDO FONSECA GONZALEZ	Integrante del Comité	Subgerente de Servicios de Apoyo Diagnóstico	Nivel Directivo
SILVIA MELISSA MARTINEZ CASTELLANOS	Invitado	Profesional Universitario SIAU	Profesional Universitario del Área Administrativa
LEYDY ANDREA RONDON PRADA	Integrante del Comité	Jefe Oficina Asesora de Calidad	Nivel Asesor
JEFFERSON SERGUEY LÓPEZ VELASCO (Ausente)			
JULIO HERNAN VILLABONA VARGAS (Ausente)	Invitado permanente	Jefe Oficina Asesora de Control Interno	Nivel Asesor
RAFAEL EDUARDO MARTINEZ MARQUEZ (Ausente)			

## Desarrollo

### Contenido

#### 1. VERIFICACIÓN DE QUÓRUM

Se da inicio al comité de calidad No 6, a las 7:15 de la mañana con la verificación el quórum de los integrantes del comité, se establece que hay quórum de liberatorio y decisorio para dar inicio al Comité de Calidad N°. 6 del mes de Mayo de 2021.

A continuación, se deja constancia que se encuentran presentes los siguientes miembros del comité, lo que constituye quórum valido para sesionar y decidir:

- Johanna Patricia Palencia, Jefe Oficina Asesora Desarrollo Institucional quien a su vez esta como delegada por la Gerencia para representar al Doctor Edgar Julián Niño Carrillo en el presente comité
- Jhon Mauricio Robles Ramírez, Subgerente Administrativo y Financiero.
- Leydy Andrea Rondón Prada, Jefe Oficina Asesora de Calidad.
- Guillermo Gómez Moya, Subgerente de Servicios Ambulatorios y Apoyo Terapéutico.
- Alvaro Gómez Torrado, Subgerente Servicios Alto Costo.
- Sigifredo Fonseca Gonzales, Subgerente Servicios Apoyo Diagnostico.
- Carlos Eduardo Ibarra Rolon, Subgerente medicas.
- Doctor Juan Pablo Serrano Pastrana, Subgerente de Servicios Quirúrgicos.
- Doctora Joanna Patricia Palencia, Jefe Oficina Asesora de Desarrollo Institucional
- Jackeline Jaimes Becerra, Subgerente Servicio Mujer e Infancia.

Como invitado permanente del Comité de Calidad, el Doctor Julio Hernán Villabona Vargas, Jefe Oficina Asesora de Control Interno NO asistió al comité Calidad N°. 6

## 2. LECTURA Y APROBACIÓN DEL ORDEN DEL DÍA

Se procede a la lectura de la orden del día, la cual es aprobada por los integrantes del comité presentes, sin ninguna observación, quedando establecida de la siguiente manera:

1. Verificación del Quórum.
2. Lectura y aprobación del orden del día.
3. Aprobación del acta anterior (N°. 5 de 2021).
4. Compromisos pendientes del comité de calidad N°. 5 de 2021.
5. Presentación y análisis de los indicadores de Sistema de Información y Atención al Usuario (SIAU), establecidos en la Resolución 256 de 2016; Indicadores de Satisfacción Global e informe de Petición, Quejas, Reclamos, Sugerencias y/o Felicitaciones correspondientes a los meses de Marzo y Abril de 2021
6. Socialización de los documentos aprobados en el mes de Abril de 2021
7. Propositiones y Varios.

## 3. APROBACIÓN DEL ACTA ANTERIOR (N°. 5 DE 2021)

El acta del Comité de Calidad N° 5 de 2021, fue realizada en la plataforma institucional (ALMERA) y con anterioridad se envió correo electrónico a los integrantes del Comité de Calidad, en el que se solicitaba la lectura y revisión de la misma.

Fue aprobada en Almera por:

- Alvaro Gómez Torrado, Subgerente Servicios Alto Costo.
- Sigifredo Fonseca Gonzales, Subgerente Servicios Apoyo Diagnostico.
- Jhon Mauricio Robles Ramírez, Subgerente Administrativo y Financiero.
- Leydy Andrea Rondon Prada, Jefe oficina Asesora de Calidad.
- Joanna Patricia Palencia, Jefe Oficina Asesora de Desarrollo Institucional

Posteriormente en el comité se someten a consideración a los demas integrantes que no lo aprobaron por la plataforma, esta fue aprobada por unanimidad de votos del comité de calidad.

## 4. COMPROMISOS PENDIENTES DEL COMITÉ DE CALIDAD

No existian compromisos pendientes del comite anterior.

**5. PRESENTACIÓN Y ANALISIS DE LOS INDICADORES DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y ATENCIÓN AL USUARIO (SIAU), ESTABLECIDOS EN LA RESOLUCIÓN 256 DE 2016; INDICADORES DE SATISFACCIÓN GLOBAL E INFORME DE PETICIONES, QUEJAS, RECLAMOS, SUGERENCIA Y/O FELICITACIONES CORRESPONDIENTES A LOS MESES DE MARZO Y ABRIL DE 2021.**

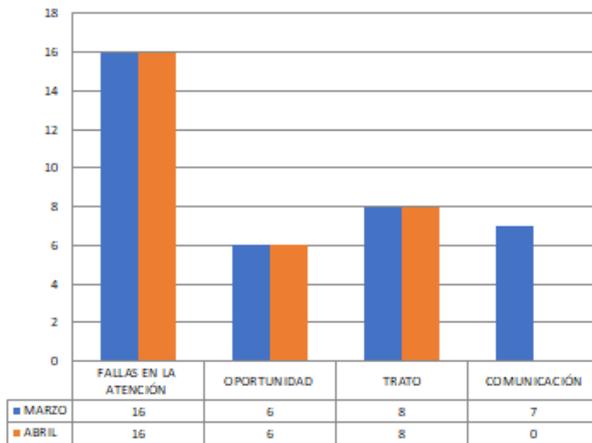


## Causas Atribuibles A Las Quejas

Por una atención en salud  
Humanizada, Segura y Sostenible



CAUSAS ATRIBUIBLES A LAS QUEJAS



**Fallas en la atención de salud.** 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.

**Oportunidad.** Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.

**Accesibilidad.** Es la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud

**Trato:** Trato descortés

**Información Sencilla:** La información se presentará de manera que su capacidad sea comprendida y asimilada por la población.

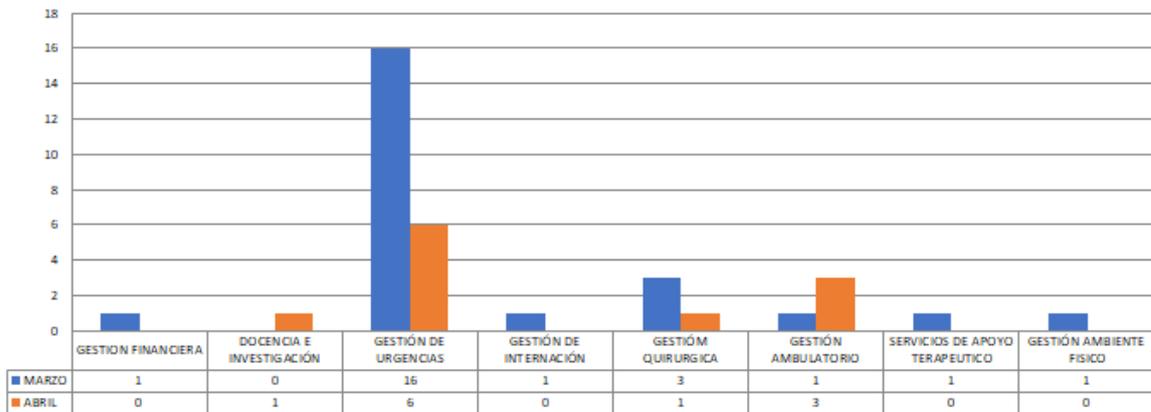
**En una queja o felicitación se pueden presentar una o varias causas**

**Total Quejas 24 Marzo**  
**Total Quejas 11 Abril**



## QUEJAS MESES DE MARZO - ABRIL 2021

Por una atención en salud  
Humanizada, Segura y Sostenible



Total de manifestaciones en el mes de Marzo: 85

Total de manifestaciones en el mes de Abril: 88

Total de quejas y reclamos: 27

Total de quejas y reclamos: 14

## INFORME DE QUEJAS MARZO – ABRIL

PROCESOS	QUEJAS	
	MARZO	ABRIL
<b>MACROPROCESO GESTION FINANCIERA</b>	<b>1</b>	<b>0</b>
Proceso FACTURACION	1	0
<b>MACROPROCESO DOCENCIA, INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN</b>	<b>0</b>	<b>1</b>
Proceso Docencia - Servicio	0	1
<b>MACROPROCESO GESTIÓN DE URGENCIAS</b>	<b>16</b>	<b>6</b>
Proceso Urgencias Adultos	9	6
Proceso Urgencias ginecología	7	0
<b>MACROPROCESO GESTIÓN DE INTERNACIÓN</b>	<b>1</b>	<b>0</b>
Proceso Internación Medicina Interna	1	0

## INFORME DE QUEJAS MARZO – ABRIL

PROCESO	QUEJAS	
	MARZO	ABRIL
<b>MACROPROCESO GESTIÓN QUIRÚRGICA</b>	<b>3</b>	<b>1</b>
Proceso Hospitalización por Cirugía General y Especializada	1	0
Proceso Quirófanos	2	1
<b>MACROPROCESO GESTIÓN AMBULATORIA</b>	<b>1</b>	<b>3</b>
Proceso Consulta externa	1	2
Proceso Vacunación	0	1
<b>MACROPROCESO GESTIÓN DE SERVICIOS DE APOYO TERAPÉUTICO</b>	<b>1</b>	<b>0</b>
Proceso Rehabilitación	1	0
<b>MACROPROCESO AMBIENTE FISICO</b>	<b>1</b>	<b>0</b>
Proceso Servicios básicos	1	0

La profesional **Silvia Melissa Martinez Castellanos**, *Profesional Universitario de Sistema de Información y Atención al Usuario (SIAU) - Oficina Asesora de Calidad* ; procede con la presentación y análisis de los indicadores de SIAU, correspondientes al mes de Marzo y Abril de 2021, en donde inicia con el informe de Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias y/o Felicitaciones; evidenciando que se presentaron 24 y 11 quejas respectivamente, siendo la causa de mayor número de quejas Falla en la atención presento el mayor número de quejas.

En cuanto al proceso que mas quejas es el Gestión de urgencias.



## INFORME DE PQRSF MESES MARZO – ABRIL 2021

Por una atención en salud  
Humanizada, Segura y Sostenible



MANIFESTACIÓN	MARZO	ABRIL
PETICIONES	0	1
QUEJAS	24	11
RECLAMOS	3	3
SUGERENCIAS	6	7
FELICITACIONES	51	66

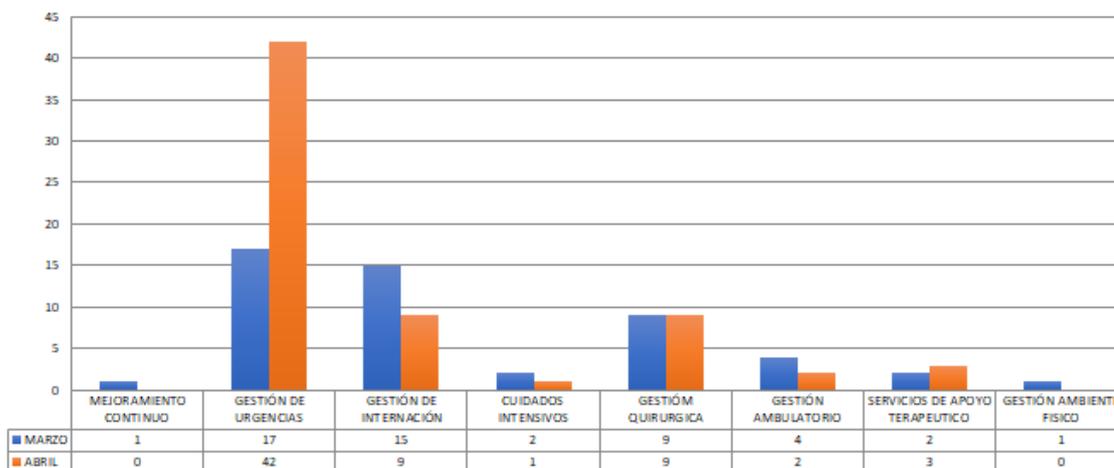


## INFORME DE FELICITACIONES MESES MARZO - ABRIL 2021

Por una atención en salud  
Humanizada, Segura y Sostenible



FELICITACIONES MESES DE MARZO - ABRIL 2021



Felicitaciones Marzo: 51  
Felicitaciones Abril: 66

## INFORME DE FELICITACIONES MARZO – ABRIL 2021

PROCESO	FELICITACIONES	
	MARZO	ABRIL
<b>GESTIÓN DE MEJORAMIENTO CONTINUO</b>	<b>1</b>	<b>0</b>
Proceso Sistema de Información del Usuario	1	0
<b>MACROPROCESO GESTIÓN DE URGENCIAS</b>	<b>16</b>	<b>42</b>
Proceso Urgencias Adultos	16	40
Proceso Urgencias Pediatría	0	1
Proceso Urgencias ginecología	1	1
<b>MACROPROCESO GESTIÓN DE INTERNACIÓN</b>	<b>15</b>	<b>9</b>
Proceso Internación Obstetricia	1	1
Proceso Unidad de Quemados	1	2
Proceso Internación Medicina Interna	7	5
Proceso Internación Pediátrica	6	1
<b>MACROPROCESO GESTIÓN DE CUIDADOS INTENSIVOS</b>	<b>2</b>	<b>1</b>
Proceso Unidad de cuidados intensivos COVID-19	1	0
Proceso Cuidado intermedio pediátrico	0	1
Proceso Cuidados Intensivos Adultos	1	0

## INFORME DE FELICITACIONES MARZO – ABRIL 2021

PROCESO	FELICITACIONES	
	MARZO	ABRIL
<b>MACROPROCESO GESTIÓN QUIRÚRGICA</b>	<b>9</b>	<b>9</b>
Proceso Hospitalización por Cirugía General y Especializada	7	8
Proceso Quirófanos	2	1
<b>MACROPROCESO GESTIÓN AMBULATORIA</b>	<b>4</b>	<b>2</b>
Proceso Oftalmología	0	1
Proceso Oncología	4	1
<b>MACROPROCESO GESTIÓN DE SERVICIOS DE APOYO TERAPÉUTICO</b>	<b>1</b>	<b>3</b>
Proceso Rehabilitación	1	3
Proceso Homocentro	1	0
<b>MACROPROCESO GESTIÓN DE AMBIENTE FÍSICO</b>	<b>1</b>	<b>0</b>
Proceso SERVICIOS BÁSICOS	1	0

En cuanto al informe de felicitaciones se reportaron 51 y 66 para los meses de Marzo y Abril respectivamente, los procesos que más felicitaciones recibieron fueron Gestión de urgencias y Gestión de Internación.



Por una atención en salud  
Humanizada, Segura y Sostenible



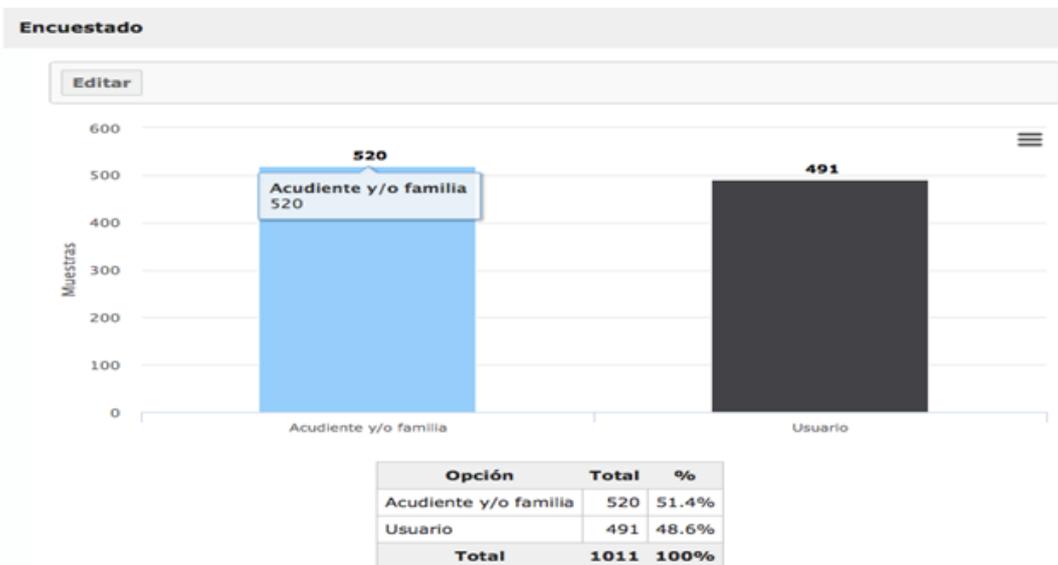
# INFORME SATISFACCIÓN GLOBAL DEL USUARIO

MARZO - ABRIL 2021



## NUMERO DE ENCUESTADOS

Por una atención en salud  
Humanizada, Segura y Sostenible



Marzo: 508  
Encuestados

Meta: 90%

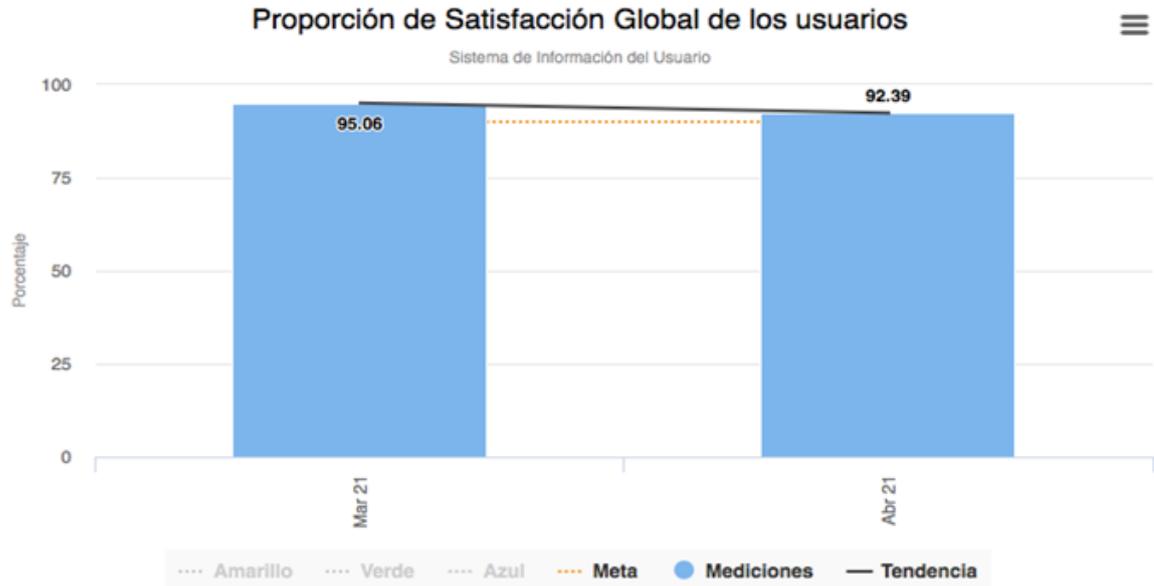
Abril: 503  
Encuestados



Por una atención en salud  
Humanizada, Segura y Sostenible



## PROPORCIÓN SATISFACCIÓN GLOBAL DE LOS USUARIOS ESE HUS



Teniendo en cuenta la Meta: 90% definida por la institución a través de comité de calidad, se evidencia que los 1011 encuestados en todos los servicios ambulatorios y de internación consideran que la meta ha sido superada en los meses de Marzo y Abril de 2021.

- Marzo 2021 : 508 Encuestados 95.06%
- Abril 2021: 503 Encuestados 92.39%



Por una atención en salud  
Humanizada, Segura y Sostenible



# INFORME DE INDICADORES ESTABLECIDOS EN LA RESOLUCIÓN 256 DE 2016

MARZO Y ABRIL 2021



Por una atención en salud  
Humanizada, Segura y Sostenible



### “¿CÓMO CALIFICARÍA SU EXPERIENCIA GLOBAL RESPECTO A LOS SERVICIOS DE SALUD QUE HA RECIBIDO A TRAVÉS DE SU IPS?”

Proporción de Satisfacción Global de los Usuarios en la IPS (Res. 256/2016)



Total de Usuarios encuestados: 101

Fuente: Almera

Número de Usuarios que respondieron muy buena o buena a la pregunta: ¿Cómo calificaría su experiencia global respecto a los Servicios de Salud que ha recibido a través de su IPS?



Por una atención en salud  
Humanizada, Segura y Sostenible



### “¿RECOMENDARÍA A SUS FAMILIARES Y AMIGOS ESTA IPS?”

Proporción de usuarios que recomendaría su IPS a familiares y amigos (Res. 256/2016)



Total de Usuarios encuestados: 101

Fuente: Almera

Número de Usuarios que Definitivamente Si o Probablemente Si a la pregunta: ¿Recomendaría a sus familiares y amigos esta IPS?

Con respecto a los indicadores de la resolución 256/2016 la pregunta ¿Cómo calificaría su experiencia global respecto a los servicios de salud que ha recibido a través de su IPS?; del total de los encuestados más del 98% dan como positiva la experiencia y la siguiente pregunta ¿Recomendaría a sus familiares y amigos esta IPS?; del total de los encuestados el 100 % lo recomendarían.

**6. SOCIALIZACION DE LOS DOCUMENTOS APROBADOS EN EL MES DE ABRIL DE 2021.**

El Ing Mario Alberto Dávila García inicia la presentacion de los documentos que se trabajaron en el mes de Abril e informa que en cuanto a solicitudes llegaron 37; para creacion fueron 34 documentos, 20 de actualización y 4 de eliminación.

En cuanto por tipo de documentos fueron 30 formatos, 6 instructivos, 11 procedimientos, 3 protocolos, 2 programas, 1 guia, 3 guias adaptadas y 1 anexo.

**MES DE ABRIL**

Por una atención en salud  
Humanizada, Segura y Sostenible



MACROPROCESO	PROCESO	N° DOCUMENTOS GESTIONADOS
GESTIÓN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL	COMUNICACIÓN	1
GESTIÓN DE MEJORAMIENTO CONTINUO	GESTIÓN DE CALIDAD	8
	SISTEMA DE INFORMACIÓN Y ATENCIÓN AL USUARIO	1
GESTIÓN DE TALENTO HUMANO	PLANEACIÓN DEL TALENTO HUMANO	3
	INGRESO DEL TALENTO HUMANO	2
MACROPROCESO	PROCESO	N° DOCUMENTOS GESTIONADOS
GESTIÓN DE URGENCIAS	GESTIÓN DE URGENCIAS	2
GESTIÓN DE INTERNACIÓN	HOSPITALIZACIÓN	9
	INFECTOLOGIA	1
GESTIÓN QUIRÚRGICA	GESTIÓN QUIRÚRGICA	1
GESTIÓN DE CUIDADOS INTENSIVOS	GESTIÓN DE CUIDADOS INTENSIVOS	5
GESTIÓN DE SERVICIOS DE APOYO TERAPÉUTICO	FARMACIA	4
	HEMOCENTRO	3
GESTIÓN AMBULATORIA	CONSULTA EXTERNA	2
GESTIÓN DE SERVICIO DE APOYO DIAGNÓSTICO	LABORATORIO CLÍNICO	9
	PATOLOGÍA	5

## MES DE ABRIL

MACROPROCESO	PROCESO	N° DOCUMENTOS GESTIONADOS
GESTIÓN DE AMBIENTE FÍSICO	INFRAESTRUCTURA	1
GESTIÓN JURÍDICA	ADQUISIÓN DE BIENES, SERVICIOS Y OBRAS	1

DOCUMENTOS GESTIONADOS  
58

### 7. PROPOSICIONES Y VARIOS

## Compromisos

### 1 - Presentar propuesta de uniformes para el SIAU

La Jefe Leydy Andrea Rondon y la profesional del SIAU se reunirán para presentar en el proximo comite de calidad la propuesta de los uniformes para los profesionales del SIAU

Responsables: SILVIA MELISSA MARTINEZ CASTELLANOS

Fecha límite: 2021-06-24

## Planeación

### Fecha

Viernes, 15 de Octubre de 2021 / 10:30 AM - 12:00 PM

### Lugar

virtual por plataforma MEET  
Auditorio Joaquín Valderrama

### Asistentes

Nombre	Rol	Cargo	Área/Empresa
EDGAR JULIAN NIÑO CARRILLO		Gerente	Nivel Directivo
JORGE LOZANO VASQUEZ		Médicos Especialistas Cuidados Intensivos Pediátricas	Medicos Especialistas
JULIET PAOLA LIZARAZO DELGADO		Profesional Universitario área salud Enfermería	Profesional Universitario del Área de la Salud
LEYDY ANDREA RONDON PRADA		Jefe Oficina Asesora de Calidad	Nivel Asesor
LUISA DE LA CONCEPCIÓN SALAMANCA GARZÓN			
SILVIA MELISSA MARTINEZ CASTELLANOS		Profesional Universitario SIAU	Profesional Universitario del Área Administrativa
MARISELA MARQUEZ HERRERA		Subgerente de Servicios de Enfermería	Nivel Directivo
JULIO HERNAN VILLABONA VARGAS		Jefe Oficina Asesora de Control Interno	Nivel Asesor

## Desarrollo

### Contenido

#### 1. Verificación del quorum deliberatorio

Se realizó verificación del quorum del comité ordinario del mes de octubre del año 2021, se encuentran de manera virtual 10 miembros del comité, se da inicio con los siguientes integrantes:

- Leydy Andrea Rondón (delegada por el Gerente)
- Leydy Andrea Rondón - jefe Oficina Asesora de Calidad.
- Marisela Márquez - Subgerente de Servicios de Enfermería
- PSI. Lilibian Castro Morato – Representante del COPACO.
- Silvia Melissa Martínez Castellanos - Profesional del SIAU
- Sra. Sandra Patricia Ortiz - Representante COPACO
- Enf. Juliet Paola Lizarazo- Profesional Universitario Enfermería.
- Lilibian Acevedo - Representante de los Usuarios
- Osvaldo Pinzón - Representante de los Usuarios
- Dr. Jorge Lozano - Representante del personal médico

### Inasistencia con Excusa

### Invitados

- Enf. Tania Navarro - coordinadora programa de humanización.
- Ft. Doris Pabón Villamizar- Profesional apoyo Comité Ética hospitalaria.

## 2. Lectura y aprobación del orden del día.

La Enf. Marisela Márquez presenta el orden del día:

1. Verificación del Quorum.
2. Lectura y aprobación del orden del día.
3. Lectura y aprobación del Acta N° 12 y 13
4. Revisión compromisos
5. Análisis posibles casos de vulneración de derechos.
6. Presentación y análisis de los indicadores de SIAU, correspondientes a julio - agosto de 2021
7. Propositiones y varios
8. Cierre semana de Humanización.

Se somete a aprobación por los miembros del comité, este es aprobado de manera unánime.

## 3. Lectura y aprobación del Acta N° 13

La Enf. Marisela Márquez indica que las actas 12 y 13 se encuentran en la plataforma ALMERA y fueron enviadas a los correos de los integrantes del comité el día de hoy, se someten a la aprobación, no existen sugerencias ni modificaciones a las actas por tal motivo se somete a la aprobación por parte de los miembros del comité, y estas son aprobadas por unanimidad

## 4.Revisión compromisos

COMPROMISO	ACTA N°	RESPONSABLE	FECHA LIMITE	% DE CUMPLIMIENTO	AVANCE
Revisar si desde el punto de vista contractual se pueda exigir formación en derechos, violencia sexual y las diferentes violencias.	12	Melissa Martínez Profesional del SIAU.	Octubre		
Enviar cronograma semana de Humanización a los miembros del Comité de Ética Hospitalaria.	12	Tania Navarro Enfermera de Humanización	Octubre	100%	
Enviar comunicado a gerencia sobre las conclusiones determinadas del caso C.A.Z.	13	Marisela Márquez Herrera Secretaria del Comité	5 octubre	100%	

## Revisar si desde el punto de vista contractual se pueda exigir formación en derechos, violencia sexual y las diferentes violencias.

Dentro del avance de esta oportunidad, se verificó que desde el punto de vista de acreditación podríamos solicitarlo, basado en el estándar 43 de PACAS que es relacionado con todo lo de las diferentes violencias, pero tendríamos que hacer todo el tramite administrativo, para que en la siguiente convocatoria este curso sea una exigencia, como es el curso de humanización el de seguridad.

En este momento en el hospital por acreditación solicitamos 3 cursos, humanización, seguridad, atención centrada en el usuario y víctimas de violencia sexual.

La idea es incluir el 5 curso sugerido en el comité anterior, pero este sería para la modificación siguiente, lo que se va a hacer ahorita es motivar a las personas lo hagan, porque la Defensoría del pueblo lo dicta de manera gratuita, mientras se modifica la parte contractual se motivara a las personas para que lo realicen.

### 5. Análisis posibles casos de vulneración de derechos.

Para este comité no hay caso de posible vulneración de derecho

### 6. Presentación y análisis de los indicadores de SIAU, correspondientes a julio - agosto de 2021

La Psi. Silvia Melissa Martínez inicia presentando el Informe de Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias Y/O Felicitaciones.

Las causas atribuibles a estas quejas para el mes de julio fueron:

Fallas en la atención -----14  
 Oportunidad----- 6  
 Trato ----- 4  
 Información----- 5  
 Confort ----- 3  
 Acceso. ----- 1

Par el mes de agosto

Fallas en la atención -----10  
 Oportunidad----- 0  
 Trato ----- 2  
 Información----- 1  
 Confort ----- 2  
 Acceso. ----- 0

Para el mes de julio se tuvo un Total de manifestaciones en el mes: 22

Total, de quejas y reclamos: 20 (13 QUEJAS - 7 RECLAMOS)

Para el mes de agosto se tuvo un Total de manifestaciones en el mes: 25

Total, de quejas y reclamos: 17 (14 QUEJAS - 3 RECLAMOS)

En el mes de julio el proceso de Docencia e investigación tuvo una queja, Gestión de Urgencias 5, gestión internación 2, Gestión quirúrgica 3, gestión ambulatoria 1, servicios de apoyo terapéutico 0, gestión ambiente físico 1.

En el mes de agosto Gestión de Urgencias 2, gestión internación 5, Gestión quirúrgica 2, gestión ambulatoria 4, servicios de apoyo terapéutico 1, gestión ambiente físico 0.

PROCESOS	QUEJAS		
	JULIO	AGOSTO	TOTAL
<b>MACROPROCESO DOCENCIA, INVESTIGACIÓN</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>1</b>
Proceso Docencia - Servicio	1	0	
<b>MACROPROCESO GESTIÓN DE URGENCIAS</b>	<b>5</b>	<b>2</b>	<b>7</b>
Proceso Urgencias Adultos	4	2	
Proceso Urgencias ginecología	1	0	
<b>MACROPROCESO GESTIÓN DE INTERNACIÓN</b>	<b>2</b>	<b>5</b>	<b>7</b>
Proceso Internación Obstetricia	2	0	

Proceso Unidad de Quemados	0	1	
Proceso Internación Medicina Interna	0	3	
Proceso Internación Pediátrica	0	1	

PROCESO	QUEJAS		
	JULIO	AGOSTO	TOTAL
<b>MACROPROCESO GESTIÓN QUIRÚRGICA</b>	3	2	5
Proceso Hospitalización por Cirugía General y Especializada	3	2	
<b>MACROPROCESO GESTIÓN AMBULATORIA</b>	1	4	5
Proceso Consulta externa	1	2	
Proceso Madre Canguro	0	1	
Proceso Vacunación	0	1	
<b>MACROPROCESO GESTIÓN DE SERVICIOS DE APOYO TERAPÉUTICO</b>	0	1	1
Proceso Hemocentro	0	1	
<b>MACROPRCESO GESTION AMBIENTE FISICO</b>	1	0	1
Proceso servicios básicos	1	0	

Referente al informe de felicitaciones julio y agosto 2021 en el mes de julio, gestión de urgencias 34, gestión de internación 17, cuidados intensivos 0, gestión quirúrgica 4, gestión ambulatoria 9, servicio de apoyo terapéutico 2

Para el mes de agosto gestión de urgencias 24, gestión de internación 8, cuidados intensivos 1, gestión quirúrgica 8, gestión ambulatoria 3, servicio de apoyo terapéutico 1

PROCESO			
	JULIO	AGOSTO	TOTAL
<b>MACROPROCESO GESTIÓN DE URGENCIAS</b>	34	24	58
Proceso Urgencias Adultos	27	7	
Proceso Urgencias ginecología	7	17	
<b>MACROPROCESO GESTIÓN DE INTERNACIÓN</b>	17	8	25
Proceso Internación Obstetricia	3	1	
Proceso Internación Medicina Interna	2	4	
Proceso Internación Pediátrica	12	3	
<b>MACROPROCESO GESTIÓN DE CUIDADOS INTENSIVOS</b>	0	1	1
Proceso Cuidados Intensivos Adultos	0	1	
<b>MACROPROCESO GESTIÓN QUIRÚRGICA</b>	4	8	12

Proceso Hospitalización por Cirugía General y Especializada	4	8	
<b>PROCESO</b>	<b>QUEJAS</b>		
	<b>JULIO</b>	<b>AGOSTO</b>	<b>TOTAL</b>
<b>MACROPROCESO GESTIÓN AMBULATORIA</b>	<b>9</b>	<b>3</b>	<b>12</b>
<b>Proceso Consulta externa</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	
<b>Proceso Quimioterapia</b>	<b>6</b>	<b>0</b>	
<b>Proceso Oncología</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	
<b>Proceso Madre Canguro</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	
<b>MACROPROCESO GESTION DE SERVICIOS DE APOYO TERAPÉUTICO</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>3</b>
<b>Proceso Rehabilitación</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	

En algunos comités anteriores hablo respecto a que las quejas se habían incrementado en urgencias, junto con la jefe Marisela se esta realizando un plan piloto, los cuales son los encuentros de empatía, en relación con las quejas afines con el trato a los usuarios, se esta haciendo un plan de mejoramiento.

En cuanto al informe satisfacción global del usuario, dentro de los meses de julio y agosto, los cuales fueron encuestados en julio 504 y agosto 519, para un total de 1023 personas.

En la proporción satisfacción global de los usuarios ESE HUS el mes de julio fue de 92.71 y agosto 94.68

Teniendo en cuenta la Meta: 90% definida por la institución a través de comité de calidad, se evidencia que los 1023 encuestados en todos los servicios ambulatorios y de internación consideran que la meta ha sido superada en los meses de Julio y agosto de 2021.

Referente al informe de indicadores establecidos en la resolución 256 de 2016

“¿CÓMO CALIFICARÍA SU EXPERIENCIA GLOBAL RESPECTO A LOS SERVICIOS DE SALUD QUE HA RECIBIDO A TRAVÉS DE SU IPS?”

Se encuestaron un total de 1023 encuestados, en el mes de julio se tuvo un porcentaje de 98.81 y agosto 99.22.

“¿RECOMENDARÍA A SUS FAMILIARES Y AMIGOS ESTA IPS?”

En el mes de julio 99.80 y agosto de 99.81

La jefe Marisela Márquez indica que en un comité anterior se evidenciaba que urgencias era un servicio que durante la tendencia del año tenía un mayor reporte de quejas, en ese orden de ideas el plan de acción, se enfocó en ese servicio y es una actividad que se llama encuentros de empatía, son 5 encuentros que van a tener los colaboradores, ya hubo el 1 encuentro que fue la sensibilización, cada semana tiene un objetivos y en la ultima semana quedaremos con un compromiso encaminado Asia la sensibilización del cuidado humanizado, es importante resaltar que este plan de trabajo esta vinculado entre la empresa contratista que es DARSALUD y tiene un cargo nuevo por el cual propenden que los colaboradores estén felices desempeñando su labor, y eso se ve reflejado en el cuidado del paciente, también en este trabajo esta la oficina de atención al usuario a cargo de la Dra. Melisa, la jefe Tania líder del programa de humanización y educación de enfermería, estas 4 áreas están trabajando de manera articulada para poder impactar de manera significativa en los

colaboradores y tener un cambio que se evidencie a través del tiempo, como parte de evidencia que debemos tener del trabajo que se hace a través de los indicadores que tenemos.

## **7.Proposiciones y varios**

- El Dr. Jorge Lozano pregunta ¿cómo evoluciono el tema tratado en el comité relacionado con el Dr. Corzo cirujano de mama?

-La jefe Marisela Márquez indica que en estos momentos no se tiene en específico, pero queda como compromiso para el próximo comité el seguimiento a este caso y es muy valida la observación, como comité se debería hacer seguimiento a los casos porque los presentamos, se generan conclusiones, recomendaciones, pero queda esa percepción de que no hubo seguimiento al caso, como propuesta se debe establecer un seguimiento de manera sistemática a los casos.

-El Sr. Osvaldo Pinzón indica que quisiera saber como va el caso del comité anterior.

- La jefe Marisela Márquez refiere que específicamente no tiene esta información sin embargo en el próximo comité, o llamar a la persona encargada del caso para darle la información específica hoy, pero va en la misma línea de la pregunta del Dr. Jorge Lozano y es que relacionamos los casos, se genera un plan de acción, pero el comité no conoce que ha pasado después.

-La jefe Paola Lizarazo indica que a la Dra. Melissa del SIAU le realizaron una auditoria de la secretaria de salud, donde están revisando las actas del comité de Ética, cuando se eligen los representantes tanto del hospital, como del COPACO, como el de los usuarios, ellos quieren que se evidencie en un acto administrativo.

- la Jefe Marisela Márquez indica que cuando se hicieron estas presentaciones, quedo en el acta mas no se mencionó el número de resolución, pero en las diapositivas si se presento y como las diapositivas hacen parte integral del acta, y al verlas ahí no se nos hizo relevante incluirlas en el acta, se sugiere editar el acta en donde solo se modificará el numero de acto administrativo donde la secretaria notifica a través del oficio xxxxx la designación de los nuevos representantes del COPACO, se somete a aprobación por parte del comité la modificación de estas actas, es aprobado de manera unánime.

-El Dr. Jorge Lozano refiere que en cuanto a la presentación de los indicadores del SIAU, actualmente se presentan las cifras, se cuentan la cantidad de PQRSF y se presenta el servicio más sobresaliente, se había quedado era mostrar en la parte relacionado con quejas, que se presentara el carácter de estas quejas, lo mas evidente o hacia donde apuntaba el numero mas sobresaliente de quejas como para caracterizarlas y no quedarnos solo con la cifra y el servicio, de esta manera tener como comité el perfil y la caracterización de los tipos de quejas que están saliendo para poder proponer intervenciones.

La Psi. Melissa Martínez indica que en la primera y segunda diapositiva expuesta se encuentran las causas de las quejas, pero si se requiere de otra manera se debe identificar cual fue la atención prestada y que derivo esta queja y porque se le dio esta causa, seria la forma en que se puede establecer para presentarlo el comité de ética, es decir si en julio hubo 13 quejas y de estas cual fue la causa adjudicada.

Le jefe Marisela Márquez indica que dentro de las fallas de atención cuales son las que mas se resaltan las que se deben presentar.

## **8.Cierre semana de Humanización.**

Se trasladan al Hemocentro en donde se realiza el acto de cierre de la semana se Humanización y para los miembros del comité que asisten de manera virtual se les enviara el link para que puedan acceder a esta actividad.

*Agotado el orden del día y siendo las 11:12 a. m. se da por terminado el comité.*

## Planeación

### Fecha

Martes, 21 de Diciembre de 2021 / 10:30 AM - 12:01 PM

### Asistentes

Nombre	Rol	Cargo	Área/Empresa
EDGAR JULIAN NIÑO CARRILLO		Gerente	Nivel Directivo
JORGE LOZANO VASQUEZ		Médicos Especialistas Cuidados Intensivos Pediátricas	Medicos Especialistas
JULIET PAOLA LIZARAZO DELGADO		Profesional Universitario área salud Enfermería	Profesional Universitario del Área de la Salud
LEYDY ANDREA RONDON PRADA		Jefe Oficina Asesora de Calidad	Nivel Asesor
LUISA DE LA CONCEPCIÓN SALAMANCA GARZÓN			
SILVIA MELISSA MARTINEZ CASTELLANOS		Profesional Universitario SIAU	Profesional Universitario del Área Administrativa
MARISELA MARQUEZ HERRERA		Subgerente de Servicios de Enfermería	Nivel Directivo
JULIO HERNAN VILLABONA VARGAS		Jefe Oficina Asesora de Control Interno	Nivel Asesor

## Desarrollo

### Contenido

#### 1. Verificación del quorum deliberatorio

Se realizó verificación del quorum del comité extraordinario del mes de julio del año 2021, se encuentran de manera virtual 9 miembros del comité, se da inicio con los siguientes integrantes:

- Leydy Andrea Rondón (delegada por el Gerente)
- Leydy Andrea Rondón - jefe Oficina Asesora de Calidad.
- Marisela Márquez - Subgerente de Servicios de Enfermería
- Silvia Melissa Martínez Castellanos - Profesional del SIAU
- PSI. Liliana Castro Morato - Representante COPACO
- Enf. Juliet Paola Lizarazo- Profesional Universitario Enfermería.
- Osvaldo Pinzón - Representante de los Usuarios

### Invitados

- Doris Pabón - Profesional de Apoyo Universitario Oficina de Investigación.
- Enf. Tania Navarro - coordinadora programa de humanización.

### Inasistencia con Excusa

- Dr. Jorge Lozano - Representante del personal médico

## 2. Lectura y aprobación del orden del día.

La Enf. Marisela Márquez presenta el orden del día:

- 1.Verificación de quórum
- 2.Aprobación Del orden del día
- 3.Lectura y aprobación de las Actas N°16 Y 17.
- 4.Revisión de compromisos del acta anterior
- 5.Análisis posibles casos de vulneración de derechos
- 6.Informe Indicadores de PQRSF
- 7 proposiciones Y Varios

Se somete a aprobación el orden del día y es aprobado por unanimidad.

## 3. Lectura y aprobación de las Actas N°16 Y 17.

La Enf. Marisela Márquez indica que las actas 16 y 17 se encuentran en la plataforma ALMERA y fueron enviadas a los correos de los integrantes del comité el día de hoy, se someten a la aprobación, no existen sugerencias ni modificaciones a las actas por tal motivo se somete a la aprobación por parte de los miembros del comité, y estas son aprobadas por unanimidad.

## 4.Revisión de compromisos del acta anterior

COMPROMISO	ACTA N°	RESPONSABLE	FECHA LIMITE	% DE CUMPLIMIENTO	AVANCE
Enviar conclusiones del caso Hija de J C S P a la subgerencia de mujer e infancia.	17	Comité Ética Hospitalaria	30 noviembre 2021	100%	
El SIAU debe realizar una revisión de las causas atribuibles a las quejas para que estas sean más específicas.	09	Melissa Martínez Profesional del SIAU.	Diciembre		Este compromiso será presentado el día de hoy

## **5. Análisis posibles casos de vulneración de derechos**

La jefe Marisela Márquez Herrera reitera la Dra. Silvia Melissa Martínez la importancia de la búsqueda activa en las PQRSF de las posibles vulneraciones de derechos.

## **6. Informe Indicadores de PQRSF**

La Dra. Melissa Martínez realiza la presentación del compromiso indicando que realizo referenciación con la Foscál y el Hospital General de Medellín.

En la ESE HUS contamos con 6 causas atribuibles a las quejas las cuales son:

- Atención
- Confort
- Oportunidad.
- Accesibilidad.
- Trato
- Información

En la referenciación realizada se observa que la Foscál realiza la misma clasificación incluyendo integralidad, y el Hospital General de Medellín se encuentra seguridad del paciente y dentro de los derechos incluye todo lo que nosotros manejamos como causa.

Quedaría reestructurar el cuadro diligenciado por el SIAU el cual es un Excel que incluye, fecha N° de queja, nombre, el piso en que se encontraba el usuario, N° radicado, si clasifica en petición, queja, reclamo, sugerencia o felicitación, nombre del usuario, si fue por EPS, el líder al que le corresponde y la causa a la cual le implementamos esta queja.

De acuerdo a estas referenciaciones se incluirá las causas de seguridad del paciente y portafolio de servicios.

La jefe Marisela Márquez indica que los atributos de la calidad por el ministerio son:

- Accesibilidad
- Oportunidad
- Pertinencia
- Seguridad
- Continuidad

Según esto la propuesta sería eliminar la atención cambiarlo por los otros atributos de la calidad que hacen falta, los cuales serían:

- Pertinencia
- Seguridad- se remite a seguridad del paciente
- Continuidad

Adicional a esto nosotros contamos con trato, información y confort.

El Sr. Osvaldo Pinzón indica que revisando la tabla de referenciación se observa que el HUS no clasifica los derechos.

La Dra. Silvia Melissa Martínez indica que en el HUS si se realiza, que en el documento Excel donde se diligencia las causas atribuibles.

La jefe Marisela Márquez indica que en el ajuste a realizar quede explicito que adicional a la clasificación qué se identifica o evalúa si se vulnero algún derecho.

Esto será presentado en el comité de calidad para ser aprobado por este.

### Referente al Informe Indicadores de PQRSF

La Psi. Melissa Contreras indica que en el mes de septiembre 13 quejas, octubre 7

Fallas en la atención en septiembre 10, oportunidad 0, trato 2, información 1, confort 2.

Fallas en la atención en octubre 16, oportunidad 4, trato 0, información 3, confort 2.

En comités anteriores realizaron la sugerencia de presentar un resumen de las quejas más atribuibles.

QUEJAS	ABSTRAC MESES SEPTIEMBRE - OCTUBRE
1	El día de hoy le pregunte a la auxiliar de la sal el estado de mi bebe y la respuesta de ella fue " i el niño estuviera bien estaría en la casa, no estaría aquí, como siempre le respondo a todas las mamitas que preguntan
2	Me di cuenta que le estaban haciendo terapia respiratoria de forma brusca y la forma que no era muy mala la atención sobre la terapeuta y el paciente estaba incomodo
3	No es clara la información que me dan sobre el estado actual de salud de mi familiar, no todo el mundo entiende por favor deben capacitar a la gente para eso
4	Como es posible que una jefe no sepa para donde va el paciente y que procedimiento qué le van a hacer al paciente. además, la forma de responder a una pregunta del usuario no es la adecuada.
5	No se ha dado una atención digna porque el personal del hospital (jefe de enfermería) se refirió en forma irrespetuosa hacia la compañera sentimental del paciente, expresando que "usted está loca"; - desde el día 2 de octubre no se le ha permitido visita a la compañera sentimental.
6	Tuve cita con el doctor linares fisiatra quien realmente fue muy cruel conmigo, me hizo sentir como si lo que me paso no fuera nada, de por sí literalmente me dijo "que perder los dos dedos no era nada, que esos dedos no servían para nada", yo estoy muy mal al perder mis dos dedos del pie y este señor lo que hace es hacerme sentir como si no hubiera pasado nada....., además ni siquiera puso cuidado a lo que le decía, me duele el pie y no lo puedo afirmar y me hace sentir literalmente que soy un zángano por estar incapacitado y que ya estoy listo para trabajar, que ni siquiera necesito terapias, mi accidente fue por una irresponsabilidad de un conductor, yo no tuve la culpa, perdí mis dos dedos, me siento muy triste y en vez de tener un apoyo por parte del médico, me trata con total indiferencia y crueldad y me hace ver como si no hubiera pasado nada, no sé qué clase de servicio humano presta este doctor.
7	Traje a mi hijo con emergencia vital salió de UCI hace un mes operado de corazón le sacaron vesícula y tiene gastro lleva vomitando 4- recibí la peor atención de parte de la pediatra, son personas que no se ponen en el lugar de nosotros los usuarios.

Dentro de estas quejas el proceso que mas resalto con quejas en el mes de septiembre fue

Gestión de urgencias con 8 y en el mes de septiembre igualmente Gestión de urgencias con 3

Total, de manifestaciones en el mes de septiembre fueron 136, total quejas 13 y reclamos 11  
Total, de manifestaciones en el mes de Octubre: 74, Total de quejas 7 y reclamos 8

De esta forma se especifica las quejas por macroproceso y proceso:

PROCESOS	QUEJAS		
	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	TOTAL
<b>MACROPROCESO GESTIÓN FINANCIERA</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
Proceso Facturación	0	1	
<b>MACROPROCESO GESTIÓN DE URGENCIAS</b>	<b>8</b>	<b>4</b>	<b>12</b>
Proceso Urgencias Adultos	8	3	
Proceso Urgencias Pediatría	0	1	
<b>MACROPROCESO GESTIÓN DE INTERNACIÓN</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>4</b>
Proceso Internación Medicina Interna	1	1	
Proceso Internación Pediatría	2	0	
<b>MACROPROCESO GESTIÓN QUIRÚRGICA</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>1</b>
Proceso Hospitalización por Cirugía General y Especializada	1	0	
<b>MACROPROCESO GESTIÓN AMBULATORIA</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>2</b>
Proceso Consulta externa	0	1	
Proceso Madre Canguro	1	0	

### FELICITACIONES MESES SEPTIEMBRE - OCTUBRE

En el mes de septiembre el macroproceso mas felicitado fue Gestión de Urgencias con 66 felicitaciones, gestión de internación con 19, Gestión quirúrgica 8, gestión ambulatoria 5, gestión de apoyo terapéutico 3 y por último cuidados intensivos 1.

En el mes de octubre el macroproceso más felicitado fue Gestión de Urgencias con 17 felicitaciones, gestión de internación con 9, Gestión quirúrgica 6, gestión ambulatoria 12, gestión de apoyo terapéutico 2.

PROCESO	FELICITACIONES		
	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	TOTAL
<b>MACROPROCESO GESTIÓN DE URGENCIAS</b>	<b>66</b>	<b>17</b>	<b>83</b>
Proceso Urgencias Adultos	61	17	
Proceso Urgencias Pediatría	1	0	
Proceso Urgencias ginecología	4	0	

<b>MACROPROCESO GESTIÓN DE INTERNACIÓN</b>	<b>19</b>	<b>9</b>	<b>28</b>
Proceso Internación Obstetricia	2	0	
Proceso Unidad de Quemados	2	0	
Proceso Internación Medicina Interna	13	6	
Proceso Internación Pediátrica	2	3	
<b>MACROPROCESO GESTIÓN DE CUIDADOS INTENSIVOS</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>1</b>
Proceso Cuidados Intensivos Adultos	1	0	
<b>MACROPROCESO GESTIÓN QUIRÚRGICA</b>	<b>8</b>	<b>6</b>	<b>14</b>
Proceso Hospitalización por Cirugía General y Especializada	7	6	
Proceso Quirófanos	1	0	
<b>MACROPROCESO GESTIÓN AMBULATORIA</b>	<b>5</b>	<b>12</b>	<b>17</b>
Proceso Consulta externa	2	4	
Proceso Vacunación	2	0	
Proceso Oncología	0	8	
Proceso Madre Canguro	1	0	
<b>MACROPROCESO GESTIÓN DE SERVICIOS DE APOYO TERAPÉUTICO</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>5</b>
Proceso Rehabilitación	3	2	

### Referente a Informe Satisfacción Global del Usuario

Proporción satisfacción global de los usuarios ESE HUS fue en el mes de septiembre de 95.08 y en el mes de octubre de 95.54.

El número de encuestados en el mes de septiembre 515 usuarios y en el mes de octubre 513 usuarios, total de encuestados de 1028 dando un cumplimiento del 90% de la meta.

Teniendo en cuenta la Meta: 90% definida por la institución a través de comité de calidad, se evidencia que los 1028 encuestados en todos los servicios ambulatorios y de internación consideran que la meta ha sido superada en los meses de septiembre y octubre de 2021.

- Septiembre 2021: 515 Encuestados 95,08%
- Octubre 2021: 513 Encuestados 95,54%

### INFORME DE INDICADORES ESTABLECIDOS EN LA RESOLUCIÓN 256 DE 2016

Número de Usuarios que respondieron muy buena o buena a la pregunta:

“¿Cómo calificaría su experiencia global respecto a los servicios de salud que ha recibido a través de su IPS?”

Para el mes de septiembre el 99.81 y en octubre 99.80.

Número de Usuarios que Definitivamente Si o Probablemente SI a la pregunta: ¿Recomendaría a sus familiares y amigos esta IPS?  
Para el mes de septiembre el 99.22 y en octubre 99.80.

La Dra. Silvia Melissa Martínez indica que, a partir de las sugerencias, cuando vayamos a dar estos indicadores, vamos a dar la satisfacción global por servicio, esto será en la vigencia 2022.

La jefe Marisela Márquez indica que hay que resaltar que, aunque urgencias el servicio con más quejas, también es el servicio con más felicitaciones, eso se ve relacionado con el número de usuarios que se atiende en el tiempo, me refiero a urgencias adultos, es evidente que urgencias pediátricas y ginecobstetricias, un menor volumen.

### **7.Proposiciones y Varios.**

- la jefe Marisela Marquéz indica que el hospital continua en el proceso de acreditación y que en este momento nos postulamos para la acreditación y en el mes de diciembre se hizo un simulacro de como seria la visita para la auditoria para acreditarnos, y en ese simulacro una de las oportunidades de mejora que nos quedo es fortalecer que todo el mundo conozca los derechos de nuestros usuarios y como estrategia que tenemos es que todos los días se divulgara un derecho y un deber.

El Derecho y el deber del día de hoy es



Teniendo en cuenta que una de las responsabilidades ante el comité es fortalecer por los derechos de los usuarios aprovechando el grupo de whatsapp para realizar la difusión de esto recordando el derecho y deber diario que se esta fortaleciendo.

*Agotado el orden del día y siendo las 12:00 a.m. se da por terminado el comité*

## Planeación

### Fecha

Viernes, 23 de Julio de 2021 / 10:00 AM - 11:10 AM

### Asistentes

Nombre	Rol	Cargo	Área/Empresa
EDGAR JULIAN NIÑO CARRILLO		Gerente	Nivel Directivo
JORGE LOZANO VASQUEZ		Médicos Especialistas Cuidados Intensivos Pediátricas	Medicos Especialistas
JULIET PAOLA LIZARAZO DELGADO		Profesional Universitario área salud Enfermería	Profesional Universitario del Área de la Salud
LEYDY ANDREA RONDON PRADA		Jefe Oficina Asesora de Calidad	Nivel Asesor
LUISA DE LA CONCEPCIÓN SALAMANCA GARZÓN			
SILVIA MELISSA MARTINEZ CASTELLANOS		Profesional Universitario SIAU	Profesional Universitario del Área Administrativa
MARISELA MARQUEZ HERRERA		Subgerente de Servicios de Enfermería	Nivel Directivo
JULIO HERNAN VILLABONA VARGAS		Jefe Oficina Asesora de Control Interno	Nivel Asesor

## Desarrollo

### Contenido

#### 1. Verificación del quorum deliberatorio

Se realizó verificación del quorum del comité extraordinario del mes de julio del año 2021, se encuentran de manera virtual 9 miembros del comité, se da inicio con los siguientes integrantes:

- Leydy Andrea Rondón (delegada por el Gerente)
- Leydy Andrea Rondón - jefe Oficina Asesora de Calidad.
- Marisela Márquez - Subgerente de Servicios de Enfermería
- Ana Patricia Cruz - Representante del COPACO.
- Silvia Melissa Martínez Castellanos - Profesional del SIAU
- Dra. Luisa de la C Salamanca - Representante COPACO
- Enf. Juliet Paola Lizarazo- Profesional Universitario Enfermería.
- Liliana Acevedo - Representante de los Usuarios
- Osvaldo Pinzón - Representante de los Usuarios
- Dr. Jorge Lozano - Representante del personal médico

### Invitados

- Doris Pabón - Profesional de Apoyo Universitario Oficina de Investigación.
- Enf. Tania Navarro - coordinadora programa de humanización.

#### 2. Lectura y aprobación del orden del día.

La Enf. Marisela Márquez presenta el orden del día:

- 1.Verificación de quórum
- 2.Aprobación Del orden del día
- 3.Lectura y aprobación de las Actas N°08 Y 09.
- 4.Revisión de compromisos del acta anterior
- 5.Análisis posibles casos de vulneración de derechos
- 6.Informe Indicadores de PQRSF
- 7 proposiciones Y Varios

La jefe Marisela Márquez indica que no hubo reporte de posible caso de vulneración de derecho, por tal motivo, se solicita modificar el orden del día eliminando este punto.

- 1.Verificación de quórum
- 2.Aprobación Del orden del día
- 3.Lectura y aprobación de las Actas N°08 Y 09.
- 4.Revisión de compromisos del acta anterior
- 5.Informe Indicadores de PQRSF
- 6 proposiciones Y Varios

Se somete a aprobación el orden del día y es aprobado por unanimidad.

### 3. Lectura y aprobación de las Actas N°08 Y 09.

La Enf. Marisela Márquez indica que las actas 8 y 9 se encuentran en la plataforma ALMERA y fueron enviadas a los correos de los integrantes del comité el día de hoy, se someten a la aprobación, no existen sugerencias ni modificaciones a las actas por tal motivo se somete a la aprobación por parte de los miembros del comité, y estas son aprobadas por unanimidad.

### 4.Revisión de compromisos del acta anterior

COMPROMISO	ACTA N°	RESPONSABLE	FECHA LIMITE	% DE CUMPLIMIENTO	AVANCE
Revisión procedimental para mirar el reporte al tribunal de ética médica del caso.	08	Marisela Márquez Herrera Subgerente de Servicios de Enfermería	junio		La jefe Marisela Márquez indica que realizó la consulta al tribunal de ética médica y está a la espera de una respuesta, por tal motivo solicito ampliación de la fecha de culminación del compromiso.
solicitar a la empresa contratista una respuesta clara y de fondo a las acciones a implementar en el caso analizado.	08	Marisela Márquez Herrera Subgerente de Servicios de Enfermería	Junio	100%	Este oficio fue enviado.

Citar Comité extraordinario revisión posible caso de vulneración de derecho	08	Marisela Márquez Herrera Subgerente de Servicios de Enfermería	Junio	Se realiza la invitación al comité y se lleva a cabo el comité extraordinario el día 8 de julio.
---	----	--	-------	--

### 5. Informe Indicadores de PQRSF

La Psi. Melissa Contreras indica que en el segundo trimestre del año se tuvieron en el mes de abril de 11 quejas, mayo 13 y junio 21 quejas.

Fallas en la atención en abril 16, oportunidad 6, trato 8, información 0.

Fallas en la atención en mayo 7, oportunidad 2, trato 7, información 2.

Fallas en la atención en junio 16, oportunidad 2, trato 6, información 2.

Total, de manifestaciones en el mes de abril fueron 22, total quejas y reclamos 14

Total, de manifestaciones en el mes de Mayo: 19, Total de quejas y reclamos: 14

Total, de manifestaciones en el mes de Junio: 31, Total de quejas y reclamos: 26

En el mes de abril se tuvo 1 queja para el proceso de Docencia e investigación, 6 para gestión de urgencias, 3 para gestión ambulatorio.

En el mes de mayo se tuvo 4 quejas para gestión de urgencias, 2 gestión de internación, 1 gestión de cuidados intensivos, 1 gestión quirúrgica, 3 gestión ambulatorio. 1 gestión integral de la información, traslado por competencia 1.

En el mes de junio se tuvo 7 quejas para gestión de urgencias, 4 gestión de internación, 1 gestión de cuidados intensivos, 6 gestión quirúrgica, 1 gestión integral de la información, traslado por competencia 2, servicios de apoyo terapéutico 1.

Los procesos en que fueron instauradas las quejas, dentro del Macroproceso Docencia, Investigación e Innovación, se encuentra el proceso de Docencia Servicio, con 1 queja en el mes de Abril, en gestión de urgencias en total del trimestre tuvieron 17 quejas distribuidas:

Proceso Urgencias Adultos, en abril 6, mayo 3 y junio 6 con un total de 15 quejas.

Proceso Urgencias Pediatría 1 en el mes de mayo.

Proceso Urgencias ginecología 1 en el mes de junio.

PROCESOS	QUEJAS			
	ABRIL	MAYO	JUNIO	TOTAL
<b>MACROPROCESO DOCENCIA, INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>
Proceso Docencia - Servicio	1	0	0	1
<b>MACROPROCESO GESTIÓN DE URGENCIAS</b>	<b>6</b>	<b>4</b>	<b>7</b>	<b>17</b>
Proceso Urgencias Adultos	6	3	6	15
Proceso Urgencias Pediatría	0	1	0	1
Proceso Urgencias ginecología	0	0	1	1
<b>MACROPROCESO GESTIÓN DE INTERNACIÓN</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>6</b>
Proceso Internación Obstetricia	0	0	2	2
Proceso Unidad de Quemados	0	1	0	1
Proceso Internación Medicina Interna	0	1	0	1
Proceso Internación Pediátrica	0	0	2	2
<b>MACROPROCESO GESTIÓN DE CUIDADOS INTENSIVOS</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>2</b>
Proceso Unidad de cuidados intensivos COVID-19	0	1	1	2

PROCESO	QUEJAS			
	ABRIL	MAYO	JUNIO	TOTAL
<b>MACROPROCESO GESTIÓN QUIRÚRGICA</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>6</b>	<b>8</b>
Proceso Hospitalización por Cirugía General y Especializada	0	0	5	5
Proceso Quirófanos	1	1	1	3
<b>MACROPROCESO GESTIÓN AMBULATORIA</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>6</b>
Proceso Consulta externa	2	1	0	3
Proceso Vacunación	1	0	0	1
Proceso Oncología	0	2	0	2
<b>MACROPROCESO GESTIÓN DE SERVICIOS DE APOYO TERAPÉUTICO</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
Proceso Hemocentro	0	0	1	1

<b>MACROPROCESO GESTIÓN INTEGRAL DE LA INFORMACIÓN</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>1</b>
Proceso Estadística	0	1	0	1
<b>TRASLADO POR COMPETENCIA</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>

En cuanto a las felicitaciones en el segundo trimestre

Abril: 66

Mayo: 60

Junio: 49

En gestión de urgencias en el mes de abril 42 felicitaciones, Gestión Internación 9, Gestión de cuidados Intensivos 1, Gestión Quirúrgica 9, Gestión ambulatoria 2, Servicio de apoyo terapéutico 3.

En gestión de urgencias en el mes de mayo 25 felicitaciones, Gestión Internación 12, Gestión de cuidados Intensivos 5, Gestión Quirúrgica 12, Servicio de apoyo terapéutico 4, Gestión integral de la información 2.

En gestión de urgencias en el mes de junio 14 felicitaciones, Gestión Internación 17, Gestión de cuidados Intensivos 2, Gestión Quirúrgica 8, Gestión ambulatoria 4, Servicio de apoyo terapéutico 3, Gestión integral de la información 1.

Para especificar la distribución de las felicitaciones se observa que en el macroproceso de Gestión de Urgencias se recibieron en total en el segundo trimestre 81 felicitaciones de las cuales fueron:

En el Proceso Urgencias Adultos se tuvieron en el mes de abril 40, mayo 23, junio 6 para un total 69 felicitaciones en el segundo trimestre.

En el Proceso Urgencias Pediatría se obtuvo 1 felicitación en el mes de abril.

En el Proceso Urgencias ginecología se tuvieron en el mes de abril 1, mayo 2, junio 8 para un total 11 felicitaciones en el segundo trimestre.

PROCESO	FELICITACIONES			
	ABRIL	MAYO	JUNIO	TOTAL
<b>MACROPROCESO GESTIÓN DE URGENCIAS</b>	<b>42</b>	<b>25</b>	<b>14</b>	<b>81</b>
Proceso Urgencias Adultos	40	23	6	69
Proceso Urgencias Pediatría	1	0	0	1
Proceso Urgencias ginecología	1	2	8	11
<b>MACROPROCESO GESTIÓN DE INTERNACIÓN</b>	<b>9</b>	<b>12</b>	<b>17</b>	<b>38</b>
Proceso Internación Obstetricia	1	2	0	3
Proceso Unidad de Quemados	2	1	1	4
Proceso Internación Medicina Interna	5	5	11	21
Proceso Internación Pediátrica	1	4	5	10
<b>MACROPROCESO GESTIÓN DE CUIDADOS INTENSIVOS</b>	<b>1</b>	<b>5</b>	<b>2</b>	<b>8</b>
Proceso Unidad de cuidados intensivos COVID-19	0	0	1	1
Proceso Cuidado intermedio pediátrico	1	1	0	2
Proceso Cuidados Intensivos Adultos	0	3	0	3
Proceso Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos	0	0	1	1
Proceso Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal	0	1	0	1
<b>MACROPROCESO GESTIÓN QUIRÚRGICA</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>4</b>	<b>6</b>
Proceso Hospitalización por Cirugía General y Especializada	8	12	8	28
Proceso Quirófanos	1	0	0	1
PROCESO	QUEJAS			
	ABRIL	MAYO	JUNIO	TOTAL
<b>MACROPROCESO GESTIÓN AMBULATORIA</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>4</b>	<b>6</b>
Proceso Consulta externa	0	0	1	1
Proceso Oftalmología	1	0	0	1
Proceso Vacunación	0	0	1	1
Proceso Oncología	1	0	2	3
<b>MACROPROCESO GESTIÓN DE SERVICIOS DE APOYO TERAPÉUTICO</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>10</b>

Proceso Rehabilitación	3	2	0	5
Proceso Nutrición	0	1	0	1
Proceso Hemocentro	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>1</b>
<b>MACROPROCESO GESTIÓN INTEGRAL DE LA INFORMACIÓN</b>	0	2	1	3
Proceso Estadística	0	2	1	3

Referente al informe de satisfacción global del usuario

724 el número de encuestados durante el segundo trimestre fueron 1496 personas, 772 familiares y 724 usuarios.

En el mes de abril se encuestaron 503 personas, en mayo 494 personas y en junio 499 personas. Teniendo en cuenta la Meta: 90% definida por la institución a través de comité de calidad, se evidencia que los 1496 encuestados en todos los servicios ambulatorios y de internación consideran que la meta ha sido superada en los meses de abril, mayo y junio de 2021.

- Enero 2021: 503 Encuestados 92.39%
- Febrero 2021: 494 Encuestados 93.15%
- Marzo 2021: 499 Encuestados 93.83%

En cuanto al informe de indicadores establecidos en la resolución 256 de 2016 en el segundo trimestre del 2021 a la pregunta

“¿Cómo calificaría su experiencia global respecto a los servicios de salud que ha recibido a través de su IPS?”

El total de usuarios encuestados fueron 1496.

En abril 98.01%, en mayo 98.18 y en junio 98.60%

“¿Recomendaría a sus familiares y amigos esta IPS?”

En abril 100%

En mayo 98.79%

Y en junio 99.40%

La jefe Marisela Márquez indica que, como observación, ya que, al modificar la observación basada en procesos, se evidencia que urgencias adultas requiere realizar un trabajo ya que se observa que este servicio en las tendencias se mantiene una notoria diferencia a los demás procesos.

En el entendido que las quejas no es que sean malas si no son oportunidades de mejora, pero se ve persistente un reporte hacia este proceso.

En el primer trimestre ¿se evidencio lo mismo en urgencias?

La Psi. Melissa Martínez indica que, en el primer trimestre en los meses de enero, febrero y marzo, el macroproceso de Gestión de urgencias obtuvo 22 quejas.

La jefe Marisela Márquez indica que es claro que urgencias es la puerta de entrada a la atención y la que por decirlo de alguna manera la que sufre o es la que recibe a todas las personas y debe cumplir todas las expectativas de una atención inmediata, frente a otros procesos que ya se ha suplido muchas cosas y cuando se traslada a internación o a UCI al usuario ya se le han realizado procedimientos previamente.

La jefe Leydy Rondón pregunta si ¿se puede identificar las causas de estas quejas?

La psi. Melissa Castellanos indica que esto se puede determinar, pero en cuanto a la presentación al comité se realiza de manera general, las causas más comunes, son fallas en la atención, oportunidad, trato e información, pero sería identificar cuales la causas solamente de urgencias; La jefe Leydy Rondón indica que sería bueno ya que de esta manera podemos verificar donde se realiza la

intervención.

El Dr. Jorge Lozano indica que con respecto a los datos presentados, la pretensión institucional o la cifra meta es global o discriminada, ya que tanto en el sector público como en el privado a pesar de que se hace bien las cosas en general es posible que no se hagan excelente como se quiere, y por más esfuerzo hay personas que no les gusta el servicio, las quejas son inevitables, van a estar siempre presentes, son oportunidades de mejora, pero creo que desde el punto de vista de la acreditación tener una cifra meta, algo que se considere desde el punto de vista institucional, razonable o aceptable para no tener una pretensión desmedida de quejas. ¿esto está definido a nivel institucional, o está distribuido por servicios? ¿esto tiene indicador? La Psi Melissa Martínez refiere que, si hay un indicador de reporte de quejas, pero como tal cuantas quejas se deben registrar cada mes, no está estipulado y se tiene como meta de 90%, pero no hay una relación a que los pacientes instauren quejas, no hay una meta límite de quejas en cada servicio.

El Dr. Jorge Lozano pregunta que si desde el punto de vista técnico es aceptable colocar una cifra meta, que sería cada una de las anotaciones.

La jefa Marisela Márquez indica que estos son indicadores de oportunidad de mejora, que en teoría no debe indicar cuantas quejas deben haber, según la norma y acreditación nos piden que tengamos un buen despliegue como institución diciéndoles a los usuarios que tienen derecho a hacer observaciones, quejas, reclamos, eso es lo primero que piden, pero pueden haber subregistro o subreportes, porque como institución no educamos a las personas para decirnos sus inconformidades y entiendo que la oficina de SIAU una de las funciones que tiene el personal del SIU es educar al usuario e informarlo de todas las formas de realizar manifestaciones, y nos realimenten de esas oportunidades de mejora que ellos evidencian que nosotros tenemos, eso es lo primero, tener mecanismos de escucha, debemos medir en el tiempo desde el momento que se instauro los datos, en el primer tiempo se debe tener un aumento de las quejas, porque se espera que las personas al conocer el mecanismo exprese su opinión.

Posteriormente en la curva, se disminuyan las quejas y aumenten las felicitaciones, es de lógica que no se llegara a 0, y mucho menos urgencia, ya que es el servicio que va a recibir en primera instancia a los usuarios y es la que más pueda tener, pero no podemos aceptar como institución y comité, que en su mayoría las quejas tienen un componente derecho, que son falta de información y las demás causales presentados que estén afectando derechos, por esto se traen al comité.

Esto es un tema de satisfacción, muchas veces lo que planeamos como institución puede que al usuario no le satisfaga las expectativas, lo que no puede suceder en acreditación es que se vea una tendencia y no haga nada al respecto, cuando se observa que en los demás hay una que otra queja, pero en urgencias es todos los meses y un número mayor.

El Dr. Jorge Lozano indica que el hospital ofrece lo que tiene, no siempre se puede ofrecer lo que la gente quiere, ¿cuándo se analizan las quejas, se tiene en cuenta que las quejas pueden proceder de situaciones que el hospital técnica y asistencialmente no puede ofrecer?, no porque no se quieran prestar si no porque quizás no se tienen o se han adquirido. ¿desde el punto de vista operativo la queja está bien definida?

La Psi. Melissa Martínez indica que en el nuevo procedimiento de PQRSF se especifica que es una queja, que es un reclamo, que es una sugerencia y que es una felicitación para no tener discrepancias.

Respecto a la queja es una manifestación de inconformidad que el usuario está presentando, el sistema de información y atención al usuario SIAU como lo manifiesta la jefa Marisela, tratamos de que la manifestación no se convierta en una queja, si no se puede solucionar en el momento al

usuario, sea por el buzón de sugerencias o por el correo, es importante tener claridad, que a partir de esta actualización del procedimiento que nosotros realizamos, ha disminuido el porcentaje de quejas en los servicios, es claro decir que las quejas en urgencias fueron 17, dentro de abril, mayo y junio, es importante también saber que tuvieron 81 felicitaciones, durante estos meses ha venido disminuyendo las quejas y aumentando las felicitaciones, no es que no hayan quejas porque no se han catalogado como tal, se ha podido solucionar con el usuario.

Como el SIAU somos los encargados de clasificar las manifestaciones, las hemos tratado de solucionar como una petición, como sugerencia o reclama para no catalogarla como queja.

En cuanto a las causas atribuibles a la queja, estas pueden tener muchas causas, es decir se pueden hasta tener dos causas, como, por ejemplo, fallas en la atención y que la atención no fue oportuna, las causas que estamos midiendo son, fallas en la atención, oportunidad, trato e información.

El Dr. Jorge Lozano pregunta que ¿los pacientes se quejan de la capacidad instalada? La psi Melissa Martínez indica que no ha habido quejas para esta causa, si existen quejas con más causas como lo es el confort, el equipamiento del hospital.

La jefe Paola Lizarazo refiere que con respecto al informe que se presenta, se tienen las causas de información, ¿qué tipo de información es? ¿Son netamente administrativas, o de diagnóstico o del tratamiento, más específicas las causas, de acuerdo a lo que se presenta?

La Psi. Melissa Martínez indica que las causas que se presentan son, fallas en la atención, trato, oportunidad, información no está específico como lo refiere la jefe Paola.

La jefe Paola Lizarazo pregunta cómo se hace un plan de acción para mitigar esas fallas institucionales en el mejoramiento de la prestación del servicio.

La jefe Marisela Márquez indica que, anteriormente el informa del SIAU de las PQRSF se hacia por subgerencia, al ver por subgerencia se veía dividido, y al cambiarlo para verlo como ahora que es por procesos nos permite llegar a este debate, las presentaciones anteriores no nos permitían esto, lo que significa que estamos generando un cambio cultural hacia la mejora, este es el primer análisis que se esta haciendo al respecto y queda una tarea, de manera respetuosa la sugiero.

Hay que tomar el servicio que tiene más quejas sin indicar que está mal, además porque tiene muchas felicitaciones, se debe hacer un análisis con mas profundidad, para que el servicio pueda revisar que puede mejorar, en la satisfacción del usuario, en el entendido que no vamos a tener un 100% de satisfacción.

La jefe Leydy Rondón indica que no es un número tan alto de quejas, pero si hay que prestar atención, se debe realizar las mejoras continuas, podríamos ver los escritos con el fin de identificar la falla del servicio, con el fin de llegar a las felicitaciones que se ven reflejadas, con el fin de tener una satisfacción del usuario.

El Dr. Jorge Lozano expresa que es claro que hay un número determinado de felicitaciones y de quejas, pero se evidencia que proporcionalmente con el gran volumen que se atiende en urgencias, es un porcentaje de manifestación positiva - negativa, ¿no se puede realizar una búsqueda activa del grado de satisfacción de los usuarios al momento del cierre de la atención institucional por servicios específicos?

La Psi. Melissa Martínez indica que dentro de la encuesta de la satisfacción del usuario se le pregunta si se encuentra satisfecho con los servicios brindados, hay diferentes preguntas que lo llevan a eso, la encuesta de satisfacción es completa, los datos son generados en ALMERA.

Si podemos observar las quejas han disminuido de manera significativa en los 6 meses del año, en un trabajo en conjunto con los procesos y las oficinas y han aumentado las felicitaciones, solo que ha habido un aumento en urgencias, pero no es malo el indicador de las quejas y más aun comparándolo

con el año anterior, porque se les ha dado tramite de otra manera o se ha solucionado en el momento o la hemos catalogado no como una queja sino como una sugerencia, le hemos dado respuesta a partir del SIAU.

La Enfermera Tania Navarro indica que en algunos casos llegan quejas por decirlo de alguna manera "mal intencionadas" donde la persona refiere insatisfacción y se hace la investigación pertinente, sucede que la paciente coloca la queja y en el servicio se está realizando los procedimientos estipulados para brindar la mejor atención siguiendo los protocolos estipulados.

La Psi. Melissa Martínez indica que el SIAU hace la verificación y se llama al usuario y confirman que es un trato de una u otra manera "trato inhumano" se confirma con la llamada telefónica, el procedimiento de PQRSF fue actualizado y se ha venido reestructurando el proceso.

La jefe Marisela Márquez indica que, para finalizar el informe del análisis de las PQRSF, que se concluye de estas observaciones dadas.

El Dr. Jorge Lozano indica que la primera conclusión es que desde que se implemento la herramienta del PQRSF han disminuido el numero de quejas de los servicios en general, la segunda conclusión es que se ha normalizado la definición operativa de la parte sensible que es la queja, pero persisten dudas respecto a la clasificación exacta en los procesos asistenciales en los cuales están involucradas las quejas, se debería describir de manera detallada procesos asistenciales específicos y no en un solo título, hay que individualizar los servicios y hacer acciones específicas.

El Sr. Osvaldo Pinzón indica que conociendo el HUS desde hace 40 años puedo concluir que desde hace 5 años la calidad del servicio a mejorado mucho, la humanización en el hospital es excelente, puedo dar fe que hay buena calidad del servicio, lógicamente no hay todo lo necesario, esto es imposible para cualquier centro de salud, pero con la capacidad instalada del hospital , es un excelente servicio el que se brinda hasta donde se puede, hay muchos usuarios que nos especializamos en colocar quejas o siempre quedar inconforme por cualquier cosa.

La jefe Paola Lizarazo indica que como sugerencia se debe presentar la tendencia que llevan los procesos en quejas.

La jefe Marisela Márquez indica que esto es difícil la tendencia porque anteriormente se presentaba por subgerencias, en el siguiente trimestre podemos ver el acumulado, el próximo año ya se podría hacer comparación con este año.

Finalmente se concluye que por parte del SIAU se debe realizar una revisión de las causas atribuibles a las quejas y sean más específicos.

La jefe Paola Lizarazo indica que establecer un plan de acción o de mejora a corto plazo para mirar cómo se ha mejorado en el tercer trimestre del año.

La psi Melissa Martínez indica que en cada una de las quejas que amerita se hace un plan de mejora, seria revisar los planes de mejora que hace el servicio de urgencias en cada una de las quejas instauradas.

La jefe Marisela Márquez indica que la jefe Paola se refiere es mirar a profundidad las causas, y revisarlas, porque siguen llegando.

## **7.Proposiciones y Varios.**

- la jefe Marisela Marquéz indica que la repuesta emitida por Darsalud referete al caso del SMAD , le realizaron un porceso disciplinario a las personas que supuestamente tuvieron un trato descortes con el integrante del SMAD, sin embargo tendriamos pendiente a una respuesta definitiva, recordemos

que es un inicio de un proceso y esto no significa que haya una conclusión; en aras de proteger los nombres de las personas no publicamos la carta si se debe subir como evidencia al compromiso en la plataforma ALMERA.

-La Dra. Luisa Salamanca indica que el periodo de representante de COPACO termino hace un tiempo, pero le habian solicitado que continuara, mientras realizaban los nuevos nombramientos, hable con la Dra. Amaya y le comente que hasta el día de hoy me encuentro en este cargo del COPACO, agradezco haber compartido tiempo con todos ustedes y fue muy gratificante hacer parte de este equipo.

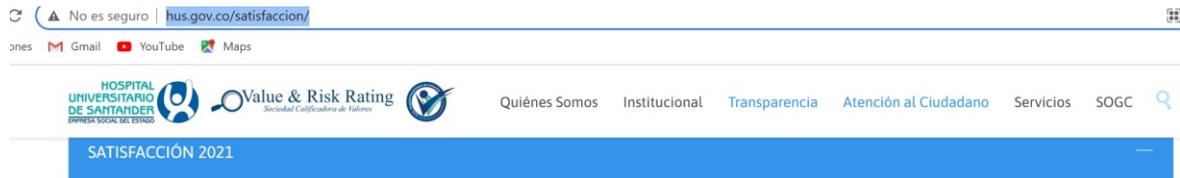
La jefe Marisela Marquez y Cada uno de los miembros del comité agradecen a la Dra. Luisa Salamanca por su participación en el comité durante el tiempo que ejercio el cargo como representante del COPACO.

*Agotado el orden del día y siendo las 11:10 a.m. se da por terminado el comité.*

## PANTALLAZOS PÁG WEB INFORMES PQRSF Y SATISFACCIÓN GLOBAL DEL USUARIO I SEMESTRE 2021

Link de publicación de informes bimestrales de PQRSF y satisfacción global del usuario

<http://www.hus.gov.co/satisfaccion/>



### INFORME DE SATISFACCIÓN AL USUARIO



# PANTALLAZOS PÁG WEB PORTAFOLIO DE SERVICIOS ESE HUS I SEMESTRE 2021

Link de publicación de Portafolio de Servicios por subgerencias

<http://www.hus.gov.co/portafolio-de-servicios/>

The screenshot displays the website for Hospital Universitario de Santander. The browser address bar shows the URL <http://www.hus.gov.co/portafolio-de-servicios/>. The page header includes the hospital's name, a Value & Risk Rating logo, and navigation links such as 'Quiénes Somos', 'Institucional', 'Transparencia', 'Atención al Ciudadano', 'Servicios', and 'SOGC'. The main content area is titled 'Portafolio de servicios' and features six service categories, each with an icon and a list of sub-services:

- Servicios de Apoyo Diagnostico**: Hemocentro, Imagenología, Laboratorio Clínico, Patología.
- Servicios Quirúrgicos**: Especialidades Quirúrgicas, Subespecialidades.
- Servicios a la Mujer y la Infancia**: Ginecología y Obstétrica, Pediatría, Madre Canguro.
- Servicios Ambulatorios y Anon**
- Servicios de Alto Costo**
- Servicios Médicos**

# PANTALLAZOS PÁG WEB TRÁMITES Y SERVICIOS ESE HUS I SEMESTRE 2021

Link de publicación de Trámites y Servicios

<http://www.hus.gov.co/tramites-y-servicios/>

The screenshot shows a web browser displaying the 'Trámites y Servicios' page. The browser's address bar shows 'hus.gov.co/tramites-y-servicios/'. The page header includes the Hospital Universitario de Santander logo, a 'Value & Risk Rating' badge, and navigation links: 'Quiénes Somos', 'Institucional', 'Transparencia', 'Atención al Ciudadano', 'Servicios', and 'SOGC'. The main content area features a vertical list of services, each with a plus sign icon: 'HISTORIA CLÍNICA', 'ASIGNACIÓN DE CITA PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN SALUD', 'RADIOLOGÍA E IMÁGENES DIAGNÓSTICAS', 'CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN', 'DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS', 'ATENCIÓN INICIAL DE URGENCIA', 'CERTIFICADO DE NACIDO VIVO', and 'TERAPIA'. To the right, there is a 'Noticias Recientes' section with several news items, including 'EDICTO EMPLAZATORIO NO.001', 'Circula Externa No. 146', and '¿Por qué Janssen es de una sola dosis mientras el resto de vacunas requieren dos aplicaciones?'. At the bottom right, there is a calendar for July 2021 and a footer with the email 'sistemas@hus.gov.co'.

www.hus.gov.co/edicto-emplazatorio-no-001/