Medellín, febrero de 2023

**E.S.E. HOSPITAL LA MARÍA**
RADICADO No. **I2023-00222**
**CORRESPONDENCIA INTERNA**
**FECHA:** 2023-03-27 09:53:47
**RADICÓ: SOFIA BOTERO RIVERA**

Doctor
**HECTOR JAIME GARRO YEPES**
Gerente
**ESE Hospital La María**
Medellín.

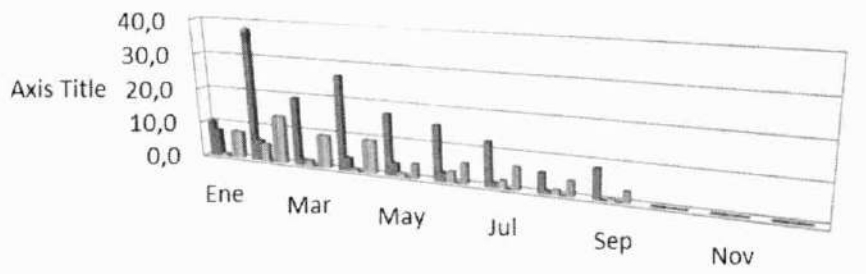
**Asunto**: **Informe PQRSD del Tercer Trimestre 2022**.

Dando cumplimiento al ***Artículo 76 de la Ley 1474 del 12 de julio de 2011***, comedidamente le presento informe de peticiones, quejas, sugerencias, reclamos y felicitaciones, correspondiente al **Tercer Trimestre 2022**, se aclara y se realiza la salvedad que la información suministrada por la **oficina de atención al usuario** presento atraso en el envío de la información requerida debido a que la funcionaria encargada había renunciado y el cargo estaba vacante, esta información fue allegada a la oficina de control interno junto con el informe del **cuarto trimestre de 2022**; para darle cumplimiento a la normatividad a pesar de la extemporaneidad de la información se continua con el protocolo para publicar el informe referido y darle cumplimiento a los informes de ley.

.

**INFORME TERCER TRIMESTRE 2022 DE LAS PETICIONES, QUEJAS, SUGERENCIAS, RECLAMOS Y FELICITACIONES.**

| Mes | P | % Peticiones | Q | % Quejas | R | %Reclamos | S | %Sugerencias | D | %Denuncias | F | %Felicitaciones | TOTAL PQRS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Ene | 94 | 73,4 | 13 | 10,2 | 10 | 7,8 | 1 | 0,8 | 0 | 0,0 | 10 | 7,8 | 128 |
| Feb | 44 | 37,3 | 45 | 38,1 | 7 | 5,9 | 6 | 5,1 | 0 | 0,0 | 16 | 13,6 | 118 |
| Mar | 81 | 68,1 | 23 | 19,3 | 2 | 1,7 | 2 | 1,7 | 0 | 0,0 | 11 | 9,2 | 119 |
| Abr | 83 | 59,7 | 37 | 26,6 | 5 | 3,6 | 1 | 0,7 | 0 | 0,0 | 13 | 9,4 | 139 |
| May | 141 | 73,8 | 33 | 17,3 | 7 | 3,7 | 2 | 1,0 | 0 | 0,0 | 8 | 4,2 | 191 |
| Jun | 137 | 72,9 | 29 | 15,4 | 5 | 2,7 | 6 | 3,2 | 0 | 0,0 | 11 | 5,9 | 188 |
| Jul | 169 | 77,5 | 27 | 12,4 | 3 | 1,4 | 5 | 2,3 | 0 | 0,0 | 14 | 6,4 | 218 |
| Ago | 190 | 88,0 | 12 | 5,6 | 2 | 0,9 | 3 | 1,4 | 0 | 0,0 | 9 | 4,2 | 216 |
| Sep | 199 | 87,7 | 19 | 8,4 | 0 | 0,0 | 2 | 0,9 | 0 | 0,0 | 7 | 3,1 | 227 |




| | Ene | Feb | Mar | Abr | May | Jun | Jul | Ago | Sep | Oct | Nov | Dic |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| % Peticiones | 10,2 | 38,1 | 19,3 | 26,6 | 17,3 | 15,4 | 12,4 | 5,6 | 8,4 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| % Quejas | 7,8 | 5,9 | 1,7 | 3,6 | 3,7 | 2,7 | 1,4 | 0,9 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| %Reclamos | 0,8 | 5,1 | 1,7 | 0,7 | 1,0 | 3,2 | 2,3 | 1,4 | 0,9 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| %Sugerencias | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| %Denuncioas | 7,8 | 13,6 | 9,2 | 9,4 | 4,2 | 5,9 | 6,4 | 4,2 | 3,1 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| %Felicitaciones | 7,8 | 13,6 | 9,2 | 9,4 | | | | | | | | |

Para el tercer trimestre del 2022, se recibieron las siguientes PQRSD, en el mes de julio de 2022 la cantidad fue de 212, para agosto de 216 y septiembre de 227. Siendo en su gran mayoría peticiones.

En el mes de julio llegaron 212 PQRSD, de las cuales 126 fueron por parte de pacientes, 79 por asegurador y 7 por entes de control. La tipología se comporta de la siguiente manera, 172 peticiones, 22 quejas, 11 felicitaciones, 4 sugerencias y 3 reclamos. Nos llegan 181 para savia salud, nos llegan 84 para consulta externa y 70 para cirugía. Por otro lado, de las 212 nos llegan 144 por confirmación de citas.

En el mes de agosto llegan 216 PQRSD de las cuales 124 llegan por parte de pacientes, 85 por asegurador y 7 por entes de control. La mayoría llegan 189 por parte de savia salud. La tipología se comporta de la siguiente manera 190 peticiones, 12 quejas, 9 felicitaciones y 2 reclamos. También se puede notar que la mayoría llegan por correo electrónico y se basan en la confirmación de citas.

En el mes de septiembre se reciben 229 PQRSD, de las cuales 140 llegan por parte de pacientes, 80 por aseguradoras y 9 por entes de control. Nos llegan 153 por inconformidad con la confirmación de las citas. La tipología se comporta de la siguiente manera 201 peticiones, 19 quejas, 7 felicitaciones y 2 sugerencias. De las 229 nos llegan 186 de savia salud.

| Mes | Numerador | Denominador | Valor | Meta |
|---|---|---|---|---|
| Ene | 217 | 128 | 1,7 | 15 |
| Feb | 580 | 118 | 4,9 | 15 |
| Mar | 494 | 119 | 4,2 | 15 |
| Abr | 662 | 139 | 4,8 | 15 |
| May | 800 | 191 | 4,2 | 15 |
| Jun | 635 | 188 | 3,4 | 15 |
| Jul | 582 | 218 | 2,7 | 15 |
| Ago | 415 | 216 | 1,9 | 15 |
| Sep | 224 | 227 | 1,0 | 15 |

Para el Tercer Trimestre 2022 la oportunidad en la respuesta de la PQRSD fue de un promedio de 1,8 días. Lo anterior porque desde el Área de Atención al Usuario al presentarse alguna PQRSD se busca dar respuesta lo más pronto posible, socializando las anteriores con el encargado del Servicio implicado. Buscando así mejorar la satisfacción de los usuarios. Añadiendo que el tiempo máximo respuesta de una PQRSD es de 15 días, podemos observar que la oportunidad en la respuesta a las PQRSDF estuvo por debajo de los 15 días cumpliendo lo preceptuado en el artículo 15 de la Ley 1437 de 2011, con un promedio de 3,7 días de oportunidad de respuesta.

Las quejas que más se presentaron entre los usuarios de los servicios de la Institución, fueron:

- Dificultad para comunicarse telefónicamente con el Hospital.

- Actitud y trato inadecuado de algunos funcionarios.
- Falta de información oportuna.
- Dificultad para comunicarse telefónicamente con el Hospital.
- Demora en la asignación de citas.
- Confirmación de citas.

## SATISFACCIÓN GLOBAL

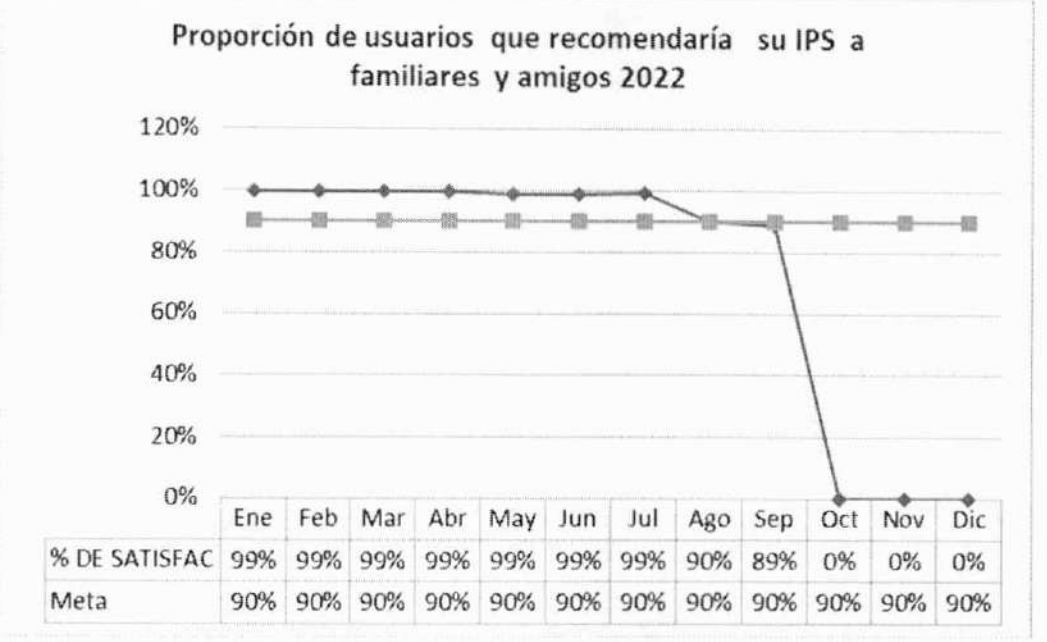
Para el tercer trimestre del año 2022, se realizaron 501 encuestas a usuarios que asistieron a los diferentes servicios de la E.S.E Hospital La María.

Estas encuestas se dividieron en, 206 en el mes de julio, 190 en el mes de agosto y 105 en el mes de septiembre. Teniendo respuestas positivas acerca del hospital un total de 468 de las 501 realizadas, viendo así que el hospital tiene una gran acogida por parte de los usuarios que asisten tanto a consulta externa/servicios ambulatorios como a hospitalización.

Del indicador del proceso Resolución 256 de 2016 ¿Recomendaría a sus familiares y amigos utilizar los servicios de la institución?, En el Tercer Trimestre del 2022 el promedio de porcentaje de satisfacción de acuerdo a la pregunta de si recomendaría la Institución, fue de un 83%.



| Mes | Muy buena | Buena | Regular | Mala | Muy mala | No resp | TOTAL | % DE SATISFAC | Meta |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Ene | 123 | 61 | 1 | 2 | 1 | 0 | 188 | 98% | 95% |
| Feb | 112 | 72 | 3 | 0 | 0 | 1 | 188 | 98% | 95% |
| Mar | 117 | 70 | 1 | 0 | 0 | 0 | 188 | 99% | 95% |
| Abr | 106 | 81 | 0 | 1 | 0 | 0 | 188 | 99% | 95% |
| May | 112 | 74 | 2 | 0 | 0 | 0 | 188 | 99% | 95% |
| Jun | 92 | 94 | 2 | 0 | 0 | 0 | 188 | 99% | 95% |
| Jul | 112 | 92 | 2 | 0 | 0 | 0 | 206 | 99% | 95% |
| Ago | 24 | 147 | 19 | 0 | 0 | 0 | 190 | 90% | 95% |
| Sep | 27 | 61 | 12 | 0 | 0 | 5 | 105 | 84% | 95% |




| | Ene | Feb | Mar | Abr | May | Jun | Jul | Ago | Sep | Oct | Nov | Dic |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| % DE SATISFAC | 99% | 99% | 99% | 99% | 99% | 99% | 99% | 90% | 89% | 0% | 0% | 0% |
| Meta | 90% | 90% | 90% | 90% | 90% | 90% | 90% | 90% | 90% | 90% | 90% | 90% |

Por otro lado, del indicador del proceso Resolución 256 de 2016: ¿Como calificaría su experiencia respecto a los servicios que ha recibido en la institución? En el Tercer Trimestre de 2022 se dio un 83% de satisfacción con respecto con la experiencia de los servicios de la Institución. Lo anterior demuestra que para este trimestre se cumplió con el porcentaje de satisfacción. Aun así, en el momento de la aplicación de las encuestas varios usuarios manifestaron aspectos que se deben mejorar en la Institución.

| | Ene | Feb | Mar | Abr | May | Jun | Jul | Ago | Sep | Oct | Nov | Dic |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| % DE SATISFAC | 98% | 98% | 99% | 99% | 99% | 99% | 99% | 90% | 84% | 0% | 0% | 0% |
| Meta | 95% | 95% | 95% | 95% | 95% | 95% | 95% | 95% | 95% | 95% | 95% | 95% |

| Mes | Muy buena | Buena | Regular | Mala | Muy mala | No resp | TOTAL | % DE SATISFAC | Meta |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Ene | 123 | 61 | 1 | 2 | 1 | 0 | 188 | 98% | 95% |
| Feb | 112 | 72 | 3 | 0 | 0 | 1 | 188 | 98% | 95% |
| Mar | 117 | 70 | 1 | 0 | 0 | 0 | 188 | 99% | 95% |
| Abr | 106 | 81 | 0 | 1 | 0 | 0 | 188 | 99% | 95% |
| May | 112 | 74 | 2 | 0 | 0 | 0 | 188 | 99% | 95% |
| Jun | 92 | 94 | 2 | 0 | 0 | 0 | 188 | 99% | 95% |
| Jul | 112 | 92 | 2 | 0 | 0 | 0 | 206 | 99% | 95% |
| Ago | 24 | 147 | 19 | 0 | 0 | 0 | 190 | 90% | 95% |
| Sep | 27 | 61 | 12 | 0 | 0 | 5 | 105 | 84% | 95% |

Por último, se adjuntan las recomendaciones y sugerencias que realizan las personas que se les aplico las encuestas en este tercer trimestre:
-Muy incómoda la estancia, de domingo a jueves sentada en una silla muy incomoda
-No me dieron buena información en el alta
-No lo recomiendo para realizar cirugia
-No recomiendo al hospital porque me operaron y tengo movilidad reducida me cambiaron del piso 3 al piso 2 donde la cama estaba mala en vez de mejorar la estadia me desmejoraron
-Recomendación: pacientes con tuberculosis e indigentes en la misma habitación mía, considero que estos pacientes deben de estar aislados. -En mi hc me ponen consumidor de marihuana esto es falso, sugiero me corrijan este error
-Me caí en el baño, no me ayudaron a bañar, y se demoraron para recogerme del piso
-El aseo de la habitación muy regular
-Mejorar la gestión de las citas ya que son muy lentas y los canales para pedirlas
-Demasiada espera en urgencias
-Mejorar calidad humana en la atención, en la uci hubo un enfermero que le dijo que estaba "trastornado" se debe mejorar la atención de los enfermeros.

Atentamente,

**LUCY STEFANY SERNA VÉLEZ**
**Líder de la Oficina de Atención al Usuario**
**ESE HOSPITAL LA MARIA**

## RECOMENDACIONES.

1. Seguir trabajando en una cultura del buen servicio en todas las áreas de la institución, en especial en funcionarios y contratistas que tienen contacto permanente con los usuarios. Que nuestros usuarios se sientan tratados con respeto y dignidad.
2. Trabajar mucho con el personal asistencial y de apoyo para que brinden adecuada orientación a los usuarios de nuestros servicios.
3. Hacer rondas administrativas con mayor periodicidad con el fin de detectar fallas que se presenten en los diferentes servicios y corregirlas de inmediato.
4. Revisar los tiempos entre la solicitud y la asignación de citas
5. Realizar plan de mejoramiento a las áreas de cirugía y consulta externa

**Vo.Bo JUAN CARLOS BARREIRO**
**Jefe Oficina de Control Interno**
**ESE HOSPITAL LA MARIA**

Con copia. **Doctor Héctor Jaime Garro Yepes**, gerente.
**Lucy Stefany Serna Velez,** Oficina de Atención al Ciudadano
Maria Manuela Vasco Cadavid – Oficina de Comunicaciones

| | NOMBRE – CARGO | FIRMA | FECHA |
|---|---|---|---|
| PROYECTÓ | Lucy Stefany Serna Vélez- Líder de atención al Usuario | | 16/02/2023 |
| REVISÓ | Richard Uribe Camargo Asesor de apoyo a Control Interno | | 16/02/2023 |
| APROBÓ | Jefe Oficina de Control Interno | | 16/02/2023 |
| Los arriba firmantes, declaramos que hemos revisado el documento y lo encontramos ajustado a las normas y disposiciones legales vigentes, por lo tanto, bajo nuestra responsabilidad lo presentamos para la firma. | | | |