



ACTA No. 04

LUGAR: ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL

FECHA: 28 DE ABRIL DE 2022

HORA INICIAL: 10:00 AM

HORA FINAL: 10:30 AM

ASUNTO: COMITÉ DE ÉTICA HOSPITALARIO - REPORTE MES DE MARZO 2022

PARTICIPANTES:

Nombres y Apellidos	Cargo	En Calidad (**)
Pablo León Puentes Q.	Subdirector Científico	Integrante
Mario Cometta	Coordinador Médico	Integrante
Julieth Steffany Baquero	Trabajadora Social	Integrante
Juana María Salas Díaz	Líder Atención al Usuario (SIAU)	Integrante
Marybel Castaño	Líder Gestión Calidad	Integrante
Maritza Sarrias	Líder de Enfermería	Integrante
José Cediel Sandoval	Líder Humanización	Integrante
Elcira Barreiro	Sistema de Información	Invitada
Maga Lilibiana Arenas	Secretaría de Salud	Integrante
Sixto Rincón	Representante asociación de usuarios	Integrante
Libardo Chacón	Representante asociación de usuarios	Integrante

NOTA: 1. (\*) Tomar los datos de la lista de Asistencia.

NOTA 2. (\*\*) Comisionado e Invitado.

AGENDA DE TRABAJO

1. Verificación del Quorum.
2. Saludo de bienvenida.
3. Lectura y aprobación del acta anterior.
4. Presentación de cumplimiento a compromisos.
5. Desarrollo del tema.
6. Plan de Mejoramiento
7. Fijación de compromisos y tareas para el Comité
8. Cierre del comité

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAÚL</b> <b>GARZÓN - HUILA</b> <b>NIT: 891.180.026-5</b>	<b>Código: D1FO1402</b>
		<b>Versión: 03</b>
	<b>ACTA DE COMITE</b>	<b>Vigencia: 11/02/2021</b>

### 1. VERIFICACIÓN DEL QUORUM.

Siendo aproximadamente las 10:00 de la mañana, se da inicio al comité de Ética y se verifica que los dos integrantes de la Asociación de Usuarios y la delegada de la Secretaria Municipal de Salud estén conectados vía virtual al Comité. Solo (1) delegado de la Asociación de Usuarios se conectó 5 minutos antes de la intervención del SIAU mediante el link dispuesto por el área de calidad y la representante de la Secretaria de Salud me manifestó que no asistir al comité por mala conexión de internet.

### 2. SALUDO DE BIENVENIDA.

El comité es presidido por el Doctor Pablo quien realiza un breve saludo a todos los participantes del comité de Gestión Clínica, agradeciendo la participación de las unidades y el envío oportuno de la información.

### 3. LECTURA Y APROBACIÓN DEL ACTA ANTERIOR.

Se da lectura y aprobación del acta No. 4 correspondiente a la información del periodo del mes de abril de 2022, el cual se aprueba por unanimidad.

### 4. SEGUIMIENTO A COMPROMISOS.

Responsables	Actividad	Estado del compromiso y/o cierre de ciclo
Coordinadora Atención al usuario	Se presentó información con datos que generaron mala calificación en el Furad en el mes de enero del 2022	En reunión el día 19/05/2022 con el Subgerente Doctor Pablo, me manifestó que la oficina del SIAU había tenido baja calificación en dos ítems que no superaba el 50%, por lo que me informa Nicol de planeación que aún no han podido bajar los resultados de la página debido a que se encuentra colapsada, por lo que aún no se puede especificar que puntaje exactamente le dieron al SIAU y cuáles fueron las fallas para así desarrollar el plan de mejoramiento que se requiere para dar cumplimiento, por lo que desde planeación me comunicaron que una vez tuvieran los resultados lo socializábamos con el Subgerente. Sin embargo solicito respetuosamente envíen un grupo de las áreas de calidad, planeación y sistemas para que en compañía del equipo de trabajo del SIAU se pueda verificar la información tanto física como magnética con la que cuenta la oficina del SIAU desde el año 2020 al 2022, debido a que la funcionaria que me dio la inducción ya no se encuentra laborando en la Institución adicionalmente por confiada de mi parte no hicimos acta de entrega formalmente del cargo por lo que yo asumo la responsabilidad de lo sucedido.



#### 5. DESARROLLO:

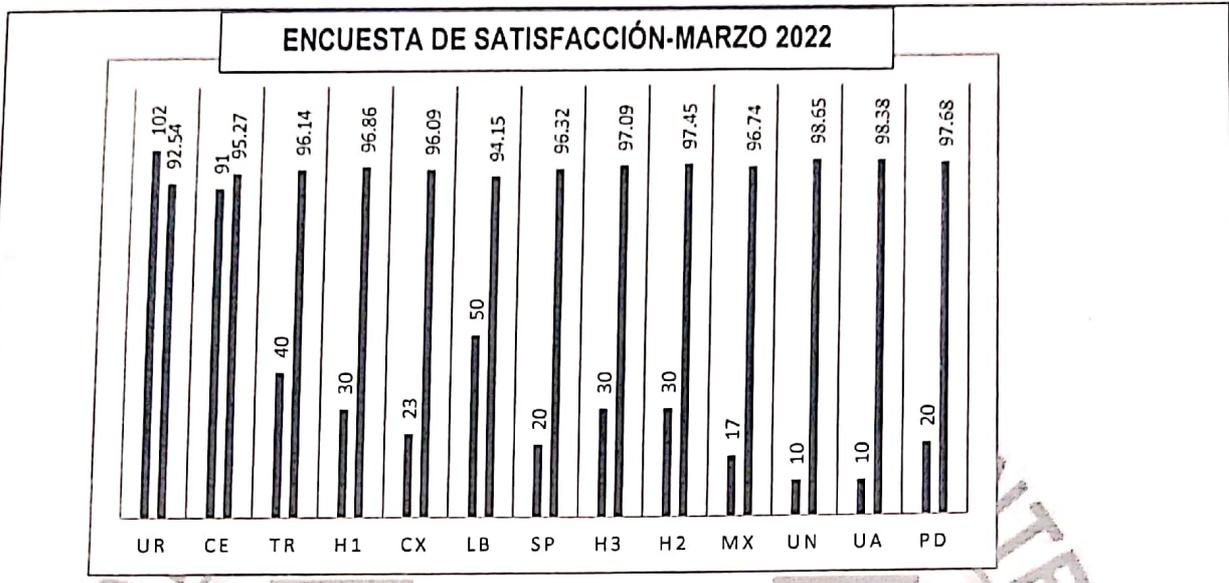
- En el transcurso de marzo se encontraron **once (11)** quejas y **una (1)** sugerencia en el buzón de sugerencias y se recibieron **cuatro (4)** PQR por escrito y **trece (13)** por Correo electrónico resaltando que en su totalidad se emitió la respectiva respuesta en el tiempo establecido por normatividad (15 días hábiles).

#### EL MOTIVO PRINCIPAL DE LAS QUEJAS FUERON LAS SIGUIENTES:

- Inconformidad de funcionarios por mala actitud de un acompañante que no acepta puntualidad en los horarios para cambio de turno. **(H1B)**
- Inconformidad por mala actitud de la auxiliar del servicio de hospitalización. **(H1)**
- Inconformidad con la auxiliar de radiología por demora en el llamado para una ecografía. **(IMÁGENES DIAGNOSTICAS)**
- Inconformidad con algunos funcionarios asistenciales de urgencias por negligencia médica en la atención de un SOAT. **(URGENCIAS)**
- Inconformidad por demora en remisión. **(REFERENCIA)**
- Inconformidad solicitud de asignación de cita con internista. **(CENTRAL DE CITAS)**
- Inconformidad por demora en la atención para exámenes de electrocardiograma. **(CONSULTA EXTERNA)**
- Inconformidad por demora en hacer una cesárea. **(SALA DE PARTOS)**
- Inconformidad por inseguridad de H3 ya que se perdieron 100 mil pesos del bolso de la paciente. **(H3)**
- Inconformidad por la demora en la asignación de cita Medicina Interna. **(CENTRAL DE CITAS)**

#### RESULTADOS ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN POR SERVICIO

- Para el periodo de marzo se realizaron **473** encuestas en los servicios de urgencias (102), consulta externa (91), cirugía (23), HI (30), H2 (30), H3 (30), pediatría (20), sala de partos (20), UA (10), UN (10), imágenes diagnósticas (17), centro de terapias (40) y laboratorio (50), arrojando un porcentaje del **95.37%**.



Es importante tener en cuenta que las encuestas de satisfacción son un mecanismo efectivo para conocer las inconformidades de los usuarios, es por esta razón que aun cuando el porcentaje de satisfacción se encuentre por encima del 90%, se tienen en cuenta las observaciones que son manifestadas por los usuarios con el fin de generar las respectivas acciones encaminadas al mejoramiento continuo.

Por otro lado, según las preguntas reportadas de la resolución 0256 de 2016. Se evidencio lo siguiente:

¿Recomendaría a sus familiares y amigos los servicios del hospital?

Definitivamente si	Probablemente si	Probablemente no	Definitivamente no
<b>414</b>	<b>57</b>	<b>2</b>	<b>0</b>

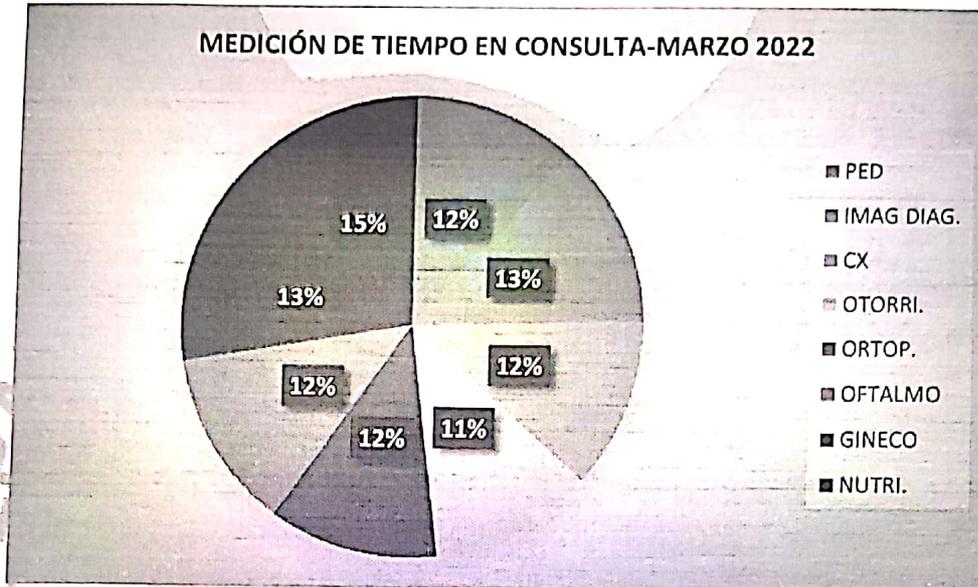
¿Cómo calificaría su experiencia global respecto a los servicios de salud que ha recibido a través del hospital?

Muy Buena	Buena	Regular	Mala	Muy Mala
<b>288</b>	<b>185</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

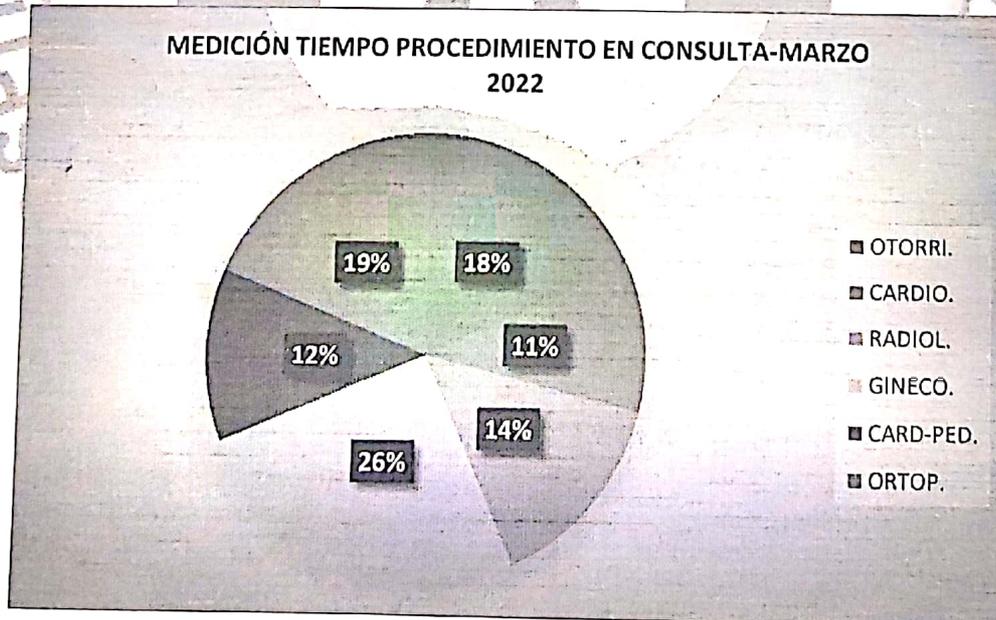


### MEDICIÓN DE TIEMPO – CONSULTAS

Se muestra en gráfica el promedio del tiempo de contacto entre usuario y profesional tratante en la consulta



También, se socializa el promedio del tiempo de contacto entre usuario y profesional tratante en los procedimientos.



	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN VICENTE DE PAÚL</b> <b>GARZÓN - HUILA</b> NIT: 891.180.026-5	Código: D1FO1402
		Versión: 03
	<b>ACTA DE COMITE</b>	Vigencia: 11/02/2021

## 6. PLAN DE MEJORAMIENTO

Se está desarrollando mensualmente charlas de Derechos y Deberes, así como la promoción del trato humanizado en las diferentes áreas.

## 7. FIJACIÓN DE COMPROMISOS Y TAREAS PARA EL MES

No.	Responsables	Descripción del compromiso
1	Gina Marcela Ortiz Calderón	Articular cuando se requiera las PQRs con los diferentes servicios, para dar trámite a las respuestas.

## 8. CIERRE DEL COMITE:

Siendo las 10:30 am, termina la intervención del Comité de Ética con la participación de la oficina del Sistema de Información de Atención al Usuario (SIAU). Posteriormente a las 5:30 pm, se agradece la participación a las áreas que expusieron y se da por terminado el Comité de Gestión de Garantías de la calidad en salud y seguimiento a riesgos.

Elaboró	Revisó	Aprobó
GINA MARCELA ORTIZ CALDERÓN Líder SIAU 	MARYBEL CASTAÑO RODRIGUEZ Líder de mejora continua 	PABLO LEÓN PUENTES QUESADA Subdirector Científico 

Proyectó: Gina Marcela Ortiz Calderón