



HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE ROLDANILLO Empresa Social del Estado	Versión: 1
INFORME DEL PROCESO DE PETICIONES QUEJAS Y RECLAMOS	FOR-SC2-02

INFORME CI: 02	Período: (SEGUNDO SEMESTRE) 2013
Elaboró:	RODRIGO JIMENEZ GUZMAN Asesor de Control Interno
Fecha de entrega del informe: Enero 16 de 2013	

OBJETO Y ALCANCE
<p>INTRODUCCION</p> <p>En razón al cumplimiento del artículo 76 de la ley 1474 de Julio 12 de 2011 la oficina Asesora de Control Interno presenta el informe del segundo semestre de 2013 del proceso de peticiones quejas y reclamos presentadas en lo transcurrido de la vigencia haciendo un análisis de la base de datos suministrada por la oficina de SIAU con el fin de hacer seguimiento y revisión continua y comprobar si los procesos de PQR se les están dando la solución y respuesta oportuna.</p>
<p>OBJETIVO</p> <p>Verificar el cumplimiento de la ley 190 de 1995 artículo 53.</p>
<p>ALCANCE</p> <p>Seguimiento y revisión continua con el fin de comprobar si los procesos de PQR se les dieron la solución y respuesta oportuna en la vigencia del segundo semestre del 2013</p>
<p>MAPA DE PROCESOS</p> <p>El Hospital Departamental San Antonio cuenta con un Manual de Procesos de PQR para el registro de la información y la política de comunicación Institucional, para lo cual cuenta con una muy fortalecida área de Sistema de Atención al Usuario (SIAU) como eje de enlace entre la comunidad y la institución, pues se tiene implementado los procesos para recepción y registro de la información, entre las que tenemos : Ventanilla Única, los buzones de sugerencias, Link en la página WEB del Hospital, encuestas directas a los usuarios sobre la calidad de los servicios prestados, línea telefónica y todas las demás peticiones, necesidades, quejas o reclamos que presentan los usuarios.</p>
<p>ANALISIS DE INDICADORES</p> <p>A este seguimiento y análisis se tomó como punto de referencia la auditoría realizada por la oficina asesora de Control Interno en el mes de Agosto de 2012 en la cual se detectaron las siguientes no conformidades :</p> <ol style="list-style-type: none">1. Respuestas no oportunas a las PQRs de parte de los funcionarios responsables2. Proporción de encuestas telefónicas a usuarios de cirugía. Este indicador no se desarrollo.3. La pagina Web del Hospital no tenía el link específico para PQRs4. Se evidenció que un alto porcentaje de las PQR no fueron tramitadas por otras dependencias.5. La oficina de SIAU No tiene FAX

PROCESO: SIAU PERIODO EVALUADO: ENERO A DICIEMBRE 2013
ANALISIS DE RESULTADOS

Primer semestre

NOMBRE INDICADOR	FORMULA	PERIODICIDAD	RESULTADO	RANGO ACEPTABLE
Proporción de respuesta a QPR.	$\frac{\text{Quejas y reclamos Gestionados}}{37} \times 100$ Quejas y Reclamos Recibidos 40	Mensual	93%	Entre 1 y 15 días hábiles según su clasificación
Buzones de sugerencias	$\frac{\text{No de sugerencias recibidas analizadas}}{25} \times 100$ No de sugerencias recibidas 25	Mensual	100%	90 - 100%
Nivel de satisfacción global	$\frac{\text{No de usuarios satisfechos en las encuestas}}{4005} \times 100$ 100 4331	Trimestral	93%	90 - 100%

INDICADOR 1: Proporción de respuesta a QPR.

La meta de este indicador es del 100% pero el resultado obtenido en el primer semestre fue del 93 %, indicador que no cumplió con la meta, debido a que en el mes de Abril no se dio respuesta a dos quejas, por falta de información y en el mes de Junio QUEDARON en trámite 2 quejas una de Hospitalización y otra de urgencias al resto de las QPR se les dio respuesta oportuna con un término no mayor de 15 días. en el semestre el numero de PQR fueron de 40 discriminadas así.

1 de COSMITE.
 3 de EMSANAR .
 3 de COOMEVA.
 1 de la POLICIA.
 1 de CAPRECOM.
 1 SANITAS.
 4 de CAFESALUD.
 20 de COOSALUD.
 y
 6 de SOS

INDICADOR 2: Buzones de sugerencias

En este indicador el resultado obtenido en el primer semestre se cumplió con el 100% se analizaron las 25 sugerencias extraídas de los buzones, las cuales fueron analizadas con cada uno de los líderes de los servicios con el fin de tomarse las medidas correctivas para evitar futuras demandas

INDICADOR 3: Nivel de satisfacción global

En este indicador el resultado obtenido en el primer semestre se cumplió con el 95% estando dentro del rango Aceptable de calificación. Presentó un punto de más con respecto del primer semestre del año anterior Se cuantifica un 8% de insatisfacción promedio en los Usuarios discriminados en los siguientes servicios: en el primer lugar consulta externa con 16% con , segundo lugar RX y Urgencias con el 14% ,en tercer lugar laboratorio con el 8% y en cuarto lugar P y P con 7 %.

Los resultados de las encuestas están descritos en la carpeta de calidad PIN 2013 SIAU

La oficina de Asesora de Control Interno en cumplimiento de sus funciones formuló recomendaciones pertinentes

Segundo semestre

NOMBRE INDICADOR	FORMULA	PERIODICIDAD	RESULTADO	RANGO ACEPTABLE
Proporción de respuesta a QPR.	$\frac{\text{Quejas y reclamos Gestionados}}{15 \times 100}$ 15 Quejas y Reclamos Recibidos	Mensual	100%	Entre 1 y 15 días hábiles según su clasificación
Buzones de sugerencias	$\frac{\text{No de sugerencias recibidas analizadas}}{25 \times 100}$ No de sugerencias recibidas 25	Mensual	100%	90 - 100%
Nivel de satisfacción global	$\frac{\text{No de usuarios satisfechos en las encuestas}}{3650 \times \frac{100}{3832}}$	Trimestral	95%	90 - 100%

INDICADOR 1: Proporción de respuesta a QPR.

En el segundo semestre se observa un 100% de cumplimiento. Con el resultado de este indicador se evidencia que el plan de mejoramiento tuvo el efecto en los funcionarios responsables para que dieran respuesta a las PQR de forma oportuna.

INDICADOR 2: Buzones de sugerencias

En este indicador el resultado obtenido en el primer semestre se cumplió con el 97%. Para el segundo semestre se tuvo en cuenta la recomendación que realizó control interno en cuanto a la apertura de los buzones que se venían abriendo cada tres meses, realizara cada 15 días.

INDICADOR 3: Nivel de satisfacción global

En este indicador el resultado obtenido en el segundo semestre se cumplió con el 95% estando dentro del rango Aceptable de calificación. SE tuvo en cuenta la recomendación de la Oficina de Control Interno en aplicar las encuestas a los pacientes de primera vez en el servicio.

CONSOLIDADO ANUAL

NOMBRE INDICADOR	FORMULA	PERIODICIDAD	RESULTADO	RANGO ACEPTABLE
Proporción de respuesta a QPR.	$\frac{\text{Quejas y reclamos Gestionados } 89}{\text{Quejas y Reclamos Recibidos } 93} \times 100$	Mensual	95%	Entre 1 y 15 días hábiles según su clasificación
Buzones de sugerencias	$\frac{\text{No de sugerencias recibidas analizadas } 51}{\text{No de sugerencias recibidas } 52} \times 100$	Mensual	99%	90 - 100%
Nivel de satisfacción global	$\frac{\text{No de usuarios satisfechos en las encuestas } 12.703}{100} \times 100$ 13.603	Trimestral	94%	90 - 100%

Al hacer el análisis del consolidado anual se observa que se presentó un buen cumplimiento en los deberes del SIAU que según la ley 190 de 1995 artículo 53 solicita.

INDICADOR 1: Proporción de respuesta a QPR.

Teniendo como observación que se presento un mejoramiento en la oportunidad de las respuestas con respecto del 2012 que del 88% pasó al 95% en el 2013. En el año 2013 el número de PQR presentadas fueron de 55, las queja se discriminaron de la siguiente manera:

- 3 de la Policía
- 9 de SOS
- 3 de Coomeva
- 3 de Cafesalud
- 4 de EMSANAR
- 1 de COSMITE
- 1 de CAPRECOM
- 1 de SANITAS
- 1 de SALUCOOP
- 27 de COOSALUD
- 1 de N.E.P:S

INDICADOR 2: Buzones de sugerencias

En el año 2013 se encontraron 81 sugerencias en los buzones , las cuales fueron socializadas con los respectivos líderes de las aéreas implicadas para que realizaran las acciones de mejoras, con un 99% de acciones correctivas por parte de los Jefes de las diferentes unidades Funcionales.

INDICADOR 3: Nivel de satisfacción global

En el año 2013 el número de encuesta realizadas en las diferentes unidades funcionales fueron de 8163 con un grado de satisfacción del 94% y de insatisfacción el 6% Las aéreas que mas tuvieron sugerencias de los usuarios fueron: en primer lugar Urgencias, en segundo lugar Consulta Externa, en tercer lugar PyP y en cuarto lugar Laboratorio.

En el año 2013 se atendieron en el area de Urgencias 26,585 usuarios de los cuales 1443 se fueron sin ser atendidos por diversos motivos, entre otros porque no se trataba de una urgencia o tenían que esperar más de

una hora. el porcentaje de insatisfacción fue del 5%.

Par el mismo año ingresaron a consulta externa 20054 usuarios quedando 582 sin ser atendidos porque no alcanzaron la consulta %, debido a la dificultad de contratación de personal medico. dando un porcentaje porcentaje de 3% de demanda insatisfecha

Los datos del informe fueron evidenciados en la ficha técnica del indicador en la carpeta de Calidad PIN 2013

DEBILIDADES

- 1- La poca orientación de los usuarios para el uso de los Buzones y demás ayudas disponibles del hospital
- 2- Se sigue evidenciando el incumplimiento a las directrices en lo referente a la atención preferencial de la población más vulnerable.
- 3- Se sigue evidenciando radicación de PQR de parte de los Usuarios por quejas de la atención de los servicios de forma repetitiva.

FORTALEZAS

- 1- El Hospital Departamental San Antonio cuenta con un Manual de Procesos de PQR para el registro de la información y la política de comunicación Institucional
- 2- El Hospital a cumplido con Sistema de Atención al Usuario (SIAU) como eje de enlace entre la comunidad y la institución.
- 3- Se realiza seguimiento de parte de la Oficina de control interno al proceso para recepción y registro de la información que es suministrada por las siguientes fuentes:
 - 5 buzones de sugerencias,
 - Link en la página WEB del Hospital,
 - Encuestas directas a los usuarios sobre la calidad de los servicios prestados,
 - Línea telefónica y
 - Oficina Siau con un Líder de Proceso que da atención personalizada y recepciona algunas peticiones, necesidades, o reclamos que presentan los usuarios.
 - Ventanilla Única recepción de todas las peticiones, quejas o reclamos que presentan los usuarios

RECOMENDACIONES.

- 1- Reforzar a los funcionarios las políticas en el mejoramiento de la atención a los usuarios.
- 2- Recordar a los funcionarios la importancia de dar cumplimiento a la normatividad en fía oportunidad de respuestas a las PQRs
- 3- Solicitar a la oficina de Talento Humano programar en el PIC capacitaciones sobre la Atención al Cliente

CONCLUSIONES:

La oficina Asesora de Control Interno concluye que el Sistema de Quejas y Reclamos del Hospital Departamental San Antonio de Roldanillo ha cumplido con el marco Normativo y misional de la Institución


RODRIGO JIMENEZ GUZMAN
Asesor de Control Interno

Revisó: Hernan Saa Obregon

Cargo: Gerente

Fecha: Enero 16 de 2014


Vo.Bo.