



HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN ANTONIO DE ROLDANILLO
Empresa Social del Estado

Versión:
1

INFORME DEL PROCESO DE PETICIONES QUEJAS Y RECLAMOS

FOR-
SCI2-02

INFORME CI: 01

Período:

(PRIMER SEMESTRE) 2017

Elaboró:

RODRIGO JIMENEZ GUZMAN

Asesor de Control Interno

Fecha de entrega del informe: Julio 31 de 2017

OBJETO Y ALCANCE

INTRODUCCION

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 Primer semestre de 2017 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.

OBJETIVO

Verificar el cumplimiento de la ley 190 de 1995 artículo 53.

ALCANCE

Seguimiento y revisión continua con el fin de comprobar si los procesos de PQRS se les dieron la solución y respuesta oportuna en la vigencia del primer semestre del 2017

MAPA DE PROCESOS

El Hospital Departamental San Antonio cuenta con un Manual de Procesos de PQRS para el registro de la información y la política de comunicación Institucional; la oficina del SIAU es la dependencia que sirve de enlace entre la comunidad y la institución, pues es la encargada de realizar el seguimiento a las respuestas a las PQRS que se presenten por los diferentes medios como son : 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 y línea telefónica y Fax

ANALISIS DE INDICADOR

PROCESO: SIAU PERIODO EVALUADO: ENERO A JUNIO 2017

ANALISIS DE RESULTADOS

Primer semestre

NOMBRE INDICADOR	FORMULA	PERIODICIDAD	RESULTADO	RANGO ACEPTABLE
Proporción de respuesta a QPR.	$\frac{\text{Quejas y reclamos Gestionados}}{52 \times 100}$ Quejas y Reclamos Recibidos 53	Mensual	98%	Entre 1 y 15 días hábiles según su clasificación
Buzones de sugerencias	$\frac{\text{N° de sugerencias recibidas analizadas}}{118 \times 100}$ N° de sugerencias recibidas 118	Mensual	100%	90 - 100%
Nivel de satisfacción global	$\frac{\text{N° de usuarios satisfechos en las encuestas}}{X \times 100}$ N° de encuestados 4013	Trimestral	92%	90 - 100%

INDICADOR 1: Proporción de respuesta a PQRS.

La meta de este indicador es del 100% pero el resultado obtenido en el primer semestre fue del 98%, indicador que cumplió con la meta, solamente no se dio respuesta a 1 queja, al resto de las PQRS se les dio respuesta oportuna con un término no mayor de 15 días. En el semestre el número de total de PQRS fueron de 53 las cuales fueron tratadas en el comité de Control Interno.

En el primer trimestre se suman 34 quejas los motivos más recurrentes tienen que ver con trato inadecuado, información Imprecisa y /o equivocada y demora en la atención, se dio respuesta al total de PQRS en los tiempos oportunos para un resultado de cumplimiento del 100 %

En el segundo trimestre se recibieron 19 quejas distribuidas en las siguientes EPSs:

- Cafesalud: 4
- Coomeva:1
- Ponal:2
- Coosalud :5
- S,O,S. : 1
- Nueva Eps: 3
- 3 PQRS no registran este dato

Consolidando los motivos más frecuentes de las PQRS tienen que ver con : trato inadecuado, Información insuficiente e Insatisfacción en la atención

SE observa que hay una reducción significativa de las PQRS en el segundo trimestre en relación al primer trimestre en un 48%

INDICADOR 2: Buzones de sugerencias

En este indicador el resultado obtenido en el primer semestre se cumplió con el 100% se gestionaron las 118 sugerencias extraídas de los buzones y de las encuestas de satisfacción, las cuales fueron analizadas con cada uno de los líderes de los servicios con el fin de tomarse las medidas correctivas y brindar una buena atención a las necesidades de los usuarios.

INDICADOR 3: Nivel de satisfacción global

En este indicador el resultado obtenido en el primer semestre se cumplió con el 92% estando dentro del rango Aceptable de calificación. Se realizaron un total de de 1881 encuestas, arrojando el siguiente resultado de acuerdo a la percepción de los usuarios en la atención recibida en los diferentes servicios:

UNIDAD FUNCIONAL	USUARIOS ENCUESTADOS	CALIFICACIÓN EXPERIENCIA GLOBAL											
		MUY MALA		MALA		REGULAR		BUENA		MUY BUENA		NO INFORMA	
		#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
ODONTOLOGIA	86	2	2%	0	0%	5	6%	33	38%	46	53%	1	1%
URGENCIAS	94	1	1%	0	0%	7	7%	58	62%	27	29%	1	1%
INTERNACIÓN	147	2	1%	0	0%	5	3%	61	41%	77	52%	2	1%
CIRUGIA	100	0	0%	0	0%	3	3%	60	60%	37	37%	0	0%
LABORATORIO	525	6	1%	1	0%	29	6%	326	62%	158	30%	3	1%
REHABILITACIÓN	129	3	2%	0	0%	0	0%	39	30%	85	66%	2	2%
P Y P	464	9	2%	5	1%	26	6%	272	59%	144	31%	2	0%
C.EXTERNA	274	2	1%	0	0%	22	8%	213	78%	31	11%	6	2%
RX	62	0	0%	0	0%	1	2%	25	40%	34	55%	2	3%
TOTAL	1881	25	0.3%	6	1%	98	5%	1087	58%	639	34%	19	1%

GENERAL	
MUY MALA	1%
MALA	0%
REGULAR	5%
BUENA	58%
MUY BUENA	34%
NO INFORMA	1%

A continuación se relacionan los usuarios satisfechos o insatisfechos por servicios

**CONSOLIDADO DE ENCUESTADOS, SATISFECHOS E INSATISFECHOS POR AREA
PRIMER SEMESTRE 2017**

UNIDAD FUNCIONAL	USUARIOS ENCUESTADOS	USUARIOS SATISFECHOS		USUARIOS INSATISFECHOS	
	#	#	%	#	%
ODONTOLOGÍA	88	87	99%	1	1%
URGENCIAS	125	98	78%	27	22%
INTERNACIÓN	150	146	97%	4	3%
CIRUGIA	110	110	100%	0	0%
LABORATORIO	634	621	98%	13	2%
REHABILITACIÓN	192	189	98%	2	1%
P Y P	553	518	94%	35	6%
C.EXTERNA	324	305	94%	19	6%
RX	58	58	100%	0	0%
TOTAL	2234	2132	95%	101	5%

El primer lugar de satisfacción de los usuarios lo ocuparon el Servicio de Cirugía y Rx con un 100% de satisfacción; el segundo lugar lo ocupa el Servicio odontológico con un 99% de satisfacción, en tercer lugar lo ocupan los servicios de Rehabilitación y Laboratorio con un 98% de satisfacción; el cuarto lugar lo ocupa el servicio de Internación con un 97% de satisfacción, el quinto lugar los servicios de Consulta externa y programas de P y P con el 94% , por último se encuentra el servicio de Urgencias con un bajo porcentaje de satisfacción equivalente al 78%.

Los datos del presente informe fueron sustraídos de los resultados consignados de carpeta de calidad PIN 2017 SIAU y fueron evidenciados en la ficha técnica del indicador en la carpeta de Calidad PIN 2017

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

DEBILIDADES

- 1- Las PQRS deben de tratarse en el Comité de Control Interno.
- 2- Se evidencia poca adherencia de los usuarios a la utilización de la Pagina para reportar las PQRS
- 3- Poca utilización de los Buzones de Sugerencias

FORTALEZAS

- 1- Respuestas oportunas a las PQRS
- 2- Ventanilla Única como recepción de PQRS
- 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 recibe 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- Continuar con el reforzamiento de 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 la oportunidad de respuestas a las PQRS
- 3- Fortalecer la atención prioritaria a la población más vulnerable como son a niños , adultos mayores, población discapacitada y mujeres en embarazo
- 4- Reporte en la página Web de todos los informes que le interesen al cliente interno y externo.

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 con respecto a su respetiva competencia.

RODRIGO JIMENEZ GUZMAN
Asesor de Control Interno

Revisó: MAURICIO SALDARRIGA V.	Vo.Bo.
Cargo: Gerente (I)	
Fecha: Julio 31 de 2017	

El presente informe una vez revisado por la gerencia será subido a la página Web de la Institución.