



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

Periodo:

ENERO – NOVIEMBRE 2017

Elaboró:

RODRIGO JIMENEZ GUZMÁN

Asesor de Control Interno

### 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 consolidado del año 2015 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 Año 2016.

### 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 presentan 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.

### ANALISIS DE INDICADOR

PROCESO: SIAU PERIODO EVALUADO: ENERO - DICIEMBRE 2016

### ANALISIS DE RESULTADOS

NOMBRE INDICADOR	FORMULA	PERIODICIDAD	RESULTADO	RANGO ACEPTABLE
Proporción de respuesta a QPR.	$\frac{\text{Quejas y reclamos Gestionados } 79 \times 100}{\text{Quejas y Reclamos Recibidos } 80}$	Mensual	99%	Entre 1 y 15 días hábiles según su clasificación
Análisis de sugerencias	$\frac{\text{N° de sugerencias recibidas analizadas } 257 \times 100}{\text{N° de sugerencias recibidas } 257}$	Mensual	100%	90 - 100%
Nivel de satisfacción global	$\frac{\text{N° de usuarios satisfechos en las encuestas } 4543 \times 100}{\text{N° de encuestados } 4661}$	Trimestral	97%	90 - 100%

**INDICADOR 1: Proporción de respuesta a PQRS.**

La meta de este indicador es del 100% pero el resultado obtenido en el Año 2017 fue del 99%, RESULTADO QUE CUMPLE con la meta establecida. A las demás PQRS se les dio respuesta oportuna con un término no mayor de 15 días. En el Año 2017 se gestionaron 84 PQRS.

**INDICADOR 2: Análisis de sugerencias**

El resultado obtenido de este indicador en el Año 2017 fue del 100%, resultado que cumple con la meta establecida para el año que es del 100%. Sin embargo, se observa una disminución en las sugerencias con respecto al año anterior.

### INDICADOR 3: Nivel de satisfacción global

En este indicador el resultado obtenido en el año 2016 se cumplió con el 96% estando dentro del rango aceptable de calificación. Se realizaron un total de 4660 encuestas, arrojando un total de 4493 usuarios satisfechos, Se cuantifica un 3% de insatisfacción promedio en los usuarios discriminados en los siguientes servicios.

UNIDAD FUNCIONAL	USUARIOS ENCUESTADOS	USUARIOS SATISFECHOS		USUARIOS INSATISFECHOS	
	#	#	%	#	%
ODONTOLOGIA	183	182	99%	1	1%
URGENCIAS	534	484	91%	50	9%
INTERNACIÓN	302	298	99%	4	1%
CIRUGIA	210	209	100%	1	0%
LABORATORIO	1141	1125	99%	16	1%
REHABILITACIÓN	396	392	99%	3	1%
P Y P	1039	978	94%	61	6%
C.EXTERNA	678	647	95%	31	5%
RX	178	178	100%	0	0%
<b>TOTAL</b>	<b>4661</b>	<b>4493</b>	<b>96%</b>	<b>167</b>	<b>4%</b>

Cuadro comparativo de índice de insatisfacción años 2016 - 2017

SERVICIO	2016	2017
URGENCIAS	20,8%	9%
CONSULTA EXTERNA	5,7%	5%
RAYOS X	9,7%	0%
P&P	4,8%	6%
LABORATORIO	2,3%	1%
INTERNACIÓN	9,3%	1%
ODONTOLOGIA	0,7%	1%
REHABILITACIÓN	1,8%	1%

Los resultados de las encuestas están descritos en la carpeta de calidad PIN 2017 SIAU.

La oficina de Control Interno en cumplimiento de sus funciones formuló las recomendaciones pertinentes para su área.

#### DEBILIDADES

- 1- Se continúa evidenciando que los usuarios dan poca utilización de la página web para reportar las PQRS.
- 2- Poca utilización de los Buzones de Sugerencias.
- 3- Desconocimiento para la utilización de la página Web de la institución.
- 4- Poca capacitación sobre los derechos y deberes a los usuarios.

#### FORTALEZAS

- 1- Se cuenta con Ventanilla Única, Oficina del SIAU y demás servicios que tienen la obligación de realizar la recepción de PQRS.
- 2- El perfil de la Líder del SIAU ha favorecido el manejo de las PQRS.
- 3- Respuestas oportunas a la gran mayoría de las PQRS.

4- Se realiza seguimiento de parte de la Oficina de Control Interno al proceso para recepción y registro de la información presentada mensualmente en el comité de C.I 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 y demás servicios que recepcionan todas las peticiones, quejas o reclamos que presentan los usuarios.


#### RECOMENDACIONES.

- 1- Mejorar la gestión del instrumento en el cual se anotan las sugerencias, indicando fecha y medio por el cual fue recibida dicha sugerencia (Buzón, encuesta, verbal, página web)
- 2- Relacionar la Satisfacción de las respuestas recibidas.
- 3- Realizar clasificación de la QPRS en: queja, reclamo, sugerencia, comentarios positivos, consultas, derechos de petición.
- 4- Relacionar el medio de recepción: Teléfono, página web, personal, buzón de sugerencias y Email.
- 5- Reportar a Control Interno Disciplinario la falta de respuesta a una PQRs por parte de un funcionario.
- 6- Continuar con el reforzamiento de las políticas en el mejoramiento de la atención a los usuarios.
- 7- Recordar a los funcionarios la importancia de dar cumplimiento a la normatividad en la oportunidad de respuestas a las PQRs.
- 8- Relacionar la oportunidad de respuestas de las PQRs.
- 9- Reporte en la página Web de todos los informes que le interesen al cliente interno y externo.
- 10- Solicitar los Planes de mejoramiento al proceso o al funcionario implicado en una queja.
- 11- Tratar las PQRs en el comité de Control Interno.

#### CONCLUSIONES

Dentro de los objetivos principales que se han tenido durante la vigencia del 2017 han sido dar respuestas oportunas e identificar nuevas alternativas para que los usuarios utilicen los medios como la pagina Web, buzones, y las encuestas para que participen activamente en el programa de las PQRs con el fin de buscar e identificar debilidades o/y oportunidades claras de mejora para los procesos institucionales y misionales del Hospital.

La oficina Asesora de Control Interno concluye que el Sistema de Quejas y Reclamos del Hospital Departamental San Antenor de Roldanillo en la vigencia 2017 ha cumplido con el marco Normativo y misional de la Institución con respecto a su respectiva competencia.

  
RODRIGO JIMENEZ GUZMAN  
Asesor de Control Interno

  
Revisó: Mauricio Saldarriaga Vinasco  
Cargo: Gerente