



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) 2012
Elaboró:	RODRIGO JIMENEZ GUZMAN Asesor de Control Interno
Fecha de entrega del informe: Enero 16 de 2012	

OBJETO Y ALCANCE
INTRODUCCION <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 2012 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>
OBJETIVO <p>Verificar el cumplimiento de la ley 190 de 1995 artículo 53.</p>
ALCANCE <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 2012</p>
MAPA DE PROCESOS <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 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>
ANALISIS DE INDICADORES <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
<p>PROCESO: SIAU PERIODO EVALUADO: ENERO A DICIEMBRE 2012 <u>ANALISIS DE RESULTADOS</u></p>

Primer semestre

NOMBRE INDICADOR	FORMULA	PERIODI CIDAD	RESUL TADO	RANGO ACEPTABLE
Proporción de respuesta a QPR.	$\frac{\text{Quejas y reclamos Gestionados}}{30 \times 100}$ Quejas y Reclamos Recibidos 39	Mensual	77%	Entre 1 y 15 días hábiles según su clasificación
Buzones de sugerencias	$\frac{\text{No de sugerencias recibidas analizadas}}{51 \times 100}$ No de sugerencias recibidas 52	Mensual	100%	90 - 100%
Nivel de satisfacción global	$\frac{\text{No de usuarios satisfechos en las encuestas}}{6558 \times \frac{100}{6694}}$	Trimestral	94%	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 77%, indicador que no cumplió con la meta, debido a que los funcionarios responsables de los procesos no dieron respuesta oportuna a las PQR, en la auditoria que realizo control interno, se hizo un compromiso y se formuló el plan de mejoramiento respectivo.

INDICADOR 2: Buzones de sugerencias

En este indicador el resultado obtenido en el primer semestre se cumplió con el 100% se analizaron las sugerencias extraídas de los buzones con cada uno de los jefes de las unidades funcionales para crear estrategias y dar un mejor manejo a las debilidades y amenazas que enfrenta la institución en este tema.

INDICADOR 3: Nivel de satisfacción global

En este indicador el resultado obtenido en el primer semestre se cumplió con el 94% estando dentro del rango Aceptable de calificación. Se cuantifica un 6% de insatisfacción en los Usuarios en los siguientes servicios: en el primer lugar urgencias, segundo consulta externa, tercer laboratorio, cuarto RX.

Los resultados de las encuestas están descritos en la carpeta de calidad PIN 2012 SIAU

La oficina de Asesora de Control Interno en cumplimiento de sus funciones formuló recomendaciones con el fin de promover las acciones de mejoramiento para el segundo semestre encontrándose lo siguiente:

Segundo semestre

NOMBRE INDICADOR	FORMULA	PERIODI CIDAD	RESUL TADO	RANGO ACEPTABLE
Proporción de respuesta a QPR.	$\frac{\text{Quejas y reclamos Gestionados}}{52 \times 100}$ Quejas y Reclamos Recibidos 54	Mensual	96%	Entre 1 y 15 días hábiles según su clasificación

Buzones de sugerencias	<u>No de sugerencias recibidas analizadas</u> 31 X100 No de sugerencias recibidas 32	Mensual	97%	90 - 100%
Nivel de satisfacción global	<u>No de usuarios satisfechos en las encuestas 6145X</u> 100 6,639	Trimestral	93%	90 - 100%

INDICADOR 1: Proporción de respuesta a QPR.

En el segundo semestre se observa un aumento en el indicador que fué del 96% dando cumplimiento a las recomendaciones de Control Interno de notificar a los funcionarios que no cumplieran con este requerimiento. 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. La gran mayoría de las quejas recibidas se debieron al incumplimiento de la entrega de medicamentos por parte de la farmacia de COHOSVAL. Y en el servicio de Urgencias porque se les cobraba la consulta que no eran una urgencia.

Se implemento en la página WEB del Hospital el Link de Quejas y Reclamos, siendo recibida una queja por este medio la cual fue gestionada 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 realizo 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 93% estando dentro del rango Aceptable de calificación. Se observó una disminución no apreciable, justificada en las encuestas muy repetidas a los mismos usuarios en el segundo semestre por lo tanto se debe de crear una nueva estrategia para conocer la satisfacción global a los usuarios.

CONSOLIDADO ANUAL

NOMBRE INDICADOR	FORMULA	PERIODICIDAD	RESULTADO	RANGO ACEPTABLE
Proporción de respuesta a QPR.	<u>Quejas y reclamos Gestionados 89</u> X100 Quejas y Reclamos Recibidos 93	Mensual	88%	Entre 1 y 15 días hábiles según su clasificación
Buzones de sugerencias	<u>No de sugerencias recibidas analizadas 51</u> X100 No de sugerencias recibidas 52	Mensual	98%	90 - 100%
Nivel de satisfacción global	<u>No de usuarios satisfechos en las encuestas 12.703X</u> 100 13.603	Trimestral	93%	90 - 100%

Al hacer el análisis del consolidado anual se observa un buen cumplimiento a la ley 190 de 1995 artículo 53. Teniendo como observación de la afectación del primer indicador por el no cumplimiento a las respuestas de forma oportuna a las PQR del primer semestre. Los datos del informe fueron evidenciados en la ficha técnica del indicador en el FEP carpeta de Calidad PIN 2012

DEBILIDADES

- 1- La poca orientación de los usuarios para el uso de los Buzones
- 2- No se evidencia una política clara para el cumplimiento a las directrices en lo referente a la atención preferencial a la población más vulnerable.
- 3- Aumento de las PQR de parte de los Usuarios.

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 tiene una fortalecida área de Sistema de Atención al Usuario (SIAU) como eje de enlace entre la comunidad y la institución.
- 3- Se tiene implementado los procesos para recepción y registro de la información como:
 - 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- Crear conciencia en todos los funcionarios para que contribuyan en el mejoramiento de la atención a los usuarios.
- 2- La importancia de dar cumplimiento a la normatividad en cuanto a las PQRs en los funcionarios
- 3- Los líderes responsables de los procesos solicitar o dar capacitaciones periódicas 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: RICARDO LOPEZ LOPEZ

Cargo: Gerente

Fecha: Enero 16 de 2013

Vo.Bo.

