 <b>HOSPITAL SAN JOSÉ</b> <i>Juntos mejoramos tu salud</i>	<b>GESTION DEL CONTROL INTERNO</b>	FO-ARH-01
		Versión: 02
		Página 1 de 1

Informe del grupo de apoyo a la oficina Asesora de control interno

ANALISIS DE PQRS.

PROCESO AUDITADO	PQRS
AUDITORES	María Eufracia Sandoval Pino ,María Fernanda Solarte López
OBJETO	Realizar evaluación de las PQRS
ALCANCE	Revisar la información entregada por el área de SIAU
MARCO LEGAL	<p>Resolución 1757 del 1994</p> <p><b>Artículo 4.</b> Servicio de atención a la comunidad. Los niveles de Dirección Municipal, Distrital y Departamental del Sistema General de Seguridad Social en Salud organizarán un servicio de atención a la comunidad, a través de las dependencias de participación social, para canalizar y resolver las peticiones e inquietudes en salud de los ciudadanos. Para el adecuado servicio de atención a la comunidad en salud, se deberá a través suyo:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Velar porque las instituciones prestatarias de servicios de salud, sean públicas, privadas o mixtas, establezcan los mecanismos de atención a sus usuarios y canalicen adecuadamente sus peticiones.</li> <li>2. Atender y canalizar las veedurías ciudadanas y comunitarias, que se presenten en salud, ante la institución y/o dependencia pertinente en la respectiva entidad territorial, sin perjuicio de los demás controles establecidos legalmente.</li> <li>3. Controlar la adecuada canalización y resolución de inquietudes y peticiones</li> </ol>

 <b>HOSPITAL SAN JOSE</b> <i>Juntos mejoramos tu salud</i>	<b>GESTION DEL CONTROL INTERNO</b>	FO-ARH-01
		Versión: 02
		Página 1 de 1

## Informe del grupo de apoyo a la oficina Asesora de control interno

	<p>que realicen los ciudadanos en ejercicio de sus derechos y deberes, ante las empresas promotoras de salud.</p> <p>4. Exigir que las empresas promotoras de salud y las instituciones prestatarias de salud, entreguen información sistematizada periódicamente a las oficinas de atención a la comunidad o a quienes hagan sus veces, de los niveles departamentales, distritales y municipales.</p> <p>5. Garantizar que las empresas promotoras de salud y las instituciones prestadoras de los servicios de salud, tomen las medidas correctivas necesarias frente a la calidad de los servicios.</p> <p>6. Elaborar los consolidados de las inquietudes y demandas recibidas, indicando las instituciones y/o dependencias responsables de absolver dichas demandas y la solución que se le dio al caso, con el fin de retroalimentar el servicio de atención a la comunidad.</p> <p><b>Norma Técnica NTC-ISO Colombiana 9000 Satisfacción, Reclamos y Quejas de Clientes</b> le ayuda a gestionar las quejas y reclamaciones de los clientes con más eficacia. Una buena gestión de estos temas puede conducir a niveles de satisfacción más altos y a una mejor reputación de la entidad</p>
--	---

 <b>HOSPITAL SAN JOSE</b> <i>Juntos mejoramos tu salud</i>	<b>GESTION DEL CONTROL INTERNO</b>	<b>FO-ARH-01</b>
		<b>Versión: 02</b>
		<b>Página 1 de 1</b>

**Informe del grupo de apoyo a la oficina Asesora de control interno**

	<p>Resolución 2082 del 2014: Ejes trazadores en el Sistema Único de Acreditación en Salud. Los procesos del Sistema Único de Acreditación en Salud se fundamentarán en los siguientes ejes trazadores •</p> <p>Atención centrada en el usuario de los servicios de salud, cuya meta es identificar, satisfacer y exceder sus expectativas y necesidades.</p> <p>Proceso de transformación cultural permanente, cuya meta es lograr compromiso en la atención con calidad por parte de las entidades y personal que allí labore y el aporte al desarrollo sostenible con un comportamiento ético y transparente.</p>
	<p><b>RESOLUCIÓN 1445 DE 2006: Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario Colombia: Estándar 47. Código: (AsEV2)</b> La organización tiene un proceso estandarizado que monitoriza sistemática y periódicamente los comentarios de los usuarios manifestados como sugerencias, solicitudes personales, felicitaciones, quejas y reclamos de los usuarios y cuenta con un mecanismo para responder en forma oportuna y efectiva y retroalimentar al personal de la institución sobre el comportamiento o tendencia del proceso y la intervención implementada para su mejoramiento. Incluye: 5 4 3 2 1</p>

**Informe del grupo de apoyo a la oficina Asesora de control interno**

	<p>Criterios: • Consolidación, análisis y formulación e implementación de acciones de mejoramiento. • Conocimiento del proceso por todas aquellas personas que tienen contacto directo con público. • Capacitación sobre los cambios y el mejoramiento realizados. • Indicadores de oportunidad y efectividad en las respuestas.</p> <p>Resolución interna del HUSJ # 182 DEL 2010,, por la cual se adopta los deberes y derechos de los pacientes , Código de ética , formato de quejas y reclamos</p>
FECHA DE AUDITORIA	Inicio: 7 de Mayo de 2018 a 28 de Julio de 2018
METODOLOGIA	Solicita información al SIAU de indicadores y los formatos
CRITERIOS DE AUDITORIA	Verificar la evidencia

**CONSOLIDADO SEGUNDO TRIMESTRE del 2018 DE PQRS, POR SERVICIO**

SERVICIO	QUEJAS	SUGERENCIAS Y PETICIONES	FELICITACIONES	PLANES DE MEJORA
URGENCIAS	60	13	11	60
QUIRURGICAS 1	3	3	34	3
QUIRURGICAS 2	1	1	39	1
MEDICAS	3	4	54	3
GINECOLOGIA	1	1	7	1
GINECOLOGIA URGENCIAS	0	0	0	0
HUSJ	0	2	10	0
PEDIATRIA	2	0	34	2
TRAUMATOLOGIA	2	2	54	2
CIRUGIA AMBULATORIA	13	4	17	13

**Informe del grupo de apoyo a la oficina Asesora de control interno**

QUEMADOS	0	0	14	0
UCIP	0	1	21	0
NEONATOS	4	1	6	4
CONSULTA EXTERNA	22	4	4	22
LABORATORIO CLINICO	0	0	1	0
FACTURACION	3	0	0	3
HUMANIZACION	0	0	0	0
ECONOMATO	4	1	0	4
ONCOLOGIA	0	1	33	0
REHABILITACIÓN	2	3	2	2
URGENCIAS PEDIATRIA	0	0	1	0
SERVAGRO	4	2	0	4
MEDICOQUIRURGICAS1	3	3	69	3
UCINT	0	0	17	0
MAMA CANGURO	0	0	0	0
COMITE DE CURACIONES	0	0	0	0
UNIDAD MENTAL	3	1	0	3
MEDICOQUIRURGICAS2	1	2	36	1
BANCO DE SANGRE	1	0	0	1
SINRAOEMPUH	6	0	0	5
UCI	0	0	2	0
TRABAJO SOCIAL	1	0	0	1
ALGESIOLOGIA	1	0	1	1
ENDOSCOPIA	2	0	16	2
FARMACIA	3	1	0	3
IMAGENOLOGIA	3	1	1	3
SINDESCA	1	0	0	1
SIT SALUD	2	0	0	2
SAIRENA	1	0	0	1
<b>GRAN TOTAL</b>	<b>152</b>	<b>51</b>	<b>484</b>	<b>151</b>

## Informe del grupo de apoyo a la oficina Asesora de control interno

### CONSOLIDADO DE PQRS DEL SEGUNDO TRIMESTRE DEL 2018

Formatos	Abril	Mayo	Junio	Total	Porcentaje
<b>Quejas</b>	51	62	39	152	22.12%
<b>Sugerencias</b>	20	21	10	51	7.45%
<b>Felicitaciones</b>	171	162	151	484	70.43%
<b>Planes de Mejora</b>	50	62	39	151	21.9%

Se analiza que de las 838 PQRS, que se obtiene en la institución en el periodo de Abril a Junio del 2018, 152 que corresponde a 22.12% , son quejas, 51 que corresponde a sugerencias y peticiones , que corresponde al 7.4% y 484 felicitaciones que corresponde a un 70.43% esto nos permite analizar que se tiene usuarios en un 70.43% satisfechos con la atención brindada por la institución. Las felicitaciones son principalmente por su buen desempeño y eficiencia en la atención a los pacientes.

En el mes de **Abril** los servicios que mas quejas presentan son Urgencias (12) Consulta Externa (10) y Cirugía ambulatoria. (4) En Urgencias la mayoría de quejas corresponde a demora en la atención en el consultorio para los pacientes clasificados como Triage 3 y 4, también se reportan quejas por tiempo mayor de 6 horas para la contestación de interconsultas por especialidades diferentes a las que están de forma presencial (Medicina Interna y Cirugía General)


En Consulta externa la mayoría de quejas se presentan por retardo en la llegada del especialista a la consulta y la ausencia de rampa para discapacitados.

Con respecto a Cirugía Ambulatoria la queja mas frecuente es por el retraso y la cancelación de cirugía por falta de dispositivos e insumos Médicos.

En el mes de **Abril** las peticiones y sugerencias fueron (7) del servicio de urgencias para ampliación del espacio físico y mas personal para mejorar atención y el servicio de rehabilitación (2) para colocación de rampa física para mejor acceso al sótano, no siempre el ascensor está disponible.

Con respecto a las Felicitaciones en el mes de **Abril** el servicio que mas obtuvo este PQRS fue Médico Quirúrgica 1 (37) Traumatología (23) y Médicas (21) por la buena atención del personal asistencial.

En el mes de **Mayo** el servicio que mas presentó Quejas fue Urgencias Adultos (36 ), Consulta Externa (7) y Cirugía Ambulatoria (5 ) por iguales motivos que el mes anterior, en Urgencias se suma que hubo varias quejas debido a los

 <b>HOSPITAL SAN JOSE</b> <i>Juntos mejoramos tu salud</i>	<b>GESTION DEL CONTROL INTERNO</b>	FO-ARH-01
		Versión: 02
		Página 1 de 1

## Informe del grupo de apoyo a la oficina Asesora de control interno

pacientes Psiquiatricos descompensados que amenazan en su integridad a los demas pacientes. Con respecto a las peticiones y sugerencias se presentaron en este mes son similares al del mes anterior, algunas quejas solicitando mejora de los baños en los servicios de internacion.

Con respecto a las felicitaciones del mes de **Mayo** , el servicio que mas tiene es Medicas (22) , traumatologia (19) y Quirurgicas I ( 15) se destaca el buen trato del personal asistencial y la oportunidad en los procedimientos diagnosticos.

En el mes de **Junio** el servicio que mas numero de quejas presento fue Urgencias Adultos (12), consulta externa (5) y Cirugia Ambulatoria (4) las causas son similares a las presentadas en los dos meses anteriores, en Urgencias se solicita un ventilador mecanico, en el caso de Cirugia ambulatoria las quejas van encaminadas a que se desplazan los pacientes desde lugares muy lejos de este centro hospitalario y su Cirugia es cancelada o retrasada.


Con respecto a las Felicitaciones en el mes de **Junio**, el servicio que mas felicitaciones obtuvo fue Medico Quirurgicas I (18) Oncologia (16) y Quirurgicas II (13) por buena atencion con esmero del personal asistencial.

Las peticiones y sugerencias del mes de Junio fueron en total 51 y la mayoría del servicio de Urgencias adultos solicitando mas agilidad en el proceso de atencion al paciente.

Respecto a los planes de mejora hay que destacar que el Servicio de Urgencias de Adultos realizo planes de mejora a los 60 quejas presentadas, esta pendiente su seguimiento, al igual que Consulta Externa (22) y Cirugia ambulatoria (13), esta pendiente su seguimiento en el siguiente trimestre.

Los demás servicios que presentan un número menor de Quejas también se han esmerado en realizar planes de mejora.

Con respecto al servicio de Traumatología es importante comentar que contra la **Dra. Paola Lugo** se han venido presentando quejas reiterativas desde años anteriores por maltrato a los pacientes y sus familiares, se presentaron en el año 2016 : 4 quejas , en el 2017: 7 quejas y en este años ya van 4 quejas, en el mes de Abril se reporta una queja de un paciente quien dice que lo llamo "Drogadicto" cuando pidió analgesia para el dolor , sin incluir una queja presentada el 01 de Agosto por maltrato al Cliente Interno ( a un Auxiliar de enfermería de la unidad de urgencias) debido a lo mencionado anteriormente se necesita una definitiva una corrección efectiva a esas quejas.

 <b>HOSPITAL SAN JOSÉ</b> <i>Juntos mejoramos tu salud</i>	<b>GESTION DEL CONTROL INTERNO</b>	FO-ARH-01
		Versión: 02
		Página 1 de 1

## Informe del grupo de apoyo a la oficina Asesora de control interno

Se han presentado quejas del área de facturación por la demora en ingresos, egresos y otros trámites de pacientes

Es importante, el formato de plan de acción, de hospital universitario San José de Popayán que se encuentra en planeación, que permita identificar las necesidades y problemas de los pacientes y familiares a quienes se debe dirigir los servicios institucionales, se clasifiquen sus necesidades.

Se sugiere que el SIAU, realice el análisis de las PQRS, en conjunto con las áreas y se realice planes de acción y se le realice el seguimiento trimestral.

*Solarte*

MARIA FERNANDA SOLARTE LOPEZ.

Medica de oficina asesora de control interno.  
Hospital Universitario San José de Popayán.

*Maria Eufracia Sandoval Pino*

MARIA EUFRACIA SANDOVAL PINO

Enfermera de oficina asesora de control interno.  
Hospital Universitario San José de Popayán.

Entregado a:

*Edna Mercedes López Molina*

EDNA MERCEDES LOPEZ MOLINA

Jefe oficina asesora de control interno.