

REUNION ASOCIACION DE USUARIOS

ACTA No. 001– 2022

FECHA: MAYO 13 DE 2022

HORA INICIA: 2:00PM

HORA FINALIZA: 3:00 PM

LUGAR: Auditorio

ASISTENTES

Sra. Gloria Mejia.

Sra. Otilia Baena.

Sra, Miriam Ozuna.

Sra. Maria Lida Bedoya.

Sra. Yolanda Valencia.

Sra. Luz Elena Puerta.

Sra. Marta Álvarez.

Sra. Maria Lida Bedoya.

Sra. Luz Amparo Ramírez

Sra. Fabiola Lopez.

Sra. Edilma Roda.

Sr. Roberto Domínguez.

Sr. Carlos Diaz Lopez

Manuela Posso –SIAU

Dra. Ana Cristina Betancur –subdirección científica

Dra. Silvia – Secretaria De Salud

Código: FO-GC-14 Versión: 02

“TU SALUD NUESTRO COMPROMISO”

Nit. 890980758-7 / Calle 17 N° 19 – 55 / PBX. 5531444 / hospitalceja@une.net.co

www.hospitallceja.gov.co

La Ceja del Tambo – Antioquia – Colombia

ORDEN DEL DÍA

1. Verificación del quórum
2. Tema central a tratar:
 - socialización de plan de acción, PQRSF y encuestas de satisfacción
3. Propositiones y Varios:
4. Tareas
5. Entrega de espacio a la Asociación dentro de la Institución.

DESARROLLO DE LA REUNION

TEMA CENTRAL A TRATAR:

1. Saludo de bienvenida por parte de la de la líder del SIAU
2. Presentación por parte de la Ana Cristina Betancur sobre el plan de acción que tenemos en la institución, nuevo formato de PQRSF y encuestas de satisfacción.
3. La Dra. Ana Cristina Betancur recuerda lo importante que son las labores de la asociación en la institución y recuerda a las personas encargas de socialización de deberes y derechos, realización de encuestas de satisfacción estar más comprometidos con todas las actividades.
4. Se organiza realizar bazar de alimentos y venta de ropa, con el fin de recoger fondos para alguna necesidad de los pacientes o traslados con acompañantes por parte de la asociación. se define quien trae los alimentos ya que son totalmente donados por la asociación.
5. Próxima fecha para concretar todo lo del bazar 10 de Junio próxima reunión de la asociación y realización del bazar 15 de Junio.

PROPOSICIONES Y VARIOS:

Se asigna la fecha para la próxima reunión 10 de JUNIO

DOCUMENTOS ANEXOS: Formato de asistencia.

PROCESO: Sistema de información y atención al usuario

RESPONSABLES: Auxiliar administrativo de atención al usuario

OBJETIVO: Determinar los niveles de satisfacción de los usuarios frente al cumplimiento de los requisitos establecidos en la prestación del servicio.

ALCANCE: Aplica para la medición de la satisfacción de los usuarios en todos los servicios de la institución.

1. GENERALIDADES:

- Realizar un abordaje adecuado del usuario que garantice la veracidad de la información
- Diligenciar completamente la encuesta
- Si en algún momento el usuario no quiere contestar la encuesta, absténgase de forzarlo y agrádeczcale por la atención
- Las encuestas pueden realizarse de manera presencial o telefónica
- Las personas que apoyen la realización de las encuestas deberán tener un entrenamiento adecuado frente a la realización de la misma
- Las encuestas se realizan de manera presencial o telefónica posterior a la prestación del servicio; se recomienda para el caso de las encuestas del servicio de urgencias realizarlas telefónicas ya que por el tipo de atención se puede presentar sesgo de la información.
- Las encuestas serán aplicadas por el auxiliar administrativo de atención al usuario o personal de apoyo en lo casos que se cuente con disponibilidad; en caso de no contar con el personal de apoyo se debe garantizar la aplicación de las encuestas de acuerdo con la muestra calculada.
- **Cálculo de la muestra:** Al inicio de cada trimestre se realizará el cálculo de la muestra para la aplicación de las encuestas. La población será la totalidad de los servicios prestados en la ESE el trimestre inmediatamente anterior al de la aplicación de la muestra; el cual se obtiene generando el estadístico de facturación a través del módulo de facturación del Software Dinámica; se debe garantizar que no se tenga duplicados por número de factura, ni por usuario en el mismo servicio, es decir si un usuario asistió a la ESE en el mismo mes a servicios diferentes si se deja incluido en el universo.

Se utilizará el programa EPIDAT 3.1 utilizando el muestreo de intervalos de confianza – proporción, según el tipo de atención definidos anteriormente, teniendo en cuenta las morbilidades a las cuales se les va a realizar adherencia, con un nivel de confianza del 95% y una proporción esperada de error de 10%, con porcentaje de precisión del cinco y un efecto de diseño del 2.

Acá se calcula la muestra con las variables ya definidas, y se procede a realizar una distribución porcentual de la misma de acuerdo con lo que representa cada servicio de la institución en el estadístico de facturación. Así mismo, se podrá distribuir el total de la muestra en los tres meses para garantizar la optimización de los tiempos en la realización de las encuestas.

- Se elegirán los usuarios a encuestar de manera aleatoria tomando como fuente el universo utilizado para el cálculo de las mismas.
- Para el servicio de hospitalización se aplicarán encuestas al total de usuarios que se encuentren en el servicio, al momento del egreso.
- Se deberá hacer medición y seguimiento al indicador de satisfacción, para el que se define como meta un porcentaje mayor al 95%.

2. DEFINICIONES RELACIONADAS:

Muestra: Parte o cantidad pequeña de una cosa que se considera representativa del total y que se toma o se separa de ella con ciertos métodos para someterla a estudio, análisis o experimentación.

Epidat: Es un programa de libre distribución desarrollado por instituciones públicas y dirigido a epidemiólogos y otros profesionales de la salud para el análisis de datos.

Tabulación: La tabulación de datos es, en estadística, el conjunto de operaciones que permiten presentarlos agrupados.

Aleatoria: Que depende del azar o de la suerte.

3. DESCRIPCIÓN:

QUÉ	CÓMO	RESPONSABLE	REGISTRO/ DOCUMENTO
Cálculo de la muestra para la aplicación de las encuestas	Teniendo en cuenta el procedimiento definido en las generalidades de este documento	Auxiliar administrativo de atención al usuario	Resultado de la muestra, distribución porcentual por servicios y selección aleatoria de usuarios
Aplicación de las encuestas	El auxiliar administrativo de atención al usuario realizará la programación trimestral para la aplicación de las encuestas de manera proporcional con el número de meses; la cual se entrega al personal de apoyo de esta actividad que debe estar previamente entrenado para que se realice el abordaje adecuado de los usuarios.	Auxiliar administrativo de atención al usuario	Encuesta de satisfacción aplicada
Tabulación de la información	Para la tabulación mensual de las encuestas se utilizará el aplicativo de administrador de encuestas dispuesto en la Intranet de la Institución, en este se selecciona la opción encuestas SIAUF y se procede a diligenciar la totalidad de la información de la encuesta. Se debe garantizar la calidad en la digitación del dato lo que	Auxiliar administrativo de atención al usuario	Base de datos encuesta tabulada

QUÉ	CÓMO	RESPONSABLE	REGISTRO/ DOCUMENTO
	<p>permitirá un mejor manejo de la información en la presentación de los informes.</p> <p>En caso de cambios en la información de la encuesta se deberá configurar previamente el aplicativo dispuesto para a tabulación, en compañía de la persona encargada de la administración de la Intranet en la ESE.</p>		
Realización de informes	<p>Se debe realizar el informe de satisfacción por cada servicio y presentar en el comité de gestión y desempeño de manera trimestral. Así mismo se debe enviar a cada líder de servicio con las observaciones pertinentes para publicación y socialización con el equipo de trabajo.</p> <p>Así mismo se debe consolidar de manera trimestral los datos de reporte de la resolución 256 de 2016 y enviar al área de sistemas para reporte oportuno de la información.</p>	Subdirección científica – Auxiliar administrativo de atención al usuario	

4. DOCUMENTOS APLICABLES AL PROCEDIMIENTO

Resolución 256 de 2016

Política de participación en salud

5. FORMATOS

Formato encuesta de satisfacción

Formato de encuesta de satisfacción de hospitalización

6. AUTORIDAD:

Subdirección científica

Reviso y aprobó: comité de gestión y desempeño



**HOSPITAL
DE LA CEJA**
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN

PÁGINA: 1 DE 1
CÓDIGO: FO-AU-01
VERSIÓN: 02
FECHA ACTUALIZACIÓN: 11/2021

Fecha: _____

Servicio: _____

Por favor marque con una equis (X) la respuesta que usted considera que refleja su percepción sobre el servicio prestado por el Hospital

EPS a la que se encuentra afiliado:

Savia Salud Salud Total Nueva EPS

Ecoopsos Summimedical Otra ? _____

PREGUNTAS	Muy bueno	Bueno	Regular	Malo	Muy Malo	No Responde
El tiempo para la asignación de su cita.						
Trato recibido por el personal que lo atendió.						
La explicación que recibió sobre su enfermedad o procedimiento a realizar.						
Privacidad cuando fue atendido, o cuando le hablaron de su enfermedad.						
Facilidad para acceder a los servicios del hospital.						
¿Cómo calificaría su experiencia global respecto a los servicios de salud que ha recibido en la ESE Hospital de La Ceja?						

¿Recomendaría a sus familiares y amigos la ESE Hospital de La Ceja?

Definitivamente SI Probablemente SI Definitivamente NO Probablemente NO

No Responde

Aspectos destacados de la prestación del servicio	SI	NO	No aplica
¿Por su condición tuvo preferencia en su atención? (Embarazadas, mayores de 60, menor de 5 años, discapacitado)			
Conoce los deberes y derechos del usuario			
¿Desea hacer alguna sugerencia para mejorar la atención?			

Si desea obtener respuesta a sus sugerencias, por favor escriba sus datos de contacto:

Nombre: _____ Teléfono: _____

Correo: _____

Revisó y aprobó: Comité de gestión y desempeño



**HOSPITAL
DE LA CEJA**
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

**ENCUESTA DE SATISFACCIÓN
HOSPITALIZACION**

PÁGINA: 1 DE 1
CÓDIGO: FO-AU-02
VERSIÓN: 02
FECHA ACTUALIZACIÓN: 11/2021

Fecha: _____

Servicio: _____

Por favor marque con una equis (X) la respuesta que usted considera que refleja su percepción sobre el servicio prestado por el Hospital

EPS a la que se encuentra afiliado:

Savia Salud Salud Total Nueva EPS

Ecoopsos Summimedical Otra Cuál? _____

PREGUNTAS	SI	NO	OBSERVACIONES SI APLICAN			
El personal de salud que lo atendió, le brindó información sobre su estado de salud, manejo y tratamiento.						
Trato recibido por el personal que lo atendió.						
El personal de salud le explicó sobre los cuidados que debe tener en su hogar después de esta hospitalización.						
El personal de salud le asignó cita de revisión posterior a su hospitalización.						
Fue informado durante su estadía sobre el horario de visitas, alimentación, rutas de evacuación y manejo de basuras.						
Sintió que la atención brindada durante su estadía se realizó de manera segura por parte del personal de salud						
¿Cómo calificaría su experiencia global respecto a los servicios de salud que ha recibido en la ESE Hospital de La Ceja?	Muy buena	Buena	Regular	Mala	Muy Mala	No Responde

¿Recomendaría a sus familiares y amigos la ESE Hospital de La Ceja?

Definitivamente SI Probablemente SI Definitivamente NO Probablemente NO

No Responde

Aspectos destacados de la prestación del servicio	SI	NO	No aplica
¿Por su condición tuvo preferencia en su atención? (Embarazadas, mayores de 60, menor de 5 años, discapacitado)			
Conoce los deberes y derechos del usuario			
¿Desea hacer alguna sugerencia para mejorar la atención?			

Si desea obtener respuesta a sus sugerencias, por favor escriba sus datos de contacto:

Nombre: _____ Teléfono: _____

Correo: _____

Revisó y aprobó: Comité de gestión y desempeño

Fecha: _____

Servicio: _____

Por favor marque con una equis (X) la respuesta que usted considera que refleja su percepción sobre el servicio prestado por el Hospital

EPS a la que se encuentra afiliado:

Savia Salud

Salud Total

Nueva EPS

Ecoopsos

Summimedical

Otra Cuál? _____

PREGUNTAS	Muy buena	Buena	Regular	Mala	Muy Mala	No Responde
El tiempo para la asignación de su cita.						
Trato recibido por el personal que lo atendió.						
La explicación que recibió sobre su enfermedad o procedimiento a realizar.						
Privacidad cuando fue atendido, o cuando le hablaron de su enfermedad.						
Facilidad para acceder a los servicios del hospital.						
¿Cómo calificaría su experiencia global respecto a los servicios de salud que ha recibido en la ESE Hospital de La Ceja?						

¿Recomendaría a sus familiares y amigos la ESE Hospital de La Ceja?

Definitivamente SI

Probablemente SI

Definitivamente NO

Probablemente NO

No Responde

Aspectos destacados de la prestación del servicio	SI	NO	No aplica
¿Por su condición tuvo preferencia en su atención? (Embarazadas, mayores de 60, menor de 5 años, discapacitado)			
Conoce los deberes y derechos del usuario			

¿Desea hacer alguna sugerencia para mejorar la atención?

Si desea obtener respuesta a sus sugerencias, por favor escriba sus datos de contacto:

Nombre: _____ Teléfono: _____

Correo: _____



**HOSPITAL
DE LA CEJA**
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

ENCUESTA ATENCIÓN AL USUARIO HOSPITALIZACIÓN

Fecha: 11-05-2022

Servicio: Hospitalización

Por favor marque con una equis (X) la respuesta que usted considera que refleja su percepción sobre el servicio prestado por el Hospital

EPS a la que se encuentra afiliado:

Savia Salud Salud Total Nueva EPS

Ecoposos Summimedical Otra Cuál? _____

PREGUNTAS	Muy buena	Buena	Regular	Mala	Muy Mala	No Responde
El personal de salud que lo atendió, le brindó información sobre su estado de salud, manejo y tratamiento.		X				
Trato recibido por el personal que lo atendió.	X					
El personal de salud le explicó sobre los cuidados que debe tener en su hogar después de esta hospitalización.	X					
El personal de salud le asignó cita de revisión posterior a su hospitalización.		X				
Fue informado durante su estadía sobre el horario de visitas, alimentación, rutas de evacuación y manejo de basuras.		X				
Sintió que la atención brindada durante su estadía se realizó de manera segura por parte del personal de salud		X				
¿Cómo calificaría su experiencia global respecto a los servicios de salud que ha recibido en la ESE Hospital de La Ceja?		X				

¿Recomendaría a sus familiares y amigos la ESE Hospital de La Ceja?

Definitivamente SI Probablemente SI Definitivamente NO Probablemente NO

No responde

Aspectos destacados de la prestación del servicio

	SI	NO	No aplica
¿Por su condición tuvo preferencia en su atención? (Embarazadas, mayores de 60, menor de 5 años, discapacitado)			X
Conoce los deberes y derechos del usuario	X		

¿Desea hacer alguna sugerencia para mejorar la atención? No

Si desea obtener respuesta a sus sugerencias, por favor escriba sus datos de contacto:

Nombre: _____ Teléfono: _____

Correo: _____