

ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS

Santa Fe de Antioquia

INFORME DE AUDITORÍA Y SEGUIMIENTO AL SISTEMA DE INFORMACIÓN Y EXPERIENCIA DEL USUARIO TERCER TRIMESTRE 2024

Para cumplir con la Ley 1755 de 2015 de la Función Pública, Ley 1474 de 2011 “Estatuto anticorrupción” art. 73 y 76, de la secretaría de transparencia de la presidencia de la república, como instrumento de tipo preventivo para el control de la gestión, establece estrategias de acercamiento de los diferentes grupos de interés mediante mecanismos de atención al ciudadano, decreto 124 de enero 26 de 2016, la 3100 “Experiencia del usuario”, la Oficina de Control Interno de gestión de la ESE Hospital San Juan de Dios de Santa Fe de Antioquia, presenta un informe de Auditoría y seguimiento a la oficina de Experiencia y atención al usuario, sobre las PQRSF, en la oportunidad de las respuestas a los usuarios frente a la atención y fidelización que permite la evaluación del Sistema de Información y Atención al Usuario y la medición de su satisfacción del **tercer trimestre de 2024**.

El Plan Anticorrupción y de atención al ciudadano 2024 de la ESE Hospital San Juan de Dios en uno de sus objetivos específicos, resalta mejorar los mecanismos para la atención al ciudadano en procura de mejorar los servicios. En el cuarto componente: “Servicios al ciudadano”, cuarto subcomponente: “Normativo y procedimental”, el Asesor de Control Interno debe presentar trimestralmente un informe de Auditoría y seguimiento a la oficina de experiencia del usuario de las **PQRSF, respuesta oportuna, calidad de la información y la humanización en la atención, teniendo de presente que “el usuario es nuestra razón de ser”**.

En el tercer trimestre de 2024 (julio-septiembre), la oficina de Sistema de Información y Experiencia del Usuario (SIAU), presenta informe sobre los componentes de:

1-Satisfacción de los usuarios y

2-La gestión de Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias y felicitaciones.

Para la medición de la satisfacción se diligencian las encuestas a los usuarios, de manera física (diligenciamiento de formatos en los diferentes servicios), de forma telefónica (llamada a los pacientes que estuvieron en las áreas de urgencias, internación adultos y pediatría, cirugía), y de manera electrónica en el enlace institucional.

Las encuestas realizadas por todos los medios y en los diferentes servicios reflejan la satisfacción que manifiestan los usuarios, pacientes y acompañantes en la prestación de los servicios.

CONCEPTO	1er trimestre	2do trimestre	3er trimestre
Encuestas de satisfacción realizadas	3.224	2.161	1.625
Manifestaciones recibidas	58	85	110
Satisfacción general	98.7%	96,53%	93.44%
Oportunidad de respuesta	85%	34%	86%
Meta institucional de satisfacción	90%	90%	90%

1. SATISFACCIÓN DE LOS USUARIO

La satisfacción de los Usuarios se mide a través de las encuestas realizadas

En el tercer trimestre de 2024 las encuestas de satisfacción reflejan una disminución del 24.8% frente al segundo trimestre del mismo año, pasando de 2.161 a 1.625 encuestas, equivalente a 536 encuestas por debajo, cuando las atenciones han aumentado notoriamente como lo confirma la facturación del trimestre y el portafolio de servicios también se ha ampliado.

Se evidencia una notoria disminución en el número de encuestas realizadas cada trimestre, toda vez que en el primer trimestre se realizaron 3.224, en el segundo trimestre 2.161 y en el tercer trimestre se encuestó a 1.625 usuarios.

Los servicios con mayor número de encuestas fueron consulta externa con 551, Promoción y mantenimiento con 294 y Laboratorio con 221.

La satisfacción de nuestros usuarios refleja en el tercer trimestre 2024 un 94% frente al 96,53 % en el segundo trimestre del mismo año. Llegando a 3,09% puntos por debajo.

La satisfacción de los usuarios también viene disminuyendo en el 2024, primer trimestre 98.7%, segundo trimestre 96.53% y en el tercero 93.44%. Siendo Promoción y mantenimiento e internación pediatría los servicios de mejor satisfacción del usuario con 98% c/u.

2.GESTIÓN DE PQRSF

En el tercer trimestre 2024 se registran 110 manifestaciones de los usuarios frente a 85 en el segundo trimestre. De las cuales 74 son quejas, 20 felicitaciones y 16 recomendaciones. El mayor número de quejas se da en el servicio de urgencias (15), en citas (14) y en consulta externa (13).

Las quejas más frecuentes fueron el trato descortés, demora en la atención, cancelación de citas, la atención incompleta, errores en prescripción de historias clínicas, inconformidad con la atención.

Oportunidad en la respuesta a las manifestaciones

Otra medida respecto a la Gestión de PQRSF es la respuesta oportuna a las manifestaciones que expresan nuestros usuarios. La meta propuesta por la ESE Hospital es de dar respuesta al 95% de las quejas en los cinco (5) días hábiles. En el tercer trimestre 2024 el 86% de las quejas se respondió oportunamente y corresponde a 64 quejas y el 14% no cumplió con los tiempos de oportunidad y hace referencia a 10 quejas.

Dicho indicador mejoró en el tercer semestre 2024, toda vez que comparado con el segundo trimestre, solo se respondió oportunamente el 34% de las manifestaciones.

3.CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

En la satisfacción al Usuario:

La satisfacción del usuario la generan una buena asistencia de los profesionales de la salud y una atención con calidad y humanizada de todos los que participamos de los distintos procesos.

Una correcta y oportuna información, cordial atención y un buen acompañamiento a los pacientes y sus familias por parte de los servidores, dan como resultado una satisfacción del usuario. Conocidos los resultados del tercer trimestre 2024, se harán las siguientes recomendaciones:

1-El proceso de Sistemas de Información y Experiencia del Usuario de la ESE Hospital San Juan de Dios de Santa Fe de Antioquia, está conformado por nueve (9) colaboradores, un (1) referente, una (1) técnica administrativa, y siete (7) auxiliares administrativos para la atención de los usuarios. El proceso cuenta con el apoyo de una (1) trabajadora social para la atención de dichas necesidades. Durante el tercer trimestre 2024 se ha ampliado el portafolio de servicios y las atenciones en general.

Se recomienda evaluar el desempeño de los colaboradores del proceso, perfiles, funciones y resultados. Definir las metas por cada colaborador del SIAU encargado de realizar las encuestas de satisfacción y hacer seguimiento al plan de mejoramiento. Se debe exigir a los referentes o líderes de los servicios la realización de las encuestas de satisfacción en cada uno de sus servicios y poder así lograr metas.

2-En el tercer trimestre de 2024 las encuestas de satisfacción disminución del 24.8% frente al segundo trimestre del mismo año, Situación desfavorable, toda vez que el incremento de atenciones a los usuarios ha crecido notoriamente en el tercer semestre.

Se recomienda revisar y hacer plan de mejora a los resultados de dicha medición y así lograr mejorar dichos resultados. La subgerente científica, referente de calidad y el referente del proceso deben evaluar la metodología de recolección y análisis de la encuesta. Se debe socializar con todos los colaboradores y en el comité de gestión y desempeño dichos resultados y así generar conciencia de la atención con calidad y humanización que todos los colaboradores debemos brindar.

3-La estrategia de agendamiento sistemático ha generado muy buen resultado, lo que se puede evidenciar en las esperas de las taquillas de citas y quién presenta dificultad en su consecución se atiende personalizado. Se tiene una meta por parte del equipo directivo de no devolver a ningún usuario sin su cita, caso particular si tuviere dificultades de autorizaciones u otras, pero es notorio la atención tardía a los usuarios después del agendamiento en horas puntuales, en particular en los especialistas.

Se recomienda hacer estricto seguimiento al cumplimiento de horarios en especial a los especialistas y en su defecto informar oportunamente al usuario, la ausencia de los médicos y especialistas y glosar las cuentas de cobro que no cumplan con los horarios pactados.

4-Se evidencia, en algunos casos que no se cumple con la política de priorización.

Se recomienda reforzar la capacitación sobre la política de priorización al personal del equipo de SIAU y aplicarla en la entidad.

5-Al evaluar los motivos de las quejas, el mayor porcentaje de éstas es el **trato descortés** y se generaliza en todos los servicios

Se recomienda seguir insistiendo en el tema de capacitación y formación desde cada servicio sobre la necesidad de acompañar las buenas atenciones de los profesionales de la salud con el buen trato al usuario y su familia de todos los procesos asociados

6-Los resultados de los indicadores del tercer trimestre 2024 tienden a ubicarse por debajo de los resultados del segundo y primer trimestre.

Se recomienda evaluar por parte de los directivos y líderes los resultados de los indicadores del tercer trimestre 2024, toda vez que reflejan una “baja” respecto al segundo trimestre 2024. En los comités de grupos primarios, socializar y analizar con los equipos de trabajo las quejas de cada servicio y realizar un Plan de mejora.

7-Si bien la respuesta oportuna a las manifestaciones mejoró en el tercer trimestre, pasando de 34% a 86% las respuestas en menos de 5 días, sigue estando por debajo de la meta institucional de 95%.

Se recomienda hacer seguimiento a dicho procedimiento y realizar traslado oportuno desde experiencia del usuario a cada servicio referido.

JORGE ALBERTO VELASQUEZ MIRANDA

Asesor de Control Interno

CONTROL DOCUMENTAL	
Fecha de elaboración:	18 de diciembre de 2024
proyectado por:	Jorge Alberto Velásquez Miranda (Asesor de Control Interno)