

COPIA FIEL DEL ORIGINAL



PERU

Ministerio de Salud

Hospital Nacional Docente Madre-Niño "San Bartolomé"

N° 084 -DG-HONADOMANI-SB-2017



Resolución Directoral

Lima, 11 de Abril de 2017

Visto, el Expediente N° 03687-17 ;y

CONSIDERANDO:

Que, el artículo VI del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, establece que es responsabilidad del Estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad; razón por la cual, es preocupación constante del Ministerio de Salud priorizar la calidad asistencial, así como la implementación de la mejor práctica clínica en las prestaciones asistenciales que se brinde a la población usuaria en los Establecimientos de Salud;

Que, el artículo III del Título Preliminar de la Ley N° 26842- Ley General de Salud, señala que toda persona tiene derecho a la protección de su salud en los términos y condiciones que establece la Ley. El derecho a la protección de la salud es irrenunciable;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, sea aprueba el Documento Técnico "Sistema de Gestión de Calidad en Salud", el cual establece como uno de sus principales procesos la Mejora Continua de la Calidad;

Que, el Ministerio de Salud a través del IGSS, aprueba la Directiva Administrativa N° 006-SG-IGSS/V1, Plataforma de Atención al usuario en el Instituto de Gestión de Servicios de Salud";

Que, mediante Resolución Directoral N° 0244-DG-HONADOMANI-SB-2016, de fecha 12 de Setiembre de 2016, se resuelve Conformar el "Equipo de Trabajo para la Implementación y Operatividad de la Plataforma de Atención al Usuario del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé";

Que, mediante Nota Informativa N° 089-2017-OGC-HONADOMANI-SB, la Oficina de Gestión de la Calidad, envía la Directiva Administrativa para la Implementación y Funcionamiento de la Plataforma de Atención al Usuario en el HONADOMANI "San Bartolomé", con las subsanaciones a las observaciones realizadas. Por lo que solicita la aprobación de dicha directiva mediante Resolución Directoral;

Que, mediante Informe Técnico N° 048-2017-CMI-DA-HONADOMANI-SB de fecha 28 de Marzo de 2017, la Coordinadora Técnica de Monitoreo Institucional informa al Director Adjunto sobre la Directiva Administrativa para la Implementación y Funcionamiento de la Plataforma de Atención al Usuario en el HONADOMANI "San Bartolomé", que cuenta con Opinión favorable por estar concordante a las normas vigentes en estructura y contenido; asimismo, han sido subsanadas las observaciones que se realizaron y corregido;;

HONADOMANI "SAN BARTOLOME"
SECRETARIA
OFICINA DE GESTION DE LA CALIDAD

11 ABR. 2017

RECEPCION

Hora: 10:19 am. Firma: [Signature]

COPIA FIEL DEL ORIGINAL



Que, mediante Nota Informativa N° 045.DA.HONADOMANI.SB.2017 de fecha 04 de Abril de 2017, el Director Adjunto informa al Director General que su Despacho y la Coordinadora Institucional ha revisado y realizado las correcciones respectivas a la Directiva Administrativa para la Implementación y Funcionamiento de la Plataforma de Atención al Usuario en el HONADOMANI "San Bartolomé", elaborado por la Oficina de Gestión de la Calidad. Por lo que, solicita se proyecte la Resolución Directoral de aprobación;

Que, mediante Memorando N° 117.2017.DG.HONADOMANI.SB de fecha 04 de Abril de 2017, el Director General del HONADOMANI-SB, se dirige al Jefe de la Oficina de Asesoría Jurídica y comunica que su Dirección y la Coordinadora de Monitoreo Institucional han evaluado los documentos y opinan favorablemente para la aprobación de la Directiva Administrativa para la Implementación y Funcionamiento de la Plataforma de Atención al Usuario en el HONADOMANI "San Bartolomé", y solicita se proyecte la Resolución Directoral correspondiente;



Estando a lo propuesto por el Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé";

Con la visación de la Dirección Adjunta y de la Oficina de Asesoría Jurídica del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé";

En Uso de las facultades y atribuciones conferidas al Director General del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé", mediante Resolución Jefatural N° 10-2017/IGSS, de fecha 20 de enero del 2017 y artículo 11 inciso c) del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé"; aprobado por la Resolución Ministerial N° 884-2003-SA/DM;

SE RESUELVE:

Primero.- Aprobar la Directiva Administrativa N°01.2017.V.01 "Para la Implementación y Funcionamiento de la Plataforma de Atención al Usuario en el Hospital Nacional Docente Madre Niño- San Bartolomé", que tiene como objetivo organizar y operativizar la Plataforma de Atención al Usuario para brindar una atención de calidad al usuario externo, facilitándole información y orientación necesaria durante la atención de las consultas de atención inmediata, reclamos, sugerencias y felicitaciones; garantizando procesos estandarizados de atención durante su permanencia en la Institución; el cual consta de 27 (Veintisiete) folios, los cuales debidamente visados, forman parte integrante de la presente Resolución Directoral;

Segundo.- Disponer que la Jefatura de la Oficina de Gestión de la Calidad , implemente la difusión interna de la Directiva Administrativa" Para la Implementación y Funcionamiento de la Plataforma de Atención al Usuario en el Hospital Nacional Docente Madre Niño- San Bartolomé",

Tercero.- Disponer que la Oficina de Estadística e Informática, a través del responsable del Portal de Transparencia de la Institución, se encargue de la publicación de la Directiva Administrativa" Para la Implementación y Funcionamiento de la Plataforma de Atención al Usuario en el Hospital Nacional Docente Madre Niño- San Bartolomé", aprobado por la presente Resolución Directoral, en la la Dirección Electrónica www.sanbartolome.gob.pe

Regístrese y Comuníquese

- EWVP/JCVO
c.c.
- DA
 - OGC
 - OAJ
 - OCI
 - Interesados
 - Archivo

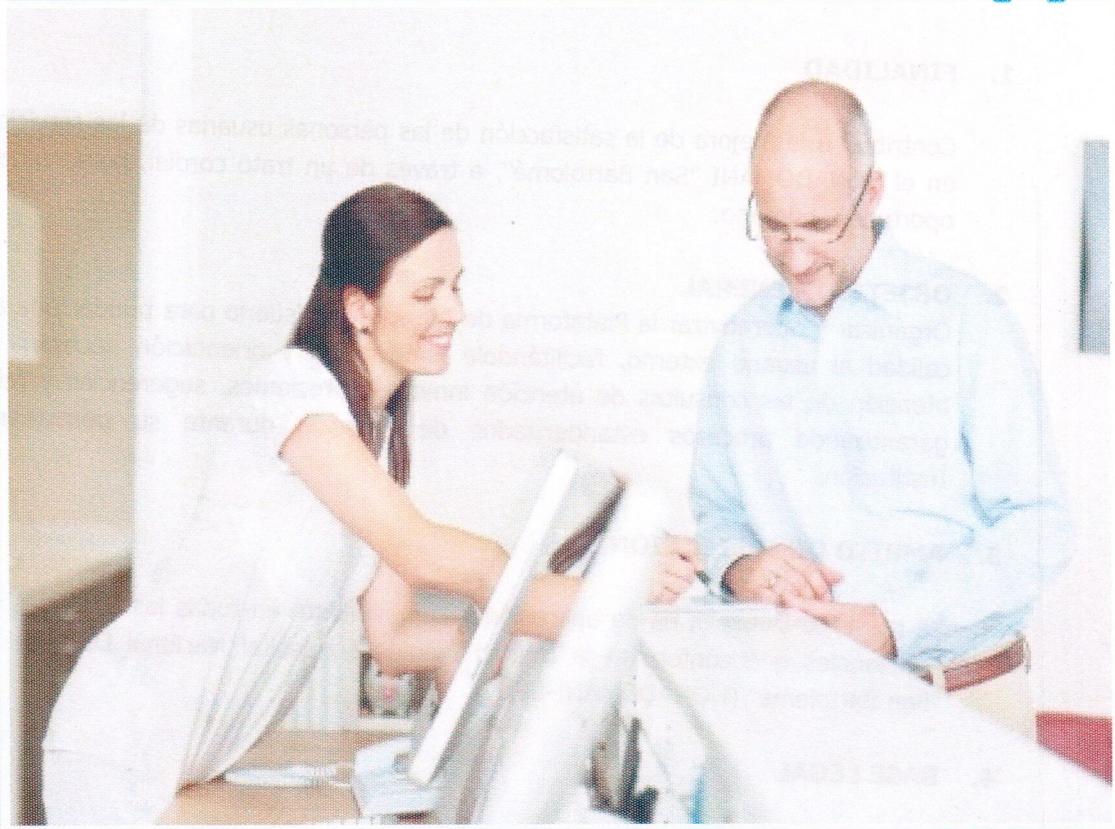
MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE-NIÑO
SAN BARTOLOME
.....
Dr. EDGARDO W. VÁSQUEZ PÉREZ
Director General
CMP: 10096 RNE: 6307

MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO DE GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO
SAN BARTOLOME
Documento Autenticado

SR. RODOLFO MELCHOR ANICAMA GÓMEZ
FEDATARIO 11 ABR. 2017
Reg. N°..... Fecha.....



HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO SAN BARTOLOME



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 01- 2017- V.01 "PARA LA IMPLEMENTACION Y FUNCIONAMIENTO DE LA PLATAFORMA DE ATENCION AL USUARIO EN EL HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO - SAN BARTOLOME"

OFICINA DE GESTION DE LA CALIDAD
2017



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 01-2017-V.01
PARA LA IMPLEMENTACION Y FUNCIONAMIENTO DE LA PLATAFORMA DE
ATENCIÓN AL USUARIO DEL HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN
BARTOLOMÉ"

1. FINALIDAD

Contribuir a la mejora de la satisfacción de las personas usuarias de los servicios de salud en el HONADOMANI "San Bartolomé", a través de un trato cordial, personalizado, eficaz, oportuno y humano.

2. OBJETIVO GENERAL

Organizar y operativizar la Plataforma de Atención al Usuario para brindar una atención de calidad al usuario externo, facilitándole información y orientación necesaria durante la atención de las consultas de atención inmediata, reclamos, sugerencias y felicitaciones; garantizando procesos estandarizados de atención durante su permanencia en la Institución.

3. AMBITO DE APLICACION

La presente Directiva es de aplicación y cumplimiento en todas las Unidades Orgánicas y Funcionales que conforman la Unidad Ejecutora Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé" (HONADOMANI-SB).

4. BASE LEGAL

- Ley N° 26842, Ley General de Salud
- Ley N° 29344, Ley Marco del Aseguramiento Universal en Salud
- Ley N° 29414, Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud.
- Ley N° 30057, Ley del Servicio Civil.
- Decreto Supremo N° 011-2011-PCM, que aprueba el Reglamento del Libro de Reclamaciones del Código de Protección y Defensa de Consumidor.
- Decreto Supremo N° 042-2011-PCM, Aprueba la Obligación de las Entidades del Sector Público de contar con un Libro de Reclamaciones.
- Decreto Supremo N° 031-2014-SA, aprueba el Reglamento de Infracciones y Sanciones de la Superintendencia Nacional de Salud-SUSALUD.
- Decreto Supremo N° 027-2015-SA, Aprueba el Reglamento de la Ley N° 29414, Ley que estableció los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud.
- Decreto Supremo N° 030-2016-SA que Aprueba el Reglamento para la Atención de Reclamos y Quejas de los Usuarios de las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud-IAFAS, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud-UGIPRESS, públicas, privadas y mixtas.
- Decreto Supremo N° 040-2014-PCM mediante el cual se aprueba el Reglamento de la Ley N° 30057 del Servicio Civil.
- Resolución Ministerial N° 884-2003-SA/DM, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé
- Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, que aprueba el Documento Técnico " Sistema de Gestión de la Calidad".

- Resolución Ministerial N° 850 – 2016/MINSA que aprueba el Documento Técnico “Normas para la elaboración de documentos normativos del Ministerio de Salud”.
- Resolución Ministerial N° 343 – 2015/MINSA que aprueba la Directiva Administrativa N° 207-MINSA/DGSP.V.01.”Directiva Administrativa para la Programación de los Turnos del Trabajo Médico en los Hospitales e Institutos Especializados del Ministerio de Salud”.
- Resolución Directoral N° 0026-D-HONADOMANI-SB-2006, que aprueba los Manuales de Organización y Funciones – MOF del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé.
- Resolución Directoral N° 244-DG-HONADOMANI-SB-2016, que conforma el Equipo de Trabajo para la Implementación y Operatividad de la Plataforma de Atención al Usuario del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé.
- Directiva Administrativa N° 006-SG-IGSS/V.01”Plataforma de Atención al Usuario en el Instituto de Gestión de Servicios de Salud”.

5. DISPOSICIONES GENERALES

5.1. DEFINICIONES OPERATIVAS

- 5.1.1. Acoger:** Recibir y atender con un sentimiento positivo o manifestación especial al usuario externo que hace uso de los servicios de nuestra institución.
- 5.1.2. Acompañar:** Estar o ir en compañía de otra u otras personas.
- 5.1.3. Asegurado:** Toda persona que se encuentra afiliada o inscrita al Seguro Integral de Salud, de acuerdo a lo establecido en la normatividad vigente.
- 5.1.4. Canales de presentación del reclamo:** Los reclamos de los usuarios podrán ser presentados en el módulo de la P.A.U., teniendo que ser presencial para el llenado de la Ficha de Reclamo en Salud o por vía electrónica de estar disponible.
- 5.1.5. Consulta de atención inmediata:** Solicitud de información presentada por una persona natural o usuario externo y que será absuelta inmediatamente por el personal orientador de la P.A.U.
- 5.1.6. Desistimiento:** Se refiere a la acción de renunciar o abstenerse de tomar una posición.
- 5.1.7. Equipo de Implementación y Operatividad de la P.A.U.:** Equipo de trabajo conformado por el Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad, Jefe de la Unidad de Mejora Continua, Responsable del Libro de Reclamaciones, Responsable de la P.A.U., Jefe de la Oficina de Comunicaciones, Jefe de la Oficina de Personal, Jefe de la Oficina de Seguros, Jefe de la Oficina de Estadística e informática, Jefe de la Oficina de Trabajo Social, Responsable Investigación de la Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación, los mismos que han sido designados con Resolución Directoral, quienes son responsables de la implementación y funcionamiento de la PAU, según sus responsabilidades funcionales.
- 5.1.8. Felicitación:** Es una manifestación, expresión y motivo de agradecimiento y reconocimiento, dirigido al personal de la institución por un adecuado desempeño en sus funciones, efectuada por un usuario externo a través de los canales puestos a disposición.



- 5.1.9. Formato de la Hoja de Reclamo en Salud (FRS):** Documento de naturaleza física o virtual, en la cual los usuarios registran sus reclamos, colocada en lugar visible y a disposición de los usuarios.
- 5.1.10. Fundado:** Declaración de Resultado del reclamo o Queja cuando se ha probado la afirmación de los hechos alegados por el reclamante o quejoso.
- 5.1.11. Improcedente:** Declaración de Resultado de Reclamo o Queja cuando no corresponde la atención del mismo por incumplimiento de aspectos de forma, no acreditar la legitimidad para obrar, no existir conexión lógica entre los hechos expuestos en el reclamo o queja.
- 5.1.12. Infundado:** Declaración de Resultado del Reclamo o Queja cuando no se acredita los hechos que sustentan el mismo.
- 5.1.13. Libro de Reclamaciones en Salud:** Documento de naturaleza física y/o virtual en el cual los usuarios o tercero legitimados pueden interponer sus reclamos ante su insatisfacción, sobre la calidad de la atención y los servicios recibidos, debiendo consignar además información relativa y completa de su identidad a efectos de dar respuesta al reclamo formulado.
- 5.1.14. Mejora Continua:** Acción de optar por una forma creciente de mejora del desempeño en forma progresiva y permanente y que incluye a toda la organización del HONADOMANI-SB.
- 5.1.15. Módulo de la P.A.U.:** Espacio físico con recursos materiales y humanos (responsable del Módulo principal y orientadores), donde se brindará acogida, acompañamiento, orientación, atención de consultas, reclamos, sugerencias e información sobre las actividades y servicios que ofrece la Institución.
- 5.1.16. Orientar:** Dar a alguien información o consejo en relación a un determinado fin.
- 5.1.17. Orientador:** Servidor del hospital encargado de brindar acogida, acompañamiento y orientación al usuario externo sobre un determinado tema de interés.
- 5.1.18. Plataforma de Atención al Usuario (P.A.U.):** Sistema de Gestión de Servicios con enfoque centrado en el usuario externo, con espacio físico, recursos y personal responsable para brindar información sobre las actividades y servicios que ofrece la Institución, (dentro del marco normativo vigente), asimismo donde se atienden los reclamos, sugerencias y las felicitaciones que el usuario externo realiza.
- 5.1.19. Protocolización de la atención al usuario:** Es el conjunto de pasos ordenados que se llevarán a cabo en los módulos de atención, durante la atención de los usuarios externos que ingresen a la institución, a través de un trato cordial, personalizado, empático y humano.
- 5.1.20. Queja:** Manifestación verbal o escrita efectuada por un usuario externo ante SUSALUD a través de los canales que ésta ponga a su disposición, ante la insatisfacción respecto de los servicios, prestaciones o coberturas solicitadas, o recibidas de la Institución o ante la negativa de atención de su reclamo e irregularidad en su tramitación o disconformidad con el resultado del mismo.
- 5.1.21. Reclamante:** Usuario externo o Tercero Legitimado que expresa una reclamación.
- 5.1.22. Reclamo:** Manifestación verbal y/o escrita, efectuada ante la Institución por el usuario externo ante la insatisfacción respecto de los servicios,

prestaciones o coberturas solicitadas a, o recibidas de la Institución. La interposición del Reclamo no constituye vía previa para acudir en Queja ante SUSALUD.

- 5.1.23. Responsable de los módulos de la PAU:** Se encarga de la implementación y funcionamiento del módulo principal y de los módulos satélites de atención al usuario, esta responsabilidad recae en el (la) Jefe(a) de la Oficina de Comunicaciones.
- 5.1.24. Responsable de la PAU:** Conduce y asesora técnicamente en la implementación y funcionamiento de la PAU, es preferentemente un Personal de la Salud, Profesional o Técnico con Título y colegiatura si ha de corresponder y que cuente con las competencias y experiencia en la atención y orientación al usuario.
- 5.1.25. Satisfacción del Usuario:** Percepción del usuario externo, sobre el grado en que se han cumplido sus requerimientos y se satisfacen sus necesidades de salud.
- 5.1.26. Sugerencia:** Es todo aporte, iniciativa y propuesta formulada por el usuario a fin de contribuir en la mejora de su atención, a través de los buzones de sugerencias.
- 5.1.27. Tercero legitimado:** Organización de personas naturales o jurídicas que pueden actuar en defensa de los intereses colectivos de los usuarios. Los requisitos concurrentes para ser tercero legitimado son: a) Asociación constituida de acuerdo a lo señalado en el Código Civil, b) Estar inscrita en el Registro de Personas Jurídicas de la Superintendencia Nacional de los Registros Públicos – SUNARP, c) Tener como finalidad proteger, defender, informar y representar a usuarios de servicios de salud. En caso de intereses colectivos, deben acreditar un vínculo jurídico con los integrantes del colectivo determinado.
- 5.1.28. Trato Directo:** Medio alternativo de solución de controversias, en el cual a iniciativa e impulso de las partes y mediante su participación directa buscan una solución a la insatisfacción que generó el reclamo o queja.
- 5.1.29. Usuario externo:** persona natural que hace uso de los servicios, prestaciones o coberturas otorgadas por la Institución. Por extensión, se entiende también como usuario al representante del mismo. La representación del usuario se ejerce conforme a lo establecido en el Código Civil y en el artículo 5 del Reglamento de la Ley N° 29414, Ley que Establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud, aprobado con Decreto Supremo N° 027-2015-SA.
- 5.1.30. Usuario Interno:** Persona que brinda servicios en la Institución y que puede o no tener relación directa en la atención del usuario externo.

5.2 ACRONIMOS

FRS: Ficha de Reclamo en Salud

IPRESS: Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

MOF: Manual de Organización y Funciones

PAU: Plataforma de Atención al Usuario

SUNARP: Superintendencia Nacional de los Registros Públicos

UPS: Unidad Productora de Servicios



5.3 PROTOCOLIZACIÓN DE LA ATENCIÓN AL USUARIO

- 5.3.1 En los diferentes procesos de atención que se brinda en los módulos de la P.A.U, el personal orientador desde el momento en que acoge al usuario externo debe de realizar un conjunto ordenado de procedimientos garantizando con ello un trato cordial, personalizado, empático y humano.
- 5.3.2 Procedimientos en la protocolización de la atención:
- Establecer contacto visual con el usuario, sonreír.
 - Saludar y dar la bienvenida, presentarse indicando su nombre
 - Dirigirse al usuario y tratarlo de "Usted".
 - Consultar por el motivo de su presencia.
 - Si se encuentra ocupado y no puede atenderlo inmediatamente, exprese las disculpas pertinentes.
 - Ponga atención a lo que éste expresa,
 - Escuche sin interrumpir,
 - Muestre su disposición a apoyarlo e intentar resolver sus dudas o problemas.
 - Evite transmitir impaciencia y ansiedad, por el contrario muéstrese seguro (a) y confiado (a).
 - Cuide la expresión de su rostro. Evite manifestaciones, gestuales y verbales, negativas.
 - Si el usuario se molesta, no lo tome como un asunto personal. Evite, bajo cualquier condición, entrar en discusión con el usuario, evite la impulsividad.
 - Preguntar si tiene alguna otra inquietud,
 - Agradecerle y desearle buenos días o tardes.

6. DISPOSICIONES ESPECÍFICAS:

Los procesos que se desarrollaran a través del PAU son los siguientes:

- ✓ Proceso de atención de consultas de atención inmediata.
- ✓ Proceso de atención de reclamos de solución inmediata.
- ✓ Proceso de Atención de reclamos escritos.
- ✓ Proceso de atención de sugerencias
- ✓ Proceso de atención de felicitaciones.

6.1. PROCESO DE ATENCIÓN DE CONSULTAS DE ATENCIÓN INMEDIATA

6.1.1 En los módulos satélites de la P.A.U.

- El orientador acoge al usuario externo.
- Brinda información y orientación.
- Si es necesario, y si la disponibilidad de recursos lo permite se brinda acompañamiento.
- Se registra la consulta atendida diariamente en el formato establecido físico (Anexo N° 06) o virtual si éste estuviese disponible.
- Al finalizar el turno, todos los registros son enviados al módulo principal.

6.1.2 En el módulo principal de la P.A.U.

- Cumple las mismas actividades y responsabilidades de los módulos satélites.



- Ingresan en la base de datos las consultas recibidas de los módulos satélites, además de las registradas en dicho módulo.
- Elabora el reporte mensual de las consultas y envía al Responsable de la P.A.U dentro de los 5 primeros días calendario del mes siguiente.

6.1.3 Por el responsable de la P.A.U.:

- Evalúa el informe de las consultas en coordinación con el Equipo de Trabajo para el análisis respectivo, con la finalidad de implementar o proponer acciones de mejora que permitan disminuir las consultas y mejorar la orientación del usuario externo.
- Eleva mensualmente un informe a la Dirección General a través de la jefatura de la Oficina de Gestión de la Calidad.
 - (Ver diagrama de flujo - Anexo N°01)

6.2. PROCESO DE ATENCION DE RECLAMOS DE SOLUCION INMEDIATA

6.2.1 En los módulos satélites de la P.A.U:

- El orientador acoge al usuario externo, quien solicita atención de un reclamo.
- Evalúa el reclamo presentado por el usuario externo.
- Si el reclamo presenta la alternativa de solución inmediata, se registra en el Formato establecido físico (Anexo N°07) o virtual si éste estuviera disponible.
- Se coordina con las áreas involucradas, para identificar los problemas y sus posibles soluciones para resolver el reclamo.
- Si el reclamo al momento de su evaluación no presenta la alternativa de solución inmediata y el usuario externo desea registrar su reclamo en el "Libro de reclamaciones en salud", consignará su reclamo con la debida orientación del personal del módulo.
- Al finalizar el turno, todos los registros de reclamos de solución inmediata, son enviados al módulo principal.

6.2.2 En el módulo principal

- Cumple las mismas actividades y responsabilidades de los módulos satélites.
- Ingresan en la base de datos, los reclamos de solución inmediata recibidos de los módulos satélites, además de los registrados en dicho módulo.
- Elabora el reporte mensual de reclamos de solución inmediata y lo presenta al Responsable de la P.A.U. dentro de los 5 primeros días calendario del mes siguiente.

6.2.3 Por el responsable de la P.A.U.

- Evalúa el reporte mensual de reclamos de atención inmediata en coordinación con el Equipo de Trabajo para el análisis respectivo, con la finalidad de implementar o proponer acciones correctivas.
- Eleva mensualmente un informe a la Dirección General a través de la jefatura de la Oficina de Gestión de la Calidad.
 - (Ver diagrama de flujo - Anexo N°02)



6.3. PROCESO DE ATENCIÓN DE RECLAMOS ESCRITOS

El proceso de atención de reclamo escrito comprende las siguientes etapas:

6.3.1 Admisión y Registro:

Los reclamos a registrar en el Libro de Reclamaciones en Salud, son atendidos en el módulo principal, módulo satélite de emergencia y en el área de Farmacia Externa, de la siguiente manera:

- El orientador acoge al usuario externo facilitándole el Libro de Reclamaciones para su llenado en la hoja codificada del mencionado libro, tanto físico (Anexo 08), o virtual si éste estuviera disponible.
- El orientador, verifica que el reclamante llene con letra legible todos los datos de identificación requeridos, indicando su dirección de correo electrónico si la tuviere y la autorización expresa para ser notificado por este medio, de no autorizarlo, se le notificará mediante carta al domicilio consignado.
- Al finalizar el turno, todos los reclamos consignados en el Libro de Reclamaciones deben ser presentados al responsable del Libro de Reclamaciones.
- Verificar que el usuario externo en caso de Desistimiento y Trato Directo consigne su conformidad en la hoja de Reclamación en Salud del Libro de Reclamaciones o en cualquier otro documento o comunicación escrita que acredite su conformidad.
- En el caso del Libro de Reclamaciones en Salud virtual no es exigible la firma del reclamante. Su presentación está acreditada con el número de su DNI o pasaporte o carnet de extranjería.
- En caso de que el usuario se encuentre hospitalizado o tenga limitación en su movilidad. La institución debe disponer las medidas necesarias para facilitar el acceso al Libro de Reclamaciones en Salud.
- La atención del reclamo en todos los casos es gratuita y no puede rechazarse por falta de pruebas o peritajes técnicos que lo sustenten.
- El responsable del Libro de Reclamaciones, declara la improcedencia del reclamo de acuerdo a los siguientes supuestos:
 - a. Cuando se verifica que el reclamo presentado no corresponde a una atención en salud.
 - b. Cuando el reclamante no cuente con poder de representación otorgado por el usuario afectado.
 - c. Cuando el usuario interno use el Libro de Reclamaciones para realizar el descargo de algún reclamo presentado contra su persona.
- El responsable del Libro de Reclamaciones, informa a la Dirección General cuando se trate de arribar a un acuerdo con el reclamante mediante conciliación, transacción extrajudicial y laudo arbitral.

6.3.2 Investigación

- El Responsable del Libro de Reclamaciones notifica el reclamo a las áreas involucradas en la reclamación. El descargo del reclamo se realiza en el formato establecido del informe de resultado (Anexo N° 09) el mismo que debe ser llenado de acuerdo al instructivo adjunto (Anexo N°10) dicho informe debe contener las investigaciones respectivas y dilucidar los hechos que generaron la insatisfacción del usuario o tercero legitimado respecto de los servicios y prestaciones de coberturas solicitadas o recibidas.
- Según la necesidad o complejidad del caso la actuación probatoria debe contar de pruebas documentales y testimoniales que se estimen pertinentes, asumiendo el costo de las mismas.



- Los jefes de las Oficinas y/o Departamentos envían el documento que contiene el informe de Resultado de Reclamo en un plazo que no exceda los 5 días útiles, transcurrido este plazo sin obtener una respuesta, se enviará un reiterativo para que cumplan con enviar el informe respectivo en un plazo máximo de 2 días útiles.
- El Responsable del Libro de Reclamaciones verifica la conformidad del Informe de Resultado del Reclamo, enviado por el (los) jefe(s) del (los) área(s) involucrada(s) y proyecta la Carta de respuesta adjuntando el informe de resultado de reclamo, remitiéndola al Director General para su evaluación y suscripción.

6.3.3 Resultado y Notificación

- Una vez concluida la investigación, el Director del Hospital remite la carta al usuario o tercero legitimado, adjuntando el informe enviado por la UPS donde se generó el reclamo, en un plazo que no exceda los 30 días hábiles contados a partir del día siguiente de la interposición del reclamo, de conformidad con lo establecido en el Art. 21º del D.S. Nº 030-2016-SA.
- La carta enviada al usuario reclamante o al tercero legitimado debe consignar como último párrafo "De conformidad con lo dispuesto en el Artículo 22º del D.S. Nº 030-2016-SA. De no encontrarse de acuerdo, en todo o en parte, con el resultado de su reclamo puede acudir en Queja ante la Superintendencia Nacional de Salud – SUSALUD".
 - (Ver diagrama de flujo – Anexo Nº03)

6.3.4 Archivo y Custodia del Expediente

- El HONADOMANI "San Bartolomé" cuenta con un expediente único por cada reclamo en donde estén sustentadas todas las actuaciones, documentos y/o pruebas que refleje el cumplimiento de las etapas señaladas.
- El HONADOMANI "San Bartolomé" es responsable del archivo y custodia del expediente de reclamo por un periodo mínimo de cuatro (4) años desde su conclusión, culminado este tiempo los expedientes serán destruidos dando cuenta de este hecho a la Dirección General

6.4 PROCESO DE ATENCION DE SUGERENCIAS EN LA P.A.U.

- El usuario externo se dirige al buzón de sugerencias, registra en el formato establecido su sugerencia (Ver Anexo 11) en forma física o virtual si ésta estuviera disponible.
- Los buzones de sugerencias se encuentran disponibles las 24 horas del día, en los diferentes ambientes del hospital.

6.4.1 Por el responsable de la P.A.U.

- Apertura mensualmente el buzón de sugerencias, preferentemente con la participación de al menos uno de los integrantes del equipo de trabajo.
- Selecciona, analiza y registra las sugerencias recogidas en coordinación con el equipo de trabajo.
- Las sugerencias seleccionadas se derivan a las jefaturas de los Departamentos y Oficinas aludidas para su evaluación e implementación, o a la Unidad de Mejora Continua, si la sugerencia amerita el desarrollo de un proyecto de mejora. Si la sugerencia es implementada, el equipo de trabajo de la P.A.U. levantará un Acta, con la presencia de jefe del Departamento u Oficina.



- Eleva trimestralmente un informe a la Dirección General a través de la jefatura de la Oficina de Gestión de la Calidad.
- Comunica al usuario la implementación de su sugerencia.
 - (Ver diagrama de flujo – Anexo N°04)

6.5 PROCESO DE ATENCIÓN DE FELICITACIONES EN LA P.A.U.

6.5.1 En el módulo principal de la PAU

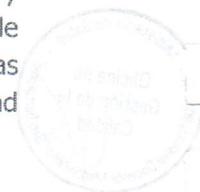
- El orientador acoge al usuario externo.
- Facilita el "Libro de Felicitaciones" físico (Ver Anexo 12) o virtual si éste estuviera disponible y el usuario externo registra su reconocimiento al personal de la Institución que le brindó la atención.
- Elabora reporte mensual y envía al Responsable de la P.A.U. los 5 primeros días calendario del mes siguiente.

6.5.2 Por el responsable de la PAU

- Verifica mensualmente la conformidad de la información registrada en el "Libro de Felicitaciones".
- Identifica también en el buzón de sugerencias, las sugerencias que podrían contener felicitaciones dirigidas al personal interno, para su inclusión en el Libro de Felicitaciones.
- Evalúa conjuntamente con el equipo de trabajo las felicitaciones consignadas en el Libro de Felicitaciones.
- Elabora y envía el informe de felicitaciones a la Dirección General a través de la jefatura de la Oficina de Gestión de la Calidad.
 - (Ver diagrama de flujo - Anexo N° 05)

7. RESPONSABILIDADES

- 7.1.** El Director General, el Responsable de la Oficina de Gestión de la Calidad y la (el) Responsable de la Plataforma de Atención del Usuario son los responsables de la Implementación de la Plataforma de Atención del Usuario, quienes supervisan el cumplimiento de la presente Directiva Administrativa.
- 7.2.** La Oficina de Gestión de la Calidad, la (el) Responsable de la Plataforma de Atención al Usuario se encargan de la difusión de la presente Directiva Administrativa.
- 7.3.** La Oficina de Gestión de la Calidad en coordinación con la (el) Responsable de la Plataforma de Atención al Usuario orientaran la atención de la PAU con un enfoque basado en Gestión por procesos para la Mejora Continua en la atención de Consultas, Reclamos y Sugerencias de los usuarios externos.
- 7.4.** El /La Jefe(a) del Departamento / Servicio u Oficina administrativa, debe cumplir lo siguiente:
 - Velar por el cumplimiento del Manual de Operaciones, Manual de Organización y Funciones, Manual de Procedimientos, Guías de Práctica Clínica, Guías de Procedimiento Asistencial, Ley que establece los Derechos de las personas usuarias de los Servicios de Salud y otros documentos normativos que aseguren la calidad de la atención de nuestros usuarios, según corresponda.



- Supervisar la prestación de servicios de salud de acuerdo a los horarios de atención al usuario.
- Asegurar la oportunidad de respuesta en los Informes de resultado del reclamo, Informes de auditoría, entre otros, de ser requerida por la Oficina de Gestión de la Calidad en coordinación con la (el) Responsable del Libro de Reclamaciones y la (el) Responsable de la Plataforma de Atención al Usuario para la Gestión de las Consultas, Reclamos y Sugerencias.
- Coordinar con el personal de la Plataforma de Atención al usuario cuando lo solicite para la atención de los usuarios.
- Remitir oportunamente la Programación Médica del Departamento Asistencial correspondiente según normatividad vigente.

7.5. Son responsables del cumplimiento de esta Directiva todo el personal administrativo y asistencial que labora en el HONADOMANI-SB.

8. DISPOSICIONES FINALES

Las Jefaturas de Departamentos/Servicios y Oficinas Administrativas deberán proponer las medidas correctivas por el incumplimiento de la presente Directiva Administrativa para la Implementación y Funcionamiento de la Plataforma de Atención al usuario en el HONADOMANI "San Bartolomé".



ANEXOS

ANEXO N°01 DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE CONSULTAS DE ATENCIÓN INMEDIATA EN LA PAU

ANEXO N°02 DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE RECLAMOS DE SOLUCIÓN INMEDIATA EN LA P.A.U.

ANEXO N°03 DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE RECLAMOS ESCRITOS EN LA P.A.U.

ANEXO N°04 DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE SUGERENCIAS EN LA P.A.U.

ANEXO N°05 DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE FELICITACIONES EN P.A.U.

ANEXO N°06 FORMATO DE REGISTRO DE CONSULTAS DE ATENCIÓN INMEDIATA EN LA P.A.U.

ANEXO N°07 FORMATO DE REGISTRO DE ATENCIÓN DE RECLAMOS DE SOLUCIÓN INMEDIATA EN LA P.A.U.

ANEXO N°08 FORMATO DE LA HOJA DE RECLAMACIÓN EN SALUD.

ANEXO N°09 FORMATO DE INFORME DE RESULTADO DE RECLAMO.

ANEXO N°10 FORMATO DEL INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL INFORME DE RESULTADO DEL RECLAMO DE LA P.A.U.

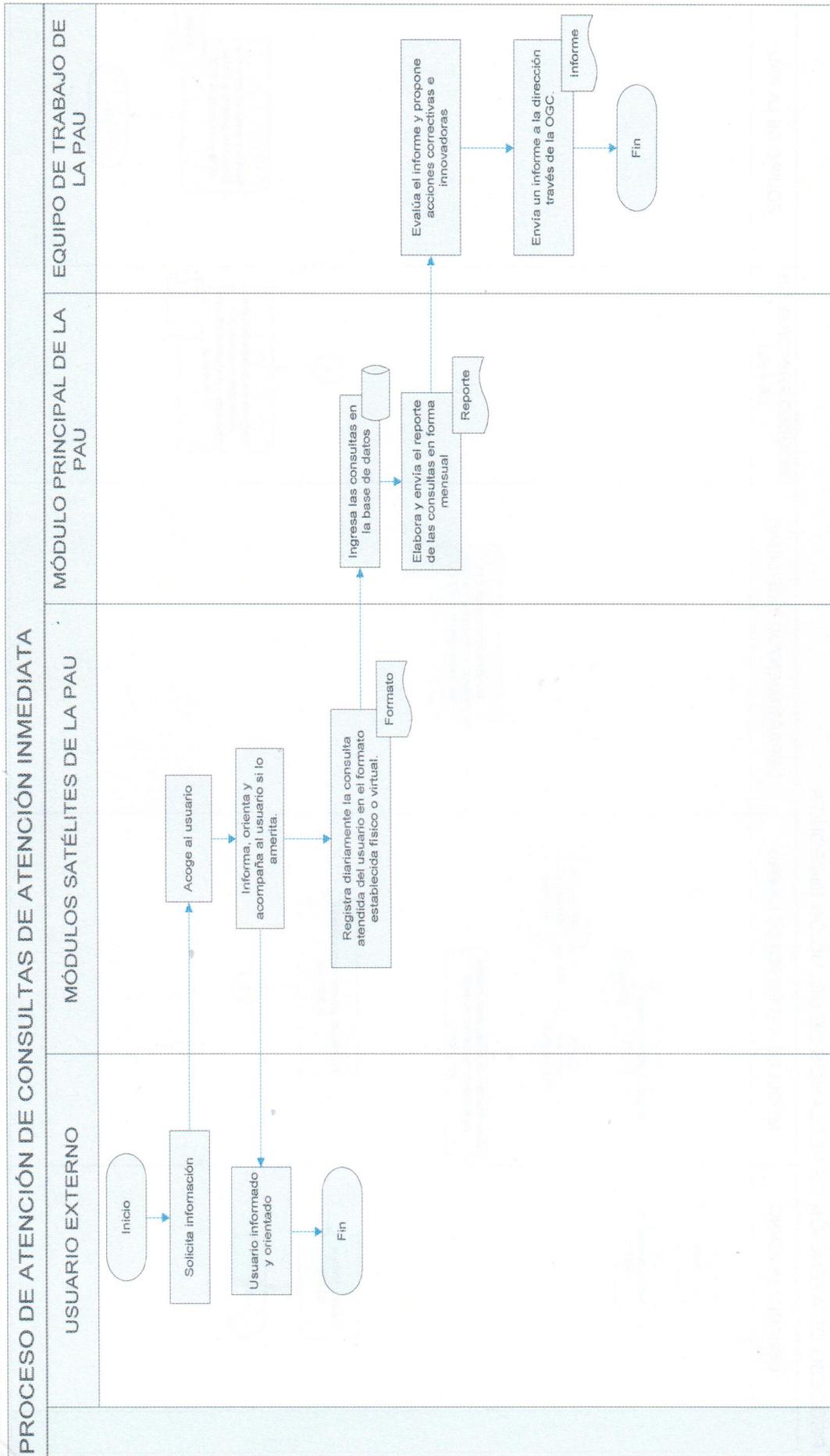
ANEXO N°11 FORMATO DE SUGERENCIAS DE LA P.A.U.

ANEXO N°12 MODELO DE REGISTRO DEL LIBRO DE FELICITACIONES DE LA P.A.U.

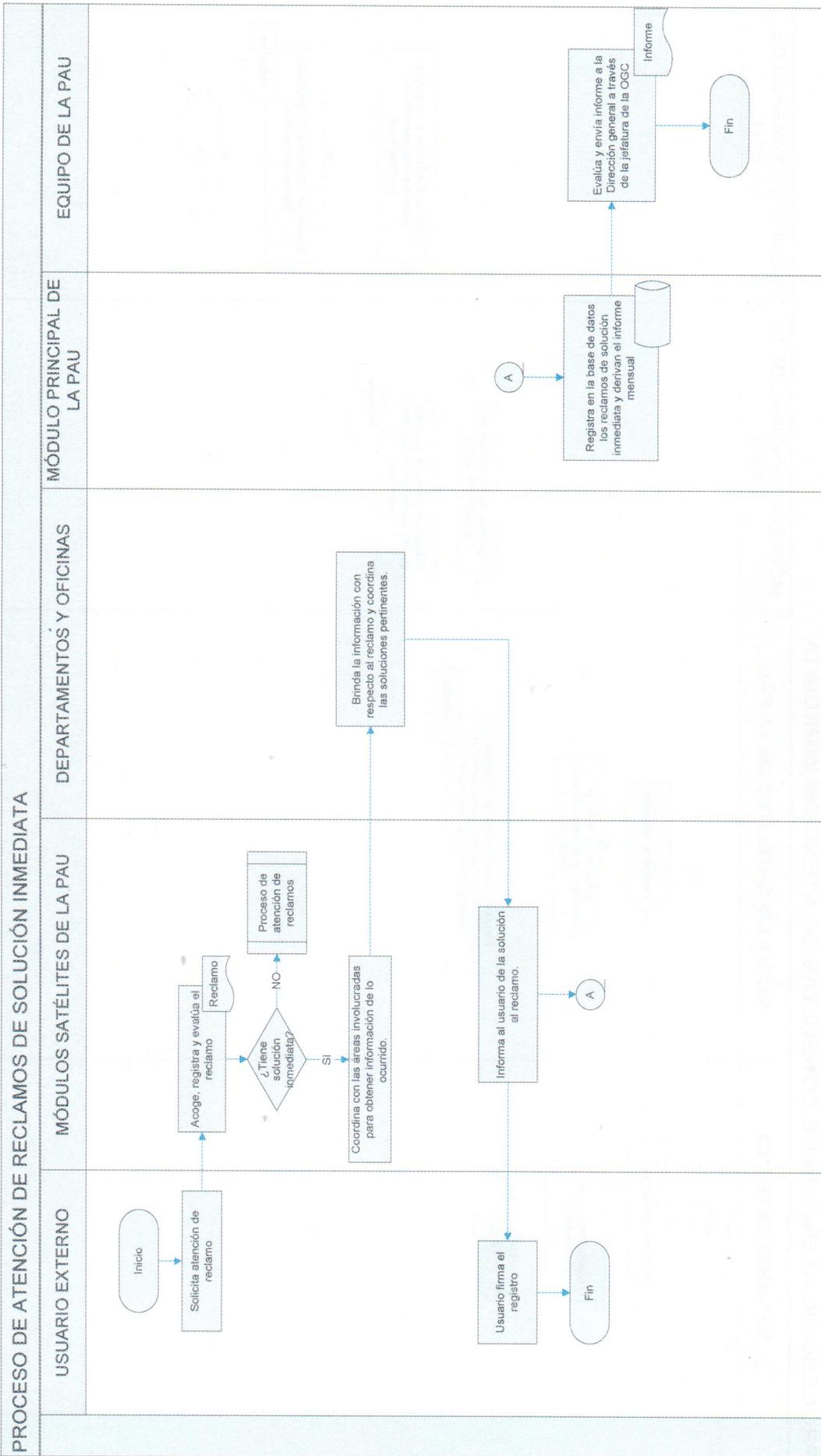
ANEXO N°13 INDICADORES DE LA PLATAFORMA DE ATENCIÓN AL USUARIO.



ANEXO N°01 DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE CONSULTAS DE ATENCIÓN INMEDIATA EN LA PAU

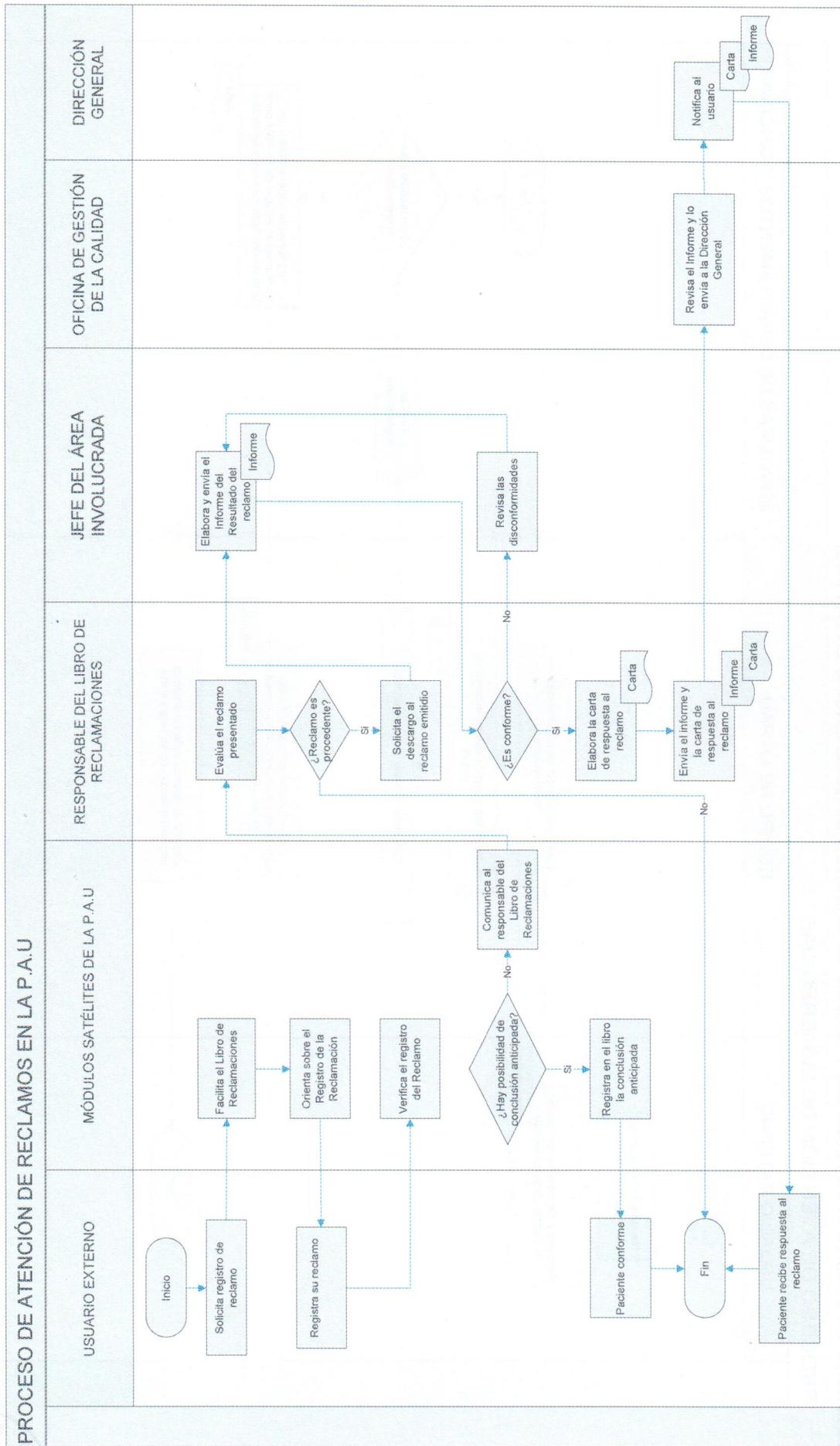


ANEXO N°02 DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE RECLAMOS DE SOLUCIÓN INMEDIATA EN LA PAU

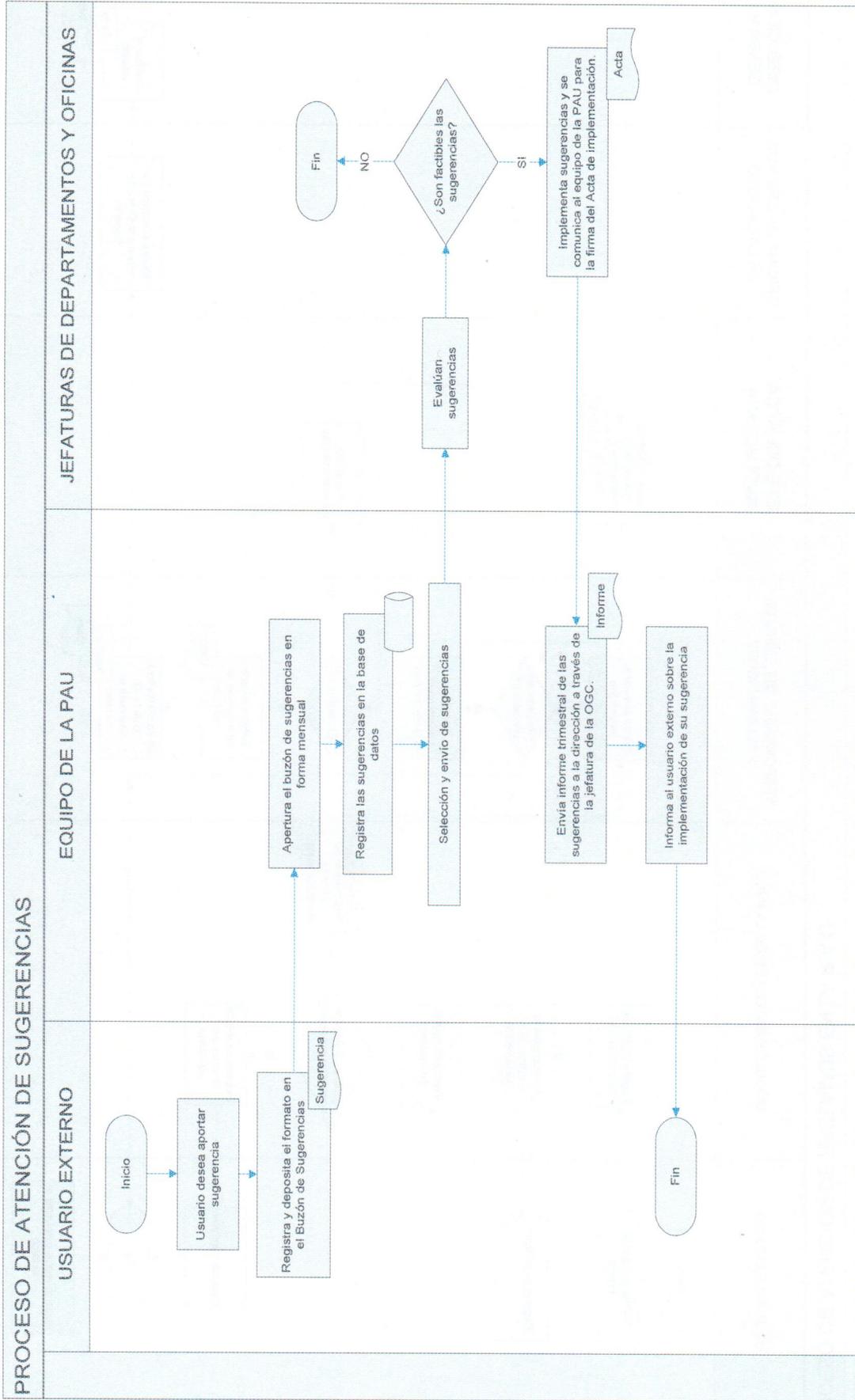


ANEXO N°03 DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE RECLAMOS EN LA P.A.U.

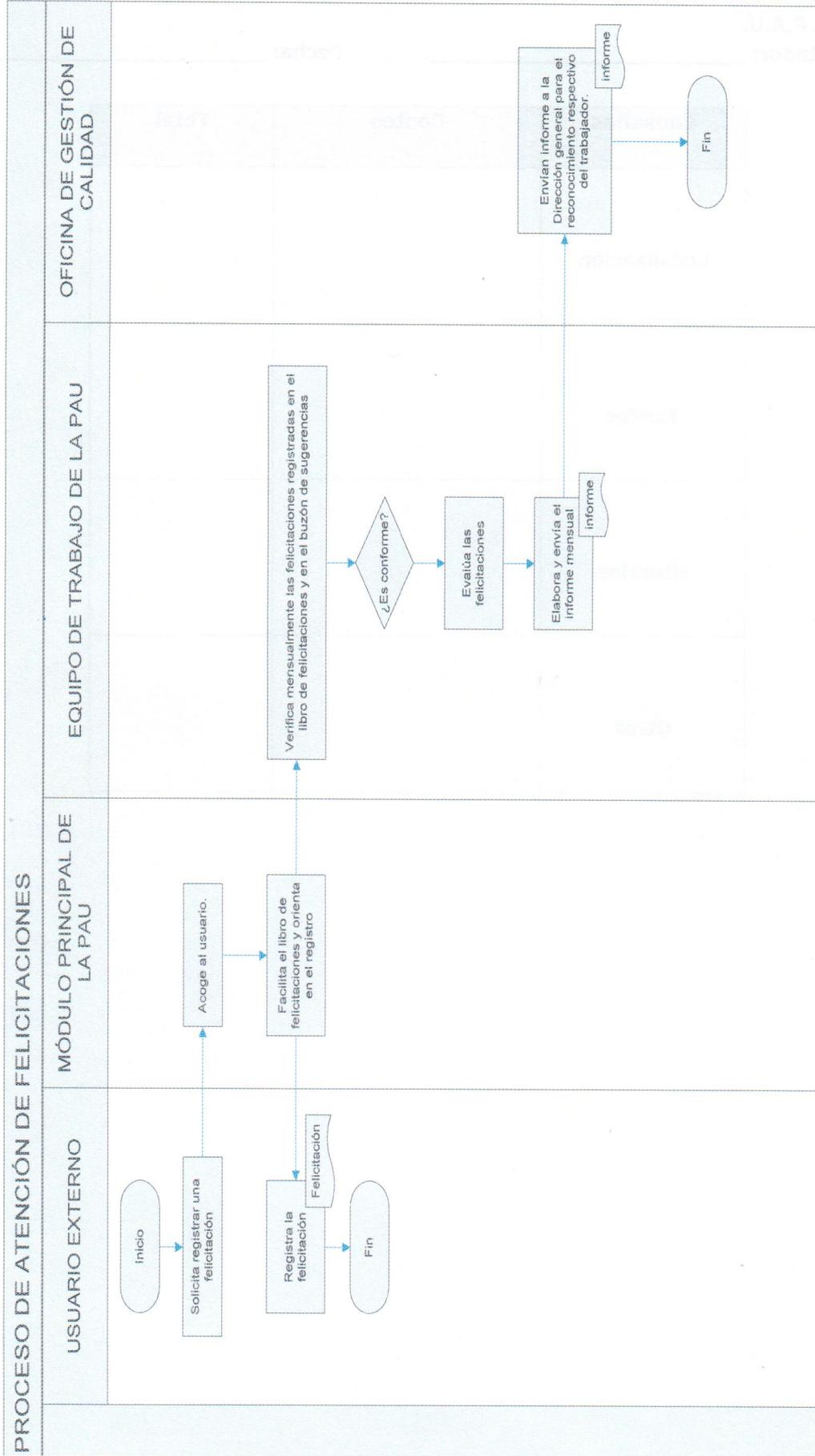
PROCESO DE ATENCIÓN DE RECLAMOS EN LA P.A.U



ANEXO N°04 DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE SUGERENCIAS EN LA P.A.U.



ANEXO N°05 DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE FELICITACIONES EN LA P.A.U.



ANEXO N°06: FORMATO DE REGISTRO DE CONSULTAS DE ATENCION INMEDIATA EN LA P.A.U.

Orientador: _____

Fecha: _____

| Consultas | Conteo | Total |
|--------------|--------|-------|
| Localización | | |
| Tarifas | | |
| Horarios | | |
| Otros | | |



ANEXO N°08 FORMATO DE LA HOJA DE RECLAMACIÓN EN SALUD.

LOGO DE LA IPRESS, IAFAS O UGIPRESS



[NOMBRE DE LA IAFAS, IPRESS O UGIPRESS]

DIRECCIÓN DEL ESTABLECIMIENTO

FECHA: / /

HOJA DE RECLAMACIÓN EN SALUD

N° [CÓDIGO DE LA IAFAS, IPRESS o UGIPRESS REGISTRADO EN SUSALUD]
- 00000000001

1. IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO O TERCERO LEGITIMADO

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:

E-MAIL:

DOMICILIO:

TELÉFONO:

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: () DNI () CE () PASAPORTE () RUC

N° DOCUMENTO:

2. IDENTIFICACIÓN DE QUIEN PRESENTA EL RECLAMO (En caso de ser el usuario afectado no es necesario su llenado)

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:

E-MAIL:

DOMICILIO:

TELÉFONO:

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: () DNI () CE () PASAPORTE () RUC

N° DOCUMENTO:

3. DETALLE DEL RECLAMO (En caso de no ser suficiente el espacio podrá continuar al reverso de la hoja)

[DETALLAR]

4. AUTORIZO NOTIFICACIÓN DEL RESULTADO DEL RECLAMO AL E-MAIL CONSIGNADO (MARCAR)

SI () NO ()

5. FIRMA DEL RECLAMANTE (USUARIO, REPRESENTANTE O TERCERO LEGITIMADO)

FIRMA O HUELLA DIGITAL EN CASO DE SER PERSONA ILETRADA

[FIRMA]

[HUELLA DIGITAL]

6. SOLUCIÓN A SU RECLAMO A TRAVÉS DE TRATO DIRECTO

DETALLE DE LA SOLUCIÓN

RECLAMANTE

RESPONSABLE DE LIBRO DE RECLAMACIONES EN SALUD

[DETALLAR]

[FIRMA O HUELLA DIGITAL EN CASO DE SER PERSONA ILETRADA]

[FIRMA DEL RESPONSABLE LIBRO DE RECLAMACIONES EN SALUD]

Las IAFAS, IPRESS o UGIPRESS deben atender el reclamo en un plazo de 30 días hábiles.

* Estimado usuario: Usted puede presentar su queja ante SUSALUD cuando no le hayan brindado un servicio, prestación o cobertura solicitada, o recibida de las IAFAS o IPRESS, o que dependan de las UGIPRESS públicas, privadas o mixtas. También ante la negativa de atención de su reclamo, irregularidad en su tramitación o disconformidad con el resultado del mismo.



ANEXO N°09 FORMATO DE INFORME DE RESULTADO DE RECLAMO.

| PLATAFORMA DE ATENCIÓN AL USUARIO HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO – SAN BARTOLOMÉ Informe de Resultado de Reclamo | | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------------------|
| Unidad Orgánica: | | Código: | | |
| Fecha: | | N° Hoja de Reclamación: | | |
| I. INGRESO DEL RECLAMO: | | | | |
| Canal de ingreso | <input type="checkbox"/> Virtual | | <input type="checkbox"/> Físico | |
| II. IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO AFECTADO: | | | | |
| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres | | |
| Tipo de Documento | | | | N° de Documento |
| <input type="checkbox"/> DNI | <input type="checkbox"/> CE | <input type="checkbox"/> Pasaporte | <input type="checkbox"/> RUC | |
| Domicilio | | | | Distrito |
| Teléfono fijo | Teléfono celular | Correo electrónico | | |
| III. IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO QUE PRESENTA EL RECLAMO: | | | | |
| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres | | |
| Tipo de Documento | | | | N° de Documento |
| <input type="checkbox"/> DNI | <input type="checkbox"/> CE | <input type="checkbox"/> Pasaporte | <input type="checkbox"/> RUC | |
| Domicilio | | | | Distrito |
| Teléfono fijo | Teléfono celular | Correo electrónico | | |
| IV. DESCRIPCIÓN DEL RECLAMO (según Hoja de Reclamación): | | | | |
| | | | | |
| V. ANÁLISIS DE LOS HECHOS QUE SUSTENTAN EL RECLAMO (Según la Investigación y la actuación probatoria) | | | | |
| | | | | |
| VI. CONCLUSIONES (Pronunciarse respecto a los hechos) | | | | |
| Declaración | <input type="checkbox"/> Fundado* | <input type="checkbox"/> Improcedente | <input type="checkbox"/> Infundado | <input type="checkbox"/> Conclusión anticipada |
| | | | | |
| *Cuando se declare fundado el reclamo, debe indicarse además las acciones realizadas y/o dispuestas así como el plazo razonable para la restitución de derechos en el ítem VII. Medidas Adoptadas. | | | | |
| VII. MEDIDAS ADOPTADAS: | | | | |
| | | | | |
| VIII. FIRMA Y SELLO (De corresponder): | | | | |
| | | | | |
| Nombre: _____ DNI: _____ Cargo: _____ | | | | |
| Proveído N° | | | | |
| Visto el Informe N° Código que antecede, los que suscriben lo hacemos nuestro en todos sus extremos, por lo que se remite a la Oficina de Gestión de la Calidad para la prosecución del trámite, con respecto al reclamo presentado por: (nombre del usuario que presenta el reclamo) la hoja de reclamación en Salud N° (.....) de fecha (...../...../.....) | | | | |
| | | | | |
| Nombre: _____ DNI: _____ Cargo: _____ | | Nombre: _____ DNI: _____ Cargo: _____ | | |



ANEXO N°10 FORMATO DEL INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL INFORME DE RESULTADO DEL RECLAMO DE LA P.A.U.

El Presente Instructivo busca guiar y orientar al personal de Salud sobre el llenado correcto en la elaboración del Informe de Resultado de Reclamo:

Unidad Orgánica:

Consigna el nombre de la Unidad Orgánica responsable de la elaboración del Informe de Resultado de Reclamo.

Fecha:

Consigna la fecha de culminación de la elaboración del Informe de Resultado de Reclamo por la Unidad Orgánica correspondiente.

Código:

La P.A.U. asigna un código correlativo a cada Informe de Resultado de Reclamo.

Nº de Hoja de Reclamación:

Se completa con el número de la Hoja de Reclamación sobre la cual se haga el Informe de Resultado de Reclamo.

I. INGRESO DEL RECLAMO

Canal de ingreso:

Marcar con un aspa (X) el canal de ingreso del reclamo.

- Virtual : Si el usuario presentó el reclamo a través del Libro de Reclamaciones virtual.
- Físico : Si el usuario presentó el reclamo a través del Libro de Reclamaciones físico.

II. IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO AFECTADO

Se completa con todos los datos de identificación del usuario afectado (Apellido Paterno, Apellido Materno, Nombres, Tipo de Documento, Nº de Documento, Domicilio, Distrito, Teléfono fijo, Teléfono celular, Correo electrónico) serán llenados conforme la Hoja de Reclamación ítem 1 "Identificación del usuario o tercero legitimado" cuya copia va adjunta a la solicitud de Informe de Resultado del Reclamo.

III. IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO QUE PRESENTA EL RECLAMO

Se completa con todos los datos de identificación del usuario que presenta el reclamo (Apellido Paterno, Apellido Materno, Nombres, Tipo de Documento, Nº de Documento, Domicilio, Distrito, Teléfono fijo, Teléfono celular, Correo electrónico) serán llenados conforme la Hoja de Reclamación ítem 2 "Identificación de quien presenta el reclamo" cuya copia va adjunta a la solicitud de Informe de Resultado del Reclamo. Estos datos serán llenados únicamente cuando el usuario afectado no sea quien presente el reclamo.



IV. DESCRIPCIÓN DEL RECLAMO

Se completa conforme a la Hoja de Reclamación ítem 3 "Detalle del reclamo" cuya copia va adjunta a la solicitud de Informe de Resultado de Reclamo.

V. ANÁLISIS DE LOS HECHOS QUE SUSTENTAN EL RECLAMO

Se completa con la información obtenida de la Etapa de Investigación realizada por la Unidad Orgánica involucrada según los Artículos N° 19 y N° 20 del Reglamento para la atención de reclamos y quejas de los usuarios de las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en salud – IAFAS, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud – IPRESS y Unidades de Gestión de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud – UGIPRESS, públicas, privadas y mixtas aprobado mediante DS N° 030-2016-SA.

VI. CONCLUSIONES

Marcar con un aspa (X) la declaración del reclamo:

- Fundado: Declaración de Resultado del Reclamo cuando se ha probado la afirmación de los hechos alegados por el reclamante.
- Infundado: Declaración de Resultado del Reclamo cuando no se acredita los hechos que sustentan el mismo.
- Improcedente: Declaración de Resultado del Reclamo cuando no corresponde la atención del mismo por incumplimiento de aspectos de forma, no acreditar la legitimidad para obrar, no existir conexión lógica entre los hechos expuestos y el reclamo, carecer de competencia la institución recurrida salvo las excepciones del artículo 18 del presente Reglamento.
- Conclusión anticipada: Declaración de Resultado del Reclamo cuando el procedimiento concluye en cualquiera de los siguientes casos: Desistimiento, Trato Directo, Conciliación, Transacción extrajudicial, Laudo Arbitral.

Se completará con el pronunciamiento respecto a los hechos que sustentan el reclamo.

VII. MEDIDAS ADOPTADAS

Se completa con las medidas inmediatas adoptadas por los involucrados, de necesitar un plazo mayor debe establecerlo e informarlo para realizar las acciones de seguimiento y verificación por parte de la P.A.U.

VIII. FIRMA Y SELLO

- Personal involucrado
- Jefe de Servicio
- Jefe de Departamento



ANEXO N°11 FORMATO DE SUGERENCIAS DE LA P.AU.

"Para nosotros es muy importante su sugerencia, nos permite mejorar"

1. DATOS DEL USUARIO

▪ Nombres y Apellidos: _____ DNI: _____

▪ Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

2. SUGERENCIA:

GRACIAS

FIRMA



ANEXO N°12 MODELO DE REGISTRO DEL LIBRO DE FELICITACIONES DE LA P.A.U.

¿Hoy Ud. quedo satisfecho, por la atención recibida por el personal de la institución y desea felicitarlo?

1. DATOS DEL PERSONAL DE SALUD

- Nombres y Apellidos: _____
- Lugar donde labora: _____

2. DATOS DEL USUARIO

- Nombres y Apellidos: _____ DNI: _____
- Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

FIRMA



ANEXO N°13 INDICADORES DE LA PLATAFORMA DE ATENCIÓN AL USUARIO.

INDICADOR DE PORCENTAJE DE RECLAMOS GESTIONADOS

Fundamento: La medición de las reclamaciones gestionadas en el HONADOMANI-SB, es una buena práctica institucional que permitirá conocer en forma veraz y tangible, las principales falencias del establecimiento de salud y la capacidad de resolución y respuesta del equipo de trabajo de la P.A.U.

Objetivo Específico:

- Medir el porcentaje de reclamaciones gestionadas en nuestra institución para identificar problemas en la organización, establecer barreras preventivas y determinar acciones correctivas a la problemática con mayor prevalencia y recurrencia.

Definición Operacional de Variables:

- a. Reclamaciones: Manifestación verbal o escrita por la que el usuario se dirige a la institución, cuando considera que existe incumplimiento, irregularidad o deficiencia en la prestación del servicio de salud.
- b. Reclamo gestionado: Son todas las acciones que la institución realiza comprendidas en el registro, codificación, clasificación, análisis y resolución en forma eficaz, eficiente y efectiva, en respuesta a aquellas manifestaciones de disconformidad de los usuarios con algún producto o servicio, de acuerdo a los plazos establecidos según la norma vigente.
- c. Unidad de Medida: Porcentaje
- d. Numerador: Número de reclamaciones gestionadas por la institución.
- e. Denominador: Total de reclamos presentados en el libro de reclamaciones en salud.
- f. Meta Anual: 100%
- g. Fuente de Información: Reclamaciones presentadas en la hoja codificada del libro de reclamaciones en salud.
- h. Frecuencia del Reporte: Mensual.

INDICADOR DE PORCENTAJE DE SUGERENCIAS EVALUADAS

Fundamento: La medición de las sugerencias evaluadas es una buena práctica institucional que va permitir conocer la opinión voluntaria del usuario externo, teniendo en cuenta que cada sugerencia es una idea y cada idea representa una oportunidad de mejora.

Objetivo Específico:

- Medir el porcentaje de sugerencias evaluadas en la institución.
- Fomentar la participación del usuario externo, recogiendo su opinión, lo que permitirá mejorar los procesos de atención.

Definición Operacional de Variables:

- a. Buzón de Sugerencia y Ficha de Sugerencia: Es una herramienta orientada a la mejora continua de los servicios ofertados por la institución a través del recojo activo de la opinión de los usuarios.
- b. Sugerencias Evaluadas: Es toda sugerencia recogida a través del buzón de sugerencias, que ha pasado un proceso de clasificación, evaluación y análisis para determinar el potencial y constituirse como una oportunidad de mejora para la Institución.
- c. Unidad de Medida: Porcentaje.
- d. Numerador: Número de sugerencias evaluadas.
- e. Denominador: Total de sugerencias recepcionadas.



- f. Meta Anual: >80 %
- g. Fuente de Información: Sugerencias recepcionadas por la plataforma de atención al usuario y las vertidas en el buzón de sugerencias.
- h. Frecuencia del Reporte: Mensual.

