HOSPITAL San Rafaél E.S.E Dolores - Tolima

Unidos por la efectividad y humanización en la atención en salud

MANUAL DE ATENCIÓN AL USUARIO

INFORMACION AL USUARIO SOGCS

HOSPITAL SAN RAFAÉL E.S.E.
Dolores - Tolima

INTRODUCCIÓN

La Carta Política colombiana define la ***Participación Social*** como un principio fundamental y un derecho ciudadano, desarrollado por leyes relativas a la seguridad social y a obtener una calidad de vida acorde con la dignidad humana. De otra parte, en desarrollo de la Constitución, ***la Ley 100 de 1993*** reglamenta el ***Sistema General de Seguridad Social*** y adopta, entre otros, la integralidad como uno de sus principios, y la define como la cobertura de todas las contingencias que afectan la salud, la capacidad económica y en general las condiciones de vida de la población.

La normatividad legal vigente obliga a las instituciones, como lo es el ***Hospital San Rafaél*** de Dolores (Tolima), a establecer un servicio de atención a los usuarios, de recepción de quejas y reclamos, mecanismos para evaluar el nivel de satisfacción de los beneficiarios, formular un plan de garantía de la calidad de los servicios, garantizar la seguridad de los usuarios y abrir y promover espacios de participación social a través, por ejemplo, de la creación de asociaciones de usuarios y la participación de la comunidad en las juntas directivas del ***Hospital San Rafaél*** de Dolores (Tolima) como ***E.S.E.*** y en los consejos e instancias territoriales de planeación.

MARCO LEGAL

Artículo 49 de la Constitución Política dispone que los servicios de salud se organicen en forma descentralizada por niveles de atención y con participación de la comunidad.

Articulo 2 y 38 señala como fines del estado la participación ciudadana.

La Constitución Política establece, en su artículo 23, el derecho de petición. Concordante con lo dispuesto en los artículos 5 y subsiguientes del Código Contencioso Administrativo, entonces, la Superintendencia Nacional de Salud clasifica el derecho de petición en:

- ✓ Reclamo, Queja, consulta, información y manifestación.

Ley 100 de 1993. Es fundamento y principio del SGSSS la participación social.

Decreto 780 de 2006, Artículos 2.10.1.1.1 y siguientes, Anteriormente Decreto 1757 de 1994: establece las formas de participación en salud y la define como la interacción de los usuarios con los servidores públicos y privados, con el fin de ejercer sus deberes y derechos en salud, para la gestión, evaluación y mejoramiento en la prestación del servicio público de salud.

La participación social comprende:

- ✓ Participación ciudadana:

Servicio de atención a los usuarios. (IPS)

Sistema de atención e información a la comunidad (DLS – DTS)

- ✓ Participación comunitaria:

Comités de Participación comunitaria.

Asociaciones de usuarios.

Comité de ética hospitalaria.

Ley 100 de 1993, ley 1122 de 2007, establece parámetros para la participación social

Corresponde a la SUPERSALUD vigilar que esto se cumpla. CIRCULAR UNICA Titulo VII

De igual forma, según el numeral 9 del artículo 4° del Decreto 1018 de 2007, promover la participación ciudadana y establecer los mecanismos de rendición de cuentas a la comunidad.

CIRCULAR UNICA DE SUPERSALUD TITULO VII PROTECCION AL USUARIO Y PARTICIPACION CIUDADANA

Establece instrucciones que deben cumplir los vigilados para propender por la protección de los derechos de los usuarios:

1. TRATO DIGNO A LOS USUARIOS: "Es obligación de todos los funcionarios y/o trabajadores de las entidades vigiladas que manejan los trámites administrativos y/o asistenciales del Plan de Salud, ofrecer un trato digno a los usuarios que acudan a solicitar servicios ante la respectiva entidad vigilada."

2. ATENCION AL USUARIO: "Es deber de todas las entidades brindar atención integral al usuario de la salud y ésta, debe entenderse como un proceso integral en el que es requisito fundamental adoptar procedimientos, mecanismos, medios, instrumentos y canales para que esa atención cumpla con los principios de objetividad y buen trato".

Por lo anterior se debe contar con:

2.1. Oficina de atención al usuario

2.2. Tramite de peticiones

2.3. Atención telefónica

2.4 Red interactiva

OFICINA DE ATENCION AL USUARIO: Todas las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud (EAPB) y prestadoras del servicio de salud, deben tener una oficina de atención al usuario de manera personalizada, ubicada en sitio de fácil acceso y dotada de las herramientas logísticas y tecnológicas necesarias para su normal funcionamiento. Su horario de atención deberá ser acorde a las necesidades de los usuarios, y dichas oficinas deben contar con una línea gratuita nacional 018000 las veinticuatro (24) horas de los siete (7) días de la semana.

Ley 1171 de 2007: MAYORES – DISCAPACITADOS las entidades deberán tener una ventanilla preferencial para la atención de las personas mayores de 62 años.

Asimismo, se deben adoptar medidas especiales para la atención de personas discapacitadas.

DECRETO 19 DE 2012: **Por el cual se dictan normas para suprimir o reformar regulaciones, procedimientos y trámites innecesarios existentes en la Administración Pública, establece:**

ARTÍCULO 12. PRESENTACIÓN DE SOLICITUDES, QUEJAS O RECLAMOS POR PARTE DE LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES. Los niños, niñas y adolescentes podrán presentar directamente solicitudes, quejas o reclamos en asuntos que se

relacionen con su interés superior, su bienestar personal y su protección especial, las cuales tendrán prelación en el turno sobre cualquier otra.

ARTICULO 13. ATENCIÓN ESPECIAL A INFANTES, MUJERES GESTANTES, PERSONAS EN SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD, ADULTOS MAYORES Y VETERANOS DE LA FUERZA PÚBLICA. Todas las entidades del Estado o particulares que cumplan funciones administrativas, para efectos de sus actividades de atención al público, establecerán mecanismos de atención preferencial a infantes, personas con algún tipo de discapacidad, mujeres gestantes, adulto mayor y veterano de la Fuerza Pública.

ARTICULO 14. PRESENTACIÓN DE SOLICITUDES, QUEJAS, RECOMENDACIONES O RECLAMOS FUERA DE LA SEDE DE LA ENTIDAD. Los interesados que residan en una ciudad diferente a la de la sede de la entidad u organismo al que se dirigen, pueden presentar sus solicitudes, quejas, recomendaciones o reclamaciones a través de medios electrónicos, de sus dependencias regionales o seccionales, Si ellas no existieren, deberán hacerlo a través de aquellas en quienes deleguen en aplicación del artículo 9 de la Ley 489 de 1998, o a través de convenios que se suscriban para el efecto, En todo caso, los respectivos escritos deberán ser remitidos a la autoridad correspondiente dentro de las 24 horas siguientes.

LEY 1755 DE 2015. Por medio de la cual se regula el Derecho Fundamental de Petición y se sustituye un título del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

Artículo 13. ***Objeto y modalidades del derecho de petición ante autoridades.*** Toda persona tiene derecho a presentar peticiones respetuosas a las autoridades, en los

términos señalados en este código, por motivos de interés general o particular, y a obtener pronta resolución completa y de fondo sobre la misma.

Toda actuación que inicie cualquier persona ante las autoridades implica el ejercicio del derecho de petición consagrado en el artículo 23 de la Constitución Política, sin que sea necesario invocarlo. Mediante él, entre otras actuaciones, se podrá solicitar: el reconocimiento de un derecho, la intervención de una entidad o funcionario, la resolución de una situación jurídica, la prestación de un servicio, requerir información, consultar, examinar y requerir copias de documentos, formular consultas, quejas, denuncias y reclamos e interponer recursos.

El ejercicio del derecho de petición es gratuito y puede realizarse sin necesidad de representación a través de abogado, o de persona mayor cuando se trate de menores en relación con las entidades dedicadas a su protección o formación.

Artículo 14. ***Términos para resolver las distintas modalidades de peticiones.*** Salvo norma legal especial y so pena de sanción disciplinaria, toda petición deberá resolverse dentro de los quince (15) días siguientes a su recepción. Estará sometida a término especial la resolución de las siguientes peticiones:

1. Las peticiones de documentos y de información deberán resolverse dentro de los diez (10) días siguientes a su recepción. Si en ese lapso no se ha dado respuesta al peticionario, se entenderá, para todos los efectos legales, que la respectiva solicitud ha sido aceptada y, por consiguiente, la administración ya no podrá negar la entrega de dichos documentos al peticionario, y como consecuencia las copias se entregarán dentro de los tres (3) días siguientes.

2. Las peticiones mediante las cuales se eleva una consulta a las autoridades en relación con las materias a su cargo deberán resolverse dentro de los treinta (30) días siguientes a su recepción.

Parágrafo. Cuando excepcionalmente no fuere posible resolver la petición en los plazos aquí señalados, la autoridad debe informar esta circunstancia al interesado, antes del vencimiento del término señalado en la ley expresando los motivos de la demora y señalando a la vez el plazo razonable en que se resolverá o dará respuesta, que no podrá exceder del doble del inicialmente previsto.

Artículo 15. ***Presentación y radicación de peticiones.*** Las peticiones podrán presentarse verbalmente y deberá quedar constancia de esta, o por escrito, y a través de cualquier medio idóneo para la comunicación o transferencia de datos. Los recursos se presentarán conforme a las normas especiales de este código.

Artículo 22. ***Organización para el trámite interno y decisión de las peticiones.*** Las autoridades reglamentarán la tramitación interna de las peticiones que les corresponda resolver, y la manera de atender las quejas para garantizar el buen funcionamiento de los servicios a su cargo.

RESOLUCION 2063 DEL 9 DE JUNIO DE 2017. Por la cual se adopta la Política de Participación Social en Salud.

La PPSS busca dar respuesta a las problemáticas, necesidades, dificultades, oportunidades, limitaciones y debilidades que afectan la Participación Social en Salud, en la perspectiva de dar cumplimiento al marco legal vigente y, por ende, a la realización del derecho humano de la participación que se encuentra vinculado bajo una lógica de interdependencia con el derecho a la salud (Artículo 12 de la Ley 1751 de 2015, Estatutaria en Salud, Capitulo II, que retoma en buena medida la observación general 14 de 2000, y articulo 136 de la Ley 1438 de 2011).

Los Principios orientadores de la PPSS son:

1. Enfoque de derechos
2. Territorialidad
3. Diversidad
4. Solidaridad
5. Autonomía
6. Equidad
7. Transparencia
8. Corresponsabilidad

La Política parte del reconocimiento de la participación como derecho fundamental vinculado a otro derecho fundamental como lo es la salud. En tal sentido el estado es garante de estos y la ciudadanía tiene el derecho y el deber de co-construir la salud. La política sienta las bases para el cumplimiento del derecho a la participación en el marco de la Ley 1438 de 2011 y la Ley Estatutaria en Salud (Ley 1751 de 2015) y cobija a todo el territorio nacional y a todos los integrantes del Sistema de Salud.

EJES ESTRATEGICOS Y LINEAS DE ACCION:

- Fortalecimiento Institucional
- Impulso a la cultura de la Salud
- Control Social en Salud
- Gestión y garantía en Salud con participación en el proceso de decisión.

CIRCULAR EXTERNA No 008 de 14 de septiembre de 2018. De la Supersalud. Por la cual se hacen, adiciones, modificaciones y eliminaciones a la Circular 47 de 2007.

CIRCULAR EXTERNA N° 002 DE 2020

Modifíquese el numeral 1, del capítulo segundo, del título VII de la Circular Única PARTICIPACIÓN CIUDADANA. El nuevo texto es el siguiente:

Alianza o Asociación de Usuarios:

Las EAPB e IPS, deberán adelantar las acciones necesarias para promover y fortalecer el ejercicio de la participación social acorde con la normatividad vigente. Por lo cual, deberán garantizar a sus usuarios la materialización del derecho a conformar la asociación de sus usuarios.

La convocatoria debe realizarse teniendo en cuenta al menos los siguientes aspectos:

Las EAPB e IPS públicas, deben realizarla por todos los canales de comunicación y atención al usuario con que cuenta la entidad y, adicionalmente, por un medio masivo de comunicación en la jurisdicción correspondiente. Las IPS privadas, deben realizarla por todos los todos los canales de comunicación y atención al usuario con que cuente. La convocatoria deberá publicarse al menos tres (3) veces durante los dos (2) meses anteriores la fecha de la realización de la asamblea.

Las EAPB e IPS, deberán reportar de manera obligatoria a través del archivo tipo GT004 Alianza o Asociación de Usuarios, en el sistema de recepción, validación y cargue - NRVCC, la información sobre la conformación de dichas asociaciones, la cual deberá permanecer completa y actualizada cada vez que se presente una novedad.

※ SERVICIOS DE ATENCIÓN SOCIAL AL USUARIO

La atención social al usuario es el grupo de procesos que tiene como común denominador satisfacer necesidades individuales, familiares, sociales y comunitarias, y las necesidades de la E.S.E. en cuanto a participación social y comunicación, agregando valor a la atención clínica suministrada.

Debe entender la multidimensionalidad de los usuarios y responder a sus expectativas.

La persona que llega a la institución siente que su integridad física está en estado de debilidad ante el prestador: es un enfermo que requiere atención a su estado.

Al mismo tiempo, el usuario es una persona humana que merece un trato digno, respeto, adecuadas condiciones locativas, y en general todos los elementos que dignifiquen la condición de persona.
El usuario es un ciudadano cargado de derechos y deberes tanto por su condición de tal, como por ser beneficiario de un paquete de servicios de acuerdo con su afiliación al *Sistema General de Seguridad Social en Salud*.

El *Hospital San Rafael* de Dolores (Tolima) no debe perder de vista que quien se acerca a demandar servicios en la institución es un usuario que, para todos los efectos, dentro del proceso de venta de servicios, debe ser tratado como un cliente, al que se le debe brindar la mejor atención con el fin de que su satisfacción redunde en beneficio de la empresa.

Los servicios de atención social a los usuarios se clasifican en:

INFORMACIÓN

Proceso mediante el cual se dan a conocer aspectos relacionados con los servicios que la institución brinda, su calidad, ventajas y condiciones, para satisfacer necesidades de información de los usuarios, con las cuales pueda hacer un mejor uso de los servicios y formarse criterios acerca de su calidad.
Modificaciones en los servicios, capacidad instalada, horarios de atención, etc.

Esta información se brindará mediante publicaciones en:
Carteleras.
Folletos
Publicaciones en Pagina WEB y redes sociales

En caso de novedades en el REPS, horarios de atención, modificaciones en el acceso a los servicios, se notificará a las EAPB mediante correo electrónico, para que estas a su vez informen a los usuarios.

EDUCACION A USUARIOS:

Se realizará educación a usuarios sobre temas de interés general como deberes y derechos, principales causas de morbilidad, eventos de interés en salud pública, seguridad del paciente, manejo de residuos hospitalarios.
Esto se realizará:

1. De forma Individual o personalizada en la consulta
2. Grupal a través de capacitaciones contempladas en

- PIC: Plan de intervenciones colectivas
- Capacitaciones a usuarios en Sala de espera

- Capacitaciones a comité ética y alianza de usuarios.

Se realizarán de forma virtual, presencial, mediante videos publicados en redes sociales, pagina web, sala de espera, folletos, charlas.
Para lo cual anualmente se elaborará cronograma.

APOYAR TRÁMITES SOCIALES REQUERIDOS POR LOS USUARIOS

Conjunto de subprocesos que buscan apoyar a los usuarios a afrontar incidentes sociales determinados por sus condiciones socioeconómica, cultural, familiar, etc., relacionados con la enfermedad. Entre estos se encuentran: Maltrato infantil, violencia intrafamiliar, marginalidad, exclusión social, etc.

Los subprocesos que involucra son:

1. Identificar usuarios N.N.
2. Ubicar e informar a familiares.
3. Ubicar alojamiento.
4. Promover protección social.
5. Fomentar rehabilitación social.
6. Apoyar y respetar práctica religiosa singular.
7. Conseguir elementos requeridos.
8. Promover aseguramiento del usuario en el SGSSS.
9. Preservar patrones culturales.
10. Proveer actividades recreativas.

TRAMITAR QUEJAS Y RECLAMOS

- ✓ Para conocer las causas de insatisfacción de los usuarios.
- ✓ Realimentar los procesos asistenciales y administrativos del *Hospital San Rafaél* de Dolores (Tolima).
- ✓ Establecer programas de mejoramiento.
- ✓ Ofrecer a los usuarios respuestas a sus reclamos.

MEDIR NIVEL DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO

Para que los directivos y trabajadores conozcan las necesidades, las expectativas, la percepción de los usuarios sobre la calidad de los servicios y generar programas de mejoramiento.

GENERAR ESPACIOS DE PARTICIPACIÓN SOCIAL EN EL SECTOR SALUD, DESDE LA PERSPECTIVA DEL PRESTADOR DE SERVICIOS I.P.S.

Es el proceso mediante el cual se incentivan y facilitan los mecanismos de participación social de los usuarios, en los hospitales E.S.E., con miras a ocupar los espacios reglamentados por la legislación vigente;

- ✓ Alianza de usuarios.
- ✓ Juntas directivas.
- ✓ Comités de Ética Médica.

PROMOVER USO ADECUADO DE LA RED DE SERVICIOS

Conjunto de actividades orientadas a educar, informar, orientar y transformar las relaciones y las practicas sociales sobre la oferta de servicios, con el objeto de hacer

un buen uso de ellos, racionalizar la demanda y asegurar la disponibilidad en la oferta.

CONCILIAR PAGO DE LAS CUENTAS EN USUARIOS CON CAPACIDAD DE PAGO LIMITADA

Es el proceso mediante el cual se llega a un acuerdo sobre las alternativas de cancelación del valor de las cuotas de recuperación de los usuarios sin capacidad de pago.

- **¿Qué información se suministra a los usuarios?**

Relativas a la prestación:

- ✓ Atención reglamentada en el plan de beneficios.
- ✓ Servicios, horarios y ventajas ofrecidas en la institución.
- ✓ Línea 24 horas de atención al usuario.
- ✓ Condiciones y/o requisitos exigidos para la prestación de los servicios.
- ✓ Nombre y méritos de los profesionales que prestan servicios en la institución.
- ✓ Programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
- ✓ Derecho a ser informado en un lenguaje comprensible, sobre su condición de salud: Compromiso de órganos blandos, diagnósticos, factores de riesgo, investigaciones, planes de manejo integral, riesgo-beneficio de los procedimientos, complicaciones, evolución,
  pronóstico, efectos secundarios, incapacidades, secuelas, prevención, costos.
- ✓ Consentimiento informado, desistimiento y renuncia a la atención.
- ✓ Instrucciones sobre procedimientos diagnósticos o terapéuticos.

Relativas a los deberes y derechos:

- ✓ Deber de cuidar y proteger la Institución.
- ✓ Organismos y formas de participación social en salud.
- ✓ Participación de los usuarios en la toma de decisiones, en la vigilancia y control de la gestión, prestación, calidad y servicio.
- ✓ Oportunidad de expresar sus percepciones sobre el servicio.
- ✓ Organización y funcionamiento del Sistema general de seguridad social en salud.
- ✓ Conformación de asociación de usuarios.
- ✓ Constitución de la red de servicios y funcionamiento de los sistemas de referencia y contrarreferencia.
- ✓ Quejas, reclamos y sugerencias.
- ✓ Deberes de los usuarios para con su salud, y la de la comunidad.

RESOLVER Y ATENDER LAS QUEJAS, RECLAMOS Y SUGERENCIAS DE LOS USUARIOS

Por mandato legal vigente toda institución del Estado debe contar con una dependencia encargada de recibir y tramitar las quejas, reclamos y sugerencias de los usuarios.

El manejo integral del proceso permite manifestar la alta valoración y respecto que el *Hospital San Rafaél* de Dolores (Tolima) tiene por el usuario y la importancia de su opinión para el mejoramiento de la calidad de los servicios de la empresa.

- **¿Por qué y para qué tramitar las quejas y reclamos de los usuarios sobre el servicio?**

Mediante este trámite, se busca conocer las causas y resolver los problemas que han generado una sensación de insatisfacción o un daño.

¿Para qué?

- ✓ Dar una respuesta que satisfaga.
- ✓ Disponer de un mecanismo de identificación de posibles problemas en la prestación del servicio y realimentar la ejecución de los diferentes procesos y procedimientos de la empresa.
- ✓ Establecer estrategias de mejoramiento que permitan, corrijan y/o minimicen los efectos de inconvenientes sin solución inmediata.
- ✓ El conocimiento y trámite de las quejas y reclamos puede evitar posibles complicaciones por demandas de tipo judicial, o soportar la defensa de la empresa.

EN EL HOSPITAL SAN RAFAÉL DE DOLORES (Tolima)

Gerencia. Las quejas graves, las que provienen de las autoridades del Estado y los organismos de vigilancia y control del Estado y del sector salud.

Control Interno Disciplinario. Las que requieren investigación disciplinaria por violación del reglamento interno de trabajo, contrato de trabajo, reglamento de prestación de servicios, manual de procesos y procedimientos técnico-administrativos y/o técnico-científicos.

Oficina de Atención al Usuario. Quejas de los usuarios presentadas por procesos y procedimientos técnico-administrativos y/o técnico-científicos, problemas en la

relación prestador-usuario, y demás factores relacionados con el cumplimiento de los requisitos esenciales.

DEFINICIONES

PETICIÓN: Mediante la cual una persona por motivos de interés general o particular solicita la intervención de la entidad para la resolución de una situación, la prestación de un servicio, la información o requerimiento de copia de documentos, entre otros.

QUEJA: Manifestación de una persona, a través de la cual expresa inconformidad con el actuar de un funcionario de la entidad.

RECLAMO: A través del cual los usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud dan a conocer su insatisfacción con la prestación del servicio de salud por parte de un actor del Sistema de Salud o solicita el reconocimiento del derecho fundamental a la salud.

PQR CON RIESGO DE VIDA: Aquellas que involucran una situación que representa riesgo inminente para la vida o la integridad de las personas.

DENUNCIA: Manifestación mediante la cual se ponen en conocimiento del Hospital San Rafaél conductas posiblemente irregulares por parte de sus funcionarios, relacionadas con extralimitación de funciones, toma de decisiones prohibidas en el ejercicio de su cargo o el interés directo en una decisión tomada. Incluye actos de corrupción.

SUGERENCIA: Es la proposición, insinuación, indicación explicación para adecuar o mejorar un proceso cuyo objeto es la prestación de un servicio.

SEGUIMIENTO: Es la actividad que se realiza a fin de garantizar que los derechos de petición, quejas y reclamos sea respondida, atendida y/o resuelta dentro del término legal.

- **Clasificación de las quejas y reclamos.**

De acuerdo con diferentes criterios.

POR LA CAUSA GENERADORA DE LA QUEJA EN:

Aseguramiento: Las quejas relacionadas con el aseguramiento de la población a los diferentes regímenes.
Administración De Los Recursos*:* Quejas en relación con los recursos disponibles del Sistema General de Seguridad Social en Salud, Red de Servicios, recursos financieros, cumplimiento de los planes de beneficiarios.
Prestación de Servicios*:* Quejas relacionadas con:
La prestación de los servicios de atención clínica, administrativa y social en salud.

Generadas por:

Recursos Humano: Ética, competencias, idoneidad profesional y suficiencia del recurso.

Procesos Y Procedimientos Técnico-Administrativos y Técnico-Científicos: Información, suficiencia, disponibilidad, accesibilidad, continuidad, oportunidad, integralidad y racionalidad técnico-científica.

Infraestructura Física: Locación, servicios, ambiente, comodidad, presentación, aseo, entre otros.

- **¿Qué pasos se realizan para tramitar las quejas y reclamos de los usuarios?**

La recepción de las quejas y reclamos se canaliza dependiendo de la instancia donde se presentan.

Las quejas expuestas a instancias externas a la institución las recibe la gerencia de la empresa, que, como responsable legal, las remite a las instancias pertinentes para el trámite e investigación.

Las presentadas en la institución las recibe la Gerencia, y las remite a la unidad de atención al usuario, o directamente la unidad de atención al usuario.

Para la presentación de las PQRDS se puede utilizar el formato FO – IU – 0Q Formato PQRDS:

HOSPITAL San Rafaél E.S.E Dolores - Tolima	FORMATO SEGUIMIENTO A PETICIONES, QUEJAS, RECLAMOS, DENUNCIAS, SUGERENCIAS Y FELICITACIONES																			
VERSIÓN: 1	CÓDIGO: FO-GC-01											FECHA REALIZACIÓN: 01 - 06 - 2020								
AJUSTADA SEGÚN CIRCULAR No 00008/14-09-2018																				
FECHA RECIBO PQR	CANAL O MEDIO DE PRESENTACION DE LA PQR	CONSECUTIVO	EAPB (ENTIDAD A LA CUAL ESTA ASOCIADA LA PQR)	NOMBRE DEL PETICIONARIO	TIPO IDENTIFICACION PETICIONARIO	NUMERO IDENTIFICACION PETICIONARIO	DATOS DE CONTACTO DEL PETICIONARIO	NOMBRE DEL AFECTADO/PACIENTE	TIPO IDENTIFICACION DEL AFECTADO	NUMERO IDENTIFICACION DEL AFECTADO	DATOS DE CONTACTO DEL AFECTADO	ASPECTO OTEMA QUE MOTIVO LA QUEJA	INDICAR SI EXISTE O NO FALLO JUDICIAL (TUTELA)	REGIMEN (CONTRIBUTIVO, SUBSIDIADO, EXCEPCION, ESPECIAL)	PROCESO Y/O PERSONAS RELACIONADAS	DESCRIPCION	RESULTADO DE LA VALIDACIÓN	ESTADO DE LA PQR	ANTE UNA NEGACION	
																			MOTIVO QUE FUNDAMENTA LA NEGACION	RESPONSABLE DE LA NEGACION

HOSPITAL San Rafaél E.S.E Dolores - Tolima Unidos por la efectividad y humanización en la atención en salud NIT. 890-700-568-4	FORMATO PQRDS		
VERSIÓN: 01	CÓDIGO: FO-IU-02	FECHA: 01-06-2020	PÁGINA: 1 DE 1

		CONSECUTIVO			
FECHA					
NOMBRE Y APELLIDO DEL USUARIO					
EAPB – EAPB-S		DIRECCION			
TELÉFONO		E – mail			
PETICIÓN		QUEJA		RECLAMO	
FELICITACIÓN		SUGERENCIA		DENUNCIA	
DESCRIPCIÓN (*Información suministrada por el cliente*)					
FIRMA DEL USUARIO					
Tiempo estimado para dar solución a la petición:					
NOMBRE Y CARGO DE LA PERSONA INVOLUCRADA:					
RESULTADO DE LA VALIDACIÓN					
ATENCIÓN DADA AL CLIENTE O ACCION DE MEJORA					

CARRERA 6 N° 9 – 02 Celular 317 5173293 – Dolores Tolima
E-mail: institucional@hospitalsanrafaeldolores.gov.co

MEDIOS PARA PRESENTAR PQRDS

Las PQRDS podrán recibirse en forma personal, escrita o por teléfono.

Personal.

Se recibirá en la oficina de atención al usuario en el formato diseñado al efecto.

Escrita.

El documento correspondiente debe entregarse en la oficina de ventanilla única, por email, o página web, en donde una vez radicada se remitirá a la oficina de atención al usuario, si la persona no sabe escribir se le colaborará con la realización del documento quien debe imponer su huella dactilar.

Las PQRDS escritas deberán contener:

Objeto y razones de esta.

Relación de documentos que se anexan, cuando a ello haya lugar.

Nombre y apellidos de quien la presenta, indicación del documento de identidad, dirección y número telefónico.

Firma.

Por las mismas razones expuestas para el caso de la PQRDS, puede en las cuales se omita los datos de quien la presenta.

Se aceptarán las quejas anónimas para respetar el derecho del quejoso de omitir sus datos personales.

Telefónica

Se recibirá en las líneas permanentes del hospital que existen a disposición de cualquier ciudadano.

Cuando se reciba en otras líneas, se direccionará la llamada a la encargada de atención al usuario, en donde se diligenciará el formato correspondiente.

Si no es Posible pasar la llamada a la encargada de atención al usuario, la sugerencia será recibida por el funcionario que recibe la llamada, quien deberá tomar nota escrita y remitirla a la oficina de atención al usuario a más tardar al siguiente día hábil.

RECEPCIÓN DE LAS PQRDS. Las PQRDS se recibirán en forma escrita en la oficina de atención al usuario o de correspondencia, en los buzones o por correo electrónico. Además, El Hospital San Rafaél tiene la línea telefónica 3175173293 (24 horas) y el e-mail: atencionalusuariohsrd@gmail.com a través de los cuales se recibirán en forma permanente las recomendaciones, denuncias y críticas relacionadas con las funciones que desempeña la entidad, asegurándose de la divulgación de dicho número telefónico para conocimiento de la ciudadanía en general.

¿Qué pasos se realizan para tramitar las quejas y reclamos de los usuarios?

La recepción de las quejas y reclamos se canaliza dependiendo de la instancia donde se presentan.

Las quejas expuestas a instancias externas a la institución las recibe la gerencia de la empresa, que, como responsable legal, las remite a las instancias pertinentes para el trámite e investigación.

Las presentadas en la institución las recibe la Gerencia, y las remite a la unidad de atención al usuario, o directamente la unidad de atención al usuario.

Toda PQRDS que se realice en el marco del acceso, la atención o la prestación del servicio de salud tiene una múltiple connotación de derecho fundamental, pues convergen en ella la protección constitucional y legal del derecho fundamental de petición, y del derecho fundamental a la salud, que a su turno involucra otros derechos fundamentales como la vida misma, la dignidad y la intimidad.

Lo mecanismos, procesos y procedimientos adoptados por la IPS, debe tener como fin resolver las PQR que se presenten de manera objetiva, oportuna y eficiente, cuyo trámite debe garantizar los máximos de niveles de accesibilidad, resolutividad, efectividad, seguimiento y control, y constituir insumos para el mejoramiento continuo no solo del proceso de atención al usuario y trámite de PQR, sino también de los servicios que son objeto de reclamación. Para la adecuación del sistema de trámite, análisis y seguimiento de PQR, éstas deben servir de insumo para las auditorías para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud y los respectivos planes de mejoramiento resultantes de las mismas. Los sistemas de administración de las PQR deberán permitirla consulta permanente en línea por parte del usuario, del estado de su petición.

¿CÓMO ACTUAR ANTE UNA RECLAMACIÓN?:

Una queja es igual a una OPORTUNIDAD DE MEJORA. Cuando un usuario insatisfecho, se dirige a nosotros para efectuar una reclamación, está colaborando con el sistema, ya que nos permite identificar problemas y efectuar propuestas de mejora de un servicio.

Por ello debemos prestar una **ATENCIÓN PERSONALIZADA**.

- Transmitiremos confianza y seguridad, haciéndole saber al usuario que está en buenas manos, que deseamos ayudarle y sabemos cómo hacerlo.
- Recibiremos amablemente, y mantendremos la tranquilidad.
- Escucharemos activamente para descubrir cuál es el verdadero motivo de la reclamación, evitando adoptar una Postura "a la defensiva" y poniéndonos en el lugar del usuario.
- Realizaremos preguntas abiertas y cerradas para recopilar información, delimitando el problema.
- Confirmaremos y verificaremos con el usuario que hemos comprendido el motivo de su reclamación. Para ello resumiremos, situando la gravedad del asunto en su justa medida.
- Pediremos disculpas. Si hay una verdadera explicación (no una justificación), debemos ofrecerla.
- Lo más importante es buscar la forma de resolver el problema, si está en nuestra mano, o derivarlo a la persona competente.

SI SE TRATA DE UN ERROR, DEBEMOS:

- Reconocer el error, (aunque no sea culpa nuestra), enfrentándolo con calma y seguridad.
- Anticiparnos, si es Posible, y contactar con el usuario; no esperar a que se dé cuenta de que ha habido un error.
- Adoptaremos una actitud competente; no se trata de "rasgarse las vestiduras", ni de hablar desde una Posición de superioridad.
- Escuchar, no responder a las provocaciones; es más práctico mantener la calma e ignorar sistemáticamente los Posibles ataques.
- Pediremos disculpas, ofreciendo una buena explicación.

- Tomaremos las medidas necesarias para evitar que en lo sucesivo se repita el mismo error, si fuera evitable.
- Si es Posible haremos un esfuerzo para ofrecer al usuario una compensación justa.
- Daremos las gracias al usuario, por la oportunidad de mejorar el servicio que nos brinda al presentar su reclamación.

Para dar respuesta a la queja se tendrá en cuenta los términos establecidos para el efecto, teniendo en cuenta las características del derecho a la salud y lo dispuesto al respecto en:

Circular 008 de 2018 de la Supersalud

LEY 1755 DE 2015. Por medio de la cual se regula el Derecho Fundamental de Petición y se sustituye un título del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

Cuando para el trámite de una PQR existan dos normas aplicables, prevalecerá aquella que sea más favorable para el usuario de acuerdo con su pretensión.

Toda PQR deberá ser respondida de fondo al usuario dentro de los términos que corresponda según la clase de petición, por el medio que el usuario indique, sin perjuicio que pueda obtener información sobre el estado de esta por cualquiera de los canales de comunicación de la entidad (telefónico, web, personalizado y los demás que disponga la entidad). En los casos en que el usuario no indique el medio para recibir la respuesta ésta se le enviará a la dirección de correo electrónico que tenga registrado, en caso de que no cuente con este, a la dirección física de su residencia, dejando evidencia de la actuación. Es importante resaltar que, para dar respuesta a las PQR, las entidades no podrán exigir al usuario documentos que reposen en su poder o en entidades que conformen su red prestadora de servicios cuando sea del caso.

Se entenderá que no hay respuesta cuando ésta se emita por fuera de los plazos correspondientes según la clase de PQR y en los eventos en los cuales la entidad implicada no remita una solución de fondo frente a las necesidades planteadas por el usuario. La respuesta y decisión de la entidad al peticionario deberá ir fechada y con la dirección correcta; deberá ser completa, clara, precisa y contener la solución o aclaración de lo reclamado junto con los fundamentos legales, estatutarios o reglamentarios que la soporten.

Adicionalmente, la respuesta deberá ir acompañada de copia de los documentos que, de acuerdo con las circunstancias, se estimen apropiados para respaldar las afirmaciones o conclusiones de la institución. En este sentido, es obligación de la IPS adoptar los correspondientes sistemas de archivo que les permitan la verificación de la información.

Las entidades deben informar al usuario que, en el evento de no obtener respuesta a la PQR, el usuario podrá comunicarlo a la Superintendencia y constituirá insumo para adelantarlas acciones de inspección, vigilancia y control a que haya lugar. Esto sin perjuicio de las acciones que se pueden adelantar por hecho inicial que generó la PQR.

Cuando una PQR deba ser contestada de manera negativa, la respuesta debe sujetarse al formato de negación de servicios y ser efectuada exclusivamente a través de profesionales de la salud, ampliamente capacitados para emitir concepto.

La respuesta se entenderá de fondo, cuando brinde información veraz, oportuna, de calidad, garantizando siempre que no se obstaculice el tratamiento o servicio del afiliado y, en consecuencia, debe verificarse que la salud, la integridad y la vida del usuario no se ponen en riesgo en ningún momento a causa de la negación.

Toda comunicación que se dirija a un usuario en relación con una PQR deberá contener una advertencia en caracteres destacados, que frente a cualquier desacuerdo con la decisión adoptada por la entidad ante la cual se elevó la respectiva PQR, se puede formular una PQR ante la Superintendencia Nacional de Salud. Asimismo, se deberá informar al usuario previamente que, de no obtener respuesta por parte de la entidad podrá elevar una PQR ante esta Superintendencia.

Es obligación del Hospital San Rafaél, diligenciar completamente el formato de negación de servicios de salud y/o medicamentos, EN CASO DE NEGACION.

- Una vez recibida la queja en la oficina de atención al usuario, esta se radica. Lo anterior en cumplimiento de la **Circular 008 de 2018** de la Superintendencia Nacional de Salud.
- Posteriormente se procede a hacer la validación de esta, revisando en los registros institucionales, Historia Clínica, solicitando información por escrito a los involucrados y/o líder o responsable del proceso o servicio, al personal del tuno según sea el caso.
- En caso de solicitarse información por escrito a los involucrados se da un plazo de DOS días para responder.
- Si los involucrados no responden en el término de DOS días se notifica a Gerencia para lo pertinente.
- Una vez realizada la validación se procede a dar respuesta al usuario.
- En caso de anónimos o de no contar con la dirección del usuario, las respuestas se publicarán en cartelera, registrando en la parte de atrás de la misma la fecha y hora de fijación y desfijacion por parte del jefe de oficina.
- Se realiza el registro en el formato de seguimiento
- Se archivan todos los soportes de la queja.

CAPITULO NEGACION DE SERVICIOS

REPUBLICA DE COLOMBIA
SUPERITENDENCIA NACIONAL DE SALUD

FORMATO NEGACION DE SERVICIOS DE SALUD Y/O MEDICAMENTOS

CUANDO NO SE AUTORICE LA PRESTACION DE UN SERVICIO DE SALUD O EL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS, ENTREGUE ESTE FORMULARIO AL USUARIO, DEBIDAMENTE DILIGENCIADO

NOMBRE DE LA ADMINISTRADORA EPS, O ENTIDAD TERRITORIAL				NUMERO		
FECHA DE SOLICITUD				FECHA DE DILIGENCIAMIENTO		
DD	MM	AAO		DD	MM	AAO

1. DATOS GENERALES DEL SOLICITANTE DEL SERVICIO

1er. APELLIDO	2do. APELLIDO	NOMBRES
TIPO DE IDENTIFICACION C.C. C.E.	No. DOCUMENTO IDENTIFICACION	No. DE CONTRATO
TELEFONO	CIUDAD / MUNICIPIO	DEPARTAMENTO

TIPO PLAN USUARIO

POS		POS-S		PLAN COMPLEMENTARIO (PAC)		PLAN DE MEDICINA PREPAGADA (PMP)	
POBLACION POBRE NO CUBIERTA CON SUBSIDIO A LA DEMANDA							
NRO. DE SEMANAS COTIZADAS POR EL USUARIO AL SGSSS		ESTADO DE LA AFILIACION / CONTRATO DEL USUARIO		VIGENTE		SUSPENDIDO		REMITIR EN ASEGURAMIENTO	

3. CLASE DE SERVICIO NO AUTORIZADO Y RECOMENDACIONES AL USUARIO

SERVICIO NO AUTORIZADO – CODIGO O MEDICAMENTO NO AUTORIZADO
DESCRIPCION: (Señale el servicio – procedimiento – intervención
JUSTIFICACION: Indique el motivo de la negación
FUNDAMENTO LEGAL: Relacione las disposiciones que presuntamente respaldan la decisión

3. ALTERNATIVAS PARA QUE EL USUARIO ACCEDA AL SERVICIO DE SALUD O MEDICAMENTO SOLICITADO Y HAGA VALER SUS DERECHOS LEGALES Y CONSTITUCIONALES

1.
2.
3.
4.

NOMBRE Y CARGO DEL FUNCIONARIO QUE NIEGA EL SERVICIO	FIRMA

FIRMA DEL USUARIO O DE QUIEN RECIBE

Si está en desacuerdo con la decisión adoptada, acuda a la Oficina de Atención al Usuario de su EPS, si su queja no es resuelta, eleve consulta a la Superintendencia Nacional de Salud, anexando copia de este formato totalmente diligenciado a la carrera 13 No. 32-76 PBX: (0571) 10 (Ext. 8011 – 8016)
Nota: El no indicar que su reclamación sea agotada por parte de la Superintendencia, es necesario hacer un estudio previo.

TERMINOS PARA RESOLVER PQR

PQR: Las peticiones relacionadas con el acceso al sistema de salud, la gestión del riesgo en salud, la articulación de los servicios para acceso efectivo, la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud y la inadecuada prestación del servicio de salud que afecte la oportunidad, continuidad o integralidad, presentados directamente por los usuarios ante la entidad responsable o ante esta Superintendencia, trasladados al vigilado, se deben resolver de fondo en un término máximo de cinco (5) días a partir de la fecha de radicación, a menos que se trate de asuntos y poblaciones que cuenten con términos específicos, casos en los cuales se aplicarán los términos dispuestos en la normatividad vigente como son los siguientes casos que se enuncian, a manera de ejemplo:

- Consultas médicas: Los servicios de consulta externa médica, odontológica, y de especialista, así como los apoyos diagnósticos, es decir, exámenes de laboratorio e imagenología, le serán asignados dentro de las 48 horas siguientes a su solicitud a los afiliados mayores de 62 años.

- Formula de medicamentos: Cuando la EPS no le suministre de manera inmediata los medicamentos incluidos en el Plan de Beneficios, debe garantizarles su entrega en el domicilio dentro de las 72 horas siguientes (o inmediatamente si es de extrema urgencia) a los afiliados mayores de 62 años.

PQR por entrega incompleta de medicamentos: Mecanismo excepcional de entrega de medicamentos en el lugar de residencia o de trabajo del afiliado, cuando éstos lo autoricen, dentro de las 48 horas siguientes a la reclamación.

- Continuidad de servicios: Una vez la provisión de un servicio ha sido iniciada, este no podrá ser interrumpido por razones administrativas o económicas.

Cada petición particular debe ser evaluada y valorada según las particularidades de caso y las condiciones del paciente, de manera que siempre se respete del derecho fundamental a la salud y se garantice la continuidad, la oportunidad y la integridad en el tratamiento en salud al usuario. Siempre se debe valorar la inmediatez que requiera cada caso y el término de cinco (5) días para resolver las PQR deben entenderse como plazo máximo otorgado siempre que no haya factores que requieran solución inmediata.

LAS PETICIONES GENERALES, es decir aquellas que contienen solicitudes de información

y que no están relacionadas con la garantía del acceso a los servicios de salud, ni con la atención o prestación de servicios de salud y por tanto no tienen aplicación del art. 20 de la Ley 1755 de 2015, se resolverán de conformidad con los términos de la citada Ley:

Peticiones generales: 15

Solicitudes de información: 10 días

Copias: dentro de los 3 días - Si las copias son de historias clínicas o de exámenes y se requieran para una consulta o urgente, serán catalogados como reclamos.

PQR con riesgo vital: Las PQR que involucren riesgo inminente para la vida o la integridad de las personas, y otras que, según criterio institucional, con base en la vulnerabilidad de la población o del impacto que se cause en el SGSSS o el sector, tendrán la marcación "Riesgo de vida" serán de inmediato cumplimento. Asimismo, aquellas PQR que esta Superintendencia traslade al vigilado y marque como PQR con riesgo vital deberán ser resueltas con la inmediatez que la situación del paciente

requiera y, en todo caso no podrán superar el término máximo de dos (2) días hábiles desde el traslado, sin perjuicio de la responsabilidad del vigilado en el evento de no resolver la situación con la inmediatez que la situación clínica del paciente requiera y conforme a las características de calidad, oportunidad, continuidad e integralidad inherentes al derecho fundamental a la salud que del derecho fundamental la salud.

DEL BUZON DE SUGERENCIAS

El buzón estará ubicado en la Sala de espera de Consulta externa.

Se dará a conocer a los usuarios sobre la presencia y el uso del buzón de sugerencias, a través de la cartelera del hospital y la Asociación de usuarios.

El buzón deberá ser abierto semanalmente, en presencia de la encargada de atención al usuario y dos miembros del comité de ética uno representante de la comunidad y otro representante de la entidad o de las promotoras de las EAPB-s, quienes deben de levantar un acta de lo allí encontrado, y se dará tramite a las quejas o sugerencias presentadas por la comunidad.

Las quejas, reclamos, sugerencias y actas de apertura del buzón de sugerencias serán analizados mensualmente por el comité de ética y sus resultados se darán a conocer al personal en reunión mensual que la institución realice.

CONOCER Y MEJORAR EL NIVEL DE SATISFACCION DE LOS USUARIOS

El Sistema General de Seguridad Social en Salud adoptó como uno de sus principios fundamentales la calidad en la prestación de los servicios y la eficiencia en la

gestión. Cuando hablamos de usuario, que califica los servicios nos referimos tanto al cliente externo, como al interno.

El decreto reglamentario del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad "SOGC", incluye como uno de sus componentes obligatorios por parte de Aseguradoras y prestadores de servicios de salud, la evaluación de satisfacción de las necesidades y expectativas de los usuarios, consolidando en la práctica de la atención en salud, los conceptos expuestos.

- **¿Qué es y para qué medir el nivel de satisfacción del usuario?**

Para conocer de forma técnica y objetiva, la percepción de la calidad, eficiencia, eficacia, efectividad y calidez de la atención en los servicios que han recibido.

OBJETIVOS

- ✓ Construir Una institución más amable, mediante, un adecuado uso de la palabra y una determinada disposición de los espacios y de los objetos.
- ✓ Establecer como una herramienta administrativa de apoyo a la dirección de la Institución, mecanismos que le permitan conocer y transformar las percepciones sobre el servicio y los conceptos de calidad para diseñar servicios y productos que respondan efectivamente a sus necesidades y expectativas, como base de una administración hospitalaria centrada en la atención al cliente.
- ✓ Identificar las necesidades, expectativas y deseos de los usuarios en relación con los servicios ofrecidos por la institución e identificar sus prioridades.
- ✓ Conocer el grado de calidad de los servicios recibidos, vistos desde la perspectiva de los usuarios.

- ✓ Canalizar la información sobre aspectos que los usuarios perciban como críticos en la prestación de los servicios.
- ✓ Identificar aspectos críticos que deterioran la calidad de los servicios ofrecidos. Precisar fortalezas y debilidades.
- ✓ Sensibilizar a la empresa sobre la importancia de algunos elementos del servicio que ésta no ha considerado para el diseño y programación de los servicios.
- ✓ Realimentar a la institución para fijar planes de mejoramiento continuo de los servicios.
- ✓ Sintonizar a los trabajadores con los usuarios y demostrarles a todos ellos, la importancia de su opinión para la organización.
- ✓ Dar cumplimiento a la normatividad vigente definida en el decreto 2174 sobre la obligatoriedad de los prestadores de realizar actividades de exploración y medición de la satisfacción de los usuarios de los servicios de atención en salud, como uno de los componentes del SOGC.
- ✓ Promover un pensamiento crítico en los usuarios que permita la retroalimentación de la institución y la posibilidad de crear espacios creativos.

Evaluación satisfacción del usuario.

Para realizar este proceso el HOSPITAL SAN RAFAÉL utilizará la siguiente encuesta:

HOSPITAL San Rafaél E.S.E Dolores - Tolima NIT. 890-700-568-4	FORMATO ENCUESTA DE SATISFACCIÓN		
VERSIÓN: 01	CÓDIGO: FO-IU-01	FECHA: 01-06-2020	PÁGINA: 1 DE 2

FECHA:_____ ATENCIÓN: Ambulatoria: _____ Urgencias: _____ ENTIDAD:_____

SERVICIO: Médico: _____ Odontológico: _____ Laboratorio: _____ Enfermería: _____

Hospitalización: _____ Vacunación: _____ Farmacia: _____ Ambulancia: _____ Facturación: _____

REGIMEN: Subsidiado: _____ Contributivo: _____ Especial: _____ Particular: _____ PPNA: _____

CON EL FIN DE GARANTIZARLE UNA MEJOR ATENCION A USTED Y SU FAMILIA Y PODER EVALUAR LA CALIDAD DEL SERVICIO QUE USTED RECIBE, AGRADECEMOS SU COLABORACION , RESPONDIENDO LAS SIGUIENTES PREGUNTAS:

MARQUE CON UNA X LA CASILLA QUE USTED CONSIDERE

VARIABLE / CALIFICACION	MUY BUENA	BUENA	REGULAR	MALA	MUY MALA
1. ¿Cómo calificaría su experiencia global respecto a los servicios de salud que ha recibido a traves del Hospital San Rafaél?					

VARIABLE / CALIFICACION	DEFINITIVAMENTE SI	PROBABLEMENTE SI	DEFINITIVAMENTE NO	PROBABLEMENTE NO
2. ¿Recomendaría el hospital a sus familiares o amigos?				

VARIABLE / CALIFICACION	SI	NO
3. ¿Le han dado información sobre sus deberes y derechos para la atención?		
4. ¿La totalidad de los medicamentos formulados le fueron suministrados?		

VARIABLE / CALIFICACION	BUENO	REGULAR	MALO
5. Tiempo transcurrido entre la fecha de la solicitud de la cita y la fecha de la atención			
6. Tiempo de espera para ser atendido			
7. ¿Le brindaron información acerca de su estado de salud y el tratamiento que requería?			
8. El trato recibido por el personal de la institución con el que tuvo contacto, ¿cómo fue?			
9. Comodidad y limpieza de las instalaciones			
10. ¿Se sintió seguro y confiado durante el proceso de atención en el Hospital?			

¿TIENE USTED ALGUNA SUGERENCIA? SI ( ) NO ( )

Observaciones y sugerencias:

_____

_____

_____

_____

FIRMA USUARIO

CARRERA 6 N° 9 – 02 Celular 317 5173293 – Dolores Tolima
E-mail: institucional@hospitalsanrafaeldolores.gov.co

Todos los servicios y unidades funcionales del ***Hospital San Rafaél*** de Dolores (Tolima), con los que el usuario entra en contacto a lo largo de la cadena de servicio, deben evaluarse.

Responsable de la medición

La evaluación de la calidad desde la perspectiva del usuario, estimada a través de métodos de medición de satisfacción, es un proceso técnico cuya estructuración es responsabilidad de la Unidad de Atención al Usuario, en coordinación con cada una de las Unidades funcionales objeto de la evaluación.
El proceso de aplicación de las encuestas recae en la misma U.A.U

Frecuencias de medición

En principio, la evaluación de satisfacción del usuario debe ser un proceso permanente, que se convierta en política institucional.

La aplicación de los instrumentos de medición será permanente, con una consolidación semestral.

GARANTIZAR LA ADECUADA DISPOSICION DE LA RED DE SERVICIOS

Racionalizar la demanda y asegurar el buen uso de los servicios de salud son algunos de los elementos fundamentales que contribuyen a que el prestador brinde los servicios con calidad, oportunidad y accesibilidad, de forma que permitan satisfacer adecuadamente las necesidades y expectativas razonables de los usuarios.

Con el objeto de garantizar estos beneficios se constituyen las redes de prestadores de servicios, como conjunto de instituciones de diferentes niveles de complejidad, articuladas funcionalmente, y puestas a disposición del usuario, para que mediante el sistema de referencia y contrarreferencia reciban los servicios asistenciales necesarios, en la IPS del grado de complejidad requerido.

Aunque este proceso no es responsabilidad directa de los prestadores de servicio es importante para el ***Hospital San Rafaél*** de Dolores (Tolima) suministrar esta información a los usuarios para evitar malas interpretaciones de los usuarios y percepciones erradas sobre la calidad y falta de eficiencia y racionalidad en procesos y procedimientos administrativos.

- **Promover el uso adecuado de la red de servicios**

Es el conjunto de actividades orientadas a educar, informar y orientar, a los usuarios de los servicios de salud, sobre la oferta de servicios, los prestadores contratados y las condiciones determinadas para la prestación, de forma que la persona utilice en la mayoría de los casos, los servicios pertinentes de acuerdo con el tipo y gravedad de las patologías, en el tiempo oportuno y razonable.

Los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud, que intervienen de una u otra forma en la Red de Servicios son:

El Ministerio de Protección Social que expide las normas que regulan el funcionamiento de la Red Pública de Servicios y de los Regímenes Contributivo y Subsidiado.

La Superintendencia Nacional de Salud, DTS y DLS, que cumplen funciones de vigilancia y control.

Los Gobiernos Seccionales y Municipales, que, en los planes Sectoriales y Locales de salud, deben configurar estrategias que aseguren la oferta de servicios de la Red Pública para vinculados.

El Asegurador, que facilita el acceso a los prestadores de servicios de salud, contratados por él. Determina las necesidades de atención en salud de su población asegurada, planea la oferta de servicios que responde a la demanda estimada.

El Prestador, que provee los servicios de atención en salud a los usuarios del asegurador, de acuerdo con las cláusulas contractuales predeterminadas.

Los Usuarios, que contribuyen a la planeación, vigilancia y control de la red. Su participación se personaliza en las Alianzas de Usuarios, Junta Directiva y Comité de Ética Hospitalaria.

La Comunidad, representada por los usuarios, que integran los órganos de participación ciudadana en salud: Consejos territoriales de Salud, Comités de Participación y Veedurías Ciudadanas.

- **Red de prestadores de servicios de salud**

Una red de prestadores de servicios está constituida por:

- ✓ Los Prestadores de Servicios de Salud, IPS públicas y privadas, Grupos de Práctica Profesional y Profesionales Independientes de los diferentes niveles, quienes ofertan y contratan la venta de servicios de atención en salud con las Aseguradoras, en sus diferentes niveles de complejidad: alta, mediana y baja.
- ✓ El Sistema de Comunicaciones intra e interinstitucional. Este último con las autoridades, las aseguradoras y los prestadores.
- ✓ El Sistema de Transporte de los Usuarios.

Existen tres instancias responsables de la constitución de redes de prestadores de servicios, que establecen tres tipo de redes de prestadores.

Redes para USUARIOS ASEGURADOS

Las organizadas por las EPS y EPS-S, para brindar atención a sus afiliados y beneficiarios. Las EPS-S están obligadas a incluir en su red a hospitales públicos. Las redes para el régimen contributivo pueden ser totalmente privadas.

Redes para USUARIOS VINCULADOS

Las direcciones territoriales en salud están obligadas a constituir la red de prestadores de servicios para brindar atención a la población vinculada.

Redes de URGENCIAS

Constituidas por los prestadores para la referencia y contrarreferencia de servicios de urgencia, sin importar el tipo de régimen del usuario. Es una red de apoyo eminentemente técnica para la atención efectiva y eficiente de contingencias.

- **Responsables de la red de prestadores de servicios de salud**

Beneficiarios de la red de servicios

Todos los ciudadanos colombianos y los extranjeros residentes en el país bien sean usuarios del régimen contributivo subsidiado o vinculado. Estos últimos tienen a su disposición la red de atención en salud pública organizada por la Dirección Territorial o local de Salud.

Actividades del Hospital San Rafaél de Dolores – Tolima con los usuarios, en relación con la red

Información.

Educación en el buen uso de la red.

Referencia y contrarreferencia.

Diseñar y establecer mecanismos para suministrar oportunamente información a los usuarios sobre las instituciones que componen la red de prestadores de servicios de su aseguradora, y las condiciones de acceso.

Remitir los usuarios a los Prestadores de la Red, al nivel que corresponda, de acuerdo con la complejidad del servicio, en correspondencia con la patología que presenta.

En servicios de urgencias, hospitalización, cirugía, pruebas diagnósticas de la red, a donde se remite el usuario, confirmar la disponibilidad en el acceso, de manera que se garantice la integralidad, continuidad y oportunidad del servicio.

Garantizar el adecuado traslado de los usuarios y su flujo dentro de la red de prestadores, así como la información exigida que soporte la solicitud y el traslado.

En pacientes hospitalizados que requieran exámenes realizados en otras instituciones la IPS debe realizar la solicitud, programación del servicio y los traslados correspondientes.

CONCILIAR LA CANCELACION DE LAS CUOTAS DE RECUPERACION Y COPAGOS DE USUARIOS CON LIMITADA CAPACIDAD DE PAGO

Es el proceso por el cual se llega a un acuerdo sobre la forma de pago del monto de la cuota de recuperación por los servicios prestados generalmente a usuarios con

limitada capacidad de pago, sin aseguramiento o afiliación la régimen contributivo o subsidiado.

- **¿Por qué y para qué conciliar pagos de las cuentas?**

Dado que la subsistencia del *Hospital San Rafaél* de Dolores (Tolima) depende de los recursos que recaude por venta de servicios, y el Estado no puede garantizar el pago del 100% de los servicios prestados a toda la población pobre y vulnerable del país, vinculada al sistema, se establecieron las cuotas de recuperación, mediante las cuales se responsabiliza al usuario, de una parte, del valor de los servicios.

El monto del valor de las cuotas de recuperación o del pago total de los servicios cuando no se exhibe ningún subsidio, son propiedad del *Hospital San Rafaél* y entran a hacer parte de sus ingresos por venta de servicios. Las cuotas de recuperación se configuran como bienes del Estado, defendidos por los funcionarios de la Empresa, sin que su no pago, sea óbice para la prestación de los servicios que requieren los usuarios.

Con el objeto de recaudar el mayor porcentaje posible de las cuotas de recuperación el *Hospital San Rafaél* de Dolores (Tolima) debe diseñar estrategias que permitan su recaudo sea en dinero o especies, pero sin condicionar su prestación a su cancelación máxime si son servicios de urgencias o críticos.

¿Cuándo se da este proceso?

Cuando el valor que debe cancelar el usuario por los servicios facturados excede sus capacidad de pago inmediato. Puede involucrar a los siguientes usuarios:

Asegurados a los regímenes contributivo o subsidiado.

Vinculados identificados por SISBEN, pero no asegurados.

Vinculados no identificados aún por SISBEN.

GENERAR ESPACIOS DE PARTICIPACIÓN SOCIAL EN EL SECTOR SALUD, DESDE LA PERSPECTIVA DEL PRESTADOR DE SERVICIOS I.P.S.

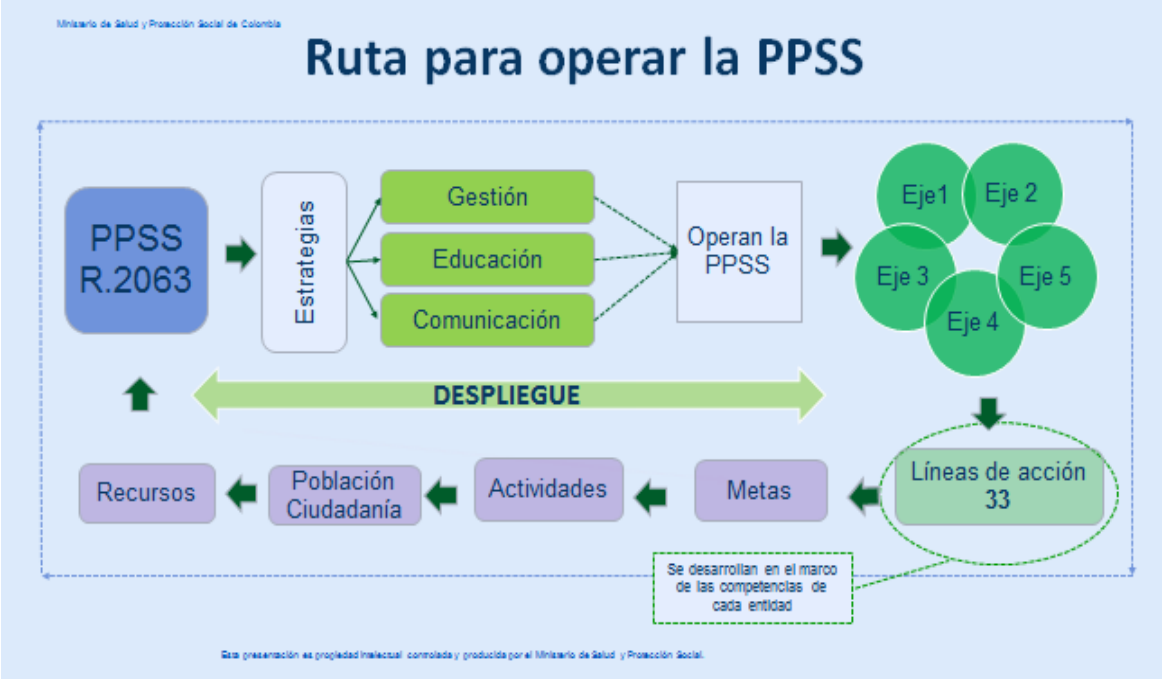
Es el proceso mediante el cual se incentivan y facilitan los mecanismos de participación social de los usuarios, en el hospital San Rafaél E.S.E., con miras a ocupar los espacios reglamentados por la legislación vigente;

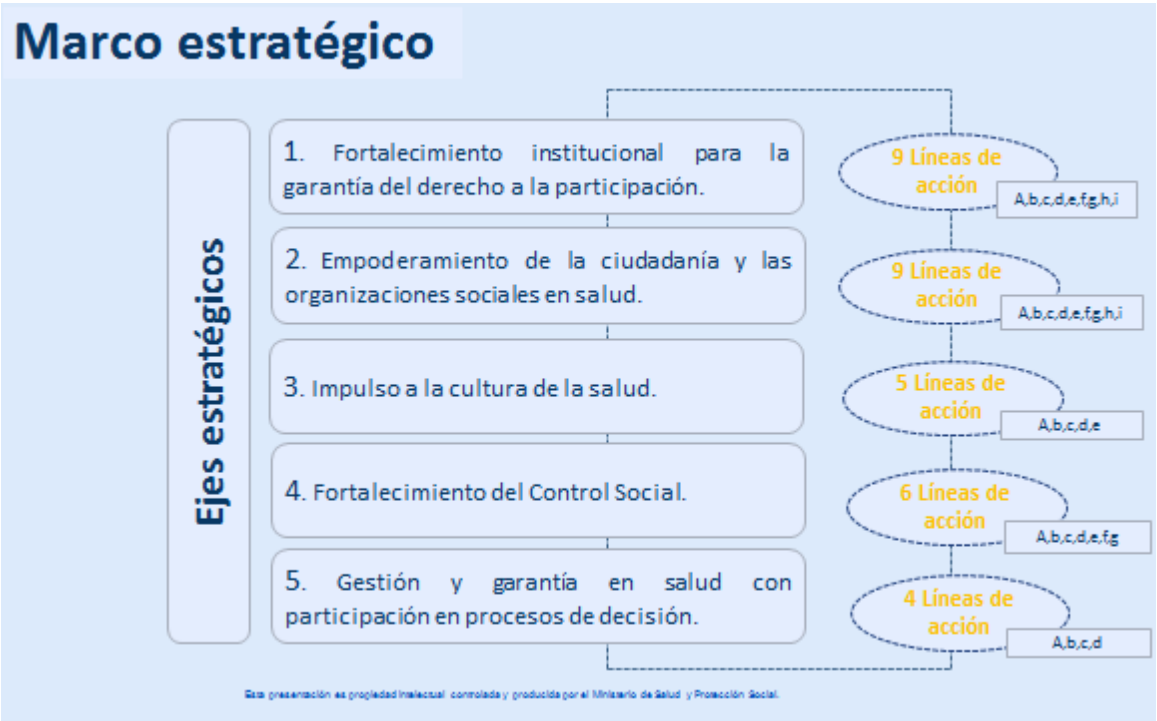
- ※ Asociación de usuarios.
- ※ Rendición de cuentas.
- ※ Comité de Ética.

POLITICA DE PARTICIPACION SOCIAL EN SALUD – PPSS: *Resolución 2063 De 2017*:

Su objetivo es Planificar y desarrollar las directrices que le permitan al Estado garantizar el derecho a la participación social en salud y su fortalecimiento; y a la ciudadanía la apropiación de mecanismos y condiciones para ejercer la participación con decisión para el cumplimiento del derecho a la salud en el marco de la Ley Estatutaria de Salud en armonización con la Política Integral de Atención en Salud (PAIS- MIAS).

Para operar la PPSS se estableció una ruta, que está compuesta por estrategias de gestión, de educación y comunicación, con cinco ejes y 33 líneas de acción.


Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia
Ruta para operar la PPSS
PPSS R.2063
Estrategias
Gestión
Educación
Comunicación
Operan la PPSS
Eje1
Eje 2
Eje 3
Eje 4
Eje 5
DESPLIEGUE
Líneas de acción 33
Metas
Actividades
Población Ciudadanía
Recursos
Se desarrollan en el marco de las competencias de cada entidad
Esta presentación es propiedad intelectual controlada y producida por el Ministerio de Salud y Protección Social.


Marco estratégico
Ejes estratégicos
1. Fortalecimiento institucional para la garantía del derecho a la participación.
2. Empoderamiento de la ciudadanía y las organizaciones sociales en salud.
3. Impulso a la cultura de la salud.
4. Fortalecimiento del Control Social.
5. Gestión y garantía en salud con participación en procesos de decisión.
9 Líneas de acción
A,b,c,d,e,f,g,h,i
9 Líneas de acción
A,b,c,d,e,f,g,h,i
5 Líneas de acción
A,b,c,d,e
6 Líneas de acción
A,b,c,d,e,f,g
4 Líneas de acción
A,b,c,d
Esta presentación es propiedad intelectual controlada y producida por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Cada entidad debe formular su Plan de acción para la implementación de la Política.

El Ministerio de Salud y Protección Social con el fin de dar cumplimiento a la Resolución 2063 de 2017 en su artículo 5, a partir del 2020 tiene dispuesto la Fuente de información PPSS190 para el reporte de información en la herramienta tecnológica de PISIS. En este sentido, el plan de acción en sus dos fases de formulación y ejecución deberá ser reportado a través de esta herramienta

1. Programación: PPS190PPPS
2. Seguimiento: PPS190SPPS

- COMITÉ DE ÉTICA

De conformidad con La Resolución 13437 de 1991 que establece: "Conformar en cada una de las entidades prestadoras del servicio de salud del sector público y privado, un Comité de Ética hospitalaria" y el artículo 15 del Decreto 1757 de 1991 compilado en el Decreto 780 de 2016 establece. "Las Instituciones Prestatarias de Servicios de salud, sean públicas, mixtas o privadas, deberán conformar los Comités de Ética Hospitalaria", el Hospital San Rafaél E.S.E., modificó mediante Resolución N° 093 del 12 de agosto de 2020 su comité de ética.

El Comité de Ética Hospitalaria estará conformado por:

1. El Gerente o su delegado quien lo presidirá
2. Dos (2) representantes de la Asociación de usuarios.
3. Dos (2) delegados elegidos por y entre los representantes de las organizaciones de la comunidad que formen parte de los comités de Participación Comunitaria.

4. Un (1) representante del equipo Médico, y un (1) representante del personal de Enfermería designado por y entre el personal
5. Encargado de la oficina de atención al usuario

Los representantes ante los Comités de Ética Hospitalaria serán elegidos para períodos de tres (3) años y podrán ser reelegidos máximo hasta por dos (2) períodos consecutivamente.

Este sesionará en forma mensual y el Comité de Ética Hospitalaria cumplirá las funciones establecidas en la Resolución 13437 de 1991 y el Decreto 1757 de 1994 compilado en el decreto 780 de 2018 y demás normas que lo amplíen o modifique además de:

1. Promover programas de promoción y prevención en el cuidado de la salud individual, familiar, ambiental y los dirigidos a construir una cultura del servidor público.

2. Divulgar entre los funcionarios y la comunidad usuaria de servicios los derechos

y deberes en salud.

3. Velar porque se cumplan los derechos y deberes en forma ágil y oportuna

4. Proponer las medidas que mejoren la oportunidad y la calidad técnica y humana de los servicios de salud y preserven su menor costo y vigilar su cumplimiento.

5. Atender y canalizar las veedurías sobre calidad y oportunidad en la prestación de servicios de salud.

6. Atender y Canalizar las inquietudes y demandas sobre prestación de servicios de la respectiva institución, por violación de los derechos y deberes ciudadanos en salud.

7. Reunirse como mínimo una vez al mes y extraordinariamente cuando las circunstancias así lo requieran, para lo cual deberán ser convocados por dos de sus miembros.

8. Llevar un Acta de cada reunión y remitirlas trimestralmente a la Dirección Municipal y Departamental de Salud.

Corresponde a este comité, monitorear la calidad del servicio y la satisfacción del usuario desde un punto de vista técnico, para lo cual evaluará la cobertura, funcionamiento, eficacia de los procesos, del trámite de quejas y reclamos, de tal manera que se puedan definir estrategias que garanticen el mejoramiento de la calidad del servicio.

- ASOCIACIÓN / ALIANZA DE USUARIOS

Modifíquese el numeral 1, del capítulo segundo, del título VII de la Circular Única PARTICIPACIÓN CIUDADANA. El nuevo texto es el siguiente:

Alianza o Asociación de Usuarios:

Las EAPB e IPS, deberán adelantar las acciones necesarias para promover y fortalecer el ejercicio de la participación social acorde con la normatividad vigente. Por lo cual, deberán garantizar a sus usuarios la materialización del derecho a conformar la asociación de sus usuarios.

La convocatoria debe realizarse teniendo en cuenta al menos los siguientes aspectos:

Las EAPB e IPS públicas, deben realizarla por todos los canales de comunicación y atención al usuario con que cuenta la entidad y, adicionalmente, por un medio

masivo de comunicación en la jurisdicción correspondiente. Las IPS privadas, deben realizarla por todos los todos los canales de comunicación y atención al usuario con que cuente. La convocatoria deberá publicarse al menos tres (3) veces durante los dos (2) meses anteriores la fecha de la realización de la asamblea.

Las EAPB e IPS, deberán reportar de manera obligatoria a través del archivo tipo GT004 Alianza o Asociación de Usuarios, en el sistema de recepción, validación y cargue - NRVCC, la información sobre la conformación de dichas asociaciones, la cual deberá permanecer completa y actualizada cada vez que se presente una novedad.

De conformidad con esto el Hospital San Rafaél conformó su asociación, la cual designo su junta, periódicamente se ha renovado y se reúne mensualmente.

En el acta de constitución se relacionará el nombre de sus integrantes y la Junta Directiva conformada por presidente, secretario y tesorero; también deberá nombrarse un revisor fiscal que no hará parte de dicha Junta. El acta también deberá contener la identificación de la asociación, liga o alianza, la identificación de sus integrantes, calidad de usuario de la IPS, según corresponda, dirección de residencia, contacto telefónico y el periodo para el que se haya constituido.

Igualmente, deberán mantener en sus archivos copia de las citadas actas y las actas de reuniones mensuales con las asociaciones, así mismo de las acciones correctivas pertinentes y el resultado de esta gestión de acuerdo con las problemáticas y/o acciones de mejoramiento en la prestación de servicios consignados en las actas.

La convocatoria que realice la IPS deberá garantizar la conformación de la respectiva alianza o asociación de usuarios, sin que ello las faculte para intervenir en las decisiones propias de dichas asociaciones, quienes actuarán bajo los principios de independencia y autonomía en su constitución y el ejercicio de sus funciones.

El Hospital San Rafaél, deberá publicar y mantener actualizada la información relacionada con los mecanismos de Participación Social en un lugar visible y de fácil acceso de su página web, mínimo con la siguiente información:

Asociación(es) o Alianza(s) de Usuarios conformadas.

Dirección, lugar y horario de reuniones de las asociaciones o asociaciones y datos de contacto, que le reporten las asociaciones

Orientación sobre el proceso de afiliación a la Asociación(es) o Alianza(s) de Usuarios, indicando los datos de contacto (nombre, dirección física, dirección electrónica y teléfono) del responsable de la afiliación a la Asociación o Alianza de Usuarios.

Nombres, apellidos y fecha de elección de los representantes de la Alianza o Asociación de Usuarios ante las instancias definidas en la normatividad vigente.

La **CIRCULAR UNICA DE LA SUPERSALUD**: establece:

Las entidades administradoras o prestadoras del servicio deberán reportar a través del enlace que para tal fin se disponga en la página de la Superintendencia www.supersalud.gov.co la información de las asociaciones de usuarios conformadas durante los primeros 10 días de los meses de enero, abril, julio y octubre, y sus modificaciones inmediatamente suceda el cambio. (Inciso modificado por la Circular Externa 052 de 2008).

- **RENDICIÓN DE CUENTAS**

La rendición de cuentas es una herramienta de control social que implica el suministro de información de la gestión y sus resultados a la comunidad. Este proceso tiene como finalidad la búsqueda de la transparencia y la retroalimentación

desde la perspectiva ciudadana para, a partir de allí, lograr la adopción de medidas tendientes al mejoramiento y materializar el principio constitucional en virtud el cual Colombia es un Estado participativo y la consagración de la transparencia como uno de los principios del Sistema

General de Seguridad Social que exige que las relaciones entre actores sean públicas, claras y visibles.

Se Deberá disponer de un Micrositio de Rendición de Cuentas en la página web, donde se encuentre permanentemente disponible información actualizada relacionada por lo menos con: los indicadores de gestión del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la entidad, satisfacción de los usuarios.

En este micrositio debe, además, permitirse la interacción de la comunidad de manera que pueda presentar sus comentarios u observaciones y solicitar información relacionada con la prestación de los servicios en salud y de la gestión de la entidad.

Así mismo deberán publicarse, los informes de las audiencias públicas rendición de cuentas que se presenten a la comunidad.

1. Reporte de la fecha de la Audiencia Pública de Rendición de Cuentas: La fecha de programación y lugar de la realización de la audiencia pública de rendición de cuentas, de una vigencia cumplida, con corte a 31 de diciembre, deberá reportarse a la Superintendencia Nacional de Salud a más tardar el 10 de abril de la siguiente vigencia y, en caso de modificación de fecha de la audiencia pública, la nueva fecha deberá reportarse con al menos 20 días calendario de anterioridad a la realización de la audiencia pública de rendición de cuentas, con el formato Archivo Tipo GT003, a través de la Plataforma NRVCC.

Lo anterior sin perjuicio de que las vigiladas puedan realizar más de una audiencia pública de rendición de cuentas.

2. CONVOCATORIA A LA AUDIENCIA PÚBLICA DE RENDICIÓN DE CUENTAS: La convocatoria a la Audiencia Pública de Rendición de Cuentas deberá cumplir con los siguientes requisitos:

- Convocar a usuarios y ciudadanía en general a la rendición, en un término no inferior a un mes de su realización.
- La convocatoria deberá realizarse a través de la página web de la respectiva entidad y de todos sus canales de comunicación. Además, se debe publicar por los menos 2 veces durante dicho término con intervalo de al menos 10 días, en un medio de amplia circulación, con cobertura en la jurisdicción donde cuenta con afiliados.
- Publicar en su página web, a más tardar el 10 de abril de cada vigencia, la fecha de programación y lugar de la realización de la audiencia pública de rendición de cuentas.
- En caso de que se presente modificación en la fecha de la audiencia pública, la nueva fecha se deberá publicar con al menos 20 días calendario de anterioridad a la realización y difundirse por los todos medios establecidos para la audiencia inicial. En todo caso la audiencia pública de rendición de cuentas de una vigencia cumplida deberá realizarse a más tardar el 31 de julio de la siguiente vigencia.
- En el acto de convocatoria se debe indicar a la ciudadanía el mecanismo para que los interesados puedan participar activamente en la audiencia de rendición de cuentas.

- El informe que se rendirá a la ciudadanía en la audiencia pública deberá ser difundido en la página web de la entidad, 30 días antes de la realización de la audiencia.

3. DESARROLLO Y CONTENIDO. La audiencia pública deberá realizarse, por lo menos, en relación con los siguientes temas:

a) Prestación de servicios de salud

- Indicadores de oportunidad, y calidad de la atención en salud, y los servicios prestados. Comparativo con la vigencia anterior.

- Actividades de Promoción y Prevención desarrolladas durante la vigencia.

- Actividades de Salud Pública implementadas durante la vigencia, objeto de reporte en el marco del Plan Decenal de Salud Pública vigente y sus variaciones frente a la vigencia anterior.

- Información relacionada con la caracterización de los usuarios y la gestión del riesgo en salud.

b) *Contratación*

- Información actualizada de la evolución y estado actual de los procesos de contratación de la red, incluyendo prestadores y dispensación de medicamentos e insumos.

- Número, objeto, monto y estado de los contratos terminados y en ejecución durante el periodo objeto de la rendición de cuentas.

c) Aspectos financieros

- ✓ Incluir en la Audiencia información relacionada con las condiciones financieras de la entidad y la gestión de los recursos del Sistema.
- ✓ Análisis comparativo de la ejecución presupuestal con la vigencia anterior.
- ✓ Información sobre la gestión del riesgo financiero.
- ✓ Presentación y análisis del balance general y el estado de resultados comparado con al menos la última vigencia.

d) *Satisfacción de usuarios*

- Análisis comparativo del comportamiento del total de las PQR presentadas, al menos, durante las últimas dos (2) vigencias.

- Análisis de los principales motivos de peticiones, quejas, reclamos y solicitudes de información presentadas en dichos periodos.

- Número de fallos de tutelas a favor de los usuarios en relación con la prestación de servicios de salud, discriminado por motivos. Comparativo con la vigencia anterior

- Mecanismos de atención prioritaria para personas con derechos a atención prioritario o preferencial.

Número de asociaciones de usuarios vigente.

Informe de los logros obtenidos como producto del trabajo conjunto entre la Administración y las Alianzas, Asociaciones de Usuarios y demás instancias de participación de la Entidad.

Informe de las encuestas de satisfacción y plan de mejora implantados o en curso a partir de las deficiencias detectadas en la Atención al usuario.

Las entidades deberán garantizar que los asistentes a la Audiencia Pública tengan un espacio en el que puedan participar activamente si así lo desean, sobre lo cual deberán pronunciarse en la misma audiencia o dentro de los próximos diez (10) días hábiles a su realización a través de publicación en página web.

4. ACTA DE REALIZACIÓN DE LA AUDIENCIA.

De la realización de la audiencia pública de rendición de cuentas deberá levantarse acta que contenga, por lo menos, los siguientes aspectos:

i) Constancias de convocatorias,

ii) Forma cómo se garantizó la participación de la ciudadanía,

iii) Desarrollo de la audiencia, iv) relación de autoridades, grupos u organizaciones asistentes,

v) respuestas y aclaraciones que se publicaron como consecuencia de las inquietudes surgidas en la audiencia

vi) los compromisos adquiridos en el marco de la audiencia, si los hubiere, junto con los soportes de las acciones de cumplimiento y/o cronograma para el cumplimiento de estos.

El acta deberá ser publicada dentro de los 15 días hábiles siguientes a la realización de la audiencia y deberá estar acompañada de los registros de asistencia, el informe final presentado en la audiencia pública y los soportes relacionados en el párrafo anterior.

Esta información deberá estar disponible en la página web institucional al menos durante tres (3) años siguientes a la realización de audiencia, sin perjuicio del deber de conservarla en los archivos de las respectivas entidades".

En el archivo GT003 se reportará con corte 31 de diciembre a más tardar el 10 de abril la rendición de cuentas

PORTABILIDAD Y MOVILIDAD

PORTABILIDAD: La portabilidad es un mecanismo con que cuentan los afiliados a una entidad promotora de salud –EPS, para tener acceso a los servicios de salud en una institución prestadora de servicios de salud -IPS primaria, en cualquier municipio del territorio nacional diferente a aquel donde se encuentra su sitio habitual de residencia.

De esta manera, cuando un afiliado y/o núcleo familiar cambie su sitio de residencia de manera ocasional o temporal, por un periodo superior a un (1) mes e inferior a doce meses (12), por razones de estudio, laborales o de otra índole, él, deberá infórmale a la EPS en la que se encuentre afiliado su nueva ubicación, con el fin de que ésta les garantice el acceso a los servicios básicos de salud en el nuevo lugar de residencia.

NORMATIVIDAD QUE APLICA: DECRETO 1683 del 2 de agosto 2013. Por el cual se reglamenta el artículo 22 de la Ley 1438 de 2011 sobre portabilidad nacional en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Este decreto tiene por objeto establecer las condiciones y reglas para la operación de la portabilidad del seguro de salud en todo el territorio nacional, en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

¿A QUIENES APLICA?: Este decreto se aplica a todos los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud, en los Regímenes Contributivo y Subsidiado, a las Entidades Promotoras de Salud, a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y a las autoridades territoriales de salud que, debido a sus deberes y facultades, intervengan para garantizar la portabilidad del seguro de salud en el territorio nacional.

FINALIDAD DE LA PORTABILIDAD:

La finalidad principal de la portabilidad es que las Entidades Promotoras de Salud garanticen a sus afiliados el acceso a los servicios de salud en un municipio diferente a aquel donde habitualmente se reciben los servicios de salud en una IPS primaria, cuando se presente cualquiera de las siguientes circunstancias, producto de la emigración ocasional, temporal o permanente de un afiliado:

EMIGRACION OCASIONAL:

- Entendida como la emigración por un período no mayor de un (1) mes, desde el municipio donde habitualmente se reciben los servicios de salud en una IPS primaria a uno diferente dentro del territorio nacional.
- En este evento, todas las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que cuenten con servicios de urgencias, deberán brindar la atención de urgencias, así como la Posterior a ésta que se requiera, independientemente de que hagan parte o no de la red de la respectiva EAPB. Cuando se trate de pacientes en condición de emigración ocasional que solicitan atención en salud en un servicio de urgencias, ante una IPS debidamente habilitada para prestarlas, esta atención no podrá negarse con el argumento de no tratarse de una urgencia.

EMIGRACION TEMPORAL

- Cuando el afiliado se traslade de su domicilio de afiliación a otro municipio dentro del territorio nacional por un período superior a un (1) mes e inferior a doce meses (12), LA EAPB garantizará su adscripción a una IPS primaria en el municipio receptor y a partir de ésta, el acceso a todos los servicios del Plan Obligatorio de Salud en la red correspondiente.

EMIGRACION PERMANENTE:

- Cuando la emigración sea permanente o definitiva para todo el núcleo familiar, el afiliado deberá cambiar de EAPB, afiliándose a una que opere el respectivo régimen en el municipio receptor.
- Cuando la emigración temporal supere los doce (12) meses, ésta se considerará permanente y el afiliado deberá trasladarse de EAPB o solicitar una prórroga por un año más, si persisten las condiciones de temporalidad del traslado.
- Cuando el afiliado a emigre permanentemente y opte por cambio de EAPB, su afiliación en el municipio receptor se hará con base en el nivel SISBEN establecido para su anterior afiliación, hasta tanto el municipio receptor practique una nueva encuesta, lo cual en ningún caso podrá afectar la continuidad del aseguramiento.

DISPERSION DEL NUCLEO FAMILIAR:

- Cuando por razones laborales, de estudio, o de cualquier otra índole, cualquiera de los integrantes del núcleo familiar afiliado, fije su residencia en un municipio del territorio nacional distinto del domicilio de afiliación donde reside el resto del núcleo familiar, dicho integrante tendrá derecho a

la prestación de los servicios de salud a cargo de EAPB, en el municipio donde resida, sin importar que la emigración sea temporal o permanente.

PROCEDIMIENTO PARA GARANTIZAR LA PORTABILIDAD

- Las Entidades Promotoras de Salud deberán garantizar la portabilidad a sus afiliados, a través de sus redes de atención o mediante acuerdos específicos con prestadores de servicios de salud o Entidades Promotoras de Salud (EAPB), allí donde no operan como EAPB y no cuenten con redes de prestación de servicios, de conformidad con la normatividad vigente.
- Toda EAPB deberá contar dentro de su página web con un minisitio dedicado a portabilidad. El minisitio debe contener como mínimo:

  a). La Información general sobre el derecho a la portabilidad y su regulación.

  b). Correo electrónico exclusivo para trámites de portabilidad

  c). Información de las solicitudes de portabilidad con documento de identidad, fecha de la solicitud, PS asignada y observaciones si las hubiere, para consulta de los afiliados y las IPS.

  d). Espacio para trámite de autorizaciones de actividades, procedimientos, intervenciones o suministros de mayor complejidad, ordenados por la IPS primaria del municipio receptor u otra instancia autorizada. Para estos trámites, se observarán las condiciones establecidas en las normas vigentes.

  e). Espacio para trámites, comunicación e información entre la EAPB y las PS que atiendan sus pacientes en el marco de la portabilidad.

SOLICITUD DEL AFILIADO

- Un afiliado podrá solicitar ante la EAPB mediante la línea telefónica de atención al usuario, por escrito, por correo electrónico exclusivo para trámites de portabilidad, personalmente o a través de cualquier otro medio de que disponga la EAPB para el efecto, la asignación de una IPS primaria en un municipio diferente al domicilio de afiliación, en el marco de las reglas aquí previstas. En ningún caso la EAPB podrá exigir la presentación personal del afiliado para el trámite de portabilidad.

La solicitud deberá contener como mínimo la siguiente información: nombre e identificación del afiliado; el municipio receptor; la temporalidad, si esta se encuentra definida; la IPS a la cual está adscrito en el municipio domicilio de afiliación y un número telefónico, dirección geográfica o dirección electrónica para recibir respuesta a su solicitud sobre adscripción a un prestador, en el municipio receptor.

RESPUESTA DE LA EAPB

La EAPB, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la solicitud, deberá informar al afiliado la IPS a la cual ha sido adscrita en el municipio receptor y las opciones que el afiliado tendría para cambiarse. Así mismo, informará a la IPS primaria del domicilio de afiliación de la exclusión de este afiliado de su listado de adscritos.

SI LA EAPB NO RESPONDE

Si esta información no se produce, el afiliado podrá solicitar el servicio en cualquier prestador de baja complejidad, y por referencia de éste a otros de mayor complejidad. La IPS está obligada a prestar servicios; y la EAPB, a pagarlos a las tarifas que tenga pactadas con dicho prestador o en su defecto a las definidas en el SOAT

NUEVA EPS: http://www.nuevaEAPB.com.co/Afiliados/Portabilidad.aspx

ECOOPSOS: https://ecoopsos.com.co/afiliado/portabilidad/

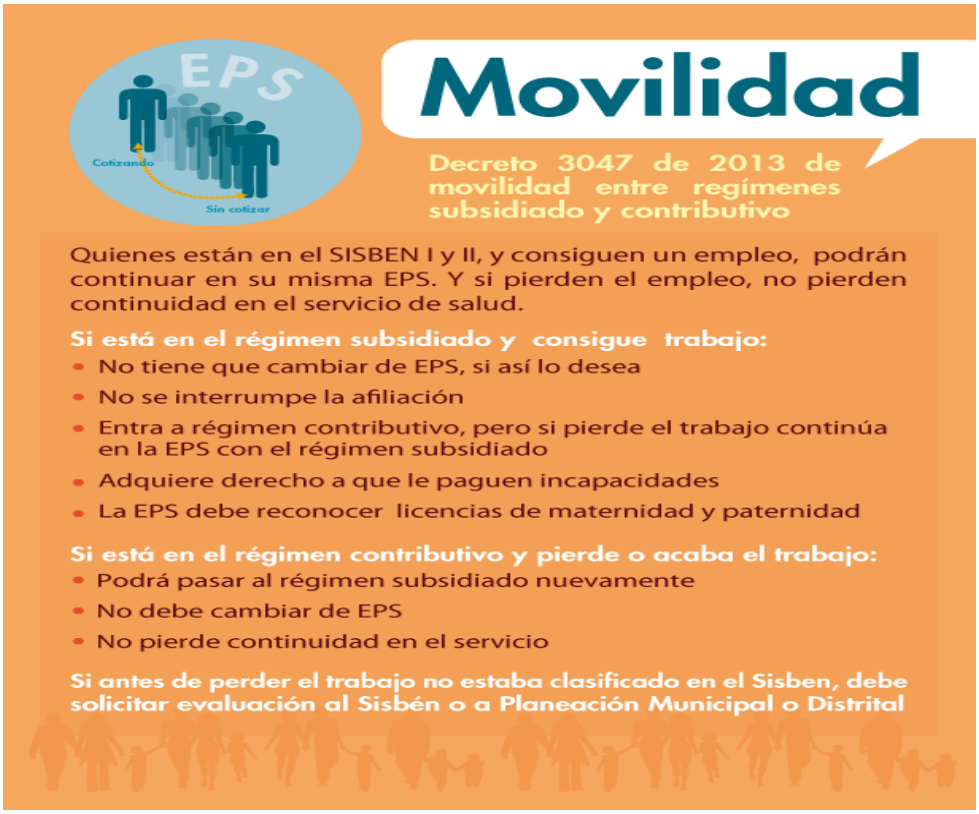


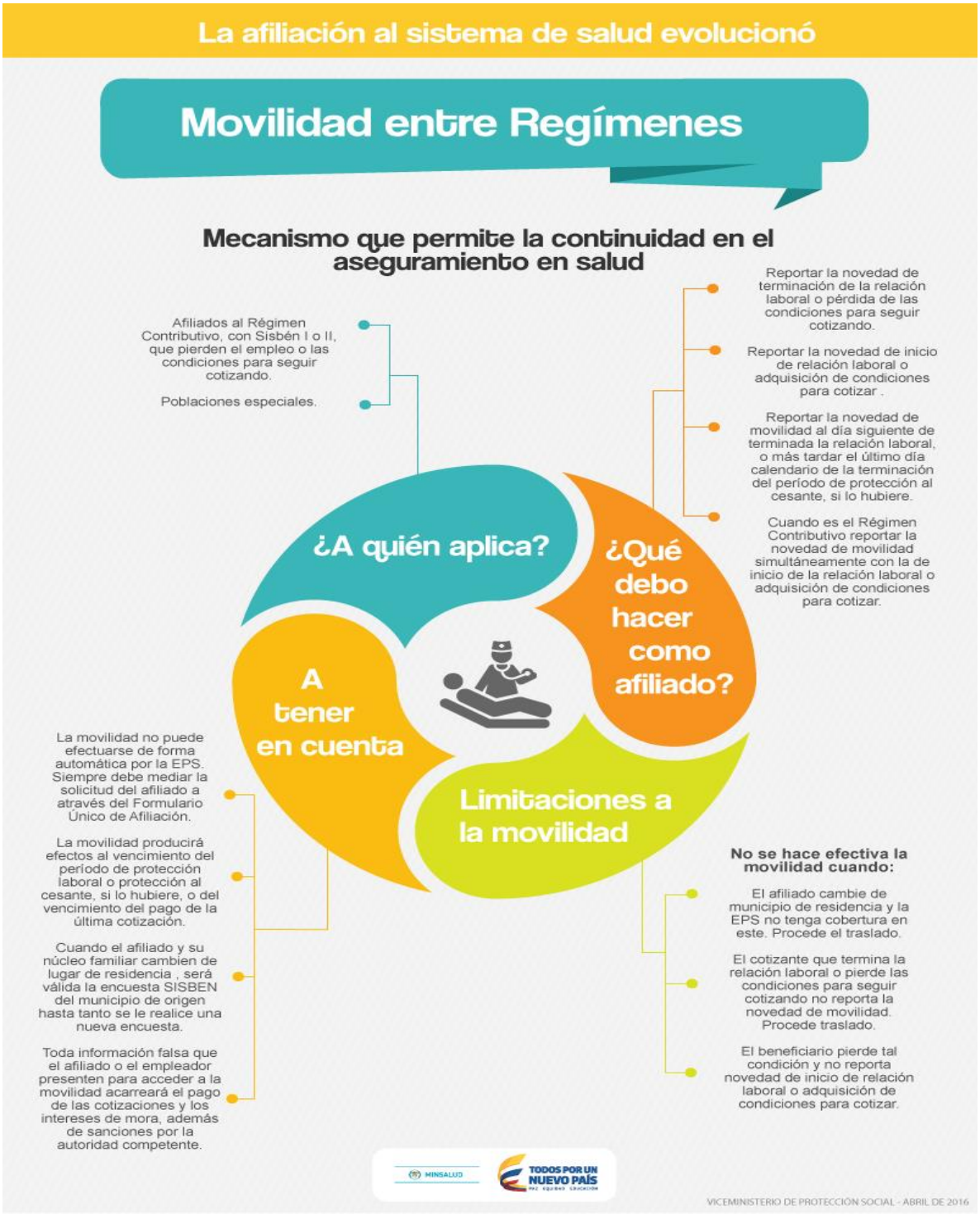
MOVILIDAD:

La movilidad, es un mecanismo que permite a los afiliados continuar inscritos en la misma EPS, así:

- Si está afiliado al Régimen Subsidiado y consigue empleo puede permanecer en la misma EPS con su núcleo familiar, para lo cual, debe informar a su empleador y éste, reportar a la EPS la novedad de movilidad.

- Si está afiliado al Régimen Contributivo y pierde su capacidad de pago y se encuentra en los niveles I o II del SISBEN, puede permanecer en la misma EPS con su núcleo familiar, para lo cual, deberá reportar a la EPS la novedad de movilidad.




La afiliación al sistema de salud evolucionó
Movilidad entre Regímenes
Mecanismo que permite la continuidad en el aseguramiento en salud
Afiliados al Régimen Contributivo, con Sisbén I o II, que pierden el empleo o las condiciones para seguir cotizando.
Poblaciones especiales.
¿A quién aplica?
Reportar la novedad de terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando.
Reportar la novedad de inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar .
Reportar la novedad de movilidad al día siguiente de terminada la relación laboral, o más tardar el último día calendario de la terminación del período de protección al cesante, si lo hubiere.
Cuando es el Régimen Contributivo reportar la novedad de movilidad simultáneamente con la de inicio de la relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.
¿Qué debo hacer como afiliado?
A tener en cuenta
La movilidad no puede efectuarse de forma automática por la EPS. Siempre debe mediar la solicitud del afiliado a través del Formulario Único de Afiliación.
La movilidad producirá efectos al vencimiento del período de protección laboral o protección al cesante, si lo hubiere, o del vencimiento del pago de la última cotización.
Cuando el afiliado y su núcleo familiar cambien de lugar de residencia , será válida la encuesta SISBEN del municipio de origen hasta tanto se le realice una nueva encuesta.
Toda información falsa que el afiliado o el empleador presenten para acceder a la movilidad acarreará el pago de las cotizaciones y los intereses de mora, además de sanciones por la autoridad competente.
Limitaciones a la movilidad
No se hace efectiva la movilidad cuando:
El afiliado cambie de municipio de residencia y la EPS no tenga cobertura en este. Procede el traslado.
El cotizante que termina la relación laboral o pierde las condiciones para seguir cotizando no reporta la novedad de movilidad. Procede traslado.
El beneficiario pierde tal condición y no reporta novedad de inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.
MINSALUD
TODOS POR UN NUEVO PAÍS
VICEMINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL - ABRIL DE 2016

ORGANIZACIÓN DE LA OFICINA DE ATENCION

Es responsable de esta oficina una Auxiliar Administrativo. Sus funciones son: Planear, Dirigir, Coordinar y Controlar la ejecución de los Planes y Tareas asignadas a la unidad.

Funciones del jefe de la UAU

La dirección de la UAU, además de realizar las actividades de planeación de la unidad y la coordinación con otras unidades funcionales debe:

- ✓ Coordinar con las otras dependencias que lo requieran la ejecución de actividades necesarias para el normal y correcto desempeño de las unidades.
- ✓ Coordinar los horarios de prestación de los servicios de información y atención a los usuarios en los servicios asistenciales de la E.S.E.
- ✓ Analizar requerimientos de suministros e insumos de la unidad.
- ✓ Establecer los procedimientos requeridos para atender la demanda de servicios de atención social.
- ✓ Verificar la ejecución de las tareas propias de la unidad.
- ✓ Elaborar planes de contingencia.
- ✓ Preparar y presentar informes periódicos y extraordinarios acordados y/o solicitados por la empresa.
- ✓ Contribuir a Normalizar y estandarizar procesos y procedimientos de la unidad.
- ✓ Coordinar la ejecución de actividades no habituales que se requieran por trámites, eventos de promoción de servicios, jornadas coyunturales de servicios asistenciales, entre otros.

- ✓ Ejecutar procedimientos de control y evaluación de la unidad.

Actividades De Coordinación De La Unidad

Con El Área Asistencial:

- ✓ Obtener la información que se va a dispensar a los usuarios.
- ✓ Acordar la periodicidad con que se actualiza.
- ✓ Actualizar la información sobre servicios, horarios, fechas, capacidad instalada, requisitos especiales o recomendaciones para su acceso, entre otros.
- ✓ Acordar procedimientos y responsabilidades para la asignación de citas.
- ✓ Coordinar con el área administrativa la existencia y vigencia de contratos de prestación de servicios para remisión de pacientes.
- ✓ Programar actividades de capacitación a los beneficiarios.
- ✓ Coordinar la remisión para trámite de quejas y reclamos relacionados con el área asistencial.
- ✓ Ejecutar los procedimientos para la investigación y evaluación de quejas y reclamos.

Con El Área Administrativa:

- ✓ Informarse de los requisitos exigidos para el acceso a los servicios acorde con las condiciones contractuales pactadas con las EPS-S y EPS, la Dirección seccional y/o local para la atención de pacientes vinculados y Plan de Salud Territorial.

- ✓ Articular los procedimientos relacionados con facturación y caja, y establecer las competencias y procedimientos para la negociación de cuotas de recuperación.

Con Otras Instituciones:

- ✓ Coordinar con la oficina de participación social de la Dirección Territorial de Salud las actividades relacionadas con las asociaciones de usuarios.
- ✓ Coordinar los procesos y procedimientos de cooperación institucional.

ACCESO A LOS DIFERENTES SERVICIOS – CICLOS DE ATENCIÓN

ASIGNACIÓN DE CITAS:

El Hospital San Rafaél cuenta con una persona encargada de asignar citas para acceder al servicio de consulta externa y odontología general, para lo cual, cuenta con agendas abiertas tal como lo establece la Resolución N° 1552 de 2013.

Para acceder al servicio de consulta médica y odontología general se asignan citas de martes a sábado de 10:00 am a 11:00 am de manera telefónica al número 3125277905.

La asignación de las citas de medicina general y odontología general no podrá exceder los tres (3) días hábiles, contados a partir de la solicitud, salvo que el paciente las solicite de manera expresa para un plazo diferente.

Para la asignación de citas el Hospital cuenta con el módulo de citas del software, el cual permite registrar los siguientes datos: (i) la identificación del usuario y datos de contacto, (ii) la fecha en que el usuario solicita la cita, (iji) la fecha en que el usuario solicita le sea asignada la cita; (iv) la fecha para la cual se asigna la cita, entre otros.

Al usuario debe garantizársele el derecho de solicitar la atención con el profesional de la salud de su preferencia que se encuentre entre las opciones ofertadas por el Hospital San Rafael. En su defecto, se le ofrecerá al usuario otras opciones disponibles acorde a sus necesidades.

En cumplimiento de la Resolución 1552 de 2013 y como parte de los indicadores del Sistema de Información para la calidad establecidos en la Resolución 256/2016 mensualmente se mide la oportunidad en la asignación de citas y se reporta a la

EAPB de forma mensual y al Ministerio de Salud a través de la plataforma PISIS-SISPRO Semestralmente.

Las citas médicas y odontológicas se asignan con una duración de 20 minutos. Las de primera vez para gestantes y programas de P y P serán de 30 minutos, controles 20 minutos y atención gestantes que inician controles tardíos 40 minutos. (Resolución 3280/2018).

La asignación de agenda a los profesionales se realiza teniendo en cuenta el cuadro de turno mensual, capacidad instalada, demanda de servicios y servicios contratados.

En caso de cambios en la agenda de citas, el auxiliar encargado debe comunicarse con el usuario e informar y asignar una nueva cita.

Así mismo al asignar la cita se le debe informar al usuario: fecha, hora, dirección y profesional asignado, la importancia de informar en caso de no poder asistir a la cita asignada. Y que debe presentarse quince minutos antes de la cita para su facturación y en caso de que aplique cancelación de la cuota moderadora o copago. Y en caso de no poder asistir a la cita llamar a cancelar la cita.

Al momento de asignarse la cita debe realizarse la verificación de derechos, en caso de no poderse prestar el servicio, el usuario debe ser informado de las causas y que debe hacer para acceder a los mismos.

URGENCIA:

Es la alteración de la integridad física, funcional y/o psíquica por cualquier causa con diversos grados de severidad, que comprometen la vida o funcionalidad de la persona y que requiere de la protección inmediata de servicios de salud, a fin de conservar la vida y prevenir consecuencias críticas presentes o futuras.

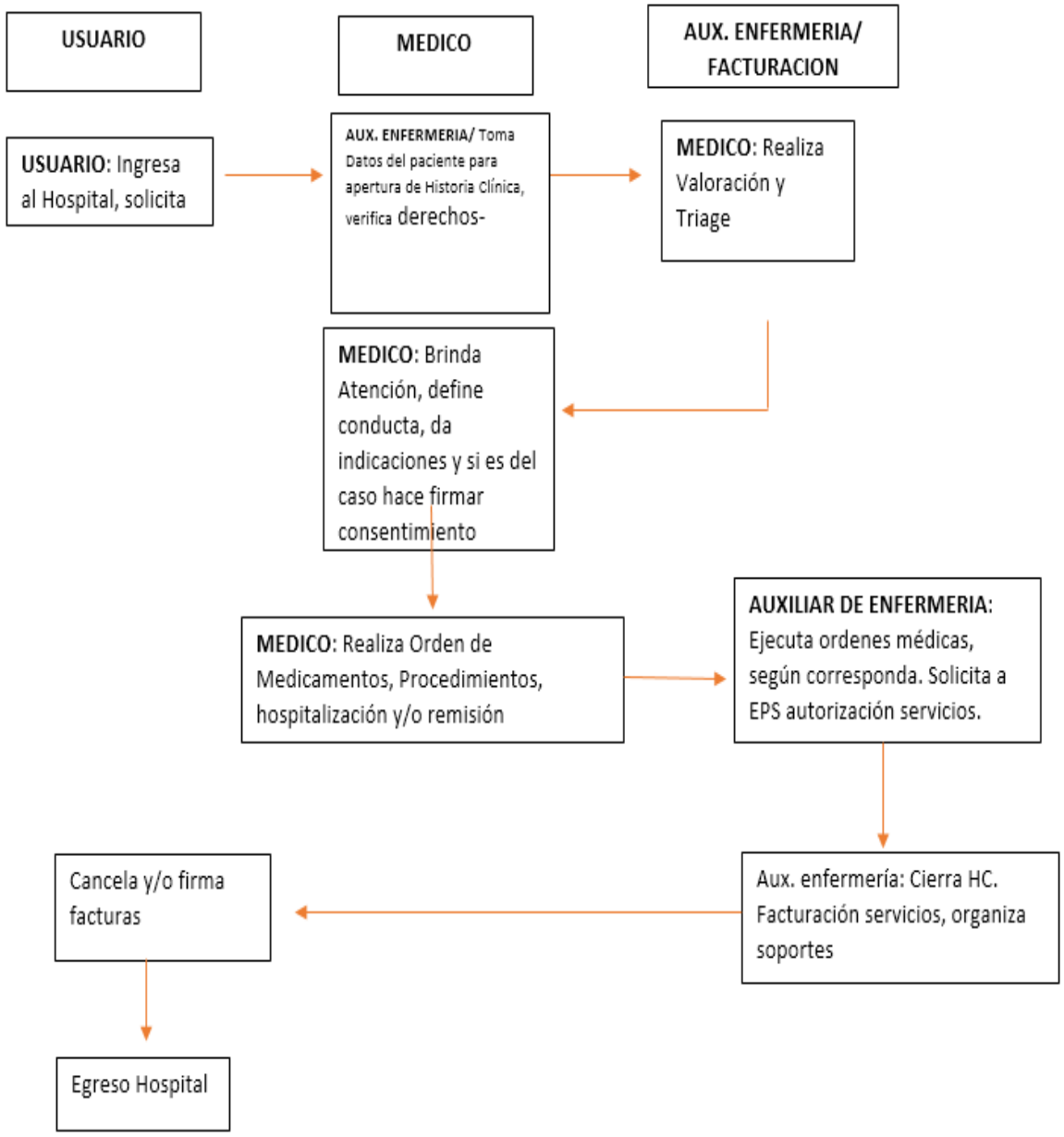
La atención de urgencias comprende la organización de recursos humanos, materiales, tecnológicos y financieros de un proceso de cuidados de salud indispensables e inmediatos a personas que presentan una urgencia. Todas las entidades o establecimientos públicos o privados, que presten servicios de consulta de urgencias, atenderán obligatoriamente estos casos en su fase inicial aún sin convenio o autorización de la E.P.S. respectiva o en el caso de personas no afiliados al sistema.

Las urgencias se atenderán en cualquier parte del territorio nacional sin que para ello sea necesario autorización previa de la E.P.S. o remisión, como tampoco el pago de cuotas moderadoras. La I.P.S. que presta el servicio recibirá de la E.P.S. el pago correspondiente con base en las tarifas pactadas o con las establecidas para el S.O.A.T. En todo caso es el médico quien define esta condición y cuando el paciente utilice estos servicios sin ser una urgencia deberá pagar el valor total de la atención.

Para el acceso contamos con el auxiliar de referencia quien procederá a la admisión y toma de datos, posteriormente se realiza por el auxiliar de enfermería toma de signos vitales y la valoración del profesional de la Salud clasificando al usuario en un TRIAGE, paralelo a esto el auxiliar de facturación realiza verificación de derechos en las respectivas Bases de Datos de las Entidades Prestadoras de Salud (E.P.S.), y solicitud de autorización de servicios, dependiendo del Triage el usuario es atendido por el médico quien definirá conducta o se le solicita pasar a consulta externa. Ya visto el Usuario pasa donde el auxiliar de enfermería que ejecutara las Ordenes Medicas.

Finalizada su atención, el Auxiliar de enfermería o el medico cierra la Historia Clínica, facturación realiza la liquidación de servicios y organiza los documentos soporte de la atención (órdenes médicas, copia de atención urgencias, entre otros).

Flujograma atención servicio de urgencias



CONSULTA MÉDICA GENERAL

Como lo establece la Ley 100/93, el Médico General es la base y motor de todo el engranaje de salud del Plan Obligatorio de Salud (POS), juntamente con el personal auxiliar y otros profesionales, quienes serán la puerta de entrada al sistema. Será el Médico General quien establezca las pautas para la promoción y la prevención. La consulta no debe ser menor a Veinte minutos (20). En este nivel el paciente y su familia pueden acceder y colaborar más activamente en el mantenimiento, control y recuperación de su salud.

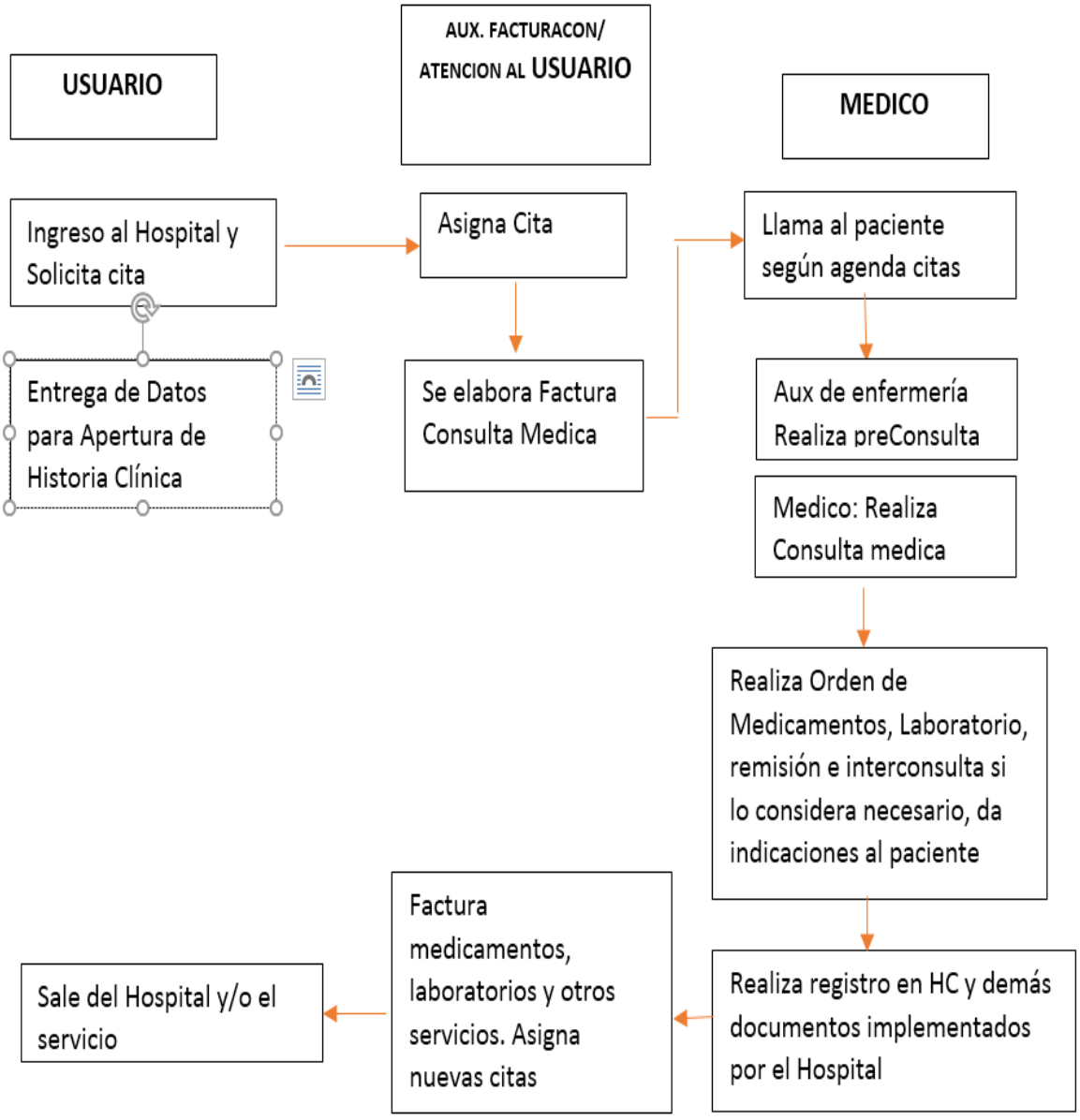
Para acceder al servicio de consulta médica se asignan citas de martes a sábado de 10:00 am a 11:00 am de manera telefónica al número 3182748965.

En cumplimiento del artículo 4 de la Resolución 5261/94 (MAPIPOS) los usuarios deberán identificarse al utilizar el servicio: menores de 7 años el registro civil de nacimiento, para mayores de 7 años la tarjeta de identidad y, para mayores de18 años la cédula de ciudadanía. Si no presenta el documento de identidad se evaluará la verificación de otros datos que permitan dar la certeza de que se trata del afiliado o beneficiario.

1. El cobro de cuotas moderadoras se hará de conformidad con la reglamentación vigente y según las tarifas determinadas en cada convenio. Se exceptúan del cobro todos los servicios de Promoción y Prevención.
2. El usuario solito su cita libremente, con cualquiera de los profesionales contratados por el Hospital San Rafaél.
3. El usuario deberá estar en el hospital 15 minutos antes de la hora señalada para la cita.

4. Cuando el Médico no cumpla el horario establecido para la atención del usuario, éste deberá presentar la queja escrita para hacer los correctivos necesarios.

Flujograma atención servicio de consulta médica general

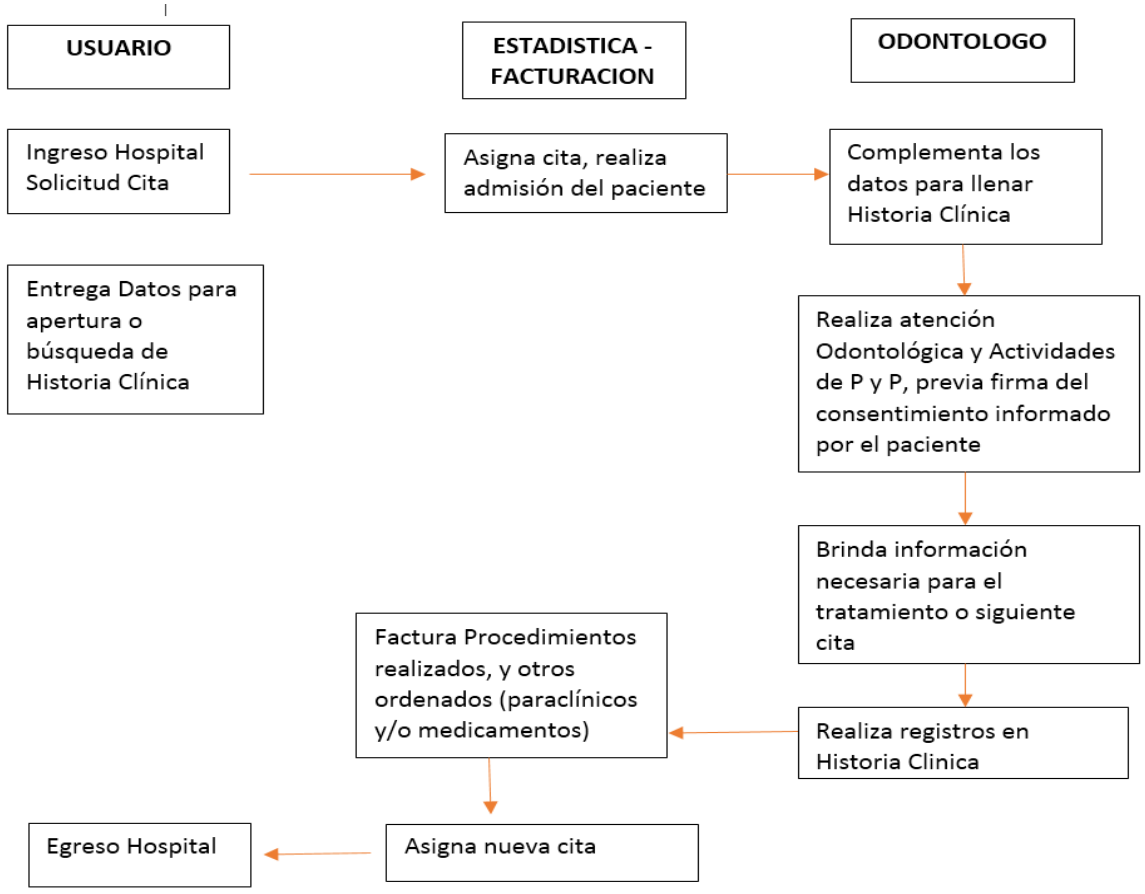


ODONTOLOGÍA GENERAL

La atención odontológica incluye actividades de educación, motivación y prevención, las cuales serán de carácter obligatorio (PBS) y se brindarán a todo paciente que inicie su atención. Tales actividades serán ofrecidas por el o la Odontólogo/a. Las actividades que se desarrollarán se encuentran estipuladas en el manual de atención odontológica.

Para acceder al servicio de consulta odontológica se tienen agendas abiertas y se asignan citas de martes a sábado de 11:00 am a 12:00 am de manera telefónica al número 3182748965.

Flujograma de atención servicio odontológico



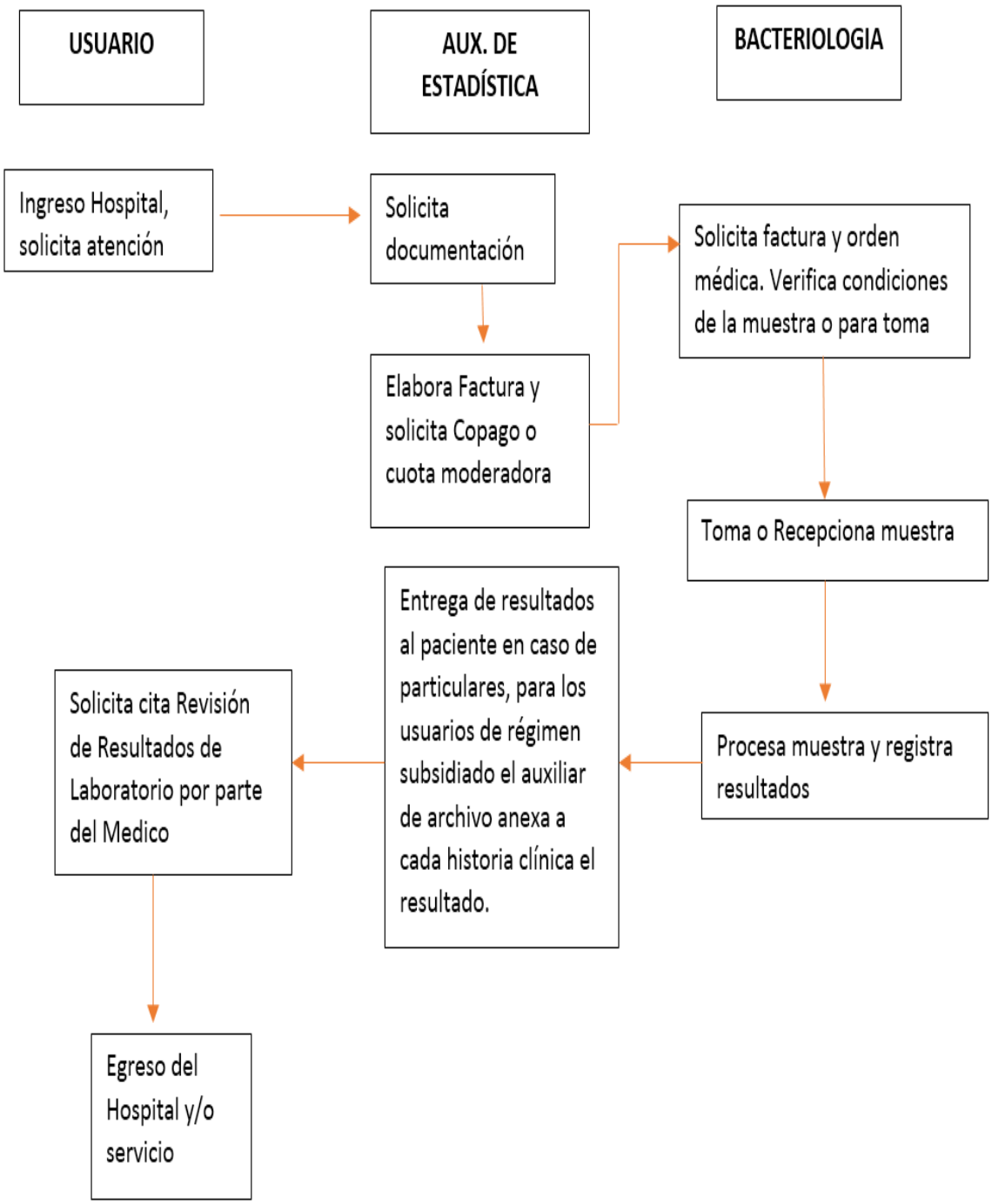
LABORATORIO CLÍNICO

Para la prestación de servicios de salud en el laboratorio clínico:

- El Usuario tendrá acceso al Laboratorio Clínico, previa remisión del Médico General, el horario de toma de muestras será de martes a sábado de 07:00 a.m. a 09:00 am.
- Para los pacientes que por su voluntad deseen utilizar el servicio de Laboratorio Clínico de forma particular pueden cancelar en facturación.
- El usuario cancelará el copago de acuerdo con el nivel o la cuota moderadora de acuerdo con el rango salarial del cotizante. Facturación generará el correspondiente recibo de caja entregando original y copia al usuario, está última deberá ser entregada en el laboratorio al momento de la toma de muestras. Si el paciente es particular cancelará la tarifa correspondiente a los exámenes solicitados.
- Facturación indica al usuario que se debe acercar al Laboratorio para que le sea tomada su muestra.
- En la recepción del Laboratorio, se solicitará la orden de servicios y la factura y el profesional del laboratorio asigna un número con el cual deberá marcarse todas las muestras del paciente.
- El profesional del Laboratorio verificará que el paciente posea todas las condiciones para una óptima toma de muestras. Si ello no es así, procederá a explicar y dar por escrito las instrucciones o preparación de acuerdo con el tipo de examen solicitado.

APRECIADO USUARIO durante el proceso de atención recibirá información sobre el día y hora en el que podrá reclamar sus resultados. Para garantizar la confidencialidad de estos por favor siga las instrucciones que le brinde el personal que lo atiende.

Flujograma atención servicio laboratorio clínico



ACCESO A SERVICIOS DE PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD

Atención realizada durante los diferentes ciclos de vida para valorar y hacer seguimiento de la salud y el desarrollo integral, identificar tempranamente exposición o presencia de factores de riesgo con el fin de prevenirlos o derivarlos para su manejo oportuno, detectar de forma temprana alteraciones que afecten negativamente la salud con el fin de referirlos para su manejo oportuno.

Primera infancia

Atención realizada a niños/as entre los 7 días hasta los 5 años, 11 meses y 29 días.

Infancia

Atención realizada a niños/as de 6 a 11 años, 11 meses y 29 días.

Adolescencia

Atención dirigida a los adolescentes de 12 a 17 años, 11 meses y 29 días.

Juventud

Atención a jóvenes de 18 a 28 años, 11 meses y 29 días.

Adultez

Atención dirigida a personas de 29 a 59 años, 11 meses y 29 días.

Vejez

Atención para las personas de 60 años y más.

Salud bucal

Valorar de manera integral la salud bucal en los diferentes momentos del curso de vida. Identificar factores de riesgos y factores protectores de la salud bucal.

Valoración, promoción y apoyo en lactancia materna

Valorar y promover la lactancia materna exclusiva asegurando un adecuado inicio y proceso de mantenimiento de esta mediante la orientación efectiva de la mujer en periodo de lactancia y/o las personas significativas.

Detección temprana cáncer de cuello uterino:

Detectar lesiones precancerosas de cuello uterino o carcinomas infiltrantes de cuello uterino en estadios tempranos a través de la realización de pruebas de tamización de base poblacional, ajustadas a la edad de la mujer y lugar de residencia habitual.

Detección temprana cáncer de mama

Detectar lesiones de cáncer de mama en estadios temprano a través de la realización de pruebas de tamización de base poblacional ajustadas a la edad de la mujer.

Detección temprana cáncer de próstata

Detectar el cáncer de próstata en estadios tempranos a través de la realización de pruebas de tamización de oportunidad ajustadas a la edad del hombre.

Detección temprana cáncer de colon y recto

Detección de cáncer de colon y recto en estadios tempranos a través de la realización de pruebas de tamización poblacional organizada en hombre y mujeres.

Atención para la planificación familiar y la anticoncepción

Atención a hombre y mujeres en edad fértil y sus parejas asesoría, información y educación para el logro de una elección informada del método anticonceptivo que más se ajuste a sus necesidades y preferencias.

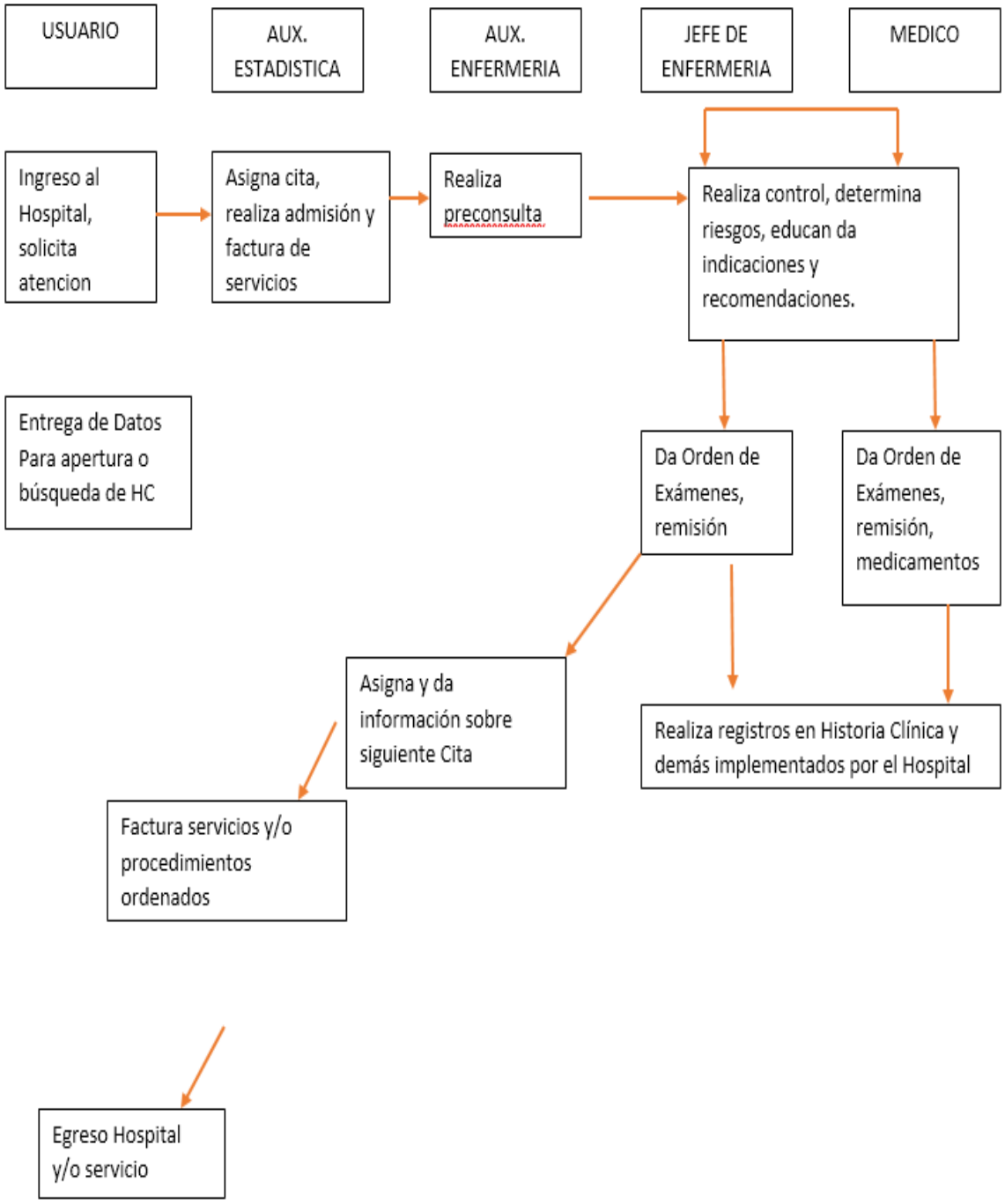
Atención en salud materno perinatal

Contribuir a la promoción de la salud y al mejoramiento de los resultados en salud materna perinatales, mediante la atención integral en salud. Comprende:

- Atención para el cuidado preconcepcional.
- Atención para el cuidado prenatal.
- Atención en salud bucal.
- Atención para la promoción de la alimentación y la nutrición.
- Interrupción voluntaria del embarazo.
- Curso de preparación para la maternidad y paternidad.
- Atención del parto.
- Atención del puerperio.
- Atención para el cuidado del recién nacido.
- Atención para el seguimiento del recién nacido.

El acceso a estos programas es a través de consulta médica y controles de enfermería y se asignan citas de martes a sábado de 10:00 am a 11:00 am de manera telefónica al número de celular 3182748965.

Flujograma atención servicio promoción y mantenimiento

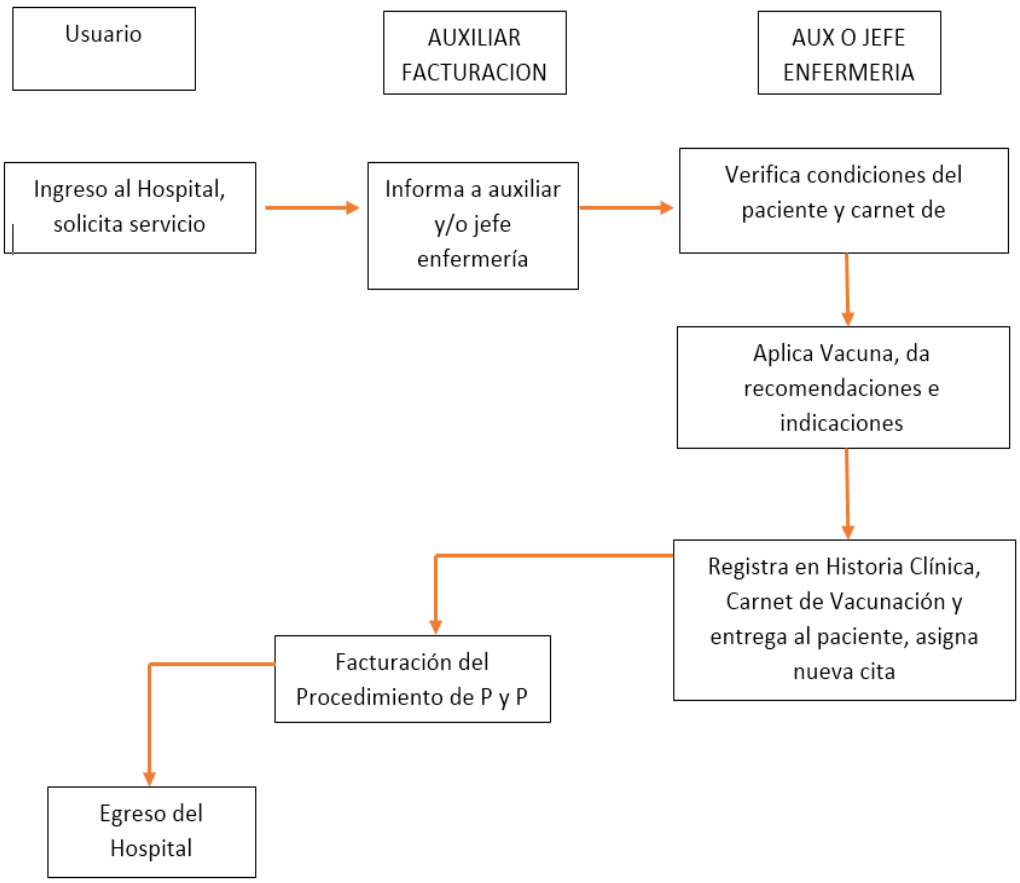


ACCESO A SERVICIO DEVACUNACION - PAI

Tiene como objetivo eliminar, erradicar y tener control de las enfermedades inmunoprevenibles para la reducción de la Morbilidad y Mortalidad, para esto existe una población objeto como son: Menores de 1 año, Niños de 1 a 5 años, niños de 10 años, mujeres en edades de 10 a 49 años y Mujeres embarazadas.

Una vez el usuario solicita el servicio se pasa a P y M, la auxiliar o el enfermero determinan si se cumple con los parámetros para la vacunación, se aplica el biológico, realiza registro en el carné de vacunación y se asigna cita si es necesario, se dan instrucciones y recomendaciones, se envía nuevamente el paciente a facturar el servicio.

Flujograma de atención servicio PAI



ACCESO A SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN

Es el ingreso a una institución para recibir tratamiento médico y/o quirúrgico con una duración de veinticuatro (24) horas o más.

Cuando el paciente requiere hospitalización ya siendo valorado por el profesional de la Salud, ordena a la Auxiliar de Enfermería encargada de la internación para que ella realice los procesos llevados a cabo como son; ubicación en una cama, y aplicación del procedimiento que el medico ha ordenado y vigilancia las 24 horas del paciente.

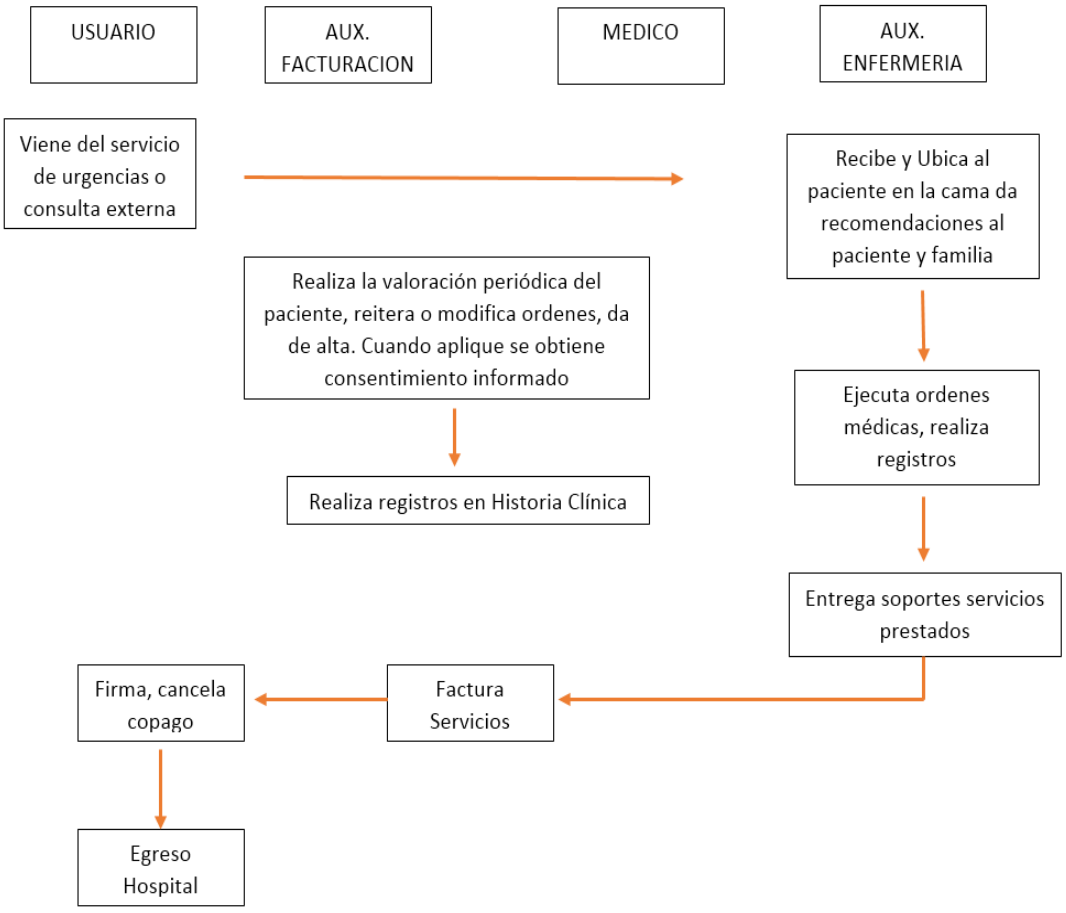
Para realizar el ingreso de pacientes al servicio de hospitalización es importante que tenga en cuenta la siguiente información:

- Para acceder al servicio de hospitalización el usuario debe ser remitido por el servicio de urgencias, consulta externa, sala de partos o paciente remitido de otra institución.
- Visitantes menores de 12 años no puede ingresar.
- No se permite el ingreso de alimentos o bebidas sin la prescripción médica de los mismos.
- Los cuartos de baño y las camas de las habitaciones son para uso exclusivo de los pacientes.
- En todo momento deben ser respetadas las normas del hospital, así como las indicaciones de los profesionales de este.
- Le rogamos mantengan el debido silencio, y le recordamos que está prohibido fumar en todo el recinto hospitalario.
- Los elementos de aseo personal del paciente deben ser suministrados por el usuario y/o familia.
- Agradecemos evitar venir de visita a aquellos que tengan resfriado, tos u otras enfermedades contagiosas.
- Pacientes menores de edad, adultos mayores o con discapacidad deben de estar acompañados las 24 horas por un adulto.
- Los horarios de visita al servicio de hospitalización se han definido de acuerdo con a las necesidades de nuestros usuarios, en especial para garantizar la seguridad del paciente durante el proceso de atención y la compañía de sus familiares y allegados como parte del proceso de recuperación y humanización de la atención así:

Hospitalización adultos 09:00 am a 11:00 am y de 03:00 pm a 05:00 pm.
Hospitalización obstétrica: Padre las 24 horas.
Hospitalización pediátrica: uno de los padres 24 horas.

- Se permite máximo dos visitantes a la vez por paciente, en observación un visitante por paciente.
- Para pacientes que requieran proceso de aislamiento máximo un visitante y con las medidas de bioseguridad necesarias.
- Realice lavado de manos al ingreso y retiro de la unidad.
- Una vez al médico le autorice la salida, se liquidará la cuenta y su familiar deberá acercarse a la oficina de facturación para hacer el trámite administrativo de egreso y obtener salida.

Flujograma de acceso al servicio de hospitalización



HISTORIAL DE CAMBIOS Y CONTROL DE REVISIÓN Y APROBACIÓN

Fecha de aprobación versión actual	Versión modificada	Descripción del cambio

	ELABORO	REVISO	APROBO
NOMBRE	Jaime Alejandro Godoy	Nitza Cristina Ortiz Martínez	Caterine Hernández Ortiz
CARGO	Enfermero Jefe	Asesora de calidad	Gerente
FIRMA			
FECHA	Abril 5 de 2022	Abril 6 de 2022	Abril 7 de 2022