MANUAL DE ATENCIÓN AL USARIO.

2023

HOSPITAL SAN ROQUE E.S.E COYAIMA

"UNIDOS POR LA SALUD DE COYAIMA"
Calle 4 No. 2-05 Tel. (8) 227 80 34
Cel. 317 648 8462 - Cel. Urgencias 317 648 8463
E-mail. hospital@hospitalsanroque-coyaima-tolima.gov.co
Página Web. www.hospital-coyaima-tolima.gov.co
COYAIMA – TOLIMA

Contenido

1. INTRODUCCIÓN 2
2. MARCO LEGAL 2
2. IMPLEMENTACION DE LA UNIDAD DE ATENCION AL USUARIO 7
3. SERVICIOS DE ATENCIÓN SOCIAL AL USUARIO 9
   3.1. REGLAS BASICAS PARA COMUNICARNOS CON LOS USUARIOS: 11
   3.2. REGLAS BASICAS PARA ESCUCHAR 12
4. ¿QUÉ INFORMACIÓN SE SUMINISTRA A LOS USUARIOS? 13
   4.1. Relativas a la prestación 13
   4.2. Relativas a los DEBERES Y DERECHOS DEL USUARIO 14
5. RESOLVER Y ATENDER LAS QUEJAS, RECLAMOS Y SUGERENCIAS DE LOS USUARIOS 16
   5.1. CIRCULAR EXTERNA 008 DE 2018 22
   5.2. Término para resolver las PQR: 23
6. CONOCER Y MEJORAR EL NIVEL DE SATISFACCION DE LOS USUARIOS 24
7. GARANTIZAR LA ADECUADA DISPOSICION DE LA RED DE SERVICIOS 27
8. CONCILIAR LA CANCELACION DE LAS CUOTAS DE RECUPERACION Y COPAGOS DE USUARIOS CON LIMITADA CAPACIDAD DE PAGO 29
9. GENERAR ESPACIOS DE PARTICIPACIÓN SOCIAL EN EL SECTOR SALUD, DESDE LA PERSPECTIVA DEL PRESTADOR DE SERVICIOS I.P.S. 30
10. PORTABILIDAD NACIONAL: 32
11. COMO ACCEDER A LOS SERVICIOS 35
   11.1. COMO ACCEDER A LOS SERVICIOS 35
   11.2. ACCESO A CONSULTA MEDICO GENERAL 37
   11.3. ACCESO A ODONTOLOGÍA 39
   11.4. ACCESO A SERVICIOS DE LABORATORIO CLINICO: 41
   11.5. ACCESO A SERVICIOS DE PROMOCION Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD 43

ANEXOS 49

1. INTRODUCCIÓN

La mejora de la calidad en la atención al paciente y usuario es un reto muy importante para todos los que trabajamos en el Hospital SAN ROQUE E.S.E de COYAIMA. Por lo general, los usuarios de los servicios de salud opinan que la calidad "técnico- científica" de los profesionales y de las instituciones es excelente; sin embargo, la calidad "relacional", (la relación con los auxiliares y profesionales del servicio, la comunicación con ellos, la información que se les facilita y cómo se les facilita, la capacidad de escucha, las habilidades para ofrecer consejo o para inducir cambios), no obtiene tan buen resultado. La mayor parte de las quejas y reclamaciones de los pacientes no son debidas a problemas de competencia técnica, sino a problemas de comunicación y la mayoría de las demandas por supuesta mala práctica se deben a problemas en la comunicación.

La Carta Política colombiana define la Participación Social como un principio fundamental y un derecho ciudadano. De otra parte, la normatividad legal vigente obliga a las instituciones, como lo es el Hospital SAN ROQUE de COYAIMA (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 de los Hospitales y en los consejos e instancias territoriales de planeación.

Este Manual es una herramienta de trabajo que protocoliza las actuaciones de los profesionales en determinadas situaciones en que la calidad percibida por el usuario puede ser cuestionada: bien por el contexto en el que suceden, (estrés, demoras, masificación...), bien por el tema de que se trata (decir no a una petición imposible), o bien por la actitud del propio paciente, (ansiedad, miedo, agresividad...). Al mismo tiempo, este Manual quiere contribuir a marcar un estilo determinado en la relación profesional-usuario en el Hospital SAN ROQUE E.S.E., un estilo coherente y compartido en toda la organización, que refleje el nivel de calidad, seguridad y humanización de los servicios, que sea señal de la consideración y el respeto hacia el paciente y sus familiares y que ponga de manifiesto que en el Hospital SAN ROQUE E.S.E., la atención al usuario constituye una de las prioridades.

2. MARCO LEGAL

Articulo 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 a 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 la misma, 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.

RESOLUCIÓN Nº 345 del 19 de julio de 2016, Por la cual se Crea la Oficina de Atención al Usuario y de Quejas y Reclamos del Hospital SAN ROQUE E.S.E. de COYAIMA.

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 los mismos y la ciudadanía tiene el derecho y el deber de 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.

2. IMPLEMENTACION DE LA UNIDAD DE ATENCION AL USUARIO

El hospital SAN ROQUE E.S.E. creo la oficina de Atención al usuario mediante acto administrativo.

- ORGANIZACIÓN DE LA OFICINA DE ATENCION AL USUARIO

Es responsable de esta oficina es la auxiliar administrativa de atención al usuario. Sus funciones son: Planear, Dirigir, Coordinar y Controlar la ejecución de los Planes y Tareas asignadas a la unidad.

Funciones del responsable 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.
- Ejecutar y coordinar las actividades de capacitación quincenal a los usuarios. Actividades De Coordinación De La Unidad

Con El Área Asistencial:

- Obtener la información que se va a dar 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, cuotas moderadoras y copagos.

Con Otras Instituciones:

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

La oficina de atención al Usuario quejas y reclamos contará con la colaboración y ayuda de cualquier otro funcionario del Hospital SAN ROQUE, cuando la especialidad de los temas por resolver así lo requiera.

La atención personal al público se cumplirá en forma continua durante la jornada laboral establecida para la entidad y teniendo en cuenta la atención preferencial a infantes, personas con algún tipo de discapacidad, mujeres gestantes, adultos mayores y veteranos de la Fuerza Pública.



3. 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 ROQUE E.S.E de COYAIMA (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.

La satisfacción de los usuarios es una dimensión muy importante de la calidad de cualquier servicio público, y en concreto de los servicios de salud. Los criterios de calidad de los servicios que prestamos vienen determinados en gran medida por las percepciones de los usuarios. Por lo tanto, debemos conocer su opinión sobre cómo realizamos nuestro trabajo y la forma en que podría mejorarse. Todos los profesionales del Hospital SAN ROQUE hemos de ser conscientes de que, por lo general, los usuarios se considerarán satisfechos cuando:

- Creen que el personal se ha preocupado para que no tuviese que esperar mucho tiempo para ser atendidos/as.
- Consideran que se les permite exponer adecuadamente su problema.
- Creen que el personal ha sido honesto y sincero con ellos/ellas.

- Se les informa con palabras sencillas y comprensibles.
- Creen que el personal se preocupa en comprobar si ha entendido correctamente lo que se le decía.
- Les ha inspirado confianza el personal que les ha atendido.
- Los ejemplos que se les han dado resultaban cercanos y tenían que ver con ellos/ellas.
- Acaban sabiendo cómo actuar y qué hacer para solucionar su problema.
- Consideran que se les ha dedicado el tiempo que requería su caso.
- Creen que el tiempo que han tenido que esperar para ser atendidos/as ha merecido la pena.
- Creen que han sido tratados con respeto y consideración.
- Les han explicado todo lo que deseaban saber.
- Creen que han sido tratados igual que otros/as usuarios/as.
- Saben cómo les pueden afectar y qué efectos pueden producirles los tratamientos a los que deben someterse para resolver su problema.
- Consideran que el personal que les ha atendido es competente y está suficientemente cualificado.
- Después de esa experiencia prefieren ir a un centro público antes que a uno privado.



Así mismo la comunicación y la capacidad de escucha son elementos esenciales en la atención a los usuarios. La comunicación es un elemento que va inevitablemente asociado al comportamiento de las personas. Comunicamos no sólo con nuestras palabras, sino también con la forma en que las decimos y con la manera en que actuamos: es imposible no comunicarse.

Esta cuestión cobra una máxima importancia en las instituciones de salud, ya que las personas que acuden a ellas lo hacen porque tienen un problema de salud que no pueden resolver por sí mismas y depositan su confianza en otras personas para que lo hagan por ellas.

En este contexto, todas nuestras acciones se convierten en mensajes para los usuarios. No siempre somos conscientes de que estamos emitiendo estos mensajes y mucho menos de lo que puedan estar interpretando los usuarios. Sin embargo, tienen un enorme valor para ellos. Por ejemplo, cuando respondemos a una pregunta con una palabra técnica que el usuario no comprende, su interpretación puede realizarse en el sentido siguiente: "no desea que me entere de lo que ocurre..."; "no le debe importar mucho mi caso, ya que ni siquiera se ha molestado en intentar que comprenda la respuesta que me ha dado...". Todos los profesionales del Hospital SAN ROQUE debemos adoptar estrategias de Comunicación apropiadas y distintas, en función de las características de los usuarios, de forma que consigamos adaptarnos continuamente a sus requerimientos y necesidades de información.

3.1. REGLAS BASICAS PARA COMUNICARNOS CON LOS USUARIOS:

1) No existe la no comunicación. Un centro, una Unidad o Servicio, un profesional, etc., están comunicando desde el momento en que el usuario entra en contacto visual o auditivo con él. Es imposible no comunicarse, de aquí que sea necesario planificar adecuadamente la comunicación institucional, organizacional, grupal e individual, para asegurar su eficacia. "El silencio no es rentable", porque "el silencio da que hablar" y “lo que uno no diga, lo dirán otros”...y probablemente no en el sentido que uno desearía.

2) Cuando existen problemas de comunicación la responsabilidad es del emisor. La modificación de las posibles alteraciones ocurridas en el proceso de comunicación siempre debe partir del emisor, en este caso del prestador del servicio. Recordar las siguientes dos leyes básicas de la comunicación:

Lo "verdadero" no es lo que dice el emisor, sino lo que entiende el receptor.

La responsabilidad de una correcta comunicación es del emisor.

3) Ninguna empresa tiene un sólo tipo de cliente, sino distintas clases de clientes. Lo mismo ocurre con las instituciones de salud: prestan servicios a diferentes tipologías de pacientes, por lo que deberá contar con estrategias de comunicación distintas para cada uno de ellos.

4) Un servicio orientado hacia sus usuarios se adapta continuamente a la demanda. No funciona con patrones rígidos de comunicación, y revisa continuamente los efectos de sus acciones, para conocer si responde satisfactoriamente a las demandas planteadas. En relación con el punto anterior, en la comunicación es imprescindible utilizar mecanismos de retroalimentación. De no hacerlo así, no se podrá conocer si el servicio cumple los objetivos para los que ha sido creado.

5) Evitar el uso de tecnicismos es fundamental para facilitar la comprensión del mensaje por parte del receptor.

6) Los mensajes para la comunicación eficaz han de ser cortos, directos y concisos. Cualquier mensaje que exceda de veinte segundos puede considerarse como un mensaje largo. Es decir, hay que simplificar para comunicar: todo mensaje debiera ser breve, específico, sencillo, ordenado, sugerente (acrónimo: besos).

7) Aproximadamente un 75% de la información que se procesa se lleva a cabo a nivel visual. Esto significa que la conducta no verbal adquiere en la comunicación, como mínimo, igual relevancia que la conducta verbal. La adecuada **utilización de la conducta no verbal** se correlaciona con la valoración de competencia social.

8) En la comunicación se hace realidad la siguiente máxima: **"ser amable es rentable".** Este principio se refiere al talante a la hora de abordar las demandas de los usuarios en el sentido de "servicialidad", no en el de servilismo ni actitudes artificiales. Numerosas investigaciones psicológicas han puesto de manifiesto la importancia y utilidad de mantener un cierto "sentido escénico" de la atención al cliente.

9) La comunicación eficaz debe asumirse como una actitud que se pone en práctica día a día. De hacerlo así, impregnando la cotidianidad del funcionamiento de las instituciones de salud, se convierte en uno de los aspectos más valorados por los usuarios.

La capacidad de escucha es un elemento esencial del proceso de comunicación y, por tanto, de la atención de los usuarios. Esta capacidad de escucha se refiere, básicamente, al grado en que los usuarios perciben que somos capaces de ponernos en su lugar, que comprendemos lo que nos están exponiendo y que sabemos cómo se sienten.

3.2. REGLAS BASICAS PARA ESCUCHAR

Para **ESCUCHAR ACTIVAMENTE** es necesario:

1. Dejar de hablar. Si se está hablando no se puede escuchar.

2. Conseguir que el interlocutor se sienta con confianza. Hay que ayudar a la persona a que se sienta libre para expresarse. Para conseguirlo puede ayudar el ponerse en su lugar, es decir, establecer una relación de empatía.

3. Demostrar al interlocutor que se está dispuesto a escucharle, manifestándole claramente nuestro interés y escuchándole para tratar de entenderle y no para oponernos.

4. Eliminar las posibles distracciones, (interrupciones, llamadas telefónicas, puertas abiertas, etc.).

5. Ser paciente. No interrumpirle y tomarnos el tiempo necesario.

6. Conducir la conversación, sin interrumpirle. Para ello, suele ser útil resumir, preguntar y parafrasear.

7. Dominar nuestras emociones. Una persona enojada siempre malinterpreta las palabras.

8. Evitar criticar y argumentar en exceso, ya que esto situaría a nuestro interlocutor a la defensiva, conduciéndole probablemente a que se enoje o se calle.

9. Preguntar cuanto sea necesario. Además de demostrar que le estamos escuchando, le ayudaremos a desarrollar sus puntos de vista con mayor amplitud.

10. De nuevo dejar de hablar: ésta es la primera y la última de las recomendaciones y de la que dependen todas las demás.

4. ¿QUÉ INFORMACIÓN SE SUMINISTRA A LOS USUARIOS?

4.1. Relativas a la prestación

- Atención reglamentada en los planes 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.
- Recomendaciones, cuidados en casa.
- Motivos de referencia.

REQUISITOS PARA LA ATENCION:

Los Usuarios que requieran atención de Urgencias deberán traer los siguientes soportes para el respectivo proceso de facturación según:

SOAT: el servicio de Urgencias para las personas involucradas en accidentes de tránsito se efectúa las 24 horas, el Usuario puede hacer uso de éste con la debida Documentación como es: Fotocopia Soat Vigente, tarjeta de Propiedad del Vehículo, informe de Transito, Fotocopia Licencia de conducción.

ARL: Para los accidentes laborales Carnet que emite la ARL a la que está afiliado y Documento de Identificación, se hace comprobación de derechos y el IPAT (Informe del accidente laboral).

EPS - EPS–S: Se hace comprobación de derechos con el número del documento de identidad y/o carnet de la EPS-s

REGIMENES ESPECIALES: para estos Regímenes como lo son la Policía Nacional y el Ejército se debe traer una Autorización expedida por cada una de las Entidades, presentar Fotocopia de Carnet y Fotocopia de Documento de Identificación. Para los docentes se hace verificación de derechos en la base de datos que la entidad envía mensualmente, en caso de no aparecer en la base de datos, se llama a la entidad para solicitar código de atención, y se solicita fotocopia del carnet y del documento de identidad.

PARTICULARES: Documento de Identificación es el requisito que deben presentar en la sección de Facturación.

NOTA: DOCUMENTOS QUE DEBEN ADJUNTARSE EN EL TRANSCURSO DE LA ATENCIÓN DE URGENCIAS Y QUE NO EXIME AL HOSPITAL DE ATENDER CUALQUIER EVENTO QUE SEA CATALAGADO COMO URGENCIA.

4.2. Relativas a los DEBERES Y DERECHOS DEL USUARIO

De conformidad con la carta de deberes y derechos en salud expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social, la Supersalud y Defensoría del Pueblo los siguientes son los deberes y derechos de los usuarios en el Hospital SAN ROQUE de Coyaima.

EN RELACIÓN CON LOS DERECHOS:

- El HOSPITAL SAN ROQUE E.S.E., reconoce y se compromete a velar por el cumplimiento de los siguientes derechos que usted tiene como usuario:
- Su derecho a recibir un trato digno respetando sus creencias y costumbres, así como las opiniones personales que tenga sobre la enfermedad que sufre.
- Derecho de elegir libremente al profesional de la salud.
- Su derecho a disfrutar de una comunicación plena y clara con el profesional.
- Su derecho a que todos los informes de la historia clínica sean tratados de manera confidencial y secreta y que, sólo con su autorización, puedan ser conocidos.

- Su derecho a que se le preste la mejor asistencia disponible, pero respetando los deseos del paciente.
- Su derecho a revisar y recibir explicaciones acerca de los costos por los servicios obtenidos por parte de los profesionales de la salud.
- Su derecho a recibir o rehusar apoyo espiritual o moral, cualquiera que sea el culto religioso que profesa.
- Su derecho a que se le respete la voluntad de participar o no, en investigaciones realizadas por personal científicamente calificado.
- Su derecho a una muerte digna.
- Su derecho a una segunda opinión.

EN RELACIÓN CON LOS DEBERES:

Los usuarios del HOSPITAL SAN ROQUE E.S.E., asumen la participación activa con el cumplimiento de los siguientes deberes:

- Procurar El cuidado integral de su salud y de su comunidad.
- Suministrar información veraz, clara y completa sobre su estado de salud para el diligenciamiento de la historia clínica.
- Cuidar y hacer uso racional de los recursos del HOSPITAL SAN ROQUE E.S.E.
- Tratar con dignidad el personal que lo atiende y respetar la intimidad de los demás pacientes.
- Hacer sugerencias para el mejoramiento de los servicios.
- Comprometerse con el consentimiento informado.
- Cumplir a cabalidad con las recomendaciones, normas e instrucciones del Hospital y el equipo tratante.
- Cancelar el valor del tratamiento, cuotas moderadoras, copagos, cuotas de recuperación.

ESTRATEGIAS DE INFORMACION:

- **CARTELERAS**

Se deben ubicar en sitios de fácil acceso, de alto tráfico de usuarios con el fin de facilitar el suministro de la información allí registrada. Deben tener información sobre: Red de

prestadores, Deberes y Derechos, acceso a los servicios, programas especiales, actividades de Promoción y Prevención, líneas de información al usuario, horarios de atención y todo lo que se considera de interés para éstos.

- PENDONES
- FOLLETOS
- PAGINA WEB
- CAPACITACION QUINCENAL.

La cual se realizara de forma quincenal en la Sala de Espera según Cronograma, para lo cual se contara con apoyo de los colaboradores del Institución. En temas como: Deberes y derechos, Portafolio de servicios, Programas de promoción y mantenimiento de la salud, TRIAGE, Referencia y Contrarreferencia, Seguridad paciente.

5. 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 respeto que el Hospital SAN ROQUE de COYAIMA (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 ROQUE de COYAIMA (Tolima) Corresponde dar trámite a las quejas y reclamos así:

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: Solicitud que tiene como objeto indagar sobre un hecho, acto o actuación administrativa que corresponda a la naturaleza y finalidad del Hospital.

QUEJA: Se entiende por queja la manifestación de inconformidad, inquietud, insatisfacción, desagrado o descontento que un ciudadano pone en conocimiento de una entidad, relacionada con el cumplimiento de la misión de la Entidad, o, por conductas irregulares realizadas por sus servidores públicos, en cumplimiento de sus funciones, o por particulares que tienen a su cargo la prestación de un servicio público.

RECLAMO: Es una exigencia presentada por cualquier persona ante la ausencia, irregular o mala prestación de un servicio, por una obligación incumplida o por la prestación deficiente de una función a cargo de una Entidad Pública. Al igual que en la queja puede dar lugar a acción disciplinaria, de manera que se procede de la forma prevista para aquella.

DENUNCIA: Manifestación mediante la cual se ponen en conocimiento del Hospital San Roque 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:

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.

RECLAMOS: Por la prestación del servicio:

- Cuando es lento y congestionado.
- Cuando el procedimiento de atención no se conoce en detalle.
- Cuando el trámite es complejo.
- Cuando se exigen requisitos innecesarios.
- Cuando el proceso de atención desperdicia información, recursos o tiempo
- Por falta de orientación que lleva a que se realicen gestiones innecesarias.
- Por falta de organización de la atención al usuario.

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 la administración, en donde una vez radicada se remitirá a la oficina de atención al usuario, si la persona no sabe escribir se le colaborara con la realización del documento quien debe imponer su huella dactilar.

Las PQRDS escritas deberán contener:

Objeto y razones de la misma

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, vía fax, o por correo electrónico. Además, EL Hospital San Roque tiene las líneas celular 3176488461 y los emails: hospital@hospitalsanroque-coyaima-tolima.gov.co, contactenos@hospitalsanroque-coyaima-tolima.gov.co,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.

Para la presentación de las mismas se puede utilizar el formato: GAU-FO-001 Formato de P.Q.R.S.: PETICION, QUEJA, RECLAMO, DENUNCIA, SUGERENCIA O FELICITACIONES "para más información, DAR CLICK AQUÍ"

A si mismos se realiza el:

Seguimiento utilizando el formato GAU-FO-002 Formato De Seguimiento A PQRS – PETICIONES, QUEJAS, RECLAMOS, DENUNCIAS, SUGERENCIAS O FELICITACIONES "para más información, DAR CLICK AQUÍ"

Seguimiento utilizando el formato GAU-FO-005 FORMATO DE REGISTRO Y CONTROL DE TRAMITES DE PQRS "para más información, DAR CLICK AQUÍ"

¿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, DEBEREMOS:

- 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 lo establecido en la 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.

Por lo tanto entre otras cosas deberá resolverse en un término de quince días siguientes a la recepción.

- Una vez recibida la queja en la oficina de atención al usuario, esta se radica. Lo anterior en cumplimiento de la Circular 009/96 de la Superintendencia Nacional de Salud.
- Posteriormente se procede a hacer la validación de la misma, 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 tres días para responder.
- Si los involucrados no responden en el término de tres 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 publicaran en cartelera, registrando en la parte de atrás de la misma la fecha y hora de fijación y desfijación por parte del Jefe de oficina.
- Se realiza el registro en el formato de seguimiento
- Se archivan todos los soportes de la queja.

DEL BUZON DE SUGERENCIAS

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

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 cada 8 días (los viernes al finalizar la llamada), 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 EPS-s, quienes deben de levantar un acta de lo allí encontrado, y se dará tramite a las queja 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.

5.1. CIRCULAR EXTERNA 008 DE 2018

- Buzón de sugerencias. Debe contar con un mecanismo físico, telefónico y/o electrónico para recibir las sugerencias, felicitaciones y/o denuncias de los usuarios y establecer un procedimiento transparente de apertura y seguimiento de las mismas.

- Horario de atención: El horario de atención debe ser acorde a las necesidades de los usuarios y el mismo debe publicarse en la página web y en la oficina en un lugar visible a la ciudadanía.

- Atención preferencial. Debe establecerse un mecanismo de atención prioritaria, mediante ventanillas de uso exclusivo debidamente identificadas o mediante asignación de turno preferencial que permita la trazabilidad de la atención, para la población con derecho a atención preferencial como es la población adulta mayor, las madres gestantes, las personas en condición de discapacidad y quienes por condiciones de debilidad evidente o manifiesta así lo requieran, así como silletería identificada para esta población.

- Manual de procesos: El manual de procesos y procedimientos debe contener las funciones claras y expresas del personal que labore en las Oficinas de Atención al Usuario y en general de quienes tengan la función de atender al ciudadano.

- Idoneidad: El perfil del personal asignado a esta dependencia, debe reunir los requisitos de formación y experiencia acorde con las funciones que va a desempeñar.

- Garantizar la protección del derecho a la intimidad: por la calidad íntima que tiene el derecho a la salud se debe garantizar que al momento de la atención se guarde la debida reserva y privacidad.

- Dotación con las herramientas logísticas y tecnológicas necesarias para su normal funcionamiento. La cantidad de sillas deberá ser proporcional a la cantidad de

usuarios que acuden a las instalaciones; con buena iluminación, ventilación y los elementos tecnológicos para el buen desarrollo de las funciones de los trabajadores a cargo de la atención personalizada de manera que no impongan cargas a los usuarios, como solicitudes de fotocopias etc.

- Control de tiempos de atención o turnos. Es necesario implementar un control de tiempos de atención o turnos que permita garantizar objetividad, prontitud, eficiencia, trato digno y focalizado, así como también, determinar las acciones de mejora en la atención. En ninguna circunstancia, se limitarán los números de turnos por jornada.

La apertura del buzón de sugerencias según circular externa 008 de 2018 será cada viernes a las 5:00 pm al terminar la jornada laboral.

5.2. Término para resolver las PQR:

Las EAPB e IPS, deberán resolver las PQR de los usuarios en los términos establecidos para el efecto en el -CPACA, según la clase de petición. Se reitera que las peticiones en materia de salud se enmarcan de manera general en el artículo 20 de la Ley 1755 de 2015 y, en consecuencia, en uso de las facultades para impartir instrucciones inmediato cumplimento, se requiere la solución de las PQR que afecten la salud y la vida dentro de los siguientes términos:

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, la representación del afiliado ante el prestador y los demás actores, 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

6. 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.

OBJETIVO

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 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.

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

Para realizar este proceso el Hospital SAN ROQUE de Coyaima utilizara el siguiente formato de encuesta, el cual está ajustado al Resolución 256 de 2016, evalúa conocimiento de deberes y derechos y percepción de seguridad entre otros.

Es un formato sencillo, en donde se solicita la calificación del usuario sobre la atención brindada en cada uno de los pasos del proceso de atención y el tiempo de espera en los mismos.

Para la calificación de la encuesta se obtiene el porcentaje de respuestas correspondiente a: Muy bueno, bueno, regular, malo o muy malo, definitivamente si, probablemente sí, definitivamente no y probablemente no, bueno, regular y malo o SI Y NO. A continuación, se suman los resultados y se califica la satisfacción del usuario con base en los resultados obtenidos.

La aplicación de los instrumentos de medición será permanente, A Continuación encontrara el formato para la aplicación de la encuesta: ***GAU-FO-003 Formato De Encuesta De Satisfacción De Usuario*** "para más información, DAR CLICK AQUÍ"

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 persona de SIAU.

Para lo cual anualmente se sacara la muestra a aplicar teniendo en cuenta el número de atenciones realizadas el año inmediatamente anterior.

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 mensual, en el siguiente formato, el cual permite se saque el consolidado total, por servicios y por EPS.

A Continuación encontrara el formato de ***GAU-FO-004 Formato De Tabulación De Encuetas*** "para más información, DAR CLICK AQUÍ"

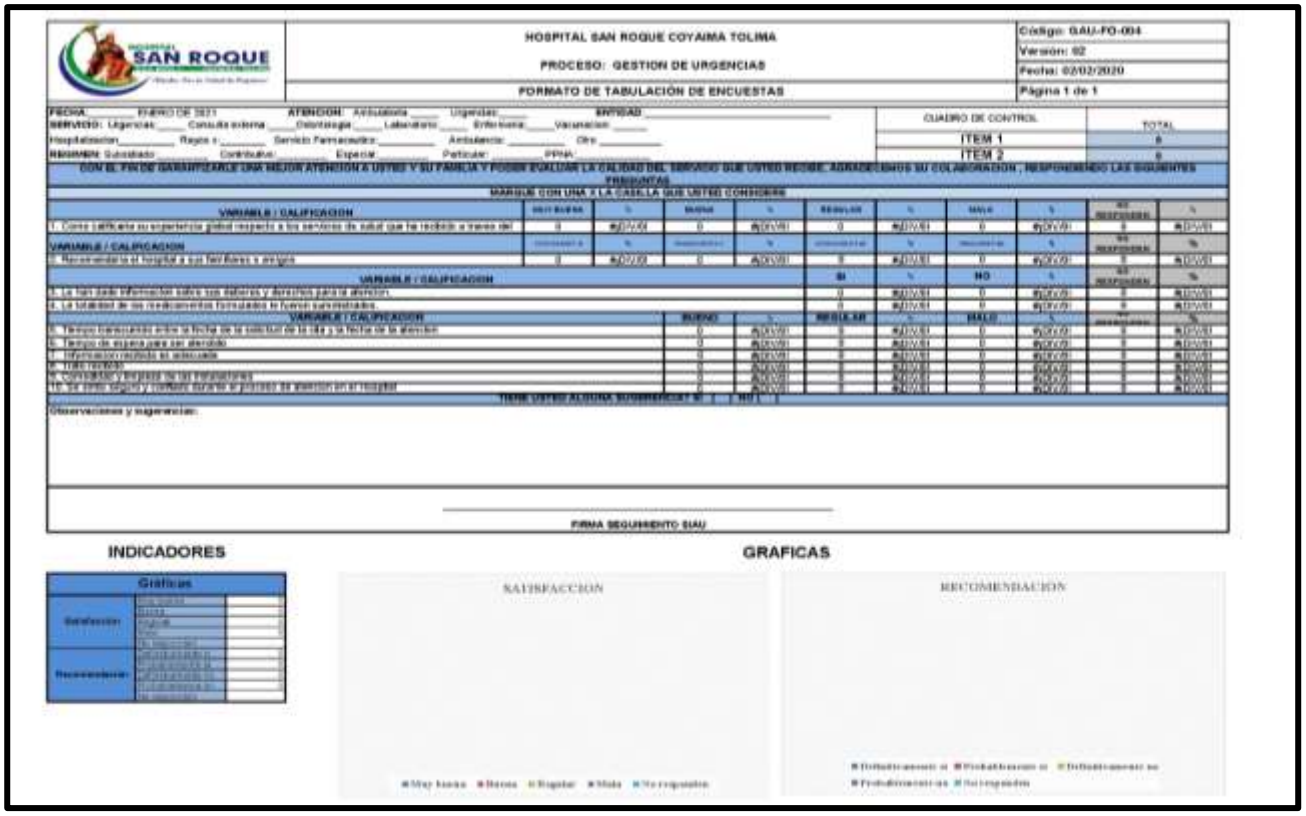


Ilustración 1 Formato de tabulación de encuestas

Este informe consolidado se presentara mensualmente al Comité de Ética y cuando haya lugar se elaborara el respectivo Plan de Mejora. Así mismo se deberá retroalimentar el personal del Hospital.

7. 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 ROQUE de COYAIMA (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:

1) 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.

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

3) 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.

4) 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.

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

6) 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.

7) 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:

1) 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.

2) El Sistema de Comunicaciones intra e interinstitucional. Este último con las autoridades, las aseguradoras y los prestadores.

3) El Sistema de Transporte de los Usuarios.

- **Actividades del Hospital SAN ROQUE 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.

8. 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, moderadoras o copagos por los servicios prestados generalmente a usuarios con limitada capacidad de pago, sin aseguramiento o afiliación al régimen contributivo o subsidiado.

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

Dado que la subsistencia del Hospital SAN ROQUE de COYAIMA (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 y en lo afiliados al régimen contributivo y subsidiado corresponde cancelar cuotas moderadoras y copagos.

Con el objeto de recaudar el mayor porcentaje posible el Hospital SAN ROQUE debe diseñar estrategias que permitan su recaudo, 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:

1) Asegurados a los regímenes contributivo o subsidiado.
2) Vinculados identificados por SISBEN pero no asegurados.
3) Vinculados no identificados aún por SISBEN.

9. 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 ROQUE E.S.E., con miras a ocupar los espacios reglamentados por la legislación vigente;

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

COMITÉ DE ETICA

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 establece. “Las Instituciones Prestatarias de Servicios de salud, sean públicas, mixtas o privadas, deberán conformar los Comités de Ética Hospitalaria”, el Hospital SAN ROQUE E.S.E, modifico mediante Resolución No 331 del 19 de julio de 2016 su comité de ética.

El Comité de Ética Hospitalaria estará conformado por:

1) La 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 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.

ASOCIACION DE USUARIOS Y RENDICION DE CUENTAS

Estas deben estar conformadas en todas las instituciones prestadoras de servicios de salud ya sea en el área publica, privadas o mixtas y se debe garantizar el ingreso a todos los usuarios.

De conformidad con esto el Hospital SAN ROQUE conformo su asociación, la cual designo su junta, periódicamente se ha renovado y se reúne mensualmente.

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).

Las entidades administradoras o prestadoras del servicio deberán reportar a través del enlace que para tal fin se publique en la página de la Superintendencia www.supersalud.gov.co la información de la fecha de programación y lugar de realización de la audiencia pública de rendición de cuentas a más tarde el día 10 del mes de abril cada año y sus modificaciones en las mismas condiciones, inmediatamente suceda el cambio. Así mismo los resultados de las audiencias

10. PORTABILIDAD NACIONAL:

DEFINICION: Es la garantía de la accesibilidad a los servicios de salud, en cualquier municipio del territorio nacional, para todo afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud que emigre del municipio domicilio de afiliación o de aquél donde habitualmente recibe los servicios de salud.

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, en razón de 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 EPS. 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 EPS 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 EPS, 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 EPS 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 EPS, 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 EPS, 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 (EPS), allí donde

no operan como EPS y no cuenten con redes de prestación de servicios, de conformidad con la normatividad vigente.

- Toda EPS 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 EPS y las PS que atiendan sus pacientes en el marco de la portabilidad.

SOLICITUD DEL AFILIADO

- Un afiliado podrá solicitar ante la EPS 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 EPS 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 EPS 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 EPS

La EPS, 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 EPS 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 EPS, a pagarlos a las tarifas que tenga pactadas con dicho prestador o en su defecto a las definidas en el SOAT

NUEVA EPS:

https://www.nuevaeps.com.co/personas/regimen-subsidiado/portabilidad

SALUD TOTAL:

https://saludtotal.com.co/cambio-de-ips-y-potabilidad/

ECOOPSOS:

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

ASMETSALUD

https://oficinavirtual.asmetsalud.com/#/ov/afiliados/.

PIJAOSALUD

https://www.pijaossalud.com/afiliados/portabilidad/

MALLAMAS

https://www.mallamaseps.com.co/index.php/afiliados/portabilidad

11. COMO ACCEDER A LOS SERVICIOS

11.1. COMO ACCEDER A LOS SERVICIOS

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.

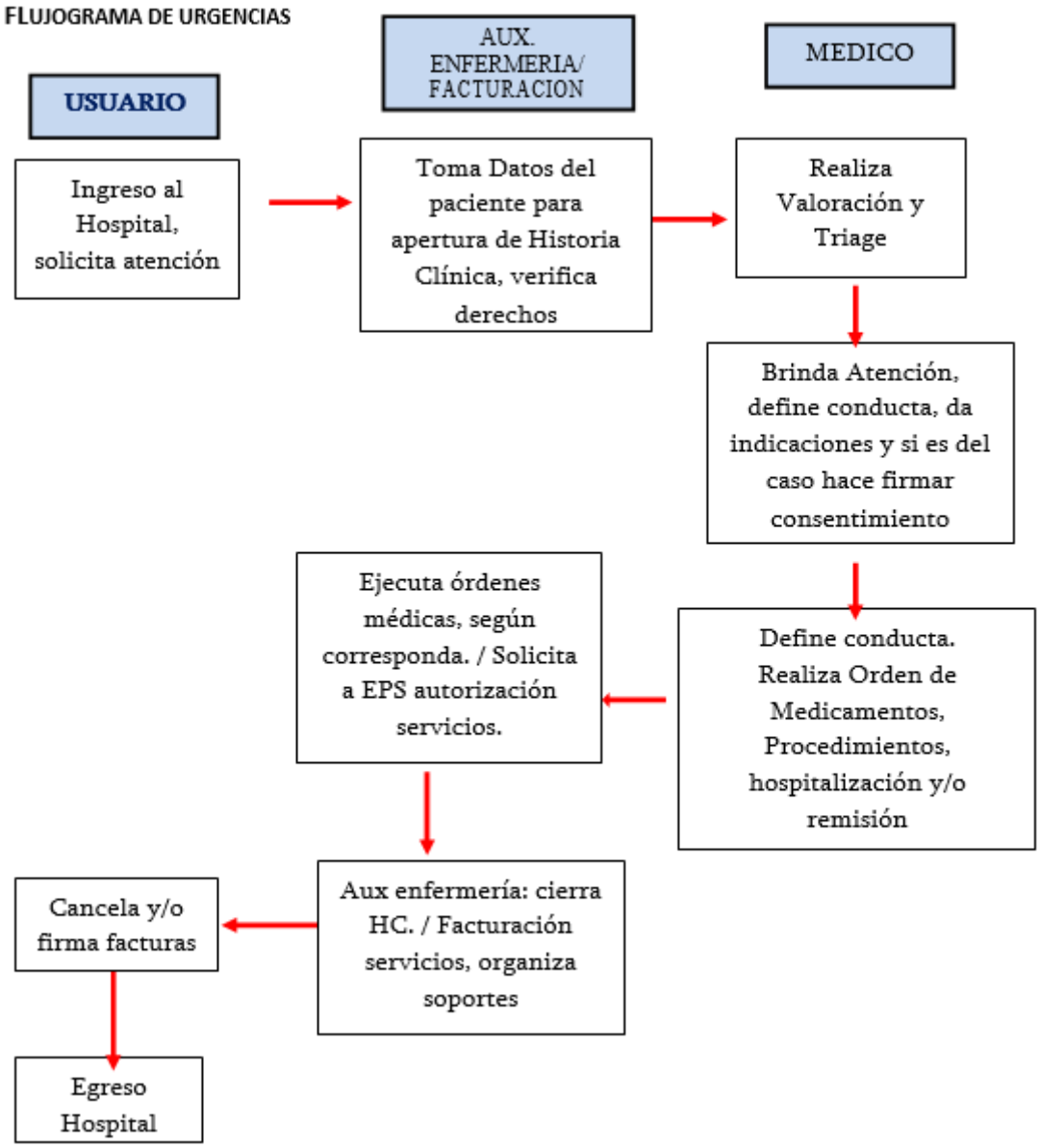
La atención de urgencias comprende la organización de recursos humanos, materiales, tecnológicos y financieros de un proceso de cuidados de salud indispensables e inmediatos a personas que presentan una urgencia. Todas las entidades o establecimientos públicos o privados, que presten servicios de consulta 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 la Auxiliar de Facturación quien procederá a la admisión y toma de datos, posteriormente se realiza las valoración del profesional de la Salud clasificando al usuario en un TRIAGE, paralelo esto la 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 la Auxiliar de Enfermería que ejecutara las Ordenes Medicas.

Finalizada su atención, la 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).



11.2. ACCESO A CONSULTA MEDICO GENERAL

Como lo establece la Ley 100/93, el Médico General es la base y motor de todo el engranaje de salud del Plan de Beneficios en Salud, conjuntamente 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 Quince minutos (15). 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 se solicita la cita de lunes a viernes de 10 a 11 y de 4 a 5, por teléfono al No 3176488461 o presencial diariamente se entregan fichas para las citas a las 6:30.

El horario de atenciones de lunes a jueves de 7 a 12 y de 1 a 5 y lo viernes hasta las 4:00PM.



Ilustración 2 Líneas de atención telefónica para asignación de citas Hospital San Roque De Coyaima Tolima

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.

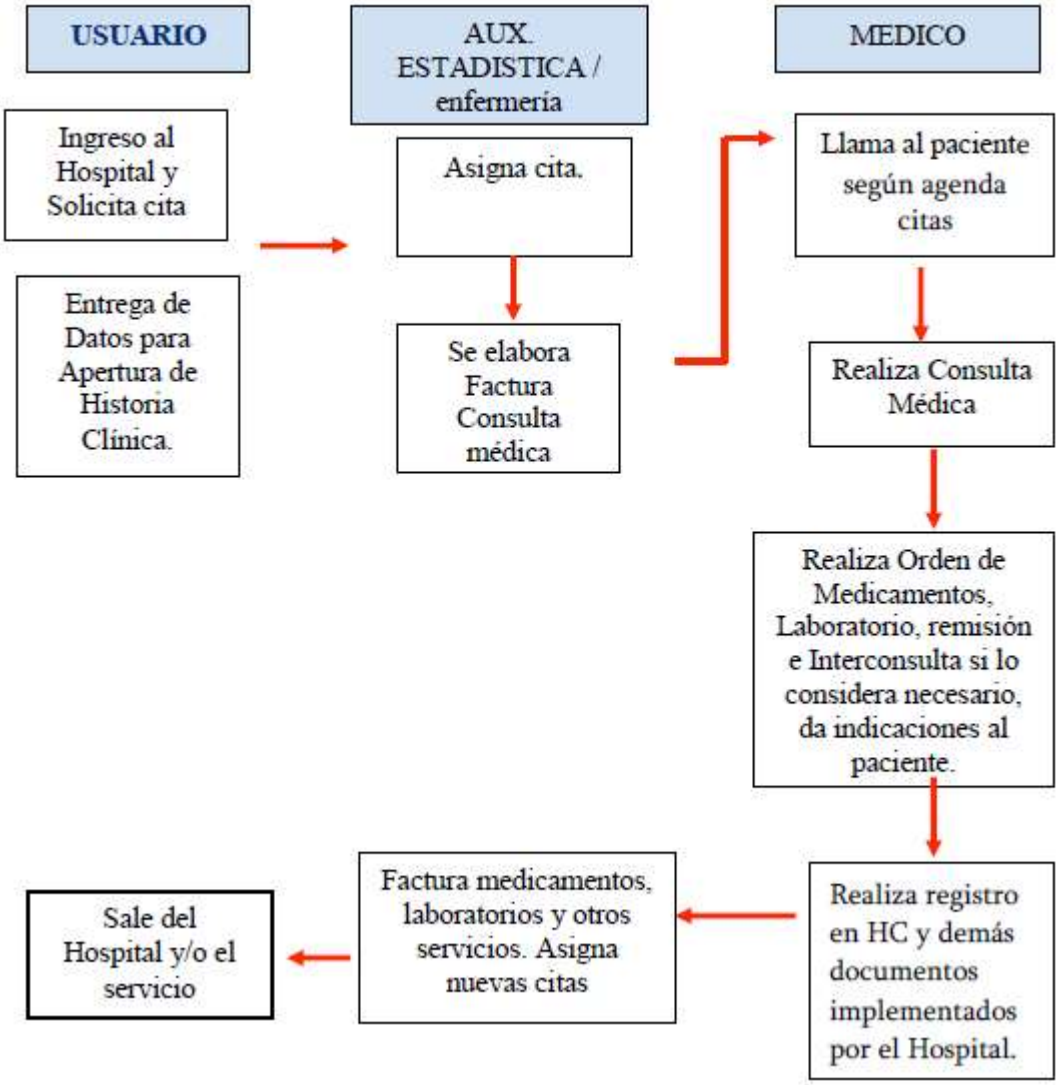
1. El cobro de cuotas moderadoras se hará de conformidad con la reglamentación vigente y según las tarifas determinadas en cada convenio. Se exceptúan del cobro todos los servicios de Promoción y Prevención.

2. El usuario solita su cita libremente, con cualquiera de los profesionales contratados por HOSPITAL SAN ROQUE E.S.E.

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 AL USUARIO CONSULTA MEDICA GENERAL



11.3. ACCESO A ODONTOLOGÍA

La atención odontológica incluye actividades de educación, motivación y prevención, las cuales serán de carácter obligatorio 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 se solicita la cita de lunes a viernes de 10 a 11 y de 4 a 5, por teléfono al No 3176488461 o presencial diariamente se entregan fichas para las citas a las 6:30.

El horario de atención será de lunes a viernes de 7:00 am – 12:00 m y 1:00pm – 5:00 pm, los viernes hasta las 4:00 am.

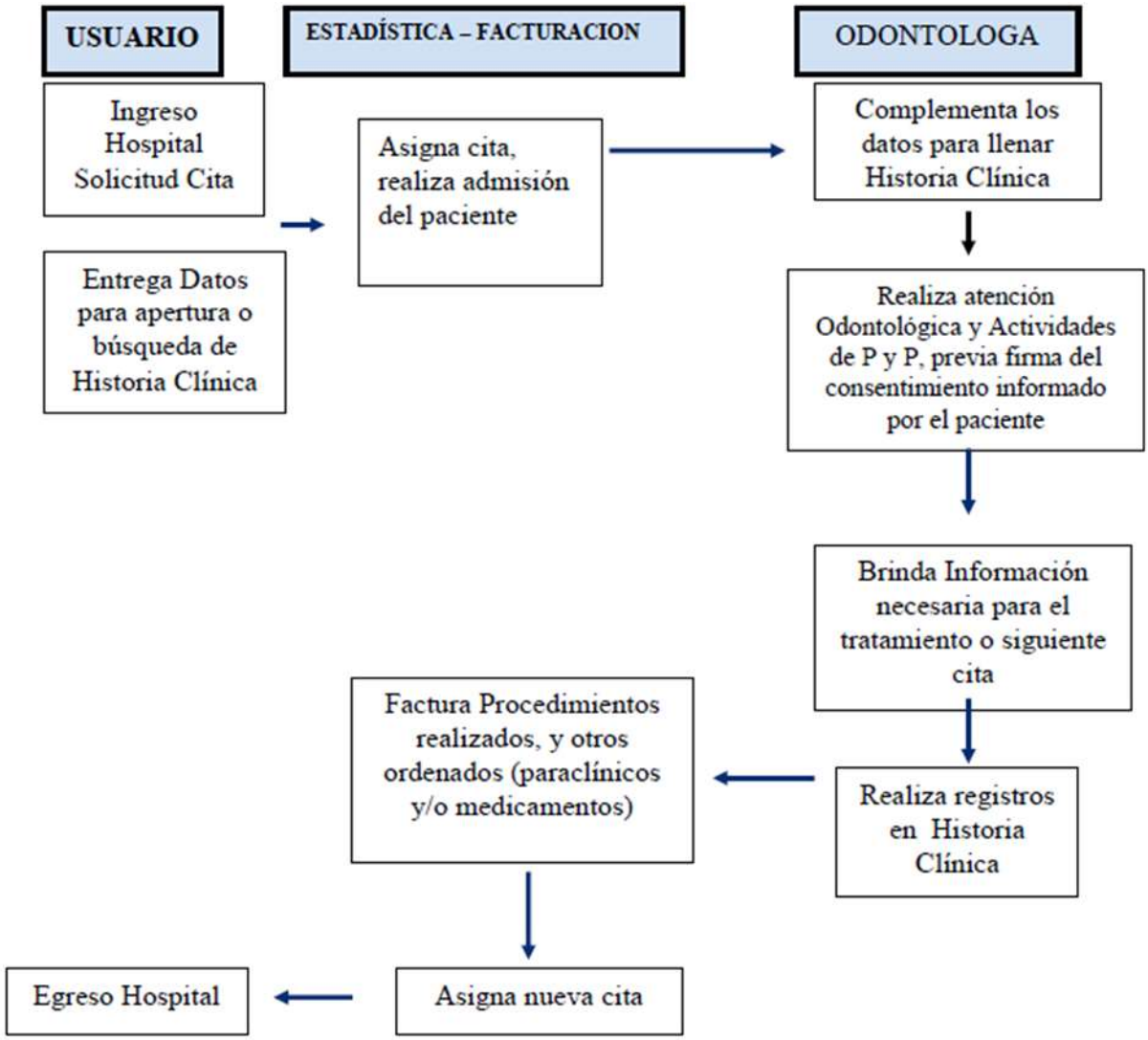


Ilustración 3 Líneas de atención telefónica para asignación de citas Hospital San Roque De Coyaima Tolima

Estadística indica al usuario que se debe acercar al consultorio Odontológico para que sea atendido.

Se atenderá al usuario en orden de asignación de cita.

FLUJOGRAMA ATENCIÓN AL USUARIO ODONTOLOGÍA



11.4. ACCESO A SERVICIOS DE LABORATORIO CLINICO:

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

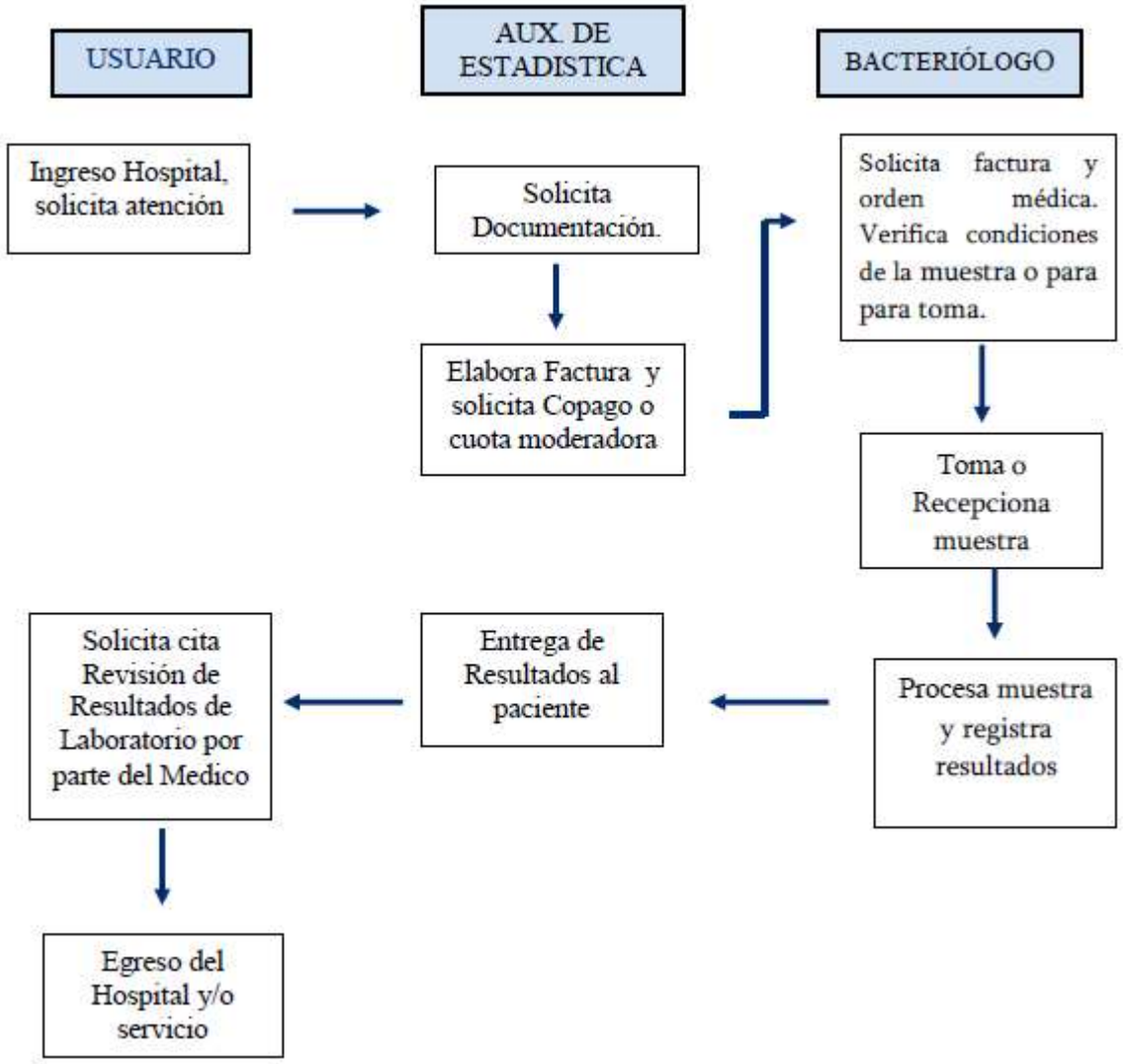
El Usuario tendrá acceso al Laboratorio Clínico, previa remisión del Médico General, el horario de toma de muestras será de lunes a viernes de 7:00 a.m. a 9:00 a.m.

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 al nivel o la cuota moderadora de acuerdo al 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 al tipo de examen solicitado.
- Los resultados de los exámenes se cargan al sistema, se informa al usuario el lugar, fecha y hora de entrega de los resultados de los exámenes en el caso de pacientes particulares.



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 los mismos por favor siga las instrucciones que le brinde el personal que lo atiende.

11.5. ACCESO A SERVICIOS DE PROMOCION Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD

Las actividades de promoción y fomento de la salud, son todos aquellos procedimientos, intervenciones y guías de atención de carácter educativo o formativo, individual o colectivas, Intra y extramurales, tendientes a crear o reforzar conductas y estilos de vida saludables, y a modificar o suprimir aquellos que no lo sean; a informar sobre riesgos, factores protectores, enfermedades, servicios de salud, derechos y deberes de los ciudadanos en

salud, como también a proveer y estimular y concretar la participación social en el manejo y solución de sus problemas de salud.

Detección Temprana de las Alteraciones del Embarazo

Identificar los riesgos relacionados con el embarazo y planificar el control de los mismos, en el proceso hay que implementar un mecanismo que permita canalizar a la gestante desde el mismo momento de la primera falta menstrual y antes de la semana 12 de gestación para intervenir y controlar oportunamente los factores de riesgo.

Detección Temprana de las Alteraciones de la Agudeza Visual

Es un conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones orientadas a detectar precozmente la existencia de alteraciones de la agudeza visual en personas de 4, 11, 16 y 45 años.

Crecimiento y Desarrollo

Este programa tiene como objetivo disminuir la tasa de morbilidad y mortalidad por acusa evitables mediante la prevención e identificación oportuna de los problemas en el menor de 10 años.

Con este programa se sigue paso a paso el crecimiento del bebé y se da apoyo en las inquietudes más comunes que tienen los padres como: Lactancia materna exitosa, estimulación temprana, inicio de la alimentación complementaria, cuidados del bebé y muchos otros temas.

Atención del Adulto

Tiene como objetivos la detección temprana y diagnóstico oportuno de una o algunas patologías crónicas, para así tener control de los factores de riesgo y tratamiento o la rehabilitación, este programa de hace en mayores de 45 años.

Detección Temprana de las Alteraciones del Joven de 10 a 29 años.

El objetivo de este programa de promoción y prevención es el darle la mayor importancia a los procedimiento de cambios que obtiene el joven durante la trayectoria de los 10 a 29 años para así poder tener un mayor control de sus patologías, curiosidades y emociones en su maduración Biológica , Fisiológica y Sicológica y Social del individuo.

Dentro de estas se comprenden cuatro etapas que son: Adolescencia Temprana o Inicial 10 a 13 años, Adolescente adolescencia Media de 14 a 16 años, adolescencia Final o Tardía de 17 a 21 años y adulto Joven de 21 a 24 años.

Atención integral a la Mujer (planificación familiar, prevención Cáncer de Cerviz y de Seno).

Dentro de este programa, además de la toma de citología vaginal y examen periódico del seno, está la orientación en planificación familiar para que elijan el método más apropiado y conozcan sus indicaciones contraindicaciones, igualmente seleccionen el que más se ajuste a sus necesidades.

Planificación familiar:

Son Actividades de Educación, Procedimientos, e Intervenciones dirigidas a hombres y mujeres en edad fértil, para que ejerzan el libre derecho de decidir si quieren o no tener hijos. Lo cual incluye la entrega de anticonceptivos orales, preservativos para hombres, inserción de DIU, implante subdérmico, remisión para ligadura de trompas. La inserción del dispositivo debe hacerse después de que la usuaria haya recibido la información sobre todos los métodos de planificación. La elección del método de planificación se hace basada en la historia clínica, examen físico, y previa manifestaciones de la usuaria de su interés y decisión de utilizar este método.

Puede aplicarse en cualquier momento siempre y cuando estemos seguros de no embarazo.

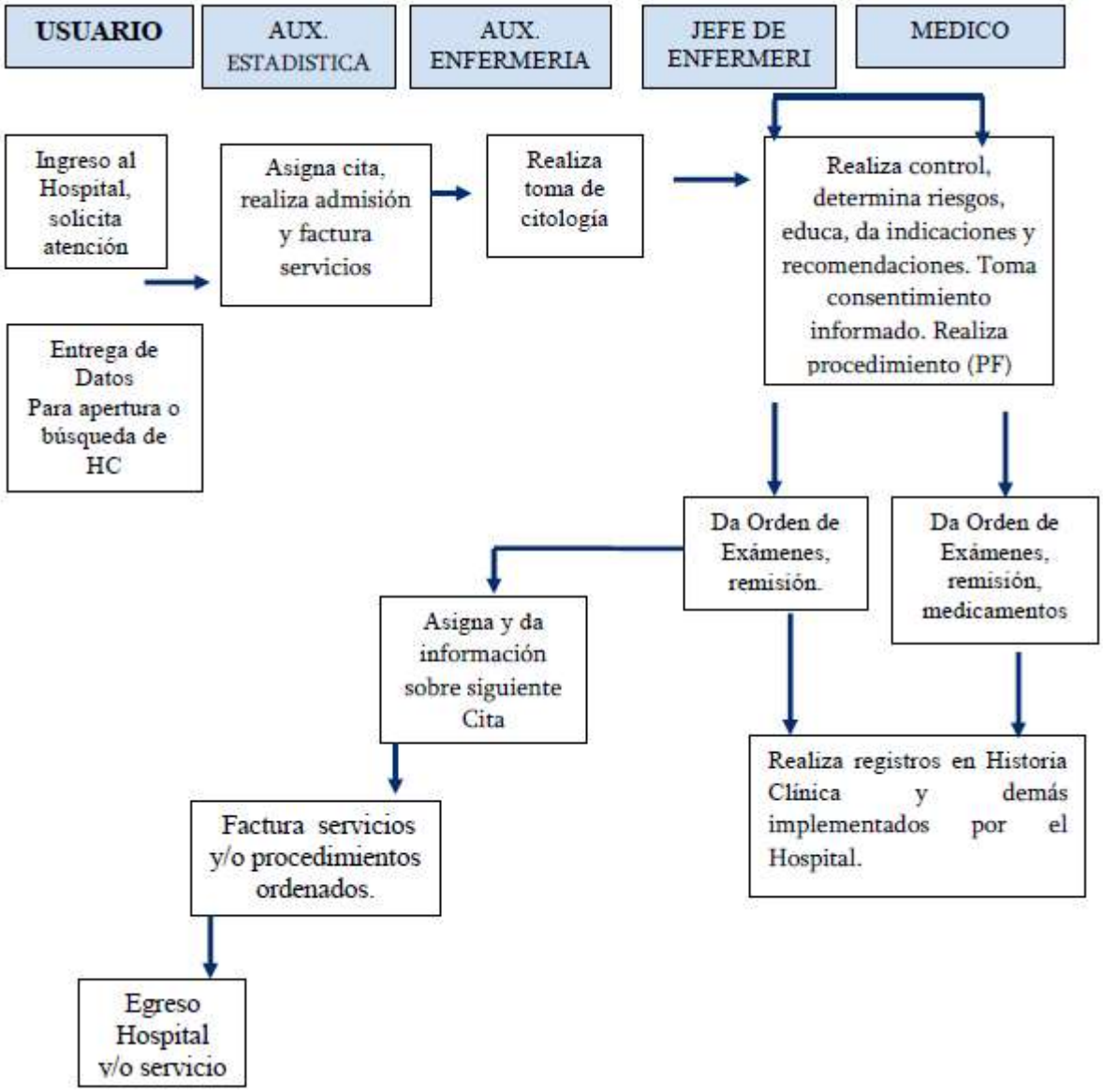
Toma de Citologías

Es el método de tamizaje sencillo y económico, que consiste en una prueba de detección de los cambios pres cancerígenos del cáncer cervical.

Examen de Seno:

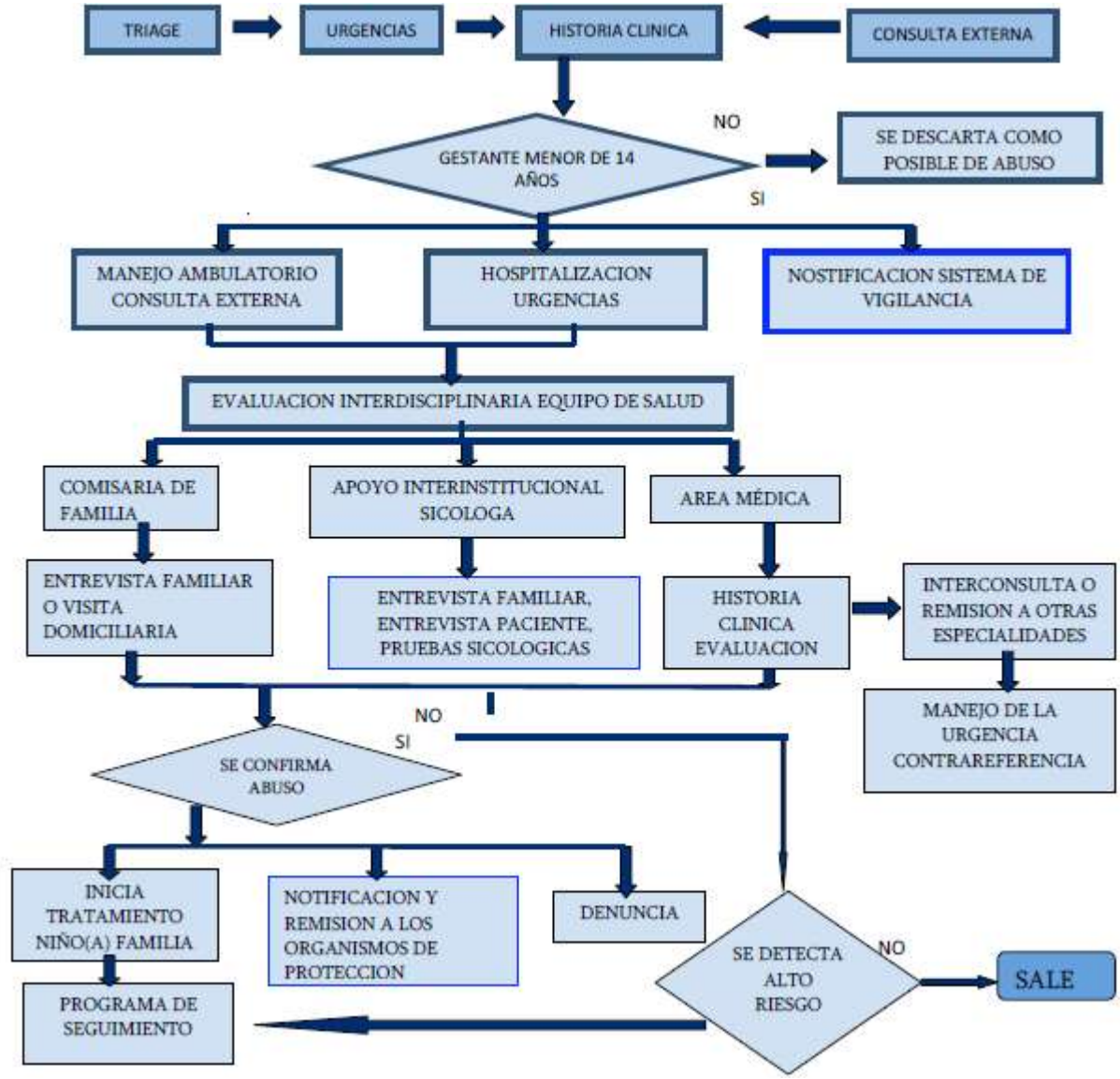
Para prevención de cáncer de mama

FLUJOGRAMA DE ATENCIÓN AL USUARIO DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

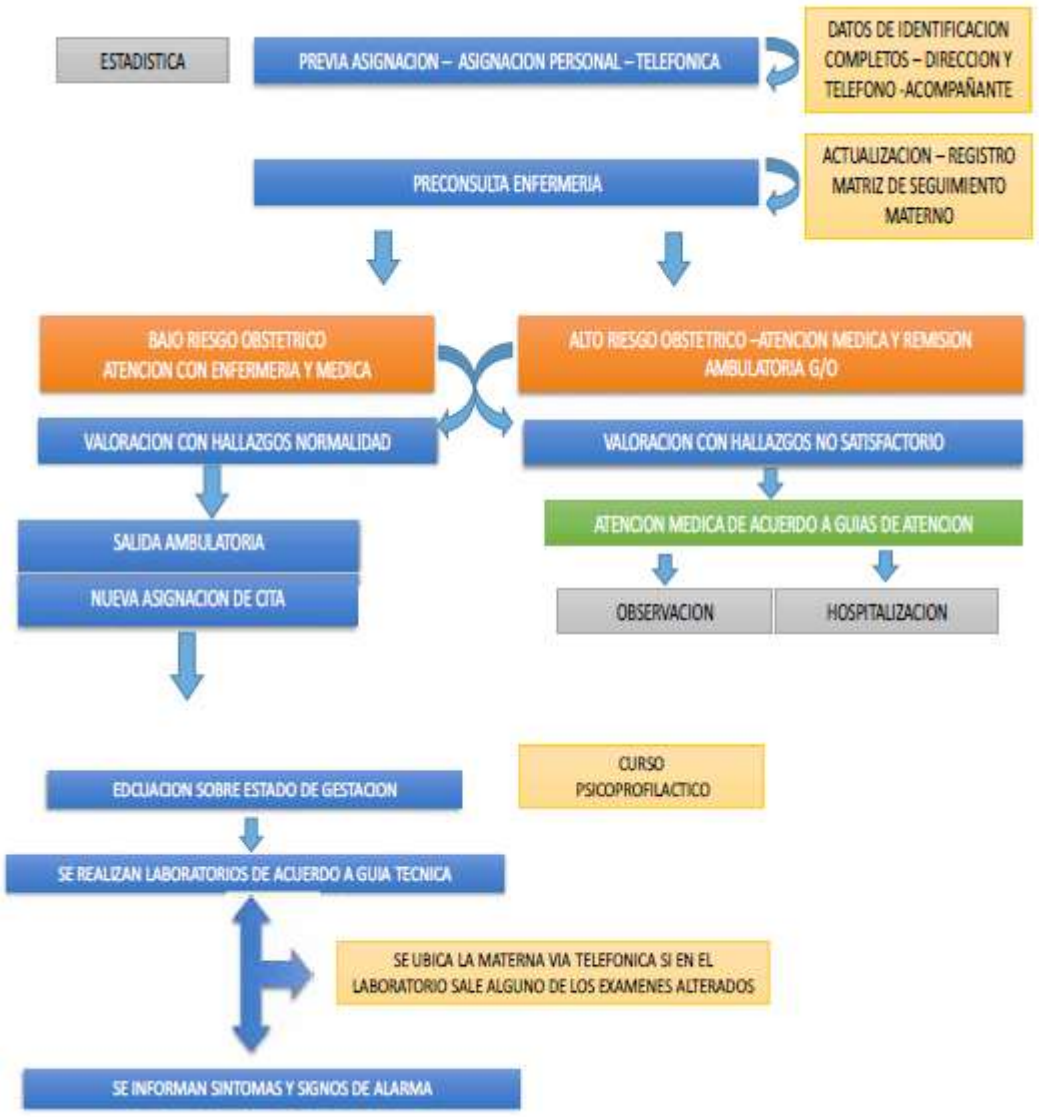


RUTA DE ATENCION A LA GESTANTE

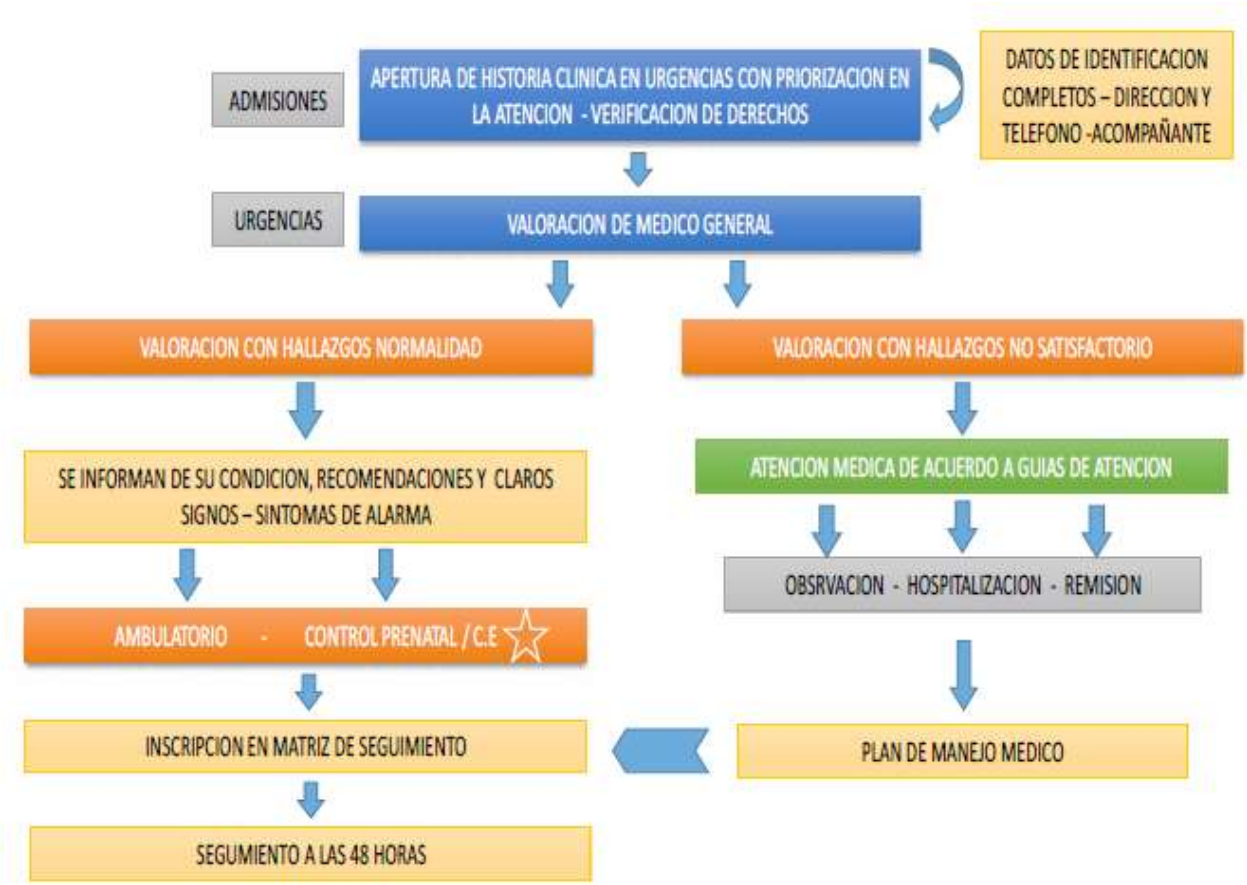
FLUJOGRAMA PARA LA ATENCIÓN DE GESTANTES MENORES DE 14 AÑOS



RUTAS DE ATENCION CONSULTA EXTERNA



RUTAS DE ATENCION IRGENCIAS Y HOPPITALIZACION



ANEXOS

NOMBRE DEL DOCUMENTO	HIPERVINCULO
FOLLETO DEBERES Y DERECHOS HOSPITAL SAN ROQUE	CLICK AQUI
GAU-FO-001 FORMATO DE P.Q.R.S.	CLICK AQUI
GAU-FO-002 FORMATO DE SEGUIMIENTO A PQRS	CLICK AQUI
GAU-FO-003 FORMATO DE ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE USUARIO	CLICK AQUI
GAU-FO-004 FORMATO DE TABULACIÓN DE ENCUESTAS	CLICK AQUI
GAU-FO-005 FORMATO DE REGISTRO Y CONTROL DE TRAMITES DE PQRS	CLICK AQUI

Tabla de cambios

Fecha de aprobación versión actual	Versión modificada	Descripción del cambio
02/02/2022	1	Cambio en las metodologías del documento.
26/07/2022	2	Revisión periódica del documento.

Tabla de control de documentos

	ELABORO	REVISO	APROBO
NOMBRE	**Gestión de SIAU**	**Gestión de calidad**	**José Antonio Soler**
CARGO	**Profesionales**	**Profesionales**	**Gerente**
FECHA	26/07/2023	26/07/2023	26/07/2023