1. OBJETIVO GENERAL

Ser el medio de comunicación entre los usuarios y la institución garantizando la expresión de manifestaciones; como reclamos, sugerencias y felicitaciones; permitiendo la participación activa de los usuarios, haciendo uso de sus derechos y deberes, en busca de la satisfacción de los mismos y el mejoramiento continuo de la calidad en la prestación de los servicios.

1. 1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar los pacientes que ingresan a la Nueva Clínica Sagrado Corazón S.A.S. con el fin de brindar una cálida bienvenida.

- Integrar las felicitaciones, peticiones, quejas, reclamos y sugerencias de los usuarios de la Nueva Clínica Sagrado Corazón S.A.S. como herramienta fundamental para el mejoramiento continuo de los procesos.

- Dar respuesta a los usuarios de las quejas y reclamos en los plazos establecidos según la normatividad aplicable.

- Dar a conocer en el comité de ética médica y de buena conducta de manera mensual la gestión de las PQRSF realizada en el periodo.

- Evaluar la satisfacción y opinión frente al proceso de atención por parte de los pacientes y/o acompañante a través del formato establecido para dichas manifestaciones.

- Conocer el nivel de satisfacción de los pacientes en cada uno de los servicios que presta la Clínica, a través de encuestas de satisfacción como herramienta fundamental para el mejoramiento continuo de los procesos.

2. ALCANCE

Este procedimiento tiene alcance desde que se recibe alguna manifestación (petición, queja, reclamo, sugerencia o felicitación); hasta la respuesta al usuario, se realiza igualmente seguimiento y trazabilidad de los planes de mejoramiento. Además, se realiza seguimiento igualmente a las encuestas de satisfacción aplicadas en cada uno de los servicios.

Aplica para todo el personal de la oficina de atención centrada en la persona, y para la atención al usuario en la Sede Principal y en la Sede de Consulta Externa de la Nueva Clínica Sagrado Corazón.

3. DEFINICIONES

PETICIÓN: Actuación 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.

NO COPIAR

RECLAMO: Actuación a través de la 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 sector del Sistema de Salud o solicita el reconocimiento del derecho fundamental a la salud.

FELICITACIONES: Es el reconocimiento que el usuario hace a la labor desempeñada por la Clínica o por sus funcionarios.

SUGERENCIA: Es la insinuación o formulación de ideas tendientes al mejoramiento de un servicio o de la misma Clínica.

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

MANUAL DEL USUARIO: Es una herramienta que permite mejorar la relación entre los profesionales y los usuarios. Documento abierto desarrollado por diferentes profesionales de los servicios de atención al usuario en los distintos niveles de la Institución. Estas acciones están encaminadas a incrementar la calidad de los servicios y, por tanto, la satisfacción de los profesionales y de los usuarios.

ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN: conjunto de preguntas especialmente diseñadas y pensadas para ser dirigidas a una muestra representativa de la población, con el objetivo de conocer la opinión de los usuarios sobre los servicios que presta la Institución, identificando su nivel de satisfacción.

USUARIO INTERNO: Personas dentro de la Clínica cuyas acciones influyen en la calidad del servicio prestado a los usuarios externos.

USUARIO EXTERNO: Persona u organización que recibe un servicio y que no es parte de la Clínica.

4. REQUISITOS LEGALES

- Ley 10/1990
- Ley 100/1993
- Ley 1122 de 2007
- Ley 1438 de 2011
- Resolución 3100 de 2019
- Decreto 1011/2006.
- Resolución 1445/2006.
- Circular Única de la Supersalud
- Constitución Política de Colombia. artículo 23
- Decreto 1757 de 1994
- Decreto 2011 de 2013
- Circular Externa Número 000008 de 2018

NO COPIAR

5. DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES:

ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	REGISTRO
1. Recibir peticiones, quejas, reclamos, felicitaciones y sugerencias	Se reciben las peticiones, quejas, reclamos, felicitaciones y sugerencias de los usuarios internos y externos en forma verbal (vía telefónica, por medio del buzón de voz, que funciona las 24 horas del día, los siete días de la semana, o personalmente), de forma escrita por medio de los buzones, de la página web y/o correo electrónico. Personalmente el dialogo debe ser: **"Buenos días, tardes o noches Sr, Sra., señorita en que le puedo colaborar, que información requiere"** A través del teléfono el dialogo debe ser: **NUEVA CLINICA SAGRADO CORAZON; Buenos días, tardes o noches y el nombre de la persona que contesta.** **Nota:** No utilizar subjetivos de madre, niña, joven, **etc.** Se verifican cada una de las manifestaciones y se realiza el siguiente proceso: se realiza el ingreso de las PQR en el aplicativo ALMERA, a medida que se van ingresando se va clasificando teniendo en cuenta el tipo de manifestación y se realiza la transición (aplica solo cuando es queja o reclamo), él automáticamente asigna un consecutivo y se envía a cada una de las áreas correspondientes. Se debe llevar un registro en Excel de las PQRSF que se reciben por medio del buzón de voz, con el fin de poder realizar un seguimiento a estas manifestaciones.	Personal oficina ACP.	• Documento • Formato Buzón. • Registro de correo electrónico. • Formato de seguimiento a la oficina de atención centrada en la persona. • Registro de PQRSF que se reciben por medio del buzón de voz. • Registro seguimiento PQR anónimas.

NO COPIAR

ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	REGISTRO
	PQR ANÓNIMAS: Las manifestaciones anónimas deben ser revisadas y clasificadas de acuerdo a lo manifestado por el usuario. Se debe llevar un registro en Excel de las manifestaciones anónimas con el fin de poder realizar un seguimiento a estas PQR. De acuerdo a lo que el usuario este manifestando en la PQR anónima se le debe realizar un análisis de la manifestación y se debe enviar al área correspondiente por correo electrónico para darle respuesta a la PQR y para la implementación de acciones de mejora de acuerdo a lo manifestado por el usuario en la PQR. Este tratamiento se debe implementar sin importar que no haya a quien dar respuesta. Una vez se ha realizado el debido análisis de las PQR anónimas y dado respuesta, éstas deben ser almacenadas en la oficina de atención centrada en la persona.		
2. Dar respuesta clara y oportuna a las manifestaciones	Una vez se ha realizado el análisis de la manifestación impuesta por el usuario, se debe brindar una respuesta clara y oportuna al paciente y/o acompañante, con unos planes y acciones de mejora con respecto a la particularidad de la manifestación. La respuesta a las manifestaciones de los usuarios se debe realizar por vía telefónica y/o de manea escrita. La respuesta escrita se debe enviar por correo electrónico, en físico a la residencia del usuario o si el usuario acepta se brinda respuesta vía telefónica de acuerdo al medio que	Líder oficina ACP.	• Registro de correo electrónico. • Modelo de respuesta a quejas y reclamos.

NO COPIAR

ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	REGISTRO
	éste solicite. Se debe tener en cuenta el modelo de respuesta a quejas y reclamos que se encuentra en el Anexo, una vez se ha sostenido conversación telefónica con el usuario y se ha dado claridad sobre el tema relacionado a su manifestación. Los tiempos estipulados para el trámite de quejas y reclamos son: o Análisis 5 días. o Consulta final 3 días. o Respuesta al usuario 2 días. Cuando son peticiones se debe tramitar la manifestación y el tiempo estipulado para realizar el análisis es de 5 días, una vez se recibe el análisis y se realiza cierre. Las sugerencias se deben leer para conocer la perspectiva del usuario ante una situación y remitir la misma a la líder de atención centrada en la persona, quien revisará las medidas a tomar. Las PQR con riesgo de vida se deben contestar en los siguientes 2 días hábiles después de su radicación.		
3. Almacenamiento de los PQR	De acuerdo a la manifestación que el paciente y/o acompañante exprese, se realiza proceso interno con el apoyo y la respectiva respuesta del jefe de cada uno de los servicios implicados, con el fin de dar una respuesta acertada y oportuna a la persona que la generó. Se realiza trabajo en conjunto con cada jefe de servicio y la líder de atención al usuario y/o calidad. Se trata de que el paciente y/o acompañante reciba la información y	Personal oficina ACP.	• Equipo de computo • Tabla maestra de las RSF.

NO COPIAR

ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	REGISTRO
	respuesta que requiere de forma oportuna y veraz. Se almacena cada una de las manifestaciones en la oficina de atención centrada en la persona.		
4. Evaluar y direccionar las quejas	Las quejas y reclamos serán analizados de forma individual y direccionados a cada uno de los líderes de los procesos, para que éste dé respuesta en un plazo de 5 días a partir de la fecha de su direccionamiento. Las quejas que requieran respuesta inmediata pueden ser solucionadas por las siguientes personas: Líder de Atención centrada en la persona y Coordinadora de Calidad. El líder de atención centrada en la persona debe dar respuesta a los usuarios en un plazo máximo de 10 días.	Líderes de los procesos Líder oficina ACP	• Tabla maestra de las RSF. • Correo electrónico.
5. Verificar la pertinencia de cada respuesta.	Verificar cada uno de las quejas y reclamos y determinar: Análisis de causa raíz, plan de acción (acciones correctivas y preventivas); esto para dar una respuesta de forma clara al usuario. La respuesta debe ser entregada al paciente y/o acompañante de manera personal, por vía telefónica, por correo electrónico o a la residencia del paciente de acuerdo al medio que éste solicite y de acuerdo al modelo de respuesta a quejas y reclamos. La respuesta en físico enviada al correo electrónico o a la residencia del usuario, solo puede ser enviada una vez se ha sostenido una conversación telefónica con éste, y de haber dado claridad sobre el tema relacionado a su manifestación.	Líder oficina ACP Líderes de los procesos.	• Aplicativo Almera • Correo electrónico. • Modelo de respuesta a quejas y reclamos.

NO COPIAR

ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	REGISTRO
6. Realizar informe mensual.	Mes vencido se realiza un informe analizando indicadores de: oportunidad en la gestión de PQR. Se realiza un informe donde se especifican todas las quejas y su análisis causal, haciendo énfasis en las quejas donde se clasifican las tres primeras causas más frecuentes en el mes. El informe será divulgado en el comité de ética médica y de buena conducta.	Líder ACP	• Indicadores ALMERA • Comité de ética médica
7. Verificar planes de mejoramiento	Se verifica el cumplimiento de los planes de mejoramiento con cada líder de proceso.	Líder ACP Coordinadora de Calidad.	• Indicador de Gestión de RSF • Indicador de cumplimiento de planes de mejoramiento
8. Proceso de capacitación y formación	Anualmente se debe diseñar e implementar el programa de capacitación y formación por medio del cual se realice la socialización y despliegue de los procesos del SIAU, el alcance de éste debe ser el 100% del personal de la oficina de atención centrada en la persona. Para la implementación del programa de capacitación y formación se debe diseñar un cronograma en el que se evidencie los ejes temáticos que se van a desarrollar mensualmente, el objetivo del mismo y el personal al cuál va dirigido. El programa de capacitación y formación debe contar con un proceso evaluativo que permita medir el nivel de conocimiento del personal, y se deberá implementar acciones de mejoramiento para aquellas personas que no alcancen el nivel de conocimiento esperado. Debe quedar soporte en físico del	Líder ACP	• Programa de capacitación y formación • Cronograma de capacitación y formación • Formato de implementación y despliegue.

NO COPIAR

ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	REGISTRO
	proceso de capacitación y formación: formato de implementación y despliegue con las respectivas firmas del personal capacitado.		

6. CONFORMACIÓN OFICINA ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA

- **Líder:** Enfermera profesional
- **Gestión Clínica:** Trabajo social y Psicología Clínica.
- **Gestión Administrativa:** Auxiliar gestión de trámites, auxiliar gestión de información y auxiliar de gestión de citas médicas.

7. CARACTERISTICAS DE LA OFICINA DE ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA

- Se encuentra debidamente identificada. La señalización de la oficina de atención al usuario es una señalización inclusiva en sistema Braille para personas con discapacidad visual.
- Se encuentra ubicada en el primer piso de la clínica, en un sitio de fácil acceso para los usuarios y sus acompañantes. La ubicación de la oficina de atención centrada en la persona garantiza un seguro y fácil desplazamiento de los usuarios en general (personas con discapacidad visual, personas con movilidad reducida, personas en silla de ruedas).
- Cuenta con baños públicos y accesibles ubicados en el primer piso al lado del consultorio de yesos, que permiten la accesibilidad de los usuarios en general (personas con discapacidad visual, personas con movilidad reducida, personas en silla de ruedas).
- Garantiza el derecho a la intimidad de los usuarios y sus familiares.
- Cuenta con una sala de espera.
- Cuenta con sillas preferenciales para los usuarios que lo requieren.
- La oficina de atención centrada en la persona cuenta con un sistema de atención por turnos que permite garantizar la atención oportuna y objetiva a los usuarios, de igual manera se cuenta con un sistema de atención preferencial para los usuarios con discapacidad, mujeres en embarazo, y personas de la tercera edad.
- Se cuenta con el servicio de fotocopiadora en el área de trámites para los usuarios que requieran una copia sin imponer ninguna carga económica a éstos.
- Tanto la oficina de atención centrada en la persona, como la sala de espera cuenta con buena iluminación.
- En la oficina de atención centrada en la persona se encuentran publicados los derechos y deberes de los usuarios. Se cuenta con una cartilla inclusiva de derechos y deberes de los usuarios en sistema Braille para las personas con discapacidad visual.
- Se cuenta con diferentes canales de atención al usuario por medio de los cuales éstos pueden solicitar apoyo para los tramites que requieren, solicitar y recibir información, y dar a conocer sus opiniones y percepciones de los servicios recibidos en la clínica (PQRSF):
    - **Canal web**, por medio del cual el usuario puede interponer sus PQRSF desde la página web de la clínica y realizar seguimiento en tiempo real de sus PQRS y consultar en línea el tratamiento y seguimiento que la clínica le ha dado.
    - **Línea telefónica**, por medio de la cual los usuarios se pueden comunicar de manera directa con las funcionarias de la oficina de atención al usuario de la clínica en el horario de lunes a viernes de 7:00 am a 5:00 pm al 215 10 00 opción 5.

NO COPIAR

- **Buzón de voz**, que funciona las 24 horas del día, los siete días de la semana, el cual le permite a los usuarios registrar sus manifestaciones o requerimientos (PQRSF) que son atendidos a profundidad el siguiente día hábil.
- **Buzones de sugerencias** donde los usuarios pueden registrar sus requerimientos y dar a conocer sus opiniones o percepciones de los servicios prestados por la clínica (PQRSF) por medio físico.
- **Correo electrónico:** atenciónusuario@clínicasagradocorazon.com.co

- Procesos documentados de información y atención al usuario, los cuales se socializan por medio del programa de capacitación y formación dirigido al personal colaborador del SIAU.

8. ATENCIÓN AL USUARIO EN LA SEDE DE CONSULTA EXTERNA

Teniendo en cuenta que la institución cuenta con dos sedes, Sede Principal y Sede de Consulta Externa, se define que todo usuario que esté siendo atendido en la Sede de Consulta Externa y solicite intervención por parte de la oficina de atención centrada en la persona, deberá ser notificado por el personal de dicha sede a la oficina, para que el personal de atención centrada en la persona se desplace y brinde el respectivo acompañamiento al usuario y/o familia.

La Sede de Consulta Externa cuenta con buzón de sugerencia con el objetivo de que los usuarios que son atendidos en cita médica especializada puedan interponer de manera física sus manifestaciones, de igual manera se encuentra publicada en la cartelera informativa de la sala de espera de la Sede de Consulta Externa la información del funcionamiento de la oficina de atención centrada en la persona (horarios de atención, canales de comunicación, y canales de atención al usuario).

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA Y REGISTROS

- Procedimiento para la gestión de PQR por Almera.
- Instructivo para reportar PQR por Almera.
- Formato apertura de buzones.
- Formato ronda de Trabajo Social.
- Base de datos para control interno de RSF.
- Circular Externa Número 000008 del 04 de septiembre de 2018 de la superintendencia nacional de salud
- Programa de capacitación y formación
- Cronograma de capacitación y formación
- Formato de implementación y despliegue
- Modelo de respuesta a quejas y reclamos.

7. CONTROL DE CAMBIOS

NO COPIAR

Versión	Fecha	Descripción	Elaboró	Revisó	Aprobó
001	Junio 2011	Creación del documento	Erika Juliana Espinosa	Gabriel Palacio	Comité de Calidad
002	Agosto 2012	Actualización del documento	Leidy Salazar Sindia Restrepo	Natasha Molina Vélez	Comité de calidad
003	Noviembre 2017	Actualización del documento	Mónica Tangarife	Ivette Arce P.	Comité de calidad
004	Marzo 2018	Actualización del documento	Carina Gutierrez	Ivette Arce P.	Comité de calidad
005	Enero 2019	Actualización del documento	Carlos Arango Líder de Mejoramiento Continuo	Ivette Arce P. Coordinadora de Calidad	Comité de calidad y Mejoramiento Continuo
006	Abril 2021	Actualización del documento	Juliana Alejandra Zuluaga B. Líder de Atención Centrada en la Persona	Carlos Mario Arango Líder de Mejoramiento Continuo	Ivette Arce p. Coordinadora de Calidad

NO COPIAR