

DIRECTIVA No. 025 -2015-GRL
(Aprobada con D.R. No. 041 -2015-GRL/PR)

DISPOSICIONES PARA LA PLATAFORMA DE ATENCIÓN AL USUARIO DE SALUD (PAUS) EN LOS HOSPITALES DEL GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE

1.0 FINALIDAD

Establecer los criterios, lineamientos y procedimientos que debe seguir el usuario final para gestionar una queja o reclamación ante el servicio de salud brindado por el Hospital Provincial Belén de Lambayeque, Hospital Regional Docente Las Mercedes y el Hospital Regional de Lambayeque, los cuales forman parte del Gobierno Regional Lambayeque.

2.0 BASE LEGAL

- 2.1 Ley 27444, del Procedimiento Administrativo General.
- 2.2 Ley 27658, Ley Marco de Modernización y Gestión del Estado.
- 2.3 Ley 26842, Ley General de Salud.
- 2.4 Ley 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.
- 2.5 Ley 29414, establece los Derechos de las Personas usuarias de los Servicios de Salud.
- 2.6 Ley 29571, Código de Protección y Defensa del Consumidor.
- 2.7 R.M. No. 519-2006/MINSA, Sistema de Gestión de la Calidad de Salud.
- 2.8 O.R. 024-2015-GR.LAMB/CR, ROF modificado del Gobierno Regional Lambayeque, que comprende la Gerencia Regional de Salud y unidades orgánicas hospitalarias.
- 2.9 D.S. 011-2011-PCM, aprueba el "Reglamento del Libro de Reclamaciones del Código de Protección y Defensa del Consumidor"
- 2.10 D.S. 042-2011-PCM, aprueba "Obligaciones de las entidades del sector público de contar con un Libro de Reclamaciones"
- 2.11 Decreto Supremo N° 006-2014-PCM Modifica el Reglamento del Libro de Reclamaciones del Código de Protección y Defensa del Consumidor.
- 2.12 D.R. No 009 -2014-GR.LAMB/PR, aprueba el "Manual de Procedimientos Administrativos del Gobierno Regional Lambayeque"
- 2.13 Decreto Legislativo N° 1158 Dispone medidas destinadas al fortalecimiento y cambio de denominación de la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud.
- 2.14 Decreto Supremo N° 008-2014-SA Aprueban Reglamento de Organización y Funciones de la Superintendencia Nacional de Salud – SUSALUD.
- 2.15 Decreto Supremo N° 031-2014-SA Aprueba Reglamento de Infracciones y Sanciones de la Superintendencia Nacional de Salud – SUSALUD.
- 2.16 Decreto Supremo N° 027-2015-SA Aprueba el Reglamento de la Ley N° 29414 Ley que establece los derechos de las personas usuarios de los Servicios de Salud.
- 2.17 Resolución de Superintendencia N° 160-2011-SUNASA/CD Aprueba el Reglamento General para la Atención de los Reclamos y Quejas de los Usuarios de las IAFAS e IPRESS.

3.0 ALCANCE Y OBLIGATORIEDAD

La presente Directiva es de aplicación en todo Hospital que cuente con servicios de salud y que forme parte del Gobierno Regional Lambayeque.

4.0 DEFINICIONES

- 4.1 **Usuario final:** Persona natural o jurídica que formula un reclamo, queja o sugerencia de los servicios prestados por el Hospital. Es la que acude al Hospital en busca de sus servicios y solicitando atención, también llamado "cliente" o "paciente".
- 4.2 **Satisfacción:** Sentimiento de bienestar o placer que se tiene cuando se ha colmado un deseo o cubierto una necesidad.
- 4.3 **Interposición de Buenos Oficios:** Intervención que se efectúa por parte de la Administración Institucional o quién haga sus veces, en forma inmediata dando solución a la queja de un usuario.
- 4.4 **Libro de Actas:** Documento escrito que registra temas tratados, acuerdos o conclusiones adoptadas en una determinada reunión entre representantes de unidades orgánicas administrativas o asistenciales; y usuarios finales con la finalidad de certificar lo acontecido y dar validez a lo acordado.
- 4.5 **Libro de Reclamaciones:** Documento de naturaleza física o virtual implementado por un Hospital, donde el usuario final consigna su insatisfacción de una unidad orgánica que se encuentre dentro del Hospital. El Libro de Reclamaciones contiene una Ficha de Reclamo en Salud donde se consigna según formato estandarizado: la fecha de registro, el servicio donde se genera el reclamo, la solución planteada, fecha de respuesta al usuario, agregándose a éste formato el correo electrónico. Su mantenimiento y actualización así como su uso estadístico es responsabilidad de la Administración Institucional o la que haga sus veces, y el Área de Imagen debe remitir informes mensuales a la Dirección del Hospital, con copia al Área de Gestión de la Calidad, sobre el detalle de estas reclamaciones para las acciones administrativas que correspondan.
- 4.6 **Aviso del Libro de Reclamaciones:** Letrero físico o aviso virtual que los Hospitales deberán colocar en sus establecimientos y/o cuando corresponda en medios virtuales, en un lugar visible y fácilmente accesible al público para registrar su queja y/o reclamo, en el formato estandarizado. **Establecido en el Anexo 1 de la presente Directiva.**
- 4.7 **SUSALUD:** Superintendencia Nacional de Salud.- Organismo Público Técnico Especializado adscrito al Ministerio de Salud, para efectos de la siguiente normativa, Instancia de Queja acorde con lo dispuesto en el artículo 113° del Reglamento de la Ley Marco de Aseguramiento Universal aprobado.
- 4.8 **Comité de Auditoría:** Órgano constituido encargado de realizar auditorías a solicitud de la Dirección del Hospital, previo requerimiento del Comité de Quejas Reclamaciones y Sugerencias. Deberá emitir, al cabo de su actividad, el informe final de auditoría a la Dirección del Hospital. Su funcionamiento estará garantizado por la Oficina de Gestión de la Calidad o quién haga sus veces.
- 4.9 **Consultas o Sugerencias:** La Plataforma de Atención al Usuario en Salud (PAUS) tiene por finalidad absolver consultas, así como responder los reclamos y recibir sugerencias de los usuarios en salud. Facilita la comunicación interactiva entre las Instituciones y sus usuarios. Tiene las siguientes funciones:
- Orientar a los usuarios sobre la presentación de consultas, denuncias y reclamos.
 - Recibir los reclamos y realizar las acciones para resolver, concluir y comunicar el resultado
 - Centralizar el seguimiento y las respuestas a las consultas y reclamos presentados por los usuarios.
 - Elaborar estadísticas sobre las consultas atendidas y reclamos presentados ante la PAUS y comunicar mensualmente a SUSALUD.



e) Proponer y llevar a cabo programas de difusión de información relacionada con los servicios que brinda la Institución así como información sobre derechos y deberes en salud de los usuarios.

5.0 QUEJAS Y RECLAMACIONES

- A. Se asume como queja a la manifestación que una persona natural o jurídica o su representante, realiza al Hospital a través del Libro de Reclamaciones, mediante la cual expresa de manera verbal su disconformidad a los servicios prestados; o expresa el malestar o descontento del consumidor respecto a la atención, conducta o actuar de un trabajador del área asistencial o administrativa del Hospital.
- B. El Registro de Quejas, es el documento referencial destinado a contener los registros de las quejas de los usuarios, las fechas de registro, el servicio donde se generó la queja, la solución planteada y la fecha de respuesta al usuario. Su mantenimiento y actualización así como su uso estadístico es responsabilidad de la Oficina Gestión de la Calidad o el que haga sus veces.

C. La queja puede presentarse a través de cualquiera de las siguientes formas: Verbal, formulándola de manera personal; Escrita, cuando la presentación es a través de un formato impreso. La queja con carácter de denuncia debe ir acompañada con las pruebas que lo sustenten, según sea el caso; presentada la queja, el Hospital debe proporcionar un código de registro mediante el SISGEDO que servirá para el control y seguimiento del mismo.

D. La Queja se clasifican en:

a) Queja tipo uno (Q1):

Manifestación verbal directa del usuario, debidamente identificado, que expresa una reclamación y que es recibida por el representante del Módulo de Atención al Usuario, para su correspondiente registro, en el SISGEDO, y atención. Si la queja no puede ser resuelta por esta instancia, se solicitará al usuario, directamente o a través de la vía de canalización de quejas, la redacción de su queja, convirtiéndose en queja tipo 2, que a la vez según gravedad de la queja deba remitirse al Comité.

b) Queja tipo dos (Q2):

Se aplica a la queja o reclamo efectuado de manera escrita en el formato o Libro de Reclamaciones proporcionado por el Hospital que contendrá la identificación y firma del usuario final.

c) Queja tipo tres (Q3):

Se aplica a la queja o reclamo efectuado de manera escrita expresada mediante un documento no judicial (Oficio, Carta, etc) dirigida al Director del Hospital. Ésta es ingresada por trámite documentario con número SISGEDO, siendo derivada dentro del plazo máximo de un (01) día a la Dirección del Hospital y luego al respectivo Comité para su evaluación y solución correspondiente.

E. El reclamo es la manifestación escrita de insatisfacción hecha por una persona natural o jurídica, sobre el incumplimiento de alguna de las características de los servicios ofrecidos por el Hospital. Los reclamos se codificarán según sus causas.

G. Identificación de las Reclamaciones: Están referidas a los siguientes hechos:

- Demora de la atención.
- Maltrato del personal.
- Demora en el traslado de la Historia Clínica.
- Extravío de Historia Clínica
- Información inadecuada



- f) Demora en el trámite administrativo.
- g) Inconformidad con la atención del profesional
- h) Ausencia del personal en su puesto de trabajo.
- i) Deficiencias en la limpieza
- j) Falta de medicamentos; cobros indebidos; y, otros.

5.1 CONFORMACIÓN DEL COMITÉ DE QUEJAS Y RECLAMACIONES.

A. La Dirección del Hospital, mediante acto resolutivo, está obligada a constituir el Comité la misma que estará integrada por trabajadores de los servicios prestados y Oficinas relacionadas con dichos servicios. La copia de la Resolución debe ser comunicada a la Gerencia Regional de Salud.

B. Los principios del Comité son:

- a). **Principio Pro Usuario:** relacionado con la protección al usuario.
- b). **Principio de Transparencia:** Genera al usuario plena accesibilidad a la información sobre cobertura de servicios que ofrece el Hospital. La información brindada debe ser sencilla, veraz, oportuna y apropiada conforme a las normas de la materia.
- c). **Principio de Corrección de la Asimetría:** Se orienta a corregir las malas prácticas por el desequilibrio entre prestadores de salud y usuarios.
- d). **Principio de la Especialidad Normativa:** Constituye la norma especial para la atención de reclamos y quejas de los usuarios, siendo sus disposiciones de cumplimiento obligatorio. El Código de Protección y Defensa del Consumidor aprobado por Ley 29571 será de aplicación supletoria.
- e). **Principio de Primacía de la Realidad:** Procedimiento de atención de quejas y reclamos, se considerarán las conductas, así como las situaciones y relaciones contractuales o económicas que efectivamente se realicen, persigan o establezcan.
- f). **Principio de Informalismo:** Las disposiciones que regulan la atención de reclamos, deben ser interpretadas en forma favorable a la admisión y decisión final sobre las pretensiones de los usuarios, con el propósito de que sus derechos e intereses no sean afectados por la exigencia de aspectos formales que puedan ser subsanados dentro el procedimiento, siempre que dicha causa no afecte derechos de terceros, el interés público o contradiga alguna disposición legal.
- g). **Principio de Irreversibilidad:** Los derechos adquiridos previamente al proceso y durante el mismo no deben sufrir ningún menoscabo como consecuencia de algún proceso posterior.
- h). **Principio de Eficacia:** Las intervenciones del personal de un Hospital, tienen por finalidad resolver reclamos o consultas, que lleguen a su conocimiento y que sean de competencia directa, debiendo dar respuesta al usuario por la vía solicitada, garantizando el ejercicio de los derechos de la persona, la familia y comunidad.

C. Las funciones inherentes al Comité son:

- a) Recibir la queja o reclamación del usuario del Hospital, ya sea que provengan de las áreas asistenciales o administrativas, Imagen Institucional o de la misma Dirección del Hospital.
- b) Verificar si la queja o reclamo viene acompañada de solicitud de auditoría.
- c) Dar solución a la queja o reclamo por propia autoridad en caso que le competa o por autoridad delegada de la Dirección del Hospital o su canalización a la Gerencia de Salud, de ser el caso.



- d) Informar la solución de las queja o reclamación significativa al Oficina Gestión de la Calidad o la que haga sus veces donde es registrada y ésta enviará mensualmente el consolidado al Área de Gestión de la Calidad o la que haga sus veces.
- e) La composición del Comité contemplará un mínimo de ocho (08) trabajadores, se incluya como integrantes a los siguientes:
- i) Un representante de la Dirección del Hospital.
 - ii) Un representante del Área de Gestión de la Calidad o la que haga sus veces.
 - iii) Un representante del Área de Imagen o la que haga sus veces.
 - iv) Representantes de los Departamentos Asistenciales (Clínicas Quirúrgicas, Áreas Críticas, entre otros), del Departamento de Apoyo al Tratamiento (Servicio Social y Apoyo al Diagnóstico, entre otros), de las áreas Administrativas (Administración, Personal) y de la Unidad de Gestión al Paciente (SIS).

5.2 CANALES DE QUEJAS O RECLAMACIONES

- A. Son instancias normadas y comunicadas al usuario final de manera transparente y pública para la recepción de una queja o reclamo desde el usuario final y se canalizan hacia la Oficina Gestión de la Calidad o la que haga sus veces.
- B. Los canales que cuenta el usuario final para presentar su reclamo son:
- a) Módulo de Atención al Paciente.
 - b) Libro de Reclamaciones.
 - c) Unidad Orgánica asistencial o administrativa del Hospital.
- C. Para la atención de una queja o reclamo se debe considerar lo siguiente:
- a). **Ingreso:** La Unidad de Atención al Usuario, Unidad de Informes, Trámite Documentario o la que haga sus veces, es el responsable del ingreso de la queja escrita o reclamo. El personal encargado llena el respectivo formulario, conduce la queja o reclamo hasta la solución final. La queja escrita o reclamo, así como los documentos adjuntos (de ser el caso), deben foliarse inmediatamente después de recibidas las mismas.
 - b). **Seguimiento:** El Área de Imagen Institucional o la que haga sus veces es la responsable del seguimiento. Semanalmente debe verificar que el "Libro de Reclamaciones", se encuentre funcionando conforme a las políticas de ésta Directiva.
 - c). **Control:** La Oficina de Gestión de la Calidad o la que haga sus veces es la responsable del control. Semanalmente dicha Oficina debe verificar si las quejas o reclamos hayan sido atendidos y comunicados al usuario, caso contrario propone medidas correctivas hacia la Dirección del Hospital.
- D. El plazo de atención a una queja o reclamo se rige a lo siguiente:
- Queja 1.-** Atención inmediata (dentro de las 24 horas).
- Queja 2.-** La solución tiene un plazo no mayor a 15 días.
- Queja 3.-** La solución tiene un plazo no mayor a 30 días.
- E. Sólo el Comité es la instancia encargado de canalizar las quejas y reclamaciones (quejas tipo 2 y 3).
- F. Cada Hospital debe contar con un "Libro de Reclamaciones" y ubicado en sitio público de alto tránsito, y en este Libro se recibirá las quejas escritas y reclamos sobre el incumplimiento del servicio asistencial y administrativo que brindan.



- G. La revisión del Libro de Reclamaciones se realizará al final de la jornada laboral administrativa del Hospital y dicho acto estará registrado en un formato de Acta, la misma que está a cargo de un representante de la Oficina Gestión de la Calidad, o el que haga sus veces, y un representante de la Dirección del Hospital.
- H. Las quejas o reclamos encontrados en el Libro de Reclamaciones serán analizadas y clasificadas, y luego son canalizadas al Área de Imagen con copia al Área de Gestión de la Calidad, o las que hagan sus veces, y la Dirección del Hospital.

5.3. PROCEDIMIENTOS ESTABLECIDOS

- A. La Oficina Gestión de la Calidad o la que haga sus veces debe precisar en un lugar visible de la entrada principal del Hospital, el Módulo de Atención al Paciente donde uno o más trabajadores faciliten la información y formularios para que el ciudadano sea informado del procedimiento y luego canalice su queja o reclamo, en el marco de la presente Directiva.
- B. La queja escrita o reclamo puede ser presentado por:
- a) El usuario final, de manera personal y directa.
 - b) El representante legal del usuario final.
 - c) En caso de un menor de edad o Adulto Mayor, la persona adulta que acompaña al usuario.
- C. Para presentar una queja escrita o reclamo es necesario aportar los datos personales que se solicitan en un formulario gratuito (ver Anexo). No se tramitará ninguna queja escrita o reclamo en el que no se cumpla con este requisito; la tramitación de la información recibida será totalmente CONFIDENCIAL.

5.4. INVESTIGACIÓN SUMARIA DEL COMITÉ

- A. El Comité efectúa dentro de sus funciones las diligencias necesarias para la dilucidación de los hechos que generaron la queja escrita o reclamo. La duración de la Investigación Sumaria depende del grado de complejidad de la queja o reclamo y no podrá exceder en su conjunto del plazo máximo establecido en esta Directiva
- B. Dependiendo de la necesidad o complejidad del caso, el Comité asume las siguientes actuaciones:
- a) Recabo de pruebas documentales y/o testimoniales.
 - b) Recabo de pericias y/o auditorías de caso.
 - c) Audiencia de pruebas para la exhibición de documentos, declaración de testigos y/o presentación del informe de peritos o de la auditoría de caso.
- C. El Comité puede citar al reclamante para que se ratifique en su reclamo, así como a los testigos o peritos asignados, para que presten su declaración o informe respectivo, cuando el caso lo amerite; la negativa injustificada del reclamante o su representante de asistir a dicha citación, es tomada como elemento de juicio al momento de resolver, para cuyo efecto deberá documentarse con las notificaciones y actas de reunión.
- D. El Comité puede nombrar peritos de oficio o a pedido del usuario, cuando estime que la apreciación de los hechos requiere de conocimientos especiales para el mejor esclarecimiento de una o más materias controvertidas del reclamo.
- E. En caso que el reclamo necesite opinión de otro órgano, el Comité solicitará por el medio más idóneo y en el plazo de un (01) día de recibido el reclamo, la respectiva opinión técnica, la cual formará parte de la investigación sumaria. La opinión técnica

solicitada deberá ser emitida, bajo responsabilidad, no mayor de cuatro (04) días hábiles, debiendo consignar en el requerimiento de opinión técnica el plazo otorgado.

- F. Todas las actuaciones que se determinen durante el trámite del reclamo deben constar en el Expediente de Reclamo que se haya generado. Las actuaciones que no sean documentadas, deberán constar en informes y actas suscritas por el personal o directivo responsable del trámite.

5.5. RESPUESTA AL USUARIO

- A. La respuesta al usuario puede ser:
- Transitoria:** Es inmediata al momento de tener la queja o reclamo.
 - Final:** Se dará inmediatamente después de implementar la queja o reclamación.
- B. Concluida la investigación Sumaria se elabora el Informe de Resultado de Reclamo en el que se consigna la siguiente información:
- Descripción de los hechos que sustentan el reclamo del usuario.
 - Exposición de las diligencias efectuadas para la dilucidación de los hechos
 - Análisis de los hechos.
 - Resultado de reclamo, donde se declarará el reclamo como: Fundado, infundado o improcedente, según corresponda.
- C. Cuando una queja o reclamo contenga más de una causa específica se elaborará un solo Informe de Resultado, dentro del plazo que corresponda a la causa de mayor complejidad, según la clasificación de reclamos brindada por SUNASA. En dicho informe se efectuará un pronunciamiento sustentado por cada una de las causas materia de reclamo.
- D. Cuando el reclamo contenga más de una causa específica y éstas puedan resolverse por separado, se podrá emitir Informes de Resultado Parcial respecto de alguna de ellas, debiendo consignarse expresamente esta situación en el acápite de resultado del informe.
- E. Son causales de conclusión anticipada del reclamo las siguientes:
- El desistimiento por escrito del reclamo por parte del usuario o su representante legal, cuando corresponda, con o sin expresión de causa.
 - Acuerdos adoptados como consecuencia de Conciliación o Arbitraje.
 - Transacción extrajudicial.
- F. Cuando el usuario final no esté de acuerdo con el resultado de reclamo podrá solicitar la intervención de la Dirección del Hospital, con la finalidad de lograr la solución a su reclamo. Esta instancia emite pronunciamiento en el plazo de cinco (05) días hábiles contados desde la presentación de la reevaluación mediante un Informe de Resultado de Reclamo, sin que ello implique exención de responsabilidad.
- G. El Informe de Resultado de Reclamo incluirá como último párrafo en su parte resolutive lo siguiente: "De no estar de acuerdo, en todo o en parte, con el presente Informe de Resultado de Reclamo, el usuario puede acudir en instancia de Queja ante la Superintendencia Nacional de Salud, en el plazo máximo de treinta (30) días hábiles, contados a partir de su notificación, a fin de que ésta tome conocimiento de los hechos y disponga las investigaciones, medidas correctivas o sanciones aplicables a la entidad cuando corresponda, quedando a salvo su derecho de hacerlo valer a través de los medios alternativos de solución de controversias que brinda el Centro de Conciliación y Arbitraje de la Superintendencia Nacional de Salud, o en la vía judicial cuando corresponda"



H. En los casos que se presente más de un reclamo en los que coincidan: el sujeto del reclamo, el establecimiento, la causa específica y fecha de ocurrencia, deberán acumularlos en el expediente de mayor antigüedad, que diera lugar al inicio del procedimiento de atención del reclamo debidamente notificado, se declarará la improcedencia del nuevo reclamo comunicando de oficio dicha situación a los interesados.

5.6. NOTIFICACIÓN DEL RESULTADO

- A. El resultado de un reclamo es notificado al usuario, enviando a su domicilio copia del Informe de Resultado de Reclamo, o a su dirección electrónica, en caso de haberlo solicitado así expresamente.
- B. Toda notificación se efectúa a más tardar dentro del plazo de cinco (05) días hábiles, a partir de la expedición del acto de notificación, sin perjuicio de aplicarse un plazo adicional en razón al término de la distancia, cuando corresponda.
- C. Dentro de un (01) día hábil de notificado con la respuesta final, el usuario final puede solicitar la revisión de su reclamo ante la instancia superior competente, debiendo ser remitido el expediente a dicha instancia, con el expediente de reclamo y un informe en el cual se detalle la disconformidad manifestada por el usuario; a su vez se remitirá una copia del expediente mediante correo electrónico al área competente, de ser el caso.
- D. Cuando el usuario no se encuentre conforme con la respuesta emitida en revisión de su reclamo, podrá presentar su queja tuitiva ante la Superintendencia Nacional de Salud.

6.0. BUZÓN DE SUGERENCIAS.

- A. **Sugerencia:** Todo aporte o iniciativa que no suponga una reclamación, formulada por un ciudadano en forma individual o colectiva, a fin de contribuir con la mejora de la prestación de los servicios de salud de la Institución.
- B. **Buzón de Sugerencias:** Es una caja o ánfora, donde el usuario e incluso el mismo trabajador del Hospital puede depositar a través del formato correspondiente su sugerencia.

6.1. CONFORMACIÓN DE COMITÉ DE SUGERENCIAS.

- A. La Dirección del Hospital, mediante acto resolutivo, está obligada a constituir el Comité de Sugerencias, la misma que estará integrada por trabajadores de los servicios prestados y Oficinas relacionadas con dichos servicios. La Copia de la Resolución debe ser comunicada a la Gerencia Regional de Salud.
- B. Las funciones inherentes del Comité son las siguientes:
- Recibir la sugerencia del usuario del Hospital, ya sea que provengan de las áreas asistenciales o administrativas, Imagen Institucional o de la misma Dirección del Hospital.
 - Verificar si la sugerencia viene acompañada de solicitud de auditoría.
 - Informar la sugerencia al Área de Imagen o la que haga sus veces donde quedará registrada y ésta enviará mensualmente el consolidado al Área de Gestión de la Calidad o la que haga sus veces.
 - La composición del Comité contemplará un mínimo de dos (02) trabajadores, se incluya como integrantes a los siguientes:
 - Un representante de la Dirección del Hospital.
 - Un representante del Área de Imagen o la que haga sus veces.

6.2. PROCEDIMIENTOS ESTABLECIDOS

- A. La Dirección del Hospital debe precisar en un lugar visible de la entrada principal del nosocomio, el Módulo de Atención al Paciente donde uno o más trabajadores faciliten la información y formularios para que el ciudadano sea informado del procedimiento y luego canalice su queja o reclamo, en el marco de la presente Directiva.
- B. La sugerencia puede ser presentado por:
- a) El usuario final, de manera personal y directa.
 - b) El representante legal del usuario final.
- C. Para formular una sugerencia es necesario aportar los datos personales que se solicitan en un formulario gratuito (ver Anexo). No se tramitará ninguna sugerencia en el que no se haya cumplido con este requisito; la tramitación de la información recibida será totalmente CONFIDENCIAL.

6.3. CANALIZACIÓN DE LAS SUGERENCIAS.

- A. Para la atención de quejas o reclamaciones se debe considerar lo siguiente:

a) Ingreso:

Responsables: Unidad de Atención al Usuario, Unidad de Informes y/o trámite Documentario.

Cuando la sugerencia se hace a la Unidad de Informes (Principal y emergencia), en la Unidad de Atención directa, el personal encargado deberá llenar el formulario respectivo y atender la sugerencia hasta la respuesta final.

La sugerencia así como los documentos adjuntos (de presentarse el caso), se deben foliar inmediatamente después de recibidas las mismas.

b) Seguimiento:

Responsables: Oficina de Imagen o quién haga sus veces.

Semanalmente debe de verificarse que el "Libro de Reclamaciones", Web Institucional, u otros medios implementados, se encuentre en perfecto estado y funcionando conforme a las políticas de ésta Directiva, así como el seguimiento de éste. Corresponde a la Jefatura de Imagen Institucional llevar este control.

c) Control:

Responsables: Oficina de Imagen, oficina de Gestión de la Calidad o quién haga sus veces.

El o los trabajadores que hayan provocado la sugerencia, deben tener conocimiento del contenido de las mismas, con la finalidad que se adopte las medidas necesarias para hacer el descargo y solventarla.- Finalmente, se notificará las medidas implementadas al usuario final (ciudadano) que interpuso la sugerencia en el breve plazo, pudiendo ser por correo o si no lo haya consignado enviado a su domicilio del DNI.

d) Tiempo para implementación:

Debe ajustarse a un plazo mínimo, con la finalidad de generar satisfacción en el usuario final que inicia la sugerencia, sugiriendo sea cinco (05) días calendario, salvo mejor parecer, precisando que de acuerdo al nivel y complejidad del Hospital éste plazo puede ser diferente.

- B. Siempre que sea pertinente y no requiera financiamiento, la sugerencia debe ser implementada inmediatamente dentro del día ocurrido.



- C. Cada Hospital debe contar con un "Buzón de Sugerencias" y ubicado en sitio público de alto tránsito, y en este Buzón se recibirá las sugerencias sobre el servicio asistencial y administrativo que brindan.
- D. La revisión del Buzón de Sugerencias se realizará al final de la jornada laboral administrativa del Hospital y dicho acto estará registrado en un formato de Acta, la misma que está a cargo de un representante del Área de Imagen, o el que haga sus veces, y un representante de la Dirección del Hospital.
- E. Las sugerencias en el Buzón de Sugerencias serán analizadas y clasificadas, a partir del cual se elaborará el Informe dando a conocer las sugerencias, las mismas que son canalizadas al Área de Imagen con copia al Área de Gestión de la Calidad, o las que hagan sus veces, y la Dirección del Hospital.

6.4. RESPUESTA A SUGERENCIA

Toda sugerencia merecerá respuesta escrita o por correo electrónico, de ser el caso, al usuario sugerente, documento que será generado desde el Área de Gestión de la Calidad, o la que haga sus veces, y vía Dirección del Hospital. En dicho documento se expresará la felicitación al usuario por su iniciativa y detallando el nivel de implementación de la sugerencia, de corresponder.

7.0 INDICADORES DE EVALUACIÓN DE GESTIÓN

Para la evaluación de desempeño en la gestión de quejas, sugerencias y reclamaciones de los usuarios del Hospital, se tomará en cuenta los siguientes indicadores en un periodo trimestral que mejor se adapte a la realidad institucional.

- A. (Número de quejas) x 100 / (número de usuarios)
- B. (Número de reclamaciones) x 100 / número de usuarios.
- C. (Número de sugerencias) x 100 / número de usuarios.
- D. Porcentaje de Quejas o Reclamaciones Solucionadas:

$$\frac{\text{Número de Quejas solucionadas} \times 100}{\text{Total de Quejas recibidas por periodo}}$$

$$\frac{\text{Número de Reclamaciones solucionadas} \times 100}{\text{Total de Reclamaciones recibidas por periodo}}$$

- E. Porcentaje de Quejas, Reclamaciones Por Causal.

$$\frac{\text{Número de Quejas por causal} \times 100}{\text{Total de Queja recibidas por periodo}}$$

$$\frac{\text{Número de Reclamaciones por causal} \times 100}{\text{Total de Reclamaciones recibidas por periodo}}$$

- F. Porcentaje de Quejas, Reclamaciones Por Servicio:

$$\frac{\text{Número de Quejas por servicio} \times 100}{\text{Total de Quejas recibidas por periodo}}$$

$$\frac{\text{Número de Reclamaciones por servicio} \times 100}{\text{Total de Reclamaciones recibidas por periodo}}$$



G. Acciones de mejora emprendidas o realizadas x 100 / número de sugerencias.

H. Acciones de mejora emprendidas o realizadas x 100 / número de quejas y/o reclamaciones

8.0 DISPOSICIONES FINALES

8.1 La Dirección de cada Hospital conjuntamente con el Gerente Regional de Salud velarán por el cumplimiento de la presente Directiva y su aplicabilidad es vinculante para todo Hospital que sea parte del Gobierno Regional Lambayeque.

8.2 La Oficina Gestión de la Calidad de cada Hospital, en coordinación con el Área de Imagen Institucional, o las que hagan sus veces, son los responsables de operativizar lo establecido en esta Directiva.

8.3 El Área de Imagen Institucional o la que haga sus veces, de cada Hospital, debe establecer mecanismos de difusión que permita a todos los usuarios finales y público en general sobre esta Directiva.



Diciembre 2015

FORMULARIO DE SUGERENCIAS

No Expediente SISGEDO:

No. Documento SISGEDO:

Desglosar esta parte como prueba de Sugerencia Presentada

No Expediente SISGEDO:

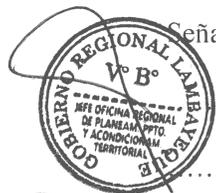
No. Documento SISGEDO:

FORMULARIO DE SUGERENCIAS

Llene el formulario con los datos indicados, manteniendo la precisión y objetividad de su sugerencia.

Nombre del Establecimiento de Salud:.....
.....

Señale lo que motiva su sugerencia:



.....
.....
.....
.....
.....



Servicio en que fue atendido:.....

DATOS DEL USUARIO O ACOMPAÑANTE (PARA CASOS DE MENORES DE EDAD O MINUSVÁLIDOS)



Nombres y Apellidos
.....

Edad: N° de D.N.I:

Dirección:

Distrito: Provincia:

Teléfono: E-mail:
(Si desea respuesta por este medio)

Fecha:...../...../.....

Ficha de Queja o Reclamo en Salud

Área/Centro donde ocurre reclamo: _____

Datos Personales del Usuario Afectado

Apellido Paterno

Apellido Materno

Nombres

Fecha de nacimiento

Genero

Nombre y apellidos del Representante (cuando reclamo es realizado por Familiar o tercero)

Masculin Femenin

Documento de Identidad

Documento de identidad (D.N.I)	Pasaporte	Código de recién nacido
--------------------------------	-----------	-------------------------

N°

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Dirección

Departamento	provincia	Distrito	calle/Av/Jirón	Urb./Coop/AA HH	N° Manz.	Lote/interior r
--------------	-----------	----------	----------------	-----------------	----------	-----------------

Datos a ser llenados por el personal del Hospital

Tipo de Aseguramiento del Usuario

Seguro de Salud

Seguro Complementario de trabajo de riesgo

Seguro Obligatorio de Accidentes Transito

No Asegurado

Tipo de Régimen (Solo si es Seguro de Salud)

Vinculo

(Solo si es seguro de Salud)

Titular

Derechohabiente

Seguro Independiente/Potestativo

RUC del empleador

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Causa del Reclamo

Código de Causa Especifica

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

N° Expediente

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

N° Documento

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Reclamo

Fecha de Ocurrencia del Evento relacionado al Reclamo

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Fecha de Reclamo

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Detalle del Reclamo

Documentos que se Adjuntan:

1.- _____

2.- _____

3.- _____

