

Revisión: 10	Código: GRGAUIg01	Responsable: Comité de quejas y reclamos.
--------------	-------------------	---

1. GENERALIDADES Y DEFINICIONES

- **Cliente:** Persona jurídica. Es toda aquella entidad, EPS, IPS, clínica, empresa, etc; que demande los servicios del Instituto Neurológico de Colombia.
- **Usuario:** Es la persona natural, afiliado o no a una EPS/IPS u otra entidad contratante.
- **Petición:** Solicitud a través de 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 copias de documentos, entre otros.
- **Queja:** Manifestación de una persona, mediante la cual expresa inconformidad con el actuar de un funcionario de la entidad.
- **Reclamo de riesgo simple:** Reclamo a través del cual los usuarios del Sector Salud dan a conocer su insatisfacción con la prestación del servicio de salud, sin que se identifique un riesgo inminente para la vida, la integridad del usuario, afectación a población vulnerable, ni cause gran impacto en el sector.
- **Reclamo de riesgo priorizado:** Reclamo que involucra algún riesgo para la integridad de las personas o que afecte a poblaciones vulnerables o causen gran impacto en el Sistema General de Seguridad Social en Salud o el Sector Salud.
- **Reclamo de Riesgo Vital:** Aquellas que involucran una situación que representa riesgo inminente para la vida o la integridad de las personas; puede tratarse de un usuario cuya condición clínica representa un riesgo vital, o que en caso de no recibir atención inmediata presenta alta probabilidad de pérdida de miembro u órgano; o que refiere presentar un dolor extremo de acuerdo con el sistema de clasificación usado; o manifiesta una condición en salud que de no recibir el servicio requerido en el corto plazo, podría presentar un rápido deterioro que pone en riesgo la integridad de la persona e incluso ocasionar la muerte.

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

- **Sugerencia:** Es una propuesta que se presenta para incidir o mejorar un proceso cuyo objeto está relacionado con la prestación de un servicio o el incumplimiento de una función específica.
- **Denuncia:** Es la puesta en conocimiento ante una autoridad competente de una conducta posiblemente irregular, para que se adelante la correspondiente investigación penal, disciplinaria, fiscal, administrativa sancionatoria o ético profesional.
- **Felicitaciones:** Es la manifestación que expresa el agrado o satisfacción con un funcionario o con el proceso que genera el servicio.

- **Anónimo:** Comunicación llegada al Instituto por algún medio que no está firmada ni presenta el nombre del responsable o responsables de su contenido.
- **Partes Interesadas:** Persona o grupo, que tiene interés en cualquier decisión o actividad de la organización, involucrado o afectado por el desempeño del Sistema de Gestión Integral de Calidad.

Los clientes y usuarios, son evaluados para conocer su grado de satisfacción a través de varios mecanismos: Encuestas de satisfacción, auditorías interna de percepción, buzón de sugerencias, llamadas de seguimiento y entrevista personalizadas.

De los resultados de estas evaluaciones, se pueden tener las diferentes fuentes de quejas y reclamos, orales, escritas, personales o a través de un miembro de la familia. Esta información es canalizada y gestionada por el comité de quejas y reclamos institucional, como se describe en este instructivo.

2. OBJETIVO

Asegurar que las peticiones, quejas, reclamos, sugerencias, felicitaciones, denuncias y tutelas reciban el manejo y tratamiento adecuado, que garantice la resolución con la inmediatez que el caso requiera y sin exceder el plazo definido en la normatividad, además de ser consideradas como fuente y oportunidad para la mejora, buscando incrementar la satisfacción de las necesidades y expectativas de los clientes, usuarios y demás partes interesadas.

3. RECURSOS

3.1 TALENTO HUMANO: Directora médica, Jefe de Calidad, Profesional de atención al usuario, Trabajador social, Coordinador de contratación y servicio al cliente, Comunicador social, GESIS, Líderes de los servicios asistenciales como apoyo en la aplicación de encuestas de satisfacción.

3.2 EQUIPOS BIOMÉDICOS U OTROS EQUIPOS: Computador, Impresora, Escáner, celular – teléfono.

3.3 MEDICAMENTOS: No aplica.

3.4 DISPOSITIVOS MÉDICOS Y/O INSUMOS: Aplicativo web para la tabulación de encuestas de satisfacción, software institucional, software entidades responsables de pago, línea atención al usuario, página Web, formatos de encuestas de satisfacción, informes de correos recibidos, comunicados de buzón, Indicadores de Satisfacción del cliente y Programa de Acompañamiento, Programa de Humanización.

4. CONDICIONES ESPECIALES

Mecanismos de recepción de los comentarios de los pacientes: Quejas, reclamos, felicitaciones, sugerencias, opiniones, observaciones. Direccionamiento de los usuarios

hacia los puntos de atención: oficinas de atención al cliente, atención al usuario, orientación al usuario y Gestión de calidad. Uso de las encuestas, de los buzones y demás medios escritos que puede utilizar el paciente para expresarse.

Las expresiones tipificadas como derechos de petición, tutelas o demandas, relacionadas con fallas en la atención de algún integrante del equipo asistencial de la institución o dificultades con la comunión y la oportunidad, deben ser informadas al Asesor Jurídico quien orientará sobre la Gestión de las mismas. No se debe dar respuesta a la misma sin el visto bueno del Director Médico, del Director Administrativo y Financiero o del Director General, de acuerdo con el caso.

5. ACTIVIDADES

Son diferentes los canales y medios que la Fundación Instituto Neurológico de Colombia, tiene dispuestos para que los usuarios y sus familias, clientes y demás partes interesadas puedan manifestar sus expresiones con respecto al proceso de atención. Todas las manifestaciones se registran en el aplicativo definido para tal fin del Neurologico o la aseguradora, son revisadas y clasificadas por el profesional delegado, quien direcciona la manifestación a los directores y líderes para su gestión, análisis y respuesta, según corresponda. Las manifestaciones clasificadas como derechos de petición, deben remitirse al área jurídica para su análisis y gestión.

5.1 Quejas derivadas de la percepción del usuario

- Cada mes se realizan encuestas de satisfacción (muestra estadística) en las dos Sedes entre los diferentes servicios, tanto ambulatorios como hospitalarios. El número asignado depende del volumen de pacientes que se atienden.
- Las manifestaciones identificadas en las encuestas de satisfacción y en los buzones, se ingresan al software institucional para su radicación, gestión y consolidación.
- Las manifestaciones negativas que sean repetitivas, son sometidas al análisis causal, teniendo en cuenta: Causas externas, causas humanas operativas y causas técnicas, mano de obra, materiales, medio ambiente, máquinas, método, medición y presupuesto (money), es decir se utiliza la herramienta de las “siete emes” (7M) establecida en Modelo de Mejoramiento institucional.
- De manera trimestral se presenta un informe de la gestión de las manifestaciones de los usuarios en el comité de PQRSF – Experiencia del paciente para su análisis. Esta información se retroalimenta en los Comités Técnicos Administrativo y Asistencial, al personal en general a través de la página Web interna y a la Asociación de usuarios.
- Se hace retroalimentación al personal implicado en una queja, para su mejora, con la participación del jefe inmediato.

- La gestión de la queja se realiza en lo posible **el mismo día que se recibe**, como lineamiento de la Dirección General, sin embargo se tienen definidos tiempos máximos de respuesta según lo establecido en la normatividad aplicable.
- La encuesta o el registro en el software, quedan como soportes de No conformidades para la carpeta de Mejoramiento Continuo Individual PAMEC, que tienen todos los empleados en la institución.

5.2 Solicitudes y quejas que se derivan de la atención a los clientes (Entidades aseguradoras, otras IPS, empresas externas etc.)

La institución dispone de un líder comercial y de contratación, quien cuenta con una línea telefónica directa, una línea celular y un buzón de correo electrónico, para hacer seguimiento a las relaciones contractuales de la Institución. Por medio de estos canales y además por el link dispuesto en la página web, los clientes (personas jurídicas) informan cuáles son sus inconformidades y solicitudes, a las que diariamente se les gestionan soluciones. Lo anterior se desarrolla de la siguiente manera:

- Inmediatamente se recibe la manifestación, se registra internamente en el software institucional o de la aseguradora y se clasifica según lo establecido.
- La solicitud es direccionada al servicio encargado de asignar la programación o de dar la solución para el servicio que se requiera.
- Se hace seguimiento a la eficacia de la respuesta ofrecida, garantizando que cada uno de ellos tenga una solución acorde con las necesidades y expectativas del cliente.
- Se retroalimenta al cliente sobre la respuesta y/o solución ofrecida, para asegurar su satisfacción.
- Mensualmente, se consolida la información sobre la gestión comercial y de contratación realizada sobre satisfacción y se pasa a la Dirección Administrativa un informe sobre los principales hallazgos para iniciar mejoramiento y fortalecer el seguimiento a los contratos, buscando hacerlos más conformes con las expectativas de los clientes. En el comité de contratación, se presenta el informe y las manifestaciones recibidas, con el fin de analizar sus causas y generar estrategias contractuales que permitan ajustar los procesos de atención a las necesidades del cliente y de su afiliado.

ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	REGISTRO
Manifestación en plataforma lunes a viernes.	Verificar plataforma en la mañana y al medio día, direccionar al servicio para programar.	Cada servicio. SIAU Atención al usuario. Central de Ordenes.	Contactar el paciente y responder la manifestación en la misma plataforma.

Manifestación en plataforma sábado, domingo y festivos.	Verificar plataforma en la mañana y al medio día y direccionar a admisiones de imágenes para programar.	Personal administrativo Neurofisiología. Personal Admisiones Imágenes.	Contactar el paciente y responder la manifestación en la misma plataforma.
Manifestación vía correo electrónico Supersalud. De lunes viernes.	Direccionar al jefe y la secretaria del servicio para la respuesta. Asunto del correo: Queja Supersalud.	Jefe del servicio y secretaria.	Contactar el paciente y responder el correo al remitente de la EAPB. (Aseguradora).
Manifestación vía correo electrónico Supersalud, sábado domingos y festivos.	Direccionar al servicio de Neurofisiología y admisiones imágenes. Asunto del correo: Queja Supersalud.	Personal administrativo neurofisiología Personal Admisiones Imágenes.	Contactar el paciente y responder el correo al remitente de la EAPB. (Aseguradora).
Manifestación vía WhatsApp Tutela caso especial lunes a viernes	Direccionar al jefe y la secretaria del servicio para la respuesta.	Jefe del servicio y secretaria.	Contactar el paciente y responder al WhatsApp del remitente.
Manifestación vía correo Tutela caso especial lunes a viernes	Direccionar al jefe y la secretaria del servicio para la respuesta. Asunto del correo: Caso especial o Tutela.	Jefe del servicio y secretaria.	Contactar el paciente y responder el correo al remitente de la EAPB. (Aseguradora).

Se debe tener en cuenta las siguientes consideraciones para el seguimiento:

- Capacitar y mantener el personal actualizado en el manejo de las plataformas, personal administrativo neurofisiología, admisiones resonancia y Apartado a cargo del jefe de área atención al usuario.
- Los viernes deben quedar solucionadas todas las manifestaciones de Supersalud en plataformas de las aseguradoras, Almera y correos.
- Reportar al área de Neurofisiología e Imágenes espacios disponibles de los servicios para programar en fin de semana.

- Garantizar el contacto con el paciente y responder con fecha, hora y persona con quien se entablo la comunicación (Paciente o Familiar). Si no se logra el contacto se debe responder con la acción realizada reportando los teléfonos donde se llamó con hora y fecha.
- La persona encargada de la oficina de atención al usuario debe hacer seguimiento al trabajo realizado durante el fin de semana y retroalimentar las áreas con las novedades.
- La persona encargada de la oficina de atención al usuario debe consolidar la información y presentar informes de manera mensual.

5.3 Quejas que involucran los Gases Medicinales

Una queja o un reclamo relacionado con los gases medicinales (oxígeno, aire medicinal), se recibe por cualquiera de los medios establecidos, de manera oral o escrita: Encuesta, carta, correo electrónico, buzón y/o comentario personal. Esta se ingresa igualmente al sistema de información, que para este fin específico se dispone en el Neurológico; se realiza gestión y análisis causal como a las quejas de otras naturalezas, pero **es importante** tener en cuenta que éstas deben ser **direccionadas al personal de gases** (Director técnico o jefe de control de calidad- Servicio Farmacéutico), a través de un correo o comunicación por medio físico o electrónico, buscando obtener la participación directa de ellos, en la gestión y respuesta oportuna.

Cualquiera de las personas autorizadas en el Neurológico para recibir las quejas de manera oficial (Trabajadores Sociales, Coordinadores de Orientación al Usuario y Atención al Cliente o Jefe del Sistema Integrado de Gestión, es decir, el Comité de Quejas y Reclamos), inmediatamente debe revisarla, registrarla y comunicarse con el Director Técnico o al Jefe de Control de Calidad de gases medicinales, para iniciar la correspondiente gestión. **Siempre se debe tener en cuenta** que el Jefe de Control de Calidad, debe participar activamente en el estudio, análisis y resolución de la misma. Se debe definir si la queja **es procedente o no procedente**; en caso tal de que no sea procedente, se envía una respuesta al líder de Comité de Quejas y Reclamos, en un tiempo no superior a dos (2) días y posteriormente al usuario, sin sobrepasar una semana para tal gestión. En el caso de que la queja sea procedente, es decir, si se descubre un defecto en un lote o se sospecha que una falla puede existir, se debe tener en cuenta si otros lotes también han sido afectados por dicho defecto, para su control, al menos dos lotes antes y dos lotes después y de ser necesario, **activar programa de Farmacovigilancia**. Se deben dejar documentadas todas las acciones realizadas, desde que la queja es recibida, hasta que se da una respuesta de la misma, por escrito, o de manera personal si está presente el usuario. La respuesta escrita generalmente se envía por correo electrónico; de no tener este medio, se procede con el envío de la respuesta escrita por correo certificado.

Si las medidas tomadas, como consecuencia de la queja recibida, requieren la notificación al INVIMA, esta se hará mediante el formato “LISTA DE VERIFICACIÓN DE

NOTIFICACIÓN DE CAMBIO DE LAS CONDICIONES CERTIFICADAS Y NOTIFICACIÓN DE PROVEEDOR / IMPORTADOR DE PRINCIPIOS ACTIVOS POR LA DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS BIOLÓGICOS DEL INVIMA”

Toda la documentación referente a las quejas y reclamos, debe estar debidamente archivada ya sea en medio magnético o en medio físico y los responsables de ésta, son los miembros del comité de Quejas y reclamos.

5.4 Quejas que involucran al Centro de Investigaciones Clínicas

Una queja o un reclamo relacionado con el centro de investigaciones clínicas, se recibe por cualquiera de los medios establecidos, de manera oral o escrita: Encuesta, carta, correo electrónico, buzón y/o comentario personal. Estas manifestaciones se ingresan igualmente al software institucional y se direccionan al jefe de investigación, centro de investigación y docencia para su análisis y gestión pertinente, para lo cual debe tenerse en cuenta el protocolo de investigación que esté relacionado con la queja o reclamo. Estas manifestaciones deben ser gestionadas en un término no superior a 8 días.

5.5 Percepción recibida a través de los diferentes canales de comunicación con el cliente-usuario

A nivel general los usuarios, sus familias y demás partes interesadas, pueden presentar sus manifestaciones por los siguientes medios: presencial, telefónica o en medio físico, en la oficina de orientación al usuario, por medio de los buzones o de manera virtual a través del correo electrónico, redes sociales o el link de la página web. A todos se les da el mismo trámite, descrito en el ítem de actividades.

Se dispone de buzones con acceso libre en los diferentes servicios de todas las Sedes, para que los usuarios realicen comunicación libre, no dirigida, de sus comentarios, inquietudes, sugerencias, quejas, entre otros, los cuales se abren periódicamente, con la participación de un representante de la Alianza de usuarios de la Institución, para ser gestionados de la misma forma que los comentarios recibidos a través de las encuestas de satisfacción, tanto ambulatoria como hospitalaria. En ambas sedes los buzones se abren de manera semanal. En la apertura de los buzones debe estar presente el responsable de atención al usuario de cada sede y un representante de la Alianza de usuarios. En caso de que este último no pueda hacerse presente con la periodicidad definida, la apertura se puede hacer en presencia de un usuario que esté en este momento en la institución y pueda servir como testigo. De cada apertura de buzón se deja un registro indicando la fecha, la hora, los participantes, la ubicación del buzón y el total de expresiones identificadas.

La oficina de comunicaciones recibe por la opción contáctenos de la página web, las solicitudes y comentarios de las personas que en la mayoría de los casos encuentran dificultad para acceder a los servicios. Toda ésta información, se clasifica según el asunto descrito en el mensaje: queja, reclamo, observación, sugerencia, felicitación o solicitud

de cita (se clasifica según la especialidad), además de solicitudes relacionadas con información del Instituto como tarifas, horarios, entre otros.

La respuesta que la Oficina de Comunicaciones ofrece a los correos son:

- Las solicitudes de citas son remitidas al área responsable de la asignación
- Las quejas o reclamos, se ingresan al software institucional, se les da el trámite requerido y se procede a enviar respuesta específica al usuario mediante correo electrónico, cuando está indicado.
- Los demás comentarios, son aprovechados y analizados desde la oficina de comunicaciones para identificar oportunidades de mejora, dirigidas al fortalecimiento del Modelo de Atención y de la imagen institucional.

Con respecto al Facebook, la respuesta siempre es inmediata. En caso de tener la información requerida se brinda en el mismo momento; en caso de ser una queja, se sigue el procedimiento establecido y para dar respuesta al usuario, se pide por Inbox (mensaje interno del Facebook) el correo personal o si es el caso teléfonos de contacto para lograr una comunicación más directa con el usuario.

5.6 Términos para resolver las PQRSDF

Con la finalidad de erradicar las barreras que puedan presentarse para acceder a los servicios de salud y prevenir la materialización de perjuicios irremediables para los usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud y en general del sector salud, y siguiendo los lineamientos de la normatividad actual, se indica que estas deberán ser resueltas con la inmediatez que el caso requiera sin exceder un plazo máximo de 5 días siempre que no hayan factores que requieran solución inmediata y 2 días en los casos que la PQR sea marcada como riesgo vital y requiera una solución inmediata.

Peticiones generales: es decir aquellas que contienen solicitudes de información y/o 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 artículo 20 de la Ley 1437 de 2011, sustituido por el artículo 1 de la Ley 1755 de 2015, se resolverán de conformidad con los términos de la citada Ley:

- Peticiones generales: 15 días
- 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.

- Reclamos de riesgo vital: Estos reclamos en salud deberán ser resueltos de manera inmediata y en todo caso no podrán superar el término máximo de veinticuatro **(24) horas**.
- Reclamos de riesgo simple: Los reclamos de riesgo simple en salud presentados directamente por los usuarios o a través de un tercero ante la entidad responsable o ante esta Superintendencia y trasladado al vigilado, se deben resolver de fondo en un término máximo de setenta y dos **(72) horas** a partir de la fecha de radicación. Cada petición particular debe ser evaluada y valorada según las particularidades del caso y las condiciones del paciente, de manera que siempre se respete el 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 setenta y dos (72) horas para resolver las PQR debe entenderse como plazo máximo otorgado siempre que no haya factores que requieran solución inmediata.
- Reclamos de riesgo priorizado: Estos reclamos en salud deberán ser resueltos con la inmediatez que la situación del paciente requiera y, en todo caso no podrán superar el término máximo de cuarenta y ocho **(48) horas**.
- PQR anónima: Las PQR en la cual se desconozca la información sobre el destinatario o solicitante, se fijará la respuesta en la página Web de la institución y en la cartelera de la oficina de orientación al usuario.

El no cumplimiento de las disposiciones de la Supersalud en materia de resolver los reclamos en salud tiene sanciones de *“conformidad con lo establecido en los artículos 130 y 131 de la Ley 1438 de 2011, modificados por los artículos 2 y 3 de la Ley 1949 de 2019, la inobservancia e incumplimiento de las instrucciones impartidas en esta circular, dará lugar a la imposición de sanciones por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, previo agotamiento del debido proceso administrativo. Esto sin perjuicio de las demás responsabilidades disciplinarias, fiscales, penales o civiles que puedan derivarse y las sanciones que puedan imponer otras autoridades judiciales y/o administrativas en particular por la atención de peticiones.”*

6.7 Objeciones del personal del Neurológico con respecto a los pacientes

Si se presentan situaciones con pacientes que ameriten una queja originada por el médico, por la enfermera o por cualquier otro empleado, sobre la forma como el usuario se comporta, o por la manera como trata a quien lo está atendiendo, entre otras situaciones, la Institución ha dispuesto aprovechar estas oportunidades para evaluarlas en conjunto con el paciente, el cumplimiento de sus deberes como usuario, para esto, se ha diseñado el formato **GRGAUF01 Seguimiento al cumplimiento de los deberes y derechos de los usuarios**. El empleado que vive la situación, registra el incumplimiento

y pasa a la oficina de Atención al Cliente el registro, de tal manera que se inicie su gestión, además de hacer la correspondiente retroalimentación a la aseguradora.

7. RECOMENDACIONES PARA EL ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD

- Escuchar atentamente a los clientes, usuarios y sus familias y realizar los registros correspondientes a peticiones, quejas, reclamos, felicitaciones, sugerencias u otros comentarios.
- Ofrecer respuesta oportuna a los usuarios, respecto a las quejas o situaciones críticas.
- Recolectar y registrar toda la información recibida respecto a los niveles de percepción de clientes y usuarios, como insumo para la mejora continua.
- Recoger las comunicaciones dejadas por los usuarios en los buzones, tal como lo tiene indicado la Institución
- Utilizar los registros establecidos para integrar la información proveniente de la percepción del usuario y de su familia.
- Informar al Asesor Jurídico del Neurológico, sobre quejas graves, en las cuales se vea implicado un empleado y que puedan dar lugar a una demanda.
- Hacer el análisis correspondiente, de las situaciones críticas, utilizando el análisis causal de las siete EMES-Espina de pescado.
- Participar a los implicados en situaciones críticas, de la generación de las acciones y planes de mejora
- Resolver las quejas y reclamos lo más pronto que se pueda en los términos indicados en la normatividad vigente) y solicitar el visto bueno del Director correspondiente, de acuerdo con el objeto de la queja, para dar la respuesta.
- No dilatar situaciones y cumplir al usuario con las acciones correctivas y / o correcciones derivadas.
- Difundir los resultados de la gestión de las quejas y reclamos a las diferentes partes interesadas.
- Hacer seguimiento de los niveles de satisfacción de los usuarios en ambas sedes.
- Conocer los derechos y deberes de los usuarios, comunicarlos desde el ingreso y verificar su reconocimiento y cumplimiento respectivamente.
- No desconocer situaciones de insatisfacción del paciente, por pequeñas que parezcan.
- Involucrar a todo el personal en la satisfacción de las necesidades y expectativas de los usuarios, clientes y familias, acordes con sus requisitos, a través de Educación continuada para todos los niveles organizacionales.
- Realizar la gestión de las quejas oportunamente y comunicar a las estancias pertinentes aspectos críticos de manera oportuna, en especial, cuando ponen en riesgo tanto al paciente como a la institución.
- Realizar seguimiento sistemático a la gestión de las manifestaciones y presentarlo en las instancias pertinentes para la oportuna toma de decisiones.