



RESOLUCION DIRECTORAL

Comas 29 DEC 2017

Visto, el Expediente Nº017506-2017-HSEB;

CONSIDERANDO:

Que, los numerales I y II del Título Preliminar de la Ley Nº26842, Ley General de Salud, señalan que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, por lo que la protección de la salud es de interés público, siendo responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla;

Que, el artículo VI del Título preliminar de la Ley Nº 26842, Ley General de Salud, establece, que es responsabilidad del estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad. Es irrenunciable la responsabilidad del Estado en la provisión de servicios de salud pública. El estado interviene en la provisión de servicios de atención médica con arreglo a principios de equidad;

Que, mediante el Decreto Supremo Nº027-2015-SA se aprueba Reglamento de la Ley Nº29414, Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud, precisando el alcance de los derechos al acceso a la atención integral de la salud que comprende promoción, prevención, tratamiento, recuperación y rehabilitación; así como, al acceso a la información y consentimiento informado;

Que, de conformidad con el inciso b) del Artículo 37º del Reglamento Establecimientos de Salud, aprobado mediante Decreto Supremo Nº013-2006-SA, el Director Médico de los Establecimientos de salud debe asegurar la calidad de los servicios prestados, a través de la implementación y funcionamiento de sistemas para el mejoramiento continuo de la calidad de atención y la estandarización de los procedimientos de la atención en salud;

Que, con la Resolución Ministerial Nº519-2006/MINSA, de fecha del 30 de mayo del 2006 se aprobó el Documento Técnico: Sistema de Gestión de la Calidad en Salud, cuyo objetivo es establecer los principios, normas, metodologías y procesos para la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud, orientado a obtener resultados para la mejora de la calidad de atención en los servicios de salud;

Que, mediante Ley Nº27815, Ley del Código de Ética de la Función Pública y RM Nº1216-2003-SA/DM Directiva Nº027-MINSA-V.01 Normas que Regula el procedimiento de Atención y Trámite de quejas, Sugerencias, Consultas e Interposiciones de Buenos Oficios en la Oficina de Transparencia y Defensoría de Salud, y el Decreto Supremo Nº042-2011-PCM, que establece la obligación de las Entidades del Sector Público de contar con un Libro de Reclamaciones, cuya finalidad es establecer un mecanismo de participación ciudadana para lograr la eficiencia del Estado y salvaguardar los derechos de los usuarios frente a la atención en los trámites y servicios que brindan;

Que, mediante Nota Informativa Nº0114-OGC-HNSEB-2017, de fecha 12 de diciembre de 2017, la Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad, adjunta el proyecto de la "Directiva Administrativa que Norma las Acciones de Información/Comunicación por el Personal de los Departamentos y Servicios a Familiares o Representante Legal de los Usuarios del Hospital Sergio E. Bernales";



Que, con Informe N°0114-2017-OEPE-HSEB, de fecha 20 de diciembre del 2017, del Director Ejecutivo de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico e Informe N°063-ETORG-OEPE-HSEB-2017, de fecha 20 de diciembre 2017, de la Coordinadora del Equipo de Trabajo de Organización, informa que la mencionada Directiva Administrativa ha sido elaborada y cumple con la estructura establecida en la Resolución Ministerial N°850-2016/MINSA, recomendando su aprobación mediante acto resolutivo;

Con el visto bueno del Director Adjunto, del Director Ejecutivo de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, de la Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad y del Jefe de la Oficina de Asesoría del Hospital Sergio E. Bernales; y, de conformidad con las facultades conferidas en el Artículo 11° del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Sergio E. Bernales, aprobado mediante Resolución Ministerial N°795-2003-SA/DM, Resolución Ministerial N°512-2004-MINSA, Resolución Ministerial N°343-2007-MINSA y Resolución Ministerial N°124-2008-SA/MINSA.



SE RESUELVE:

Artículo 1°. - Aprobar la **DIRECTIVA ADMINISTRATIVA QUE NORMA LAS ACCIONES DE INFORMACIÓN /COMUNICACIÓN POR EL PERSONAL DE LOS DEPARTAMENTOS Y SERVICIOS A FAMILIARES O REPRESENTANTE LEGAL DE LOS USUARIOS DEL HOSPITAL SERGIO E. BERNALES**, que en anexo forma parte de la presente resolución.



Artículo 2°.- Disponer que la Oficina de comunicaciones publique la presente Resolución Directoral y el correspondiente documento en el Portal de internet del Hospital Sergio [E. Bernales.



Regístrese, comuníquese y publíquese,



MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES

Mag. JULIO ANTONIO SILVA RAMOS
DIRECTOR GENERAL
C.M.P. 19073

- JASR/JMNC/MNH/EPVC/JZB/jz
Distribución:
() Dirección General
() Dirección Adjunta
() Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico
() Oficina de Gestión de la Calidad
() Oficina de Asesoría Jurídica
() Oficina de Comunicaciones
() Archivo Central





**Directiva Administrativa que Norma las
Acciones de Información/Comunicación por
el Personal de los Departamentos y Servicios
a Familiares o Representante Legal de los
Usuarios del Hospital Nacional Sergio E.
Bernales.**



Directiva Administrativa que Norma las Acciones de Información/Comunicación
por el Personal de los Departamentos y Servicios a Familiares o Representante
Legal de los Usuarios del
Hospital Nacional Sergio E. Bernales.

I. FINALIDAD

- Establecer normas o disposiciones administrativas, que oriente al personal de los departamentos y servicios del HNSEB, en las acciones de información a los usuarios, familiar y/o representante legal de ésta, respecto al proceso y manejo de la atención de su salud, en los actos efectuados y programados; así como informes de los servicios, áreas internas de trabajo, atención de rutina y/o tratamiento especializado.
- Cumplir con el derecho de información al usuario, en forma adecuada, oportuna, y confidencial durante el periodo de permanencia en las instalaciones de los departamentos y servicios, así como de comunicación a través de la implementación de los mecanismos de Gestión de Quejas, Sugerencias y Reclamaciones de Atención al Usuario en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales

II. OBJETIVOS

- 2.1. Normar las acciones de información y confidencialidad por el personal de los Departamentos y Servicios a familiares o representante legal de los usuarios hospitalizados y emergencia.
- 2.2. Mejorar el proceso de atención en los departamentos y servicios, absolviendo de oficio y/o al requerimiento, las inquietudes e interrogantes del usuario, familiar o representante legal, acerca de la atención hospitalaria de su salud.
- 2.3. Asegurar la implementación de mecanismos de comunicación que permitan recoger sugerencias, quejas, y reclamos de los usuarios; así como verificar la permanente evaluación y solución de los mismos.
- 2.4. Fortalecer la imagen institucional, incorporando mecanismos de interrelación personal entre usuarios, familiar o representante legal con el

personal responsable, para coincidir en aspectos técnicos y administrativos que apoyen su pronta recuperación.

- 2.5. Disminuir la insatisfacción del usuario, mejorando la calidad de atención administrativa y asistencial.

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN

La presente directiva administrativa es de aplicación y cumplimiento obligatorio por todo el personal nombrado y/o contratado asignado a los Departamentos y Servicios del HNSEB, en lo que corresponde a sus competencias técnicas y administrativas.

IV. BASE LEGAL

- Ley N° 26842, "Ley General de Salud", Artículos 4ª, 5ª, 25ª, 27ª.
- D.S. 1161-2013 SA, "Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud".
- Ley N° 27815, "Ley del Código de Ética de la Función Pública"
- Ley N° 27927, que modifica la Ley N° 27806 - Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública.
- Ley 29414 Establece los Derechos de la personas usuarias en los establecimientos de salud.
- El TUO de la Ley N° 27444. Ley de Procedimiento Administrativo General aprobado por el D.S. N° 006-2017-JUS, Artículo 116° establece que "Cualquier administrado con capacidad jurídica tiene derecho a presentarse personalmente o hacerse representar ante la autoridad administrativa, para solicitar por escrito la satisfacción de su interés legítimo, obtener la declaración, el reconocimiento u otorgamiento de un derecho, la constancia de un hecho, ejercer una facultad o formular legítima oposición".
 - o CONCORDANCIAS: D.S. N° 042-2011-PCM (Obligación de las Entidades del Sector Público de contar con un Libro de Reclamaciones)
- Decreto Legislativo N° 276 Ley de Bases de la carrera Administrativa, art. 25.º que establece responsabilidad civil, penal y administrativa en el cumplimiento en las normas legales y administrativas en el ejercicio del servicio público.
- Decreto Supremo N° 042-2011-PCM, se establece la obligación de las Entidades del Sector Público de contar con un Libro de Reclamaciones.
- Decreto Supremo N° 030-2016-SA, Reglamento para la atención de reclamos y quejas de los usuarios de las IPRESS.

- RM N°727-2009/MINSA se aprueba el Documento Técnico "Política Nacional de Calidad en Salud"
- RM N° 676-2006, que aprueba el Documento Técnico "Plan Nacional para la Seguridad del Paciente 2006-2008".
- RM N° 850-2016/MINSA, establece "Normas para la formulación de los documentos normativos".
- RM 519-2006/MINSA SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD EN SALUD.
- RM N° 596-2007 aprueban el "Plan Nacional del Sistema de Gestión de la Calidad".
- RM N° 640-2006/MINSA, Aprobar el Manual para la Mejora Continua de la Calidad".
- R.M. N° 795-2003- SA/DM, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Sergio E. Bernales
- RD N° 244-2012-DG-HNSEB, aprueba el Manual de Organización y Funciones de la Oficina de Gestión de la Calidad del Hospital nacional Sergio E. Bernales

V. DEFINICION DE TERMINOS:

- **INFORMACION.-** Es el conjunto de datos sobre un suceso o fenómeno particular que al ser ordenados en un contexto sirven para disminuir la incertidumbre y aumentar el conocimiento sobre un tema específico.
- **INFORMACIÓN CLÍNICA.-** Es todo dato, cualquiera que sea su forma, clase o tipo, que permite adquirir o ampliar conocimientos sobre el estado físico y la salud de una persona, o la forma de preservarla, cuidarla, mejorarla o recuperarla.
 - La información, se proporcionará verbalmente dejando constancia en la historia clínica, comprende, como mínimo, la finalidad y la naturaleza de cada intervención, sus riesgos y sus consecuencias explicando de manera adecuada y con lenguaje entendible para el paciente, cuál es la enfermedad y las alternativas diagnósticas, si las hay. Señala los exámenes que podrían ser necesarios para complementar este diagnóstico y qué base tienen. Explica el tratamiento y las posibles alternativas, si fuese necesario y, finalmente, los posibles resultados y pronóstico. Todo esto es aplicable a cada enfermo y a cada enfermedad. Debe ser una auténtica comunicación, un diálogo entre dos personas. La

información puede ser simple y solamente oral o bien agregar un documento frente a situaciones más complejas, intervenciones quirúrgicas o trabajos de investigación, pero la explicación oral siempre debe existir. De este modo, por parte del paciente existirán la posibilidad y derecho, como persona autónoma, a consentir, para lo cual debe basarse en una información suficiente.

- **PACIENTE.**- Es la persona que requiere asistencia sanitaria y está sometida a cuidados profesionales para el mantenimiento o recuperación de su salud.
- **COMUNICACIÓN.**- Es el intercambio de mensajes entre los individuos, en ideas y conceptos por medio del lenguaje en el que se da a conocer historias, experiencias mediante un proceso del emisor y receptor.

La comunicación en salud se concibe como un proceso estratégico para optimizar las acciones encaminadas a lograr una utilización racional de la oferta de servicios de salud, mejorar la eficiencia y efectividad de los programas dirigidos a la prevención de la enfermedad y promoción de la salud.

- **PROCESO DE ATENCION MEDICA.**- Es el conjunto de intervenciones o procedimientos realizados, o mandados a realizar, por el médico para cuidar a los pacientes y subsanar sus problemas de salud. Un proceso de atención debe centrarse en el paciente, y dar respuestas efectivas a las necesidades, valores y preferencias de los pacientes.
- **CONFIDENCIALIDAD.**- Se denomina al derecho del paciente a que todos aquellos que lleguen a conocer datos relacionados con su persona, por su participación directa o indirecta en las funciones propias de las instituciones sanitarias, respeten su intimidad y cumplan con el deber de secreto. La salvaguarda de la confidencialidad es un deber de la institución, responsable de garantizar la protección de los datos frente a un mal uso o acceso injustificado a los mismos.
- Fundamentos de la confidencialidad y sus límites:



- Respeto a la autonomía de la persona.
- Cumplimiento del pacto implícito en la relación clínica.
- Confianza social en la reserva de la profesión médica.
- *La lealtad* debida al paciente.

- **MÉDICO RESPONSABLE.-** El profesional que tiene a su cargo coordinar la información y la asistencia sanitaria del paciente o del usuario, con el carácter de interlocutor principal del mismo en todo lo referente a su atención e información durante el proceso asistencial, sin perjuicio de las obligaciones de otros profesionales que participan en las actuaciones asistenciales.

- **MECANISMOS DE GESTIÓN DE QUEJAS Y SUGERENCIAS.-** Es el conjunto de operaciones asistenciales y/o administrativas entrelazadas, encargadas de obtener, canalizar, analizar y solucionar las quejas o sugerencias presentadas por los usuarios.

- **QUEJA.-** Es toda manifestación de inconformidad realizada por el usuario sobre los servicios del establecimiento de salud, puede ser expresada verbal ó por escrito, ante el causante de la inconformidad ó ante una instancia superior.

- **SUGERENCIA.-** Es todo aporte o iniciativa formulada por los usuarios ó público en general ya sea en forma individual o colectiva tendientes a mejorar algún proceso o atención en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales a través del buzón de sugerencias.

- **RECLAMO.-** Expresión de insatisfacción o disconformidad del usuario respecto de un servicio de atención brindado por la entidad pública, diferente a la Queja por Defecto de tramitación, contemplada en la Ley N° 27444.

- **LIBRO DE RECLAMACIONES.-** Es un documento oficial que debe contar las entidades del Sector Público **DS N° 042-2011-PCM**, cuya finalidad es establecer un mecanismo de participación ciudadana para lograr la eficiencia del Estado y salvaguardar los derechos de los usuarios frente a la atención en los trámites y servicios que brindan.

- **BUZON DE SUGERENCIAS.**- Es una de las herramientas más importantes en la gestión de la Comunicación Interna, y vehículo para garantizar la comunicación y el sistema de calidad en una empresa.
- Este canal debe precisar el tipo de sugerencias que se atenderán. Lo más común es aceptar quejas, sugerencias, felicitaciones, propuestas, mejoras de producto, o de procesos.
- **VÍA DE CANALIZACIÓN DE QUEJAS/SUGERENCIAS y RECLAMACIONES.**- Son las instancias que el Hospital determina para la recepción de quejas/sugerencias y reclamaciones de los usuarios y que las canalizan hacia la Oficina de Gestión de la Calidad. Pueden ser:
 - El Jefe o responsable del Departamento, Servicio, Oficina.
 - El servicio de vigilancia.
 - El buzón de quejas y sugerencias.
 - El módulo de información al paciente.
 - Oficina de Gestión de la Calidad.
- **COMITÉ DE AUDITORIA.**- Es el órgano constituido en el hospital dependiente de la Dirección General, encargado de realizar auditorías a solicitud de la Dirección General HNSEB. Deberá emitir, al cabo de su actividad, el informe final de auditoría a la Dirección General con copia a la Oficina de Gestión de la Calidad. Su funcionamiento estará garantizado por la Oficina de gestión de la calidad.
- **SECRETARIO TECNICO DE LOS ORGANOS INSTRUCTORES DEL PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO.**- Es el órgano dependiente de la Dirección General que convoca a fin de realizar procesos de investigación administrativa.
- **USUARIO.**- Con relación a los mecanismos de Gestión de Reclamos/ Sugerencias, el usuario es la persona natural, sujeto de derecho, que hace uso de los recursos de los servicios de salud. Dependiendo del papel que cumple en el proceso de atención en salud, el usuario puede ser externo o interno.
 - El **usuario externo** es el que acude al hospital y que demanda algún servicio.

- El **usuario interno** es el que pertenece al Hospital y en su nombre, provee un servicio de salud demandado, a cambio de cuya prestación recibirá los reconocimientos pertinentes por parte del hospital.
- **COMITÉ INTERNO DE RECLAMOS Y SUGERENCIAS:** Es el constituido en cada servicio, departamento u oficina, encargado de canalizar las sugerencias y de la gestión de las quejas tipo 0, 1,2,3. Su funcionamiento está garantizado por la Oficina de Gestión de la Calidad. Su trabajo se basa en los siguientes principios:
 - Prevención
 - Protección
 - Inmediación
 - Celeridad
 - Eficacia
 - Confidencialidad
 - Honradez
 - Confiabilidad
 - Respeto por los Derechos Humanos Respeto a la vida y la salud.

Son funciones del Comité Interno UPS:

1. Recibir todos los reclamos de los usuarios del Hospital, ya sea que provengan de la Oficina de Gestión de la Calidad, o que provengan de la Dirección General.
2. Verificar si el reclamo a tratar viene acompañada de solicitud de auditoría.
3. Dar solución al reclamo por propia autoridad en el caso que le competa o por autoridad delegada de la Dirección General.
4. Informar la solución del reclamo a la Oficina de Gestión de la Calidad donde quedara registrada.

Su composición contemplará un mínimo de 03 personas donde no deberá faltar ninguno de los siguientes integrantes:

- Un representante del Departamento aludido por la queja ó sugerencia.
- Un representante del servicio aludido.
- Un representante de la Oficina de gestión de la Calidad.

5. Para la apertura, conteo, lectura y análisis de la información encontrada en el Buzón de Sugerencias, cada Dpto/Serv/Of deberá tener en consideración lo siguiente:
- o La apertura del Buzón de Sugerencias, se realizará dentro de los 05 primeros días del mes, sujeto a un cronograma por día y hora por cada Dpto/Serv/Of.
 - o Se procederá al conteo de los formatos hallados.
 - o Deberá llenarse el formato de Informe de lo encontrado según modelo que se adjunta.
 - o Se plasmará lo actuado en el Acta según modelo adjunto.

VI. DISPOSICIONES GENERALES EN LA INFORMACION/COMUNICACIÓN A LOS USUARIOS, FAMILIAR O SU REPRESENTANTE LEGAL, EN LOS DEPARTAMENTOS Y SERVICIOS DEL HNSEB.

- 6.1 Los Jefes de los Departamentos, tienen la responsabilidad de elaborar las disposiciones administrativas, gestionar su aprobación, publicar y/o difundirlas a través de los jefes de servicio del departamento para su cumplimiento.
- 6.2 Toda etapa, proceso o procedimiento de atención de salud de los usuarios, será informado respectivamente según área y profesional de turno.
- 6.3 La información sobre el estado de salud, evolución y tratamiento de los usuarios hospitalizados, se realizará de manera clara, precisa, oportuna y continuada, mientras dure su estancia en la modalidad de internamiento en el departamento.
- 6.4 Todo usuario hospitalizado en los departamentos y servicios, tiene derecho a recibir información, asimismo su familiar responsable de esta y/o su representante legal, la cual estará bajo responsabilidad del profesional tratante o que realiza la atención (ley 29414 art. 15.).
- 6.5 Todos los departamentos y servicios de hospitalización, consulta externa y emergencia tienen la responsabilidad de asegurar la implementación de los mecanismos de Comunicación para la Gestión de Sugerencias y Reclamaciones de Atención al Usuario en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales.

VII. DISPOSICIONES ESPECÍFICAS PARA LA INFORMACION/COMUNICACIÓN A USUARIOS, FAMILIAR Y REPRESENTANTE LEGAL ACERCA DE LA ATENCION EN EL DEPARTAMENTO O SERVICIO.

7.1. DE LOS INVOLUCRADOS Y SUS COMPETENCIAS EN LA INFORMACIÓN /COMUNICACIÓN

A) DEL PERSONAL ASISTENCIAL

7.1.1 El médico tratante y/o médico jefe del servicio de hospitalización, es el responsable de informar, luego de una jornada de atención brindada, acerca del proceso de enfermedad: diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento, así como los riesgos, contraindicaciones, precauciones y advertencias de las intervenciones, tratamientos y medicamentos.

7.1.2 La responsabilidad de informar a los usuarios sobre el estado de su salud, evolución y demás implicancias del proceso de atención, es confidencial y será conforme a lo siguiente:

- a) **En Emergencia y Cuidados Críticos**, por el médico de turno en la Guardia diurna o nocturna.
- b) **En Hospitalización del Departamento Medicina**, por el Médico de turno que pasó visita médica.
- c) **En Hospitalización del Departamento de Cirugía y Servicios**, por el médico de turno que pasó visita médica.
- d) **En Hospitalización del Departamento de Pediatría y Neonatología**, por el médico de turno que pasa la visita médica y/o médico de Guardia diurna o nocturna.
- e) **En Hospitalización del Departamento de Gineco Obstetricia, Centro Obstétrico, y las Intervenciones Quirúrgicas Gineco - obstétricas**, es el médico asistente que realizó el acto quirúrgico y/o medico de turno que pasa la visita médica.

B) DEL PERSONAL ADMINISTRATIVO

7.1.3 Las secretarías y técnicos administrativos de apoyo a la gestión de los departamentos y servicios, participaran en la información al usuario y/o familiar responsable de esta, en forma directa e indirecta:

- a) **Directa:** Cuando por alguna razón requiera conocer acerca de los turnos de trabajo del personal, asistencia del personal, servicios, áreas y/o normas de atención.
- b) **Indirecta:** Cuando participa en coordinar, colocar y/o actualizar información de los murales o paneles de información usuario (familiar, público visitante).

7.2 DE LOS HORARIOS Y LUGARES DE INFORMACION /COMUNICACIÓN DE LA SALUD Y TRATAMIENTO DE PACIENTES HOSPITALIZADOS.

7.2.1. La información al familiar responsable del usuario, o representante legal, sobre el estado de salud, diagnóstico, tratamiento, pronóstico y otros acerca de la atención brindada a los usuarios hospitalizados, se dará acorde a lo siguiente:

El responsable del usuario o representante, que recibe la información, deberá firmar, como constancia de información en la Historia Clínica.

a) En Pabellón de Gineco-Obstetricia:

- Por el **Ambiente de Psicoprofilaxis** de 11:00 a.m. a 13:00 hrs., donde los familiares esperaran a ser llamados por la puerta de Psicoprofilaxis, para recibir información del médico tratante.

El Servicio de Ginecología:

- En la **Estación de enfermería** de 11:00 a.m. a 13:00 hrs., cuya información, será por parte del médico que pasa visita a las usuarias hospitalizadas.

b) En el Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos:

- En la Jefatura del Jefe de Guardia de 11:00 a.m. a 13:00 horas., cuya información, será por parte del médico que pasa visita a los usuarios hospitalizados.
- Dicha información se brindará en el horario sugerido y estará a cargo del médico tratante en coordinación con la enfermera programada para el área.
- Si el paciente se encuentra en UCI, UCIN, Trauma Shock y Observación la información se brindara además en el turno tarde.

c) **En el Departamento de Medicina**

- En la Estación de Enfermería de 11:00 a.m. a 13:00 hrs. cuya información, será por parte del médico que pasa visita a los usuarios hospitalizados.
- Dicha información se brindará en el horario sugerido y estará a cargo del médico tratante en coordinación con la enfermera programada para el área.
- Si el paciente se encuentra en Cuidados Intermedios la información se brindara además en horario de tarde.

d) **En el Departamento de Pediatría / Neonatología**

- En la **Estación de Enfermería** de 11:00 a.m. a 13:00 hrs., cuya información, será por parte del médico que pasa visita a los usuarios hospitalizados.
- Dicha información se brindará en el horario sugerido y estará a cargo del médico tratante en coordinación con la enfermera programada para el área.
- Si el usuario se encuentra en UCI Neonatal la información se brindara además en horario de tarde.
- **En el Departamento de Cirugía**

- En la Estación de Enfermería de 11:00 a.m. a 13:00 hrs., cuya información, será por parte del médico que pasa visita a los usuarios hospitalizados.
- Dicha información se brindará en el horario sugerido y estará a cargo del médico tratante en coordinación con la enfermera programada para el área.
- Si el usuario se encuentra en Cuidados Intermedios la información se brindara además en horario de tarde.

En intervenciones quirúrgicas, informará al familiar del usuario el médico que practicó el acto operatorio, si esta corresponde a la atención de emergencia se realizara en el ambiente de espera de la Sala de Operaciones; **en caso de** intervenciones programadas, la información será dada en el ambiente cercano a sala de operaciones.

7.3 DEL REGISTRO DEL ACTO DE INFORMACIÓN/COMUNICACIÓN SOBRE EL ESTADO DE SALUD Y EL TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS.

- 7.3.1 El acto de informar al usuario, su familiar o su representante legal, quedará registrado en la Historia Clínica, como toda atención al paciente.
- 7.3.2. El registro del acto de información será efectuado por el médico de turno, para corroborar que se puso en conocimiento del familiar los actos médicos, condiciones de tratamiento y/o procedimientos de atención brindada en el Departamento o Servicio.
- 7.3.3. El jefe del departamento, coordinara y gestionara, se implementen en cada servicio y sector de atención en los servicios de hospitalización, los mecanismos de registro, como libro o cuaderno para las programaciones y anotaciones de casos y pacientes a informar, con conformidad del familiar responsable y/o representante legal.

7.4 DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LOS MECANISMOS DE COMUNICACIÓN PARA LA GESTIÓN DE QUEJAS, SUGERENCIAS Y RECLAMACIONES DE ATENCIÓN AL USUARIO.

Los establecimientos de salud establecen mecanismos de escucha del usuario.

- 7.4.1 El proceso de las quejas, sugerencias y reclamaciones forma parte de un Sistema de Información y Comunicación entre el paciente y el hospital, por lo que es necesario, para mejorar la calidad integral de la atención, gestionar y promover su implementación, operatividad, fortalecimiento y su permanente retroalimentación.
- 7.4.2 Derecho a formular quejas, reclamaciones o sugerencias todos los ciudadanos individual o colectivamente organizados incluido los funcionarios, directivo y servidores de los servicios de salud les asiste el derecho de acudir a los servicios, departamentos u oficinas según corresponda, con el objeto de formular denuncias o presentar sugerencias relacionadas con los servicios de salud brindados y a que éstas sean atendidas sujetándose su presentación a los requisitos y tramitación de la presente directiva.
- 7.4.3. El proceso de atención se realizará en 03 modalidades: Quejas, Buzón de Sugerencias y Libro de Reclamaciones.
- 7.4.4 **Requisitos:** Para fines de una adecuada atención toda queja, reclamación o sugerencia al amparo de esta Directiva deberá cumplir los siguientes requisitos:
- Es materia de queja la inadecuada prestación de servicio y/o las acciones intencionadas que afecten la moral y el buen desenvolvimiento de la prestación.
 - Es materia de sugerencia cuando el usuario estime que deberá hacer un aporte para mejorar la atención.
 - Que los actos se detallen coherentemente y con fundamentación adjuntando las evidencias que permitan la verificación de ser el caso.
 - Que la queja o sugerencia cuente con la identificación correspondiente del Usuario: DNI, dirección, firma o huella digital, teléfono de ser el caso.
 - Las quejas o sugerencias deben presentarse en los formularios de Queja o Sugerencia (**Anexos**) y presentadas en el servicio, departamento u oficinas, las que posteriormente deberán ser remitidas a la Oficina de Gestión de la Calidad.
 - La tramitación es gratuita.

- g) El contenido de las quejas, reclamaciones e identidad del usuario denunciante se encuentran protegidos por los derechos de reserva para evitar daños, peligro o riesgo al denunciante así como a la Institución a su personal y al sistema.
- 7.4.5. El **proceso de atención** sigue las siguientes etapas: recepción, evaluación, verificación y comunicación del resultado.
- 7.4.6. El Usuario presenta sugerencias, por la vía de canalización de sugerencias- *Buzón de Sugerencias*- ubicados en las diferentes áreas de la institución, donde se evalúan si las sugerencias son factibles de implementarse. De no ser así, estas se descartan. Todas las sugerencias serán registradas para su uso estadístico.
- 7.4.7. El jefe del departamento, coordinara y gestionara, se implementen en cada servicio y sector de atención en los servicios de HOSPITALIZACIÓN, CONSULTA EXTERNA, EMERGENCIA los mecanismos de registro, como libro7o cuaderno.
- 7.4.8. El registro del acto de comunicación será efectuado por un PERSONAL QUE ASIGNE LA JEFATURA DEL DEPARTAMENTO/SERVICIO/OFICINA.
- 7.5. DE LOS TIEMPOS ESTABLECIDOS DE RESOLUCION**

7.5.1. TIEMPO PARA IMPLEMENTACIÓN DE SUGERENCIAS

El tiempo para la implementación de sugerencias dependerá de su naturaleza. Por ende, se trata de un tiempo variable pero que deberá ajustarse a un plazo mínimo con la finalidad de generar la mayor satisfacción posible en el usuario que genera la sugerencia.

Sin embargo, se considerará que si una sugerencia es pertinente y supone una actividad de organización que no requiere de financiamiento, esta deberá implementarse inmediatamente.

El tiempo para implementación de sugerencias deberá ser evaluado por la Oficina de Gestión de la Calidad en coordinación con el equipo de gestión de la institución a fin de determinar plazos referenciales para dicha

implementación, que permitan dar una orientación al usuario sobre el futuro de su sugerencia.

7.5.2. TIEMPO PARA RESOLUCIÓN QUEJAS TIPO 0, 1 y 2

El proceso de atención de queja que realiza SUSALUD y es remitido al Hospital, el tiempo para la resolución de quejas solicitadas dependerá de la naturaleza del proceso de cada una de ellas. Considerándose los siguientes plazos aproximados:

- o **Quejas tipo 0:** Resolución inmediata salvo dificultad sustentada debida a un impedimento administrativo irreversible.
- o **Quejas tipo 1:** Resolución en un plazo no mayor de 15 días.
- o **Quejas tipo 2:** Resolución en un plazo no mayor de 45 días.
- o Estos plazos son susceptibles de ser ampliados si existiera la necesidad, debidamente sustentada, previa comunicación al usuario.

7.5.3. TIEMPO PARA RESOLUCION RECLAMACIONES

- El tiempo para darle respuesta es en un plazo no mayor a treinta (30) días calendario. Dicho plazo puede ser extendido por otro igual cuando la naturaleza del reclamo lo justifique, situación que es puesta en conocimiento ante la culminación del plazo inicial, de conformidad con lo establecido en el Decreto Supremo N° 030-2016-SA, Reglamento para la atención de reclamos y quejas de los usuarios de las IPRESS.

7.6. RESPUESTA AL USUARIO

• Transitoria

Se dará inmediatamente al momento de la evaluación del plazo de implementación de la sugerencia o de resolución de la queja (excepto en las quejas tipo 0)

• Final

Se dará inmediatamente después de implementar la sugerencia o de resuelta la queja o reclamación con un agradecimiento al usuario por contribuir con la mejora continua de la calidad de la institución y subrayando la importancia de su participación en la correcta administración de la salud pública.

7.7. DEL CONTROL

Las acciones de control de los mecanismos de Gestión de Quejas/Sugerencias y Reclamaciones de los usuarios estarán a cargo de la Oficina de Gestión de la Calidad, área de atención al usuario (PAU).

La supervisión de los mecanismos de Gestión de Quejas/Sugerencias de los usuarios en Hospital deberá realizarse semanalmente de acuerdo a las normas Administrativas vigentes.

El monitoreo de cada una de las acciones que se lleven a cabo en el marco del desarrollo de los mecanismos de Gestión de Quejas /Sugerencias y Reclamaciones de los usuarios será periódico, dependiendo de la disponibilidad de personal y de las facilidades que brinde la administración para tal fin.

La evaluación de los mecanismos de Gestión de Quejas/Sugerencias y Reclamaciones de los usuarios se hará a través de indicadores, con una periodicidad trimestral.

La Oficina de Gestión de la Calidad emitirá un informe trimestral de las actividades de control así como de la información estadística generada por los mecanismos de Gestión de Quejas/Sugerencias y Reclamaciones de los usuarios a la Dirección General.

VIII. RESPONSABILIDADES

Son responsables de la existencia y del cumplimiento de la Presente Directiva, los siguientes:

- 8.1 El Director de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico y el Coordinador del Equipo de Trabajo de Organización, son los encargados de evaluar y/o asistir en la formulación de los alcances técnico-normativos y de informar acerca de la viabilidad técnica administrativa.
- 8.2 **Los Jefes de los Departamentos**, es el encargado de proponer su aprobación, difundir, socializar, cumplir y hacer cumplir las disposiciones de la presente Directiva, entre todo el personal nombrado y contratado, de labor asistencial y administrativa.
- 8.3 **Los jefes de Servicio**, al igual que el párrafo precedente, además de realizar la supervisión, monitoreo y evaluación de los resultados, así como de proponer su actualización y mejora continua.

8.4 Los Departamentos, servicios y oficinas, son responsables de atender y resolver las quejas, sugerencias o reclamaciones además registrar el mismo y elaborar un informe mensual a la Oficina de Gestión de la Calidad para su procesamiento.

8.5 Del personal administrativo de los departamentos y servicios, en elaborar los documentos internos de difusión y efectuar las anotaciones en caso de quejas, sugerencias o reclamaciones del usuario y/o familiar al respecto.

IX. DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS Y FINALES

PRIMERA.- Cuando el médico programado de turno, que realiza la atención de salud al paciente, estuviere por alguna razón ausente, la información quedara a cargo del jefe de servicio respectivo y en caso de ausencia de éste será asumida por el Jefe del Departamento.

SEGUNDA.- Queda prohibido actos de intromisión o suplantación del responsable de la información al familiar de los pacientes, dado lo establecido en el ítem 6.2., de la presente Directiva.

TERCERA.- No están autorizados para brindar información **sobre el estado de salud de los pacientes** hospitalizados del departamento o servicio, el personal profesional o técnico de enfermería, el médico residente, internos de medicina u obstetricia etc., ni técnicos administrativos que laboran en el departamento.

CUARTA.- La **información que brinda el profesional médico** tratante de apoyo técnico, **es de carácter confidencial y reservado**, es deber cuidar los derechos del paciente y preservar la privacidad, en obediencia al artículo 25º de la ley General de salud; a recibir en términos comprensibles información completa, oportuna y continuada sobre su enfermedad, incluyendo el diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento; así como sobre los riesgos, contraindicaciones, precauciones y advertencias de los tratamientos y medicamentos que se prescriban y administren. Tiene derecho a recibir información de sus necesidades de atención y tratamiento al ser dado de alta.
Art. 15(15.2) Ley 29414

QUINTA.- Toda información generada por los mecanismos de Gestión de Quejas, Sugerencias y Reclamaciones de los usuarios en el Hospital son evaluadas y procesadas en la Oficina de Gestión de la Calidad a fin de generar propuestas de mejora continua de la calidad de los servicios., para lo cual diseñará de manera participativa con dichos servicios los ciclos de mejora de la calidad necesarios que deban desarrollarse para tal fin.

SEXTA.- La presente Directiva, entrara en vigencia a partir del día siguiente de su publicación y su cumplimiento es obligatorio, así como su mejora y actualización, queda a cargo del jefe de Departamento.

X. INDICADORES

- Porcentaje de usuarios que entendieron información recibida
 - $\frac{\text{Número de usuarios que entendieron información en el periodo}}{100} \times 100$
 - Total de usuarios que se brindó información en el periodo

- Porcentaje de reclamaciones presentadas por periodo:
 - $\frac{\text{Número de reclamaciones en el periodo}}{\text{Total de reclamaciones recibidas en el periodo}} \times 100$
 - Total de reclamaciones recibidas en el periodo

- Porcentaje de reclamos por servicio por periodo:
 - $\frac{\text{Número de reclamos generados en el servicio "x" en el periodo}}{100} \times 100$
 - Total de reclamos recibidos en el periodo

- Porcentaje de reclamaciones resueltas por periodo:
 - $\frac{\text{Porcentaje de reclamaciones resueltas por periodo}}{\text{Total de reclamaciones en el periodo}} \times 100$
 - Total de reclamaciones en el periodo

Nota: "x" corresponde al nombre del servicio de generación de reclamos a evaluar.

XI. ANEXOS (Formatos)

ANEXO N° 1



HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES

SUSALUD

HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNLES

HOJA DE RECLAMACIÓN EN SALUD

Av. Túpac Amaru N° 8000 – Km. 14.5 Comas

N° DE RECLAMO: [REDACTED]
 N° DE CONTROL: [REDACTED]

FECHA: / /

1. IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO O TERCERO LEGITIMADO

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:

E-MAIL:

DOMICILIO:

TELÉFONO:

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: () DNI () CE () PASAPORTE () RUC

N° DOCUMENTO:

2. IDENTIFICACIÓN DE QUIEN PRESENTA EL RECLAMO (En caso de ser el usuario afectado no es necesario su llenado)

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:

E-MAIL:

DOMICILIO:

TELÉFONO:

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: () DNI () CE () PASAPORTE () RUC

N° DOCUMENTO:

3. DETALLE DEL RECLAMO (En caso de no ser suficiente el espacio podrá continuar al reverso de la hoja)

[REDACTED]

4. AUTORIZO NOTIFICACIÓN DEL RESULTADO DEL RECLAMO AL E-MAIL CONSIGNADO (MARCAR)

SI () NO ()

5. FIRMA DEL RECLAMANTE (USUARIO, REPRESENTANTE O TERCERO LEGITIMADO)

FIRMA DEL USUARIO
 EN CASO DE SER REPRESENTANTE
 U TERCERO LEGITIMADO

[REDACTED]

[REDACTED]

6. SOLUCIÓN A SU RECLAMO A TRAVÉS DE TRATÓ DIRECTO

DETALLE DE LA SOLUCIÓN

RECLAMANTE

RESPONSABLE DE LIBRO DE RECLAMACIONES EN SALUD

[REDACTED]

[REDACTED]

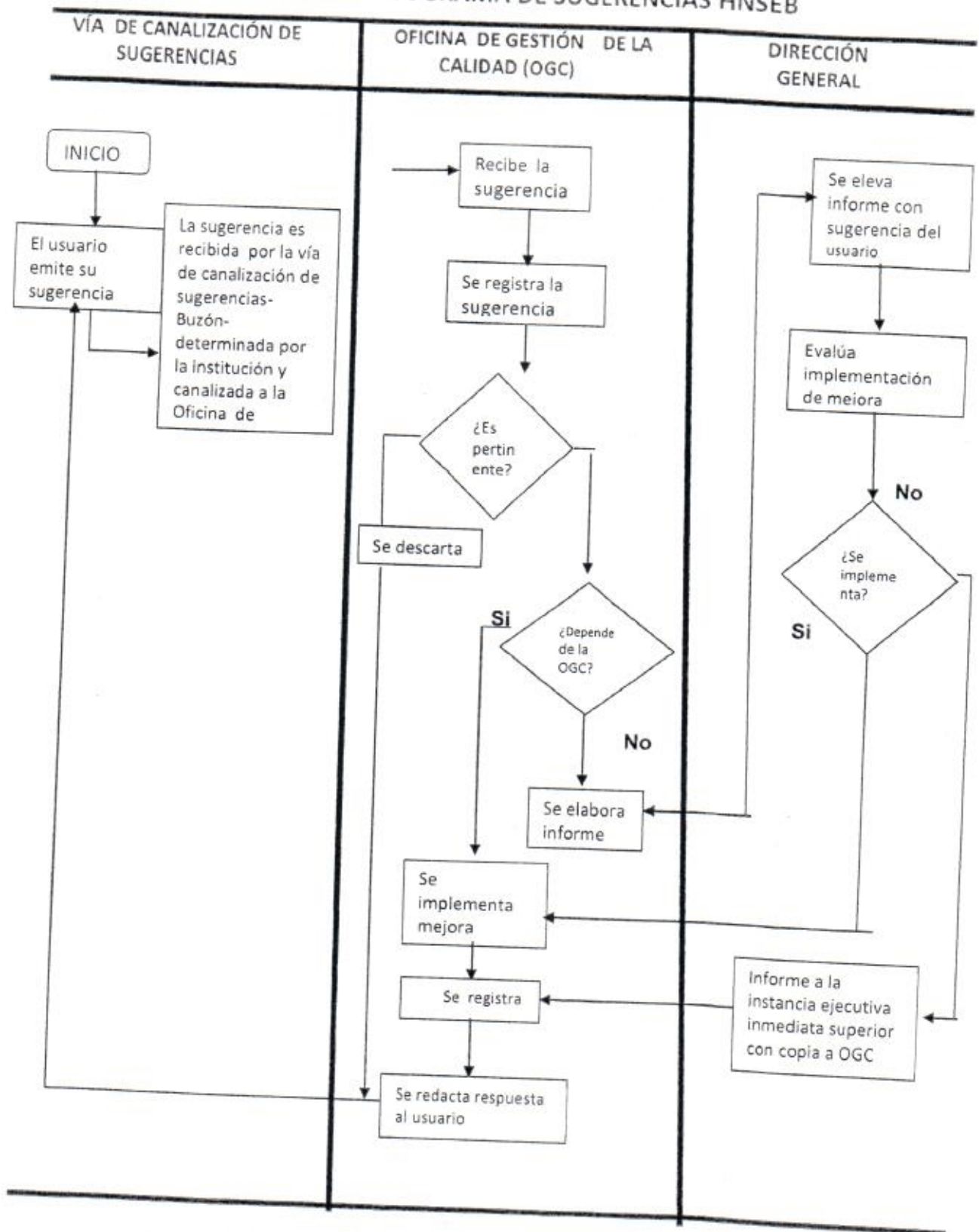
[REDACTED]

Las IAFAS, IPRESS o UGIPRESS deben atender el reclamo en un plazo de 30 días hábiles.

* Estimado usuario: Usted puede presentar su queja ante SUSALUD cuando no le hayan brindado un servicio, atención o cobertura solicitada, o recibida de las IAFAS o IPRESS, o que dependan de las UGIPRESS públicas, privadas o mixtas. También ante la negativa de atención de su reclamo, independientemente de su tramitación o discrepancia con el resultado del mismo.



ANEXO N° 2: FLUJOGRAMA DE SUGERENCIAS HNSEB



ANEXO N° 3

ACTA DE APERTURA DE BUZON DE SUGERENCIAS

DPTO/SERV:

DIA :

LUGAR :

AGENDA :

PARTICIPANTES:

1-.....

2-.....

3-.....

INFORME DE LO ENCONTRADO:

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

CONCLUSIONES:

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

RECOMENDACIONES:

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