

# GESTIÓN DE RECLAMOS, SUGERENCIAS Y AGRADECIMIENTOS

NORMATIVAS INSTITUCIONALES

INSTITUTO ONCOLÓGICO | Fundación Arturo López Pérez



## INTRODUCCIÓN

La Unidad de Servicio al Paciente es la encargada de recepcionar todos los requerimientos de los pacientes, sean estos reclamos, sugerencias, solicitudes y/o agradecimientos. Es una unidad de gestión, que tiene por finalidad rescatar y reafirmar los aspectos positivos en la calidad de atención y servicio reconocida por nuestros pacientes, y mejorar o corregir los aspectos más vulnerables, los que le permitan mantenerse a la vanguardia en la satisfacción y respuesta de sus requerimientos, manteniendo y desarrollando una atención integral y cordial.

## DIRIGIDO A

- Director médico
- Gerente Clínica
- Subdirector médico
- Subdirector de enfermería
- Jefaturas de servicios clínicos
- Coordinadores y responsables de servicios
- Médicos
- Enfermeras
- Tecnólogos médicos
- Auxiliares de servicio
- Unidad de calidad
- Jefes de unidades administrativas
- Administrativos

## OBJETIVOS

- Favorecer la expresión de opinión del paciente, respecto de la calidad de la atención.
- Conocer las debilidades y fortalezas derivadas de la atención de los pacientes.
- Establecer y mantener un sistema de respuesta oportuna.
- Generar círculo virtuoso a través de mejoras y cambios.

## NORMA

- Todos los reclamos, sugerencias y agradecimientos, deben realizarse por escrito en el formulario diseñado específicamente para esto, retirándolo en forma presencial en la Unidad de Servicio al Paciente, en el buzón ubicado en pasillo de Centro Médico o ingresando el requerimiento a través del sitio web [www.falp.org](http://www.falp.org), botón "Contacto".

- Todo requerimiento es analizado, gestionado y solucionado indistintamente si tiene o no relación con los deberes y derechos de los pacientes, de acuerdo a esta norma.
- La oficina de Servicio al Paciente se encuentra ubicada en el hall central y su horario de funcionamiento es de 8:30 a 18:15 horas, de lunes a viernes. En horario inhábil la recepción de los requerimientos se realizará en el buzón antes indicado o a través de la página web.
- Sólo podrá abrir el buzón la persona de la Unidad de Servicio al Paciente, autorizada para retirar los formularios escritos.
- Los formularios escritos deben ser retirados del buzón dos veces al día: en la mañana de 09:00 a 10:00 horas y en la tarde de 15:00 a 16:00 horas.
- La información contenida en los formularios es de carácter reservado.
- En todo momento se debe mantener la confidencialidad de la información contenida en el requerimiento.
- La ejecutiva de la Unidad, es responsable del retiro y del ingreso a la planilla excel y respaldo de toda documentación en su carpeta virtual respectiva.
- La derivación del requerimiento a las jefaturas y responsables involucrados en el requerimiento, la solicitud de información de los servicios involucrados y la redacción de la respuesta al requirente, con los antecedentes aportados por los responsables, es de responsabilidad de la supervisora de la unidad.
- En el caso de los requerimientos de índole clínicos, y de acuerdo a su complejidad, los responsables últimos de dar respuesta a estos, son los subdirectores médicos respectivos y de enfermería.
- En el caso de los requerimientos de índole administrativa y de acuerdo a su complejidad, serán los gerentes y subgerentes de unidad los responsables últimos por entregar la respuesta.
- Se ha definido un tiempo de respuesta de acuerdo a la complejidad del requerimiento, con una primera respuesta de toma de conocimiento, en un plazo máximo de 1 día hábil posterior al ingreso del requerimiento.

#### **Nula Complejidad: Agradecimientos y Sugerencias.**

- Resolución sin necesidad de respuesta del responsable, sólo para conocimiento (genera estadística y retroalimentación).
- Se envía respuesta tipo al paciente y/o representante, la que puede ser vía correo y/o mail, según lo autorizado en el formulario de requerimiento.
- El tiempo de respuesta es de 15 días hábiles, contados desde el día hábil siguiente a la recepción del requerimiento.

#### **Baja Complejidad: Solicitudes en general, reclamos por calidad de atención, calidad de servicio, tiempos de espera, atención al paciente.**

- Resolución sin necesidad de respuesta inmediata de la jefatura responsable, no obstante el responsable debe hacer llegar respuesta formal para archivo virtual, en un plazo 3 días hábiles.
- Se envía respuesta tipo al paciente y/o representante, la que puede ser vía correo y/o mail, según lo autorizado en el formulario de requerimiento.
- El tiempo de respuesta es de 15 días hábiles, contados desde el día hábil siguiente a la recepción del requerimiento.

#### **Mediana Complejidad: Reclamos por valores en cobro, calidad de procesos administrativos, calidad de servicio médico.**

- Se espera información de la jefatura responsable en un plazo máximo de 3 días hábiles y se recolecta información complementaria.
- Se envía respuesta al paciente y/o representante, la que puede ser vía correo y/o mail, según lo autorizado por el solicitante en el formulario de requerimiento.

- El tiempo de respuesta es de 15 días hábiles, contados desde el día hábil siguiente a la recepción del requerimiento.

**Alta Complejidad:** Son todos aquellos reclamos que por su impacto requieren la participación de la Dirección Médica, Gerencia Clínica, médicos y/o abogados. También en aquellos casos que sean requeridos por entidades externas como Sernac, Superintendencia de Salud, juzgados civiles y criminales, medios de comunicación, Fonasa e Isapres.

- Se espera información de la jefatura responsable en un plazo máximo de 3 días hábiles y se recolecta información complementaria.
  - Se envía respuesta al paciente en base a la información obtenida y la respuesta del responsable, a través de correo y/o mail, según lo autorizado por el solicitante en el formulario de requerimiento.
  - El tiempo de respuesta al solicitante, será el establecido con las respectivas entidades.
  - En mayo de 2016, se clasificó en RECLAMOS aquellos requerimientos que son derivados a la abogada de la Institución, ya que su complejidad lo amerita. Estos reclamos, una vez que son enviados a la abogada quien en conjunto con la clínica analizan el caso, se cierran en la planilla excel, ya que la resolución queda fuera de las atribuciones de la Unidad.
- Se debe procurar la resolución efectiva y ajustada a los plazos definidos.
  - Los reclamos serán clasificados de acuerdo a los siguientes tipos:

**Atención al paciente:** Se relaciona a cualquier requerimiento que no sea específico.

**Calidad de atención:** Está relacionado con el trato directo que se da de persona a persona.

**Calidad de servicio:** Se relaciona directamente con la infraestructura de la clínica, además de reclamos por aseo en servicios higiénicos, estacionamiento, sistema de llamados, etc.

**Tiempo de espera:** Se refiere al tiempo que un paciente considera excesivo en espera de una atención, de cualquier servicio.

**Valores en cobros:** Se definen aquellos reclamos que tienen directa relación con la disconformidad del paciente respecto a su cuenta, las causas principales son:

- Presupuestos mal emitidos y/o incompletos, falta algún ítem por presupuestar.
- Diferencia por complejidad de la cirugía informada.
- Cobros considerados excesivos en fármacos e insumos.
- Cargos que no corresponden.

**Calidad de proceso administrativo:** Este reclamo tiene directa relación con el proceso administrativo de la atención. Dentro de estos requerimientos encontramos los siguientes:

- Información y/o indicación que requiere un proceso para realizarse en forma adecuada.
- Pérdida de objetos personales durante la atención y/o estadía de un paciente en la clínica.
- Ficha extraviada.
- Proceso de cobranza, facturación.

**Calidad de servicio médico:** Está relacionado con el trato directo que se da de médico a paciente.

Solicitudes en general: Corresponde a la información clínica y/o administrativa que solicita el paciente y/o representante.

- Para identificar el lugar donde se origina el requerimiento se establecieron las siguientes unidades de asignación:

**Centro Médico**

**Comercial**

**Convenio Oncológico**

**Donaciones y Beneficencia**

**Dirección Médica**

**Finanzas**

**Plataforma**

**Servicios Clínicos**

**Servicios de Apoyo Interno**

**Servicios de Apoyo Externo**

**Otros**

- Además estas unidades se sub-dividen en áreas más pequeñas:

**Centro Médico:**

- Cardiología
- Endoscopía
- Centro Médico
- Consultas por Especialidades

**Comercial**

**Convenio Oncológico**

**Dirección Médica**

**Finanzas:**

- Cajas
- Coberturas complementarias adicionales de Salud
- Cuentas de pacientes
- Facturación
- Tesorería
- Reembolso
- Normalización

**Servicios Clínicos:**

- Hospitalizados
- Pabellón
- Quimioterapia

- Radioterapia
- Recuperación
- Hospitalización Transitoria
- UPC

**Servicios de Apoyo Interno:**

- Farmacia
- Esterilización
- Nutrición
- Kinesiología
- Medicina Integrativa

**Servicios de Apoyo Externo:**

- Anatomía patológica
- Imamed
- Laboratorio/Banco de sangre
- Medicina Nuclear
- Sociedades Médicas
- Secretaria quimioterapia

**Plataforma:**

- Admisión y presupuesto
- Agenda Mesa Central
- GES - CAEC
- Archivo
- Beneficencia
- Informaciones

**Otros:**

- Servicios generales
- Valorización
- Mantención
- Vigilancia
- Cafetería
- Transporte
- Estacionamiento
- Servicio al Paciente
- Unidades en General

- Adicionalmente, los datos ingresados a la planilla excel generan en forma paralela, indicadores que permiten realizar estadísticas, de acuerdo a las necesidades más relevantes como: cantidad de requerimientos en el mes, unidades con mayor o menor cantidad de requerimientos, tipo de requerimientos, clasificación de reporte por servicio, causas, tiempos de respuesta y análisis global de reportes, etc.

## RESPONSABLE DE LA APLICACIÓN

- Jefe de procesos

## EJECUTANTE

- Ejecutiva de Servicio al Paciente
- Supervisora de Servicio al Paciente

## MATERIALES Y FORMULARIOS ( ANEXO 1 )

- Buzón
- Formulario impreso
- Documento word
- Planilla excel
- Servidor informático (Orión)

## DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

- En el caso de los requerimientos provenientes del buzón:

La ejecutiva de la unidad abastece diariamente el buzón con formularios en cantidad suficiente, para el requerimiento de los pacientes.

Retira los reclamos, sugerencias, solicitudes y agradecimientos, del buzón en los horarios definidos en la norma.

**Ante cada requerimiento:**

- Se escanea el requerimiento y en los casos de antecedentes faltantes como datos generales de los pacientes (previsión, dirección, etc.) utiliza la agenda médica y/o SiCI, para obtener la información y completa la planilla excel.
- Ingresa todos los antecedentes a la planilla de requerimientos, ubicada en "\\falp.org\recursos\Orión\Departamentos\Reclamos". Esta carpeta tiene acceso restringido.
- Crea una carpeta virtual con el nombre del paciente.
- Todos los documentos, se escanean y guardan para respaldo, en las carpetas virtuales creadas por cada paciente.

Realizado lo anterior, la supervisora de la unidad inicia la gestión del requerimiento, enviando un correo electrónico al involucrado y su jefatura, solicitando la información correspondiente al requerimiento, informando para ello el plazo máximo establecido que posee el involucrado para responder el requerimiento.

En el caso de requerimiento de nula o baja complejidad, la ejecutiva podrá resolver sin necesidad de respuesta del responsable, sólo se le comunicará al involucrado para que esté en conocimiento. Para esto se enviará respuesta tipo al paciente y/o representante, esta puede ser vía correo y/o mail según lo indicado por el solicitante en el formulario de requerimiento.

- En el caso de los requerimientos realizados presencialmente en la unidad:

La ejecutiva de la unidad entrega al paciente el formulario para dejar por escrito el requerimiento y realiza el procedimiento establecido para el respectivo ingreso.

- En el caso específico de los reclamos la ejecutiva debe realizar la siguiente gestión:

**Evaluación inicial del reclamo:** después de registrar el reclamo se debe evaluar en términos de si las atribuciones permiten solucionarlo inmediatamente o se debe involucrar a otras áreas. Posteriormente se debe priorizar en términos de severidad, complejidad e impacto.

**Investigación del reclamo:** obtención de la información relacionada al reclamo, unidades involucradas y documentos extras que lo respalden.

**Derivación de reclamos:** enviarlo junto a la información anexa, a la unidad involucrada en el reclamo, para que entregue respuesta.

**Respuesta y solución:** con la respuesta entregada por el área involucrada se procede a buscar la mejor solución que sea satisfactoria tanto para el paciente como para FALP.

**Comunicación:** La decisión de solución o cualquier otra acción que se tome con el reclamo, deberá ser comunicada al paciente y/o representante en el plazo máximo de 15 días hábiles, contados desde el día hábil siguiente a su recepción.

**Cierre del reclamo:** una vez solucionado debe registrarse la decisión o acciones tomadas referentes al requerimiento, indicando además en planilla de control si el requerimiento fue acogido o rechazado.

**Rechazo o disconformidad de respuesta:** Si el cliente rechaza la decisión o acción, tiene plazo de 5 días hábiles contados desde la fecha de recibida la respuesta, para recurrir a la Superintendencia de Salud.

**Seguimiento:** aquellos casos de mediana complejidad que sean solucionados y aceptados por el paciente y/o representante, deben ser seguidos para confirmar que las acciones fueron realizadas.

- De la información ingresada en la planilla de R-S-A-SO se genera:

**Un informe mensual, trimestral y anual del total de requerimientos por:**

- Cantidad total de requerimientos
- Área involucrada
- Unidad
- Subunidad
- Tipo de requerimiento

- Estado y tiempos promedio (mínimo y máximo) de respuesta, de los requerimientos.
  - % de reclamos dentro del plazo establecido.
  - Análisis y medidas correctivas de los reclamos, mensuales, trimestrales y anuales.
  - En los informes anuales se realizan comparativos del comportamiento de los reclamos con años anteriores.
  - La fecha estipulada para la emisión de los informes mensuales debe realizarse dentro de los diez primeros días hábiles del mes siguiente.
- Todos estos informes e indicadores están disponibles para los jefes de servicios, coordinadores, jefes clínicos, gerencia y presidencia en:

*\\falp.org\recursos\Orion\Departamentos\Reclamos\InformeReclamosySugerencias*

---

Marcos Simpson Álvarez  
Gerente Clínico

## SU OPINIÓN NOS INTERESA



Para brindarle día a día un mejor servicio, le pedimos nos cuente ¿Cómo fue su atención?

Datos del Paciente (Obligatorios)	Santiago, _____ de _____ 201_____
Nombre _____	RUT _____
Dirección _____	Comuna _____
E-mail _____	Teléfono _____
Datos acompañante del paciente	
Nombre _____	RUT _____
E-mail _____	Teléfono _____
Relación con el paciente _____	

Materia a que corresponde:  Sugerencia  Reclamo  Felicitación  Otro

Servicio en el que recibió la atención: \_\_\_\_\_

Descripción de los hechos que fundamentan su reclamo y de la infracción de los derechos que contempla la ley Nº 20.584: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Peticiones concretas: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Autorizo correo electrónico para respuesta SI  NO

Entiendo y acepto que puede ser necesario acceder a mi información clínica para la respuesta de este reclamo.

\_\_\_\_\_  
Firma

### COMPROBANTE PACIENTE

Nº FOLIO

Estimado Paciente, Acompañante o Representante legal:

En caso de reclamos por la Ley de Derechos y Deberes de los pacientes:

- Debe individualizar la infracción a los derechos que contempla la Ley Nº 20.584.
- El plazo de respuesta es de 15 días hábiles, contando desde el primer día hábil siguiente a su recepción en FALP.
- En el caso que el reclamante esté en desacuerdo con la respuesta entregada por la clínica o no la obtenga dentro del plazo señalado precedentemente, podrá recurrir ante la Superintendencia de Salud en el plazo de 5 días hábiles, contando desde la fecha de notificación de la respuesta o desde el término referido plazo de 15 días hábiles.
- Al autorizar el correo electrónico para entregar respuestas, este queda como medio válido de notificación y comunicación, siendo su responsabilidad revisarlo.

