



**LOS PROCEDIMIENTOS DE RECLAMO DE LOS
PACIENTES DEL SIS Y LOS ELEMENTOS DE
FISCALIZACION QUE SE UTILIZAN EN EL SERVICIO
QUE SE BRINDAN A LA POBLACION ASEGURADA
AL SIS**

Dr. LUIS ALBERTO VASQUEZ GIL
Director Ejecutiva de Gestión de Calidad y Seguros

PRESENTACIÓN

El Seguro Integral de Salud (SIS), como Organismo Público Ejecutor (OPE), del Ministerio de Salud, tiene como finalidad proteger la salud de los peruanos que no cuentan con un seguro de salud, priorizando en aquellas poblacionales vulnerables que se encuentran en situación de pobreza y pobreza extrema.

De esta forma, están orientados a resolver la problemática del limitado acceso a los servicios de salud de nuestra población, tanto por la existencia de barreras económicas, como las diferencias culturales y geográficas.

Base Legal

- **Ley N° 26842**, Ley General de Salud.
- **Ley N° 29344**, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.
- **Ley N° 29414**, Ley que establece los Derechos de las personas usuarias de los servicios de salud.
- **Ley N° 29761**, Ley de Financiamiento público de los regímenes subsidiados y semicontributivo del Aseguramiento universal en Salud.
- **Ley N° 29571**, Código de Protección y Defensa al Consumidor.
- **Decreto Legislativo N° 1158**, Decreto Legislativo que dispone medidas destinadas al fortalecimiento y cambio de denominación de la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud.
- **Decreto Supremo N° 008-2010-SA**, que aprueba reglamento de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.
- **Decreto Supremo N° 011-2011-SA**, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Seguro Integral de Salud.
- **Resolución de Superintendencia N° 160-2011-SUNASA/CD**, que aprueba el “Reglamento General para la Atención de los Reclamos y Quejas de Usuarios de las IAFAS e IPRESS”
- **Resolución Ministerial N° 603 – 2007/MINSA**, que aprueba la Directiva administrativa N° 118-MINSA/DST-V.02, DIRECTIVA ADMINISTRATIVA QUE REGULA EL PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE CONSULTAS, SUGERENCIAS, BUENOS OFICIOS Y CONSEJERÍA EN LA DEFENSORÍA DE LA SALUD Y TRANSPARENCIA DEL MINISTERIO DE SALUD.

IMPLEMENTACIÓN DE MECANISMOS DE ATENCION PARA LAS QUEJAS Y SUGERENCIAS

% de Implementación de Buzones de Quejas y Sugerencias – Adicional al libro de Reclamaciones

RED DE SALUD HUARA OYON %	RED DE SALUD BARRANCA CAJATAMBO %	RED DE SALUD CHILCA MALA%	HOSPITAL DE SUPE %	RED DE SALUD HUAROCHIRI %	RED DE SALUD HUARAL %	RED DE SALUD CANTA %	HOSPITAL CHANCAY %	RED DE SALUD CAÑETE YAUYOS %
---------------------------	-----------------------------------	---------------------------	--------------------	---------------------------	-----------------------	----------------------	--------------------	------------------------------

100	31	100	100	0	100	100	100	100
-----	----	-----	-----	---	-----	-----	-----	-----

MECANISMO DE ESCUCHA AL USUARIO EN LA REGION LIMA

- LIBRO DE RECLAMACIONES
- MECANISMO DE QUEJAS DE TIPO O (verbales se resuelve al momento), 1 (escrito en el formato), 2 (vía oficio o carta) y 3 (autoridades policial, judicial etc-)
- BUZONES DE QUEJAS Y SUGERENCIAS

QUEJAS O RECLAMOS EN HOSPITALES DE LA REGION - 2014

HOPITALES	QUEJAS RECIBIDAS	ATENDIDOS/ RESPONDIDOS
Hospital San Juan Bautista de Huaral	1326	1198
Hospital Regional de Huacho	329	219
Hospital Chancay	799	654
Hospital Barranca	21	20
Hospital Supe	0	0
Hospital Rezola de Cañete	32	29
Hospital San Juan de Matucana	0	0
TOTAL	2507	2120

ETAPAS DEL PROCEDIMIENTO DE RECLAMO

I. PRESENTACIÓN Y REGISTRO

- ▣ Se presentan ante un formato de quejas y sugerencias diseñado y aprobado por cada Hospital en el área de informes y es orientado por una colaboradora de calidad.
- ▣ Plazo: **30 días** hábiles de ocurrido el hecho.
- ▣ La forma de admisión del reclamo puede ser vía:
 - Escrita (por trámite documentario)
 - Verbal
 - Telefónica
 - Vía web.

**En todos los casos tiene que llenarse el formato asignándole un número correlativo para el seguimiento respectivo.*

II. ADMISIÓN

□ Requisitos:

- Nombres y apellidos completos del usuario reclamante.
- Nombre del establecimiento donde se produce el reclamo.
- Tipo de asegurado: afiliado o inscrito.
- Número del documento de identidad
- Fecha de nacimiento y sexo.
- Domicilio real.
- Fecha de la ocurrencia que origina el reclamo.
- Fecha de presentación del reclamo.
- Detalles del reclamo.

En caso de omisión, o incumplimiento de los requisitos, se realiza la subsanación de manera inmediata o hasta en 04 días hábiles.

- La presentación y admisión del reclamo generará un **Expediente de Reclamo**, identificado con un **Código del Registro de Reclamo**.
- Los usuarios deben ser informados que pueden presentarse a la **Superintendencia Nacional de Salud** a presentar una **Queja Tuitiva** ante:

- Negativa injustificada de IAFAS o IPRESS de admitir un reclamo.
- Irregularidades en la tramitación del reclamo.
- Disconformidad con el resultado final del reclamo.

III. INSTANCIA COMPETENTE DEL RECLAMO

- Se determina la evaluación del caso a través de los comités de quejas y sugerencias oficial en base a lo normado por SUSALUD.

Resolución de Superintendencia N° 160-2011-SUNASA/CD, que aprueba el “REGLAMENTO GENERAL PARA LA ATENCIÓN DE LOS RECLAMOS Y QUEJAS DE USUARIOS DE LAS IAFAS E IPRESS”

- Si el funcionario que recepciona el reclamo es competente para solucionarlo, se realizará, de ser posible de forma inmediata (tipo 0). *(Si fue verbal o telefónico)*
- Si corresponde a ser atendido a otra IAFAS o IPRESS, será trasladado en plazo no mayor de 2 días hábiles. *(Comunicar al usuario la instancia a la que ha sido derivada)*

□ IV. INVESTIGACIÓN SUMARIA

- Diligencias necesarias para la dilucidación de los hechos que generaron insatisfacción del usuario.
- La duración dependerá del *grado de complejidad* del reclamo.
- Además se pueden realizar:

*Recabo de pruebas documentales y/o testimoniales
Recabo de pericias y/o auditorías de caso.*

□ V. RESULTADO

□ Se elaborará un Informe de Resultado, consignando:

- 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 del reclamo: *fundado, infundado o improcedente*, según corresponda.

□ Si el reclamo es fundado, deberá contener:

- Acciones ejecutadas o que adoptará para dar solución al reclamo.
- Medidas correctivas que se aplicarán.
- Mecanismo de devolución de pagos, cuando corresponda.

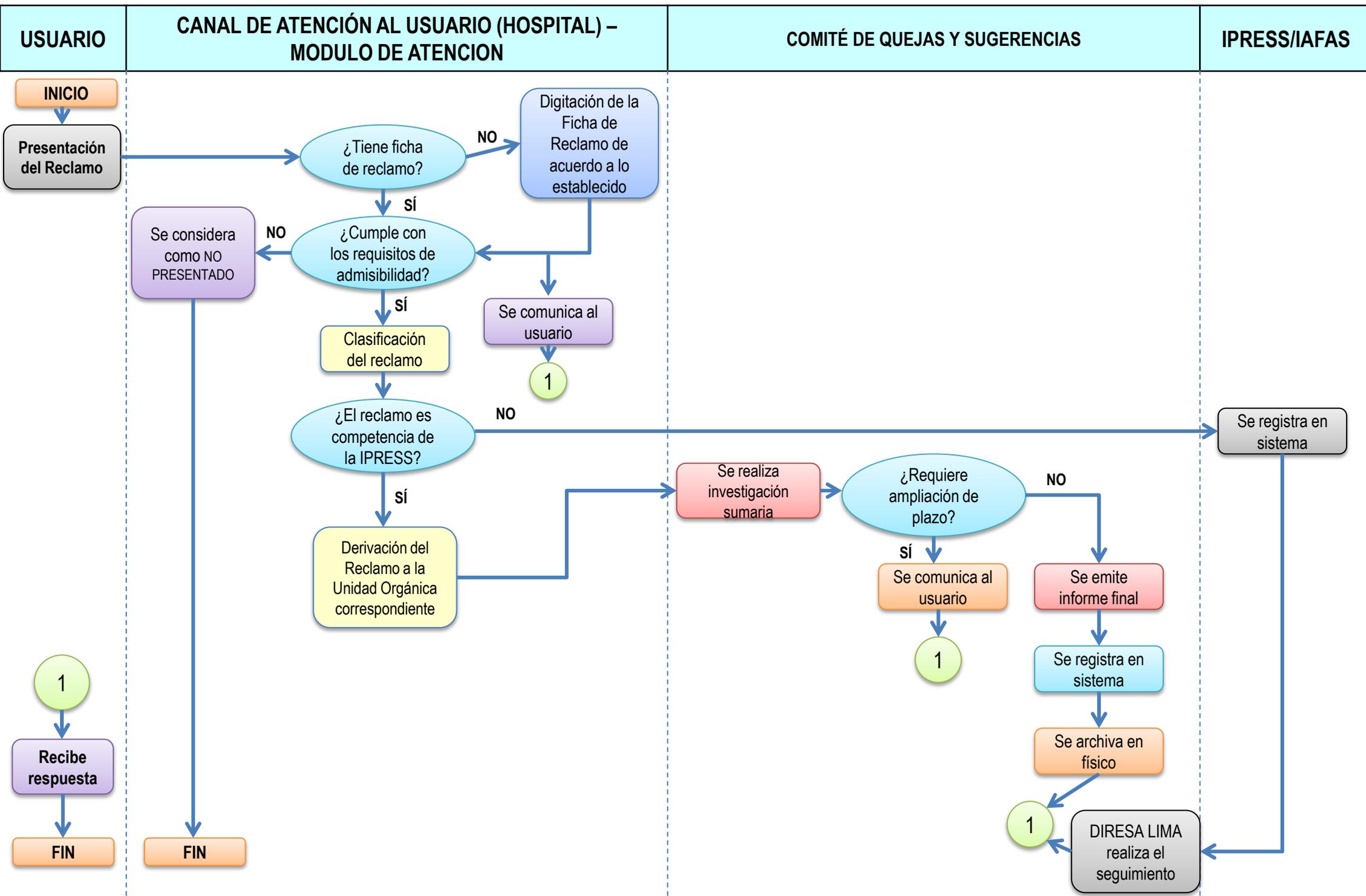
□ Si el asegurado no está de acuerdo con el resultado, podrá solicitar la *intervención de la instancia superior*. Con un plazo de 05 días hábiles para emitir su pronunciamiento.

□ VI. NOTIFICACIÓN DEL RESULTADO

- Serán notificados al *usuario*, enviando a su *domicilio* la copia del Informe de Resultado de Reclamo, o a su *dirección electrónica*.
- El usuario también podrá visualizar el Informe, mediante el uso del *Número Correlativo de Reclamo*.
- La notificación debe realizarse en plazo no mayor de 05 días a partir de la expedición del acto que se notifique.
- El usuario podrá solicitar la revisión de su reclamo ante la instancia superior correspondiente:



FLUJOGRAMA DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE RECLAMOS QUEJA O SUGERENCIAS



ELEMENTOS DE FISCALIZACION QUE SE BRINDAN A LA POBLACION ASEGURADA AL SIS

- **INDECOPI:** Libro de Reclamaciones.
- **SUSALUD:** Intendencia de Protección de derechos en Salud.
- **MINSA:** Defensoría de la Salud
- **DIRESA LIMA:**
 1. Defensoría de la Salud
 2. Dirección de Gestión de la Calidad: Mecanismos de Quejas y Sugerencias.

LOGROS

- DISMINUCION DE LA INSATISFACCION DE LOS USUARIOS EXTERNOS E INTERNOS.
- MEJORA EN LOS PROCESOS DE ATENCION, REDUCIENDO TIEMPOS DE ESPERA.
- EL MECANISMO DE ESCUCHA AL USUARIO CONTRIBUYO EL AÑO 2014 EN EL RESULTADO DE CERO MUERTES MATERNAS DIRECTAS EN LA REGION LIMA.
- SE VIENE MEJORANDO LOS PROCESOS DE ATENCION A TRAVES DE ACCIONES DE MEJORAS CONSTANTES.