



UNIVERSIDAD PERUANA  
**CAYETANO HEREDIA**

ANÁLISIS Y PROPUESTA DE UN  
PROCEDIMIENTO PARA OPTIMIZAR  
LA GESTIÓN DE LOS RECLAMOS EN  
LAS PLATAFORMAS DE ATENCIÓN AL  
ASEGURADO ESSALUD

TESIS PARA OPTAR EL GRADO DE  
DOCTORA EN SALUD PÚBLICA

YESSENIA MAGALY ORTEGA GARCIA

LIMA – PERÚ

2025



**ASESOR**

Dr. Cesar Paul Eugenio Carcamo Cavagnaro

**CO ASESOR**

Dra. Irma Esperanza Reyes Solari

## **JURADO DE TESIS**

Dra. Ruth Anunciacion Iguiniz Romero  
PRESIDENTE

Dra. Teresa Cecilia Fernandez Bringas  
VOCAL

Dra. Roxana Obando Zegarra  
SECRETARIA

## **DEDICATORIA**

A mi madre, por ser mi mayor inspiración y mi apoyo incondicional; por siempre estar a mi lado impulsándome a alcanzar mis metas y proyectos.

A mi hija y sobrino, porque son mi mayor motivación y la razón por la que jamás me rendí. Su existencia lleno mi vida de fuerza y propósito, dándome el impulso necesario para culminar este logro.

A mi esposo, padre y hermana, por confiar en mí y brindarme su apoyo incondicional. Este logro no habría sido posible sin ustedes.

Con todo mi amor y gratitud, dedico esta tesis a cada uno de ustedes, quienes han sido mi pilar en este recorrido.

## **AGRADECIMIENTO**

Quiero expresar mi más sincero agradecimiento a mis asesores, cuya paciencia, dedicación y guía constante fueron fundamentales para la realización de esta tesis. Su tiempo y conocimientos me ayudaron a superar cada desafío y lograr esta meta.

A mi familia, gracias por su incondicional apoyo y por ser mi fuente de inspiración. Sus palabras de aliento y confianza en mí, hicieron posible que nunca dejara de creer en mis capacidades para concluir este proyecto.

## **FUENTE DE FINANCIAMIENTO**

No se cuenta con fuente de financiamiento alguna, es un trabajo autofinanciado.

DECLARACIÓN DE ORIGINALIDAD

Los egresados:

N°	APELLIDOS Y NOMBRES
1.	ORTEGA GARCIA YESSENIA MAGALY

Pertenecientes al programa de la **DOCTORADO EN SALUD PÚBLICA**, autores del trabajo titulado: **ANÁLISIS Y PROPUESTA DE UN PROCEDIMIENTO PARA OPTIMIZAR LA GESTIÓN DE LOS RECLAMOS EN LAS PLATAFORMAS DE ATENCIÓN AL ASEGURADO ESSALUD**, el cual ha sido elaborado, sustentado y aprobado, según corresponda, para optar por el grado de **DOCTORA EN SALUD PÚBLICA** bajo la modalidad de **TESIS**.

En calidad de docentes asesores de la Universidad Peruana Cayetano Heredia:

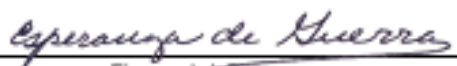
N°	APELLIDOS Y NOMBRES DEL DOCENTE	FACULTAD	NIVEL DE ASESORÍA
1.	CARCAMO CAVAGNARO CESAR PAUL EUGENIO	FASPA	ASESOR
2.	REYES SOLARI IRMA ESPERANZA	FASPA	CO ASESOR

Declaramos que el contenido del presente documento es original y que las citas y referencias a otros autores cumplen con las normas académicas establecidas. En ese sentido, hacemos constar que:

- El documento presenta un porcentaje de similitud de **16%**, según el reporte emitido por el software **Turnitin®** (identificador de entrega: **2974295618**; fecha de entrega: **01-06-2026**).
- Tras una revisión detallada del reporte y del contenido del trabajo en cuestión, no se han identificado indicios de plagio.
- Se certifica que el documento respeta los principios de integridad académica y cumple con los requisitos institucionales de originalidad.

Lugar y fecha: **Lima, 01 de junio de 2026**

  
Firma del asesor  
N° DNI: 07040083  
ORCID: 0000-0002-2495-2490

  
Firma del Co-asesor  
N° DNI: 09340234  
ORCID: 0000-0001-9613-0034

## ÍNDICE

Resumen  
Abstract

	Pág.
I. Introducción	1
II. Planteamiento del Problema	6
III. Marco Teórico	12
3.1 Modelo de atención de la queja médica en México	12
3.2 Atención de quejas e inconformidades en Costa Rica	14
3.3 Trámite de atención de quejas médicas en Chile	17
3.4 Atención de reclamos, consultas y sugerencias en Perú	20
3.5 Factores a considerar para la gestión de los reclamos	29
IV. Justificación de la Investigación	35
V. Objetivos	36
VI. Metodología	37
6.1 Diseño del estudio	37
6.2 Operacionalización de Dimensiones y Variables:	37
6.2.1. Dimensiones del análisis cualitativo	37
6.2.2 Variables del Análisis Cuantitativo	41
6.3 Población, muestra y muestreo:	42
6.4 Técnica e instrumentos de Recolección de datos	43
6.5 Método de Análisis de datos	45
VII. Resultados	46
VIII. Discusión	70
X. Recomendaciones	76
XI. Referencias bibliográficas	78
XII. Anexos	

ANEXO N° 01: Autorización otorgada por el Gerente de Atención al Asegurado en IPRESS de EsSalud para la realización del estudio de investigación

ANEXO N° 02: Cedula de entrevista a los funcionarios de la GCAA y directores de IPRESS

ANEXO N° 03: Cedula de entrevista a los Coordinadores y Delegados de la Oficina de Atención al Asegurado

ANEXO N° 04: Programación en el Epi Info para el análisis de la información con el modelo de Cox

ANEXO N° 05: Diagrama de flujo del procedimiento de atención de reclamos en la IPRESS de EsSalud

ANEXO N° 06: Funciones del delegado de las Oficinas de Atención al Asegurado

## **RESUMEN**

Una de las formas en que los ciudadanos pueden ejercer plenamente su derecho a la salud, es accediendo a mecanismos viables y oportunos que atiendan sus insatisfacciones, las cuales surgen de su atención en las diferentes instituciones prestadoras de servicios de salud; siendo necesario para ello que se instalen puntos de contacto que faciliten y garanticen la atención a sus demandas. El objetivo del presente trabajo fue establecer los factores que afectan la adecuada gestión de los reclamos en las plataformas de atención al usuario, para elaborar y evaluar un nuevo procedimiento que optimice la gestión de los mismos en los establecimientos de salud de EsSalud, en el marco de la normativa vigente.

Con esta base, orientamos nuestro esquema de muestreo y recojo de información con la finalidad de conocer cuales eran los factores que afectaban la adecuada atención de los reclamos y posteriormente elaborar un nuevo procedimiento de atención de reclamos en las Plataformas de Atención al Usuario (PAUS) de EsSalud, que permita homogenizar e implantar criterios comunes para la recepción, tramitación y resolución de los mismos. Entre los resultados del estudio se obtuvo que la gestión de los reclamos se ve afectada por los siguientes factores: desconocimiento de la normativa vigente , la falta recursos de equipamiento y personal, el procedimiento utilizado no es eficaz y la tecnología informática no es la adecuada.

Esta información contribuyó con la creación de un nuevo procedimiento basado en la normativa vigente, y cuya implementación permitió que todo usuario que

presente un reclamo por alguna insatisfacción, obtenga una respuesta dentro del plazo normativo e incluso en un tiempo mas breve, para ello estrategicamente se enfatizó en el uso del “trato directo”, que implica llegar a una solución inmediata del reclamo. Asimismo, la información generada de los reclamos contribuyó con la gestión de la IPRESS, dado que reclamos estan estrechamente relacionados con las deficiencias señaladas por los usuarios respecto a la atención recibida, y conociendo las causas más frecuentes de los reclamos, se logró que el potencial de reclamos similares sea reducido.

**PALABRAS CLAVES:**

Proceso, insatisfacción del paciente, gestión de reclamos, atención al usuario, PAUS, Plataforma de Atención al Usuario.

## **ABSTRACT**

One of the ways in which citizens can fully exercise their right to health is by accessing viable and timely mechanisms that address their dissatisfactions, which arise from their care in the different health service provider institutions. It is therefore necessary to establish contact points that facilitate and guarantee the attention to their demands. The objective of this study was to identify the factors that affect the proper management of complaints in the User Service Platforms (PAUS) in EsSalud, in order to develop and evaluate a new procedure that optimizes the management of such complaints in EsSalud health facilities, within the framework of current regulations.

Based on this, we guided our sampling and data collection scheme with the purpose of identifying the factors that affect the proper handling of complaints and subsequently develop a new complaints management procedure for the User Service Platforms (PAUS) of EsSalud, which allows the standardization and implementation of common criteria for the reception, processing, and resolution of complaints. Among the study's findings, it was observed that the management of complaints is affected by the following factors: lack of knowledge of current regulations, lack of equipment and personnel resources, ineffective procedures, and inadequate information technology.

This information contributed to the creation of a new procedure based on current regulations, whose implementation allowed any user who submitted a complaint regarding any dissatisfaction to receive a response within the regulatory timeframe

and even in a shorter period. To achieve this, the strategy emphasized the use of “direct treatment,” which implies reaching an immediate solution to the complaint. Additionally, the information generated from the complaints helped to improve IPRESS management, since complaints are closely related to the deficiencies reported by users regarding received care. By identifying the most frequent causes of complaints, it was possible to reduce the potential for similar complaints.

### **KEYWORDS**

Process, patient dissatisfaction, complaint management, user service, PAUS, User Service Platform

## **LISTA DE ACRÓNIMOS**

AUGE	Acceso Universal de Garantías Explícitas
CDESC	Comité Intencional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales
CONAMED	Comisión Nacional de Arbitraje Médico
D.S.	Decreto Supremo
DST	Defensoría de la Salud y Transparencia
ESSALUD	Seguro Social de Salud
GAAIPRESS	Gerencia de Atención al Asegurado en IPRESS
GCAA	Gerencia Central de Atención al Asegurado
GORE	Gobierno Regional
GPAA	Gerencia de Plataformas de Atención al Asegurado
IAFAS	Institución Administradora de Fondos de aseguramiento en Salud
INDECOPI	Instituto Nacional de Defensa de la competencia y de la protección de la propiedad intelectual
IPRESS	Institución Prestadoras de Servicios de Salud
ISAPRES	Instituciones de Salud Previsional
MINSA	Ministerio de Salud
MTPE	Ministerio de Trabajo y Promoción del empleo
OAA	Oficina de Atención al Asegurado
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PAUS	Plataforma de Atención al Usuario en Salud
PIDESC	Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales

RIAA	Registro Informático de Atención al Asegurado
SEPS	Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud
SUNASA	Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud
SUSALUD	Superintendencia Nacional de Salud
UGIPRESS	Unidad de Gestión de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud
HMA	Asociados Médicos de Hawthorn
MDS	Asociación Nacional de Fondos de Seguros Médicos

## **I. Introducción**

La salud y el logro del bienestar personal y social representa un derecho fundamental para las personas y comunidades, poder garantizar el pleno ejercicio de éste significa, como lo señala la Organización Mundial de la Salud (OMS), poner a su servicio una serie de normas, instituciones, leyes y un entorno propicio, de manera que se garantice de la mejor manera su disfrute por parte de cada individuo y su comunidad (1). La Declaración Universal de los Derechos Humanos<sup>1</sup> en su artículo 25 señala que *“Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios...”*(2).

La Constitución Política del Perú, en el artículo N° 7 señala que todos tienen derecho a la protección de su salud, la del medio familiar y de la comunidad, así como el deber de contribuir a su promoción y defensa (3). La normativa internacional y nacional implica que el estado debe generar un entorno propicio para el ejercicio de este derecho a partir de mecanismos de seguridad y protección social debidamente normados e institucionalizados. Es importante mencionar que el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CDESC), es el órgano que supervisa la aplicación del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales por los estados, mediante su Observación General N° 14, propone criterios para el cumplimiento del referido artículo 12 del PIDESC, desarrollando cuatro componentes del derecho cuyo cumplimiento por parte del

---

<sup>1</sup> Asamblea General de las Naciones Unidas en su resolución 217 A (III), del 10 de diciembre de 1948.

Estado garantizaría su protección, siendo estos componentes o elementos esenciales: la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad.

El Ministerio de Salud (MINSA), tiene la rectoría nacional del sector salud en el Perú, y la facultad para estipular políticas, siendo su misión gestionar un sistema de salud de calidad a nivel nacional, alineada a las políticas y lineamientos del sector, cimentadas en el reconocimiento del derecho a la salud y el principio de salud para todos. El Estado peruano a lo largo del tiempo ha implementado reformas orientadas a lograr que toda la población pueda contar con un servicio de salud accesible y de calidad (4).

El año 2007, con RM N° 589-2007/MINSA se aprueba el “Plan concertado nacional de salud”, donde se establece como uno de los problemas sanitarios la insuficiente calidad de los servicios de salud, y se plantea estrategias en tres niveles: en los objetivos sanitarios, en el sistema de salud y en los determinantes sociales. En lo que respecta a las estrategias del sistema de salud un aspecto fundamental es la participación de los ciudadanos, a quien les asiste el derecho de gozar con servicios de calidad que respondan a sus expectativas y necesidades, garantizando su protección integral (5).

En el año 1997 se fundó la Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud (SEPS), actualmente la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD), cuyo propósito es promover, proteger los derechos de la población respecto al acceso a los servicios de salud, así como supervisar que los servicios de salud sean otorgados

de manera oportuna y con calidad. A lo largo de los últimos años esta entidad ha emitido una serie de normas conducentes a fortalecer su rol y lograr los objetivos para la que fue creada.

Desde la Seguridad Social también se realizan esfuerzos para atender las insatisfacciones que surgen de las limitaciones en el sistema, tal es así, que mediante Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 217-PE-ESSALUD-2001 se implementó un órgano ad hoc dedicado a la defensa de los derechos de los asegurados y sus derechohabientes respecto a las prestaciones brindadas, con el propósito de corregir las deficiencias incurridas y, cumplir cabalmente con sus fines institucionales; creándose la Defensoría del Asegurado como órgano dependiente de Presidencia Ejecutiva, que a la actualidad según Resolución N° 656-PE-ESSALUD-2014 (6) es la denominada Gerencia Central de Atención al Asegurado (GCAA), como órgano de apoyo encargado de conducir el sistema de atención al asegurado en todas las Oficinas de Atención al Asegurado (OAA) a nivel nacional y depende de la Gerencia General.

Cabe precisar, que los reclamos interpuestos por los usuarios en EsSalud son presentados en las OAA, denominadas también Plataformas de Atención al Usuario (PAUS), que es el espacio donde se desarrollan las actividades destinadas a la atención y gestión de consultas y reclamos presentados por los usuarios ante las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS), Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) y Unidades de Gestión de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (UGIPRESS) buscando la

solución de la insatisfacción generada respecto del servicio de salud brindado; y deben abordarse según lo establecido en el Decreto Supremo N° 002- 2019-SUSALUD-SA: “Reglamento para la gestión de reclamos y denuncias de los usuarios de las IAFAS, IPRESS y UGIPRESS, públicas, privadas o mixtas”, en el que se indica el proceso para gestionar los reclamos (7), y en caso el reclamante no esté de acuerdo con la respuesta emitida, o no se le brinde una respuesta dentro de los plazos establecidos, pueden acudir ante SUSALUD, para interponer una denuncia.

Según reportes estadísticos de SUSALUD, en el año 2019 se procesó a nivel nacional 159 702 solicitudes, entre consultas 97 210 (60.9%), denuncias 53 201 (33.3%), peticiones de intervención 7 986 (4.0%) y quejas 1 305 (0.8%) de las diferentes IPRESS del MINSA, Gobierno Regional (GORE), EsSalud, IPRESS Privadas y Sanidades. Asimismo, mencionan que los derechos afectados y evidenciados en mayor número de reclamos fueron: acceso a la información 53 235 (33.3%), protección de otros derechos en salud 28 099 (17.6%); derecho a la atención y recuperación 15 713 (9.8%) (8). Por otro lado, según la institución que atendió al usuario se encuentran las IPRESS del MINSA y GORE con 83 814 (52.5%); IPRESS de EsSalud 39 427 (24.7%); IPRESS privadas 35 174 (22.0%), las Sanidades 856 (0.5%) y existe un 0.3% de casos que no se identificó a la institución (8).

Cabe precisar, que una de las formas en que los ciudadanos pueden ejercer plenamente su derecho a la salud, es accediendo a mecanismos viables y oportunos

que atiendan sus insatisfacciones, las cuales surgen de su atención en las diferentes instituciones prestadoras de servicios de salud; siendo necesario para ello que se instalen puntos de contacto que faciliten y garanticen la atención a sus demandas.

En ese sentido, el presente estudio planteó realizar una evaluación del funcionamiento de las Oficinas de Atención al Asegurado (OAA) e identificar los factores que dificulten el cumplimiento del reglamento para la gestión de los reclamos según la normativa vigente (D.S. N°002-2019-SA), a fin de desarrollar un procedimiento que permita la eficiencia en la gestión de los reclamos, considerando que con ello se contribuiría a mejorar la calidad de las prestaciones que se brindan en las diferentes IPRESS de EsSalud.

## **II. Planteamiento del Problema**

Las normas legales existen como formas regulatorias de prácticas y procesos esperados que deben cumplirse. En las instituciones que prestan servicios de salud, las normas buscan regular los procesos en las actividades asistenciales y administrativas a cumplirse; en el caso de los reclamos, la auditoría de contravención a las normas que las regulan se encuentra a cargo de SUSALUD, institución que protege los derechos en salud de los peruanos, para que el acceso a los servicios de salud sea otorgado con calidad, oportunidad, disponibilidad y aceptabilidad (1).

En esa perspectiva, es que se ha desarrollado instrumentos para supervisar los procesos específicos de la gestión de reclamos y el riesgo operacional inherente a ellos; sin embargo, es necesario indicar que los efectos de las normas y procedimientos de supervisión para generar modificaciones requieren analizarse en las diversas rutinas y deberes de las que esta imbuido el proceso de quejas y reclamos que acontecieron en diferentes contextos laborales de prestación y gestión de servicios de salud.

Un estudio de análisis de la situación de la PAUS del Hospital Nacional Dos de Mayo (HNDM), concluye que la falta de un sistema de información para la gestión de reclamos, genera diversas complicaciones tanto para la PAUS como para el nosocomio, siendo alguna de estas complicaciones la insatisfacción de los usuarios, la ineficiencia en la atención y respuesta de los reclamos, así como la falta de oportunidades visibles para mejorar los servicios asistenciales hospitalarios. La

investigadora también menciona que existen aspectos críticos expresados en desorden, desinterés y desinformación, que abarca desde los usuarios hasta los niveles internos del establecimiento de salud, que trae como consecuencia un deficiente servicio en la gestión de las insatisfacciones de los usuarios; y por otro lado, que los ciudadanos presenten con mayor frecuencia sus denuncias ante SUSALUD sin previamente haber presentado su reclamo ante la IPRESS, generando que no se procese dicha información en las IPRESS, ni se contemple un canal de comunicación que proporcione la información recibida por SUSALUD a las IPRESS (9).

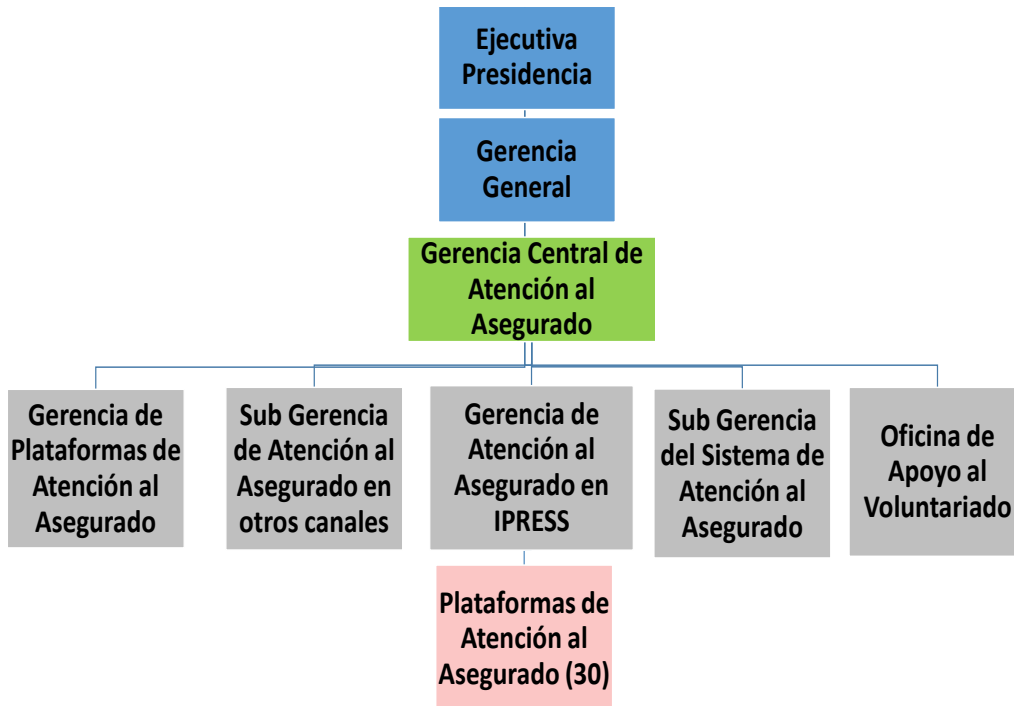
En otro estudio de las reclamaciones de los usuarios externos de un centro pediátrico de referencia nacional en Lima, los autores recomiendan estandarizar el motivo de reclamo, mencionando que no se ha encontrado una taxonomía o codificación estándar sobre los motivos de las reclamaciones que permitan ser comparables (10).

En el reglamento para la gestión de los reclamos según D.S.002-2019- SUSALUD-SA, se detalla que las IPRESS deben promocionar de manera obligatoria los derechos en salud de los ciudadanos, pero a pesar de su obligatoriedad, muchos de los ciudadanos las desconocen. Según la encuesta realizada a los usuarios de EsSalud por la consultora Realidades (2018), respecto a sí el concepto y los alcances de los derechos del asegurado han sido interiorizados por el público principal de EsSalud, el 51% de los asegurados declara no conocer sus derechos en relación a la prestación de los servicios que recibe. Esto nos permite inferir que no se puede

ejercer a cabalidad y con sustento, un derecho que no se conoce, más aún cuando se carece de información sobre las instancias y procedimientos para realizarlo. Por otro lado, no es clara la delimitación respecto de la justa reivindicación de los derechos de los asegurados, y sus obligaciones o responsabilidades, lo que puede devenir en reclamos injustificados.

EsSalud es una institución pública que garantiza el derecho a la Seguridad Social en sus diversas prestaciones, sin embargo, la variedad y complejidad de las prestaciones que brinda, no están exentas de dificultades y limitaciones que generan insatisfacción en los asegurados. Por esta razón actualmente cuentan con la Gerencia Central de Atención al Asegurado que es la unidad orgánica encargada de diseñar, implementar y conducir el sistema de gestión de atención al asegurado. Esta gerencia cuenta con dos gerencias de línea; la Gerencia de Plataformas de Atención al Asegurado (GPAA) y la Gerencia de Atención al Asegurado en las IPRESS (GAAIPRESS), siendo esta última la responsable del funcionamiento de las OAA (plataformas ubicadas físicamente en las IPRESS). Su implementación y adecuado funcionamiento debe ser garantizado por las Gerencias y Direcciones de las IPRESS. Asimismo, la OAA debe garantizar la permanencia del Libro de Reclamaciones en Salud durante el horario de atención de la IPRESS, como un mecanismo de participación a los asegurados en observancia al D.S N° 002- 2019 SA para la gestión de reclamos, consultas y sugerencias en el ámbito de su competencia.

**Gráfico N° 01:** Flujo de jerarquía y responsabilidad de las Oficinas de Atención al Asegurado en EsSalud



En diciembre 2019, EsSalud aprueba la “Directiva que establece las disposiciones aplicables para la atención administrativa del asegurado en las plataformas de atención y la gestión de los tiempos de espera”(11), dicho documento contempla lo estipulado en el D. S. N° 002- 2019 SA. Asimismo, en las IPRESS de EsSalud los reclamos son presentados en las OAA, de manera presencial, virtual y a través del Libro de Reclamaciones e ingresados a un Registro Informático de Atención al Asegurado (RIAA), que es una aplicación web que soporta el procedimiento de atención del reclamo y otras solicitudes (petitorios, consultas y sugerencias), y cada delegado responsable de atender los casos desarrolla sus criterios particulares respecto al manejo de la información contenida en los reclamos, con el propósito

de ofrecer una solución y mantener a los usuarios satisfechos con la atención recibida. Cabe destacar que la información y gestión de los reclamos no se hace de conocimiento público a la ciudadanía, ni se comparte información entre las mismas IPRESS de EsSalud, con lo cual se permitiría llegar a consensos sobre cómo solucionar ciertos reclamos que puedan ser repetitivos en los diferentes establecimientos.

Por otro lado, se identificaron reclamos sin resolver que datan de años 2018 al 2022, lo cual evidencia que existen aspectos que afectan la eficiencia del procedimiento en la gestión de los reclamos, incumplimiento en los plazos establecidos por la norma regulatoria y la consecuente incomodidad y desconfianza de los asegurados respecto a la entidad. La Encuesta Socioeconómica de acceso a la salud de los asegurados de EsSalud, señala que las principales razones para desconfiar de EsSalud son: los tiempos de espera (82.4%), seguido de maltrato (45.7%), las negligencias (27.4%) y la corrupción (14.0%) (12).

En un estudio sobre reclamaciones y satisfacción del usuario en un hospital de EsSalud se concluyó que los procesos de atención prestacionales y administrativos no son los más adecuados para los usuarios externos. Estos procesos son lentos, ineficientes, con falta de actitud, empatía y atención humanizada, por lo que la autora, recomienda elaborar planes de mejora para establecer estrategias y acciones correctivas que contribuyan a mejorar dichos procesos (asistenciales y administrativos), que repercutan de manera directa en la satisfacción del paciente y en la reducción del número de reclamos (13).

Por lo anteriormente descrito, el presente estudio consideró que existían factores de índole procedimental, administrativo y tecnológico, que dificultan el cumplimiento eficiente de la atención del reclamo y del cumplimiento del reglamento para la gestión de éstos. Para ello, se realizó una primera fase de diagnóstico situacional del funcionamiento de las OAA y de cómo se efectúa la atención de los reclamos en 06 IPRESS de EsSalud de las Redes Rebagliati, Almenara y Sabogal.

En una segunda fase, luego de analizar la información recopilada, se diseñó un nuevo procedimiento para la atención del reclamo, el cual también debía contribuir con el cumplimiento del reglamento para la gestión del reclamo.

Y por último en una tercera fase de implementar el nuevo procedimiento y evaluar su impacto en la atención del reclamo.

Siendo la pregunta de investigación: ¿Cuáles son los factores que afectan la adecuada gestión de los reclamos en las plataformas de atención al asegurado, que aporten a la elaboración de un nuevo procedimiento que permita optimizar la gestión de los reclamos en las PAUS de EsSalud?.

### **III. Marco Teórico:**

La búsqueda de un servicio de calidad en el sector salud es una preocupación a nivel mundial, las experiencias internacionales muestran cómo algunos de estos procesos han ido evolucionando debido a nuevas evidencias que sugieren cambios dado que el sistema de salud es un sistema dinámico al igual que las expectativas de los usuarios. Entre las experiencias internacionales de modelos que atienden las controversias entre usuarios y prestadores de servicios de salud tenemos a los siguientes países:

#### **3.1 Modelo de atención de la queja médica en México**

El Estado mexicano ha implementado instituciones especializadas para que defiendan los intereses de la sociedad; como la Procuraduría Federal del Consumidor, Procuraduría Federal de Defensa del Trabajo, la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de los Servicios Financieros y en el año 1996, se crea por Decreto Presidencial la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) (14).

La CONAMED es una instancia especializada que propicia el acercamiento entre los usuarios de los servicios de salud y los prestadores a fin de dirimir controversias derivadas de la prestación médica, contribuye también a tutelar el derecho a la protección de la salud, y mejorar la calidad de las prestaciones. Este órgano considera que es importante aprender de la queja, conocerla y analizarla con el objeto de fortalecer la prevención, mejorar la calidad de los servicios de salud y la seguridad del paciente (15).

Las insatisfacciones que se presentan ante la CONAMED, son atendidas en base a un modelo de atención cuya metodología permite explorar y analizar las quejas. Este modelo permite satisfacer las expectativas de los usuarios a través de los diferentes servicios que ofrecen, como orientar, brindar asesoría especializada, gestionar de manera inmediata, y admitir la queja para iniciar un proceso arbitral buscando una solución a través de la conciliación o arbitraje.

La atención de las inconformidades se inicia con la recepción del usuario quien hace de conocimiento a la Comisión su caso ya sea de forma presencial, por correspondencia, vía correo electrónico o vía telefónica. El usuario manifiesta los hechos que motivan su actuar al considerar que existen probables irregularidades en la prestación de los servicios de salud recibidos (15). El modelo de atención de la queja médica consta de tres etapas:

- La primera etapa de orientación, asesoría y gestión; etapa en la cual se recibe y brinda una atención inicial al paciente con información y orientación. Si el caso amerita se le brinda también una atención profesional a través de un psicólogo, médico o un abogado, y se realiza una gestión inmediata ante la institución correspondiente. Si con la reunión no se llega a una solución, se documenta una queja y se realiza una asesoría especializada que pueda dar fin al conflicto en ese momento; de lo contrario se documenta la queja y pasa a la segunda etapa, que es la atención a través de la conciliación.
  
- En la conciliación, se reúnen generalmente un médico, un abogado, el prestador

del servicio y el usuario, a fin de que se llegue a un acuerdo. Si esto no sucede, entonces pasa a un arbitraje.

- En el área de arbitraje, se reciben y realizan dictámenes médicos institucionales, a petición de la procuraduría de justicia y de los órganos internos de control de la administración pública (16).

Según sus atribuciones y competencias conferidas, la CONAMED analiza los asuntos presentados por los usuarios bajo el esquema de probables desviaciones en la prestación de los servicios médicos, para ello aplican un modelo centrado en la persona, incluyendo la perspectiva psicosocial y sus repercusiones jurídicas.

La CONAMED en su reporte anual 2019, indica que recibió 17 358 quejas relacionados a la prestación de los servicios médicos, y las formas de resolución de éstas fueron: 9 856 (57.4%) a través de orientaciones, 4 135 (21.1%) asesorías especializadas, 1 781 (10.4%) gestiones para la atención médica y admisión 1 410 (8.2%) (17).

### **3.2 Atención de quejas e inconformidades en Costa Rica**

En Costa Rica, en relación a la historia de la atención de quejas e inconformidades se abordan en dos ámbitos: a nivel país y a nivel institucional.

- A nivel país en el año 1993 se creó el Sistema Nacional de Contraloría de Servicios para las Instituciones Públicas, a través de un Decreto Ejecutivo del Ministerio de Planificación, y específicamente para el sector salud se crea la Ley

8239 en el año 2002, denominada “Ley de Derechos y Deberes de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud Públicos y Privados”, cuyo reglamento entró en vigencia el año 2005 (18).

- A nivel institucional, se crea el Sistema de Información, Orientación y Atención de Quejas (1985), implementándose las primeras Oficinas de Contraloría de Servicios. Posteriormente crearon la Superintendencia General de Servicios de Salud (1998), y luego la Junta Directiva de la Caja Costarricense (2004). Al no cumplir con las expectativas para las que fueron creadas, se realizó una reestructuración creando la Dirección Institucional de Contralorías de Servicios de Salud que actualmente vienen funcionando.

La Contraloría de Servicios de Salud, es un órgano asesor, canalizador y mediador de los requerimientos que realizan los usuarios de los servicios de salud, que contribuye con el logro de los objetivos organizacionales y la calidad de los servicios, a través de su apoyo, guía y asesoría a los encargados de tomar decisiones (19).

La metodología que utiliza para atender las quejas se basa en los principios que dicta la Ley 8239 así como en su Reglamento. Estas son directrices administrativas que contemplan a qué, quién, en qué momento, en qué tiempo y de qué manera las personas pueden presentar una queja. Establecen también el proceso de la gestión del trámite: tiempo, la investigación preliminar y la resolución; así como a qué

instancias puede acudir el usuario en caso no esté de acuerdo con la resolución que emite la contraloría (18).

En el artículo 10° de la Ley 8239 señala que la instancia que debe atender las quejas son las Contralorías de Servicios. Por ello cada nosocomio público o privado, debe contar con una oficina a cargo de un Contralor de servicios (persona encargada de atender las quejas que presenta el usuario). Esta oficina realiza para su atención una investigación preliminar y solicita los descargos a los involucrados. La mayoría de casos los resuelve de manera inmediata, realizando gestiones in situ con el personal del nosocomio. En los nosocomios donde no hay Contralor, las quejas se interponen en la dirección médica, y un porcentaje pequeño son interpuestos directamente en la vía judicial o la Sala Constitucional. La información de dichos casos no se encuentra en los registros de la Contraloría de Servicios (18).

En el artículo 18° de la Ley, se establece que cada nosocomio tiene la obligación de proporcionar un ambiente adecuado para que funcione la Contraloría de Servicios, el cual debe ser accesible al público y estar ubicados en las áreas donde existe la mayor concentración de la población que asista al establecimiento. La Contraloría de servicios también efectúa cursos de inducción sobre los derechos y deberes de los usuarios dirigido al personal médico, administrativo y demás profesionales cuando ingresan a trabajar a una institución de salud. La Contraloría realiza capacitaciones continuas y publica información relacionada con la atención de las quejas. Por otro lado, una de sus iniciativas es llegar más a la comunidad, por lo cual se reúne con la población a fin de informarle sobre sus derechos y deberes,

sobre la utilización de los servicios de salud y el procedimiento de atención de una queja, enfatizando que no tengan temor de presentarla porque su abordaje se hará con la mayor confidencialidad (18).

En un estudio donde se evaluaba a las Contralorías de servicios a partir del planeamiento y ejecución de sus actividades durante el periodo 2005 – 2007, se concluyó que las Contralorías ejercidas a tiempo completo y cuyos responsables son independientes de jerarquías intermedias, tenían un cumplimiento mayor de las funciones reactivas y proactivas que de ellas se esperan. En general en las Contralorías de Servicios existe una debilidad orgánica que perjudica la ejecución de sus funciones denominándoseles Contralorías de baja intensidad. Esto redujo su función a ser receptoras de quejas, por lo cual los autores sugirieron diseñar y poner en marcha un índice nacional del trato en las IPRESS (19).

### **3.3 Trámite de atención de quejas médicas en Chile**

En Chile las quejas médicas se tramitaban directamente en los Tribunales de Justicia, hasta que en el año 2005 se gestó una Reforma en el sector salud que estableció cuatro leyes trascendentales: la ley de financiamiento, ley de autoridad sanitaria, ley AUGE (Acceso Universal de Garantías Explícitas) y la ley de ISAPRES (Instituciones de Salud Previsional). De ellas, se destaca la Ley AUGE el cual hace mención al tema de las quejas médicas, y adiciona funciones a la Superintendencia de Salud, entidad que solo fiscalizaba y regulaba a los seguros de salud privados. La Superintendencia a partir de ese año también regula los seguros

de salud públicos y acreditan a los prestadores médicos, actuando como garantes de acceso, calidad, oportunidad y protección financiera.

En la Ley AUGE se indica cómo debe ser el trámite de atención de quejas médicas. También establece que antes de iniciar una acción judicial en contra de un establecimiento público, privado, o un profesional de la salud, debe previamente someter su queja a un procedimiento de mediación. El objetivo es lograr una solución extrajudicial mediante la comunicación directa entre las partes con la intervención de un Mediador.

En la Ley AUGE se establecen también las modalidades de mediación, si se trata de quejas contra los profesionales o un establecimiento de salud público, la mediación se realiza en el Consejo de Defensa del Estado. En caso sea en contra de un establecimiento de salud privado, la mediación se desarrolla ante mediadores autorizados por la Superintendencia de Salud.

- El Consejo de Defensa del Estado, tiene como función principal defender, representar y asesorar jurídicamente al Estado, en sus intereses patrimoniales y no patrimoniales contribuyendo con mantener el Estado de derecho. En el año 2004 con la Ley 19.966 se creó la Unidad de Mediación, cuya responsabilidad es administrar los recursos destinados para la operatividad del sistema de mediación prejudicial entre los usuarios y los prestadores del sistema de salud público (20). Esta Unidad de Mediación capacita a los funcionarios del Consejo de Defensa para que se hagan cargo de las mediaciones, actualmente se encuentran en cada una de

las regiones del país. Las características de esta mediación es la gratuidad para las partes, en caso de llegar a un acuerdo económico, existen montos determinados de indemnización según el daño.

- La Superintendencia de Salud tiene como misión garantizar la regulación y fiscalización de calidad que contribuya a mejorar el desempeño del sistema de salud chileno y velar por el cumplimiento de los derechos de las personas. Crea una Unidad de Mediación cuya responsabilidad es recibir y tramitar las quejas en contra de los establecimientos de salud privados. Tiene también a su cargo administrar un registro de Mediadores, que son funcionarios de la Superintendencia y están acreditados por ellos. La característica de esta mediación es que tiene un costo que debe ser asumido por las partes. Otra característica es que el establecimiento de salud privado tiene la facultad de rechazar la mediación, y de ser ese el caso la Superintendencia de Salud emite un Certificado al reclamante certificando que la mediación fracasa (21).

Las mediaciones que se realizan tanto en el Consejo de Defensa del Estado como en la Superintendencia de Salud, tienen un plazo de trámite de 60 días a partir de la primera citación a la audiencia, y puede ser prorrogado como máximo y si es que así lo desean las partes hasta 120 días (22).

Según información de la Superintendencia de Salud, en el año 2006 el Consejo de Defensa recibió 1939 solicitudes de mediación, mientras que la Superintendencia de Salud recibió 735. Dicha diferencia se debe a que las prestaciones de salud

otorgadas por los servicios públicos son mayores a las que otorgan los servicios privados. En relación al logro de acuerdo entre las partes durante el periodo 2006 al 2008: el Consejo de Defensa logró 18% de acuerdo y la Superintendencia de Salud un 13% de acuerdo (22).

Desde que se incluyó la mediación en el año 2006, los resultados han sido bastante eficientes en relación al tiempo de atención, dado que al comparar entre lo que demora en promedio un reclamo arbitral (122 días), un reclamo administrativo (54 días) y la mediación (26 días), se puede evidenciar que los tiempos de atención son más cortos (22).

#### **3.4. Atención de reclamos, consultas y sugerencias en Perú**

El Lineamiento de Política del sector salud en Perú para la democratización de la salud, busca garantizar el derecho a la salud como un derecho fundamental, que abarque la promoción, prevención, recuperación y tratamiento; así como el acceso universal a los servicios y prestaciones de salud, al reconocimiento de los derechos ciudadanos, con énfasis al respeto de la dignidad e intimidad, el libre acceso a la información y otros derechos vinculados.

El sistema de salud peruano en mayo 1997 creó la Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud (SEPS) cuya función era regular y supervisar el funcionamiento de las IPRESS y cautelar el uso correcto de sus fondos. Posteriormente, en abril 2009 se promulgó la Ley N° 29344 “Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud”(23), y sobre la base del SEPS crea la

Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud (SUNASA), encomendándole las funciones de supervisar a las IPRESS, y por otro lado, de registrar, supervisar y regular a las IAFAS.

Por disposición legal, mediante Resolución de Superintendencia N°160-2011-SUNASA/CD se aprueba el reglamento de atención de reclamos y quejas de los usuarios de los establecimientos de salud (24), incluso por D.S. N° 026-2015-SA el Instituto Nacional de Defensa de la competencia y de la protección de la propiedad intelectual (INDECOPI), que es el organismo encargado de la defensoría del usuario transfirió sus funciones a SUNASA con el fin de que éste tenga gobernabilidad sobre el sistema de reclamos en el sector salud (25). En diciembre 2013, la SUNASA cambia su denominación a Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD) siendo fortalecida por el estado con el objeto de promover, proteger y defender los derechos de las personas usuarias al acceso de las diferentes IPRESS públicas y privadas, así como supervisar que dichas prestaciones sean otorgadas con calidad, disponibilidad, aceptabilidad y oportunidad.

En julio 2016, se aprueba el Reglamento de atención de reclamos y quejas de los usuarios mediante D.S. N°030-2016-SA el que señala que toda IPRESS desde el primer nivel de atención - categoría I4 en adelante debe contar con una PAUS, siendo éste un espacio físico donde los usuarios pueden interponer sus reclamos respecto a los servicios brindados por el establecimiento de salud de manera gratuita y con todos los medios de accesibilidad posible (26). En el año 2019 se aprueba mediante D. S. N° 002-2019-SA, el nuevo “Reglamento para la gestión de reclamos

y denuncias de los usuarios de las IAFAS, IPRESS y UGIPRESS públicas, privadas o mixtas”, norma actualmente vigente para ser implementada en las PAUS (7), en la que se indica el proceso de atención de reclamos.

#### 3.4.1 Ministerio de Salud:

Como parte de la estrategia de participación ciudadana, orientada a promover el protagonismo de los usuarios y de los prestadores de salud de manera conjunta, y que cada uno ellos ejerza sus derechos y responsabilidades es que en mayo 2005, mediante D. S. N° 011-2005-SA el Ministerio de Salud en su compromiso de fortalecer la transparencia en la gestión, promover la protección y defensa del derecho a la salud, se crea la Defensoría de la Salud y Transparencia, como órgano dependiente del Despacho Ministerial. Posteriormente, mediante D.S. N° 023-2005- MINSa, le atribuyen sus funciones y pasa a depender del Despacho Viceministerial.

La Dirección General de la Defensoría de Salud y Transparencia tiene dos grandes áreas, un área de INFOSALUD que ve el tema de transparencia y acceso a la información pública, y un área de Defensoría, que tiene sub áreas legales y de salud.

#### - INFOSALUD- Central de Información en Salud

Es un área dependiente de la Defensoría de Salud y Transparencia (DST) que conduce una línea telefónica gratuita de orientación e información, constituyendo un espacio de proximidad y diálogo entre los ciudadanos y el

Estado. Entre sus funciones está promover estilos de vida saludables y el acceso a la información pública durante las 24 horas, los 365 días del año, también recibe quejas relacionadas con las atenciones que reciben los usuarios en las diferentes IPRESS que pertenecen al MINSA para su posterior derivación al área defensorial de la DST.

- La Defensoría de la Salud y Transparencia

El área defensorial está conformada por un equipo multidisciplinario de profesionales de la salud y administrativos, sus intervenciones se inician cuando llegan las quejas de manera presencial, telefónica o escrita, siendo atendidas por los colaboradores denominados Defensores de la salud y se encuentran en los módulos de atención ubicados en los diferentes hospitales e institutos del MINSA. Entre sus funciones está el ser responsable de la vigilancia del ejercicio y defensa de los derechos, deberes y responsabilidades de los usuarios de los servicios de salud, de la ética y transparencia de la gestión administrativa.

El defensor es quien interviene directamente en el establecimiento donde se presenta la insatisfacción, conversa con el director o profesionales del hospital brindando muchas veces una solución inmediata al problema. En caso el problema sea de mayor complejidad, el defensor se comunica con el equipo técnico de la DST, para que evalúen el problema y se tomen las decisiones que consideren necesarias, llegando algunas veces a realizarse una visita de oficio, recopilan información de las deficiencias o de cómo se está brindando las

atenciones en el establecimiento, y elaboran un informe al despacho del Viceministro, para que los temas de insatisfacción se tomen en consideración y se inicie un procedimiento para solucionarlos.

La base normativa de la DST era la Resolución Ministerial 603-2007, que aprueba la *“Directiva administrativa que regula el procedimiento para la atención de consultas, sugerencias, quejas y las solicitudes de interposición de buenos Oficios y consejería en la Defensoría de salud y transparencia del Ministerio de Salud”*(27).

Asimismo, con Resolución Ministerial 421-2008/MINSA, se aprueba la *“Constitución de módulos de promoción y difusión de derechos en salud en los establecimientos de salud, los cuales estarían a cargo de la Defensoría de la Salud y transparencia”*, que son un espacio físico donde se presta el servicio, los Defensores informan a los usuarios sobre todo tipo de atenciones en salud que existe en ese hospital, así como brinda atención a sus reclamos (28), y actualmente se rigen a lo estipulado en el D.S. N°002-2019- SUSALUD-SA.

Cabe precisar, que la Dirección General de DST solo tiene competencia en los hospitales e Institutos del Ministerio de Salud. En el caso de la Seguridad Social, ésta depende del Ministerio de Trabajo y Promoción del empleo (MTPE); y el MINSA no tiene competencia en cuanto a su funcionalidad, pero si en temas de rectoría, tanto en los hospitales e institutos de la Seguridad Social

como en los hospitales de las Fuerzas Armadas, Policía, Municipalidades e IPRESS privadas.

#### 3.4.2 Seguro Social de Salud

EsSalud es una institución pública, cuya finalidad es garantizar a sus asegurados y derechohabientes el otorgamiento de las prestaciones de salud, económicas y sociales que correspondan al régimen contributivo de la Seguridad Social de conformidad con el artículo 1° de la Ley 27056. A este fin institucional se encuentran alineados los tres pilares establecidos para la actual gestión: 1) El asegurado como centro de toda decisión; 2) Priorizar la prevención y promoción de la salud y 3) Fortalecer el primer nivel de atención; sin embargo, la variedad y complejidad de las prestaciones que brinda no están exentas de dificultades y limitaciones que generan insatisfacción en los asegurados.

Con Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 217-PE-ESSALUD-2001 se crea la Defensoría del Asegurado como órgano de apoyo de la Presidencia Ejecutiva responsable de acercar a los usuarios y a la institución, siendo un mediador permanente de situaciones de conflicto frente a casos de vulneración de derechos y cuyo propósito era corregir las deficiencias incurridas. Posteriormente mediante Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 767-PE-ESSALUD-2015 se cambia de denominación y funciones de Defensoría de Atención al Asegurado a la de Gerencia Central de Atención al Asegurado como órgano de apoyo de la Gerencia General, responsable de conducir el

sistema de atención al asegurado a nivel nacional, así como monitorear el nivel de satisfacción del asegurado respecto a las prestaciones que brinda EsSalud (29).

La GCAA, cuenta con dos gerencias de línea; la GPAA responsable del funcionamiento óptimo del sistema de gestión de atención al asegurado de todas las plataformas que no están ubicadas físicamente en las IPRESS; atienden consultas respecto a los servicios, prestaciones o coberturas de las IAFAS y/o prestaciones económicas y sociales de EsSalud; y la GAAIPRESS, responsable del funcionamiento del sistema de gestión de atención al asegurado en todas las plataformas ubicadas físicamente en las IPRESS para la atención de consultas, reclamos, petitorios y sugerencias a través de sus diferentes canales de ingreso, siendo actualmente 135 OAA a nivel nacional, y cuyas definiciones de las diferentes solicitudes de intervención son:

- Reclamo: Manifestación verbal o escrita efectuada ante la IPRESS por un usuario o tercero legitimado ante una insatisfacción respecto de los servicios, prestaciones o coberturas solicitadas o recibidas de estas, relacionadas a su atención en salud.
- Consulta: Solicitud de información y/u orientación relacionada a los derechos de los usuarios de los servicios de salud, presentada por una persona natural o jurídica a la IPRESS.

- Petitorio: Constituye una solicitud de gracia o pedido humanitario que efectúan los usuarios con relación al servicio de salud que se les brinda, que no impliquen los supuestos para formular un reclamo.
- Sugerencia: Solicitud que sugiere la realización de determinadas acciones relacionadas al servicio que se brinda.

Las principales funciones de la GAAIPRESS son velar por el adecuado funcionamiento de las OAA y garantizar la permanencia del Libro de Reclamaciones en Salud como mecanismo de participación, así como garantizar la oportunidad en la respuesta de las áreas administrativas y asistenciales.

La GCAA cuenta con un registro informático denominado Registro Informático de Atención al Asegurado (RIAA), que es un aplicativo destinado al registro de las solicitudes efectuadas por los usuarios respecto a los servicios, prestaciones o coberturas que otorga ESSALUD, de manera automatizada.

El procedimiento de atención de reclamos en las IPRESS de EsSalud está regulado por la Directiva de Gerencia General N° 34-GCAA-ESSALUD-2019 V01, documento elaborado por el Seguro Social, el cual contiene lo dispuesto en el D.S.002-2019-SA-SUSALUD, y señala lo siguiente:

A. Admisión y registro de reclamos en las IPRESS

El personal de la OAA recibe el reclamo de parte del usuario de manera presencial o a través del Libro de Reclamaciones en salud físico y/o virtual y lo registra en el aplicativo RIAA, así como todas las atenciones y acciones que se efectúen en su trámite.

Si el usuario acude de manera presencial a la OAA, el registro del reclamo lo realiza con la orientación de un delegado, a fin que llene todos los campos de la Hoja de Reclamación para luego evaluar su admisión en cuanto a su complejidad e impacto. Posteriormente el delegado identifica posibles acciones inmediatas y clasifica el reclamo. Luego procede a derivar el reclamo a la máxima autoridad de la IPRESS. En caso el reclamo no pueda resolverse de manera inmediata y requiera de una investigación sumaria, éste tiene que realizarse antes de los 30 días hábiles.

B. Resultado del procedimiento de reclamos en las IPRESS

El responsable del proceso donde se originó la insatisfacción, debe elaborar un informe que consolide toda la información de los involucrados, consignando: descripción de los hechos que dieron lugar al reclamo, medidas adoptadas, análisis de los hechos y resultado del reclamo, señalando si es fundado, infundado o improcedente. Cuando el reclamo resulte fundado, se agrega en el informe las acciones ejecutadas que adopta la IPRESS y las medidas correctivas que se aplicarían para mejorar los procesos.

### C. Resultado del reclamo en las IPRESS

Una vez efectuada la investigación y contar con la respuesta, ésta debe ser notificada al reclamante, adjuntando el informe de resultado elaborado por el área involucrada, ya sea de forma escrita o por correo electrónico, esta emisión deberá estar firmada por la máxima autoridad de la IPRESS, sin exceder el plazo de 30 días hábiles, y contemplar en la comunicación de manera obligatoria, el siguiente texto: *“De no encontrarse de acuerdo, o disconforme con el resultado del reclamo, o ante la negativa de atención o irregularidad en su tramitación, puede acudir en denuncia ante la Superintendencia Nacional de Salud - SUSALUD; o hacer uso de los mecanismos alternativos de solución de controversias ante el Centro de Conciliación y Arbitraje - CECONAR de SUSALUD”*.

#### **3.5. Factores a considerar para la gestión de los reclamos**

La administración de las reclamaciones es fundamental para la gestión de los riesgos sanitarios. En la realización de una encuesta de evaluación comparativa de la infraestructura de 109 sistemas hospitalarios encuestados en el 2007 en Estados Unidos, se identificó a la gestión de reclamaciones como la segunda función laboral más alta para los administradores de riesgos, ubicándose detrás de la gestión de litigios y delante del desarrollo del programa de seguridad del paciente (30).

Por otro lado, la evaluadora menciona que la gestión ineficaz de las reclamaciones puede conducir a demandas inesperadas sobre las reservas de inversión, y su publicidad adversa puede perjudicar al activo más valioso de una institución: su

“reputación”. Por lo cual, sugiere gestionar de manera eficiente las reclamaciones considerando para ello los siguientes factores:

1. Tener un manual de reclamaciones, que sirva como herramienta de enseñanza para los nuevos empleados.
2. Definir bien el proceso para la atención de los reclamos, que contribuya a que el proceso sea más ágil.
3. Responder la reclamación en el plazo establecido por ley, el no hacerlo podría poner en peligro el derecho a defenderse de la institución.
4. Desarrollar y utilizar un enfoque organizado y sistematizado para monitorear todas las reclamaciones abiertas y potenciales.
5. Tomar decisiones a tiempo, más aún si el caso amerita una resolución temprana a través de un acuerdo o defensa.
6. El administrador debe mantenerse al tanto de los cambios regulatorios (30).

En el estudio se considera qué, a pesar de contar con programas de seguridad del paciente en la asistencia sanitaria, los eventos que pueden dar lugar a las reclamaciones son inevitables. Por tanto, la gestión efectiva de las reclamaciones, o realizar auditorías de la gestión de las reclamaciones son una forma de preservar los activos de la organización (30).

Según Matthew Nivison, asegurarse que los clientes cumplan con pagar por un servicio recibido, se ha convertido en una tarea desafiante. Por lo cual, considera que con la ayuda de la tecnología automatizada y la web se puede ayudar a las

organizaciones sanitarias a gestionar mejor las reclamaciones, contribuyendo a ser más eficiente y ágil el proceso de trabajo interno (31).

Ejemplo de ello sucedió en Asociados Médicos de Hawthorn (HMA), para quienes la principal preocupación era la incapacidad de la cámara de compensación para presentar reclamaciones electrónicas ante sus principales pagadores. Esta deficiencia retrasaba el pago y daba lugar a muchas negativas de parte de algunos de los pagadores, quienes manifestaban no tener constancia que se hubiera recibido las reclamaciones. Por ello HMA no podía probar la presentación oportuna de las mismas, perdiendo miles de dólares, y sí recibía información pasaban alrededor de 30 a 60 días. Es así que HMA toma la decisión de implementar un sistema de tecnología que le permitió realizar la transferencia electrónica de las reclamaciones a todos los pagadores, resultando en una reducción en los retrasos y denegaciones en un 6.0%, y en los días de las cuentas por cobrar en un 16.0%. Así también en lugar de esperar de 30 a 60 días para una explicación de beneficios, el personal de HMA podía ahora realizarlo en 72 horas o menos (31).

En Alemania no existe una estadística federal oficial sobre negligencia médica. Los juicios de responsabilidad médica de derecho civil contra médicos u hospitales no se registran estadísticamente a nivel nacional. Aun así, las estadísticas actuales por el servicio médico de la Asociación Nacional de Fondos de Seguros Médicos (MDS), así como las comisiones de expertos y juntas de arbitraje de la profesión médica durante los años 2013-2018 mencionan que anualmente tienen entre 13 500 y 15 100 informes de negligencia médica del servicio médico (32).

Según los seguros de salud, de los 14 100 informes creados en el año 2018 respecto a la opinión de negligencia médica, el 75.3% fue una alegación de negligencia de casos no confirmados y solo el 24.7% de los casos confirmaron la alegación de error de tratamiento. En ese sentido, los médicos priorizan más el tema de informar de manera oportuna y detallada a los pacientes sobre los tratamientos médicos a realizar, a fin de evitar verse inmersos en un futuro reclamo o juicio (32).

Otro de los factores a considerar según un artículo de Health Forum, para un programa de gestión de reclamos es determinar si la organización ha delineado claramente el procesos y metas relacionadas a la gestión de las reclamaciones; por otro lado, si tiene las herramientas para evaluar las fortalezas del programa, a fin de comparar ambas informaciones e identificar las oportunidades de mejora. Para ello, menciona que el supervisor debe evaluar el desempeño de cada profesional y solicitar los resultados de forma regular para asegurar que la organización logre una financiación eficaz, con resultados eficientes, así como el cumplimiento de los requisitos reglamentarios para la presentación de los informes de reclamaciones, manteniendo siempre la confidencialidad de la información del paciente (33).

En el Servicio de quejas dentales en Londres, una organización financiada por el Consejo Dental General, indica que el 83.0% de las quejas recibidas en ese servicio se referían al dolor o los costos del tratamiento, y menos del 40.0% de los pacientes querían una compensación económica. Esto demostraba que los pacientes no tenían expectativas obvias respecto al manejo de sus quejas. Por lo cual, el autor sugiere que los médicos deben demostrar sus habilidades de comunicación, sobre todo en

la comunicación no verbal, dado que tiene una influencia significativa en los niveles de satisfacción del paciente respecto al resultado del tratamiento. Otro aspecto que recomienda es brindar más tiempo a los pacientes durante el tratamiento. Por último menciona que con el simple hecho de ser amable, empático y reconocer su dolor y ansiedad puede contribuir en gran medida a crear un compromiso real en la relación médico-paciente. Esto permitirá evidenciar un real involucramiento del profesional con la atención del paciente, evitando con ello las quejas en los servicios (34).

La experiencia del paciente se considera como uno de los tres pilares de la calidad en el cuidado de salud, junto con la seguridad del paciente y los resultados clínicos. Proporcionar retroalimentación de la experiencia de los pacientes y fomentar abordar los problemas con el equipo de salud contribuye a mejorar la calidad de las prestaciones, asegurando que los servicios de salud cumplan con sus objetivos. Sin embargo, su uso en la gestión hospitalaria sigue siendo limitada (35).

La retroalimentación por parte del paciente se puede definir como el registro de la perspectiva del paciente sobre la calidad de la atención recibida con el propósito de aprender a mejorar los procesos y la experiencia del paciente. El término "retroalimentación del paciente" se puede utilizar para describir varios tipos de retroalimentación formal, incluidos los niveles de satisfacción del paciente, experiencia, opiniones y valoraciones de la atención en términos de accesibilidad, continuidad y calidad (36). Por ello, deben definirse indicadores utilizando metodologías de mejora y criterios científicos proporcionando claridad sobre los procesos, resultados esperados, métricas para definir objetivos y priorización de las

principales acciones sobre la experiencia del paciente. Por último, el uso de la tecnología que permita registrar las manifestaciones de los pacientes, puede ser una alternativa para ampliar la perspectiva de los pacientes al momento de la atención.

#### **IV. Justificación de la Investigación**

En la actualidad no hay sistema de salud que no tenga muestras de insatisfacción por parte de los usuarios en relación a los servicios que reciben de éstos. Por lo cual, es necesario conocer los factores que afectan la adecuada atención de los reclamos. A partir de ello, diseñar un procedimiento que permita optimizar la gestión de los reclamos en las PAUS, y así lograr que todo usuario que llegue a requerir una atención logre resolver sus exigencias u obtener una respuesta en el plazo más corto posible y cumplir con la normativa reglamentaria vigente respecto a la gestión de los reclamos.

La información generada por los reclamos contribuirá con la gestión de la entidad, dado que dicha información está entrelazada con las falencias que menciona el usuario por la atención recibida en la institución, asimismo contribuirá a que el potencial de reclamos con motivos similares sea reducido y/o atendidos con inmediatez.

En ese sentido, el presente estudio de investigación considera que un nuevo procedimiento de atención de reclamos para las PAUS de EsSalud permitirá su homogenización en su atención e implantará criterios comunes para la recepción, tramitación y resolución de los reclamos. Adicionalmente permitirá identificar y resolver los problemas que causen mayores insatisfacciones a través de acciones gerenciales mediatas e inmediatas, y por último que en el flujo de atención se admita documentar la información.

## **V. Objetivos:**

### **Objetivo General**

Establecer los factores que afectan la adecuada gestión de los reclamos en las plataformas de atención al usuario, para elaborar y evaluar un nuevo procedimiento que optimice la gestión de los reclamos en los establecimientos de salud de EsSalud, en el marco de la normativa vigente.

### **Objetivos específicos**

1. Identificar las necesidades y demandas según grupos de interés: delegados, coordinadores, funcionarios y/o profesionales de las IPRESS, que intervengan en la gestión y atención de reclamos.
2. Diseñar el procedimiento de atención de reclamos para las PAUS de EsSalud
3. Implementar el procedimiento de atención de reclamos en las PAUS de EsSalud.
4. Evaluar el impacto en el tiempo de respuesta del procedimiento de atención de reclamos implementado.

## **VI. Metodología**

### **6.1 Diseño del estudio:**

Es una investigación con metodología mixta (cuali y cuantitativa), que permitió obtener una perspectiva más amplia y profunda de la gestión de la atención de los reclamos en las Oficinas de Atención al Asegurado de las IPRESS de EsSalud.

### **6.2 Operacionalización de Dimensiones y Variables:**

#### **6.2.1. Dimensiones del análisis cualitativo**

Las dimensiones de análisis conceptualmente representan variabilidad y calidad de la data. La matriz de dimensiones de análisis cualitativa proporciona una estructura para mirar la realidad a partir de temas que se usan para organizar la guía de preguntas. Estos contenidos según su densidad y riqueza son verificados como categorías analíticas que se presentan en los resultados.

Objetivo específico	Dimensión	Categorías	Preguntas orientadoras
Identificar las necesidades y demandas según grupos de interés: delegados, coordinadores, funcionarios y profesionales de las IPRESS, que intervengan en la gestión y atención de reclamos.	<b>Procedimental:</b> Cumplimiento del procedimiento de atención de reclamos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Flujo del procedimiento</li> <li>- Tiempos de atención de reclamos</li> <li>- Actores involucrados.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Cuál es el plazo para la atención de los reclamos?</li> <li>- ¿Cuáles son los canales o medios de ingreso de los reclamos?</li> <li>- ¿Se promueve una cultura de calidad de los servicios que se brindan en las IPRESS?</li> <li>- ¿Qué medidas adopta la IPRESS para garantizar el acceso al Libro de Reclamaciones en Salud al público en general, como a las personas con discapacidad, u otras limitaciones físicas?</li> <li>- ¿Hay una persona o área responsable del Libro de Reclamaciones en salud fuera del horario de la PAUS?</li> <li>- ¿Se asigna a la PAUS un espacio físico, equipamiento tecnológico (computadora, CPU, impresora, teléfono, etc.), herramientas informáticas y materiales de escritorio?</li> <li>- ¿Se asigna a la PAUS un espacio físico, equipamiento tecnológico (computadora, CPU, impresora, teléfono, etc.), herramientas informáticas y materiales de escritorio?</li> <li>- ¿Qué documentos se envía al reclamante en atención a su reclamo?</li> <li>- ¿Por qué medios se debe enviar la respuesta al reclamante?</li> <li>- ¿Cuáles son los criterios de admisibilidad del reclamo?</li> <li>- ¿Cuáles son las etapas del procedimiento para la atención de los reclamos?</li> <li>- ¿El personal que labora en la Oficina de Atención al Asegurado ingresa todas sus actividades en el aplicativo RIAA?</li> </ul>

Objetivo específico	Dimensión	Categorías	Preguntas orientadoras
	<b>Administrativa:</b> Disposición del personal involucrado en el procedimiento de atención de reclamos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Roles y funciones</li> <li>- Coordinación entre áreas.</li> <li>- Carga laboral</li> <li>- Recursos normativos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conocimiento de algún documento institucional que regule la atención de los reclamos.</li> <li>- Conocimiento sobre el órgano institucional responsable de atender y canalizar la insatisfacción de los asegurados, respecto de los servicios o prestaciones brindadas por EsSalud.</li> <li>- ¿Conoce usted cuáles son los canales o medios de ingreso de los reclamos?</li> <li>- ¿Cuántas veces al mes se reúne con su equipo de gestión para discutir las estadísticas de los reclamos?</li> <li>- ¿De qué manera contribuye a su gestión las estadísticas de los reclamos?</li> <li>- ¿Cuál es el plazo máximo para remitir el reclamo a la autoridad máxima de la IPRESS?</li> <li>- ¿Quién es la persona responsable de la PAUS?, ¿Cuenta con algún documento?</li> <li>- ¿Quién es la persona responsable del Libro de Reclamaciones en salud de la IPRESS? ¿Cuenta con algún documento?</li> <li>- ¿Cuenta con una persona responsable del Libro de Reclamaciones de la IPRESS fuera del horario de la PAUS?, ¿Cuenta con algún documento?</li> <li>- ¿Cuáles son los motivos para declarar un reclamo improcedente?</li> <li>- ¿Qué funcionario o área monitoriza el cumplimiento del procedimiento de atención de los reclamos interpuestos en la IPRESS?</li> </ul>

Objetivo específico	Dimensión	Categorías	Preguntas orientadoras
			<p>- ¿Si en 30 días hábiles el director de la IPRESS no remite la respuesta al reclamante, el personal de la PAUS a cargo del caso, qué trámite administrativo realiza?</p> <p>-</p>
	<p><b>Tecnológicas: Gestión de la información</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sistemas informáticos, registro.</li> <li>- Trazabilidad de reclamos</li> <li>- Soporte técnico del procedimiento</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Cuenta con las estadísticas mensuales de los reclamos?</li> <li>- ¿El personal que labora en la Oficina de Atención al Asegurado ingresa todas sus actividades en el aplicativo RIAA?</li> <li>- ¿Qué funcionario o área supervisa el correcto llenado de las actividades realizadas ante un reclamo en el aplicativo RIAA?</li> </ul> <p>¿Qué funcionario o área monitoriza los accesos al Sistema de Información de Atención al Asegurado RIAA asignado a cada IPRESS?</p>

6.2.2 Variables del Análisis Cuantitativo

<b>Objetivo Específico</b>	<b>Tipo de variable</b>	<b>Nivel de análisis</b>	<b>Variable</b>	<b>Definición</b>	<b>Tipo de variable</b>	<b>Operacionalización</b>
4. Evaluar el impacto en el tiempo de respuesta del procedimiento de atención de reclamos implementado	Variable dependiente	Reclamo	<b>Estado final</b>	Se refiere a la condición del reclamo al final del seguimiento	Dicotómica	1: resuelto 0: no resuelto
	Variable Independiente	Reclamo	<b>Intervención</b>	Indica si el reclamo se realizó antes o después del inicio de la intervención	Dicotómica	1: Intervenido: Registro de atención del reclamo después del 25 de julio del 2022 (inicio de la intervención) 0: No intervenido: Registro de atención del reclamo antes del 25 de julio del 2022 (fecha de inicio de intervención)
	Tiempo hasta evento	Reclamo	<b>Tiempo de resolución o fin de seguimiento</b>	Tiempo que ha transcurrido en días, desde que se interpone el reclamo hasta que se resuelve o termina el seguimiento	Discreta	Es el número de días que tarda un reclamo en ser atendido. Se calcula restando: <ul style="list-style-type: none"> <li>la fecha de conclusión, de la fecha de registro del reclamo resuelto durante el periodo de seguimiento</li> <li>el 25 de julio del 2022 de la fecha de registro del reclamo no resuelto para los no intervenidos</li> <li>el 19 de enero del 2023 de la fecha de registro del reclamo no resuelto para los intervenidos.</li> </ul>

### 6.3 Población, muestra y muestreo:

- Población: La población estuvo conformada por 135 IPRESS que cuentan con una Oficinas de Atención al Asegurado (OAA) en EsSalud.
- Muestra: Se tomó como muestra 06 IPRESS de Lima y Callao de nivel II-1 y II-2, que cuenten con una OAA, para el levantamiento de información de sus procesos de atención de reclamos, así como para la aplicación del nuevo procedimiento de atención de reclamos.

#### Criterios de Inclusión:

- IPRESS de EsSalud del nivel de atención II-1, II-2 que cuente con una OAA.
  - Las OAA elegidas para la implementación del procedimiento cuentan con un delegado contratado por la Gerencia Central de Atención al Asegurado.
  - El delegado a cargo de la OAA tiene como mínimo 01 año de experiencia en la atención de los reclamos.
- Muestreo: Seis (06) IPRESS de nivel II-1 y II-2 que cuentan con una OAA con mayor número de reclamos en espera de atención, y fueron elegidas por conveniencia.

#### 6.4 Técnica e instrumentos de Recolección de datos

6.4.1 Técnica de Recolección de datos: El estudio se realizó en tres etapas:

##### 6.4.1.1 Fase de diagnóstico situacional

Se contó con el permiso correspondiente para la realización del estudio de investigación otorgado por la Gerencia de Atención al Asegurado en IPRESS y de la Subgerencia del Sistema de Gestión de Atención al Asegurado, Unidades Orgánicas de la Gerencia Central de Atención al Asegurado.

Los procedimientos para el desarrollo de esta fase fueron los siguientes:

- Se identificó a seis establecimientos (IPRESS) con nivel de complejidad (II-1 y II-2) para la participación del estudio, realizándose el levantamiento de información de su proceso de atención de reclamos.
- Se realizó el mapeo integral de los actores responsables en la atención del reclamo según nivel jerárquico en los establecimientos de salud seleccionados.
- Se efectuó entrevistas a profundidad a los funcionarios y personal involucrado en la gestión del reclamo de la GAAIPRESS e IPRESS seleccionadas, como: directores, coordinadores y delegados.

- Se recolectó información de los reclamos ingresados al Registro Informático (RIAA) correspondientes a las seis IPRESS seleccionadas.
- Se desarrolló un diagnóstico a partir de la investigación de campo, y de las entrevistas realizadas a los colaboradores de la GAAIPRESS y de las IPRESS, definiendo puntos críticos y factores que limitan la adecuada gestión y atención de los reclamos.

#### 6.4.1.2 Fase de diseño

Se diseñó y dió a conocer el nuevo procedimiento de atención de reclamos a los funcionarios de las IPRESS y de la GAAIPRESS a fin de explicar el procedimiento de manera sistemática con la información, estrategias y herramientas de comunicación para su posterior implementación.

#### 6.4.1.3 Fase de implementación y evaluación

Esta fase se ejecutó el estudio cuasi-experimental con el diseño antes-después sin grupo control. En esta fase se consideró a las seis IPRESS con nivel de complejidad II-1 y II-2 de las Redes Prestacionales de Lima y Callao, donde se implementó el nuevo procedimiento de atención de reclamos. La comparación del tiempo de resolución de reclamos antes y después de la

intervención en las seis IPRESS permitiendo medir el impacto de la intervención.

#### 6.4.2 Instrumentos de recolección de datos:

Esta investigación requirió del empleo de 02 instrumentos para las entrevistas a profundidad. Una cedula para los directores y profesionales de la GAAIPRESS e IPRESS; y otra cedula para los Coordinadores y Delegados de las Oficinas de Atención al Asegurado.

Cada una de ellas contiene 16 y 15 preguntas respectivamente, donde se trató de marcar diversos aspectos relevantes para la comprensión y desarrollo de los objetivos.

#### 6.5 Método de Análisis de datos

Para el estudio se desarrolló el modelo de regresión de Cox, siendo ésta una herramienta para el análisis de supervivencia, que se utiliza para estudiar el tiempo hasta la ocurrencia de un evento de interés. Este evento se mide en términos de duración, y en este caso se quiere medir la efectividad de una intervención para atender los reclamos. Evaluaremos el rol de la IPRESS como confusor del efecto de la intervención.

## **VII. Resultados**

En esta sección se presentan los resultados obtenidos a partir del análisis de los datos obtenidos durante el estudio. Los resultados se organizan en función de los objetivos específicos previamente establecidos, siendo estos los siguientes:

### **Resultados cualitativos**

*Objetivo Especifico 01: Identificar las necesidades y demandas según grupos de interés: delegados, coordinadores, funcionarios y/o profesionales de las IPRESS, que intervengan en la gestión y atención de reclamos.*

Para el desarrollo del primer objetivo se ejecutó la primera fase de la técnica de recolección de datos “fase de diagnóstico situacional”, la cual se trabajó mediante un estudio cualitativo a través de las técnicas de observación y entrevistas a profundidad, lo que nos permitió capturar y analizar la diversidad de perspectivas de los participantes atribuido a sus experiencias. Se seleccionaron seis (06) IPRESS de nivel de complejidad (II-1 y II-2), que cumplan con los criterios de inclusión, siendo seleccionadas las siguientes:

**Tabla N° 01:** Establecimientos de EsSalud seleccionados para el estudio

<b>Establecimiento de Salud</b>	<b>Nivel de atención</b>	<b>Categoría</b>
IPRESS 1	Nivel 2	II-2
IPRESS 2	Nivel 2	II-2
IPRESS 3	Nivel 2	II-1
IPRESS 4	Nivel 2	II-1
IPRESS 5	Nivel 2	II-1
IPRESS 6	Nivel 2	II-2

**Fuente:** Indicadores RENIPRESS-SUSALUD

En cada una de las 06 IPRESS se procedió a identificar a los actores involucrados en la atención de los reclamos, siendo estos 24 colaboradores entre directores y personal de las IPRESS; y funcionarios, coordinadores y delegados de la GAAIPRESS, a quienes se les entrevistó sobre el tema del procedimiento de atención de los reclamos, previa aceptación del consentimiento informado para participar en el estudio de investigación, lo que permitió recoger sus experiencias desde distintas perspectivas, identificar sus principales dificultades del proceso actual y validar puntos críticos que requieran intervención.

- En el caso del director de una IPRESS, es responsable de gestionar y dirigir el funcionamiento de un establecimiento de salud, y según D.S. 002-2019 SA, SUSALUD, Artículo 6° La IPRESS es responsable de la recepción, procesamiento y atención de los reclamos presentados por los usuarios o

terceros legitimados, así como para la atención de consultas en el ámbito de su competencia, y según Artículo 7° La autoridad máxima de la IPRESS tiene la obligación de designar mediante documento formal que corresponda, al responsable del Libro de Reclamaciones quien tiene a cargo la custodia y procedimiento para la atención del reclamo.

- Funcionarios de la GCAA y GAAIPRESS (Coordinadores): Según el Reglamento de Organización y funciones, Artículo 64° la Gerencia Central de Atención al Asegurado, es el órgano de apoyo, responsable de conducir el sistema de gestión de atención al asegurado de ESSALUD, en todas las plataformas de atención a nivel nacional y de atender y canalizar la insatisfacción de los asegurados y usuarios, respecto de los servicios, prestaciones o coberturas solicitadas o recibidas de, las IAFAS, IPRESS y/o prestaciones económicas y sociales de ESSALUD, facilitando, de ser posible, su solución inmediata para recuperar su satisfacción y/o la protección y restitución de derechos.
  
- El personal de las Oficinas de Atención al Asegurado (delegados), son los encargados de la atención de los reclamos de la Plataforma de Atención, y diariamente deben realizar un seguimiento a la atención de los reclamos, la participación de los entrevistados fue fundamental para contextualizar la problemática desde la operatividad cotidiana y validar la viabilidad del nuevo procedimiento de atención de reclamos de manera integral. Asimismo sus

aportes permitieron ajustar el procedimiento y definir responsables internos que garanticen la atención de los mismos.

**Tabla N° 02:** Entrevistas a profundidad al personal involucrado en la atención de los reclamos.

<b>Personal de la Gerencia de Atención al Asegurado en IPRESS - GAAIPRESS</b>			<b>IPRESS</b>	
Funcionarios y profesionales	Coordinadores de Red	Delegados	Director de IPRESS	Funcionarios
3	3	8	6	4

**Fuente:** Elaboración propia

**Tabla N° 03:** Lista de entrevistados según dependencia y cargo

<b>Entrevistado</b>	<b>Dependencia</b>	<b>Cargo</b>
Entrevistado 1	GAAIPRESS	Profesional
Entrevistado 2	GAAIPRESS	Coordinador
Entrevistado 3	GAAIPRESS	Funcionario
Entrevistado 4	GAAIPRESS	Coordinador
Entrevistado 5	GAAIPRESS	Coordinador
Entrevistado 6	GAAIPRESS	Profesional
Entrevistado 7	IPRESS	Director
Entrevistado 8	IPRESS	Funcionario

Entrevistado 9	IPRESS	Director
Entrevistado 10	GAAIPRESS	Delegado
Entrevistado 11	GAAIPRESS	Delegado
Entrevistado 12	GAAIPRESS	Delegado
Entrevistado 13	GAAIPRESS	Delegado
Entrevistado 14	GAAIPRESS	Delegado
Entrevistado 15	GAAIPRESS	Delegado
Entrevistado 16	IPRESS	Director
Entrevistado 17	GAAIPRESS	Delegado
Entrevistado 18	IPRESS	Funcionario
Entrevistado 19	IPRESS	Director
Entrevistado 20	GAAIPRESS	Delegado
Entrevistado 21	IPRESS	Director
Entrevistado 22	IPRESS	Director
Entrevistado 23	IPRESS	Funcionario
Entrevistado 24	IPRESS	Funcionario

---

**Fuente:** Elaboración propia

Se utilizó la técnica de observación para ver los acontecimientos dentro de las OAs, identificando que los delegados realizan actividades que no corresponden a sus funciones, como las de registrar en una lista la falta de citas por especialidad, para luego comunicarse con los pacientes a fin de informar la fecha y hora de su cita, actividad que corresponde a la Oficina de Admisión, lo cual impedía que cumplan con sus funciones.

El personal asistencial u administrativo de la IPRESS ante cualquier inconveniente con la atención de los pacientes, los deriva a las OAA para que presenten su reclamo; desconociendo que ello implica iniciar con el procedimiento normativo y elaboración de documentos a fin de dar atención al reclamo; gestión que involucra al director, jefes de servicio, profesionales de la IPRESS involucrados en el reclamo y delegados de las OAA, sobrecargando la labor de todos, e impidiendo que cumplan con sus funciones inherentes a su cargo y/o profesión.

Respecto a la atención de los reclamos mediante el Libro de reclamaciones en salud, no existe un procedimiento estándar, ni claro, dado que, al ser varios delegados en una misma oficina, muchas veces el otorgamiento del Libro se efectúa sin un control permanente, identificando hojas de reclamación sin atender, mencionando que ello se debe a que no identifican qué delegado recibió el reclamo, asimismo indican que durante el llenado del Libro el personal de la OAA no permanece con el usuario, infiriendo de ello que la atención no es personalizada.

El personal de la OAA no aplica con regularidad el procedimiento establecido según D.S.002-2019-SA, pero sí apelan a su criterio y experiencia individual; evidenciándose ello durante las entrevistas, así como también el desconocimiento de dicha normativa.

En lo que respecta a la infraestructura y equipamiento de la OAA, las seis (06) IPRESS no cuentan con un ambiente privado para la atención de los usuarios, en algunos casos requieren de un espacio con mayor metraje, también carecen de

equipamiento informático como computadoras, impresoras y mobiliario en número similar a la cantidad de colaboradores que permita una atención apropiada a los usuarios. Uno de los entrevistados manifestó: *“Se asigna equipamiento a la oficina, pero actualmente hay deficiencias en el estado de equipos tecnológicos a nivel general, el estado del espacio físico no es el adecuado por falta de ambientes físicos en la IPRESS”* (Entrevistado -16)

En las 06 IPRESS seleccionadas se observó que no cumplen con los plazos establecidos para tramitar la atención de los reclamos (30 días hábiles), a pesar de que los delegados remiten mediante documento o correo institucional los reclamos pendientes de atención al director de la IPRESS, quienes durante la entrevista manifiestan desconocimiento de la normativa o una mayor coordinación con las OAA, a fin de evitar procesos largos y burocráticos.

Se recolectó información secundaria de documentos institucionales respecto al abordaje de los reclamos en las OAA de EsSalud, y se evidencia una falta de orden y organización de los expedientes, no se encuentran en orden cronológico, tampoco consignan información respecto al seguimiento y coordinaciones previas a la conclusión del caso en el sistema RIAA, lo cual impide medir el tiempo que implica atender un reclamo según motivo de insatisfacción.

Los Libros de Reclamaciones existentes en las OAA cuentan con una numeración desde hace más de 5 años, existiendo en algunas IPRESS más de 10 libros en custodia que datan desde el año 2016, lo cual no permite identificar de manera

inmediata la cantidad de expedientes que atienden durante el año, así como tampoco visibilizar un correcto ordenamiento y custodia de los expedientes.

Por último, se recolectó información de los reclamos ingresados en el Registro informático de Atención al Asegurado - RIAA correspondientes a las seis (06) IPRESS seleccionadas, recolectando un total de 30 083 reclamos que datan del 21 de diciembre del 2018 hasta el 19 de enero del 2023. Las entrevistas a profundidad estuvieron organizadas en función a una guía de entrevista, las cuales incluyeron puntos importantes para el tema de interés y se fueron desarrollando de acuerdo al ritmo de la conversación, logrando que las personas se expresen espontáneamente, lo que permitió identificar y ahondar en el tema de interés de estudio.

- Entrevistas a delegados de las OAA:

Respecto a las entrevistas realizadas a los delegados, todos manifestaron que no cuentan con tiempo suficiente para registrar todas sus atenciones en el aplicativo RIAA.

*“El personal de la OAA no ingresa sus actividades al RIAA, por falta de tiempo, solo detalla los más importante y el resultado del reclamo” (Entrevistado - 2).*

*“El personal de la OAA por un tema de tiempo, llenan en una hoja las atenciones y luego al pasarlo al sistema nos demora, por ello ya no ingresamos esos casos en el RIAA” (Entrevistado - 11).*

*“El personal que labora en la OAA, sí ingresan algunos reclamos que se presentan de manera directa, otros son resueltos sin ingresar por falta de tiempo falta de computadoras” (Entrevistado - 12).*

- Entrevistas a Coordinadores de las OAA:

Los Coordinadores, así como los delegados de la OAA, indican que no existe un involucramiento de la autoridad máxima de la IPRESS, ni de su equipo de gestión para la atención de los reclamos dentro del plazo indicado por la normativa vigente.

*“Las autoridades de la IPRESS no brindan una atención real a los reclamos, solo nos hacen caso cuando hay reclamos sensibles que demandan atención urgente”*

*(Entrevistado - 3).*

Los Coordinadores mencionan que no realizan supervisiones de manera periódica a sus OAAs, debido a la carga de reclamos remitidos por la alta dirección o reuniones u coordinaciones que efectúan durante el día.

Al consultarles sobre quien efectúa el monitoreo y seguimiento de las estadísticas de los reclamos mencionan que *“debe ser el responsable de la PAUS o Coordinador”* (Entrevistado - 2), por lo que se infiere que los Coordinadores no realizan un monitoreo o supervisión de las OAA a su cargo.

- Entrevistas a directores de las IPRESS:

Los directores de IPRESS durante la entrevista mencionan que falta una mayor coordinación con las Oficinas de Atención al Asegurado para resolver las insatisfacciones de manera oportuna e inmediata.

Respecto al abordaje de la atención de los reclamos manifiestan desconocer aspectos sustanciales como, no saber que documentos remitir al reclamante en

atención a su reclamo, y por otro lado que no cuentan con las estadísticas mensuales de los reclamos presentados, ni de los motivos de insatisfacción ingresados a través de las Oficinas de Atención al Asegurado, corroborando ello al efectuar las siguientes preguntas:

- ¿Conoce alguna norma o documento institucional sobre la atención de los reclamos? respondieron: “No” (Entrevistado – 7 y 22)” *Desconozco*” (Entrevistado - 20);
- ¿Cuántas veces al mes se reúne con su equipo de gestión para discutir las estadísticas de los reclamos? respondieron: “*por el momento ninguna*”, (Entrevistado 7 y 18), “*Ninguna*” (Entrevistado 22),
- ¿De qué manera contribuye a su gestión las estadísticas de los reclamos? respondieron “*aún no lo tengo*” (Entrevistado - 18).

Así también, mencionan que no realizan ninguna supervisión a la labor desempeñada por el personal de la Oficina de Atención al Asegurado, porque consideran que es un servicio externo a sus responsabilidades, que, si bien se encuentran dentro de la IPRESS, no dependen orgánicamente de ellos.

- Entrevistas a funcionarios y profesionales de la GAAIPRESS:

Los funcionarios y profesionales de la GAAIPRESS manifiestan que el aplicativo RIAA donde se encuentra la base de datos de los reclamos no funciona de manera óptima, dado que se cuelga en reiteradas oportunidades y han identificado que a los delegados no les permite ingresar los expedientes durante la atención a los usuarios,

lo cual conlleva a una sobrecarga de trabajo, dado que deben escribir el reclamo en una libreta para su posterior ingreso.

Por otro lado, mencionan que los servidores que almacenan el aplicativo web RIAA está a cargo de la Gerencia Central de Tecnologías de Información y Comunicaciones (GCTIC), a quienes la GCAA ha solicitado potenciar el aplicativo RIAA, mencionándoles que se ha realizado tantas modificaciones en su estructura y modelamiento que no permite realizar ningún otro cambio.

Respecto al funcionamiento y responsabilidades de las OAA se realizaron las siguientes preguntas:

- ¿Quién es el funcionario o área que supervisa el correcto llenado de las actividades realizadas ante un reclamo o consulta en el sistema RIAA?  
Respondieron: *“El coordinador de la OAA, pero la supervisión es esporádica, por las actividades que realizan”* (Entrevistado - 3). *“La Gerencia Central de Atención al Asegurado lo hacía eventualmente hace mucho tiempo”* (Entrevistado – 12).
- ¿Las IPRESS cumplen con el procedimiento de atención de reclamos según D.S. 002 -2019 -SA SUSALUD? Responden: *“Sí, pero existen demoras porque aducen que no cuentan con personal suficiente”* (Entrevistado – 3)
- ¿Quién es el funcionario, persona o área que supervisa el correcto llenado del libro de reclamaciones físico desde la recepción del reclamo hasta su conclusión? Responden: *“ Desconozco ”* (Entrevistado - 3), *“ Ninguno ”* (Entrevistado - 4).

De la información obtenida mediante la identificación del funcionamiento de las OAA, la información documentada recopilada, y las entrevistas a profundidad nos permitió obtener información directa de los participantes respecto al manejo de los reclamos, logrando identificar sus necesidades y demandas siendo estas las siguientes:

1. Las Oficinas de Atención al Asegurado tienen personal insuficiente, evidenciando que en algunas Oficinas solo hay una persona nombrada designada.
2. El personal asistencial u administrativo de la IPRESS ante cualquier inconveniente con la atención de los pacientes, los deriva a las OAA
3. Personal de la GAAIPRESS desconoce del procedimiento, canales de atención, los responsables, plazos de atención; atienden los reclamos según su criterio y experiencia individual.
4. Personal de la IPRESS: Desconoce los documentos normativos para la atención de reclamos, requieren mayor coordinación con personal de la OAA y evitar procesos largos y burocráticos
5. El Libro de reclamaciones se otorga sin ningún acompañamiento para su llenado, y no existe un procedimiento estandar para su atención.
6. No cuentan con un ambiente privado para la atención de los usuarios, carecen de equipamiento informático y mobiliario en número similar a la cantidad de colaboradores que permita una atención apropiada a los usuarios
7. Falta de apoyo del personal de los servicios y jefes asistenciales para la resolución de los reclamos

8. Los reportes generados en las OAA, no son entregados a la autoridad máxima de cada IPRESS.
9. No consignan información respecto al seguimiento y coordinaciones previas a la conclusión del caso en el sistema RIAA, impidiendo medir el tiempo que implica atender un reclamo, y su clasificación según motivo de insatisfacción.
10. Embalse de reclamos en trámite, generando el discomfort en el reclamante y embalse.
11. El RIAA se colgaba durante la atención al usuario, no permitiendo el ingreso del expediente, la GCAA ha solicitado potenciar el aplicativo mencionándoles que se ha realizado tantas modificaciones en su estructura y modelamiento que no permite realizar ningún otro cambio.
12. Ejemplares del Libro de reclamaciones en salud en las OAA datan de 10 años atrás, hay IPRESS que no cuentan con Libro de reclamaciones fuera del horario de la OAA.

A partir de las necesidades y demandas identificadas en las Oficinas de Atención al Asegurado, y respondiendo a la pregunta ¿Cuáles son los factores que afectan la adecuada gestión de los reclamos en las plataformas de atención al asegurado, que aporten a la elaboración de un nuevo procedimiento que permita optimizar la gestión de los reclamos en las PAUS de EsSalud?, se han determinado los siguientes factores según las dimensiones procedimental, administrativo y tecnológica que impactan directamente en la gestión oportuna y eficaz de los reclamos, siendo estos:

1. Desconocimiento de la normativa vigente: Tanto el personal asistencial como el administrativo desconoce los canales, responsables y normativa vigente relacionada a la atención de los reclamos. La labor que desempeñan los delegados para atender los reclamos es generalmente según su criterio y experiencia profesional.
  
2. Déficit de infraestructura y recursos humanos: Las OAA, no cuentan con ambientes adecuados, ni privados para la atención de reclamos. Asimismo, presentan deficiencias en equipamiento informático y mobiliario, además de un número insuficiente de colaboradores que permita una atención oportuna y adecuada.
  
3. El proceso de atención de reclamos no es eficaz: La Gerencia Central de Atención al Asegurado, no cuenta con un procedimiento institucional claro para la atención de los reclamos, siendo el único procedimiento según documento institucional de la Directiva de Gerencia General N 34-GCAA-EsSalud -2019 V1, el cual no es de conocimiento de los delegados, ni de los gestores de las IPRESS. (Anexo N° 05).
  
4. Se incumple con el Reglamento para la gestión de reclamos, según lo estipulado en el D.S.002.2019-SA, respecto a los plazos de atención y documentación a remitir a los reclamantes en respuesta a sus reclamos (informe de resultado, y notificación de la respuesta).

5. Limitaciones tecnológicas en el sistema de gestión de reclamos (RIAA): No se tiene un registro adecuado, ni un análisis de los reclamos registrados, lo que conlleva a un desconocimiento estadístico de los reclamos y por ende se presenten las mismas insatisfacciones de parte de los usuarios, esta situación se agrava al no conocer los motivos de reclamos mas frecuentes en las IPRESS, lo cual denota una falta de informacion.

Por otro lado, no existe un monitoreo permanente y sistemático de la atención de los reclamos en las OAA, lo que limita la generación de oportunidades de mejora en los procesos de atención a los usuarios de las IPRESS.

En conjunto, estos factores muestran las debilidades estructurales en la gestión de los reclamos en las IPRESS, y limita el cumplimiento efectivo de la atención oportuna y eficaz.

*Objetivo Estratégico 02: Diseñar el procedimiento de atención de reclamos para las PAUS u OAA de EsSalud*

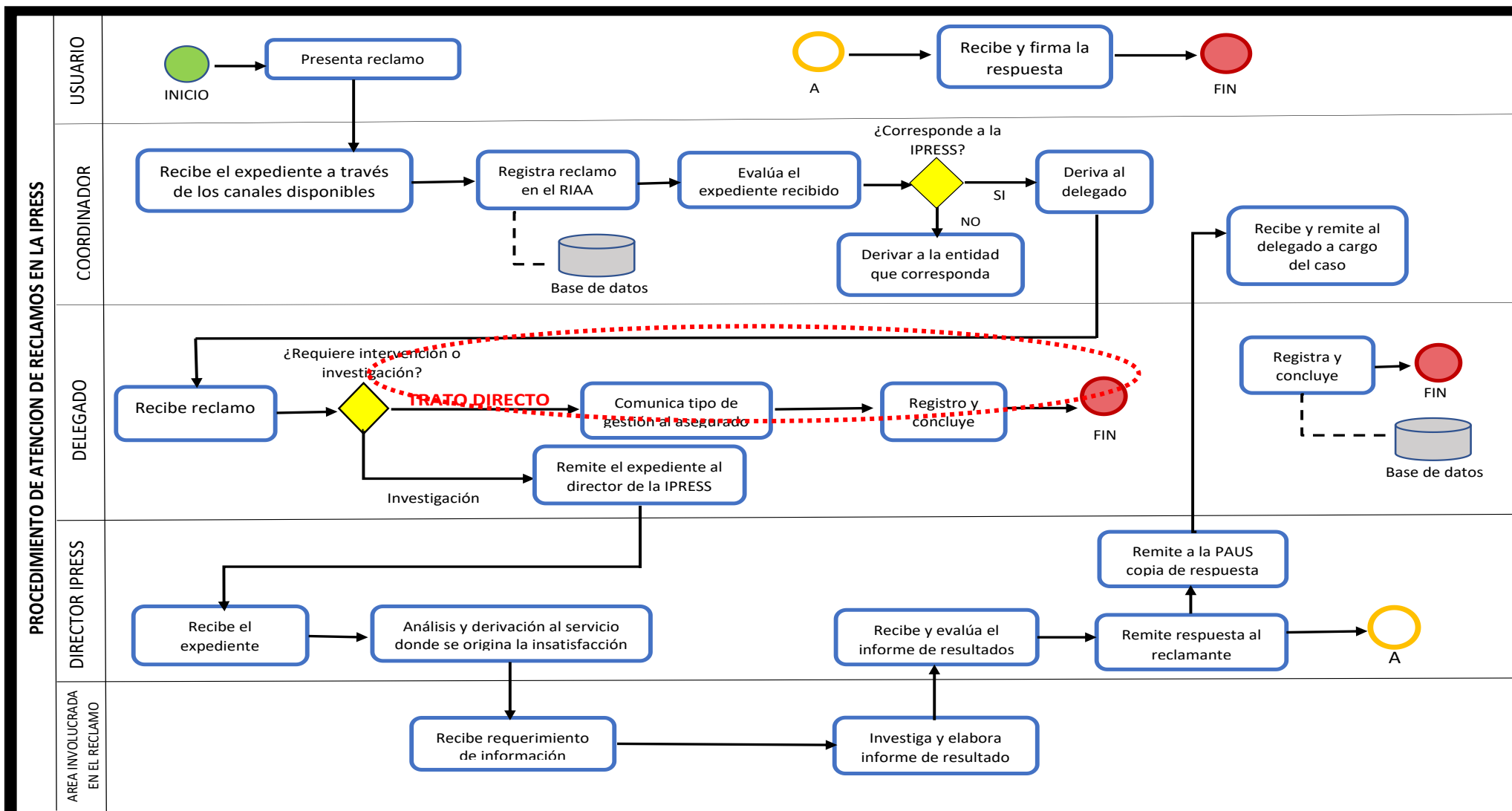
Para el logro de este objetivo se desarrolló la “fase de diseño”, una vez identificados los factores que limitan la adecuada gestión y atención de los reclamos, se procedió con la elaboración de un procedimiento de atención de reclamos, que contribuya con los tiempos de atención; y, por otro lado, que cumpla con las 04 etapas del proceso de atención señaladas en la normativa vigente según D.S 002-2019-SA

(admisión y registro, evaluación e investigación, resultado y notificación, y archivo y custodia del expediente).

Al elaborar el procedimiento y analizar la normativa vigente D.S 002-2019-SA, se identificó que existe la atención del reclamo mediante el “trato directo”, que en su artículo 12 indica: *“La IAFAS, IPRESS o UGIPRESS pueden propiciar en cualquiera de las etapas de reclamo, el trato directo entre estas y los usuarios, a fin de llegar a un acuerdo que permita la conclusión de este”. “En el caso que se configure la solución inmediata del reclamo interpuesto a través del trato directo, este es detallado en la hoja de reclamaciones (original y autocopiativas) o en cualquier otro documento o comunicación escrita que acredite la conformidad del usuario o tercero legitimado, dándose por atendido el reclamo”.*

Con dicha premisa se elaboró un nuevo procedimiento para la atención de los reclamos, utilizando como una de las estrategias principales el implementar la atención de los reclamos mediante el “trato directo”, el cual permite brindar una atención directa e inmediata a la insatisfacción presentada por el reclamante, y a su vez cumplir con lo establecido en la normativa vigente.

**Grafico N° 02:** Nuevo procedimiento para la atención de los reclamos



Objetivo Estratégico 03: Implementar el procedimiento de atención de reclamos en las PAUS de EsSalud.

Se consideró que este nuevo procedimiento contribuirá con optimizar la eficacia operativa, y rapidez en la atención del reclamo, automatizar las tareas repetitivas, optimizar los tiempos de labor del delegado e incluso dejar de efectuar actividades innecesarias.

Para el cumplimiento de este objetivo específico se desarrolló la fase de implementación para lo cual se explicó a todos los involucrados en el estudio el nuevo procedimiento para la atención de los reclamos, enfatizando que si todos cumplen con las actividades que les corresponde se lograría atender los reclamos en los plazos que contempla la normativa (30 días hábiles).

Otra de las estrategias implementadas fue explicar al director, equipo de gestión de la IPRESS y a los delegados, su responsabilidad dentro del procedimiento de atención de reclamos, así como las implicancias legales a las que podrían incurrir en caso de incumplirlas.

Se desarrollo y utilizó un enfoque organizado y sistematizado para monitorear todos los reclamos en trámite, a fin de evitar embalses de reclamos una vez iniciada la intervención.

Se entrenó al personal de las OAA a fin que estén preparados para tomar decisiones

a tiempo, más aún si el caso amerita una resolución inmediata, para ello debe contar con el respaldo y confianza de su director de IPRESS, a fin que articule cada expediente con las diferentes áreas y servicios de las IPRESS.

Se entrego a los delegados de las OAA, modelos de carta para el envío de los diferentes reclamos a los directores. Asimismo, se les brindó una asistencia técnica respecto a lo estipulado en el D.S.002 – 2019 SA, y como debe atender los expedientes de los reclamos con el nuevo procedimiento de atención de reclamos “trato directo”.

A los directores y a su equipo de gestión se les entregó una plantilla que contiene los ítems que solicita la norma para la elaboración del informe del resultado de reclamo, indicándoles que dicho documento debe ser elaborado por los jefes del servicio, y analizados por los directores para que elaboren la respuesta al reclamante mediante correo electrónico o carta, según lo haya solicitado el usuario, con la finalidad que los reclamos puedan atenderse de manera oportuna y dentro de los plazos de ley.

Así mismo se enfatizó a todos los participantes que deben trabajar de manera coordinada y con un feedback inmediato sobre todo entre el directores, jefes de servicio, departamento y los delegados de las OAA, a fin que las insatisfacciones de los usuarios, concretadas en reclamos sean abordados con inmediatez, lo que permitirá que el delegado pueda abordar el expediente del reclamo a través del trato directo; contribuyendo con ello a mejorar la atención de los usuarios, evitar la

elaboración de documentación e incluso evitando sanciones administrativas o multas punitivas a la IPRESS por el incumplimiento en la atención de los reclamos.

*Objetivo Estratégico 04: Evaluar el impacto en el tiempo de respuesta del procedimiento de atención de reclamos implementado*

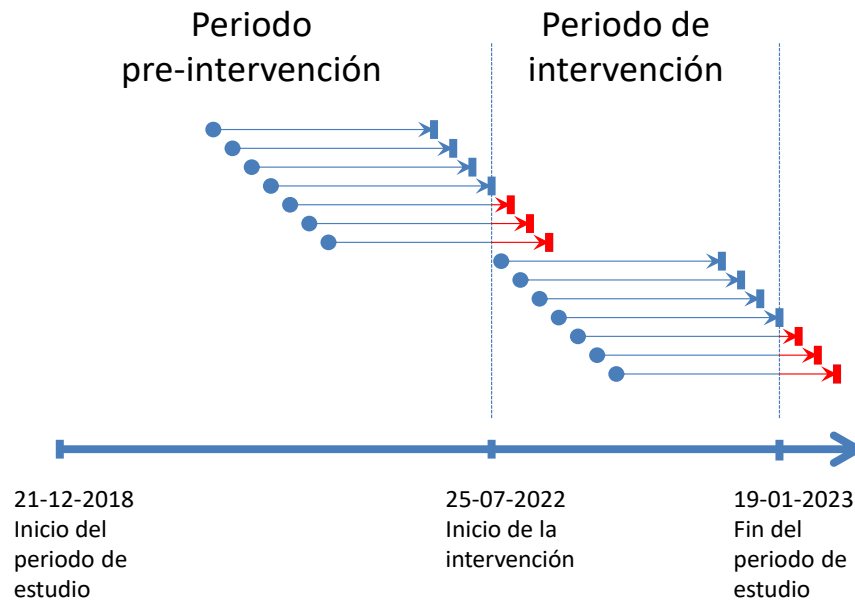
La comparación del tiempo de resolución de reclamos antes y después de la intervención en las seis IPRESS permitió medir el impacto de la intervención.

#### **Resultados cuantitativos:**

Para el análisis de los reclamos se utilizó el modelo de Cox, el cual se basa en el concepto de riesgos proporcionales, lo que significa que la relación entre la covariable y el riesgo de experimentar el evento de interés es constante a lo largo del tiempo. Es decir que las covariables afectan al riesgo de manera proporcional, permitiendo examinar cómo diferentes factores influyen en la ocurrencia del evento a lo largo del tiempo.

Para el análisis de la información de los reclamos registrados en el aplicativo RIAA se utilizó el programa Epi Info 2017, siendo un total de 30 083 reclamos recolectados desde el 21 de diciembre del 2018 al 19 de enero del 2023, los cuales corresponden a las 06 IPRESS EsSalud seleccionadas de Lima – Callao. La intervención inició el 25 de julio del 2022.

**Gráfico N° 03:** Línea de tiempo del estudio



Leyenda			
●	→	●	→
Registro del reclamo	Resolución del reclamo	Periodo incluido en el análisis (termina en censura)	Periodo excluido del análisis

Fuente: Elaboración propia

Para el procesamiento de datos se ha considerado el tiempo desde que se interpuso el reclamo hasta que se resolvió o terminó el seguimiento para ambos grupos (intervenido y no intervenido). El fin del seguimiento para el grupo no intervenido es el 25 de julio del 2022 en que empieza la intervención. El fin del seguimiento para el grupo intervenido es el 19 de enero del 2023.

En el presente estudio sobre la efectividad de la intervención para atender los reclamos, el modelo de Cox nos permitió examinar como la intervención con el nuevo procedimiento de atención, afecta el peligro (hazard) de resolución de los reclamos, y se determinó que la intervención tiene un efecto significativo en la

probabilidad de resolver el reclamo, lo que proporcionó información valiosa para mejorar los procesos y la eficiencia en la gestión de los mismos.

A continuación, se presentan los resultados de los análisis estadísticos realizados.

**Tabla 04:** Estado final de los reclamos según grupo de tratamiento

Grupo	Estado al final del seguimiento		Total
	Resueltos n (%)	No resueltos (censura) n (%)	
Intervención	11,546 (94.6)	660 (5.4)	12,206
Pre-intervención	13,356 (74.7)	4,521 (25.3)	17,877
<b>Total</b>	<b>24,902 (82.8)</b>	<b>5,181 (17.2)</b>	<b>30,083</b>

La tabla presenta los resultados del seguimiento de ambos grupos (intervenido y no intervenido), siendo los resultados divididos en dos categorías “resuelto” y “no resuelto”. Es importante señalar que los casos que se resolvieron después del periodo correspondiente (Pre-intervención o Intervención) fueron considerados como “No resueltos en el periodo”, es decir como censuras para el análisis de supervivencia.

**Grupo de intervención:** total de reclamos 12, 206, de los cuales 11,546 (94.6%) fueron resueltos, y 660 (5.4%) no fueron resueltos.

**Grupo no intervenido:** total de reclamos 17,877, de los cuales fueron resueltos 13,356 (74.7%) y 4,521 (25.3%) reclamos no resueltos. En relación con la eficacia del seguimiento, el grupo de intervención muestra un porcentaje significativamente mayor de casos resueltos 94.6% en comparación con el grupo no intervenido del 74.7%.

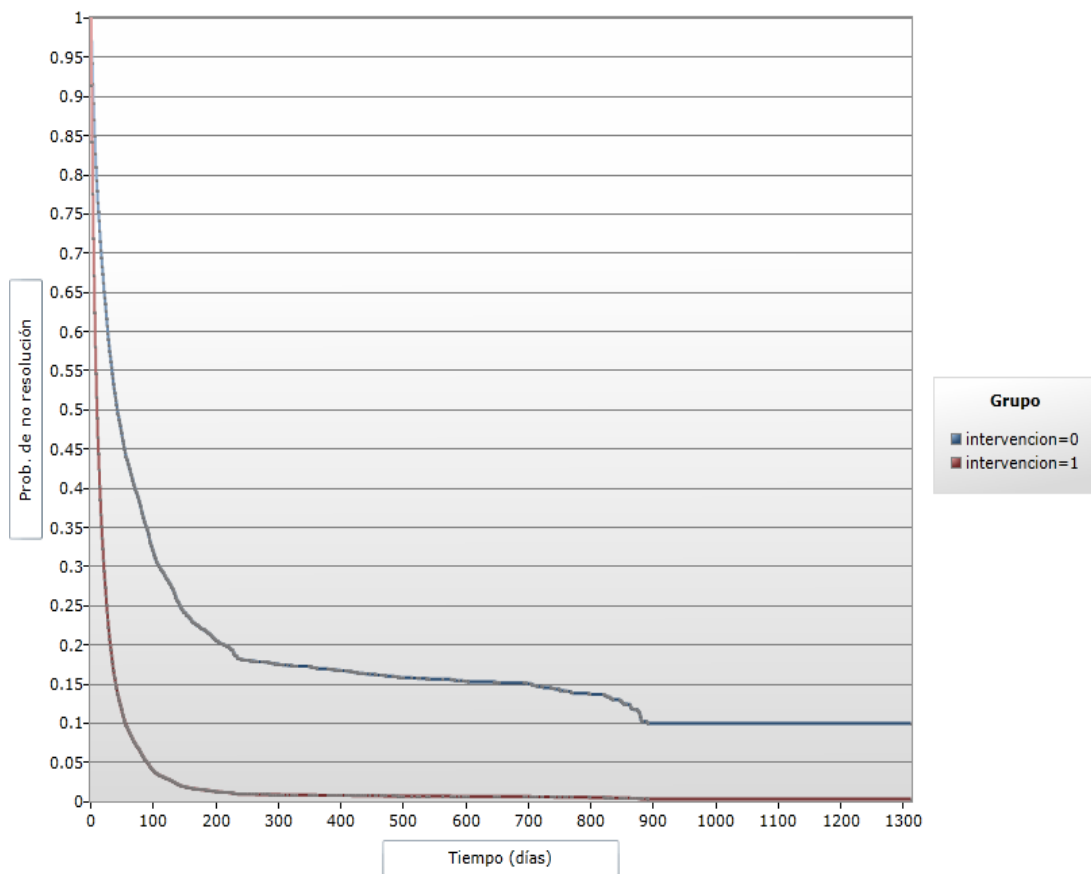
Por otro lado, aunque el grupo no intervenido tiene un mayor número de reclamos (17,877) en comparación con el grupo intervenido (12,206), el grupo de intervención tiene una mayor proporción de casos resueltos, por lo que se puede inferir que el seguimiento en el grupo de intervención fue más efectivo en comparación al grupo no intervenido, logrando obtener un impacto positivo en la resolución de casos.

**Tabla 05:** Análisis de supervivencia por Regresión de Cox

Variable	Razón de peligro* (IC 95%)	P
Intervención (Sí/No)	2.85 (2.76 – 2.94)	<0.001

\*Ajustado por IPRESS

**Gráfico N° 04:** Curva de supervivencia según grupo de tratamiento



Los resultados obtenidos de la aplicación del modelo de Cox, se obtiene una razón de peligros (RP) cruda de 2,99 lo cual significa que el “riesgo” de que un reclamo sea atendido es 3 veces mayor en el grupo intervenido comparado con el grupo no intervenido, y esta diferencia es estadísticamente significativa ( $p < 0.001$ ). Al ajustar los resultados por IPRESS se obtienen resultados muy similares (RP=2.85), manteniéndose la significancia estadística (Tabla 3).

## **VIII Discusión**

El presente estudio de investigación es el primero en Latinoamérica en diseñar, implementar y evaluar un procedimiento de atención de reclamos interpuestos por los usuarios que reciben una prestación de salud, con la finalidad de mejorar el tiempo y cumplimiento de la normativa en su atención, encontrándose resultados importantes posterior a su implementación.

Al ser un estudio de diseño mixto, permitió que el problema de investigación se abordara de manera integral, con mayor profundidad y amplitud de los datos, permitiendo abordar preguntas complejas relacionadas con diversos ámbitos en la atención de los reclamos, lo cual generó la identificación de los factores relacionados con la calidad y tiempo de atención de los reclamos, y la satisfacción del usuario interno y externo.

Si bien el Estado ha establecido el Reglamento de Atención de Reclamos de los Usuarios del sistema de salud, aprobado mediante el Decreto Supremo N.º 002-2019-SA, como un instrumento que regula la atención a las insatisfacciones de los ciudadanos; los hallazgos de la presente investigación demuestran que en la práctica las instituciones públicas no cumplen cabalmente con lo establecido en dicha normativa, dado que durante el estudio se identificaron reclamos pendientes de atención de años previos, evidenciando no solo el no cumplimiento de los plazos establecidos en el reglamento, sino también la falta de un procedimiento de gestión de reclamos eficaz, reflejando una brecha significativa entre lo normado y la implementación real en los establecimientos de salud.

El estudio identificó como factores que contribuyen a esta problemática, el desconocimiento de la normativa por parte de los actores involucrados en la gestión de los reclamos, lo cual limita la correcta aplicación del reglamento y por ende el cumplimiento de los plazos establecidos para brindar la atención que corresponda, es por ello que durante la implementación del nuevo procedimiento se sensibilizó y comprometió a los actores involucrados respecto a la importancia de conocer y comprender la normativa, con el propósito de fortalecer la correcta aplicación del procedimiento planteado. Asimismo, se promovió la confianza y el respaldo hacia el actuar del delegado, dado que resultaba fundamental cumplir con su rol de atender los reclamos mediante el trato directo; de no garantizarse los aspectos decritos, existía el riesgo de limitar los resultados y la efectividad del nuevo procedimiento de gestión de reclamos planteado para el estudio.

Otro de los factores identificados fue la existencia de una brecha en materia de recursos humanos e infraestructura, lo cual también representó un desafío para garantizar la capacidad de respuesta de los reclamos en proceso de atención identificados en las OAA, más aún si existen normativas que señalan que se debe brindar un servicio efectivo al ciudadano. En este marco la brecha identificada representa un desafío a nivel institucional, dado que este hallazgo no solo tiene implicancias operativas, sino también se relaciona con el cumplimiento de los lineamientos establecidos por la Política Nacional de modernización de la Gestión Pública (D.S. 004-2013-PCM), que promueve una atención a la ciudadanía centrada en los resultados y con estándares de calidad; y a la Directiva 003-2024-PCM-SGP que establece que las entidades públicas deben brindar un servicio oportuno y

accesible. Para esto se requiere contar con personal suficiente y con condiciones de infraestructura adecuadas, caso contrario generaría un riesgo de incumplimiento de las obligaciones institucionales. Por lo tanto resulta prioritario que la GCAA adopte medidas que fortalezcan las capacidades instaladas, optimicen los recursos disponibles y aseguren la sostenibilidad de la atención de los reclamos en concordancia con las políticas y normativas de estado vigentes.

El estudio también identificó que la GCAA, carece de un procedimiento institucional claramente definido para la gestión de reclamos, así como de una asignación formal de responsabilidades, situación que dificulta la estandarización de su aplicación por parte de todos los actores involucrados. Esta ausencia genera ambigüedades en las etapas descritas en el D.S.002-2019 SA de registro, evaluación, notificación y archivo, afectando la trazabilidad de los casos y la oportunidad de su atención, e incrementa el riesgo de incumplimiento. Este hallazgo cobra relevancia, dado que el estudio plantea la propuesta de diseño e implementación de un nuevo procedimiento de gestión de reclamos. Éste diseño permitió cerrar esta brecha, dotando a la GCAA de una herramienta operativa que incluya diagramas de flujo, asignación de responsabilidades y plazos definidos, asegurando así por un lado la alineación con el marco legal vigente y, por otro lado, la eficacia en la atención de los reclamos.

El quinto factor identificado en el estudio, es la limitación tecnológica en el sistema de gestión de reclamos (RIAA), la ausencia de un sistema informático integrado y especializado no permite contar con un registro en tiempo real, asimismo dificulta

el registro oportuno, el seguimiento y la trazabilidad, lo que genera retrasos en su resolución. Este factor evidencia que, a pesar de los lineamientos establecidos en la Política Nacional de Gobierno Digital, las instituciones públicas aún enfrentan limitaciones en la implementación de sistemas informáticos que respalden de manera eficiente su gestión, como el caso del sistema de Registro Informático de Atención al Asegurado (RIAA). Contrastando esta brecha tecnológica con los objetivos de modernización y transformación digital planteados por el Estado, se evidencia la necesidad de invertir de manera sostenida en infraestructura digital y capacitación del personal, para garantizar una atención oportuna y transparente a los asegurados.

Los resultados de la investigación evidencian la necesidad de contar con un procedimiento definido para la atención de los reclamos, dado que la ausencia de lineamientos uniformes genera demoras, dificultades en el seguimiento de los casos y respuestas fuera de plazo. Esta situación limita la capacidad de la institución para garantizar la satisfacción del usuario y debilita la confianza en el servicio. Por ello, se hace indispensable el diseño de un procedimiento que establezca etapas precisas, responsabilidades concretas y plazos de atención verificables, asegurando así un proceso más eficaz y alineado a la normativa.

Del análisis de los 30,083 expedientes se evidenció diferencias estadísticamente significativas al comparar los periodos de pre-intervención e intervención. Comparado con el periodo pre-intervención, el “riesgo” de resolución de un reclamo fue casi 3 veces mayor en el periodo de intervención. Esta variación evidencia el

impacto positivo de la medida implementada, la cual permitió mejorar la eficiencia del proceso de gestión de reclamos y garantizar respuestas más oportunas a los asegurados.

En síntesis, los resultados permiten concluir que la intervención implementada tuvo un efecto positivo y significativo en la atención de expedientes, incrementando de manera notable la probabilidad de resolución de los reclamos. Sin embargo, el reto pendiente radica en reducir al mínimo los expedientes no resueltos, asegurando que todos los reclamos de los asegurados reciban una respuesta adecuada y dentro de los plazos establecidos. Asimismo, se advirtió que el proceso de atención de reclamos no siempre alcanza la eficacia esperada, lo cual podría estar relacionado con factores estructurales y operativos que escapan, muchas veces, a la voluntad o al compromiso del personal involucrado.

## **IX Conclusiones**

- Del estudio efectuado y analizando las necesidades y demandas de las IPRESS, GAAIPRESS y de las OAA ha permitido identificar los factores que limitan significativamente la eficacia de la gestión de los reclamos, siendo estos: el desconocimiento de la normativa, la falta de infraestructura, equipamiento y recursos humanos, un procedimiento de atención de reclamos no eficaz y limitaciones tecnológicas en el sistema de gestión de reclamos (RIAA).
- Se diseñó un nuevo procedimiento de atención de reclamos que responde a las necesidades identificadas, clarifica funciones, optimiza los flujos de trabajo y promueve la estrategia del “trato directo”, permitiendo una atención eficiente y articulada entre los involucrados en la atención de los reclamos.
- La implementación del nuevo procedimiento en las seis IPRESS de EsSalud evidenció su aplicabilidad y eficacia, así mismo permitió mejorar la coordinación entre los actores involucrados y ordenar el procedimiento en la gestión de los reclamos a pesar de las limitaciones encontradas.
- El nuevo procedimiento permitió reducir significativamente los tiempos de atención de los reclamos, mejorando la trazabilidad, el control y fortaleciendo la gestión institucional al evitar incumplimiento de la normativa que puedan derivar en sanciones o denuncias ante SUSALUD .

## **X. Recomendaciones**

- Se recomienda aplicar y evaluar esta intervención en otras instituciones para mejorar la gestión de los reclamos.
  
- Se recomienda fortalecer la plataforma digital RIAA incorporando funcionalidades que permitan generar alertas automáticas y reportes en tiempo real sobre la atención de los reclamos, lo cual contribuirá a la detección temprana de retrasos, a una mejor trazabilidad de los expedientes y a la toma de decisiones basadas en evidencia. De igual forma, resulta necesario minimizar los factores que generan dificultades frecuentes, como errores en el registro inicial, deficiencias en la comprensión de la información proporcionada por los usuarios y/o duplicidad de los expedientes.
  
- La Gerencia Central de Atención al Asegurado, debe impulsar la interoperabilidad entre la GAAIPRES, las IPRESS y las OAA, con el propósito de reducir los tiempos de atención de los reclamos. Por lo cual, se sugiere evaluar la formalización del procedimiento de atención de reclamos mediante una normativa interna de EsSalud, que otorgue respaldo institucional y homogeneidad al proceso.
  
- Se recomienda que la Gerencia Central de Atención al Asegurado mantenga informado a todo el personal de las OAA y de las IPRESS respecto a los cambios normativos y técnicos que se implementen, complementando este esfuerzo con un sistema de supervisión y monitoreo periódico que permita verificar su cumplimiento, optimizar el uso de recursos y gestionar oportunamente los inconvenientes que se presenten.

- En relación con el delegado, la GAAIPRES debería establecer un mecanismo de evaluación continua y supervisión de su desempeño, a fin de asegurar que las OAA cumplan con los procedimientos establecidos de manera eficaz y conforme a la normativa vigente. En este marco, se considera también necesario que los delegados brinden un acompañamiento personalizado en el llenado del Libro de Reclamaciones, verificando *in situ* la claridad de la información registrada, ya que la falta de comprensión de lo redactado por los reclamantes constituye una de las principales causas de retraso en la tramitación.
  
- Por otro lado, resulta pertinente la elaboración de un manual de procedimientos y de protocolos de atención estandarizados que sirvan como herramientas de capacitación y referencia para todos los colaboradores. Esta medida permitirá agilizar y hacer más eficiente la gestión de reclamos, además de preparar mejor al personal para responder a las demandas de los asegurados, quienes cada vez cuentan con mayor conocimiento de sus derechos en su calidad de pacientes.
  
- Finalmente, se sugiere que la información relativa a la gestión de reclamos sea compartida con todas las IPRESS, a fin de realizar comparaciones, identificar patrones de casuística recurrente y consensuar soluciones comunes para reclamos similares en distintos establecimientos.

## **XI. Referencias bibliográficas**

1. Naciones Unidas. Observación general 14 del Comité de Derechos Económicos, sociales y culturales (2000) :El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales). 2000;43937:1–23.
2. General A, Unidas N, Miembros E, Unidas N. Declaración Universal de los Derechos Humanos. *Philosophy*. 2017;92(3):331–2.
3. Congreso de la República del Perú. Constitución Política del Perú 1993. 1993;1259:6.
4. Ministerio de Salud. Lineamientos y medidas de reforma del sector Salud. 2013;1–164. Available from:  
<http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/2902.pdf>
5. Ministerio de Salud del Perú. Resolución Ministerial N° 589-2007/MINSA “ Aprueban Plan Nacional Concertado de Salud.” Perú: Diario El Peruano; 2007.
6. Presidencia Ejecutiva de EsSalud. Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 656- PE-EsSalud-2014. 2014 p. 26.
7. Ministerio de Salud. Reglamento para la gestión de reclamos y denuncias de los usuarios de las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud - IAFAS, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPRESS y Unidades de Gestión de Instituciones P [Internet]. Lima; 2019 p. 19. Available from:  
[https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/290962/DECRETO\\_SUPR\\_EMO\\_N\\_\\_002-2019-SA.PDF](https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/290962/DECRETO_SUPR_EMO_N__002-2019-SA.PDF)

8. Superintendencia Nacional de Salud. Anuario estadístico 2019 - SUSALUD. Lima; 2019.
9. Romina Cuba Cumpa. Analisis de los procesos y diseño de los requerimientos funcionales para el desarrollo de un sistema de informacion para la gestion de reclamos en las plataformas de atención al usuario en salud. Paper Knowledge . Toward a Media History of Documents. Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2018.
10. Shimabuku R, Fernández D, Carlos G, Granados K, Maldonado R, Nakachi G. Las reclamaciones de los usuarios externos en un centro pediátrico de referencia nacional en Lima, Perú. An la Fac Med. 2014;75(3):245–50.
11. Seguro Social de Salud. Resolucion de Gerencia General N° 863-GG-ESSALUD-2019. Peru; 2019.
12. Seguro Social de Salud. Encuesta Nacional Socioeconomica de acceso a la salud de los asegurados de EsSalud. Lima; 2015.
13. Palomino JIA. Análisis de las reclamaciones y la satisfacción del usuario externo en el servicio de emergencia de adultos del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati. Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2019.
14. CONAMED. Primera reunion regional sobre solucion de controversias entre usuarios y prestadores de servicios de salud. 2009.
15. Francisco Hernandez Torres, Javier Santacruz Varela EGB. La queja médica : elemento para el fortalecimiento de la seguridad de los pacientes [The medical complaint : element for strengthening patient safety]. Rev CONAMED. 2008;13(55):30–8.
16. Carpintero GU. Notas sobre el origen y concepto del arbitraje y la reforma

- al artículo 17 constitucional. Universidad La Salle; 1999.
17. CONAMED Comisión Nacional de Arbitraje México. Informe anual de actividades 2019 CONAMED. 2019;140.
  18. Asamblea Legislativa de Costa Rica. Ley 8239 "Derechos y deberes de las personas usuarias de los servicios de salud públicos y privados. MinisteriodesaludGoCr [Internet]. 2002;18. Available from: [https://www.ministeriodesalud.go.cr/gestores\\_en\\_salud/derechos-humanos/leyes/leyusuariossalud.pdf](https://www.ministeriodesalud.go.cr/gestores_en_salud/derechos-humanos/leyes/leyusuariossalud.pdf)
  19. Abarca A. Las Contralorías de Servicios en el sistema de salud de Costa Rica. *Rev Chil Salud Pública*. 2010;13(1):17–22.
  20. Romina Alejandra Rodríguez Menadier. La mediación en el Sistema de Salud Público Chileno : Realidad y desafíos de este sistema a 6 años de su. 2011;0–47.
  21. Manary, M.P., Boulding, W., Staelin, R., & Glickman, S.W. (2013). The patient experience and health outcomes. *The New England Journal of Medicine*, 368(3),201-203.<https://doi.org/10.1056/NEJMp1211775>
  22. Ministerio de Salud de Chile. Ley 19966. 2004;1–18.
  23. Tamara Salgado Irarrazabal. Solución de Controversias entre Usuarios y Prestadores de Servicios en los Sistemas de Salud “ Experiencia en Chile” [Internet]. 2009. Available from: [http://www.conamed.gob.mx/eventos/reunion\\_regional/pdf/presentaciones/chile.pdf](http://www.conamed.gob.mx/eventos/reunion_regional/pdf/presentaciones/chile.pdf)
  24. Congreso de la República del Perú. Aseguramiento Universal, Ley N° 29344. Diario El Peruano. Lima; 2009.

25. Salud SN de A en. Resolucion 160-2011-SUNASA/CD “Reglamento general para la atención de los reclamos y quejas de usuarios de las IAFAS e IPRESS” [Internet]. 2011. p. 1–2. Available from:  
[https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/271630/242734\\_Res160\\_2011\\_SUNASA\\_CD\\_EP\\_b.pdf20190110-18386-1jxrzvi.pdf](https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/271630/242734_Res160_2011_SUNASA_CD_EP_b.pdf20190110-18386-1jxrzvi.pdf)
26. Ministerio de Salud del Perú. Decreto Supremo que aprueba Reglamento del Procedimiento de Transferencia de Funciones del Instituto Nacional de Defensa de la Competencia y de la Protecckin de la Propiedad Intelectual - INDECOPI a la Superintendencia Nacional de Salud - SUSALUD [Internet]. 2015 p. 7428. Available from:  
[file:///C:/Users/yessenia.ortega/Documents/194119\\_DECRETO\\_SUPREM O\\_026-2015-SA.pdf20180904-20266-1rie4fd.pdf](file:///C:/Users/yessenia.ortega/Documents/194119_DECRETO_SUPREM O_026-2015-SA.pdf20180904-20266-1rie4fd.pdf)
27. Ministerio de Salud del Perú. DECRETO SUPREMO N°030 -2016-SA “Reglamento para la atención de reclamos y quejas de los usuarios de las IAFAS-IPRESS y UGIPRESS publicas , privadas y mixtas” [Internet]. Lima - Perú: Diario El Peruano; 2016. Available from:  
[https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/193353/192080\\_DS\\_030.pdf20180904-20266-f5zo34.pdf](https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/193353/192080_DS_030.pdf20180904-20266-f5zo34.pdf)
28. Ministerio de Salud del Perú. Resolucion Ministerial N° 603-2007 - Aprueban directiva administrativa que regula el procedimiento para a atencion de consultas, sugerencias, quejas, solicitudes de interposicion de buenos oficios y consejeria en la Defensoria de Salud y Transparencia del. Perú: Diario El Peruano; 2007.
29. Ministerio de Salud del Peru. Resolucion Ministerial 421-2008/MINSA,

Constituyen los Modulos de promocion y difusion de derechos en salud en los Establecimientos de salud. Peru: Diario el Peruano; 2008.

30. Seguro Social de Salud. Resolucion de Presidencia Ejecutiva N° 767-PE-ESSALUD-2015 - Reglamento de Organización y funciones, texto actualizado [Internet]. Perú; 2015. Available from:  
[http://www.essalud.gob.pe/transparencia/pdf/rof/Texto\\_actual\\_y\\_Concordado\\_ROF\\_Res\\_767\\_PE\\_2015.pdf](http://www.essalud.gob.pe/transparencia/pdf/rof/Texto_actual_y_Concordado_ROF_Res_767_PE_2015.pdf)
31. Anne Irving, MA, FACHE, CPHRM, DFASHRM, Adrienne Prager, BA, JD, and Carolyn Standley, BA, JD M. A customizable plan for effective claims management. *J Healthc Risk Manag* [Internet]. 2012;32(2):55–6. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23162918>
32. Nivison M. Automating claims management improves revenue cycle. *Healthc Financ Manage*. 2008;62(2):98–102.
33. Heberer J, Eicher M. Schadenmanagement aus Sicht des Juristen. *Unfallchirurg*. 2020;123(1):6–15.
34. Irving BA V, Prager A, Standley C. Lessons from Liability Claims. :8–10.
35. D’Cruz L. The successful management of complaints--turning threats into opportunities. *Dent Update*. 2008;35(3):370–3.
36. Lee R, Baeza JI, Fulop NJ. The use of patient feedback by hospital boards of directors: A qualitative study of two NHS hospitals in England. *BMJ Qual Saf*. 2018;27(2):103–9.
37. Baldie DJ, Guthrie B, Entwistle V, Kroll T. Exploring the impact and use of patients’ feedback about their care experiences in general practice settings-A realist synthesis. *Fam Pract*. 2018;35(1):13–21.

38. Sheard,L.,Peacock,R., Marsh, C., Lawton,R., &Wright,J.(2019).The patient feedback response framework - understanding why and how patients engage with feedback.how patients engage with feedback.BMC Health Services Research, 19(1),214.<https://doi.org/10.1186/s12913-019-4002-5>

**ANEXO N° 01:** Autorización otorgada por el Gerente de Atención al Asegurado  
en IPRESS de EsSalud para la realización del estudio de investigación



*"Decenio de la igualdad de oportunidades para mujeres y hombres"  
"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de independencia"*

**CARTA N° 23 -GAAIPRESS- GCAA-ESSALUD-2021**

Lima, 02 de Julio del 2021

Señora  
**YESSENIA ORTEGA GARCIA**  
Presente. -

De mi mayor consideración:

Tengo el agrado de dirigirme a usted para hacerle llegar un cordial saludo y en atención al documento remitido a este despacho para la realización de su estudio de investigación, cuyo tema es: *"Propuesta de un plan de mejora para optimizar la gestión del procedimiento de reclamos en las instituciones prestadoras de salud, EsSalud 2021"*.

Este despacho luego de la evaluación correspondiente, le concede la autorización para realizar su estudio de investigación en las Oficinas de Atención al Asegurado a cargo de esta Gerencia, atendiendo las restricciones establecidas en la normativa vigente.

Sin más que decir, me despido y dejo constancia del compromiso asumido.

Atentamente,



**RICARDO RICARDO HAZIMAR**  
GERENTE DE ATENCIÓN AL ASEGURADO IPRESS  
GERENCIA REGIONAL DE ATENCIÓN AL ASEGURADO  
Lima, Perú



*Recibido  
02/07/21*

RDB

NIT 8511 2021 362

Folios ( )

[www.essalud.gob.pe](http://www.essalud.gob.pe)

Av. Arenales N° 1302  
Complejo Arenales Of. 210, Jesús María  
Lima 11 - Perú  
Tel.: 265-6000 / 265-7000



MEMORANDO N° 71 -GAAIPRESS-GCAA-ESSALUD-2021

**PARA :** CESAR LOYOLA MARTINEZ  
Subgerente del Sistema de Gestión de Atención al Asegurado

**DE :** RICARDO DEXTRE BAZALAR  
Gerente Central de Atención al Asegurado en IPRESS

**ASUNTO :** Autorización para acceder a la información del Sistema de Registro de Atención al Asegurado (RIAA)

**REFERENCIA :** a) Carta N° 23 -GCAAIPRESS-GCAA- ESSALUD-2021  
b) Carta de fecha 30 de junio del 2021

**FECHA :** Lima, 02 JUL 2021

Me dirijo a usted con mis atentos saludos y en atención a los documentos de la referencia hacer de su conocimiento que este despacho brindó la autorización a la Sra. Yessenia Ortega Garcia para la realización de su estudio de investigación cuyo tema es "Propuesta de un plan de mejora para optimizar la gestión del procedimiento de reclamos en las instituciones prestadoras de salud, 2021", a ser realizadas en las Oficinas de Atención al Asegurado a cargo de esta gerencia.

En ese sentido, agradeceré que su despacho brinde las facilidades para la remisión de información para los fines de estudio de investigación solicitado.

Sin otro particular, me despido expresándole las muestras de mi especial consideración.

Atentamente,



RICARDO DEXTRE BAZALAR  
GERENTE CENTRAL DE ATENCIÓN AL ASEGURADO  
GERENCIA CENTRAL DE ATENCIÓN AL ASEGURADO

RDB

NIT 8511 2021 362

Folios ( )

[www.essalud.gob.pe](http://www.essalud.gob.pe)

Av. Arenales N° 1302  
Complejo Arenales Of. 210, Jesús María  
Lima 11 - Perú  
Tel.: 265-6000 / 265-7000

**ANEXO N° 02:** Cedula de entrevista a los funcionarios de la GCAA y  
directores de IPRESS

**PREGUNTAS PARA LA ENTREVISTA AL DIRECTOR DE LA IPRESS Y  
PERSONAL DE LA GCAA**

**N° de Cédula:**

- ✓ **Fecha de la entrevista:**
  - ✓ **Lugar de la entrevista:**
  - ✓ **Nombre del entrevistado**
  - ✓ **Cargo del entrevistado:**
  - ✓ **Edad:**
  - ✓ **Profesión:**
  - ✓ **Años en la organización:**
- 

1. ¿Conoce alguna norma o documento sobre la atención de los reclamos?
2. ¿Cuál es el órgano institucional responsable de atender y canalizar la insatisfacción de los asegurados y/o usuarios, respecto de los servicios, prestaciones o coberturas brindadas por EsSalud?
3. ¿Usted tiene conocimiento de algún documento institucional que regule la atención de los reclamos?
4. ¿Cuál es la función principal de la Gerencia Central de Atención al Asegurado?
5. ¿Conoce usted cuál es el plazo para la atención de los reclamos?

6. ¿Conoce usted cuales son los canales o medios de ingreso de los reclamos a la IPRESS? Mencione mínimo tres:
7. ¿Cómo promueve una cultura de calidad de servicio en la IPRESS?
8. ¿Qué medidas adopta la IPRESS a fin de garantizar el acceso al Libro de Reclamaciones en Salud a las personas con discapacidad, o con otras limitaciones físicas?
9. ¿La IPRESS tiene identificadas las deficiencias, puntos críticos o espacios de mejora de los procesos actuales de los servicios? Mencione dos:
10. ¿Quién es la persona responsable del Libro de Reclamaciones en salud fuera del horario de la PAUS?
11. ¿Qué documentos se envía al reclamante en atención a su reclamo?
12. ¿Por qué medios se debe enviar la respuesta al reclamante?
13. ¿Usted cuenta con las estadísticas mensuales de los reclamos?
14. ¿Cuántas veces al mes se reúne con su equipo de gestión para discutir las estadísticas de los reclamos?
15. ¿De qué manera contribuye a su gestión las estadísticas de los reclamos?
16. ¿Asigna a la Oficina de Atención al Asegurado el espacio físico equipamiento tecnológico (computadora, CPU, impresora, teléfono, etc.), herramientas informáticas y materiales de escritorio para su buen funcionamiento?

**ANEXO N° 03:** Cedula de entrevista a los Coordinadores y Delegados de la  
Oficina de Atención al Asegurado

**PREGUNTAS PARA LA ENTREVISTA AL COORDINADOR Y  
DELEGADOS DE LA OAA**

**N° de Cédula:**

- ✓ **Fecha de la entrevista:**
  - ✓ **Lugar de la entrevista:**
  - ✓ **Nombre del entrevistado**
  - ✓ **Cargo del entrevistado:**
  - ✓ **Edad:**
  - ✓ **Profesión:**
  - ✓ **Años en la organización:**
- 

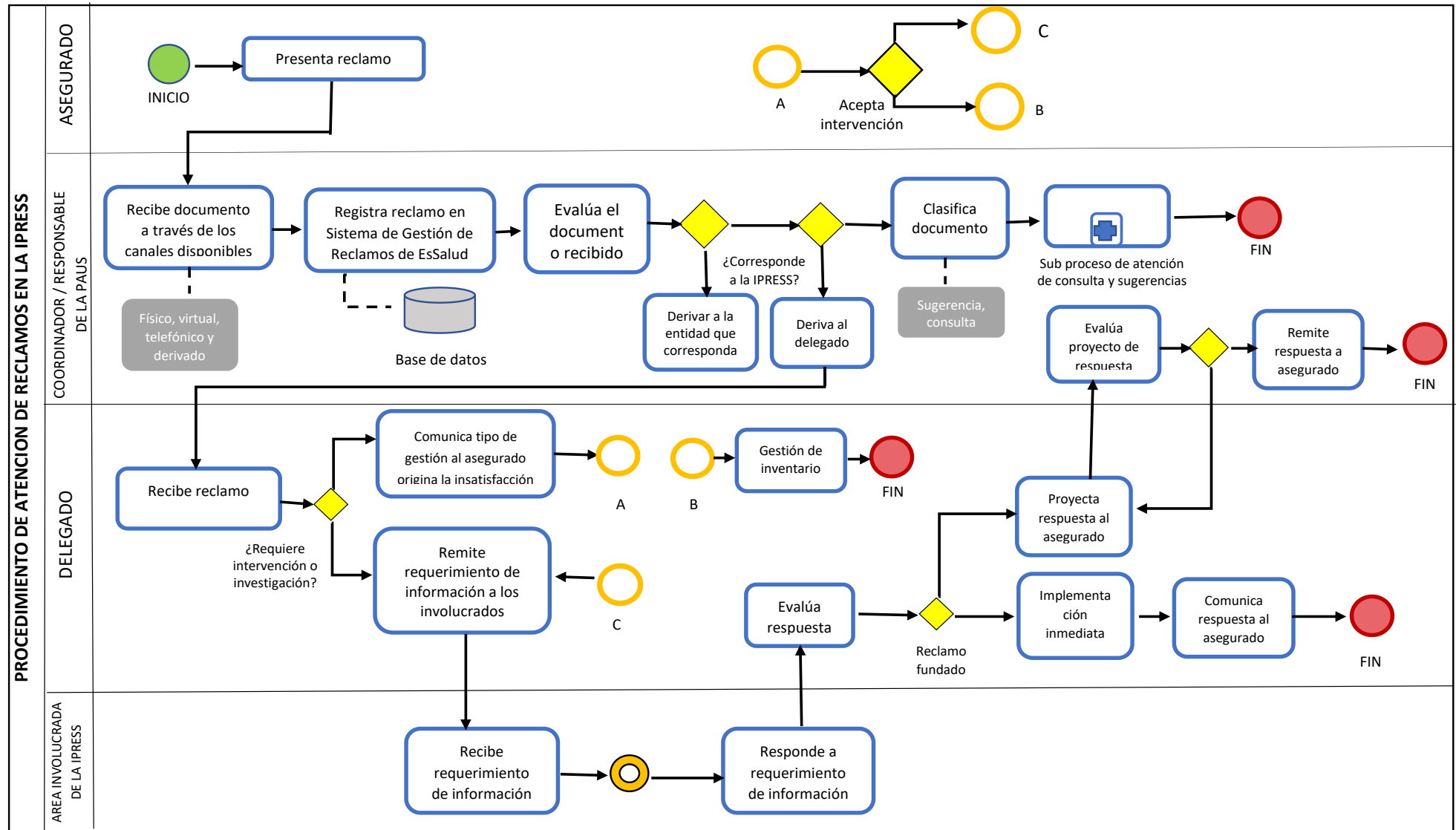
1. ¿Cuál es el plazo máximo para remitir el reclamo a la autoridad máxima de la IPRESS?
2. ¿Cuáles son los criterios de admisibilidad del reclamo?
3. ¿Cuáles son las etapas del procedimiento para la atención de los reclamos?  
Menciónelas:
4. ¿Conoce usted cuáles son los canales o medios de ingreso de los reclamos?  
Mencione mínimo tres:
5. ¿Quién es la persona responsable de la PAUS?, ¿Cuenta con Resolución?
6. ¿Quién es la persona responsable del Libro de Reclamaciones en salud de la IPRESS? ¿Cuenta con algún documento?

7. ¿Quién es la persona responsable de la custodia del Libro de Reclamaciones en salud fuera del horario de la PAUS?, ¿Cuenta con algún documento?
8. ¿Cuáles son los motivos para declarar un reclamo improcedente?
9. ¿El personal que labora en la Oficina de Atención al Asegurado ingresa todas sus actividades en el Aplicativo RIAA?
10. ¿La IPRESS cumple con el procedimiento de atención de reclamos según D.S.002-2019-SA-SUSALUD? Explique
11. ¿Qué funcionario o área supervisa el correcto llenado de las actividades realizadas ante un reclamo en el aplicativo RIAA?
12. ¿Quién es el funcionario, persona o área que supervisa el correcto llenado del Libro de reclamaciones físico desde la recepción del reclamo hasta su conclusión?
13. ¿Si en 30 días hábiles el director de la IPRESS no remite la respuesta al reclamante, el personal de la PAUS a cargo del caso, qué trámite administrativo debe realizar?
14. ¿Qué funcionario o área monitoriza el cumplimiento del procedimiento de atención de los reclamos interpuestos en la IPRESS?
15. ¿Qué funcionario o área monitoriza los accesos al Sistema de Información de Atención al Asegurado RIAA asignado a cada IPRESS?

**ANEXO N° 04:** Programación en el Epi Info para el análisis de la  
información con el modelo de Cox

```
READ {D:\Cloud\Dropbox\ Yesenia Ortega\yessy 18.xlsx}:[Hoja1$]
SELECT estado <> (.)
DEFINE intervencion NUMERIC
IF FechaRegistro >= TXTTODATE( "jul 25 2022" ) THEN
    ASSIGN intervencion = 1
ELSE
    ASSIGN intervencion = 0
END
DEFINE estadofinal NUMERIC
DEFINE tiempo NUMERIC
IF estado="Concluido" OR estado="CONCLUIDO" THEN
    if intervencion=1 then
        ASSIGN estadofinal = 1
        assign tiempo=fechaconclusion-FechaRegistro
    else
        if fechaconclusion<TXTTODATE("jul 25 2022") THEN
            ASSIGN estadofinal = 1
            assign tiempo=fechaconclusion-FechaRegistro
        else
            ASSIGN estadofinal = 0
            assign tiempo=TXTTODATE("jul 25 2022")-FechaRegistro
        end
    end
end
ELSE
    ASSIGN estadofinal = 0
    if intervencion=1 then
        assign tiempo=TXTTODATE("jan 19 2023")-FechaRegistro
    else
        assign tiempo=TXTTODATE("jul 25 2022")-FechaRegistro
    end
end
END
DEFINE tiempo2 NUMERIC
IF tiempo >0 THEN
    ASSIGN tiempo2 = tiempo
END
COXPH tiempo2 = (intervencion) * estadofinal ( 1 ) TIMEUNIT="Days"
PVALUE=95% GRAPH=intervencion GRAPHTYPE="Survival Probability"
```

**ANEXO N° 05:** Diagrama de flujo del procedimiento de atención de reclamos en la IPRESS de EsSalud



**Fuente:** Directiva de Gerencia General N° 34 -GCAA-ESSALUD-2019 -SA

## ANEXO N°06: Funciones del delegado de las Oficinas de Atención al Asegurado



"Decenio de la igualdad de oportunidades para hombres y mujeres"  
"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"

### MEMORANDO CIRCULAR N° 03 -GCAA-ESSALUD-2022

**DE :** CARLOS EDUARDO LOZADA CONTRERAS  
Gerente Central de Atención al Asegurado

**PARA :** DELEGADOS DE LAS OFICINAS DE ATENCIÓN AL ASEGURADO

**ASUNTO :** Actividades dentro de la Gestión de los Reclamos formulados en el Libro de Reclamaciones en Salud

**FECHA :** Lima, 13 MAY 2022



Me dirijo a ustedes, en atención a las funciones reconocidas a esta Gerencia Central en los literales a) y g) del artículo 64° del Texto Actualizado y Concordado del Reglamento de Organización y Funciones del Seguro Social de Salud, aprobado mediante Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 767-PE-ESSALUD-2015 y sus modificatorias, para recordarles que en su condición de Delegados de las Oficinas de Atención al Asegurado (OAA) de la Gerencia Central de Atención al Asegurado, dentro de la gestión de los reclamos interpuestos en el marco del Libro de Reclamaciones en Salud, tienen a su cargo las siguientes actividades, las mismas que deben ser cumplidas, bajo responsabilidad, dentro de los plazos y formalidades establecidas en los lineamientos legales e institucionales que resulten aplicables:



- Atender y orientar a los asegurados, terceros legitimados y otros usuarios que ingresen a la Oficina de Atención al Asegurado de manera inmediata y cortés, respetando el orden de llegada, salvo aquellos casos de atención preferencial previstos en la Ley N° 28683.
- En caso así lo requieran, facilitar a los asegurados, terceros legitimados y otros usuarios el Libro de Reclamaciones en salud, y orientarles en su llenado.
- Registrar en el día, en el Registro Informático de Atención al Asegurado (RIAA), todos los reclamos interpuestos en el Libro de Reclamaciones en Salud, así como, otros requerimientos que sean formulados por los usuarios y asegurados (petitorios, sugerencias y/o consultas).
- Gestionar en forma inmediata ante el Responsable de la PAUS/Coordinador/Sectorista o el personal que haga sus veces, según corresponda, el traslado y reasignación de aquellos expedientes que no correspondan a la IPRESS donde pertenece, efectuando el seguimiento correspondiente, hasta la conclusión del reclamo.
- Clasificar los expedientes asignados a su cargo de manera inmediata, a más tardar en el plazo de 24 horas.
- Gestionar ante las áreas involucradas la solución y/o atención de los reclamos y otros requerimientos formulados por los usuarios (petitorios, sugerencias y/o consultas) asignados a su cargo.
- Efectuar el seguimiento de los reclamos asignados a su cargo, verificando su atención, respuesta y notificación al interesado dentro del plazo legal establecido.
- Registrar todas las acciones efectuadas en relación a la atención de los reclamos y los otros requerimientos (petitorios, sugerencias y/o consultas), asignados a su cargo.
- Brindar información al usuario, sus representantes legales o terceros legitimados, según sea el caso, sobre el estado de su expediente, haciendo uso para ello de las herramientas informáticas o recursos disponibles; en caso, que este tipo de requerimientos sea efectuado por otras entidades o unidades de organización de la Institución, el pedido deberá ser canalizado al Responsable de la PAUS/Coordinador/Sectorista o el personal que haga sus veces, según corresponda, para que éste brinde atención a estos pedidos conforme al marco legal establecido. En todos los casos, los delegados y el personal de la OAA, está obligado a guardar la reserva de la información a la que acceden dentro del



seguimiento de los reclamos y otros requerimientos formulados, por tratarse de información sensible relacionada con la salud, conforme a la Ley N° 29733.



- Hacer uso de las herramientas informáticas (aplicativos, correos electrónicos, etc.) que se les brinda en el ejercicio de sus funciones, informando de manera inmediata (en el día), y bajo responsabilidad, sobre cualquier inconveniente que imposibilite su uso o acceso a las mismas, debiendo también de resguardar la confidencialidad de la información a la que acceden, así como las claves y usuarios que les sean asignados.
- Remitir la información que les sea requerida por la Gerencia Central de Atención al Asegurado o sus órganos de Línea y Apoyo.
- Otras que les sean asignadas por la Gerencia Central de Atención al Asegurado y/o la Gerencia de Atención al Asegurado en IPRESS.



Sin otro particular, quedo de usted.

Atentamente,



  
CARLOS EDUARDO LOZADA CONTRERAS  
GERENTE CENTRAL  
GERENCIA CENTRAL DE ATENCIÓN AL ASEGURADO  


CLC/RDB/evv  
Folios ( 2 )

NIT	8511	2022	945
-----	------	------	-----