



MINISTERIO DE SALUD

FISSAL
Fondo Intangible
Solidario de Salud

RESOLUCIÓN JEFATURAL N° 028-2019-SIS-FISSAL/J

Lima, 20 de setiembre de 2019

VISTOS: El Informe N° 032-2019-SIS-FISSAL/YVSV con Proveído N° 981-2019-SIS-FISSAL/DIGEA, de la Dirección de Gestión del Asegurado de Prestaciones de Alto Costo; Informe N° 050 -2019-SIS-FISSAL/OPP de la Oficina de Planeamiento y Presupuesto; Informe N° 124-2019-SIS-FISSAL/OAJ de la Oficina de Asesoría Jurídica del Fondo Intangible Solidario de Salud – FISSAL; y,

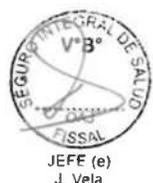
CONSIDERANDO:

Que, el artículo 10 de la Ley N° 29761, Ley de Financiamiento Público de los Regímenes Subsidiado y Semicontributivo del Aseguramiento Universal en Salud, dispuso la creación de la Unidad Ejecutora Fondo Intangible Solidario de Salud - FISSAL sobre la base del fondo creado por la Ley N° 27656, Ley de Creación del Fondo Intangible Solidario de Salud, con el fin de financiar la atención de enfermedades de alto costo, así como la atención de salud de las personas con enfermedades raras o huérfanas; constituyéndose asimismo al Fondo Intangible Solidario de Salud- FISSAL, en una Institución Administradora de Fondos de Aseguramiento en Salud - IAFAS;

Que, los numerales 1 y 2 del artículo 13 del Texto Único Ordenado de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 020-2014-SA, establecen que son funciones de la Superintendencia Nacional de Salud – SUSALUD el promover, proteger y defender los derechos de las personas al acceso a los servicios de salud, supervisando que las prestaciones sean otorgadas con calidad, oportunidad, disponibilidad y aceptabilidad, con independencia de quien las financie;

Que, la Tercera Disposición Complementaria Final del Decreto Supremo N° 027-2015-SA que aprobó el Reglamento de la Ley N° 29414, Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud; dispuso que a propuesta de la Superintendencia Nacional de Salud - SUSALUD se aprobará el Reglamento de Quejas y Reclamos que contendrá el procedimiento para la atención de las quejas y reclamos de las personas usuarias de los servicios de salud;

Que, mediante Decreto Supremo N° 002-2019-SA se aprobó el Reglamento para la Atención de Reclamos y Quejas 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 Prestadoras de Servicios de Salud -UGIPRESS, públicas, privadas y mixtas;



JEFE (e)
J. Vela



MINISTERIO DE SALUD

FISSAL
Fondo Intangible
Solidario de Salud

Que el literal c) del artículo 7 del Decreto Supremo N° 002- 2019-SA establece como una obligación de las IAFAS el contar con un procedimiento que determine de manera clara el flujo de atención, los responsables y los plazos para atender las consultas y reclamos, así como la gratuidad de la tramitación de consultas, información, orientación y reclamos por parte de los usuarios de la IAFAS;

Que, mediante Resolución Jefatural N° 132-2016/SIS, de fecha 27 de mayo de 2016, modificada con Resolución Jefatural N° 237-2016/SIS, de fecha 04 de octubre de 2016, se aprobó el "Manual de Operaciones del Fondo Intangible Solidario de Salud – FISSAL"; estableciendo que el Fondo Intangible Solidario de Salud – FISSAL es un Órgano Desconcentrado del Seguro Integral de Salud, una Institución Administradora de Fondos de Aseguramiento en Salud Pública y una Unidad Ejecutora 002 del Pliego 135 Seguro Integral de Salud;

Que, el precitado Manual de Operaciones, señala en su literal h) numeral 2.2.1.1 que son funciones de la Jefatura del Fondo Intangible Solidario de Salud – FISSAL. *"aprobar normas internas, directivas, reglamentos y procedimientos para el órgano desconcentrado FISSAL, de acuerdo a las competencias asignadas por Ley como Unidad Ejecutora y Órgano Desconcentrado del Seguro Integral de Salud"*;

Que, en base al marco jurídico antes reseñado, mediante el Informe N° 032-2019-SIS-FISSAL-DIGEA/YSSV derivado con proveído N° 981-2019-2019-SIS-FISSAL/DIGEA, la Dirección de Gestión del Asegurado de Prestaciones de Alto Costo - DIGEA eleva un Proyecto de Directiva que regula el procedimiento de atención de reclamos de los asegurados del fondo intangible solidario de salud - FISSAL;

Que, a través del Informe N° 050-2019-SIS-FISSAL/OPP, la Oficina de Planeamiento y Presupuesto emite opinión técnica aprobatoria respecto del proyecto antes citado;

Que, mediante el Informe N° 124-2019-SIS-FISSAL/OAJ, la Oficina de Asesoría Jurídica, señala que se ha cumplido el procedimiento establecido en la Directiva Administrativa N° 001-2017-SIS/FISSAL-OPP-V.02 "Directiva Administrativa Interna sobre normas para la elaboración y/o actualización, aprobación, difusión e implementación de las directivas administrativas internas del Fondo Intangible Solidario de Salud –FISSAL", aprobada por Resolución Jefatural N° 013-2017-SIS-FISSAL/J, por lo que estima jurídicamente viable la aprobación del proyecto de Directiva;

Que, efectuada la evaluación correspondiente y contando con las respectivas conformidades respecto a la aprobación del citado documento, se estima procedente que sea aprobado, a fin de coadyuvar al mejor cumplimiento de las funciones generales de la entidad;



D. VELEGAS



N. SUÁREZ



Y. SALAS



JEFE (e)
J. Vela



MINISTERIO DE SALUD

FISSAL
Fondo Intangible
Solidario de Salud

Con el visto bueno de la Oficina de Planeamiento y Presupuesto, la Dirección de Gestión del Asegurado de Prestaciones de Alto Costo y de la Oficina de Asesoría Jurídica; y,

De conformidad con lo establecido en la Resolución Jefatural N° 132-2016/SIS, que aprueba el Manual de Operaciones del Fondo Intangible Solidario de Salud - FISSAL, modificada con Resolución Jefatural N° 237-2016/SIS; y, la Directiva Administrativa N° 001-2017-SIS/FISSAL-OPP-V.02 "Directiva Administrativa Interna sobre Normas para la elaboración y/o actualización, aprobación, difusión e implementación de las Directivas Administrativas Internas del Fondo Intangible Solidario de Salud -FISSAL", aprobada por Resolución Jefatural N° 013-2017-SIS-FISSAL/J;

SE RESUELVE:

Artículo 1.- Aprobar la Directiva N° 003-2019-SIS-FISSAL "Directiva Administrativa Interna que regula el Procedimiento de Gestión de Reclamos presentados por los usuarios del Fondo Intangible Solidario de Salud - FISSAL" que como anexo forma parte integrante de la presente Resolución.

Artículo 2.- Dejar sin efecto la Resolución Jefatural N° 016-2016-SIS-FISSAL/J que designó a la señora Rosa Efigenia Olaechea Tejada como responsable del Libro de Reclamaciones en Salud del FISSAL.



N. SUAREZ

Artículo 3.- Designar a el/la Jefe/a de la Dirección de Gestión del Asegurado de las Prestaciones de Alto como responsable del Libro de Reclamaciones en Salud del FISSAL.



Y. S. LAS

Artículo 4.- Encargar a la Dirección de Gestión del Asegurado de las Prestaciones de Alto Costo, la implementación y ejecución de las disposiciones en la presente Directiva.



JEFE (e)
J Vela

Artículo 5.- Encargar a la Oficina de Tecnología de Información la publicación de la presente Resolución y su Anexo en el Portal Institucional del Fondo Intangible Solidario de Salud - FISSAL.

Regístrese y comuníquese.

DIEGO ROLANDO VENEGAS OJEDA
Jefe (e) del Fondo Intangible Solidario de Salud



PERÚ

Ministerio
de Salud

Despacho Ministerial

Seguro Integral de Salud

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año de la Lucha contra la Corrupción y la Impunidad"

MINISTERIO DE SALUD

SEGURO INTEGRAL DE SALUD

FONDO INTANGIBLE SOLIDARIO DE SALUD

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA INTERNA N° 003 - 2019 -SIS/FISSAL

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA INTERNA QUE REGULA EL
PROCEDIMIENTO DE GESTIÓN DE RECLAMOS PRESENTADOS POR LOS
USUARIOS DEL FONDO INTANGIBLE SOLIDARIO DE SALUD – FISSAL



N. SUAREZ



Y. SALAS



JEFE (e)
J. Vela

SETIEMBRE, 2019

fiSSAL
Fondo Intangible
Solidario de Salud

Av. Elmer Faucett N° 150
San Miguel Lima – Perú
T (511) 628-7092 / 628-7093
www.fissal.gob.pe

EL PERÚ PRIMERO

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 003-2019-SIS/FISSAL

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA INTERNA QUE REGULA EL PROCEDIMIENTO DE GESTIÓN DE RECLAMOS PRESENTADOS POR LOS USUARIOS EN SALUD DEL FONDO INTANGIBLE SOLIDARIO DE SALUD-FISSAL

I. FINALIDAD:

Fortalecer los mecanismos de atención de reclamos como parte de la mejora continua de la calidad de atención brindada a los usuarios del Fondo Intangible Solidario de Salud (FISSAL).

II. OBJETIVO:

Establecer los procedimientos para la gestión de reclamos que se presenten en el FISSAL y que contribuya a la cautela de derechos de los asegurados al Seguro Integral de Salud (SIS) con cobertura FISSAL.

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN

Es de aplicación y cumplimiento obligatorio para todas las Unidades Funcionales y Direcciones del FISSAL.

IV. BASE LEGAL

- 4.1 Ley N° 26842, Ley General de Salud.
- 4.2 Ley N° 29761, Ley de Financiamiento Público de los Regímenes Subsidiado y Semicontributivo del Aseguramiento Universal en Salud.
- 4.3 Ley N° 29414, Ley que establece los Derechos de las personas usuarias de los servicios de salud.
- 4.4 Decreto Legislativo N° 1163, que aprueba disposiciones para el fortalecimiento del Seguro Integral de Salud.
- 4.5 Decreto Supremo N° 008-2010-SA del, que aprueba el Reglamento de la Ley N.º 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.
- 4.6 Decreto Supremo N° 011-2011-SA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Seguro Integral de Salud y su modificatoria aprobada por el Decreto Supremo N° 002-2016-SA.
- 4.7 Decreto Supremo N° 020-2014-SA, que aprobó el Texto Único Ordenado de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.
- 4.8 Decreto Supremo N° 030-2014-SA, que aprobó el Reglamento del Decreto Legislativo N° 1163, que aprueba disposiciones para el fortalecimiento del Seguro Integral de Salud.
- 4.9 Decreto Supremo N° 027-2015-SA, que aprobó el Reglamento de la Ley N° 29414, Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud.
- 4.10 Decreto Supremo N° 006-2017-JUS que aprueba el Texto Único Ordenado de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General.



- 4.11 Decreto Supremo N° 002-2019-SA, que aprueba el 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 Prestadoras de Servicios de Salud – UGIPRESS, públicas, privadas o mixtas.
- 4.12 Decreto Supremo N° 42-2011-PCM Obligación de las entidades del sector público de contar con un libro de reclamaciones.
- 4.13 Resolución Ministerial N° 319-2012/MINSA, mediante el cual se autoriza el inicio de actividades del FISSAL en el Seguro Integral de Salud.
- 4.14 Resolución Jefatural N° 132-2016/SIS, que aprueba el Manual de Operaciones del Fondo Intangible Solidario de Salud - FISSAL), modificada con Resolución Jefatural N° 237-2016/SIS.

V. DISPOSICIONES GENERALES

5.1 Acrónimos:

- CE: Carné de Extranjería.
- DIGEA: Dirección de Gestión del Asegurado de Prestaciones de Alto Costo.
- DNI: Documento Nacional de Identidad.
- FISSAL: Fondo Intangible Solidario de Salud.
- IAFAS: Institución Administradora de Fondos de Aseguramiento en Salud.
- HRS: Hoja de Reclamación en Salud.
- IPRESS: Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- LEAC: Listado de Enfermedades de Alto Costo de Atención.
- LRS: Libro de Reclamaciones en Salud.
- MINSA: Ministerio de Salud.
- OTI: Oficina de Tecnología de la Información.
- PAUS: Plataforma de atención al usuario en salud.
- SIS: Seguro Integral de Salud.
- SUSALUD: Superintendencia Nacional de Salud.
- UGIPRESS: Unidad de Gestión de Instituciones Prestadores de Servicios de Salud.

5.2 Definiciones Operativas:

5.2.1 Asegurado SIS:

Toda persona beneficiaria residente en el país, que esté bajo cobertura de alguno de los regímenes de aseguramiento del SIS.

5.2.2 Asegurado SIS con cobertura FISSAL:

Es aquel afiliado al SIS, que cuente dentro de su plan de cobertura el financiamiento FISSAL establecido en el marco normativo vigente.

5.2.3 Denuncia:

Manifestación expresa presentada ante SUSALUD sobre acciones u omisiones de la IAFAS, IPRESS o UGIPRESS respecto a los hechos o actos que pudieran constituir



presunta vulneración de los derechos de los usuarios de los servicios de salud, ante la insatisfacción respecto de los servicios, prestaciones o coberturas; o frente a la negativa de atención de su reclamo; o disconformidad con el resultado del mismo; o irregularidad en su tramitación por parte de estas.

Sin perjuicio de ello, SUSALUD puede intervenir de oficio en caso de tomar conocimiento de hechos o actos que pudieran constituir presunta vulneración de los derechos de los usuarios de los servicios de salud.

5.2.4 Formas de presentación de reclamos:

Constituyen las formas por las cuales se presentan reclamos ante el FISSAL, dichas formas son: presencial en el LRS físico y virtual a través del LRS virtual.

5.2.5 Hoja de Reclamación en Salud (HRS):

Es el formato que forma parte del LRS. En el caso del LRS físico, este cuenta con tres hojas autocopiativas y desglosables: una original y dos autocopiativas. La original es entregada al usuario o al tercero legitimado. La primera hoja autocopiativa queda en posesión de la IAFAS FISSAL, la segunda hoja autocopiativa es entregada a SUSALUD, cuando sea solicitada por esta.

5.2.6 Libro de Reclamaciones en Salud (LRS):

Es un registro de naturaleza física o virtual provisto por la IAFAS FISSAL en el cual los usuarios o terceros legitimados pueden interponer sus reclamos ante su insatisfacción con los servicios, prestaciones o coberturas relacionadas con su atención en salud, de acuerdo a la normativa vigente. El LRS de FISSAL, se encuentra disponible en forma física y virtual.

5.2.7 Reclamo:

Manifestación verbal o escrita, efectuada ante la IAFAS, IPRESS o UGIPRESS por un usuario o tercero legitimado ante la insatisfacción respecto de los servicios, prestaciones o coberturas solicitadas o recibidas de estas, relacionados a su atención en salud.

5.2.8 Responsable del LRS:

Es la persona que tiene a cargo la custodia y procedimiento para la gestión del reclamo en salud en el FISSAL.

5.2.9 Responsable de la PAUS:

Es la persona que tiene a su cargo la atención de los reclamos, consultas, sugerencias y asistencias brindadas a los usuarios del FISSAL que ingresan a través de los canales de atención.



5.2.10 Trato directo:

Es la negociación directa entre la IAFAS, IPRESS o UGIPRESS y los usuarios sin la intervención de un tercero, con la finalidad de resolver un contrato un conflicto que origina un reclamo o denuncia.

5.2.11 Usuario en salud:

Persona natural que requiere o hace uso de los servicios, prestaciones o coberturas otorgados por la IAFAS; IPRESS o UGIPRESS. Asimismo, se considera como usuario a la entidad empleadora en la contratación de cobertura de aseguramiento en salud para sus trabajadores frente a una IAFAS.

Para efectos del presente Reglamento, cuando se haga referencia al usuario se entiende al representante del mismo, conforme a lo establecido en el Código Civil y en el Reglamento de la Ley N.º 29414, Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud.

VI. DISPOSICIONES ESPECÍFICAS:

6.1 Procedimiento para la atención de reclamos:

6.1.1 De la admisión y registro:

6.1.1.1 De la información que se requiere para la presentación del reclamo:

- El usuario o la persona que presente el reclamo admitirá el mismo a través del LRS físico o virtual.
- En el caso de presentar su reclamo en el LRS físico, en forma presencial, la persona a cargo de la atención brindará el Libro de Reclamaciones e indicará que la persona consigna la información correspondiente en la HRS (Anexo N.º 01), verificando que cumpla con los requisitos mínimos para la presentación del reclamo, los cuales son:
 - a) Fecha de ocurrencia de los hechos.
 - b) Identificación del usuario o tercero legitimado.
 - c) Identificación de quien presenta el reclamo (en caso de ser el usuario afectado no es necesario su llenado).
 - d) Detalle del reclamo.
 - e) Se debe consignar si autoriza que la notificación del resultado del reclamo sea vía e-mail.
 - f) Firma del reclamante o quien presenta el reclamo. Se puede consignar la huella digital en el caso de ser persona iletrada o con alguna discapacidad. (este criterio sólo será aplicable a reclamos presentados en forma presencial).



6.1.1.2 De la competencia de reclamos:

- La persona que atiende deberá verificar la instancia competente del reclamo.
- En los casos en que el reclamo presentado sea de competencia de otra IAFAS o IPRESS o UGIPRESS, se procederá a verificar si existe vinculación con la misma y al traslado respectivo por el medio más idóneo. Cabe precisar que, el reclamo deberá ser trasladado con un documento formal a la instancia competente para la atención correspondiente y al reclamante para conocimiento, dichas comunicaciones evidencian la declinación de competencia bajo responsabilidad.
- En los casos en que se verifique que el reclamo es de responsabilidad compartida entre la IAFAS FISSAL y las IPRESS o UGIPRESS o IAFAS con las cuales se tenga vinculación, se procederá al traslado en los plazos establecidos en el anterior párrafo y a la atención respectiva en el extremo que corresponde al FISSAL.
- Los reclamos en salud que no sean de competencia FISSAL, deberán ser trasladados en un plazo que no exceda de dos (02) días hábiles posteriores a la recepción o de acuerdo al término de la distancia aplicado conforme al Cuadro General de Términos de la Distancia del Poder Judicial, la atención del reclamo comenzará a computarse a partir de la recepción del reclamo.
- El plazo para la comunicación de los reclamos trasladados tanto a la instancia competente como al reclamante será de hasta cuatro (04) días hábiles contados desde la recepción del mismo.
- Los reclamos en salud que sean de competencia FISSAL y que requieran de la atención de otras unidades del FISSAL, serán trasladados para la atención respectiva en el plazo de dos (02) días hábiles posteriores a la recepción.
- Con relación a la duplicidad y la acumulación de los reclamos, estos deberán ser comunicadas al reclamante en el plazo de cinco (05) días hábiles posteriores a la presentación del reclamo
- En todos los casos, el traslado deberá ser efectuado dentro de los horarios de atención correspondientes.



N. SUÁREZ



Y. SALAS



JEFE (e)
J. Vela

6.1.1.3 De la numeración correlativa de reclamos:

- La numeración del LRS físico y LRS virtual es diferenciada, y se encuentra establecida en la HRS, la misma que servirá para el seguimiento respectivo por parte del reclamante y para el reporte a SUSALUD.

6.1.1.4 De la información a proporcionar al asegurado y el registro del reclamo:

- Si la competencia es de la IAFAS FISSAL, se le indica al usuario los plazos establecidos para la atención del mismo y se le informará sobre el derecho que le asiste para acudir en denuncia ante SUSALUD. Si el reclamo es de competencia de otra Instancia se le indicará que se realizará el traslado y comunicación correspondiente. En ambas situaciones se les indicará el plazo para la atención de reclamos y se le informará sobre el derecho que le asiste para acudir en denuncia ante SUSALUD.
- Cuando el reclamo sea admitido en forma presencial, se hace la entrega de la hoja de reclamación original, y se procede al registro del reclamo en la matriz correspondiente, asimismo, se le deberá indicar que debe comunicar la variación de los datos de contacto consignados en la HRS.
- En el caso de los reclamos presentados en forma virtual, estos quedarán registrados en la base de datos correspondiente y se remitirá una respuesta automática al correo electrónico indicado por el reclamante, dejando constancia de la fecha y hora de presentación del reclamo, el cual puede ser impreso por el usuario.

6.1.1.5 Consideraciones para la admisión del reclamo:

- La persona que realice la atención del reclamo en forma presencial, deberá verificar que se cumpla con los requisitos establecidos para la admisión del reclamo, caso contrario el mismo será declarado inadmisibles.
- Los reclamos presentados en el LRS virtual, que no cumplan con los requisitos establecidos ya sea por omisión, cumplimiento defectuoso o incumplimiento o ambos, que no puedan ser corregidos de oficio, se les deberá solicitar, a través del mismo medio la subsanación respectiva. En caso de no recibir respuesta de manera inmediata o en un plazo máximo de dos (02) días hábiles, el reclamo será considerado inadmisibles.
- Posteriormente, la persona que ejecuta la atención del reclamo registrará el reclamo en el Reporte de reclamos a remitirse a SUSALUD, previa verificación de la existencia de acumulación o la duplicidad de reclamos, considerando lo siguiente:
 - En caso se produzca identidad de un nuevo reclamo respecto a un reclamo anteriormente resuelto y notificado, se procederá al archivo del nuevo, comunicando dicha situación al reclamante en los plazos establecidos. Este tipo de reclamos serán considerados como duplicidad de presentación en el Reporte de reclamos.



- De detectarse reclamos en los cuales coincidan el sujeto del reclamo, la institución reclamada, la causa y la fecha de ocurrencia, la IAFAS, IPRESS o UGIPRESS, se procederá a la acumulación de los mismos en el expediente de mayor antigüedad que diera lugar al inicio del procedimiento de atención del reclamo, en la etapa en que se encuentre, lo cual deberá ser comunicado de oficio en los plazos establecidos.

6.1.2 De la evaluación e investigación:

- Para la atención de los reclamos cuya competencia sea el FISSAL, se adoptarán acciones inmediatas para la atención, y las actuaciones necesarias para dilucidar los hechos que generaron la insatisfacción del usuario o tercero legitimado, respecto a los servicios de salud, prestaciones o coberturas, cuando la naturaleza y complejidad del reclamo lo requiera.
- Los reclamos que fueron trasladados a alguna de las direcciones o unidades funcionales del FISSAL, deberán atender el requerimiento solicitado por la DIGEA en un plazo de siete (07) días hábiles, en caso de requerir ampliación para la atención correspondiente deberán remitir un correo electrónico numerado a la DIGEA para conocimiento. Dicho plazo será ampliado hasta por cinco (05) días hábiles.
- En los casos se requiera de actuación probatoria, la IAFAS FISSAL, puede practicar la actuación de pruebas documentales, testimoniales y/o auditorías de caso, de procesos, de salud y médica que estime pertinentes, asumiendo el costo de las mismas.

6.1.3 Del resultado y notificación:

- Una vez concluida la evaluación e investigación, DIGEA procederá a la elaboración del resultado del reclamo, el mismo que deberá contener:
 - a) Canal de ingreso del reclamo.
 - b) Identificación del usuario afectado y de quien presente el reclamo.
 - c) Descripción y causa del reclamo.
 - d) Análisis de los hechos que sustentan el reclamo, conteniendo la investigación realizada por la IAFAS FISSAL, así como las actuaciones probatorias practicadas, de ser el caso.
 - e) Conclusiones, donde se emite pronunciamiento motivado respecto a los hechos que sustentan el reclamo, declarando el reclamo:
 - Fundado: Declaración de resultado del reclamo cuando se ha probado la afirmación de los hechos alegados por el reclamante.
 - Improcedente: Declaración de resultado del reclamo cuando no corresponde la atención del mismo por no acreditar la legitimidad para



- obrar; no existir conexión lógica entre los hechos expuestos y el reclamo; o carecer de competencia.
 - Infundado: Declaración de resultado del reclamo cuando no se acreditan los hechos que sustentan el mismo.
- f) Medidas adoptadas por la IAFAS FISSAL, según corresponda, cuando se declare fundado el reclamo, así como el plazo para su respectiva implementación.
- En el último párrafo de la comunicación que contiene el informe del resultado del reclamo, se deberá consignar 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”.
- Concluida la investigación, el personal encargado de la atención de reclamos, remitirá la comunicación al usuario o tercero legitimado, adjuntando el informe del resultado del reclamo en un plazo máximo de cinco días hábiles, contado desde el día siguiente de emitido este, al domicilio consignado en el LRS o a su dirección electrónica, en caso de haberlo autorizado expresamente.
- En los casos en que se realice la notificación en físico, se deberá coordinar previamente con el usuario la entrega de la misma, considerando que es de responsabilidad del reclamante comunicar al reclamado la variación de los datos de contacto consignados en su reclamo, a efectos de notificársele la resolución del mismo.

6.1.4 De la conclusión del reclamo:

- El reclamo concluye con la comunicación del informe del resultado del mismo establecido en el numeral 6.1.3 de la presente Directiva Administrativa. No obstante, el reclamo atendido por el FISSAL también puede concluir por los siguientes mecanismos:
 - a) Acuerdo de trato directo sobre los mismos hechos que motivaron el reclamo, dicha conformidad en la hoja de reclamación o en el formato de aplicación de trato directo (Anexo N.º2), el cual deberá ser adjuntado en la HRS respectiva y una copia adjuntada en el Informe de resultado de reclamo para la notificación respectiva.
 - b) Desistimiento por escrito del reclamo por parte del usuario o tercero legitimado, con o sin expresión de causa.
 - c) Acuerdo conciliatorio o transacción extrajudicial que resuelve la controversia entre las IAFAS, IPRESS o UGIPRESS con el reclamante y sobre los mismos hechos que motivan el reclamo.



6.1.5 Del archivo y custodia del expediente:

Los expedientes deberán ser archivados con todo lo actuado, los documentos o pruebas o ambos que sustenten la recepción, el procesamiento y la atención de los reclamos se encuentran contenidas en un expediente único que refleje el cumplimiento de las etapas señaladas, la custodia del expediente se realizará por un periodo de cuatro (04) años.

6.1.6 Del reporte de información a SUSALUD:

La IAFAS FISSAL elaborará un registro de reclamos y emitirá de forma periódica el reporte de reclamos a la Jefatura Institucional.

VII. DISPOSICIONES FINALES:

- 7.1 La atención de reclamos a través de los medios dispuestos por el FISSAL es completamente gratuita por ningún motivo se exigirá pago alguno para la ejecución de este proceso.
- 7.2 La atención reclamos presenciales será en el horario de las 800 a.m. y las 5:15 p.m de lunes a viernes (días hábiles), en el caso de la atención de reclamos virtuales la recepción del reclamo puede efectuarse las 24 horas al día, el plazo de atención de estos reclamos empezará a computarse desde el siguiente día hábil.
- 7.3 El personal que realiza la atención de reclamos deberá realizar la verificación de la condición del asegurado se efectuará en el caso el usuario que presente el reclamo sea un asegurado que cuente con la cobertura FISSAL.
- 7.4 El no contar con los documentos sustentatorios (boletas, etc.), no imposibilita la presentación del reclamo, debiéndosele indicar al usuario que deberá presentar los mismos, de requerirse, en el momento de la evaluación e investigación.
- 7.5 La OTI en coordinación con la DIGEA realizarán la implementación o adecuación de las herramientas necesarias para la sistematización de la información de reclamos. Por lo que el registro y manejo de la información seguirá realizándose de acuerdo a las pautas establecidas por la DIGEA.
- 7.6 Las IAFAS o IPRESS o UGIPRESS a las que se les trasladó los reclamos recepcionados por el FISSAL, deberán poner de conocimiento la respuesta proporcionada al usuario o tercero legitimado en el plazo de siete (07) días hábiles posteriores a la atención del reclamo; asimismo, deberán reportar los reclamos relacionados con el FISSAL en el plazo de cinco (05) días hábiles posteriores al cierre del mes a reportar.
- 7.7 Toda la Información proporcionada por las diferentes instancias competentes a las que se les trasladó el reclamo y de las cuales no se recibió respuesta del reclamo trasladado será comunicado a SUSALUD.
- 7.8 Los casos de personas con discapacidad o que soliciten que el personal que brinda la atención realice el llenado de datos en la HRS, se deberá consignar en el detalle del reclamo: *"se redacta la presente a solicitud del reclamante"*.
- 7.9 La atención de reclamos en el FISSAL empezará a computarse en días hábiles y en horarios de atención establecidos.



- 7.10 El plazo máximo para la atención de los reclamos no excede de treinta días hábiles, contados desde el día siguiente de su recepción por la IAFAS, IPRESS o UGIPRESS, según corresponda.
- 7.11 Aquellos aspectos operativos no contemplados en la presente Directiva Administrativa, podrán ser implementados por la DIGEA a través de actos administrativos que resulten necesarios.

VIII. RESPONSABILIDADES:

- 8.1 La DIGEA es la responsable de la gestión de los reclamos en salud en el FISSAL, del cumplimiento de la presente Directiva Administrativa y de remitir la información de reclamos, en forma periódica a SUSALUD.
- 8.2 La DIGEA es la responsable de socializar la presente Directiva Administrativa en las diferentes unidades del FISSAL y en la IPRESS con las cuales se tenga vinculación.
- 8.3 La persona responsable del LRS es la encargada de custodiar la gestión de reclamos presentados ante el FISSAL.
- 8.4 La persona responsable de la PAUS es la encargada de la atención oportuna y adecuada de los reclamos presentados ante el FISSAL.
- 8.5 La OTI es la encargada del buen funcionamiento y la disponibilidad para acceder al LRS virtual las veinticuatro (24) horas al día.
- 8.6 La DIGEA es la responsable de velar por el cumplimiento del presente Reglamento para lo cual programará capacitaciones y asistencias técnicas a las IPRESS a nivel nacional.
- 8.7 La DIGEA es la responsable de elaborar los reportes de reclamos a nivel nacional.

IX. ANEXOS:

- 9.1 Anexo N.º 01: HOJA DE RECLAMACIÓN EN SALUD.
- 9.2 Anexo N.º 02: SOLUCIÓN A TRAVÉS DE TRATO DIRECTO.
- 9.3 Anexo N.º 03: FLUJOGRAMA PARA LA ATENCIÓN DE RECLAMOS EN EL FISSAL.



ANEXO N° 01

HOJA DE RECLAMACIÓN EN SALUD



FONDO INTANGIBLE SOLIDARIO DE SALUD - FISSAL

HOJA DE RECLAMACIÓN EN SALUD

DIRECCION DEL ESTABLECIMIENTO
Av. Elmer Faucett 150 - Urb. Maranga, San Miguel - Lima

N° 10003 -

FECHA: / /

1. IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO O TERCERO LEGITIMADO

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: _____ E-MAIL: _____
 DOMICILIO: _____ TELÉFONO: _____
 DOCUMENTO DE IDENTIDAD: () DNI () CE () PASAPORTE () RUC N° DOCUMENTO: _____

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

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: _____ E-MAIL: _____
 DOMICILIO: _____ TELÉFONO: _____
 DOCUMENTO DE IDENTIDAD: () DNI () CE () PASAPORTE () RUC N° DOCUMENTO: _____

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

4. AUTORIZO NOTIFICACION DEL RESULTADO DEL RECLAMO AL E-MAIL CONSIGNADO (MARCAR) SI () NO ()

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

FIRMA O HUELLA DIGITAL
EN CASO DE SER PERSONA
ILETRADA

6. SOLUCIÓN A SU RECLAMO A TRAVÉS DE TRATO DIRECTO

DETALLE DE LA SOLUCIÓN	RECLAMANTE	RESPONSABLE DE LIBRO DE RECLAMACIONES EN SALUD

Las IAFAS, IPRESS O UGIPRESS deben atender el reclamo en un plazo de 30 días hábiles.
 "Estimado usuario: Usted puede presentar su queja ante SUSALUD cuando no lo hayan brindado un servicio, prestación o cobertura solicitada, o recibida de las IAFAS o IPRESS, o que depende de las UGIPRESS públicas, privadas o mixtas. También ante la negativa de atención de su reclamo, irregularidad en su tramitación o disconformidad con el resultado del mismo".



N. SUAREZ



Y. SALAS



JEFE (e)
J. Vela

ANEXO N.º 02

SOLUCIÓN A TRAVÉS DE TRATO DIRECTO

ANEXO DE HOJA DE RECLAMACIÓN EN SALUD 10003-Nº _____

FECHA DE ATENCIÓN: _____

DETALLE DE LA SOLUCIÓN: _____

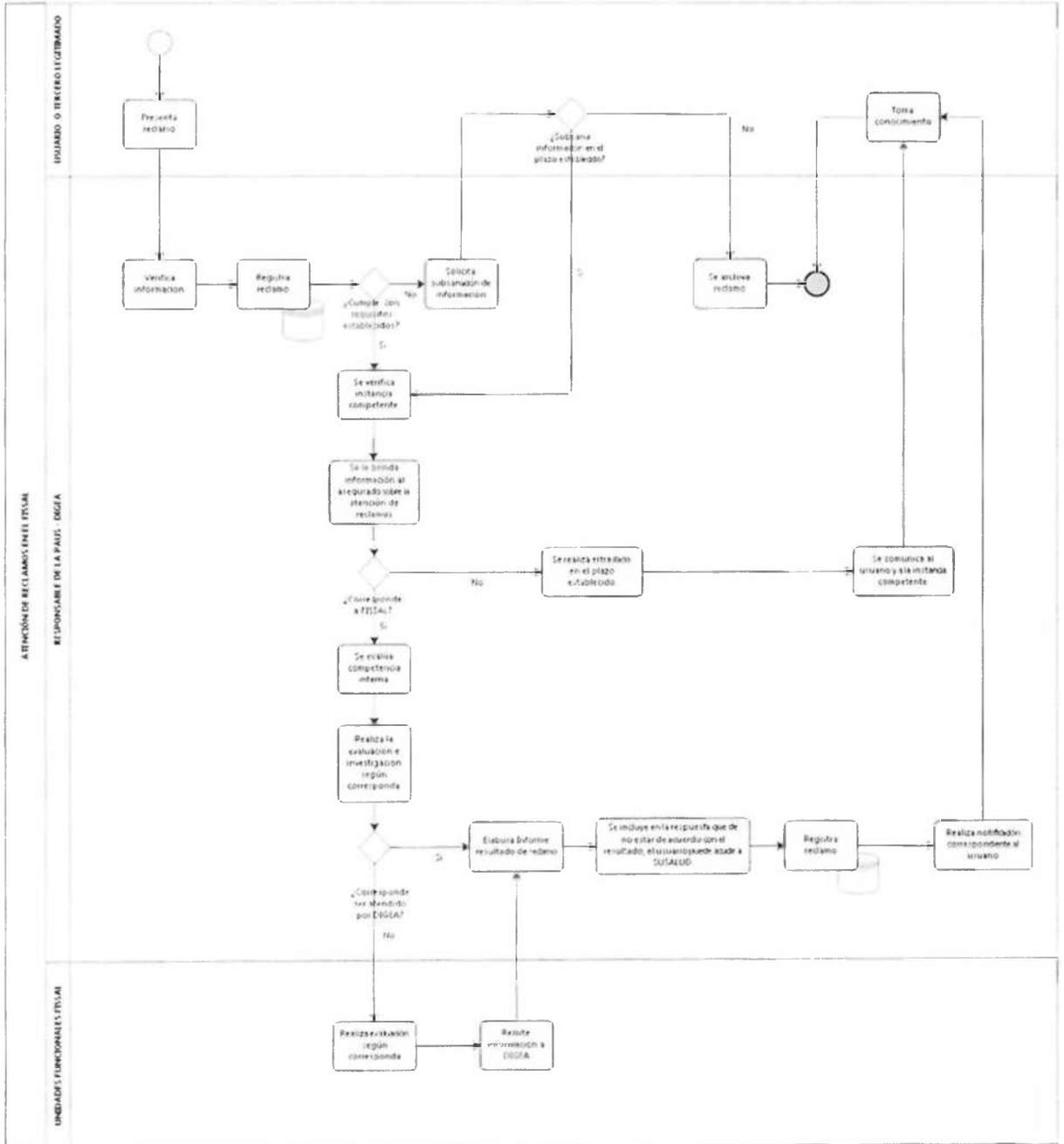
Firman en señal de que el reclamante ha recibido la comunicación por escrito y acredita la conformidad respectiva dándose por atendido el reclamo presentado:

 <p>Reclamante DNI N°:</p>	Firma y huella digital
 <p>Persona que presenta el reclamo DNI N°:</p>	Firma y huella digital
 <p>Responsable de la atención del reclamo DNI N°:</p>	Firma y huella digital

En el caso de personas iletradas sólo será necesaria la Huella digital. En los casos de asegurados con afiliación temporal no será necesario ingresar el DNI.

ANEXO N.º 03

FLUJOGRAMA PARA LA ATENCIÓN DE RECLAMOS EN EL FISSAL



SEGURO INTEGRAL DE SALUD
VºBº
N SUAREZ

SEGURO INTEGRAL DE SALUD
VºBº
FISSAL
SALAS

SEGURO INTEGRAL DE SALUD
VºBº
CAJ
FISSAL
JEFE (a)
J. Vela

