

DIRECTIVA DE DEFENSORÍA DEL ASEGURADO N° 02 -DAE-PE-ESSALUD-2014

**“Directiva para gestión de las Intervenciones Defensoriales de
la Defensoría del Asegurado de EsSalud”**



DEFENSORÍA DEL ASEGURADO

2014

DIRECTIVA DE DEFENSORÍA DEL ASEGURADO N° 02 -DAE-PE-ESSALUD-2014

**DIRECTIVA PARA GESTIÓN DE LAS INTERVENCIONES DEFENSORIALES
DE LA DEFENSORÍA DEL ASEGURADO DE ESSALUD**

ÍNDICE

I.	Objetivo	3
II.	Finalidad	3
III.	Base Legal	3
IV.	Ámbito de Aplicación	5
V.	Responsabilidad	5
VI.	Disposiciones Generales	5
VII.	Disposiciones Específicas	5
	1. Reglas Generales para la Atención de las solicitudes de intervención	5
	2. Intervenciones defensoriales específicas	11
	3. Reclamaciones formuladas a través de Libro de Reclamaciones	20
VIII.	Conceptos de referencia	23
IX.	Disposiciones Finales	24
X.	Anexos	



DIRECTIVA DE DEFENSORÍA DEL ASEGURADO N° 02 -DAE-PE-ESSALUD-2014

"DIRECTIVA PARA GESTIÓN DE LAS INTERVENCIONES DEFENSORIALES DE LA DEFENSORÍA DEL ASEGURADO DE ESSALUD"

I. OBJETIVO

Regular la intervención de la Defensoría del Asegurado para la gestión de las solicitudes de intervención formuladas por los usuarios e intervenciones de Oficio, así como la labor defensorial en relación a las reclamaciones que se interponen a través del Libro de Reclamaciones de los Establecimientos de Salud de EsSalud.

II. FINALIDAD

La presente Directiva tiene por finalidad establecer y estandarizar las pautas básicas para que toda actuación defensorial se desarrolle con la debida diligencia y oportunidad, sirviendo a la protección de los derechos de los asegurados, sus derechohabientes y toda persona que acuda a la Defensoría del Asegurado; contribuyendo a la mejora continua de la atención y a la provisión de información cierta, accesible y oportuna a la institución para estos fines.

III. BASE LEGAL

- a) Constitución Política del Perú.
- b) Ley N° 26790 - Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud y sus modificatorias.
- c) Decreto Supremo N° 009-97-SA - Reglamento de la Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud, Ley N° 26790.
- d) Ley N° 27056 Ley de Creación del Seguro Social de Salud (ESSALUD).
- e) Ley N° 26842. Ley General de Salud.
- f) Ley 29414. Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud.
- g) Decreto Supremo N° 042-2011-PCM, Obligación de las Entidades del Sector Público de contar con un libro de reclamaciones.
- h) Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 012-PE-ESSALUD-2007, que aprueba la Estructura Orgánica y el Reglamento de Organización y Funciones del Seguro Social de Salud (ESSALUD), modificada por Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 252- PE-ESSALUD- 2007.



- i) Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 332-PE-ESSALUD-2011, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones de la Defensoría del Asegurado.
- j) Resolución de Gerencia General N° 266-GG-ESSALUD-2009, que aprueba el Manual de Organización y Funciones de la Defensoría del Asegurado.
- k) Resolución de Gerencia General N° 231-GG-ESSALUD-2011, que aprueba la Directiva N° 002-GG-ESSALUD-2010, "Normas para la implementación, funcionamiento y desarrollo del Sistema Nacional Integrado de Atención al Asegurado".
- l) Resolución de Gerencia General N° 291-GG-ESSALUD-2008, que aprueba la Directiva N° 007-GG-ESSALUD-2008 sobre "Atención de Quejas y/o Reclamos en Lima Metropolitana, fuera del Horario Ordinario de Trabajo".
- m) Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 157-PE-ESSALUD-2010, que dispone la transferencia de las Oficinas de Atención al Asegurado de las Redes Asistenciales Almenara, Rebagliati y Sabogal y, de las Oficinas de Atención al Asegurado que tienen carácter de área funcional en el resto de los Centros Asistenciales, a la Defensoría del Asegurado.
- n) Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 431-PE-ESSALUD-2011, que da por concluido el proceso de transferencia de las Oficinas de Atención al Asegurado de las Redes Asistenciales Almenara, Rebagliati y Sabogal y, de las Oficinas de Atención al Asegurado que tienen carácter de área funcional en el resto de los Centros Asistenciales, a la Defensoría del Asegurado.
- o) Carta de derechos y deberes de los asegurados y sus derechohabientes del Seguro Social de Salud – EsSalud, aprobada mediante Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 690-PE-ESSALUD-2012.
- p) Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 426-PE-ESSALUD-2011, que autoriza a la Defensoría del Asegurado la implementación del Libro de Reclamaciones del Seguro Social de Salud – EsSalud, en la Sede Central y Órganos Desconcentrados, de acuerdo a lo establecido por el Decreto Supremo N° 042-2011-PCM y su anexo.
- q) Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 827-PE-ESSALUD-2013, que modifica la denominación de las Oficinas de Atención al Asegurado de la Oficina Nacional de Atención al Asegurado de la Defensoría del Asegurado, por la de Oficinas de Defensoría del Asegurado de la Oficina Nacional de Atención al Asegurado de la Defensoría del Asegurado.
- r) Resolución de Defensoría del Asegurado N° 02-DA-PE-ESSALUD-2011, que aprueba la Directiva N° 02-DA-PE-ESSALUD-2011, "Normas para la Implementación, Funcionamiento y Supervisión del Libro de Reclamaciones en el Seguro Social de Salud – EsSalud".
- s) Resolución de Defensoría del Asegurado N° 11-DA-PE-ESSALUD-2014, que modifica la Directiva N° 02-DA-PE-ESSALUD-2011, "Normas para la Implementación, Funcionamiento y Supervisión del Libro de Reclamaciones en el Seguro Social de Salud – EsSalud".



- t) Resolución de Defensoría del Asegurado N° 13-DA-PE-ESSALUD-2014 que aprueba la Directiva "Principios Rectores y Reglas Generales del Sistema Integrado de Atención al Asegurado".

IV. ÁMBITO DE APLICACIÓN

La Directiva será aplicada por todas las instancias de la Defensoría del Asegurado a nivel nacional en la atención de las solicitudes de intervención formuladas por los usuarios, las intervenciones de oficio que se dispongan, así como en relación a las reclamaciones que se registran en el Libro de Reclamaciones de los Establecimientos de EsSalud. Asimismo, será de aplicación por parte de todos los órganos de la sede central de EsSalud, órganos desconcentrados y sus dependencias a nivel nacional.

V. RESPONSABILIDAD

Son responsables del cumplimiento de la presente Directiva el Defensor del Asegurado y todo el personal de la Defensoría del Asegurado de EsSalud (DAE), así como el personal de los órganos de la sede central de EsSalud, órganos desconcentrados y sus dependencias a nivel nacional.

VI. DISPOSICIONES GENERALES

La presente Directiva se rige bajo las reglas generales y principios rectores contenidos en la Directiva "Reglas generales y principios rectores para la acción de la Defensoría del Asegurado – EsSalud", aprobada mediante Resolución de Defensoría del Asegurado N° 13-DAE-PE-ESSALUD-2014.

VII. DISPOSICIONES ESPECÍFICAS

La intervención de la Defensoría del Asegurado para la gestión de las solicitudes de intervención e intervenciones de oficio, así como la labor defensorial relacionada con las reclamaciones que se interponen a través del Libro de Reclamaciones de los Establecimientos de EsSalud, se rigen por las siguientes disposiciones específicas:

1. REGLAS GENERALES PARA LA ATENCIÓN DE LAS SOLICITUDES DE INTERVENCIÓN

1.1 SOLICITUDES DE INTERVENCIÓN E INTERVENCIONES DE OFICIO

1.1.1 Solicitudes de intervención de los usuarios

Las solicitudes de intervención que pueden plantear los usuarios de los servicios que presta EsSalud ante la Defensoría del Asegurado son:



- a. Reclamo
- b. Petitorio
- c. Consulta
- d. Sugerencia

1.1.2 Formas de presentación de las solicitudes

Las solicitudes de intervención pueden presentarse en forma personal o por escrito en las Oficinas de la Defensoría del Asegurado a nivel nacional; en forma virtual en el Portal de la Página Web de EsSalud, por vía telefónica, o por cualquiera de los canales virtuales que se instituyan para este fin.

1.1.3 Intervenciones de oficio

Son aquellas intervenciones que realiza la Defensoría del Asegurado, sin necesidad de contar con un pedido de intervención de los usuarios, ante casos de vulneración o amenaza de vulneración de los derechos de los usuarios de los servicios que presta EsSalud.

Las intervenciones de oficio se disponen aplicando los principios de subsidiariedad y complementariedad. Estas intervenciones podrán ser dispuestas por el Despacho del Defensor (a) del Asegurado, de los Gerentes de las Jefaturas de Línea, de los coordinadores defensoriales de Redes Asistenciales, y por los delegados/as responsables de las Oficinas de Defensoría del Asegurado a nivel nacional.



1.1.4 Acciones inmediatas para la atención de los casos

Las acciones inmediatas son aquellas que requieren actuaciones defensoriales durante las primeras veinticuatro (24) horas desde la interposición del reclamo, en los siguientes casos:

- a. Cuando se encuentre en riesgo grave e irreversible la vida o la integridad de la(s) persona(s) usuaria(s).
- b. Cuando existan razones de interés público que motiven la intervención defensorial.
- c. Cuando las acciones defensoriales devengan en ineficaces e innecesarias si son realizadas con posterioridad al lapso de veinticuatro (24) horas.

Las acciones inmediatas están orientadas a la solución del caso planteado o a recabar, información necesaria y relevante para la solución del mismo.



1.1.5 Validación de la información contenida en las solicitudes de intervención

La validación es la acción que permite comprobar los datos del usuario y/o de los hechos que éste plantee. Los delegados/as defensoriales a cargo de los casos están obligados a realizar esta acción utilizando para ello la información que proporcionen las áreas a cargo de los sistemas de acreditación y/o el sistema de gestión hospitalaria de EsSalud cuando corresponda, así como la comunicación con el usuario y/o el afectado cuando fuera posible.

Forman parte de estas acciones las gestiones realizadas para la obtención de mayor información respecto a la solicitud de intervención planteada.

La acción de validación permitirá al delegado/a defensorial evaluar la clasificación del tipo de solicitud de intervención (reclamo, petitorio, consulta o sugerencia), la calificación del hecho vulneratorio, la temática calificada y la admisión del pedido de intervención formulado.

1.1.6 Clasificación del tipo de solicitud de intervención

Realizada la acción de validación de la solicitud de intervención, el delegado/a defensorial clasificará la misma determinando si ésta corresponde a un reclamo, un petitorio, una consulta o a una sugerencia.

1.1.7 Solicitudes de intervención formuladas por Congresistas de la República

En los casos que provengan de solicitudes de intervención formulados por Congresistas de la República, los delegados/as defensoriales deberán remitir al despacho del Defensor (a) del Asegurado o a las Oficina Nacional de Atención al Asegurado y de Apoyo Técnico, según corresponda, un informe que contenga las acciones y resultados alcanzados hasta ese momento, así como las acciones que se encuentren pendientes de actuación. El informe deberá ser remitido en un plazo máximo de dos (02) días de recibido el caso.

1.2 REGISTRO DE INTERVENCIONES DEFENSORIALES

1.2.1 Registro Informático de las Intervenciones Defensoriales

Las intervenciones defensoriales se registrarán en el aplicativo informático de la DAE, el cual constituye el soporte informático con el que cuenta la Defensoría del Asegurado para el registro de las solicitudes de intervención y las intervenciones de oficio, así como el de las gestiones que se realicen para su atención.



El registro informático deberá realizarse de acuerdo al "Guía para el Registro Informático de Intervenciones Defensoriales".

1.2.2 Obligaciones generales para el registro de casos en el aplicativo informático

Sin perjuicio de las obligaciones específicas reguladas en esta Directiva para cada tipo de intervención se deben observar las siguientes reglas:

- a. Ingreso continuo de todas las solicitudes de intervención e intervenciones de oficio, así como de las gestiones que se realicen para su atención.
- b. El registro de las solicitudes de intervención deberá realizarse previa verificación en el sistema de la existencia de algún otro registro de caso interpuesto por el mismo usuario(s) y por los mismos hechos que motivan la solicitud de intervención, ello para determinar la posibilidad de acumulación de casos.
- c. Registro de todos los campos de información que contiene el aplicativo informático.
- d. Actualización permanente de las gestiones realizadas para la atención de las solicitudes de intervención e intervenciones de oficio.
- e. Registro de información cierta y comprensible de las actuaciones defensoriales
- f. Verificación permanente acerca de la información registrada de modo que ésta corresponda al tipo de solicitud de información clasificada, al hecho vulneratorio o temática calificada y la forma de conclusión de cada caso.



1.2.3 Personal a cargo del registro de la información

El registro en el aplicativo informático de las solicitudes de intervención, intervenciones de oficio y de las gestiones realizadas corresponde al delegado/a defensorial encargado/a del caso, bajo responsabilidad. En caso de ausencia de éste, el coordinador o responsable de la Oficina de la Defensoría o la Oficina Nacional de Atención al Asegurado designará a la persona responsable de dicha labor.

Cuando existan carencias o dificultades de carácter técnico, la Oficina Nacional de Atención al Asegurado a través de la dependencia responsable de la gestión de la base de datos, adoptará las medidas que estime convenientes, las cuales tendrán el carácter de temporal en tanto se solucione la carencia o dificultad, para el cumplimiento de dicha labor.

Para el acceso al aplicativo informático los delegados/as contarán con un código de acceso autorizado por la Oficina Nacional de Atención al Asegurado.

1.2.4 Contenido mínimo de información a registrar en el aplicativo informativo

El sistema permitirá registrar información relacionada con:

- a. La forma de ingreso de la solicitud de intervención
- b. Los datos generales de la persona que solicita la intervención y del involucrado/a (paciente o persona afectada por el servicio).
- c. El tipo de intervención defensorial (reclamos, petitorios, consultas o sugerencias).
- d. La descripción de los hechos o situaciones que motivan la solicitud de intervención.
- e. Los datos de las dependencias de EsSalud reclamadas o involucradas.
- f. La acumulación de los reclamos, petitorios, consultas o sugerencias.
- g. Las gestiones realizadas con los usuarios y con las diversas dependencias de EsSalud, así como los resultados de las mismas.
- h. Las gestiones internas realizadas dentro de la propia Defensoría del Asegurado.
- i. La forma de conclusión de las mismas.
- j. Las actuaciones defensoriales de persuasión que se emitan producto de la intervención de la Defensoría del Asegurado.
- k. Las actuaciones defensoriales de seguimiento.
- l. Las comunicaciones conclusivas dirigidas a los usuarios y aquellas dirigidas a los prestadores reclamados.



1.2.5 Modificación del contenido mínimo de información del sistema

Toda modificación del contenido mínimo de información del aplicativo informático, a la que hace referencia el artículo anterior, deberá ser gestionada por la Oficina Nacional de Atención al Asegurado.

1.2.6 Reportes de gestión, de calificación y reportes especiales

Los reportes de gestión son informes estadísticos detallados que dan cuenta del registro de la información de cada uno de los tipos de actuaciones defensoriales desarrolladas para la atención de las solicitudes de intervención e intervenciones de oficio y de las recomendaciones realizadas.

Los reportes de calificación son informes que dan cuenta del número de reclamos registrados como fundados y por hechos vulneratorios o

temáticas, que permitirán evaluar la calidad de la calificación y su correspondencia con la descripción de los hechos.

Los reportes especiales son informes estadísticos específicos sobre determinadas actuaciones defensoriales registradas en el sistema.

1.2.7 Acciones de control por parte de los coordinadores y responsables de Oficinas de Defensoría del Asegurado

Los coordinadores y responsables de ODAS deberán realizar dos tipos de control:

- a. Control ex ante: Consiste en la revisión periódica del cumplimiento de las obligaciones de registro, utilizando los reportes de gestión y calificación que mensualmente le proveerá el sistema.

Sin perjuicio de ello, las Jefaturas podrán solicitar, en cualquier momento, reportes especiales para supervisar aspectos específicos del cumplimiento del registro en el aplicativo informático.

- b. Control ex post: Consiste en las acciones que como consecuencia de las reconsideraciones y las denuncias por defectos en la tramitación de los casos se adopten para corregir las deficiencias de registro se constaten.

1.2.8 Código de acceso para efectuar rectificaciones

Cada coordinador o responsable de ODAS contará con la autorización para realizar rectificaciones en el aplicativo informático sobre el registro de actuaciones defensoriales.

El acceso al aplicativo informático al que se hace referencia en el párrafo precedente es de carácter restringido y presumirá el conocimiento y autorización de la jefatura de la Oficina Nacional de Atención al Asegurado.

1.2.9 Mecanismos de supervisión

La Oficina Nacional de Atención al Asegurado será responsable de supervisar:

- a. El adecuado registro, calificación y gestión de los casos que se tramitan a nivel nacional.
- b. La veracidad de la información registrada en los expedientes y consignada en el aplicativo informático.
- c. El cumplimiento de las disposiciones de esta Directiva por los delegados/as defensoriales a nivel nacional.



2. INTERVENCIONES DEFENSORIALES ESPECÍFICAS

2.1. RECLAMOS: DEFINICIÓN Y REGLAS GENERALES

2.1.1. Definición

El reclamo es toda solicitud que requiere la intervención de la Defensoría del Asegurado alegando la vulneración o amenaza de vulneración de los derechos de los usuarios en la prestación de los servicios de EsSalud en cualquiera de sus dependencias. Plantea una insatisfacción del usuario sobre los servicios que se le brindan.

La atención del reclamo está orientada a la realización de las acciones defensoriales destinadas al cese de la vulneración o evitar la posible vulneración del derecho de los usuarios por parte de las instancias de EsSalud, propiciando que los gestores realicen acciones para la solución de los casos del modo más inmediato posible.



2.1.2. Calificación del hecho vulneratorio

La calificación del hecho o hechos vulneratorios que plantea la solicitud de intervención la realizarán los delegados/as encargados de cada caso atendiendo al Listado de Hechos Vulneratorios que se encuentra contenido en la Tabla para la Calificación de Intervenciones Defensoriales que se encuentran contenidos en el aplicativo informático de la DAE.

El hecho o hechos vulneratorios calificados deberán guardar correspondencia con la descripción de los hechos que se registran en el aplicativo informático.

2.1.3. Acumulación de reclamos

Esta acumulación se produce cuando existieran varios reclamos interpuestos por un mismo usuario siempre y cuando se traten sobre los mismos hechos.

En los casos expuestos el nuevo reclamo debe ser registrado en el aplicativo informático con el mismo hecho vulneratorio al del reclamo original.

No existe acumulación cuando se presenten diferentes reclamos por el mismo hecho vulneratorio por diferentes personas, o cuando se trate de una misma persona por hechos vulneratorios distintos.



2.1.4. Comunicación de conductas o hechos que deben ser investigados por otros organismos

Si del conocimiento de los hechos reclamados se concluye que se trata de actos que deben ser investigados por autoridad competente, se recomendará al reclamante a formular su denuncia ante dichos órganos, dando cuenta en forma obligatoria de los hechos a las Gerencias Centrales, órganos desconcentrados, Establecimientos de Salud o dependencias, de acuerdo a lo establecido por el procedimiento administrativo disciplinario a fin de que se proceda de acuerdo a sus atribuciones.

De ser el caso, la decisión de poner en conocimiento los hechos ante las autoridades, deberá ser dispuesta por el Defensora (a) del Asegurado.

2.2. ETAPA DE ADMISIÓN

2.2.1. Reclamos admisibles e inadmisibles

El delgado/a defensorial, dentro de las 24 horas de recibido el reclamo y habiendo realizado la validación del caso y calificación del hecho vulneratorio, conforme a los Artículos 1.1.5 y 2.1.2 de esta Directiva, deberá determinar su admisibilidad o inadmisibilidad.

2.2.2. Reclamos inadmisibles

Un reclamo se declarará inadmisibile si de la evaluación de los hechos expuestos se determina que:

- a. Los hechos en los que se sustenta no son de competencia de EsSalud.
- b. Los hechos planteados no son de competencia de la Defensoría del Asegurado.
- c. Los datos del solicitante y/o afectado, o los hechos planteados no puedan ser validados.
- d. Cuando se trate de reclamos anónimos.

El reclamo inadmisibile no dará inicio a la intervención de la Defensoría del Asegurado, dándose por concluido el mismo, poniendo en conocimiento del usuario la decisión adoptada, a través de carta de conclusión o correo electrónico o acta defensorial.



2.3. ETAPA DE GESTIÓN DEL RECLAMO

2.3.1. Definición

Admitido el reclamo se da inicio a la etapa de gestión del mismo. Esta etapa está orientada a la realización de las acciones defensoriales dirigidas a recopilar los elementos que permitan determinar la vulneración o amenaza de vulneración del derecho de los usuarios, así como a promover que el prestador lleve a cabo las acciones necesarias para la solución del caso del modo más inmediato posible

2.3.2. Gestiones con los prestadores

Las gestiones con los prestadores se realizan mediante las siguientes modalidades:

- a. Acciones Inmediatas
- b. Acciones de Trámite Ordinario.

Cuando se realicen entrevistas, visitas de inspección o diligencias similares se deberá dejar constancia de las misma mediante Acta en la que deberán firmar, en señal de conformidad, el delegado/a y el funcionario o servidor administrativo o asistencial con quien se realizó la gestión.

2.3.3. Gestión de acciones inmediatas

De conformidad con el Artículo 1.1.4 de la presente Directiva, las acciones inmediatas están orientadas a la solución del reclamo o a recabar información necesaria y relevante para la solución del mismo. Los delegados defensoriales deberán iniciar, bajo responsabilidad, acciones inmediatas dentro de las 24 horas de recibidos los reclamos.

Las acciones inmediatas deberán ser realizadas en un plazo máximo de 05 días calendarios, vencido el mismo, el trámite del reclamo continuará con acciones de trámite ordinario.

2.3.4. Características de las gestiones de acción inmediata

En estas acciones se prioriza el uso de la comunicación verbal con el área o dependencia que puede brindar la solución al hecho reclamado o proporcione información relevante para su solución, sin perjuicio de realizar acciones escritas que sean necesarias. Las gestiones características de la acción inmediata son: entrevistas, comunicaciones telefónicas, correos electrónicos, visitas de supervisión, y cualquier otro tipo de comunicación verbal.

2.3.5. Gestiones de trámite ordinario

Son aquellas que pueden realizarse simultáneamente a las acciones inmediatas o una vez agotadas las mismas sin que se haya obtenido de parte del prestador las acciones que permitan solucionar el reclamo planteado por el usuario. En estas gestiones se prioriza el uso de la comunicación escrita, sin perjuicio de las acciones para el seguimiento de las mismas.

Las gestiones características del trámite ordinario son: Los pedidos de información y los pedidos reiterativos de información. Adicionalmente, los delegados deberán realizar entrevistas; comunicaciones telefónicas; correos electrónicos; visitas de supervisión, y cualquier otro tipo de comunicación verbal para la gestión de sus casos.

2.3.6. Pedidos de información

Son documentos que se remiten a los jefes de las dependencias de EsSalud a fin de poner en conocimiento los hechos que motivan el reclamo y solicitar información respecto a los mismos, así como sobre las acciones que se adoptarán para la atención del reclamo.

El plazo máximo para dar respuesta a los pedidos de información es de quince (15) días calendario, los cuales pueden acortarse en atención a la naturaleza del caso. El delegado defensorial está obligado a realizar gestiones de seguimiento para procurar una respuesta adecuada y oportuna al pedido de información solicitado. El seguimiento se realizará a través de gestiones telefónicas, correos electrónicos, entrevistas y visitas de supervisión.

2.3.7. Pedidos reiterativos de información

Son documentos que se remiten a los jefes de las dependencias de EsSalud ante omisión de brindar la información que hubiera sido requerida mediante el pedido de información mencionado en el artículo anterior.

Debe dirigirse al mismo jefe al que se dirigió el pedido de información con copia al su superior jerárquico otorgándosele un plazo perentorio de cinco (5) días hábiles para la entrega de la información solicitada.

2.3.8. Gestiones con el usuario

Son las comunicaciones que se establecen con el/la recurrente, para informarle acerca de las actuaciones realizadas para la atención de su reclamo, así como para obtener información complementaria que coadyuve con la finalidad de la intervención defensorial.



2.3.9. Acciones defensoriales de persuasión

Son las acciones que realiza la Defensoría del Asegurado con la finalidad de lograr que los prestadores adopten las medidas necesarias para la restitución del derecho vulnerado o para la prevención de una posible vulneración del mismo.

Las acciones de persuasión se realizan en los casos en los que la Defensoría del Asegurado ha constatado la vulneración o la amenaza de vulneración del derecho de los usuarios de los servicios de EsSalud.

Asimismo, las acciones de persuasión se realizan, en atención al principio de la Presunción de veracidad, y sin llegar a determinar la vulneración del derecho, en los casos en los que los pedidos de información y su reiterativo no hubieren merecido respuesta por parte del prestador requerido.

2.3.10. Tipos de acciones defensoriales de persuasión

Las acciones de persuasión son:

- a. **Recomendación.** Es la actuación a través de la cual se aconseja a la dependencia reclamada la actuación de una acción que no tiene previsto realizar, o que se disponga de medidas correctivas para evitar que se vuelvan a presentar los hechos que motivaron el reclamo.
- b. **Sugerencia.** Se propone de manera específica a la dependencia los criterios que debe tener en cuenta en las acciones que tenía previsto realizar en cumplimiento de sus obligaciones.
- c. **Recordatorio.** Se hace presente a la dependencia reclamada de las obligaciones contenidas en los instrumentos normativos de EsSalud, las normas nacionales así como las normas internacionales sobre protección de derechos.

2.3.11. Actuaciones de seguimiento

Son el conjunto de actuaciones realizadas a fin de asegurar que los Gerentes Centrales, Gerentes de Órganos Desconcentrados, funcionarios y servidores asistenciales o administrativos de las dependencias reclamadas de EsSalud hayan tomado conocimiento de las acciones defensoriales de persuasión formuladas, así como para lograr su implementación. Estas acciones pueden consistir en remisión de cartas, visitas, entrevistas, comunicaciones telefónicas o correos electrónicos.

2.3.12. Plazo del trámite del reclamo

El plazo máximo de trámite de un reclamo es de 30 días hábiles. En ningún caso, el trámite del reclamo se paralizará por ausencia, licencia o vacaciones de los delegados/as encargados del mismo. En estos casos, el Coordinador o delegado responsable de la ODA dispondrá las acciones necesarias para la continuidad del trámite.



2.3.13. Excepción al plazo del trámite del reclamo

Excepcionalmente, atendiendo a la complejidad de la temática materia de investigación se podrá ampliar el plazo máximo para el trámite del reclamo por un periodo de cinco (5) días hábiles, previo conocimiento y autorización del Coordinador o delegado responsable de la ODA o de la Oficina Nacional de Atención al Asegurado o del Defensor/a del Asegurado.

2.3.14. Hecho vulneratorio fundado e infundado

Concluido el plazo máximo para la tramitación del reclamo, si es que éste no se hubiera concluido antes del mismo, el delegado/a responsable deberá proceder a determinar si el hecho o hechos vulneratorios calificados son fundados o infundados procediendo a registrar tal condición en el aplicativo informático de la DAE.

Un hecho vulneratorio se declara fundado en dos supuestos: a) cuando vencido el plazo indicado en el artículo 2.3.12. se hubiera solucionado el motivo de la solicitud presentada por el usuario y se llegue a la conclusión que existe vulneración del derecho; y, b) cuando sin concluirse el plazo indicado en el artículo 2.3.12. se hubiera solucionado el motivo de la solicitud presentada por el usuario y se llegue a la conclusión que existe vulneración del derecho.

De no comprobarse los supuestos establecidos en el párrafo precedente, el hecho se declara infundado y es comunicado al reclamante dejando constancia mediante acta de entrevista, correo electrónico o carta de conclusión.

2.3.15. Hechos vulneratorios fundados sin solucionar

Un hecho vulneratorio se declarará fundado sin solucionar cuando vencido el plazo del artículo 2.3.12. se hubiera comprobado la vulneración del derecho y no se haya solucionado el motivo de la solicitud presentada por el usuario o cuando no se haya dado respuesta a los pedidos de información de la DAE.

En estos casos se procederá a emitir las acciones defensoriales de persuasión que correspondan, concediéndose al prestador un plazo máximo de 15 días hábiles para su implementación. El delegado/a deberá realizar las acciones de seguimiento necesarias para procurar la implementación de las acciones de persuasión emitidas.

2.3.16. Desistimiento del reclamo

En el supuesto que el usuario se desista del reclamo, la intervención defensorial se orientará a verificar que la atención de salud o el trámite del



usuario sean atendidos, así como a la comprobación de los hechos vulneratorios, remitiendo a la autoridad administrativa, según la gravedad del caso, un informe con los resultados de nuestra intervención.

El caso se dará por concluido realizada la verificación de la atención o, de ser el caso, con el informe a la autoridad administrativa.

2.3. PETITORIO

2.3.1. Definición

Es aquel por la cual se solicita la intervención de la Defensoría del Asegurado para que a manera de buenos oficios se procure la atención de un pedido humanitario o la solución de una situación planteada, que no constituyendo una vulneración de sus derechos, la intervención de la DAE puede contribuir a la prevención de la vulneración.

2.3.2. Calificación y registro

Recibido el caso, de conformidad con el artículo 1.1.5 de esta Directiva, el delegado/a defensorial procederá a efectuar la validación del petitorio, así como a calificarlo atendiendo al listado de temáticas contenido en las Tablas para la Calificación de Intervenciones Defensoriales consignados en el aplicativo informático de la DAE.

2.3.3. Gestiones del petitorio

Las gestiones buscan recabar información y de ser posible propiciar la atención al problema planteado por los usuarios. Para tales efectos se llevarán a cabo las gestiones previstas para la acción inmediata por un período de cinco (05) días hábiles, luego de los cuales se continuará el trámite mediante las acciones de gestión ordinaria.

2.3.4. Gestiones con el usuario

Son las comunicaciones que se establecen con el usuario para informarle acerca de las actuaciones realizadas para la atención de su solicitud y/o para obtener información complementaria que coadyuve con su trámite.

2.3.5. Formas de conclusión

Finalizado el plazo para el trámite del petitorio, si es que ésta no se hubiera atendido antes del mismo, se dará por concluido el caso debiendo declararse como Atendido o No Atendido y procediendo a registrar tal condición en el aplicativo informático de la DAE.

Será declarado Atendido cuando la solicitud de apoyo formulada se hubiera resultado positivamente.



Será declarado no atendido cuando el pedido de apoyo formulado no tuviera resultados favorables para el usuario.

2.3.6. Plazo máximo de trámite

La gestión de un petitorio se realizará en un plazo máximo de treinta (30) días hábiles.

2.4. CONSULTA

2.4.1. Definición

Es toda solicitud de información y consejo planteada a la Defensoría del Asegurado, sobre sus derechos, sobre asuntos de índole institucional, sobre trámites, procedimientos o procesos que no implican la vulneración a derechos ni puede ser atendida por las áreas competentes.



2.4.2. Calificación y registro de las consultas

En las consultas se identifica la materia general respecto a la que se ha requerido orientación, atendiendo al listado de temáticas contenido en las Tablas para la Calificación de Intervenciones Defensoriales consignados en el aplicativo informático de la DAE.

2.4.3. Plazo máximo de atención

Las consultas deben ser atendidas al momento de su formulación.

Aquellas que sean presentadas por escrito deberán ser atendidas por escrito dentro de los cinco (5) días hábiles, siguientes a su presentación.



2.4.4. Formas de conclusión

Habiéndose realizado la absolución de la consulta dentro de los plazos establecidos, se dará por concluido el caso debiendo declararse como Atendida o No Atendida registrando esta condición en el aplicativo informático de la DAE.

2.5. SUGERENCIA

2.5.1. Definición

Es la solicitud de intervención formulada a la Defensoría del Asegurado a través de la cual el usuario sugiere la realización de una determinada acción relacionada con la prestación de los servicios que presta EsSalud.

2.5.2. Calificación y registro

Recibida la sugerencia, de conformidad con el artículo 1.1.5 de esta Directiva, el delegado/a defensorial procederá a efectuar la validación, así como la calificación atendiendo al listado de temáticas contenido en las Tablas para la Calificación de Intervenciones Defensoriales consignados en el aplicativo informático de la DAE.

2.5.3. Trámite de las sugerencias

El delegado defensorial, una vez registrada la sugerencia, remitirá dentro de las 48 horas una carta a la autoridad administrativa poniendo en conocimiento la sugerencia recibida para que ésta adopte las acciones que considere pertinentes para la gestión y comunicación final con el usuario.

La Defensoría del Asegurado deberá comunicar al usuario por escrito (vía correo electrónico o carta o acta de entrevista) la acción de remisión de la sugerencia a la autoridad administrativa.

2.5.4. Sugerencias sobre el servicio de la DAE

Cuando la sugerencia tratase sobre aspectos relacionados con la labor que realiza la Defensoría del Asegurado, la ODA evaluará y gestionará la misma siempre que ésta corresponda al ámbito de su jurisdicción, debiendo comunicar al recurrente, en el plazo de 48 horas, los resultados del trámite realizado. En los casos en los que la sugerencia abordase aspectos que corresponde al nivel central de la DAE, ésta deberá ser remitida a la Oficina Nacional de Atención al Usuario - ONAS en el mismo plazo.

2.5.5. Formas de conclusión

Habiéndose realizado la remisión de la sugerencia a la autoridad administrativa competente, se dará por concluido el caso debiendo declararse como Derivada o No Derivada registrando esta condición en el aplicativo informático de la DAE.



3. RECLAMACIONES FORMULADAS A TRAVÉS DE LIBRO DE RECLAMACIONES

3.1. RECLAMACIONES

3.1.1. Definición

Para efectos de la presente directiva, la reclamación es la expresión de insatisfacción o disconformidad del usuario respecto a los servicios que brinda EsSalud que se formula a través del Libro de Reclamaciones implementado de conformidad con el Decreto Supremo N° 042-2011-PCM.

3.1.2. De la implementación del Libro de Reclamaciones

La Defensoría del Asegurado, de conformidad con la Resolución Ejecutiva N° 426-PE-ESSALUD-2011 es responsable del proceso de implementación de Libro de Reclamaciones del Seguro Social de Salud-EsSalud, en la sede central y órganos desconcentrados del mismo.

3.1.3. Implementación del Libro de Reclamaciones en órganos desconcentrados de EsSalud

La Defensoría del Asegurado impulsará el proceso de implementación de los Libros de Reclamaciones en los Órganos Desconcentrados de EsSalud. Para tales efectos, los Gerentes de las Redes Asistenciales dispondrán de los recursos para adquisición y distribución de los Libros de Reclamaciones a los establecimientos de salud de su jurisdicción.

Las Gerencias de Aseguramiento, Prestaciones de Salud y de Prestaciones Económicas y Sociales dispondrán de los recursos necesarios para la dotación de los Libros de Reclamaciones para sus sedes desconcentradas cuando éstas no se encuentren ubicadas en los establecimientos de salud de las Redes Asistenciales.

Las reclamaciones interpuestas en relación a la labor que brindan las sedes descentralizadas de las Gerencias de Aseguramiento, Prestaciones de Salud y de Prestaciones Económicas y Sociales que se encuentren ubicadas en las sedes de los establecimientos de salud deberán registrarse en el Libro de Reclamaciones que corresponde a estos establecimientos. En estos casos el Director del establecimiento de salud deberá remitir las reclamaciones a estas oficinas para su atención.



3.1.4. Responsabilidad del cuidado de los Libros de Reclamaciones

La Defensoría del Asegurado es responsable del cuidado de los Libros de Reclamaciones en los establecimientos de salud en los que cuente con Oficinas Defensoriales, dentro de sus horarios de atención al público. La responsabilidad de cuidado en horario posterior, será determinada por la Dirección del Centro Asistencial, con designación expresa del Área y de la persona responsable, debiendo comunicarse este hecho a la Oficina Defensorial de la Red Asistencial a la cual pertenecen. La entrega de Libro se efectuará dejando constancia en un cuaderno de cargo con indicación de la fecha, hora y persona a la que se le entrega el mismo.

En los establecimientos de salud donde no existan Oficinas de Defensoría del Asegurado, sus Directores designarán expresamente a la persona o área responsable con comunicación expresa a la Oficina Defensorial de la Red Asistencial a la cual pertenecen.

3.1.5. Ubicación del Libro de Reclamaciones

El libro de reclamaciones deberá estar ubicado en un lugar de fácil acceso para el usuario, de tal manera que en todo momento pueda ser proporcionado a quien lo solicite.

3.1.6. Labor de supervisión y monitoreo de Libro de Reclamaciones

Con la finalidad de cumplir con su labor de supervisión y monitoreo del adecuado funcionamiento de los Libros de Reclamaciones del Seguro Social de Salud-EsSalud, la Defensoría del Asegurado podrá disponer visitas de supervisión y/o solicitar a las Gerencias Centrales, Gerencias de Red y/o Directores de establecimientos de salud del seguro social la información que considere pertinente.

3.2. TRÁMITE DE LAS RECLAMACIONES

3.2.1. Trámite de reclamaciones recibidas en ODAS

En los establecimientos de salud en los que el Libro de Reclamaciones se encuentre a cargo de las Oficinas de Defensoría del Asegurado, una vez recibida y registrada la reclamación en el aplicativo informático de la DAE, los delegados defensoriales deberán remitir en el plazo máximo de 24 horas una carta al Director del Establecimiento poniendo en conocimiento la reclamación interpuesta y recordando a la autoridad el plazo legal establecido para dar respuesta al usuario.



3.2.2. Gestiones a cargo de la Dirección del establecimiento de Salud

Recibida la reclamación, el Director del establecimiento de salud deberá realizar las gestiones necesarias para resolver la misma, debiendo remitir respuesta por escrito (vía correo electrónico o carta) al ciudadano dentro del plazo legal establecido.

La Dirección del establecimiento de salud deberá hacer llegar a la Oficina de Defensoría del Asegurado una copia de la respuesta remitida al usuario a efectos que la misma quede registrada en el Libro de Reclamación conforme lo dispone el Decreto Supremo N° 042-2011-PCM.

Luego de efectuada la derivación de la reclamación, el delegado defensorial está en la obligación de realizar las acciones de seguimiento necesarias para la atención de la misma, registrando estas acciones en el aplicativo informático de la DAE.

3.2.3. Formas de Conclusión

Si la reclamación hubiera sido atendida con respuesta dentro del plazo legal, se procederá a su conclusión en el aplicativo informático consignándose como Concluida dentro del plazo.

Si la respuesta se hubiere producido excediéndose el plazo legal, la reclamación se registrará en el aplicativo informático como Concluida fuera del plazo.

Si la reclamación no hubiere sido atendida pese a haber transcurrido el plazo legal se registrará en el aplicativo informático de la DAE como Concluida sin respuesta.

3.2.4. Trámite de reclamaciones recibidas en establecimientos en los que no se cuente con ODAS

Conforme a lo estipulado en el artículo 3.1.4 de la presente directiva, en los Establecimientos de Salud donde no existan Oficinas de Defensoría del Asegurado, sus Directores designarán expresamente a la persona o área responsable de la recepción y gestión de las reclamaciones, así como de brindar respuesta al usuario dentro del plazo legal establecido.

La comunicación de respuesta al reclamante deberá realizarse por escrito vía correo electrónico o carta, debiendo registrarse tal situación en el libro de reclamaciones conforme a lo dispuesto por el Decreto Supremo N° 042-2011-PCM.



VIII. CONCEPTOS DE REFERENCIA

1. Acción Defensorial
Conjunto de actividades realizadas por los representantes de la Defensoría del Asegurado.
2. Establecimientos de Salud de EsSalud
Establecimientos donde EsSalud brinda servicios y prestaciones asistenciales ubicadas en el territorio nacional.
3. Calificación de hechos vulneratorio de derechos en las prestaciones de EsSalud
Acción por la cual se evalúa y determina, de acuerdo al listado de hechos vulneratorios de la Defensoría del Asegurado, el hecho que vulnera o pone en riesgo el derecho de los usuarios que presentan un reclamo respecto de los servicios que brinda EsSalud.
4. Clasificación de las solicitudes de intervención
Acción por la cual se determina el tipo de solicitud de intervención (reclamo, petitorio, consulta o sugerencia) formulada a la Defensoría del Asegurado por parte de los usuarios.
5. DAE
Defensoría del Asegurado de EsSalud
6. Dependencia
Gerencia Central, Gerencias de Órgano Desconcentrado, Área, Agencia, CAS, que brinda servicios a los usuarios.
7. Intervención de oficio
Investigación defensorial que se desarrolla por disposición del Defensor/a del Asegurado, los coordinadores de ODAS o los delegados/as defensoriales, sin necesidad de solicitud de intervención de los usuarios.
8. Guía
Documento que tiene por finalidad facilitar información sobre el procedimiento que se debe seguir para el correcto registro y calificación de las solicitudes de intervención y de las intervenciones de oficio en el aplicativo informático de la DAE
9. ODAS
Oficinas de Defensoría del Asegurado, establecidas en los Establecimientos de Salud a nivel nacional.
10. Reclamos
Expresión de insatisfacción de los asegurados y usuarios por los servicios asistenciales, administrativos o económicos que brinda EsSalud por actos u omisiones que vulneran o podrían vulnerar los derechos de los asegurados o por el incumplimiento de los deberes de los trabajadores asistenciales y administrativos de EsSalud.



11. Unidades Orgánicas

Para efectos de la presente Directiva, las Jefaturas de línea en la Defensoría del Asegurado son: Oficina Nacional de Atención al Asegurado y Oficina de Apoyo Técnico.

12. Usuario

Asegurados, derechohabientes o cualquier otra persona que acude a EsSalud para hacer uso de los servicios que ofrece.

13. Validación

Acción de verificación, comprobación y confirmación de datos del usuario (s) o de hechos planteados en las solicitudes de intervención que se formulan a la Defensoría del Asegurado.



IX. DISPOSICIONES FINALES

PRIMERA. La presente directiva entrará en vigencia a partir de la fecha de su emisión.

SEGUNDA. A partir de la vigencia de la presente directiva quedarán sin efecto todas las disposiciones contenidas en documentos o normas internas que regulaban alguna o toda la materia sobre la que versa la misma.

TERCERA. Las unidades orgánicas a las que alcanza la presente directiva no podrán establecer reglas o plazos que se opongan o contradigan lo señalado en la misma.



ACTA DE ENTREVISTA PERSONAL**Expediente N°**.....**Nombre del entrevistado/a :****Condición :****Delegado/a :****Asunto:****Lugar:**

Siendo las horas del día del mes de del 201....., el representante de la Defensoría del Asegurado de EsSalud que suscribe la presenta acta, informa lo siguiente:

_____
Funcionario/Asegurado/Familiar_____
Delegado/a DAE

ACTA DE ENTREVISTA TELEFONICA**Expediente N°**.....**Nombre del entrevistado/a :****Condición :****Delegado/a :****Asunto:**

Siendo las horas del día del mes de del 201....., el representante de la Defensoría del Asegurado de EsSalud que suscribe la presenta acta, informa lo siguiente:



Delegado/a DAE

ACTA DE REUNIÓN**Expediente N°**.....**Participantes :**
.....
.....
.....
.....**Lugar :**

.....

Siendo las horas del día del mes de del 201.....,

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Funcionario/Asegurado/Familiar_____
Delegado/a DAE

ACTA DE REVISIÓN DE DOCUMENTOS

Expediente N°.....

Responsable :

Tipo de Documento :

Lugar :

Siendo lashoras del díadel mes de.....del 201....., el representante de la Defensoría del Asegurado de EsSalud que suscribe la presente acta, procede a realizar la revisión del documento..... e informa los siguientes hallazgos:

**Delegado/a DAE**

ACTA DE CONCLUSIÓN

Expediente N°.....

Nombre del entrevistado/a :

Condición :

Delegado/a :

Asunto:

Lugar:



Asegurado/Familiar

Delegado/a DAE