

COMUNICACIÓN INTERNA

GG. C.I. N° 233/2025
SC. 17/06/2025

A : Lic. Noemi Jaquelin Flores Duran
JEFE DE PLANIFICACION

DE : Abg. Jessica Pereira Ramos
GERENTE GENERAL a.i. SINEC

REF. : REMISIÓN RESOLUCIÓN ADMINISTRATIVA N°012/2025 -
17/06/2025 – DE APROBACIÓN DEL REGLAMENTO DEL COMITÉ DE
ATENCIÓN AL USUARIO Y MANEJO DEL PUNTO DE RECLAMOS Y BUZÓN
DE SUGERENCIAS

Por medio de la presente y después de saludarla con las consideraciones más distinguidas, tengo a bien remitir para su conocimiento, difusión y capacitación del **REGLAMENTO DEL COMITÉ DE ATENCIÓN AL USUARIO Y MANEJO DEL PUNTO DE RECLAMOS Y BUZÓN DE SUGERENCIAS**, aprobado mediante la **Resolución Administrativa N°0012/2025** de fecha **17/06/2025** debiendo coordinar con la Lic. Tatiana Vega – Secretaria del Comité de atención al Usuario

Sin otro particular, me despido de usted con las consideraciones más distinguidas.

Atentamente,


Abg. Jessica Pereira Ramos
GERENTE GENERAL a.i.

AREA DE PLANIFICACIÓN
RECIBIDO
Fecha: 18/06/2025
Sinec
Santa Cruz

CC./archivo

Se adjunta la resolución que se indica

**RESOLUCIÓN ADMINISTRATIVA No. 12/2025
DE GERENCIA GENERAL**

, a 17 de junio del 2025

VISTOS:

La Comunicación Interna CI/JPI/Nro.054/2025, de fecha 12 de junio del 2025 a través de la cual se remite el **"REGLAMENTO DEL COMITÉ DE ATENCIÓN AL USUARIO Y MANEJO DEL PUNTO DE RECLAMOS Y BUZÓN DE SUGERENCIAS"** y toda documentación que ver convino se tuvo presente; y

CONSIDERANDO:

Que, desde la promulgación de la Constitución Política del Estado, el derecho a la Seguridad Social está plenamente reconocido y es entendida como la potestad que tiene toda persona natural de acceder a la cobertura de contingencias inmediatas y mediatas, generadas como emergencia de toda actividad laboral.

Que, los Parágrafos I y II del Artículo 45 de la Constitución Política del Estado, establecen que todas las bolivianas y los bolivianos tienen derecho a acceder a la seguridad social; y que la misma se presta bajo los principios de universalidad, integralidad, equidad, solidaridad, unidad de gestión, economía, oportunidad, interculturalidad y eficacia. Su dirección y administración corresponde al Estado, con control y participación social.

Que, la Constitución Política del Estado, establece en su artículo 232 que: *La Administración Pública se rige por los principios de legitimidad, legalidad, imparcialidad, publicidad, compromiso e interés social, ética, transparencia, igualdad, competencia, eficiencia, calidad, calidez, honestidad, responsabilidad y resultados.*

Que, los numerales 1 y 2 del artículo 235 de la Constitución Política del Estado, señala que *son obligaciones de las servidoras y servidores públicos cumplir la Constitución y las leyes; y cumplir con sus responsabilidades de acuerdo con los principios de la función pública.*

Que, la Ley N° 1178 de Administración y Control Gubernamentales (SAFCO) tiene como objeto regular los Sistemas de Administración y de Control de los Recursos del Estado y su relación con los sistemas nacionales de Planificación e Inversión Pública, misma que el inc. b) del Artículo 7 de la Ley N° 1178 Ley de Administración y Control Gubernamentales determina que *"Toda entidad pública organizará internamente, en función de sus objetivos y la naturaleza de sus actividades, los sistemas de administración y control interno de que trata esta Ley"*.



Sinec
Seguro Integral de Salud

CAJA DE SEGURIDAD SOCIAL

RESOL. ADM. N° 12/2025
SC. 17-06-2025

Que, el Artículo 27 del cuerpo legal citado precedentemente establece: *"Cada entidad del Sector Público elaborará en el marco de las normas básicas dictadas por los órganos rectores, los reglamentos específicos para el funcionamiento de los sistemas de Administración y Control Interno regulados por la presente Ley y los sistemas de Planificación e Inversión Pública"*.

CONSIDERANDO:

Que, el Código de la Seguridad social establece en su Artículo 1 lo siguiente: *"El Código de Seguridad Social es un conjunto de normas que tiende a proteger la salud del capital humano del país, la continuidad de sus medios de subsistencia, la aplicación de medidas adecuadas para la rehabilitación de las personas inutilizadas y la concesión de los medios necesarios para el mejoramiento de las condiciones de vida del grupo familiar."*

Que, el artículo 541 del Reglamento del Código Seguridad Social, dispone que *los entes Gestores de Salud son instituciones autónomas de derecho público con personalidad jurídica, reconocida y tuteladas por el Estado. Son responsables de los regímenes encomendados a su gestión y están obligados en la ejecución de sus actos administrativos; y jurídicos, así como en el otorgamiento de las prestaciones, a sujetarse estrictamente al Código de Seguridad Social, a su Reglamento y demás disposiciones afines.*

Que, *el Sistema de Gestión de Calidad es una herramienta que le permite a cualquier organización planear, ejecutar y controlar las actividades necesarias para el desarrollo de la misión, a través de la prestación de servicios con altos estándares de calidad, los cuales son medidos a través de los Indicadores de Satisfacción de los Usuarios, por lo que es necesario establecer líneas de comunicación con los usuarios que les permita acceder al conocimiento de sus derechos ofrecer felicitaciones, sugerencias y quejas que contribuyan a un mejor funcionamiento y prestación de Servicios en Salud y la Mejora continua de la Calidad de forma permanente.*

Que, es de menester importancia proteger los intereses de los trabajadores asegurados y beneficiarios en el marco del Código de Seguridad Social, su reglamento y normas conexas, para lo cual es ineludible atender quejas, denuncia y sugerencias que ayuden a adoptar medidas preventivas y correctivas en los entes gestores de Seguridad Social a Corto Plazo.

CONSIDERANDO:

Que, Decreto Supremo N° 26474 del 22 de diciembre de 2001 (norma de creación del SINEC). Norma jurídica que establece que el SINEC es una institución de naturaleza desconcentrada, tal y como lo señala el Art. 2, que a letra dice: *"I. el Seguro Integral de Salud (SINEC) es una institución Pública Descentralizada, que asume funciones operativas"*

especializadas en materia de salud. II. El SINEC con la tipología de Institución Pública Descentralizada, cuenta con personería jurídica, patrimonio propio, autonomía administrativa, financiera y técnica y con competencia de ámbito nacional; bajo tuición del Ministerio de Salud a través de la Autoridad de Supervisión de la Seguridad Social de corto plazo, cuya denominación es "ASUSS" creado en el marco del Decreto Supremo N° 3561 de fecha 16 de mayo de 2018.

Que, el Artículo 26.- (Administración) del cuerpo legal citado precedentemente establece que: "La administración del SINEC, está sujeta a los Sistemas de la Ley N° 1178, disposiciones reglamentarias y Normas Básicas establecidas para cada uno de los Sistemas SAFCO; así como a la normativa establecida por la LOPE y sus Disposiciones Reglamentarias".

CONSIDERANDO:

Que, a través de la Comunicación Interna CI/JPI/Nro. 054/2025, emitida por la Jefe de Planificación del Seguro Integral de Salud – SINEC se remite para su validación y aprobación el "REGLAMENTO DEL COMITÉ DE ATENCION AL USUARIO Y MANEJO DEL PUNTO DE RECLAMOS Y BUZON DE SUGERENCIAS", señalando que, el mismo está en concordancia con las recomendaciones y sugerencias vertidas en la nota CI/JPI/Nro.051/2025

Que, al respecto se tiene la comunicación interna C.I. CAU 003/2025 emitida por la Lic. Tatiana Vega Torres como Secretaria del Comité de atención al usuario, en la informa que las correcciones realizadas están de acuerdo a la revisión de la Jefatura de Planificación.

Que, el Proyecto de "REGLAMENTO DEL COMITÉ DE ATENCION AL USUARIO Y MANEJO DEL PUNTO DE RECLAMOS Y BUZON DE SUGERENCIAS", se encuentra compuesto de una introducción, el marco legal del presente reglamento, la justificación y el objetivo del manual, el ámbito de aplicación, las diferentes definiciones, un apartado que explica la difusión del mismo, además de las situaciones en las que el manual puede estar sujeto a revisiones y actualizaciones, así como también de un apartado que explica sobre las responsabilidades en caso de infracciones al presente reglamento, un apartado que explica los puntos de reclamos, responsables y funciones, otro apartado que hace referencia a la organización, características y procedimiento del buzón de sugerencias, así como también un aparato que explica el procedimiento, seguimiento e indicadores de atención de quejas y reclamos formales.

Que, de la revisión y análisis efectuados a los antecedentes y normativa legal aplicable al presente caso se tiene que, el presente "REGLAMENTO DEL COMITÉ DE ATENCION AL USUARIO Y MANEJO DEL PUNTO DE RECLAMOS Y BUZON DE SUGERENCIAS", ha sido

elaborado de acuerdo a la organización administrativa de la institución, por lo que a efectos de que el Seguro Integral de Salud – SINEC logre una eficiente gestión administrativa y sobre todo cumpla con su misión institucional es necesario aprobar dicho reglamento.

Que, el Decreto Supremo No. 26474 de fecha 22 de diciembre del 2001, que regula la creación y funcionamiento del Seguro Integral de Salud – SINEC, de conformidad con lo establecido en los incisos a) y o) de su artículo 18 se tiene que son funciones del Gerente General: *"Dirigir a la institución en todas sus actividades administrativas, financieras, legales, reglamentarias y técnico operativas especializadas en el marco de la misión institucional y atribuciones establecidas para el SINEC".* y *"Otras que le permitan el cumplimiento de sus funciones".*

POR TANTO:

La Gerente General del SINEC, como Máxima Autoridad Ejecutiva del Seguro Integral de Salud SINEC y en ejercicio de sus legítimas facultades y funciones señaladas en los artículos 15 y 18 del Decreto Supremo No. 26474 de fecha 22 de diciembre del 2001.

RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO:

APROBAR el **"REGLAMENTO DEL COMITÉ DE ATENCION AL USUARIO Y MANEJO DEL PUNTO DE RECLAMOS Y BUZON DE SUGERENCIAS"**, del Seguro Integral de Salud SINEC, mismo que está compuesto por cuatro capítulos y cuenta con un aparatado de anexos.

ARTÍCULO SEGUNDO:

INSTRUIR que el **"REGLAMENTO DEL COMITÉ DE ATENCION AL USUARIO Y MANEJO DEL PUNTO DE RECLAMOS Y BUZON DE SUGERENCIAS"**, es de cumplimiento y aplicación obligatoria a los servidores públicos de las diferentes unidades organizacionales del Seguro Integral de Salud – SINEC.

ARTÍCULO TERCERO:

INSTRUIR al área de Planificación queda encargada de la difusión y capacitación del **"REGLAMENTO DEL COMITÉ DE ATENCION AL USUARIO Y MANEJO DEL PUNTO DE RECLAMOS Y BUZON DE SUGERENCIAS"**, a todas las unidades organizacionales del Seguro Integral de Salud SINEC que intervengan en el desempeño de sus funciones en el proceso de aplicación del presente reglamento.

ARTÍCULO CUARTO:

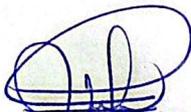
Las modificaciones y ajustes que pudieran corresponder efectuarse al presente instrumento normativo administrativo, se lo realizarán conforme a su aplicación y necesidad, a través del área de Gestión de Calidad en coordinación con Planificación.

5

ARTÍCULO QUINTO:

La presente Resolución Administrativa entra en vigencia a partir del dieciocho de junio del presente año.

REGÍSTRESE, NOTIFÍQUESE Y ARCHÍVESE


Abg. Jessica Pereira Ramos
GERENTE GENERAL a.i. SINEC



REGLAMENTO DEL COMITÉ DE ATENCIÓN AL USUARIO Y MANEJO DEL PUNTO DE RECLAMOS Y BUZÓN DE SUGERENCIAS

**Aprobado con Resolución Administrativa Nro. 012/2025
de fecha 17 de junio de 2025**

SANTA CRUZ - BOLIVIA

INDICE

CAPITULO I	3
ASPECTOS GENERALES	3
ARTÍCULO 1. (INTRODUCCIÓN)	3
ARTÍCULO 2. (MARCO LEGAL)	3
ARTÍCULO 3. (JUSTIFICACIÓN)	4
ARTÍCULO 4. (OBJETIVOS)	4
ARTÍCULO 5. (AMBITO DE APLICACIÓN)	5
ARTÍCULO 6. (DEFINICIONES)	5
ARTÍCULO 7. (DIFUSIÓN)	7
ARTÍCULO 8. (REVISIÓN Y ACTUALIZACIÓN)	7
ARTÍCULO 9. (RESPONSABILIDADES)	7
CAPITULO II	7
PUNTOS DE RECLAMOS Y COMITÉ DE ATENCIÓN AL USUARIO	7
ARTÍCULO 10. (PUNTO DE RECLAMOS)	7
ARTÍCULO 11. (RESPONSABLES Y FUNCIONES)	7
ARTÍCULO 12. (COMITÉ DE ATENCIÓN AL USUARIO)	9
ARTÍCULO 12. (CONFORMACIÓN DEL COMITÉ DE ATENCIÓN AL USUARIO)	9
ARTÍCULO 13. (ATRIBUCIONES DEL COMITÉ DE ATENCIÓN AL USUARIO)	9
CAPÍTULO III	10
ORGANIZACIÓN, CARACTERÍSTICAS Y PROCEDIMIENTO DEL BUZÓN DE SUGERENCIAS	10
ARTÍCULO 12. (ORGANIZACIÓN PARA EL MANEJO DEL BUZÓN DE SUGERENCIAS)	10
ARTÍCULO 13. (USUARIOS DEL BUZÓN DE SUGERENCIAS)	11
ARTÍCULO 14. (CARACTERÍSTICAS DEL BUZÓN DE SUGERENCIAS)	11
ARTÍCULO 15. (PROCEDIMIENTO PARA EL MANEJO DEL BUZÓN DE SUGERENCIAS)	12
ARTÍCULO 16. (SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN)	14
ARTÍCULO 17. (SOLUCIÓN DE LAS QUEJAS)	14
CAPÍTULO IV	15
PROCEDIMIENTO, SEGUIMIENTO E INDICADORES DE ATENCION EN EL PUNTO DE RECLAMOS	15
ARTÍCULO 18. (PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE QUEJAS Y RECLAMOS FORMALES)	15
ARTÍCULO 19. (SEGUIMIENTO Y EVALUACION A QUEJAS Y RECLAMOS FORMALES)	16
ARTÍCULO 20. (PLAZOS PARA EMISION DE RESPUESTA)	17
ARTÍCULO 21. (INDICADORES)	17
ARTÍCULO 22. (CAPACITACIÓN)	18
ARTÍCULO 23. (REMISION DE INFORMACION)	18

CAPITULO I

ASPECTOS GENERALES

ARTÍCULO 1. (INTRODUCCIÓN)

Con la finalidad de mejorar los servicios de salud, en Seguro Integral de Salud - SINEC es necesario establecer vías de comunicación eficaces que conecten a los servicios con las personas usuarias de los mismos (asegurados). Estas vías deben permitir a los asegurados, hacer conocer y presentar las iniciativas, las sugerencias y en su caso, las quejas, para mejorar la comunicación, el funcionamiento y la prestación de servicios.

El presente documento plantea dos mecanismos para identificar la opinión de los asegurados con relación a los servicios que reciben en el Seguro Integral de Salud - SINEC. El primer componente es la Atención de Quejas, Reclamos, Denuncias y Sugerencias a través de la atención oportuna de un Punto de Reclamos manejado por el Comité de Atención al Usuario del SINEC y el segundo componente es el Buzón de Sugerencias que es uno de los instrumentos que permite medir el grado de satisfacción, a través de la opinión de los usuarios, clientes y/o pacientes, y plantear medidas correctivas cuando sea necesario.

La aplicación y puesta en marcha de estos dos componentes contribuirán a mejorar la Calidad de Atención del usuario interno y externo, cumpliendo la misión, visión y objetivos del Seguro Integral de Salud – SINEC.

ARTÍCULO 2. (MARCO LEGAL)

EL presente Reglamento, se sustenta en las siguientes disposiciones legales:

- a) Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia.
- b) Código de Seguridad Social y sus Reglamentos.
- c) Ley Nro. 3131 del Ejercicio Medico, de fecha 08 de agosto de 2005.

- d) Ley Nro. 453, Ley General de los Derechos de los Usuarios y Consumidores, de fecha 04 de diciembre de 2013.
- e) Decreto Supremo de creación del SINEC Nro. 26474, de fecha 22 de diciembre de 2001, que agrupa en una sola norma jurídica todas las disposiciones relativas a la creación y funcionamiento del Seguro Integral de Salud SINEC; efectuada el 29 de enero de 1999.
- f) Decreto Supremo Nro. 3561 creación de la Autoridad de Supervisión de la Seguridad Social a corto plazo ASUSS, de fecha 16 de mayo de 2018.
- g) Reglamento de Sanciones de la ASUSS, Resolución Administrativa N° 034 de fecha 4 de febrero de 2019.
- h) Reglamento de Atención y Gestión de Reclamos, Denuncias, Sugerencias y Reconocimientos en los Establecimientos de Salud de la Seguridad Social de Corto Plazo. Resolución Administrativa ASUSS Nro. 068, de fecha 19 de marzo de 2019.

ARTÍCULO 3. (JUSTIFICACIÓN)

El Punto de Reclamos y el Buzón de Sugerencias se establecen como herramientas o mecanismos del Sistema de Garantía de la Calidad que persigue la mejora continua de los servicios ofertados y la comunicación con los asegurados que permite medir los niveles de satisfacción de los mismos al recibir el servicio, mediante la atención oportuna de quejas cuando son pertinentes y contribuye a disminuir los conflictos que pueden generarse en el Seguro Integral de Salud -SINEC.

Se pretende que estos mecanismos contribuyan a que las personas aseguradas al SINEC, tanto en su público interno y externo ejerzan sus derechos y hagan conocer sus iniciativas, sugerencias o en su caso, las quejas, denuncias o reclamos que al ser atendidos contribuyan en el mejor funcionamiento y prestación del Servicio Público.

En la actualidad el Seguro SINEC, atiende las quejas, denuncias y reclamos a través de diferentes áreas de atención al asegurado del SINEC y en ocasiones las Gerencias, que si bien atienden a la necesidad de los asegurados no cuentan con lineamientos establecidos en una normativa interna que agilice el flujo la atención al usuario interno y externo del SINEC. Estos lineamientos para que se tome en cuenta la opinión de los asegurados ya está establecida en la normativa de la Autoridad de Supervisión de la Seguridad Social ASUSS, para ser aplicada por los entes gestores de la Seguridad Social.

ARTÍCULO 4. (OBJETIVOS)

Estandarizar el procedimiento de recepción, análisis, trámite y resolución de sugerencias, reclamos y felicitaciones de los usuarios internos y externos a través del Punto de Reclamos y Buzón de

Sugerencias del SINEC, con la finalidad de fortalecer y mejorar la atención con calidad y buen trato, tomando en cuenta el criterio de los usuarios al recibir el servicio.

Establecer el procedimiento para la atención de quejas y reclamos formales de los asegurados del Seguro Integral de Salud - SINEC, para dar solución oportuna respetando los derechos de los asegurados y del personal de salud.

ARTÍCULO 5. (AMBITO DE APLICACIÓN)

Es de obligatorio cumplimiento para todos los funcionarios de planta u otra modalidad de contrato del Seguro Integral de Salud – SINEC.

ARTÍCULO 6. (DEFINICIONES)

Atención y Gestión de Reclamos: Se refiere a la recepción, proceso, análisis, evaluación, seguimiento y emisión de una respuesta por parte del Ente Gestor, sobre el reclamo realizado por los usuarios, con el objeto de generar acciones correctivas, preventivas y de mejora continua en el marco del Sistema de Gestión de Calidad de la Seguridad Social a corto plazo.

Gestión de Calidad: Es el sistema obligatorio de garantía de la calidad, que tiene como objetivo proveer servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos. (OMS)

Gestor de Calidad: Funcionario con formación y capacidad técnica en calidad, contratado expresamente en cada establecimiento de salud, para estimular, hacer seguimiento y controlar que las distintas reparticiones y unidades, presten servicios de calidad de acuerdo a indicadores bien definidos.

Comité de Atención al Usuario: Instancia Regional o Nacional del Ente Gestor, encargada de la revisión, análisis y resolución de los reclamos, quejas y denuncias de los usuarios internos y externos del ente gestor y la apertura del Buzón de Quejas y Sugerencias en el establecimiento de salud.

Punto de Reclamos: Es el lugar físico de servicio gratuito al cual el usuario asegurado tiene el derecho de acudir, para informarse o presentar su reclamo, queja, denuncia o reconocimiento de forma verbal o escrita.

Usuario Interno: Es el personal médico y administrativo que desempeña funciones dentro del Establecimiento de Salud.

Usuario Externo: Es el asegurado titular, beneficiario, derecho habiente o su representante, que se encuentre sujeto al campo de aplicación de la Seguridad Social a corto plazo.

Queja: Es toda acción de inconformidad sobre diferentes aspectos de los servicios de salud que brinda la institución, presentada por los asegurados del SINEC.

Queja Verbal: Es aquella situación en la que el usuario asegurado manifestó su insatisfacción en forma verbal en el área de atención al usuario.

Queja Escrita: Aquella situación de insatisfacción en la cual el usuario asegurado redacta por escrito su problema y esta redacción puede ser utilizando el Formulario establecido para la presentación de las quejas u otro formato.

Queja Valida: Para que la queja sea válida o aceptada, deberá estar escrita sin utilización de palabras soeces.

Queja Invalida: Es aquella queja que presenta palabras soeces, despectivas en relación al personal de salud u otros.

Queja Reiterativa: Es aquella queja que se presenta más de una vez y está referida al mismo motivo y con la misma persona o servicio, que puede ser hecha por un mismo usuario asegurado o por otro.

Respuesta a la queja: Es aquella comunicación que realiza la institución con la persona que ha presentado una queja; la misma puede ser verbal, escrita, telefónica o electrónica, siempre que el usuario haya dejado alguna dirección para comunicarse.

En caso no hubiese sido posible dar la respuesta por que el usuario no estaba disponible, se registrara dicha situación con todos los datos que permitan identificar el momento y lugar en el que se hizo la comunicación.

Quejas atendidas: Son aquellas quejas validas evaluadas y solucionadas, que deben estar registradas.

Reclamo: Es la comunicación de la insatisfacción sobre la atención recibida, manifestada directamente por el usuario asegurado, ante el causante directo de la inconformidad u otro miembro de la institución.

Sugerencia: Manifestación directa o indirecta del usuario asegurado de cómo mejorar algún proceso o servicio.

Felicitación. Manifestación de la satisfacción que se experimenta con motivo de algún suceso favorable para el usuario.

Situación Problemática: Situación originada por el asegurado, en la que está por diversos motivos no cumple con los requisitos para ser atendido (perdida de ficha, llegar tarde y no alcanza a la distribución de fichas etc.), situaciones que requieran una gestión directa del Responsables del Punto de Reclamo y Atención del Asegurado o del Director de Clínica o el Jefe de Consulta Externa o Gerente de Servicios Generales dependiendo donde se realizó la denuncia, para su solución.

Sanción: Acción medida y/o procedimiento que se define en coordinación del Comité de Análisis de la Información –COMITE DE ATENCION DEL USUARIO a través del Gerencia General, correspondientes que se aplicaran para subsanar una queja valida verbal, escrita, **reiterativa** y grave al personal de salud que haya cometido una falta.

ARTÍCULO 7. (DIFUSIÓN)

El área de Planificación es la responsable de la difusión del presente Reglamento una vez aprobado mediante disposición expresa de la Gerencia General.

ARTÍCULO 8. (REVISIÓN Y ACTUALIZACIÓN)

Debido a la dinámica institucional, será necesario efectuar enmiendas que permitan actualizar y/o modificar los respectivos articulados del presente Reglamento, como resultado de la experiencia de su aplicación o cuando existan nuevas disposiciones al respecto, el área de Gestión de Calidad es la responsable de elaborar las enmiendas necesarias y remitir al área de Planificación para revisión técnica y gestionar la aprobación.

ARTÍCULO 9. (RESPONSABILIDADES)

En caso de incumplimiento del presente Reglamento, se aplicarán las sanciones establecidas en el Reglamento de Sanciones de la Autoridad de Supervisión de la Seguridad Social a corto plazo, Resolución ASUSS del 04 de febrero de 2019.

CAPITULO II

PUNTOS DE RECLAMOS Y COMITÉ DE ATENCIÓN AL USUARIO

ARTÍCULO 10. (PUNTO DE RECLAMOS)

Es el lugar físico de servicio gratuito al cual el usuario asegurado tiene el derecho de acudir para informarse o presentar su reclamo, queja, denuncia o reconocimiento de forma verbal o escrita.

El Seguro Integral de Salud – SINEC, tendrá los Puntos de Reclamos necesarios para la atención de sus usuarios internos y externos, de acuerdo la distribución geográfica de sus instalaciones: Edificio Administrativo, Consulta Externa del SINEC y el establecimiento de salud donde se brinden los servicios de Emergencia e Internación.

ARTÍCULO 11. (RESPONSABLES Y FUNCIONES)

Para la operativización y funcionamiento de los Puntos de Reclamos, se establecen las siguientes Unidades Organizacionales responsables:

- a) El principal responsable de la atención de quejas, sugerencias y reclamos en los 3 edificios donde el SINEC brinda sus servicios, será el personal designado por la Gerencia General para cada uno de los Puntos de Reclamos, sin embargo, todo el personal debe conocer la función y manejo del mismo para orientar al asegurado.
- b) La Gerencia General designará a través de Memorándum de asignación de funciones a los Responsables del Punto de Reclamos, pudiendo haber uno por edificio donde se preste el servicio de atención a los asegurados; o de acuerdo a la estructura orgánica y/o necesidad institucional.
- c) El Responsable del Punto de Reclamos tanto de los Servicios de Emergencia, como de la Consulta Externa y la Administración del SINEC, debe también brindar información sobre el uso del Buzón de Sugerencias, tener a disponibilidad las boletas o formularios y bolígrafo; además de brindar información del procedimiento para la resolución de quejas a los asegurados. Debe además realizar las gestiones oportunas ante la autoridad máxima ya sea en los Servicios de Emergencia, Consulta Externa o Administración, donde se origina el problema de la denuncia y si fuera posible dar solución de forma inmediata, misma que debe ser registrada.
- d) El Comité de Atención del Usuario, es responsable de la apertura del Buzón de Sugerencias de manera mensual o de acuerdo a determinación y el análisis de las quejas, reclamos, sugerencias o felicitaciones, en base a la información recabada por los Responsables de los Puntos de Reclamos.
- e) Cada encargado de los Puntos de Reclamos, es responsable de consolidar la información del Punto de Reclamo asignado. Así, como clasificar, tabular y reportar los mismos al Comité de Atención del Usuario del SINEC.
Asimismo, es el responsable de realizar seguimiento del cumplimiento del correcto manejo del Buzón de Sugerencias y su apertura de acuerdo a procedimiento establecido.
- f) El Comité Atención al Usuario, está conformado por los Responsables de los Puntos de Reclamos, tanto del Servicio de Emergencia, Consulta Externa y la Administración, así como la Jefatura de Recursos Humanos, el Gestor de Calidad y Jefaturas de Área de acuerdo a necesidad.

ARTÍCULO 12. (COMITÉ DE ATENCIÓN AL USUARIO)

Las Autoridades de los establecimientos de salud del SINEC, deberán organizar un Comité de Atención al Usuario y realizar reuniones de manera mensual y en casos excepcionales reuniones extraordinarias, para el análisis y resolución de las sugerencias, reclamos, quejas y denuncias de mayor complejidad presentados por el Encargado del Punto de Reclamos y Atención al Usuario.

Los integrantes del Comité deberán ser designados a través de memorándum por la máxima autoridad del Ente Gestor por un periodo de 2 años. El presidente y Secretario del Comité deberán ser elegidos entre los integrantes por consenso en la primera Reunión del Comité.

El Comité de Atención al Usuario deberá trabajar coordinadamente y bajo el direccionamiento técnico del Gestor de Calidad de la institución.

ARTÍCULO 12. (CONFORMACIÓN DEL COMITÉ DE ATENCIÓN AL USUARIO)

La conformación del Comité de Atención al Usuario será de acuerdo a lo establecido en los siguientes incisos:

- a. Máxima Autoridad del Establecimiento de Salud del Ente Gestor o su representante.
- b. Gerente Médico del Establecimiento de Salud.
- c. Gestor de Calidad del Establecimiento de Salud.
- d. Responsable de Recursos Humanos del Establecimiento de Salud o su representante
- e. Responsable del Personal de Enfermería.
- f. Responsable de Trabajo Social
- g. Encargado del Punto Reclamo del Establecimiento de Salud.
- h. Jefaturas de Área del establecimiento de salud y/o personal de un área específica (de acuerdo a la complejidad de los casos).

ARTÍCULO 13. (ATRIBUCIONES DEL COMITÉ DE ATENCIÓN AL USUARIO)

El Comité de Atención al Usuario tendrá las siguientes atribuciones:

- a. Apertura del buzón de quejas y sugerencias para el análisis correspondiente.

- b. Emisión de Actas de apertura del buzón.
- c. Análisis de la información sobre las quejas y sugerencias emitidas por los Puntos de Reclamos, para emitir acciones pertinentes de mejora continúa.
- d. Análisis global a los resultados del proceso de gestión y atención de reclamos, quejas, denuncias gestionadas en el punto de reclamo y atención al usuario.
- e. Análisis de casos considerados por su complejidad de reclamo, queja o denuncia para toma de decisiones y resolución oportuna.
- f. Seguimiento a las recomendaciones emitidas a las unidades o áreas del establecimiento de salud que generaron una mala atención en el servicio que se presta en el SINEC.
- g. Seguimiento del cumplimiento de las recomendaciones emitidas sobre reconocimientos al personal del SINEC, para su obtención conforme lo determina el Reglamento Interno de Personal.

CAPÍTULO III

ORGANIZACIÓN, CARACTERÍSTICAS Y PROCEDIMIENTO DEL BUZÓN DE SUGERENCIAS

ARTÍCULO 12. (ORGANIZACIÓN PARA EL MANEJO DEL BUZÓN DE SUGERENCIAS)

Para el correcto manejo del buzón de sugerencias, el SINEC deben contar con:

1. Funcionamiento del Comité de Atención del Usuario, que analizará mensualmente los reportes emitidos por los Puntos de Reclamo en función a la organización establecida y de forma periódica mensual.
2. Funcionamiento del Área de Gestión de Calidad, que emitirá informes mensuales al Gerente General sobre la gestión y solución de estos temas.
3. El o los responsables del Punto de Reclamos, que coadyuve en la gestión de reclamos y prevención de conflictos, deberán comunicar inmediatamente al Gestor de Calidad de la institución o ya sea al Jefe de Emergencias e Internación o al Jefe de Consulta Externa o la Gerencia del Área donde se realizó la denuncia.

4. Buzón de Sugerencias que cumpla las especificaciones: Comunicado explicativo, boletas, bolígrafo.
5. Archivo físico ordenado de formularios y/o cartas de reclamos, quejas o sugerencias con número correlativo; además de boletas recogidas del buzón mensualmente.
6. Afiche o panel con diagrama de flujo del procedimiento para que el usuario haga conocer sus quejas, reclamos, sugerencias y felicitaciones.

ARTÍCULO 13. (USUARIOS DEL BUZÓN DE SUGERENCIAS)

Podrán formular sugerencias, quejas, reclamos o felicitaciones a través del Buzón de Sugerencias, todas las personas que hayan recibido atención en el Seguro Integral de Salud – SINEC, así como el personal médico y administrativo de la institución. (Usuario interno y externo).

Las quejas o reclamos se pueden realizar de forma verbal o por escrito a través de una carta o mediante las boletas y/o formularios que se depositan en el Buzón implementado para este efecto. En el mismo también se pueden hacer llegar las sugerencias y felicitaciones por el servicio recibido.

ARTÍCULO 14. (CARACTERÍSTICAS DEL BUZÓN DE SUGERENCIAS)

El buzón de sugerencias debe cumplir con las siguientes características:

N°	CARACTERÍSTICAS
1	Caja o ánfora en buen estado.
2	Material madera, vidrio, metálico u otro material firme, con dimensiones estándares de 20 cm de cuerpo x 35 cm de alto.
3	Con preferencia debe estar fijo para evitar la manipulación.
4	Ubicado en lugar concurrido y visible, preferentemente próximo al área de admisión, emergencias, consulta externa y/o farmacia.
5	Sistema de seguridad: chapa o candado que garantice seguridad.
6	Identificado con letras legibles en tamaño y diseño (BUZÓN DE SUGERENCIAS - TU OPINION CUENTA).

7	Junto al buzón debe existir un comunicado que explique el objetivo del Buzón y las boletas con una breve explicación del llenado, de acuerdo al siguiente texto: “Estimadas/os asegurados, este Buzón está a su disposición para que nos haga conocer su opinión sobre los servicios del SINEC. Puede hacer llegar sugerencias, reclamos o felicitaciones, que serán tomadas en cuenta para mejorar nuestros servicios.
8	Bolígrafo asegurado al buzón, para tenerlo disponible al momento de escribir.
9	Boletas con formato sencillo y comprensible para los asegurados (de acuerdo al modelo adjunto).

ARTÍCULO 15. (PROCEDIMIENTO PARA EL MANEJO DEL BUZÓN DE SUGERENCIAS)

1. El Responsable de Gestión de Calidad y el o los responsables del Punto de Reclamos, informarán periódicamente a los asegurados por medios físicos o digitales sobre la posibilidad de hacer conocer su opinión de los servicios que recibe en el SINEC.
2. Adicionalmente, el personal del Seguro Integral de Salud - SINEC debe tener conocimiento para orientar sobre el uso del Buzón de Sugerencias, y coadyuvar para canalizar oportunamente los reclamos y denuncias.
3. Las boletas estarán disponibles en los Puntos de Reclamo y/o sobre el Buzón de Sugerencias, y se comunicará y orientará a los asegurados donde encontrarlas.
4. La boleta deberá tener un diseño sencillo y comprensible.
5. El procedimiento se inicia mediante el llenado de una boleta con el contenido de la queja, sugerencia o felicitación.
6. Las boletas serán acumuladas en el Buzón de Sugerencias y por ninguna razón debe ser abierto antes del periodo establecido por el Comité de Atención del Usuario.
7. Por seguridad, la llave del Buzón estará bajo custodia del Responsable del Punto de Reclamos y una copia en el área de Gestión de Calidad (para evitar susceptibilidades en el manejo).
8. El Buzón de Sugerencias debe ser abierto cada mes o cuando así lo determinen el Comité Atención al Usuario, previa clasificación de las boletas en:
 - a) Válidas positivas (felicitaciones)

- b) Válidas Negativas (quejas o reclamos)
- c) Boletas inválidas.

Bajo ningún concepto se admitirán descalificaciones personales, ni juicios de valor, ni otras afirmaciones si no vienen debidamente justificadas, respetando en cualquier caso la dignidad personal y profesional de todos los funcionarios del SINEC. Las quejas que no se acojan a dicha norma quedarán inmediatamente anuladas (inválidas), no correspondiendo ningún procedimiento.

En caso de varias boletas con felicitaciones y/o reclamos sobre un funcionario del SINEC, se transmitirá al mismo, registrará en el Acta y se dará conocimiento al Dpto. de Recursos Humanos.

El Gestor de Calidad y el Comité de Atención del Usuario definirán con el Jefe de Recursos Humanos, el procedimiento a seguir con una amonestación o incentivo para el o los funcionarios con felicitación o reclamos reiterados, manifestados en el Buzón de Sugerencias.

Todo este proceso se registra en el Formulario Acta de Apertura del Buzón de Sugerencia, que será adjuntado en el Acta de la fecha correspondiente del Cuaderno del Comité de Atención del Usuario.

9. El área de Gestión de Calidad o los encargados del Punto de Reclamos, sobre el total de boletas clasificadas, cuantificará las que emiten opiniones similares (las que se repiten con mayor frecuencia), a las que se dará mayor prioridad.

Se realiza un análisis imparcial de las quejas más frecuentes y sus posibles causas; se plantean soluciones o acciones correctivas, responsables y plazos de cumplimiento, para ser presentado al Comité de Atención al Usuario de forma mensual.

Las boletas deben ser conservadas en un archivador, separadas por meses, identificando el número de boletas. El archivador estará en custodia del área de Gestión de Calidad y/o el Comité de Atención al Usuario.

10. En las Reuniones del Comité de Atención al Usuario, se analizará el informe presentado sobre las quejas y reclamos, sus posibles causas y se gestionarán las soluciones o acciones correctivas, los responsables y plazos de cumplimiento emitidos por el Comité de Atención al Usuario.

Debiendo ponerse a consideración de los miembros para su aprobación, complementación, rechazo o análisis, entre otros.

Los miembros del Comité de Atención al Usuario podrán solicitar los respaldos del informe para un mayor análisis si lo amerita. Asimismo, podrán sacar informes o conclusiones propositivas para ser consideradas por las autoridades del SINEC.

11. En la próxima reunión del Comité de Atención del Usuario, se incluirá en la agenda la lectura del seguimiento al cumplimiento de las acciones correctivas.
12. Si se evidencia el uso indebido del Buzón de sugerencias por el personal del SINEC, será sujeto a sanción de acuerdo al Reglamento interno de personal.

ARTÍCULO 16. (SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN)

De manera mensual el Gestor de Calidad y el Comité de Atención del Usuario, realizarán el seguimiento al Manejo Correcto del Buzón de Sugerencias y de acuerdo a un análisis técnico emitirán conclusiones y recomendaciones para las acciones correctivas dirigidos a las Gerencias del SINEC, para que las mismas emitan instructivos al personal o área correspondiente para cumplir con las recomendaciones en un trabajo de mejora continua.

ARTÍCULO 17. (SOLUCIÓN DE LAS QUEJAS)

La solución de las quejas dependerá de la naturaleza de las mismas; hay situaciones en las que el servicio brindado se ha interrumpido, o el usuario percibe que ha sido maltratado, o el usuario no cumple con los requisitos para brindarle el servicio, etc.

Cuando el usuario solicita la continuidad del servicio, la prestación del mismo o una satisfacción por el servicio brindado, es necesaria la inmediata intervención de la institución por parte del Área de Gestión de Calidad, o el Jefe de Emergencias e Internación, Jefe de Consulta Externa o Gerencia de Servicios Médicos del SINEC.

Sea cual fuera la instancia que intervenga para resolver el conflicto sucedido, deberá tomar en cuenta los hechos ocurridos, las circunstancias intervinientes y el respeto a las competencias y atribuciones del personal que de una manera u otra estén involucradas, es decir que la solución del conflicto no debe suponer el maltrato o falta de respeto o abuso de autoridad sobre el trabajador o servicio.

Será necesario para el proceso de mejora continua de la institución, registrar todas las quejas planteadas por el usuario de tal manera que permita realizar un análisis periódico de la problemática más frecuente.

CAPÍTULO IV

PROCEDIMIENTO, SEGUIMIENTO E INDICADORES DE ATENCIÓN EN EL PUNTO DE RECLAMOS

ARTÍCULO 18. (PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE QUEJAS Y RECLAMOS FORMALES)

El procedimiento varía de acuerdo al grado y magnitud del problema que manifiesta el usuario interno y externo del SINEC, a través de su queja o reclamo verbal o escrito en los Puntos de Reclamo establecidos en la institución.

QUEJAS VERBALES

1. La queja es presentada en forma verbal por el usuario al Responsable del Punto de Reclamos del SINEC.
2. El Responsable del Punto de Reclamos comunica inmediatamente al Jefe de Emergencias e Internación o Jefe de Consulta Externa o Gerente de Servicios Médicos o Gerente Administrativo, dependiendo el edificio donde se originó la queja, para gestionar las acciones que den atención a la queja y/o reclamo.
3. Si un personal del SINEC está relacionado con la queja, el Responsable del Punto de Reclamo a través de la Jefatura o Gerencia del área, solicitará un informe aclarativo al funcionario para conocer su versión y dar solución consensuada.
4. El Responsable del Punto de Reclamos, entrevista al usuario denunciante, investiga, coordina y gestiona si corresponde una solución inmediata y notifica al usuario la solución y/o atención a su reclamo.

QUEJA ESCRITA

Si la queja o reclamo del usuario no se soluciona en el procedimiento de atención de la queja verbal, se facilitará el **Formulario del Usuario Externo**.

1. El Responsable del Punto de Reclamos, recepciona el Formulario con los datos llenados correctamente, con la finalidad de realizar un seguimiento adecuado.

Comunica al Jefe o Gerencia del área según corresponda la temática a tratar y dependiendo el edificio del SINEC, donde se originó la queja o reclamo.

2. El Responsable del Punto de Reclamos, registra la queja en el Formulario Registro de Atención de Quejas, Reclamos o Sugerencias.
3. Si la queja está relacionada con algún personal del SINEC, el Responsable del Punto de Reclamo a través de la Jefatura o Gerencia del área que corresponda y donde se originó la queja, solicita Informe aclarativo al funcionario y de ser necesario a otro personal involucrado, para conocer su versión.

Analizado el Informe presentado, el Responsable del Punto de Reclamo elabora un proyecto de respuesta para consideración de la Jefatura o Gerencia del área que corresponda.

La respuesta emitida al usuario debe incluir la leyenda siguiente: *“Si la respuesta emitida por el SINEC no es satisfactoria, se remitirá su reclamo al Comité de Atención del Usuario.”*

Los Formularios Atención al Asegurado, deben ser remitidos al Comité de Atención del Usuario de forma mensual.

4. El Jefe del área donde se originó la queja, en coordinación con el Responsable del Punto de Reclamos determinan la solución o respuesta a la queja para comunicar al usuario en el plazo establecido en el Artículo 20, buscando con preferencia una solución que satisfaga a las partes involucradas.
5. En forma mensual el Gestor de Calidad y el Comité de Atención al Usuario, realizará un Informe consolidado sobre la atención de quejas y reclamos, cuantificando el porcentaje de quejas resueltas y emitiendo conclusiones y recomendaciones.

Las notas de quejas se conservan en un archivador que estará bajo custodia del área de Gestión de Calidad.

De acuerdo al análisis el Gestor de Calidad en coordinación con el Comité de Atención al Usuario, realizará un Plan de Mejora que incluyan las actividades correctivas, los responsables y los plazos establecidos, dando a conocer el mismo a las Gerencias para su cumplimiento y seguimiento.

ARTÍCULO 19. (SEGUIMIENTO Y EVALUACION A QUEJAS Y RECLAMOS FORMALES)

Mensualmente el Gestor de Calidad y el Comité de Atención al Usuario, realizará un informe consolidado sobre la atención de quejas y reclamos, cuantificando el porcentaje de quejas resueltas y emitiendo conclusiones y recomendaciones.

ARTÍCULO 20. (PLAZOS PARA EMISION DE RESPUESTA)

Los plazos serán conforme a la complejidad de la misma:

- a) En todos los casos en los cuales la atención y gestión de la petición sea factible, la resolución será inmediata.
- b) En los casos que se requiera mayor evaluación y análisis, se brindara la información sobre la resolución de la queja o reclamo al usuario en un plazo de tres (3) días hábiles, a partir de la fecha de recepción del mismo.
- c) La respuesta o resolución de los casos que requieran análisis e informes de respaldo, deberá ser emitida en un plazo de cinco (5) días hábiles como máximo, a partir del siguiente día hábil de la recepción de la misma.
- d) En los casos que requieran mayor evaluación, análisis e informes de respaldo de diferentes unidades o áreas organizacionales, la respuesta deberá ser remitida en diez (10) días hábiles como máximo, a partir del siguiente día hábil de la recepción del mismo.
- e) En casos que sea necesario, se podrá solicitar una prórroga al plazo de tramitación de respuesta, dirigida al Comité de Atención al Usuario.

ARTÍCULO 21. (INDICADORES)

Los indicadores a utilizar para efecto de monitorización y supervisión tendrán como base:

- Nº de quejas por mes
- Nº de quejas validas
- Nº de quejas invalidas o nulas

- $\frac{\text{Nº de quejas identificadas por mes} \times 100}{\text{Nº total de consultas}}$

- $\frac{\text{Nº de quejas identificadas por mes} \times 100}{\text{Nº total de quejas}}$

- Nº quejas validas atendidas por mes x 100
Nº total de quejas validas
- Nº de quejas validas resueltas por mes x100
Nº de quejas validas
- Nº de quejas por servicio por mes x100
Nº de quejas validas
- Nº de quejas invalidas o nulas por mes x100
Nº Total de quejas

ARTÍCULO 22. (CAPACITACIÓN)

Las capacitaciones internas al personal encargado de los Puntos de Reclamos, estará a cargo del Gestor de Calidad y el Comité de Atención del Usuario y las Capacitaciones Externas serán gestionadas por el Dpto. de Recursos Humanos de la institución, para prestar un servicio con calidad y calidez a los asegurados, garantizando un mejor trato y servicio.

ARTÍCULO 23. (REMISION DE INFORMACION)

El área de Gestión de Calidad se constituye como el medio oficial de comunicación y coordinación con la Autoridad de Supervisión de la Seguridad Social de Corto Plazo –ASUSS para estos temas específicos, debiendo proporcionar su correo, número telefónico y otros datos de relevancia.

Los conflictos que se presentan en una institución son oportunidades para mejorar los servicios brindados y en ningún caso el propósito de identificar el personal responsable de una situación de insatisfacción, es sancionarlo, sino más bien involucrarlo en el cambio propositivo y las acciones que mejoren la calidad en la atención brindada.

ANEXOS

ACTA DE APERTURA DEL BUZÓN DE SUGERENCIAS

Datos de la Apertura	
Fecha:	Hora:
Lugar:	

Orden del día

- a) Verificación del estado del buzón
- b) Apertura del buzón de sugerencias
- c) Lectura de boletas y clasificación
- d) Identificación de principales problemas

Verificación del estado del buzón (Marque con una X)				
Características	Cumple	No Cumple		
Estado del buzón				
Ubicación del buzón en lugar accesible y visible				
Identificación clara del buzón y explicación de uso				
Boletas y bolígrafo accesibles				
Candado hermético				
Lectura de boletas y clasificación				
Cuantificación y calificación del Servicio	Buena	Regular	Mala	Total
Especialidad con mayor cantidad de opiniones "Positivas" (Se realizara la FELICITACIÓN al personal)				
Especialidad con mayor cantidad de opiniones "Negativas" (Se debe incluir en el análisis)				
Asistentes				
N°	Nombre y Apellido	Cargo	Área	Firma
1.				
2.				
3.				

