



MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN
"Dra. Adriana Rebaza Flores" AMISTAD PERÚ-JAPÓN

RESOLUCIÓN DIRECTORAL

Chorrillos, 28 de 01 del 2016

Visto, el expediente N° 16-INR-000682-001, que contiene el Informe N° 0036-OGC-INR-2016 de la Oficina de Gestión de la Calidad del Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" AMISTAD PERÚ-JAPÓN, respectivamente;

CONSIDERANDO:

Que, la Ley N° 26842, Ley General de Salud, establece que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo;

Que, mediante Ley N° 29414, Ley de los derechos de las personas usuaria de los Servicios de Salud, establece que toda persona tiene derecho al acceso a los servicios de salud y a la información, a la atención y recuperación de la salud y el consentimiento informado;

Que, asimismo es objetivo funcional de la entidad establecer la regulación para la atención de los reclamos y sugerencias formulados por los usuarios del Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" AMISTAD PERÚ-JAPÓN en relación a las deficiencias percibidas en el proceso de prestación de los servicios de salud que brinda la institución;

Que, con documento del Visto, la Oficina de Gestión de la Calidad del Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" AMISTAD PERÚ-JAPÓN, en cumplimiento de la normatividad para la atención de los reclamos y sugerencias de los usuarios del Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" AMISTAD PERÚ-JAPÓN, ha elaborado el "Reglamento para la Atención de Reclamos, Consultas y Sugerencias del Instituto Nacional de Rehabilitación, en base a lo establecido en las normas de SUSALUD;

Que, el citado Reglamento para la atención de Reclamos, Consultas y Sugerencias del Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" AMISTAD PERÚ-JAPÓN, ha sido revisado y aprobado por el Equipo de Organización de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, conforme a lo expuesto en el Memorando N° 011-2016-OEPE/INR;

De conformidad con la Ley N° 29344, Ley de Aseguramiento Universal en Salud y Seguridad Social como Valores fundamentales de nuestra sociedad que en su artículo 7 °, dispone que todos los peruanos tienen derecho a la protección de su salud, la del



W.CRIBILLERO &



C. CAMPOS C



medio familiar y de la comunidad, así como el deber de contribuir a su promoción y defensa;

Con la visación del Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad, Director Ejecutivo de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico y Jefe de la Oficina de Asesoría Jurídica del Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" AMISTAD PERÚ-JAPÓN;

En uso de las facultades conferidas mediante la Resolución Ministerial N° 715-2006/MINSA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" AMISTAD PERÚ-JAPÓN;

SE RESUELVE:

Artículo 1°.- Aprobar el documento "REGLAMENTO PARA LA ATENCIÓN DE RECLAMOS, CONSULTAS Y SUGERENCIAS del Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores", Amistad Perú-Japón"; el cual consta de veintidós (22) folios y forma parte integrante de la presente resolución.

Artículo 2°.- Dejar sin efecto la Resolución Directoral N°069-2015-SA-DG-INR, que aprobó el "Reglamento Para la Atención de Reclamos, Consultas y Sugerencias del Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores", Amistad Perú-Japón" 2015; el cual consta de veintidós (22) folios.

Artículo 3°.- Encargar a la Oficina de Gestión de la Calidad la difusión del documento aprobado; para la implementación correspondiente en el ámbito institucional.

Artículo 4°.- Disponer que el responsable del Portal Institucional publique la presente Resolución Directoral.

Artículo 5°.- Notificar la presente resolución a las instancias administrativas; para los fines correspondientes.



Regístrese y Comuníquese,


MC. RICHARD ALEX RUIZ MORENO
Director General (e)
GMP N° 30307
Ministerio de Salud
Instituto de Gestión de Servicios de Salud
Instituto Nacional de Rehabilitación
"Dra. Adriana Rebaza Flores"
Amistad Perú - Japón

RARM/mri

- C.C.:
- Oficina de Gestión de la Calidad
 - Oficina de Asesoría Jurídica.
 - OCI.



PERU

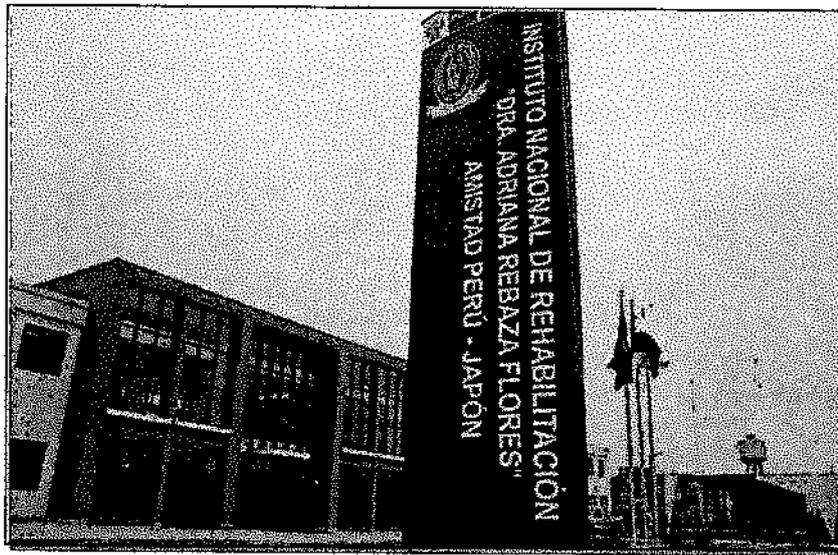
Ministerio
de Salud

Instituto de Gestión
de Servicios de Salud

Instituto Nacional de Rehabilitación
"Dra. Adriana Rebaza Flores" Amistad Perú - Japón

"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERU"
"Año de la Consolidación del Mar de Grau"

“REGLAMENTO PARA LA ATENCIÓN DE RECLAMOS, CONSULTAS Y SUGERENCIAS”



**INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN
“DRA ADRIANA REBAZA FLORES”
AMISTAD PERÙ – JAPÓN**

2016



PERÚ Ministerio de Salud

Instituto de Gestión de Servicios de Salud

Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" Arica Perú - Japón

"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERU"
"Año de la Consolidación del Mar de Grau"

OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

Henry Alex Lobato Delgado

Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad

Equipo Técnico de la Oficina de Gestión de la Calidad

Liz Carín Mendoza Rebaza

Claudia Milagros Silva Tresierra

Rubén Giancarlo Zurita Espejo

Natalie Lorena Reyes Icaza



REGLAMENTO PARA LA ATENCIÓN DE RECLAMOS, CONSULTAS Y SUGERENCIAS EN EL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN "DRA. ADRIANA REBAZA FLORES" AMISTAD PERU-JAPÓN

CAPITULO I

DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 1°.- Del Objeto

El presente Reglamento tiene por objeto establecer los procedimientos y responsabilidades para la atención de reclamos, consultas y sugerencias formulados por los usuarios en relación a las insatisfacciones o disconformidades en la prestación de los servicios de salud que brinda el Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" AMISTAD PERÚ-JAPÓN

Este Documento Técnico de Gestión sistematiza el proceso de atención de los reclamos, consultas y sugerencias, para generar información en la toma de decisiones, que se transformen en acciones, planes y proyectos de mejora continua de la calidad.

Artículo 2°.- Finalidad

Orientar el manejo de los reclamos, consultas y sugerencias, en búsqueda de promover, proteger y defender los derechos de los usuarios de los servicios de salud con discapacidad, y que las prestaciones sean otorgadas con calidad y calidez.

Artículo 3°.- Objetivos

a) Objetivo General:

Normar y estandarizar el proceso de la atención de reclamos, consultas y sugerencias de los usuarios de los servicios que brinda el Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" AMISTAD PERÚ-JAPÓN

b) Objetivos Específicos:

1. Establecer el proceso para la atención de los Reclamos.
2. Establecer el proceso para la atención de las Consultas y Sugerencias.
3. Monitorizar, Supervisar y Evaluar los procesos para la Gestión de Reclamos, Consultas y Sugerencias.

Artículo 4°.- Ámbito de aplicación

Este Reglamento es de aplicación a todas las actividades y servicios de todas las Unidades Orgánicas que se desarrollan en el Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" AMISTAD PERÚ-JAPÓN.

Artículo 5°.- Base Legal

- Constitución Política del Perú, reconoce el Derecho a la Salud y Seguridad Social como valores fundamentales de nuestra sociedad, en su artículo 7°, dispone que todos los peruanos



tienen derecho a la protección de su salud, la del medio familiar y de la comunidad, así como el deber de contribuir a su promoción y su defensa.

- **Ley N° 26842. Ley General de Salud**, establece que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo.
- **Ley N° 27444. Ley del Procedimiento Administrativo General.**
- **Ley N° 29344. Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud**, que garantiza el derecho pleno y progresivo de toda persona a la seguridad social en salud.
- **Ley N° 29414, Ley de los Derechos de la Personas Usuarias de los Servicios de Salud**, que establece que toda persona tiene derecho al acceso a los servicios de salud, al acceso a la información, a la atención y recuperación de la salud y al consentimiento informado
- **Decreto Supremo N°042-2011-PCM**, que decreta la obligatoriedad de contar con el Libro de Reclamaciones, el mismo que deberá estar a disposición de los usuarios que lo requieran para formular sus reclamos.
- **Decreto Supremo N°006-2014-PCM**, que modifica el Reglamento del Libro de Reclamaciones del Código de Protección y Defensa del Consumidor aprobado por Decreto Supremo N° 011-2011-PCM
- **Decreto Supremo N°008-2014-SA**, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones de la Superintendencia Nacional de Salud.
- **Resolución de Superintendencia N°160-2011-SUNASA/CD**, que aprueba el "Reglamento General para la Atención de Reclamos y Quejas de Usuarios de las IAFAS e IPRESS", que en su Título I "Disposiciones Generales", Artículo 8° establece la información que debe contener el Reglamento, Manual o Formato de Atención de Reclamos.

Artículo 6°.- Definiciones y acrónimos

- **Delegados:** Son representantes de SUSALUD ubicados en las distintas IPRESS que se encuentran acreditados para brindar a los usuarios de los servicios de salud orientación respecto a sus derechos, velar por la protección de los mismos, interponer buenos oficios para la solución de los reclamos planteados, así como recabar las quejas de los mismos para su correspondiente tramitación.
- **Plataforma de Atención al Usuario:** Comprende el espacio físico, recursos y personal responsable de la recepción, procesamiento y atención de los reclamos, consultas y sugerencias, presentados por los usuarios.
- **Queja:** Manifestación escrita mediante la cual el usuario afectado o que potencialmente pudiera verse afectado, o el tercero legitimado con facultades para disponer derechos de los consumidores afectados o en defensa de intereses colectivos o difusos de los consumidores, se dirige a SUSALUD ante la negativa de la IAFAS, IPRESS o UGIPRESS en la atención de los reclamos planteados, o cuando existan irregularidades en su tramitación, o ante la disconformidad con el resultado del mismo.
- **Reclamo:** Manifestación verbal o escrita mediante la cual el usuario afectado o que potencialmente pudiera verse afectado, o el tercero legitimado con facultades para disponer derechos de los consumidores afectados o en defensa de intereses colectivos o difusos de los consumidores, se dirige a la IAFAS, IPRESS o UGIPRESS ante la insatisfacción o disconformidad del servicio de salud brindado por la IPRESS o por aspectos relacionados a la cobertura de las IAFAS. Los reclamos pueden ser de resolución inmediata o mediata de acuerdo a su naturaleza.



- **Reclamo de solución inmediata:** Reclamos cuya atención es personalizada y la solución se realiza en el turno presentado.
- **Reclamo de solución mediata:** Reclamos presentados en el Libro de Reclamaciones o Ficha de Reclamo en Salud que requieren trámite administrativo para dar respuesta al usuario.
- **Consulta:** Manifestación escrita mediante la cual un usuario solicita se absuelva una inquietud respecto a los servicios de salud brindados por el Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" AMISTAD PERÚ-JAPÓN o aspectos relacionados a la cobertura de la IAFAS.
- **Sugerencia:** Propuesta o iniciativa que formula un usuario a través de los buzones o de la plataforma de atención para el mejoramiento de los servicios de la Institución.
- **Usuario:** Toda persona que acude al INR para recibir un servicio de salud con fines de prevención, promoción, diagnóstico, tratamiento y/o rehabilitación, así como aquellos servicios complementarios o auxiliares de la atención médica, con independencia de su fuente de financiamiento; o que goza de una cobertura de salud brindada por una IAFAS.
- **Vigilancia:** Consiste en la supervisión del adecuado funcionamiento de los procedimientos para informar y orientar la atención al ciudadano en la Plataforma de Atención al Usuario.

Listado de Acrónimos:

DG	Dirección General
FRS	Ficha de Reclamo en Salud
IAFAS	Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud
IPRESS	Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud
INR	Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" AMISTAD PERÚ-JAPÓN
IPROM	Intendencia de Promoción de Derechos en Salud
IPROT	Intendencia de Protección de Derechos en Salud
MI	Módulo de Informes.
MAR	Módulo de Atención de Reclamos
PAU	Plataforma de Atención al Usuario
OGC	Oficina de Gestión de la Calidad
SUSALUD	Superintendencia Nacional de Salud
UO	Unidades Orgánicas

Artículo 7°.-De los principios

Son de aplicación al presente Reglamento los siguientes principios:

1. **Principio Pro Usuario:** En caso de duda sobre el sentido de las normas, condiciones de la cobertura de aseguramiento en salud, así como demás aspectos relacionados al acceso, oportunidad, disponibilidad y aceptabilidad de las prestaciones de salud, se deberá interpretar a favor del usuario.
2. **Principio de Transparencia:** Se debe otorgar a los usuarios información clara, sencilla, veraz, oportuna y apropiada respecto a las prestaciones de salud que se brindan, así como del alcance de la cobertura de aseguramiento en salud, incluidas las condiciones para su acceso, en el marco de la Ley N° 29414, Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud.



3. **Principio de Especialidad Normativa:** El presente Reglamento se constituye en norma especial de cumplimiento obligatorio para el INR, respecto a la atención de reclamos, consultas y sugerencias presentadas por los usuarios de los servicios de salud.
4. **Principio de Primacía de la Realidad:** Para la atención de los reclamos, consultas y sugerencias, en caso de divergencia entre lo que ocurre en la realidad y lo que se ha plasmado en los documentos, debe darse prevalencia a lo primero.
5. **Principio de Corrección de la Asimetría:** Las disposiciones del presente reglamento se orientan a corregir la asimetría de información entre los proveedores de los servicios de salud y los usuarios de los servicios de salud.
6. **Principio de Gratuidad:** La atención de reclamos, consultas y sugerencias de los usuarios del INR, no debe encontrarse sujeta a barreras de acceso de carácter económico.

CAPITULO II DE LOS RECLAMOS

Artículo 8°.- Etapas de la atención de los reclamos

El proceso de atención de reclamos en el INR para fines de recolección, transferencia, difusión e intercambio de la información, debe reflejar las siguientes etapas:

1. Admisión y Registro
2. Investigación Sumaria
3. Resultado del Reclamo
4. Notificación del Resultado

Artículo 9°.- Inicio del Procedimiento

El procedimiento de atención del reclamo se inicia con la presentación del Reclamo en Salud al INR, de manera verbal, virtual o por escrito, dentro de los treinta (30) días hábiles de ocurridos o conocidos los hechos que lo motivan. En caso de impedimento material, dicho plazo empezará a computarse a partir de la superación del impedimento, debiendo sustentarse al momento de la presentación del reclamo.

En ningún caso podrá rechazarse un reclamo por no estar acompañado de pruebas y/o peritajes técnicos que lo sustenten.

Vencido este plazo es potestad del INR admitir a trámite el reclamo o rechazarlo. En caso se opte por su admisión, se deberá sujetar su tramitación a las disposiciones contenidas en el presente Reglamento

Artículo 10°.- Canales de presentación

Los reclamos de los usuarios del INR a que se refiere la presente norma solo podrán ser presentados y aceptados bajo las siguientes modalidades:

a. Admisión del Reclamo Vía Física:

El procedimiento de la atención del reclamo en medio físico se realizará directamente en la PAU, a través del Módulo de Atención de Reclamos, mediante el llenado del Libro de Reclamaciones o de la FRS.

- Ficha de Reclamo en Salud (FRS)



El formato de la FRS se encuentra contenido en el **Anexo N° 1** del presente reglamento.

- **Libro de Reclamaciones**

El formato del Libro de Reclamaciones se encuentra contenido en el **Anexo N° 2** del presente reglamento.

b. Admisión del Reclamo Vía Web:

Para la presentación de los reclamos por vía web, se realizará ingresando a la página www.inr.gob.pe luego en el icono acceso directo, acceder al Libro de Reclamaciones y llenar la Hoja de Reclamaciones Virtual.

Artículo 11°.- Expediente de Reclamo

La presentación de un reclamo en el INR dará lugar a la generación de un Expediente de Reclamo, donde se reunirán todos los documentos, pruebas o actuaciones que sustenten el cumplimiento de las etapas señaladas en el artículo 8 del presente Reglamento. Debiéndose conservar dicho expediente hasta por un periodo de dos (2) años desde su conclusión.

SUBCAPITULO I

DE LA ADMISIÓN Y REGISTROS

Artículo 12°.- Descripción del Procedimiento de Admisión y Registro de Reclamos (Anexo N°3):

Paso N° 01: El usuario afectado o que potencialmente pudiera verse afectado, o el tercero legitimado con facultades para disponer derechos de los consumidores afectados, puede presentar su reclamo según los canales de presentación anteriormente descritos.

Paso N° 02: El personal del Módulo de Atención de Reclamos, a cargo de un profesional Psicólogo, atiende y procura resolver el reclamo gestionando y/o coordinando con la jefatura del área involucrada.

Dos Escenarios Posibles:

- Se Resuelve el Reclamo: De resolverse el motivo de reclamo del usuario, el profesional lo registra como un **Reclamo de Solución Inmediata** en el Cuaderno y Matriz informática de ocurrencias, para realizar un posterior análisis y la implementación de acciones, planes y/o proyectos de mejora continua de los procesos institucionales.
- No se Resuelve el Reclamo: Se procede con el Paso N° 03.

Paso N° 03: De no resolverse el reclamo, de acuerdo al tipo de malestar generado y a solicitud del usuario interesado, se le proporciona uno de los formatos para poder registrar su reclamo:

- **Ficha de Reclamo en Salud:** Aprobado por Resolución de Superintendencia N°160-2011-SUNASA/CD.
- **Libro de Reclamaciones:** A través de Hoja de Reclamaciones, formato aprobado por Decreto Supremo N°042-2011-PCM.

En ambos casos el personal responsable del Módulo de Reclamos realiza la verificación de la información mínima necesaria relativa a sus datos personales y detalle del reclamo, para luego proceder con la correcta clasificación del reclamo que, para el caso de la FRS, se utiliza la Tabla de Clasificación de Causas de Reclamos contenida en el Anexo N° 04 del presente Reglamento.

Zh.



Posteriormente se entregará una copia de dicho documento al usuario y se explica la gratuidad del trámite y/o procedimiento y los plazos establecidos por ley para la atención de reclamos.

Paso N° 04: El profesional de Psicología lo remite inmediatamente a la Jefatura de la Oficina de Gestión de la Calidad para que procedan con generación de un Expediente de Reclamo de acuerdo a lo señalado en el artículo 11 del presente Reglamento.

SUBCAPITULO II DE LA INVESTIGACIÓN SUMARIA

Artículo 13°.- Descripción del Procedimiento de la Investigación Sumaria (Anexo N° 03)

Paso N° 1: Con la recepción del Expediente de Reclamo, la Oficina de Gestión de la Calidad, dará inicio a la etapa de Investigación Sumaria, debiéndose efectuar las diligencias necesarias para dilucidar los hechos que generaron la insatisfacción del usuario, para lo cual remitirá copia del formato a la Unidad Orgánica donde se originó la insatisfacción dentro de los tres (03) primeros días hábiles.

Paso N° 2: Las Jefaturas involucradas, realizarán la evaluación del reclamo y emitirán informe a la OGC, con el descargo respectivo y las acciones de mejora a implementar, teniendo como plazo máximo siete (07) días hábiles.

Paso N° 3: La OGC evaluará la información remitida por las UO involucradas, de ser suficiente, elaborará el informe de resultado del reclamo, en un plazo de tres (03) días hábiles; caso contrario, se solicitará a las UO que en un plazo máximo de tres (03) días hábiles realicen la ampliación del informe correspondiente.

Dependiendo de la necesidad o complejidad del caso se podrán practicar el recabo de pruebas documentales, testimoniales, pericias y auditorias de caso, entre otros.

Artículo 14°.- Citaciones

Se podrá citar al reclamante para que se ratifique en su reclamo, así como a los testigos y/o peritos designados, para que presten su declaración o informe respectivo, cuando el caso lo amerite.

La negativa injustificada del reclamante o su representante de asistir a dicha citación, podrá ser tomada como elemento de juicio al momento de resolver, para cuyo efecto deberá documentarse con las notificaciones y actas de reunión.

Artículo 15°.- Peritajes

El INR podrá nombrar peritos de oficio o a pedido del usuario, cuando estime que la apreciación de los hechos requiere de conocimientos especiales para el mejor esclarecimiento de una o más materias controvertidas del reclamo.

SUBCAPITULO III RESULTADO DEL RECLAMO

Artículo 16°.- Descripción del Procedimiento del Informe del Resultado de Reclamo (Anexo N° 03)

Paso N° 1: Concluida la Investigación Sumaria, la Oficina de Gestión de la Calidad elaborará un informe de Resultado de Reclamo que consignará lo siguiente:



- a. Descripción de los hechos que sustentan el reclamo del usuario.
- b. Exposición de las diligencias efectuadas para la dilucidación de los hechos.
- c. Análisis de los hechos y,
- d. Resultado del reclamo, donde se emitirá un pronunciamiento debidamente motivado respecto al reclamo declarándolo: fundado, infundado, improcedente o la conclusión anticipada, según corresponda.

Paso N° 2: El informe del Resultado del Reclamo, en el caso de ser FUNDADO, se remitirá a las Unidades Orgánicas involucradas para la implementación de las acciones que correspondan.

Paso N° 3: Posterior a la implementación de las acciones, las Unidades Orgánicas deben remitir informe detallado a la Oficina de Gestión de la Calidad.

Artículo 17°.- Tipo de Resultado de Reclamo

- **Reclamo Fundado**, en cuyo caso se especificará las acciones que ejecutará el INR para dar solución al reclamo, las medidas correctivas para hechos futuros y el mecanismo de compensación de corresponder.
- **Reclamo Infundado**, en los casos que no se acredite la existencia de un servicio incumplido, irregular o deficiente y tampoco que se haya vulnerado las garantías explícitas en salud.
- **Reclamo Improcedente**, en los casos que se haya constatado que no cuenta con la información mínima requerida o que en el curso de la investigación se constate que los datos presentados son falsificados.

Artículo 18°.- Cuando un reclamo sea declarado fundado, deberá señalarse, además:

- a. **Acciones ejecutadas** para dar solución al reclamo.
- b. **Acciones preventivas y/o correctivas a ejecutar** que se aplicarán con el propósito de la mejora del proceso que generó la insatisfacción.
- c. **Mecanismo de devolución** de pagos, cuando corresponda.

Artículo 19°.- Información al usuario

El Informe de Resultado de Reclamo incluirá como último párrafo en su parte resolutive lo siguiente:

"De no encontrarse de acuerdo, en todo o en parte, con el resultado de su reclamo, puede acudir en Queja ante la Superintendencia Nacional de Salud - SUSALUD, en el plazo máximo de treinta (30) días hábiles contados a partir de su notificación, a fin que ésta proceda a la revisión de su caso, en el marco de sus competencias.

En ningún caso SUSALUD podrá declarar monto indemnizatorio alguno a favor del usuario por los daños o perjuicios generados por la IAFAS, IPRESS o UGIPRESS, quedando a salvo su derecho de hacerlo valer a través de los medios alternativos de solución de controversias, teniendo a disposición el Centro de Conciliación y Arbitraje de SUSALUD y el Servicio de Conciliación y Arbitraje en materia de salud que este administra; o la vía judicial según estime pertinente."

Artículo 20°.- Conclusión anticipada

El INR declarará la conclusión anticipada del procedimiento en los siguientes casos:

- a. Desistimiento por escrito del reclamo por parte del usuario o tercero legitimado, con o **sin expresión de causa**.

2.



- b. Conciliación o transacción extrajudicial.
- c. Laudo Arbitral.

En cualquiera de estos casos, se debe consignar esta situación expresamente en el Informe de Resultado de Reclamo.

SUB CAPITULO IV NOTIFICACION DEL RESULTADO

Artículo 21°.- Descripción del Procedimiento de Notificación del Resultado de Reclamo (Anexo N° 03)

La Oficina de Gestión de la Calidad, a través del personal del Módulo de Atención de Reclamos, deberá notificar al usuario o tercero legitimado el Resultado de Reclamo utilizando la vía telefónica o a través de su correo electrónico. Si el usuario expresa el deseo de contar con una copia del resultado del reclamo deberá acercarse al Módulo de Atención de Reclamos.

En caso del Libro de Reclamaciones, según el Artículo 4 del Decreto Supremo N°042-2011-PCM, establece, que "La entidad pública está obligada a dar respuesta al usuario, por medios físicos o electrónicos, en un plazo máximo de 30 (treinta) días hábiles".

En el caso de la Ficha de Reclamación en Salud, se procede de acuerdo a los valores establecidos en el **Anexo N° 4** "Tabla de Clasificación de Causas de Reclamos" de la Superintendencia Nacional de Salud.

CAPITULO III DE LAS CONSULTAS Y SUGERENCIAS

Artículo 22°.- Atención de Consultas

Las consultas de los usuarios referidas a la prestación del servicio de salud o al alcance de la cobertura de aseguramiento en salud, incluidas las condiciones para su acceso, podrán ser presentadas ante la PAU según corresponda, para su debida atención, dentro del plazo máximo de treinta (30) días hábiles posteriores a su recepción.

Para efectos de brindar una adecuada atención a los usuarios en las consultas que éstos formulen deben consignar, como mínimo, en el "Formato de Consultas" contenido en el **Anexo N° 05** lo siguiente:

- a. Nombres y Apellidos completos;
- b. Documento Nacional de Identidad o Carnet de Extranjería, de ser el caso;
- c. Expresión clara y concisa de la consulta efectuada; y
- d. Domicilio real o correo electrónico al cual solicita hacer llegar la respuesta.

Artículo 23°.- Atención de Sugerencias

Las sugerencias de los usuarios referidas a la prestación del servicio de salud o al alcance de la cobertura de aseguramiento en salud, incluidas las condiciones para su acceso, serán presentadas a través de los Buzones de Sugerencias para su consideración.



Para efectos de brindar una adecuada atención y evaluación de las sugerencias formuladas; los usuarios deberán proceder con el llenado del "Formato de Sugerencia" contenido en el **Anexo N° 06** del Presente Reglamento; teniendo que consignar como mínimo lo siguiente:

- a. Fecha y Hora,
- b. Nombres y Apellidos completos,
- c. Documento Nacional de Identidad, y
- d. Expresión clara y concisa de la sugerencia efectuada.

Artículo 24°.- Descripción del Procedimiento de Atención de sugerencias (Anexo N° 07)

Paso N° 1: El Usuario solicita el formato de sugerencias al personal del Módulo de Atención de Reclamos.

Paso N° 2: El Usuario deposita su sugerencia para la mejora de los servicios en los Buzones de Sugerencias.

Paso N° 3: El personal del Módulo de Atención de Reclamos recoge las sugerencias de los buzones semanalmente y lo remite a la Oficina de Gestión de la Calidad donde se registran las sugerencias en la Base de Datos.

Paso N° 4: La Oficina de Gestión de la Calidad evalúa las sugerencias y emite informe a las Unidades Orgánicas, quienes gestionarán el cumplimiento de las recomendaciones emitidas en base a las sugerencias presentadas por los usuarios, con Informe a la Dirección General.

Paso N° 5: Posterior a la implementación de las recomendaciones, las Unidades Orgánicas deben remitir informe detallado a la Oficina de Gestión de la Calidad.

CAPITULO IV

DE LAS RESPONSABILIDADES Y OBLIGACIONES

Artículo 25°.- De la Dirección General

- Garantizar a través de las Unidades Orgánicas correspondientes, el cumplimiento de lo dispuesto en los artículos y dispositivos legales vigentes, vinculadas al "Libro de Reclamaciones" y a la "Ficha de Reclamo en Salud".

Artículo 26°.- De la Oficina de Gestión de la Calidad

- Velar por el cumplimiento de los plazos establecidos en el presente documento, de acuerdo a la normatividad vigente.
- Procurar dar solución a los reclamos formulados por los usuarios, y realizar la notificación de acuerdo a lo descrito en el artículo 21° del presente Reglamento.
- Realizar la Investigación Sumaria mediante las coordinaciones pertinentes con las Unidades Orgánicas implicadas.
- Elaborar el Informe de Resultado de los Reclamos y Sugerencias realizadas por los Usuarios.
- Derivar a las Unidades Orgánicas involucradas, las recomendaciones emitidas según informe analítico para ser implementadas según corresponda.
- Otras obligaciones señaladas en los artículos y dispositivos legales vigentes, vinculadas al "Libro de Reclamaciones" y a la "Ficha de Reclamación en Salud".



Artículo 27°.- De las Unidades Orgánicas/ Áreas/Servicios.

- Mantener a disposición del usuario, los canales de comunicación dispuestos en el presente reglamento, para la recepción de los reclamos y sugerencias.
- Velar por el cumplimiento de los plazos establecidos en el presente documento para la atención de los expedientes de reclamos, de acuerdo a la normatividad vigente
- Gestionar el cumplimiento de las recomendaciones emitidas según informe de la Oficina de Gestión de la Calidad, en base a reclamos y sugerencias generadas por los usuarios.
- Cumplir con obligaciones señaladas en los artículos y dispositivos legales vigentes, vinculadas al "Libro de Reclamaciones" y a la "Ficha de Reclamación en Salud".

CAPITULO V

DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS Y TRANSITORIAS

Primera.- Procedimientos iniciados con anterioridad

Los procedimientos de atención de reclamos o quejas iniciados con anterioridad a la vigencia de la presente norma, continuarán su tramitación de conformidad a las disposiciones de la normativa vigente al momento de su presentación, hasta su culminación.

Segunda.- Incumplimiento a las Disposiciones del Presente Reglamento

En caso de incumplimiento a las disposiciones del presente reglamento, la OGC elevará la documentación pertinente a la "Secretaría Técnica de los órganos instructores del Procedimiento Administrativo Disciplinario del INR" para merituar la aplicación de medidas disciplinarias en caso corresponda.

ANEXOS

ANEXO N° 1: FICHA DE RECLAMO EN SALUD.

ANEXO N° 2: FORMATO DE HOJA DE RECLAMACIÓN DEL LIBRO DE RECLAMACIONES.

ANEXO N° 3: DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN DE RECLAMOS.

ANEXO N° 4: TABLA DE CLASIFICACIÓN DE CAUSAS DE RECLAMOS DE LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD.

ANEXO N° 5: FORMATO DE CONSULTAS.

ANEXO N° 6: FORMATO DE SUGERENCIAS.

ANEXO N° 7: DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN DE SUGERENCIAS.



RECLAMO

Fecha de Ocurrencia del Evento Relacionado al Reclamo

Fecha de Reclamo

Detalles del Reclamo:

Large empty rectangular box for detailing the complaint.

De ser posible señale el servicio en el que fue atendido:

De ser posible señale a la persona a la que se refiere:

Documentos que se adjuntan:

- 1- 2- 3- 4- 5- 6- (Numbered lines for document attachments)

Three boxes for signatures: Firma del Redactor, Huella Digital del Redactor, and Firma del Receptor.

DATOS A SER LLENADOS POR PERSONAL QUE ATIENDE EL RECLAMO:

Se solicita anotar las acciones tomadas frente al reclamo del usuario

Large empty rectangular box for recording actions taken, including a checkbox for 'Se Solucionó el reclamo: Sí No'.

Nombres y Apellidos del personal que atiende el reclamo:

Observaciones:

Handwritten signature or mark.



Anexo N° 02: FORMATO DE HOJA DE RECLAMACIÓN DEL LIBRO DE RECLAMACIONES

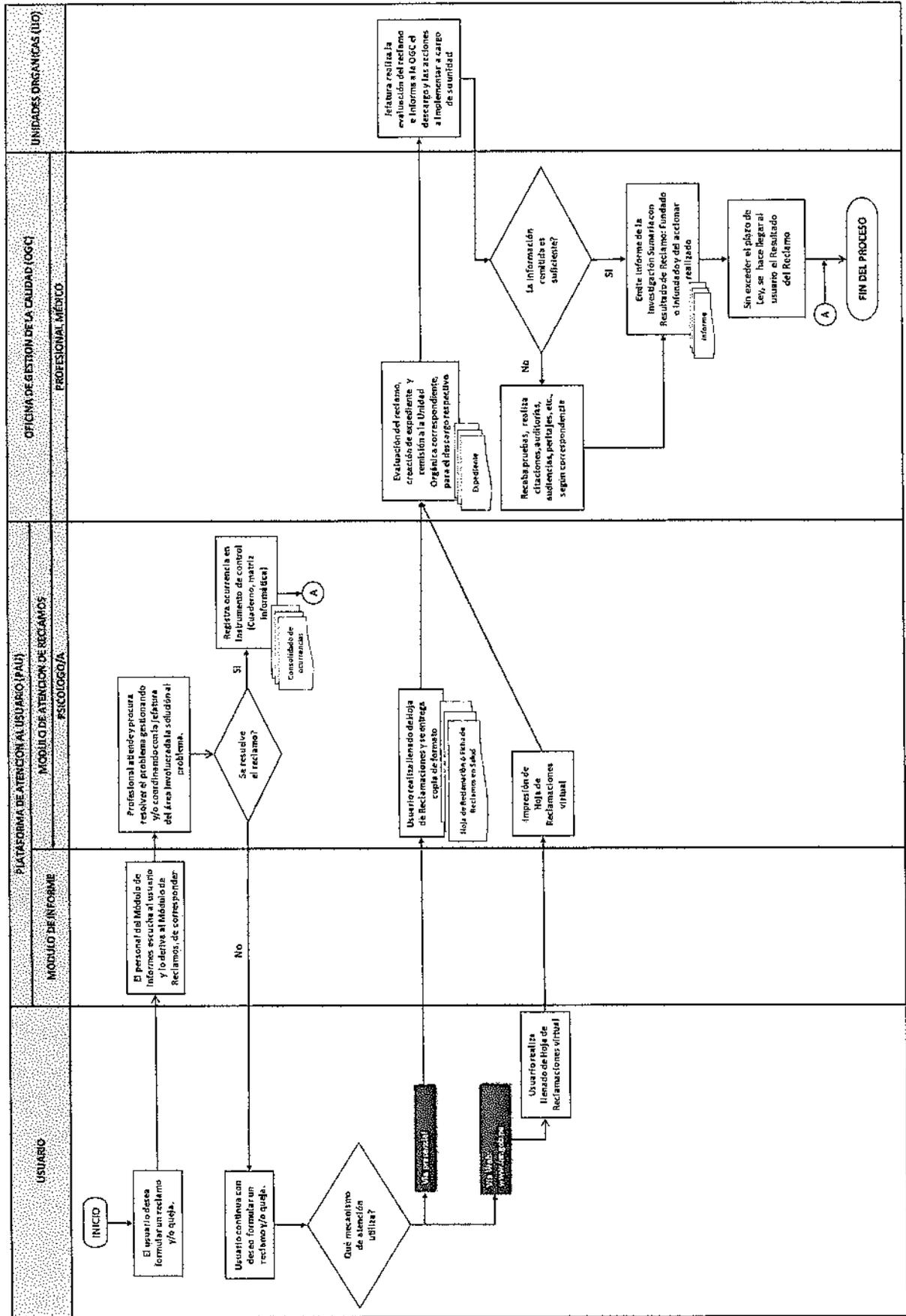
Formato de Hoja de Reclamación del Libro de Reclamaciones

LIBRO DE RECLAMACIONES				Hoja de Reclamación N° 000000001-2011	
Fecha:	(día)	(mes)	(año)		
(Nombre de la Persona Natural o Razón Social de la Persona Jurídica)					
(Nombre y Domicilio de la Entidad donde se coloca el Libro de Reclamaciones)					
1. Identificación del Usuario					
Nombre:					
Domicilio:					
DNI/CE:			Teléfono/ e-mail:		
2. Identificación de la Atención Brindada					
Descripción:					
..... Firma del Usuario					
4. Acciones adoptadas por la Entidad					
Detalle:					

Handwritten mark



Anexo N° 03: DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN DE RECLAMOS



[Handwritten signature]



Anexo N° 04: TABLA DE CLASIFICACIÓN DE CAUSAS DE RECLAMOS

Código	Denominación de causa de reclamo	Ítem	Causa Específica	Definición/Explicación	Tiempo Máximo
01	Demora en la entrega de formatos por la IAFAS	03	Demora en el proceso de afiliación al SIS	Cuando el personal del establecimiento de salud, encargado de afiliación al SIS, se encuentra ausente o demora el proceso	5
		01	De solicitud de la carta de garantía, cuando corresponda.	Cuando la IPRESS no ha entregado oportunamente el formato de Solicitud al asegurado y se genera alguna demora que dificulta la atención	5
02	Demora en la entrega de formatos en la IPRESS	03	Demora en la entrega de la Hoja de Referencia a un establecimiento de mayor complejidad u otra IPRESS	Cuando la IPRESS tiene problemas con entregar este documento que es necesario para que el asegurado reciba tratamiento en un establecimiento de mayor complejidad, generando demora en la atención	5
		04	Demora en la entrega de otros formatos	Cuando la IPRESS tiene problemas con el abastecimiento de otros formatos generando demora en la atención (recetas, órdenes de laboratorio, formatos SIS, etc.)	5
		01	Demora en la atención de emergencia	Demora de la atención de una emergencia por demanda del servicio, por falta o demora del personal o insumos de emergencia	5
		02	Demora en la atención de Consulta externa	Demora de la atención de consultorio externo por demanda del servicio por falta o demora del personal o insumos de consultorio	5
03	Demora en la prestación de servicios de salud	03	Demora en la Hospitalización	Demora en el ingreso a hospitalización por demanda del servicio, por falta o demora del personal encargado e insumos	5
		04	Demora en la realización de exámenes o intervenciones asistenciales	Demora en la realización de exámenes de laboratorio, exámenes diagnósticos, procedimientos o intervenciones asistenciales no quirúrgicos	5
		05	Demora en la referencia	Cuando el asegurado considera que existió demora en la referencia o traslado a otro centro o servicio asistencial	5



05	Deficiencia de la información, brindada en la IPRESS	01	Por plataforma de atención de IPRESS	Por falta de información sobre los procedimientos de la atención (información inadecuada sobre las coberturas de su plan de salud, exclusiones, carencias, periodo de espera, exclusiones o preexistencias, entre otros) en otras instancias de la IPRESS	5
		02	Problemas relacionado al lenguaje	La IPRESS no cumplió con brindar atención o información en lenguaje comprensible para el usuario	5
		03	Por otras instancias de la IPRESS	Por falta de información sobre los procedimientos de la atención (información inadecuada sobre las coberturas de su plan de salud, exclusiones, carencias, periodo de espera o preexistencias, entre otros) en otras instancias de la IPRESS	5
07	Dificultad de acceso a los servicios de atención del asegurado	01	Demora en la admisión del asegurado en la IPRESS o en los servicios de apoyo al diagnóstico	Dificultad durante el proceso de admisión al asegurado en la IPRESS desde su acreditación hasta su ingreso al servicio de atención, por parte del personal no médico (administrativos, enfermería, personal técnico), entrega de resultados, citas para análisis o exámenes médicos	5
		02	Demora en llegada de ambulancia o atención a domicilio	Demora en la llegada de la ambulancia, o del servicio ambulatorio solicitado. Aplicable tanto a la atención de consultas a domicilio o emergencia	30
		05	Incumplimiento de citas en la IPRESS	Casos en que el médico no cumplió con su horario o programación de cita o llegó con tardanza. Cuando citan a una hora y el médico deja esperando al paciente, entre otros	5
		07	La IPRESS no cumple con el horario establecido	Cuando la IPRESS no cumple con los horarios establecidos	5
		09	Asignación o cambio de médico tratante en la IPRESS sin consentimiento expreso del asegurado	Cambio inconsulta del médico tratante, en la atención hospitalaria o ambulatoria	30
		12	Otros relacionados con el acceso a los servicios	Otra dificultad con el acceso a las prestaciones de salud definidas en el plan de salud	5
		02	La IPRESS al prestar servicios no incluidos en el plan de salud	Cuando la IPRESS presta servicios no contemplado en el Plan de Salud, sin informar previamente al asegurado o su representante que estos no están cubiertos por el plan.	5
10	Disconformidad por el cobro de gastos no cubiertos	03	Por cobros no autorizados por servicios otorgados que superan los límites de la cobertura.	Cuando la IPRESS solicita el pago o reembolso por los gastos por prestaciones de salud no autorizados por el asegurado o su representante; que excedan los límites de la cobertura contratada.	5

[Handwritten signature]

11	Disconformidad con los cobros por la atención	01	Relativos copagos fijo (deducible) y variable (coaseguro)	El asegurado no está conforme en relación a los copagos cancelados en la IPRESS	5
		04	Cobros adicionales a las tarifas contractuales pactadas	Cuando la IPRESS presenta gastos adicionales no pactados por un procedimiento	5
		05	Cobros en emergencia	Se genera cuando el médico tratante determina que el diagnóstico no se considera emergencia cubierta al 100% y se cobra por la atención	5
		06	Otros relacionados con los cobros por la atención	Otros gastos no cubiertos	5
		01	Relacionado con la evaluación durante la consulta médica ambulatoria o en emergencia	Cuando el asegurado refiere que el médico tratante no realizó una evaluación exhaustiva o suficiente en consulta ambulatoria o emergencia	5
		02	Sobre la información del personal responsable de la atención	Información errada o insuficiente sobre la identidad y la categoría ocupacional del personal asistencial que preste el servicio	5
14	Calidad de la atención en salud	03	Sobre información de la prestación de salud	Falta de información sobre la atención de salud relacionadas a: la enfermedad, sintomatología, diagnóstico, tratamiento brindado y alternativas terapéuticas	5
		05	Relacionado con el diagnóstico	Cuando el asegurado está disconforme con los procedimientos y/o resultados del diagnóstico (Aplica para todas las atenciones, sea ambulatoria, emergencia, hospitalización, u otro)	30
		06	Relacionado con la atención de consulta médica o emergencia a domicilio	Cuando el asegurado no está conforme con la forma de atención o asistencia brindada por el personal asistencial en el domicilio	5
		07	Relacionado con el tratamiento médico ambulatorio, a domicilio o en emergencia	Cuando el asegurado no está conforme con el tratamiento recibido en emergencia, domicilio o en consulta externa, así como por posibles resultados adversos del tratamiento instaurado	30
		08	Relacionado con la referencia o traslado	La referencia o traslado del paciente a otro establecimiento o especialidad fue en forma inconsulta, arbitraria o de mala manera	5



14	Calidad de la atención en salud	09	Demora en la atención en el servicio de emergencia	Demora de la atención de una emergencia, por ausencia, falta o demora del personal asistencial de emergencia	5
		11	Relacionado con la hospitalización	Cuando el asegurado no está conforme con la atención recibida durante su hospitalización	5
		12	Relacionado con el examen o procedimiento auxiliar	Cuando el asegurado no está conforme con los exámenes auxiliares realizados (ambulatorio, emergencia, hospitalización, u otro)	5
		13	Relacionado con la información al paciente por el médico	Cuando el asegurado refiere que la información alcanzada sobre el diagnóstico, opciones terapéuticas, la terapéutica farmacológica y no farmacológica, secuelas de enfermedad y efectos secundarios relacionados, ha sido insuficiente o inadecuada	5
15	Deficiencia en el orden y limpieza y bioseguridad de la IPRESS	14	Otros relacionados con la calidad de la atención	Otras deficiencias no clasificadas relacionadas con la atención del personal médico y asistencial no médico	30
		01	Indumentaria del personal asistencial	Cuando el personal de la IPRESS no cumple con llevar la indumentaria o uniforme acorde a su categoría ocupacional	5
		02	Ambientes	Cuando los ambientes de la IPRESS no son apropiadas para la atención médica por no cumplir con las medidas de bioseguridad, falta de limpieza y orden	5
		03	Equipo, instrumental biomédico e insumos	Cuando el paciente considera que los equipos, instrumentos o insumos empleados en su atención no estuvieron adecuadamente limpios, o no cumplen con las medidas de bioseguridad	5
16	Relativos a la infraestructura y el equipamiento	04	Otros relacionados con la salubridad	Cuando el paciente refiere que hay deficiencia de otras condiciones relacionadas a falta de limpieza o no cumplan con las medidas de bioseguridad en el establecimiento	30
		01	Infraestructura	Cuando el asegurado refiere que la IPRESS no cuenta con la infraestructura mínima adecuada para la atención de los asegurados (ambientes de consultorio u hospitalización, servicios de alumbrado eléctrico, agua, desagüe u otros según categoría del establecimiento)	5
		02	Equipamiento	Cuando el asegurado refiere la ausencia de equipos o que se encuentran malogrados o deteriorados	30
		03	Otros	Cuando el asegurado refiere que hay deficiencia de otros factores relacionados a infraestructura y equipos	30

17	No conformidad con la prescripción, el suministro de medicamentos o insumos en la IPRESS	01	Cambio de medicamento	5	Cuando se cambia de medicamento durante el tratamiento al asegurado o la farmacia le entrega un medicamento cuyo principio activo, según denominación internacional, sea diferente al prescrito por el médico tratante
		02	Relacionado con la receta	5	Cuando el asegurado refiere que la receta no cuenta con el nombre genérico del medicamento o insumo, dosis, vía de administración, presentación, tiempo de tratamiento y sello del médico o profesional de salud tratante
		03	Demora en la entrega de medicamentos e insumos	5	Cuando la IPRESS no cumple oportunamente con la entrega de los medicamentos o insumos
		04	No conformidad con el medicamento indicado	30	Cuando el asegurado no se encuentra de acuerdo con el medicamento prescrito
		05	Falta de medicamento o insumo en la IPRESS	5	Cuando el medicamento o insumo prescrito no existe en la farmacia de la IPRESS
		06	Error en la entrega de medicamento	5	Cuando el asegurado recibe menos cantidad de medicinas, recibe medicinas que están vencidas o por vencer, etc.
		07	Negativa en la entrega de medicamento e insumos	5	Cuando el servicio de farmacia de la IPRESS niega injustificadamente la entrega del medicamento o insumo prescrito por el médico tratante
		08	Medicamento no cubierto	5	Cuando se prescribe inconsultamente medicamentos o insumos no cubiertos por la IAFAS o están excluidos de su Plan de salud
		09	Otros relacionados con el suministro de medicamentos e insumos médicos	5	Otros relacionados con el suministros de medicamentos e insumos médicos
		18	Disconformidad con el trato recibido	01	Discriminación al asegurado en los servicios de la IPRESS o las IAFAS
02	Descortesía en personal administrativo en la IPRESS			5	Trato descortés u ofensivo por el personal administrativo de la IPRESS (admisión, caja u otros) que genera malestar
04	Trabas a la comunicación del asegurado con sus familiares			5	Limitaciones injustificadas de la comunicación del asegurado con sus familiares o allegados, de acuerdo a la naturaleza del servicio que recibe y la disponibilidad familiar



PERU

Ministerio de Salud

Instituto de Gestión de Servicios de Salud

Instituto Nacional de Investigación y Promoción de la Salud

"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERU"
"Año de la Consolidación del Mar de Grau"

18	Disconformidad con el trato recibido	05	Descortesía en el personal médico	Trato descortés, ofensivo o con falta de interés en la atención por el personal médico de la IPRESS (incluye médico y odontólogo) que genera malestar al asegurado	5
		06	Descortesía en el personal asistencial no médico	Trato descortés, ofensivo o con falta de interés en la atención por el personal de la salud no médico de la IPRESS que genera malestar al asegurado	5
19	Confidencialidad y consentimiento informado	01	Violación a la confidencialidad de datos del usuario	Difusión no autorizada a terceros no involucrados al tratamiento de datos personales o clínicos del asegurado	5
		02	Falta de confidencialidad de la información sobre el asegurado	No se guardó la reserva al acceso de la información clínica o personal del asegurado por parte de la IPRESS, salvo excepciones de ley	5
		03	Presencia de personal no autorizado en evaluación clínica	Cuando el asegurado es evaluado por o en presencia de personal que no está involucrado con su tratamiento, sin su autorización	5
		04	Atención de salud brindada en condiciones de exposición	Cuando el asegurado recibe atención de salud en ambientes que lo exponen o vulneran su intimidad	5
		05	Registro no consentido de imágenes personales	Cuando el asegurado es filmado, fotografiado, grabado o entrevistado sin su consentimiento o el de su representante legal	5
		06	Falta de consentimiento informado	No se ha otorgado consentimiento informado respectivo para cualquier acción terapéutica, conforme a la normativa vigente	5
20	Otros relativos a la prestación	01	En los casos que el reclamo de carácter prestacional no corresponda a las causales señaladas.	Otros casos de reclamos relacionados directamente con la prestación de salud y que no pueden ser clasificados en los tipos antes señalados	30

Handwritten signature



Anexo N° 05: FORMATO DE CONSULTAS

 FORMATO DE CONSULTA Formato N° <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> Para ser llenado por la Oficina de Gestión de Calidad		
Le solicitamos por favor llenar el formato con los datos solicitados:		
Fecha <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>	Hora <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>	
Escriba su consulta:		
De ser posible señale el SERVICIO en el que fue atendido		
De ser posible señale la PERSONA a la que se refiere		
Nombres y Apellidos de la persona que presenta la consulta		
Edad <input style="width: 40px; height: 15px;" type="text"/>	Sexo <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/> M <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/> F	DNI o Carnet de Extranjería <input style="width: 95%; height: 15px;" type="text"/>
Telefono <input style="width: 95%; height: 15px;" type="text"/>		Dirección <input style="width: 95%; height: 15px;" type="text"/>
Distrito <input style="width: 95%; height: 15px;" type="text"/>		Correo electrónico <input style="width: 95%; height: 15px;" type="text"/>
Firma		<input style="width: 95%; height: 15px;" type="text"/>

*Nota los datos consignados en este formulario son estrictamente confidenciales



Anexo N° 06: FORMATO DE SUGERENCIAS

FORMATO DE SUGERENCIA	
Formato N° <input type="text"/>	
Para ser llenado por la Oficina de Gestión de Calidad	
Le solicitamos por favor llenar el formato con los datos solicitados:	
Fecha <input type="text"/>	Hora <input type="text"/>
Escriba su sugerencia:	
De ser posible señale el SERVICIO en el que fue atendido	
De ser posible señale la PERSONA a la que se refiere	
Nombres y Apellidos de la persona que presenta la sugerencia	
Edad <input type="text"/>	Sexo <input type="text"/> M <input type="text"/> F <input type="text"/> DNI o Carnet de Extranjería <input type="text"/>
Telefono <input type="text"/>	
Dirección <input type="text"/>	
Distrito <input type="text"/>	
Correo electrónico <input type="text"/>	
Firma <input type="text"/>	

*Nota los datos consignados en este formulario son estrictamente confidenciales

PA

Anexo Nº 07: DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN DE SUGERENCIAS

