



SEGUNDA CONVOCATORIA

Título de la Experiencia: Equipo Especial de Atención de Reclamos Rápidos.

País: Argentina (Ciudad Autónoma de Buenos Aires)

Nombre Institución: Superintendencia de Servicios de Salud

Área Temática – Sub Área: Calidad de Servicio y Atención al Usuario

Fecha Inicio Experiencia: Marzo de 2005

I.- Resumen

Esta iniciativa destacada corresponde al Componente Estándares de Calidad de los Servicios Esenciales que presta la Superintendencia de Servicios de Salud.

A partir del monitoreo de los estándares de la Carta Compromiso con el Ciudadano de la Superintendencia de Servicios de Salud -SSSalud- relacionados con el Sistema de Resolución de Reclamos, se detectó que los tiempos de resolución no eran óptimos para garantizar la calidad de la atención y tenían una demora de, en algunos casos, hasta cinco meses.

Por ello, en marzo de 2005 se crea el **Equipo Especial de Atención de Reclamos (EAR) Res. 276/2005 SSSalud**, para mejorar los procesos de calidad en la atención a los beneficiarios, reduciendo la cantidad de expedientes y optimizando la inmediatez de la atención y se lo incorpora a los servicios de la organización y en el marco del Sistema de Gestión de Calidad de la Res. 601/04 SSSalud.

El EAR, para garantizar el principio de inmediación y un tratamiento multidisciplinario y simultáneo es integrado por médicos, abogados, asistentes sociales y personal administrativo, que evite toda demora en su tramitación. El mismo depende funcionalmente de la Gerencia General y está integrado por profesionales y técnicos que se desempeñaban en las Gerencias de Servicios al Beneficiario, de Control Prestacional y de Asuntos Jurídicos.

En cumplimiento de sus funciones de control y fiscalización de las Obras Sociales, el EAR brinda a los beneficiarios, de manera directa, un servicio de Resolución de reclamos y denuncias, a través del cual recibe, tramita y realiza el seguimiento de los reclamos realizados por irregularidades en cobertura médico-asistencial, direccionamiento de aportes y opción de cambio.

II.- Objetivos esperados con la Implementación de la Práctica

- Lograr una pronta solución a los requerimientos que se atiendan, dentro del marco de las obligaciones que el ordenamiento legal impone a las Obras Sociales.
- Dar resolución preferente de todos los reclamos por asistencia médica que realicen los beneficiarios o sus familiares, como también los agentes del seguro en carácter de consultas preventivas ante un probable conflicto puntual.
- El objetivo específico es trasladar al EAR todos los casos y/o expedientes que se trabajaban en la Gerencia de Atención al Beneficiario, de Control Prestacional y la de Asuntos Jurídicos, con el objetivo de tratar cada caso con la celeridad indispensable, garantizando el principio de intermediación y un tratamiento multidisciplinario simultáneo.

III.- Contexto de la Experiencia

La Superintendencia de Servicios de Salud, organismo descentralizado de la Administración Pública Nacional que ejerce sus funciones en el ámbito del Ministerio de Salud y Acción Social, es el ente de regulación y control de los Agentes (301 Obras Sociales Nacionales) que integran el Sistema Nacional del Seguro de Salud. Su misión consiste en supervisar, fiscalizar y controlar a las Obras Sociales¹ y a otros Agentes del Sistema, con el objeto de asegurar el cumplimiento de las políticas del área para la promoción, preservación y recuperación de la salud de la población y la efectiva realización del derecho a gozar de las prestaciones de salud establecidas en la legislación.

Sus objetivos son:

Dictar las normas para regular y reglamentar los servicios de salud.

- ◆ Controlar el funcionamiento de las Obras Sociales y de otros Agentes del Seguro de Salud, de los prestadores intervinientes y de toda otra entidad prestadora o financiadora de prestaciones médico-asistenciales que se incluyan.
- ◆ Aprobar el ingreso de las entidades al Sistema.
- ◆ Aprobar el Programa de Prestaciones Médico Asistenciales de los Agentes y controlar el Presupuesto de gastos y recursos para su ejecución.

¹ Las Obras Sociales son creadas por la Ley 23660 y 23661 y son las responsables de brindar salud a la población. Los empleados en Argentina tienen entre sus derechos la cobertura de salud por parte del empleador, 6 % del sueldo y 3% a cargo del trabajador) la Obra social cuenta por lo tanto con el 9 % de cada sueldo para financiar las necesidades de la población a su cargo, por supuesto que cada tipo de trabajo tiene su representación gremial por lo que la Obra social representa el tipo de trabajo. Por ejemplo un empleado en la construcción le corresponde la Obra Social de la Construcción, un empleado de comercio le corresponde la Obra Social de Comercio, por lo que el componente gremial es muy importante, en definitiva la Obra social es la organización de los servicios de salud, aunque también turismo y social que el sindicato organiza para el bienestar de sus trabajadores

- ◆ Asegurar y controlar la Opción de Cambio de Obra Social de los beneficiarios del Sistema.
- ◆ Controlar el funcionamiento correcto del mecanismo de débito automático desde la recaudación de las Obras Sociales hacia los Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada.
- ◆ Garantizar el respeto y la promoción de los derechos de los beneficiarios del Sistema.

La SSSalud tiene específicas competencias en lo que hace a la fiscalización del cumplimiento del Programa Médico Obligatorio (hoy de emergencia) y en la adopción de las medidas destinadas a asegurar una adecuada atención de los beneficiarios del sistema. Es que se estableció la resolución N°075/98 destinada a dar solución a los reclamos que formulaban los beneficiarios fijando normas aplicables a la atención de los requerimientos. Pero la experiencia recogida en la aplicación de la mencionada resolución ameritaba que en forma paralela medidas adicionales y complementarias que permitieran atender los reclamos con la celeridad indispensable, garantizando el principio de intermediación y un tratamiento multidisciplinario simultáneo integrado por médicos, abogados, asistentes sociales y personal administrativo, que evite toda demora en su tramitación, y se creó este Equipo Especial de Atención de Reclamos (EAR).

En marzo de 2005 se crea el Equipo Especial de Atención de Reclamos (EAR) Res. 276/2005 SSSalud, para mejorar los procesos de calidad en la atención a los beneficiarios, reduciendo la cantidad de expedientes y optimizando la inmediatez de la atención y se lo incorpora a los servicios de la organización y en el marco del Sistema de Gestión de Calidad de la Res. 601/04 SSSalud.

El EAR tiene como función principal resolver en forma preferente todos los reclamos por falta de prestaciones dentro del marco de la normativa vigente, que realicen los beneficiarios y/o sus familiares, como también los Agentes del Seguro en carácter de consultas preventivas, ante un probable conflicto puntual.

IV.- Etapas del Proceso. Identificación Factores Críticos de Éxito

El EAR depende de la Gerencia General que debe designar por lo menos un Responsable y un Coordinador titular a cargo del mismo. Semanalmente se presentan a la Gerencia para su firma los casos resueltos, con excepción de los de máxima prioridad, a los que se da curso inmediato. Aquellos casos que son difíciles de solucionar se realizan ateneos semanales para su discusión y resolución.

El Coordinador del Proceso tiene a su cargo convocar a los profesionales y especialistas a quienes asigna cada caso y se ocupa de su seguimiento.

Cuando así lo requiera la circunstancia, el Coordinador puede convocar a las partes interesadas a una Audiencia especial de mediación y propuesta, a la que invita a los

distintos interesados e inclusive a los asesores técnicos que considere pertinente para el análisis del caso, con el objetivo de llegar a una solución aceptable para todas las partes y dar inmediata solución.

La recepción de los casos se realiza de acuerdo con las siguientes instrucciones, según las bases de recepción de los casos:

Centro de Atención Personal

- El centro recibe los distintos casos que pueden tener su origen en:
 - Resolución 075/98
 - Notas

- Cada caso debe contar con documentación avalatoria:
 - Recibo de sueldo
 - DNI; TE y dirección Carnet de Obra Social
 - Diagnóstico y Prescripción médica
 - Certificado de Discapacidad
 - Otros según el caso

- El CAP realiza el análisis de la documentación y girará el caso al Equipo. Los giros se realizan de la siguiente manera:
 - Giros de Segex (casos ya registrados en el sistema de expedientes)
 - Giros manuales, donde se debe especificar caso por caso con nombre y apellidos (carpetas).

- Ante situaciones de suma urgencia el CAP deriva al beneficiario al Equipo.

- Hasta tanto no se reformule el procedimiento administrativo de la Resolución 075/98 el CAP recibe y deriva al Equipo utilizando los formularios en vigencia.

- El CAP debe informar a cada beneficiario (caso), que la documentación se deriva al Equipo, indicando teléfono a los cuales debe llamar si el Equipo no se comunicó a la brevedad.

Tanto para la atención telefónica como para los e-mails, se designan agentes para cubrir especialmente este servicio durante toda la jornada laboral. El mismo da respuesta a aquellas consultas telefónicas que derive el 0800, en el caso que el tema supere los conocimientos técnicos del operador, los llamados son atendidos por los profesionales especialistas en cada uno de los temas específicos de la consulta. Se tratan los temas relacionados con el tipo de reclamos que se atienden en este proceso exclusivamente, y los demás serán direccionados a las áreas habituales respectivas.

Las consultas recibidas vía e-mail, son respondidas por los profesionales especializados en cada uno de los temas que se consulten. En el caso que la respuesta a dicha consulta represente algún tipo de compromiso vinculante para el Organismo o para la Obra Social, esa comunicación es ser convalidada por el representante del Proceso, mediante su firma digital.

El tratamiento de los reclamos es abordado por orden de prioridad establecida y se procede de la siguiente manera:

- ◆ Se establecen dos circuitos que su vez están conformados por dos equipos de trabajo. Uno de ellos se dedica a la resolución de los casos de Máxima y Mediana Prioridad y el otro a los casos de Baja Prioridad.

En los casos de Máxima Prioridad o Mediana Prioridad se trabaja primeramente en forma telefónica procurando su resolución inmediata a través de responsables que corresponda en cada caso en las Obras Sociales e informando inmediatamente al beneficiario sobre la diligencia efectuada y su resultado. Todas las gestiones que se hagan en forma telefónica son consignadas en un parte diario que cada agente confecciona (tanto en archivo digital para que se encuentre disponible a todos los demás miembros del equipo de trabajo) y de forma impresa como constancia.

En los casos que no resulta viable la vía anterior, se cita telefónicamente o por vía telegráfica u otra, al responsable que corresponda para que se presente a reunión en la SSSalud con los Responsables del Área. En este caso se confecciona una minuta/acta de la reunión que consigna los asistentes, el tratamiento del tema, la resolución tomada y la firma de los presentes. Se informa al beneficiario del resultado de la reunión en forma telefónica.

Los reclamos de Baja Prioridad y otros, se tratan en un plazo que no exceda los 20 días hábiles, mediante la consideración de los mismos en las reuniones de Equipo que debe realizar al menos una vez por semana para el tratamiento de todo lo ingresado en la semana, en forma interdisciplinaria, y las decisiones se consignan en la respectiva minuta/acta de reunión semanal con todos los temas tratados. Igualmente se le informa al beneficiario cuando corresponda.

La mesa de entrada se ocupa de dar solución a los reclamos de alta prioridad y de media prioridad, según la tabla que los define. En el primer caso dentro de las 48 horas o menos y en el segundo dentro de los cinco días hábiles. En el primer caso dentro de las 48 horas o menos y en el segundo dentro de los cinco días hábiles. En primera instancia se recurre a todos los medios informales disponibles para el tratamiento del caso como comunicaciones telefónicas a la Obra Social, prestador o beneficiario, según el caso, reuniones conjuntas

con la Obra Social y el Beneficiario, según el caso, interconsultas médicas, pedidos de informes al GET² de modo que en el menor tiempo posible se resuelva la situación planteada.

Si se presentan por negativa de la Obra Social, se da inmediata intervención a la Gerencia de Asuntos Jurídicos y/o a la Gerencia General para tomar las disposiciones pertinentes.

Los reclamos que ingresan por Mesa de Resolución, son los reclamos de alta prioridad y de media prioridad, según la tabla que los define. En el primer caso dentro de las 48 horas y en el segundo dentro de los cinco días hábiles. Para lo cual se recurre a todos los medios informales disponibles para el tratamiento del caso como comunicaciones telefónicas a las Obra Social, prestador o Beneficiario, según el caso, reuniones conjuntas con las Obra Social y el Beneficiario reclamante, Consultas interdisciplinarias del caso, Interconsultas médicas, pedidos de informes al GET, de modo que en el menor tiempo posible se resuelva la situación planteada.

Si se presentan dificultades por la negativa del Obra Social, se da inmediata intervención a la Gerencia de Asuntos Jurídicos y/o Gerencia General para que tome las disposiciones pertinentes.

En todos los casos, el Equipo a cargo elabora para casa uno de ellos, un informe conjunto e integral sobre el caso, las acciones llevadas a cabo, las repuestas obtenidas y la conclusión del mismo.

Cuando sean trámites de prioridad baja, se trabaja con la misma metodología, procurando la más pronta resolución de los casos, pero aborda situaciones que no representen riesgo para la vida o el bienestar del beneficiario. También se elaboran informes conjuntos.

Cuando el caso amerite en su curso la iniciación de un expediente, se solicita a Mesa de Entrada su caratulación y registro de la alta al SEGEX, tras lo cual es girado al Proceso para la continuación de su trámite como tal. Pero que se constituya en Expediente no libera a los responsables del cumplimiento de los tiempos a que fue asignado, razón por la cual sigue siendo responsabilidad del sector, obtener un pronto despacho de las áreas a las que se haya dado intervención.

Una vez asignadas las prioridades de los reclamos, se encarpetan los documentos recibidos de cada caso, se numeran por orden sucesivo y se da ingreso en el sistema informático de gestión, o en su defecto se consignan en un registro manual y se derivan a los equipos de trabajo que correspondan.

² El GET es el grupo de evaluación de tecnologías sanitarias

Las normas y procedimiento establecidos por la Resolución N° 075/98 SSSalud continuarán aplicándose a los reclamos que no hayan sido tomados para su tratamiento por el EAR.

La Gerencia General de la SSSalud, está facultada para dictar las normas que regirán la actuación del Equipo Especial de Atención de Reclamos y los procedimientos que aplicará para el tratamiento y solución de los casos. También puede proponer el dictado de las normas adicionales, complementarias o modificatorias que permitan un mejor cumplimiento.

De acuerdo con la categorización de urgencia y/o gravedad de cada caso se implementaron distintos tipos de circuitos resolutivos. No están contemplados dentro de esta categoría los reclamos los cuales son resueltos por la vía tradicional que son los de índole administrativa, a saber, errores de datos, opciones de cambio, etc., a menos que ello implique una carencia de atención médica para el beneficiario.

Los reclamos se clasifican en:

Máxima prioridad: aquellos en los que se encuentra en peligro la vida del paciente o graves secuelas de incapacidad. Deben ser resueltos en un plazo de entre 24 y 48 Hs. (Procedimientos Diagnóstico y Terapéuticos Urgentes; Medicamentos Oncológicos; HIV-SIDA; Drogodependencia; Diabetes; PMI; Corte de Servicio; Dificultades en la Afiliación que impide el Acceso a la Prestaciones (Obligatorios y/o adherentes)).

Mediana prioridad: aquellos en cuya gravedad no pone en peligro la vida del paciente pero que requieren suministro de insumos o medicamentos de alto costo que debe ser provisto para iniciación de tratamientos inmediatos. Deben ser resueltos en el curso de la semana de ingresados. (Procedimientos Diagnósticos y Terapéuticos no Urgentes; Medicamentos Incluidos en la Resol. N° 310/04 MS a determinar y Prestaciones del PMO no previstas como prioridad alta).

Baja prioridad: aquellos en los que no existe peligro de vida o incapacidad del paciente pero que debe darse solución y asistencia médica, más allá de las dificultades o restricciones que representen para el financiador, por tratarse de excepciones a las normativas vigentes que pudieran ser contempladas. Deben ser resueltos dentro de los 20 días de ingresados. (Cobro indebido de coseguros; Cobertura en medicamentos inferior al 40% o al 70%; Prestaciones excluidas del PMOE (internación, geriátricos y psiquiátricos para crónicos, implantes y prótesis dentales, ortodoncia, etc.); reintegros).

Reclamos varios: Aquellos que se refieren a consultas sobre coberturas, utilización, obtención y provisión de determinados medicamentos, u otras tecnologías medicas que hacen necesario que el Organismo fije su posición o recomendación.

Este Grupo especial depende de la Gerencia General que designa por lo menos un Responsable y un Coordinador titular a cargo del mismo.

Semanalmente se presenta a la Gerencia para su firma los casos resueltos, con excepción de los de máxima prioridad, a los que se da curso inmediato.

V.- Medios Utilizados

Se trata de un Equipo de Resolución de Problemas y Reclamos multidisciplinario, ya que está integrado por personal seleccionado de los distintos sectores de la SSSalud (integrado por 3 Médicos, 4 Asistentes Sociales, 2 Psicólogos, 1 Psicopedagogo, 1 Técnico Superior en Administración con Orientación en Sistema de Salud, 1 Profesor de Discapacidad, 1 Coordinador Administrativo y 1 Coordinador Operativo), que da tratamiento y solución a todos los reclamos por prestación médica que se reciban en cada semana y requerir a los Agentes del Seguro el cumplimiento de los actos que les estén impuestos por el ordenamiento legal.

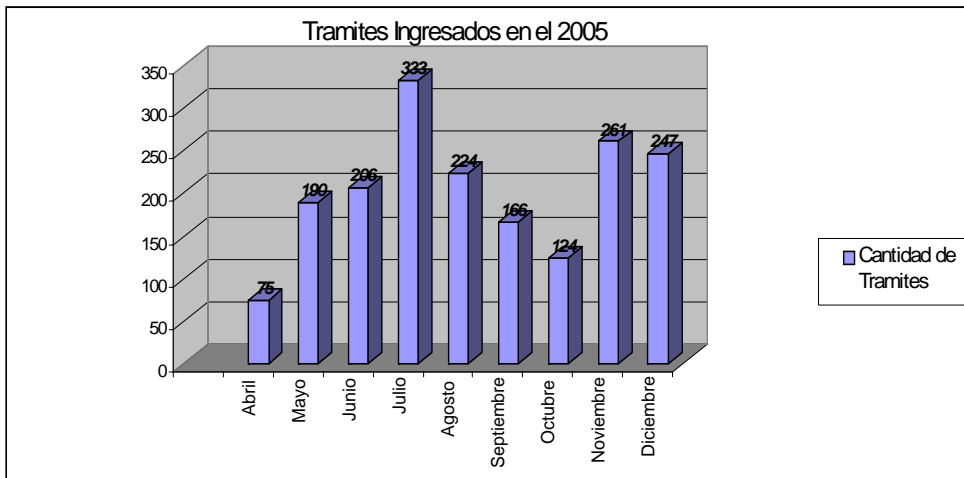
VI.- Actores Involucrados

Las Obras Sociales por su parte, deben designar y comunicar formalmente a la Gerencia General de la SSSalud, tres (3) referentes profesionales que respectivamente actúen en el área médica, jurídica y social de cada entidad y que se constituyen en los interlocutores permanentes del Agente del Seguro con el Equipo Especial de Atención de Reclamos. Al menos uno de los referentes designados deben tener mandato para ejercer la representación legal de la Obra Social.

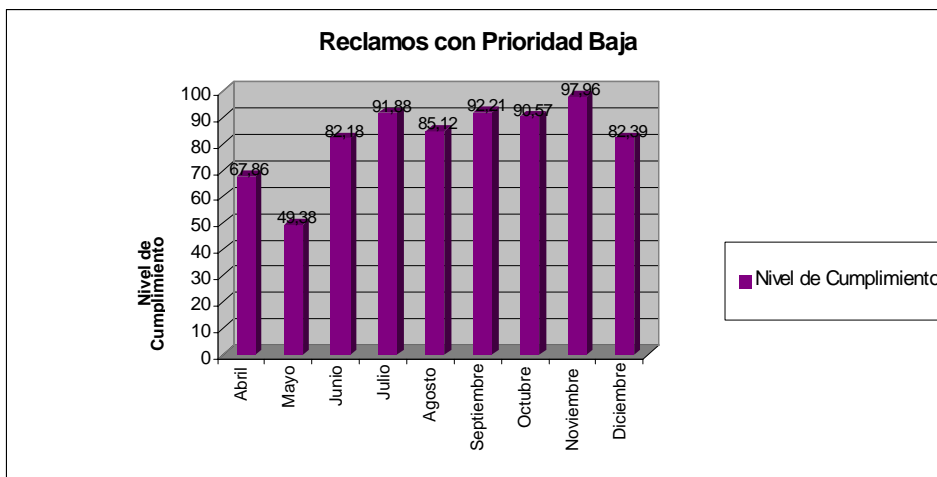
VII.- Resultados Logrados

Como consecuencia de esta Mejor Práctica se incluyeron tres estándares nuevos referidos a esta nueva mejora, que no habían sido incluidos en la Tercer Carta de la SSSalud. A continuación se ve un gráfico que muestra el total de reclamos que han ingresado en el 2005 y como han sido resuelto en cada uno de lo estándares.

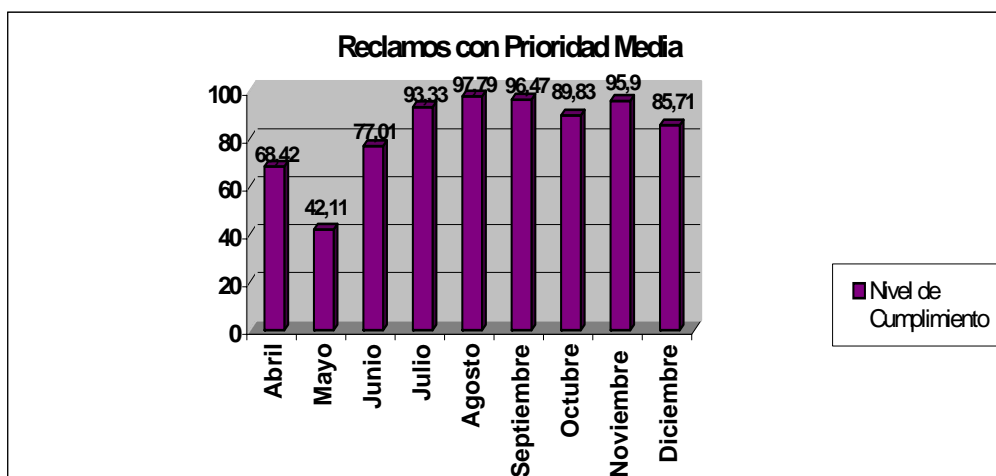
La evolución de los estándares muestra el nivel de cumplimiento de los mismo y como han ido evolucionando desde su implementación.



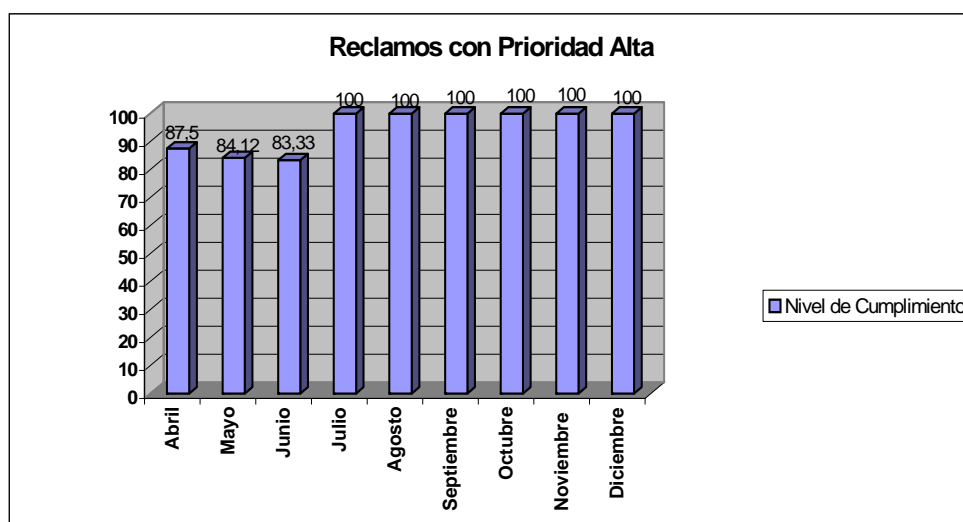
1. El 100% de los reclamos definidos con “prioridad baja” deben ser resueltos dentro de los 20 días de presentados.



2. El 100% de los reclamos definidos con “prioridad media” deben ser resueltos dentro de los 7 días de presentados.



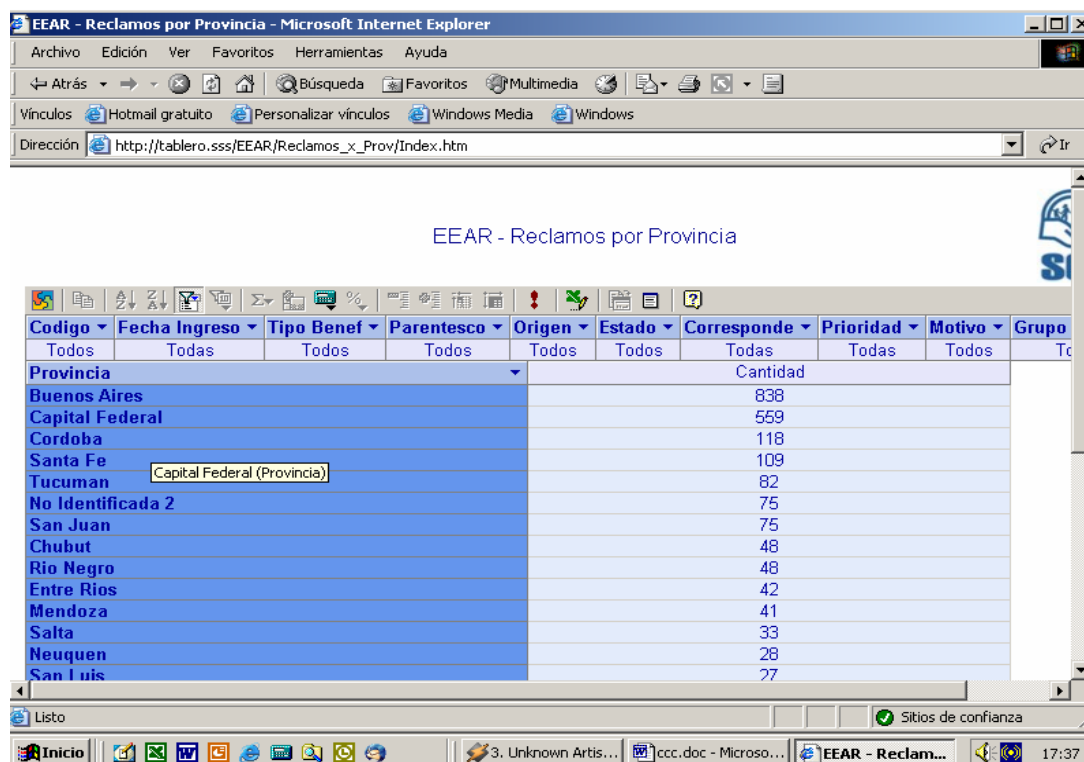
- El 100 % de los reclamos definidos con “prioridad alta, urgentes” deben ser resueltos dentro de las 48 horas de presentados.



Ante la necesidad de una herramienta de medición y el seguimiento de cada uno de los casos, la SSSalud trabajó junto al área de sistema y se creó un tablero interno de monitoreo de todos los reclamos. En el mismo se pueden seguir cada uno de los expediente, de que obra social es el reclamo y el plazo en que fueron resueltos como así también el seguimiento de cada una de las notas enviadas y su resolución. Cuando un reclamo no es solucionado por este Equipo Especial de Reclamos es remitido al área de Jurídico y no se cierra el expediente hasta que no se resuelva el problema.

A continuación se adjuntan las pantalla del tablero de comando o gestión instalado en la SSSalud, que permite observar los reclamos en las jurisdicciones con el objetivo de detectar desvíos y poder accionar en tiempo, por ejemplo ante cortes de servicios.

Esta pantalla del tablero de comando o gestión permite observar los reclamos en las jurisdicciones con el objetivo de detectar desvíos y poder accionar en tiempo por ejemplo ante cortes de servicios.



Codigo	Fecha Ingreso	Tipo Benef	Parentesco	Origen	Estado	Corresponde	Prioridad	Motivo	Grupo
Todos	Todas	Todos	Todos	Todos	Todos	Todas	Todas	Todos	Todos
Provincia						Cantidad			
Buenos Aires						838			
Capital Federal						559			
Cordoba						118			
Santa Fe						109			
Tucuman						82			
No Identificada 2						75			
San Juan						75			
Chubut						48			
Rio Negro						48			
Entre Rios						42			
Mendoza						41			
Salta						33			
Neuquen						28			
San Luis						27			

Estas dos pantallas permiten ver los reclamos por provincia y los grupos etáreo afectados permitiendo. Por ejemplo, si los grupos vulnerables como los niños y los ancianos reciben la cobertura necesaria de salud. También permite ver los reclamos según la población de cada Obra Social pudiendo sacar la tasa de reclamos.

Reclamos por provincia y grupo etario - Microsoft Internet Explorer

Archivo Edición Ver Favoritos Herramientas Ayuda

← Atrás → Búsqueda Favoritos Multimedia

Vínculos Hotmail gratuito Personalizar vínculos Windows Media Windows

Dirección http://tablero.sss/EEAR/Reclamos_x_%20prov_ge/Index.htm Ir

Reclamos por provincia y grupo etario


Fecha Ingreso	Grupo Etario	Tipo Benef	Prioridad	Parentesco	Origen	Motivo	Corresponde	
Abril	Todos	Todos	Todas	Todos	Todos	Todos	Todas	
Obra Social	Nombre Corto				Nombre	Cantidad	Poblacion	Reclamos cada
<input type="checkbox"/> 406	<input type="checkbox"/> Organ. de Control Externo				Capital Federal	1	46560	0,21477663
					Total	1	46560	0,21477663
<input type="checkbox"/> 901	<input type="checkbox"/> Seguros				Buenos Aires	1	63502	0,15747533
					Santiago del Estero	1	397	25,1889163
					Total	2	63899	0,31299394
<input type="checkbox"/> 1003	<input type="checkbox"/> P. Obras y Scios Sanitarios				Capital Federal	1	3066	3,26157860
					Total	1	3066	3,26157860
<input type="checkbox"/> 1102	<input type="checkbox"/> Para la Actividad Docente				Buenos Aires	2	154684	0,12929583
					Total	2	154684	0,12929583
<input type="checkbox"/> 1201	<input type="checkbox"/> Mrio Econ. y Obras y Serv				Capital Federal	1	7882	1,26871352
					Total	1	7882	1,26871352
<input type="checkbox"/> 1904	<input type="checkbox"/> O.S Fedecamaras				Buenos Aires	1	8843	1,13083793
					Total	1	8843	1,13083793
<input type="checkbox"/> 2600	<input type="checkbox"/> O.S. de los Trabajadores de la Carne y Afines de la R.A.				Buenos Aires	1	3627	2,75709953

Listo Sitios de confianza

Inicio 3. Unknown Artis... ccc.doc - Microso... Reclamos por ... 17:38

Reclamos por grupo etario - Microsoft Internet Explorer

Reclamos por grupo etario

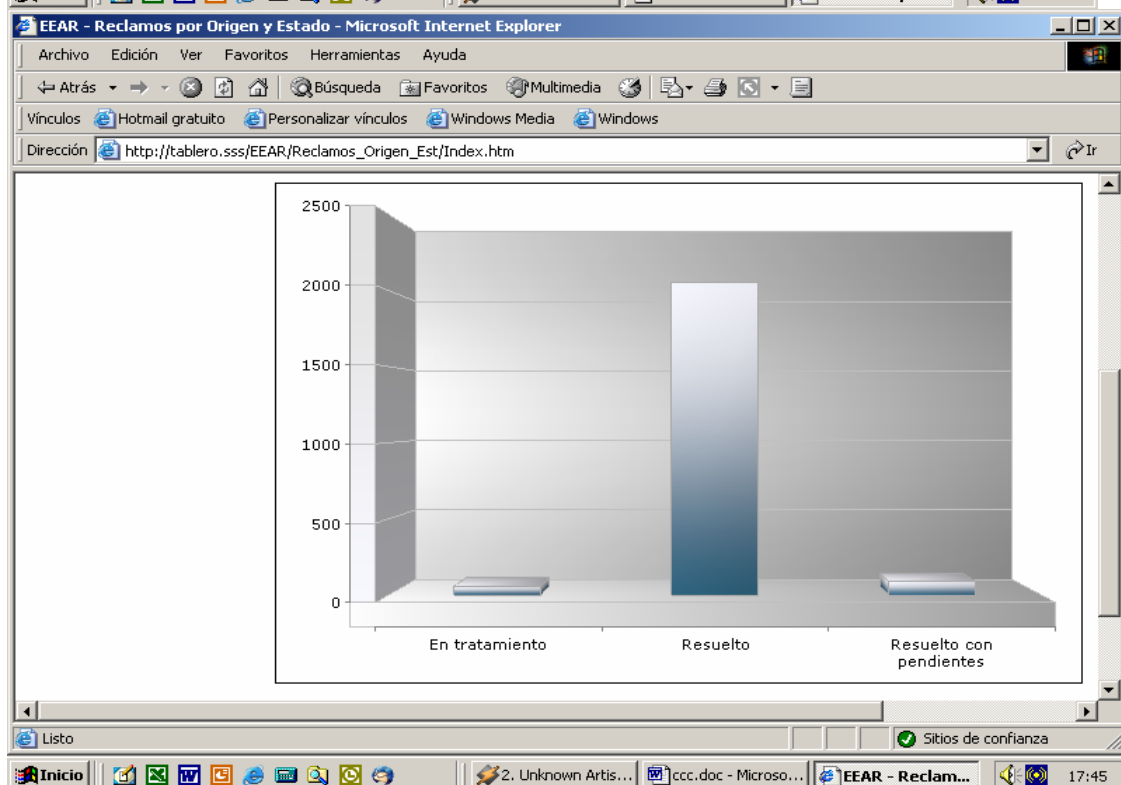
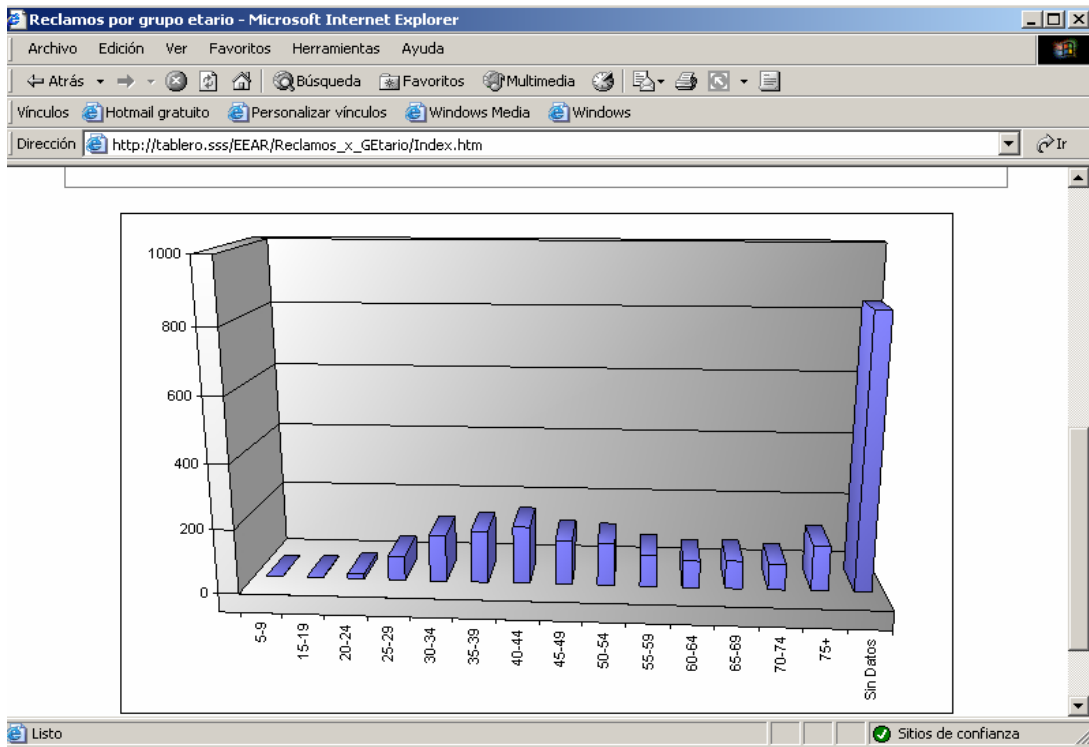


Motivo	Origen	Parentesco	Provincia	Tipo Benef	Obra Social	Fecha Ingreso	Corresponde
Todos	Todos	Todos	Todas	Todos	Todas	Todas	Todas
Grupo Etario					Cantidad		
5-9					1		
15-19					2		
20-24							
25-29							
30-34							
35-39							
40-44							
45-49							
50-54							
55-59							
60-64							
65-69							
70-74							
75+					143		
Sin Datos					855		

Valor: 2
 Total: Cantidad
 Elemento de fila: 15-19
 Filtro: Motivo = Todos
 Filtro: Origen = Todos
 Filtro: Parentesco = Todos
 Filtro: Provincia = Todas
 Filtro: Tipo Benef = Todos
 Filtro: Obra Social = Todas
 Filtro: Fecha Ingreso = Todas
 Filtro: Corresponde = Todas

Inicio | 4. Unknown Artis... | ecc.doc - Microso... | Reclamos por ... | 17:39

El tablero de comando muestra los casos y sus estados observando la efectividad de los procesos.



Equipo Especial de Atención de Reclamos - Microsoft Internet Explorer

Archivo Edición Ver Favoritos Herramientas Ayuda

← Atrás → Búsqueda Favoritos Multimedia

Vínculos [Hotmail gratuito](#) [Personalizar vínculos](#) [Windows Media](#) [Windows](#)

Dirección <http://www.sss/sss/consultas/leear/venc/ear.php>

2293			Baja	05-04-2006	28	
2295			Baja	05-04-2006	28	
2296			Baja	05-04-2006	28	
2297			Medio	16-03-2006	7	
2298			Baja	05-04-2006	28	
2299			Medio	16-03-2006	7	
2292			Baja	05-04-2006	28	
2291			Baja	05-04-2006	28	

Total de casos vencidos: 16 (25%)
Total de casos por vencer: 7 (11%)
Total de casos tratados en los plazos adecuados: 39 (62%)
Total de casos General: 62 (100%)

[MENÚ](#) | [SALIDA](#)

Listo Intranet local

Inicio 6. Unknow... SSS - Tabl... ccc.doc - ... Equipo Es... 17:30

El tablero de control muestra en colores los vencimientos y las prioridades lo que permite un control de los casos, como así también la gestión de cada uno de ellos y sus prioridades.


Equipo Especial de Atención de Reclamos – Microsoft Internet Explorer

Archivo Edición Ver Favoritos Herramientas Ayuda

← Atrás → Búsqueda Favoritos Multimedia

Vínculos Hotmail gratuito Personalizar vínculos Windows Media Windows

Dirección <http://www.sss/sss/consultas/eear/ver/ver.php>



Menu Salir

Prioridad: Seleccione

Obra Social: TODAS

Filtrar

Número de caso	Apellido y nombre	Obra Social	Prioridad	Fecha de vencimiento	Días
1831			Baja	03-03-2006	0
1834			Baja	26-02-2006	-9
1870			Baja	26-02-2006	-9
1927			Baja	26-02-2006	-9
2010			Baja	27-02-2006	-10

VIII.-Premios y Reconocimientos

Premio Nacional a La Calidad por el Sector Público otorgado por la Subsecretaría de la Gestión Pública, Jefatura de Gabinete de Ministros de la Nación (2005)

Otros resultados:

(Mejoramiento del clima laboral, reconocimientos públicos, otros)

Distinción como Mejor Práctica del Programa Carta Compromiso con el Ciudadano (2005) otorgado por la Subsecretaría de la Gestión Pública.

Persona responsable de contacto que presenta la Práctica: Dr. Gustavo Javier Santero.
Cargo: Subgerente Control Prestacional.
Correo Electrónico: gsantero@sssaud.gov.ar