



MINISTERIO DE SALUD



N° 102 -2010/SIS

RESOLUCIÓN JEFATURAL

Lima, 23 AGO 2010

VISTOS: El Memorando N° 428-2010-SIS-GO de la Gerencia de Operaciones y el Informe N° 232-2010-SIS/OAJ de la Oficina de Asesoría Jurídica;

CONSIDERANDO:

Que, por Ley N° 27657-Ley del Ministerio de Salud, se crea el Seguro Integral de Salud (SIS), como un Organismo Público Descentralizado del Sector Salud, calificado mediante Decreto Supremo N° 034-2008-PCM como Organismo Público Ejecutor, cuya Misión es administrar los fondos destinados al financiamiento de prestaciones de salud individual de la población más pobre y vulnerable carente de seguro de salud, de conformidad con la política del Sector;

Que, el artículo 13° del Reglamento de la Ley del Ministerio de Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 013-2002-SA, establece que el Jefe del Seguro Integral de Salud debe diseñar, rediseñar y mejorar continuamente los procesos del SIS;

Que, el artículo 30° del Reglamento de Organización y Funciones del Seguro Integral de Salud, aprobado mediante Decreto Supremo N° 009-2002-SA, señala que la Gerencia de Operaciones es el órgano de línea que propone, evalúa y supervisa los planes de beneficios por tipo de población, oferta de beneficios en función a costos, tarifas, financiamiento y la oferta de establecimientos, prestadores de servicios, así como también propone los mecanismos de negociación;

Que, el segundo párrafo del numeral 6.5 de la Directiva Administrativa N° 111-MINSA/SIS V.01 "Directiva Administrativa que establece Normas Complementarias para la implementación del Decreto Supremo N° 004-2007-SA, aprobada por Resolución Ministerial N° 401-2007/MINSA, señala que las prestaciones financiadas por el SIS, serán sometidas a procesos de evaluación de la calidad previos al pago, para lo cual se emitirán las normas correspondientes que serán aprobadas por Resolución Jefatural;

Que, el numeral 2 del Capítulo VII de la Directiva Administrativa N° 112-2007-MINSA/SIS-V.01: "Directiva Administrativa que regula el proceso de pago para las prestaciones del Seguro Integral de Salud - SIS", aprobada por Resolución Ministerial N° 422-2007/MINSA, señala que todas las unidades orgánicas que reciban desembolsos del SIS serán sujetas al control por parte del SIS, sin perjuicio de las acciones administrativas correspondientes;

Que, el artículo 7° de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, incluye al Seguro Integral de Salud como una Institución Administradora de Fondos de Aseguramiento (IAFA);

Que, el literal g) del artículo 11° del Reglamento de la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, aprobado con Decreto Supremo N° 008-2010-SA, determina como una de las funciones de las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento,



el establecer y realizar procedimientos para controlar las prestaciones de salud, en forma eficiente, oportuna y de calidad en los servicios prestados por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS);

Que, el literal e) del artículo 6° del Decreto de Urgencia N° 048-2010-SA señala que a fin de garantizar la eficiencia en la prestación de los servicios de salud de sus afiliados, el Seguro Integral de Salud desarrollará acciones que incrementen la capacidad de auditoría de las prestaciones que ofrecen los proveedores de salud a los usuarios;

Que, conforme a los documentos de vistos la Gerencia de Operaciones sustenta la aprobación de la Directiva que establece el Proceso de Control Presencial Posterior de las Prestaciones de Salud Financiadas por el Seguro Integral de Salud;

Que, con el visto bueno de la Sub Jefatura del SIS, Secretaría General, Gerencia de Operaciones y con la opinión favorable de la Oficina de Asesoría Jurídica;

De conformidad a lo establecido en el inciso i) del artículo 11° del Reglamento de Organización y Funciones del Seguro Integral de Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 009-2002-SA;

SE RESUELVE:

Artículo 1°.- APROBAR la Directiva N°004-2010-SIS/GO "Directiva que establece el Proceso de Control Presencial Posterior de las Prestaciones de Salud Financiadas por el Seguro Integral de Salud" y sus Anexos, los que forman parte integrante de la presente Resolución.

Artículo 2°.- ENCARGAR a Secretaría General, coordinar la publicación de la presente Resolución, la Directiva aprobada y sus Anexos, en la página web del Seguro Integral de Salud, http://www.sis.gob.pe/a_trans_infor_resol.html.



Regístrese, Comuníquese y Publíquese


Lic. LUIS ALEJANDRO MANRIQUE MORALES
Jefe Institucional del Seguro Integral de Salud





PERÚ

Ministerio
de Salud

Seguro Integral de Salud

MINISTERIO DE SALUD

SEGURO INTEGRAL DE SALUD

DIRECTIVA N°004-2010-SIS/GO

DIRECTIVA QUE ESTABLECE EL PROCESO DE CONTROL PRESENCIAL POSTERIOR
DE LAS PRESTACIONES DE SALUD FINANCIADAS POR EL
SEGURO INTEGRAL DE SALUD

Agosto, 2010

Jefe Institucional

Lic. Luis Manrique Morales

Sub Jefe Institucional

Lic. Segundo Montoya Mestanza

Gerente de Operaciones

Méd. Roberto Romero Onofre

Sub Gerente de Operaciones

Méd. Pedro Grillo Rojas

Equipo técnico

Méd. Constantino Vila Córdova

Médico Supervisor de la Gerencia de Operaciones

Méd. José E. Aldana Carrasco

Médico Supervisor de la Gerencia de Operaciones

Méd. Isabel Maurtua Urquizo

Médico Supervisor de la Gerencia de Operaciones

Méd. Anyilo Pino Cárdenas

Médico Supervisor de la Gerencia de Operaciones

Méd. Nilda Terrones Valera

Prof. de Aseguramiento de la Gerencia de Operaciones

Méd. Joel Vilchez Gutiérrez

Prof. de Aseguramiento de la Gerencia de Operaciones

Méd. Leoncio Pajuelo Koqui

Prof. de Aseguramiento de la Gerencia de Operaciones

Colaboraron

Q.F. Saúl Rimarachín Tarrillo

ODSIS Chota

Q.F. Hernán Montalvo Plejo

ODSIS Lima Sur

Lic. Yulisa Valverde Romero

ODSIS Ancash

CPC Raúl Díaz Villacorta

ODSIS Loreto

Méd. Paul Denniss Malca Sánchez

ODSIS Loreto

Méd. Mérice Herrera Torres

ODSIS Lima Ciudad

Méd. Oswaldo Huaynate Yali

ODSIS HNeIE

Méd. Alex Amable Cano

ODSIS Huánuco

Méd. Italo D'Onadio Caro

ODSIS Lima Norte

Méd. Flor Chong Vilela

ODSIS Lima Norte

Méd. Antero Raúl Zavaleta Calderón

ODSIS Cajamarca I

Méd. Kemya Rodríguez Gonzáles-Said

ODSIS Piura I y ODSIS Piura II (e)

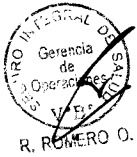
Méd. Salvador Caro Pacheco

ODSIS Callao



ÍNDICE

1. FINALIDAD	04
2. OBJETIVO	04
3. ÁMBITO DE APLICACIÓN.....	04
4. BASE LEGAL	04
5. DISPOSICIONES GENERALES	06
6. DISPOSICIONES ESPECÍFICAS	06
7. RESPONSABILIDADES.....	11
8. DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS	11
9. DISPOSICIONES FINALES	11
10. ANEXOS	12



DIRECTIVA N°004-2010-SIS/GO

DIRECTIVA QUE ESTABLECE EL PROCESO DE CONTROL PRESENCIAL POSTERIOR DE LAS PRESTACIONES DE SALUD FINANCIADAS POR EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD

1. FINALIDAD

Establecer normas y procedimientos orientados a regular el proceso de control de las prestaciones de salud y propiciar el mejoramiento continuo de la calidad de la atención brindada a los asegurados del Seguro Integral de Salud.

2. OBJETO

Establecer las disposiciones necesarias para la aplicación del Proceso de Control Presencial Posterior de las Prestaciones de Salud financiadas por el Seguro Integral de Salud.

3. ÁMBITO DE APLICACIÓN

La presente Directiva es de aplicación obligatoria en los siguientes organismos: Seguro Integral de Salud y sus Oficinas Desconcentradas a nivel nacional (ODSIS), prestadores de salud públicos, privados y mixtos que reciban financiamiento del Seguro Integral de Salud.

4. BASE LEGAL

La presente Directiva se fundamenta dentro del marco legal siguiente:

- Ley N° 26842. "Ley General de Salud".
- Ley N° 27657. "Ley del Ministerio de Salud" que crea al SIS como OPD del MINSA.
- Ley N° 27785. Ley Orgánica del Sistema Nacional de Control y Contraloría General de la República.
- Ley N° 27815. "Ley del Código de Ética de la Función Pública".
- Ley N° 29344. "Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud".
- Decreto Supremo N° 009-2002-SA. Aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del SIS.
- Decreto Supremo N° 004-2007-SA. Establece el Listado Priorizado de Intervenciones Sanitarias de aplicación obligatoria para todos los Establecimientos de Salud que reciben financiamiento del Seguro Integral de Salud.
- Decreto Supremo N° 003-2008-SA. Aprueba el Listado Priorizado de Intervenciones Sanitarias garantizadas para la Reducción de la Desnutrición Crónica Infantil y Salud Materno Neonatal.
- Decreto Supremo N° 034-2008-PCM. Califica al Seguro Integral de Salud como Organismo Público Ejecutor.
- Decreto Supremo N° 016-2009-SA. Aprueba el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud.
- Decreto Supremo N° 008-2010-SA. Aprueba el Reglamento de la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.



R. ROMERO O.

Directiva N°004-2010-SIS/GO
DIRECTIVA QUE ESTABLECE EL PROCESO DE CONTROL PRESENCIAL POSTERIOR DE LAS PRESTACIONES DE SALUD FINANCIADAS POR EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD

- Decreto de Urgencia N° 048-2010. "Establece medidas extraordinarias para la implementación de mecanismos para el incremento de la cobertura del Aseguramiento en Salud".
- Resolución de Contraloría N° 443-2003-CG. Aprueba la Directiva N° 008-2003-CG/DPC Servicio de Atención de Denuncias.
- Resolución Ministerial N° 597-2006/MINSA. Aprueba la NT N° 022-MINSA/DGSP-V.02: "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica".
- Resolución Ministerial N° 401-2007/MINSA. Aprueba la Directiva Administrativa N° 111-MINSA/SIS-V.01 "Directiva Administrativa que establece Normas Complementarias para la Implementación del Decreto Supremo N° 004-2007-SA".
- Resolución Ministerial N° 422-2007/MINSA. Aprueba la Directiva Administrativa N° 112-2007-MINSA/SIS-V.0.1: "Directiva Administrativa que regula el Proceso de Pago para las Prestaciones del Seguro Integral de Salud - SIS".
- Resolución Ministerial N° 277-2008/MINSA. Amplía el Listado Priorizado de Intervenciones Sanitarias del Anexo N° 01 del Decreto Supremo N° 004-2007-SA.
- Resolución Ministerial N° 240-2009/MINSA. Aprueba el Tarifario del Seguro Integral de Salud para los Componentes Subsidiado y Semisubsidiado y sus Definiciones Operacionales.
- Resolución Ministerial N° 612-2010/MINSA. Modifica disposiciones aprobadas mediante las Resoluciones Ministeriales N° 422-2007/MINSA y 240-2009/MINSA referentes a la Directiva que regula el proceso de pago para las prestaciones del Seguro Integral de Salud y al Tarifario SIS.
- Resolución Jefatural N° 029-2002/SIS. Aprueba el Manual de Organización y Funciones del Seguro Integral de Salud, modificado por la Resolución Jefatural N° 050-2003/SIS y Resolución Jefatural N° 028-2010/SIS.
- Resolución Jefatural N° 149-2008/SIS. Aprueba la Directiva N° 03-2008-SIS/J "Directiva que regula la Cobertura y Procesos de las Prestaciones de Salud del Seguro Integral de Salud" y sus Anexos.
- Resolución Jefatural N° 157-2008/SIS. Aprueba los documentos de aplicación para las atenciones de salud de los beneficiarios SIS tanto del Componente Subsidiado como del Semisubsidiado.
- Resolución Jefatural N° 216-2008/SIS. Aprueba los documentos de aplicación para las atenciones de salud de los asegurados a los Componentes Subsidiado y Semisubsidiado del Seguro Integral de Salud, de conformidad con la Metodología de Cálculo del Índice de Focalización de Hogares que utiliza el SISFOH, como instrumento para identificar a las personas que serán aseguradas en el SIS.
- Resolución Jefatural N° 184-2009/SIS. Aprueba el Plan de Trabajo y Precisiones para la Implementación de la RM N° 240-2009/MINSA que aprueba el Tarifario del Seguro Integral de Salud para los Componentes Subsidiado y Semisubsidiado y sus Definiciones Operacionales y sus Anexos.
- Resolución Jefatural N° 186-2009/SIS. Aprueba la Directiva N° 03-2009-SIS-GO "Directiva que establece el Proceso de Evaluación Automática de las Prestaciones del Seguro Integral de Salud" y sus anexos.
- Resolución Jefatural N° 090-2010/SIS. Aprueba la Directiva N° 02-2010-SIS/GO "Directiva que establece el proceso de Reconsideración de Prestaciones del Seguro Integral de Salud".



5. DISPOSICIONES GENERALES

5.1 Definiciones Operativas:

5.1.1 Proceso de Control Presencial de Prestaciones de Salud

Consiste en la evaluación y verificación in situ de las prestaciones de salud brindadas a los asegurados del SIS.

5.1.2 Proceso de Control Presencial Simultáneo de las Prestaciones de Salud (PCSPP).

Consiste en la evaluación y verificación in situ de las prestaciones de salud brindadas a los asegurados del SIS, durante el proceso de la atención y antes del registro al aplicativo informático del S.I.S.

Dicho proceso será establecido en la directiva correspondiente.

5.1.3 Proceso de Control Presencial Posterior de las Prestaciones de Salud (PCPP).

Consiste en la evaluación y verificación documentaria in situ de las prestaciones de salud, registradas por los establecimientos de salud en el aplicativo informático ARFSIS/SIASIS, y brindadas a los asegurados del SIS. Este proceso consta de dos fases:

- Evaluación de la conformidad del registro del Formato Único de Atención (ECR-FUA).
- Evaluación de la conformidad de las prestaciones de salud (ECP).

5.1.4 Evaluación de la conformidad del registro del Formato Único de Atención (ECR-FUA).

Consiste en verificar el cumplimiento de criterios del registro de la información en el Formato Único de Atención correspondiente a la prestación brindada al asegurado SIS.

5.1.5 Evaluación de la conformidad de las prestaciones de salud (ECP).

Consiste en verificar el cumplimiento de los criterios siguientes:

- Auditabilidad de la prestación (existencia física de la historia clínica y de la carta de garantía si correspondiera).
- Concordancia entre las fuentes de verificación.
- Evaluación de la atención de salud.

6. DISPOSICIONES ESPECÍFICAS

6.1 EL PROCESO DE CONTROL PRESENCIAL POSTERIOR DE LAS PRESTACIONES DE SALUD COMPRENDE LAS ETAPAS DE:

- a) Planificación.
- b) Ejecución.
- c) Informe de los Resultados.

6.2 DE LA PLANIFICACIÓN:

- 6.2.1 Las visitas serán programadas anualmente por cada ODSIS e incluidas en el Plan Operativo Institucional. La programación se realizará como mínimo en base a las siguientes metas:



Directiva N°004-2010-SIS/GO
DIRECTIVA QUE ESTABLECE EL PROCESO DE CONTROL PRESENCIAL POSTERIOR DE LAS PRESTACIONES DE SALUD FINANCIADAS POR EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD

- a) 10% de establecimientos de salud categoría I-1 y I-2 (40% I-1 y 60% I-2);
 - b) 10% de establecimientos de salud categoría I-3 y I-4 dichos establecimientos deberán ser evaluados al menos 2 veces al año;
 - c) 100% de establecimientos del II nivel de atención al menos 2 veces al año; y
 - d) 100% de establecimientos del III nivel de atención al menos 2 veces al año.
- 6.2.2 La Gerencia de Operaciones en forma inopinada podrá enviar uno o más profesionales de la salud (De acuerdo a su competencia), a fin de supervisar el proceso desarrollado por la ODSIS, en los casos que considere pertinente.
- 6.2.3 El Médico Supervisor de la ODSIS designado para realizar la visita de control formulará el plan de trabajo con el respectivo cronograma, el cual será presentado al Representante de la ODSIS.
- 6.2.4 La ODSIS remitirá a la Gerencia de Operaciones el cronograma de las visitas a los establecimientos de salud programados de manera trimestral, quince días antes del inicio del trimestre.
- 6.2.5 La relación de EESS a ser evaluados constituye información de carácter reservado. La ODSIS comunicará a la DISA/DIRESA, la fecha de evaluación y la relación de EESS seleccionados, con una anticipación de 07 días hábiles.
- 6.2.6 Para el caso de los Hospitales Nacionales e Institutos Especializados de Lima Metropolitana, la ODSIS les comunicará directamente, con 7 días hábiles de anticipación.
- 6.2.7 La comunicación emitida desde la ODSIS a los prestadores, comprenderá la siguiente información:
- a) El alcance de la evaluación (Periodo a evaluar).
 - b) El(los) establecimiento(s) de salud que será(n) evaluado(s).
 - c) Fecha y hora en que se iniciará la evaluación.
 - d) Médico supervisor responsable de la evaluación.
- 6.2.8 Los criterios para seleccionar establecimientos del I nivel de atención de salud son los siguientes:
- a) Establecimientos con mayor frecuencia de rechazo por Evaluación Automática de las prestaciones del SIS.
 - b) Establecimientos con mayor frecuencia de observación por Evaluación Automática de las prestaciones del SIS.
 - c) Establecimientos con mayor valor de producción mensual neto por categoría.
 - d) Establecimientos con mayor costo por atención por categoría.
 - e) Establecimientos con mayor costo por atendido por categoría.
 - f) Establecimientos con mayor número de prestaciones reportadas por categoría.
 - g) Establecimientos con mayor concentración de atenciones por atendido y tipo de prestación.
- 6.2.9 Del muestreo de prestaciones de salud:
- a) La Gerencia de Operaciones determinará la muestra, lo cual incluye la determinación de los números de los formatos únicos de atención a ser evaluados por las ODSIS.
 - b) La muestra incluirá las prestaciones que no hayan sido observadas por el proceso de evaluación automática y de la supervisión médica electrónica y



que se encuentren registradas en la base de datos del Sistema de Información del SIS.

- c) La relación de prestaciones seleccionadas (muestra) será remitida por la Gerencia de Operaciones a las ODSIS, vía correo electrónico y/o aplicativo informático del S.I.S.
- d) La ODSIS remitirá a los establecimientos de salud por medio físico y/o magnético (correo electrónico, diskette o CD) sólo los números de historias clínicas y formatos únicos de atención que serán evaluados, a fin que preparen la documentación necesaria, en los siguientes tiempos:
 - o 72 horas antes de la fecha programada de la evaluación para los establecimientos de salud del III nivel;
 - o 24 horas antes de la fecha programada de la evaluación para los establecimientos de salud del II nivel;
 - o 2 horas antes del inicio de la evaluación para los establecimientos de salud del I nivel (Se entrega la lista directamente en el establecimiento de salud).
- e) En el caso que los establecimientos de salud no cuenten con acceso web y que las ODSIS no cuenten con equipos informáticos portátiles (laptop, Internet móvil) o, a pesar de contar con ellos, existan problemas de conectividad y/o seguridad, dichas ODSIS deberán tomar las previsiones del caso que permitan contar con las prestaciones a evaluar en forma impresa (obtenidas del SIASIS) el día de la evaluación.

6.3 DE LA EJECUCIÓN:

- 6.3.1 Al inicio de esta etapa se llenará la primera parte del "Acta de Evaluación" consignando la hora de inicio, disponibilidad de ambiente y condiciones óptimas para el proceso, datos de los participantes y de la información entregada por el establecimiento de salud a solicitud del Médico Supervisor SIS. (Ver anexo 5).
- 6.3.2 Los establecimientos de salud del primer nivel de atención deberán entregar la información requerida en el plazo estipulado en el literal d) del numeral 6.2.9.
- 6.3.3 Los establecimientos de salud del segundo y tercer nivel deberán entregar la información solicitada en el momento de la apertura del "Acta de Evaluación", según lo consignado en el numeral 6.3.1.
- 6.3.4 Fase de Evaluación de la Conformidad del Registro del Formato Único de Atención (ECR-FUA).
 - a) El Médico Supervisor procederá a la evaluación de los FUA recibidos, utilizando el anexo 2 ó 3, según corresponda.
 - b) Como resultado de esta fase de la etapa de Ejecución se obtiene lo siguiente:
 - **Prestaciones conformes-ECR** (FUA que no es observada por ningún criterio de evaluación para rechazo total).
 - **Prestaciones rechazadas** (FUA que es observada por algún criterio de evaluación para rechazo total)
 - c) **Las prestaciones rechazadas**, no serán reembolsadas y no son sujetas a reconsideración. Estas prestaciones ya no pasan a la siguiente fase.
 - d) Ante la inexistencia física del FUA se considerará prestación rechazada, excepto en los casos en que la inexistencia física del FUA se deba a hechos fortuitos (desastres naturales, incendios, inundaciones, robos, otros



similares) debidamente documentados, los que deberán ser presentados durante la visita al supervisor.

- e) Las Prestaciones Conformes como resultado de esta fase pasarán a la siguiente fase.

6.3.5 Fase de Evaluación de la Conformidad de las Prestaciones de Salud (ECP).

- a) El Médico Supervisor ODSIS procederá a evaluar la Historia Clínica completa para la verificación respectiva, asimismo dispondrá de la información de la prestación evaluada registrada en el aplicativo informático del SIS (SIASIS), caso contrario se deberá contar con dicha información en forma impresa.
- b) El Médico Supervisor ODSIS evaluará la información contenida en el SIASIS, en el FUA en físico entregado en el establecimiento de salud y en la Historia Clínica, verificando el cumplimiento de los criterios consignados en los formatos según corresponda (anexo 2 ó 3).
- c) Los productos de salida de esta Fase son:
- **Prestaciones conformes** (prestación que no es observada por ningún criterio de evaluación para rechazo total).
 - **Prestaciones rechazadas** (prestaciones con verificación de incumplimiento de UN criterio de evaluación total y/o UNO ó MÁS criterios de evaluación parcial). Los rechazos parciales aplican para las prestaciones con pago por consumo de acuerdo a la RM. 240-2009/MINSA (Para realizar la evaluación de las prestaciones por consumo utilizar el formato del Anexo N° 3).
- d) Las “**prestaciones rechazadas**” se clasifican en “**prestación con rechazo total**”, sobre la cual se realiza el descuento total de la prestación y “**prestación con rechazo parcial**”, sobre la cual se descuenta parcialmente de acuerdo a la no conformidad verificada. Las prestaciones rechazadas no son sujeto de reconsideración.
- e) En el formato del **anexo N° 2 ó 3** se registra la verificación de los criterios durante cada fase de la evaluación, al final del procedimiento, los anexos deberán ser firmados tanto por el Médico Supervisor SIS como por el Jefe y/o Encargado/Coordinador/Responsable de la Unidad de Seguros del establecimiento de salud.
- f) Al finalizar la evaluación se procederá a consolidar y registrar los resultados en el formato de consolidación del **anexo N° 4**, donde se obtendrá el número y porcentaje de prestaciones conformes y prestaciones rechazadas.
- g) Se registrará el código de rechazo total ó parcial identificado en la celda correspondiente del formato de consolidación (**ver anexo N° 4**). Los códigos para cada criterio y/o aspecto evaluado, se encuentran consignados en la ficha de evaluación de prestaciones (**ver anexo N° 2 y 3**).

- 6.3.6 Ante la verificación de incumplimiento de un criterio de evaluación total, se culmina el proceso de evaluación de la prestación y se considera la prestación “con rechazo total”. Mientras que, ante la confirmación de incumplimiento de uno o más criterios de evaluación parcial, se continúa con el proceso.

- 6.3.7 En caso que el establecimiento de salud no brinde las facilidades técnicas y logísticas durante la evaluación que realice el médico supervisor o representantes del S.I.S. y que por éste motivo no se lleve a cabo la evaluación con normalidad y de acuerdo a las disposiciones emitidas en la presente



- directiva, todas las prestaciones solicitadas para la evaluación, serán consideradas “**rechazadas totales**”.
- 6.3.8 Se considerará que el establecimiento de salud no ha brindado las facilidades técnicas y logísticas en los casos siguientes:
- a) Cuando no se encuentre al Jefe/Director del Establecimiento de Salud o a ningún responsable delegado por éste; o
 - b) Cuando se nieguen a proporcionar la información solicitada por el Médico Supervisor del SIS.
- 6.3.9 El Acta de Evaluación se culmina al final de esta etapa en presencia del responsable o encargado del establecimiento de salud, en tres originales, dicha acta deberá ser firmada y sellada. Un original será entregado al titular y/o representante del establecimiento de salud.

6.4 DEL INFORME DE LOS RESULTADOS

- 6.4.1 El Médico Supervisor ODSIS elaborará y presentará el Informe final al representante de la ODSIS en el término máximo de 05 días hábiles contados a partir del día siguiente de culminado el Proceso de Control Presencial Posterior de las Prestaciones de Salud, de acuerdo a la estructura presentada en el **anexo N°6**.
- 6.4.2 El Representante de la ODSIS, autorizará al Médico Supervisor de la ODSIS, a ingresar los resultados en el Módulo PCPP del aplicativo informático SIS con las prestaciones rechazadas en forma total o parcial de acuerdo a los hallazgos y verificaciones del proceso, obteniendo del mismo el Reporte de Prestaciones Evaluadas – PCPP, el cual adjuntará a su Informe Final. El ingreso de esta información puede darse en simultáneo con la ejecución del proceso.
- 6.4.3 El Representante de ODSIS recibe el informe final presentado por el Médico Supervisor y eleva 2 Oficios al SIS en un plazo máximo de 5 días hábiles desde la fecha de recepción del Informe.
- 6.4.3.1 A la Gerencia de Financiamiento con el reporte y consolidado de las prestaciones rechazadas producto del control presencial posterior para su respectiva valorización y descuento (según anexo 4), en el caso de rechazos parciales, se incluirá el anexo 3 por cada prestación.
- 6.4.3.2 A la Gerencia de Operaciones con el informe final de acuerdo al **anexo N° 6** para conocimiento y monitoreo.
- 6.4.4 En el caso que las prestaciones evaluadas e informadas para descuento ya hayan sido reembolsadas, el descuento se hará efectivo en el periodo subsiguiente de acuerdo al calendario de transferencias o pagos.
- 6.4.5 El Representante de la ODSIS también es responsable del monitoreo de cumplimiento de las recomendaciones por parte del establecimiento de salud, de acuerdo a los plazos previstos en el Informe Final.
- 6.4.6 En el caso que la visita de evaluación la haya realizado la Gerencia de Operaciones, se entregará una copia del informe a la ODSIS en un plazo de 5 días hábiles para conocimiento y seguimiento de las recomendaciones. En este caso, la Gerencia de Operaciones será la encargada de comunicar a la Gerencia de Financiamiento de acuerdo a lo indicado en el numeral 6.4.3.1.
- 6.4.7 El Representante de la ODSIS, mediante Oficio remitirá a la DIRESA/DISA o quien haga sus veces en los gobiernos regionales u Hospitales Nacionales e Institutos Especializados en Lima Metropolitana una copia del informe de evaluación realizada en su(s) establecimiento(s), para conocimiento y acciones



según resultados y recomendaciones emitidas, en un plazo no mayor a 10 días hábiles posteriores a la culminación de la visita de control presencial.

7. RESPONSABILIDADES

- 7.1 La Gerencia de Operaciones es responsable de monitorear el cumplimiento de la presente Directiva.
- 7.2 La Oficina de Informática y Estadística es responsable de implementar las adecuaciones necesarias en el Aplicativo Informático del SIS, de acuerdo a solicitud de la Gerencia de Operaciones, que permita la optimización del Proceso de Control Presencial Posterior de las Prestaciones de Salud.
- 7.3 La Gerencia de Financiamiento es la responsable de la valorización y del descuento de las prestaciones rechazadas durante el Proceso de Control Presencial Posterior de las Prestaciones de Salud.
- 7.4 La ODSIS tiene la responsabilidad de cumplir las disposiciones de la presente directiva durante las visitas de evaluación desarrolladas en los establecimientos de salud de su jurisdicción.

8. DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS

- 8.1 De considerarlo pertinente, la ODSIS podrá realizar fuera de Plan, evaluaciones presenciales a cualquier prestación otorgada por los establecimientos de salud a los asegurados SIS, incluso aquellas que ya hayan sido reembolsadas o que se encuentren en proceso de reconsideración y no hayan sido aún presentadas; de ser consideradas rechazadas no podrán ser presentadas para reconsideración y en caso de haber sido reembolsadas se procederá a informar a la Gerencia de Financiamiento para el descuento respectivo.
- 8.2 La negativa del representante del establecimiento de salud a firmar el Acta de Evaluación de las prestaciones, no invalida los resultados de la misma.
- 8.3 En el caso que como resultado del Proceso de Control Presencial Posterior de las Prestaciones de Salud, se evidencie actos u operaciones que revelen por acción u omisión, la indebida, ilegal o ineficiente gestión y/o utilización de recursos y bienes del estado, la ODSIS, previa coordinación con la Oficina de Asesoría Jurídica del SIS, deberá informar al OCI de la entidad evaluada para las acciones del caso, de acuerdo a lo indicado en la Directiva N° 008-2003-CG/DPC.

9. DISPOSICIONES FINALES

- 9.1 El Proceso de Control Presencial Posterior de las Prestaciones de Salud lo realiza el Médico Supervisor de la ODSIS, en caso de su ausencia lo asume el Representante Médico de la ODSIS. De no contarse con ninguno de los dos anteriores la evaluación será asumida por la Gerencia de Operaciones, para lo cual designará uno ó dos Médicos Supervisores según la magnitud de la evaluación
- 9.2 En tanto no se cuente con el Módulo PCPP en el aplicativo informático SIS, los resultados al que hace alusión el numeral 6.4.2, deberá informarse en medio físico y en forma detallada haciendo uso de los Anexos de la presente directiva y adjuntando dichos resultados al Informe Final.
- 9.3 Los aspectos operativos que no hayan sido contemplados en la presente Directiva serán implementados por el SIS mediante Memorando.



10. ANEXOS

- Anexo N° 1:** Instructivo para la ejecución del Proceso de Control Presencial Posterior de las Prestaciones de Salud.
- Anexo N° 2:** Formato de Control Presencial Posterior de las Prestaciones de Salud tarifadas.
- Anexo N° 3:** Formato de Control Presencial Posterior de las Prestaciones de Salud. reembolsadas por consumo (Cara Anterior y Cara Posterior).
- Anexo N° 4:** Formato de consolidación de resultados.
- Anexo N° 5:** Acta de Visita de Control de prestaciones de salud.
- Anexo N° 6:** Estructura del Informe Final.
- Anexo N° 7:** Flujograma del Proceso de Control Presencial Posterior de las Prestaciones de Salud financiadas por el Seguro Integral de Salud.



ANEXO 1

INSTRUCTIVO PARA LA EJECUCIÓN DEL PROCESO DE CONTROL PRESENCIAL POSTERIOR DE LAS PRESTACIONES DE SALUD

DEL FORMATO DE CONTROL PRESENCIAL POSTERIOR DE LAS PRESTACIONES DE SALUD:

- Son los instrumentos diseñados para realizar la evaluación de prestaciones de salud financiadas por el Seguro Integral de Salud.
- Durante cada una de las fases de la evaluación se verifica el cumplimiento de cada criterio de evaluación. El incumplimiento de un criterio genera el rechazo total o parcial de la prestación.
- El formato será llenado por el Médico Supervisor o quien haga sus veces, después de haber recibido y verificado la documentación solicitada.

DEL REGISTRO DE LOS DATOS GENERALES

Se utilizarán los datos que figuran en el sistema de información del SIS (SIASIS).

Adicionalmente se consignará la Fecha y hora de Evaluación.

De la Evaluación de la conformidad del registro del Formato Único de Atención (ECR-FUA).

Se verificará la existencia del Formato de atención (copia que tiene como destino la historia clínica del usuario) (criterio I1), de incumplirse dicho criterio se marca con aspa (x) en la columna del casillero NO y se rechaza la prestación.

Se verifica el cumplimiento de criterios en cada Formato Único de Atención, de acuerdo a lo establecido en el formato correspondiente (criterios I2 – I8). En ambos formatos (según corresponda), de incumplirse algunos de estos criterios se marca con aspa(x) en la columna del casillero NO y se rechaza la prestación.

Se marca SI cuando se verifica que el criterio ha sido cumplido. Se marcará N/A (no aplica) en los casos que no corresponda evaluar el criterio de acuerdo a la naturaleza de la prestación y/o categoría del establecimiento de salud que brindó la prestación.

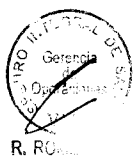
De la Evaluación de la conformidad de las prestaciones de salud (ECP).

Se verificará simultáneamente el cumplimiento de los criterios en la información registrada en el sistema de información del SIS (SIASIS), el FUA en físico y la Historia Clínica, cuando corresponda.

ANEXO 2 (para prestaciones tarifadas): Se marca SI cuando se verifica el cumplimiento del criterio de evaluación, se marca NO ante la verificación documentaria de incumplimiento del criterio respectivo. Se marcará N/A (no aplica) en los casos que no corresponda evaluar el criterio de acuerdo a la naturaleza de la prestación y/o categoría del establecimiento de salud.

ANEXO 3 (para prestaciones con pago por consumo): De la misma manera que en el caso anterior se marca SI, NO ó N/A según corresponda.

Los criterios de evaluación para rechazo parcial, aplican en los casos donde el reembolso de la prestación es de acuerdo a la Tarifa de pago por consumo. Este formato en la parte posterior tiene una tabla para que el médico supervisor pueda detallar los medicamentos, insumos y/o procedimientos considerados para rechazo.



Directiva N°004-2010-SIS/GO
DIRECTIVA QUE ESTABLECE EL PROCESO DE CONTROL PRESENCIAL POSTERIOR DE LAS PRESTACIONES DE SALUD FINANCIADAS POR EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD

Al finalizar el proceso de evaluación; el/los médicos supervisores SIS y el Jefe o representante del establecimiento de salud firmarán el anexo 2 ó 3 según corresponda, en el caso específico del anexo 3 el mismo deberá ser firmado en el anverso y reverso.

Asimismo la evaluación de todas las prestaciones seleccionadas en la muestra se consolida en el anexo N° 4, el cual deberá ser firmado por el/los médico(s) supervisor(es) del SIS y el Jefe o representante del establecimiento de salud, acto seguido se procederá a firmar el Acta de Visita de Control de prestaciones de salud Anexo 5, con lo que se dará por concluida la etapa de Ejecución.

De las controversias:

El médico Supervisor, que durante el proceso de control presencial posterior (PCPP) se encuentre con prestaciones en las cuales no exista concordancia entre las fuentes de verificación y que dicha no concordancia pueda ser imputada a un error de digitación y a la vez no influya en el monto a reembolsar, previa verificación de la evidencia podrá considerar la prestación conforme, debiendo consignar dichos hechos en el Acta de la Evaluación en sus comentarios y en el Informe Final en el Análisis de la Información, y emitir la respectiva recomendación.

Indicaciones Complementarias

Si en la segunda Fase, el médico supervisor encuentra omisiones y errores de tipo administrativo en la historia clínica que no influyan en el resultado de la evaluación prestacional posterior y que no signifiquen correcciones sobre la información ya consignada en dicha historia, podrá informar al Jefe (o responsable) del establecimiento de salud, a fin de que pueda subsanar dichas omisiones o errores durante el tiempo en que dure el control presencial posterior, para que la prestación pueda ser considerada como conforme.

Las fuentes de verificación física, deberán ser selladas y firmadas por el médico supervisor en anverso y reverso en la parte media del borde inferior del documento, esto incluye la(s) hoja(s) de la historia clínica correspondientes a la prestación evaluada.

El Sello tendrá las siguientes características:

El diámetro deberá ser de 2 centímetros

