N° 34 -2022-DE-HEVES

RESOLUCIÓN DIRECTORAL

Villa El Salvador, 08 MAR. 2022

VISTO:

El expediente N° 22-001312-001, que contiene el Informe N° 005-2022-ORGANIZACIÓN-OPP-HEVES, de la Jefa de la Oficina de Planeamiento y Presupuesto, la Nota Informativa N° 012-2022-OA-HEVES de la Jefa de la Oficina de Administración, el Informe N° 001-2022-US-OA-HEVES del Jefe de la Unidad de Seguros, y el Informe N° 023-2022-UAJ-HEVES del Jefe de la Unidad de Asesoría Jurídica;

CONSIDERANDO:

Que, mediante Decreto Supremo Nº 008-2017-SA, modificado por el Decreto Supremo Nº 011-2017-SA , se aprobó el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, estableciendo al Hospital de Emergencias Villa El Salvador como un órgano desconcentrado del Ministerio de Salud, dependiente de la Dirección de Redes Integradas de Salud de su jurisdicción;

C. URBANO D.

Que, el Viceministro de Prestaciones y Aseguramiento en Salud del Ministerio de Salud mediante Resolución Viceministerial Nº 055-2021-SA/DVMPAS, designa al M.C. CARLOS LUIS URBANO DURAND en el cargo de Director Adjunto (CAP-P N° 002) de la Dirección Ejecutiva del Hospital de Emergencias Villa El Salvador del Ministerio de Salud;

F. SERVAN V.

Que, el Ministro de Salud del Ministerio de Salud mediante Resolución Ministerial Nº 1130-2021/MINSA, designa temporalmente al M.C. CARLOS LUIS URBANO DURAND en el cargo de Director de Hospital (CAP-P N° 001) de la Dirección Ejecutiva del Hospital de Emergencias Villa El Salvador del Ministerio de Salud, en adición a sus funciones de Director Adjunto;

Que, el numeral VI del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, establece que es responsabilidad del Estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de Salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad;

I. Leon M.

Que, mediante Resolución Ministerial N° 826-2021/MINSA, se aprobó las "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud", con el objetivo de establecer las disposiciones relacionadas con las etapas de planificación, formulación o actualización, aprobación, difusión, implementación y evaluación de los documentos normativos, que expide el Ministerio de Salud, en el marco de sus funciones rectoras;

S. DONAYRE C.

Que, mediante Resolución Directoral N° 160-2021-HEVES, de fecha 19 de julio del 2021, se aprobó la Directiva Administrativa N° 001-HEVES/2021/OPP/V.01 "Directiva Administrativa para la Elaboración de Documentos Normativos en el Hospital Villa El Salvador", que tiene por finalidad contribuir en el adecuado proceso de elaboración de los Documentos Normativos en el Hospital de Emergencias Villa El Salvador;

M. HUAMANI .N

Que, mediante Nota Informativa N° 012-2022-OA-HEVES, de fecha 12 de enero del 2022, la Jefa de la Oficina de Administración remite el Informe N° 001-2022-US-OA-HEVES, de fecha 12 de enero del 2022, del Jefe de la Unidad de Seguros el cual contiene el proyecto de "Directiva Administrativa para Verificación de Gratuidad de la Atención en el Hospital de Emergencias Villa El Salvador", así como el sustento técnico correspondiente, la cual tiene por finalidad contribuir a mejorar el cumplimiento del derecho a la atención de salud a través

de mecanismos de promoción de la gratuidad respecto de los servicios solicitados o recibidos por los usuarios de salud en el Hospital de Emergencias Villa El Salvador;

Que, mediante Proveído N° 32-2022-OPP-HEVES, de fecha 21 de febrero de 2022, la Jefa de la Oficina de Planeamiento y Presupuesto, ha emitido pronunciamiento favorable sobre el proyecto de "Directiva Administrativa para Verificación de Gratuidad de la Atención en el Hospital de Emergencias Villa El Salvador";

Que, la referida propuesta de documento técnico, cumple con los criterios establecidos en la Resolución Ministerial N° 826-2021/MINSA "Normas para la elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud", así como lo establecido en la Resolución Directoral N° 160-2021-HEVES, que aprobó la Directiva Administrativa N° 001-HEVES/2021/OPP/V.01 "Directiva Administrativa para la Elaboración de Documentos Normativos en el Hospital Villa El Salvador";

Que, a fin de establecer medidas destinadas a garantizar la seguridad del paciente a través de la gestión de la implementación de prácticas seguras en la atención de salud en el Hospital de Emergencias Villa El Salvador, y alcanzar los objetivos y metas programadas, resulta pertinente emitir el acto resolutivo correspondiente y aprobar la Directiva Administrativa N° 006-HEVES/2022/OA/V.01 "Directiva Administrativa para Verificación de Gratuidad de la Atención en el Hospital de Emergencias Villa El Salvador";

Con la visación de la Jefa de la Oficina de Planeamiento y Presupuesto, la Jefa de la Oficina de Administración, el Jefe (e) de la Unidad de Asesoría Jurídica y del Jefe de la Unidad de Seguros del Hospital de Emergencias Villa El Salvador;

De conformidad con lo dispuesto en el Decreto Supremo Nº 008-2017-SA y su modificatoria que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud; el inciso c) del artículo 10º del Manual de Operaciones del Hospital de Emergencias Villa El Salvador, aprobado con Resolución Jefatural Nº 381-2016/IGSS , la cual faculta al Director Ejecutivo, la atribución y responsabilidad de expedir Resoluciones Directorales en asuntos de su competencia, y, las conferidas mediante Resolución Viceministerial Nº 055-2021-SA/DVMPAS y Resolución Ministerial N° 1130-2021/MINSA;

SE RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO.– APROBAR la Directiva Administrativa N° 006-HEVES/2022/OA/V.01 "Directiva Administrativa para Verificación de Gratuidad de la Atención en el Hospital de Emergencias Villa El Salvador"; que en anexo adjunto forma parte de la presente Resolución Directoral.

ARTÍCULO SEGUNDO.– DISPONER que la Unidad de Comunicaciones e Imagen Institucional publique la presente Resolución Directoral, en el Portal Institucional del Hospital de Emergencias Villa El Salvador.

REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE.

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL DE EMERGENCIAS VILLA EL SALVADOR
M.C. CARLOS LUIS URBANO DURAND
CMP: 018710 RNE: 018686
DIRECTOR DE HOSPITAL II

CLUD/ EJSV/IJLM/SCDC/MHN/kmhb

Distribución:

( ) Oficina de Planeamiento y Presupuesto
( ) Oficina de Administración
( ) Unidad de Asesoría Jurídica
( ) Unidad de Seguros
( ) Unidad de Comunicaciones e Imagen Institucional

I. FINALIDAD

Contribuir a mejorar el cumplimiento del derecho a la atención de salud a través de mecanismos de promoción de la gratuidad respecto a los servicios solicitados o recibidos por los usuarios de salud en el Hospital de Emergencias Villa El Salvador.

II. OBJETIVO

2.1. Objetivo general

Establecer disposiciones para los procedimientos de verificación de la gratuidad respecto a los servicios solicitados o recibidos por los usuarios de salud en el Hospital de Emergencias Villa El Salvador.

2.2. Objetivos específicos

2.2.1. Establecer los mecanismos para la verificación de la gratuidad de atención por la Unidad de Seguros del Hospital de Emergencias Villa El salvador.

2.2.2. Describir las consideraciones generales y específicas para la operatividad adecuada de los mecanismos de verificación de la gratuidad de atención en el Hospital de Emergencias Villa El Salvador.

2.2.3. Mejorar la reposición de los recursos empleados en las prestaciones brindadas a los usuarios sin seguro de salud y/o sin cobertura por una Institución Administradora de Fondos de Aseguramiento en Salud.

III. AMBITO DE APLICACIÓN

Es de aplicación y cumplimiento obligatorio en todas las unidades de organización en el ámbito de su competencia en el Hospital de Emergencias Villa El Salvador.

IV. BASE LEGAL

4.1. Ley N° 26842, Ley General de la Salud.

4.2. Ley N° 29414, Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud.

4.3. Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.

4.4. Decreto de Urgencia N° 017-2019, Decreto de Urgencia que establece medidas para la Cobertura Universal de Salud.

4.5. Decreto de Urgencia N° 046-2021, Decreto de Urgencia que dicta medidas extraordinarias y urgentes en materia económica y financiera para fortalecer el aseguramiento universal en salud en el marco de la emergencia nacional por la COVID-19.

4.6. Decreto de Urgencia Nº 078-2021, Decreto de Urgencia que modifica el decreto de urgencia 046-2021 decreto de urgencia que dicta medidas extraordinarias y urgentes en materia económica y financiera para fortalecer el aseguramiento universal en salud en el marco de la emergencia nacional por la COVID-19.

4.7. Decreto Supremo N° 016-2002-SA, Reglamento de Ley N°27604 que modifica la Ley General de Salud N°26842, respecto de la obligación de los establecimientos de salud a dar atención médica en caso de emergencias y partos.

4.8. Decreto Supremo N° 013-2006-SA, que Aprueban Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.

4.9. Decreto Supremo N° 020-2014-SA, que aprueban el Texto Único Ordenado de la Ley Nº 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.

4.10. Decreto Supremo N° 031-2014-SA, que aprueba el Reglamento de Infracciones y Sanciones de la Superintendencia Nacional de Salud - SUSALUD.

4.11. Decreto Supremo N° 027-2015-SA, que aprueba Reglamento de la Ley N° 29414, Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud.

4.12. Decreto Supremo N° 008-2017/SA, que aprueba el Reglamento de Organizaciones y Funciones del Ministerio de Salud.

4.13. Decreto Supremo N° 002-2019-SA, que aprueba el Reglamento para la Gestión de Reclamos y Denuncias de los Usuarios de las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud - IAFAS, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPRESS y Unidades de Gestión de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - UGIPRESS, públicas, privadas o mixtas.

4.14. Decreto Supremo N° 002-2020-SA, Decreto Supremo que reglamenta la Primera Disposición Complementaria Final del Decreto Legislativo N° 1346 que establece disposiciones para optimizar los servicios que son financiados a través del Seguro Integral de Salud (SIS).

4.15. Decreto Supremo N° 023-2021-SA, Decreto Supremo que aprueba la Actualización del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud.

4.16. Resolución Ministerial N° 826-2021/MINSA, que aprueba las Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud.

4.17. Resolución Jefatural N° 381-2016/IGSS, que aprueba el Manual de Operaciones del Hospital de Emergencias Villa El Salvador.

4.18. Resolución Directoral N° 160-2021-HEVES, que aprueba la Directiva Administrativa N° 001-HEVES/2021/OPP/V.01 Directiva Administrativa para la Elaboración de Documentos Normativos en el Hospital de Emergencias Villa El Salvador.

4.19. Resolución Directoral Nº 129-2018-DE-HEVES, que aprueba la Directiva Administrativa N° 003-2018-DE-HEVES Directiva Administrativa para el Registro y Liquidación de Cuentas de Usuarios Atendidos en el Hospital de Emergencias Villa El Salvador.

4.20. Resolución Directoral Nº 205-2020-DE-HEVES, que aprueba la Directiva Administrativa N° 001-HEVES-2020-DE-USEG/v.01 Directiva Administrativa del Sistema de Acreditación de Usuarios del Hospital de Emergencias Villa El Salvador.

V. DISPOSICIONES GENERALES

5.1. Definiciones Operativas:

5.1.1. Acreditación: Procedimiento de verificación de los requisitos que debe cumplir el asegurado para tener derecho a cobertura.

5.1.2. Asegurado: Toda persona que se encuentra afiliada o inscrita a un seguro de salud, de acuerdo a lo establecido en la normativa vigente.

5.1.3. Atención administrativa: Se lleva a cabo a través de los canales de atención disponibles e incluye información en relación a las obligaciones del usuario respecto a los planes de beneficio de su cobertura.

5.1.4. Boleta de venta: Es el documento que acredita o respalda la transacción de dinero realizada por la prestación de un bien y/o servicio a usuarios finales.

5.1.5. Cajero: Es aquel trabajador que realiza las funciones de recaudar los fondos que pagan los usuarios de salud y/o sus responsables legales.

5.1.6. Canales de atención: Pueden ser presencial, virtual o telefónica brindada según la disponibilidad.

5.1.7. Cobro indebido: Pago realizado por un asegurado, representante y/o familiares, dentro de la IPRESS, por indicación de algún trabajador de la IPRESS, de

cualquier concepto relacionado a la prestación de salud que se encuentra dentro del plan de beneficios bajo cobertura por la IAFAS del asegurado.

5.1.8. **Condición asegurable:** Es el estado de salud que se busca mantener, en caso de la población sana, o recuperar, en caso de la población enferma, que es susceptible de ser financiado mediante esquemas de aseguramiento.

5.1.9. **Consulta:** Solicitud de información relacionada a las obligaciones del usuario respecto a sus planes de beneficio y coberturas otorgadas por las IAFAS.

5.1.10. **Devolución de dinero:** Es un procedimiento que brinda la oportunidad a los usuarios en salud, en facultad de los derechos que le asisten, de devolverles el dinero que cancelaron por concepto de algún servicio o producto que por error u omisión no pudiera haberse hecho efectivo.

5.1.11. **Garantías explicitas:** Son atributos de las prestaciones incluidas en el PEAS, expresan el derecho a la atención de salud de las personas, son de cumplimiento por parte de las IAFAS e IPRESS y se encuentran bajo regulación por SUSALUD. Se encuentra normadas dos: garantías de calidad y garantías de oportunidad.

5.1.12. **Gratuidad:** Dispensación completa de lo prescrito y/o realización de procedimientos conforme lo indicado durante la atención dentro del plan de beneficios otorgados por la IAFAS sin condicionamiento a pagos directos.

5.1.13. **Institución Administradora de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS):** Son instituciones públicas, privadas o mixtas, que gestionan fondos para financiar prestaciones de salud y planes de aseguramiento en salud.

5.1.14. **Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS):** Son instituciones o empresas públicas, privadas o mixtas, que brindan prestaciones de servicios de salud.

5.1.15. **Intervención:** Es la prestación y/o conjunto de prestaciones en salud de carácter promocional, preventivo, recuperativo y de rehabilitación orientadas al manejo de las condiciones sanitarias priorizadas para el proceso de aseguramiento universal en salud.

5.1.16. **Nota de Crédito:** Son comprobantes de índole contable y tributario, que sirven para sustentar el otorgamiento de un descuento o bonificación, anulación total o parcial de la devolución de bienes vendidos o servicios prestados.

5.1.17. **Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS):** Condiciones asegurables, intervenciones y prestaciones a nivel de la persona sana y persona con enfermedad contenidos en un listado priorizado otorgados por las IAFAS.

5.1.18. **Prestación:** Es la unidad básica que describe los procedimientos realizados para la atención de las condiciones de salud de los usuarios.

5.1.19. **Orientación:** Actividad que consiste en informar al usuario en salud, lo que desea saber o el estado de un asunto, por parte del personal de salud y/o administrativo.

5.1.20. **Obligación administrativa:** Exigencias definidas por la IAFAS a sus asegurados para hacer uso adecuado de las prestaciones brindadas en sus respectivos planes de beneficios incluidos el PEAS.

5.1.21. **Recaudación:** Es la actividad que desarrolla el personal de caja el cual consiste en la recepción de las cantidades monetarias por los usuarios como consecuencia de las diferentes prestaciones de servicios de atención que se brindan en la Institución.

5.1.22. **Tercero:** Es la persona natural o jurídica distinta del usuario o tercero legitimado.

5.1.23. **Usuario en Salud:** Persona natural que requiere o hace uso de los servicios y prestaciones brindas por las IPRESS.

5.2. Siglas y/o Acrónimos:

MINSA : Ministerio de Salud.
SUSALUD : Superintendencia Nacional de Salud.
SIS : Seguro Integral de Salud.
HEVES : Hospital de Emergencias Villa El Salvador.
IAFAS : Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud.
IPRESS : Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.
PEAS : Plan Esencial de Aseguramiento en Salud.
UPSS : Unidad Productora de Servicios de Salud.
US : Unidad de Seguros en Salud.

5.3. La verificación de la gratuidad, se encuentra alineado a los procesos de promoción y protección de los derechos en salud regulados por SUSALUD a efectos de mitigar riesgos de vulneración de estos y la consecuente restitución con desmedro de la imagen institucional del Hospital.

5.4. La verificación de la gratuidad, es conjunto de procedimientos y actividades destinadas a la identificación, comunicación y establecimiento de compromisos de cumplimiento por el usuario en salud y/o su responsable legal respecto a las obligaciones administrativas adquiridas dentro de los planes de beneficios otorgadas por la IAFAS, orientados a promover continuidad y oportunidad de la atención en salud.

5.5. La verificación de la gratuidad, se basa en un enfoque de gestión de servicios de salud al usuario con enfoque de procesos continuos de preentrega, entrega y post entrega de la atención.

5.6. La verificación de la gratuidad, se sustenta sobre los procesos de promoción de garantías explicitas, de calidad y de oportunidad en las prestaciones brindadas a los usuarios conforme los planes de beneficio adquiridos u otorgados por la IAFAS.

5.7. La verificación de la gratuidad emplea el enfoque de riesgo, para transferir, mitigar o absorber los resultados positivos o negativos del incumplimiento de garantías, cobros indebidos, u otras obligaciones asumidas por el Hospital, en el marco de la normativa vigente, incluidos los contratos y/o convenios con las IAFAS.

VI. DISPOSICIONES ESPECÍFICAS

6.1. De los canales de atención

6.1.1. Para la verificación de la gratuidad, se dispone de los siguientes mecanismos y/o canales de atención a los usuarios en salud:

a. Presencial: Según horarios de atención disponibles en el Hospital.
b. Virtual: Mesas de Apoyo para la Atención del Asegurado a las diferentes unidades de organización en el ámbito de sus competencias, chat en línea y correo electrónico disponible siete días de la semana las 24 horas del día.
c. Telefónico: A través de la central telefónica (01-6409875) y de los anexos telefónicos asignados a la Unidad de Seguros.

6.2. Del proceso general de verificación de la gratuidad

Para la verificación de la gratuidad se procederá según las siguientes etapas:

a. Identificación.
b. Evaluación.

c. Compromiso.
d. Seguimiento.

6.3. De la Identificación.

6.3.1. El personal de la Unidad de Seguros, identifica los estados administrativos y de atención de los usuarios sujetos a monitoreo empleando las aplicaciones informáticas disponibles.

6.3.2. El personal de la Unidad de Seguros, realiza evaluación del riesgo del usuario detallados en anexo 3, aplicando criterios uniformes, entre otros la tenencia de seguro, considera la clasificación socioeconómica del usuario y según corresponda gestiona su afiliación y/o cobertura por la IAFAS pública o privada.

6.3.3. El personal de la Unidad de Seguros, elabora un registro con los datos de contacto del usuario y de los responsables legales del usuario, incluido número telefónico y correos electrónicos.

6.4. De la Evaluación.

6.4.1. El personal de la Unidad de Seguros, clasifica aplicando criterios previamente definidos, el riesgo de incumplimiento de la gratuidad y/o cobros indebidos de los usuarios atendidos en el Hospital, detallados en anexo 3.

6.4.2. El personal de la Unidad de Seguros, establece comunicación con los responsables legales de los usuarios con riesgo alto y muy alto, e informa sobre los requisitos administrativos exigidos por la normativa vigente para disminuir el riesgo de incumplimiento de la gratuidad y/o cobros indebidos durante la atención.

6.4.3. El personal de la Unidad de Seguros, elabora información administrativa a partir del plan médico (diagnóstico y terapéutica) para su entrega al usuario y/o responsables legales del mismo, esta incluye entre otros las siguientes:

a. Reportes de consumo y/o gastos.
b. Preliquidaciones y/o liquidaciones.
c. Formatos de declaraciones juradas.
d. Listado de documentación exigible (hoja de referencia, informes médicos, proyecto de oficios, etc.).

6.5. Del Compromiso.

6.5.1. El personal de la Unidad de Seguros, promueve compromisos con el usuario y/o responsables legales del usuario, para ello establece comunicación mediante los canales disponibles.

6.5.2. En esta etapa se brinda orientación sobre opciones de aseguramiento público (SIS, SIS PEAS, SIS Independiente, etc.) y de cobertura por la IAFAS respectiva, entre otras acciones de información.

6.5.3. El compromiso, busca disminuir el riesgo de incumplimiento de la gratuidad y/o cobros indebidos mediante el adecuado uso de los planes de beneficio y/o coberturas que presente el usuario.

6.5.4. El personal de la Unidad de Seguros, coordina con otras unidades de organización acciones para disminuir riesgos de incumplimiento de la gratuidad y/o cobros indebidos a los asegurados, estos incluyen los tramites de traslados hacia otras redes prestacionales.

6.6. Del Seguimiento.

6.6.1. El personal de la Unidad de Seguros, mantiene una matriz de seguimiento de los usuarios empleando las aplicaciones informáticas disponibles.

6.6.2. El personal de la Unidad de Seguros, ejecuta acciones de monitoreo y seguimiento de los casos.

6.6.3. El personal de la Unidad de Seguros, elabora informes periódicos sobre el estado de los usuarios en salud empleando la clasificación de riesgos, contingencias y otras indicaciones necesarias.

6.7. De las herramientas disponibles para la evaluación de riesgos.

6.7.1. La verificación de la gratuidad busca promover la identificación oportuna de usuarios sin seguro y/o sin cobertura por IAFAS, para ello emplea entre otros las siguientes fuentes de información:

a. Consulta Web de SUSALUD.
b. Consulta Web del SIS.
c. Consulta Web del Seguro Social en Salud - EsSalud.
d. Consulta Web del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social - MIDIS, u otros como el SBS, SALUDPOL, etc.

6.8. De la periodicidad y oportunidad de la verificación.

6.8.1. La verificación de la gratuidad, se realiza desde el ingreso del usuario a los diferentes servicios asistenciales, aplicando criterios de calificación del nivel de riesgo que presenten los usuarios, según anexo 3.

6.8.2. La verificación de la gratuidad, establece plazos de contacto con los usuarios según la necesidad de los mismos.

6.8.3. La verificación de la gratuidad, emplea intervenciones estratégicas, por ejemplo, las prealtas, transferencias de servicios, u otros, para mantener informado al usuario y/o responsables del mismo sobre las obligaciones contraídas con el Hospital.

VII. RESPONSABILIDADES

7.1 De la Unidad de Seguros

7.1.1. Ejecutar los procedimientos de atención a los usuarios, los cuales incluyen:

a. Comunicar a los usuarios acerca de sus obligaciones administrativas.
b. Brindar la información administrativa necesaria para el acceso a los distintos servicios del hospital con menor riesgo de cobros indebidos.
c. Articular con las diferentes unidades de organización para promover el cumplimiento de las obligaciones contraídas por el usuario respecto a los servicios recibidos en el Hospital.

7.1.2. Actualizar los registros, liquidaciones, reportes de gastos u otros documentos, oportunamente requeridos para promover gratuidad de la atención, dentro del alcance de sus funciones señaladas en la presente Directiva.

7.1.3. Comunicar, al personal bajo su cargo, los alcances de la presente Directiva y las actualizaciones que devengan de este, si se diera posteriormente.

7.1.4. Supervisar, monitorear y evaluar el cumplimento de la presente Directiva.

7.1.5. Orientar a los usuarios externos e internos dentro de sus competencias, los aspectos relacionados a sus funciones dentro del proceso de devolución de dinero.

7.2. De la Unidad de Economía

7.2.1 Ejecutar oportunamente los procedimientos, actividades y tareas dentro del alcance de sus funciones señaladas en la presente Directiva.

7.2.2. Comunicar los alcances de la presente Directiva, así como las actualizaciones de este según correspondan, al personal bajo su cargo.

7.2.3. Orientar a los usuarios externos e internos dentro de sus competencias, los aspectos relacionados a sus funciones dentro del proceso de devolución de dinero.

7.3. De las Unidades de Organización

7.3.1. Promover dentro del alcance de sus competencias, la provisión oportuna y completa de servicios médicos y de salud, requeridos durante el proceso de atención de los pacientes en el Hospital

7.3.2. Facilitar con oportunidad las respuestas a las solicitudes de informes médicos u otros documentos que sustentan la atención, requeridos para la gestión de las obligaciones administrativas por los usuarios en salud, dentro de los alcances de sus funciones y competencias.

7.3.3. Velar por el cumplimiento de lo dispuesto en los documentos de gestión y/o documentos normativos institucionales, en atención a la presente directiva dentro de los alcances de sus funciones y competencias.

VIII. DISPOSICIONES FINALES

8.1 Los responsables de las unidades de organización deben dar cumplimiento dentro de los alcances de sus funciones y competencias, las disposiciones establecidas en la presente Directiva

8.2 Las actividades que impliquen la implementación de la presente directiva deberán llevarse a cabo como parte del Plan de Trabajo Anual de la Unidad de Seguros, de acuerdo a las normas vigentes.

8.3 Los aspectos no contemplados en la presente Directiva serán resueltos conforme a la norma vigente por las unidades de organización correspondientes.

IX. ANEXOS:

Anexo N° 01: Diagrama de Casos de Usos de la Verificación de la Gratuidad.

Anexo N° 02: Diagrama de Actividades del Procedimiento de Verificación de la Gratuidad.

Anexo N° 03: Criterios de Clasificación del Riesgo.

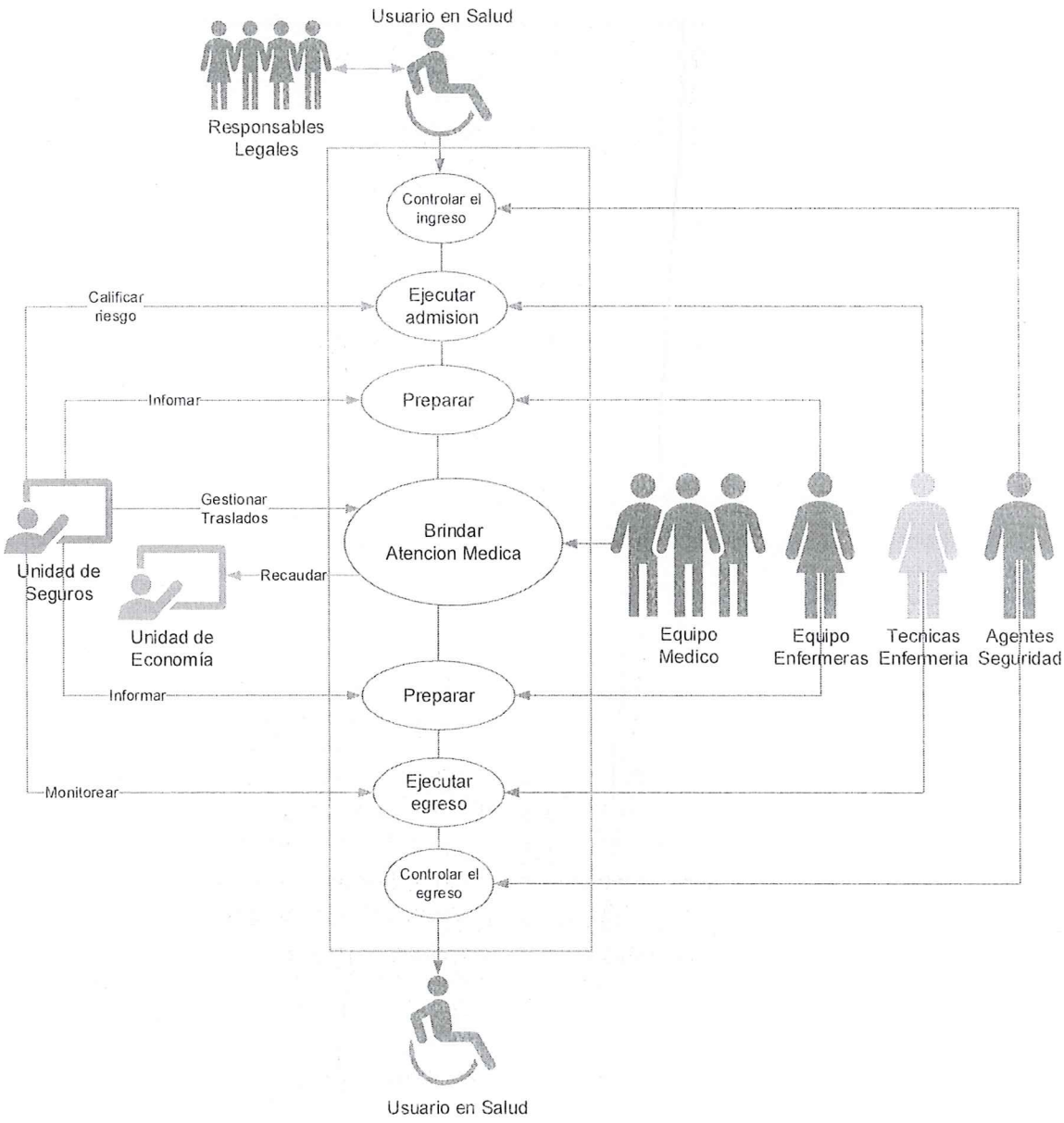
Anexo Nº 04: Formato de Declaración Jurada de Permanencia Voluntaria.

Anexo Nº 05: Formato de Solicitud de Traslado de Usuario.

Anexo Nº 06: Matriz de Seguimiento de Usuarios.

Anexo N° 01

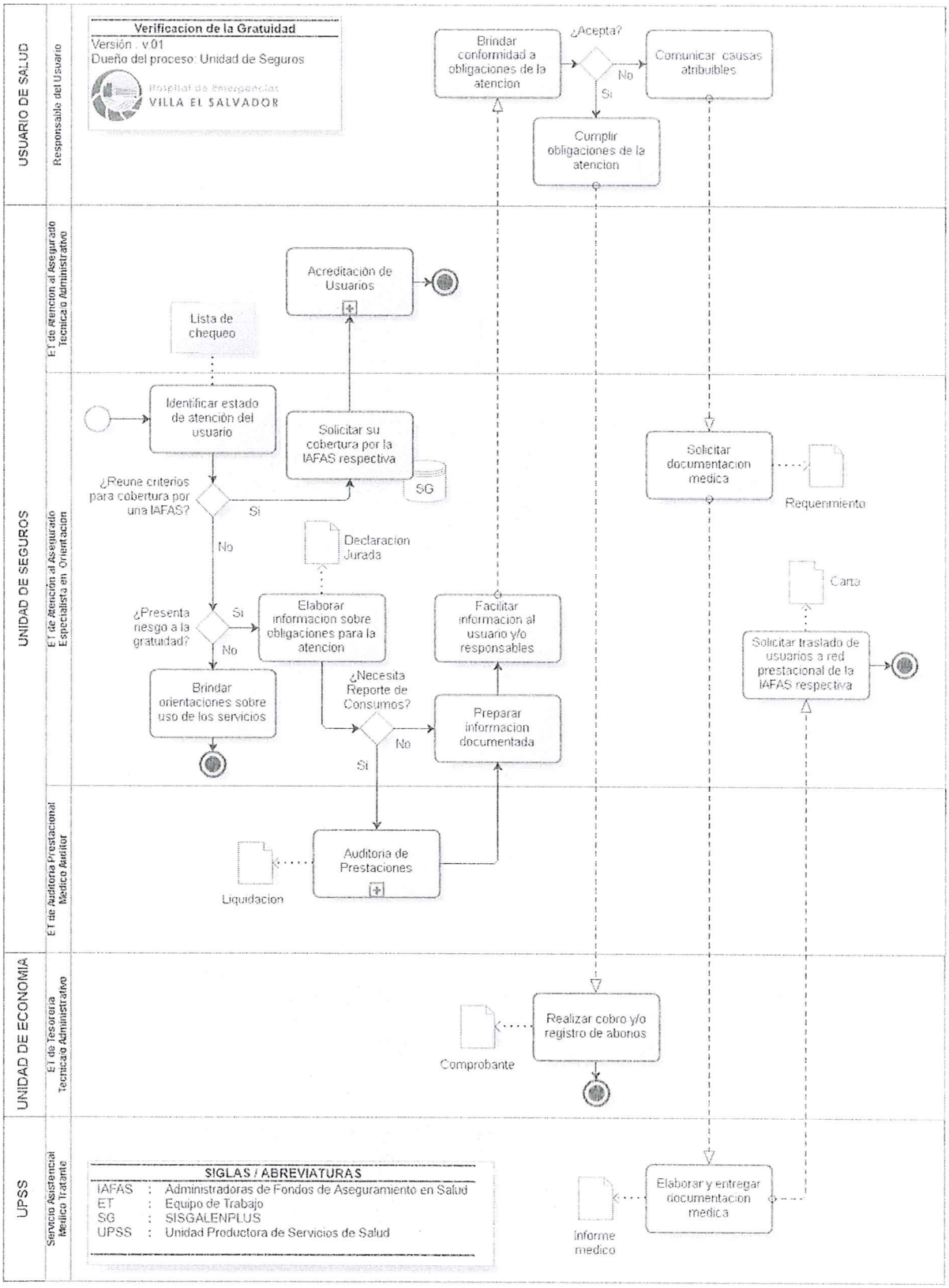
Diagrama de Casos de Usos de la Verificación de la Gratuidad (1)



(1) **Gratuidad:** Dispensación completa de los prescrito y/o realización de procedimientos conforme lo indicado durante la atención dentro del plan de beneficios otorgados por la IAFAS sin condicionamiento a pagos directos.

Anexo N° 02

Diagrama de Actividades del Procedimiento de Verificación de la Gratuidad



Anexo N° 03

Criterios de Clasificación del Riesgo.

N°	CRITERIOS	PUNTAJE				
		00	01	02	03	04
1.	Documento de identidad	Tiene documento de identidad (DNI, CE)	No tiene documento de identidad, pero puede obtener en el corto plazo (recién nacidos. otros)	No tiene documento de identidad, puede obtener en el corto plazo, pero presenta vulnerabilidad sanitaria (COVID, TB. VIH)	No tiene documento de identidad, puede obtener en el corto plazo, pero no presenta vulnerabilidad sanitaria (COVID, TB, VIH)	No tiene documento de identidad y no podrá obtener en el corto plazo (Inmigrantes, otros.)
2.	Tenencia de seguro	Tiene Seguro Integral de Salud (SIS)	Tiene seguro de salud con autorización y/o cobertura directa (SOAT/CAT)	Tiene seguro de salud con autorización y/o cobertura indirecta (convenios vigentes SALUDPOL, RIMAC, Otros)	Tiene Seguro de Salud, pero no cuenta con autorización y/o cobertura (EsSalud, SOAT/CAT, Otros)	tiene Seguro de salud, pero no tiene cobertura (IAFAS privadas. IAFAS EsSalud)
3.	Prioridad de daño al ingreso (Triaje Enfermería u Obstetricia)	Prioridad IV	Prioridad III	Prioridad II (usuaria gestante)	Prioridad II (usuaria no gestante)	Prioridad I
4.	Prioridad de daño durante la estancia (Interconsulta a UCI) [1]	No requiere	Prioridad IV	Prioridad III	Prioridad II	Prioridad I
5.	Clasificación socioeconómica	No pobre	Presenta vulnerabilidad social (empleo independiente, migrante, edad de riesgo)	Pobreza según evaluación de Servicio Social	Pobre según CSE/MIDIS	Pobreza extrema según CSE/MIDIS
6.	Vulnerabilidad Sanitaria	No pertenece a grupo vulnerable	Gestantes y Niños	Discapacidad	Adultos mayores	COVID, VIH, TB, Otros.
7.	Probabilidad de incumplimiento de obligaciones (responsables del usuario)	Presenta familiares y/o responsables legales	Presenta familiares, pero no asumen obligaciones	No presenta familiares, pero se identifican responsables legales	Presenta responsables legales, pero no asumen obligaciones	No presenta, familiares ni y/o responsables legales

Fuente: (1) Anexo 1 Criterios de priorización para el ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del Documento Técnico Consideraciones éticas para la toma de decisiones en los servicios de salud durante la pandemia Covid-19. Ministerio de Salud, 2020.

Niveles	Categorías	Rango			
1	Muy Alto	>	22	≤	28
2	Alto	>	17	≤	22
3	Medio	>	11	≤	17
4	Bajo	>	6	≤	11
5	Muy Bajo	≥	0	≤	6

Anexo N° 04

Formato de Declaración Jurada.

PERMANENCIA VOLUNTARIA

Fecha: Hora:

Paciente: _____, identificado con DNI N°_____

Representante legal: _____, identificado con DNI N°:_____

Fecha de Ingreso: _____ Servicio: _____Cama: _____

Por medio de la presente dejo constancia que he sido informado (a) en lenguaje claro y sencillo sobre mi estado actual; sin embargo, en ausencia de cobertura por mi seguro (Póliza y/o N° Contrato: .....) adquirido y/o otorgado por la IAFAS [.....], solicito permanecer voluntariamente en el Hospital de Emergencias Villa El Salvador y continuar recibiendo cuidados médicos, comprendiendo las obligaciones sobre los gastos incurridos durante mi estancia; en conformidad con las normas vigentes[1] y el consejo profesional del/la Lic._____ _____(profesional de salud), y exonerando de toda responsabilidad administrativa al HOSPITAL DE EMERGENCIAS VILLA EL SALVADOR.

_____	_____
Profesional de salud FIRMA Y SELLO	Paciente o Representante legal FIRMA

P.D. EN CASO DE INCUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES SERA INFORMADO A LA UNIDAD DE ECONOMIA.

[1] *"Luego que la persona atendida en un establecimiento de salud no presente ningún riesgo para su vida o su salud, reembolsará los gastos ocasionados por su atención,* ***siendo de su responsabilidad, de sus familiares o de sus representantes legales, decidir en qué establecimiento de salud continuará su tratamiento***". Artículo 12° del Decreto Supremo N° 016-2002-SA Reglamento de Ley N°27604 que modifica la Ley General de Salud N°26842, respecto de la obligación de los establecimientos de salud a dar atención médica en caso de emergencias y partos.

Anexo N° 05

Formato de Solicitud de Traslado de Usuario.

Villa el Salvador,

CARTA N°.....- US-OA-HEVES

Señor
M.C. [.....]
Director(a) Médico (a)
Red Prestacional IAFAS [.....]
Presente. -

ASUNTO : SOLICITO TRASLADO DE USUARIO [.....]

De mi consideración:

Tengo el agrado de dirigirme a usted para saludarlo(a) cordialmente en atención al asunto de referencia e informar que:

Con fecha...., de....., del.....; se ha identificado el ingreso por el Servicio de Emergencia y/o Hospitalización de/la usuario/a identificado con DNI N°....., quien ha recibido atención a la condición de emergencia, en cumplimiento de la normativa vigente[2]. Los datos de la atención, incluyen los siguientes:

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	N° CUENTA	N° HISTORIA CLÍNICA	SERVICIO ACTUAL

Al respecto, al ingreso del usuario, se ha notificado mediante CORREO ELECTRÓNICO N° XYZ-US-OA-HEVES/XYZ, solicitando la autorización de cobertura de la prestación y/o carta de garantía u otro documento equivalente. Así mismo, una vez superado la contingencia, se ha notificado mediante CORREO ELECTRÓNICO N° MNP- US-OA-HEVES/XYZ a la Red Prestacional adscrita para el traslado del/la usuario/a, no habiendo respuesta, ni autorización explicita de cobertura para la continuidad de la atención en nuestra institución.

En ese sentido, siendo el usuario asegurado y beneficiario de la cobertura otorgada por la IAFAS .....; corresponde solicitar el traslado del usuario/a a la red prestacional que su institución señale en respuesta a la presente.

Agradezco la atención que brinde a la presente, me despido de usted no sin antes expresar los sentimientos de mi especial consideración y estima personal.

Atentamente,

Se adjunta:
1. *CORREO N° XYZ- US-OA-HEVES/XYZ - INGRESO Y SOLICITUD DE COBERTURA DE ATENCION EN EL HEVES.*
2. *CORREO N° MNP-US-OA-HEVES/XYZ - COBERTURA PARA CONTINUIDAD DE ATENCION EN EL HEVES.*
3. *REPORTE DE GASTOS A LA FECHA DEL CORTE ADMINISTRATIVO.*
4. *INFORME MÉDICO DEL/LA USUARIO/A.*

[2] *"Luego que la persona atendida en un establecimiento de salud no presente ningún riesgo para su vida o su salud, reembolsará los gastos ocasionados por su atención, **siendo de su responsabilidad, de sus familiares o de sus representantes legales, decidir en qué establecimiento de salud continuará su tratamiento**".* Artículo 12° del Decreto Supremo N° 016-2002-SA Reglamento de Ley N°27604 que modifica la Ley General de Salud N°26842, respecto de la obligación de los establecimientos de salud a dar atención médica en caso de emergencias y partos.

Anexo N° 06

Matriz de Seguimiento de Usuarios.

VARIABLES (CÓDIGO)	CONTENIDO (FILAS)
N° (1) *correlativo autogenerado*	
Fecha de intervención (2)	
Hora de intervención (3)	
N° de documento de identidad (4)	
N° de cuenta (5)	
Sexo (6)	
Edad (7)	
Tipo de usuario (8) *modalidad de atención según la fuente de financiamiento*	
Tipo de seguro (9) *seguro que presenta el usuario*	
Calificación del riesgo (10)	
Intervención realizada (11)	
Estado (12) *identificado, cubierto, notificado, comprometido, trasladado, pendiente, en proceso*	
Nombres y apellidos profesional (13)	
Observaciones (14)	

Nota: La matriz puede ampliarse de acuerdo a la necesidad de monitore de usuarios en riesgo.

HOSPITAL DE EMERGENCIAS VILLA EL SALVADOR V°B° Dirección Ejecutiva

HOSPITAL DE EMERGENCIAS DE VILLA EL SALVADOR V°B° Unidad de Asesoría Jurídica

HOSPITAL DE EMERGENCIAS DE VILLA EL SALVADOR V°B° Of. de Planeamiento y Presupuesto

HOSPITAL DE EMERGENCIAS VILLA EL SALVADOR V°B° ADMINISTRACIÓN

Hospital de Emergencias Villa el Salvador V°B° UNIDAD DE SEGUROS