



PERÚ

Ministerio
de Salud

Despacho Ministerial

Seguro Integral de Salud

DIRECTIVA N°05-2024-SIS/GREP – V.01

DIRECTIVA QUE ESTABLECE EL PROCEDIMIENTO DE EVALUACIÓN Y REEMBOLSO DE LAS PRESTACIONES DE SALUD BRINDADAS A LOS ASEGURADOS DEL SEGURO INTEGRAL DE SALUD – SIS EN CONDICIÓN DE EMERGENCIA MÉDICA Y/O QUIRÚRGICA EN IPRESS DE ESSALUD, DE SANIDADES DE LA PNP O LAS FFAA

	RESPONSABLE	FIRMA o SELLO
Propuesto por el Órgano o Unidad Funcional:	Gerencia de Riesgos y Evaluación de las Prestaciones	 Firmado digitalmente por CARPIO MONTENEGRO Wilder Vidauro FAU 20505208626 hard Motivo: Soy el autor del documento Fecha: 10.12.2024 11:36:11 -05:00
Revisado por el órgano de:	Oficina General de Planeamiento, Presupuesto y Desarrollo Organizacional	
Revisado por el órgano de:	Oficina General de Asesoría Jurídica	
Revisado por:	Secretaría General	
Aprobado por:	Jefatura	

*Actualización autorizada con Proveído N° 003969-2024-SIS/J.

	DIRECTIVA QUE ESTABLECE EL PROCEDIMIENTO DE EVALUACIÓN Y REEMBOLSO DE LAS PRESTACIONES DE SALUD BRINDADAS A LOS ASEGURADOS DEL SEGURO INTEGRAL DE SALUD – SIS EN CONDICIÓN DE EMERGENCIA MÉDICA Y/O QUIRÚRGICA EN IPRESS DE ESSALUD, SANIDADES DE LA PNP O LAS FFAA	Resp: GREP
		Versión: 01
		Página 2 de 17

DIRECTIVA N°05-2024-SIS/GREP – V.01

I. FINALIDAD

Establecer el procedimiento de evaluación y reembolso de las prestaciones de salud de emergencia otorgadas a los asegurados del Seguro Integral de Salud (SIS) por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) de EsSalud, de Sanidades de la PNP o las FFAA, específicamente en los casos de daños calificados como emergencias médicas y/o quirúrgica de prioridad I y II.

II. OBJETIVO

Definir el procedimiento para la evaluación y reembolso de las prestaciones de salud brindadas a los asegurados del SIS en emergencia médica y/o quirúrgica atendidos por las IPRESS de EsSalud, Sanidades de la PNP o las FFAA.

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN

La presente directiva es de aplicación y cumplimiento de todos los Órganos y Unidades Funcionales del Seguro Integral de Salud.

IV. BASE LEGAL

- 4.1. Ley N° 26842, Ley General de Salud y modificatorias.
- 4.2. Ley N° 27604, Ley que modifica la Ley General de Salud N° 26842, respecto de la Obligación de los Establecimientos de Salud a dar atención médica en casos de Emergencias y Partos y modificatorias.
- 4.3. Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud y modificatorias.
- 4.4. Ley N° 31755 Ley que modifica el Decreto Legislativo N°1256, Decreto Legislativo que aprueba la Ley de prevención y eliminación de Barreras Burocráticas.
- 4.5. Decreto Legislativo N° 1163, Decreto Legislativo que Aprueba Disposiciones para el Fortalecimiento del Seguro Integral de Salud y modificatorias.
- 4.6. Decreto Legislativo N° 1346, Decreto Legislativo que establece disposiciones para optimizar los servicios que son financiados a través del Seguro Integral de Salud (SIS).
- 4.7. Decreto Supremo N° 016-2002-SA, Aprueba el Reglamento de la Ley N° 27604 - Ley que modifica la Ley General de Salud N° 26842, respecto de la obligación de los establecimientos de salud a dar atención médica en casos de emergencia y partos.
- 4.8. Decreto Supremo N° 013-2006-SA, Aprueba el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo y modificatorias.
- 4.9. Decreto Supremo N° 011-2011-SA, Aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Seguro Integral de Salud, modificado por el Decreto Supremo N° 002-2016-SA y modificatorias.
- 4.10. Decreto Supremo N° 020-2014-SA, Aprueba el Texto Único Ordenado de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud y modificatorias.
- 4.11. Decreto Supremo N° 030-2014-SA, Aprueba el Reglamento del Decreto Legislativo N° 1163 que aprueba disposiciones para el fortalecimiento del Seguro Integral de Salud y modificatorias.
- 4.12. Decreto Supremo N° 004-2019-JUS, Aprueba el Texto Único Ordenado de la Ley N° 27444 – Ley del Procedimiento Administrativo General.
- 4.13. Resolución Ministerial N° 751-2004-MINSA, Aprueba la Norma Técnica del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de los Establecimientos del Ministerio de Salud.
- 4.14. Resolución Ministerial N° 386-2006/MINSA, Aprueba la Norma Técnica de Salud de los Servicios de Emergencia.

	DIRECTIVA QUE ESTABLECE EL PROCEDIMIENTO DE EVALUACIÓN Y REEMBOLSO DE LAS PRESTACIONES DE SALUD BRINDADAS A LOS ASEGURADOS DEL SEGURO INTEGRAL DE SALUD – SIS EN CONDICIÓN DE EMERGENCIA MÉDICA Y/O QUIRÚRGICA EN IPRESS DE ESSALUD, SANIDADES DE LA PNP O LAS FFAA	Resp: GREP
		Versión: 01
		Página 3 de 17

- 4.15. Resolución Ministerial N° 695-2006/MINSA, Aprueba la "Guía Técnica: Guías de Práctica Clínica para la Atención de las Emergencias Obstétricas según Nivel de Capacitación Resolutiva y sus 10 Anexos".
- 4.16. Resolución Ministerial N° 704-2006/MINSA, Aprueba los Documentos Técnicos "Glosario de Términos en el Marco de los Lineamientos de Política Tarifaria para la Gestión de Servicios de Salud" y "Catálogo de Unidades de Productores de Servicios en los Establecimientos del Sector Salud".
- 4.17. Resolución Ministerial N° 546-2011/MINSA, Aprueba la NTS N° 021- MINSA/GSP.v03. Norma Técnica de Salud "Categorías de Establecimientos del Sector Salud".
- 4.18. Resolución Ministerial N° 076-2014/MINSA, Aprueba la "Guía Técnica para la Categorización de Establecimientos del Sector Salud".
- 4.19. Resolución Ministerial N° 214-2018/MINSA, Aprueba la NTS N° 139-MINSA/2018/DGAIN: "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica".
- 4.20. Resolución Jefatural N° 133-2019/SIS que aprueba la Política del Sistema de Gestión Antisoborno del Seguro Integral de Salud.
- 4.21. Resolución Jefatural N° 00022-2024-SIS/J, Aprueba la Directiva N° 003-2024-SIS/OGPPDO-V.01 " Directiva que regula la emisión de los documentos normativos del Seguro Integral de Salud", rectificada por Resolución Jefatural N°00029-2024-SIS/J.

V. DISPOSICIONES GENERALES

5.1. Acrónimos

AUS	: Aseguramiento Universal en Salud.
FFAA	: Fuerzas Armadas.
GMR	: Gerencia Macro Regional.
GNF	: Gerencia de Negocios y Financiamiento.
GREP	: Gerencia de Riesgos y Evaluación de las Prestaciones.
IAFAS	: Institución Administradora de Fondos de Aseguramiento en Salud.
IPRESS	: Institución Prestadora de Servicios de Salud.
OGAR	: Oficina General de Administración de Recursos.
OGPPDO	: Oficina General de Planeamiento Presupuesto y Desarrollo Organizacional.
OGAJ	: Oficina General de Asesoría Jurídica.
PNP	: Policía Nacional del Perú.
RENIPRESS	: Registro Nacional de IPRESS
SIS	: Seguro Integral de Salud
SUSALUD	: Superintendencia Nacional de Salud
UDR	: Unidad Desconcentrada Regional
URPA	: Unidad de Recuperación Post Anestésica

5.2. Definiciones operativas

5.2.1. Acreditación.

Es el procedimiento de verificación de los requisitos que debe cumplir el asegurado para tener derecho a la cobertura de salud con financiamiento de las IAFAS SIS. Para ser considerado acreditado, el asegurado debe mantener las

	DIRECTIVA QUE ESTABLECE EL PROCEDIMIENTO DE EVALUACIÓN Y REEMBOLSO DE LAS PRESTACIONES DE SALUD BRINDADAS A LOS ASEGURADOS DEL SEGURO INTEGRAL DE SALUD – SIS EN CONDICIÓN DE EMERGENCIA MÉDICA Y/O QUIRÚRGICA EN IPRESS DE ESSALUD, SANIDADES DE LA PNP O LAS FFAA	Resp: GREP
		Versión: 01
		Página 4 de 17

mismas condiciones por las que fue admitido, según el plan de seguro de salud SIS y modalidad de afiliación.

Se considera acreditada a la persona cuya afiliación se encuentra en estado activo, en el registro de afiliados al AUS administrado por SUSALUD y en la consulta en línea de la IAFAS SIS¹.

5.2.2. Afiliación activa

Es cuando la afiliación se encuentra vigente por cumplir con las condiciones establecidas en la normatividad, pudiéndose brindar prestaciones de salud de acuerdo con el plan de seguro del SIS que le corresponde al asegurado².

5.2.3. Alta médica de urgencia y/o emergencia:

Acción que da por concluida la atención del paciente estabilizado en el servicio de emergencia³.

5.2.4. Asegurado/Afiliado

Toda persona residente en el país, que esté bajo cobertura financiera de alguno de los regímenes de financiamiento a cargo del SIS⁴.

5.2.5. Daño

Compromiso del estado de la salud en grado diverso. Los daños en el servicio de emergencia se clasifican de acuerdo a la prioridad de atención:

- Prioridad I - Gravedad súbita extrema: Paciente con alteración súbita y crítica del estado de salud, en riesgo inminente de muerte y que requieren atención inmediata en sala de reanimación-shock trauma.
- Prioridad II- Urgencia Mayor: Paciente portadores de cuadro súbito, agudo con riesgo de muerte o complicaciones serias, cuya atención debe realizarse en un tiempo de espera no mayor o igual de 10 minutos desde su ingreso, serán atendidos en consultorios de emergencia⁵.

5.2.6. Emergencia médica y/o quirúrgica

Toda condición repentina o inesperada que requiere atención inmediata al poner en peligro inminente la vida, la salud o que puede dejar secuelas invalidantes en el paciente. Corresponde a pacientes con daños calificados como prioridad I y II⁶.

¹ Numeral 5.1.1, Directiva Administrativa que regula los procedimientos de afiliación al Seguro Integral de Salud. Resolución Jefatural N° 112-2020/SIS.

² Numeral 5.1.5, Directiva Administrativa que regula los procedimientos de afiliación al Seguro Integral de Salud. Resolución Jefatural N° 112-2020/SIS.

³ Adecuado del Manual de procesos y procedimientos de atención de urgencias y emergencias adultos. Resolución de Red Prestacional Rebagliati N° 918-GRPR-EsSalud-2021.

⁴ Numeral 5.1.10, Directiva Administrativa que regula los procedimientos de afiliación al Seguro Integral de Salud. Resolución Jefatural N° 112-2020/SIS.

⁵ Anexo N° 04, Norma Técnica N° 042-MINSA/DGSP-V.01- Resolución Ministerial N° 386-2006/MINSA.

⁶ Numeral 5.1, Norma Técnica N° 042-MINSA/DGSP-V.01- Resolución Ministerial N° 386-2006/MINSA.

	DIRECTIVA QUE ESTABLECE EL PROCEDIMIENTO DE EVALUACIÓN Y REEMBOLSO DE LAS PRESTACIONES DE SALUD BRINDADAS A LOS ASEGURADOS DEL SEGURO INTEGRAL DE SALUD – SIS EN CONDICIÓN DE EMERGENCIA MÉDICA Y/O QUIRÚRGICA EN IPRESS DE ESSALUD, SANIDADES DE LA PNP O LAS FFAA	Resp: GREP
		Versión: 01
		Página 5 de 17

5.2.7. Evaluación prestacional

Es el proceso que realiza el SIS para determinar la conformidad de las prestaciones de emergencia médica y/o quirúrgica prioridad I y II para efectos de pago.

5.2.8. Expediente completo

Expediente que cumple con los requisitos establecidos en la presente directiva, detallados en el Anexo N° 01.

5.2.9. Expediente incompleto

Expediente que no cumple con los requisitos establecidos detallados en el Anexo N° 01 según fecha de atención, de la presente directiva; debiendo ser devuelto por la GMR/UDR a la IPRESS para ser completado.

5.2.10. Expediente conforme

Expediente prestacional de emergencia médica y/o quirúrgica evaluado por la UDR/GMR, que cumple con los requisitos y criterios establecidos en la presente norma.

5.2.11. Expediente observado

Expediente que no supera uno o más de los estándares establecidos. Estos expedientes podrán ser subsanados si son debidamente sustentados por la IPRESS.

5.2.12. Expediente rechazado

Se refiere al expediente en el cual durante la evaluación realizada presenta alguna de las siguientes observaciones:

- Estado de la afiliación no activo del paciente durante el periodo de la atención.
- Contar con otro seguro durante el periodo de la atención.
- Condición de fallecido del paciente antes del periodo de atención.
- Atenciones clasificadas como emergencia médica y/o quirúrgica con diagnóstico de daños no clasificados como prioridad I o II según lo establecido en la norma técnica de salud de la atención de emergencia médica y/o quirúrgica vigente del Ministerio de Salud.
- Diagnósticos considerados como exclusiones a la cobertura del SIS acorde con el plan de salud del afiliado SIS.
- Cuando la IPRESS solicita la subsanación y el resultado es la observación del expediente en su totalidad.

5.2.13. Expediente subsanado

Expediente que durante la etapa de subsanación absuelve todas las observaciones realizadas en la evaluación prestacional efectuada por la GMR/UDR a la atención brindada al afiliado SIS⁷

⁷ Adecuado de la Directiva que establece el procedimiento de levantamiento de observaciones de los FUA en el proceso de evaluación automática del SIS - Resolución Jefatural N° 231-2022-SIS/J.

	DIRECTIVA QUE ESTABLECE EL PROCEDIMIENTO DE EVALUACIÓN Y REEMBOLSO DE LAS PRESTACIONES DE SALUD BRINDADAS A LOS ASEGURADOS DEL SEGURO INTEGRAL DE SALUD – SIS EN CONDICIÓN DE EMERGENCIA MÉDICA Y/O QUIRÚRGICA EN IPRESS DE ESSALUD, SANIDADES DE LA PNP O LAS FFAA	Resp: GREP
		Versión: 01
		Página 6 de 17

5.2.14. Servicio de emergencia

Es la unidad orgánica o funcional en hospitales, encargada de brindar atención médica quirúrgica de emergencia en forma oportuna y permanente durante las 24 horas del día a todas las personas cuya vida y/o salud se encuentre en situación de emergencia. De acuerdo a su nivel de complejidad pueden resolver diferentes categorías de daños⁸.

VI. DISPOSICIONES ESPECIFICAS

- 6.1. Las prestaciones a ser consideradas en el marco de la presente directiva son las atenciones de emergencia médica y/o quirúrgica prioridad I y II.
- 6.2. Para las emergencias médicas, se reconoce la atención hasta el alta médica del servicio de emergencia.
- 6.3. Para las emergencias quirúrgicas se reconoce la atención en el servicio de emergencia y la transferencia interna a sala de operaciones (incluye el acto quirúrgico y URPA)⁹.
- 6.4. **De las etapas del procedimiento para la evaluación prestacional**
 - 6.4.1. Presentación de expediente.
 - 6.4.2. Etapa de evaluación de la acreditación.
 - 6.4.3. Etapa de evaluación prestacional.

6.5. Presentación de expediente

6.5.1. A nivel de la IPRESS de EsSalud, de Sanidades de la PNP o las FFAA

La IPRESS que brindó la atención de emergencia, remite su solicitud de evaluación para la cobertura SIS, en un plazo no mayor de 30 días calendarios posterior a la fecha de alta del asegurado SIS; para lo cual, presenta el expediente de la atención de salud de emergencia a la UDR/GMR de su jurisdicción (en medio físico y/o virtual) de manera individual por cada paciente atendido, debidamente foliado, considerando los requisitos detallados en el Anexo N° 01.

6.5.2. A nivel de UDR/GMR:

El personal administrativo de la UDR/GMR revisa el expediente de solicitud de reconocimiento de prestación y el cumplimiento de los requisitos detallados en el Anexo N° 01 de la presente directiva.

Los resultados de la verificación son:

- Expediente completo.
- Expediente incompleto.

El expediente incompleto es devuelto por la UDR/GMR a la IPRESS y se le otorga el plazo de cinco (05)¹⁰ días hábiles contados a partir del día siguiente de su recepción.

⁸ Numeral 6.3, Norma Técnica N° 042-MINSA/DGSP-V.01- Resolución Ministerial N° 386-2006/MINSA

⁹ Numeral 6.3, Norma Técnica N° 042-MINSA/DGSP-V.01- Resolución Ministerial N° 386-2006/MINSA

¹⁰ Texto Único Ordenado de la Ley del Procedimiento Administrativo General, Ley N° 27444, aprobado mediante Decreto Supremo N°004-2019-JUS.

	DIRECTIVA QUE ESTABLECE EL PROCEDIMIENTO DE EVALUACIÓN Y REEMBOLSO DE LAS PRESTACIONES DE SALUD BRINDADAS A LOS ASEGURADOS DEL SEGURO INTEGRAL DE SALUD – SIS EN CONDICIÓN DE EMERGENCIA MÉDICA Y/O QUIRÚRGICA EN IPRESS DE ESSALUD, SANIDADES DE LA PNP O LAS FFAA	Resp: GREP
		Versión: 01
		Página 7 de 17

De no superar esta etapa, la UDR/GMR elabora un informe técnico y devuelve el expediente a la IPRESS mediante oficio.

6.6. Etapa de evaluación de la acreditación

- 6.6.1. El área de atención al asegurado de la UDR/GMR, realiza la verificación del estado de afiliación durante el momento de la atención, según lo señalado a continuación:
- Estado de afiliación (activo/no activo) durante el periodo de la atención.
 - Condición de contar con otro seguro (si/no) durante el periodo de atención.
 - Condición de fallecido (si/no) durante el periodo de atención (fecha de fallecimiento, de corresponder).
- 6.6.2. El área de atención al asegurado de la UDR/GMR emite un reporte al área de supervisión prestacional de la UDR/GMR con el resultado de la verificación de la acreditación.
- 6.6.3. De no superar esta etapa, la UDR/GMR elabora un informe técnico y remite el expediente a la IPRESS mediante oficio, indicándole que no corresponde su solicitud.

6.7. Etapa de evaluación prestacional

- 6.7.1. El área de evaluación prestacional de la UDR/GMR realiza la evaluación prestacional a los expedientes completos y que hayan superado la etapa de acreditación:
- 6.7.1.1 La evaluación prestacional consiste en la aplicación de los criterios detallados en el Anexo N° 02 de la presente directiva.
 - 6.7.1.2 Culminada la evaluación prestacional, la UDR/GMR emite informe considerando el siguiente resultado:
 - Expediente conforme.
 - Expediente observado.
 - Expediente rechazado.
 - 6.7.1.3 Expediente conforme: Se remite informe técnico de conformidad prestacional a la GNF para continuar con el procedimiento de reembolso.
 - 6.7.1.4 Expediente observado: Se remite el informe técnico con las observaciones a la IPRESS, para su evaluación y envío de la subsanación de observaciones a corresponder.
 - 6.7.1.5 Expediente rechazado: Se remite el informe técnico a la IPRESS mediante oficio.
 - 6.7.1.6 El informe técnico de la UDR/GMR debe contemplar como mínimo en su contenido lo establecido en el Anexo N° 03.

6.8. Etapa de Subsanación

- 6.8.1. Culminada la etapa de evaluación prestacional la UDR/GMR remite a la IPRESS un informe técnico con las observaciones advertidas.

	DIRECTIVA QUE ESTABLECE EL PROCEDIMIENTO DE EVALUACIÓN Y REEMBOLSO DE LAS PRESTACIONES DE SALUD BRINDADAS A LOS ASEGURADOS DEL SEGURO INTEGRAL DE SALUD – SIS EN CONDICIÓN DE EMERGENCIA MÉDICA Y/O QUIRÚRGICA EN IPRESS DE ESSALUD, SANIDADES DE LA PNP O LAS FFAA	Resp: GREP
		Versión: 01
		Página 8 de 17

- 6.8.2. La IPRESS en un plazo máximo de quince (15) días hábiles, remite a la UDR/GMR, la subsanación de las observaciones.
- 6.8.3. La UDR/GMR evalúa el expediente subsanado. En caso no cumplir con la subsanación de observaciones, el expediente será rechazado.
- 6.8.4. Culminada la evaluación prestacional de la subsanación, la UDR/GMR emite informe técnico con el siguiente resultado:
- Expediente subsanado.
 - Expediente rechazado.
- 6.8.5. Expediente subsanado: Se remite el informe técnico de conformidad prestacional a la GNF para continuar con el procedimiento que corresponda.

6.9. De la remisión del expediente de reembolso a la GNF

- 6.9.1. Los expedientes conformes y subsanados, deben ser evaluados por el supervisor financiero de la UDR para su remisión a la GMR, quienes remitirán el informe de evaluación a la GNF. El expediente de reembolso debe contener:
- a) Informe de la evaluación prestacional de las prestaciones de emergencia médica y/o quirúrgica.
 - b) Informe de evaluación financiera emitido por la UDR/GMR, incluyendo el siguiente cuadro:

CUADRO RESUMEN						
Nombre de la IPRESS:						
RENIPRESS:				RUC:		
N°	Nombre y Apellidos del Asegurados SIS	N° Afiliación	CIE-10	Descripción del Diagnostico	Tipo de Diagnostico	Monto a pagar

- 6.9.2. Una vez recibido el expediente de reembolso, el órgano encargado mediante documento, solicita a OGPPDO la aprobación de la Certificación de Crédito Presupuestal. La OGPPDO, previa evaluación, aprueba y deriva el expediente a la OGAR.

6.10. Del trámite del expediente de reembolso hacia la OGAR

- 6.10.1. La OGAR recibe de la GNF el expediente de reembolso de prestación de salud y procede con la elaboración, suscripción y publicación de la resolución administrativa que aprueba el reembolso
- 6.10.2. Con la resolución administrativa aprobada, La Unidad Funcional de Contabilidad realiza el control previo del expediente de reembolso, el cual debe contener los documentos sustentatorios que acrediten el registro de la fase del devengado.
- 6.10.3. La Unidad Funcional de Contabilidad, Registra la fase de compromiso y devengado del expediente de reembolso en la plataforma del SIAF-Landing (SIAF WEB) y Con el registro Devengado Aprobado La Unidad Funcional de

	DIRECTIVA QUE ESTABLECE EL PROCEDIMIENTO DE EVALUACIÓN Y REEMBOLSO DE LAS PRESTACIONES DE SALUD BRINDADAS A LOS ASEGURADOS DEL SEGURO INTEGRAL DE SALUD – SIS EN CONDICIÓN DE EMERGENCIA MÉDICA Y/O QUIRÚRGICA EN IPRESS DE ESSALUD, SANIDADES DE LA PNP O LAS FFAA	Resp: GREP
		Versión: 01
		Página 9 de 17

Contabilidad, remite el expediente de reembolso a la Unidad Funcional de Tesorería.

6.10.4. La Unidad Funcional de Tesorería, revisa los documentos sustentatorios y procede ejecutar la fase del girado.

VII. RESPONSABLES

- 7.1. La UDRs/GMRs son responsables de la evaluación prestacional de las atenciones brindadas a los afiliados SIS por las IPRESS de EsSalud, Sanidades de la PNP o las FFAA, en condición de emergencia médica y/o quirúrgica, clasificados como prioridad I ó II. La GMR podrá realizar evaluación prestacional en casos sustentados en los que la UDR no pueda ejecutar dicha función.
- 7.2. Las GMRs son responsables del monitoreo y supervisión de los expedientes evaluados por la UDR, y del cumplimiento de las disposiciones de la presente directiva en el ámbito de su jurisdicción.
- 7.3. Los órganos competentes del SIS son responsables de la asistencia técnica para la implementación de las disposiciones de la presente directiva.

VIII. DISPOSICIONES FINALES

- 8.1. Los aspectos no contemplados en la presente directiva, así como las disposiciones complementarias para su aplicación serán dispuestos por los órganos competentes del SIS mediante documento formal, acorde a sus competencias establecidas en el ROF vigente.
- 8.2. Las disposiciones de la presente directiva se aplican a las solicitudes de reembolso en trámite presentadas por las IPRESS de EsSalud, de Sanidades de la PNP o las FFAA.
- 8.3. Para las solicitudes realizadas por las IPRESS anteriores a la publicación de la presente directiva, no será exigible el plazo máximo de 30 días calendarios a partir del alta médica de emergencia, conforme lo establece el anexo N°01.

	DIRECTIVA QUE ESTABLECE EL PROCEDIMIENTO DE EVALUACIÓN Y REEMBOLSO DE LAS PRESTACIONES DE SALUD BRINDADAS A LOS ASEGURADOS DEL SEGURO INTEGRAL DE SALUD – SIS EN CONDICIÓN DE EMERGENCIA MÉDICA Y/O QUIRÚRGICA EN IPRESS DE ESSALUD, SANIDADES DE LA PNP O LAS FFAA	Resp: GREP
		Versión: 01
		Página 10 de 17

IX. ANEXOS

Anexo N° 01: Requisitos del expediente de solicitud de reembolso presentado por la IPRESS de EsSalud, Sanidades de la PNP o las FFAA.

Anexo N° 02: Evaluación prestacional

- Criterios de aplicación obligatoria.
- Criterios de observación.

Anexo N° 03: Modelo de informe de resultados de evaluación prestacional.

Anexo N°04: Flujograma del proceso de evaluación de las prestaciones realizadas por emergencia médica y/o quirúrgica en IPRESS de EsSalud, Sanidades de la PNP o las FFAA.

Anexo N° 05: Flujograma del proceso de subsanación de las prestaciones realizadas por emergencia médica y/o quirúrgica en IPRESS de EsSalud, Sanidades de la PNP o las FFAA.

	DIRECTIVA QUE ESTABLECE EL PROCEDIMIENTO DE EVALUACIÓN Y REEMBOLSO DE LAS PRESTACIONES DE SALUD BRINDADAS A LOS ASEGURADOS DEL SEGURO INTEGRAL DE SALUD – SIS EN CONDICIÓN DE EMERGENCIA MÉDICA Y/O QUIRÚRGICA EN IPRESS DE ESSALUD, SANIDADES DE LA PNP O LAS FFAA	Resp: GREP
		Versión: 01
		Página 11 de 17

ANEXO N° 01

REQUISITOS DEL EXPEDIENTE PRESENTADO POR LA IPRESS DE ESSALUD, DE SANIDADES DE LA PNP O LAS FFAA (Requisitos de cumplimiento obligatorio)

Nombre completo del afiliado (a):					
DNI o CE:		Edad:		Sexo:	
Fecha de ingreso:		Fecha de alta:			
REQUISITO 1					
Solicitud de reembolso por parte de la IPRESS de EsSalud, Sanidades de la PNP o las FFAA en un plazo no mayor de 30 días calendarios contados a partir de la alta médica de emergencia. Este plazo no es aplicable para las solicitudes realizadas antes de la vigencia de esta norma.					
REQUISITO 2					
Paciente con afiliación activa al SIS en el momento de su atención. N° afiliación: Fecha de afiliación:					
REQUISITO 3					
Copia legible de la pre liquidación de la IPRESS de EsSalud, Sanidades de la PNP o las FFAA, conteniendo el detalle de los consumos por día de la atención y consolidados, utilizados para la atención del paciente afiliado al SIS (productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios, así como procedimientos tanto diagnósticos como terapéuticos, que esté en concordancia con la historia clínica).					
REQUISITO 4					
Copia legible de la historia clínica de la atención de emergencia, conforme a lo establecido en la normativa vigente.					

Resultado marcar con X

Expediente completo

Expediente incompleto

Firma y sello del verificador

	DIRECTIVA QUE ESTABLECE EL PROCEDIMIENTO DE EVALUACIÓN Y REEMBOLSO DE LAS PRESTACIONES DE SALUD BRINDADAS A LOS ASEGURADOS DEL SEGURO INTEGRAL DE SALUD – SIS EN CONDICIÓN DE EMERGENCIA MÉDICA Y/O QUIRÚRGICA EN IPRESS DE ESSALUD, SANIDADES DE LA PNP O LAS FFAA	Resp: GREP
		Versión: 01
		Página 12 de 17

ANEXO N° 02

EVALUACIÓN PRESTACIONAL

CRITERIOS DE APLICACIÓN OBLIGATORIA

CRITERIO UNO (01)*	CRITERIO APLICADO (MARCA LA ALTERNATIVA QUE CORRESPONDE)
<p>Formato de emergencia con registro de daños clasificados como prioridad I ó II según lo establecido en la Norma Técnica de Salud de la atención de emergencia vigente del Ministerio de Salud.</p> <p>Sustentado por:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Coherencia, congruencia, concordancia entre, anamnesis, examen clínico, diagnóstico y plan de trabajo, procedimientos y tratamiento (terapéutica). • La anamnesis con relato cronológico claro, consigna característica de los signos, síntomas y eventos relacionados con los motivos de atención por emergencia. • Los diagnósticos, se registran presuntivos y/o definitivos concordantes con la anamnesis y el examen clínico. • Se prescribe el tratamiento concordante con los diagnósticos presuntivos y/o definitivos adecuadamente planteados (se observa que haya sido prescrito y no administrado). • Evolución: se considera según el diagnóstico, según evolución de signos y síntomas, según el cumplimiento de la prescripción terapéutica en concordancia con la evolución y/o interurrencias del caso. • Firma y sello del profesional responsable en los formatos de la historia clínica, se observarán (según corresponda). <p>Referencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Resolución Ministerial N° 386-2006/MINSA que aprueba la NT N°042-MINSA/DGSP-V.01 Norma Técnica de Salud de los Servicios de Emergencia. 	<p>La lista de daños que motivaron su ingreso a la IPRESS de EsSalud, Sanidades de la PNP o las FFAA fueron catalogados como una patología o daño denominado Prioridad I o II según normativa vigente.</p> <p style="text-align: center;">() Si () No</p>
CRITERIO DOS (02)	CRITERIO APLICADO (MARCA LA ALTERNATIVA QUE CORRESPONDE)
<p>La atención inició en el servicio de emergencia de la IPRESS y fue realizado por médico con especialidad, según nivel de atención. La emergencia es considerada como prioridad I o II. El Diagnóstico que motivo la emergencia es considerada prioridad I o II.</p> <p>Referencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Resolución Ministerial N° 386-2006/MINSA que aprueba la NT N°042-MINSA/DGSP-V.01 Norma Técnica de Salud de los Servicios de Emergencia. 	<p>El afiliado SIS es atendido por médico especialista (ME) en el Servicio de Emergencia de IPRESS de nivel II y III</p> <p>() Si es atendido por médico especialista</p> <p>() No es atendido por médico especialista</p>
CRITERIO TRES (03)	CRITERIO APLICADO (MARCA LA ALTERNATIVA QUE CORRESPONDE)
<p>Solo se consideran pacientes que ingresan por el Servicio de Emergencia.</p>	<p>() Si la atención inicia en Emergencia</p> <p>() No la atención no inicia en Emergencia</p>

*Criterios de Rechazo de la Prestación

	DIRECTIVA QUE ESTABLECE EL PROCEDIMIENTO DE EVALUACIÓN Y REEMBOLSO DE LAS PRESTACIONES DE SALUD BRINDADAS A LOS ASEGURADOS DEL SEGURO INTEGRAL DE SALUD – SIS EN CONDICIÓN DE EMERGENCIA MÉDICA Y/O QUIRÚRGICA EN IPRESS DE ESSALUD, SANIDADES DE LA PNP O LAS FFAA	Resp: GREP
		Versión: 01
		Página 13 de 17

CRITERIOS DE OBSERVACIÓN

Criterios	EVALUACIÓN
1.1. Formato con registro legible, con firma y sello de acuerdo a la normatividad vigente. ¹¹	Registrar en este espacio que numeral (es) de ÍTEM no cumple para dar resultado observado (detallando según corresponda)
1.2. En casos de intervenciones quirúrgicas o procedimientos invasivos, los documentos como reporte operatorio y/o hojas de evaluación anestésica y/o consentimientos informados no se encuentren firmados por el profesional responsable o que este incompleto el registro, se observará todo el procedimiento médico quirúrgico.	
1.3. En caso de anatomía patológica se deberá revisar que se haya tomado la muestra y se cuente con el resultado, firmado por médico con su registro de especialidad, según el nivel de complejidad de la IPRESS y debe tener descripción microscópica y macroscópica, de no evidenciarse, no se considera.	
1.4. No se evidencia evaluación en la URPA por el médico anesthesiólogo, en el caso de cirugías.	
1.5. Se observa la repetición de estudios por imágenes que no sean conducentes para diagnóstico/ tratamiento o los realizados en el mismo día.	
1.6. Solicitud de exámenes de apoyo al diagnóstico de acuerdo a la evolución o a interurrencias del caso.	
1.7. Referencia y/o interconsulta de acuerdo a la evolución o a interurrencias del caso.	
Referencia: <ul style="list-style-type: none"> • Ley N° 27604, Ley 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 emergencia y partos. • NT 022-MINSA/DGSP-V.02, Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica, aprobado con Resolución Ministerial N° 078-2016/MINSA. • NTS 139-MINSA/2018/DGAIN, Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica, aprobado con Resolución Ministerial N° 214-2018/MINSA. • Guía Técnica de Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía, aprobado con Resolución Ministerial N° 1021-2010/MINSA. 	

2. Concordancia entre la historia clínica, y la pre liquidación		Registrar en este espacio que numeral (es) de ÍTEM No cumple para dar resultado observado. Detallar los procedimientos, Productos farmacéuticas, dispositivos médicos y productos sanitarios observados con sus respectivas cantidades
2.1. La cantidad de procedimientos, exámenes de apoyo al diagnóstico y/o terapéutica prescritos en la historia clínica no concuerdan con la pre liquidación		
2.2. La cantidad de productos farmacéuticas, dispositivos médicos y productos sanitarios prescritos en la historia clínica no concuerdan con la pre liquidación		

***Los criterios de evaluación deben ser utilizados conforme a la prestación que se debe evaluar y en base a la normatividad vigente; por lo que no todos los criterios pueden ser utilizados.**

¹¹ NTS 139-MINSA/2018/DGAIN, Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica, aprobado con Resolución Ministerial N° 214-2018/MINSA

	DIRECTIVA QUE ESTABLECE EL PROCEDIMIENTO DE EVALUACIÓN Y REEMBOLSO DE LAS PRESTACIONES DE SALUD BRINDADAS A LOS ASEGURADOS DEL SEGURO INTEGRAL DE SALUD – SIS EN CONDICIÓN DE EMERGENCIA MÉDICA Y/O QUIRÚRGICA EN IPRESS DE ESSALUD, SANIDADES DE LA PNP O LAS FFAA	Resp: GREP
		Versión: 01
		Página 14 de 17

ANEXO N° 03

MODELO DE INFORME DE RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN PRESTACIONAL

INFORME N° -20XX/SIS/UDR

A : XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
Director UDR

ASUNTO : Resultado del proceso de evaluación de expedientes de atenciones emergencia brindada a afiliado SIS en la (Nombre de IPRESS de EsSalud, Sanidades de la PNP o las FFAA)

REFERENCIA : N° de oficio de solicitud de reconocimiento de la IPRESS pública

FECHA :

I. ANTECEDENTES

- 1.1 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.
- 1.2 Decreto Supremo N° 016-2002-SA, que aprueba el reglamento de la 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.
- 1.3 Resolución Ministerial N° 386-2006/MINSA, que aprueba la NTS N° 042-MINSAIDGSP-. V.01: "Norma Técnica de Salud de los Servicios de Emergencia.
- 1.4 Resolución Ministerial N° 214-2018/MINSA, que aprueba la NTS N° 139- MINSA/2018/DGAIN: "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica".
- 1.5 Otros que considere pertinente.

II. ANÁLISIS

- 2.1 Se especificará que la evaluación se realiza en cumplimiento de la normatividad vigente.
- 2.2 Se consignará el desarrollo del trabajo realizado, incluyendo el análisis de los resultados de la evaluación y del cumplimiento/incumplimiento de los criterios evaluados.
- 2.3 Describir el sustento de las observaciones realizadas, de corresponder, incluir el Cuadro resumen con los diagnósticos (descrito líneas abajo) y el detalle correspondiente*.

CUADRO RESUMEN					
Nombre de la IPRESS:					
RENIPRESS:			RUC:		
N°	Nombre y Apellidos del Afiliado SIS	N° A filiación	CIE-10	Descripción del Diagnóstico	Tipo de Diagnóstico (Prioridad I o II)

	DIRECTIVA QUE ESTABLECE EL PROCEDIMIENTO DE EVALUACIÓN Y REEMBOLSO DE LAS PRESTACIONES DE SALUD BRINDADAS A LOS ASEGURADOS DEL SEGURO INTEGRAL DE SALUD – SIS EN CONDICIÓN DE EMERGENCIA MÉDICA Y/O QUIRÚRGICA EN IPRESS DE ESSALUD, SANIDADES DE LA PNP O LAS FFAA	Resp: GREP
		Versión: 01
		Página 15 de 17

2.4 Se debe adjuntar la pre liquidación remitida por la IPRESS de EsSalud, Sanidades de la PNP o las FFAA indicando los insumos y procedimientos aprobados y su cantidad.

2.5 Otros que el supervisor o equipo supervisor haya determinado.

III. CONCLUSIONES

3.1 Debe contener el resultado final de evaluación. Precisando si cumple con los criterios de evaluación prestacional.

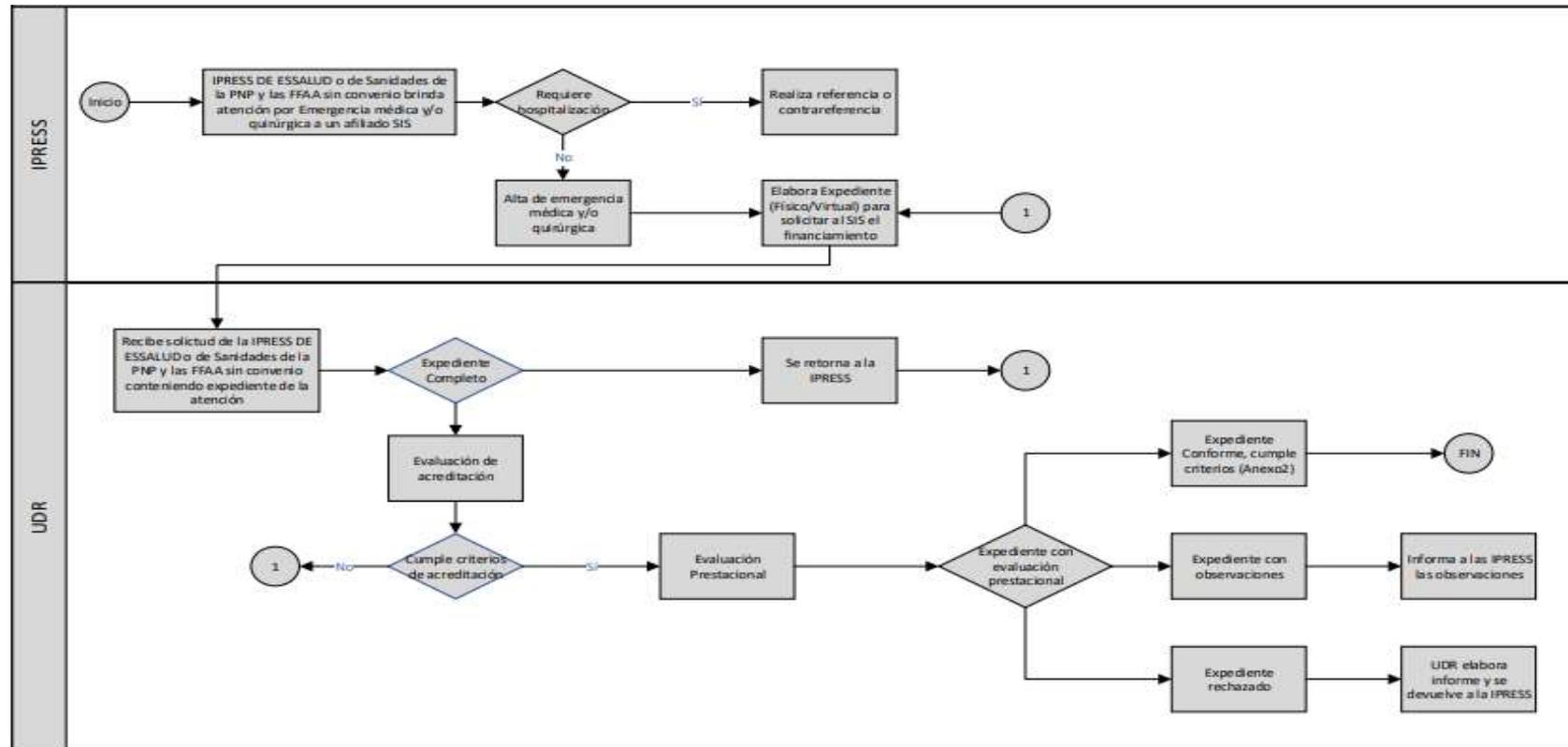
IV. RECOMENDACIONES

4.1 De ser pertinente se consignarán las acciones que debería tomar su inmediato superior, de acuerdo a los resultados obtenidos, con la finalidad de garantizar la correcta operatividad de los procesos del SIS.



ANEXO N° 04

Flujograma del proceso de evaluación de las prestaciones de Emergencia médica o quirúrgica en IPRES de ESSALUD, SANIDADES de la PNP o las FFAA.





ANEXO N° 05

Flujograma del proceso de subsanación de las prestaciones de Emergencia médica o quirúrgica en IPRRES de ESSALUD, SANIDADES de la PNP o las FFAA

