MINISTERIO DE SALUD
DIRECCIÓN DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA CENTRO

Nº 053 -2020-DG-DIRIS-LC

Resolución Directoral

Lima, 29 de enero de 2020

VISTO:

El Expediente (Hoja de Trámite Nº 201954927), que contiene: 1) El Informe Técnico Nº 074-2019-OS-DIRIS-LC de fecha 12 de diciembre de 2019, 2) La Nota Informativa Nº 3615-2019-DEMGS-371-OS-DIRIS-LC de fecha 13 de diciembre de 2019, 3) El Informe Nº 100-2019-UFM-OPyM-DIRIS-LC de fecha 26 de diciembre de 2019, 4) La Nota Informativa Nº 179-2019-OPyM/DIRIS LIMA CENTRO de fecha 30 de diciembre de 2019, y 5) El Informe Legal Nº 012-2020-OAJ-DIRIS-LC de fecha 13 de enero de 2020, y;

CONSIDERANDO:

Que, mediante Resolución Ministerial Nº 850-2016/MINSA se aprueba el documento denominado "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud" que tiene por finalidad fortalecer la rectoria sectorial del Ministerio de Salud ordenando la producción normativa de la función de regulación que cumple como Autoridad Nacional de Salud a través de sus Direcciones u Oficinas Generales. Asimismo, tiene como objetivo general establecer las disposiciones relacionadas con los procesos de formulación, aprobación modificación y difusión de los Documentos Normativos que expide el Ministerio de Salud

Que, con Resolución Ministerial Nº 467-2017/MINSA se aprueba el Manual de Operaciones de las Direcciones de Redes Integradas de Salud de Lima Metropolitana, el cual conforme al articulo 13 establece que la Dirección de Monitoreo y Gestión Sanitaria es el órgano encargado de realizar las actividades relacionadas a la Salud Pública, Intervenciones Sanitarias, Prestaciones, Emergencias y Desastres y Docencia e Investigación, en coordinacion con la Dirección General de Operaciones en Salud y la Alta Dirección del Ministerio de Salud;

Que, mediante Resolución Directoral Nº 396-DG-DIRIS-LC-2018, que aprueba provisionalmente la Organización y Funciones de las Direcciones y Oficinas de la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Centro, se dispone conforme al literal j) y k) del punto 7 del acápite VI. Dirección de Monitoreo y Gestión Sanitaria, que la Oficina de Seguros de Salud tiene como función promover la mejora del sistema de procesamiento de datos del recupero financiero en el ámbito de la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Centro; así también, monitorizar y supervisar el control de la calidad de la información correspondiente a las diferentes fuentes de recupero financiero, producción preliminar y valorizada de los diferentes puntos de digitación que se encuentran en los establecimientos del ámbito jurisdiccional de la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Centro;

Que, con Resolución Ministerial Nº 214-2018/MINSA se aprueba la NTS Nº 139-MINSA/2018/DGAIN: "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica" que tiene como objetivo establecer los procedimientos técnicos y administrativos para el manejo, conservación y eliminación de las Historias Clínicas, en las Instituciones Prestadoras de los Servicios de Salud, así como, establecer el manejo estandarizado del contenido básico a ser registrado en la Historia Clínica, en relación con el conjunto de prestaciones que se oferta y recibe el usuario de salud;

respetando los aspectos legales y administrativos del proceso de atención de salud, en correspondencia con el actual contexto sanitario, y de desarrollo de las tecnologías de la información y comunicación en el ámbito de la salud.

Que, mediante Resolución Jefatural Nº 107-2015/SIS se aprueba la Directiva Administrativa Nº 001-2015-SIS/GREP–V 01 "Directiva Administrativa sobre el llenado del Formato Único de Atención (FUA) en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) Públicas, Privadas o Mixtas en el Marco de los Convenios o Contratos aprobados por el Seguro Integral de Salud (SIS)" que tiene como finalidad mejorar el registro de atenciones realizadas a los asegurados y no asegurados al Seguro Integral de Salud (SIS) en el Formato Único de Atención (FUA), de tal modo, que el mismo se realice de acuerdo a las normas y procedimientos establecidos por la Institución, con arreglo a la normatividad vigente. Asimismo, tiene como objetivo general establecer las pautas para el correcto llenado de los Formatos Únicos de Atención, considerando las precisiones para el registro y almacenamiento de estos.

Que, con Resolución Jefatural Nº 241-2015/SIS se aprueba la Directiva Administrativa Nº 002-2015-SIS/GREP – V 01 "Directiva Administrativa que regula el proceso de evaluación automática de las prestaciones del Seguro Integral de Salud" que tiene por finalidad contribuir con el adecuado control de las prestaciones brindadas a los asegurados del Seguro Integral de Salud de acuerdo a los estándares normativos establecidos para el Sector Salud. Asimismo, tiene como objetivo general definir el proceso de evaluación automática de las prestaciones del Seguro Integral de Salud.

Que, de la revisión de los documentos que obran en el expediente, se verifica que mediante documento del Visto 2) la Dirección de Monitoreo y Gestión Sanitaria traslada el documento del Visto 1) a través del cual la Oficina de Seguros ha propuesto la aprobación del proyecto de Directiva Administrativa Nº 001-DIRIS-LC/2020/DEMGS-OS-V 01 "Procedimientos para establecer el proceso de control prestacional preventivo en las atenciones realizadas a los asegurados al Seguro Integral de Salud en los Establecimientos de Salud de la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Centro", en adelante **"Proyecto de la Directiva Administrativa"**, y precisa que a través de la presente directiva administrativa se busca crear herramientas que permita al prestador fortalecer el conocimiento sobre el correcto registro del Formato Único de Atención, salvaguardando el recupero financiero por las atenciones realizadas en el marco del convenio firmado entre el SIS, FISSAL y la DIRIS Lima Centro, así como, establecer el Proceso de Control Prestacional Preventivo que permita el reconocimiento financiero de las prestaciones de salud asistenciales, brindadas al paciente afiliado al Seguro Integral de Salud (SIS) en el marco de la normativa vigente.

Que, posteriormente, con documento del Visto 4) el Jefe de la Oficina de Planeamiento y Modernización traslada el documento del Visto 3), emitida por la Unidad Funcional de Modernización mediante el cual se otorga opinión técnica favorable al Proyecto de la Directiva Administrativa, precisando que esta cumple con la estructura establecida por la Resolución Ministerial Nº 850-2016/MINSA, que aprueba el documento denominado "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud", el cual es de observancia obligatoria para las Direcciones Generales, Oficinas Generales, Órganos Desconcentrados y Organismos Públicos del Ministerio de Salud.

MINISTERIO DE SALUD
DIRECCIÓN DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA CENTRO

Nº 053 -2020-DG-DIRIS-LC

Resolución Directoral

Que, mediante Hoja de Trámite, de fecha 7 de enero de 2020, el Director Ejecutivo de la Dirección Administrativa eleva el Proyecto de la Directiva Administrativa, y solicita que se continúe con el trámite correspondiente para su formalización;

Que, finalmente, cabe señalar que la presente Directiva Administrativa tiene por finalidad contribuir al adecuado control de las prestaciones preventivas, recuperativas y de rehabilitación brindadas a los afiliados al Seguro Integral de Salud (SIS) en el marco del cumplimiento de las normas técnicas y procesos de control prestacional vigentes, enfocándose en la recuperación financiera de lo invertido en la atención del asegurado al SIS; y, por objetivo establecer y estandarizar los procesos de control prestacional preventivo para lograr el correcto registro del Formato Único de Atención FUA en concordancia con la Historia Clínica, y de esta manera, se garantice el recupero financiero de las prestaciones realizadas en los establecimientos de la jurisdicción de la DIRIS-LC, en observancia a la normatividad vigente del SIS. Asimismo, lograr un reconocimiento completo de las prestaciones brindadas, evitando pérdidas económicas toda vez que el SIS tiene establecido el Proceso de Control Presencial Posterior (PCPP), con el cual realiza control posterior a las prestaciones realizadas en un determinado periodo;

Que, según lo expuesto y de acuerdo a lo señalado en el documento del Visto 5), corresponde aprobar mediante acto resolutivo la Directiva Administrativa Nº 001-DIRIS-LC/2020/DEMGS-OS-V.01 "Procedimientos para establecer el proceso de control prestacional preventivo en las atenciones realizadas a los asegurados al Seguro Integral de Salud en los Establecimientos de Salud de la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Centro";

Con el visto de la Oficina de Seguros, de la Dirección de Monitoreo y Gestión Sanitaria, de la Oficina de Planeamiento y Modernización, de la Dirección Administrativa, y de la Oficina de Asesoría Jurídica de la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Centro;

Estando a lo dispuesto por la Resolución Ministerial Nº 850-2016/MINSA, el TUO de la Ley Nº 27444 – Ley del Procedimiento Administrativo General, aprobado por Decreto Supremo Nº 004-2019-JUS, de la Resolución Ministerial Nº 214-2018/MINSA, se aprueba la NTS Nº 139-MINSA/2018/DGAIN: "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica", de la Resolución Jefatural Nº 107-2015/SIS que aprueba la Directiva Administrativa Nº 001-2015-SIS/GREP–V.01 "Directiva Administrativa sobre el llenado del Formato Único de Atención (FUA) en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) Públicas, Privadas o Mixtas en el Marco de los Convenios o Contratos aprobados por el Seguro Integral de Salud (SIS)", de la Resolución Jefatural Nº 241-2015/SIS se aprueba la Directiva Administrativa Nº 002-2015-SIS/GREP – V.01 "Directiva Administrativa que regula el proceso de evaluación automática de las prestaciones del Seguro Integral de Salud", el Convenio entre el Seguro Integral de Salud – SIS, Fondo Intangible Solidario de Salud – FISSAL y la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Centro para el financiamiento de las prestaciones brindadas a sus asegurados, y;

De conformidad con las funciones establecidas por el literal e) del artículo 8 del Manual de Operaciones de las Direcciones de Redes Integradas de Salud, aprobado mediante la Resolución Ministerial Nº 467-2017/MINSA; y, a las facultades conferidas mediante Resolución Ministerial Nº 1036-2018/MINSA;

SE RESUELVE:

Artículo 1.- Aprobar la Directiva Administrativa Nº 001-DIRIS-LC/2020/DEMGS-OS-V.01 "Procedimientos para establecer el proceso de control prestacional preventivo en las atenciones realizadas a los asegurados al Seguro Integral de Salud en los Establecimientos de Salud de la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Centro", que consta de ocho (8) folios, y que en documento adjunto forma parte integrante de la presente resolución.

Artículo 2.- Encargar a la Oficina de Seguros la implementación, ejecución, seguimiento y monitoreo de la Directiva aprobada.

Artículo 3.- Comunicar la presente resolución a la Dirección General de Operaciones en Salud (DGOS) para su conocimiento.

Artículo 4.- Notificar la presente resolución a las instancias administrativas correspondientes, para su cumplimiento conforme a ley.

Artículo 5.- Disponer la difusión de la presente resolución en el portal web de la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Centro.

Regístrese, comuníquese, publíquese.

MC ALFREDO R. CENTURION VARGAS
Director General
M P 41193 AD2514

ARCV/CAFM/jlcg
- *Dirección Administrativa*
- *Oficina de Planeamiento y Modernización*
- *Dirección de Monitoreo y Gestión Sanitaria*
- *Oficina de Seguros*
- *Oficina de Asesoría Jurídica*
- *Archivo*

PERU Ministerio de Salud Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Centro
Es Copia Fiel del Original
02 MAR. 2020
Luz Gloria Naterns Porras
FEDATARIO
Reg. N°. 014

MINISTERIO DE SALUD DIRIS LIMA CENTRO LUZ GLORIA NATEROS PORRAS FEDATARIO

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año de la Universalización de la Salud"

Tipo de Documento	Numeración	Siglas de la Institución	Año calendario de aprobación	Siglas del Órgano que genera el DN
DIRECTIVA	N° 001	- DIRIS L.C. /	2020 /	DEMGS – OS – V.01

DIRECTIVA

"PROCEDIMIENTO PARA ESTABLECER EL PROCESO DE CONTROL PRESTACIONAL PREVENTIVO EN LAS ATENCIONES REALIZADAS A LOS ASEGURADOS AL SEGURO INTEGRAL DE SALUD EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE LA DIRECCIÓN DE REDES INTEGRADAS LIMA CENTRO"

MINISTERIO DE SALUD DIRIS LIMA CENTRO V°B° OFICINA DE SEGUROS

OFICINA DE SEGUROS

[illegible]	A CARGO DE	V° B°	[illegible]
ELABORACIÓN	DIRECCION DE MONITOREO Y GESTION SANITARIA - OFICINA DE SEGUROS		
REVISIÓN	OFICINA DE PLANEAMIENTO Y MODERNIZACIÓN		
APROBADO DIRECCIÓN	DIRECCIÓN GENERAL		

Tipo de Documento	Numeración	Siglas de la Institución	Año calendario de aprobación	Siglas del Órgano que genera el DN
DIRECTIVA	N° 001	- DIRIS L.C. /	2020 /	DEMGS – OS – V 01

INDICE

CONTENIDO	PAG. N°
I. FINALIDAD	02
II. OBJETIVO	
III. AMBITO DE APLICACIÓN	
IV. BASES LEGALES	
V. DISPOSICIONES GENERALES V.1 DEFINICIONES OPERATIVAS	04
VI. DISPOSICIONES ESPECÍFICAS VI.1 PROCESOS DE PCPP VI.1.1 PLANIFICACION VI.1.2 EJECUCION VI.1.3 INFORME DE RESULTADOS VI.1.4 SEGUIMIENTO DE RECOMENDACIONES	05
VII RESPONSABILIDAD	07
VIII DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS O FINALES	08
IX ANEXOS	09

ANEXO N° 1: Instrumento de Proceso de Control Prestacional Preventivo.

ANEXO N° 2: Acta de Proceso de Control Prestacional Preventivo

ANEXO N° 3: Criterio de Evaluación de las Prestaciones durante el Proceso de Control Prestacional Preventivo

MINISTERIO DE SALUD DIRIS LIMA CENTRO OFICINA DE SEGUROS V°B°

Tipo de Documento	Numeración	Siglas de la Institución	Año calendario de aprobación	Siglas del Órgano que genera el DN
DIRECTIVA	N° 001	- DIRIS L.C. /	2020 /	DEMGS – OS – V.01

I. FINALIDAD:

Contribuir con el adecuado control de las prestaciones preventivas, recuperativas y de rehabilitación brindadas a los afiliados al Seguro Integral de Salud (SIS) en el marco del cumplimiento de las normas técnicas y procesos de control prestacional vigentes, enfocándose en la recuperación financiera de lo invertido en la atención del asegurado al SIS.

II. OBJETIVO:

- Establecer y estandarizar los procesos de control prestacional preventivo para lograr el correcto registro del Formato Único de Atención FUA en concordancia con la Historia Clínica y de esta manera se garantice el recupero financiero de las prestaciones realizadas en los establecimientos de la jurisdicción de DIRIS- LC, en observancia a la normatividad vigente del SIS.
- Lograr un reconocimiento completo de las prestaciones brindadas, evitando pérdidas económicas, toda vez que el SIS tiene establecido el Proceso de Control Presencial Posterior (PCPP), con el cual realiza control posterior a las prestaciones realizadas en un determinado periodo.

III. AMBITO DE APLICACIÓN:

La presente Directiva Administrativa es de aplicación y cumplimiento por el personal del área de auditoría médica que labora en la Sede Administrativa de la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Centro y en los Establecimientos de Salud de la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Centro.

IV. BASES LEGALES

- Ley N° 26842, Ley General de Salud.
- Ley N" 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General y sus modificatorias
- Ley 27657, Ley del Ministerio de Salud.
- Ley Nª 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.
- Ley N° 27815, "Ley del Código de Ética de la Función Pública"
- Ley N° 28716, Ley de Control Interno de las Entidades del Estado
- Ley Nª 29414, "Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud".
- Ley N° 29761, Ley de Financiamiento Público de los Regímenes Subsidiados y Semicontributivo de Aseguramiento Universal de Salud.
- 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".

- Resolución Ministerial N° 1069-2017/MINSA, que aprueba la Directiva Administrativa N° 242-MINSA/2017/DGAIN "Directiva Administrativa que establece la Cartera de Atención de Salud en los establecimientos de salud del primer nivel de atención".
- Resolución Ministerial N° 502-2016/MINSA, que aprueba la NTS N° 029-MINSA/DIGEPRES-V.02, "Norma Técnica de Salud de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud" que forma parte integrante de la presente Resolución Ministerial.
- Resolución Ministerial Nº 546-2011/MINSA, que aprueba la Norma Técnica Nº 021-MINSA/DGSP/V.03 "Categorías de Establecimientos del Sector Salud".
- Decreto Supremo N° 007-2012-SA, que autoriza la Seguro Integral de Salud la sustitución del Listado Priorizado de Intervenciones Sanitarias (LPIS) por el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS).
- Decreto Supremo N°020-2014-SA, aprueba el Texto Único ordenado (T.U.O) de la ley N°29344 Ley Marco de de Aseguramiento Universal de Salud.
- Decreto Supremo N°027-2015-SA. Reglamento de la Ley N° 29414, Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud.
- Resolución Jefatural Nº 107-2015/SIS que aprueba la Directiva Administrativa sobre el llenado del formato Único de Atención del SIS en las Instituciones prestadoras de servicio de salud básica, privadas o mixtas en el marco de los convenios o contratos aprobados por el Seguro Integral de Salud.
- Resolución Jefatural Nº 111-2015/SIS que aprueba la Directiva Administrativa que Regula el Proceso de Afiliación, Atención, Plan de Beneficios y Financiamiento al SIS Independiente del Régimen de Financiamiento Semicontributivo del Seguro Integral de Salud.
- Resolución Jefatural Nº 126-2015/SIS, aprueba la directiva administrativa que regula el proceso de afiliación al régimen de financiamiento subsidiado del Seguro Integral de Salud.
- Resolución Jefatural Nº 132-2015/SIS, aprueba la Directiva Administrativa N° 001-2015-SIS/GNF-V.01 "Directiva Administrativa que regula los Procedimientos para el Traslado de Emergencia de los Asegurados al Seguro Integral de Salud".
- Resolución Jefatural Nº 241-2015/SIS, aprueba la directiva administrativa Nº 002-2015-SIS/GREP-V 02 "Directiva Administrativa que Regula el Proceso de Evaluación Automática de las Prestaciones del Seguro Integral de Salud.
- Resolución Jefatural N°006-2016/SIS, aprueba la Directiva N° 001-2016-SIS/GREP V.03 que establece el Proceso de Control Presencial Posterior de las Prestaciones de Salud Financiadas por el Seguro Integral de Salud.
- Resolución Jefatural Nº 044-2016/SIS, Modifica el numeral 8.9 de la Directiva Administrativa N° 001-2015-SIS-V.01 Directiva Administrativa que regula el Proceso de

MINISTERIO DE SALUD DIRIS LIMA CENTRO OFICINA DE SEGUROS V°B°

Afiliación, Atención, Plan de Beneficios y Financiamiento al SIS Independiente del Régimen de Financiamiento Semicontributivo del Seguro Integral de Salud aprobada por la Resolución Jefatural N° 111-2015/SIS.

- Resolución Jefatural N°090-2016/SIS, aprueba la Directiva Administrativa N° 001-2016-SIS/GNF-V-.01 "Directiva Administrativa para el Reconocimiento de la Prestación Económica de Sepelio para los Asegurados a los Regímenes de Financiamiento Subsidiado y Semicontributivo del Seguro Integral de Salud".
- Resolución Ministerial N° 502-2016/MINSA, que aprueba la NTS N° 029-MINSA/DIGEPRES-V.02, "Norma Técnica de Salud de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud" que forma parte integrante de la presente Resolución Ministerial.
- Resolución Ministerial Nº 850-2016/MINSA, aprueba el documento denominado "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud", el cual es de observancia obligatoria para las Direcciones Generales, Oficinas Generales, Órganos Desconcentrados y Organismos Públicos del Ministerio de Salud.
- 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".
- Resolución Directoral N° 396 – DG-DIRIS-LC-2018, que aprueba provisionalmente la Organización Interna y funciones de las Oficinas de la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Centro.
- Resolución Jefatural Nº 017- 2019/SIS, aprueba el Tarifario de Procedimientos Médicos y Sanitarios del Seguro Integral de Salud, que como anexo forma parte integrante de la presente Resolución Jefatural, aplicable a los convenios para el financiamiento de las prestaciones brindadas a sus asegurados, suscritos por el Seguro Integral de Salud-SIS y el Fondo Intangible de Solidaridad de Salud- FISSAL con las IPRESS, DIRIS y GORES cuya vigencia inicia el 01 de enero de 2019.
- Convenio entre el Seguro Integral de Salud – SIS, Fondo Intangible Solidario de Salud - FISSAL y la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Centro para el financiamiento de las prestaciones brindadas a sus asegurados firmado el 28 de diciembre del 2018.

V. DISPOSICIONES GENERALES

Es deber de todos los servidores de la DIRIS L.C. salvaguardar y emplear los bienes, insumos e intereses económicos, financieros y administrativos del Estado asignados, de manera racional en el desarrollo de sus actividades, cumpliendo con la normatividad, un adecuado registro, un buen control de calidad de la atención y evitando su abuso o desaprovechamiento de los mismos.

V.1 DEFINICIONES OPERATIVAS

Para efectos de la presente directiva, se considerarán las siguientes definiciones:

- **Acreditación:** Procedimiento de verificación de los requisitos que debe cumplir el asegurado para tener derecho de cobertura.
- **Acta:** Documento que durante una reunión es escrito por una persona presente en la misma, y a través de la cual se registran los temas que han sido tratados, como así también las conclusiones o acuerdos que han resultado adoptados luego de dicha reunión.
- **Adscripción:** Procedimiento mediante el cual se determina el establecimiento en el cual el asegurado es incorporado como población asignada.
- **Asegurado o Afiliado:** Toda persona residente en el país que se encuentre bajo la cobertura de algunos de los regímenes del aseguramiento universal de salud.
- **Atenciones recuperativas:** Es el conjunto de servicios orientados a dar cobertura de salud a los asegurados/inscritos del SIS al ocurrir un daño o enfermedad.
- **Atenciones preventivas:** Es el conjunto de servicios que tienen por objeto evitar o disminuir los riesgos de enfermedad a los asegurados/inscritos al SIS. El lugar de atención puede ser el establecimiento de salud o la comunidad mediante la Visita Domiciliaria (lugar de atención extramural).
- **Formato Único de Atención:** Es el formato físico o magnético en el cual se registra la información sobre la atención y prestación (productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios, procedimientos, diagnósticos y terapéuticos) así como información sobre la afiliación del asegurado al SIS, que recibe una prestación de salud. Además, sirve sustento para el pago de la prestación y extracción de los indicadores incluidos en los convenios.
- **Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS):** Son aquellos establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, públicos, privados.o mixtos, creados o por crearse, que realizan atención de salud con fines de prevención, promoción, diagnóstico, tratamiento y/o rehabilitación; así como aquellos servicios complementarios o auxiliares de la atención médica, que tienen por finalidad coadyuvar en la prevención, promoción, diagnóstico, tratamiento y/o rehabilitación de la salud.
- **Personal de la Salud:** Está compuesto por los profesionales de la salud y personal técnico y auxiliar asistencial de la salud, que participan en el proceso de atención del paciente o usuario de salud.
- **Prestaciones de Salud:** Atenciones de salud otorgadas a los asegurados SIS en las IPRESS públicas de acuerdo con su categoría y según la etapa de vida correspondiente. Puede ser prestaciones preventivas, promocionales, recuperativas, paliativas y de

MINISTERIO DE SALUD DIRIS LIMA CENTRO OFICINA DE SEGUROS

rehabilitación; se desarrollan de forma intramural (dentro de la IPRESS) o extramural (en la comunidad).

- **Prestaciones observadas:** Son las prestaciones que no han superado al menos uno de los estándares establecidos a través de las normativas vigentes sobre el correcto registro del Formato Único de Atención.
- **Prestaciones anuladas:** Son prestaciones con registros errados que no se pueden subsanar en el mismo formato único de atención, por lo cual se requiere utilizar otro formato para el registro de la atención brindada.
- **Regla de Consistencia:** Criterios mínimos de registro de las prestaciones que actúan como un filtro de control para permitir el ingreso de datos al aplicativo informático web SIASIS. Estas reglas podrán tener dos tipos de respuesta inmediata y mediata.
- **Reglas de Validación:** Criterios técnicos que verifican el cumplimiento del adecuado registro, estándares de calidad de atención, oportunidad e integralidad de acuerdo con la normatividad vigente que deben cumplir las prestaciones financiadas por el SIS.
- **Seguro Integral de Salud (SIS):** Órgano Público Ejecutor adscrito al Ministerio de Salud, constituye un Pliego Presupuestal con autonomía técnica, funcional, económica, financiera y administrativa, constituyéndose en virtud del artículo 7 del Texto Único Ordenado de la Ley Nº 29344, Ley del Marco de Aseguramiento Universal en Salud, aprobado por Decreto Supremo Nº 020-2014-SA.
- **Valorización de las prestaciones:** Es el procedimiento que determina el valor de las prestaciones registradas en los aplicativos informáticos del SIS para efectos de transferencia y liquidación de las prestaciones; se realiza de acuerdo a la normatividad expresa vigente y/o convenio suscrito al respecto.

VI. DISPOSICIONES ESPECÍFICAS:

VI.1 DEL PROCESOS DE CONTROL PRESTACIONAL PREVENTIVO:

VI.1.1 Planificación:

a) Coordinación con los médicos jefes del establecimiento de salud de la DIRIS LC para la solicitud de los formatos únicos de atención sin digitar e historias clínicas para ser auditados.

b) Del universo de FUAs elaboradas por los establecimientos de salud de la DIRIS Lima Centro, se elaborará por cada médico auditor, la auditoría como mínimo de 30 prestaciones no ingresadas al aplicativo ARFSIS con sus respectivas historias clínicas, así mismo las prestaciones a evaluar serán atenciones preventivas, recuperativas y de rehabilitación, excluyendo las prestaciones administrativas (sepelio y traslado de emergencia) en los cuales se priorizará en los establecimientos de salud del primer

nivel los servicios que incluyan los indicadores en el marco de los Convenios suscritos.

c) El médico auditor remitirá a las IPRESS por medio magnético (correo) solo los números de las Historias Clínicas y los Formatos Únicos de Atención que serán evaluados.

VI.1.2 Ejecución:

a) Esta etapa se procede a la apertura del "Acta de del PCP Preventivo", si el registro se hará de manera manual, independientemente que la IPRESS haya o no entregado los Formatos Únicos de Atención e Historias Clínicas solicitados, si el registro del acta es digitalizado deberá realizarse al término del registro de las evaluaciones del proceso.

b) Los FUAS e Historias Clínicas de la muestra serán entregados por la IPRESS en su totalidad al inicio de esta etapa.

c) La ejecución se da en dos fases: Fase de Evaluación de la Conformidad del registro del Formato único de atención y fase de Evaluación de la Conformidad de la Prestación de Salud.

VI.1.2.1. Fase I: Evaluación de la Conformidad del registro del Formato único de atención:

i. En esta etapa se iniciará el control de calidad del correcto registro del FUA no ingresados al aplicativo ARFSIS, realizado por el personal de salud del o los establecimientos elegidos a evaluar.

ii. Los requisitos mínimos para ser válido un FUA en la Fase de Evaluación de la Conformidad del registro del Formato único son los siguientes:

- Datos del asegurado/usuario.
- Datos de la atención.
- Concepto prestacional.
- Datos del destino del asegurado/usuario.
- Datos de referencia.
- Actividades preventivas y otros.
- Diagnóstico.
- Datos del responsable de la atención.
- Firma y sello del personal de la salud responsable de la atención de salud.
- Firma y/o huella del afiliado atendido o su apoderado.
- Medicamentos, laboratorio, diagnóstico por imagen, insumos y procedimientos de acuerdo con el diagnóstico.
- Las prestaciones de salud que no se encuentren debidamente registradas en el documento mencionado, se considerarán observadas o anuladas para su subsanación por el personal del establecimiento.

MINISTERIO DE SALUD · DIRIS LIMA CENTRO · OFICINA DE SEGUROS · V°B°

iii. Como resultado de esta Fase de la Etapa de Ejecución se obtiene lo siguiente:
- Prestación Conforme: FUA que no es observado por ningún criterio de evaluación.
- Prestación observada: FUA que es observado por algún criterio de evaluación.

VI.1.2.2. Fase II: de Evaluación de la Conformidad de la Prestación de Salud

i. El médico auditor procederá a evaluar la Historia Clínica completa para la verificación respectiva, evaluará la información contenida, en el FUA en físico entregado por la IPRESS y en la Historia Clínica, verificando el cumplimiento de los criterios de evaluación según corresponda (Anexo N" 3).

ii. Los requisitos mínimos para ser válido la historia clínica, en la fase de Evaluación de la Conformidad de la Prestación de Salud son los siguientes:
- Existencia física de la Historia Clínica
- Registro y concordancia de las fuentes de verificación.
- Evaluación de la Atención de Salud.
- Registro de historia clínica de acuerdo a la normatividad vigente.

iii. Como resultado de esta Fase se obtiene lo siguiente:
- Prestación Conforme: Prestación que no es observada por ningún criterio de evaluación.
- Prestación observada: verificación de incumplimiento de la prestación.

MINISTERIO DE SALUD DIRIS LIMA CENTRO V°B° OFICINA DE SEGUROS

VI.1.3 Informe de Resultados:

a) Luego del Proceso de Control Presencial Posterior de las Prestaciones Preventiva se procede a consolidar y registrar los resultados en los formatos establecidos en la presente directiva donde se obtendrá el número de prestaciones conformes y prestaciones observadas (Anexo 1).

b) Se deberá registrar el código de observación identificado en la celda correspondiente del formato de consolidación de resultados (Anexo 1). Los códigos para cada criterio o aspecto evaluado, se encuentran consignados en los criterios de evaluación de las prestaciones (Anexo 3).

c) En el caso que la IPRESS no brinde las facilidades técnicas y logísticas durante la evaluación que realice el médico auditor y que por este 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 evaluación serán consideradas como "Prestación observada".

d) El acta de Proceso de Control Presencial Posterior de las Prestaciones Preventiva de los FUAs e historia clínica se culmina al final de esta etapa, la cual deberá ser firmada por el médico jefe o personal delegado por este como señal de conformidad (Anexo 2).

e) El médico auditor de DIRIS LC elaborará y presentará mensualmente al jefe de la oficina de seguros el informe de resultados de Proceso de Control Presencial Posterior

de las Prestaciones Preventiva, de las evaluaciones realizadas adjuntando el anexo 1 y 2 de cada evaluación, en el último día hábil del mes.

f) El jefe de la oficina de seguros recepcionará los informes de los médicos auditores responsables de las evaluaciones del mes respectivo e indica a uno de los médicos auditores realizar el análisis y consolidado de los resultados de todas las evaluaciones lo cual se remite a la Dirección de Monitoreo y Gestión Sanitaria.

g) La Dirección de Monitoreo y Gestión Sanitaria remite un memorándum mensual con el informe consolidado (hallazgos y resultados), a cada establecimiento donde se realizó el Proceso de Control Presencial Posterior de las Prestaciones Preventiva.

VI.1.4. Seguimiento de recomendaciones:

a) El personal de salud o área que haya tenido observaciones durante el proceso de auditoría deberá realizar la subsanación de los formatos únicos de atención observadas y anuladas en un plazo no mayor a 72 horas observados en la primera fase y la subsanación de las historias clínicas observadas en un plazo no mayor a 72 horas observados en la segunda fase.

b) El levantamiento de las recomendaciones suscritas por ambas partes al final de la evaluación se deberá realizar en un plazo no mayor de 30 días calendarios, mediante informe del jefe del establecimiento que especifique las acciones tomadas (anexando evidencia con las firmas del personal que hizo el levantamiento de las observaciones) dirigido al director de la Dirección de Redes Integradas de Salud de Lima Centro con atención a la Oficina de Seguros.

c) Cabe recalcar que por ningún motivo el personal digitador de la oficina de seguros deberá subsanar observaciones de los profesionales de la salud o de áreas que no involucren a dicho personal.

VII. RESPONSABILIDADES

a) La Dirección General de DIRIS LC son responsables de la aprobación de la presente directiva.

b) La Dirección de Monitoreo y Gestión Sanitaria es responsable de socializar el informe del consolidado del Proceso de Control Prestacional Preventivo emitidos por la oficina de seguros de la DIRIS LC.

c) La Oficina de Seguros de la DIRIS LC es responsable de la difusión y cumplimiento de las disposiciones contenidas en la presente Directiva Administrativa, así como de brindar asistencia técnica, y supervisar su cumplimiento, además de remitir un reporte mensual a la Dirección de Monitoreo y Gestión Sanitaria respecto al informe del consolidado del Proceso de Control Prestacional Preventivo a fin de realizar recomendaciones orientadas a evitar el rechazo de las prestaciones durante el Proceso de Control Presencial Posterior realizado por el Seguro Integral de Salud.

d) Los médicos auditores de la oficina de seguros de DIRIS LC tienen la responsabilidad de cumplir y hacer cumplir las disposiciones de la presente directiva durante los Procesos de Control Prestacional Preventivo desarrolladas en las IPRESS de su jurisdicción, así como, el monitoreo continuo y seguimiento de la implementación en el marco de sus competencias.

e) El médico jefe de los establecimientos de salud de la DIRIS LC es responsable de brindar facilidades para la ejecución de la presente Directiva Administrativa además del levantamiento de observaciones encontradas dentro del periodo establecido.

f) El digitador de los establecimientos de salud de la DIRIS LC es responsable de socializar el correcto registro de FUA.

g) El responsable de calidad de los establecimientos de salud de la DIRIS LC es responsable de socializar el correcto registro de la Historia Clínica de acuerdo a la normativad vigente.

h) El personal de salud asistencial y administrativo de los establecimientos de salud de la DIRIS LC evaluados son responsables de realizar el levantamiento de FUAS observados y anulados en el plazo establecido, así como el personal responsable de la atención ante las observaciones emitidas por registro de historia clínica.

VIII. DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS O FINALES

MINISTERIO DE SALUD DIRIS LIMA CENTRO V°B° OFICINA DE SEGUROS

a) Los Establecimientos de Salud del ámbito de aplicación de la presente Directiva Administrativa deberán dictar las medidas pertinentes para el cumplimiento de la misma.

b) Las acciones no previstas en la presente directiva, serán resueltas por la Oficina de Seguros de la Dirección de Monitoreo y Gestión Sanitaria de la Dirección de Redes Integradas Lima Centro, aplicando la normatividad y procedimientos administrativos vigentes.

c) Para efectos de una correcta aplicación a la normatividad vigente, esta directiva podrá ser revisada y actualizada cada dos (02) años y/o iniciar los trámites de aprobación de nuevas directivas que la reemplacen, de ser el caso.

d) La presente directiva será aprobada mediante Resolución Directoral y entrará en vigencia a partir del día siguiente de su publicación.

IX. ANEXOS

Anexo N° 1: Instrumento de Proceso de Control Prestacional Preventivo de recolección de información.

INSTRUMENTO DE PCPP PREVENTIVO

DIRECCION DE REDES INTEGRADAS DE SALUD
PCPP PREVENTIVO FECHA
EE SS

N°	NUMERO DE ITEM	FECHA DE ATENCION	CODIGO DE PRESTACION	PRESTADOR	H.C.	CONFORMIDAD			
						ETAPA I		ETAPA II	
						ACEPTADO	RECHAZADO	ACEPTADO	RECHAZADO
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									
19									
20									
21									
22									
23									
24									
25									
26									
27									
28									
29									
N					TOTAL				

	OBSERVADOS	TOTAL
FASE I		
FASE II		
CONFORMES		

RESPONSABLE DE LA OFICINA DE SEGUROS

RESPONSABLE DE LA SUPERVISIÓN

MINISTERIO DE SALUD DIRIS LIMA CENTRO OFICINA DE SEGUROS V°B°

Fuente: Oficina de Seguros de DIRIS-LC

Tipo de Documento	Numeración	Siglas de la Institución	Año calendario de aprobación	Siglas del Órgano que genera el DN
DIRECTIVA	N° 001	- DIRIS L.C. /	2020 /	DEMGS – OS – V.01

AnexoN°2: Acta de Proceso de Control Prestacional Preventivo

MINISTERIO DE SALUD DIRIS LIMA CENTRO V°B° OFICINA DE SEGUROS

ACTA DE EVALUACION DEL PCPP

FECHA:

ESTABLECIMIENTO DE SALUD:

a) **DE LA PRESENTACION INICIAL**

En el Distrito de Cercado de Lima Provincia Lima Región Lima, la Medico Auditor de Seguros se presentó ante el Jefe del EESS o responsable delegado por este a quien le explico el motivo de la visita y agenda de trabajo

Habiendose informado adecuadamente al Jefe/Director del EESS o responsable delegado por este, se da inicio a la Evaluación del Proceso de Control Prestacional Preventivo de las prestaciones de Salud a las xxxx horas del dia

b) **DEL INICIO DEL PROCESO**

ASPECTO	SI	NO	COMENTARIOS
Se inicio a la hora programada			
Estuvo presente el Jefe/Director del EESS o responsable delegado por este			
Se dispuso un ambiente adecuado para realizar la evaluación			
Hubo interferencia de parte del personal del establecimiento de salud			
La entrega de la documentacion solicitada se realizo dentro de los plazos estipulados en la Directiva correspondiente			

c) **FASE I: Evaluación de la conformidad del registro del Formato Único de Atención**

N° DE PRESTACIONES CONFORMES ECR-FUA	RECHAZO TOTAL ECR-FUA	
	N° DE RECHAZOS POR CRITERIO I-1	N° RECHAZOS POR CRITERIOS I-2 A I-8

d) **FASE II: Evaluación de la conformidad de la prestación de salud**

N° DE CONFORMES	N° DE RECHAZOS TOTALES

MINISTERIO DE SALUD DIRIS LIMA CENTRO V°B° OFICINA DE SEGUROS

Fuente: Oficina de Seguros de DIRIS-LC

e) **Resultado Final**

N° TOTAL PRESTACIONES EVALUADAS	N° DE CONFORMES	N° DE RECHAZOS TOTALES (FASE I + FASE II)
30		

f) **Hallazgos y Recomendaciones (Plazo no mayor a 48 horas)**

Hallazgo:

Recomendaciones:

- Se recomienda al Médico Jefe del establecimiento,

- La información registrada en el presente documento ha sido socializada con el Jefe del EESS o responsable delegado por éste con quien se suscribe la presente acta en señal de conformidad. Se adjunta: Formato de consolidación de resultados.

Firman los presentes en señal de conformidad del proceso.

MINISTERIO DE SALUD DIRIS LIMA CENTRO OFICINA DE SEGUROS

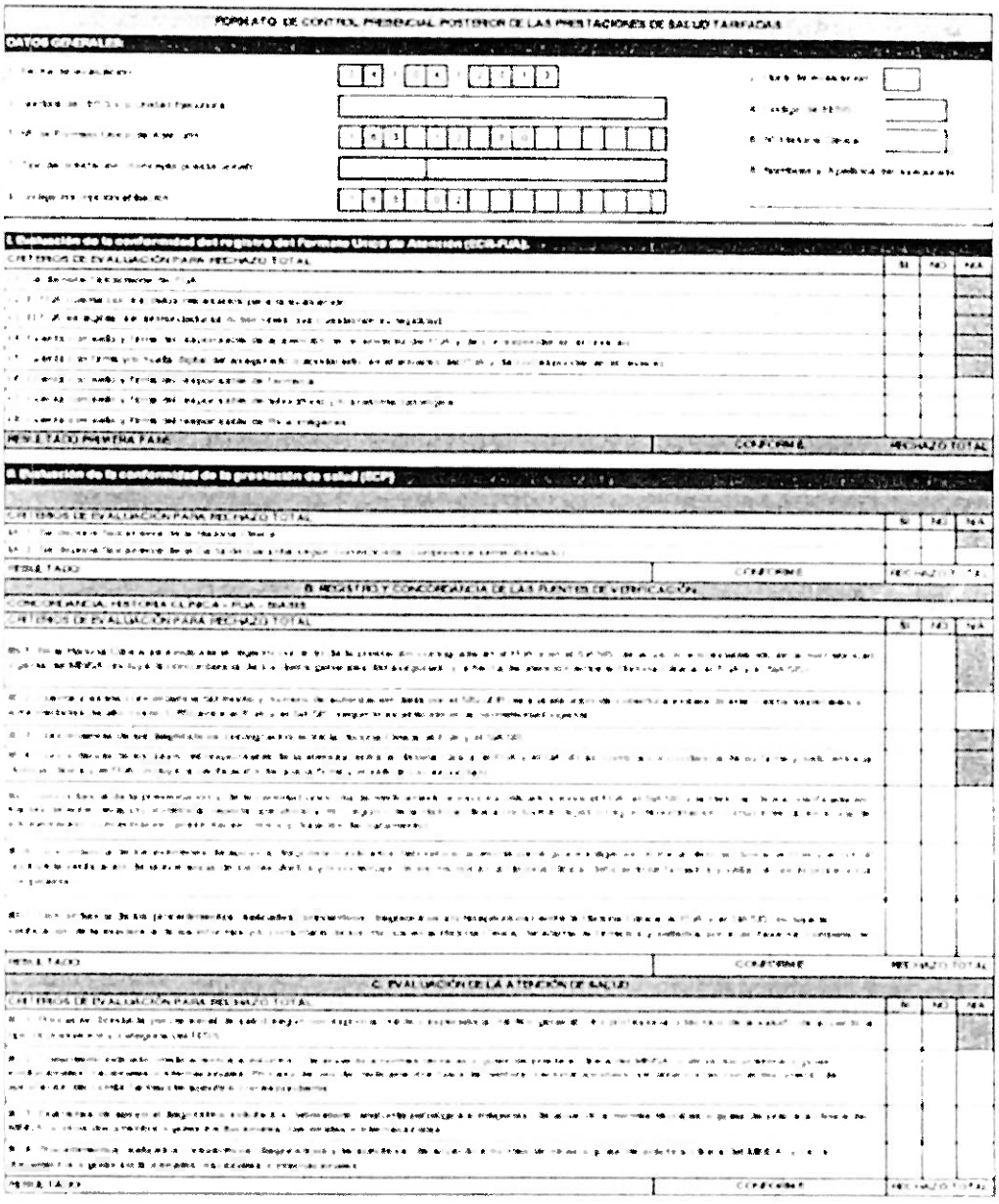
RESPONSABLE DE LA SUPERVISION	RESPONSABLE DE LA OFICINA DE SEGUROS	MEDICO JEFE DEL EE.SS

Fuente: Oficina de Seguros de DIRIS-LC

AnexoN°3: Criterios de Evaluación de las Prestaciones durante el Proceso de Control Prestacional Preventivo

Directiva Administrativa N° 005-2015-SIS/GREP

Directiva que Establece el Proceso de Control Presencial Posterior de las Prestaciones de Salud Financiadas por e Seguro Integral de Salud – V 03



Fuente: RJ 006-2016/SIS