



MINISTERIO DE SALUD

SIS Seguro Integral de Salud

N° 006 -2016/SIS

RESOLUCION JEFATURAL

Lima, 12 ENE. 2016

VISTOS: El Informe N° 028 -2015-SIS-GREP/FHY con Proveído N° 562-2015-SIS/GREP de la Gerencia de Riesgos y Evaluación de las Prestaciones, el Informe N° 040-2015-SIS/OGPPDO/PMN con Proveído N° 094-2015/SIS/OGPPDO de la Oficina General de Planeamiento, Presupuesto y el Informe N° 074-2015-SIS/OGAJ/MCCH con Proveído N° 1090-2015-SIS/OGAJ de la Oficina General de Asesoría Jurídica; y,



CONSIDERANDO:

Que, el Seguro Integral de Salud (SIS) es un Organismo Público Ejecutor del Ministerio de Salud, conforme a la calificación otorgada por el Decreto Supremo N° 034-2008-PCM, en el marco de la Ley N° 29158, Ley Orgánica del Poder Ejecutivo y a la actualización dispuesta por el Decreto Supremo N° 058-2011-PCM, asimismo se constituye en un Pliego Presupuestal, con autonomía técnica, funcional, económica, financiera y administrativa;



Que, mediante el Texto Único Ordenado de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 020-2014/SA y su Reglamento aprobado mediante Decreto Supremo N° 008-2010-SA, se establece el marco normativo del Aseguramiento Universal en Salud, a fin de garantizar el derecho pleno y progresivo de toda persona a la seguridad social en salud, así como normar el acceso y las funciones de regulación, financiamiento, prestación y supervisión del aseguramiento;



Que, el literal g) del artículo 11° del Reglamento de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 008-2010-SA, determina como una de las funciones de las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud, el establecer y realizar procedimientos para controlar para controlar las prestaciones de salud, en forma eficiente, oportuna y de calidad en los servicios prestados por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS);



Que, el artículo 6 del Decreto Legislativo N° 1163, que aprueba disposiciones para el fortalecimiento del Seguro Integral de Salud, establece que todas las acciones realizadas con los recursos del Seguro Integral de Salud (SIS) constituyen materia de control. Las entidades públicas y privadas que reciban reembolsos, pagos y/o transferencias financieras son sujeto de supervisión, monitoreo y control por parte del Seguro Integral de Salud (SIS) respecto de los servicios que contrate o convenga;



Que, el artículo 22 del Reglamento del Decreto Legislativo N° 1163, aprobado por Decreto Supremo N° 030-2014-SA, dispone que el Seguro Integral de Salud controla el cumplimiento de las condiciones pactadas con las instituciones prestadoras de servicios de salud- IPRESS y otras instituciones administradoras de fondos de aseguramiento en salud – IAFAS a las cuales se haya realizado pagos y/o transferencias, por las prestaciones brindadas y conforme a la normatividad de la materia, para lo cual puede desarrollar actividades de supervisión, monitoreo y evaluación prestacional y financiera;



Que, el artículo 13° del Reglamento de la Ley N° 27657, Ley del Ministerio de Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 013-2002-SA, establece que el Jefe del Seguro Integral de Salud, debe diseñar, rediseñar y mejorar continuamente los procesos del SIS, lo cual

concuera con el numeral 11.5 del artículo 11° del Reglamento de Organización y Funciones del Seguro Integral de Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 011-2011-SA que faculta al Jefe del SIS para aprobar normas, directivas, procedimientos y actividades que posibiliten el cumplimiento de los objetivos institucionales;

Que, el numeral 32.5 del artículo 32° del Reglamento de Organización y Funciones del Seguro Integral de Salud, aprobado mediante Decreto Supremo N° 011-2011-SA, señala que la Gerencia de Riesgos y Evaluación de las Prestaciones es el órgano de línea que propone políticas y mecanismos de control de las prestaciones financiadas por los Regímenes Subsidiado y Semicoltributivo y el cumplimiento de las garantías, normas e instrucciones que dicte el Ministerio de Salud, tanto por parte de los prestadores, como de los beneficiarios, con los cuales el SIS tenga convenios o contratos;



Que, de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 35° del acotado Reglamento de Organización y Funciones, la Gerencia Macro Regional es el órgano desconcentrado responsable de planear, organizar, dirigir, controlar los procesos relacionados con la gestión de las Unidades Desconcentradas Regionales- UDR del SIS;

Que, mediante documento de vistos la Gerencia de Riesgos y Evaluación de las Prestaciones sustenta la necesidad de precisar y revisar los conceptos que permitan optimizar adecuadamente el Proceso de Control Prestacional (PCPP) a realizarse en las IPRESS; siendo necesario actualizar las disposiciones señaladas en la Directiva N° 002-2012-SIS/GREP aprobada mediante Resolución Jefatural N° 170-2012/SIS y sus modificatorias;



Con el visto bueno del Jefe Adjunto, del Secretario General, del Gerente de la Gerencia de Riesgos y Evaluación de las Prestaciones, de la Directora General de la Oficina General de Planeamiento, Presupuesto y Desarrollo Organizacional y con la opinión favorable del Director General de la Oficina General de Asesoría Jurídica; y,



De conformidad a lo establecido en el numeral 11.8 del artículo 11° del Reglamento de Organización y Funciones del Seguro Integral de Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 011-2011-SA;



SE RESUELVE:

Artículo 1.- Aprobar la Directiva Administrativa N° 001-2015-SIS-GREP- V.03 "Directiva que establece el Proceso de Control Presencial Posterior de las Prestaciones de Salud Financiadas por el Seguro Integral de Salud" y sus Anexos, que forman parte integrante de la presente Resolución.



Artículo 2.- Dejar sin efecto la Resolución Jefatural N°170-2012/SIS que aprobó la Directiva N° 002-2012-SIS-GREP, la Resolución Jefatural N° 076-2014/SIS y todas aquellas disposiciones que se opongan a la presente Resolución.

Artículo 3.- Disponer que la Secretaría General efectúe la publicación de la presente Resolución Jefatural en el Diario Oficial " El Peruano " y, en coordinación con la Oficina General de Tecnología de la Información, en el Portal Institucional del Seguro Integral de Salud conjuntamente con la Directiva Administrativa y sus Anexos.



Regístrese, Comuníquese y Publíquese;


JULIO SEGUNDO ACOSTA POLO
Jefe del Seguro Integral de Salud



PERÚ

Ministerio
de Salud

Seguro Integral de Salud

MINISTERIO DE SALUD

SEGURO INTEGRAL DE SALUD

DIRECTIVA N° 001 - 2016 - SIS-GREP - V.03

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

ENERO 2016.

ÍNDICE

	Pág.
1. FINALIDAD	3
2. OBJETIVOS	3
3. ÁMBITO DE APLICACIÓN	3
4. BASE LEGAL	3
5. DISPOSICIONES GENERALES	5
5.1. Definiciones Operacionales	5
6. DISPOSICIONES ESPECÍFICAS	6
6.1. Etapas del Proceso.	6
6.2. De la Planificación.	6
6.3. De la Ejecución del Proceso.	10
6.4. Del Informe de los Resultados.	12
6.5. Del Monitoreo y Seguimiento de la Implementación de Recomendaciones	13
6.6. Del Cierre de Evaluación Mensual del Proceso,	14
7. RESPONSABILIDADES	14
8. DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS	15
9. DISPOSICIONES FINALES	16
10. ANEXOS	16.



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

Jefe Institucional

Econ. Julio Segundo Acosta Polo.

Jefe Adjunto

Dr. Roberto Carlos Romero Onofre

Asesora de Jefatura

Dra. Nilda Terrones Valera

Gerente de Riesgos y Evaluación de las Prestaciones

Dr. José Emilio Aldana Carrasco.



Gerente Adjunto de Riesgos y Evaluación de las Prestaciones

Dr. Fernando Enrique Durand Concha



Sub Gerente de Evaluación de las Prestaciones

Dra. Isabel Maúrtua Urquiza



Sub Gerente de Inteligencia de Negocios

Dra. Ana Carmela Vásquez Quispe Gonzáles.

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

Equipo Técnico:

Dr. Fernando Luis Michel Hurtado Ygreda

Dr. Alfredo Farfán Tito.

Dr. Roberto Carlos Albarracín Celis

Lic. Juky Paola Vega Baldeón.

Colaboradores:

C.D. Félix Enrique Valencia Nizama



Dra. Haidi Angela Condori Choquehuanca

Dra. Elisa Janampa Ramírez



Dra. Paola Katherine Alvarado Gamarra

Dra. Dyahira Sheyla Custodio Diestra

Dr. Walter Arturo Macavilca Peschiera

Dr. Aníbal Guzmán Rodríguez Meléndez



Dra. Elizabeth Adrianzen Salvatierra

Dr. José Luis Millones Gómez

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

1. FINALIDAD

Establecer normas y procedimientos orientados a contribuir al rediseño y mejora continua del Proceso de Control Presencial Posterior, actualizando aspectos operativos a fin de propiciar el mejoramiento continuo de la calidad de la atención brindada a los asegurados del Seguro Integral de Salud.

2. OBJETIVO

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

3. ÁMBITO DE APLICACIÓN

La presente Directiva es de aplicación obligatoria en los siguientes organismos:

- Unidad Ejecutora N° 001, Seguro Integral de Salud- SIS
- Las Direcciones de Salud - DISA o quien haga sus veces; Direcciones Regionales de Salud - DIRESA; Gerencias Regionales de Salud - GERESAs.
- Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPRESS/Establecimientos de Salud - EESSs públicos, privados y mixtos.
- Instituto de Gestión de Servicios de Salud (IGSS).
- Unidades Ejecutoras - U.E.s
- Redes Integradas de Atención primaria de salud.



4. BASE LEGAL

La presente Directiva se fundamenta dentro del marco legal siguiente:

- Ley N° 26842, "Ley General de Salud".
- Ley N° 29761 "Ley de Financiamiento Público de los Regímenes Subsidiado y Semicontributivo de Aseguramiento Universal en Salud.
- Ley N° 27444 "Ley del Procedimiento Administrativo General"
- Ley N° 28716, "Ley de Control Interno de las entidades del Estado".
- D. Leg. N° 1163, "Decreto Legislativo que aprueba disposiciones para el Fortalecimiento del Seguro Integral de Salud".
- Decreto Supremo N° 011-2011-SA, aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Seguro Integral de Salud.



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

- Decreto Supremo N° 007-2012-SA, que autoriza al 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 Aseguramiento Universal en Salud.
- Decreto Supremo N° 030-2014/SA que aprueba el Reglamento del D.L. N° 1163 que aprueba disposiciones para el fortalecimiento del Seguro Integral de Salud.
- Resolución Ministerial N° 597-2006/MINSA, que aprueba la N.T. N°022-MINSA/DGSP-V.02: "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica".
- Resolución Ministerial N° 695-2006/MINSA que aprueba la Guía Técnica "Guías de Práctica Clínica para la Atención de Emergencias Obstétricas según nivel de Capacidad Resolutiva y sus 10 Anexos"
- Resolución Ministerial N° 827-2013/MINSA que aprueba la Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Materna.
- Resolución Ministerial N°540-2011/MINSA, que aprueba la N.T. N°091-MINSA/DIGEMID-V.01: "Norma Técnica de salud para la utilización de medicamentos no considerados en el petitorio nacional único de medicamentos esenciales".
- Resolución Ministerial N°399-2015/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: Petitorio Nacional único de medicamentos esenciales para el sector salud.
- Resolución Jefatural N° 052-2012/SIS que modifica la Directiva N° 002-2011-SIS-GO, "Directiva que regula los procesos de validación prestacional del Seguro Integral de Salud", en relación a las prestaciones brindadas en el marco de convenio de pago capitado, el control prestacional se realizará en base a los mecanismos de control estipulados en las cláusulas del convenio.
- Resolución Jefatural N° 153- 2012/SIS, que dispone que el registro de las prestaciones para los convenios o contratos que el Seguro Integral de Salud, se registrará bajo lo estipulado en las cláusulas de dichos documentos; faculta en situaciones especiales que califiquen como caso fortuito o caso de fuerza mayor, a la Gerencia de Riesgo y Evaluación de las Prestaciones a definir temporalmente el formato de registro a ser utilizado para el sustento de las prestaciones, de acuerdo a las disposiciones que dicha Gerencia emita para tal situación.
- Resolución Jefatural N° 197-2012/SIS, que aprueba la Directiva Administrativa N° 003-2012-SIS-GREP "Directiva que regula la Cobertura Prestacional del Régimen de Financiamiento Subsidiado en el Marco del Aseguramiento Universal en Salud, el Plan Complementario al PEAS y las Exclusiones Específicas" y sus modificatorias.
- Resolución Jefatural N° 190- 2013/SIS, que aprueba la Directiva Administrativa N° 002-2013-SIS/GREP "Directiva Administrativa que regula los Procesos de Validación Prestacional a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) Privadas y Mixtas y sus anexos.
- Resolución Jefatural N° 246-2013/SIS, que crea en los Aplicativos Informáticos del Seguro Integral de Salud la presentación con Código 901 denominada "Apoyo al Tratamiento", cuyos parámetros de aplicación serán regulados por la Gerencia de Riesgo y Evaluación de las Prestaciones y la Gerencia de Negocios y Financiamiento, en el marco de sus respectivas competencias.
- Resolución Jefatural N° 088-2014-SIS, que Regula Cobertura y Procesos Prestacionales del Seguro Integral de Salud.
- Resolución Jefatural N°068-2015-SIS, que crea los nuevos códigos prestacionales 902 y 906.



- Resolución Jefatural N° 107-2015/SIS, que aprueba el Formato Único de Atención – FUA.
- Resolución Jefatural N° 161-2015-SIS, que crea el código prestacional 907 y aprueba procedimientos de Telesalud.
- Resolución Jefatural N° 241-2015/SIS que aprueba la Directiva que regula los Procesos de Validación Prestacional del Seguro Integral de Salud.

5. DISPOSICIONES GENERALES

5.1. Definiciones Operativas:

5.1.1 Proceso de Control Presencial de Prestaciones de Salud

Es la actividad de control con soporte informático que consiste en la evaluación y verificación in situ de las prestaciones de salud brindadas a los asegurados del SIS el cual incluye el control presencial simultáneo y el posterior de las prestaciones.

5.1.2 Proceso de Control Presencial Posterior de las Prestaciones de Salud (PCPP)

Consiste en la evaluación y verificación documentaria in situ de las prestaciones de salud financiadas por el SIS y registradas en sus aplicativos informáticos por los establecimientos de salud. Este proceso consta de dos fases:

- Fase de Evaluación de la Conformidad del registro del Formato único de Atención (ECR-FUA).
- Fase de Evaluación de la Conformidad de la Prestación de Salud (ECP).

5.1.3 Fase de Evaluación de la Conformidad del registro del Formato Único de Atención (ECR –FUA)

Consiste en la verificación del cumplimiento de criterios del registro de la Información en el Formato único de Atención correspondiente a la Prestación brindada al asegurado del SIS.

5.1.4 Fase de Evaluación de la Conformidad de la Prestación de Salud (ECP)

Consiste en la verificación del cumplimiento de los siguientes criterios:

- Auditabilidad de la Prestación (existencia física de la Historia Clínica y de la aprobación de Cobertura extraordinaria de ser el caso).
- Registro y Concordancia de las fuentes de verificación.
- Evaluación de la Atención de Salud.

6. DISPOSICIONES ESPECÍFICAS

6.1. El proceso de Control Presencial Posterior de las Prestaciones de Salud comprende las Etapas de:

- a) Planificación.



- b) Ejecución
- c) Informe de resultados
- d) Monitoreo y Seguimiento de la Implementación de Recomendaciones.

6.2. De la Planificación:

6.2.1. De la Programación:

6.2.1.1 Las evaluaciones del PCPP serán programadas por las UDRs/GMR Centro Medio en el módulo del aplicativo informático de manera regular durante los 15 (quince) días calendario previos al inicio de cada trimestre, no podrán realizarse programaciones de PCPP con fecha posterior al 15 de Diciembre; pudiendo registrarse programaciones adicionales en cualquier momento a solicitud de la Jefatura Institucional, la GREP, la Gerencia Macroregional o la UDR respectiva.

6.2.1.2 La programación regular de las evaluaciones deberá estar incluida dentro del Plan Operativo Institucional como actividad específica, previa coordinación con la Oficina General de Planeamiento, Presupuesto y Desarrollo Organizacional (OGPPDO)

6.2.1.3 La programación del PCPP deberá incluir como mínimo 15 (quince) IPRESS por trimestre por cada UDR y al menos dos visitas de supervisión al año en las IPRESS de II y III nivel de atención.

6.2.1.4 La relación de IPRESS a ser evaluados constituye información de carácter reservado. La UDR comunicará a la DISA/DIRESA/IGSS la fecha de evaluación y la relación de eess seleccionados. con una anticipación de 7 días hábiles al inicio del primer PCPP programado.

6.2.1.5 En el caso de los Hospitales Nacionales e Institutos Especializados de Lima y Callao, la UDR/GMR Centro Medio les comunicará directamente con 7 días hábiles de anticipación

6.2.1.6 La comunicación emitida por la UDR/GMR a las IPRESS, comprenderá la siguiente información :

- La(s) IPRESS que será(n) evaluado(s)
- Fecha y Hora en que se iniciará el PCPP.
- Nombre del Profesional a cargo de la evaluación del Proceso.

6.2.1.7 Los criterios de selección de las IPRESS a programarse, tendrán en cuenta el siguiente orden de prioridades:

- IPRESS con mayor número de prestaciones observadas durante el Proceso de Evaluación Automática
- IPRESS con mayor valor de producción mensual neto por categoría.
- IPRESS con mayor costo por atención por Categoría
- IPRESS con mayor número total de prestaciones reportadas por categoría
- IPRESS no evaluados durante el año
- Otros que determine la GMR y excepcionalmente la GREP.



E. BARBOZA



S. HURTADO C.



J. ALDANA C.

6.2.2 De la Solicitud de Reprogramación:

6.2.2.1 Las evaluaciones del PCPP deben ser realizadas en su totalidad y dentro de las fechas programadas con carácter de obligatorio, sin embargo en los casos imprevistos debidamente justificados su reprogramación podrá ser solicitada a través del módulo del aplicativo informático bajo cualquiera de las siguientes modalidades: Cambio de fecha de visita, Cambio de Médico supervisor responsable o Cambio de establecimiento de salud, a fin de garantizarse así el cumplimiento de la ejecución del proceso.

6.2.2.2 La UDR deberá solicitar la reprogramación a la GMR antes de la generación de la muestra de PCPP y podrá reprogramar sus visitas postergando la fecha inicial hasta treinta días calendarios después de la fecha programada, no podrá ser reprogramada ninguna actividad a partir de la segunda quincena del mes de Diciembre, excepcionalmente se podrá reprogramar un PCPP cuya muestra ya ha sido generada, dentro de un plazo de 48 horas posterior a la fecha programada.

6.2.2.3 Al momento de realizarse una solicitud de reprogramación, se encontrará en el módulo una ventana que permitirá registrar y grabar la razón que origina el pedido de reprogramación entre las siguientes opciones:

- Ausencia temporal o definitiva del médico responsable del proceso (Licencia, Destaque, Renuncia, etc.)
- Priorización de otras actividades o procesos más demandantes, señalar cuales son
- Actividades de Supervisión, Capacitación, Taller, etc. con personal del Nivel central o GMR
- Encargo de otras funciones por parte del Jefe inmediato
- Condiciones sociales, climáticas y/o geográficas determinantes
- Otros.

6.2.2.4 No se encuentra contemplada la anulación de evaluaciones de PCPP que hayan sido previamente aprobadas por la GMR, solo en casos muy excepcionales en que se demuestre que no son aplicables las modalidades de reprogramación establecidas en el numeral 6.2.2.1, se deberá comunicar de esta condición a la GREP para su evaluación y toma de decisiones.

6.2.3 De la Aprobación :

6.2.3.1 La GMR será la instancia responsable de la evaluación y aprobación de las programaciones realizadas por las UDRs de su jurisdicción, teniendo como plazo 02 días hábiles a partir de la fecha del registro de la Programación.

6.2.3.2 La GMR será la instancia responsable de la evaluación y aprobación de las solicitudes de reprogramación de las UDRs de su jurisdicción y el plazo de respuesta de la GMR a través del aplicativo informático no será en ningún caso



mayor a los 02 días hábiles a partir de la fecha del registro del pedido de reprogramación.

6.2.4 De la muestra de Prestaciones a evaluarse :

6.2.4.1 La Gerencia de Riesgo y Evaluación de las Prestaciones determinará los criterios de selección de las muestras de prestaciones a evaluarse y los remitirá oportunamente a la Oficina General de Tecnología de la Información antes del inicio de cada trimestre.

6.2.4.2 Los criterios de selección de las muestras de PCPP entregados trimestralmente por la GREP a la OGTI, garantizan en todos los casos el alcance del 100% del número de prestaciones de las muestras a elaborarse.

6.2.4.3 La Gerencia Macroregional o la UDR podrán sugerir la inclusión de una o más prestaciones específicas (por número de Formato Único de Atención, Código de Servicio y/o Código de diagnóstico CIE -10), con el sustento respectivo de dicha solicitud, mediante comunicación dirigida a la GREP dentro de plazo oportuno.

6.2.4.4 La muestra incluirá las prestaciones que se encuentren registradas en la base de datos de los aplicativos informáticos del SIS y que no hayan sido observadas por la Supervisión Automática ni por la Supervisión Médica Electrónica. En dicha muestra podrán incluirse prestaciones reconsideradas que hayan sido pagadas por el SIS.

6.2.4.5 En caso que la muestra incluya una prestación con diagnósticos de dos fuentes de financiamiento simultáneamente, de la Unidad Ejecutora N° 001 Seguro Integral de Salud y de la Unidad Ejecutora N° 002 Fondo Intangible Solidario de Salud FISSAL del Pliego 135 del Seguro Integral de Salud, el médico supervisor realizará el PCPP únicamente en materia de las competencias de su Unidad Ejecutora, debiendo informar a la otra U.E. a fin de que previa programación complete la evaluación de dicha prestación. La OGTI también deberá ser comunicada al respecto a fin de que cumpla con incluir la prestación de doble financiamiento en la nueva muestra seleccionada

6.2.4.6 El PCPP de las prestaciones de primer nivel priorizará los servicios que incluyan los indicadores en el marco de los Convenios suscritos con los Gobiernos Regionales e IGSS, los cuales serán consignados por la GREP dentro de los criterios de selección de la muestra.

6.2.4.7 Asimismo la selección de las muestras deberá priorizar las prestaciones de traslado como proceso de control del Sistema de Referencia- Contrareferencia permitiendo el control del acceso y oportunidad de la atención sobre todo de los grupos vulnerables.

6.2.4.8 La OGTI será la instancia responsable de generar las muestras para los EESS cuya programación haya sido previamente Aprobada por la GMR



respectiva y la muestra se encontrará disponible en el módulo en un plazo no mayor a 5 días hábiles después de la aprobación.

6.2.4.9 El universo de la muestra variará de acuerdo al nivel de complejidad del establecimiento seleccionado, para lo cual se ha determinado el siguiente número de prestaciones a evaluarse por cada PCPP:

- I Nivel de Atención: 70 prestaciones.
- II Nivel de Atención 50 prestaciones.
- III Nivel de Atención 50 prestaciones.

6.2.4.10 El Médico Supervisor responsable del proceso deberá descargar la muestra del módulo y verificar el número de prestaciones que la componen, de no encontrarse conforme a lo establecido en el ítem 6.2.4.6 deberá comunicar inmediatamente a la OGTI a fin de ser completada en tiempo oportuno.

6.2.4.11 La UDR remitirá a los IPRESS por medio físico y/o por medio magnético (Correo, USB, CD, etc.) solo los números de las Historias Clínicas y los Formatos Únicos de Atención que serán evaluados, precisando el periodo de las prestaciones brindadas seleccionadas en la muestra a evaluarse, a fin que preparen la documentación necesaria en los siguientes tiempos:

- De 2 a 24 horas antes del inicio de la evaluación para las IPRESS del I Nivel de Atención.
- 48 horas antes de la fecha programada de la evaluación para las IPRESS del II Nivel de Atención.
- 96 horas antes de la fecha programada de la evaluación para las IPRESS del III Nivel de Atención.

6.2.4.12 En caso que las IPRESS no cuenten con acceso web disponible y que la UDR no cuente con equipos informáticos portátiles (Laptop, Modem, Internet móvil, etc.), o a pesar de contar con ellos existan problemas de conectividad y/o seguridad, dicha UDR deberá tomar las previsiones del caso que permitan contar con la formatería de las prestaciones a evaluar en forma impresa (muestra obtenida del SIASIS el día de la evaluación).

6.3. De la Ejecución:

6.3.1 Esta etapa se iniciará al cumplirse el plazo establecido por nivel de atención, según lo estipulado en el numeral 6.2.4.9, procediéndose a la apertura del "Acta de Evaluación del PCPP" 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 será electrónico deberá realizarse al término del registro de las evaluaciones del proceso.

6.3.2 En la primera parte del Acta de Evaluación del PCPP se consignará la hora de inicio, disponibilidad de ambiente y condiciones óptimas para el proceso, datos de los participantes y de la información entregada por la IPRESS a solicitud del Supervisor del SIS.



6.3.3 Los FUAs e Historias Clínicas de la muestra serán entregados por la IPRESS en su totalidad al inicio de esta etapa.

6.3.4 Asimismo de manera complementaria al proceso y con el fin de contribuir a la reducción de la mortalidad materna, el Médico Supervisor verificará bajo la modalidad de spot check la existencia de los productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios de las Claves Obstétricas en las IPRESS visitadas señalados en el Anexo N° 8, cuya copia deberá ser insertada en el Informe del PCPP realizado.

6.3.5 Fase de Evaluación de la Conformidad del Registro del Formato Único de Atención (ECR-FUA)

- a) El Médico Supervisor procederá a la evaluación de la copia legible del FUA incluida en la Historia Clínica o en su defecto del FUA original, utilizando el Anexo N° 2 o N° 3 según corresponda.
- b) 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 para rechazo total.
 - **Prestación Rechazada:** FUA que es observado por algún criterio de evaluación para rechazo total.
- c) **Las prestaciones rechazadas** serán descontadas y no estarán sujetas a una reconsideración. Estas prestaciones ya no pasarán a la siguiente fase.
- d) Ante la ausencia física del FUA se considerará prestación rechazada. En los casos en que la ausencia del FUA se deba a hechos fortuitos (desastres naturales, incendios, inundaciones, robos, estar bajo mandato del Poder Judicial o PNP, etc.), estas prestaciones podrán ser excluidas del PCPP siempre que se presenten copia de los documentos que sustenten el hecho fortuito dirigidos a la autoridad competente (PNP o Autoridad Sanitaria según corresponda) de manera oportuna, dicha documentación deberá ser presentada al responsable del PCPP antes o durante la visita programada.
- e) **Las prestaciones conformes** como resultado de esta fase, serán evaluadas en la siguiente Fase de la ejecución del Proceso.

6.3.6 Fase de Evaluación de la Conformidad de la Prestación de Salud (ECP)

- a) El Médico Supervisor procederá a evaluar la Historia Clínica completa para la verificación respectiva, asimismo dispondrá de la información de la prestación evaluada registrada en el módulo PCPP del SIASIS, caso contrario se deberá contar con dicha información en forma impresa.
- b) Ante la ausencia física de la Historia Clínica la prestación se considerará rechazada. En los casos en que la inexistencia física de la Historia Clínica se deba a hechos fortuitos (desastres naturales, incendios, inundaciones, robos, estar bajo mandato del Poder Judicial o PNP, etc.), estas prestaciones podrán ser excluidas del PCPP siempre que se presenten copia de los documentos que sustenten el hecho fortuito dirigidos a la autoridad competente (PNP o Autoridad sanitaria según corresponda) de manera oportuna, dicha documentación deberá ser presentada al Médico responsable del proceso antes o durante la visita programada.
- c) El Supervisor del SIS evaluará la información contenida en el SIASIS, en el FUA en físico entregado por la IPRESS y en la Historia Clínica, verificando el cumplimiento de los criterios consignados en los formatos según corresponda (Anexo N° 2 para prestaciones tarifadas o Anexo N° 3 para prestaciones reembolsadas por consumo).
- d) Como resultado de esta Fase se obtiene lo siguiente:



- Prestación Conforme: Prestación que no es observada por ningún criterio de evaluación para rechazo total ni parcial.
- Prestación rechazada: Prestación con verificación de incumplimiento de un (01) criterio de evaluación total y/o uno o más criterios de evaluación parcial. Los rechazos parciales aplican para las prestaciones rechazadas por consumo.

Las Prestaciones Rechazadas se clasifican en “**Prestación con rechazo total**” y “**Prestación con rechazo parcial**”. En ambos casos las prestaciones rechazadas no se encuentran sujetas al proceso de reconsideración de prestaciones.

- e) En el Formato del Anexo N° 2 o N° 3 se registra la verificación de los criterios durante cada fase de evaluación.

6.3.7 Al finalizar la evaluación se procederá a consolidar y registrar los resultados en el Formato de consolidación de Resultados (Anexo N° 4), donde se obtendrá el número de prestaciones conformes y prestaciones rechazadas. Este Anexo deberá ser suscrito por triplicado por ambas partes, de un lado por el Supervisor del SIS responsable del proceso y de otro lado por el Jefe, Director o encargado de la IPRESS o el Jefe, Encargado, Responsable o Coordinador de la Dirección/ Unidad de Seguros de la IPRESS. Un original se quedará en la IPRESS, otro será para los archivos de la UDR/GMR CEN MED y el tercer original para la Gerencia de Negocios y Financiamiento.

6.3.8 Se deberá registrar el código del rechazo total o parcial identificado en la celda correspondiente del formato de consolidación de resultados (Anexo N° 4). Los códigos para cada criterio o aspecto evaluado, se encuentran consignados en los formatos de control de las prestaciones (Ver Anexo N° 2 y N° 3).

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

6.3.10 En el caso que la IPRESS no brinde las facilidades técnicas y logísticas durante la evaluación que realice el Supervisor SIS 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 “Prestaciones con Rechazo total”

6.3.11 Se considerará que la IPRESS no ha brindado las facilidades técnicas y logísticas en los siguientes casos:

- Cuando no se encuentre el Jefe, Director o Encargado de la IPRESS o el Jefe, Encargado, Responsable o Coordinador de la Dirección/Unidad de Seguros de la IPRESS, o ningún responsable delegado por estos, o:
- Cuando se niegue a proporcionar la información solicitada por el Supervisor del SIS.

6.3.12 El Acta de Evaluación del PCPP (Anexo N° 5) se culmina al final de esta etapa en presencia de las autoridades responsables o encargadas de las IPRESS, en tres originales; dicha Acta deberá ser suscrita y sellada adecuadamente. Un original se quedará en las IPRESS, otro se adjuntará en el Informe del Proceso y el tercero quedará en los archivos de la UDR.



6.3.13 La Unidad Ejecutora N° 002 Fondo Intangible Solidario de Salud – FISSAL podrá ejecutar el PCPP bajo los criterios y lineamientos establecidos en la presente Directiva, de considerarlo pertinente.

6.4. Del Informe de Resultados :

6.4.1 El Supervisor SIS registrará los resultados y realizará el cierre de la evaluación realizada en el módulo PCPP del SIASIS de acuerdo a los hallazgos y verificaciones en un plazo no mayor a 10 días hábiles a partir de la fecha de la visita realizada. El registro de los resultados puede darse en simultáneo con la ejecución del proceso.

6.4.2 El Supervisor SIS elaborará y presentará mensualmente al Director de la UDR o quien haga sus veces los Informes de Resultados del PCPP (Anexo N° 6) de cada una de las evaluaciones realizadas, adjuntando el Anexo N° 5 correspondiente a cada evaluación, en el término máximo de 5 días hábiles contados a partir del día siguiente de la última visita del mes.

6.4.3 El Director, Sub Gerente de la UDR o quien haga sus veces recibe los Informes de Resultados del PCPP presentado por el (los) supervisor (es) SIS responsables de las evaluaciones del mes respectivo y remite:

6.4.3.1. A la Gerencia de Negocios y Financiamiento, una Nota Informativa con el Reporte de solicitud de descuento de prestaciones de salud (PCPP) a GNF (Ver Anexo N° 7), generado en el módulo PCPP del SIASIS, para su respectivo descuento. Este Reporte deberá encontrarse debidamente suscrito por el Director de la UDR o quien haga sus veces y el (los) supervisores SIS responsables de las evaluaciones.

6.4.3.2 A la Gerencia Macroregional, un Reporte consolidado de los Informes de Resultados del PCPP (Anexo N° 6) de las evaluaciones realizadas en el mes, para conocimiento y monitoreo, en un plazo no mayor a los 15 días calendario, a partir del último día de cada mes.

6.4.3.3 A la DIRESA/GERESA o quien haga sus veces en los Gobiernos Regionales u Hospitales Nacionales e Institutos Especializados en Lima y Callao, un Oficio mensual con el Reporte consolidado de los resultados y las recomendaciones emitidas a las IPRESS de su jurisdicción, que se encuentran consignados en las Actas de Evaluación (Anexo N° 5) para conocimiento y acciones de acuerdo a los mismos, para su oportuna retroalimentación a las respectivas redes de salud o U.E.

6.4.3.4 La Gerencia Macroregional remite a la Gerencia de Riesgo y Evaluación de las Prestaciones un Informe Trimestral de la Ejecución de las evaluaciones programadas en el período, para conocimiento y análisis y toma de decisiones, en un plazo no mayor a 20 días calendario a partir del último día de cada Trimestre.

6.4.3.5 La Oficina General de Tecnología de la Información remitirá a la Gerencia de Negocios y Financiamiento la base de datos con el detalle de las prestaciones rechazadas para descuento que fueron informadas de acuerdo al numeral



6.4.3.1. El descuento, de ser el caso, se hará efectivo en los periodos subsiguientes de acuerdo al Cronograma de Plazos del Seguro Integral de Salud.

6.4.3.6 En caso que la visita de evaluación la haya realizado la Gerencia de Riesgo y Evaluación de las Prestaciones, esta remitirá a la Gerencia Macroregional respectiva, copia del Informe de acuerdo a lo señalado en el numeral 6.4.2. En este caso, la Gerencia de Riesgo y Evaluación de las Prestaciones será la responsable de comunicar a la Gerencia de Negocios y Financiamiento lo señalado en el numeral 6.4.3.1

6.5. Del Monitoreo y Seguimiento de la Implementación de Recomendaciones :

6.5.1 El Sub-proceso de Monitoreo y Seguimiento de la Implementación de recomendaciones suscritas por ambas partes en el Acta Final de Evaluación (Anexo N° 5) comprende dos etapas, la Etapa de Ejecución del Monitoreo y la Etapa del Monitoreo de la Implementación de Recomendaciones.

6.5.2 La Etapa de Ejecución del Monitoreo, se realizará a la culminación del plazo otorgado en el Acta Final de Evaluación o a los 60 días de haberse realizado el PCPP a través de un documento oficial a la IPRESS evaluada con copia a la Unidad Ejecutora de ser el caso, donde la UDR/GMR Centro Medio solicita información a la IPRESS evaluada sobre el avance de la implementación y cumplimiento de las recomendaciones, el cual deberá ser respondido en un plazo máximo de treinta días calendario.

6.5.3 En el módulo del aplicativo informático la UDR/GMR Centro Medio registrará esta actividad, aperturando la ventana de Monitoreo y seguimiento donde se ingresará el número del documento oficial y fecha de remisión a la U.E. y/o IPRESS.

6.5.4 La Etapa del Monitoreo de la Implementación de Recomendaciones permite evaluar a la UDR/GMR Centro Medio los resultados del Monitoreo de la Implementación Recomendaciones remitidos por el prestador, los cuales deberán ser registrados en el aplicativo informático por la UDR/GMR Centro Medio al término del plazo de treinta días de solicitado el Informe, aún cuando este hubiera sido entregado antes de los 30 días, para lo cual encontrará las siguientes opciones del menú:

- Cumplimiento Total
- Cumplimiento Parcial
- No Cumplió

6.5.5 En caso de no contar con respuesta dentro del plazo establecido se marcará la opción No Cumplió, y en cualquiera de los casos se deberá registrar el N° del documento o correo oficial de respuesta y su fecha de remisión.

6.5.6 Solamente en casos debidamente justificados que requieran mayor tiempo para el cumplimiento de las recomendaciones la UDR/GMR Centro Medio podrá ampliar excepcionalmente dicho plazo otorgando uno nuevo.

6.5.7 Para lograr un adecuado Monitoreo y Seguimiento es necesario que a partir de la vigencia de esta norma queden señalados en el Acta Final de Evaluación (Anexo N° 5) los plazos para la implementación de las recomendaciones, los que en ningún caso deben exceder los 60 días calendario.

6.6 Del Cierre de Evaluación Mensual del Proceso.-



6.6.1 El Cierre de Evaluación Mensual de las prestaciones evaluadas y registradas en el módulo del PCPP a nivel nacional, estará a cargo de la Oficina General de Tecnología de la Información

6.6.2 El procedimiento para el Cierre automático del PCPP en el módulo informático se realizará el décimo quinto día del mes siguiente al mes en que se realizó el PCPP y será de periodicidad mensual.

6.6.3 El Cierre automático de Evaluación Mensual realizado por la OGTI comprenderá todas las prestaciones evaluadas por PCPP y registradas en el módulo hasta el último día del mes, inclusive las correspondientes a meses anteriores que pudieran existir.

7. RESPONSABILIDADES

7.1. Las Gerencias Macroregionales son responsables del cumplimiento de aprobación de la Programación, Coordinación, Ejecución y Monitoreo del cumplimiento de la presente Directiva en sus jurisdicciones, en materia de sus competencias.

7.2. Las Gerencias Macroregionales son responsables de la oportuna Aprobación de la Programación de Supervisiones propuestas por las UDRs de su jurisdicción en el módulo del aplicativo informático, así como de la Aprobación de las Solicitudes de Reprogramación registradas en el módulo dentro del ámbito de su jurisdicción.

7.3. La Gerencia de Riesgo y Evaluación de las Prestaciones es responsable de la revisión y actualización de la presente Directiva según sea pertinente.

7.4. La Gerencia de Riesgo y Evaluación de las Prestaciones está facultada para administrar la operatividad del módulo PCPP del SIASIS, pudiendo de ser necesario acceder a las funciones de Programar, Aprobar programaciones, aprobar solicitudes de reprogramación del proceso a nivel nacional y Supervisar visitas de PCPP, de acuerdo a su capacidad operativa y disponibilidad presupuestal.

7.5. La Gerencia de Riesgo y Evaluación de las Prestaciones está facultada a programar, aprobar, ejecutar y supervisar evaluaciones de Proceso de Control Presencial Posterior a prestaciones odontológicas, según considere pertinente.

7.6. La Oficina General de Tecnología de la Información es responsable de implementar las adecuaciones necesarias en el módulo PCPP del SIASIS, de acuerdo a la solicitud de la Gerencia de Riesgos y Evaluación de las Prestaciones, que permita la optimización y la sostenibilidad del Proceso de Control Presencial Posterior de las Prestaciones de Salud.

7.7. La Oficina General de Tecnología de la Información es responsable de la disponibilidad de la muestra según los plazos establecidos y cumplir con los criterios de selección y el número de prestaciones de las muestras de PCPP entregados trimestralmente por la GREP.

7.8. La Gerencia de Negocios y Financiamiento es responsable de aplicar los mecanismos de descuento de ser el caso, a las prestaciones rechazadas durante el Proceso de Control Presencial Posterior de las Prestaciones de Salud.

7.9. La UDR/GMR Centro Medio tiene la responsabilidad de cumplir las disposiciones de la presente directiva durante las evaluaciones del PCPP desarrolladas en las IPRESS



de su jurisdicción, así como de la Programación Trimestral de las visitas de PCPP y el monitoreo continuo y seguimiento de la implementación de las recomendaciones en el marco de sus competencias.

8. DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS

- 8.1. De considerarlo pertinente la Gerencia de Riesgo y Evaluación de las Prestaciones o las Gerencias Macroregionales podrán realizar fuera de la programación establecida, visitas de PCPP a cualquier prestación de salud otorgada a los asegurados del SIS, en cualquier IPRESS.
- 8.2. La negativa del Jefe, Director o Encargado de la IPRESS o Jefe, Encargado, Responsable o Coordinador de la Dirección de la Unidad de Seguros de la IPRESS u otro responsable delegado por estos a firmar el Acta Final de Evaluación del proceso (Anexo N° 5), no invalida los resultados obtenidos y registrados en la misma.
- 8.3. En el caso que, como resultado del Proceso de Control Presencial Posterior de las prestaciones de salud, se evidencien actos u operaciones que revelen por acción u omisión, la indebida, legal o ineficiente gestión y/o utilización de recursos y bienes del estado, la Gerencia Macroregional previa coordinación con la Oficina General de Asesoría Jurídica del SIS, deberá informar al OCI de la entidad evaluada para las acciones del caso, de acuerdo a lo indicado en la normatividad vigente.
- 8.4. En zonas donde se hayan suscrito convenios o contratos, los procesos de control presencial posterior de las prestaciones de salud se realizarán de acuerdo a lo estipulado en dichos convenios o contratos.
- 8.5. En todos los Convenios y/o Contratos suscritos con las IPRESS públicas o privadas, se deberá establecer una Cláusula del monitoreo de parámetros relacionados al desarrollo de intervenciones de salud financiadas por el SIS. Asimismo incorporará las acciones de control prestacional que sean convenientes y/o aplicables de acuerdo a la normatividad vigente, las cuales serán de aplicación a nivel nacional.

- 8.6. La Gerencia de Riesgos y Evaluación de las Prestaciones del SIS deberá realizar el monitoreo de parámetros relacionados al Control de Crecimiento y Desarrollo de la Niña y el Niño menor de cinco años – CRED, en el marco de los Convenios y/o Contratos, así como otras acciones de control que sean convenientes incluir en dichos documentos.

9. DISPOSICIONES FINALES

- 9.1. El Proceso de Control Presencial Posterior de las prestaciones de Salud lo realiza el Supervisor SIS (Médico Cirujano o Cirujano Dentista), en caso de su ausencia lo asume el Sub- Gerente o el Director de la UDR (siempre y cuando sea Médico Cirujano). De no contarse con ninguno de los anteriores, la evaluación será asumida por la Gerencia Macroregional respectiva o la Gerencia de Riesgo y Evaluación de las Prestaciones de acuerdo a su disponibilidad de recursos humanos calificados, para lo cual designará uno o más Supervisores SIS.
- 9.2. Los procedimientos aún no implementados en el módulo PCPP del aplicativo informático o que no puedan ser informatizados al momento de la evaluación por razones logísticas, deberán ejecutarse en forma manual hasta su implementación por la Oficina General de tecnología de la Información o la accesibilidad al aplicativo.



9.3. Los aspectos operativos que no hayan sido contemplados en la presente Directiva serán implementados por la Gerencia de Riesgo y Evaluación de las Prestaciones mediante documento oficial.

10. ANEXOS

- Anexo N°01.-** Instructivo para la Ejecución del Proceso de Control Presencial Posterior de las Prestaciones de Salud.
- Anexo N° 02.-** Formato de Control Presencial Posterior de las Prestaciones de Salud Tarifadas
- Anexo N° 03.-** Formato de Control Presencial Posterior de las Prestaciones de Salud reembolsadas por Consumo (Anverso y Reverso)
- Anexo N° 04.-** Formato de Consolidación de Resultados.
- Anexo N° 05.-** Acta de Evaluación del PCPP.
- Anexo N° 06.-** Estructura del Informe de Resultados del PCPP.
- Anexo N° 07.-** Solicitud de Descuento de Prestaciones de Salud (PCPP) a GNF
- Anexo N° 08 .-** Lista de Chequeo que verifique la disponibilidad de los insumos y medicamentos necesarios para la atención de las principales emergencias obstétricas
- Anexo N° 09.-** Cronograma de Actividades del Proceso de Control Presencial Posterior de las Prestaciones de Salud.



ANEXO N° 1.

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

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

- . Son los instrumentos diseñados para realizar la evaluación y verificación documentaria de las prestaciones de salud financiadas por el SIS y registradas en sus aplicativos informáticos.
- . El formato solo será llenado por el Supervisor SIS o quien haga sus veces.
- . Durante cada una de las fases de la evaluación se verifica el cumplimiento de cada criterio de evaluación. El incumplimiento de un criterio genera el rechazo total o parcial de la prestación.

DEL REGISTRO DE LOS DATOS GENERALES

- . Se utilizarán los datos que figuran en el aplicativo informático del SIS o en la muestra solicitada.
- . Adicionalmente se consignará la fecha y hora de evaluación.

DE LA EVALUACIÓN DE LA CONFORMIDAD DEL REGISTRO DEL FORMATO ÚNICO DE ATENCIÓN (ECR-FUA).

- . Se verificará la existencia del Formato Único de Atención (original o duplicado del original), de incumplirse dicho criterio se marca con un aspa (x) en la columna del casillero NO y se rechaza la prestación (criterio I-1).
- . Se verifica que el Formato Único de Atención cuente con todos los campos registrados de acuerdo a la normatividad vigente o según lo estipulado en los Convenios o Contrato según sea el caso (criterio I-2).
- . Se verifica el cumplimiento de los criterios en cada Formato Único de Atención, de acuerdo a lo establecido en el Formato correspondiente (criterios I-3 al I-8), de incumplirse algunos de estos criterios se marca con una aspa (x) en la columna del casillero NO y se rechaza la prestación.
- . En caso de ausencia de firma y/o sello en el Formato Único de Atención podrán utilizarse otras fuentes de verificación según corresponda (criterios I-4, I-5, I-6, I-7 y I-8).
- . Se marca SI cuando se verifica que el criterio ha sido cumplido. Se marca N/A (no aplica) en los casos en los que no corresponda evaluar el criterio de acuerdo al tipo de prestación y/o categoría del establecimiento de salud que brindó la prestación.

DE LA EVALUACIÓN DE LA CONFORMIDAD DE LA PRESTACIÓN DE SALUD (ECP).

- . Se verificará simultáneamente el cumplimiento de los criterios en la información registrada en el FUA (original o duplicado del original) y la Historia Clínica, en caso que la prestación haya superado la primera fase (ECR-FUA).



El Anexo N° 2 (Formato de Control Presencial Posterior de las Prestaciones de Salud Tarifadas): Se marca SI cuando se verifica el cumplimiento del criterio de evaluación, y se marca NO ante la verificación documentaria de incumplimiento del criterio respectivo. Se marca N/A (no aplica) en los casos que no corresponda evaluar el criterio de acuerdo al tipo de prestación y/o categoría del establecimiento de salud.

. Se verificará el registro correcto de la prestación en la Historia Clínica de acuerdo a lo establecido en la normatividad vigente del MINSA, en caso que el registro sea completamente ilegible se rechazará totalmente la prestación. Se podrá considerar el uso de siglas y/o abreviaturas siempre y cuando el supervisor SIS esté completamente seguro de su significado (IIB-1).

. Se verificará la existencia del reporte operatorio, informes de procedimientos, formatos especiales del MINSA (CRED, CPN), etc debidamente firmado y sellado por el profesional correspondiente (criterio IIB-7).

. Se verificará que el tratamiento indicado, los exámenes de apoyo diagnóstico solicitados y los procedimientos realizados (preventivos, diagnósticos y/o terapéuticos) estén acordes a normas técnicas o guías de práctica clínica del MINSA u otros documentos o guías institucionales, nacionales o internacionales: en caso de ser observados por parte del Supervisor SIS, el Representante del EESS podrá presentar el (los) documento(s) que sustenten tal acción para su conformidad, la cual se presentará durante la visita (criterios IIC-2, IIC-3 y IIC-4).

El Anexo N° 3 (Formato de Control Presencial Posterior de las Prestaciones de Salud reembolsadas por Consumo): De la misma manera que en el caso anterior se marca SI, NO o N/A según corresponda.

. Se verificará el registro correcto de la prestación en la Historia Clínica de acuerdo a lo establecido en la normatividad vigente del MINSA, en caso que el registro sea completamente ilegible se rechazará totalmente la prestación. Se podrá considerar el uso de siglas y/o abreviaturas siempre y cuando el Supervisor SIS esté completamente seguro de su significado (criterio IIB-1).

. Se verificará la conformidad/concordancia del registro de la fecha de afiliación con las fechas de ingreso y alta de la prestación en la Historia Clínica, con lo consignado en el FUA, en caso de incompatibilidad se procederá al descuento de las prestaciones recibidas durante los días previos a la afiliación. (criterio IIIA-1)

. Se verificará la concordancia del monto autorizado por el SIS/UDR para la atención de cobertura extraordinaria, casos especiales y enfermedades de alto costo entre el FUA y el SIASIS, en caso de que el monto autorizado sea menor que el valor de producción se efectuará el rechazo parcial del monto excedente, considerando autorizaciones previas para la misma atención de ser el caso (criterio IIIA-2).

. Se verificará la existencia del reporte operatorio, informes de procedimientos, etc. debidamente firmado y sellado por el profesional correspondiente (criterio IIIA-5).

. Se verificará que el tratamiento indicado, los exámenes de apoyo diagnóstico solicitados y los procedimientos realizados (preventivos, diagnósticos y/o terapéuticos) estén acorde a normas técnicas o guías de práctica clínica del MINSA u otros documentos o guías institucionales, nacionales o internacionales; en caso de ser observados por parte del Supervisor SIS, el Representante del EESS podrá presentar el (los) documento (s) que sustente tal acción para su conformidad, la cual se presentará durante la visita.



Directiva Administrativa N° 005-2015-SIS/GREP
Directiva que Establece el Proceso de Control Presencial Posterior de las Prestaciones de Salud Financiadas por el Seguro Integral de Salud – V.03

. Los criterios de evaluación para Rechazo parcial, aplican en las prestaciones reembolsadas por consumo. Este formato en la parte posterior tiene una Tabla para que el Supervisor SIS pueda detallar los medicamentos y/o insumos y los exámenes de apoyo al diagnóstico, procedimientos diagnósticos o terapéuticos considerados para rechazo.

. La evaluación de todas las prestaciones seleccionadas en la muestra se consolida en el Anexo N° 4 (Formato de Consolidación de Resultados), en el cual se consignará las prestaciones conformes y las prestaciones rechazadas con su correspondiente criterio de rechazo. Este Anexo deberá ser firmado por el/los Supervisor(es) SIS y el Jefe/Director del EESS o Jefe, Encargado, o Responsable de la Dirección/Oficina de Seguros del EESS o algún responsable delegado por estos. Acto seguido se procederá a firmar el Acta de Evaluación del PCPP (Anexo N° 5), con lo que se dará por concluida la Etapa de Ejecución.

DE LAS CONTROVERSIAS:

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

INDICACIONES COMPLEMENTARIAS:

Si el Supervisor encuentra omisiones de tipo administrativo en la Historia Clínica que puedan influir en el resultado de la evaluación y que no signifiquen correcciones sobre la información ya consignada en dicha Historia, podrá informar al Jefe/Director del EESS, a fin de que pueda subsanar dichas omisiones durante el tiempo en que dure el proceso de control presencial posterior, a fin de que la prestación pueda ser considerada como conforme. Este punto no incluye las omisiones de tipo asistencial, en el registro de las actividades profesionales o técnicas relacionadas con la salud de las personas.

Las fuentes de verificación física (Formatos Únicos de Atención) deberán ser selladas y suscritas por el Supervisor SIS de la UDR en la parte media del borde inferior del anverso y reverso de los documentos correspondientes a las prestaciones evaluadas.

El sello tendrá las siguientes características y el diámetro deberá ser de 3 cms.



Directiva Administrativa N° 005-2015-SIS/GREP

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

ANEXO 2. FORMATO DE CONTROL PRESENCIAL POSTERIOR DE LAS PRESTACIONES DE SALUD TARIFADAS

FORMATO DE CONTROL PRESENCIAL POSTERIOR DE LAS PRESTACIONES DE SALUD TARIFADAS			
DATOS GENERALES:			
1. Fecha de evaluación:	2 4 / 0 4 / 2 0 1 3	2. Hora de evaluación	[]
3. Nombre de EESS y/o Unidad Ejecutora	[]		4. Código de EESS:
5. N° de Formato Único de Atención:	1 6 0 - 1 2 - 0 0 [] [] [] [] [] [] [] [] [] []	6. N° Historia Clínica	[]
7. Tipo de prestación (concepto prestacional):	[]		8. Nombres y Apellidos del asegurado:
9. Código inscripción/afiliación	1 6 0 - 0 2 - [] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[]	
I. Evaluación de la conformidad del registro del Formato Único de Atención (ECR-FUA).			
CRITERIOS DE EVALUACIÓN PARA RECHAZO TOTAL			SI NO NA
I-1. Se dispone físicamente del FUA			
I-2. El FUA cuenta con los datos necesarios para la evaluación			
I-3. El FUA es legible, sin enmendaduras ni borrones que cuestionen su legalidad			
I-4. Cuenta con sello y firma del responsable de la atención, en el anverso del FUA y de corresponder en el reverso.			
I-5. Cuenta con firma y/o huella digital del asegurado o apoderado, en el anverso del FUA y de corresponder en el reverso.			
I-6. Cuenta con sello y firma del responsable de farmacia			
I-7. Cuenta con sello y firma del responsable de laboratorio y/o anatomía patológica			
I-8. Cuenta con sello y firma del responsable de Rx e imágenes			
RESULTADO PRIMERA FASE:	CONFORME	RECHAZO TOTAL	
II. Evaluación de la conformidad de la prestación de salud (ECP)			
CRITERIOS DE EVALUACIÓN PARA RECHAZO TOTAL			SI NO NA
IIA-1 Se dispone físicamente de la Historia Clínica			
IIA-2 Se dispone físicamente de la Carta de Garantía según corresponda (componente semisubsidiado)			
RESULTADO:	CONFORME	RECHAZO TOTAL	
B. REGISTRO Y CONCORDANCIA DE LAS FUENTES DE VERIFICACIÓN			
CONCORDANCIA: HISTORIA CLÍNICA - FUA - SIASIS			
CRITERIOS DE EVALUACIÓN PARA RECHAZO TOTAL			SI NO NA
IIIB-1 En la Historia Clínica se evidencia el registro correcto de la prestación consignada en el FUA y en el SIASIS, de acuerdo a lo establecido en la normatividad vigente del MINSa (incluye la concordancia de los datos generales del asegurado y la fecha de atención entre la Historia Clínica, el FUA y el SIASIS).			
IIIB-2 Cuenta y existe concordancia del monto y número de autorización dada por el SIS/UDR para la atención de cobertura extraordinaria, casos especiales y enfermedades de alto costo (LPS) entre el FUA y el SIASIS; según lo establecido en la normatividad vigente.			
IIIB-3 Concordancia de los diagnósticos consignados entre la Historia Clínica, el FUA y el SIASIS.			
IIIB-4 Concordancia de los datos del responsable de la atención entre la Historia Clínica, el FUA y el SIASIS así como la concordancia de su firma y sello entre la Historia Clínica y el FUA (incluye la verificación de que la firma y el sello le correspondan).			
IIIB-5 Concordancia de la presentación y de la cantidad prescrita de medicamento e insumos utilizados entre el FUA, el SIASIS y la Historia Clínica, verificada en Kardex de enfermería y/u obstetricia, reporte operatorio u otro registro de la Historia Clínica (incluye el registro según denominación común internacional, vía de administración, concentración, presentación, dosis y duración del tratamiento)			
IIIB-6 Concordancia de los exámenes de apoyo al diagnóstico indicados (laboratorio, anatomía patológica e imágenes) entre la Historia Clínica, el FUA y el SIASIS (incluye la verificación de la existencia de los resultados y/o comentario de los mismos en la Historia Clínica, debidamente firmados y sellados por el profesional competente).			
IIIB-7 Concordancia de los procedimientos realizados (preventivos, diagnósticos y/o terapéuticos) entre la Historia Clínica, el FUA y el SIASIS (incluye la verificación de la existencia de los informes y/o comentario de los mismos en la Historia Clínica, debidamente firmados y sellados por el profesional competente).			
RESULTADO:	CONFORME	RECHAZO TOTAL	
C. EVALUACIÓN DE LA ATENCIÓN DE SALUD			
CRITERIOS DE EVALUACIÓN PARA RECHAZO TOTAL			SI NO NA
IIIC-1 Prestación brindada por personal de salud según corresponda (médico especialista, médico general, otro profesional o técnico de la salud), de acuerdo al tipo de prestación y categoría del EESS.			
IIIC-2 Tratamiento indicado (medicamentos e insumos), de acuerdo a normas técnicas o guías de práctica clínica del MINSa, u otros documentos o guías institucionales, nacionales o internacionales. En caso de uso de medicamentos fuera del petitorio nacional aprobado se debe contar con el documento de aprobación del comité farmacoterapéutico correspondiente.			
IIIC-3 Exámenes de apoyo al diagnóstico solicitados (laboratorio, anatomía patológica e imágenes) de acuerdo a normas técnicas o guías de práctica clínica del MINSa, u otros documentos o guías institucionales, nacionales o internacionales.			
IIIC-4 Procedimientos realizados (preventivos, diagnósticos y terapéuticos) de acuerdo a normas técnicas o guías de práctica clínica del MINSa, u otros documentos o guías institucionales, nacionales o internacionales.			
RESULTADO:	CONFORME	RECHAZO TOTAL	



Firma del Médico Supervisor SIS
CMP - DNI

Firma del Jefe/Encargado del EESS
CP - DNI

Directiva Administrativa N° 005-2015-SIS/GREP
Directiva que Establece el Proceso de Control Presencial Posterior de las Prestaciones de Salud Financidas por e Seguro Integral de Salud – V.03

ANEXO 3. FORMATO DE CONTROL PRESENCIAL POSTERIOR DE LAS PRESTACIONES DE SALUD REEMBOLSADAS POR CONSUMO

FORMATO DE CONTROL PRESENCIAL POSTERIOR DE LAS PRESTACIONES DE SALUD REEMBOLSADAS POR CONSUMO			
DATOS GENERALES:			
1. Fecha de evaluación:	07 / 02 / 2013	2. Hora de evaluación:	
3. Nombre de EESS y/o Unidad Ejecutora		4. Código de EESS:	
5. N° de Formato Único de Atención:	160 - 12 - 00	6. N° Historia Clínica	
7. Tipo de prestación (concepto prestacional):		8. Nombres y Apellidos del asegurado:	
9. Código inscripción/afiliación	160 - 06 - 00		
I. Evaluación de la conformidad del registro del Formato Único de Atención (ECR-FUA).			
CRITERIOS DE EVALUACIÓN PARA RECHAZO TOTAL			SI NO N/A
I-1. Se dispone físicamente del FUA			
I-2. El FUA cuenta con los datos necesarios para la evaluación			
I-3. El FUA es legible, sin enmendaduras ni borrones que cuestionen su legalidad			
I-4. Cuenta con sello y firma del responsable de la atención, en el anverso del FUA y de corresponder en el reverso.			
I-5. Cuenta con firma y/o huella digital del asegurado o apoderado, en el anverso del FUA y de corresponder en el reverso.			
I-6. Cuenta con sello y firma del responsable de farmacia			
I-7. Cuenta con sello y firma del responsable de laboratorio y/o anatomía patológica			
I-8. Cuenta con sello y firma del responsable de Rx e imágenes			
RESULTADO PRIMERA FASE:	CONFORME	RECHAZO TOTAL	
II. Evaluación de la conformidad de la prestación de salud (ECP)			
CRITERIOS DE EVALUACIÓN PARA RECHAZO TOTAL			SI NO N/A
A. AUDITABILIDAD DE LA PRESTACIÓN			
CRITERIOS DE EVALUACIÓN PARA RECHAZO TOTAL			SI NO N/A
IIA-1 Se dispone físicamente de la Historia Clínica			
IIA-2 Se dispone físicamente de la Carta de Garantía según corresponda (componente semisubsidiado)			
RESULTADO:	CONFORME	RECHAZO TOTAL	
B. REGISTRO Y CONCORDANCIA DE LAS FUENTES DE VERIFICACIÓN			
CONCORDANCIA: HISTORIA CLÍNICA - FUA - SIASIS			
CRITERIOS DE EVALUACIÓN PARA RECHAZO TOTAL			SI NO N/A
II B-1 En la Historia Clínica se evidencia el registro correcto de la prestación consignada en el FUA y en el SIASIS, de acuerdo a lo establecido en la normatividad vigente del MNSA (incluye la concordancia de los datos generales del asegurado y la fecha de atención entre la Historia Clínica, el FUA y el SIASIS).			
II B-2 Cuenta y existe concordancia del número de autorización dada por el SIS/UDR para la atención de cobertura extraordinaria, casos especiales y enfermedades de alto costo (LPS), entre el FUA y el SIASIS, según lo establecido en la normatividad vigente.			
II B-3 Concordancia de los diagnósticos consignados entre la Historia Clínica, el FUA y el SIASIS.			
RESULTADO:	CONFORME	RECHAZO TOTAL	
C. EVALUACIÓN DE LA ATENCIÓN DE SALUD			
CRITERIOS DE EVALUACIÓN PARA RECHAZO TOTAL			SI NO N/A
II C-1 Prestación brindada por personal de salud según corresponda (médico especialista, médico general, otro profesional o técnico de la salud), de acuerdo al tipo de prestación y categoría del EESS.			
II C-2 Prestación brindada de acuerdo a normas técnicas o guías de práctica clínica del MNSA, u otros documentos o guías institucionales, nacionales o internacionales.			
RESULTADO:	CONFORME	RECHAZO TOTAL	
CRITERIOS DE EVALUACIÓN PARA RECHAZO PARCIAL			SI NO N/A
A. CONCORDANCIA ENTRE LAS FUENTES DE VERIFICACIÓN			
CONCORDANCIA: HISTORIA CLÍNICA - FUA - SIASIS			
CRITERIOS DE EVALUACIÓN PARA RECHAZO PARCIAL			SI NO N/A
IIA-1 Conformidad/ concordancia en el registro de las fechas de afiliación, ingreso y alta de la prestación en la Historia Clínica con lo consignado en el FUA y en el SIASIS.			
IIA-2 Concordancia del monto autorizado por el SIS/UDR para la atención de cobertura extraordinaria, casos especiales y enfermedades de alto costo (LPS) entre el FUA y el SIASIS (el monto autorizado es mayor o igual al valor de producción).			
IIA-3 Concordancia de la presentación y de la cantidad prescrita de medicamento e insumos utilizados entre el FUA, el SIASIS y la Historia Clínica, verificada en Kardex de enfermería y/u obstetricia, reporte operatorio u otro registro de la Historia Clínica (incluye el registro según denominación común internacional, vía de administración, concentración, presentación, dosis y duración del tratamiento). En los casos que amerite, se adjunta al FUA el estado de cuenta del consumo.			
IIA-4 Concordancia de los exámenes de apoyo al diagnóstico indicados (laboratorio, anatomía patológica e imágenes) entre la Historia Clínica, el FUA y el SIASIS (incluye la verificación de la existencia de los resultados y/o comentario de los mismos en la Historia Clínica, debidamente firmados y sellados por el profesional competente). En los casos que amerite, se adjunta al FUA el estado de cuenta del consumo.			
IIA-5 Concordancia de los procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos indicados entre la Historia Clínica, el FUA y el SIASIS (incluye la verificación de la existencia de los informes y/o comentario de los mismos en la Historia Clínica, debidamente firmados y sellados por el profesional competente). En los casos que amerite, se adjunta al FUA el estado de cuenta del consumo.			
RESULTADO:	CONFORME	RECHAZO PARCIAL	
B. EVALUACIÓN DE LA ATENCIÓN DE SALUD			
CRITERIOS DE EVALUACIÓN PARA RECHAZO PARCIAL			SI NO N/A
II B-1 Tratamiento indicado (medicamentos e insumos), de acuerdo a normas técnicas o guías de práctica clínica del MNSA, u otros documentos o guías institucionales, nacionales o internacionales. En caso de uso de medicamentos fuera del petitorio nacional aprobado se debe contar con el documento de aprobación del comité farmacoterapéutico correspondiente.			
II B-2 Exámenes de apoyo al diagnóstico solicitados (laboratorio, anatomía patológica e imágenes) de acuerdo a normas técnicas o guías de práctica clínica del MNSA, u otros documentos o guías institucionales, nacionales o internacionales.			
II B-3 Procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos solicitados de acuerdo a normas técnicas o guías de práctica clínica del MNSA, u otros documentos o guías institucionales, nacionales o internacionales.			
RESULTADO:	CONFORME	RECHAZO PARCIAL	



Firma del Médico Supervisor SIS
 CNP - DN

Firma del
 Jefe/Encargado del EESS
 CP - DN

Directiva Administrativa N° 005-2015-SIS/GREP
Directiva que Establece el Proceso de Control Presencial Posterior de las Prestaciones de Salud Financiadas por el Seguro Integral de Salud – V.03

ANEXO 4. MODELO PRELLENADO DE FORMATO DE CONSOLIDACION DE RESULTADOS

140 - DISA HUANUCO

DISA/DIRESA:

Red

Microrre

Establecimiento de Salud: 100203A301 - COLPAS

Jefe y/o representante del

Carg

Número de prestaciones **40**

Evaluación según tipo de pago Por Tarifa Mixta Por Consumo Per Cápita

FECHA:

HORA:

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

N°	N° HISTORIA CLINICA	FORMATO ÚNICO DE ATENCIÓN (FUA)			Evaluación de la atención de salud (ECP)				
		DISA	LO	Número	FASE I		FASE II		
					Conforme	Rechazado	Conform	Rechazo total	Rechazo parcial
1	1--008-8	140	15	40231976					
2	1-004-2	140	15	40192842					
3	1-004-4	140	15	40192816					
4	1-006-1	140	15	40192512					
5	1-006-2	140	15	40192513					
6	1-006-7	140	15	40444035					
7	1-007-1	140	15	40301885					
8	1-007-5	140	15	40301891					
9	1-008-6	140	15	40444113					
10	1-018-11	140	15	40302250					
11	1-018-11	140	15	40302249					
12	1-045-14	140	15	40193832					
13	1-045-14	140	15	40193831					
14	1-045-14	140	15	40193830					
15	1-045-5	140	15	40301962					
16	1-046-2	140	15	40301971					
17	1-046-2	140	15	40301973					
18	1-049-6	140	15	40193897					
19	1-056-8	140	15	40302079					
20	1-062-1	140	15	40192543					
21	1-069-1	140	15	40302226					
22	1-070-4	140	15	40193822					
23	1-087-3	140	15	40301888					
24	1-087-3	140	15	40301890					
25	1-094-2	140	15	40301703					
26	1-105-3	140	15	40302280					
27	1-108-3	140	15	40193893					
28	1-108-3	140	15	40192538					
29	1-108-3	140	15	40193892					
30	1-108-4	140	15	40301911					
31	1-121-2	140	15	40193582					
32	1-121-2	140	15	40193853					
33	2-001-3	140	15	40192593					
34	2-014-1	140	15	40421680					
35	2-017-7	140	15	40301709					
36	2-024-2	140	15	40193801					
37	2-039-5	140	15	40302202					
38	2-058-3	140	15	40231962					
39	2-058-5	140	15	40302204					
40	2-072-4	140	15	40193074					

RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN

N

PRESTACIONES CONFORMES

40

PRESTACION CON RECHAZO TOTAL

0

PRESTACION CON RECHAZO PARCIAL

0

TOTAL PRESTACIONES EVALUADAS

40

Supervisor SIS
N° DNI

Supervisor 2 SIS
CMP - N° DNI

Jefe/Responsable del EESS
CP - N° DNI



J ALDANA C

ANEXO N° 5

ACTA DE EVALUACION DEL PCPP

FECHA:/...../.....

Establecimiento de Salud:.....Código de EESS.....

DIRESA/GERESA:RED: MICRORRED:

Evaluación según tipo de pago: Por Tarifa Mixta PorConsumo. Per Cápita.

a) DE LA PRESENTACIÓN INICIAL

En el distrito de..... provincia....., región....., El Dr. Médico Supervisor SIS, se presentó ante el Jefe/Director del EESS o responsable delegado por éste a quien le explicó el motivo de la visita y la agenda de trabajo.

Habiéndose informado adecuadamente al Jefe/Director del EESS o responsable delegado por este, se da inicio a la Evaluación del Proceso de Control Presencial Posterior de las prestaciones de Salud a las..... horas del día..... /...../.....

b) DEL INICIO DEL PROCESO

ASPECTO	SI	NO	COMENTARIOS
Se inició 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 documentación solicitada se realizó dentro de los plazos estipulados en la Directiva correspondiente.			

c) FASE I: Evaluación de la conformidad del registro del Formato Único de Atención (ECR-FUA).

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 (ECP).

N° DE PRESTACIONES CONFORMES-ECR-FUA	N° DE CONFORMES ECP	N° DE RECHAZOS TOTALES ECP	N° DE RECHAZOS PARCIALES ECP



ANEXO N° 6.

MODELO SUGERIDO DEL INFORME DE RESULTADOS DEL PCPP

INFORME N°

A: XXXXXXXX XXXXXX XXXX
 Director UDR

ASUNTO: Evaluación del Proceso de Control Presencial Posterior de las
 Prestaciones de Salud del (Nombre del EESS)

REFERENCIA: N° de Oficio dirigido a la DISA/DIRESA u Hospital Nacional o
 Instituto Especializado, informando sobre la evaluación del PCPP.
 N° de Informe mediante el cual se emite el Cronograma trimestral de
 evaluaciones a la Gerencia Macroregional.

FECHA:

I. Introducción:

Se consignará los datos referidos a los antecedentes de la evaluación (POI,RJ), los criterios utilizados para la selección del establecimiento a evaluar y el periodo evaluado.

II. Análisis de los resultados:

Se consignará un análisis estadístico descriptivo de los resultados de la evaluación, indicando en forma precisa el incumplimiento de los criterios evaluados.

III. Conclusiones:

Las conclusiones serán desarrolladas de acuerdo al análisis de los resultados, deberán consignar cuales son los criterios incumplidos con mayor frecuencia.

IV. Recomendaciones:

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 del SIS, por ejemplo, se podría recomendar solicitar el descuento de las prestaciones rechazadas.

.....
Supervisor SIS.

.....
Supervisor SIS.

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

ANEXO N° 7

REPORTE DE SOLICITUD DE DESCUENTO DE PRESTACIONES DE SALUD (PCPP) A GNF

PERIODO:

MES:

UDR:

DOCUMENTO UDR/GREP:

ESTADO:

COMPONENTE SUBSIDIADO

DNTP U.E. Cód EESS Nombre EESS Mes Producción Tipo Pago Tipo Rechazo N° Atenciones Valor S/.

Total Tipo Rechazo:
Total Unidad Ejecutora.

Total Subsidiado:

COMPONENTE SEMISUBSIDIADO

DNTP U.E. Cód EESS Nombre EESS Mes Producción Tipo Pago Tipo Rechazo N° Atenciones Valor S/.

Total Tipo Rechazo:
Total Unidad Ejecutora.

Total SemiSubsidiado:

TOTAL GENERAL

Total UDR

Director UDR /GMR/GREP

ANEXO N°8

Lista de Chequeo que verifica la disponibilidad de los insumos/medicamentos necesarios para la atención de las principales emergencias obstétricas.

CLAVE	Kit (verificar vencimiento):	Pruebas de laboratorio requeridas:
ROJA: Shock Hipovolémico	<ul style="list-style-type: none"> - Na Cl al 9‰ (02 frascos). - Poligelina (02 frascos). - Equipo de venoclisis (02 unidades). - Catéter EV n° 16 ó 18 (03 unidades). - Jeringas 05 cc (03 unidades). - Oxitocina 10 UI (10 ampollas). - Ergometrina maleato 0.2 mg (02 ampollas). - Misoprostol 200ug (04 tabletas). - Tubo de mayo N° 04 (01 unidad). - Guantes quirúrgicos (03 unidades). - Sonda Foley N° 24 (01 unidad). - Bolsa Colectora (01 unidad). - Esparadrappo pequeño (01 unidad). - Ligadura (01 Unidad). - Alcohol 50cc (01 unidad). - Algodón en torunda (08 unidades) 	<ul style="list-style-type: none"> - Hemograma - Hemoglobina - Tiempo de coagulación - Tiempo de sangría - Recuento plaquetario - Grupo sanguíneo y factor Rh.
AZUL: Preeclampsia – Eclampsia	<ul style="list-style-type: none"> - Na Cl al 9‰ (02 frascos). - Equipo de venoclisis (02 unidades). - Catéter EV n° 16 ó 18 (02 unidades). - Jeringas 5 cc con aguja N° 21 (04 unidades). - Jeringas 10 cc con aguja N° 21 (04 unidades). - Tubo de mayo N° 04 (01 unidad). - Guantes quirúrgicos (04 unidades). - Sonda Foley N° 24 (01 unidad). - Bolsa Colectora (01 unidad). - Sulfato de magnesio al 20% (08 ampollas). - Metildopa 500 mg (04 tabletas). - Nifedipino 10 mg (03 tabletas). - Bombilla de aspiración (01 unidad) - Aguja N° 21 (04 unidades) 	<ul style="list-style-type: none"> - Hemograma - Hemoglobina - Tiempo de coagulación - Tiempo de sangría - Recuento plaquetario - Grupo sanguíneo y factor Rh. - Urea. - Creatinina. - Ácido úrico - Transaminasas.
AMARILLA: Sepsis - Shock Séptico	<ul style="list-style-type: none"> - Na Cl al 9‰ (02 frascos). - Equipo de venoclisis (02 unidades). - Catéter EV n° 16 ó 18 (02 unidades). - Sonda Foley N° 24 (01 unidad). - Bolsa Colectora (01 unidad). - Jeringas 10 cc con aguja N° 21 (02 unidades). - Jeringas 5 cc con aguja N° 21 (04 unidades). - Aguja N° 23 (02 unidades) - Aguja N° 21(02 unidades) - Ampicilina 1 gr (01 frasco) - Gentamicina 160 mg (01 ampolla) - Clindamicina 600 mg (02 ampollas) - Oxitocina 10 UI (03 ampollas) - Ranitidina 50 mg (01 ampolla) - Metamizol 1g (02 ampollas) - Furosemida 20 mg (01 ampolla). 	<ul style="list-style-type: none"> - Hemograma - Hemoglobina - Tiempo de coagulación - Tiempo de sangría - Recuento plaquetario - Grupo sanguíneo y factor Rh. - Urea. - Creatinina. - Ácido úrico - Proteínas totales y fraccionadas - Hemocultivo - Urocultivo - Cultivo de secreciones.

Resultados:

- Clave Roja: SI NO
- Clave Azul: SI NO
- Clave Amarilla: SI NO



J. ALDANA C

ANEXO N° 9

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DEL PROCESO DE CONTROL PRESENCIAL POSTERIOR

ACTIVIDAD	PLAZO	RESPONSABLE	OBSERVACIÓN
PROGRAMACIÓN DE VISITAS DE PCPP	15 días calendario	Médico Supervisor UDR	Durante la 2ª quincena del mes previo al inicio del Trimestre en que se va a programar.
APROBACIÓN DE VISITAS	02 días hábiles	Gerencia Macroregional.	A partir de la fecha del registro de la Programación.
APROBACIÓN DE SOLICITUDES DE REPROGRAMACIÓN	02 días hábiles	Gerencia Macroregional.	A partir de la fecha del registro de la Solicitud
DISPONIBILIDAD DE LA MUESTRA EN EL MODULO PCPP	05 días hábiles	Oficina General de Tecnología de la Información (OGTI)	A partir de la Aprobación de la Visita de Supervisión
REGISTRO DE RESULTADOS DEL PCPP Y CIERRE DEL PROCESO REGISTRADO	10 días hábiles	Médico Supervisor UDR	A partir de la fecha de la Visita realizada
INFORME DE RESULTADOS DE PCPP	05 días hábiles	Médico Supervisor UDR	A partir de la última visita del mes, presentar al Sub Gerente de la UDR
REPORTE DE CONSOLIDADO DE LOS INFORMES DE PCPP	15 días calendario	Sub Gerente UDR	A partir del último día de cada mes, presentar a GMR
INFORME TRIMESTRAL DE EJECUCIÓN DE EVALUACIONES PROGRAMADAS EN EL PERIODO	20 días calendario	Gerencia Macroregional.	A partir del último día de cada Trimestre, presentar a GREP.
MONITOREO Y SEGUIMIENTO DE LA IMPLEMENTACIÓN DE RECOMENDACIONES	60 días calendario	Médico Supervisor UDR	A partir de la fecha de ejecución del PCPP
REPORTE DE RESULTADOS DE IMPLEMENTACION DE RECOMENDACIONES	30 días calendario	EESS/ U.E. /DIRESA	A partir de la solicitud el reporte de resultados de implementación de recomendaciones
CIERRE DE EVALUACION MENSUAL DEL PROCESO.	15 días calendario	Oficina General de Tecnología de la Información (OGTI)	A partir del último día de cada mes