



PERÚ

Ministerio  
de Salud

Seguro Integral de Salud

GUÍA N°001-2022-SIS/GNF-V.01

## GUÍA DE OPERATIVIZACIÓN DE LOS CONVENIOS SUSCRITOS ENTRE EL SIS, FISSAL, GORES, DIRIS E IPRESS, PARA EL FINANCIAMIENTO DE LAS PRESTACIONES DE SALUD Y PRESTACIONES ADMINISTRATIVAS DE LOS ASEGURADOS

	RESPONSABLE	FIRMA o SELLO
<b>Propuesto por el órgano o unidad funcional:</b>	Gerencia de Negocios y Financiamiento	
<b>Revisado por el órgano de:</b>	Oficina General de Planeamiento Presupuesto y Desarrollo Organizacional	
<b>Revisado por el órgano de:</b>	Oficina General de Asesoría Jurídica	
<b>Aprobado por:</b>	Jefatura del SIS	

	<b>GUÍA DE OPERATIVIZACIÓN DE LOS CONVENIOS SUSCRITOS ENTRE EL SIS, FISSAL, GORES, DIRIS E IPRESS, PARA EL FINANCIAMIENTO DE LAS PRESTACIONES DE SALUD Y PRESTACIONES ADMINISTRATIVAS DE LOS ASEGURADOS</b>	Código: G-001
		Versión: 01
		Página 2 de 36

**GUIA N° 001-2022-SIS/GNF-V.01**

**I. INDICE**

<b>FINALIDAD.....</b>	<b>3</b>
<b>OBJETIVO.....</b>	<b>3</b>
<b>ÁMBITO DE APLICACIÓN.....</b>	<b>3</b>
<b>BASE LEGAL.....</b>	<b>3</b>
<b>PRESENTACIÓN.....</b>	<b>6</b>
<b>DIVISIÓN.....</b>	<b>8</b>
<b>CAPITULO I: DISPOSICIONES GENERALES.....</b>	<b>8</b>
<b>SECCIÓN I: ACRÓNIMOS.....</b>	<b>8</b>
<b>SECCIÓN II: DEFINICIONES OPERATIVAS.....</b>	<b>9</b>
<b>CAPÍTULO II: DISPOSICIONES ESPECÍFICAS .....</b>	<b>17</b>
<b>SECCIÓN I: DEL PROCESO DE ATENCIÓN EN SALUD.....</b>	<b>15</b>
<b>SECCIÓN II: PROCESO DE AFILIACIÓN, ADSCRIPCIÓN Y ACREDITACIÓN DEL AFILIADO .....</b>	<b>17</b>
<b>SECCIÓN III: DEL PROCESO DE CONTROL PRESTACIONAL.....</b>	<b>21</b>
<b>SECCIÓN IV: PROCESO DE COBERTURA FINANCIERA.....</b>	<b>23</b>
<b>SECCIÓN V: DE LA ASISTENCIA TÉCNICA AL PRESTADOR.....</b>	<b>30</b>
<b>SECCIÓN VI: SOBRE EL MONITOREO Y SEGUIMIENTO DEL CUMPLIMIENTO DE LAS CONDICIONES DEFINIDAS EN EL CONVENIO...</b>	<b>31</b>
<b>SECCIÓN VII: SOBRE LOS PLAZOS DEL PRESTADOR PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE RECOMENDACIONES .....</b>	<b>32</b>
<b>SECCIÓN VIII: GESTIÓN DE FORTALECIMIENTO DE LA INTEGRIDAD....</b>	<b>32</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>33</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>33</b>

	<b>GUÍA DE OPERATIVIZACIÓN DE LOS CONVENIOS SUSCRITOS ENTRE EL SIS, FISSAL, GORES, DIRIS E IPRESS, PARA EL FINANCIAMIENTO DE LAS PRESTACIONES DE SALUD Y PRESTACIONES ADMINISTRATIVAS DE LOS ASEGURADOS</b>	Código: G-001
		Versión: 01
		Página 3 de 36

## II. FINALIDAD

Dotar de una herramienta que permita al Seguro Integral de Salud a través de sus IAFAS, SIS y FISSAL, así como a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud – IPRESS, Gobiernos Regionales – GORE y Dirección de Redes Integradas de Salud – DIRIS desarrollar o ejecutar los términos acordados en los convenios y adendas suscritas para el financiamiento de las prestaciones de salud y prestaciones administrativas brindadas a los asegurados del SIS, a fin de poder contar con un instrumento de gestión que permita mejorar los procesos de la institución y mitigar los riesgos.

## III. OBJETIVO

Establecer los criterios técnicos, conceptuales y metodológicos que permita operativizar los términos acordados en los convenios y adendas suscritos entre las IAFAS SIS y FISSAL y las IPRESS, GORES, DIRIS.

## IV. ÁMBITO DE APLICACIÓN

La presente Guía Técnica es aplicable para los órganos de línea y desconcentrados del Seguro Integral de Salud. Asimismo, para las IPRESS, unidades ejecutoras de los Gobiernos Regionales y las Direcciones de Redes Integradas de Salud-DIRIS, con las que las IAFAS SIS y FISSAL hayan suscrito convenios y adendas para el financiamiento de las prestaciones de salud y prestaciones administrativas brindadas a sus asegurados.

## V. BASE LEGAL

- 5.1 Ley N° 29698, Ley que declara de Interés Nacional y Preferente Atención el Tratamiento de personas que padecen Enfermedades Raras o Huérfanas
- 5.2 Ley N° 31365, Ley de Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2022.
- 5.3 Decreto Legislativo N° 1440, del Sistema Nacional de Presupuesto Público.
- 5.4 Decreto Legislativo N° 1436, Marco de la Administración Financiera del Sector Público.
- 5.5 Decreto Legislativo N° 1163, Decreto Legislativo que aprueba disposiciones para el fortalecimiento del Seguro Integral de Salud.
- 5.6 Decreto de Urgencia N° 012-2021, que dicta medidas extraordinarias en el marco de la emergencia nacional por el COVID-19 para reforzar los sistemas de prevención, control, vigilancia y respuesta del Sistema Nacional de Salud.
- 5.7 Decreto Supremo N° 008-2010-SA que aprueba el Reglamento de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.

	<b>GUÍA DE OPERATIVIZACIÓN DE LOS CONVENIOS SUSCRITOS ENTRE EL SIS, FISSAL, GORES, DIRIS E IPRESS, PARA EL FINANCIAMIENTO DE LAS PRESTACIONES DE SALUD Y PRESTACIONES ADMINISTRATIVAS DE LOS ASEGURADOS</b>	Código: G-001
		Versión: 01
		Página 4 de 36

- 5.8** Decreto Supremo N° 011-2011-SA, que aprueba el “Reglamento de Organización y Funciones del Seguro Integral de Salud”, modificado por Decreto Supremo N° 002-2016-SA.
- 5.9** Decreto Supremo N° 020-2014-SA, que aprueba el Texto Único Ordenado de la Ley N° 29344 Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.
- 5.10** Decreto Supremo N° 030-2014-SA, que aprueba el Reglamento del Decreto Legislativo N° 1163 que aprueba las disposiciones para el fortalecimiento del Seguro Integral de Salud.
- 5.11** Decreto Supremo N° 004-2019-JUS, que aprueba el Texto Único Ordenado de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General y modificaciones.
- 5.12** Decreto Supremo N° 006-2020-SA, que aprueba los Mecanismos para el pago de las prestaciones convenidas o contratadas que efectúa la IAFAS-SIS a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS).
- 5.13** Decreto Supremo N° 008-2020-SA, Decreto Supremo que declara en Emergencia Sanitaria a nivel nacional por el plazo de noventa (90) días calendario, como medida de prevención y control para evitar la aparición y propagación del coronavirus COVID-19; cuya medida ha tenido prórrogas, siendo el último mediante Decreto Supremo N° 015-2022-SA.
- 5.14** Resolución Ministerial N° 325-2012/MINSA, que aprueba el Listado de Enfermedades de Alto Costo de Atención; se estima pertinente incluir dicho dispositivo normativo en la guía, toda vez que precisa la cobertura de la IAFAS FISSAL.
- 5.15** Resolución Ministerial N° 151-2014/MINSA, que aprueba el “Listado de Enfermedades Raras o Huérfanas” y el “Listado de medicamentos para el tratamiento del Grupo 1: Muy alta prioridad, del Listado de Enfermedades Raras o Huérfanas”.
- 5.16** 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”.
- 5.17** Resolución Ministerial N° 574-2017-MINSA que aprueba la NTS N°138-MINSA/2017/DGIESP: Norma Técnica de Salud de Centros de Salud Mental Comunitarios.
- 5.18** Resolución Ministerial N° 902-2017/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: “Catálogo de Procedimientos Médicos y Sanitarios del Sector Salud” y su modificatoria.
- 5.19** Resolución Ministerial N° 116-2018/MINSA que aprueba la Directiva Administrativa "Gestión del Sistema Integrado de Suministro Público de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios – SISMED".
- 5.20** 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".
- 5.21** Resolución Ministerial N° 230-2020, que aprueba el Documento Técnico: Listado de las Enfermedades Raras o Huérfanas (LERH).
- 5.22** Resolución Ministerial N° 446-2021/MINSA, que aprueba la Directiva Administrativa N° 311-MINSA/2021/DGAIN "Metodología del mecanismo de pago per cápita del Seguro Integral de Salud", que en documento adjunto forma parte integrante de la

	<b>GUÍA DE OPERATIVIZACIÓN DE LOS CONVENIOS SUSCRITOS ENTRE EL SIS, FISSAL, GORES, DIRIS E IPRESS, PARA EL FINANCIAMIENTO DE LAS PRESTACIONES DE SALUD Y PRESTACIONES ADMINISTRATIVAS DE LOS ASEGURADOS</b>	Código: G-001
		Versión: 01
		Página 5 de 36

presente Resolución Ministerial, Directiva Administrativa N° 309-MINSA/2021/DGAIN "Metodología del mecanismo de pago por prestaciones de salud del Seguro Integral de Salud" y Directiva Administrativa N° 308- MINSA/2021/DGAIN "Metodología para el pago de prestaciones administrativas (por expediente) del Seguro Integral de Salud", entre otros.

- 5.23** Resolución Jefatural N°133-2019/SIS que aprueba la Política del Sistema de Gestión Antisorborno del SIS.
- 5.24** 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 del seguro Integral de Salud.
- 5.25** Resolución Jefatural N° 093-2015/SIS, que aprueba el Listado de Procedimientos de Alto Costo a ser financiados por el FISSAL para los asegurados del SIS.
- 5.26** Resolución Jefatural N° 241-2015/SIS, que aprueba la Directiva Administrativa N° 002-2015-SIS/GREP-V.02 Directiva Administrativa que Regula el Proceso de Evaluación Automática de las Prestaciones del SIS y sus Anexos.
- 5.27** Resolución Jefatural N° 006-2016/SIS, que aprueba 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 SIS" y sus anexos.
- 5.28** Resolución Jefatural N° 202-2016/SIS, que aprueba la Directiva Administrativa N° 005-2016-SIS/GREP-V.02, Directiva Administrativa que establece el Proceso de Reconsideración de las Prestaciones del Seguro Integral de Salud.
- 5.29** Resolución Jefatural N° 206-2016/SIS, que aprueba la Directiva Administrativa N° 003-2016-SIS-GNF-V.01 "Directiva Administrativa marco que regula el proceso de pago de las prestaciones de salud, administrativas y económicas del Seguro Integral de Salud".
- 5.30** Resolución Jefatural N° 017-2019/SIS, que aprueba el "Tarifario de Procedimientos Médicos y Sanitarios del Seguro Integral de Salud" y sus modificatorias.
- 5.31** Resolución Jefatural N°133-2019/SIS que aprueba la Política del Sistema de Gestión Antisorborno del SIS.
- 5.32** Resolución Jefatural N° 187-2019/SIS, que aprueba la Directiva Administrativa N° 001-2019-SIS/FISSAL-DIGEA-DIF-V.01, Directiva Administrativa que regula el Proceso de Autorización y Financiamiento de las Prestaciones Administrativas en el Fondo Intangible Solidario de Salud – FISSAL.
- 5.33** Resolución Jefatural N° 002-2020-SIS-FISSAL/J, que aprueba la Directiva Administrativa N° 001-2020-SIS/FISSAL "Directiva Administrativa para el Cálculo de la Transferencia y Liquidación de los Recursos Financieros otorgados a las Unidades Ejecutoras por las Prestaciones de Salud y Administrativas brindadas a los Asegurados del Seguro Integral de Salud, con cobertura FISSAL".
- 5.34** Resolución Jefatural N° 031-2020-SIS, que aprueba la Directiva Administrativa N°001-2020-SIS/GNF-V.01 Directiva Administrativa que establece el Proceso de Valorización de las Prestaciones de Salud de la Institución Administradora de Fondos de Aseguramiento en Salud Seguro Integral de Salud (IAFAS SIS).

	<b>GUÍA DE OPERATIVIZACIÓN DE LOS CONVENIOS SUSCRITOS ENTRE EL SIS, FISSAL, GORES, DIRIS E IPRESS, PARA EL FINANCIAMIENTO DE LAS PRESTACIONES DE SALUD Y PRESTACIONES ADMINISTRATIVAS DE LOS ASEGURADOS</b>	Código: G-001
		Versión: 01
		Página 6 de 36

- 5.35** Resolución Jefatural N° 112-2020/SIS, aprueba la Directiva Administrativa que regula los procedimientos de afiliación al Seguro Integral de Salud N° 001-2020-SIS/GA - V.01”.
- 5.36** Resolución Jefatural N° 015-2021/SIS, que aprueba la Directiva Administrativa N° 001-2021-SIS/GREP-V.01 “Directiva Administrativa para la Gestión 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)”
- 5.37** Resolución Jefatural N°119-2021-SIS-FISSAL/J, que aprueba la Directiva Administrativa Interna N° 006-2021-SIS/FISSAL “Directiva Administrativa Interna sobre el Proceso de Control de las prestaciones de Salud brindadas por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Públicas”.
- 5.38** Resolución Jefatural N° 185-2021/SIS que aprueba la Directiva Administrativa N° 003-2021-SIS/GNFV.01, “Directiva Administrativa que regula el procedimiento de la liquidación de las prestaciones del Seguro Integral de Salud”.
- 5.39** Resolución Jefatural N° 037-2022-SIS-FISSAL/J, que aprueba la “Directiva Administrativa Interna que establece el Proceso de Identificación de las Prestaciones de Cobertura del FISSAL registradas en los aplicativos informáticos del Seguro Integral de Salud”.
- 5.40** Resolución Jefatural N° 038-2022-SIS-FISSAL/J, que aprueba la Directiva Administrativa Interna N°003-2022-SIS/FISSAL “Directiva Administrativa Interna sobre la cobertura de las Prestaciones de Salud a cargo de la IAFAS Fondo Intangible Solidario de Salud - FISSAL”.
- 5.41** Resolución Jefatural N° 089-2022-SIS, que aprueba la Directiva Administrativa N°001-2022-SIS/OGPPDO-V.01 Directiva que regula la emisión de los documentos normativos del Seguro Integral de Salud”
- 5.42** Resolución Secretarial N°094-2022/SIS/SG que aprueba la Directiva N° 007-2022-SIS/SG-V.1, “Directiva para la atención de denuncias por presuntos actos de corrupción y otorgamiento de medidas de protección al denunciante en el Seguro Integral de Salud”.
- 5.43** Resolución Jefatural N° 126-2022/SIS que aprueba la Directiva N° 008-2022-SIS/GNF-V.01, “Directiva para el monitoreo, supervisión y seguimiento a las Transferencias Financieras del Seguro Integral de Salud”.

## VI. PRESENTACIÓN

El SIS es una Institución Administradora de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS) pública que recibe, capta y gestiona fondos para la cobertura de las atenciones de servicios de salud<sup>1</sup> y que para transferir fondos suscribe convenios con los Gobiernos Regionales (GORES), Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS), Unidades de Gestión de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (UGIPRESS), en cumplimiento de lo establecido en el artículo 4 del decreto Legislativo N° 1163, que establece disposiciones para el fortalecimiento del SIS y del artículo 12 del Decreto Supremo N° 030-2014 y sus modificatorias.

<sup>1</sup> Artículo 7 del D.S. N° 020-2014-SA “TUO de la Ley N° 29344, Ley Marco del Aseguramiento Universal en Salud.

	<b>GUÍA DE OPERATIVIZACIÓN DE LOS CONVENIOS SUSCRITOS ENTRE EL SIS, FISSAL, GORES, DIRIS E IPRESS, PARA EL FINANCIAMIENTO DE LAS PRESTACIONES DE SALUD Y PRESTACIONES ADMINISTRATIVAS DE LOS ASEGURADOS</b>	Código: G-001
		Versión: 01
		Página 7 de 36

El FISSAL es la Unidad Ejecutora N° 002 del Pliego SIS; y se constituyó como Institución Administradora de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS) pública en virtud de lo dispuesto en el artículo 7 del Texto Único Ordenado de la Ley N° 29344, Ley Marco del Aseguramiento en Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 020-2014-SA. Asimismo, de acuerdo con lo establecido en el Decreto Legislativo N° 1163, se faculta al FISSAL a financiar las atenciones de las enfermedades de alto costo de atención, enfermedades raras y huérfanas, de acuerdo con los listados aprobados por el Ministerio de Salud, mediante Resolución Ministerial, así como procedimientos de alto costo.

La Guía Técnica de operativización de los convenios suscritos entre el Seguro Integral de Salud-SIS, Fondo Intangible Solidario de Salud-FISSAL y los Gobiernos Regionales, Direcciones Redes Integradas de Salud y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud especializadas de Lima Metropolitana se configura como una herramienta que ha sido elaborado con los aportes de las Gerencias de Línea del SIS y el FISSAL, con el objetivo de reforzar y establecer criterios técnicos, conceptuales y metodológicos que permita operativizar los términos acordados en los convenios suscritos.

La Guía Técnica cuenta con dos capítulos en los que se establecen elementos conceptuales y metodológicos a seguir para el desarrollo de los convenios mencionados. El primer capítulo establece las disposiciones conceptuales metodológicas generales las cuales incluyen los acrónimos y definiciones operativas que nos permitirá el correcto entendimiento del documento. El segundo capítulo señala los procesos metodológicos para el desarrollo de los convenios, siendo estas el proceso de atención en salud, el proceso de afiliación, adscripción y acreditación del afiliados, el proceso de control prestacional, proceso de cobertura financiera, sobre la asistencia técnica a los prestadores de servicios, el proceso de monitoreo y seguimiento del cumplimiento de las condiciones definidas en el convenio, los plazos de los prestadores para la implementación de las recomendaciones brindadas y la gestión del fortalecimiento de la integridad.

La presente Guía Técnica es un instrumento que permitirá orientar los criterios preestablecidos para la implementación de los convenios suscritos con GORE, DIRIS e IPRESS, de esta forma se busca garantizar el financiamiento de las prestaciones que brindan las IPRESS a favor de los asegurados al SIS y por consiguiente la atención de las necesidades de salud de la población.

	<b>GUÍA DE OPERATIVIZACIÓN DE LOS CONVENIOS SUSCRITOS ENTRE EL SIS, FISSAL, GORES, DIRIS E IPRESS, PARA EL FINANCIAMIENTO DE LAS PRESTACIONES DE SALUD Y PRESTACIONES ADMINISTRATIVAS DE LOS ASEGURADOS</b>	Código: G-001
		Versión: 01
		Página 8 de 36

## VII. DIVISIÓN

### CAPITULO I CONSIDERACIONES METODOLÓGICAS GENERALES SECCIÓN I ACRÓNIMOS

Para fines de la presente Guía Técnica, se considera utilizarán los siguientes acrónimos y siglas:

CE	Carné de Extranjería.
CSE	Clasificación Socio económica.
CENARES	Centro Nacional de Abastecimiento de Recursos Estratégicos en Salud.
DM	Dispositivos médicos.
DNI	Documento Nacional de Identidad.
DIRIS	Dirección de Redes Integradas de Salud del Ministerio de Salud.
FISSAL	Fondo Intangible Solidario de Salud
FTP	Protocolo de transferencias de ficheros.
FUA	Formato Único de Atención.
GMR	Gerencia Macro Regional del SIS.
GNF	Gerencia de Negocios y Financiamiento del SIS.
GORES	Gobiernos Regionales
IAFAS	Institución Administradora de Fondos de Aseguramiento en Salud. .
IPRESS	Institución Prestadora de Servicios de Salud.
ICI	Informe de Consumo Integrado.
MINSA	Ministerio de Salud.
MOF	Manual de Organizaciones y Funciones.
MYPE	Micro y pequeña empresa.
NRUS	Nuevo Régimen Único Simplificado.
NTS	Norma Técnica Sanitaria.
OCI	Órgano de Control Institucional.
OGTI	Oficina General de Tecnología de la Información del SIS.
PCPP	Proceso de Control Presencial Posterior.
PEA	Proceso de Evaluación Automática de Prestaciones.
PEAS	Plan Esencial de Aseguramiento en Salud.
PF	Productos Farmacéuticos.
PS	Productos Sanitarios.
RAAUS	Registro de Afiliados al Aseguramiento Universal en Salud
RENIPRESS	Registro Nacional de IPRESS.

ROF	Reglamento de Organización y Funciones del SIS
REMYPE	Registro Nacional de la Micro y Pequeña Empresa
SMA	Servicio Médico de Apoyo
SIAF	Sistema Integrado de Administración Financiera del MEF.
SIASIS	Sistema Integrado de Aseguramiento del Seguro Integral de Salud.
SIGA	Sistema Integrado de Gestión Administrativa del MEF.
SISMED	Sistema Integrado de Suministro de Medicamentos e Insumos Médico-Quirúrgicos.
SIS	Seguro Integral de Salud
SUSALUD	Superintendencia Nacional de Salud.
TS	Tecnología Sanitaria
UDR	Unidad Desconcentrada Regional del SIS.
UE	Unidad Ejecutora.
UGIPRESS	Unidad de Gestión de IPRESS

## SECCIÓN II

### DEFINICIONES OPERATIVAS

- Acta de Compromisos:** Es un documento formal suscrito por las partes, donde se consigna el marco presupuestal anual, indicadores y condiciones para la ejecución de los recursos transferidos por cada una de las UE del prestador, según corresponda. Adicionalmente puede considerar otros acuerdos relacionados al desarrollo de los términos del convenio y/o adenda suscrita.
- Acreditación:** Es el procedimiento de verificación de los requisitos que debe cumplir el asegurado para tener derecho a la cobertura de salud con financiamiento del SIS, a través de sus IAFAS, según corresponde. Para ser considerado acreditado, el asegurado debe mantener las mismas condiciones por las que fue admitido, según el Plan de Seguro de Salud SIS y modalidad de afiliación.
- Adscripción:** Es el procedimiento mediante el cual se determina el establecimiento de salud al cual el asegurado es asignado por dirección de domicilio, de acuerdo con lo establecido por la autoridad competente y hacia donde debe acudir en primera instancia en caso de requerir atención de prestaciones de carácter preventivo y/o recuperativo.
- Ajuste:** Es el importe referido a reembolsos (Ajuste Positivo) o descuentos (Ajuste Negativo), que son determinados por procesos de control que incluye el monitoreo o supervisión prestacional; de aseguramiento; calidad de la atención; financiero y otros relacionados, siendo aplicado en el proceso de liquidación de las prestaciones.

	<b>GUÍA DE OPERATIVIZACIÓN DE LOS CONVENIOS SUSCRITOS ENTRE EL SIS, FISSAL, GORES, DIRIS E IPRESS, PARA EL FINANCIAMIENTO DE LAS PRESTACIONES DE SALUD Y PRESTACIONES ADMINISTRATIVAS DE LOS ASEGURADOS</b>	Código: G-001
		Versión: 01
		Página 10 de 36

- **Algoritmo de identificación de las prestaciones de cobertura de la IAFAS FISSAL:** Es un conjunto de reglas informatizadas definidas, ordenadas y finitas que permite realizar una actividad mediante pasos sucesivos que no generen libre interpretación a quien deba implementar dicha actividad. Dado un estado inicial: Base de datos de producción de prestaciones, siguiendo los pasos sucesivos se llega a un estado final: Base de datos de producción de prestaciones segregada entre las IAFAS SIS y FISSAL.
- **Asegurado o Afiliado:** Toda persona residente en el país que se encuentra bajo cobertura financiera en alguno de los Regímenes de Financiamiento del SIS.
- **Atención de Salud:** Es toda actividad desarrollada por el personal de la salud para la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, que se brinda a la persona, la familia y comunidad, es integral considerando las Unidades Productoras de Servicios de Salud - UPSS y la cartera de servicios del establecimiento.
- **Cartera de servicios de salud:** Es el conjunto de diferentes prestaciones de salud que brindan las IPRESS en los tres (3) niveles de atención de acuerdo con su capacidad resolutoria y capacidad de oferta. Incluye prestaciones de salud en promoción de la salud, prevención del riesgo o enfermedad, recuperación y rehabilitación de la salud.
- **Cobertura:** Protección financiera contra pérdidas específicas por problemas de salud, extendida bajo los términos de un contrato o convenio de aseguramiento.
- **Cobro indebido:** Requerimiento de pago por indicación de algún agente o trabajador de la IPRESS a los asegurados del SIS, representantes y/o familiares, por concepto de productos farmacéuticos, dispositivos médicos, productos sanitarios, procedimientos u otros conceptos administrativos que se requieran para su atención, a pesar de encontrarse dentro de la cobertura prestacional y que, en consecuencia, resulte en un gasto indebido del asegurado.
- **Corrupción:** Es el mal uso del poder público o privado para obtener un beneficio indebido, económico, no económico, ventaja, directa o indirecta; por agentes públicos, privados o ciudadanos, vulnerando principios y deberes éticos, normas y derechos fundamentales.
- **Deducción:** Es el importe determinado por procesos de control que incluye el monitoreo o supervisión prestacional, de aseguramiento o financiero, que reduce el monto del marco presupuestal del mecanismo de pago per cápita de una Unidad Ejecutora, calculado para un año fiscal.

	<b>GUÍA DE OPERATIVIZACIÓN DE LOS CONVENIOS SUSCRITOS ENTRE EL SIS, FISSAL, GORES, DIRIS E IPRESS, PARA EL FINANCIAMIENTO DE LAS PRESTACIONES DE SALUD Y PRESTACIONES ADMINISTRATIVAS DE LOS ASEGURADOS</b>	Código: G-001
		Versión: 01
		Página 11 de 36

- **Enfermedades Raras o Huérfanas:** Son aquellas que se encuentran contenidas en el Listado de Enfermedades Raras o Huérfanas vigente, aprobado por el MINSA.
- **Estadía:** Es la prestación administrativa que comprende el alojamiento temporal y la alimentación diaria (desayuno, almuerzo y cena), que se brinda al asegurado y al acompañante, de ser el caso, el periodo en que dure su atención en la IPRESS destino de la referencia.
- **Fecha de Atención:** Fecha en la cual el afiliado del Seguro Integral de Salud recibe la atención en las IPRESS.
- **Formato Único de Atención:** Es el instrumento en el que se registra, en físico o en medio magnético, los datos requeridos por el SIS, tanto de la prestación brindada por la Institución Prestadora de Servicios de Salud como del asegurado que la recibe. Se caracteriza por contener una numeración única que lo identifica y se utiliza como fuente de información para los registros informáticos del SIS, así como para los procesos de validación prestacional y como comprobante del pago de prestaciones. El FUA tiene carácter de declaración jurada.
- **FTP (File Transfer Protocolo):** Protocolo de red para la transferencia de archivos entre sistemas conectados a una red, basado en la arquitectura cliente-servidor por el cual el SIS remitirá a los prestadores la base de datos de sus prestaciones de la producción registrada.
- **Gestión de Riesgos de Corrupción:** Es el conjunto de actividades coordinadas que permiten a la entidad identificar, analizar, evaluar, mitigar, eliminar o aceptar la ocurrencia de riesgos de corrupción en los procesos de su gestión. El resultado de todas estas actividades se materializa en el Mapa de Riesgos de Corrupción.
- **Indicador:** Expresión cuantitativa del comportamiento y desempeño de un proceso, cuya magnitud, al ser comparada con algún nivel de referencia, puede estar señalando una desviación sobre la cual se toman acciones correctivas o preventivas según el caso.
- **Liquidación de las Prestaciones:** Instrumento financiero mediante el cual las IAFAS SIS y FISSAL determinan el saldo financiero de las prestaciones ejecutadas por UE, aplicado a los mecanismos de pago y por fuente de financiamiento, cuyo resultado del saldo puede ser a favor de la UE (saldo negativo) o a favor de las IAFAS SIS y FISSAL (saldo positivo).
- **Marco Presupuestal:** Monto calculado de acuerdo con las metodologías establecidas en el Decreto Supremo N° 006-2020-SA, cuyo importe se encuentra constituido por las transferencias financieras regulares, el saldo de balance del

	<b>GUÍA DE OPERATIVIZACIÓN DE LOS CONVENIOS SUSCRITOS ENTRE EL SIS, FISSAL, GORES, DIRIS E IPRESS, PARA EL FINANCIAMIENTO DE LAS PRESTACIONES DE SALUD Y PRESTACIONES ADMINISTRATIVAS DE LOS ASEGURADOS</b>	Código: G-001
		Versión: 01
		Página 12 de 36

periodo anterior y el importe asignado a CENARES para la compra centralizada, en el marco de la Ley de Presupuesto Público del año fiscal correspondiente.

- **Mecanismo de Pago:** Es la forma en que las IAFAS estructuran u organizan la retribución económica al proveedor de servicios de salud por las prestaciones convenidas o contratadas, para generar distintos incentivos para la eficacia y la calidad para atender las necesidades de salud de la población.
- **Modalidades de pago:** Son los diferentes medios mediante los cuales la IAFAS SIS y FISSAL retribuye económicamente al prestador, el valor/costo determinado y/o consensuado de la prestación de servicios de salud en el marco de un convenio y/o contrato suscrito.
- **Paciente ámbito Amazónico:** Es aquel asegurado, que se encuentra en territorio de los ámbitos de intervención de los pueblos indígenas de la Amazonía Peruana en el marco de la normativa establecida.
- **Paciente ámbito VRAEM:** Es aquel asegurado de los ámbitos de intervención directa y de influencia del Valle de los Ríos Apurímac, Ene y Mantaro – VRAEM.
- **Periodo de Producción:** El tiempo durante el cual los prestadores pueden registrar en los aplicativos del SIS, la información de las atenciones brindadas a los asegurados que es considerada en la valorización que realiza el SIS, según corresponda.
- **Plan de Beneficios SIS:** Son las prestaciones financiadas por el SIS a los asegurados de los regímenes de financiamiento Subsidiado y Semicontributivo con los que cuenta el SIS.
- **Prestaciones Administrativas (por expediente):** Son servicios complementarios a la prestación de salud brindados por las IPRESS o proveedores, tales como: traslado de emergencia, traslado y estadía de paciente oncológico estable, asignación por alimentación en casa maternas para gestantes y/o puérperas, procedimientos especiales tercerizados y subcomponente prestacional, prestación económica de sepelio COVID-19, prestación económica de sepelio regular, y otros que apruebe la autoridad.
- **Prestación de salud:** Son atenciones de salud otorgadas a los asegurados SIS en las IPRESS de acuerdo con su categoría y según etapa de vida correspondiente. Pueden ser prestaciones promocionales, preventivas, recuperativas, paliativas y de rehabilitación, se desarrollan de forma intramural y extramural. No incluye prestaciones administrativas.

	<b>GUÍA DE OPERATIVIZACIÓN DE LOS CONVENIOS SUSCRITOS ENTRE EL SIS, FISSAL, GORES, DIRIS E IPRESS, PARA EL FINANCIAMIENTO DE LAS PRESTACIONES DE SALUD Y PRESTACIONES ADMINISTRATIVAS DE LOS ASEGURADOS</b>	Código: G-001
		Versión: 01
		Página 13 de 36

- Proceso de Validación Prestacional:** Es el macro proceso que realizan las IAFAS SIS y FISSAL para determinar la validez de la prestación de acuerdo al mecanismo de pago para efectos de pago. Incluyen: Proceso de Evaluación Automática, Proceso de Control Presencial Posterior y otros que puedan implementarse.
- Prestaciones de Alto Costo:** Son las prestaciones que, por diagnóstico, procedimiento o por el uso de productos farmacéuticos altamente especializados, representan una alta carga financiera. Las IAFAS SIS Y FISSAL establecerán los criterios para la identificación de prestaciones de alto costo de acuerdo a su cobertura prestacional.
- Producción por fecha de atención:** Producción generada en un mes determinado en el cual el afiliado recibió la atención en el Establecimiento de Salud.
- Riesgo de corrupción:** Aquella posibilidad que, por acción u omisión, se use el poder para desviar la gestión de lo público hacia un beneficio privado.
- Servicio Médico de Apoyo:** Son unidades productoras de servicios de salud que funcionan independientemente o dentro de un establecimiento de salud con internamiento o sin internamiento, según corresponda, que brinda servicios complementarios o auxiliares de la atención médica, que tienen por finalidad coadyuvar en el diagnóstico y tratamiento de los problemas clínicos.
- Tarifa:** Es el valor monetario fijado que se paga a la IPRESS por la prestación o servicio de salud brindado. Es la lista de valores con criterios preestablecidos para determinado(s) servicio(s), prestación(es) y/o procedimiento(s).
- Tarifario:** Es el listado de tarifas aprobado por la autoridad competente de salud.
- Transferencia Financiera:** Es la asignación de fondos públicos, autorizado por la Ley de Presupuesto, que realiza el Pliego SIS a las unidades ejecutoras del Gobierno Nacional y de los Gobiernos Regionales, para la realización de actividades en el marco de los Convenios, Adendas u otros documentos contractuales, según la modalidad y mecanismos de pago acordado, y de acuerdo con la disponibilidad de créditos presupuestarios.
- Transeúnte:** Es aquel asegurado, que se encuentra temporalmente fuera del ámbito de la región a la que pertenece el establecimiento de salud al cual está adscrito. Los asegurados adscritos a una de las cuatro DIRIS no serán considerados transeúnte al interior del ámbito de Lima Metropolitana. Excepcionalmente y previa comunicación del SIS, los asegurados que brinden servicio militar voluntario o los estudiantes beneficiarios del Programa Nacional de Becas- PRONABEC podrán recibir atenciones de salud dentro de su misma región, en establecimientos de salud distintos al que se encuentran adscritos.

	<b>GUÍA DE OPERATIVIZACIÓN DE LOS CONVENIOS SUSCRITOS ENTRE EL SIS, FISSAL, GORES, DIRIS E IPRESS, PARA EL FINANCIAMIENTO DE LAS PRESTACIONES DE SALUD Y PRESTACIONES ADMINISTRATIVAS DE LOS ASEGURADOS</b>	Código: G-001
		Versión: 01
		Página 14 de 36

- Tablero de Gestión Financiera:** Herramienta de gestión que permite realizar el monitoreo de la incorporación y seguimiento de los ingresos y gastos de los recursos transferidos por el SIS, saldos de balance y ejecución del gasto en las diferentes fuentes de financiamiento asignados a la UE hasta el nivel de clasificadores de gastos, dicha herramienta está a cargo de la GNF.
- Tablero de Producción Valorizado:** Herramienta de gestión que permite realizar el monitoreo de la producción valorizada de las prestaciones de salud registradas por la UE/DIRIS/IPRESS en los aplicativos informáticos del SIS, tanto el valor bruto y neto de producción en sus diferentes componentes prestacionales (medicamentos, insumos, servicios, procedimientos médicos y sanitarios), así como el número de FUAs por atención o producción que son brindadas a los asegurados del SIS; la misma que está a cargo de la GNF.
- Tablero de Stock Disponible de PF, DM y PS:** Es una herramienta de control que permite realizar el monitoreo y seguimiento de los stocks de PF, DM y PS por consumo SIS, tanto disponible como crítico a nivel de GMR, Región, Unidades Ejecutoras e IPRESS, de acuerdo con la información ICI, la misma que estará a cargo de la GNF.
- Tecnología Sanitaria (TS):** La Tecnología Sanitaria comprende los productos farmacéuticos, dispositivos médicos y procedimientos que LAS IAFAS SIS y FISSAL financian acorde al plan de beneficios sujetos a la normatividad vigente.
- Valorización de las prestaciones:** Es el proceso que implementa el Tarifario de las IAFAS SIS y FISSAL y otras normas que emiten disposiciones sobre valorización del gasto realizado en las prestaciones de salud (lista de precios de operación de PF, DM, PS y Fondo Intangible Solidario de Salud, determinación de Tarifa de procedimientos y paquetes de atención de salud), en la base de datos de la producción del conjunto de prestaciones de salud reportadas por la IPRESS en cada mes de producción, en los aplicativos informáticos del SIS, que da como resultado el valor bruto de la producción.

Determina el valor de los FUA registrados en los aplicativos informáticos del Pliego SIS para efectos de liquidación de las prestaciones y transferencia de corresponder; se realiza de acuerdo con la normativa vigente y el convenio suscrito correspondiente.

	<b>GUÍA DE OPERATIVIZACIÓN DE LOS CONVENIOS SUSCRITOS ENTRE EL SIS, FISSAL, GORES, DIRIS E IPRESS, PARA EL FINANCIAMIENTO DE LAS PRESTACIONES DE SALUD Y PRESTACIONES ADMINISTRATIVAS DE LOS ASEGURADOS</b>	Código: G-001
		Versión: 01
		Página 15 de 36

## CAPÍTULO II CONSIDERACIONES METODOLÓGICAS ESPECÍFICAS

### SECCIÓN I DEL PROCESO DE ATENCIÓN EN SALUD

**7.1 Cobertura Prestacional:** La cobertura prestacional de un afiliado al SIS, es de acuerdo a los siguientes planes:

**7.1.1 Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS):** El cual se sustenta en la Ley Marco de Aseguramiento Universal.

**7.1.2 Plan Complementario:** Son prestaciones no comprendidas en el PEAS que corresponden a condiciones, diagnósticos o intervenciones no consideradas en el Plan y que no representan exclusiones específicas. Incluye las prestaciones de LAS IAFAS SIS y FISSAL de acuerdo a la normativa vigente.

**7.2 Cobertura Administrativa:** es parte del Plan Complementario. La cobertura administrativa de un afiliado al SIS, son las siguientes prestaciones:

**7.2.1** Traslados de Emergencia, incluye asignación de alimentos para sus acompañantes.

**7.2.2** Asignación por Alimentación para gestantes y/o puérperas alojadas en Casa materna.

**7.2.3** Prestación Económica de Sepelio – PES

**7.2.4** Traslado y estadía de paciente oncológico estable.

**7.2.5** Procedimientos especiales tercerizados y subcomponente prestacional.

Las prestaciones administrativas que no formen parte de lo establecido no tienen autorización de financiamiento; excepto por norma expresa en Emergencia Sanitaria.

**7.3 Exclusiones:** Las IAFAS SIS y FISSAL tiene las siguientes exclusiones:

**7.3.1** Cirugía profiláctica o estética, procedimientos para otros propósitos que no sean mejorar el estado de salud.

**7.3.2** Intervenciones financiadas por otras fuentes como el SOAT, EsSalud, Estrategias, Programas, etc.

**7.3.3** Atención fuera del país, excepto los procedimientos autorizados por FISSAL de acuerdo con la normativa vigente.

**7.4 Documento de sustento de la Atención de Salud:** Los documentos fuente de sustento de las atenciones de salud realizadas por las IPRESS, son las siguientes:

**7.4.1** La Historia Clínica del asegurado.

	<b>GUÍA DE OPERATIVIZACIÓN DE LOS CONVENIOS SUSCRITOS ENTRE EL SIS, FISSAL, GORES, DIRIS E IPRESS, PARA EL FINANCIAMIENTO DE LAS PRESTACIONES DE SALUD Y PRESTACIONES ADMINISTRATIVAS DE LOS ASEGURADOS</b>	Código: G-001
		Versión: 01
		Página 16 de 36

**7.4.2** El FUA del SIS llenado bajo responsabilidad de las IPRESS.

**7.4.3** Los documentos de costos y/o gastos de salud realizados por las IPRESS, evidenciados en el SIGA.

**7.4.4** Registro del FUA en los aplicativos informáticos del SIS.

Los requisitos mínimos para ser válido un FUA son los siguientes:

- a) Fecha y hora de atención.
- b) Datos del afiliado.
- c) Datos de la atención: diagnóstico, procedimientos y/o tratamientos realizados.
- d) Documento de Identidad, firma y sello del profesional de la salud responsable de la atención de salud.
- e) Firma y huella del afiliado atendido o su apoderado.
- f) Ser concordante y articulado con los datos de la Historia Clínica.
- g) Ser concordante y articulado con los datos de los costos y/o gastos de salud.
- h) Las prestaciones de salud que no se encuentren debidamente sustentadas y verificadas en las fuentes de los documentos mencionados, no serán reconocidas y/o financiadas por las IAFAS SIS y FISSAL.

## **7.5 La Historia Clínica como elemento de control:**

**7.5.1** La información contenida en la Historia Clínica del paciente es el principal sustento documentario de la información que el prestador introduce en el FUA y en los sistemas informáticos del SIS, sin perjuicio de otros documentos de información clínica y/o administrativa de los procesos y procedimientos (o parte de ellos) que participan en dicha atención.

**7.5.2** La 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, dispone su obligatoriedad y establece su estructura básica, la cual comprende:

- a) Identificación del paciente.
- b) Registro de la atención.
- c) Información complementaria.
- d) Incluye resultados de exámenes de apoyo al diagnóstico y todo documento que sea sustento de las acciones realizadas al paciente en su atención.

**7.5.3** Los formatos básicos de la Historia Clínica son:

- a) Formatos de Consulta Externa
- b) Formatos de emergencia
- c) Formatos en Hospitalización
- d) Ficha Familiar

	<b>GUÍA DE OPERATIVIZACIÓN DE LOS CONVENIOS SUSCRITOS ENTRE EL SIS, FISSAL, GORES, DIRIS E IPRESS, PARA EL FINANCIAMIENTO DE LAS PRESTACIONES DE SALUD Y PRESTACIONES ADMINISTRATIVAS DE LOS ASEGURADOS</b>	Código: G-001
		Versión: 01
		Página 17 de 36

**7.5.4** Los formatos deben ser conformes a la NTS para la gestión de la Historia Clínica, en orden cronológico y ordenado, según su uso racional y pertinente en el folder o carpeta de la Historia Clínica, y con los contenidos mínimos establecidos en la Norma Técnica.

**7.5.5** En las visitas de control y supervisión prestacional, las IAFAS SIS y FISSAL, verifican que la historia clínica y los formatos se encuentren en el orden y contenido mínimo establecido en la norma.

**7.5.6** Las IAFAS SIS y FISSAL verifican que se encuentren también los formatos que sustentan la atención de acuerdo con la normativa MINSa vigente. Así, por ejemplo, una atención odontológica debe incluir el Odontograma, una visita domiciliaria deberá contar con el formato de registro correspondiente, etc.

## SECCIÓN II

### PROCESO DE AFILIACIÓN, ADSCRIPCIÓN Y ACREDITACIÓN DEL AFILIADO

#### 7.6 De la afiliación:

**7.6.1** Toda persona beneficiaria residente en el país, que es incorporado a alguno de los regímenes de aseguramiento del SIS, que cumple con los requisitos establecidos en la normatividad vigente.

**7.6.2** Las personas que no cumplan con los requisitos mínimos de afiliación, no se les autorizará el registro de las atenciones de salud, ni su financiamiento. Los requisitos son los siguientes:

N°	REQUISITO	RÉGIMEN SUBSIDIADO				RÉGIMEN SEMICONTRIBUTIVO		
		AFILIACION CON DOC. DE IDENTIDAD.		AFILIACIÓN DIRECTA		SIS INDEPENDIENTE	SIS NRUS	SIS MYPE
		SIS GRATUITO	SIS PARA TODOS	REGULAR	TEMPORAL			
1	DNI/CE	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI
2	CLASIFICACIÓN SOCIO ECONOMICA	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO
3	NO CONTAR CON OTRO SEGURO DE SALUD	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
4	PAGO ACTUALIZADO	NO	NO	NO	NO	SI	SI	SI

	<b>GUÍA DE OPERATIVIZACIÓN DE LOS CONVENIOS SUSCRITOS ENTRE EL SIS, FISSAL, GORES, DIRIS E IPRESS, PARA EL FINANCIAMIENTO DE LAS PRESTACIONES DE SALUD Y PRESTACIONES ADMINISTRATIVAS DE LOS ASEGURADOS</b>	Código: G-001
		Versión: 01
		Página 18 de 36

**7.6.3** Para la afiliación según régimen de financiamiento, se debe tener en cuenta lo siguiente:

**a) Régimen Subsidiado:**

- **Afiliación al “SIS Gratuito”:** Afiliación con DNI/CE, con CSE vigente de Pobre o Pobre Extremo otorgado por el SISFOH administrado por el MIDIS y que no cuenta con un seguro de salud (según RAAUS de SUSALUD).
- **Afiliación al “SIS para todos”:** Afiliación con DNI/CE, independiente de su CSE (persona con CSE no vigente o de No Pobre) y que no cuenta con un seguro de salud (según RAAUS de SUSALUD).
- **Afiliación Directa Regular:** Población determinado por norma expresa. Identificada con DNI/CE, no requiere CSE.
- **Afiliación Directa Temporal:** Afiliación para no inscritos en el RENIEC, que no cuenten con un seguro de salud (según RAAUS de SUSALUD), con vigencia en tanto cumplan con las condiciones establecidas en la normatividad.

**b) Régimen Semicontributivo:**

- **Independiente:** Para las personas, que según el MIDIS, cuentan con CSE de NO POBRE o que aún no están evaluadas, es decir no es obligatorio la CSE, y no cuentan con un seguro de salud (según RAAUS de SUSALUD).
- **NRUS-Emprendedor:** Dirigido a contribuyentes del NRUS que no cuenten con un seguro de salud, que han realizado 03 aportaciones consecutivas en SUNAT anteriores a la afiliación y no cuenten con trabajadores a su cargo. El seguro se extiende a sus derechohabientes.
- **MYPE:** Dirigido a los trabajadores de una Microempresa. El representante de la MYPE registra a su Empresa y a sus trabajadores a través del REMYPE quien remite esta información al SIS para la afiliación.

**7.7 De la adscripción:**

**7.7.1** La adscripción de los afiliados se realiza en las IPRESS de primer nivel y en el segundo nivel según disposición de el PRESTADOR.

**7.7.2** Los procesos relacionados con la adscripción se encuentran establecidos en la normativa vigente del SIS

	<b>GUÍA DE OPERATIVIZACIÓN DE LOS CONVENIOS SUSCRITOS ENTRE EL SIS, FISSAL, GORES, DIRIS E IPRESS, PARA EL FINANCIAMIENTO DE LAS PRESTACIONES DE SALUD Y PRESTACIONES ADMINISTRATIVAS DE LOS ASEGURADOS</b>	Código: G-001
		Versión: 01
		Página 19 de 36

## **7.8 De la acreditación:**

- 7.8.1** Las IPRESS solicitarán a los afiliados del SIS la presentación del Documento Nacional de Identidad (DNI) o carné de extranjería (CE), con la finalidad de verificar la condición de asegurado al SIS en estado ACTIVO y su plan de beneficios en el portal web de SUSALUD y SIS, al momento de demandar una atención de salud en las IPRESS.
- 7.8.2** En caso que la condición de un afiliado se encuentre en estado “CANCELADO, SUSPENDIDO o ANULADO”, no contará con la cobertura financiera de el SIS.
- 7.8.3** Para el caso de las afiliaciones temporales sin DNI, la verificación se realizará en la consulta en línea del SIS y la acreditación esde acuerdo a la normativa establecida y vigente El PRESTADOR a través de sus IPRESS deberá informar en un período máximo de 30 días calendario a las UDR del SIS los casos presentados o en línea. Para el caso de la afiliación temporal de los recién nacidos se debe registrar el DNI/CE de la madre, según corresponda, de manera obligatoria.
- 7.8.4** En caso que la persona se encuentre en condición de Inactivo, en la consulta en línea se indicará el motivo de la baja.
- 7.8.5** A las personas que no cumplan con los requisitos mínimos de acreditación no se les autorizará el registro de la atenciones de salud, ni su financiamiento.

## **7.9 Con respecto a la cobertura prestacional financiada por la IAFAS FISSAL:**

- 7.9.1** En el caso de menores de edad, la verificación de la condición del menor asegurado incluirá a sus padres, de detectarse casos con derecho a otro seguro de salud, se deberá suscribir una declaración jurada simple en la que se consigne que no procede su atención y tratamiento a través de los seguros a los que estén afiliados. Dicha declaración jurada será proporcionada por el FISSAL.
- 7.9.2** La información de las declaraciones juradas o la relación de los menores y sus padres con sus respectivos números de documentos de identidad, teléfonos y direcciones de contacto, serán remitidas al correo institucional dispuesto para tal fin.

## **7.10 De la cobertura prestacional y adscripción**

- 7.10.1** Los asegurados que se encuentren fuera de su ámbito de adscripción podrán atenderse en prestaciones preventivas en el primer nivel de atención, a nivel nacional sin necesidad de hoja de referencia.

	<b>GUÍA DE OPERATIVIZACIÓN DE LOS CONVENIOS SUSCRITOS ENTRE EL SIS, FISSAL, GORES, DIRIS E IPRESS, PARA EL FINANCIAMIENTO DE LAS PRESTACIONES DE SALUD Y PRESTACIONES ADMINISTRATIVAS DE LOS ASEGURADOS</b>	Código: G-001
		Versión: 01
		Página 20 de 36

**7.10.2** Los asegurados que se encuentren fuera de su ámbito de adscripción podrán atenderse en prestaciones recuperativas en el primer nivel de atención, a nivel nacional sin necesidad de hoja de referencia, solo en los siguientes casos:

- a) 056 de consulta externa con los diagnósticos de anemia en niños y adolescentes (0-17 años, 11 meses y 29 días) con los códigos CIE 10, D508, D509, D538 y D539.
- b) 056 de consulta externa con marca “G” de gestante o con los diagnósticos O000 - O998
- c) 056 de consulta externa del recién nacido.
- d) Población amazónica en todos los servicios.
- e) Población VRAEM en todos los servicios.

**7.10.3** En los demás casos, la atención se regirá de acuerdo a la normatividad vigente sobre el sistema de referencia y contra referencia, según corresponda. Salvo que el GORE solicite la ruptura de su adscripción para las prestaciones recuperativas.

**7.10.4** Los asegurados en condición de transeúnte o que sean parte de poblaciones vulnerables (Población Amazónica o Población VRAEM) podrán recibir en el primer nivel de atención las prestaciones preventivas y recuperativas sin necesidad de hoja de referencia, en la región en la que se encuentren y de corresponder al caso, se podrá realizar la referencia al II y III nivel de atención.

### **SECCIÓN III DEL PROCESO DE CONTROL PRESTACIONAL**

**7.11** Los procesos de control prestacional de acuerdo a la normativa vigente, son los siguientes:

- a) Proceso de Evaluación Automática (PEA).
- b) Proceso de Control Presencial Posterior (PCPP).
- c) Proceso de Reconsideraciones.
- d) Otros que las IAFAS SIS y FISSAL puedan implementar.

**7.12** En cumplimiento de la cláusula octava de los términos del convenio y para fines de la ejecución de los procesos de control prestacional presencial, control financiero, así como los procesos para el aseguramiento en salud, entiéndase como “facilidades” a brindar por las IPRESS al personal del SIS: la explicación de flujos de atención, la entrega y acceso oportunos a los registros administrativos relacionados a las prestaciones; tales como historias clínicas, libros de registros de atenciones de las UPSS, registros de las prestaciones preventivas en el primer nivel de atención (Ej.: atención domiciliaria, historia clínica familiar), archivos digitales del SISMED, reportes de sistemas de gestión hospitalaria, registros de caja, etc; la entrega oportuna de las

	<b>GUÍA DE OPERATIVIZACIÓN DE LOS CONVENIOS SUSCRITOS ENTRE EL SIS, FISSAL, GORES, DIRIS E IPRESS, PARA EL FINANCIAMIENTO DE LAS PRESTACIONES DE SALUD Y PRESTACIONES ADMINISTRATIVAS DE LOS ASEGURADOS</b>	Código: G-001
		Versión: 01
		Página 21 de 36

cosas que el equipo solicite, el facilitar un ambiente de trabajo con acceso a tecnología así como el poder generar registros audiovisuales respecto a dichas visitas.

**7.13** La IAFAS FISSAL puede diseñar e implementar reglas de consistencia y validación adicionales, que sean específicas para las prestaciones de su cobertura. Asimismo, gestiona directamente con la OGTI, la exoneración de reglas de consistencia o validación existentes, en los siguientes casos:

7.13.1 Para operativizar las autorizaciones de cobertura que emite. 7.13.2 Para operativizar modificaciones en la normativa vigente.

7.13.2 Para atender solicitudes de las IPRESS con las que tiene convenio. En este caso, las IPRESS deberán realizar la solicitud de exoneración, de manera oportuna, previo al registro de las prestaciones, con el debido sustento técnico – normativo, adjuntando el listado de FUAS a exonerar.

**7.14 Sobre los plazos para el registro de las prestaciones**

Los plazos establecidos para el registro de las prestaciones son los siguientes:

7.14.1 Mecanismo de pago Per Cápita:

a) I y II nivel: 90 días calendarios desde la fecha de atención o fecha de alta hospitalaria o fecha de corte administrativo.

7.14.2 Mecanismo de pago por Prestaciones de Salud:

a) I, II nivel y SMA: 90 días calendarios desde la fecha de atención o fecha de alta hospitalaria o fecha de corte administrativo.

b) III nivel: 30 días calendarios desde la fecha de atención o fecha de alta hospitalaria o fecha de corte administrativo.

El SIS puede variar las condiciones establecidas en casos excepcionales (emergencias sanitarias, desastres naturales entre otros).

**7.15 Sobre la solicitud de cobertura extraordinaria:**

La Cobertura Extraordinaria está indicada en el Plan complementario como Prestaciones sujetas a autorización previa. Los procedimientos a realizar para la solicitud, evaluación, autorización y plazos para el inicio del consumo de la cobertura extraordinaria, se encuentran en la RJ 197-2012/SIS o norma que haga sus veces. No aplica a la cobertura del FISSAL.

**7.16 Sobre el procedimiento para la autorización del financiamiento de las tecnologías sanitarias de alto costo**

La evaluación de tecnologías sanitarias para el financiamiento se realizará según lo establecido por las IAFAS SIS y FISSAL y normatividad vigente.

	<b>GUÍA DE OPERATIVIZACIÓN DE LOS CONVENIOS SUSCRITOS ENTRE EL SIS, FISSAL, GORES, DIRIS E IPRESS, PARA EL FINANCIAMIENTO DE LAS PRESTACIONES DE SALUD Y PRESTACIONES ADMINISTRATIVAS DE LOS ASEGURADOS</b>	Código: G-001
		Versión: 01
		Página 22 de 36

El FISSAL establece los procedimientos para la autorización de Tecnologías Sanitarias de alto Costo que son aplicables a su cobertura.

#### **7.17 Sobre indicadores de monitoreo del SIS**

El monitoreo y seguimiento de los indicadores financieros, prestacionales y de gratuidad, se realizarán de acuerdo con los convenios suscritos.

#### **7.18 Sobre la evaluación de las solicitudes de inclusión de procedimientos médicos o sanitarios en el tarifario SIS**

Para la evaluación de las solicitudes de inclusión de procedimientos médicos o sanitarios en el tarifario del SIS, la IPRESS deberá presentar un expediente que contenga la siguiente información:

**7.18.1** Acto resolutivo de la autoridad sanitaria competente que aprueba la(s) tarifa(s) del(los) procedimiento(s) médico(s) o sanitario(s) presentado(s) por la IPRESS.

**7.18.2** La Resolución Ministerial o documento con el cual el MINSA autoriza la inclusión del(los) código(s) en el Catálogo de Procedimientos Médicos y Sanitarios del Sector Salud-CPMS del(los) procedimiento(s) solicitado(s).

**7.18.3** Hoja de Cálculo con la estructura de costos del(los) procedimiento(s) médico(s) o sanitario(s), que sustente(n) la(s) tarifa(s) aprobada(s) por la autoridad sanitaria competente, conforme a la normatividad vigente, considerando que los insumos, equipamientos y demás contenidos en la misma deben encontrarse codificados conforme a los catálogos sectoriales que correspondan.

**7.18.4** Guía Práctica Clínica -GPC, Protocolo Médico o documento normativo que estandariza el(los) procedimiento(s) solicitados. El documento debe sustentar las actividades descritas en las estructuras de costos, así como los insumos (fungibles y no fungibles), equipamiento entre otros que se encuentran en la estructura de costos.

**7.18.5** Asimismo, las IAFAS SIS y FISSAL pueden solicitar a las IPRESS, información adicional que consideren necesaria para sustentar las estructuras de costos presentadas.

Cabe precisar, que si el(los) procedimiento(s) médico(s) o sanitario(s) corresponde(n) a una tecnología sanitaria, este será evaluado según lo establecido por las IAFAS SIS y FISSAL y normativa vigente.

### **SECCIÓN IV PROCESO DE COBERTURA FINANCIERA**

	<b>GUÍA DE OPERATIVIZACIÓN DE LOS CONVENIOS SUSCRITOS ENTRE EL SIS, FISSAL, GORES, DIRIS E IPRESS, PARA EL FINANCIAMIENTO DE LAS PRESTACIONES DE SALUD Y PRESTACIONES ADMINISTRATIVAS DE LOS ASEGURADOS</b>	Código: G-001
		Versión: 01
		Página 23 de 36

Las IAFAS SIS y FISSAL financian las prestaciones de salud y administrativas que se brindan a sus asegurados en las IPRESS, priorizando la reposición de los productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios según normativa vigente.

**7.19 Mecanismos y modalidad de pago:** De acuerdo con los términos establecidos en los convenios, se cuenta con los siguientes mecanismos y modalidades de pago:

Tipo de Prestación ►	Prestación de Salud		Prestación Administrativa	
	Prospec- tivo	Retros- pectivo	Prospec- tivo	Retros- pectivo
<b>1. Pago Per cápita</b>				
1.1. Pago por afiliado	X	X		
<b>2. Pago por Prestaciones de Salud</b>				
2.1. Pago de acuerdo estructura y tarifa	X	X		
<b>3. Pago por Prestaciones Administrativas (por Expediente) (*)</b>				
a. Alimentación en Casas Maternas			X	X
b. Traslados de Emergencia			X	X
c. Traslado y estadía de paciente oncológico estable.			X	X
d. Sub Componente Prestacional (**)	X	X		
e. Procedimientos Especiales Tercerizados (**)	X	X		

(\*) - Para la Prestación Económica de Sepelio COVID-19 (PES COVID-19) la transferencia se realiza a las Unidades Ejecutoras en la modalidad de pago prospectivo y/o retrospectivo, según normatividad vigente. Asimismo, los montos no se encuentran consignados dentro del marco presupuestal de los convenios y actas de compromiso suscritos.

- Para la Prestación Económica de Sepelio Regular (PES Regular) la transferencia se realiza a favor del solicitante del reembolso, el mismo que no se encuentra dentro del convenio suscrito con GORE, DIRIS e IPRESS.

(\*\*) Corresponden al Mecanismo de Pago "Prestaciones Administrativas (por expediente)", sin embargo, el tipo de prestación es por su naturaleza una prestación de salud, concordante con los numerales 5.1.8 y 5.1.9 de la Directiva Administrativa N° 308-MINSA/202/DGAIN aprobada con RM N° 446-2021/MINSA

## 7.20 Transferencias financieras:

7.20.1 Se realiza de acuerdo con el mecanismo de pago establecido en los convenios y/o adendas, cuyo monto se encuentra señalado las Actas de Compromisos.

	<b>GUÍA DE OPERATIVIZACIÓN DE LOS CONVENIOS SUSCRITOS ENTRE EL SIS, FISSAL, GORES, DIRIS E IPRESS, PARA EL FINANCIAMIENTO DE LAS PRESTACIONES DE SALUD Y PRESTACIONES ADMINISTRATIVAS DE LOS ASEGURADOS</b>	Código: G-001
		Versión: 01
		Página 24 de 36

**7.20.2** Las transferencias financieras que realicen las IAFAS SIS y FISSAL deben ser incorporadas en la categoría presupuestaria que indique la Resolución Jefatural de la transferencia.

**7.20.3** La Unidad Ejecutora del Gobierno Nacional y de los Gobiernos Regionales es la responsable de realizar las incorporaciones en los productos y/o actividades presupuestarias de acuerdo con sus prioridades de gasto y su Plan Operativo Institucional. Las transferencias del FISSAL deben ser incorporadas en los productos presupuestarios que son financiados por el FISSAL.

**7.20.4** La Unidad Ejecutora que reciba la transferencia financiera debe diferenciar en el SIAF (Sistema Integrado de Gestión Financiera) las transferencias a través de secuencias funcionales creadas para tal fin y/o productos/actividades/finalidades presupuestarias dadas por el SIS/FISSAL.

**7.20.5** En caso de que la UE no realice esta acción, el SIS/FISSAL procederá a efectuar lo indicado en relación con las condiciones de transferencia financiera estipuladas en el convenio y/o adenda suscrita. Los recursos deben ser utilizados en los fines para los cuales fueron transferidos por el SIS/FISSAL.

**7.20.6** Los recursos financieros transferidos por las IAFAS SIS y FISSAL deben ser destinados prioritariamente a Gastos de Reposición principalmente en gastos de primer orden como son: productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios.

**7.20.7** En caso de que la Unidad Ejecutora no cumpla con lo estipulado en los literales anteriores se aplica lo indicado en el Convenio, Adenda y/o Acta de Compromiso suscrita entre el IAFAS SIS, FISSAL y GORES, DIRIS e IPRESS,

**7.20.8** Las transferencias financieras realizadas por LAS IAFAS en los diferentes mecanismos de pago son materia de liquidación de acuerdo con la normativa vigente.

**7.21 De las liquidaciones periódicas:** Se realizan de acuerdo con la normativa vigente, convenios y/o adendas suscritos al respecto.

## **7.22 De los Tarifarios**

**7.22.1** Para los procedimientos médicos y sanitarios aplicará lo establecido en la Resolución Jefatural N° 017-2019/SIS y sus modificatorias posteriores.

**7.22.2** Para los productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios, aplicará la lista de precios de operación reportados mensualmente por la DIGEMID y según lo establecido en la "Directiva Administrativa que establece el Proceso de Valorización de las Prestaciones de Salud" vigentes.

	<b>GUÍA DE OPERATIVIZACIÓN DE LOS CONVENIOS SUSCRITOS ENTRE EL SIS, FISSAL, GORES, DIRIS E IPRESS, PARA EL FINANCIAMIENTO DE LAS PRESTACIONES DE SALUD Y PRESTACIONES ADMINISTRATIVAS DE LOS ASEGURADOS</b>	Código: G-001
		Versión: 01
		Página 25 de 36

### **7.23 De la ejecución de los recursos:**

- 7.23.1 Se realiza de acuerdo con lo establecido en la normatividad vigente.
- 7.23.2 Las Unidades Ejecutoras del Gobierno Nacional y de los Gobiernos Regionales, deben ejecutar los recursos prioritariamente en Gastos de Reposición principalmente en el Primer Orden de la prioridad I (PF, DM y PS)”.  
7.23.3 La ejecución de los recursos se debe realizar en el marco del Principio de Calidad de Presupuesto, que consiste en la realización del proceso presupuestario bajo los criterios de eficiencia asignativa y técnica, equidad, efectividad, economía, calidad y oportunidad.

### **7.24 Supervisión financiera:**

- 7.24.1 Las IAFAS SIS realiza el monitoreo, seguimiento y supervisión de la ejecución del presupuesto que realizan las Unidades Ejecutoras, a través de las GMR y UDR, de acuerdo con lo establecido en la normatividad vigente; asimismo, la IAFAS FISSAL -en el marco de sus competencias- realiza el proceso de control financiero a las Unidades Ejecutoras a nivel nacional, de acuerdo con lo establecido en la normatividad vigente.
- 7.24.2 La supervisión presencial respecto al proceso presupuestario de los recursos transferidos por la IAFAS SIS lo realiza la UDR y/o GMR según corresponda.
- 7.24.3 Los recursos financieros que transfieren las IAFAS SIS y FISSAL, deben ser destinados únicamente para el cumplimiento de los fines para los cuales fueron transferidos y su utilización está sujeta a lo establecido en los convenios y/o adendas suscritas, y la normatividad vigente.
- 7.24.4 En caso se determine y/o identifique gastos destinados a fines distintos para los cuales fueron transferidos los recursos de LAS IAFAS, se procederá a comunicar el hecho al Organismo de Control Institucional (OCI) de la UE, y/o al OCI del GORE.
- 7.24.5 Las herramientas principales para realizar el proceso de supervisión financiera son: El Tablero de Gestión Financiera, Tablero de Stock Disponible de PF, DM y PS y el Tablero de Producción; complementariamente los reportes emitidos por los entes normativos.

### **7.25 Transferencia financiera bajo el mecanismo de pago por prestaciones administrativas (por expediente)**

- 7.25.1 Las transferencias para las prestaciones administrativas pueden ser prospectivas y retrospectivas, conforme a las disposiciones establecidas en los

	<b>GUÍA DE OPERATIVIZACIÓN DE LOS CONVENIOS SUSCRITOS ENTRE EL SIS, FISSAL, GORES, DIRIS E IPRESS, PARA EL FINANCIAMIENTO DE LAS PRESTACIONES DE SALUD Y PRESTACIONES ADMINISTRATIVAS DE LOS ASEGURADOS</b>	Código: G-001
		Versión: 01
		Página 26 de 36

Convenios, Adendas y Actas de Compromiso suscritas, así como en la normativa vigente.

7.25.2 Las prestaciones administrativas realizadas a los asegurados del SIS deben ser reportadas y registradas obligatoriamente a través de los aplicativos informáticos del SIS para su reconocimiento.

## 7.26 Procedimiento Especial Tercerizado

7.26.1 Se considera tercerización si una IPRESS/UE pública que recibe financiamiento del SIS (IPRESS solicitante), compra servicios para la atención de las prestaciones de los asegurados del SIS, a una IPRESS privada o pública de otra entidad (IPRESS proveedoras).

7.26.2 Las IAFAS SIS y FISSAL reconocen los procedimientos tercerizados por las IPRESS solicitantes a otras IPRESS proveedoras, siempre y cuando se demuestre que los procedimientos no pueden ser provistos por las IPRESS solicitantes, debido a las siguientes ocurrencias:

- a) Que no cuentan con el procedimiento dentro de su cartera de servicios, estando habilitado para ello.
- b) Que no tienen operativo el equipo necesario.

7.26.3 La tercerización procede en caso de no haber oferta pública disponible y/o adecuada y se realizará en el marco de la Ley de Contrataciones del Estado y su Reglamento vigente; siendo de única responsabilidad de la Unidad Ejecutora llevar a cabo este proceso. Las IAFAS SIS y FISSAL no interviene en el proceso de selección de los servicios tercerizados.

7.26.4 El proveedor deberá contar con su respectivo registro RENIPRESS en el portal de SUSALUD, acreditar la autorización del servicio a brindar y cumplir con las disposiciones dadas por la normatividad vigente, en el marco de la Ley de Contrataciones del Estado.

## 7.27 De la actualización de datos de IPRESS públicas

7.27.1 Los datos de las IPRESS se actualizan diariamente desde la Ficha RENIPRESS vía web service con el Registro Nacional de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud – RENIPRESS.

7.27.2 Las DIRESA/GERESA/DIRIS debe comunicar mediante oficio al SIS, a través de las UDR/GMR y dentro de los diez (10) días hábiles, la actualización de los datos del RENIPRESS en los siguientes casos:

- a) Población adscrita/asignada o cambio de categoría de la IPRESS.
- b) Actualización e incorporación de Establecimientos de oferta flexible.

	<b>GUÍA DE OPERATIVIZACIÓN DE LOS CONVENIOS SUSCRITOS ENTRE EL SIS, FISSAL, GORES, DIRIS E IPRESS, PARA EL FINANCIAMIENTO DE LAS PRESTACIONES DE SALUD Y PRESTACIONES ADMINISTRATIVAS DE LOS ASEGURADOS</b>	Código: G-001
		Versión: 01
		Página 27 de 36

- c) Creación y habilitación de nuevas unidades ejecutoras.
- d) Cambio de denominación o conformación de unidades ejecutoras.

## 7.28 Evaluación de indicadores

**7.28.1 De la selección y pesos ponderados de los indicadores:** La selección de indicadores, así como su peso ponderado está en función al mecanismo de pago y condiciones de pago acordado entre las partes.

**7.28.2 De las metas de los indicadores evaluación de indicadores:** Las metas establecidas en valores porcentuales, que son fijos, para los indicadores corresponden a los consignados en las Actas de Compromiso suscritas entre las IAFAS SIS y FISSAL y el PRESTADOR, realizadas en el marco de los convenios y adendas suscritas.

## 7.29 Del reconocimiento de las prestaciones por pago por prestaciones de salud en el I nivel de atención

Las prestaciones que se reconocerán son las siguientes:

**7.29.1** Consultas externas de los asegurados con diagnósticos definitivos/repetitivos de:

- a) Hipertensión arterial sin complicaciones,
- b) Diabetes mellitus sin complicaciones y
- c) Diagnósticos de salud mental atendido por médico psiquiatra y/o médico de familia y/o egresados acreditados por la Dirección Ejecutiva de Salud Mental del MINSA, registrados en la base de datos del SIASIS, de acuerdo al convenio, en los Centros de Salud Mental Comunitarios que cuenten con RENIPRESS y estén consignados en la adenda o hayan sido comunicadas oportunamente para su inclusión
- d) Otras de acuerdo a la evaluación de la IAFAS SIS.

**7.29.2** Se considera el pago por consumo ligado a los diagnósticos CIE 10 descritos en la tabla, realizados en la consulta externa (056) en la modalidad de pago retrospectiva, de acuerdo con lo establecido contractualmente y según los Tarifarios aprobados por el SIS.

**7.29.3** Los consumos ligados a otros diagnósticos diferentes están incluidos en la cápita.

**7.29.4** Se presentan los diagnósticos a considerar:

LISTADO DE DIAGNÓSTICOS DEFINITIVOS Y REPETITIVOS DE DIABETES, HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y SALUD MENTAL A INCLUIR EN EL PAGO POR SERVICIO			
DIAGNÓSTICO	Prestaciones Recuperativas Priorizadas	Códigos CIE10	Edades
Hipertensión arterial sin complicaciones	Hipertensión esencial (primaria)	I10X	-
Diabetes mellitus sin complicaciones	Otras diabetes mellitus especificadas, sin mención de complicación.	E139	-
	Otras diabetes mellitus especificadas.	E13X	
	Diabetes mellitus, no especificada, sin mención de complicación.	E149	
	Diabetes mellitus, no especificada.	E14X	
Condiciones Mentales	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicótropas.	F10 A F19	8 A 60+
	Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes.	F20 A F29	7 a +
	Depresión trastornos del humor (afectivos)	F30-F39	6 a +
	Ansiedad trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos.	F40-F49	1 a +
	Trastornos del desarrollo psicológico	*F80-F89	0 a +
	Trastorno de las emociones y de la conducta de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia.	F90-F98	4 a 18
	Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto	F60 - F69	16 a +
	Retraso mental	F70 - F79	0 a +
		G30	55 a +
	Alzheimer y otras demencias	*F00 - F09	51 a +
	Síndromes de maltrato	T74	
	Intoxicaciones voluntarias	X60 – X84	0 A +
	Agresiones varias	X85 – Y09	
Trastornos de la ingestión de alimentos (anorexia y bulimia)	F50	12 A +	

\* Se excluyen los diagnósticos de Cobertura FISSAL (Resolución Ministerial 230-2020/MINSA)

**7.29.5** Atenciones registradas en el código de servicio 908 correspondientes a Cuidados Paliativos Domiciliarios. Los diagnósticos, procedimientos, medicamentos e insumos que serán reconocidos en el código de servicio 908, así como otras condiciones requeridas serán aquellos que disponga la Dirección de Enfermedades No Transmisibles del MINSA en coordinación con el SIS.

**7.29.6** Se reconoce las prestaciones recuperativas que brindan los médicos especialistas con RNE, en los hospitales de nivel II, con población adscrita, excepto el consumo ligado al listado de diagnósticos del Anexo N° 01, incluidos en el mecanismo de pago per cápita. Para poder incluir nuevos médicos especialistas egresados a la Base de Datos del SIASIS, la Unidad Ejecutora

	<b>GUÍA DE OPERATIVIZACIÓN DE LOS CONVENIOS SUSCRITOS ENTRE EL SIS, FISSAL, GORES, DIRIS E IPRESS, PARA EL FINANCIAMIENTO DE LAS PRESTACIONES DE SALUD Y PRESTACIONES ADMINISTRATIVAS DE LOS ASEGURADOS</b>	Código: G-001
		Versión: 01
		Página 29 de 36

deberá solicitar vía documento oficial emitido por la oficina de recursos humanos la inclusión, adjuntando la siguiente documentación (Documentación presentada por especialistas en los Centros de Salud mental comunitarios para médico psiquiatra y/o médico de familia):

- a) DNI.
- b) CMP.
- c) RNE.

### **7.30 De los ajustes y/o deducciones**

**7.30.1** En el caso de las prestaciones referidas del I y II nivel con población adscrita, que correspondan ser atendidas en sus respectivos niveles y que hayan sido atendidas por el Hospital de II nivel SIN POBLACIÓN ADSCRITA u Hospital de III nivel, para los diagnósticos CIE 10 de Consulta Externa, Emergencia y Parto Vaginal sin complicaciones con diagnóstico único, se aplicará deducciones a las transferencias para el I nivel y II nivel con población adscrita correspondientes a su marco presupuestal del próximo periodo.

**7.30.2** En el Anexo N° 02, se especifican las prestaciones que serían sujetas a deducción, según tarifario vigente.

**7.30.3** Los ajustes y/o deducciones determinadas por procesos de control, monitoreo o supervisión del ámbito, prestacional, de aseguramiento, aspectos financieros se regulan a través de la normativa vigente o disposiciones emitidas por las Gerencias de Línea del SIS.

## **SECCIÓN V DE LA ASISTENCIA TÉCNICA AL PRESTADOR**

**7.31** Las IAFAS SIS y FISSAL brindan asistencia técnica a las UE de los GORES, DIRIS e IPRESS en 02 etapas:

**7.31.1** Para la implementación de los convenios y/o adendas, a realizarse en el I trimestre del año, comprende:

- a) Reuniones de capacitación sobre los aspectos técnicos contemplados en la presente guía, que se llevarán a cabo en cada región o macro región y en Lima Metropolitana.
- b) Las asistencias técnicas en los GORES/DIRIS/IPRESS, podrán contar con la participación de las autoridades sanitarias y de los equipos técnicos de las UE de los GORES, DIRIS e IPRESS y de los órganos desconcentrados del SIS (GMR/UDR/FISSAL).

	<b>GUÍA DE OPERATIVIZACIÓN DE LOS CONVENIOS SUSCRITOS ENTRE EL SIS, FISSAL, GORES, DIRIS E IPRESS, PARA EL FINANCIAMIENTO DE LAS PRESTACIONES DE SALUD Y PRESTACIONES ADMINISTRATIVAS DE LOS ASEGURADOS</b>	Código: G-001
		Versión: 01
		Página 30 de 36

7.31.2 Para el soporte en la ejecución de los convenios: Es aquella que se desarrolla a lo largo de la vigencia de los convenios, a cargo de los órganos desconcentrados del SIS, en sus respectivas jurisdicciones.

- a) Asistencia técnica en los procesos de control prestacional y financiero que ejecuta las IAFAS SIS y FISSAL.
- b) Asistencia técnica de acuerdo a las necesidades de los prestadores, las cuales pueden ser manifestadas por éstos o identificadas por las UDR/GMR.

## **SECCIÓN VI**

### **SOBRE EL MONITOREO Y SEGUIMIENTO DEL CUMPLIMIENTO DE LAS CONDICIONES DEFINIDAS EN EL CONVENIO**

- 7.32** Las IAFAS SIS y FISSAL pueden realizar acciones de verificación de información correspondiente a las prestaciones reportadas en el aplicativo informático relacionadas a los indicadores y otras prestaciones. Para ello efectuará visitas inopinadas a las IPRESS, así como revisiones de las historias clínicas de los asegurados y de otros documentos de gestión que permitan verificar la consistencia de datos.
- 7.33** Para tal finalidad, las IPRESS deberán tomar las previsiones del caso conservando de manera organizada la documentación que sustenta las prestaciones brindadas a los asegurados del SIS (historias clínicas, registros administrativos varios, FUAS, entre otros) a fin de facilitarla oportunamente a las IAFAS en las visitas inopinadas.
- 7.34** En los casos de presunción de fraude, la IPRESS deberá realizar los descargos respectivos, así como informar a las IAFAS SIS y FISSAL las medidas administrativas y las acciones correctivas efectuadas.
- 7.35** Los aspectos no contemplados en la presente Guía Técnica serán regulados por las IAFAS en forma conjunta, en el ámbito de sus competencias, mediante documento oficial, de acuerdo a la normativa vigente.

	<b>GUÍA DE OPERATIVIZACIÓN DE LOS CONVENIOS SUSCRITOS ENTRE EL SIS, FISSAL, GORES, DIRIS E IPRESS, PARA EL FINANCIAMIENTO DE LAS PRESTACIONES DE SALUD Y PRESTACIONES ADMINISTRATIVAS DE LOS ASEGURADOS</b>	Código: G-001
		Versión: 01
		Página 31 de 36

## SECCIÓN VII

### SOBRE LOS PLAZOS DEL PRESTADOR PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE RECOMENDACIONES

- 7.36** Todo proceso de control y supervisión que ejecuten las IAFAS SIS o FISSAL (a través de sus órganos de línea o desconcentrados), debe concluir en un informe o acta donde, como efecto del análisis de los resultados, se emitan las recomendaciones pertinentes y la fecha límite del plazo para que el prestador informe sobre las acciones que ejecutó para la respectiva implementación.
- 7.37** En un plazo no mayor a los 60 días hábiles de firmada el Acta producto del proceso de control o supervisión efectuado por Las IAFAS SIS o FISSAL, o según plazo específico determinado en normativa particular; las IPRESS están obligadas a remitir a la UDR/GMR/FISSAL correspondiente, un informe con el estado de la implementación de las recomendaciones dadas por las IAFAS SIS y FISSAL y las acciones de mejora ejecutadas al respecto.
- 7.38** Solo en casos debidamente justificados y previa solicitud de la IPRESS a la UDR/GMR/FISSAL correspondiente, dichos plazos podrán ser ampliados por la UDR/GMR/FISSAL, otorgando uno nuevo, el mismo que no deberá exceder de 30 días hábiles adicionales a los inicialmente otorgados.

## SECCIÓN VIII

### GESTIÓN DE FORTALECIMIENTO DE LA INTEGRIDAD

- 7.39** En el marco de las Cláusulas estipuladas en los Convenios suscritos entre el SIS, FISSAL con los GORES/DIRIS e IPRESS para el financiamiento de las prestaciones, así como lo estipulado en la Resolución Jefatural N°133-2019/SIS que aprueba la Política del Sistema de Gestión Antisorborno del SIS, se debe tener presente lo siguiente:
- 7.39.1** Adoptar los mecanismos o medidas convenientes a fin de prevenir la posible comisión de actos de corrupción y/o cualquier otro acto vinculado con el mismo.
- 7.39.2** Reconocer, garantizar y certificar que todas las actividades a ser desarrolladas en cumplimiento de este convenio serán realizadas en estricto cumplimiento de las disposiciones legales aplicables en materia anticorrupción.
- 7.39.3** Comprometerse a que los representantes legales, funcionarios, servidores, las personas naturales y jurídicas con las que tienen relaciones directas o indirectas, no ofrezcan, entreguen, autoricen, negocien o efectúen, cualquier acto que ofrezca alguna ventaja ilícita, pecuniaria, económica o similar, o en general, cualquier beneficio o incentivo.

	<b>GUÍA DE OPERATIVIZACIÓN DE LOS CONVENIOS SUSCRITOS ENTRE EL SIS, FISSAL, GORES, DIRIS E IPRESS, PARA EL FINANCIAMIENTO DE LAS PRESTACIONES DE SALUD Y PRESTACIONES ADMINISTRATIVAS DE LOS ASEGURADOS</b>	Código: G-001
		Versión: 01
		Página 32 de 36

## VIII. BIBLIOGRAFÍA

- 8.1** Decreto Supremo N° 006-2020-SA, que aprueba los Mecanismos para el pago de las prestaciones convenidas o contratadas que efectúa la IAFAS-SIS a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS).
- 8.2** Resolución Ministerial N° 446-2021/MINSA, que aprueba la Directiva Administrativa N° 311-MINSA/2021/DGAIN "Metodología del mecanismo de pago per cápita del Seguro Integral de Salud", que en documento adjunto forma parte integrante de la presente Resolución Ministerial, Directiva Administrativa N° 309-MINSA/2021/DGAIN "Metodología del mecanismo de pago por prestaciones de salud del Seguro Integral de Salud" y Directiva Administrativa N° 308- MINSA/2021/DGAIN "Metodología para el pago de prestaciones administrativas (por expediente) del Seguro Integral de Salud", entre otros.
- 8.3** Castaño, R. (2014). *Mecanismos de pago en salud: anatomía, fisiología y fisiopatología*. Ecoe Ediciones.

## IX. ANEXOS

- 9.1 Anexo N° 01:** Listado de prestaciones recuperativas brindadas por médicos especialistas de Nivel II con población adscrita que están incluidas en el mecanismo de pago Per Cápita.
- 9.2 Anexo N° 02:** Listado de diagnósticos que serán deducidos del mecanismo de pago Per Cápita en caso de referencias de IPRESS de población adscrita al II o III nivel de atención.

### ANEXO N° 01

#### LISTADO DE PRESTACIONES RECUPERATIVAS BRINDADAS POR MÉDICOS ESPECIALISTAS DE NÍVEL II CON POBLACIÓN ADSCRITA QUE ESTÁN INCLUIDAS EN EL MECANISMO DE PAGO PER CÁPITA

CIE-X	Descripción
A010	FIEBRE TIFOIDEA
A049	INFECCION INTESTINAL BACTERIANA, NO ESPECIFICADA
A059	INTOXICACION ALIMENTARIA BACTERIANA, NO ESPECIFICADA
A069	AMEBIASIS, NO ESPECIFICADA
A071	GIARDIASIS [LAMBLIASIS]
A09X	DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO
A150	TUBERCULOSIS DEL PULMON, CONFIRMADA POR HALLAZGO MICROSCOPICO DEL BACILO TUBERCULOSO EN ESPUTO, CON
A64X	ENFERMEDAD DE TRANSMISION SEXUAL NO ESPECIFICADA
A90X	FIEBRE DEL DENGUE [DENGUE CLASICO]
B019	VARICELA SIN COMPLICACIONES
B351	TIÑA DE LAS UÑAS
B353	TIÑA DEL PIE [TINEA PEDIS]
B354	TIÑA DEL CUERPO [TINEA CORPORIS]
B369	MICOSIS SUPERFICIAL, SIN OTRA ESPECIFICACION
B373	CANDIDIASIS DE LA VULVA Y DE LA VAGINA (N77.1*)
B49X	MICOSIS, NO ESPECIFICADA
B779	ASCARIASIS, NO ESPECIFICADA
B80X	ENTEROBIASIS
B829	PARASITOSIS INTESTINAL, SIN OTRA ESPECIFICACION
B86X	ESCABIOSIS
D509	ANEMIA POR DEFICIENCIA DE HIERRO SIN OTRA ESPECIFICACION
D539	ANEMIA NUTRICIONAL, NO ESPECIFICADA
D649	ANEMIA DE TIPO NO ESPECIFICADO
E11X	DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE
E149	DIABETES MELLITUS, NO ESPECIFICADA, SIN MENCIÓN DE COMPLICACIÓN *
E14X	DIABETES MELLITUS, NO ESPECIFICADA *
E660	OBESIDAD DEBIDA A EXCESO DE CALORIAS
E669	OBESIDAD, NO ESPECIFICADA
E780	HIPERCOLESTEROLEMIA PURA
E781	HIPERGLICERIDEMIA PURA
E782	HIPERLIPIDEMIA MIXTA
E785	HIPERLIPIDEMIA NO ESPECIFICADA
F419	TRASTORNO DE ANSIEDAD, NO ESPECIFICADO *
G409	EPILEPSIA, TIPO NO ESPECIFICADO
G439	MIGRAÑA, NO ESPECIFICADA
G442	CEFALEA DEBIDA A TENSION
H100	CONJUNTIVITIS MUCOPURULENTO
H103	CONJUNTIVITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA
H669	OTITIS MEDIA, NO ESPECIFICADA
I10X	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA) *

CIE-X	Descripción
J00X	RINOFARINGITIS AGUDA [RESFRIADO COMUN]
J020	FARINGITIS ESTREPTOCOCICA
J028	FARINGITIS AGUDA DEBIDA A OTROS MICROORGANISMOS ESPECIFICADOS
J029	FARINGITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA
J030	AMIGDALITIS ESTREPTOCOCICA
J038	AMIGDALITIS AGUDA DEBIDA A OTROS MICROORGANISMOS ESPECIFICADOS
J039	AMIGDALITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA
J040	LARINGITIS AGUDA
J041	TRAQUEITIS AGUDA
J068	OTRAS INFECCIONES AGUDAS DE SITIOS MULTIPLES DE LAS VIAS RESPIRATORIAS SUPERIORES
J209	BRONQUITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA
J219	BRONQUIOLITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA
J304	RINITIS ALERGICA, NO ESPECIFICADA
J40X	BRONQUITIS, NO ESPECIFICADA COMO AGUDA O CRONICA
J448	OTRAS ENFERMEDADES PULMONARES OBSTRUCTIVAS CRONICAS ESPECIFICADAS
J450	ASMA PREDOMINANTEMENTE ALERGICA
J459	ASMA, NO ESPECIFICADA
K029	CARIES DENTAL, NO ESPECIFICADA
K040	PULPITIS
K088	OTRAS AFECCIONES ESPECIFICADAS DE LOS DIENTES Y DE SUS ESTRUCTURAS DE SOSTEN
K291	OTRAS GASTRITIS AGUDAS
K295	GASTRITIS CRONICA, NO ESPECIFICADA
K297	GASTRITIS, NO ESPECIFICADA
K30X	DISPEPSIA
K590	CONSTIPACION
K802	CÁLCULO DE LA VESICULA BILIAR SIN COLECISTITIS
L010	IMPETIGO [CUALQUIER SITIO ANATOMICO] [CUALQUIER ORGANISMO]
L029	ABSCESO CUTANEO, FURUNCULO Y CARBUNCO DE SITIO NO ESPECIFICADO
L031	CELULITIS DE OTRAS PARTES DE LOS MIEMBROS
L039	CELULITIS DE SITIO NO ESPECIFICADO
L080	PIODERMA
L089	INFECCION LOCAL DE LA PIEL Y DEL TEJIDO SUBCUTANEO, NO ESPECIFICADA
L209	DERMATITIS ATOPICA, NO ESPECIFICADA
L239	DERMATITIS ALERGICA DE CONTACTO, DE CAUSA NO ESPECIFICADA
L303	DERMATITIS INFECCIOSA
L309	DERMATITIS, NO ESPECIFICADA
L500	URTICARIA ALERGICA
L509	URTICARIA, NO ESPECIFICADA
L600	UÑA ENCARNADA
M069	ARTRITIS REUMATOIDE, NO ESPECIFICADA
M139	ARTRITIS, NO ESPECIFICADA
M150	(OSTEO)ARTROSIS PRIMARIA GENERALIZADA
M159	POLIARTROSIS, NO ESPECIFICADA
M179	GONARTROSIS, NO ESPECIFICADA
M199	ARTROSIS, NO ESPECIFICADA
M255	DOLOR EN ARTICULACION

CIE-X	Descripción
M542	CERVICALGIA
M544	LUMBAGO CON CIATICA
M545	LUMBAGO NO ESPECIFICADO
M549	DORSALGIA, NO ESPECIFICADA
M624	CONTRACTURA MUSCULAR
M791	MIALGIA
M796	DOLOR EN MIEMBRO
N200	CÁLCULO DEL RIÑÓN
N300	CISTITIS AGUDA
N390	INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO
N40X	HIPERPLASIA DE LA PROSTATA
N739	ENFERMEDAD INFLAMATORIA PELVICA FEMENINA, NO ESPECIFICADA
N760	VAGINITIS AGUDA
N771	VAGINITIS, VULVITIS Y VULVOVAGINITIS EN ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS CLASIFICADAS EN OTRA
O234	INFECCION NO ESPECIFICADA DE LAS VIAS URINARIAS EN EL EMBARAZO
O990	ANEMIA QUE COMPLICA EL EMBARAZO, EL PARTO Y EL PUERPERIO
R05X	TOS
R101	DOLOR ABDOMINAL LOCALIZADO EN PARTE SUPERIOR
R104	OTROS DOLORS ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS
R11X	NAUSEA Y VOMITO
R42X	MAREO Y DESVANECIMIENTO
R509	FIEBRE, NO ESPECIFICADA
R51X	CEFALEA
R520	DOLOR AGUDO
R529	DOLOR, NO ESPECIFICADO
R739	HIPERGLICEMIA, NO ESPECIFICADA
S019	HERIDA DE LA CABEZA, PARTE NO ESPECIFICADA
S202	CONTUSION DEL TORAX
S400	CONTUSION DEL HOMBRO Y DEL BRAZO
S610	HERIDA DE DEDO(S) DE LA MANO, SIN DAÑO DE LA(S) UÑA(S)
S800	CONTUSION DE LA RODILLA
S819	HERIDA DE LA PIERNA, PARTE NO ESPECIFICADA
S913	HERIDA DE OTRAS PARTES DEL PIE
T141	HERIDA DE REGION NO ESPECIFICADA DEL CUERPO
T784	ALERGIA NO ESPECIFICADA
Z000	EXAMEN MEDICO GENERAL
Z010	EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISION
Z138	EXAMEN DE PESQUISA ESPECIAL PARA OTRAS ENFERMEDADES Y TRASTORNOS ESPECIFICADOS
Z359	SUPERVISION DE EMBARAZO DE ALTO RIESGO, SIN OTRA ESPECIFICACION
Z718	OTRAS CONSULTAS ESPECIFICADAS

Fuente: Base de datos SIS. Diagnósticos más frecuentes del Primer nivel de atención.

(\*) En el caso de estos 04 diagnósticos, no incluir en el presente listado, aquellos casos señalados en el primer numeral referido al pago por servicio en IPRESS con población adscrita vinculado a las Consultas externas (056) de los asegurados con diagnósticos definitivos/repetitivos de: Hipertensión Arterial Sin Complicaciones, Diabetes Mellitus Sin Complicaciones y Diagnósticos de Salud Mental.

	<b>GUÍA DE OPERATIVIZACIÓN DE LOS CONVENIOS SUSCRITOS ENTRE EL SIS, FISSAL, GORES, DIRIS E IPRESS, PARA EL FINANCIAMIENTO DE LAS PRESTACIONES DE SALUD Y PRESTACIONES ADMINISTRATIVAS DE LOS ASEGURADOS</b>	Código: G-001
		Versión: 01
		Página 36 de 36

## ANEXO N° 02

### LISTADO DE DIAGNÓSTICOS QUE SERÁN DEDUCIDOS DEL MECANISMO DE PAGO PER CÁPITA EN CASO DE REFERENCIAS DE IPRESS DE POBLACIÓN ADSCRITA AL SEGUNDO O TERCER NIVEL DE ATENCIÓN

<b>CODIGO DE PRESTACION</b>	<b>056 "CONSULTA EXTERNA"</b>
CIE- 10	Z001; J00X; J029; J039; Z003; Z304; J068; Z349; K021; J209; A09X; B829; N390; Z298; H109; B369; Z392; K020; K050; Z300; B86X; L239; D509; Z369; H103; Z713; Z012; A071; B779; L309; Z724; L010; Z014, entre otros diagnósticos de primer nivel de atención
<b>CODIGO DE PRESTACIÓN</b>	<b>062 "ATENCIÓN DE EMERGENCIA" y 063 "ATENCIÓN DE EMERGENCIA CON OBSERVACIÓN"</b>
CIE- 10	Z001; J00X; J029; J039; Z003; Z304; J068; Z349; K021; J209; B829; N390; Z298; H109; B369; Z392; K020; K050; Z300; B86X; L239; D509; Z369; H103; Z713; Z012; A071; B779; L309; Z724; L010; Z014, entre otros diagnósticos de primer nivel de atención
<b>CODIGO DE PRESTACION</b>	<b>054 "ATENCION DE PARTO VAGINAL" ( con diagnóstico único)</b>
CIE- 10	O80.0, O80.8, O80.9