

MINISTERIO DE SALUD



Dirección General

RESOLUCION DIRECTORAL

N° 077-2018- DG-HVLH

Magdalena del Mar, 19 de Abril de 2018

Visto; la Nota Informativa N° 049-2018-OEPE-HVLH, emitido por el Director de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico del Hospital Víctor Larco Herrera;

CONSIDERANDO:

Que, de conformidad con lo dispuesto por el artículo VI del Título Preliminar de la Ley N° 26842 – Ley General de Salud, es responsabilidad del Estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad;

Que, la Ley Marco del Aseguramiento Universal en Salud – Ley N° 29344, tiene como objetivo "Establecer 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, con Resolución Ministerial N° 850-2016/MINSA de fecha 28 de Octubre del 2016, se aprobó el documento denominado Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud, el cual tiene como finalidad fortalecer la rectoría sectorial del Ministerio de Salud ordenando la producción normativa de la función de regulación que cumple como Autoridad Nacional de Salud a través de sus Direcciones u Oficinas Generales;

Que, la Coordinadora Administrativa de la Unidad Funcional de Seguros, Referencia y Contrarreferencia del Hospital Víctor Larco Herrera, ha elaborado el Plan de Trabajo de la Unidad Funcional de Seguros, Referencia y Contrarreferencia, con la finalidad de realizar el seguimiento y monitoreo de los procesos de los diferentes servicios de atención a los asegurados en el Hospital Víctor Larco Herrera, con el objetivo general de vigilar el correcto cumplimiento de los procesos de la atención de calidad a los pacientes asegurados;



Que, mediante Documento del Visto el Director de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico del Hospital Víctor Larco Herrera, remite a la Dirección General el Documento Técnico denominado "Plan de Trabajo de la Unidad Funcional de Seguros, Referencia y Contrarreferencia – 2018" del Hospital Víctor Larco Herrera; por cumplir con la estructura mínima señalada en el literal d) del punto 6.1.4. Documento Técnico, de las Normas *para la Elaboración de Documentos Normativos para el Ministerio de Salud*, aprobado por Resolución Ministerial N° 850-2016/MINSA, por lo que solicita su aprobación;

Que, en consecuencia, por convenir a los intereses funcionales institucionales que permitan un mejor cumplimiento de los fines y objetivos de la institución, resulta necesario formalizar su aprobación, mediante la emisión del correspondiente acto de administración;

Estando a lo informado por la Coordinadora Administrativa de la Unidad Funcional de Seguros, Referencia y Contrarreferencia, del Hospital Víctor Larco Herrera;

Con el visto bueno de la Jefa de la Oficina de Asesoría Jurídica, y;

De conformidad con las atribuciones señaladas en el literal c) del artículo 11° del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital "Víctor Larco Herrera" aprobado por Resolución Ministerial N° 132-2005/MINSA;

SE RESUELVE:

Artículo 1°.- Aprobar el Documento Técnico Denominado: "PLAN DE TRABAJO DE LA UNIDAD FUNCIONAL DE SEGUROS, REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA – 2018" del Hospital Víctor Larco Herrera, el mismo que en documento adjunto debidamente visado a folios dieciocho (18) incluido los anexos, forma parte integrante de la presente resolución.

Artículo 2°.- Dejar sin efecto las disposiciones que se opongan a la presente Resolución.

Artículo 3°.- Disponer la publicación de la presente Resolución en el Portal Institucional del Hospital Víctor Larco Herrera (www.larcoherrera.gob.pe).

Regístrese y Comuníquese

Ministerio de Salud
Hospital Víctor Larco Herrera

.....
Med. Elizabeth M. Rivera Chávez
Directora General
C.M.P. 24232 R.N.E. 10693

EMRC/MYRV/aesg.

Distribución:

- Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico
- Oficina de Gestión de la Calidad
- Oficina de Asesoría Jurídica
- Oficina de Comunicaciones
- Unidades Orgánicas
- Archivo.



"Decenio de la Igualdad de oportunidades para mujeres y hombres
"Año del Dialogo y la Reconciliación Nacional"

UNIDAD FUNCIONAL DE SEGUROS, REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

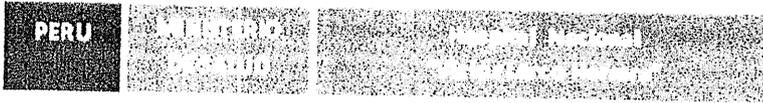
DOCUMENTO TECNICO:

"PLAN DE TRABAJO DE LA UNIDAD FUNCIONAL DE
SEGUROS, REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA "



2018





"Decenio de la Igualdad de oportunidades para mujeres y hombres
"Año del Dialogo y la Reconciliación Nacional"

ELABORADO POR:

Dra. Ana Patricia Rueda Salcedo
Coordinadora Administrativa de la Unidad Funcional de Seguros,
Referencia y Contrareferencia

REVISADO POR:

Dra. Elizabeth Rivera Chávez
Directora General del Hospital Víctor Larco Herrera

Dr. Carlos Palacios Valdivieso
Jefe de la Unidad Funcional de Seguros, Referencia y
Contrareferencia





“Decenio de la Igualdad de oportunidades para mujeres y hombres
 “Año del Dialogo y la Reconciliación Nacional”

INDICE

I. INTRODUCCIÓN.....	4
II. FINALIDAD	4
III. OBJETIVOS.....	5
a. OBJETIVO GENERAL	5
b. OBJETIVOS ESPECIFICOS	5
IV. BASE LEGAL	5
V. ÁMBITO DE APLICACIÓN	7
VI. CONTENIDO.....	7
1) PROCESOS ADMINISTRATIVOS REMITIDOS A LA IAFAS.....	7
2) PRODUCCION DE ACUERDO A LAS ACTAS DE CONFORMIDAD	7
3) REFERENCIAS Y CONTRAREFERENCIAS	9
4) PROCESO DE CONTROL PRESENCIAL POSTERIOR DE PRESTACIONES DE SALUD (PCPP)	10
5) AUDITORIA FINANCIERA.....	10
6) MEDIDAS DE CONTROL.....	10
VII. ANALISIS SITUACIONAL	
1) PRIORIZACION DE PROBLEMAS	11
2) ANÁLISIS FODA DE LA UNIDAD FUNCIONAL DE SEGUROS, REFERENCIAS Y CONTRARREFERENCIAS	11
3) LISTA DE ACTIVIDADES PRIORIZADAS	13
4) ACTIVIDADES PROGRAMADAS	13
a) OE1.- Mejorar los procesos administrativos asistenciales de la Unidad de seguros, Referencia y Contrarreferencia.	13
b) OE2.- Fortalecer la calidad del registro de las prestaciones en el aplicativo indicado por la IAFAS.	13
c) OE3.- Fortalecer el sistema de control interno de las prestaciones de los pacientes asegurados en la institución.....	14
d) OE4.- Estandarizar los procesos del area Referencias y Contrarreferencias en la institución.	14
VII. RESPONSABILIDADES	15
7.1. RESPONSABILIDAD DIRECTA	15
7.2. RESPONSABILIDAD INDIRECTA	15
VIII. ANEXOS.....	15
ANEXO N° 01: GLOSARIO DE TÉRMINOS.....	16
ANEXO N° 02: MATRIZ DE PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES OPERATIVAS.....	18





"Decenio de la Igualdad de oportunidades para mujeres y hombres
"Año del Dialogo y la Reconciliación Nacional"

I. INTRODUCCIÓN

La salud mental según la definición propuesta por la Organización Mundial de la Salud, es el estado de bienestar que permite a cada individuo realizar su potencial, enfrentarse a las dificultades de la vida, trabajar productiva y fructíferamente, y contribuir con su comunidad. La falta de salud mental impide que las personas lleguen a ser lo que desean ser, no les permite superar los obstáculos cotidianos y avanzar con su proyecto de vida, y da lugar a la falta de productividad y de compromiso cívico con la nación. Por lo que, la salud mental es uno de los temas que ha tomado mayor importancia en los últimos años en nuestro país; así mismo, tiene como principal obstáculo la pobreza y extrema pobreza, la cual se encuentra asociada al desempleo, sub empleo, desnutrición, carencias educativas, desprotección política y social, lo cual genera exclusión social y anomia, siendo un problema de salud pública.

Es por ese motivo, que el Hospital Víctor Larco Herrera y el Seguro Integral de Salud suscribieron el 30 de enero del año 2013, el "Convenio de Gestión para el Incremento de la Cobertura Poblacional y Prestacional suscrito entre la Unidad Ejecutora 148 Hospital Víctor Larco Herrera y el Seguro Integral de Salud", a fin de garantizar la atención a los asegurados en la institución, teniendo como vigencia un año a partir de la firma del convenio. Sin embargo, a fin de garantizar la continuidad del convenio, el 30 de abril del año 2014 se suscribió el "Convenio de Gestión para el Financiamiento de Servicios de Salud", entre el Seguro Integral de Salud y el Hospital Víctor Larco Herrera, por un tiempo de tres años. El 22 de mayo del 2017 se renovó el convenio con el SIS hasta el 31 de diciembre del 2017; por lo que, el 29 de diciembre del 2017 se firmó la "Primera Adenda al Convenio entre el Seguro Integral de Salud y la Institución Prestadora de Servicios de Salud "Hospital Víctor Larco Herrera" para el financiamiento de las prestaciones de salud brindadas a sus asegurados" la cual aplica desde el 01 de enero hasta el 31 de marzo del presente año. Por lo cual, se está realizando las coordinaciones con el Seguro Integral de Salud para la negociación de las cláusulas del próximo convenio, el cual aplicaría desde el 01 de abril del presente año.

Inicialmente la Unidad de Seguros era una dependencia funcional de apoyo de la Oficina de Gestión de la Calidad, y posteriormente, el 31 de diciembre del 2015, se dispuso mediante Resolución Directoral N° 395-2015-DG-HVLH que se conforme la Unidad Funcional de Seguros con carácter temporal, en la Dirección General del Hospital Víctor Larco Herrera. El 03 de julio del 2015, mediante Resolución Directoral N° 178-2015-DG-HVLH se aprobó el "Plan de Trabajo de Implementación de las Funciones y Actividades de la Unidad de Seguros", donde se estableció la organización funcional, definiendo las funciones y actividades del personal que labora en la unidad de seguros del HVLH. Así mismo, los objetivos de la Unidad de Seguros se encuentran acorde a los objetivos institucionales del hospital, efectuando control en los registros de los pacientes asegurados, regulando los procesos y procedimientos que garanticen el correcto reembolso de las prestaciones cobaturadas por la IAFAS en la institución, realizando coordinaciones con las áreas internas y externas para el correcto cumplimiento de la normatividad vigente. Además, evalúa y coordina las mejoras en la atención, referencia y contrarreferencia de los pacientes asegurados.

Dentro de las principales funciones que realiza la Unidad, es la realización de auditorías o controles de las prestaciones de los pacientes asegurados, el garantizar el adecuado funcionamiento administrativo en seguros de los servicios brindados, gestionar convenios, coberturas extraordinarias, documentación de reconsideraciones, documentación por sepelios, atención del usuario asegurado y registro de prestaciones en el aplicativo indicado por la IAFAS correspondiente.

En abril del 2017, mediante Resolución Directoral N° 071-2017-DG-HVLH, la Unidad de Referencias y Contrarreferencias se incorporó a la Unidad de Seguros, consolidándose como la "Unidad Funcional de Seguros, Referencias y Contrarreferencias"; por lo que, se realizan diversas actividades en el presente plan, a fin de optimizar los procesos involucrados.

II. FINALIDAD

El Plan de Trabajo del 2018 de la Unidad funcional de Seguros, Referencia y Contrarreferencia tiene como finalidad el seguimiento y monitoreo de los procesos de los





PERU



“Decenio de la Igualdad de oportunidades para mujeres y hombres
“Año del Dialogo y la Reconciliación Nacional”

diferentes servicios de atención a los asegurados en el hospital HVLH, de acuerdo a la normativa vigente, a fin de garantizar la satisfacción del asegurado, la continuidad de la atención de los usuarios y el correcto reembolso de las prestaciones cobaturadas.

III. OBJETIVOS

Las actividades de la Unidad se encuentran alineadas con el Plan Operativo Anual 2018 de la institución; por lo que, la Unidad Funcional de Seguros, Referencias y Contrarreferencias tiene como propósito para la optimización de los procesos, los siguientes objetivos:

A. OBJETIVO GENERAL

Vigilar el correcto cumplimiento de los procesos de la atención de calidad a los pacientes asegurados, con el cumplimiento de la normativa vigente.

B. OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. OE1: Mejorar los procesos administrativos asistenciales de la Unidad de seguros, Referencia y Contrarreferencia
2. OE2: Fortalecer la calidad del registro de las prestaciones de los pacientes asegurados en el aplicativo indicado por la IAFAS
3. OE3: Fortalecer el sistema de control interno del registro de las prestaciones de los pacientes asegurados en la institución.
4. OE4: Estandarizar los procesos del área de Referencias y Contrarreferencias en la institución

CUADRO N°01.- OBJETIVO GENERAL Y OBJETIVOS ESPECIFICOS DE LA UNIDAD FUNCIONAL DE SEGUROS, REFERENCIAS Y CONTRAREFERENCIAS

OBJETIVO GENERAL	OBJETIVOS ESPECIFICOS
OG: Vigilar el correcto cumplimiento de los procesos de la atención de calidad a los pacientes asegurados, con el cumplimiento de la normativa vigente.	OE1: Mejorar los procesos administrativos asistenciales de la Unidad de seguros, Referencia y Contrarreferencia
	OE2: Fortalecer la calidad del registro de las prestaciones de los pacientes asegurados en el aplicativo indicado por la IAFAS
	OE3: Fortalecer el sistema de control interno del registro de las prestaciones de los pacientes asegurados en la institución.
	OE4: Estandarizar los procesos del área de Referencias y Contrarreferencias en la institución

ELABORACION: USyREFCON del HVLH.

IV. BASE LEGAL

1. Ley N°26842 "Ley General de Salud".
2. Ley N° 29889 Modifica el artículo 11 de la Ley 26842, Ley General de salud, y garantiza los derechos de las personas con problemas de salud mental.
3. Ley N° 27604 Modificación artículo 3 y artículo 39 de la Ley General de salud, respecto a la obligación de los establecimientos de salud a dar atención médica en caso de Emergencia y partos.
4. Ley N° 27657 "Ley del Ministerio de Salud", aprobado mediante DS N°013-2002-SA.
5. Ley N° 27444 "Ley del Procedimiento Administrativo General".
6. Ley N° 29414 "Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud".
7. Ley N° 29344 "Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud y su Reglamento", aprobado mediante DS N°008-2010-SA.
8. Ley N°27806 "Ley de transparencia y acceso a la información Pública".
9. Ley N° 27927 Modifica los artículos 2,5,6,8,11,15,16,17y18 y la primera disposición transitoria, complementaria y final, y agregan los artículos 15-A ,15-B y 15-c en la Ley de Transparencia de acceso a la información pública.
10. Ley N° 27813 "Ley del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud".
11. Ley N°30024 "Ley que crea el Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas"
12. Ley N.º 28716 - Ley de Control Interno de las Entidades Públicas.
13. Resolución Ministerial N° 073-2004-PCM, que aprueba la Guía para la administración eficiente del software legal en la administración pública.
14. Resolución Ministerial N° 132-2005/MINSA, aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital "Víctor Larco Herrera".





PERU

MINISTERIO
DE SALUD

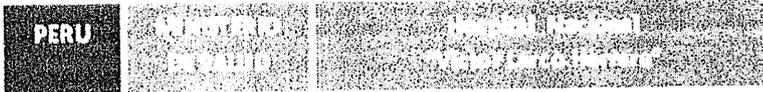
SECRETARÍA
GENERAL DE ADMINISTRACIÓN



“Decenio de la Igualdad de oportunidades para mujeres y hombres
“Año del Dialogo y la Reconciliación Nacional”

15. Resolución Directoral N° 327-2013-DG-HVLH, Resolución Directoral N°611-2014-DG-HVLH, aprobaron el funcionamiento del Software "Sistema Integral Hospitalario HVLH".
16. Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA - Sistema de Gestión de la Calidad en Salud.
17. Resolución Ministerial N°596-2007/MINSA-Plan Nacional de Gestión de la Calidad en Salud
18. Resolución Ministerial N°727-2009/MINSA–Política Nacional de Gestión de la Calidad en Salud
19. Resolución Ministerial N° 474-2005/MINSA, que aprueba la NTS N° 029-MINSA/DGSP-V01 "Norma técnica de salud de Auditoria de la calidad de la atención de salud".
20. Resolución Ministerial N° 527-2011, Guía Técnica para la Evaluación de la Satisfacción del Usuario Externo en los EE.SS.
21. Resolución Ministerial N° 095-2012-MINSA, Guía para la Elaboración de Proyectos de Mejora y la Aplicación de Técnicas y Herramientas para la Gestión de la Calidad.
22. Resolución Ministerial N° 075-2004/MINSA "Lineamientos para la acción de la salud mental
23. Resolución Ministerial N°235-2003-SA/DM, que aprobó el Modelo General de los Reglamentos de Organización y Funciones de los Institutos Especializados.
24. Resolución Ministerial N°616-2003-SA/DM, que aprobó el Modelo de Reglamento de Organización y Funciones de los Hospitales.
25. Resolución Ministerial N° 729- 2003 SA/DM, que aprueba el Documento de "La Salud Integral: Compromiso de Todos", el Modelo de Atención Integral de Salud.
26. Resolución Ministerial N° 751-2003 SA/DM, que establece el Régimen de elaboración de Normas Técnicas generadas por los Órganos de Línea del Ministerio de Salud.
27. Resolución Ministerial N.º 522-2006/MINSA Aprueba la directiva Nª 088-MINSA/OGEI v.0.1 "Directiva Administrativa para la administración de software en el Ministerio de Salud cumplan con las disposiciones de legalidad, formalidad y disponibilidad de Licencias".
28. 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"; así mismo, deroga la Resolución Ministerial N° 597-2006/MINSA, la cual aprobó la NTS N° 022 – MINSA /DGSP. VOL 2 "Norma Técnica de Salud para la gestión de la Historia Clínica".
29. R.M. N.º 1753-2002-SA/DM Directiva del Sistema Integrado de Suministros de Medicamentos e Insumos Médico-Quirúrgicos del Ministerio de Salud –SISMED y su modificatoria R.M. N.º 367-2005/MINSA.
30. R.C. N.º 320-2006-CG- Normas de Control Interno para el Sector Público.
31. Decreto Legislativo N° 559, que aprobó la Ley de Trabajo Médico.
32. Decreto Supremo N°023-87-SA, que aprobó el Reglamento General de Establecimientos de Salud del Sub Sector No Publico.
33. Decreto Supremo N°005-90-SA, que aprobó el Reglamento General de Hospitales del Sector Salud.
34. Decreto Supremo N°014-2002-SA, que aprobó el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
35. Decreto Supremo N° 043-2003-PCM, Texto Único Ordenado de la Ley N°27806, Ley de Transparencia y Acceso a la información pública.
36. Decreto Supremo N°024-2005-SA, aprueba la identificación estándar de datos de salud
37. Decreto. Supremo N.º 031-2014 – SA -SUSALUD.
38. Decreto Supremo N.º 024-2005 – SA "Identificación de Estándar de Datos de Salud" (IEDS).
39. Decreto Supremo 013-2003-PCM "Medidas para garantizar la legalidad de la adquisición de programas de software en entidades y dependencias del Sector Público.
40. DL. N.º 22056 - Instituye el Sistema de Abastecimiento.
41. NTS N° 021 -MINSA /DGSP V0.3 "Categorías de establecimientos del sector salud".
42. NTS N°042-MINSA/DGSP-V.01 "Gestión de la Historia Clínica en Emergencia".
43. Resolución Jefatural N° 056-2011/SIS que aprueba la "Directiva Administrativa que regula los procesos de validación prestacional SIS".
44. Resolución Jefatural N°197-2012/SIS que aprueba la "Directiva que regula la cobertura prestacional del régimen de financiamiento subsidiado del seguro integral de salud y la solicitud de cobertura extraordinaria".
45. Resolución Jefatural N°157-2013/SIS que aprueba la "Directiva administrativa N°001-2013-SIS/GA-V.01 que regula el proceso de afiliación de contribuyentes del nuevo régimen único simplificado-NRUS al régimen de financiamiento semicontributivo SIS".
46. Resolución Jefatural N°202-2013/SIS que aprueba la "Directiva administrativa N°001-2013-SIS/GNF-V.01 que regula el pago de la prestación económica de sepelio de los afiliados a los regímenes de financiamiento subsidiado y semicontributivo del SIS".





“Decenio de la Igualdad de oportunidades para mujeres y hombres
“Año del Dialogo y la Reconciliación Nacional”

47. Resolución Jefatural N°111-2015/SIS, aprueba la “Directiva administrativa N°001-2015-SIS-V.01 que regula el proceso de afiliación, atención, plan de beneficios y financiamiento al SIS independiente del régimen de financiamiento semicontributivo.
48. Resolución Jefatural N° 107-2015/SIS “Directiva Administrativa sobre el llenado del Formato Único de Atención (FUA) en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) Públicas, Privadas o Mixtas en el Marco de los Convenios o Contratos aprobados por el Seguro Integral de Salud (SIS)”.
49. Resolución Jefatural N°126-2015/SIS” Directiva Administrativa que regula el proceso de afiliación de régimen de financiamiento subsidiado del Seguro Integral de salud “.
50. Resolución Jefatural N° 241-2015/SIS Directiva Administrativa que regula el proceso de Evaluación automática de las prestaciones del seguro integral de salud.
51. Resolución Jefatural N°059-2015/SIS “Establecen que para brindar prestaciones de salud SIS, la IPRESS utilizara como unica fuente de verificacion de la condicion de asegurado, la base de datos del SIS”.
52. Resolución Jefatural N°090-2016/SIS que aprueba la D.A N°001-2016-SIS/GNF-V.01 “Directiva administrativa para el reconocimiento de la prestación económica de sepelio para los asegurados a los regímenes de financiamiento subsidiado y semicontributivo del SIS
53. Resolución Jefatural N° 006-2016/SIS Directiva que establece el proceso de control presencial posterior de las prestaciones de la salud financiada por el seguro integral de salud y sus anexos.
54. Resolución Jefatural N°092-2017/SIS deja sin efecto R.J.N°041-2015-SIS/J.
55. Resolución Jefatural N°275-2017/SIS que aprueba la Directiva Administrativa N°001-2017-SIS/GNF-V.01 “Directiva Administrativa para el Monitoreo, Supervisión y Seguimiento de las Transferencias Financieras del Seguro Integral de Salud”
56. Resolución Jefatural N°033-2018/SIS que aprueba la Directiva Administrativa N°001-2018-SIS-GREP-V.01 “Directiva Administrativa que regula el proceso de evaluación de compra de servicios”
57. Resolución Jefatural N°118-80-INAP/DNA - Normas Generales del Sistema de Abastecimiento. Modificado por SA.05 Unidad en el Ingreso Físico y R.J. N°133-80-INAP/DNA - Custodia Temporal de Bienes SA.07 Verificación del Estado y Utilización de Bienes y Servicios.
58. Resolución Jefatural N.º 335-90-INAP/DNA - Manual de Administración de Almacenes para el Sector Público Nacional.
59. Resolución Directorial N°071-2017-DG-HVLH “Unidad Funcional de Seguros, Referencia y Contrarreferencia “.
60. Código de Ética y Deontología del Colegio Médico del Perú.

V. ÁMBITO DE APLICACIÓN

El presente Plan de Trabajo es de aplicación a todos los departamentos y servicios asistenciales y administrativos que formen parte del proceso de atención en salud de los pacientes asegurados dentro del Hospital Víctor Larco Herrera.

VI. CONTENIDO

- 1) **PROCESOS ADMINISTRATIVOS REMITIDOS A LA IAFAS**
 - 1.1. **Cobertura extraordinaria:** se elabora los expedientes de cobertura extraordinaria de las prestaciones que superan el tope de cobertura inicial del Formato Único de Atención(FUA), lo cual corresponde al monto de 2UIT.
 - 1.2. **Tramites de Solicitud de la prestación económica de Sepelios:** se elaboran los expedientes de todos los pacientes que han fallecido durante el presente año, para la cobertura por parte del Seguro Integral de Salud.
 - 1.3. **Proceso de Reconsideraciones:** se elaboran los expedientes de las prestaciones observadas no conformes, dentro de los plazos establecidos, por mes de producción, consolidado de observaciones y de acuerdo a la fecha de la firma del Acta de Conformidad entre el Seguro Integral de Salud – SIS y nuestra institución.
- 2) **PRODUCCION DE ACUERDO A LAS ACTAS DE CONFORMIDAD**

Desde la firma del primer convenio con el Seguro Integral de Salud hasta la actualidad, se ha evidenciado un incremento de la producción, lo cual se encuentra registrado en las estadísticas de las actas de conformidad firmadas hasta diciembre del año 2017, lo cual





“Decenio de la Igualdad de oportunidades para mujeres y hombres
“Año del Dialogo y la Reconciliación Nacional”

se determina mediante el Proceso de Evaluación Automática de Prestaciones, iniciando con un total de 4,873 prestaciones en el año 2013, incrementando un 300% en el 2014 con relación al 2013, en el 2015 se tuvo un incremento del 200% del año anterior, terminando el año 2016 con 48,285 prestaciones equivalente al incremento de 157% con respecto al año 2015, lo cual presentaba un valor de producción bruta de s/ 5.358.178.77 soles.

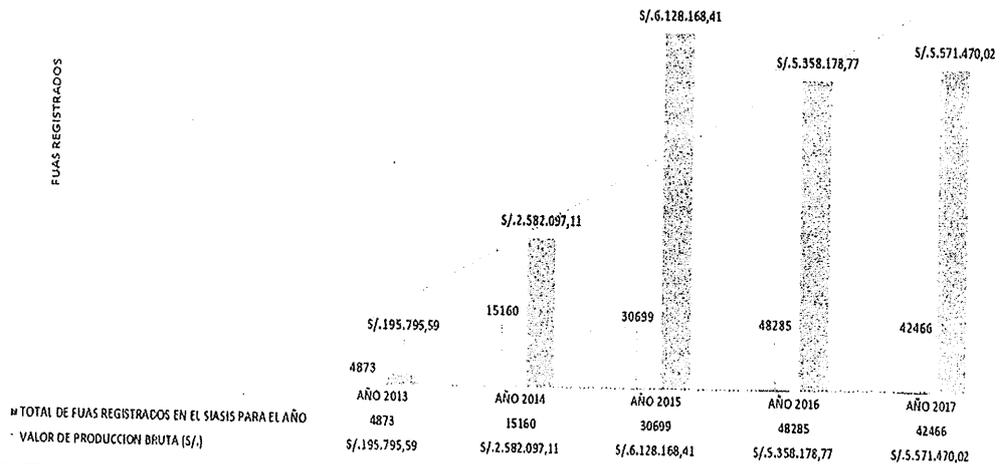
Para el año 2017, según la estadística de las actas de conformidad otorgadas por el Seguro Integral de Salud, se cuenta con un total de 42,466 prestaciones equivalente a un costo de producción de S/5.571.470,02 soles.

CUADRO N°02.- CONSOLIDADO DE LA ESTADISTICA DE LAS ACTAS DE CONFORMIDAD
ESTADISTICA DE ACTAS DE CONFORMIDAD 2013 A 2017
PROCESO DE EVALUACION AUTOMATICA DE PRESTACIONES

PERIODO DE PRODUCCION	TOTAL DE FUAS REGISTRADOS EN EL SIASIS PARA EL AÑO	VALOR DE PRODUCCION BRUTA (S/)	FUAS OBSERVADAS POR REA		% DE FUAS OBSERVADAS DEL TOTAL
			Nº	MONTO	
AÑO 2013	4,873	S/.195.795,59	8	S/.658,74	2,03%
AÑO 2014	15,160	S/.2.582.097,11	173	S/.81.242,87	16,97%
AÑO 2015	30,699	S/.6.128.168,41	230	S/.120.036,46	9,99%
AÑO 2016	48,285	S/.5.358.178,77	766	S/.46.954,98	18,03%
AÑO 2017	42,466	S/.5.571.470,02	338	S/.45.462,96	9,36%
TOTAL	141,483	S/.19.835.709,90	1,516	S/.294.358,01	1,48%

FUENTE: Registro de Actas de Conformidad desde el mes de junio 2013 a diciembre 2017.
ELABORACION: USyREFCON del HVLH.

GRAFICO N°01.- ESTADISTICA DE LAS ACTAS DE CONFORMIDAD DEL AÑO 2013 AL 2017
TOTAL DE FUAS REGISTRADOS EN EL SIASIS PARA EL AÑO 2013 -2017



FUENTE: Registro de Actas de Conformidad desde el mes de junio 2013 a diciembre 2017.
ELABORACION: USyREFCON del HVLH

En el CUADRO N°03, se ha realizado una estimación del número de FUAs para el año 2018, siendo un promedio por mes de 3.256 atenciones y un total para el año 2018 de 35.817 aproximadamente, con una producción bruta estimada de S/5.234.229,0. La estimación se realizó promediando los valores de la producción realizada en los años 2015, 2016 y 2017.





“Decenio de la Igualdad de oportunidades para mujeres y hombres
“Año del Dialogo y la Reconciliación Nacional”

CUADRO N°03.- ESTIMACION PARA EL AÑO 2018

ITEM	AÑO 2015	AÑO 2016	AÑO 2017	PROYECCION PARA EL AÑO 2018	PROMEDIO DE FUAS POR MES PARA EL AÑO 2018
FUAS REGISTRADOS	30,699	48,285	42,466	40,483	3,374
PRODUCCION BRUTA (S/.)	S/6.128.168,41	S/5.358.178,77	S/5.571.470,02	S/ 5.685.939,07	

ELABORACION: USyREFCON del HVLH

En el CUADRO N°04, se detalla la producción total de las atenciones realizadas en el servicio de consulta externa del año 2015 a julio del 2017, tanto para los pacientes asegurados al Seguro Integral de Salud como de los pacientes particulares o “NO SIS”, con código de prestación 056. Así mismo, se aprecia que la producción de los pacientes asegurados hasta julio del año 2017 es del 49%, y el 51% corresponde a los pacientes particulares o “no SIS”.

CUADRO N°04.- CONSOLIDADO DE ATENCIONES DE CONSULTA EXTERNA DEL AÑO 2015 A JULIO 2017

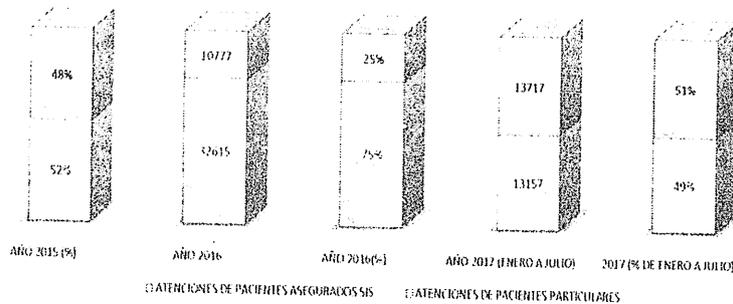
CONSOLIDADO DE ATENCIONES DE PACIENTES ASEGURADOS SIS VS PACIENTES PARTICULARES						
CONSULTA EXTERNA	AÑO 2015	2015 (%)	AÑO 2016	2016 (%)	AÑO 2017 (ENERO A JULIO)	AÑO 2017 (% DE ENERO A JULIO)
PACIENTES ASEGURADOS SIS	22563	52%	32615	75%	13157	49%
PACIENTES PARTICULARES	20652	48%	10777	25%	13717	51%
TOTAL	43215	100%	43392	100%	26874	100%

FUENTE: Formato Único de Atención(FUA) del Seguro Integral de Salud. Información del consolidado de consulta externa de la Oficina de Estadística e Informática.

ELABORACION: USyREFCON del HVLH

GRAFICO 02.- ATENCIONES DE CONSULTA EXTERNA

CONSOLIDADO DE ATENCIONES DE PACIENTES ASEGURADOS SIS VS PACIENTES PARTICULARES - PERIODO 2015 A JULIO 2017



FUENTE: Formato Único de Atención(FUA) del SIS. Información del consolidado de consulta externa de la Oficina de Estadística e Informática.

ELABORACION: USyREFCON del HVLH

3) REFERENCIAS Y CONTRAREFERENCIAS

En lo que corresponde a Referencias y Contrarreferencias, del año 2013 al año 2017 se han atendido 10.809 referencias derivadas de diferentes nosocomios, siendo los distritos con mayor numero: miraflores, magdalena, san miguel, surquillo, pueblo libre, jesus maria, san juan de miraflores y otros.

CUADRO N°05.- REFERENCIAS Y CONTRAREFERENCIAS DEL AÑO 2013 AL AÑO 2017

CUADRO DE REFERENCIAS Y CONTRAREFERENCIAS DIGITADAS						
ITEM	AÑO 2013	AÑO 2014	AÑO 2015	AÑO 2016	AÑO 2017	TOTAL
REFERENCIA ENVIADA	4	12	158	161	232	567
REFERENCIA RECIBIDA	345	1,954	3,286	2,997	2,227	10,809
CONTRAREFERENCIA	0	2	7	14	27	50
TOTAL	349	1,968	3,451	3,172	2,486	11,426

ELABORACION: USyREFCON del HVLH

Cabe resaltar que, la unidad de Referencias y Contrarreferencias a partir del mes de abril del año 2017 se incorporo a la Unidad de Seguros, consolidandose a partir de esa fecha





PERU

MINISTERIO
DE SALUD

Unidad Funcional
de Seguros, Referencias y
Contrarreferencias



“Decenio de la Igualdad de oportunidades para mujeres y hombres
“Año del Dialogo y la Reconciliación Nacional”

como la "Unidad Funcional de Seguros, Referencias y Contrarreferencias" mediante la Resolución Directoral N° 071-2017-DG-HVLH. Por lo cual, se realizó el análisis situacional de referencias y contrarreferencias en la institución, y se procedió a implementar e incorporar los documentos normativos y los procesos correspondientes necesarios para el área.

4) PROCESO DE CONTROL PRESENCIAL POSTERIOR DE PRESTACIONES DE SALUD (PCPP)

Son controles o auditorías que realiza el Seguro Integral de Salud de las prestaciones de sus asegurados en las IPRESS, en donde se evalúan 50 prestaciones en total, las cuales pueden ser seleccionadas desde el inicio del convenio, y se realiza un mínimo de dos (02) al año según RJ N°006-2016/SIS.

Se observó que en los informes de los Procesos de Control Presencial Posterior de Prestaciones de Salud (PCPP), realizados a la institución, tuvieron algunas recomendaciones como:

- Fortalecer el cumplimiento de la NT N° 022 MINSA / DGSP – V0.2, Norma técnica de salud para la Gestión de Historia Clínica, de acuerdo a lo establecido en la Resolución Ministerial N° 597-2006/MINSA.
- Implementar un mecanismo de Control a fin de Garantizar el adecuado registro del Formato Único de Atención (FUA) de acuerdo a lo establecido en la Resolución Jefatural N°107-2015/SIS, que aprueba la Directiva Administrativa N° 001-2015/ SIS /GREP.V.01 a la Institución Prestadora de Servicios de Salud – IPRESS.
- Supervisión y monitoreo de los encargados de la atención del paciente asegurado en cada servicio o departamento.

5) AUDITORIA FINANCIERA

Hasta el mes de febrero del año 2017, la USyREFCON no tenía injerencia directa en el detalle de la ejecución de las transferencias financieras realizadas por el Seguro Integral de Salud - SIS a nuestra institución. Sin embargo, desde marzo del 2017 se dio inicio con el monitoreo de la ejecución de la fuente de DyT, autorizando los gastos que podían ser financiados por dicha fuente de acuerdo a los clasificadores de gasto autorizados por el SIS mediante resoluciones jefaturales, y así evitar observaciones en los controles efectuados por el Seguro Integral de Salud.

Por lo tanto, de acuerdo al total de las transferencias del SIS para el año 2017, se destinó un 52,47% para los gastos de reposición Prioridad I; sin embargo, a partir de la firma del convenio con el SIS, el 22 de mayo del 2017, el SIS realizó cuatro (04) transferencias financieras, mediante la R.J. N°095-2017/SIS, R.J. N°189-2017/SIS, R.J. N°248-2017/SIS y la R.J. N°276-2017/SIS, garantizándose la disposición de más del 70% de las transferencias financieras para medicamentos e insumos médicos y de laboratorio, que corresponden a un gasto de prioridad I para el Seguro Integral de Salud. (*estipulado en el convenio 2017 con el SIS en el punto 7.17 de la Cláusula Séptima: Obligaciones de la IPRESS*). El 12 de diciembre del 2017, el SIS emitió la R.J. N°275-2017/SIS, que aprobó la Directiva Administrativa N°001-2017-SIS/GNF "Directiva Administrativa para el monitoreo, supervisión y seguimiento de las transferencias financieras del Seguro Integral de Salud-SIS"

Actualmente, se continúa con el monitoreo de las adquisiciones por DyT de acuerdo a los clasificadores de gasto aprobados por el Seguro Integral de Salud, a fin de evitar observaciones en las auditorías financieras a la institución.

6) MEDIDAS DE CONTROL

6.1 CONTROL INTERNO

- Auditorías del proceso de la atención y de las prestaciones de los pacientes en el servicio de Emergencia.
- Auditorías del proceso de la atención y de las prestaciones de los pacientes en el servicio de Hospitalización.





“Decenio de la Igualdad de oportunidades para mujeres y hombres
“Año del Dialogo y la Reconciliación Nacional”

- c) Auditorias del proceso de la atención y de las prestaciones de los pacientes en el servicio de Consulta externa.
- d) Auditoria de Casos en merito a los reclamos, quejas y/o denuncias presentadas de los pacientes asegurados.

6.2 CONTROL EXTERNO

- a) Proceso de Control Presencial Posterior de las Prestaciones de Salud financiadas por el Seguro Integral de Salud, R.J. N°006-2016/SIS.
- b) Auditorias Inopinadas, de acuerdo a lo estipulado en el convenio con la IAFAS.
- c) Proceso de Evaluación Automática de Prestaciones, efectuado por la IAFAS.
- d) Auditoría Financiera.
- e) Supervisiones por parte de la Superintendencia Nacional de Salud – SUSALUD.

VII. ANALISIS SITUACIONAL

1) PRIORIZACION DE PROBLEMAS

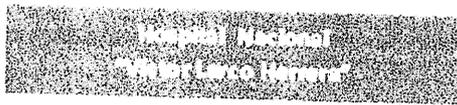
Se pudo observar que durante los diversos controles internos y externos realizados en la institución, se resalta las siguientes observaciones o deficiencias:

- a. Cumplimiento de 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”; así mismo, deroga la Resolución Ministerial N°597-2006/MINSA, la cual aprobó la NTS N°022 – MINSA /DGSP. VOL 2 “Norma Técnica de Salud para la gestión de la Historia Clínica”.
- b. Cumplimiento de la NTS N°018 MINSA/DGSP – V0.1 Norma técnica del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de los establecimientos del Ministerio de Salud, aprobado por Resolución Ministerial N°751-2004/MINSA.
- c. Cumplimiento de la NTS N°042-MINSA/DGSP-V.01 “Norma Técnica para Gestión de la Historia Clínica en Emergencia”.
- d. Apoyo en el cumplimiento de la NTS N°029 MINSA/DGSP – V0.1 Norma técnica de Auditoria de la Calidad de atención de salud, aprobado por Resolución Ministerial N° 474-2005/MINSA.
- e. Garantizar el adecuado registro de formato Único de Atención de acuerdo a lo establecido en la Resolución Jefatural N°107-2015/SIS que aprueba la Directiva Administrativa N°001-2015/ SIS /GREP.V.01 a la institución prestadora de servicios de salud IPRESS.
- f. Seguimiento de las aprobaciones del comité Fármaco Terapéutico de los productos farmacéuticos de acuerdo a lo estipulado en la Resolución Ministerial N°540-2011/MINSA.
- g. Estandarización de los procesos del área de Referencias y Contrarreferencias
- h. Cumplimiento de las cláusulas dispuestas en el actual convenio con la IAFAS, para el correcto reembolso de las prestaciones.
- i. Cumplimiento de la directiva del Proceso de Control Presencial Posterior de las prestaciones de salud financiadas, de acuerdo a lo establecido en la Resolución Jefatural N.º 006-2016/SIS.

2) ANÁLISIS FODA DE LA UNIDAD FUNCIONAL DE SEGUROS, REFERENCIAS Y CONTRARREFERENCIAS

Se procedió a realizar el análisis FODA de la Unidad Funcional de Seguros, Referencia y Contrarreferencia, lo cual se detalla en los cuadros siguientes:





"Decenio de la Igualdad de oportunidades para mujeres y hombres
"Año del Dialogo y la Reconciliación Nacional"

CUADRO N°06.- ANALISIS FODA 2018 DE LA USyREFCON

	PUNTOS FUERTES	PUNTOS DÉBILES
ANÁLISIS INTERNO	<p>FORTALEZAS</p> <ol style="list-style-type: none"> Compromiso de la Dirección, equipo de gestión y del Equipo de trabajo. Hospital III-1 de referencia a nivel nacional, especializado en salud mental. Ubicación estratégica. Personal Profesional y Técnico capacitado en la atención y orientación a pacientes Psiquiátricos. Se cuenta con 590 camas de hospitalización, lo cual supera la disponibilidad de camas de las IPRESS de salud mental. Equipos de Cómputo con acceso a Internet. Disponibilidad de material logístico. Ambulancias equipadas y operativas. 	<p>DEBILIDADES</p> <ol style="list-style-type: none"> Profesionales de salud que no cumplen con el correcto llenado de los registros, como los formatos unicos de atención, fichas de referencias y contrareferencias. Personal no capacitado en el Sistema REFCON. No se cuenta con la estandarización de los procesos del área de referencias y contrareferencias No se cuenta con acceso telefónico (telefax) para las referencias a nivel nacional. Directorio telefónico actualizado de las IPRESS a nivel nacional
	<p>OPORTUNIDADES</p> <ol style="list-style-type: none"> Procesos de modernización y descentralización de la salud. Política de aseguramiento universal para las personas de bajos recursos económicos. Ampliación de la cartera de servicios para satisfacer las necesidades de los clientes. 	<p>AMENAZAS</p> <ol style="list-style-type: none"> Insuficiente calidad en la prestación de servicios en Salud Mental en los Hospitales generales. Insuficiente Normativa para Hospitales de salud mental. Habitos culturales de Rechazo familiar y de las organizaciones hacia el enfermo mental. Funciones no definidas en la atención de la salud mental. No se cuenta con casa de medio camino. Demora en las respuestas de las áreas de referencia de las IPRESS ante una solicitud, especialmente en casos de emergencia.

ELABORACION: USyREFCON del HVLH

CUADRO N°07.- MATRIZ FODA 2018 DE LA USyREFCON

FACTORES INTERNOS	<p>FORTALEZAS</p> <ol style="list-style-type: none"> Compromiso de la Dirección, equipo de gestión y del Equipo de trabajo. Hospital III-1 de referencia a nivel nacional, especializado en salud mental. Ubicación estratégica. Personal Profesional y Técnico capacitado en la atención y orientación a pacientes Psiquiátricos. Se cuenta con 590 camas de hospitalización, lo cual supera la disponibilidad de camas de las IPRESS de salud mental. Equipos de Cómputo con acceso a Internet. Disponibilidad de material logístico. Ambulancias equipadas y operativas. 	<p>DEBILIDADES</p> <ol style="list-style-type: none"> Profesionales de salud que no cumplen con el correcto llenado de los registros, como los formatos unicos de atención, fichas de referencias y contrareferencias. Personal no capacitado en el Sistema REFCON. No se cuenta con la estandarización de los procesos del área de referencias y contrareferencias No se cuenta con acceso telefónico (telefax) para las referencias a nivel nacional. Directorio telefónico actualizado de las IPRESS a nivel nacional
FACTORES EXTERNOS		
<p>OPORTUNIDADES</p> <ol style="list-style-type: none"> Procesos de modernización y descentralización de la salud. Política de aseguramiento universal para las personas de bajos recursos económicos. Ampliación de la cartera de servicios para satisfacer las necesidades de los clientes. 	<p>FO → ESTRATEGIA PARA MAXIMIZAR LAS FORTALEZAS Y LAS OPORTUNIDADES</p>	<p>DO → ESTRATEGIA PARA MINIIMIZAR LAS DEBILIDADES Y LAS OPORTUNIDADES</p>





PERU

Ministerio de Salud

Unidad Funcional de Seguros, Referencia y Contrarreferencia



“Decenio de la Igualdad de oportunidades para mujeres y hombres
“Año del Dialogo y la Reconciliación Nacional”

<p>AMENAZAS</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Insuficiente calidad en la prestación de servicios en Salud Mental en los Hospitales generales. 2. Insuficiente Normativa para Hospitales de salud mental. 3. Habitos culturales de Rechazo familiar y de las organizaciones hacia el enfermo mental. 4. Funciones no definidas en la atención de la salud mental. 5. No se cuenta con casa de medio camino. 6. Demora en las respuestas de las areas de referencia de las IPRESS ante una solicitud, especialmente en casos de emergencia. 	<p>FA → ESTRATEGIA PARA MAXIMIZAR LAS FORTALEZAS Y MINIMIZAR LAS AMENAZAS</p>	<p>FO → ESTRATEGIA PARA MINIMIZAR LAS DEBILIDADES Y LAS AMENAZAS</p>
--	---	--

ELABORACION: USyREFCON del HVLH

3) LISTA DE ACTIVIDADES PRIORIZADAS

1. Monitoreo de la calidad del proceso de las atenciones financiadas por la IAFAS en concordancia con la normatividad vigente.
2. Optimización del adecuado registro de las prestaciones en el módulo SIASIS, garantizando el correcto reembolso acorde a la normatividad vigente.
3. Elaboración de la documentación correspondiente a los procesos administrativos de la Unidad.
4. Elaboración de informes de productividad, cumplimiento, eventualidades y actualización de los documentos de gestión de la Unidad.
5. Monitoreo de las prestaciones de los pacientes asegurados que se encuentren hospitalizados de larga estancia, estancia hospitalaria de 180 días.
6. Resolución y seguimiento de eventos registrados en los pacientes asegurados dentro del HVLH.
7. Coordinación con las diversas áreas internas y externas para el adecuado proceso de atención del asegurado.
8. Garantizar el cumplimiento del convenio actual con la correspondiente IAFAS.

4) ACTIVIDADES PROGRAMADAS

El objetivo general de la USyREFCON es el de "Vigilar el correcto cumplimiento de los procesos de la atención de calidad a los pacientes asegurados, con el cumplimiento de la normatividad vigente". Por ese motivo, de acuerdo a los Objetivos y a la Matriz FODA se procede a disponer las siguientes actividades, a fin de dar cumplimiento con lo programado en el plan, las cuales son:

- a) **OE1.- Mejorar los procesos administrativos asistenciales de la Unidad de seguros, Referencia y Contrarreferencia.**
 1. Elaboración y Aprobación del manual de organización y funciones de la Unidad Funcional de Seguros, Referencia y Contrarreferencia.
 2. Elaboración de la documentación correspondiente a los procesos administrativos de la Unidad
- b) **OE2.- Fortalecer la calidad del registro de las prestaciones de los pacientes asegurados en el aplicativo indicado por la IAFAS**
 1. Monitoreo continuo del subproceso de emisión de FUA en el área de admisión para pacientes asegurados.
 2. Evaluación de las prestaciones digitadas en el aplicativo SIASIS.
 3. Monitoreo y seguimiento de las prestaciones de consulta externa, emergencia y hospitalización para la identificación del asegurado.
 4. Capacitación al personal de la Unidad de Seguros, Referencia y Contrarreferencia con respecto a las pautas del actual convenio con la IAFAS y de la normatividad vigente.
 5. Capacitación a los profesionales médicos y no médicos de consulta externa del área de adultos involucrados en la atención del paciente asegurado.
 6. Capacitación a los profesionales médicos y no médicos de consulta externa del departamento de niños involucrados en la atención del paciente asegurado.
 7. Capacitación a los profesionales médicos y no médicos de emergencia involucrados en la atención del paciente asegurado.





“Decenio de la Igualdad de oportunidades para mujeres y hombres
“Año del Dialogo y la Reconciliación Nacional”

- 8. Capacitación a los profesionales médicos y no médicos de hospitalización involucrados en la atención del paciente asegurado
- c) OE3.- Fortalecer el sistema de control interno del registro de las prestaciones de los pacientes asegurados en la institución.
 - 1. Auditorías del proceso de la atención y de las prestaciones de los pacientes en el servicio de Emergencia.
 - 2. Auditorías del proceso de la atención y de las prestaciones de los pacientes en el servicio de Hospitalización.
 - 3. Auditorías del proceso de la atención y de las prestaciones de los pacientes en el servicio de Consulta externa.
 - 4. Auditoría de Casos en merito a los reclamos, quejas y/o denuncias presentadas de los pacientes asegurados.
 - 5. Proceso de corte administrativo, de los pacientes con estancia hospitalaria de 180 días.
 - 6. Fortalecer el censo de pacientes según programación
 - 7. Control de visación de recetas de hospitalización según horario establecido por pabellón.
- d) OE4.- Estandarizar los procesos del área de Referencias y Contrarreferencias en la institución
 - 1. Registro electrónico actualizado de la base de datos del área de referencias y contrarreferencias
 - 2. Implementación del sistema REFCON.
 - 3. Reforzar los procesos del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de acuerdo a la normativa vigente.
 - 4. Seguimiento del cumplimiento de la NTS N°018-2004-MINSA/DGSP
 - 5. Socialización de normatividad vigente de la Unidad Funcional de Seguros, Referencia y Contrarreferencia.
 - 6. Control del registro de las fichas de referencia y contrarreferencia.
 - 7. Reuniones de coordinación con las áreas de referencia y contrarreferencia de otras IPRESS
 - 8. Charlas informativas a los usuarios externos de la institución.

CUADRO N°08.- ANALISIS FODA 2018 DE LA UNIDAD FUNCIONAL DE SEGUROS, REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

OBJ. GENERAL	OBJETIVOS ESPECIFICOS	ACTIVIDADES PROGRAMADAS	RESULTADOS PROYECTADOS
<p>OG: Vigilar el correcto cumplimiento de los procesos de la atención de calidad a los pacientes asegurados, con el cumplimiento de la normativa vigente.</p>	OE1: Mejorar los procesos administrativos asistenciales de la USyREFCON	Elaboración y Aprobación del manual de organización y funciones de la USyREFCON	Aprobación del MOF de la Unidad mediante R.D.
		Elaboración de la documentación correspondiente a los procesos administrativos de la Unidad	Registro oportuno de la solicitud de cobertura de sepelios de pacientes asegurados SIS hospitalizados. Reembolso de prestaciones observadas por el SIS Reembolso de las prestaciones que superen el tope de la cobertura regular.
	OE2: Fortalecer la calidad del registro de las prestaciones de los pacientes asegurados en el aplicativo indicado por la IAFAS	Monitoreo continuo del subproceso de emisión de FUA en el área de admisión para pacientes asegurados (atención al usuario SIS)	Mejora de la calidad del proceso de emisión de FUA
		Evaluación de las prestaciones digitadas en el aplicativo SIASIS	Mejora continua de la calidad del registro electrónico en el aplicativo SIASIS
		Monitoreo y seguimiento de las prestaciones de consulta externa, emergencia y hospitalización para la identificación del asegurado	Mejora de los procesos de atención al paciente asegurado Identificación de asegurados SIS con condición de anulados sin cobertura activa.
		Capacitación al personal de la USyREFCON con respecto a las pautas del actual convenio con la IAFAS y de la normatividad vigente	Mejora continua de la calidad de los procesos de la atención
		Capacitación a los profesionales médicos y no médicos de consulta externa del área de adultos involucrados en la atención del paciente asegurado.	Mejora continua de la calidad de los procesos de la atención
		Capacitación a los profesionales médicos y no médicos de consulta externa del departamento de niños involucrados en la atención del paciente asegurado.	Mejora continua de la calidad de los procesos de la atención





"Decenio de la Igualdad de oportunidades para mujeres y hombres
"Año del Dialogo y la Reconciliación Nacional"

OG: Vigilar el correcto cumplimiento de los procesos de la atención de calidad a los pacientes asegurados, con el cumplimiento de la normativa vigente.		Capacitación a los profesionales médicos y no médicos de emergencia involucrados en la atención del paciente asegurado.	Mejora continua de la calidad de los procesos de la atención
		Capacitación a los profesionales médicos y no médicos de hospitalización involucrados en la atención del paciente asegurado	Mejora continua de la calidad de los procesos de la atención
	OE3: Fortalecer el sistema de control interno del registro de las prestaciones de los pacientes asegurados en la institución	Auditorias del proceso de la atención y de las prestaciones de los pacientes en el servicio de Emergencia	Monitoreo del cumplimiento del proceso de atención en emergencia de los pacientes asegurados Mejora continua de la calidad del registro de las atenciones Resolución de conflictos y acciones correctivas inmediatas
		Auditorias del proceso de la atención y de las prestaciones de los pacientes en el servicio de Hospitalización	Monitoreo del cumplimiento del proceso de atención en hospitalización de los pacientes asegurados Mejora continua de la calidad del registro de las atenciones Resolución de conflictos y acciones correctivas inmediatas Reporte de procedimientos realizados no registrados
		Auditorias del proceso de la atención y de las prestaciones de los pacientes en el servicio de Consulta externa	Monitoreo del cumplimiento del proceso de atención en consulta externa de los pacientes asegurados Mejora continua de la calidad del registro de las atenciones Resolución de conflictos y acciones correctivas inmediatas
		Auditoria de casos en merito a los reclamos, quejas y/o denuncias presentadas de los pacientes asegurados.	Mejora continua de la calidad de los procesos de la atención
		Proceso de corte administrativo, de los pacientes con estancia hospitalaria de 180 días.	Cumplimiento de la normativa dispuesta por la IAFAS SIS.
		Fortalecer el censo de pacientes según programación	Mejora continua de la calidad de los procesos de la atención
		Control de visación de recetas de hospitalización según horario establecido por pabellón.	Mejora continua de la calidad de los procesos de la atención
	OE4: Estandarizar los procesos del área de Referencias y Contrarreferencias en la institución	Registro electrónico actualizado de la base de datos del área de REFCON	Mejora continua de la calidad del registro
		Implementación del sistema REFCON	Mejora continua de la calidad del registro
		Reforzar los procesos del Sistema de REFCON de acuerdo a la normativa vigente.	Mejora continua de la calidad del registro
		Seguimiento del cumplimiento de la NTS N°018-2004-MINSA/DGSP-V.01	Mejora continua de la calidad de los procesos
		Socialización de normatividad vigente de la USyREFCON	Mejora continua de la calidad de los procesos
		Control del registro de las fichas de REFCON	Mejora continua de la calidad del registro
		Reuniones de coordinación con las áreas de REFCON de otras IPRESS	Mejora continua de la calidad del registro
		Charlas informativas a los usuarios externos de la institución	Informar sobre los beneficios y coberturas del SIS a los usuarios externos

ELABORACION: USyREFCON del HVLH

VII. RESPONSABILIDADES

Los responsables de la ejecución del presente Plan de Trabajo de la Unidad Funcional de Seguros, Referencias y Contrarreferencias del Hospital Victor Larco Herrera son:

7.1. RESPONSABILIDAD DIRECTA

- Jefatura de la Unidad Funcional de Seguros, Referencias y Contrarreferencias.
- Coordinación de la Unidad Funcional de Seguros, Referencias y Contrarreferencias.

7.2. RESPONSABILIDAD INDIRECTA

- Dirección General del Hospital Victor Larco Herrera.
- Dirección Adjunta del Hospital Victor Larco Herrera.
- Dirección Administrativa del Hospital Victor Larco Herrera.

VIII. ANEXOS





“Decenio de la Igualdad de oportunidades para mujeres y hombres
“Año del Dialogo y la Reconciliación Nacional”

ANEXO N° 01

GLOSARIO DE TÉRMINOS

- **Acreditación:** es el proceso de verificación de la vigencia de la condición de asegurado del beneficiario fallecido y de la certificación de la persona acreditada para realizar el trámite de la prestación económica del sepelio.
- **Acreditado:** es la persona mayor de edad con DNI o carnet de extranjería vigente, designada en la afiliación a falta o en ausencia de esta, será un familiar hasta el 4° grado de consanguinidad o 3° grado de afinidad; a falta de un familiar será designado aquella persona o autoridad que ha estado al cuidado del afiliado fallecido, demostrado con una constatación policial de haber estado a cargo de la custodia. No pueden ser acreditadas las personas vinculadas a agencias funerarias, ni el personal de las IPRESS o unidades ejecutoras.
- **Seguro Integral de Salud (SIS):** Organismo Público Ejecutor adscrito al Ministerio de Salud y cuenta con personería jurídica de Derecho Público Interno, autonomía técnica, funcional, económica, financiera y administrativa, constituida en una Institución Administradora de Fondos de aseguramiento de Salud, cuya responsabilidad es la administración económica y financiera de los fondos que están destinados al financiamiento de las prestaciones de salud y otras que su plan de beneficios le faculte, a fin de ofrecer coberturas de riesgo en salud a sus afiliados, de acuerdo a las normas vigentes.
- **SUBSIDIADO:** Modalidad de cobertura la atención del paciente asegurado en un 100% dependiendo del diagnóstico de referencia.
- **SEMI- SUBSIDIADO.** Modalidad de la cobertura en la cual el paciente hace realiza pagos mensuales. Los cuales lo hacen acreedor a la atención siempre que este al día con sus pagos.
- **REFERENCIA:** Es un proceso administrativo – asistencial mediante el cual el personal de un establecimiento de salud, transfiere la responsabilidad de la atención de la necesidad de salud de un usuario a otro establecimiento de salud de mayor capacidad resolutive y cuando el agente comunitario o las organizaciones sociales, identifican signos de peligro o alarma o factores de riesgo en usuarios y su necesidad de traslado, desde su comunidad hacia un establecimiento de salud del primer nivel de atención para que sean atendidos.
- **CONTRARREFERENCIA:** Es el procedimiento administrativo- asistencial mediante el cual, el establecimiento de salud de destino de la referencia devuelve o envía la responsabilidad del cuidado de la salud de un usuario o el resultado de la prueba diagnóstica, al establecimiento de salud de origen de la referencia o del ámbito de donde procede el paciente por que cuentan con la capacidad de manejar o monitorizar el problema de salud integralmente.
- **FORMATO UNICO DE ATENCIÓN (FUA):** Es el formato aprobado por el SIS que sirve de sustento para pago de la presentación y en el que se registra los datos de la atención y prescripción (Procedimientos, medicamentos, insumos, apoyo al diagnóstico) así como datos de la afiliación del asegurado/ inscrito que recibe una prestación.
- **PUNTOS DE DIGITACION:** Son todas aquellas instancias que realizan la digitación de los formatos del SIS para lo cual contara con el aplicativo informático de escritorios ARFIS o web SIASIS. Puede ser un establecimiento de salud, Unidad ejecutora, ODSIS o cualquier otra instancia autorizada y reconocida por el SIS.
- **Reglas de Validación:** son los criterios que verifican el cumplimiento del adecuado registro, estándares de calidad de atención, oportunidad e integralidad que deben cumplir las prestaciones financiadas por el SIS.
- **Proceso de validación de prestaciones:** Es la aplicación de procedimientos, metodologías y herramientas para dar conformidad a las prestaciones de salud y/o administrativas, de acuerdo a las particularidades de cada mecanismo de pago.
- **Prestaciones Observadas (PO):** son aquellas prestaciones que no han superado los estándares establecidos por las reglas de validación, las mismas que no serán reembolsadas. Estas prestaciones podrán ser reconsideradas si son debidamente sustentadas por el prestador. Existen dos tipos de prestaciones observadas: observados totales y observadas parciales.
- **Proceso de Evaluación Automática (PEA):** consiste en la aplicación de las reglas de consistencia y validación a través del aplicativo informático web SIASIS al consolidado de las prestaciones reportadas por los establecimientos de salud.
- **Unidad Ejecutora:** Es la encargada de conducir la ejecución de operaciones orientales a la gestión de los fondos que administran, conforme a las normas y procedimientos del Sistema Nacional de Tesorería y en tal sentido son responsables directas respecto de los ingresos y egresos que administran.





"Decenio de la Igualdad de oportunidades para mujeres y hombres
"Año del Dialogo y la Reconciliación Nacional"

- **CALIDAD:** propiedad atribuida a un servicio, actividad o producto que permite apreciarlo como igual, mejor o peor que otros. Es el grado en que un servicio cumple los objetivos para los que ha sido creado. La satisfacción de los usuarios es un componente importante de la calidad de los servicios.
- **EFICACIA:** Óptima relación entre el servicio prestado y la necesidad del usuario, satisfacer las necesidades debe ser un resultado que se ha planificado, que normalmente se traducen en una especificación ya sea explícita o implícita.
- **EFICIENCIA:** Es la optimización de los procesos y utilización racional de los recursos. ISO 9000, la define como "relación entre el resultado alcanzado y los recursos utilizados".
- **EFFECTIVIDAD:** Es el resultado de la eficacia y más la eficiencia.
- **ACCESIBILIDAD:** Facilidad de entrar en contacto con el servicio o los profesionales, facilidad de acceso físico y telefónico. Es un componente de la calidad de los servicios. Incluye aspectos como el horario y los tiempos de espera.
- **POBREZA:** incapacidad de una familia de cubrir con su gasto familiar una canasta básica de subsistencia.
- **POBREZA EXTREMA:** Se consideran aquellas familias que, destinando todos sus ingresos a la compra de alimentos, no alcanzan a comprar la canasta básica alimentaria.
- **ADMISION:** Trámite previo en que se decide si hay lugar a la tramitación o recursos presentado.
- **ACTITUD:** disposición de una persona hacia algo o alguien. Es parecido al estilo y ambos pueden ser modificados.
- **ATENCIÓN PERSONALIZADA:** Consiste en un modo de atención en el que cada persona es atendida de manera singular e individualizada, en función de sus características propias y sus problemas personales.
- **ASERTIVIDAD:** Estilo de comunicación que emplean aquellas personas capaces de exponer sus puntos de vistas de forma flexible, abierta, siendo amable y considerado con las opiniones de los demás, mostrando empatía y capacidad negociadora.
- **CALIDAD PERCIBIDA:** Básicamente consiste en la imagen o el concepto de la calidad de un servicio que tienen sus usuarios. Incluye aspectos científico técnicos, (fiabilidad, capacidad de respuesta, competencia profesional...), aspectos relacionados con la relación y comunicación con los profesionales, (trato, amabilidad, capacidad de escucha, empatía, interés...) y aspectos sobre el entorno de la atención, (ambiente, decoración, limpieza...).
- **CAPACIDAD DE RESPUESTA:** Hacer las cosas a su tiempo. Agilidad de trámites. Es un componente de la calidad de los servicios sanitarios.
- **COMPETENCIA:** Capacidad y aptitud para realizar una tarea o desempeñar unas funciones de manera correcta y adecuada. Es un componente de la calidad de los servicios.
- **CONFIDENCIALIDAD:** Es una característica de la relación profesional usuario que asegura la intimidad y el secreto de la información que se genera durante el proceso así es solicitado por el usuario.
- **SATISFACCIÓN:** Estado en el que se encuentran los usuarios cuando al prestarles un servicio determinado quedan cubiertas sus expectativas, o incluso se les da algo más de lo que ellos esperaban encontrar.
- **USUARIO/ PACIENTE:** Persona que utiliza, demanda y elige los servicios del SIS, en torno a él se organizan todos los servicios que se prestan en el SIS.





“Decenio de la Igualdad de oportunidades para mujeres y hombres
 “Año del Dialogo y la Reconciliación Nacional”

ANEXO N° 02

MATRIZ DE PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES OPERATIVAS
 PLAN DE TRABAJO 2018 DE LA UNIDAD FUNCIONAL DE SEGUROS, REFERENCIAS Y
 CONTRAREFERENCIAS DEL HOSPITAL “VICTOR LARCO HERRERA”

OBJETIVO GENERAL: VIGILAR EL CORRECTO CUMPLIMIENTO DE LOS PROCESOS DE LA ATENCIÓN DE CALIDAD A LOS PACIENTES ASEGURADOS, CON EL CUMPLIMIENTO DE LA NORMATIVA VIGENTE.															
ACTIVIDADES PROGRAMADAS	META	UNIDAD	MES												RESPONSABLE
			E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	
OBJETIVO ESPECÍFICO 1: MEJORAR LOS PROCESOS ADMINISTRATIVO ASISTENCIALES DE LA USyREFCON															
Actividad 1.1. Elaboración y aprobación del manual de organización y funciones de la USyREFCON	01	Documento Técnico				X	X								Equipo de la USyREFCON
Actividad 1.2. Elaboración de la documentación correspondiente a los procesos administrativos de la Unidad	100%	Informe	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Equipo de la USyREFCON
OBJETIVO ESPECÍFICO 2: FORTALECER LA CALIDAD DEL REGISTRO DE LAS PRESTACIONES DE LOS PACIENTES ASEGURADOS EN EL APLICATIVO INDICADO POR LA IAFAS.															
Actividad 2.1. . Monitoreo continuo del subproceso de emisión de FUA en el área de admisión para pacientes asegurados (atención al usuario SIS)	12	Informe	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Equipo de la USyREFCON
Actividad 2.2. Evaluación de las prestaciones digitadas en el aplicativo SIASIS	12	Informe	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Equipo de la USyREFCON
Actividad 2.3. Monitoreo y seguimiento de las prestaciones de consulta externa, emergencia y hospitalización para la identificación del asegurado	12	Informe	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Equipo de la USyREFCON
Actividad 2.4. Capacitación al personal de la USyREFCON con respecto a las pautas del actual convenio con la IAFAS y de la normatividad vigente	12	Asistencia y Evaluación	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Equipo de la USyREFCON
Actividad 2.5. Capacitación a los profesionales médicos y no médicos de consulta externa del área de adultos involucrados en la atención del paciente asegurado	04	Registro de Asistencia						X		X		X		X	Equipo de la USyREFCON
Actividad 2.6 Capacitación a los profesionales médicos y no médicos de consulta externa del departamento de niños involucrados en la atención del paciente asegurado	03	Registro de Asistencia							X		X		X		Equipo de la USyREFCON
Actividad 2.7. Capacitación a los profesionales médicos y no médicos de emergencia involucrados en la atención del paciente asegurado	03	Registro de Asistencia								X		X		X	Equipo de la USyREFCON
Actividad 2.8. Capacitación a los profesionales médicos y no médicos de hospitalización involucrados en la atención del paciente asegurado	03	Registro de Asistencia								X		X		X	Equipo de la USyREFCON
OBJETIVO ESPECÍFICO 3: DESARROLLAR UN SISTEMA DE CONTROL INTERNO DEL REGISTRO DE LAS PRESTACIONES DE LOS PACIENTES ASEGURADOS EN LA INSTITUCIÓN.															
Actividad 3.1. . Auditorías del proceso de la atención y de las prestaciones de los pacientes en el servicio de Emergencia	100%	Informe	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Equipo de la USyREFCON
Actividad 3.2. Auditorías del proceso de la atención y de las prestaciones de los pacientes en el servicio de Hospitalización	100%	Informe	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Equipo de la USyREFCON
Actividad 3.3. Auditorías del proceso de la atención y de las prestaciones de los pacientes en el servicio de Consulta Externa	100%	Informe	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Equipo de la USyREFCON
Actividad 3.4. Auditoría de Casos en Referido a los reclamos, quejas y/o denuncias presentadas de los pacientes asegurados.	100%	Informe	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Equipo de la USyREFCON





“Decenio de la Igualdad de oportunidades para mujeres y hombres
“Año del Dialogo y la Reconciliación Nacional”

Actividad 3.5. Proceso de corte administrativo, de los pacientes con estancia hospitalaria de 180 días	100%	Auditoría e Informe						x										x		Equipo de la USyREFCON
Actividad 3.6. Fortalecer el censo de pacientes según programación	100%	Informe	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Equipo de la USyREFCON
Actividad 3.7. Control de visación de recetas de hospitalización según horario establecido por pabellón.	100%	Informe	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Equipo de la USyREFCON
OBJETIVO ESPECÍFICO 4: ESTANDARIZAR LOS PROCESOS DEL AREA DE REFERENCIAS Y CONTRAREFERENCIAS EN LA INSTITUCIÓN.																				
Actividad 4.1. Registro electrónico actualizado de la base de datos del área de referencias y contrarreferencias	100%	Informe	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Equipo de la USyREFCON
Actividad 4.2. Implementación del sistema REFCON	100%	Informe			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Equipo de la USyREFCON
Actividad 4.3. Reforzar los procesos del Sistema de referencia y contrarreferencia de acuerdo a la normativa vigente	100%	Informe	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Equipo de la USyREFCON
Actividad 4.4. Seguimiento del cumplimiento de la NTS N°018-2004-MINSA/DGSP-V.01	100%	Informe	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Equipo de la USyREFCON
Actividad 4.5. Socialización de normatividad vigente de la USyREFCON	100%	Informe	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Equipo de la USyREFCON
Actividad 4.6. Control del registro de las fichas de referencia y contrarreferencia	100%	Informe	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Equipo de la USyREFCON
Actividad 4.7. Reuniones de coordinación con las áreas de REFCON de otras IPRESS	06	Registro de asistencia		x		x		x		x		x		x		x		x		Equipo de la USyREFCON
Actividad 4.8. Charlas informativas a los usuarios externos de la institución	18	Registro de Asistencia e Informe				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Equipo de la USyREFCON

