



MINISTERIO DE SALUD



N° 090 -2010/SIS

RESOLUCIÓN JEFATURAL

Lima, 20 JUL 2010

VISTOS: El Memorando N° 382-2010-SIS-GO de la Gerencia de Operaciones y el Informe N 210-2010-SIS/OAJ de la Oficina de Asesoría Jurídica;

CONSIDERANDO:

Que, por Ley N° 27657, Ley del Ministerio de Salud, se creó el Seguro Integral de Salud, como Organismo Público Descentralizado del Ministerio de Salud, cuya visión es ser la institución que integra y contribuye al Sistema de Aseguramiento Universal que garantice el ejercicio pleno del derecho a la salud;

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

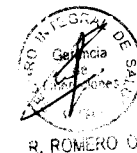
Que, el artículo 30° del Reglamento de Organización y Funciones del Seguro Integral de Salud aprobado mediante Decreto Supremo N° 009-2002-SA, señala que la Gerencia de Operaciones es el órgano de línea que propone, evalúa y supervisa los planes de beneficios por tipo de población, oferta de beneficios en función a costos, tarifas, financiamiento y la oferta de establecimientos prestadores de servicios, así como también propone los mecanismos de negociación;

Que, en el segundo párrafo del numeral 6.5 de la Directiva Administrativa N° 111-MINSA/SIS-V.01, Directiva Administrativa que establece normas complementarias para la implementación del Decreto Supremo N° 004-2007-SA, aprobada por Resolución Ministerial N° 401-2007/MINSA, se dispone que las prestaciones financiadas por el SIS, serán sometidas a procesos de evaluación de la calidad previos al pago, para lo cual se emitirán las normas correspondientes que serán aprobadas por Resolución Jefatural;

Que, en el numeral 29 del Anexo N° 2 de la Resolución Ministerial N° 240-2009/MINSA, que aprueba el Tarifario del Seguro Integral de Salud, se define como Prestaciones Reconsideradas a las prestaciones observadas en el proceso de evaluación automática, regularizadas por el prestador y levantadas por las ODSIS según las evidencias presentadas para el reconocimiento del pago, dentro del plazo establecido;

Que, mediante Resolución Jefatural N° 186-2009/SIS, se aprobó la Directiva N° 03-2009-SIS/GO, que regula el Proceso de Evaluación Automática de las Prestaciones del Seguro Integral de Salud, cuya finalidad es contribuir a la implementación del Tarifario del SIS y el adecuado control de las prestaciones brindadas a los asegurados/inscritos en el Seguro Integral de Salud;

Que, de acuerdo al documento de vistos, la Gerencia de Operaciones sustenta la necesidad de aprobar el proyecto de Directiva que establece el Proceso de Reconsideración de



Prestaciones del Seguro Integral de Salud, cuya finalidad es contribuir con el adecuado control de las prestaciones brindadas por los prestadores de servicios de salud a los asegurados del SIS;

Que, con el visto bueno de la Sub Jefatura del SIS, Secretaría General, Gerencia de Operaciones, Gerencia de Financiamiento y con la opinión favorable de la Oficina de Asesoría Jurídica;

De conformidad con el inciso i) del artículo 11° del Reglamento de Organización y Funciones del Seguro Integral de Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 009-2002-SA;

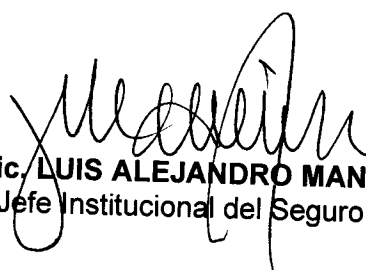
SE RESUELVE:

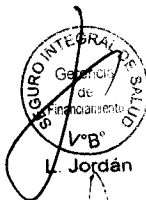
Artículo 1°.- Aprobar la Directiva N° .02..-2010-SIS/GO "Directiva que establece el Proceso de Reconsideración de Prestaciones del Seguro Integral de Salud" y sus Anexos, que forman parte integrante de la presente Resolución.

Artículo 2°.- Encargar a la Oficina de Informática y Estadística en coordinación con la Gerencia de Operaciones, la implementación y ejecución de las disposiciones establecidas en la directiva aprobada en el artículo precedente.

Artículo 3°.- Encargar a Secretaría General la publicación de la presente Resolución en el Diario Oficial El Peruano y coordinar con la Oficina de Informática y Estadística la publicación de la Resolución y la Directiva aprobada y sus Anexos, en la página web del Seguro Integral de Salud, <http://www.sis.gob.pe/Portal/paginas/normas.html>.

Regístrese, comuníquese y publíquese


Lic. LUIS ALEJANDRO MANRIQUE MORALES
Jefe Institucional del Seguro Integral de Salud





PERÚ

**Ministerio
de Salud**

Seguro Integral de Salud

MINISTERIO DE SALUD

SEGURO INTEGRAL DE SALUD

DIRECTIVA N° 02 -2010-SIS/GO

**DIRECTIVA QUE ESTABLECE EL PROCESO DE RECONSIDERACIÓN DE
PRESTACIONES DEL SEGURO INTEGRAL DE SALUD**

Julio, 2010

Jefe Institucional

Lic. Luis Manrique Morales

Gerente de Operaciones

Méd. Roberto Romero Onofre

Subgerente de Operaciones

Méd. Pedro Grillo Rojas

Equipo Técnico

Méd. José E. Aldana Carrasco	Supervisor Médico de la Gerencia de Operaciones
Méd. Isabel Maurtua Urquiza	Supervisor Médico de la Gerencia de Operaciones
Méd. Leoncio Freddy Pajuelo Koqui	Supervisor Médico de la Gerencia de Operaciones
Méd. Anyilo Pino Cardenas	Supervisor Médico de la Gerencia de Operaciones
Méd. Nilda Terrones Valera	Supervisor Médico de la Gerencia de Operaciones
Méd. Joel Vílchez Gutiérrez	Supervisor Médico de la Gerencia de Operaciones

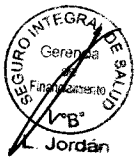
Colaboraron:

Abog. Claudia Espinoza Borra	Secretaria General
Econ. Vilma Montañez Ginocchio	Asesora Jefatura SIS
QF Saúl Rimarachín Tarrillo	ODSIS Chota
Méd. Regina Murillo Curasi	ODSIS Moquegua
Méd. Estrella Cerrón Salomé	ODSIS Lima Ciudad
Méd. Mérice Herrera Torres	ODSIS Lima Ciudad
CPC. Juan Manuel Castellanos García	ODSIS Tumbes
Méd. Conrado Valladolid Cerrón	ODSIS Ayacucho
QF Hernán Montalvo Plejo	ODSIS Lima Sur
Méd. Silvia Aldave Santos	ODSIS Lima Sur
Méd. Kemya Rodríguez González Said	ODSIS Piura I y ODSIS Piura II (e)
Méd. Antero Raúl Zavaleta Calderón	ODSIS Cajamarca I
Méd. Walter Domínguez Becerra	ODSIS Lambayeque
Méd. Otto Suárez Angles	ODSIS Arequipa
Lic. Yulisa Valverde Romero	ODSIS Ancash



ÍNDICE

1. FINALIDAD.....	04
2. OBJETIVO.....	04
3. ÁMBITO DE APLICACIÓN.....	04
4. BASE LEGAL.....	04
5. DISPOSICIONES GENERALES.....	05
6. DISPOSICIONES ESPECÍFICAS.....	06
7. RESPONSABILIDADES.....	09
8. DISPOSICIONES TRANSITORIAS.....	09
9. DISPOSICIONES FINALES.....	10
10. ANEXOS.....	10



DIRECTIVA N° 02 -2010-SIS/GO

DIRECTIVA QUE ESTABLECE EL PROCESO DE RECONSIDERACIÓN DE PRESTACIONES DEL SEGURO INTEGRAL DE SALUD

1. FINALIDAD

Contribuir con el adecuado control de las prestaciones brindadas a los asegurados en el Seguro Integral de Salud, para el correcto uso de los recursos financieros del SIS.

2. OBJETO

La presente Directiva tiene como objeto regular el Proceso de Reconsideración que deberán solicitar los establecimientos de salud por las prestaciones observadas como no conformes, determinadas como tales, luego de haberles realizado el Proceso de Evaluación Automática.

3. ÁMBITO DE APLICACIÓN

La presente Directiva es de aplicación obligatoria en los siguientes organismos: Seguro Integral de Salud y sus Oficinas Desconcentradas a Nivel Nacional (ODSIS), establecimientos prestadores de servicios de salud públicos, privados y mixtos que reciban financiamiento del Seguro Integral de Salud.

4. BASE LEGAL

La presente Directiva se fundamenta dentro del marco legal siguiente:

- Ley N° 26842, Ley General de Salud.
- Ley N° 27657, Ley del Ministerio de Salud.
- Ley N° 27785, Ley Orgánica del Sistema Nacional de Control y Contraloría General de la República.
- Ley N° 28716, Ley de Control Interno de las entidades del Estado.
- Decreto Supremo N° 009-2002-SA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Seguro Integral de Salud.
- Decreto Supremo N° 004-2007-SA, que establece el Listado Priorizado de Intervenciones Sanitarias de aplicación obligatoria para todos los Establecimientos de Salud que reciben financiamiento del Seguro Integral de Salud.
- Resolución Ministerial N° 401-2007/MINSA, que aprueba la Directiva Administrativa N° 111-MINSA/SIS V.01 "Directiva Administrativa que establece normas complementarias para la implementación del Decreto Supremo N° 004-2007-SA.
- Resolución Ministerial N° 422-2007/MINSA, que aprueba la Directiva Administrativa N° 112-2007-MINSA/SIS-V.01: "Directiva Administrativa que regula el proceso de pago para las Prestaciones del Seguro Integral de Salud – SIS".
- Resolución Ministerial N° 277-2008/MINSA, que amplía el Listado Priorizado de Intervenciones Sanitarias del Anexo N° 01 del Decreto Supremo N° 004-2007-SA.
- Resolución Ministerial N° 240-2009/MINSA, que aprueba el Tarifario del Seguro Integral de Salud para los Componentes Subsidiado y Semisubsidiado y sus Definiciones Operacionales.
- Resolución Jefatural N° 060-2008/SIS, que aprueba la Directiva N° 002-2008-SIS/J "Directiva que regula los Procesos Operativos del Seguro Integral de Salud" y su Anexos.



- Resolución Jefatural N° 149-2008/SIS, que aprueba la Directiva N° 03-2008-SIS/J "Directiva que regula la Cobertura y Procesos de las Prestaciones de Salud del Seguro Integral de Salud" y sus Anexos.
- Resolución Jefatural N° 157-2008/SIS, que aprueba los documentos de aplicación para las atenciones de salud de los beneficiarios del SIS, tanto para el Componente Subsidiado como Semisubsidiado.
- Resolución Jefatural N° 173-2008/SIS que aprueba la Directiva N° 004-2008/SIS-J "Directiva que regula el uso de las aplicaciones informáticas de registro de formatos del Seguro Integral de Salud" y sus Anexos.
- Resolución Jefatural N° 216-2008/SIS, que aprueba los documentos de aplicación para las atenciones de salud de los asegurados al Componente Subsidiado y Semisubsidiado del Seguro Integral de Salud, de conformidad con la Metodología de Cálculo del Índice de Focalización de Hogares que utiliza el SISFOH, como instrumento para identificar a las personas que serán aseguradas en el SIS, modificando la Resolución Jefatural N° 157-2008/SIS.
- Resolución Jefatural N° 186-2009/SIS, que aprueba la Directiva N° 03-2009-SIS/GO "Proceso de Evaluación Automática de las Prestaciones del Seguro Integral de Salud" y sus anexos.

5. DISPOSICIONES GENERALES

5.1. Definiciones Operativas:

5.1.1. Prestaciones Observadas

Son las atenciones brindadas por el prestador de salud o de servicios que no se ajustan a la normatividad vigente, en su ejecución y/o reporte, luego de haberles realizado el Proceso de Evaluación Automática.

5.1.2. Prestaciones Observadas Conformes

Son las prestaciones observadas que al ser revisadas previamente a la firma del Acta de Conformidad por el representante de la DISA/DIRESA/Unidad Ejecutora, son aceptadas por dicho representante, convirtiéndose automáticamente en prestaciones rechazadas.

5.1.3. Prestaciones Observadas No Conformes

Son las prestaciones observadas que al ser revisadas previamente a la firma del Acta de Conformidad por el representante de la DISA/DIRESA/Unidad Ejecutora, no son aceptadas por dicho representante. Sobre estas prestaciones se aplican el Procedimiento de Reconsideración.

5.1.4. Prestaciones Rechazadas

Son aquellas prestaciones que no superan los estándares establecidos por las reglas de validación, las prestaciones observadas conformes y aquellas que no han sido debidamente sustentadas por el prestador en el Recurso de Reconsideración.

5.1.5. Prestaciones Reconsideradas

Son las prestaciones observadas no conformes sujetas a un proceso de reconsideración y reevaluadas dando como resultado prestaciones válidas.

5.1.6. Proceso de Reconsideración

Es el proceso mediante el cual la Unidad Ejecutora solicita la reevaluación de las prestaciones observadas no conformes, a través de DISA/DIRESA ante la ODSIS (excepto los Hospitales Nacionales e Institutos Especializados de Lima Metropolitana y otros autorizados por el SIS, quienes lo harán directamente), Como producto de este proceso se obtienen prestaciones reconsideradas y prestaciones rechazadas.



L. Jordán



R. ROMERO C.

6. DISPOSICIONES ESPECÍFICAS**6.1. De la Retroalimentación de Prestaciones Observadas No Conformes .-**

- 6.1.1. Con la firma del Acta de Conformidad, la ODSIS entregará a la DISA/DIRESA/ Unidad Ejecutora o establecimiento de salud; en medio magnético (CD, diskette, correo electrónico u otro) el consolidado de prestaciones observadas no conformes. Dicho consolidado tendrá la siguiente estructura: tipo de pago (tarifa o por consumo), N° FUA observada, Fecha de Atención, Código de la Prestación, Componente de Aseguramiento, Código de Unidad Ejecutora, Código de EESS, Nombre del EESS, Categoría del EESS; Código de Observación; Detalle de la Observación; Valor Bruto y Origen de la Observación.
- 6.1.2. La entrega de dicho consolidado deberá realizarse simultáneamente con el cierre del Proceso de Evaluación Automática y la firma del Acta de Conformidad.
- 6.1.3. En los casos que la DISA/DIRESA/Unidad Ejecutora o establecimiento de salud público, privado o mixto; no se hiciera presente para la firma del Acta de Conformidad o se niegue a firmar la misma, se considerará a la totalidad de las prestaciones observadas durante el Proceso de Evaluación Automática como observadas conformes y no podrán ser reconsideradas procediendo a firmar el Acta el Representante y el Médico Supervisor de la ODSIS.

6.2. Del Sustento para la Reconsideración de Prestaciones.-

- 6.2.1. La DISA/DIRESA/Unidad Ejecutora o establecimiento de salud privado o mixto solicitarán la reconsideración de las prestaciones observadas no conformes adjuntando la evidencia documentaria que sustente el pedido.
- 6.2.2. El expediente a presentarse para la solicitud de Reconsideración de Prestaciones Observadas No Conformes deberá contener:

6.2.2.1. Solicitud de Reconsideración. Ver Anexo N° 02.

6.2.2.2. Consolidado de Prestaciones Observadas No Conformes solicitadas para Reconsideración (en físico y magnético en formato Excel). Ver Anexo N° 03.

6.2.2.3. Sustento individual de prestaciones observadas no conformes, el que incluye:

- Copia del FUA de Reconsideración, el cual deberá ser firmado por el personal de salud responsable de la atención, siendo necesario consignar únicamente en los campos correspondientes:
 - a. Código de Establecimiento/Equipo AISPED;
 - b. Nombre del Establecimiento o Equipo AISPED que realiza la atención;
 - c. Marcado del casillero de Reconsideración;
 - d. Número de Formato que fue observado y se solicita reconsiderar; y
 - e. Datos solicitados a ser modificados en relación al FUA original.
- Copia fedateada del FUA original.

6.2.2.4. Documentos de sustento para el levantamiento de la observación:

- a. Copia fedateada de la Sección de Identificación del Paciente, Registro de la atención de salud y/o Información complementaria (de ser necesaria) de las secciones de la historia clínica correspondientes a la atención y de acuerdo a la categoría del establecimiento (NTS N° 022-MINSA/DGSP-V02); y/o
- b. Copia de receta con medicamentos entregados; y/o



L. Jordán



R. ROMERO O.

- c. Copia de kárdex de enfermería con registro de medicamentos administrados; y/o
- d. Detalle del gasto (obligatorio para prestaciones por consumo); y/o
- e. Documento normativo que sustente la atención de salud. (Norma Técnica, Guía de Práctica Clínica, Directiva, otro) y/o
- f. Otros según corresponda.

Los documentos deberán ser organizados y foliados de acuerdo al orden de las prestaciones registradas en el Consolidado de Prestaciones Observadas No Conformes, solicitadas para Reconsideración.

- 6.2.3. Sólo las prestaciones observadas no conformes que cumplan con las siguientes condiciones podrán ser aceptadas para la evaluación por las ODSIS:
- a. Que la prestación no haya pasado por un proceso previo de reconsideración.
 - b. Que los formatos SIS no presenten enmendaduras ni borrones.
 - c. Que el Formato Único de Atención (FUA) original cuente con las firmas y sellos del personal que atendió, la firma y/o huella digital del usuario o apoderado en el anverso del FUA y en el reverso en los casos que corresponda.
 - d. Que la atención se encuentre registrada en la Historia Clínica, la que deberá estar de acuerdo con la Resolución Ministerial N° 597-2006/MINSA en todo lo concerniente a la información requerida para evaluación de la prestación por el SIS.
- 6.2.4. El Formato Único de Atención de reconsideración de una prestación será considerado como una declaración jurada de no haber exigido pago alguno al asegurado por la entrega de medicamentos o insumos o por la realización de procedimientos durante la atención, salvo las excepciones señaladas en las normas vigentes.
- 6.2.5. Antes de presentar el expediente de solicitud de reconsideración, los nuevos Formatos Únicos de Atención que serán utilizados para la reconsideración deberán ser ingresados en los Puntos de Digitación con acceso web registrando en el ítem "Reconsideraciones" el N° del Formato Único de Atención de la prestación observada (el que se va a reconsiderar).
- 6.2.6. La DISA/DIRESA/Unidad Ejecutora tomará las previsiones del caso para que los Establecimientos de Salud que dependan de un Punto de Digitación sin acceso web puedan remitir sus FUA de Reconsideración a los Puntos de Digitación con acceso web.
- 6.2.7. Las Historias Clínicas (o parte de ellas) enviadas como sustento para la reconsideración de prestaciones que no se ajusten a lo estipulado en la R.M. 597-2006/MINSA en todo lo concerniente a la información requerida para evaluación de la prestación por el SIS, serán consideradas como no válidas para el sustento, convirtiendo automáticamente dicha prestación en rechazada.
- 6.2.8. El prestador ingresará al SIASIS los FUA a reconsiderar durante 30 días útiles contados a partir de la firma del Acta de Conformidad.
- 6.2.9. Los sustentos en físico, deberán ser remitidos a la ODSIS a más tardar hasta el trigésimo día útil a partir de la firma del Acta de Conformidad.
- 6.2.10. Pasados treinta (30) días útiles a partir de la firma del acta de conformidad todas las prestaciones observadas no conformes que no hayan sido presentadas para reconsideración serán rechazadas sin lugar a reclamo.
- 6.2.11. Los motivos por los que se puede presentar un expediente para la reconsideración de una prestación son los siguientes:
- a. **Datos digitados en el aplicativo informático SIS diferentes a los registrados en el FUA en físico**, con atención adecuadamente registrada y sustentada en la



historia clínica, correspondiente a una prestación con manejo adecuado y según lo estipulado en guías de práctica clínica, la mejor evidencia científica disponible y/o normatividad vigente.

- b. **Omisión de datos en la digitación de la prestación en el aplicativo informático SIS**, con la atención adecuadamente registrada y sustentada en el FUA en físico y en la historia clínica, correspondiente a una prestación con manejo adecuado y según lo estipulado en guías de práctica clínica, la mejor evidencia científica disponible y/o normatividad vigente.
- c. **Registros errados en el FUA en físico que condicionaron un inadecuado registro de la prestación en el aplicativo informático SIS**, pero con procedimientos, actividades, medicamentos, cantidades y otros ítems debidamente brindados y respaldados en la Historia Clínica, correspondiente a una prestación con manejo adecuado y según lo estipulado en guías de práctica clínica, la mejor evidencia científica disponible y/o normatividad vigente.
- d. **Registros incompletos en el FUA en físico que condicionaron un inadecuado registro de la prestación en el aplicativo informático SIS**, pero con procedimientos, actividades, medicamentos, cantidades y otros ítems debidamente brindados y registrados en la Historia Clínica, recetas, resultados de laboratorio u otro que corresponda en una prestación con manejo adecuado según lo estipulado en guías de práctica clínica, la mejor evidencia científica disponible y/o normatividad vigente.

Este motivo no aplica en los siguientes casos:

- FUA sin firma y/o huella del asegurado/inscrito o apoderado;
- FUA sin firma y/o sello del responsable de la atención;
- FUA sin firma y/o sello del responsable de Farmacia y/o Laboratorio según corresponda; y
- Otros contemplados en el Anexo N° 05 de la presente Directiva.

- e. **No conformidad del prestador con el motivo de la observación, sin requerirse modificar el registro en el FUA en físico o el registro en el aplicativo informático SIS (no incluye FUA con numeración duplicada)**, para lo que se deberá adjuntar el sustento basado en la mejor evidencia científica disponible y/o norma MINSA que justifique en forma expresa el registro encontrado durante el Proceso de Evaluación Automática (PEA). Otros documentos, serán evaluados según el caso.

- 6.2.12. Los Formatos Únicos de Atención de Reconsideración deben estar archivados en la Historia Clínica al igual que el Formato Único de Atención de la prestación observada.
- 6.2.13. Las prestaciones remitidas para reconsideración, deberán ser presentadas por las Diresa/Disa o quien corresponda; agrupadas por motivo de reconsideración, Unidad Ejecutora y Establecimiento de Salud; de no ser presentadas en dicho orden no serán aceptadas para reconsideración (Ver Anexo N° 04).
- 6.2.14. Asimismo, las prestaciones observadas no conformes ingresadas al aplicativo informático que no cuenten con sustento en físico serán rechazadas sin lugar a reclamo.

6.3. De la Reconsideración de Prestaciones en la ODSIS.-

- 6.3.1. En la ODSIS el médico supervisor evalúa la solicitud de Reconsideración con los requisitos y las evidencias que la sustentan, calificando la prestación como reconsiderada o rechazada según cumpla o no con los criterios establecidos en el Anexo N° 05 del presente, consignando los resultados de dicha evaluación en el Formato señalado en el Anexo N° 06.



L. Jordán



R. ROMERO O.

- 6.3.2. A continuación, las prestaciones reconsideradas serán registradas en el aplicativo SIASIS y las prestaciones observadas no conformes no reconsideradas, quedarán en el aplicativo como prestaciones rechazadas.
- 6.3.3. El plazo para este proceso será de cinco (05) días útiles, plazo que puede ser ampliado por la Gerencia de Operaciones según necesidad de la ODSIS.
- 6.3.4. La ODSIS realiza el cierre en el aplicativo, imprime el reporte y retroalimenta el resultado a la DISA/DIRESA.

6.4. Del Cierre Final.-

- 6.4.1. Recibida la comunicación de cierre del Proceso de Reconsideración de Prestaciones de todas las ODSIS a nivel nacional de un mes de producción, la Oficina de Informática y Estadística comunicará a la Gerencia de Financiamiento para proceder a la valorización y pago correspondiente.

6.5. Otras Disposiciones Específicas.-

- 6.5.1. Las prestaciones rechazadas como resultado del Proceso de Reconsideración de Prestaciones no se encuentran sujetas a nueva solicitud de reconsideración por el prestador de servicios de salud. Por otro lado, las prestaciones reconsideradas pueden ser sujetas a evaluación presencial.
- 6.5.2. Los Formatos Únicos de Atención originales de las prestaciones observadas no conformes deberán permanecer en el punto de digitación a disponibilidad del personal del SIS desde la firma del Acta de Conformidad, dichas prestaciones podrán ser requeridas para evaluación presencial, por parte de las ODSIS o del nivel central.
- 6.5.3. La Reconsideración estará a cargo del Médico Supervisor de ODSIS en lo que respecta al análisis, verificación y reporte de las prestaciones reconsideradas y rechazadas.
- 6.5.4. El proceso de Reconsideración de Prestaciones es un proceso independiente del proceso de Evaluación Automática de Prestaciones (PEA).

7. RESPONSABILIDADES

- 7.1. La Gerencia de Operaciones es la Unidad Orgánica responsable de brindar asistencia técnica a las ODSIS a nivel nacional en materia de lo dispuesto en la presente Directiva así como de emitir opinión técnica respecto a las observaciones que pudiesen generarse a partir de la misma.
- 7.2. Las ODSIS son responsables de garantizar la entrega del Consolidado de Prestaciones Observadas No Conformes, evaluar el 100% de expedientes presentados para reconsideración, registrar las prestaciones reconsideradas en el aplicativo SIASIS así como proporcionar la retroalimentación de prestaciones reconsideradas. Asimismo, es responsable de la difusión de la presente Directiva dentro de sus respectivas jurisdicciones.
- 7.3. La Oficina de Informática y Estadística es responsable de la implementación de las adecuaciones necesarias en el aplicativo informático que permitan hacer operativa la presente Directiva, incluyendo la implementación de un aplicativo informático para el proceso de reconsideración.



8. DISPOSICIONES TRANSITORIAS

- 8.1. Para el ingreso de las FUA para reconsideración de prestaciones en el aplicativo informático, se aceptarán las prestaciones con fecha de atención a partir del 21 de abril de 2009.



- 8.2. Los códigos prestacionales a utilizar para la reconsideración de prestaciones serán los contemplados en la RM N° 240-2009/MINSA. En los casos ingresados como códigos de la R.M. N° 725-2005/MINSA se utilizará el código equivalente de la R.M. N° 240-2009/MINSA, señalado en el Anexo N° 02 de la R.J. N° 186-2009/SIS.
- 8.3. Para el caso de la reconsideración de prestaciones observadas no conformes producto del Proceso de Evaluación Automática de la producción del año 2009 en el marco de la RM N° 240-2009/MINSA, se considerará un proceso de evaluación manual (Ver Anexo N° 07) en tanto la Oficina de Informática y Estadística implemente en el aplicativo informático SIS los cambios necesarios para hacer automático el proceso. Asimismo, para estas mismas prestaciones, en forma excepcional, el plazo máximo para presentar la solicitud de reconsideración será de sesenta (60) días calendario, a partir de la firma del Acta de Conformidad.
- 8.4. Excepcionalmente y sólo para las prestaciones otorgadas desde el 21 de abril hasta el 31 de diciembre del 2009, para el caso de las prestaciones observadas por duplicidad producto del Proceso de Evaluación Automática en el marco de la RM N° 240-2009/MINSA, podrán ser reconsideradas por las ODSIS toda vez que se demuestre que los formatos duplicados corresponden a prestaciones diferentes; para lo cual se deberá adjuntar como parte del sustento en físico copia de los formatos duplicados. Para este caso en particular el motivo de reconsideración será consignado como f) y deberá contener un informe adicional explicando las causales de dicha duplicación y las medidas tomadas e informadas en su oportunidad a la Gerencia de Operaciones para evitar se repita dicho inconveniente.

9. DISPOSICIONES FINALES

- 8.1. Los aspectos operativos que no hayan sido contemplados en la presente Directiva serán implementados por el SIS mediante Memorando.
- 8.2. La Gerencia de Operaciones está facultada a verificar la consistencia de las prestaciones reconsideradas por las ODSIS.

10. ANEXOS

- 9.1. **Anexo N° 01.-** Flujograma del Proceso Semiautomático de Reconsideración de Prestaciones.
- 9.2. **Anexo N° 02.-** Oficio Modelo para la Solicitud de Reconsideración de Prestaciones Observadas No Conformes.
- 9.3. **Anexo N° 03.-** Consolidado de las Prestaciones Observadas No Conformes solicitadas para Reconsideración.
- 9.4. **Anexo N° 04.-** Ordenamiento del expediente a presentar con los sustentos en físico.
- 9.5. **Anexo N° 05.-** Criterios para la Reconsideración de Prestaciones.
- 9.6. **Anexo N° 06.-** Consolidado del Resultado de la Evaluación de las Prestaciones Observadas No Conformes solicitadas para Reconsideración.
- 9.7. **Anexo N° 07.-** Flujograma del Proceso Manual de Reconsideración de Prestaciones.

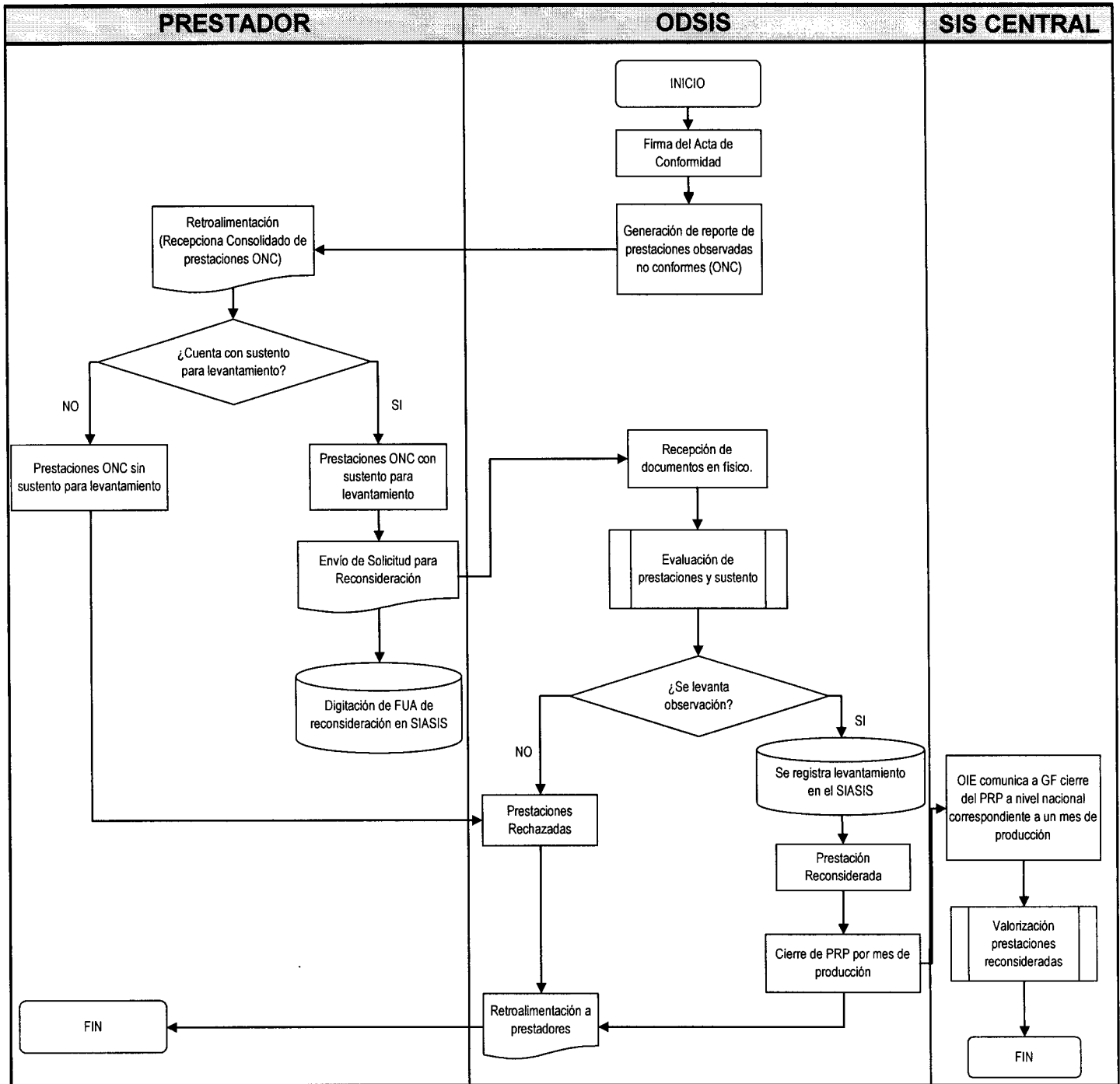


L. Jordán



R. ROMERO O.

ANEXO N° 01: FLUJOGRAMA DEL PROCESO SEMIAUTOMÁTICO DE RECONSIDERACIÓN DE PRESTACIONES



R. Romero O.



L. Jordán

ANEXO N° 02 OFICIO MODELO PARA LA SOLICITUD DE RECONSIDERACIÓN DE PRESTACIONES OBSERVADAS NO CONFORMES.

OFICIO N° -2010-XXXX

Lima,

Dr./Lic./Sr./Srta./Sra.
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
Representante de la ODSIS XXXXXXXXX
Seguro Integral de Salud
Presente.-

ASUNTO: Reconsideración de Prestaciones Observadas No Conformes.

REFERENCIA: (Señalar el tipo y número de documento con el que se recepcionó el Consolidado de Prestaciones Observadas No Conformes)

De mi consideración:

Es grato dirigirme a usted para saludarlo cordialmente y en relación al asunto de la referencia (...)

(...)

(...)

Se adjunta:

1. Anexo N° 03 Consolidado de Prestaciones Observadas No Conformes solicitadas para Reconsideración (en físico y magnético).
2. Sustento Individual de Prestaciones Observadas no Conformes ordenado de acuerdo al orden indicado en el Anexo N° 03.

Sin otro particular, es propicia la ocasión para expresarle los sentimientos de mi estima personal.

Atentamente,



Xx/xx

MINISTERIO DE SALUD
 SEGURO INTEGRAL DE SALUD
 GERENCIA DE OPERACIONES

ANEXO N° 03
 CONSOLIDADO DE LAS PRESTACIONES OBSERVADAS NO CONFORMES SOLICITADAS PARA RECONSIDERACIÓN
 PRODUCCIÓN (Indicar Mes)

FECHA DE RETROALIMENTACIÓN:

DISA/ DIRESA/HNeIe:

MOTIVO PARA RECONSIDERACIÓN (**):

N°	UNIDAD EJECUTORA	CÓDIGO DE EESS	NOMBRE DE EESS	CODIGO DE INSCRIPCIÓN Y/O AFILIACIÓN	N° DE FUA OBSERVADO	N° DE FUA DE RECONSIDERACIÓN	CODIGO DE PRESTACIÓN RECONSIDERADA (*)	CÓDIGO/MOTIVO DE OBSERVACIÓN	DOCUMENTOS DE SUSTENTO	MONTO TOTAL SI.	OBSERVACIÓN
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)
TOTAL											

* En caso que el motivo para reconsideración incluya el cambio de código prestacional se colocará el código de prestación final.

** a), b), c), e) o f) de los numerales 6.2.11. y 8.4. de la Directiva.

Los datos de algunos de los ítems de este reporte serán facilitados por el aplicativo SIASIS. Los datos de los otros ítems serán proporcionados por la DISA/DIRESA/Unidad Ejecutora.

En el ítem (1) los documentos presentados en físico deberán ser organizados y foliados de acuerdo al orden de las prestaciones registradas en el archivo magnético.



Firma y Sello
 Representante de la Unidad Ejecutora

ANEXO N° 04

ORDENAMIENTO DEL EXPEDIENTE A PRESENTAR CON LOS SUSTENTOS EN FÍSICO

MOTIVO a)	MOTIVO b)	MOTIVO c)	MOTIVO d)	MOTIVO e)	MOTIVO f)																								
<table border="1"> <tr><td>UE A</td></tr> <tr><td>EESS 1A</td></tr> <tr><td>EESS 2A</td></tr> <tr><td>EESS 3A</td></tr> </table>	UE A	EESS 1A	EESS 2A	EESS 3A	<table border="1"> <tr><td>UE A</td></tr> <tr><td>EESS 1A</td></tr> <tr><td>EESS 2A</td></tr> <tr><td>EESS 3A</td></tr> </table>	UE A	EESS 1A	EESS 2A	EESS 3A	<table border="1"> <tr><td>UE A</td></tr> <tr><td>EESS 1A</td></tr> <tr><td>EESS 2A</td></tr> <tr><td>EESS 3A</td></tr> </table>	UE A	EESS 1A	EESS 2A	EESS 3A	<table border="1"> <tr><td>UE A</td></tr> <tr><td>EESS 1A</td></tr> <tr><td>EESS 2A</td></tr> <tr><td>EESS 3A</td></tr> </table>	UE A	EESS 1A	EESS 2A	EESS 3A	<table border="1"> <tr><td>UE A</td></tr> <tr><td>EESS 1A</td></tr> <tr><td>EESS 2A</td></tr> <tr><td>EESS 3A</td></tr> </table>	UE A	EESS 1A	EESS 2A	EESS 3A	<table border="1"> <tr><td>UE A</td></tr> <tr><td>EESS 1A</td></tr> <tr><td>EESS 2A</td></tr> <tr><td>EESS 3A</td></tr> </table>	UE A	EESS 1A	EESS 2A	EESS 3A
UE A																													
EESS 1A																													
EESS 2A																													
EESS 3A																													
UE A																													
EESS 1A																													
EESS 2A																													
EESS 3A																													
UE A																													
EESS 1A																													
EESS 2A																													
EESS 3A																													
UE A																													
EESS 1A																													
EESS 2A																													
EESS 3A																													
UE A																													
EESS 1A																													
EESS 2A																													
EESS 3A																													
UE A																													
EESS 1A																													
EESS 2A																													
EESS 3A																													
<table border="1"> <tr><td>UE B</td></tr> <tr><td>EESS 1B</td></tr> <tr><td>EESS 2B</td></tr> <tr><td>EESS 3B</td></tr> </table>	UE B	EESS 1B	EESS 2B	EESS 3B	<table border="1"> <tr><td>UE B</td></tr> <tr><td>EESS 1B</td></tr> <tr><td>EESS 2B</td></tr> <tr><td>EESS 3B</td></tr> </table>	UE B	EESS 1B	EESS 2B	EESS 3B	<table border="1"> <tr><td>UE B</td></tr> <tr><td>EESS 1B</td></tr> <tr><td>EESS 2B</td></tr> <tr><td>EESS 3B</td></tr> </table>	UE B	EESS 1B	EESS 2B	EESS 3B	<table border="1"> <tr><td>UE B</td></tr> <tr><td>EESS 1B</td></tr> <tr><td>EESS 2B</td></tr> <tr><td>EESS 3B</td></tr> </table>	UE B	EESS 1B	EESS 2B	EESS 3B	<table border="1"> <tr><td>UE B</td></tr> <tr><td>EESS 1B</td></tr> <tr><td>EESS 2B</td></tr> <tr><td>EESS 3B</td></tr> </table>	UE B	EESS 1B	EESS 2B	EESS 3B	<table border="1"> <tr><td>UE B</td></tr> <tr><td>EESS 1B</td></tr> <tr><td>EESS 2B</td></tr> <tr><td>EESS 3B</td></tr> </table>	UE B	EESS 1B	EESS 2B	EESS 3B
UE B																													
EESS 1B																													
EESS 2B																													
EESS 3B																													
UE B																													
EESS 1B																													
EESS 2B																													
EESS 3B																													
UE B																													
EESS 1B																													
EESS 2B																													
EESS 3B																													
UE B																													
EESS 1B																													
EESS 2B																													
EESS 3B																													
UE B																													
EESS 1B																													
EESS 2B																													
EESS 3B																													
UE B																													
EESS 1B																													
EESS 2B																													
EESS 3B																													
(...)	(...)	(...)	(...)	(...)	(...)																								
<table border="1"> <tr><td>UE X</td></tr> <tr><td>EESS 1X</td></tr> <tr><td>EESS 2X</td></tr> <tr><td>EESS 3X</td></tr> </table>	UE X	EESS 1X	EESS 2X	EESS 3X	<table border="1"> <tr><td>UE X</td></tr> <tr><td>EESS 1X</td></tr> <tr><td>EESS 2X</td></tr> <tr><td>EESS 3X</td></tr> </table>	UE X	EESS 1X	EESS 2X	EESS 3X	<table border="1"> <tr><td>UE X</td></tr> <tr><td>EESS 1X</td></tr> <tr><td>EESS 2X</td></tr> <tr><td>EESS 3X</td></tr> </table>	UE X	EESS 1X	EESS 2X	EESS 3X	<table border="1"> <tr><td>UE X</td></tr> <tr><td>EESS 1X</td></tr> <tr><td>EESS 2X</td></tr> <tr><td>EESS 3X</td></tr> </table>	UE X	EESS 1X	EESS 2X	EESS 3X	<table border="1"> <tr><td>UE X</td></tr> <tr><td>EESS 1X</td></tr> <tr><td>EESS 2X</td></tr> <tr><td>EESS 3X</td></tr> </table>	UE X	EESS 1X	EESS 2X	EESS 3X	<table border="1"> <tr><td>UE X</td></tr> <tr><td>EESS 1X</td></tr> <tr><td>EESS 2X</td></tr> <tr><td>EESS 3X</td></tr> </table>	UE X	EESS 1X	EESS 2X	EESS 3X
UE X																													
EESS 1X																													
EESS 2X																													
EESS 3X																													
UE X																													
EESS 1X																													
EESS 2X																													
EESS 3X																													
UE X																													
EESS 1X																													
EESS 2X																													
EESS 3X																													
UE X																													
EESS 1X																													
EESS 2X																													
EESS 3X																													
UE X																													
EESS 1X																													
EESS 2X																													
EESS 3X																													
UE X																													
EESS 1X																													
EESS 2X																													
EESS 3X																													

Los sustentos de las prestaciones solicitadas para reconsideración de cada mes de producción deben estar ordenados por motivo de observación y al interior de ésta deben estar los establecimientos de salud agrupados por Unidad Ejecutora según el orden establecido en el presente gráfico.

UE: Unidad Ejecutora; EESS: Establecimiento de Salud; MOTIVO: a) a la f) según lo señalado en el numeral 6.2.11 y 8.4. de la presente Directiva.

ANEXO N° 05

CRITERIOS PARA LA RECONSIDERACIÓN DE PRESTACIONES

A. Criterios obligatorios (de faltar alguno se considerará como prestación rechazada):

1. Prestación ingresada en el aplicativo dentro del plazo establecido para solicitar la reconsideración.
2. Prestación presentada con el sustento respectivo en físico.
3. Formatos SIS sin enmendaduras ni borrones y llenados según norma.
4. Documentos de sustento según corresponda con letra legible y llenados de acuerdo a normatividad vigente.

B. De la evaluación del sustento:

El sustento debe demostrar que la prestación ha sido brindada en la forma adecuada; es decir que tiene como mínimo:

1. Concordancia entre los datos del paciente (sexo, edad, condición de internamiento o no, tiempo de hospitalización, otros) con el diagnóstico y/o el tratamiento y/o el procedimiento.
2. Concordancia entre el diagnóstico y el tratamiento (medicamento elegido).
3. Concordancia entre el diagnóstico y los procedimientos realizados.
4. Para el caso de las reconsideraciones solicitadas para rebatir el motivo de la observación, se deberá adjuntar el sustento basado en la mejor evidencia científica disponible (revisión sistemática, metanálisis u otro) y/o normativo (normas MINSA, Protocolos institucionales aprobados y oficializados, Guías de Práctica Clínica oficiales) y algún otro, según sea el caso, que justifiquen en forma expresa el registro.

Es decir, sólo podrán ser reconsideradas aquellas prestaciones que habiéndose brindado en la forma adecuada, hayan tenido errores en el llenado del FUA o en su digitación posterior.

C. No son motivos de reconsideración de prestaciones:

Cualquier motivo que intente avalar una prestación brindada en forma inadecuada: desabastecimiento de medicinas y/o insumos por ejemplo que quieran justificar un tratamiento incompleto.

Entiéndase el término "inadecuada" como equivalente a no cumplir lo estipulado en las normas técnicas y/o Guías de Práctica Clínica vigentes y/o sin evidencia científica (Ejm: medicamento adecuado pero en dosis incompleta, ausencia de medicamentos y/o procedimientos necesarios para la ejecución de una prestación, medicamento y/o procedimiento no coherente con el diagnóstico, entre otros).

Asimismo, no se considerará como válidas aquellas prestaciones con FUA sin sellos, firmas y/o huellas, según corresponda.



MINISTERIO DE SALUD
 SEGURO INTEGRAL DE SALUD
 GERENCIA DE OPERACIONES

ANEXO N° 06

CONSOLIDADO DEL RESULTADO DE LA EVALUACIÓN DE LAS PRESTACIONES OBSERVADAS NO CONFORMES SOLICITADAS PARA RECONSIDERACIÓN
 PRODUCCIÓN (Indicar Mes)

FECHA DE RETROALIMENTACIÓN:
 DISA/ DIRESA/HMeIE:
 MOTIVO PARA RECONSIDERACIÓN (*):

N°	UNIDAD EJECUTORA	CÓDIGO DE EESS	NOMBRE DE EESS	CODIGO DE INSCRIPCIÓN Y/O AFILIACIÓN	N° DE FUA OBSERVADO	N° DE FUA DE RECONSIDERACIÓN	CODIGO DE PRESTACIÓN RECONSIDERADA	CÓDIGO/MOTIVO DE OBSERVACIÓN	RESULTADO (**)	MONTO APROBADO	OBSERVACIÓN
TOTAL											

* a), b), c), d), e) o f) de los numerales 6.2.11. y 8.4. de la Directiva.

** Rechazado o Reconsiderado.

Firma y Sello
 Representante de la ODSIS



ANEXO N° 07: FLUJOGRAMA DEL PROCESO MANUAL DE RECONSIDERACIÓN DE PRESTACIONES

