



Resolución Directoral

Santa Anita, 15 de Abril del 2021

VISTO:

La Nota Informativa N° 0016-OEPE-HHV-2021, Expediente N° 21MP-00831-00 y Nota Informativa N° 004-UFSRCR-HHV-2021, sobre aprobación de la "Directiva Administrativa que establece el proceso de Auditoría Médica de los pacientes usuarios de los Servicios de Salud en el Hospital Hermilio Valdizán";

CONSIDERANDO:

Que, el numeral VI del Título Preliminar de la Ley N° 26842 – Ley General de Salud, establece que 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, de acuerdo con la Ley N° 27658, Ley Marco de Modernización de la Gestión del Estado, el proceso de modernización de la Gestión del Estado tiene como finalidad fundamental obtener mayores niveles de eficiencia del aparato estatal, de manera que se logre una mejor atención a la ciudadanía, priorizando y optimizando el uso de los recursos públicos, y teniendo, entre otros objetivos, el alcanzar un Estado que se encuentre al servicio de la ciudadanía, que cuente con canales efectivos de participación ciudadana y que sea transparente en su gestión;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 502-2016, se aprueba la Norma Técnica de Salud N° 029-MINSA/DIGEPRESS.V.02 NTS "Auditoría de la Calidad de Atención en Salud" y con Resolución Jefatural N° 241-2015/SIS se aprueba la Directiva Administrativa que regula el proceso de Evaluación Automática de las Prestaciones del Seguro Integral de Salud;

Que, con el documento de visto la Coordinadora de la Unidad Funcional de Seguros, Referencia y Contrarreferencia, solicita la aprobación de la Directiva Administrativa que establece el Proceso de Auditoría Médica de los pacientes usuarios de los Servicios de Salud en el Hospital Hermilio Valdizán;

Que, la acotada Directiva tiene como finalidad, establecer normas y procedimientos orientados a contribuir a la mejora en la auditoría médica de las atenciones brindadas a los pacientes usuarios de los servicios de salud y que son materia de reembolso de parte de una Institución Administradora de Fondos de Aseguramiento en Salud - IAFAS, a fin de contribuir a mejorar la calidad de la atención a los usuarios que acuden a nuestra Institución y contribuir a brindar una atención de calidad y oportuna a los pacientes; y teniendo como Objetivos: Establecer las disposiciones necesarias para la aplicación correspondiente en los distintos Departamento y Servicios para una mejora en la autoridad médica de las atenciones brindadas por nuestro Hospital;

Que, dicha Directiva asigna las responsabilidades del caso, a la: Unidad Funcional de Seguros, Referencia y Contrarreferencia, Jefe del Servicio y/o Pabellón, profesionales de la Salud, así como del área de Informática, en cuanto a implementar mejoras en los sistemas de reporte, a fin de hacer más fluido el proceso de evaluación y subsanación de observaciones, según corresponda; por lo que se hace necesario su aprobación mediante el respectivo acto resolutivo;



En uso de las facultades conferidas por el artículo 11° inc. c) del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital, aprobado por Resolución Ministerial N° 797-2003-SA/DM; y contando con la visación de la Dirección Ejecutiva de Administración, Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, Oficina de Gestión de la Calidad y Oficina de Asesoría jurídica;

SE RESUELVE:

Artículo 1°.- Aprobar la "Directiva Administrativa que establece el proceso de Auditoria Médica de los pacientes usuarios de los Servicios de Salud en el Hospital Hermilio Valdizán", el cual consta de catorce (14) páginas, incluidos los anexos:

- Flujograma del Proceso de Auditoria Médica a las prestaciones brindadas en el Hospital Hermilio Valdizán.
- Criterios para la auditoria de pacientes asegurados.

Artículo 2°.- El coordinador y/o responsable de la Unidad Funcional de Seguros, Referencia Y Contrareferencia queda encargado de la implementación y operatividad del proceso de auditoria médica en el Hospital Hermilio Valdizán, de lo cual informará periódicamente a la Dirección General del Hospital.

Artículo 3°.- El jefe del servicio y/o Pabellón es responsable de supervisar que el personal de salud de su Servicio cumpla con las disposiciones de la presente Directiva; debiendo designar además, un personal de salud como responsable a fin que se cuente con una adecuada articulación para realizar las auditorias médicas de las atenciones materia de reembolso.

Artículo 4°.- Encargar a la Oficina de Estadística e Informática, la publicación de la presente Resolución en el Portal Web Institucional del Hospital Hermilio Valdizán.

Regístrese, Comuníquese y Archívese.

MINISTERIO DE SALUD
Hospital Hermilio Valdizán

.....
M.C. Gloria Luz Cueva Vergara
Directora General (e)
C.M.P N° 21499-R.N.E. 12799

GLCV.
DISTRIBUCIÓN
DADG.
SIS.
OGC.
OAJ.
OEPE.
INFORMÁTICA.



PERU

MINISTERIO DE SALUD

Hospital Hermilio Valdizan

"Decenio de la Igualdad de oportunidades para mujeres y hombre"
"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia"

**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA QUE ESTABLECE EL PROCESO DE AUDITORÍA
MÉDICA DE LOS PACIENTES USUARIOS DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN EL
HOSPITAL HERMILIO VALDIZAN**

2021

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL HERMILIO VALDIZAN

Mg Mc Jheny D Bernal Vergara
CMP 45484 RNA A01058
COORDINADORA DE LA UNIDAD FUNCIONAL DE SERVICIOS DEL H.H.V



PERU

MINISTERIO DE SALUD

Hospital Hermilio Valdizan

"Decenio de la Igualdad de oportunidades para mujeres y hombre"
"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia"

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA QUE ESTABLECE EL PROCESO DE AUDITORÍA MÉDICA DE LOS PACIENTES USUARIOS DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN EL HOSPITAL HERMILIO VALDIZAN

1 FINALIDAD

Establecer normas y procedimientos orientados a contribuir a la mejora en la auditoría médica de las atenciones brindadas a los pacientes usuarios de los servicios de salud y que son materia de reembolso de parte de una IAFAS a fin de contribuir a mejorar la calidad de la atención a los usuarios que acuden a nuestra institución y contribuir a brindar una atención de calidad y oportuna a los pacientes

2 OBJETIVOS:

Establecer las disposiciones necesarias para la aplicación correspondiente en los distintos Departamentos y servicios para una mejora en la autoridad médica de las atenciones brindadas en nuestra institución.

3 AMBITO DE APLICACIÓN.

La presente Directiva es de aplicación obligatoria en las siguientes direcciones oficinas órganos y Departamentos y oficinas:

Dirección General

Dirección Adjunta

Oficina Ejecutiva de Administración

Órgano de Control

Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico

Oficina Gestión de la Calidad

Órganos de Apoyo

Oficina de Economía

Oficina de Logística

Unidad Funcional de Seguros, Referencias y Contrarreferencias

Órgano de Línea: Departamento de Salud Mental del Adulto y Geronte, Departamento de Hospitalización, Servicio de Consulta Externa, Servicio de Emergencia, Departamento de Salud Mental del Niño y Adolescente, Departamento de la Salud Mental en Familia, Departamento de Análisis y Modificación del Comportamiento, Departamento de Adicciones, Departamento de Enfermería, Departamento de Servicios Médicos, Servicio de Odontología, Servicio de Medicina Interna, Departamento de Apoyo al Tratamiento, Servicio de Nutrición y Dietética, Servicio de Trabajo Social, Servicio de Farmacia, Departamento de Rehabilitación en Salud Mental, Departamento de Promoción de la Salud Mental, Departamento de Apoyo al Diagnóstico, Servicio al Diagnóstico, Servicio de Psicología Diagnóstico, Centro de Rehabilitación de Ñaña.

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL HERMILIO VALDIZAN

Mg. Mc Jheny D Bernal Vergara

CMP 45484 RNA A01058

COORDINADORA DE LA UNIDAD FUNCIONAL DE SEGUROS DEL H.H.V

13



4 BASE LEGAL

1. Ley N° 26842: Ley General de Salud.
2. Ley N° 27657: Ley del Ministerio de Salud.
3. Ley N° 30947: Ley de Salud Mental.
4. Ley N° 29459 Ley de los Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios.
5. Ley N° 29414, Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud.
6. Ley N° 29344: Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud y su Reglamento aprobado por Decreto Supremo N° 008-2010-SA
7. Ley N° 29761 Ley de Financiamiento Público de los Regímenes Subsidiado y Semicontributivo de Aseguramiento Universal.
8. Texto Unico Ordenado de la Ley N° 27444 Ley del Procedimiento Administrativo General.
9. Decreto Legislativo N° 1163 decreto legislativo que aprueba disposiciones para el Fortalecimiento del Seguro Integral de Salud.
10. Decreto Supremo N° 016-2011-SA que aprueba el Reglamento para el Registro, Control y Vigilancia Sanitaria de Productos farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios, y sus modificatorias.
11. Decreto Supremo N° 014-2011-SA que aprueba el reglamento de Establecimientos farmacéuticos y modificatorias.
12. Decreto Supremo N° 030-2014-SA que aprueba el reglamento del Decreto Legislativo N° 1163 que aprueba disposiciones para el fortalecimiento del Seguro Integral de Salud.
13. Decreto Supremo N° 020-2014-SA que aprueba el TUO de la Ley Marco de Aseguramiento Universal.
14. Decreto Supremo N° 016 - 2009 - SA, que aprueba el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS)
15. Resolución Ministerial N° 1361-2018/MINSA que aprueba el Documento Técnico: Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales para el Sector Salud.
16. Resolución Ministerial N° 214-2018/MINSA Norma Técnica de Salud N° 022-MINSA/DGSP- V.02 NTS para Gestión de la Historia Clínica- RM N° 597-2006/MINSA.
17. Resolución Ministerial N° 116-2018/MINSA que aprueba la Directiva Administrativa N° 249-MINSA/2018/DIGEMID gestión del Sistema Integrado de Suministro Publico de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios – SISMED.
18. Resolución Ministerial N° 502-2016 que aprueba la Norma Técnica de Salud N° 029- MINSA/DIGEPRESS. V.02 NTS "Auditoria de la Calidad de atención en Salud".
19. Resolución Ministerial N° 132-2015/MINSA que aprueba el documento técnico Manual de Buenas Prácticas de Almacenamiento de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios en



"Decenio de la Igualdad de oportunidades para mujeres y hombre"
"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia"

- Laboratorios, Droguerías, Almacenes Especializados y Almacenes Aduaneros, y sus modificatorias.
20. Resolución Ministerial N° 829-2010/MINSA que aprueba la NTS N° 086-MINSA/DIGEMID V0.1 NTS para la Organización y funcionamiento de los Comités Farmacoterapéuticos a nivel nacional.
 21. Resolución Ministerial N° 386-2006 que aprueba la Norma técnica de los Servicios de Emergencia.
 22. Resolución Jefatural N° 099-2019 Directiva que aprueba la incorporación de 14 procedimientos al Tarifario del SIS.
 23. Resolución Jefatural N° 011-2019 que aprueba con eficacia anticipada al 01 de enero de 2019, el Tarifario de procedimientos Médicos y Sanitarios del Seguro Integral de Salud aplicable a los convenios del SIS y FISSAL.
 24. Resolución Jefatural N° 202-2016 Directiva que Regula el proceso de Reconsideración del Seguro Integral de Salud.
 25. Resolución Jefatural N° 006-2016 Directiva que Regula el Proceso de Control Presencial Posterior del Seguro Integral de Salud.
 26. Resolución Jefatural N° 033-2020/SIS que aprueba la incorporación de los Códigos de Servicio 909 "Teleorientación con prescripción y entrega de medicamentos" y 910 "Telemonitoreo con prescripción y entrega de medicamentos", en el documento denominado "Tarifario del Seguro Integral de Salud"
 27. Resolución Jefatural N° 216-2018/SIS que aprueba la incorporación de los Códigos de Servicio Nos. 118, 119, 116 y 908; la modificación de los Códigos de Servicio Nos. 001, 002, 112 y 200; y, la sustitución del Código de Servicio N° 028 por el Código de Servicio 029, en el documento denominado "Tarifario del Seguro Integral de Salud para los Regímenes de Financiamiento Subsidiado y Semicontributivo", aprobado como Anexo N° 01 de la Resolución Jefatural N° 001-2018/SIS.
 28. Resolución Jefatural N° 001-2018/SIS que aprueba el Tarifario del Seguro Integral de Salud para los regímenes de financiamiento subsidiado y semicontributivo, así como sus Definiciones Operacionales
 29. Resolución Jefatural N° 241-2015/SIS que aprueba la Directiva Administrativa que regula el Proceso de Evaluación Automática de las Prestaciones del Seguro Integral de Salud
 30. Resolución Jefatural N° 107-2015/SIS que aprueba la Directiva Administrativa que regula el Adecuado Registro del Formato Único de Atención del Seguro Integral de Salud
 31. Resolución Jefatural N° 197-2012 Directiva que Regula la cobertura Prestacional del régimen Subsidiado en el marco del AUS.
 32. Resolución Jefatural N° 090-2010 Directiva que Regula el proceso de Reconsideración del Seguro Integral de Salud.
 33. Convenio entre el Seguro Integral de Salud . SIS y la Institución Prestadora de Servicios de Salud "Hospital Hermilio Valdizán" para el financiamiento de las prestaciones brindadas a sus asegurados.



34. Primera adenda al Convenio entre el Seguro Integral de Salud . SIS y la Institución Prestadora de Servicios de Salud "Hospital Hermilio Valdizán" para el financiamiento de las prestaciones brindadas a sus asegurados suscrito en junio 2019.
35. Segunda adenda al Convenio entre el Seguro Integral de Salud . SIS y la Institución Prestadora de Servicios de Salud "Hospital Hermilio Valdizán" para el financiamiento de las prestaciones brindadas a sus asegurados suscrito en junio 2019.

5 DISPOSICIONES GENERALES

5.1 DEFINICIONES OPERATIVAS

- 5.1.1 **Acto de Salud**¹ Es toda acción o actividad que realizan los profesionales de la salud, excepto el Médico Cirujano, para las intervenciones sanitarias de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, según corresponda; que se brindan al paciente, familia y comunidad. 15 NTS N° 139-MINSA/2018/DGAIN NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA GESTIÓN DE LA HISTORIA La recuperación incluye la evaluación clínica, diagnóstico, pronóstico, terapéutica y seguimiento, según las competencias de cada profesional de la salud
- 5.1.2 **Acto médico**² Es toda acción o disposición que realiza el médico en el ejercicio de la profesión médica. Ello comprende los actos de prevención, promoción, diagnóstico, terapéutica, pronóstico y rehabilitación que realiza el médico en la atención integral de pacientes, así como los que se deriven directamente de éstos.
- 5.1.3 **Alta**³ Es el egreso de un paciente vivo de la IPRESS, cuando culmina el periodo de hospitalización. La razón del alta puede ser por haber concluido el proceso de tratamiento, por traslado a otra IPRESS o a solicitud del paciente o persona responsable, requiriendo en todos los casos de la decisión del profesional médico.
- 5.1.4 **Atención de salud**⁴ Es toda actividad desarrollada por el personal de la salud para la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, que se brinda a la persona, familia y comunidad.
- 5.1.5 **Diagnóstico definitivo**⁵ Es aquel diagnóstico final, que se realiza a un paciente, aportados por medios clínicos y respaldados por los resultados de los exámenes auxiliares, de corresponder.
- 5.1.6 **Diagnostico presuntivo**⁶ Es aquel posible diagnóstico que se sustenta en los antecedentes del paciente y que se deriva de un análisis clínico. Una vez formuladas las hipótesis diagnósticas iniciales, el médico insiste

¹ Definición operativa de la resolución Ministerial N° 214-2018/MINSA

² Definición operativa de la resolución Ministerial N° 214-2018/MINSA

³ Definición operativa de la resolución Ministerial N° 214-2018/MINSA

⁴ Definición operativa de la resolución Ministerial N° 214-2018/MINSA

⁵ Definición operativa de la resolución Ministerial N° 214-2018/MINSA

⁶ Definición operativa de la resolución Ministerial N° 214-2018/MINSA



"Decenio de la Igualdad de oportunidades para mujeres y hombre"
"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia"

en áreas del interrogatorio, en el examen físico y las investigaciones para confirmar una de las hipótesis y excluir las demás

- 5.1.7 Diagnóstico repetitivo⁷** Es aquel dado al paciente que recibe una prestación como parte del seguimiento o control por un diagnóstico ya identificado y reportado previamente.
- 5.1.8 Egreso⁸** Es la salida de la IPRESS de un paciente que estuvo hospitalizado o internado. Pudiendo ser por: alta, retiro voluntario, fallecimiento, traslado a otra IPRESS o fuga. Debe incluirse el formato de Acta de Entrega en el caso de pacientes menores de edad.
- 5.1.9 Epicrisis⁹** Es el documento médico legal, en el que se registra el resumen de la Historia Clínica que se originó por el ingreso del paciente a la IPRESS, que debe de realizarse según el procedimiento establecido en los Formatos de la Historia Clínica, referido a la Epicrisis, contenido en la presente Norma Técnica de Salud. Se entrega obligatoriamente a la solicitud del paciente o su representante legal dentro del plazo máximo de cinco (5) días. En caso de Defunción, la oportunidad de la entrega es con el egreso del difunto de la Institución Prestadora de Servicios de Salud y se realiza en forma obligatoria al representante legal del difunto.
- 5.1.10 Historia clínica¹⁰** Es el documento médico legal, en el que se registra los datos de identificación y de los procesos relacionados con la atención del paciente, en forma ordenada, integrada, secuencial e inmediata a la atención que el médico u otros profesionales de salud brindan al paciente o usuario de salud y que son refrendados con la firma manuscrita o digital de los mismos. Las historias clínicas son administradas por las IPRESS.
- 5.1.11 Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud¹¹** Son aquellos establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, públicos, privados o mixtos, creados o por crearse, que realizan atención de salud con fines de prevención, promoción, diagnóstico, tratamiento y/o rehabilitación; así como aquellos servicios complementarios o auxiliares de la atención médica, que tienen por finalidad coadyuvar en la prevención, promoción, diagnóstico, tratamiento y/o rehabilitación de la salud.
- 5.1.12 Médico Tratante¹²** Es el profesional médico que siendo competente en el manejo del problema de salud del paciente o usuario, conduce el diagnóstico y tratamiento. En la IPRESS que hubiere un grupo de médicos a cargo de la atención en hospitalización, el médico tratante es aquel que atiende por primera vez al paciente a su ingreso en el servicio de

⁷ Definición operativa de la resolución Ministerial N° 214-2018/MINSA

⁸ Definición operativa de la resolución Ministerial N° 214-2018/MINSA

⁹ Definición operativa de la resolución Ministerial N° 214-2018/MINSA

¹⁰ Definición operativa de la resolución Ministerial N° 214-2018/MINSA

¹¹ Definición operativa de la resolución Ministerial N° 214-2018/MINSA

¹² Definición operativa de la resolución Ministerial N° 214-2018/MINSA



"Decenio de la Igualdad de oportunidades para mujeres y hombre"
"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia"

hospitalización en tanto permanezca en éste. Cuando el paciente es trasladado a otro servicio o unidad, el médico tratante es aquel que asume su tratamiento médico o quirúrgico. En ambos casos, en ausencia del médico tratante, corresponde al médico Jefe del Servicio o quien haga sus veces, asumir dicha responsabilidad. Lo dispuesto no incluye a los médicos residentes por estar, estos profesionales en fase de formación de la especialidad.

- 5.1.13 Paciente¹³** Es toda persona enferma o afectada en su salud que recibe atención en una IPRESS por personal de la salud.
- 5.1.14 Auditoria de la Calidad de la Atención en Salud¹⁴** Es el procedimiento sistemático y continuo de evaluación del cumplimiento, por los profesionales de salud, de estándares y requisitos de calidad de los procesos de atención en salud a los usuarios de manera individual, y que tiene como finalidad fundamental la búsqueda de la mejora continua de las atenciones en los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo
- 5.1.15 Auditoria Medica¹⁵** Tipo de Auditoría sobre un Acto Médico, realizada por profesionales médicos, que no han participado en la producción de datos o la información, ni en la atención médica. Es la revisión detallada de registros y procesos médicos seleccionados con el objetivo de evaluar la calidad de la atención médica brindada. Incluye los aspectos de prevención, promoción, recuperación y rehabilitación en salud, así como el diagnóstico, tratamiento y evolución, y el uso de recursos, según corresponda.
- 5.1.16 Auditoria en Salud¹⁶** Tipo de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud sobre todo el proceso de atención realizada, o sobre un aspecto en particular de la atención (de enfermería, obstetricia, u otros); es llevada a cabo por profesionales de salud, capacitados y formados para realizar Auditoría de la Calidad. Puede incluir aspectos administrativos, relacionados directamente con la atención brindada.
- 5.1.17 Fuentes para Auditoria¹⁷** Son los documentos que registran la atención de salud del usuario y que constituyen el sustento del Informe de Auditoría, siendo la Historia Clínica (HC) la fuente por excelencia. Además, se incluyen los Libros de Registro de Emergencia, de Sala de Operaciones, de Sala de Partos, y otros registros clínicos que contengan información relacionada al caso.

¹³ Definición operativa de la resolución Ministerial N° 214-2018/MINSA

¹⁴ Definición operativa de la resolución Ministerial N° 502-2016/MINSA

¹⁵ Definición operativa de la resolución Ministerial N° 502-2016/MINSA

¹⁶ Definición operativa de la resolución Ministerial N° 502-2016/MINSA

¹⁷ Definición operativa de la resolución Ministerial N° 502-2016/MINSA



"Decenio de la Igualdad de oportunidades para mujeres y hombre"
"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia"

5.1.18 Guía de Práctica Clínica¹⁸ - Recomendaciones basadas en la mejor evidencia científica y desarrolladas sistemáticamente acerca de un problema clínico específico para asistir tanto al personal de la salud como a los pacientes en el proceso de toma de decisiones para una apropiada y oportuna atención a la salud.

6 DISPOSICIONES ESPECIFICAS.

6.1 Las etapas del proceso de auditoría son los siguientes:

- a. Planificación.
- b. Ejecución
- c. Subsanación de Observaciones
- d. Cierre Administrativo

6.2 **De la Planificación.**

- 6.2.1 La programación de las auditorías medicas se realizará una vez el se culmine la atención del usuario.
- 6.2.2 Para los pacientes hospitalizados, la programación de las auditorías medicas se realizará una vez el personal de salud encargado informe el alta médica del paciente.
- 6.2.3 Culminada la atención o realizada el alta del paciente hospitalizado, las áreas administrativas asistenciales correspondientes alimentaran los sistemas hospitalarios a fin de obtener los reportes de liquidación: hotelería, farmacia, laboratorio y/o procedimientos según corresponda.
- 6.2.4 El jefe y/o responsable de la Unidad Funcional de Seguros Referencia y Contrarreferencias designa al responsable de realizar la consolidación y elaboración de expedientes de las atenciones de pacientes ambulatorio (consulta externa y emergencia) u hospitalización en el Hospital Hermilio Valdizán.
- 6.2.5 El jefe y/o responsable de la Unidad Funcional de Seguros Referencia y Contrarreferencias determina el número de atenciones a ser evaluadas por mes por el médico auditor.
- 6.2.6 El jefe y/o responsable de la Unidad Funcional de Seguros Referencia y Contrarreferencias designa al o los responsable(s) de realizar las auditorías médicas de las atenciones en el Hospital Hermilio Valdizán.
- 6.2.7 El Médico auditor designado de la Unidad Funcional de Seguros Referencias y Contrarreferencias recepcionará los expedientes a ser auditados a fin de realizar la auditoría médica.
- 6.2.8 Para la auditoria es necesario la corroboración de las siguientes fuentes:
 - Formato Único de Atención - FUA,
 - Reportes de pre liquidación, boletas y/o tickets según corresponda.

¹⁸ Definición operativa de la resolución Ministerial N° 502-2016/MINSA



"Decenio de la Igualdad de oportunidades para mujeres y hombre"
"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia"

- Historia Clínica donde se pueda verificar el consumo de los pacientes durante la estancia hospitalaria.
- Receta única estandarizada en los casos que corresponda.
- Otros documentos que sustenten el reembolso de la prestación según corresponda.

6.3 De la Ejecución.

6.3.1 Todas las prestaciones (consulta externa, emergencia, hospitalización u otras) materia de reembolso serán consolidadas de manera diaria por el personal asignado de la Unidad Funcional de Seguros Referencias y Contrarreferencias. Salvo cronograma establecido por la Unidad de Seguros en coordinación con el Servicio o aquellos días feriados calendario o dictaminados por el Nivel Nacional.

6.3.2 Todas las prestaciones (consulta externa, emergencia, hospitalización u otras) materia de reembolso deben pasar por auditoría médica por parte del o los médico(s) auditor(es) de la Unidad Funcional de Seguros Referencias y Contrarreferencias.

6.3.3 La Unidad Funcional de Seguros Referencias y Contrarreferencias realiza la Auditoría de la calidad del registro de las atenciones y pertinencia médica, la cual es una auditoría posterior a la atención recibida por los usuarios de los servicios salud de nuestra institución y se basa en la corroboración de las siguientes fuentes:

- Formato Único de Atención - FUA^{19, 20, 21}.
- Reportes de preliquidación, boletas y/o tickets según corresponda.
- Historia Clínica²² y los formatos y anexos correspondientes.
- Receta única estandarizada en los casos que corresponda.
- Otros documentos que sustenten el reembolso de la prestación según corresponda.

6.3.4 Luego de la evaluación del médico auditor, se pueden obtener expedientes con observaciones; las observaciones deberán ser subsanadas por el personal responsable del Servicio evaluado según el caso:

- **Las Observaciones de índole asistenciales** como son: kardex incompleto, omisión de sellos y firmas, omisión de registro de procedimientos asistenciales, omisión de informes de procedimientos quirúrgicos u otros, se informará al personal

¹⁹ Resolución Jefatural N° 107-2015/SIS que aprueba la Directiva Administrativa que regula el Adecuado Registro del Formato Único de Atención del Seguro Integral de Salud

²⁰ Convenio entre el Seguro Integral de Salud . SIS y la Institución Prestadora de Servicios de Salud "Hospital Hermilio Valdizán" para el financiamiento de las prestaciones brindadas a sus asegurados y las adendas según corresponda.

²¹ Resolución Jefatural N° 241-2015/SIS que aprueba la Directiva Administrativa que regula el Proceso de Control Prestacional del Seguro Integral de Salud

²² Resolución Ministerial N° 214-2018 Norma Técnica de Salud N° 022- MINS/DGSP- V.02 NTS para Gestión de la Historia Clínica- RM N° 597-2006/MINSA



"Decenio de la Igualdad de oportunidades para mujeres y hombre"
"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia"

de salud responsable del servicio para que se lo comunique al personal correspondiente para la subsanación respectiva.

- **Las Observaciones que determinen la devolución o anulación de medicamentos y/o productos sanitarios**, se comunicaran al responsable de Farmacia designado para que proceda con el trámite administrativo correspondiente y proseguir con la auditoría.

6.3.5 Culminada la subsanación de las observaciones, las áreas administrativas asistenciales del Servicio, según corresponda alimentarán los sistemas hospitalarios a fin de obtener **los nuevos reportes de liquidación**: hotelería, farmacia, laboratorio y/o procedimientos según corresponda.

6.4 Subsanación de Observaciones.

- 6.4.1 Con la nueva liquidación, el personal encargado de la Unidad de Seguros Referencias y Contrarreferencias consolidará los expedientes para la auditoría correspondiente.
- 6.4.2 El médico auditor procederá a revisar la subsanación de las observaciones halladas en la primera evaluación.

6.5 Cierre administrativo.

- 6.5.1 Una vez realizados los pasos anteriores, el expediente que ha superado el proceso de auditoría médica debe contar con lo siguiente:
- Formato Único de Atención – FUA debidamente llenado conforme a la normatividad vigente.
 - Historia Clínica auditada de la atención brindada al paciente
 - Reportes de pre liquidación con las firmas y sellos correspondientes.
- 6.5.2 Una vez realizados los pasos anteriores, el expediente queda expedito para su digitación y posterior archivo. Para el caso de los pacientes hospitalizados este paso correspondería al alta administrativa.
- 6.5.3 **El alta administrativa** no es impedimento para que el asegurado permanezca en la institución, sino es un trámite administrativo interno para un mejor manejo de lo reportado a la IAFAS correspondiente del asegurado, con la finalidad de evitar observaciones en las supervisiones que ellas realicen a las atenciones brindadas a sus asegurados.

6.6 Los plazos para la ejecución de la auditoría de las atenciones serán entre 48 a 96 horas considerando los fines de semana feriados largos, salvo coordinación con las áreas involucradas.



"Decenio de la Igualdad de oportunidades para mujeres y hombre"
"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia"

- 6.7 El personal responsable de las áreas de hospitalización y la Unidad de Archivo deberá tener en cuenta el punto anterior a fin de que la historia clínica que obra en el área de hospitalización cuente con la información completa al alta y esta no sea archivada hasta realizada la auditoria médica, teniendo en cuenta que es una fuente de verificación y es un documento médico legal.

7 DE LAS RESPONSABILIDADES

- 7.1 El jefe y/o responsable de la Unidad Funcional de Seguros Referencia y Contrarreferencias es responsable de la implementación y operatividad del proceso de auditoria médica en el Hospital Hermilio Valdizan
- 7.2 El Jefe del Servicio y/o pabellón es responsable que el personal de salud de su servicio cumpla con las disposiciones emitidas en la presente Directiva, y además deberá designar un personal de salud como responsable a fin de que se cuente con una adecuada articulación para realizar las auditorias medicas de las atenciones materia de reembolso y de esta manera el proceso de evaluación y subsanación sea más eficiente.
- 7.3 Los profesionales de la salud son responsables de llenar los documentos sustentos de reembolsos y suscribirlos con sus firmas y sellos correspondientes. Para el caso de los asegurados al SIS los Formatos Únicos de Atención - FUA deben deberán estar firmados y sellados por los profesionales de la salud responsables de la atención en el anverso y reverso del FUA según corresponda.
- 7.4 Los profesionales de la salud de las áreas de hospitalización son responsables de cumplir con el registro de las atenciones brindadas en la historia clínica en forma oportuna evitando el traslado aislado de los formatos o la consolidación de sus atenciones lo cual genera perdida de la continuidad y la oportunidad de la atención; esto a fin de cumplir con las disposiciones de la Norma Técnica de Gestión de la historia Clínica, teniendo en cuenta que es una fuente de verificación y es un documento médico legal.
- 7.5 La Oficina de Informática es responsable de implementar mejoras en los sistemas de reporte de nuestra institución a fin de hacer más fluido el proceso de evaluación y subsanación de observaciones según corresponda.

8 DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS

- 8.1 Para las atenciones brindadas en la institución que no son materia de reembolso como por ejemplo aquellas que se brindan en estrategias sanitarias o en condición pagante, están eximidas de los pasos previstos en la presente directiva siguiendo los flujos de cierre administrativo dictados por la Oficina General de Administración.

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL HERMILO VALDIZAN

Mg. Mc Jheny D Bernal Vergara
CMP 45484 RNA A01058

COORDINADORA DE LA UNIDAD FUNCIONAL DE SERVICIOS DEL H H V



PERU

MINISTERIO DE SALUD

Hospital Hermilio Valdizan

"Decenio de la Igualdad de oportunidades para mujeres y hombre"
"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia"

- 8.2 Para casos especiales se pueden omitir algunos pasos establecidos en la presente directiva con la finalidad de brindar una atención oportuna al paciente evitando quejas, reclamos y posibles sanciones.
- 8.3 En el caso, que como resultado de la auditoria médica se evidencien actos u operaciones que revelen por acción u omisión la indebida ilegal o ineficiente gestión y/o utilización de recursos y bienes del estado, el medico auditor previa coordinación con la Oficina de Asesoría Jurídica, deberá informar al OCI Institucional para las acciones del caso, de acuerdo a lo indicado en la normatividad vigente.
- 8.4 La negativa de parte de alguna de las partes involucradas en el proceso de auditoria medica no invalida los resultados obtenidos y registrados en la misma, y se reportara e informará a la Dirección General para el inicio de las acciones administrativas según corresponda.

9 DISPOSICIONES FINALES

- 9.1 La Dirección General y/o la Dirección Adjunta de considerarlo pertinente podrán mejorar el proceso de auditoria establecido en la presente directiva.
- 9.2 Los aspectos operativos no contemplados en la presente directiva podrán ser implementados por la Unidad Funcional de Seguros Referencias y Contrarreferencias mediante documento en coordinación con las áreas involucradas.

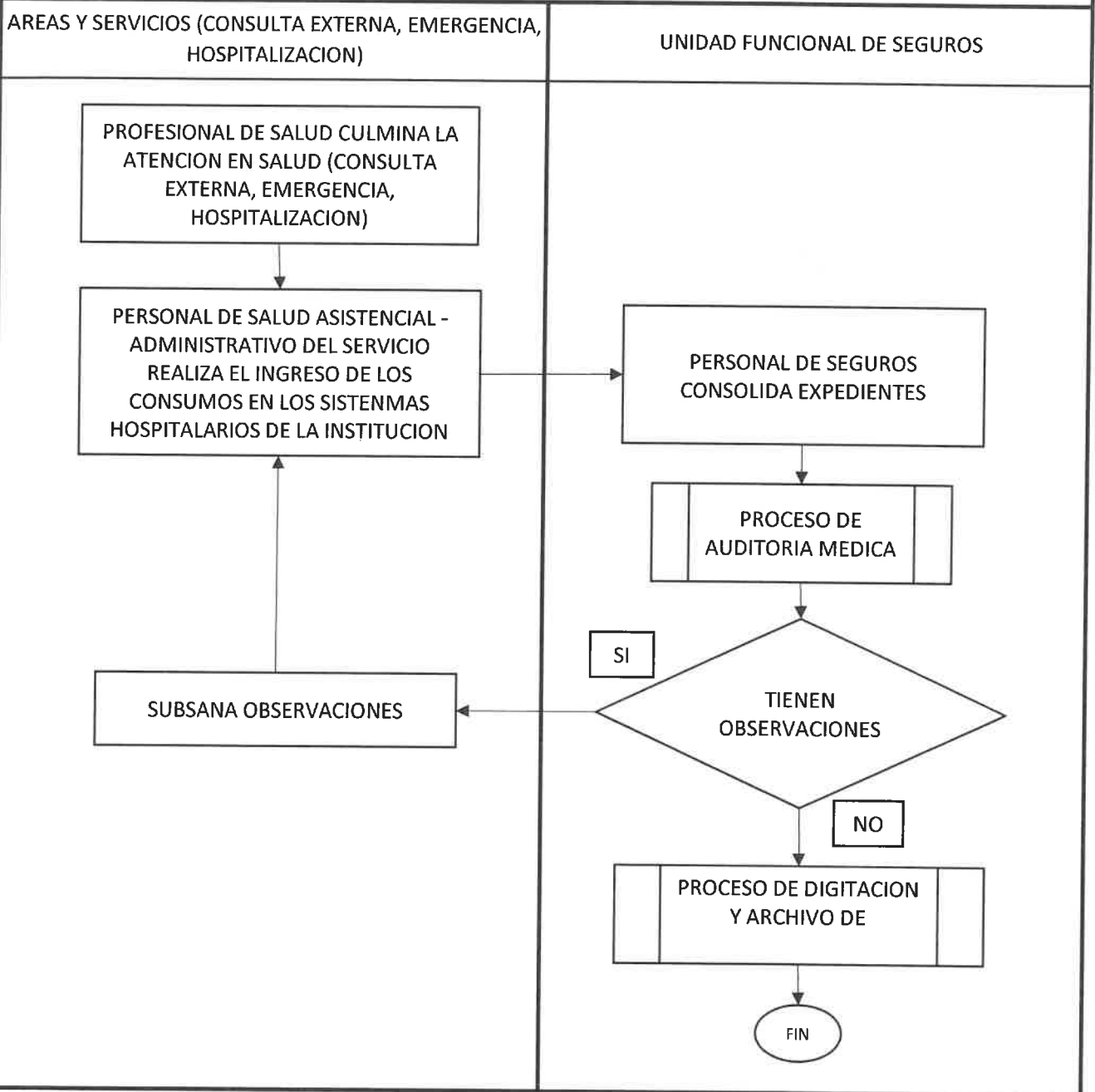
10 ANEXOS.

- 10.1 Flujograma del Proceso de Auditoria Médica a las prestaciones brindadas en el Hospital Hermilio Valdizan.
- 10.2 Criterio para la auditoria de pacientes asegurados

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL HERMILIO VALDIZAN

Mg. Mc Jheny D Bernal Vergara
CMP 45484 RNA A01058
COORDINADORA DE LA UNIDAD FUNCIONAL DE SEGUROS DEL R.R.V

Anexo N° 01. FLUJOGRAMA DEL PROCESO DE AUDITORIA MEDICA A LAS PRESTACIONES BRINDADAS EN EL HOSPITAL HERMILIO VALDIAN



MINISTERIO DE SALUD
 HOSPITAL HERMILIO VALDIAN

 Mg. Mc Jheny D Bernal Vergara
 CMP 45484 RNA A01058
 COORDINADORA DE LA UNIDAD FUNCIONAL DE SEGUROS DEL M.H.V

10.2 CRITERIOS PARA LA AUDITORIA MEDICA DE PACIENTES ASEGURADOS

A. CRITERIOS OBLIGATORIOS (DE FALTAR ALGUNO SE CONSIDERA COMO PRESTACION NO AUDITADA)

- A.1 FORMATO UNICO DE ATENCION DEBIDAMENTE SELLADA Y FIRMADA POR PERSONAL DE SALUD; ADEMAS FIRMA Y HUELLA DEL ASEGURADO O APODERADO DE CORRESPONDER. FORMATOS SIN ENMENDADURAS NI BORRONES Y LLENADOS SEGÚN NORMA, CON LETRA LEGIBLE.
- A.2 HISTORIA CLINICA DONDE SE ENCUENTRE LA ATENCION BRINDADA AL ASEGURADO.
- A.3 LIQUIDACION O PRELIQUIDACION QUE ES EL DETALLE DEL GASTO DE LA ATENCION BRINDADA AL ASEGURADO.
- A.4 RECETA MEDICA SEGÚN CORRESPONDA.

B. CONSIDERACIONES MINIMAS EN LA AUDITORIA MEDICA

- B.1 CONCORDANCIA ENTRE LOS DATOS DEL PACIENTE (SEXO, EDAD, CONDICIONES DE INTERNAMIENTO, TIEMPO DE HOSPITALIZACION, OTROS) CON EL DIAGNOSTICO Y/O TRATAMIENTO Y/O PROCEDIMIENTOS BRINDADOS
- B.2 CONCORDANCIA ENTRE EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO (MEDICAMENTO ELEGIDO)
- B.3 CONCORDANCIA ENTRE EL DIAGNOSTICO Y LOS PROCEDIMIENTOS REALIZADOS
- B.4 REGISTRO CORRECTO DE LA PRESTACION EN LA HISTORIA CLINICA DE ACUERDO A LO ESTABLECIDO EN LA NORMATIVIDAD VIGENTE DEL MINSA, EN CASO QUE EL REGISTRO SEA COMPLETAMENTE ILEGIBLE SERA MOTIVO DE OBSERVACION, PARA LA RESPECTIVA SUBSANACION.
- B.5 VERIFICACION DE LA EXISTENCIA DE REPORTES Y/O INFORMES DE PROCEDIMIENTOS REALIZADOS DEBIDAMENTE FIRMADOS Y SELLADOS POR EL PROFESIONAL CORRESPONDIENTE, EN CASO DE EVIDENCIA ALGUNA OMISION SERA MOTIVO DE OBSERVACION PARA LA RESPECTIVA SUBSANACION.
- B.6 VERIFICACION QUE EL TRATAMIENTO INDICADO, LOS EXAMEES DE APOYO AL DIAGNOSTICO SOLICITADOS Y LOS PROCEDIMIENTOS REALIZADOS (PREVENTIVOS, DIAGNOSTICOS O TERAPEUTICOS) ESTEN ACORDE A NORMAS TECNICAS O GUIAS DE PRACTICA CLINICA DEL MINSA U OTROS DOCUMENTOS O GUIAS INSTITUCIONALES, NACIONALES O INTERNACIONALES; EN CASO DE SER OBSERVADOS SE SOLICITARA QUE EL PERSONAL DE SALUD INVOLUCRADO PUEDA SUBSANARLO.

C. DE LAS PRESTACIONES A SER SUBSANADAS

PRESTACIONES QUE NO CUMPLEN CON LAS NORMAS TECNICAS Y/O PRACTICA CLINICAS VIGENTES Y/O SIN EVIDENCIA CIENTIFICA.

PRESTACIONES CON FORMATOS UNICOS DE ATENCION - FUA SIN SELLOS, FIRMAS Y/O HUELLAS SEGÚN CORRESPONDA