



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
SECCIÓN DE POSGRADO

**VALIDACIÓN PRESTACIONAL OPORTUNA DE LAS
PRESTACIONES DEL SERVICIO DE CUIDADOS INTENSIVOS
DE UN HOSPITAL NIVEL III-1, PERIODO 2012-2014**

PRESENTADA POR
GLORIA ISABEL GALAGARZA RUÍZ

TESIS PARA OPTAR GRADO DE MAESTRA EN GESTIÓN ESTRATÉGICA
DE LA CALIDAD Y AUDITORÍA MÉDICA.

LIMA – PERÚ

2015



**Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada
CC BY-NC-ND**

El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede cambiar de ninguna manera ni se puede utilizar comercialmente.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
SECCIÓN DE POSGRADO**

**VALIDACIÓN PRESTACIONAL OPORTUNA DE LAS
PRESTACIONES DEL SERVICIO DE CUIDADOS INTENSIVOS DE
UN HOSPITAL NIVEL III-1, PERIODO 2012-2014**

TESIS

**PARA OPTAR AL GRADO DE MAESTRA EN
GESTIÓN ESTRATÉGICA DE LA CALIDAD Y AUDITORÍA MÉDICA.**

PRESENTADO POR

GLORIA ISABEL GALAGARZA RUÍZ

LIMA – PERÚ

2015

ASESOR

Pedro Javier Navarrete Mejía, doctor en salud pública.



JURADO

Presidente: Juan Carlos Velasco Guerrero, doctor en salud pública.

Miembro: Zoel Huatuco Collantes, doctor en medicina.

Miembro: Manuel Loayza Alarico, doctor en salud pública.



A mi familia

RESUMEN

El objetivo del estudio fue realizar oportunamente la validación prestacional de las prestaciones de salud de asegurados SIS, brindadas en la Unidad de Cuidados Intensivos de un Hospital nivel III entre los años 2012 al 2014, a través de la aplicación del PCPP, con la finalidad de determinar su conformidad o rechazo y su valorización.

Es un estudio cuantitativo de tipo descriptivo, retrospectivo y de corte transversal, a través de un método no experimental.

Se evaluó una muestra de 200 prestaciones de UCI durante el 2012 al 2014, se utilizó la metodología y herramientas del PCPP, obteniéndose que el 86.5% (172 prestaciones) han sido rechazadas, el 83% (165 prestaciones) tiene rechazo total mientras que el 4% (7 prestaciones) tiene rechazo parcial. El criterio I-1 (No se dispone físicamente del FUA) con 14.5% (26) del total de la muestra. Se estimó el número de prestaciones rechazadas de todo el universo (1 194 prestaciones) obteniéndose como resultado que 983 prestaciones serían rechazadas con un valor de **S/. 10 027 362**.

Conclusión: La inadecuada gestión de archivamiento de la Historia Clínica y de Formatos Únicos de Atención, han generado el 72% del total de rechazos obtenidos. El Hospital no cuenta con mecanismos de control que disminuyan los riesgos operativos que potencialmente generen inadecuados reembolsos. Es necesaria la implementación de medidas que mejoren la gestión del archivamiento de la Historia Clínica y de procedimientos de control previo de las prestaciones con la finalidad de garantizar un adecuado reembolso de las prestaciones brindadas.

ABSTRACT

The aim of the study was timely made the prestacional validation of health benefits insured SIS, provided at Intensive Care Unit of a level III Hospital between 2012 and 2014, through the implementation of PCPP, in order to determine compliance or rejection and recovery.

It is a descriptive quantitative study, retrospective and cross-sectional through a non-experimental approach.

A sample of 200 ICU performance was evaluated during 2012 to 2014, the methodology and tools used PCPP give that 86.5% (172 services) have been rejected, 83% (165 services) have total rejection while 4% (7 facilities) has partial rejection. The criterion I-1 (not physically available FUA) with 14.5% (26) of the total sample. The number of rejected performance of the whole universe (1194 benefits) obtained as a result that benefits 983 would be rejected with a value of S/. 10,027,362.

Conclusion: The mismanagement of archiving the history and Unique Formats Attention, generated 72% of total rejections obtained. The hospital does not have control mechanisms that reduce operational risks that potentially generate inadequate reimbursements. Is necessary the implementation of measures to improve the management of health records archiving and control procedures prior benefits in order to ensure proper reimbursement of benefits provided .

INDICE

Asesor y jurado	
Dedicatoria	
Resumen/Abstract	
	Pág.
INTRODUCCIÓN	7
CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO	11
1.1 Antecedentes de la investigación	11
1.2 Bases teóricas	11
1.3 Definición de términos	26
CAPÍTULO II: METODOLOGÍA	28
2.1 Tipo de investigación	28
2.2 Diseño de investigación	28
2.3 Población y muestra	28
2.4 Procesamiento de datos	30
2.5 Aspectos éticos	31
CAPÍTULO III: RESULTADOS	32
CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN	39
CONCLUSIONES	42
RECOMENDACIONES	43
FUENTES DE INFORMACIÓN	44
ANEXOS	50
Ficha de Recolección de Datos	

INTRODUCCIÓN

El Estado viene implementando acciones para lograr un mayor acceso a los servicios de salud, enfatizando prioritariamente en la erradicación de la barrera económica a través de la creación de una aseguradora pública que brinde protección financiera a la población pobre, extremadamente pobre y vulnerable.

Es en este contexto se desarrollaron un paquete de iniciativas legislativas, mediante la cual se establecen nuevas reglas de juego en el Sistema de Salud, es así que través de la aprobación Ley Marco de Aseguramiento Universal y sus normas complementarias, han permitido afianzar la decisión del Estado Peruano para implementar un Sistema de salud basado en Aseguramiento.

De acuerdo a lo establecido por la Ley N° 29344 Ley Marco del Aseguramiento Universal en Salud y su Reglamento aprobado mediante Decreto Supremo N°-008-2010-SA, se han establecido las disposiciones que permiten la implementación y desarrollo del Aseguramiento Universal en Salud, que significa que todo peruano residente en el Perú cuente con un seguro de salud (cobertura poblacional). (1, 2)

Del mismo modo, se han planteado disposiciones para asegurar que los beneficios otorgados por las aseguradoras a sus afiliados sean los mayores posibles (cobertura prestacional). Es así que se ha aprobó el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS) mediante el cual se establecen las condiciones asegurables que como mínimo deben ofrecer las aseguradoras a sus afiliados a nivel nacional.

Por otro lado, se ha dispuesto que el Ministerio de Salud se constituye como la institución que ejerce la rectoría, es decir que establezca las políticas nacionales de aseguramiento en salud, aprobar las normas regulatorias conducir el aseguramiento y promover la articulación con las instancias del gobierno nacional, regional y local; del mismo modo se han definido a las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS), quienes son las

encargadas de captar y gestionar los fondos para el financiamiento de las prestaciones incluidas en los planes de aseguramiento en salud.

Asimismo, las Instituciones Prestadoras de Salud (IPRESS) son las responsables de brindar las atenciones de salud preventiva, promocional, recuperativa y rehabilitadora, es decir estas instituciones o entidades son las encargadas de brindar las atenciones de salud en el sistema, se incluyen establecimientos de salud pública o privada.

La misma norma ha creado la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD) quien es la entidad encargada de la regulación y supervisión del sistema de salud y al mismo tiempo de velar por los derechos de los asegurados.

En relación a lo anteriormente descrito, el Seguro Integral de Salud (SIS), se ha constituido en una Institución Administradora de Fondos de Aseguramiento en Salud Pública - IAFAS. Actualmente el 99% de las atenciones brindada a sus asegurados han sido realizadas por las IPRESS públicas que pertenecen al Ministerio de Salud o Gobiernos Regionales.

Según el reporte estadístico del SIS, para el año 2014 se brindó más de 45 millones de prestaciones a nivel nacional, dichas prestaciones han sido financiadas por el SIS, las cuales previamente han sido evaluadas por diversos mecanismos de control especialmente diseñados para evaluar la existencia, pertinencia, oportunidad y calidad de las atenciones brindadas por las IPRESS en las que se incluyen:

- Proceso de Evaluación Automática –PEA: son un conjunto de reglas de negocios que se aplican a todas las atenciones de salud ingresadas al Sistema SIASIS del SIS, se dividen en reglas de consistencia que controlan el adecuado registro de la información y las reglas de validación que evalúan la pertinencia y calidad de la atención.
- La Supervisión Médica Electrónica: Es el Control realizado por médicos del SIS a nivel nacional mediante la cual evalúan una muestra específicamente

seleccionada de las atenciones de salud mediante avisos tipo filtros específicamente diseñados para este fin.

- Proceso de Control Presencial Posterior – PCPP, mediante el cual se evalúan prestaciones de salud en el mismo establecimiento de salud, utilizando como fuentes de verificación a la Ficha Única de Atención y la Historia Clínica, evaluando registro y pertinencia de la atención en base a estándares establecido por la autoridad sanitaria con la finalidad de determinar si se ha brindado un adecuado servicio utilizando los recursos de acuerdo a su indicación y número suficiente de acuerdo a guías , protocolos o el criterio médico.

En ese orden de ideas, los diversos mecanismos de control establecidos por el SIS detallados anteriormente, evalúan las prestaciones como un paso anterior y fundamental para proceder a realizar el pago de las atenciones a las IPRESS, se ha constituido como una actividad estratégica y principal en la relación del IAFAS como financiador y las IPRESS como proveedora de servicios, debido a que los productos finales obtenidos son prestaciones conformes y prestaciones rechazadas siendo esta últimas no reembolsadas a la entidad prestadora de salud, generándoles pérdidas económicas muy importantes.

En Lima Metropolitana, se encuentran las IPRESS de más alta complejidad, ellos brindan las atenciones más complejas y costosas en las diferentes especialidades y sub especialidades que ofrecen a sus usuarios. De acuerdo a la información de las estadísticas del SIS, el departamento de Lima concentró el mayor número de atenciones otorgadas a beneficiarios del SIS con 8 millones de atenciones, que representó el 14 % del total de las atenciones brindadas a nivel nacional. (3)

Las atenciones UCI en cualquier establecimiento de salud de alta complejidad, son muy complejas y costosas ya que involucran la utilización de medicamentos específicos en grandes dosis por tiempos prolongados, así como se utilizan en muchos casos exámenes auxiliares y de ayudas diagnósticas complejos y de alta tecnología los cuales son muy costosos.

El SIS viene desarrollando diversas actividades de control, priorizando la aplicación del Proceso de Control Presencial Posterior, mediante el cual verifica directamente en la IPRESS el otorgamiento de la prestación a través de la revisión y análisis de las Ficha Única Atención y la Historia Clínica, en ese sentido después de haber sido calificada una prestación como rechazada, ya no es posible aplicar ningún mecanismo de reconsideración e indefectiblemente es descontada del reembolso.

Es pertinente que las IPRESS puedan implementar una medida para que en forma anticipada y oportuna, se pueda atenuar el riesgo tener prestaciones rechazadas durante una actividad de PCPP realizada por el SIS, reduciendo el impacto económico que pudiera generarse.

Al respecto, se ha realizado revisiones bibliográficas y no se ha evidenciado la existencia de algún mecanismo implementado por las IPRESS para atenuar o minimizar el riesgo planteado.

Para el presente estudio, se planteó la siguiente interrogante: ¿Cuál sería el resultado si la IPRESS aplicara las herramientas del PCPP, con la finalidad de determinar la validez prestacional oportuna de las atenciones de asegurados SIS en la UCI de un Hospital de nivel III-1 en Lima Metropolitana, durante los años 2012 al 2014?

El objetivo del estudio fue realizar oportunamente la validación prestacional de las prestaciones de salud de asegurados SIS, brindadas en la Unidad de Cuidados Intensivos de un Hospital nivel III entre los años 2012 al 2014, a través de la aplicación del PCPP, con la finalidad de determinar su conformidad o rechazo y su valorización.

CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO

1.1 ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN

De la revisión sistemática realizada no se ha evidenciado que existan estudios de investigación iguales o de similares características a este estudio de investigación operativa, por lo cual considero que la investigación reúne las características y condiciones metodológicas y temáticas suficientes para considerarla original, consecuentemente inédita.

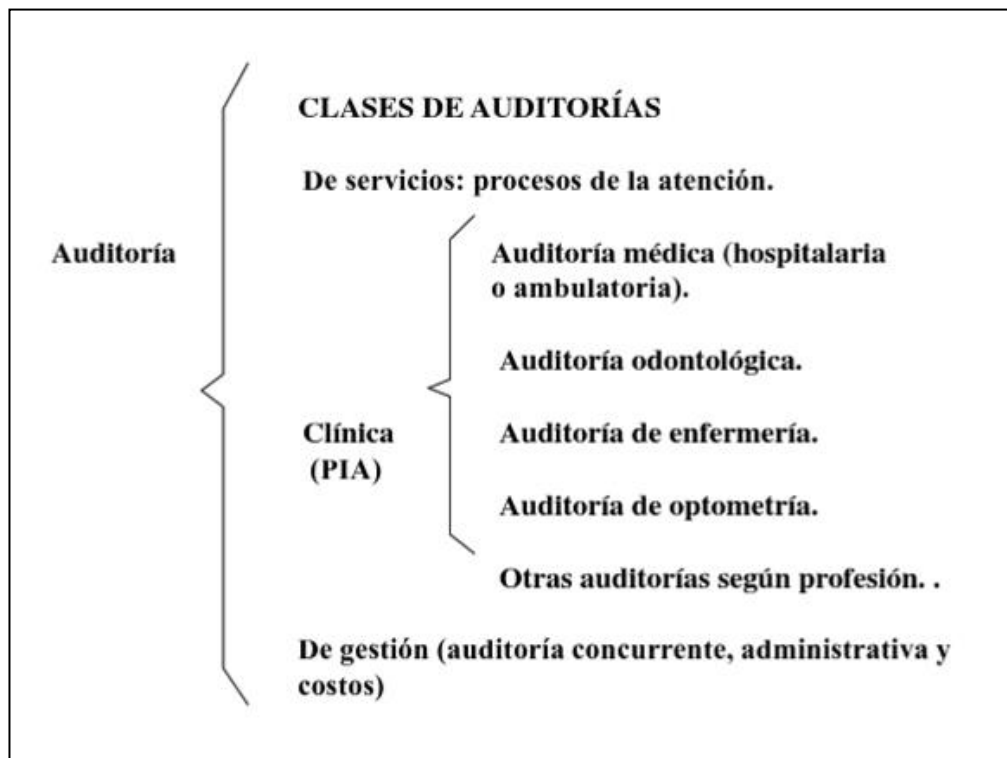
No obstante, es importante mencionar que Rocío Martínez y colaboradores, implementaron un Cuadro de Mando Integral en la ejecución del plan Estratégico de un Hospital General en el Perú, en el cual incluyeron como un indicador de monitoreo al porcentaje de prestaciones SIS rechazadas, con la finalidad de mejorar la efectividad y la eficiencia en la gestión financiera del PEI en el periodo 2007 al 2009. (4)

1.2 BASES TEÓRICAS

El concepto de Auditoría ha sido mencionado muchas veces en diferentes estudios, su uso ha dependido de los diferentes momentos y contextos en el cuales ha sido utilizado.

Una definición de Auditoría que define un amplio horizonte es la definida por el ISO “Un examen sistemático e independiente para determinar si las actividades de calidad y resultados relacionados con calidad cumplen con las disposiciones planificadas y comprobar si estas disposiciones están implementadas de manera efectiva y si son adecuadas para lograr los objetivos.” (5)

Existen diferentes clases de auditorías en el campo de la salud (6):



Fuente: Auditoría Médica y Epidemiología

- La auditoría de servicios está orientada a mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud brindada por los establecimientos de salud mediante el análisis de la eficiencia, eficacia y efectividad en la atención de la salud, en los elementos de estructura, proceso, resultados e impacto.
- La Auditoría clínica es un proceso para el análisis crítico de la práctica médica, cuyo propósito es mejorar la calidad médica que se ofrece a los pacientes, se centra su enfoque en el proceso de atención individual en los servicios de salud, en ese sentido, la auditoría médica conlleva un juicio científico de una acción médica, por lo tanto requiere de una preparación específica del profesional de la salud que realiza una evaluación a su par profesional.

Para Hardman E, Joughin, la auditoría médica llega a ser definida como *“el análisis crítico sistemático de la calidad de la atención médica, incluyendo los procedimientos diagnósticos y terapéuticos, el uso de recursos y los resultados de los mismos que repercutan en los desenlaces clínicos y en la calidad de vida de los pacientes.”*(7)

Otra definición de auditoría Médica la que proporciona el *Department of Health* (1996): *“La auditoría médica es una iniciativa clínicamente liderada que busca mejorar el resultado en la atención a través de estructuras de “revisión entre iguales” (peers review) donde los clínicos examinan su propia práctica respecto a unos estándares acordados y modifican su praxis cuando así se indica”*. El *Leicestershire Primary Care Audit Group* define *clinical audit* como: *“...un proceso estructurado que asegura que estamos realizando la mejor “revisión entre iguales” (peers review) en comparación con lo que se debería estar haciendo”*.

En el Perú uno de los pioneros investigadores en Auditoria Medica es el Dr. Jose Piscoya, en el año 1998 la ha definido como *“un proceso Interdisciplinario, por el cual el cuerpo médico mediante el Comité de Auditoría Médica revisa colectivamente, las Historias Clínicas, las evalúa y pone en práctica los correctivos necesarios, luego de haberlos comparado con estándares validados.”*(8)

En la Directiva N° 003-GCPS-ESSALUD-2010, Seguro Social de Salud ESSALUD ha definido a la Auditoria Médica como *“la evaluación crítica y sistemática de la calidad de la atención médica, incluyendo procedimientos, diagnósticos y decisiones terapéuticas, el uso de los recursos y los resultados de los mismos que repercutan en el desenlace clínico y en la calidad de vida del paciente, está basado en el análisis de la Historia Clínica*

y es realizada por el médico para determinar la adecuación, correspondencia y pertinencia con los criterios normativos, científicos y éticos preestablecidos, Tiene por finalidad mejorar la calidad técnica de la atención brindada al usuario, a través de una correcta y oportuna evaluación del acto médico, la retroalimentación y educación permanente.”

- c) La Auditoría de Gestión centra su atención en aspectos administrativos y de costos para la institución que garantice la calidad de los servicios de salud mediante el análisis de los componentes administrativos, costos, gastos, prestación de servicios de una entidad entre otros aspectos.

Dentro de la Auditoría de Gestión, encontramos a la Auditoría de Cuentas Médicas (AMC), la cual se encuentra incluida dentro de la Auditoría de Gestión y es definida como la evaluación sistemática de la presentación, recibo, pertinencia y costo de cuentas que se deben presentar o recibir de un proceso de atención.

El campo de acción de la AMC compromete las funciones y actividades relacionadas con el aseguramiento de los usuarios y la administración de los recursos en entidades aseguradoras, para que actúen eficaz y eficientemente en la organización de los procesos de contratación, prestación, facturación y cartera. Todo esto con lograr niveles satisfactorios de calidad, además que estimule el desarrollo de un sistema de información y control adecuado sobre los derechos y deberes de los usuarios y paralelamente sobre obligaciones contractuales del asegurador y competencias del prestador de acuerdo a los contratos celebrados.

La Organización Mundial de la Salud, ha definido la calidad de los servicios de salud como: Un alto nivel de excelencia profesional, Uso

eficiente de recursos, uso mínimo de riesgo para el paciente, alto grado de satisfacción del paciente e impacto final en la salud.

En el Perú, se ha trabajado en el marco de la relación de la Calidad y auditoría médica, ambas confluyen en la búsqueda de la calidad en la prestación de los servicios de salud que sin duda es una preocupación medular del sector, buscando que dichos servicios sean provistos de manera segura, oportuna, con fácil acceso y forma equitativa, buscando siempre la satisfacción del usuario.

En el Componente Garantía y Mejoramiento del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud aprobado mediante Resolución Ministerial 519-2006-MINSA, se encuentra la Auditoría de la Calidad de Atención como una herramienta para la mejora continua de la calidad.

En el mismo sentido, en el año 2005 a través de la Resolución Ministerial N° 474-2005-MINSA, el Ministerio de Salud aprobó la Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud, cuyo objetivo es el *“Establecer los principios, normas, metodologías y procesos para la realización de la auditoría de la calidad de atención en salud, orientados a estandarizar el trabajo de los auditores en salud y a obtener resultados para la mejora de la calidad de atención en los servicios de salud.”*

En dicha norma se definen los siguientes tipos de Auditoría:

- Auditoría de la Calidad de Atención en Salud: Es el mecanismo sistemático y continuo de evaluación del cumplimiento de estándares de calidad en salud. Implica la realización de actividades de evaluación y seguimiento de procesos definidos como prioritarios; la comparación entre la calidad observada y la calidad esperada, la cual debe estar previamente definida mediante guías y normas técnicas, científicas y administrativas; y la adopción de medidas tendientes a corregir las desviaciones detectadas con respecto a los

parámetros previamente establecidos. El resultado final de la evaluación realizada se comunica en el denominado “Reporte de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud.

- Auditoría en Salud: Es la revisión de todos los aspectos de la actividad del cuidado clínico de los pacientes, realizada por un equipo de profesionales de la salud médicos y no médicos, cuya finalidad es mejorar la calidad de atención con la participación de los diversos grupos de profesionales. Constituye una herramienta del componente de Garantía de la Calidad del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud.
- Auditoría Médica: Es el análisis crítico y sistemático de la calidad de la atención médica, incluyendo procedimientos, diagnósticos y decisiones terapéuticas, el uso de recursos y los resultados de los mismos que repercutan en los desenlaces clínicos y en la calidad de vida del paciente; es realizada solamente por el personal médico para determinar la adecuación y correspondencia con los criterios normativos pre-establecidos. Tiene por finalidad mejorar la calidad de atención brindada al usuario, así como mejorar la calidad de los prestadores de los servicios a través de una correcta y oportuna retroalimentación y educación permanente.
- Auditoría de la Calidad del Registro Asistencial: Verificación seriada o muestral de la calidad de los registros médicos y de los formatos asistenciales de la Historia Clínica en relación a un determinado servicio asistencial.
- Auditoría de Oficio: Es aquella que se encuentra contenida en el Plan de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud, obedece al análisis de la problemática organizacional.

- Auditoría Interna.- Es una auditoría realizada por personal dependiente de la propia organización.
- Auditoría Externa.- La auditoría externa es la que realiza un auditor externo a una organización a solicitud del titular se genera un vacío legal de cuál sería el mecanismo por el cual se evaluarían las prestaciones.

En relación a la publicación de la Resolución Ministerial N° 474-2005-MINSA, Llanos-Zavalaga Luis Fernando y colaboradores, comentan que *“como consecuencia de un esfuerzo de varios años ha sido publicada una norma técnica de auditoría, la cual fundamentalmente está enfocada a ser un manual, más que al diseño de un sistema, con énfasis en el espacio público (1). Independiente de ello, es un avance hacia la construcción de la calidad. Una dinámica diferente ha desarrollado el sub-sector privado...” (9)*

La Evaluación de las Prestaciones para pago, la elección del mecanismo de pago y el valor de la prestación de salud, se constituyen en uno de los componentes más importantes en la relaciones contractuales entre los Financiadores y los Proveedores que brindan los servicios de salud, entendemos también que la forma en que se organiza la compensación económica, normalmente monetaria, que recibe el proveedor de servicios por la prestación de sus servicios a un paciente o grupo de pacientes, también se encuentran inmersos aspectos de eficiencia en el uso de recursos y calidad en la prestación de recursos.

Como se ha evidenciado anteriormente, el Perú ha regulado principalmente las esferas de la Auditoría de servicios y la Auditoría Clínica, existiendo un vacío en la regulación de la Auditoría de Gestión específicamente en la Auditoría de Cuentas Médicas, en ese sentido dichas entidades desarrollado herramientas para evaluar las

prestaciones, en las que se han aplicado conceptos de la auditoría clínica, definir si el servicio prestado por las IPRESS se encuentra incluido en los planes de beneficios pactados con el asegurado y verificar el eficiente uso de los recursos dentro de los estándares establecidos por los organismos reguladores de la prestación del servicio. Esta situación debe ser claramente determinada antes de proceder a definir el valor monetario y su posterior desembolso a la IPRESS que ha brindado el servicio.

La Auditoría de Gestión se pudo haber constituido en una excelente alternativa para las IAFAS para validar las prestaciones que se brindan a los asegurados, sin embargo actualmente no se encuentra regulada por las normas vigentes, limitando su desarrollo y utilización de manera estandarizada, no obstante las IAFAS públicas y privadas han desarrollado diferentes herramientas y mecanismos para validar las prestaciones, en las que se han aplicado conceptos de la auditoría clínica como de la auditoría de gestión.

En Chile, el Fondo Nacional de Salud (FONASA), es la aseguradora pública más importante, esta institución ha diseñado proceso que encajaría dentro del concepto de Auditoría de Gestión, el cual ha sido denominado Proceso de Fiscalización y que esta orientado a resguardar que el financiamiento que **FONASA** entrega por prestaciones de salud corresponda a beneficiarios del D.F.L. N°1/2005, de Salud, y que las atenciones otorgadas por los prestadores públicos y privados se efectúen en cumplimiento a las disposiciones arancelarias, normativas y reglamentarias del Régimen General de Prestaciones de salud.

La Aplicación del Proceso de Fiscalización tiene los siguientes resultados:

- Cumplimiento de lo establecido en las normas y a los convenios.
- Inicio de proceso administrativo al prestador por probable infracción al comprobar incumplimiento a ley, normas y convenios. Las

medidas a aplicar van desde la aplicación de medidas administrativas y/o sanciones, tales como amonestación, suspensión de convenio temporal, multas y cancelación de convenio.

Las infracciones más frecuentes están constituidas por: falta de registros en ficha, prestaciones no efectuadas, cobro particular estando en convenio, obstaculizar la fiscalización, homologar prestaciones que no tienen código de arancel, colocar copagos que le corresponden al asegurado e inducir demanda prescribiendo prestaciones que el asegurado no requiere para resolver su problema de salud.

En el Perú, las dos principales Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud son la Seguridad Social del Perú (EsSalud) y El Seguro Integral de Salud.

Para evaluar las atenciones de salud que los asegurados del Seguro Social del Perú recibían en las IPRESS del Sistema Metropolitano de la Solidaridad (SISOL), mediante la Resolución N° 29 GCAS-ESSALUD-2013 esta institución definió el procedimiento denominado Auditoría de las Prestaciones de Salud en el marco del Convenio Interinstitucional ESSALUD – SISOL, con la finalidad de validar las prestaciones para determinar su reconocimiento y posterior pago.

Del mismo modo, a través de la Resolución N° 032 GCAS-ESSALUD-2013 se aprobó el procedimiento denominado Auditoría de las Prestación de las Intervenciones Quirúrgicas a los asegurados de las Redes Asistenciales de Lima y Callao, con la finalidad de validar las prestaciones brindadas por las Clínicas que tenían contrato con EsSalud para determinar su reconocimiento y posterior pago.

Por otro lado, según el reporte estadístico del SIS, para el año 2014 se brindó más de 45 millones de prestaciones a nivel nacional, el Seguro Integral de Salud ha implementado diversos mecanismos de control

especialmente diseñados para evaluar la existencia, pertinencia, oportunidad y calidad de las atenciones brindadas por las IPRESS en las que se incluyen:

- Proceso de Evaluación Automática –PEA: son un conjunto de reglas de negocios que se aplican a todas las atenciones de salud ingresadas al Sistema SIASIS del SIS, se dividen en reglas de consistencia que controlan el adecuado registro de la información y las reglas de validación que evalúan la pertinencia y calidad de la atención.
- La Supervisión Médica Electrónica: Es el Control realizado por médicos del SIS a nivel nacional mediante el cual evalúan una muestra específicamente seleccionada de las atenciones de salud mediante avisos tipo filtros específicamente diseñados para este fin. (12)
- Proceso de Control Prestacional Posterior – PCPP, mediante el cual se evalúan prestaciones de salud en el mismo establecimiento de salud, utilizando como fuentes de verificación a la Ficha Única de Atención y la Historia Clínica, evaluando registro y pertinencia de la atención en base a estándares establecido por la autoridad sanitaria con la finalidad de determinar se ha brindado un adecuado servicio utilizando los recursos de acuerdo a su indicación y número suficiente de acuerdo a guías , protocolos o el criterio médico. (13)

Para proceder a evaluar las prestaciones de IPRESS de alta complejidad, como en el caso de la presente Tesis, el SIS ha diseñado el Formato de Control Presencial Posterior de las Prestaciones de salud reembolsadas por consumo (anexo 3 en la Directiva que regula PCPP). La que contiene dos fases para la evaluación:

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

Cada fase evaluación contiene criterios que son evaluados por el médico evaluador para validar las prestaciones que son seleccionadas para ser controladas, el incumplimiento de uno de los criterios invalida la prestación la cual es considerada rechaza, procediéndose a descontar su valor en el reembolso o pago a la IPRESS: a continuación se detallan los criterios:

- Fase de Evaluación de la Conformidad del registro del Formato Único de Atención (ECR –FUA): Consiste en la verificación del cumplimiento de criterios del registro de la Información en el Formato único de Atención correspondiente a la Prestación brindada al asegurado del SIS.

Los criterios que son evaluados en esta fase son los siguientes:

- I-1. Se dispone físicamente del FUA
- I-2. El FUA cuenta con los datos necesarios para la evaluación
- I-3. El FUA es legible, sin enmendaduras ni borrones que cuestionen su legalidad
- I-4. Cuenta con sello y firma del responsable de la atención, en el anverso del FUA y de corresponder en el reverso.
- I-5. Cuenta con firma y/o huella digital del asegurado o apoderado, en el anverso del FUA y de corresponder en el reverso.
- I-6. Cuenta con sello y firma del responsable de farmacia
- I-7. Cuenta con sello y firma del responsable de laboratorio y/o anatomía patológica
- I-8. Cuenta con sello y firma del responsable de Rx e imágenes

- Fase de Evaluación de la Conformidad de la Prestación de Salud (ECP):_Consiste en la verificación del cumplimiento de los siguientes criterios:
 - Auditabilidad de la Prestación:
 - IIA-1 Se dispone físicamente de la Historia Clínica
 - IIA-2 Se dispone físicamente de la Carta de Garantía según corresponda (componente Semi subsidiado).

 - Registro y Concordancia de las fuentes de verificación:
 - IIB-1 En la Historia Clínica se evidencia el registro correcto de la prestación consignada en el FUA y en el SIASIS, de acuerdo a lo establecido en la normatividad vigente del MINSA (incluye la concordancia de los datos generales del asegurado y la fecha de atención entre la Historia Clínica, el FUA y el SIASIS).
 - IIB-2 Cuenta y existe concordancia del monto y número de autorización dada por el SIS/UDR para la atención de cobertura extraordinaria, casos especiales y enfermedades de alto costo (LPIS) entre el FUA y el SIASIS; según lo establecido en la normatividad vigente.
 - IIB-3 Concordancia de los diagnósticos consignados entre la Historia Clínica, el FUA y el SIASIS.
 - IIB-4 Concordancia de los datos del responsable de la atención entre la Historia Clínica, el FUA y el SIASIS así como la concordancia de su firma y sello entre la Historia Clínica y el FUA (incluye la verificación de que la firma y el sello le correspondan).
 - IIB-5 Concordancia de la presentación y de la cantidad prescrita de medicamento e insumos utilizados entre el FUA,

el SIASIS y la Historia Clínica, verificada en Kardex de enfermería y/u obstetricia, reporte operatorio u otro registro de la Historia Clínica (incluye el registro según denominación común internacional, vía de administración, concentración, presentación, dosis y duración del tratamiento).

- IIB-6 Concordancia de los exámenes de apoyo al diagnóstico indicados (laboratorio, anatomía patológica e imágenes) entre la Historia Clínica, el FUA y el SIASIS (incluye la verificación de la existencia de los resultados y/o comentario de los mismos en la Historia Clínica, debidamente firmados y sellados por el profesional competente).
- IIB-7 Concordancia de los procedimientos realizados (preventivos, diagnósticos y/o terapéuticos) entre la Historia Clínica, el FUA y el SIASIS (incluye la verificación de la existencia de los informes y/o comentario de los mismos en la Historia Clínica, debidamente firmados y sellados por el profesional competente).
- Evaluación de la Atención de Salud:
 - IIC-1 Prestación brindada por personal de salud según corresponda (médico especialista, médico general, otro profesional o técnico de la salud), de acuerdo al tipo de prestación y categoría del EESS.
 - IIC-2 Tratamiento indicado (medicamentos e insumos), de acuerdo a normas técnicas o guías de práctica clínica del MINSA, u otros documentos o guías institucionales, nacionales o internacionales. En caso de uso de medicamentos fuera del petitorio nacional aprobado se debe contar con el documento de aprobación del comité fármaco terapéutico correspondiente.

- IIC-3 Exámenes de apoyo al diagnóstico solicitados (laboratorio, anatomía patológica e imágenes) de acuerdo a normas técnicas o guías de práctica clínica del MINSA, u otros documentos o guías institucionales, nacionales o internacionales.
- IIC-4 Procedimientos realizados (preventivos, diagnósticos y terapéuticos) de acuerdo a normas técnicas o guías de práctica clínica del MINSA, u otros documentos o guías institucionales, nacionales o internacionales.
- Criterios para evaluación de rechazo parcial:
 - IIIA-1 Conformidad/ concordancia en el registro de las fechas de afiliación, ingreso y alta de la prestación en la Historia Clínica con lo consignado en el FUA y en el SIASIS.
 - IIIA-2 Concordancia del monto autorizado por el SIS/UDR para la atención de cobertura extraordinaria, casos especiales y enfermedades de alto costo entre el FUA y el SIASIS (el monto autorizado es mayor o igual al valor de producción).
 - IIIA-3 Concordancia de la presentación y de la cantidad prescrita de medicamento e insumos utilizados entre el FUA, el SIASIS y la Historia Clínica, verificada en Kardex de enfermería y/u obstetricia, reporte operatorio u otro registro de la Historia Clínica (incluye el registro según denominación común internacional, vía de administración, concentración, presentación, dosis y duración del tratamiento). En los casos que amerite, se adjunta al FUA el estado de cuenta del consumo.

- IIIA-4 Concordancia de los exámenes de apoyo al diagnóstico indicados (laboratorio, anatomía patológica e imágenes) entre la Historia Clínica, el FUA y el SIASIS (incluye la verificación de la existencia de los resultados y/o comentario de los mismos en la Historia Clínica, debidamente firmados y sellados por el profesional competente). En los casos que amerite, se adjunta al FUA el estado de cuenta del consumo.
- IIIA-5 Concordancia de los procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos indicados entre la Historia Clínica, el FUA y el SIASIS (incluye la verificación de la existencia de los informes y/o comentario de los mismos en la Historia Clínica, debidamente firmados y sellados por el profesional competente). En los casos que amerite, se adjunta al FUA el estado de cuenta del consumo.
- IIIB-1 Tratamiento indicado (medicamentos e insumos), de acuerdo a normas técnicas o guías de práctica clínica del MINSA, u otros documentos o guías institucionales, nacionales o internacionales. En caso de uso de medicamentos fuera del petitorio nacional aprobado se debe contar con el documento de aprobación del comité farmacoterapéutico correspondiente.
- IIIB-2 Exámenes de apoyo al diagnóstico solicitados (laboratorio, anatomía patológica e imágenes) de acuerdo a normas técnicas o guías de práctica clínica del MINSA, u otros documentos o guías institucionales, nacionales o internacionales.
- IIIB-3 Procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos solicitados de acuerdo a normas técnicas o guías de práctica

clínica del MINSA, u otros documentos o guías institucionales, nacionales o internacionales.

1.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

Afiliación: Es el proceso mediante el cual se incorpora a una persona (potencial asegurado), a alguno de los regímenes de financiamiento del SIS.

Asegurado: Es toda persona domiciliada en el país que está bajo la cobertura de alguno de los regímenes de financiamiento del **SIS**, habiendo cumplido con los requisitos de tener DNI, estar clasificado por el SISFOH como elegible para alguno de los regímenes de financiamiento y no tener otro seguro de salud.

Cobertura: Protección contra pérdidas específicas por problemas de salud, y prestaciones preventivas, extendidas bajo los términos de un convenio de aseguramiento.

Control Prestacional: Es la aplicación de procedimientos, metodologías y herramientas que utilizará el SIS para evaluar las prestaciones de salud y/o administrativas que se brindan en el marco del presente convenio.

Convenio: Es un contrato que genera derechos y obligaciones a la IAFAS como al prestador sea de manera directa o a través de su representante, en relación a la cobertura de salud y financiamiento de la misma.

Formato Único de Atención: Es el formato en el que se registran los datos de atención y prescripción (procedimientos, medicamentos, insumos, apoyo al diagnóstico) así como los datos de afiliación del

asegurado que recibe una prestación de salud o una prestación administrativa.

Labores Administrativas: Comprende todas aquellas actividades que realiza el establecimiento vinculadas a la afiliación, registro de atenciones sanitarias y administrativas, costos informáticos asociados a las actividades SIS.

Guías de Práctica Clínica: Recomendaciones desarrolladas sistemáticamente acerca de un problema clínico específico para asistir tanto al personal de salud como a los pacientes en el proceso de toma de decisiones para una apropiada y oportuna atención de salud.

Prestación Conforme: El FUA que no es observado por ningún criterio de evaluación para el rechazo total.

Proceso Control Presencial Posterior: Consiste en la evaluación y verificación documentaria in situ de las prestaciones de salud, registradas por los EESS en el aplicativo informático ARFSIS/SIASIS y brindado a los asegurados del SIS.

Prestación Rechazada: Prestación con verificación de incumplimiento de UN criterio de evaluación total y/o UNO ó Más criterios de evaluación parcial. Los rechazos parciales aplican para las prestaciones reembolsadas por consumo.

Recursos Humanos: Profesionales de la salud y personal asistencial que participa en el desarrollo de actividades vinculadas a brindar prestaciones de salud en el marco del AUS.

Transferencia de Recursos: Ejecución de recursos provenientes de la transferencia de partidas autorizadas para la implementación, desarrollo y ejecución del Aseguramiento Universal en Salud (AUS) en la región.

CAPÍTULO II: METODOLOGÍA

2.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

El presente estudio es de enfoque cuantitativo de tipo descriptivo, retrospectivo y de corte transversal, a través de un método no experimental.

2.2 DISEÑO

Unidad de Análisis: El Proceso de Control Presencial Posterior evalúa a la Ficha Única de Atención (FUA) y la Historia Clínica, verificando en ambos documentos la existencia física de la información enviada a la base de datos del SIS a través del aplicativo SIASIS, asimismo evalúa la pertinencia y validez de la información en comparación con los estándares establecidos en las normas, guías y protocolos de atención médica. Esta evaluación tiene como resultado la conformidad o rechazo de la prestación para pago.

Criterios de inclusión: Todas las prestaciones de salud realizadas en la UPSS UCI de un Hospital de III Nivel que tengan fecha de ingreso del 01 de Enero del 2012 a las 0:00 horas hasta las 10:00 horas del 31 de Diciembre del 2014.

Criterios de exclusión:

- Prestaciones que se realicen en otras UPSS diferentes a la UCI del Hospital Prestaciones que hayan sido evaluadas mediante PCPP.
- Prestaciones que hayan sido observadas mediante PCPP.

- Prestaciones que hayan sido rechazadas mediante PCPP.

2.3 POBLACION Y MUESTRA:

Se encontraron 1194 atenciones, de las cuales 440 correspondían al año 2012, 318 y 436 prestaciones a los años 2013 y 2014 respectivamente.

Una muestra 200 prestaciones estadísticamente representativa en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Público nivel III obtenida dentro del periodo comprendido desde el 01 de Enero del 2012 al 31 de Diciembre del 2014 y proporcionados por la unidad de estadística.

La muestra estará constituida por un subgrupo de la población de Fichas Únicas de Atención de asegurados que recibieron prestaciones en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital nivel III-1 durante el periodo de estudio, asimismo se solicitó la Historia Clínica de dichos asegurados, asimismo cumplieron con los criterios de inclusión, con los parámetros estadísticos que a continuación detallamos:

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{e^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

Donde:

n =Tamaño muestral.

N = (tamaño de la población por definir), Población FUAS de asegurados atendidos en UCI durante el periodo de estudio.

Z α = valor de z=1.96, para el intervalo de confianza 95%.

p = Proporción esperada de pacientes 50%

q = 50%, (q = 1-p)

e = Error dispuestos a tolerar; 5% de precisión

Elección del tipo de Muestreo: es Muestreo aleatorio simple y se determinó como muestra 200 atenciones distribuidas de la siguiente manera:

74, 53 y 74 para los años 2012, 2013 y 2014 respectivamente.

2.4 PROCESAMIENTO DE DATOS

El proceso se llevó a cabo en la Oficina de Seguros y la Oficina de Estadística e Informática del Hospital nivel III, donde se obtuvieron los Formatos Únicos de Atención seleccionadas de la muestra determinada aleatoriamente y sus respectivas Historias clínicas.

Cuando ya se encontraban los documentos descritos anteriormente, se procedió a aplicar la herramienta de Evaluación del SIS aprobada mediante Resolución Jefatural N° 70-2012, y la información generada fue registrada en la ficha de recolección de datos denominado Anexo N° 03 Formato de Control Presencial Posterior de las Prestaciones de Salud Reembolsadas por Consumo, la cual es utilizada por los médicos supervisores del SIS para realizar la actividad de control, para su registro de los datos se utilizaron los siguientes criterios establecidos por el SIS.

Para el análisis de la muestra, se utilizó el programa SPSS, se contó con 12 variables de tipo numérico, cadena y fecha y de medida escalar, nominal y nominal; sin embargo, en el análisis de la muestra solo se tomó en cuenta los siguientes variables. Año. De tipo numérico y medida escalar, Mes, De tipo numérico y medida escalar, Día. De Tipo Fecha y medida nominal, DX I. De tipo cadena o texto y medida nominal, DX II. De tipo cadena o texto y medida nominal, Rechazo, De tipo numérico y medida nominal, Estancia, De tipo numérico y medida ordinal.

En todos los casos los valores de las variables NO fueron asignadas con otro nombre, salvo el de la variable RECHAZO, en la cual se convirtió al tipo numérico con los siguientes valores:

0 = Conforme

1 = rechazo total.

2 = rechazo parcial.

Las medidas estadísticas que se utilizaron fueron las medidas de tendencia central (promedio, media, mínimos y máximos). Se utilizó el análisis de frecuencias en todos los cuadros, siendo ésta el estadístico descriptivo.

En ninguno de los casos, el SPSS excluyó datos sobre la cantidad de la muestra estudiada. En ese sentido, en todos los cuadro se consideraron las 200 muestras como válidas. No hubo datos perdidos.

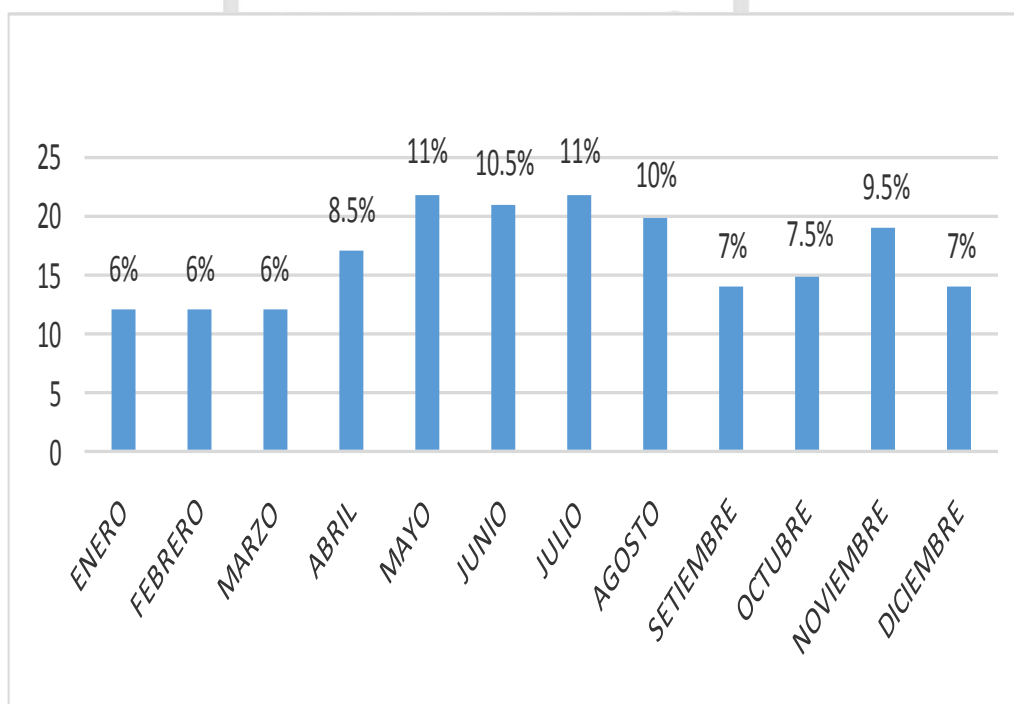
2.5 ASPECTOS ÉTICOS

El presente estudio fue realizado pensando en los principios básicos éticos:

- Respeto a las personas y sus derechos.
- El bienestar del paciente precede sobre el interés de la ciencia.
- Protección ante todo en la salud del paciente.
- Además de garantizar la confidencialidad de los pacientes y de la información obtenida.

CAPITULO III: RESULTADOS

GRAFICO N° 01 PORCENTAJE DE HOSPITALIZACIONES POR MES,
PERIODO 2012 – 2014 HOSPITAL GENERAL

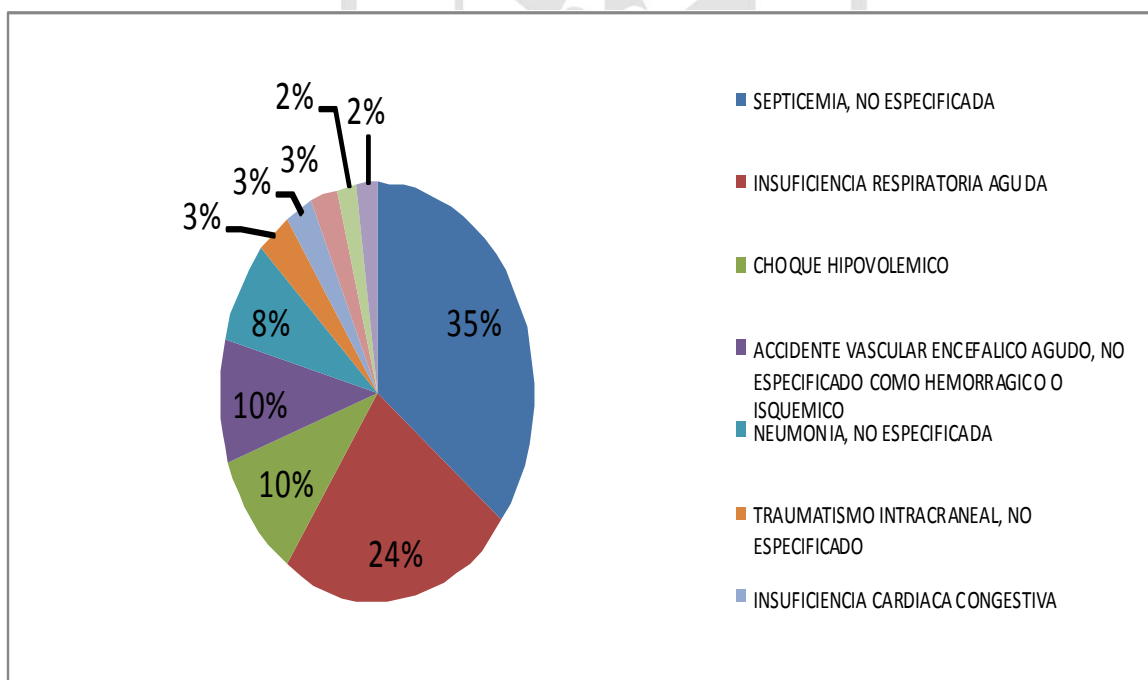


Fuente: Base de Datos propia.

Del total de atenciones realizadas durante el periodo 2012 al 2014 se evidencia que la mayor concentración de estas se da entre los meses de mayo a agosto (42.5%). (Gráfico N° 01)

El 17% de los ingresos al servicio de hospitalización fueron por Septicemia con el 19%, seguida por Insuficiencia Respiratoria con el 13%. (Gráfico N° 02)

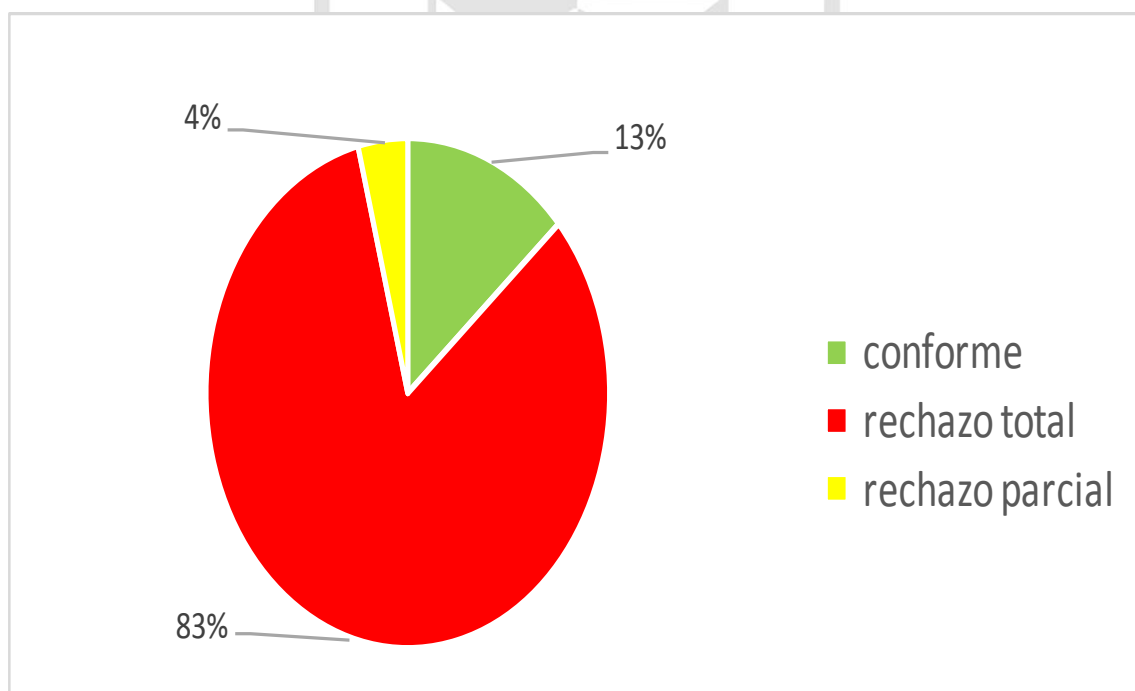
GRAFICO N° 02 DIAGNÓSTICO PRINCIPAL DE INGRESO A UCI 2012 – 2014 HOSPITAL GENERAL



Fuente: Base de datos propia.

Durante la evaluación de la muestra de prestaciones por PCPP (200), se encontró que el 87% (172) de las prestaciones han sido rechazadas, el 83% (165) tiene rechazo total mientras que el 4% (7) tiene rechazo parcial. (Gráfico N° 03)

GRAFICO N° 03 RESULTADO DE VALIDACIÓN DE LAS PRESTACIONES PCPP – EVALUACIÓN MUESTRAL PERIODO 2012 – 2014 HOSPITAL GENERAL

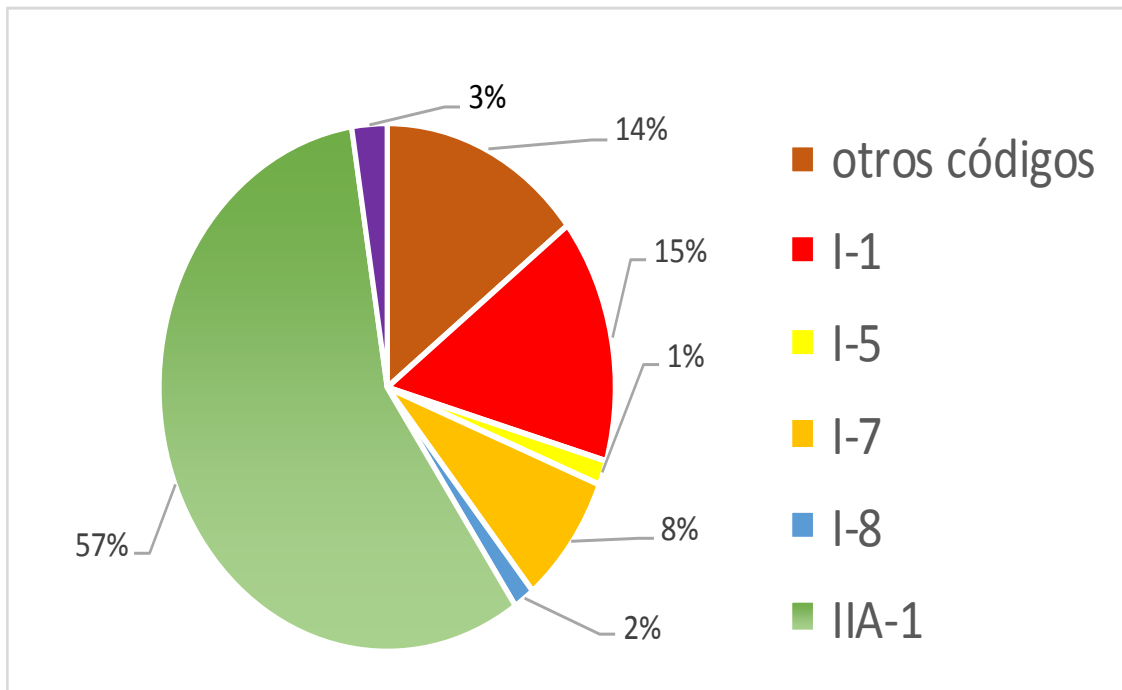


Fuente: Base de Datos propia.

Del Total de Prestaciones Rechazadas (172), el 57% (98) de los rechazos se dan por el criterio IIA-1 (No se dispone físicamente de la Historia clínica), el 15% (26) por criterio I-1 (No se dispone físicamente del FUA), el 8% (13) fueron

rechazados por no contar con el sello y firma del responsable de laboratorio y/o anatomía patológica (I-7). (Gráfico N° 04).

GRAFICO N° 04 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL POR MOTIVO DE RECHAZO – EVALUACIÓN MUESTRAL PERIODO 2012 – 2014 HOSPITAL GENERAL



Fuente: Base de datos propia

De la evaluación muestral, durante el año 2012 se alcanzó el mayor número de rechazos totales en comparación de los otros años (65), no obstante el año 2012 se obtuvo un porcentaje mayor (94%), el rechazo parcial no es estadísticamente significativo. (Tabla N° 01)

**TABLA Nº 01 RESULTADOS DE VALIDACIÓN DE LAS PRESTACIONES –
PCPP POR AÑO EVALUACIÓN MUESTRAL HOSPITAL GENERAL**

Resultado	Año de Evaluación			
	2012	2013	2014	
Conforme	n	03	02	24
	%	04	4	32
Rechazo Total	n	65	50	50
	%	88	94	68
Rechazo Parcial	n	06	01	0
	%	8	2	0
Total	n	74	53	74

Fuente: Base de Datos Estadística e Informática

En el año 2013 se obtuvo un mayor porcentaje de rechazos (94%), sin embargo la mayor valorización de las prestaciones rechazadas se obtuvo en el año 2014 (S/. 741 379), para el resultado de este cuadro se sumó individualmente el valor neto de cada una de las prestaciones de acuerdo a la información proporcionada por el SIS, en el año 2014 han existido prestaciones con mayor valor en relación a los otros años, lo que explicaría el efecto encontrado. En los 3 años se tuvo un descuento de S/. 1 971 526 (Un Millón novecientos setenta y uno quinientos veinte seis 00/100 nuevos soles). Tabla Nº 02.

**TABLA Nº 02 VALORIZACIÓN DE RECHAZOS TOTALES POR AÑO
– EVALUACIÓN SEMESTRAL – HOSPITAL GENERAL**

Año	Nº total de atenciones	porcentaje de rechazo	Nº de rechazos totales	valor neto de prestaciones rechazadas
2012	74	80,00%	65	S/. 645 703
2013	53	94,00%	50	S/. 584 444
2014	74	68,00%	50	S/. 741 379
Total	200		165	S/. 1 971 526

Fuente: Base de Datos Estadística e Informática

En la tabla Nº 03 se evidencia la valorización de las prestaciones rechazadas en forma parcial, mediante la cual se han rechazado específicamente procedimientos, medicamentos y/o insumos que no afectan a la totalidad de la prestación, en los tres años de evaluación se ha obtenido S/. 1474 nuevos soles de rechazo, cifra que no afectaría de manera significativa en el presupuesto institucional.

**TABLA Nº 03 VALORIZACIÓN DE RECHAZOS PARCIALES POR
AÑO – EVALUACIÓN SEMESTRAL HOSPITAL GENERAL**

Año	Nº total de atenciones	porcentaje de rechazo	Nº de rechazos estimados	valor neto de prestaciones rechazadas
2012	74	8,00%	6	S/. 1,230
2013	53	2,00%	1	S/. 244
2014	73	0,00%	0	

Total	200	7	S/. 1474
-------	-----	---	----------

Fuente: Base de Datos Estadística e Informática

**TABLA Nº 04 ESTIMACIÓN DEL VALOR DE RECHAZO TOTAL POR AÑO –
TOTAL DE PRESTACIONES – HOSPITAL GENERAL**

Año	Nº total de atenciones	porcentaje de rechazo**	Nº de rechazos estimados	valor promedio neto*	Valor estimado de Rechazo
2012	440	80,00%	387	S/. 8 064	S/. 3 120 768
2013	318	94,00%	299	S/. 11 661	S/. 3 486 639
2014	436	68,00%	297	S/. 11 515	S/. 3 419 955
Total	1194		983		S/. 10 027 362

* Valor promedio neto de la prestación, en nuevos soles S/.

** Porcentaje de rechazo obtenido de la evaluación de las prestaciones de la muestra

Fuente: Base de Datos propia.

En el año 2012 se rechazaron el mayor número de prestaciones (387), en el año 2013 se obtuvo el mayor valor promedio neto por prestación (S/. 11 661 nuevos soles), obteniendo un valor estimado de rechazo de 3 millones cuatrocientos ochenta seis mil seiscientos treinta y nueve nuevos soles. El valor total estimado de rechazo si se evaluaran la totalidad de prestaciones de UCI ascendería a más de 10 millones de soles aproximadamente en el periodo de evaluación.

CAPITULO IV: DISCUSIÓN

En el gráfico N° 01 se ha evidenciado que la mayor cantidad de ingresos se ha dado durante los meses de mayo a agosto, en este estudio no hemos determinado las causas o los efectos del hallazgo por no encontrarse dentro de los objetivos de este estudio, es preciso reflexionar que los responsables del servicio debieran tomar las previsiones para que durante este periodo se cuente con un mayor provisión de los medicamentos e insumos necesarios para atender las enfermedades o daños de los asegurados, que en este caso estaría orientado a manejar infecciones y daños el aparato respiratorio de acuerdo a los resultados mostrados en el gráfico N° 02. Del mismo modo se deben tomar las previsiones para contar con la mayor cantidad posible de los recursos humanos.

La actividad se inició siguiendo las disposiciones de la norma establecida por el Seguro Integral de Salud, durante la planificación se determinó la muestra que sería evaluada, seguidamente se coordinó la actividad con las unidades responsables de proveer la información para la ejecución de la actividad.

Asimismo, se envió oportunamente el listado de prestaciones que serían evaluadas en los que se incluyen el número de la Ficha Única de Atención y la Historia clínica y la evaluación se realizó durante 3 días.

Durante la evaluación hubo demora en la entrega de las Fichas Únicas de Atención así como de las historias clínicas y en muchos casos no se entregó dichos documentos.

Esta situación se ha visto reflejada tanto en el resultado global, en la que se evidencia un rechazo del de 86% de las prestaciones, conformada por 83%

de rechazo total y el 3% de rechazo parcial (gráfico N° 04) y específicamente fue recogida durante la aplicación de la herramienta en la que la ausencia de la Ficha de atención y la Historia Clínica fue el mayor motivo de rechazo de las prestaciones con el 72%.

La proporcionalidad de los rechazos se ha evidenciado como tendencia en los 3 años evaluados, no obstante para el año 2014, se ha observado un incremento de las prestaciones evaluadas como conformes (32%), es probable que este crecimiento de prestaciones conformes sea un efecto aislado, porque no se ha evidenciado que en el hospital general se haya implementado ningún procedimiento o programa revisión de la documentación para la facturación y/o auditoría que permita mejorar la calidad de la atención o registro de los formatos de atención.

Por otro lado es indudablemente existen dificultades en la elaboración distribución, custodia y archivamiento de las Historias clínicas, se han evidenciado la elaboración de historias clínicas temporales donde se ha registrado la atención debido a la ausencia de la historia clínica original. En otras ocasiones no han sido halladas y existieron demoras en la entrega de otro debido que al momento en la cual fue solicitada se encontraba en los otros servicios porque el asegurado se encontraba atendándose.

Asimismo, esta situación también no ha permitido que se pueda analizar la aplicación de la herramienta de evaluación en la Fase de Evaluación de la Conformidad de la Prestación de Salud (ECP), debido a que más del 60% de las prestaciones eran calificadas como rechazadas en la primera etapa de la evaluación.

De acuerdo a la normatividad del Seguro Integral de Salud, se determina una muestra de prestaciones para ser evaluadas a través del PCPP, en este caso la evaluación muestral que hemos realizado en esta investigación, ha determinado el valor de un millón novecientos mil nuevos soles que serían descontadas. (Tabla N° 02). Esta cifra representa aproximadamente el 3% del

total de transferencias realizadas los años 2012 al 2014 por el SIS a través de la cuenta de Donaciones y Transferencias, cuyo valor asciende a S/. 58 801 049 millones de soles.

El valor de descuento obtenido en la muestra ha resultado importante en relación al impacto que podría generar en el presupuesto del Hospital, en ese sentido se planteó realizar una estimación a partir de los resultados obtenidos en la muestra, proyectarlos al universo con la finalidad de obtener las prestaciones rechazadas y su valorización, en la Tabla N° 04 se puede apreciar la proyección de rechazos a partir del porcentaje obtenido en la muestra, el valor de las prestaciones se obtuvo hallando el valor promedio neto de las prestaciones por año, finalmente se obtuvo el valor de 10 millones de soles de rechazo, esta cifra representa el 17% del total de transferencias por donaciones y transferencias transferidas en los 3 años del periodo de estudio y en caso de ser descontadas afectarían de manera importante en el financiamiento y operatividad del Hospital General, esta cifra podría incrementarse de incluirse las prestaciones por Hemodiálisis, cirugías complejas entre otras prestaciones de alto costo que se podrían originar de las prestaciones que brindan las otras unidades productoras de servicios, resultado que podría ser catastrófico para la supervivencia de dicha institución

CONCLUSIONES

1. Al realizar la validación prestacional a 200 prestaciones de UCI que conforman la muestra, se obtuvo un rechazo global de 87% y podría generarse un descuento de S/. 1 973 000 (un millón novecientos setenta y tres mil nuevos soles). Al realizar la estimación al universo de prestaciones de UCI en los 3 años de estudio (1194 prestaciones), solo en las prestaciones con rechazo total se obtendría un valor de descuento o no pago de S/. 10 027 362 (diez millones veintisiete mil trescientos sesenta y dos nuevos soles), este valor significa el 17% del valor de la transferencias por Donaciones y Transferencias realizadas por el SIS y cuyo descuento representaría un significativo impacto en el presupuesto institucional, afectando la sostenibilidad financiera y la operatividad de la IPRESS evaluada.
2. La inadecuada gestión de archivamiento de la Historia Clínica y de los Formatos Únicos de Atención, han generado el 72% del total de rechazos obtenidos, la comprobación de la presencia física de la Ficha Única de Atención y la presencia física de la historia clínica es fundamental debido a que ambos documentos son la fuente de verificación principal del otorgamiento de la prestación.
3. Con el resultado obtenido, se ha evidenciado el Hospital no tiene implementado mecanismos y/o procedimientos de control que permitan disminuir o eliminar riesgos operativos que potencialmente generen inadecuados reembolsos.

RECOMENDACIONES

1. Sería necesario el diseño e implementación de procedimientos que permitan verificar el cumplimiento de los criterios de evaluación del SIS utiliza en sus mecanismos de control con la finalidad de garantizar un adecuado reembolso de las prestaciones brindadas.
2. El Hospital debiera implementar un sistema de administración hospitalaria así como de historia clínica electrónica con la finalidad optimizar la gestión financiera de la institución, mejorando la administración eficiente de la información los pacientes, ello permitirá mejorar la atención de los pacientes, facilitar la sustentación de las prestaciones brindadas a las IAFAS, reducir el archivamiento físico de documentación, entre otros beneficios.
3. En tanto se implementan los proyectos mencionados, podría mejorarse la gestión del archivamiento de la Historia Clínica y los documentos anexos de acuerdo a las normas establecidas por el Órgano Rector y el Seguro el Seguro Integral de Salud, las cuales deben encontrarse oportunamente disponibles cuando sean requeridos.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Ley N° 29344 “Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud. *Diario Oficial Peruano*. 09-04-2009. 394077-394080. http://busquedas.elperuano.com.pe/download/full/0qW5N8Ct4Y48RSr6hR8_M (último acceso 14 de noviembre 2015).
2. Decreto Supremo N° 008-2010, que aprueba el Reglamento de la Ley N° 29344 “Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud. *Diario Oficial Peruano*. 03-04-2010. 416633-416656. <http://busquedas.elperuano.com.pe/normaslegales/aprueban-reglamento-de-la-ley-n-29344-ley-marco-de-asegura-decreto-supremo-n-008-2010-sa-476171-1/> (último acceso 14 de noviembre 2015).
3. Seguro Integral de Salud, *Informe de Boletín Estadístico – Enero a Diciembre 2014*. Seguro Integral de Salud <http://www.sis.gob.pe/portal/estadisticas/index.html> (último acceso 14 de noviembre 2015).
4. Martínez R, R. Dueñas, J Miyahira, L. Dulanto. El Cuadro de Mando Integral en la ejecución del Plan Estratégico de un Hospital General. *Revista Medica Herediana* 2010; 21 (3): 153-159.
5. Sistema de Gestión de la Calidad Requisitos (ISO 9001:2008). Boletín Oficial ISO. 22 de setiembre 2015. 01-29. http://www.iso.org/iso/catalogue_detail?csnumber=62085 (último acceso 25 de noviembre 2015).
6. Álvarez F. Auditoría Médica y Epidemiología. Bogotá: ECOE; 2012.

7. Hardman E, Joughin C. FOCUS on clinical audit in child and adolescent mental health services. First edition. London: College Research Unit. Royal College of Psychiatrists; 1998.
8. Piscocya J. Auditoría como pilar de la calidad en la Atención de Salud, Revista Médica del IPSS 1997; 6 (03): 66-74.
9. Llanos L, Mayca J, Navarro G. Auditoría médica de historias clínicas en consulta externa de cuatro Hospitales Públicos Peruanos. Rev Med Hered 17 (4), 2006.
10. Begoña L. Sistema de pagos a prestadores de servicios de salud en países de America latina y de la OCDE. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health 8(1/2), 2000.
11. Leuro M, Oviedo I. Facturación y Auditoría de Cuentas en Salud. 4ª ed. Bogotá: ECOE; 2010.
12. Seguro Integral de Salud, Resolución N° 056-2011/SIS que aprueba la Directiva que regula los procesos de Validación Prestacional del Seguro Integral de Salud y sus anexos. *Normas Legales SIS*. 16-05-2011. 1-52. http://www.sis.gob.pe/Portal/Transparencia_pdf/resolucion_jefatural/RJ-N056-2011.pdf (último acceso 25 de noviembre 2015)
13. Directiva N° 02-2012-SIS/GREP, Directiva que establece el proceso de control prestacional posterior de las prestaciones de salud financiadas por el Seguro Integral de Salud aprobada bajo Resolución Jefatural N°170-2012-SIS. *Normas Legales SIS*. 23-10-2012. 1-24. http://www.sis.gob.pe/Portal/Transparencia_pdf/resolucion_jefatural/RJ-N170-2012.pdf (último acceso 25 de noviembre 2015)
14. Álvarez F. Calidad y Auditoria en Salud. Bogotá: ECOE; 2006.

15. Álvarez F. Instrumentos de Auditoria. Bogotá: ECOE; 2005.
16. Barbosa E. Calidad total para juntas y reuniones. Bogotá: Mac Graw Hill; 1996.
17. Berry T. Cómo gerenciar la transformación hacia la calidad total. Bogotá: Mac Graw Hill; 1996.
18. De Brigar A. Bases legales de la historia clínica. Bogotá: Mimeografiado; 1996.
19. Galán M. Evaluación Integral, Administración Hospitalaria. Bogotá: Editorial Panamericana; 996.
20. Horovitz J. La calidad del servicio. Bogotá: MC Graw, Hill; 1996.
21. Leebov W. Manual de los administradores de salud para el mejoramiento continuo. Bogotá: Centro de Gestión Hospitalaria; 1993.
22. Lorino P. Control de Gestión Estratégica. Bogotá: Mimeografiado; 1996.
23. Luengas S. La Acreditación en Salud. Bogotá: Material de Conferencias; 1997.
24. Martinez J. Fernanadez J. Sistema de Auditoria Médica hospitalaria, *Rev. Cubana de Administración en Salud* 1988. 14(1): 72.
25. Novaes H. Manual de Gerencia de la calidad. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 1996.
26. Younes M. Régimen de Control Fiscal. Bogotá: Editorial Temis; 1995.

27. Vouri H. El control de calidad en los servicios sanitarios, Conceptos y Metodología. Barcelona: Masson; 1996.
28. Lazzati S. Conceptos Generales de Auditoria. Buenos Aires: Ediciones Macchi; 1981.
29. Leuro M. Facturación y cartera por venta de servicio de salud. Bogotá: Grupo Ecomedios; 2007.
30. Leuro M. Auditoría de cuentas médicas. Bogotá: Grupo Ecomedios; 2007.
31. Leuro M. La contratación en los servicios de salud. Bogotá: Grupo Ecomedios; 2008.
32. Alvarez F, Alvarez A. Investigación y epidemiología. Bogotá. Ecoe ediciones; 1999.
33. Alvarez, A, Niño F. Investigación. Bogotá: Editorial U Santo Tomás; 2001.
34. Alvarez, F. Manual de indicadores hospitalarios. Bogotá: Hospital San Blas; 1999.
35. Arredondo Armando H. Atención médica ambulatoria en México: El costo para los usuarios. Mexico D.F: Insp México; 1999.
36. Donabedian, A. Evaluación de la Atención Médica; Milbank Memorial Fund, Quarterly 1966; 44: 166-206 .
37. Leuro M. Facturación y cartera por venta de servicios de salud, Grupo Ecomedios. Bogotá; 2007.

Leuro M. Auditoría de cuentas médicas, Grupo Ecomedios. Bogotá; 2007.

38. Leuro M. La contratación en los servicios de salud, Grupo Ecomedios. Bogotá; 2008.
39. Donabedian A et al. Quality, cost and health: An integrative model. *Med Care* 1982; 10: 975-992.
40. Donabedian A. Evaluando la calidad del cuidado médico. *Quality of Medical Care* 074: ONEC; 1986:AZ-5.
41. Donabedian A. Calidad de la Atención en Salud . 1996;(3): 1- 2.
42. Donabedian A. Quality Assessment: The Industrial Model and The Health Care Model. *Clínical Performance and Quality Health Care*; 1993.
43. Donabedian A. Ventajas y Limitaciones de los Criterios Explícitos para la Evaluación de la Atención Médica . *Milbank Memorial fun*, 1981; (59)
44. Machuca, DA. La Auditoría concepto actual o antiguo. *Ciencia y cuidado* 2007; 4(4): 51-57.

ANEXOS

ANEXO 3. FORMATO DE CONTROL PRESENCIAL POSTERIOR DE LAS PRESTACIONES DE SALUD REEMBOLSADAS POR CONSUMO (CARA ANTERIOR)

FORMATO DE CONTROL PRESENCIAL POSTERIOR DE LAS PRESTACIONES DE SALUD REEMBOLSADAS POR CONSUMO			
DATOS GENERALES:			
1. Fecha de evaluación:	□□ / □□ / □□□□	2. Hora de evaluación	□□ □□
3. Nombre de EESS y/o Unidad Ejecutora	□□□□□□□□□□□□□□□□	4. Código de EESS:	□□□□□□□□
5. N° de Formato Único de Atención:	□□□□ - □□ - □□□□□□□□□□	6. N° Historia Clínica	□□□□□□□□
7. Tipo de prestación (concepto prestacional):	□□□□ □□□□□□□□	8. Nombres y Apellidos del asegurado:	
9. Código inscripción/afiliación	□□□□ - □□ - □□□□□□□□□□	_____	
I. Evaluación de la conformidad del registro del Formato Único de Atención (ECR-FUA).			
CRITERIOS DE EVALUACIÓN PARA RECHAZO TOTAL			SI
CRITERIOS DE EVALUACIÓN PARA RECHAZO TOTAL			NO
CRITERIOS DE EVALUACIÓN PARA RECHAZO TOTAL			N/A
I-1. Se dispone físicamente del FUA			□
I-2. El FUA cuenta con los datos necesarios para la evaluación			□
I-3. El FUA es legible, sin enmendaduras ni borrones que cuestionen su legalidad			□
I-4. Cuenta con sello y firma del responsable de la atención, en el anverso del FUA y de corresponder en el reverso.			□
I-5. Cuenta con firma y/o huella digital del asegurado o apoderado, en el anverso del FUA y de corresponder en el reverso.			□
I-6. Cuenta con sello y firma del responsable de farmacia			□
I-7. Cuenta con sello y firma del responsable de laboratorio y/o anatomía patológica			□
I-8. Cuenta con sello y firma del responsable de Rx e imágenes			□
RESULTADO PRIMERA FASE:		CONFORME	RECHAZO TOTAL
II. Evaluación de la conformidad de la prestación de salud (ECP)			
CRITERIOS DE EVALUACIÓN PARA RECHAZO TOTAL			
A. AUDITABILIDAD DE LA PRESTACIÓN			
CRITERIOS DE EVALUACIÓN PARA RECHAZO TOTAL			SI
CRITERIOS DE EVALUACIÓN PARA RECHAZO TOTAL			NO
CRITERIOS DE EVALUACIÓN PARA RECHAZO TOTAL			N/A
IIA-1 Se dispone físicamente de la Historia Clínica			□
IIA-2 Se dispone físicamente de la Carta de Garantía según corresponda (componente semisubsidiado)			□
RESULTADO:		CONFORME	RECHAZO TOTAL
B. REGISTRO Y CONCORDANCIA DE LAS FUENTES DE VERIFICACIÓN			
CONCORDANCIA: HISTORIA CLÍNICA - FUA - SIASIS			
CRITERIOS DE EVALUACIÓN PARA RECHAZO TOTAL			SI
CRITERIOS DE EVALUACIÓN PARA RECHAZO TOTAL			NO
CRITERIOS DE EVALUACIÓN PARA RECHAZO TOTAL			N/A
IIB-1 En la Historia Clínica se evidencia el registro correcto de la prestación consignada en el FUA y en el SIASIS, de acuerdo a lo establecido en la normatividad vigente del MINSA (incluye la concordancia de los datos generales del asegurado y la fecha de atención entre la Historia Clínica, el FUA y el SIASIS).			□
IIB-2 Cuenta y existe concordancia del número de autorización dada por el SIS/UDR para la atención de cobertura extraordinaria, casos especiales y enfermedades de alto costo (LPIS), entre el FUA y el SIASIS, según lo establecido en la normatividad vigente.			□
IIB-3 Concordancia de los diagnósticos consignados entre la Historia Clínica, el FUA y el SIASIS.			□
RESULTADO:		CONFORME	RECHAZO TOTAL
C. EVALUACIÓN DE LA ATENCIÓN DE SALUD			
CRITERIOS DE EVALUACIÓN PARA RECHAZO TOTAL			SI
CRITERIOS DE EVALUACIÓN PARA RECHAZO TOTAL			NO
CRITERIOS DE EVALUACIÓN PARA RECHAZO TOTAL			N/A
IIC-1 Prestación brindada por personal de salud según corresponda (médico especialista, médico general, otro profesional o técnico de la salud), de acuerdo al tipo de prestación y categoría del EESS.			□
IIC-2 Prestación brindada de acuerdo a normas técnicas o guías de práctica clínica del MINSA, u otros documentos o guías institucionales, nacionales o internacionales.			□
RESULTADO:		CONFORME	RECHAZO TOTAL

CRITERIOS DE EVALUACIÓN PARA RECHAZO PARCIAL			
A. CONCORDANCIA ENTRE LAS FUENTES DE VERIFICACIÓN			
CONCORDANCIA: HISTORIA CLÍNICA - FUA - SIASIS			
CRITERIOS DE EVALUACIÓN PARA RECHAZO PARCIAL	SI	NO	N/A
IIIA-1 Concordancia de la presentación y de la cantidad prescrita de medicamento e insumos utilizados entre el FUA, el SIASIS y la Historia Clínica, verificada en Kardex de enfermería y/u obstetricia, reporte operatorio u otro registro de la Historia Clínica (incluye el registro según denominación común internacional, vía de administración, concentración, presentación, dosis y duración del tratamiento). En los casos que amerite, se adjunta al FUA el estado de cuenta del consumo.			
IIIA-2 Concordancia del monto autorizado por el SIS/UDR para la atención de cobertura extraordinaria, casos especiales y enfermedades de alto costo (LPIS) entre el FUA y el SIASIS (el monto autorizado es mayor o igual al valor de producción).			
IIIA-3 Concordancia de la presentación y de la cantidad prescrita de medicamento e insumos utilizados entre el FUA, el SIASIS y la Historia Clínica, verificada en Kardex de enfermería y/u obstetricia, reporte operatorio u otro registro de la Historia Clínica (incluye el registro según denominación común internacional, vía de administración, concentración, presentación, dosis y duración del tratamiento). En los casos que amerite, se adjunta al FUA el estado de cuenta del consumo.			
IIIA-4 Concordancia de los exámenes de apoyo al diagnóstico indicados (laboratorio, anatomía patológica e imágenes) entre la Historia Clínica, el FUA y el SIASIS (incluye la verificación de la existencia de los resultados y/o comentario de los mismos en la Historia Clínica, debidamente firmados y sellados por el profesional competente). En los casos que amerite, se adjunta al FUA el estado de cuenta del consumo.			
IIIA-5 Concordancia de los procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos indicados entre la Historia Clínica, el FUA y el SIASIS (incluye la verificación de la existencia de los informes y/o comentario de los mismos en la Historia Clínica, debidamente firmados y sellados por el profesional competente). En los casos que amerite, se adjunta al FUA el estado de cuenta del consumo.			
RESULTADO:	CONFORME	RECHAZO PARCIAL	
B. EVALUACIÓN DE LA ATENCIÓN DE SALUD			
CRITERIOS DE EVALUACIÓN PARA RECHAZO PARCIAL	SI	NO	N/A
IIIB-1 Tratamiento indicado (medicamentos e insumos), de acuerdo a normas técnicas o guías de práctica clínica del MINSA, u otros documentos o guías institucionales, nacionales o internacionales. En caso de uso de medicamentos fuera del petitorio nacional aprobado se debe contar con el documento de aprobación del comité farmacoterapéutico correspondiente.			
IIIB-2 Exámenes de apoyo al diagnóstico solicitados (laboratorio, anatomía patológica e imágenes) de acuerdo a normas técnicas o guías de práctica clínica del MINSA, u otros documentos o guías institucionales, nacionales o internacionales.			
IIIB-3 Procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos solicitados de acuerdo a normas técnicas o guías de práctica clínica del MINSA, u otros documentos o guías institucionales, nacionales o internacionales.			
RESULTADO:	CONFORME	RECHAZO PARCIAL	

