



FACULTAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES

**ESCUELA ACADÉMICA PROFESIONAL DE
ADMINISTRACIÓN PÚBLICA**

TESIS

**IMPLEMENTACIÓN DE PROCEDIMIENTOS
ADMINISTRATIVOS PARA LOS REEMBOLSOS NO
TARIFARIOS DE LA GERENCIA
MACROREGIONAL CENTRO MEDIO DEL SEGURO
INTEGRAL DE SALUD – SIS**

**PARA OPTAR TÍTULO PROFESIONAL DE
LICENCIADO EN ADMINISTRACIÓN PÚBLICA**

Autor:

Bach. Pérez Castro Marco Antonio

Asesor:

Mag. Hernández Terán Saúl

**Línea de Investigación:
Sistemas Administrativos**

**Pimentel – Perú
Año 2019**

**IMPLEMENTACIÓN DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS PARA LOS
REEMBOLSOS NO TARIFARIOS DE LA GERENCIA MACROREGIONAL
CENTRO MEDIO DEL SEGURO INTEGRAL DE SALUD – SIS**

APROBACIÓN DE LA TESIS

Mag. Hernández Terán Saúl
Asesor Metodológico

Mag. Hernández Terán Saúl
Asesor Especialista:

Mag. Hernández Terán Saúl
Presidente del Jurado:

Abg. Gustavo Raúl Bardales Miño
Secretario(a) del Jurado:

Eco. Fátima del Carmen Vásquez Chirre
Vocal / Asesor del Jurado:

DEDICATORIA

A Dios en primer lugar quien es fuente de amor y sapiencia.

A mis padres, esposa e hijos a quienes agradezco infinitamente por toda su paciencia y apoyo y comprensión de permitirme llegar a la meta.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a los funcionarios del Sistema Integral de Salud, por facilitarme todo tipo de información para realizar la presente investigación.

A los Docentes de la Escuela Profesional de Administración Pública.

Finalmente, a todos los que de alguna u otra forma nos ayudaron en el éxito de mi investigación.

Resumen

El Seguro Integral de Salud en el marco de la reforma de salud es el protagonista actual en el sector salud, ya que a través de él, se financia a los asegurados que se atienden en las IPRESS privadas y públicas con atención, oportunidad y calidad. Producto de estas atenciones las IPRESS facturan lo consumido por los asegurados al SIS y es por ello que se generan los pagos correspondientes que se hacen a través del sistema SIASIS y los que no están en este tarifario se convierten en engorrosos expedientes que se envían al SIS y particularmente a la Gerencia Macrorregional Centro Medio. Estos expedientes son los reembolsos no tarifados que se convierten en un trámite administrativo muy lento y burocrático que no hace sino generar papeles y tramites demás. Por ello se pretende a través de esta investigación ver la manera de disminuir este trámite y que todo sea sistematizado y con ello eliminar el desperdicio de papel generado por este proceso.

Palabras claves: Trámite administrativo, sector salud, burocrático

Abstract

The Comprehensive Health Insurance within the framework of the health reform is the current protagonist in the health sector, since through it, the insured are financed in private and public IPRESS with care, opportunity and quality. As a result of these services, the IPRESS invoices the consumed by the insured to the SIS and that is why the corresponding payments are generated through the SIASIS system and those that are not in this tariff become cumbersome files that are sent to the SIS and particularly to the Mid-Regional Macro-Regional Management. These files are the uncharged reimbursements that become a very slow and bureaucratic administrative procedure that only generates paperwork and other paperwork. For this reason it is intended through this investigation to see how to reduce this process and that everything is systematized and thereby eliminate the waste of paper generated by this process.

Keywords: Administrative procedure, health sector, bureaucratic

Índice

Dedicatoria.....	ii;Error!
Marcador no definido.	
Agradecimiento.....	;Error!
Marcador no definido.	
Resumen.....	v
Abstract.....	;Error!
Marcador no definido.	
I: INTRODUCCIÓN	
1.1.Realidad problemática.....	8
1.2. Trabajos previos.....	9
1.3. Teorías relacionadas al tema.....	14
1.4. Formulación del problema.....	27
1.5. Justificación e importancia del estudio.....	29
1.6.Hipótesis.....	31
1.7. Objetivos.....	31
1.7.1. Objetivo General.....	31
1.7.2. Objetivos específicos.....	31
II: MATERIAL Y MÉTODO	
2.1.Tipo y diseño de la Investigación.....	32
2.2.Población y Muestra.....	33
2.3.Variables, Operacionalización.....	36
2.4. Técnicas e instrumentos de Recolección de Datos.....	41
2.5. Procedimiento para la Recolección de datos.....	41
2.6. Criterios Éticos.....	48
2.7. Criterios de Rigor Científico.....	49
III: Resultados	
3.1. Tablas y gráficos.....	50
3.2. Discusión de los resultados.....	51
3.3. Propuesta de investigación.....	53
IV: Conclusiones y Recomendaciones	
4.1.Conclusiones.....	68
4.2.Recomendaciones.....	70
Referencias Bibliográfica.....	72
Anexos.....	78

CAPITULO I: INTRODUCCIÓN

1.1 Realidad problemática

El Seguro Integral de Salud (SIS) como organismo ejecutor y en el marco de su función de Administrador de fondos de salud, transfiere recursos a las Unidades Ejecutoras (UE) mediante los mecanismos establecidos en la Ley del Presupuesto Público. En función del valor neto de la producción de atenciones validadas se realiza la transferencia a las UE, quienes a su vez reembolsan a los establecimientos de salud por las prestaciones otorgadas a los asegurados. El valor de cada servicio de salud que reembolsa el SIS se establece a partir de la aplicación del tarifario, que es aprobado por el MINSA a través de una Resolución Ministerial.

Las tarifas son las tasas oficiales que paga el SIS a los proveedores por las prestaciones de salud y las administrativas.

Las unidades ejecutoras ingresan al aplicativo informático los procedimientos tarifados para efectuar su reembolso de lo utilizado en los procedimientos de atención a los beneficiarios; en ese contexto existen procedimientos que no pueden ser ingresados al aplicativo puesto que no están tarifados y esto da lugar a la existencia de procedimientos que originan Reembolsos no Tarifados.

Actualmente las Unidades Ejecutoras a estos reembolsos no tarifados los envían al SIS por medio físico y en grandes cantidades para su respectiva evaluación

por parte de los médicos supervisores asignados para tal fin. Estos reembolsos tienen que ser evaluados para su respectivo reembolso.

1.2. Trabajos previos

El marco teórico es el punto de partida donde quedara definida la lógica con la que nos acercaremos a entender nuestra situación problemática y por ende la posibilidad de formular una propuesta interpretativa a ella. En nuestro particular caso, no tenemos mucha bibliografía propiamente dicha para nuestro estudio, ya que es un tema netamente administrativo y particularísimo, y por ello vamos a mencionar documentos de gestión como marco teórico y de esta manera encuadraremos nuestra investigación dentro de límites precisos y estructurados.

Como primer paso definiremos los conceptos teóricos que utilizaremos y luego haremos una exposición detallada de nuestra situación problemática.

El Plan Estratégico Institucional, contiene los objetivos estratégicos, objetivos generales, misión, visión y valores además de otros elementos que son la base de la planificación en un horizonte de cinco años, Los planes operativos institucionales se realizan en un año y en ellos están contenidos las actividades que debemos de realizar para lograr los objetivos que se encuentran plasmados en estos documentos de gestión. Hay que indicar que toda institución tiene que realizar buenos planes estratégicos y operativos, con objetivos claros, precisos y que se puedan alcanzar, ya que la consecución de los objetivos nos llevara a lograr éxitos y posibilidades de crecimiento.

El seguro Integral de Salud y en el caso específico la Gerencia Macroregional Centro Medio es una gerencia de línea que tiene 7 oficinas desconcentradas en su jurisdicción, ver **cuadro 2**.

Gerencia Macroregional Centro Medio			
Nº	Nombres y Apellidos	Cargo	UDR
1	Salvador Caro Pacheco	Sub Gerente	CALLAO
2	Alejandro Erasmo Millan Vilchez	Sub Gerente	LIMA METROPOLITANA CENTRO
3	Juan Castellanos Garcia	Sub Gerente	LIMA METROPOLITANA ESTE
4	Juan Javier Ramirez Castillo	Sub Gerente	LIMA REGION
5	Hernán Montalvo Plejo	Sub Gerente	LIMA METROPOLITANA SUR
6	Javier Sanchez Medina	Sub Gerente	LIMA METROPOLITANA NORTE
7	Walter Vega Martinez	Sub Gerente	ANCASH

Cuadro 2. Oficinas desconcentradas de la Gerencia Macroregional Centro Medio. Fuente: SIS.

Se encarga según el Reglamento de Organización de Funciones de supervisar y apoyar dentro del ámbito de su competencia a dichas unidades desconcentradas. Además de interactuar con estas oficinas también se trabaja directamente con las unidades Ejecutoras de III nivel de atención,- son 20 en la actualidad- que prestan servicio de salud a los beneficiarios o asegurados SIS, los cuales en su totalidad son centros de referencia nacional para la atención de asegurados al interior del país. Estas prestaciones generadas son de alta complejidad de un gasto variable o consumo alto a los cuales el SIS hace transferencias financieras que se realizan en forma trimestral por adelantado a las Unidades Ejecutoras. Como resultado de estas intervenciones, procedimientos u otros por parte de las unidades ejecutoras, estas ingresan en el aplicativo SIASIS, ver **figura 1** que es un módulo donde se encuentran los procesos principales del SIS, y en donde se encuentra el maestro de tarifas –

tarifario – y de acuerdo a los insumos, procedimientos y otras intervenciones que hayan realizado con nuestros asegurados descargan todos estos gastos incurridos y el sistema automáticamente lo valida y con ello se puede decir que el reembolso está asegurado sin mediar “papeleo” de por medio; pero existe una situación diferente cuando el procedimiento no se encuentra en el Sistema y entonces se genera un procedimiento administrativo engorroso, que se encuentra normado, que conlleva a generar un trámite administrativo, que termina con el armado del respectivo expediente, para que pueda ser derivado a la Gerencia Macrorregional Centro Medio, para su respectiva evaluación por parte de los médicos supervisores asignados a esta Gerencia. Todo este procedimiento se denomina Reembolso no Tarifados. Esto como ya se explicó líneas arriba conlleva a que cada Unidad ejecutora que realice estos procedimientos no tarifados, genere expedientes voluminosos para su evaluación.



Figura 1. Módulo del Sistema Integrado de Aseguramiento del SIS. Fuente: SIS.

Esta situación origina que los Médicos supervisores asignados a la Gerencia distraigan esfuerzos en resolver estos expedientes que no dan valor agregado y no se logren concentrar en los objetivos planteados en el Plan Operativo Institucional y que no se pueden realizar ya que como se tiene entendido realizan estas labores que deberían de estar totalmente automatizadas. Esto se puede reflejar claramente ya que en los planes Operativos que se proponen en el transcurrir del tiempo, al medir los resultados siempre se comprueba que existe un atraso en relación a lo que se plantea al inicio del año, ya que los indicadores que se establecen como línea de base están siempre por debajo de lo planteado.

Portocarrero, A. (2013). Apurímac. “Apurímac: hacia el aseguramiento público en salud. La implementación del Seguro Integral de Salud en Apurímac 2007 – 2010”. La investigación está basada en el método deductivo. La investigación propone Asumir la perspectiva desde los derechos ciudadanos es importante para entender las limitaciones que existen para superar los problemas de la exclusión social en salud.

La investigación se refiere a que este proceso depende de cambios en el financiamiento, en la organización y en la atención a los afiliados, este estudio incluye (a) determinar los cambios producidos en el financiamiento de la DIRESA Apurímac y de su red de establecimientos con la implementación del SIS entre el 2007 y el 2010.

Arias, G. (2010). Lima. “Método de la Disposición a Pagar para la Evaluación de Proyectos de Salud, Caso Población no Asegurada de Lima Sur”. La investigación

está basada en el método inductivo-deductivo. Por medio del método de Valoración Contingente (MVC) como herramienta desarrolla objetivos de obtener información numérica acerca de la preferencia del consumidor y se comparan las variables e indicadores, a través de herramientas econométricas.

La investigación se centra en calcular la valoración monetaria de la Disposición a Pagar (DAP) por los servicios de seguro de salud, de la población no asegurada de Lima Sur, la misma que consiste en indagar cuánto el individuo y una familia están dispuestos a pagar por el mejoramiento de su salud, y/o evitar costos que les ocasionaría una enfermedad, como gastos de atención médica, hospitalización, costos de medicamentos, pérdida de productividad en el trabajo y otros, la misma que se expresa como beneficios sociales de un proyecto de salud.

Moncada, G. (2009). Lima. “Costo directo de cesáreas y reembolso del Seguro Integral de Salud. El caso del Hospital de Apoyo Pomabamba, Ancash, Perú”. La investigación está basada en el método transversal-descriptivo. La investigación propone el análisis de costos en salud, evaluación racional de los gastos realizados, permite conocer los costos desagregados de todos y cada uno de los componentes requeridos para alcanzar el mejor nivel de producción que la institución pueda lograr

La investigación dentro de El Hospital de Apoyo Pomabamba, señala que este no cuenta con un sistema de información de costos y el personal y sus autoridades consideran que el hospital asume parte de los costos de la cesárea. Por

ello, este estudio tuvo el objetivo de determinar el costo directo de la cesárea y el porcentaje de reembolso realizado por el SIS.

1.3. Teorías relacionadas al tema

1.3.1. Procedimiento Administrativo

Es el conjunto de actos y diligencias conducentes a la emisión de un acto resolutivo de determinación de responsabilidad administrativa disciplinaria y de imposición de la sanción correspondiente, de ser el caso, cuenta con dos fases: La instructiva y la sancionadora.

- a. **Fase Instructiva.-** Comprende las actuaciones conducentes a la determinación de la responsabilidad administrativa disciplinaria y se inicia con la notificación al servidor de la comunicación que determina el inicio del procedimiento administrativo disciplinario. Se encuentra a cargo del órgano instructor, para tal efecto se debe utilizar los recursos de la gestión documentaria de la entidad.
- b. **Fase Sancionadora.-** Comprende desde la recepción del informe del órgano instructor hasta la emisión de la comunicación que determina la imposición de sanción o que determina de no ha lugar, disponiéndose en este último caso, el archivamiento del procedimiento. Se encuentra a cargo del órgano sancionador.

Titular de la Entidad

Para efectos del Gobierno Regional Lambayeque es el Gerente General Regional.

Del Servidor

Se entiende por servidor a toda persona que tenga o haya tenido vínculo contractual con la entidad Gobierno Regional de Lambayeque, sea cual fuere su nivel de desempeño y su modo de contratación, salvo el caso de los Funcionarios de Elección Popular.

Autoridades del Procedimiento Administrativo Disciplinario

- a) El jefe inmediato del presunto infractor.
- b) El jefe de la Oficina Ejecutiva del Desarrollo Humano o el que haga sus veces.
- c) El Gerente General Regional.
- d) El Tribunal del Servicio Civil-SERVIR.

Secretaría Técnica

Está a cargo de un Secretario Técnico designado por el Gerente General Regional o por los Gerentes Regionales, previa delegación. Tiene por funciones esenciales precalificar y documentar todas las etapas del Procedimiento Administrativo Disciplinario, asistiendo a las autoridades instructoras y sancionadoras del mismo.

El Órgano Instructor

Tiene a cargo la fase instructiva. Puede ser el jefe inmediato o el Jefe de la Oficina Ejecutiva del Desarrollo Humano o la que haga sus veces. En caso de iniciarse el procedimiento administrativo disciplinario contra un Gerente Regional, Jefe de Oficina Regional u otro Directivo Público, el órgano instructor es el jefe inmediato (Gerente General regional) si la sanción es suspensión, y el Jefe de la Oficina del Desarrollo Humano o la que haga sus veces, si la sanción es destitución o inhabilitación.

Órgano sancionador

Tiene a cargo la fase sancionadora. Puede ser el jefe inmediato, Jefe de la Oficina Ejecutiva del Desarrollo Humano o el que haga sus veces, el titular de la Entidad o la Comisión Ad-Hoc.

Comisión Ad-Hoc

Es la situación del procedimiento administrativo disciplinario en que el Gerente General Regional fuese comprendido, actúa como órgano instructor, su jefe inmediato superior, es decir el Gobernador regional. La Comisión Ad-Hoc es el órgano sancionador cuya composición es determinada por el Consejo Regional e integrada por dos (02) miembros elegidos entre los directivos públicos del Gobierno Regional Lambayeque de rango inmediato inferior al funcionario procesado y el jefe de la Oficina Ejecutiva del Desarrollo Humano.

Las Denuncias

Son actos mediante los cuales cualquier servidor o ciudadano(a) pone en conocimiento de la Entidad los hechos que considere como una falta disciplinaria establecida en la legislación vigente, presuntamente cometida por un servidor sea cual fuere su nivel de desempeño. Las denuncias se formulan ante la Secretaría Técnica ya sea en forma verbal o escrita. Las denuncias se formulan ante la Secretaría Técnica ya sea en forma verbal o escrita, en forma clara y fundamentada, debiendo adjuntar las pruebas que se considere pertinentes.

Faltas de carácter disciplinario

Es toda acción u omisión, voluntaria o no, que contravenga las obligaciones, prohibiciones y demás normativa vigente sobre los deberes del servidor o ponga en riesgo a la entidad o a sus integrantes y da lugar a la aplicación de la sanción conforme a la tipificación y el procedimiento establecido en la legislación vigente.

Infracción al Código de Ética

Se consideran faltas de carácter disciplinario la trasgresión a las normas establecidas en la Ley N° 27815 del Código de Ética de la Función Pública, pasibles de las sanciones tipificadas en las normas vigentes.

Sanciones disciplinarias

a) Amonestación Verbal

La efectúa el jefe inmediato en forma personal y reservada, y no genera la instauración de proceso administrativo disciplinario.

b) Amonestación Escrita

Se aplica previo proceso administrativo disciplinario. Es impuesta por el jefe inmediato y se oficializa con resolución del jefe de la Oficina Ejecutiva del Desarrollo Humano o el que haga sus veces. La apelación es resuelta por el jefe que oficializó la sanción.

c) Suspensión sin goce de remuneraciones

Desde un (01) día hasta trescientos sesenta y cinco (365) días calendario.

Se aplica previo procedimiento administrativo disciplinario. El número de días de suspensión es propuesto por el jefe inmediato, aprobado y oficializado mediante Resolución por el jefe de la Oficina Ejecutiva del Desarrollo Humano o el que haga sus veces, quién puede modificar la sanción propuesta. La apelación en este caso será resuelta por el Tribunal del Servicio Civil.

d) Destitución

Se determina y aplica previo proceso administrativo disciplinario. Es propuesta por el jefe de la Oficina Ejecutiva del Desarrollo Humano o la que haga sus veces; y aprobado por el Titular de la Entidad, el cual puede modificar la sanción propuesta. La apelación es resuelta por el Tribunal del Servicio Civil.

e) Inhabilitación para el reingreso al Servicio del Estado

Se aplica a los ex servidores civiles hasta por cinco (05) años, previo proceso administrativo disciplinario.

Función Pública.

La función pública, como institución de derecho público, es una actividad que el ordenamiento jurídico – constitucional y legal, reserva a los órganos e instituciones del Estado y se manifiesta por la voluntad de los órganos individuales (funcionarios públicos).

Toda función pública implica una esfera de atribuciones limitada por el derecho objetivo.

En el Perú existen tres macro funciones estatales: la **función legislativa** de naturaleza normativa y fiscalizadora; la **función administrativa de gobierno**, de naturaleza ejecutiva, y la **función jurisdiccional**, eminentemente administración de justicia.

Los órganos del Estado realizan un sin número de funciones, por ejemplo: dación de leyes, defensa de la soberanía, orden interno, procesos judiciales y expedición de sentencias, dirección de la marcha económica del país, promoción del bienestar general, educación, desarrollo del agro y la industria nacional, etc. Las instituciones militares y policiales a su vez se reservan las funciones de defensa de la soberanía y el orden interno. Los organismos autónomos del Estado y los órganos descentralizados ejercen igualmente funciones estatales y realizan servicios públicos.

La función pública, puede ser estudiada, desde una perspectiva amplia conceptualizándola genéricamente como la esfera de asuntos del Estado que deben ser gestionados bajo un debido marco legal y reglamentario por personas especialmente ligadas a éste y que le sirven. Puede ser igualmente analizada en función a las específicas competencias de los cargos asumidos por los funcionarios públicos, independientemente de cuál sea el órgano o nivel de la estructura del Estado donde aquél ejerce funciones.

La función pública es un área de indudable interés, ha merecido desde perspectivas democráticas vigorosos estudios que han puesto la atención en la forma de evitar que se convierta en un instrumento de manipulación política en poder de gobernantes autoritarios y de funcionarios corruptos. El ejercicio de la función pública debe hacerse con arreglo a los principios y criterios normados en la Constitución Política del Estado, los intereses de la sociedad y el ordenamiento jurídico en su conjunto.

Deberes de la Función Pública

El servidor público tiene los siguientes deberes:

a) Neutralidad: Debe actuar con absoluta imparcialidad política, económica o de cualquier otra índole en el desempeño de sus funciones demostrando independencia a sus vinculaciones con personas, partidos políticos o instituciones.

b) Transparencia: Debe ejecutar los actos del servicio de manera transparente, ello implica que dichos actos tienen en principio carácter público y son accesibles al conocimiento de toda persona natural o jurídica. El servidor público debe de brindar y facilitar información fidedigna, completa y oportuna.

c) Discreción: Debe guardar reserva respecto de hechos o informaciones de los que tenga conocimiento con motivo o en ocasión del ejercicio de sus funciones, sin perjuicio de los deberes y las responsabilidades que le correspondan en virtud de las normas que regulan el acceso y la transparencia de la información pública.

d) Ejercicio Adecuado del Cargo: Con motivo o en ocasión del ejercicio de sus funciones el servidor público no debe adoptar represalia de ningún tipo o ejercer coacción alguna contra otros servidores públicos u otras personas.

e) Uso Adecuado de los Bienes del Estado: Debe proteger y conservar los bienes del Estado, debiendo utilizar los que le fueran asignados para el desempeño de sus funciones de manera racional, evitando su abuso, derroche o desaprovechamiento, sin emplear o permitir que otros empleen los bienes del Estado para fines particulares o propósitos que no sean aquéllos para los cuales hubieran sido específicamente destinados.

f) Responsabilidad: Todo servidor público debe desarrollar sus funciones a cabalidad y en forma integral, asumiendo con pleno respeto su función pública. Ante situaciones extraordinarias, el servidor público puede realizar aquellas tareas que por su naturaleza o modalidad no sean las estrictamente inherentes a su cargo, siempre que ellas resulten necesarias para mitigar, neutralizar o superar las dificultades que se enfrenten. Todo servidor público debe respetar los derechos de los administrados establecidos en el artículo 55° de la Ley N° 27444 (Ley del Procedimiento Administrativo General).

Función Administrativa

El Diccionario de la Lengua española de la Real Academia, con acierto y precisión define la **administración pública** como **Acción del gobierno** al dictar y aplicar las disposiciones necesarias para el cumplimiento de las leyes y para la conservación y fomento de los intereses públicos, y resolver las reclamaciones a que dé lugar lo mandado”.

En consecuencia, **la administración pública**, es la actividad desplegada por los órganos públicos del Estado, para la ejecución concreta y práctica de las funciones y servicios estatales, que se hace en forma efectiva mediante actos y hechos administrativos.

En la Constitución Política actual en el Título I, Capítulo IV de la Función Pública, se norma sobre quienes ejercen la administración pública en el Perú.

En su aspecto **sustancial**, la función administrativa indica una actividad directiva de orientación y directa de ejecución, de gestión y servicio en función del interés público, por ser el bien común y la dignidad de la persona humana la finalidad suprema del Estado.

El Acto Administrativo

Según, Gustavo Bacacorzo, para comprender el acto administrativo tenemos que apreciarlo desde dos aspectos importantes y complementarios: materialidad y formalidad.

- a) Material, en este punto lo que interesa es conocer su contenido, su esencia administrativa, es decir la expresión de la voluntad estatal.
- b) Formal, aquí lo que interesa es saber el ente que lo produce, dependiendo cual sea, determinará su formalidad.

Hay que distinguir la voluntad del funcionario del que emana el acto administrativo, dado que este resulta de un proceder formal, autorizado por ley en sentido lato; además el acto administrativo debe apreciarse con arreglo al sentido objetivo del obrar administrativo.

Servicio Público

El servicio público es el puente que comunica a los ciudadanos con el gobierno; es el vehículo para asegurar que las respuestas gubernamentales sean eficaces; es coadyuvante de la legitimidad democrática en los aspectos de legitimidad, civilidad, participación, logro del bienestar y las formas de cooperación social. De este modo, una buena gestión del servicio civil repercute en los siguientes factores de satisfacción ciudadana.

Mérito

El mérito busca que los puestos del servicio civil sean ocupados por las personas idóneas, en virtud de sus habilidades, aptitudes y capacidades. En consecuencia, el mérito es el fundamento en los procesos de selección, progresión en la carrera y evaluación de desempeño, así como en la gestión de la capacitación, gestión del rendimiento y la permanencia en el servicio civil. El mérito en evaluación se demuestra en función de los aportes del servidor a los objetivos de la entidad.

Igualdad de oportunidades

La igualdad de oportunidades en el servicio civil es esencial para la incorporación y progresión de los servidores, implica que, en mérito de ello, cualquier persona interesada en un puesto en una entidad pública en el caso de la incorporación y cualquier servidor civil de carrera, en el caso de la progresión, puede postular en igualdad de condiciones en los procesos de selección, siempre que cumpla con las condiciones generales para la postulación y los requisitos del perfil del puesto vacante.

Responsabilidad administrativa

Responsabilidad administrativa disciplinaria es aquella que exige el Estado a los servidores civiles por las faltas previstas en la Ley que cometan en el ejercicio de las funciones o de la prestación de servicios, iniciando para tal efecto el respectivo procedimiento administrativo disciplinario e imponiendo la sanción correspondiente, de ser el caso.

Funcionario Público

Es un representante político o posee un cargo público representativo, que ejerce funciones de gobierno en la organización del Estado. Dirige o interviene en la conducción de la entidad, así como aprueba políticas y normas.

Directivo Público

Es el servidor civil que desarrolla funciones relativas a la organización, dirección o toma de decisiones de un órgano, unidad orgánica, programa o proyecto especial. También comprende a los vocales de los tribunales administrativos.

Servidor civil de carrera

Es el servidor civil que realiza funciones directamente vinculadas al cumplimiento de las funciones sustantivas y de administración interna de una entidad.

1.3.2. Definición de Términos Básicos

Ley de Bases de la Carrera Administrativa y su Reglamento.

¿Que Contiene en Síntesis el Decreto Legislativo Nº 276?

El Decreto Legislativo 276 es una Ley de Bases; que quiere decir básicamente qué hacer (orientaciones, directrices, objetivos) pero no dice cómo hacerlo.

La Ley comprende cuatro aspectos sustantivos:

- a. La parte preliminar, que se refiere a los aspectos conceptuales, orientadores y principistas de la Ley.
- b. La parte correspondiente a Carrera Administrativa, que comprende la estructura; el ingreso; el ascenso las obligaciones; prohibiciones y derechos; el régimen disciplinario; el término de la carrera y creación del Tribunal y los Consejos Regionales del Servicio Civil.
- c. La parte correspondiente al Sistema Único de remuneraciones que señala las bases del Sistema y detalla el haber básico, bonificaciones y beneficios; y
- d. La cuarta y última sección que corresponde a las Disposiciones Complementarias, Transitorias y Finales, en la que se señala una estrategia de implementación.

La Ley en materia de Carrera Administrativa establece tres grupos ocupacionales (Profesionales, Técnicos y Administrativos) y catorce niveles.

- a. Cada grupo ocupacional tiene requisitos para permanecer a él, así como cada nivel de Carrera también tendrá requisitos mínimos.
- b. La Carrera en estos niveles y grupos se basará en las calificaciones y méritos de las personas. Se entiende la calificación como estudios, capacitación y experiencia que tiene cada persona; el mérito es la forma en que las personas ponen al servicio de la Institución sus calificaciones en el desempeño del Servicio Público.

- c. Se establece que para ingresar a la Carrera se hará por el nivel inicial de cada grupo de Carrera y el ascenso será por concurso de méritos. Se establece como obligación de las instituciones ejecutar programas de capacitación y planificar sus necesidades de personal.
- d. Las obligaciones que se establecen para los servidores se orientan a asegurar el adecuado servicio público y salvaguardar los recursos del Estado.
- e. Las prohibiciones son similares a las establecidas en las leyes y disposiciones anteriores, remarcándose la necesidad de desempeñar la función en forma sana, honesta, sin interferencia de actividades políticas partidarias, ni de relaciones familiares.
- f. Los derechos que se reconocen a los servidores se orientan a que la Carrera Pública se haga en base al mérito; sin discriminaciones; con estabilidad; justa remuneración, consolidándose algunos beneficios obtenidos y ampliándose otros, tales como cuatro años de reconocimiento profesional; acumulación de hasta dos períodos 9 vacacionales; no ser trasladados sin su consentimiento a otra Entidad, etc.
- g. Así mismo, se reiteran los derechos ya consolidados como son: permisos; licencias; préstamos administrativos; sindicación; huelga; pensiones; distinciones; ejercicio de docencia universitaria; etc. Se señala que los derechos reconocidos por la Ley son irrenunciables.
- h. En cuanto al Régimen Disciplinario, se establece las sanciones de amonestación, suspensión, cese temporal y destitución, señalándose criterios para sus aplicaciones. Se tipifica las faltas de carácter disciplinario que según su gravedad pueden ser motivo de cese o destitución, previo Proceso Administrativo. Estas faltas se tipifican tratando de preservar el servicio público, los fines del Estado, así como la mínima disciplina y autoridad en la Institución.
- i. Se crea el Tribunal del Servicio Civil y los Consejos Regionales, señalándose competencias a cada uno de ellos, los mismos que han sido desactivados.

En materia de Sistema Único de Remuneraciones, se establecen los elementos de este sistema.

Con sendos Decretos Supremos en los últimos años se han regulado las remuneraciones de los servidores públicos, según la disponibilidad de la Caja Fiscal, no habiéndose implementado los niveles de carrera.

¿Qué Aspectos Sustantivos aporta esta ley?

El Decreto Legislativo Nº 276 consolida derechos, establece niveles y en otros casos equilibra los derechos de los servidores con los derechos de los usuarios de la Administración Pública. Entre los principales beneficios que esta Ley establece en favor de los Servicios Públicos podemos señalar:

- a. Elimina la supresión de plaza como causal de cese.
- b. Permite la acumulación de cuatro años de estudios profesionales, para todos los servidores públicos.
- c. Establece la acumulación convencional de hasta dos períodos vacacionales.
- d. Elimina la posibilidad de traslados a otras entidades sin consentimiento del trabajador. Por lo tanto, también elimina la permuta que por necesidad del servicio podría efectuarse sin consentimiento del trabajador.
- e. Induce a las autoridades a nombrar al contratado y reconocerle su Tiempo de Servicio para todos sus efectos.
- f. Elimina las multas que existía en la Ley anterior.
- g. Establece el ingreso sin excepciones, por el nivel inicial de cada grupo ocupacional permitiendo el traslado de servidores que están ya en la Carrera de un grupo ocupacional otro conservando su nivel.
- h. Se evalúa el mérito como factor preponderante de la Carrera incentivando y haciendo obligatoria la capacitación de los servidores al ser este requisito indispensable para el ascenso.
- i. Establece la rehabilitación de los servidores para continuar en Carrera.
- j. Se ordena y simplifica la Administración de Remuneración en el Estado.
- k. Se limita la destitución automática sólo por delito doloso.
- l. Se reitera, refuerza y amplía la estabilidad laboral ya no sólo al cargo sino ampliándola del vínculo laboral entre el servidor y el empleador a nivel de Carrera y los atributos que éste trae consigo (cargos del nivel y Remuneración).
- m. Reitera otros derechos adquiridos anteriormente (Sindicalización, Huelga, Permisos, Licencias, Reclamos, etc.).

¿A quiénes Comprende la Ley?

Están Comprendidos Totalmente

Servidores permanentes de Ministerios, Municipalidades, Instituciones Públicas, Corporaciones, Poderes del Estado, Universidades, etc.

Están Comprendidos Parcialmente

En la Ley en lo que les sea aplicable: Los Servidores Públicos contratados y los Funcionarios que desempeñen cargos Políticos o de Confianza.

En lo que no se oponga a su Régimen Privativo

Los funcionarios y Servidores con regímenes propios de carrera regulados por leyes específicas.

No están Comprendidos

Miembros de las Fuerzas Policiales y Armadas; y trabajadores de las Empresas del Estado.

¿Cómo se Estructura la Carrera?

La carrera Administrativa se estructura:

- a. Por 3 grupos ocupacionales: Profesional, Técnico, Auxiliar.
- b. Por 14 niveles o escalones.
- c. Al Grupo Profesional le corresponden los 8 niveles superiores.
- d. Al Grupo Técnico le corresponden 10 niveles comprendidos entre el tercero y décimo segundo.
- e. Al Grupo Auxiliar le corresponden los siete niveles inferiores.
- f. Cada nivel se diferenciará por exigencias de calificación (Estudios, Capacitación, Experiencia).

Las entidades planificarán sus necesidades de personal en función del:

- a. Servicio; y
- b. Posibilidades presupuestales.

¿Cuáles son las obligaciones de los Servidores?

Son obligaciones de los servidores:

- a. Cumplir personal y diligentemente los deberes del servicio.
- b. Salvaguardar los intereses del estado y utilizar bien sus recursos.
- c. Concurrir puntualmente y observar los horarios.
- d. Conocer las labores del cargo y capacitarse.
- e. En caso lo exija la Ley hacer Declaración Jurada de bienes y rentas.
- f. Buen trato y lealtad hacia el público, los superiores y compañeros.
- g. Reserva en los asuntos que revistan tal carácter. Informar a la superioridad de los actos delictivos o de inmoralidad cometidos en ejercicio de la función.
- h. Las demás que señala la Ley o Reglamento.

¿Cuáles son las Prohibiciones?

- a. Realizar actividades distintas a su cargo en la jornada de trabajo.
- b. Percibir retribución de terceros para realizar u omitir actos del servicio (coimas).
- c. Realizar actividad política partidaria durante el cumplimiento de labores.
- d. Opinar a través de los medios de comunicación sobre asuntos del Estado. (Debe entenderse asuntos relacionados con el servicio). Salvo autorización expresa.
- e. Celebrar por sí o por terceras personas o intervenir directa o indirectamente, en los contratos con su entidad en los que tengan intereses el propio servidor, su cónyuge o parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad o segundo de afinidad.
- f. Las demás que señale las leyes o el Reglamento.

¿Cuáles son los Derechos?

- a. Hacer Carrera en base al mérito. Sin discriminaciones.
- b. Gozar de estabilidad. Cese o destitución sólo por causa prevista en la Ley y de acuerdo al procedimiento establecido.
- c. Percibir Remuneración que corresponda a su nivel.
- d. 30 días de vacaciones anuales remuneradas salvo acumulación convencional de hasta 2 períodos.
- e. Hacer uso de permisos o Licencias.
- f. Obtener préstamos administrativos.
- g. No ser trasladado a entidad distinta sin su consentimiento.
- h. Gozar de pensión al término de la carrera.
- i. Reincorporarse a la Carrera Público al término del desempeño de cargos electivos o de confianza.
- j. Ejercer docencia universitaria, sin ausentarse del servicio más de 6 horas semanales.
- k. Recibir menciones, distinciones, y condecoraciones de acuerdo a los méritos personales.
- l. Acumular, a su tiempo de servicios hasta 4 años de estudios universitarios, después de 15 años de servicios efectivos, siempre que no sean simultáneos.
- m. Constituir sindicatos.
- n. Hacer uso de la Huelga.
- o. Los demás que señalen las leyes o el Reglamento.

Los derechos reconocidos a los servidores por la Ley, son irrenunciables. Toda estipulación en contrario es nula.

¿Cuáles son las responsabilidades?

Los servidores públicos son responsables: Civil, Penal y Administrativamente.

Por el cumplimiento de las normas legales y administrativas en el ejercicio del servicio público. Sin perjuicio de las sanciones de carácter disciplinario por las faltas que cometan.

¿Qué Sanciones Contempla la Ley?

Las sanciones por faltas Disciplinarias pueden ser:

- a. **AMONESTACION:** Verbal o escrita.
- b. **SUSPENSION:** Sin goce de remuneraciones hasta por 30 días.
- c. **CESE TEMPORAL:** Sin goce de Remuneraciones hasta por doce meses.
- d. **DESTITUCION:** Separación del servicio.

Los grados de sanción corresponden a la magnitud de las faltas.

Su aplicación no será necesariamente correlativa ni automática.

En cada caso se contemplará la naturaleza de la infracción y los antecedentes del servidor.

La reincidencia constituye serio agravante. · A mayor nivel del servidor, mayor gravedad de la falta.

¿Cuándo puede proceder el cese o la destitución?

Procede por:

- a. Incumplir las normas de esta Ley y su Reglamento.
- b. Reiterada resistencia a cumplir órdenes relacionadas con sus labores.
- c. Violencia, indisciplina o faltamiento de palabra en agravio del superior, personal jerárquico o compañeros.
- d. Negligencia en la función. · Impedir el funcionamiento del servicio.
- e. Utilizar o disponer bienes de la Institución en beneficio propio o de terceros.
- f. Concurrencia reiterada al trabajo embriagado o drogado; y aunque no sea reiterada, cuando por la naturaleza del servicio revista excepcional gravedad.
- g. Abuso de autoridad, prevaricación o, usar la función con fines de lucro.
- h. Causar intencionalmente daños materiales en bienes de propiedad de la entidad o en posesión de ésta.
- i. Actos de inmoralidad.
- j. Ausencias injustificadas por 3 - 5 ó 15 días.

Previo Proceso Administrativo (cada Institución establecerá Comisiones de Procesos Administrativos Disciplinarios).

En caso de destitución, el servidor destituido no podrá ingresar al servicio durante el término de cinco años por lo menos.

1.4. Formulación del problema

H1: Si se implementa procedimientos administrativos se mejorará los reembolsos no tarifarios de la Gerencia Macroregional Centro Medio del Seguro Integral de Salud - SIS

H0: Si no se implementa procedimientos administrativos se mejorará los reembolsos no tarifarios de la Gerencia Macroregional Centro Medio del Seguro Integral de Salud - SIS

La no tarificación se da porque el precio o tarifa que el Seguro Integral de Salud propone a las Unidades Ejecutoras para que ellos puedan cobrar por sus procedimientos, no les conviene mucho ya que el margen de ganancia que ellos requieren es mayor al que se le propone y le es más conveniente tercerizarlo o cobrar ellos mismos sus precios de tener los equipos para realizar los procedimientos, pero debido a que existe un gran porcentaje de pacientes que se atienden en las Unidades Ejecutoras y ajustando un poco más la tarifa se puede llegar a un acuerdo, puesto que hay una gran población que requiere de este servicio, ya que la cantidad de asegurados va en incremento y se va a tener un gran mercado, desde una óptica de negocio.

Actualmente las distintas Unidades Desconcentradas (UDR) del SIS reciben un considerable volumen de expedientes de reembolsos no tarifados para su evaluación por parte de los médicos auditores asignados para tal fin en cada una de

ellas. La capacidad de personal que se tiene por cada UDR es mínima y no se da abasto para poder auditar y resolver estos reembolsos, ya que no solo tienen esta función sino otras inherentes a su cargo. Esto trae como consecuencia la no resolución de los mismos en los plazos oportunos y la merma en la utilización de horas-medico, para su atención. También se tiene que tener en consideración que la no resolución de estos reembolsos trae consigo la insatisfacción de las UE por el no pago oportuno y la consiguiente queja y reclamo en los medios de comunicación por ello.

El tercerizar los servicios de auditoría evitaría que las UDR incurran en costos fijos tales como: sueldos y prestaciones laborales, espacio físico, computadoras y programas de análisis de datos, la capacitación de los auditores y otros.

Actualmente vivimos en la época del conocimiento y de la investigación científica con su tecnología avanzada y todo lo que conlleva, por ello es inadmisibles que se siga trabajando con “papeles” cuando todos estos procedimientos se pueden hacer por vía informática y descarga en el aplicativo correspondiente y para ello se tiene que tarifar lo que no se encuentra en el maestro.

Se tiene un riesgo inaceptable por la tenencia en físico de los reembolsos en las distintas UDR, ya que mientras no son atendidos por los médicos supervisores tienen que estar en custodia de la oficina de trámite y archivo documental y como es bien sabido el archivo institucional no se da abasto para más volumen de archivamiento, corriendo entonces el riesgo de extraviarse u otro acontecimiento adverso.

N°	COD UE	COD EESS	Nivel/Categ.	HOSPITAL/ INSTITUTO
01	0121	0000007733	III/2	Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado - Hideyo Noguchi
02	0123	150101A103	III/2	Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas
03	0124	150101A104	III/2	Instituto Nacional de Oftalmología
04	0126	150105A101	III/2	Instituto Nacional de Salud del Niño
05	0127	150101A105	III/2	Instituto Nacional Materno Perinatal
06	0132	150111A101	III/1	Hospital Nacional Hipólito Unanue
07	0133	150137A101	III/1	Hospital Nacional Hermilio Valdizan
08	0136 (1554)	150110A101	III/1	Hospital Nacional Sergio Bernales (IGSS)
09	0137 (1553)	150135A101	III/1	Hospital Nacional Cayetano Heredia (IGSS)
10	1512	0000016918	III/2	Instituto Nacional de Salud del Niño SB
11	0141	150133A101	III/1	Hospital Nacional María Auxiliadora
12	0143 (1551)	150101A102	III/1	Hospital Nacional Arzobispo Loayza (IGSS)
13	0144 (1552)	150101A101	III/1	Hospital Nacional Dos de Mayo (IGSS)
14	0145	150121A101	III/1	Hospital General Santa Rosa
15	0146	150122A101	III/1	Hospital de Emergencias Casimiro Ulloa
16	0147	150115A101	III/1	Hospital de Emergencias Pediátricas
17	0148	0000006214	III/1	Hospital Víctor Larco Herrera
18	0149	150101A109	III/1	Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé
19	1235	150141A101	III/2	Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas

Cuadro 1. Unidades Ejecutoras. Fuente: SIS.

En lo que se refiere al periodo de tiempo el objeto de estudio está enmarcado en un espacio corto, pero debido al flujo de información y experiencia del investigador, es un espacio suficiente para poder extraer datos de la mejor manera y de esta forma cumplir con el objetivo de la investigación.

1.5. Justificación e importancia de la investigación

En la actualidad en una época de tecnologías y de cambios constantes la eficacia en la velocidad de respuesta entre las instituciones tiene que ser optima; en ese sentido mantener una estructura basada en manipulación de documentación en físico no es lo ideal, la cantidad de papel que se utiliza para este proceso es ingente y apelando al buen manejo del impacto ambiental y la responsabilidad social de las

instituciones es que se debe de realizar este tipo de procesos por medios magnéticos en donde no involucre el uso del papel.

Las UE continuamente emiten pronunciamientos en los medios de comunicación sobre la deuda que mantiene el SIS con ellos y en parte se debe a la no tarificación de los procedimientos que harían más rápidos y oportunos sus reembolsos y por ende una mayor capacidad de gasto por parte de las UE.

La cantidad de médicos supervisores de las UDR son mínimas y ellos desarrollan un papel fundamental en el SIS, ya que tiene una serie de procesos y actividades medicas de supervisión presencial, electrónica, evaluación de Coberturas Extraordinarias, supervisiones inopinadas, etc. y lamentablemente también tienen que distraer recursos y en su limitado tiempo tienen que resolver los reembolsos no tarifados, cuando estos pueden venir en forma electrónica y ser evaluados por el sistema de acuerdo a reglas de consistencias y otros parámetros, teniendo ellos solo que hacer al mes una revisión aleatoria de las prestaciones auditando al sistema que es menos complicado y tediosos que auditar en forma física los documentos de reembolso.

El archivo periférico de las UDR no tienen capacidad de albergar más documentación y al traer las UE los reembolsos en físico y mientras dure el proceso de asignación y resolución de estos documentos por parte de los médicos auditores, ellos se tienen que mantener en custodia en el archivo manteniendo un riesgo inaceptable puesto que pueden ser por lo expuesto, extraviados o sujetos de algún acto inapropiado.

Dado todo lo anterior es necesario iniciar este estudio ya que va a contribuir a la tarificación de los procedimientos y conllevará una serie de disminución de riesgos y el ser más eficiente y eficaz frente a la exigencia de las UE para el retorno de sus gastos realizados en las intervenciones, procedimientos y otros realizados a los beneficiarios SIS y con ello una mejor satisfacción por parte de ellos.

1.6. Hipótesis

Demostrar que se puede tarificar los precios de los medicamentos y de esta forma ingresarlos en el tarifario y con ello reducir al máximo la generación de expedientes no tarificados en físico.

1.7. Objetivos de la investigación propuesta

1.7.1. Objetivo General

Determinar y disminuir los reembolsos no tarificados en el Seguro Integral de Salud a la Gerencia Macrorregional Centro Medio en la Provincia de Lima.

1.7.2. Objetivos Específicos

- Evaluar el tarifario actual que se mantiene para las UE.
- Analizar el comportamiento del mercado de los procesos no tarificados.
- Validar los procedimientos administrativos para los reembolsos no tarifarios

CAPITULO II: MATERIAL Y MÉTODO

2.1. Tipo y Diseño de investigación

Una vez realizado la revisión de la literatura, que como hemos podido apreciar no es abundante y solo se basa en documentos de gestión y procesos netamente administrativos, y pocas tesis relacionadas al tema, tendremos ahora que visualizar el alcance que tendrá. Para ello tendremos en cuenta algunos factores: el estado del conocimiento sobre el problema y la perspectiva que se pretenda a dar al estudio.

Para mayor abundamiento también elaboraremos un estudio de costos de las tarifas actuales de los procedimientos para establecer un precio que pueda generar ganancia para el prestador y ahorro de costos para la institución; se hará una explicación del FUA (formato Único de Atención), en donde se ingresa las prestaciones, procedimientos e insumos, así como sus costos respectivos para ver la factibilidad de que este formato sea digitalizado totalmente y con ello el registro automático de todo el proceso sea en forma gradual para de esta forma ya no generar documentación sino solamente todo el proceso este informatizado.

También realizaremos entrevistas con el Gerente de Financiamiento, para recoger su opinión y poder tener mayores luces al respecto.

Con el antecedente previo asumiremos el tipo de investigación descriptiva, por lo que tendremos el mayor cuidado posible al describir, en todos sus componentes principales, la realidad sobre los reembolsos no tarifados.

2.2. Población y muestra

La población que servirá como objeto de estudio será el Seguro Integral de Salud y de este sector de investigación se tomara como muestra significativa a la Gerencia Macrorregional Centro Medio (**ver Figura 2.**), ya que como se explicó líneas arriba es la que tiene y recibe la mayor cantidad de documentos de reembolsos a nivel nacional, llegando inclusive a un 90% de producción de evaluación de reembolsos y por ende de recepción de esta documentación. Se toma a esta Gerencia, ya que ella asumió el activo y pasivo de la Ex UDR Hospitales nacionales e Institutos Especializados, (**ver Anexo 1**) que fue la Unidad desconcentrada que anteriormente albergaba, como bien lo dice su nombre, a los principales Hospitales e Institutos de Lima, que son los principales centros de referencia a nivel nacional por su complejidad, capacidad resolutive e infraestructura adecuada para recibirlos del interior del País de donde son referidos.

Para calcular el tamaño de la muestra suele utilizarse la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N\sigma^2Z^2}{(N-1)e^2 + \sigma^2Z^2}$$

Donde:

n = el tamaño de la muestra.

N = tamaño de la población.

σ = Desviación estándar de la población que, generalmente cuando no se tiene su valor, suele utilizarse un valor constante de 0,5.

Z = Valor obtenido mediante niveles de confianza. Es un valor constante que, si no se tiene su valor, se toma en relación al 95% de confianza equivale a 1,96 (como más usual) o en relación al 99% de confianza equivale 2,58, valor que queda a criterio del investigador.

e = Límite aceptable de error muestral que, generalmente cuando no se tiene su valor, suele utilizarse un valor que varía entre el 1% (0,01) y 9% (0,09), valor que queda a criterio del encuestador.


Año 2014		
Gerencia Macrorregional Centro Medio	N° Prestaciones No Tarifadas	%
	Total LIMA REGION	5632 22%
	Total LIMA METROPOLITANA CENTRO	2763 11%
	Total LIMA METROPOLITANA SUR	4371 17%
	Total LIMA METROPOLITANA ESTE	3987 15%
	Total LIMA METROPOLITANA NORTE	3748 15%
	Total CALLAO	3629 14%
	Total ANCASH	1680 7%
TOTAL	25810	100%

Figura 2. Zonas que abarca la Gerencia Macrorregional Centro Medio.
Fuente: SIAF-MEF

$$n = \frac{N \sigma^2 Z^2}{(N - 1)e^2 + \sigma^2 Z^2}$$

$$n = \frac{25810 (0.5^2)(1.96^2)}{(25810 - 1)(0.09^2) + (0.5^2)(1.96^2)}$$

$$n = \frac{24787.92}{210.01}$$

$$n = 118$$

Del total de 25810 prestaciones no tarifadas en el año 2014, se ha obtenido la muestra para hacer un piloto de 118 prestaciones a las cuales les vamos a dar seguimiento este año 2015 para medir el impacto si estuvieran tarifadas.

2.3. Variables, Operacionalización

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	ÍTEMS	TÉCNICA E INSTRUMENTO
Variable Independiente: El proceso administrativo basado en el enfoque neoclásico	Planificación	➤ Definición de los objetivos.	1. Tiene el área los objetivos definidos.	Entrevista - cuestionarios
		➤ Definición de los planes para alcanzarlos.	2. Cuenta con planes institucionales para alcanzar los objetivos definidos para el área.	
		➤ Programación de actividades	3. Se ha establecido una programación de actividades para desarrollarse en el área.	

	Organización	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Recursos y actividades para alcanzar los objetivos. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cuenta con recurso humano necesario para el desarrollo de sus actividades. 2. Tiene organizado sus actividades a desarrollar en el área. 	
		<ul style="list-style-type: none"> ➤ Órganos y cargos. 	<ol style="list-style-type: none"> 3. Cuenta con un organigrama el área. 4. Se encuentra bien distribuidos los cargos de acuerdo al perfil en el área. 	
		<ul style="list-style-type: none"> ➤ Atribución de autoridades y responsabilidad 	<ol style="list-style-type: none"> 5. De acuerdo al perfil del cargo que ocupa conocen sus funciones. 	

		<p>➤ Designación de cargos.</p>	<p>1. Se encuentra designados el cargo a cada personal según el perfil requerido.</p>	
	Dirección	<p>➤ Comunicación, liderazgo y motivación de Personal.</p>	<p>2. El personal se encuentra motivado para realizar un buen trabajo.</p> <p>3. Que estilo de liderazgo presenta el jefe del área.</p> <p>4. Existe comunicación entre el personal que trabaja en el área y el jefe.</p>	

		<ul style="list-style-type: none"> ➤ Dirección para los objetivos 	<p>5. El personal tiene definidos los objetivos que persigue el área.</p>	
	Control	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Medición del desempeño. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. La cantidad de trabajo que realiza los trabajadores son evaluados. 2. Se toma cuenta el tiempo que emplea en realizar las actividades a desarrollar por el personal. 3. Se realiza una evaluación de la calidad del servicio 	

		<p>➤ Corregir desviaciones y garantizar que se realice la planeación.</p>	<ol style="list-style-type: none">1. Se da a conocer los errores que cometen los trabajadores en la realización de sus actividades.2. Se observa que los trabajadores se esmeran por corregir sus debilidades.	
--	--	---	---	--

2.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Para el desarrollo de esta investigación será necesario utilizar herramientas que nos permitan recopilar la mayor cantidad de información que nos pueda ser de utilidad.

Dada la naturaleza de la investigación se requirió con mayor énfasis apoyarnos en la recopilación documental, que se trata del acopio de antecedentes escritos, que en nuestro caso serán información que se tendrá que conseguir a través de los informes y antecedentes previos que se han realizado en las oficinas y gerencias que de una u otra forma se relacionan con el tema. También tendremos información de primera mano por parte de las unidades ejecutoras que son la fuente del problema, ya que es ahí donde se generan los reembolsos. Otro instrumento sería la observación directa y las entrevistas que se realizarían con las jefaturas correspondientes para obtener información valiosísima y técnica.

2.5. Procedimiento para la recolección de datos

En lo que se refiere a la recolección de datos se ha creído por conveniente definir algunos conceptos para poder lograr un mayor entendimiento al respecto. Definiremos algunas terminologías y definiciones que nos darán un mayor entendimiento sobre el tema.

2.5.1. 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. Ver **Anexo 2**.

2.5.2. Sistema de Aseguramiento del SIS (SIASIS)

Es un aplicativo informático diseñado para facilitar a las IPRESS el registro de los formatos del SIS. Este aplicativo es para aquellos usuarios que cuenten con acceso a internet (plataforma WEB).

2.5.3. Plataforma de escritorio (ARFSIS)

Es un aplicativo informático diseñado para facilitar a las IPRESS el registro de los formatos del SIS. Este aplicativo es para aquellos usuarios que no cuentan con acceso a internet en el establecimiento de salud.

2.5.4. Calendario de actividades para la valorización de prestaciones de salud

Es la calendarización del cronograma de cierre de producción, programación, transferencias financieras y pagos directos, elaborado

por el SIS y comunicada por la Gerencia de Negocios y Financiamiento.

2.5.5. Pago por consumo

Es una modalidad de pago que consiste en retribuir económicamente los costos variables incurridos en la prestación. En algunas prestaciones incluye un cargo fijo.

2.5.6. Reporte de liquidación de la producción

Es el reporte del valor neto de la producción para efecto de pago por Unidad Ejecutora desagregado en componente de reposición y gestión, para efecto de verificación de la ejecución del gasto, el mismo que es emitido por el aplicativo informático del SIS al término del proceso de evaluación automática (PEA).

2.5.7. Tarifario

Es el listado de tarifas, que son los valores con criterios preestablecidos para determinados servicios y/o prestación y/o procedimientos. Ver **Anexo 3 y 4**.

2.5.8. Componente de reposición

Corresponde a la valorización del consumo de las prestaciones que incluye medicamentos, insumos, procedimientos médicos

quirúrgicos y estomatológicos, gastos de hotelería y servicios administrativos incluidos en la prestación. Las IPRESS deben de reponer como prioridad el 100% de los medicamentos, insumos quirúrgicos, insumos y reactivos de los procedimientos médicos con el propósito de garantizar de forma continúa una atención de salud gratuita y con calidad. Como segunda prioridad repone el costo variable de servicios de hotelería, administrativos incluidos en la prestación (útiles de escritorio, historias clínicas, recetarios y otros afines que se utilizan en la prestación).

2.5.9. Componente de gestión

Corresponde a los gastos en que incurren las IPRESS públicas al realizar las labores administrativas encomendadas por el SIS. Se determina la diferencia entre el valor neto de la producción y el valor del componente de reposición por unidad ejecutora.

2.5.10. Valor bruto de producción

Es el monto de valorización de las prestaciones que el prestador reporta al SIS por cada mes de producción.

2.5.11. Valor neto de producción

Es la diferencia entre el valor bruto de producción (sumatoria de los valores brutos de cada prestación de un mes de producción) y

el valor de las prestaciones observadas (sumatoria de los valores brutos de prestaciones que han sido observadas en el proceso de evaluación automática – PEA).

Una vez definidos algunos conceptos se realizara una recopilación de datos y entrevistas para poder ahondar en la investigación.

Recopilación de datos

La recopilación de datos la haremos mediante dos criterios a utilizar: número de unidades ejecutoras que envían reembolsos no tarifados en mayor volumen a la Gerencia Macrorregional Centro medio y procedimientos con mayor volumen de envío a la Gerencia Macrorregional Centro Medio, lo cual se muestra en el **cuadro 3**.

TOTAL SET.2013 - SET.2014		
	Prestaciones	Monto
HNCH	3,439	1,488,999
HNDM	2,022	969,495
HAMA	1,624	1,368,737
HNAL	885	792,787
HEP	616	244,155
HSR	463	227,496
INSN	452	133,972
HSEB	396	140,247
INMP	324	81,760
HNHU	302	209,083
INEN	293	124,707
HEJCU	203	134,223
INO	173	15,260
HNDAC	156	42,029
HONADOMANI	143	70,943
INCN	70	206,823
	11,561	6,250,715

Cuadro 3. Procedimientos con mayor volumen de envío a la Gerencia Macrorregional Centro Medio.

Fuente: Propia de la Gerencia Macrorregional Centro Medio.

1. Volumen de reembolsos

En el cuadro que se muestra, podemos notar que es la Unidad Ejecutora Cayetano Heredia quien presenta el mayor número de envíos a la Gerencia, seguido por la unidad ejecutora Arzobispo Loayza.

2. Procedimientos más frecuentes

En lo que se refiere a este rubro podemos apreciar que el procedimiento que más envíos tiene son las Tomografías Axiales

Computarizadas y las Tomografías Espirales Multicorte de cerebro y de abdomen.

2.5.12. Análisis Estadístico e interpretación de los datos

Con el primer grupo de datos podemos notar que la Unidad Ejecutora Cayetano Heredia es la principal entidad que envía en grandes volúmenes reembolsos no tarifados en físico y con ello podemos deducir lo siguiente:

1. La unidad ejecutora Cayetano Heredia desconoce que hay algunos procedimientos que se pueden ingresar en el maestro de tarifas.
2. Lo que el Seguro Integral de Salud tarifa no está acorde con los precios de mercado, ya que los terceros ofrecen un precio mayor al que se oferta por medio del SIS.
3. No envían sus estructuras de costos, ya que con ello se puede saber los costos incurridos en los procedimientos y por ende se puede tener mayores referencias sobre el precio a considerar.
4. Desconocen la ventaja que ingresando al Sistema los procedimientos que no les pueden ser convenientes económicamente en gran volumen le pueden ser rentables, ya que como se explicó anteriormente cuando se entregan los expedientes a la Gerencia inmediatamente no se resuelven los expedientes, ya que están sujetos

a disponibilidad de Médicos Auditores que puedan evaluarlos y hay veces que se tardan varios meses en resolverlos.

Con el segundo grupo de datos se infiere lo siguiente:

1. Las Tomografías Espirales Multicorte y las Tomografías Axiales Computarizadas no se realizan en las Unidades Ejecutoras que se han seleccionado y por lo tanto tienen que tercerizar y el precio que brinda el tercero es muy elevado en relación a lo que puede ofrecer el SIS.
2. No les conviene la economía de escalas, ya que si tiene un buen grupo de ellas podría ser más apetecible sus ganancias.
3. No han evaluado la factibilidad de adquirir ese equipo y con ello poder tener el control de precio y también tercerizarla y con ello poder obtener ganancias.

2.6. Criterios éticos

Todos los datos están a disposición de las personas que quieran acceder al tema y no se ha violentado ningún acceso de seguridad de la información para poder obtener los datos que hemos tomado.

2.7. Criterios de rigor científico

- Credibilidad, todos los datos están a la alcance del investigador y son de fácil accesibilidad, por lo que son confiables en su totalidad.
- Aplicabilidad, los sustentos que se presentan en este estudio de investigación son técnicamente aplicables y dependen de decisiones que se puedan tomar y riesgos que asumir.
- Consistencia, se tiene un peso importante en los estudios puesto que la situación problemática es factibles de ser resuelta con el sustento que se le pretende dar al estudio.
- Neutralidad, existe un equilibrio entre los actores del escenario de estudio y depende de cada uno de ellos tomar las decisiones correctas y no se puede alterar nada sin la intervención de los mismos.

CAPITULO III: Resultados

3.1. Tablas y gráficos

Se ha tomado como base para el estudio de investigación el periodo comprendido entre setiembre del año 2013 y setiembre del año 2014, y de acuerdo al **cuadro 4** que se presentan tenemos que concluir lo siguiente:

El Instituto de Ciencias Neurológicas es la unidad ejecutora que a pesar de presentar pocas prestaciones para evaluación son muy elevadas estas, ya que las embolizaciones y las Tomografías Axiales Computarizadas de tórax y abdomen superan ampliamente lo establecido en los tarifarios que el Seguro Integral de Salud propone.

	TOTAL SET.2013 - SET.2014		Monto vs	%	%
	Prestaciones	Monto	Prestaciones	Nro. Prestaciones	Monto Reembolsado
HNCH	3,439	1,488,999	432.97	29.75%	23.82%
HNDM	2,022	969,495	479.47	17.49%	15.51%
HAMA	1,624	1,368,737	842.82	14.05%	21.90%
HNAL	885	792,787	895.80	7.66%	12.68%
HEP	616	244,155	396.36	5.33%	3.91%
HSR	463	227,496	491.35	4.00%	3.64%
INSN	452	133,972	296.40	3.91%	2.14%
HSEB	396	140,247	354.16	3.43%	2.24%
INMP	324	81,760	252.35	2.80%	1.31%
HNHU	302	209,083	692.33	2.61%	3.34%
INEN	293	124,707	425.62	2.53%	2.00%
HEJCU	203	134,223	661.20	1.76%	2.15%
INO	173	15,260	88.21	1.50%	0.24%
HNDAC	156	42,029	269.42	1.35%	0.67%
HONADOMANI	143	70,943	496.10	1.24%	1.13%
INCN	70	206,823	2,954.61	0.61%	3.31%
	11,561	6,250,715			

Cuadro 4. Principales Montos Reembolsables con mayor volumen de prestaciones. Fuente: Propia de la Gerencia Macrorregional Centro Medio.

El Hospital María Auxiliadora y el Hospital Arzobispo Loayza siguen en ese orden en lo que se refiere al monto total y el número de prestaciones y esto se debe a que los procedimientos que se realizan tanto en el María Auxiliadora que son: Cámara Hiperbárica, Resonancia Magnética Cerebral, lumbo sacra, Columna y dorsal, TEM de tórax y radiocirugía Torácica, así como embolización pulmonar y en la Unidad Ejecutora Arzobispo Loayza: Angioplastia, radioterapia, cateterismo, braquiterapia y urotem, así como cambio de válvulas; son procesos muy caros y hacen que no se encuentren en el tarifario ya que son procesos muy personalísimos y especializados.

La Unidad Ejecutora Cayetano Heredia es una IPRESS muy importante y a la vez presenta los mayores índices en lo que se refiere a prestaciones enviadas a la Gerencia Macrorregional para su resolución en modalidad No Tarifado, tiene cerca de un 30% del monto total de prestaciones evaluadas de todas las Unidades Ejecutoras de la Jurisdicción que son 19.

3.2. Discusión de resultados

A la luz de los resultados se puede apreciar que es factible tarificar los procedimientos ya que se trata de negociar los precios tanto de los que ofrece el Seguro Integral de Salud, así como el precio que está dispuesto a cobrar las unidades ejecutoras. Tenemos el escenario de las Unidades ejecutoras que no hacen un estudio estadístico sobre sus procedimientos más frecuentes y la estructura de costos que no la envían oportunamente al SIS.

En el primer escenario las unidades Ejecutoras no hacen un estudio estadístico de los procedimientos más frecuentes y que por ende le originan mayor volumen de producción; cabe indicar que no todas las unidades ejecutoras cuentan con equipos para realizar los procedimientos médicos y por ello tercerizan y por lo general el tercero ofrece un precio mayor al que el Seguro integral de Salud puede pagar y entonces se negocia con el tercero y como el precio no respeta el tarifario se convierte en prestación no tarifada y se convierte en expedientes que pasaran por una serie de etapas hasta que son enviadas a la Gerencia Macrorregional para su evaluación. En este punto tenemos que ver que la evaluación de estos expedientes no tarifados una vez ingresados a la Gerencia Macrorregional para su evaluación se tiene primero que asignar a un Médico auditor y luego este profesional dentro de sus actividades múltiples se dará un tiempo para poder evaluar estos expedientes, que no es el inmediato, ya que como nos referimos no solo tiene esta actividad sino muchas otras más y puede durar un poco de tiempo esta resolución y por lo tanto el pago a las Unidades Ejecutoras se retrasa y causa el malestar por el no pago oportuno y si es tercerizado el procedimiento el tercero se queja por el no pago y entonces empiezan los reclamos que originan que ya no se atiende a los asegurados oportunamente puesto que condicionan el pago a la atención a los asegurados.

Acá tenemos que hacer un acápite al respecto y tenemos que decir que la Unidad Ejecutora tiene que negociar con el tercero el precio, porque le es más conveniente tener un precio bajo que esté acorde con el tarifario y que en grandes cantidades de ser un proceso frecuente puede ser ingresado en el sistema y el pago es mucho más rápido y oportuno que hacerlo vía expediente no tarifado, que es un proceso que se realiza de acuerdo a la disponibilidad de los médicos auditores para que evalúen los expedientes, proceso que puede tardar más tiempo que el prudente.

En lo que se refiere a la estructura de costos están basados en lo indicado en la Resolución Ministerial N° 195-2009-MINSA. Que aprueba el documento técnico: “Metodología para la estimación de costos estándar en los establecimientos de salud” y que es una herramienta que es de aplicación de los establecimientos de salud del MINSA y que tiene como objetivo definir la metodología para costear sus procedimientos médicos y de esta manera al ser enviadas al SIS previo análisis en la Gerencia de Negocios y Financiamiento y de aprobarse esta estructura se cataloga y se ingresa al tarifario y de esta forma al ser ingresado en el sistema para la unidad ejecutora le es más fácil cobrar al SIS, ya que la evaluación es por el sistema y el pago es más rápido que los expedientes no tarifados.

3.3. Propuesta de Investigación

En esta etapa del estudio vamos a tratar de formar escenarios respecto a lo que se ha esbozado en los capítulos anteriores y evaluar la mejor manera de manejar la problemática de la evaluación de los procedimientos no tarifados que recibe la Gerencia Macrorregional Centro Medio y demostrar que es factible tarifificar los expedientes de tal manera que se puedan respetar las tarifas del maestro que el Seguro integral de Salud ha dispuesto.

Escenario 1: La Unidad Ejecutora desconoce el tarifario del SIS

El Seguro Integral de Salud ha publicado oportunamente el tarifario mediante Resoluciones Jefaturales y a las Unidades Ejecutoras se les ha enviado estas resoluciones para su conocimiento y ejecución, pero hay varias unidades ejecutoras

que debido a rotación de sus trabajadores y cambios en la dirección de las mismas no acatan esta resolución y siguen enviando a la Gerencia expedientes que fácilmente pueden digitar en el sistema de acuerdo al maestro de tarifas y de esta manera hacer más oportuno el pago de las mismas.

Escenario 2: La Unidad Ejecutora conoce el tarifario, tiene los equipos para realizar los procedimientos.

Hay varias unidades ejecutoras que tienen los equipos para realizar los procedimientos pero no le es conveniente el precio que el Seguro Integral de Salud ofrece por lo que mantienen sus precios y no respeta el tarifario, pero en este caso es más fácil la negociación ya que sería un tema de negociación directa con la Unidad Ejecutora para llegar a un acuerdo respecto a la tarifa. Se puede contactar con otras Unidades Ejecutoras que no tengan estos equipos y ellos puedan tercerizar sus procedimientos de tal manera que les sea rentable y lucrativo tenerlos y de esta manera poder aumentar sus ganancias y mantener menos capacidad de plata ociosa y con ella poder manejar sus costos y disminuirlos para equiparar el precio que el SIS ofrece.

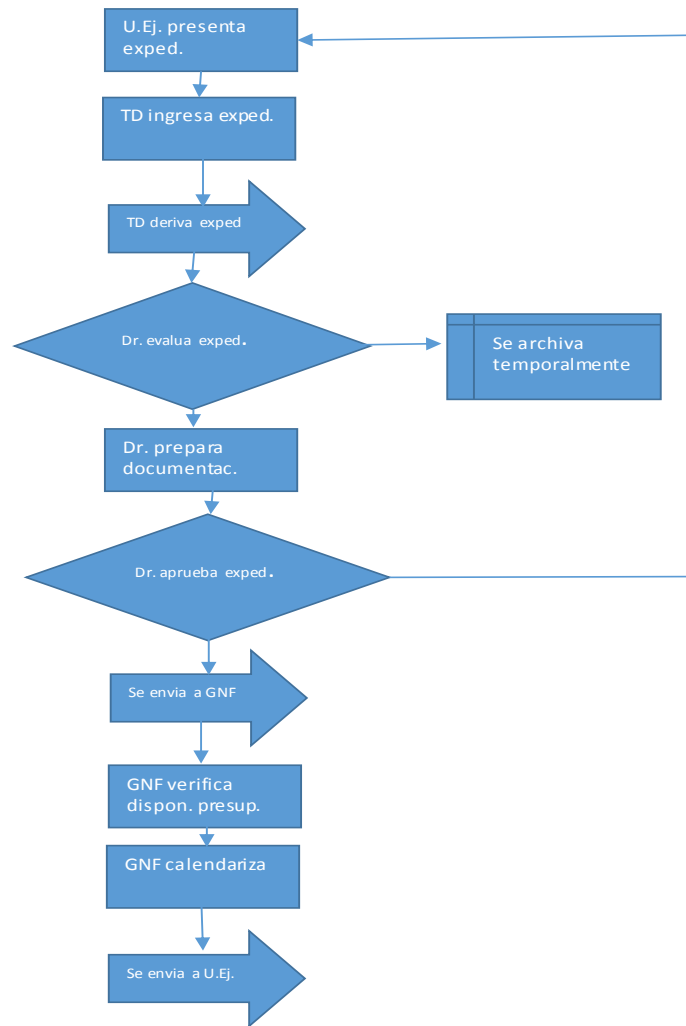
Escenario 3: La Unidad Ejecutora conoce el tarifario y no tiene los equipos para realizar los procedimientos.

En este caso las Unidades Ejecutoras tercerizan sus procedimientos a empresas privadas que ofrecen estos servicios y estos precios distan mucho de lo que el SIS ofrece en el tarifario. Ne este punto se tiene que considerar que la capacidad

de negociación ya no es directa, ya que los acuerdos se realizan entre la Unidad Ejecutora y la Empresa privada.

La unidad ejecutora es la que tiene que explicarle detalladamente el proceso de pago que el SIS mantiene con la Unidad Ejecutora y los procesos que mantiene cuando estos procesos son no tarifados, es decir los precios no ingresan al tarifario y su proceso de pago es más lento.

Se tiene que explicar todo el proceso que sigue el expediente de reembolso no tarifado desde que se origina la atención hasta su pago, tal como se muestra en el **Gráfico 1**; es decir una vez que es ingresado el expediente a la Gerencia, este no es evaluado inmediatamente ya que está sujeto a la disponibilidad de médicos auditores para su evaluación y cuando esta se realiza también tiene procesos internos hasta que se envía a la Gerencia de Negocios y Financiamiento para su programación y calendarización oportuna y pago a la Unidad Ejecutora para que a su vez haga los desembolsos por las prestaciones respectivas a los terceros que hicieron el procedimiento con sus equipos.



**Gráfico 1. Proceso que sigue el expediente de reembolso no tarifado.
Fuente: Propia de la Gerencia Macrorregional Centro Medio.**

Escenario 4: Capacidad de negociación de La Unidad Ejecutora y la Gerencia de Negocios y Financiamiento del SIS, con los terceros.

Este es un punto vital que se conversó con la Sub Gerente de la Gerencia de Negocios y Financiamiento, acerca de la capacidad negociadora del Seguro Integral de Salud para con las Unidades Ejecutoras y a su vez para concertar una mesa de dialogo con los terceros de los mismos a fin de llegar a conclusiones que satisfagan a las partes.

Acá se tiene que indicar que según **cuadro 5 y 6** que se muestra, existen reembolsos que han sido evaluados en fechas muy lejanas a la fecha en que recibieron en la Gerencia y esto se debe a lo que se explicó líneas arriba, en lo que se refiere a oportunidad de evaluación de los expedientes no tarifados desde que se originan hasta que son calendarizados por la Gerencia de Negocios y Financiamiento. Podemos apreciar que existen reembolsos que tienen una diferencia de más de seis meses entre la fecha de presentación y la fecha de evaluación.

2013		
Meses Transcurridos	Nro. Prestaciones Evaluadas	Monto a Reembolsar
0	752	1,055,170.86
1	1,018	946,879.09
2	1,015	413,132.20
3	771	673,724.96
4	382	288,500.45
5	441	263,154.98
6	232	141,584.71
7	64	30,550.46
8	48	31,187.12
9	122	63,667.96
10	235	90,922.46
11	80	42,343.00
12	-	-
13	32	9,923.02
	5,192	4,050,741.27

Cuadro 5. Meses transcurridos de evaluación de los expedientes no tarifados en la Gerencia Macrorregional Centro Medio para el año 2013. Fuente: SIS.

2014		
Meses Transcurridos	Nro. Prestaciones Evaluadas	Monto a Reembolsar
0	617	208,374.15
1	987	853,668.14
2	831	620,257.40
3	2,186	1,120,032.40
4	1,126	739,419.25
5	1,947	898,953.66
6	1,394	540,811.25
7	1,091	703,150.03
8	921	436,959.58
9	375	333,416.20
10	1,155	691,846.15
11	1,069	356,590.11
	13,699	7,503,478.32

Cuadro 6. Meses transcurridos de evaluación de los expedientes no tarifados en la Gerencia Macrorregional Centro Medio para el año 2014. Fuente: SIS.

Con esto se puede apreciar mejor que es más conveniente ingresar los procedimientos con los precios del tarifario en el sistema por parte de la unidad ejecutora y los terceros ya que esperar el tiempo de evaluación por parte de los médicos auditores de la Gerencia dependerían de la disposición de ellos y los procesos que conllevan. A efectos de un negocio es mejor disponer de efectivo que me genere una rentabilidad razonable a tener la inversión “dormida” y no me genere rentabilidad y más bien me origine pérdida de la inversión y un costo de oportunidad no razonable.

Podemos determinar que hay tres unidades ejecutoras que tienen mayor representatividad en cuanto a presentación de reembolsos no tarifados se refiere (ver cuadro 4), fuente propia de la Gerencia Macrorregional Centro Medio), las cuales son:

- Cayetano Heredia con cerca del 30 %

	TOTAL SET.2013 - SET.2014		Monto vs		%	
	Prestaciones	Monto	Prestaciones	Nro. Prestaciones	Monto Reembolsado	
HNCH	3,439	1,488,999	432.97	29.75%	23.82%	
HNDM	2,022	969,495	479.47	17.49%	15.51%	
HAMA	1,624	1,368,737	842.82	14.05%	21.90%	
HNAL	885	792,787	895.80	7.66%	12.68%	
HEP	616	244,155	396.36	5.33%	3.91%	
HSR	463	227,496	491.35	4.00%	3.64%	
INSN	452	133,972	296.40	3.91%	2.14%	
HSEB	396	140,247	354.16	3.43%	2.24%	
INMP	324	81,760	252.35	2.80%	1.31%	
HNHU	302	209,083	692.33	2.61%	3.34%	
INEN	293	124,707	425.62	2.53%	2.00%	
HEJCU	203	134,223	661.20	1.76%	2.15%	
INO	173	15,260	88.21	1.50%	0.24%	
HNDAC	156	42,029	269.42	1.35%	0.67%	
HONADOMANI	143	70,943	496.10	1.24%	1.13%	
INCN	70	206,823	2,954.61	0.61%	3.31%	
	11,561	6,250,715				

Cuadro 4. Principales Montos Reembolsables con mayor volumen de prestaciones. Fuente: Propia de la Gerencia Macrorregional|Centro Medio.

- Arzobispo Loayza con cerca del 17 %
- María Auxiliadora con cerca del 14 %

Con ellas se tiene que negociar directamente para que sus procesos ya sean con sus equipos o mediante convenios con terceros, sean factibles de ingresar al tarifario y poder determinar un equilibrio en relación a los precios que ellos tienen y el precio establecido en el tarifario.

PLAN DE MEJORA: “PAGO Y CONSTANCIAS DE CUMPLIMIENTO DE LA PRESTACIÓN NO TARIFADA”

Dentro del esquema de la normativa presupuestaria, el artículo 36 de la Ley N° 28411, Ley General del Sistema Nacional de Presupuesto Público, define al pago como el acto mediante el cual se extingue, en forma parcial o total, el monto de una obligación previamente reconocida por una Entidad del Sector Público. Esta

obligación deberá estar debidamente formalizada a través del documento oficial correspondiente, de acuerdo con la normativa que resulte aplicable a cada caso en particular. (ver Gráfico 2).

Lo antes expuesto, pone en evidencia la necesidad de reducir y eliminar estas situaciones; razón por la cual se requiere identificar y analizar la información necesaria que debe proporcionar el proveedor y con la que debe contar la Entidad, para efectos que proceda el otorgamiento de la conformidad y el pago por la entrega de un bien, del servicio ejecutado o de la obra, a su favor, de acuerdo al monto señalado en el contrato; así como dentro de los plazos en los que se puede realizar dicho trámite.

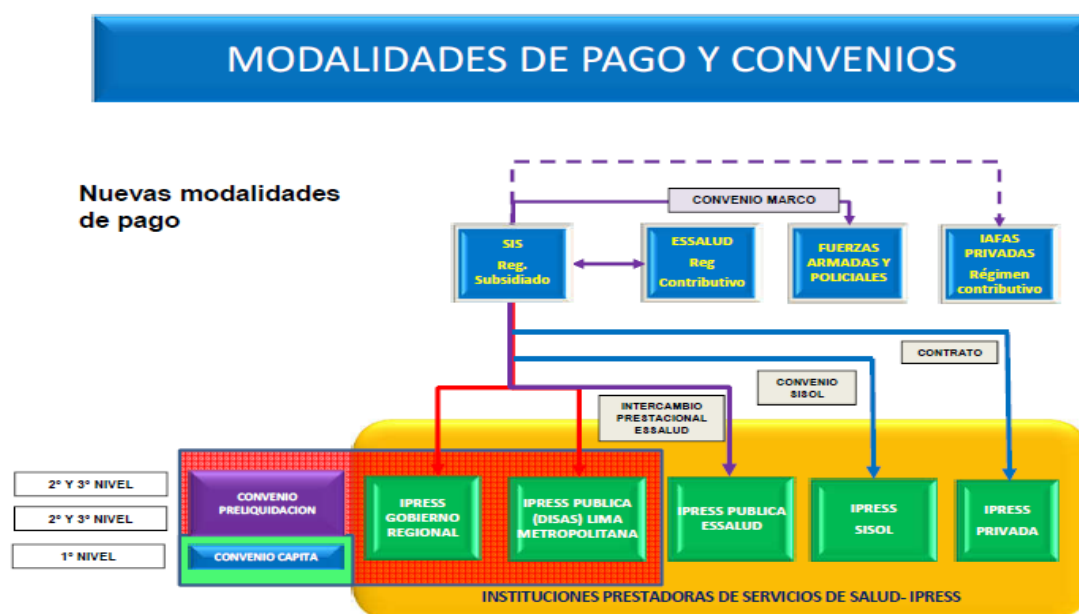


Gráfico 2. Modalidades de Pago y Convenios. Fuente: Gerencia de Operaciones del SIS.

A efectos de pagar oportunamente aquellas obligaciones contractuales derivadas de procesos de selección sujetos al ámbito de aplicación de la normativa de contratación pública, resulta necesario conocer cuáles son aquellos procedimientos y disposiciones que la Administración Pública debe seguir para cumplir con la prestación a su cargo.

Para efectuar el pago, la Entidad debe verificar lo siguiente:

- Que se haya otorgado la conformidad de la prestación.
- Que en contratista haya presentado el respectivo comprobante de pago (factura, recibo de honorarios).

Pago o reembolso de la producción de acuerdo a la disponibilidad de recursos.

Con la información ya procesada de acuerdo con lo señalado en los puntos anteriores, la Gerencia de Financiamiento realiza la programación mensual de pagos, tanto lo que corresponde a Presupuesto por Resultado (PpR) como a las prestaciones tarifadas y no tarifadas, ajustándola de acuerdo a la disponibilidad presupuestal (Ver gráfico 3).

TRANSFERENCIAS FINANCIERAS SIS Y USO A NIVEL REGIONAL

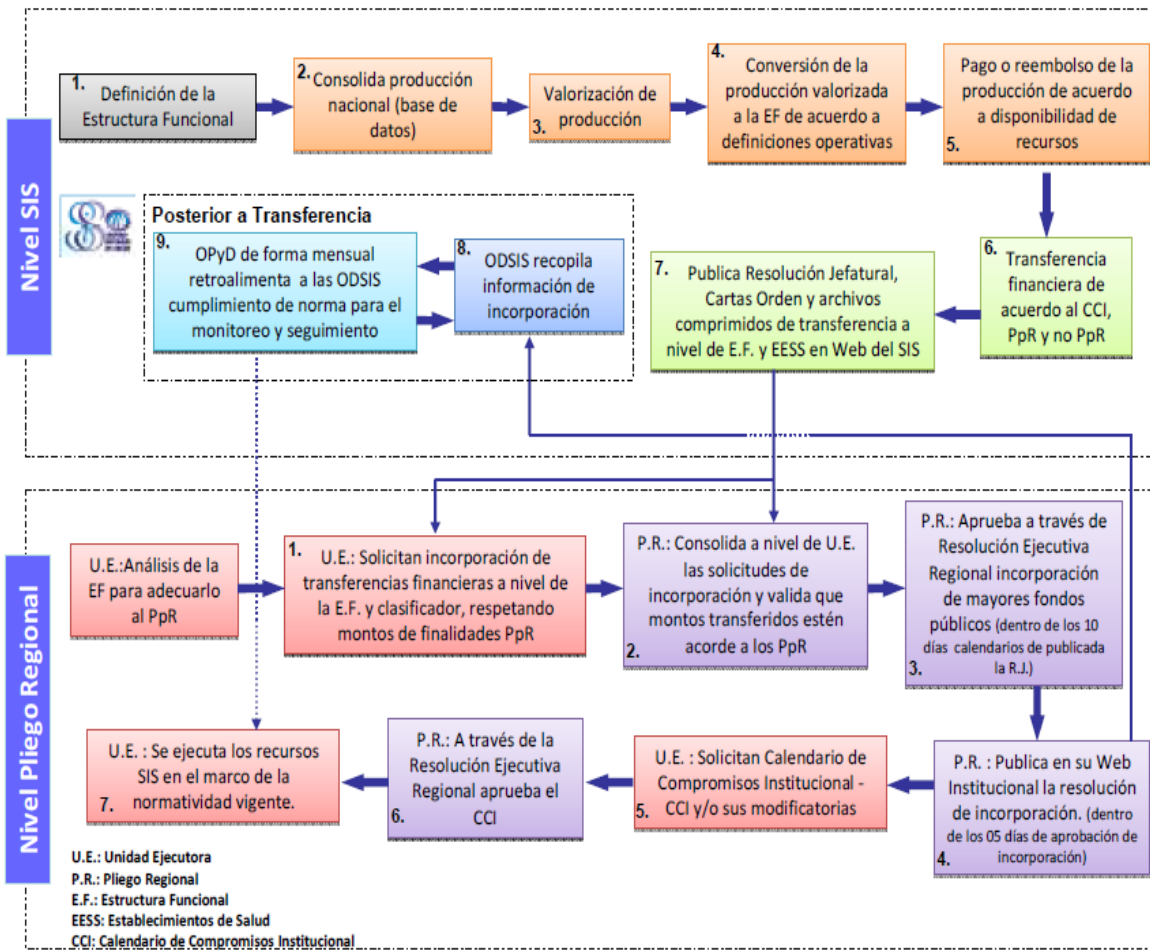


Gráfico 3. Transferencias Financieras Nivel SIS y Nivel Regional. Fuente: Propia.

Para tarifificar usaremos los siguientes rangos (Ver Gráfico 4), según los 118 casos más comunes de reembolsos no tarifados de nuestra muestra los cuales nos servirán de ayuda para tarifificar los casos repetidos (Ver Gráfico 5 y 6), para que en este 2015 si se repiten no se archiven sino puedan ser ejecutados a la brevedad, presentamos un ejemplo de uno de los casos resueltos (Ver anexo 5): en este año siguiendo el rango señalado:

ENFERMEDADES DE ALTO COSTO
 Aquellas que generen un gasto superior a 2.5 UIT
 hasta 5 UIT (LPIS y NO LPIS)

CASOS ESPECIALES
 Costo superior a 5 UIT, atenciones de emergencia
 mayores de 30 días, Anexo N° 2 > 2.5 UIT (neoplasias >
 1.5 UIT), exclusiones (casos sociales)

Gráfico 4. Rango de Pago según los casos similares. Fuente: Propia.

TARIFARIO PRINCIPALES PRUEBAS NO TARIFADAS	
OP.DERIVATIBAS PALIATIVAS ESOFAGO GASTRO O ESOFAGO YEYUNO ANASTOMOSI	2094.3
ESOFAGUECTOMIA SEGMENTARIA	2094.3
LAPARATOMIA EXPLORATORIA C/S BIOPSIA	1673.1
EXTIRPACIÓN TOTAL O PARCIAL DE TUMORES RETROPERITONEALES	1392.3
GASTROSTOMIA, GASTRORRAFIA, CIERRE DE GASTROSTOMIA	1673.1
GASTRECTOMIA SUBTOTAL PALIATIVA	2094.3
GASTRECTOMIA TOTAL O RADICAL CURATIVA	2784.6
GASTRODUODENOSTOMIA - GASTROYEYUNOSTOMIA	2012.4
RESECCION DE INTESTINO DELGADO POR TUMOR	2094.3
DERIVACIONES INTESTINALES INTERNAS - ENTERO ENTERICAS	2094.3
COLECTOMIA PARCIAL (50%) - HEMICOLECTOMIA SIGMOIDECTOMIA	2094.3
RESECCION ABDOMINO PERINEAL	2574
COLECTOMIA TOTAL	2784.6
RESECCIÓN ANTERIOR BAJA	2846
COLOSTOMIA TEMPORAL O DEFINITIVA	1813.5
LIBERACION DE ADHERENCIAS	1673.1
COLECISTECTOMIA POR TUMOR	2223
ANASTOMOSIS O DERIVACIONES BILIODIGESTIVAS SIMPLE	2925
COLECISTOYEYUNO Y COLEDOCO DUODENO ANASTOMOSIS	2925
ANASTOMOSIS O DERIVACIONES BILIODIGESTIVAS COMPLETAS HEPATOYEYUNO HEPATODUODENOYEYUNO ANASTOMOSIS	2925
RESECCIONES PARCIALES DE HIGADO-LOBECTOMIA, RESECCION SEGMENTARIA (50%)	2784.6
TRISEGMENTECTOMÍA HEPÁTICA	2784.6
HEPATECTOMIA POR CANCER DE VIAS BILIARES (KLASTKIN)	2925
EXPLORACIÓN DE VIAS BILIARES	1673.1
BIOPSIA DE HIGADO	2223
PANCREATECTOMIA PARCIAL- DISTAL (50 %)	2223

DUODENO PANCREATECTOMIA - PANCREATECTOMIA RADICAL	3346.2
ANASTOMOSIS PANCREATICO - DIGESTIVAS	2784.6
ESPLENECTOMIA CONVENCIONAL Ó LAPAROSCOPICA	2223
ADRENALECTOMIA UNILATERAL	2223
ADRENALECTOMIA BILATERAL	2578.5
PERITONEOCENTESIS EVACUADORA O DIAGNOSTICA PARACENTESIS	140.4
LARINGECTOMIA TOTAL	1953.9
LARINGECTOMIA Y VACIAMIENTO GANGLIONAR UNILATERAL	2223
LARINGECTOMIA Y VACIAMIENTO GANGLIONAR BILATERAL	2516
EXTIRPACION DE LESION DE CUERDAS VOCALES CON MICROCIURUGIA - NODULO POLIPO, PAPILOMA	1392.3
LARINGOSCOPIA DIRECTA C/S BIOPSIA, RESECCION DE TUMOR	909
ENDO - LARINGEO(MICROCIURUGIA)	1392.3
CORDECTOMIA ENDOSCOPICA X MICROCIURUGIA	1222
HEMILARINGECTOMIA VERTICAL U HORIZONTAL	1673.1
FARINGOLARINGECTOMIA + ESOFAGUECTOMIA	2784.6
DECORTICACION DE LAS VOCALES CON MICROCIURUGIA	1392.3
ARITECNOIDECTOMIA	1111.5
EXTIRPACIÓN DE NODULO LARINGEO X MICROCIURUGIA	1392.3
EXTIRPACIÓN DE LESIÓN LOCAL EN GLANDULA TIROIDES - ADENOMA, QUISTE	1450.8
EXPLORACIÓN CERVICAL Y PIOPSIA GANGLIONAR (C/ANESTESIA GENERAL)	1755
D.R.C. UNILATERAL (CLASICA O MODIFICADA)	1469
D.R.C. BILATERAL (CLASICA O MODIFICADA)	2058
BIOPSIA DE GANGLIO O MASA CERVICAL CON ANESTESIA LOCAL	1450.8
EXCISIÓN DE TUMOR CERVICAL	1755
DISECCIÓN LIMITADA DE CUELLO (1 ó 2 GRUPOS GANGLIONARES)	1755
DISECCIÓN DE VELLO0 UNILATERAL RADICAL O MODIFICADA	1469
RESECCIÓN DE TUMOR DE GLOMUS	1797
ENUCLEACIÓN DE GLOBO OCULAR	1872
EXENTERACIÓN DE ORBITA C/S INSERTO DE PIEL	2129
EXENTERACIÓN DE ORBITA CON RESECCIÓN TERAPEUTICA DE HUESO	2484
HASTA 1/3 CON CIERRE PRIMARIA	1649.7
HASTA 1/3 CON PLASTIA	1065
HASTA 2/3 CON PLASTIA	1327
TOTAL SUPERIOR CON PLASTIA	1590
TOTAL INFERIOR CON PLASTIA	1860

SEGUNDO TIEMPO CON PLASTIA	532
TARSORRAPIA	532
TARSOPLASTIA	795
ORBITOTOMIA EXPLORADA C/S BIOPSIA	1065
ORBITOTOMIA CON RESECCIÓN DE LESIÓN	1327
CIRUGIA DE LOS TUMORES DEL OIDO Y TUMORES DE HUESO TEMPORAL	2503.8
CARCINOMA, GRANULOMA EOSINOFILO, GLOMUS YUGULAR, NEURINOMA DEL ACUSTI	2503.8
RESECCIÓN DE TUMORES DEL OIDO Y HUESO TEMPORAL	2503.8
EXPLORACION Y BIOPSIA DE FOSA PTERIGOMAXILAR	1207
EXPLORACION Y BIOPSIA INFRATEMPORAL	1207
EXPLORACION Y BIOPSIA DE ESPACIO PARA FAPINGIO	1207
RESECCIÓN DE TUMOR DE FOSA PTERIGO MAXILAR	2868
RESECCIÓN DE TUMOR DE FOSA INFRATEMPORAL	2868
RESECCIÓN DE TUMOR DE ESPACIO PARAFARINGEO	2115
RESECCIÓN CRANEOFACIAL	3017
EXENTERACION DE FOSA NASAL	1953.9
RESECCIÓN RADICAL DE MAXILAR SUPERIOR	2223
RESECCIÓN RADICAL DE MAXILAR SUPERIOR C/S EXENTERACIÓN DE ORBITA INJERTO LIBRE DE PIEL	2115
RESECCIÓN DE TUMOR ENDONASAL	1953.9
RESECCIÓN DE TUMOR ETMOIDAL	1953.9
RESECCIÓN DE TUMOR DE SENO FRONTAL	1953.9
RESECCIÓN DE TUMOR DE SENO ESFENOIDAL	1505
RESECCIÓN DE TUMOR DE SENO MAXILAR	1207
RESECCIÓN DE TUMOR DE LA NASOFARINGE	1953.9
PARATIROIDECTOMIA TOTAL O SUBTOTAL	1989
FARINGECTOMIA PARCIAL O TOTAL	1111.5
CIERRE DE FARINSOSTOMIA	517
RESECCIÓN DE TUMORES ODONTOGENICOS	1505
RESECCIÓN LOCAL RADICAL DE CÁNCER INTRAORAL	1810
RESECCIÓN RADICAL DE CÁNCER INTRAORAL, CON RECONSTRUCCIÓN MEDIANTE COLGAJOS INTRAORALES	1767
RESECCIÓN SEGMENTARIA O MARGINAL DEL MAXILAR INFERIOR	1505
HEMIRESECCIÓN DEL MAXILAR INFERIOR	1810
RESECCIÓN DEL MAXILAR E INJERTO OSEO (COSTILLA, CRESTA ILIACA)	2058
PAROTIDECTOMIA SUPERFICIAL	1309
PAROTIDECTOMIA TOTAL	1615
DISECCION SUPRAHIOIDEA (SUB MAXILAR)	1810

TIROIDECTOMIA SUB TOTAL (INCLUYE: HEMITIROIDECTOMIA, ITSMECTOMIA Y LOBECTOMIA SUB TOTAL BILATERAL	2971.8
TIROIDECTOMIA TOTAL	2971.8
PUNCION BIOPSIA DE TIROIDES	140.4
EXTIRPACIÓN DE QUISTE DEL CONDUCTO TIROGLOSO	1673.1
EXTIRPACIÓN DE GLANDULA SUBLINGUAL	1309
DECORTICACION DE MUCOSA LABIAL RESECCION DE LABIO POR TUMOR	603
HASTA 25% CON CIERRE PRIMARIO	603
MAS DE 25% HASTA 50% CON PLASTIA	909

Gráfico 5. TARIFARIO PRINCIPALES PRUEBAS NO TARIFADAS. Fuente: Casos 2014 de expedientes no tarifados.

TARIFA DE FARMACIA	
ACIDO ZOLEDRONICO 4mg	406.2
ALEMTUZUMAB 30 mg	1793.7
AMIFOSTINA 500mg	480
ANASTROZOL 1mg TAB	0.54
ANASTROZOL 1mg CAJA	50.8
BEVACIZUMAB 400 mg	6204.15
BICALUTAMIDA 50 mg CAJA	88.55
BLEOMICINA 15mg	43.2
CAPECITABINA 150mg	4.85
CARBOPLATINO 150mg AMP	53.5
CARBOPLATINO 450mg FCO AMP	112.5
CARMUSTINE 100mg AMP	207.2
CICLOFOSFAMIDA 200gr AMP	17
CICLOFOSFAMIDA 50gr AMP	5.7
CICLOFOSFAMIDA 1gr TAB	0.73
CIPROTERONA ACETATO 50mg TAB	0.64
CISPLATINO 10mg AMP	11.9
CISPLATINO 50mg AMP	18
CITARABINA 100mg AMP	12.5
CITARABINA 500mg AMP	19.5
CLODRONATO DISODICO 800mg TAB	12.3
DACARBAZINE 200mg AMP	23.4
DACTINOMICINA 0.5 mg AMP	152.2
DACTINOMICINA 0.5 mg AMP DONACION/TRANSFERENCIA	152.2
DAUNOMICINA 20mg AMP	25.5
DEXRAZOXANO 500mg FCO AMP	623.7
DIETILESTILBESTROL 1mg TAB	0.7
DOCETAXEL 20mg AMP	152.5

DOCETAXEL 80mg FCO AMP	211.2
DOXORRUBICINA 20 mg x 10 ml AMP	1312.5
DOXORRUBICINA 50 mg AMP	38.2
DOXORRUBICINA HCL 10mg AMP	10
EPIRUBICINA 50mg AMP	418.9
ERITROPOYETINA 30000 ui AMP	1498.7
ERLOTINIB 150mg CAJA	8336.6
ETOPOSIDE 100mg AMP	5.9
ETOPOSIDE 50mg GRAG	16.85
EXEMESTANO 25mg CAJA	488.7
FILGRASTIM 300 mcg/ml FCO AMP	24.6
FLUDARABINA 50mg AMP	562.5
FLUOROURACILO 0.05% TUB	106.7
FLUOROURACILO 250mg AMP	5.2
FLUOROURACILO 500mg AMP	7.4
FLUTAMIDA 250mg TAB	0.35

Gráfico 6. Tarifa de Farmacia de productos no tarifados. Fuente: Casos 2014 de expedientes no tarifados.

CAPITULO IV: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1. Conclusiones

- El tarifario que el Seguro Integral de Salud ha difundido mediante Resoluciones Jefaturales es de conocimiento público.
- Las tarifas que se muestran en el tarifario representan los procedimientos médicos, quirúrgicos, estomatológicos así como las resonancias, Tomografías Axiales Computarizadas y Tomografías Espirales Multicortes. (**Ver Anexo 4**).
- Los reembolsos no tarifados que las Unidades Ejecutoras presentan a la Gerencia son elevados a pesar de haber sido publicado el tarifario.
- Algunas Unidades Ejecutoras no cuentan con los equipos para realizar los procedimientos de resonancia, TEM y TAC, por lo que tienen que recurrir a terceros privados para realizar dichos procedimientos.
- El tiempo de espera por parte de la Unidad Ejecutora o los terceros en caso de tener convenio con ellos, es prolongado y a veces el tiempo puede superar los seis meses o más según el Organismo Supervisor de las Contrataciones del Estado, originando que la inversión realizada por ellos no le sea rentable. Esta demora en el pago, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 48 del Decreto Legislativo N° 1017, Ley de Contrataciones del

Estado, en adelante la Ley, y en congruencia con el artículo 181 del Reglamento de la misma norma, aprobada por Decreto Supremo N° 184-2008-EF, en lo sucesivo el Reglamento, otorga al contratista el derecho al pago de intereses legales, contados desde la oportunidad en que el pago se debió efectuar, pero estos no los reclaman.

- Existen tres Unidades Ejecutoras que son representativas por volumen de reembolsos así como por los montos que ellos representan, las cuales son el Cayetano Heredia, María Auxiliadora y Arzobispo Loayza.
- La Unidad Ejecutora Cayetano Heredia es la que tiene mayor volumen de prestaciones siendo estas 3439 convirtiéndose en un 30% del total de prestaciones solo entre Setiembre del 2013 y Setiembre del 2014, así como de monto presentados en reembolsos en físico. (Ver Cuadro 4).
- La Unidad Ejecutora Instituto de Ciencias Neurológicas tiene procedimientos complejos de monto alto, que a pesar de tener pocas prestaciones el monto producto de ellas es representativo.
- La capacidad negociadora por parte de la Gerencia de Negocios y Financiamiento del SIS con las Unidades Ejecutoras y a su vez con los terceros no es de las mejores.
- El valor de producción de los expedientes presentados como reembolsos no tarifados se deprecia con el tiempo; esto porque la distancia entre el

tiempo de presentación de ellos y la resolución por parte de los médicos auditores es considerable.

4.2. Recomendaciones

- Hacer de conocimiento del Plan de Mejora para los reembolsos no tarifados en el SIS a todo el personal de la UE.
- Se tiene que socializar a las Unidades Ejecutoras mediante reuniones, charlas y otros la Resolución Jefatural que establece los precios de los procedimientos que el SIS está dispuesto a pagar por el Sistema.
- Se tiene que capacitar a los médicos auditores así como a personal asistencial y administrativo acerca del tarifario de precios.
- Las Unidades Ejecutoras tienen que considerar en sus presupuestos modernizarse y comprar equipos para atender directamente sus procedimientos.
- Las unidades ejecutoras tiene que considerar el costo oportunidad de recibir su reembolso en dos meses aproximadamente con un precio menor o esperar a que los médicos auditores, que están sujetos a disposición de tiempo, los evalúen con un tiempo de espera que puede superar los seis

meses a un precio mayor, pero que en el tiempo representa una pérdida de capital circulante.

- Se tiene que formar una mesa de dialogo con las tres principales unidades ejecutoras a efectos de negociar sus procedimientos y explicarles acerca del beneficio de recibir a un menor precio pero con mayor oportunidad su inversión.

Referencias Bibliográficas

Alemonsivaiz. (2013). Enfoque Neoclásico Basado En La Administración Pública.

Br. Castellín, D. (2009). *Derecho Administrativo I*. Bolivia.

Chiavenato, I. ((1999).). *Introducción General A La Teoría Administrativa*. Editorial Mc Graw.

Drucker, P. F. (1996). Enfoque De La Administración. *Administración Por Objetivos*.

Esteban Puentes Rosas, I. O. (2011). Trato A Los Usuarios En Los Servicios. *Servicio De Salud Pública Mexicana*, 394-404.

Etkin. (2003). Decisiones Gerenciales. 22.

Municipal, S. D. (2014). *Red De Salud Municipalidad Del Rosario*. México.

Muñoz. (2002). Proceso Administrativo Y La Gestión Empresarial. Ix.

Rentería, C. (2010). *Comisión Federal Para La Protección Contra Riesgos Sanitarios, México*. Mexica: Políticas De Privacidad.

Rivas, M. J. (2013). *Enfoque Neoclásico De La Administración*. Venezuela. Salcedo, E.

R. (2010). Enfoque Neoclásico En La Administración Pública. *Gestiopoli*.

Scarlet, K. (2011). Enfoque Neocl Sico Proceso Administrativo Análisis Crítico.

Sousa, A. D. (2009). Enfoque Del Proceso Administrativo.

Toribio, P. T. (2012). *Enfoque Neoclásico De La Administración*. España: Prezi. Vélez.

(2007). Evolucion De La Teorías De La Administración. 16.

Aguilar, I. (2008). Gestión de la calidad en los municipios mexicanos. Un estudio de caso: Ecatepec de Morelos, Estado de México, 2003-2006.

Casermanero, M. (2008). La experiencia en gestión de la calidad en la provincia de Salta.

Revista de la Red de expertos Iberoamericanos en Calidad en la Administración Pública, 2, 14-17.

Contraloría General de la Republica, órgano superior del Sistema Nacional de Control, cautela el uso eficiente, eficaz y económico de los recursos www.contraloria.gob.pe/

Deming, E. (2000) “Out of crisis” The Mit Press: Cambridge.
EFQM. Fundación Europea para la Gestión de la Calidad. www.efqm.org.

Fundación Iberoamericana para la gestión de la calidad (FUNDIBEQ).
www.fundibeq.org. (Visitado 12-01-2011).

Hernández, Roberto Y Otros. (2000). Metodología de la Investigación 2ª Edición; Editorial Me Graw- Hill: México.

Juanes, B. Y Blanco, J. (2001). Modelos de calidad en la administración pública. Madrid: Galgano España y Díaz de Santos.

Sierra, Roberto. (1998). “Tesis Doctorales y Trabajos de Investigación Científica”; Edición 4ta; Editorial Trillas: México.

The Baldrige Model. www.baldrige.com/. (Visitado 10-01- 2011).
Ministerio De Salud. Resolución Ministerial 729-2003- SA/DM. La Salud Integral: Compromiso de todos- El Modelo de Atención Integral de Salud. Elaborado para el periodo 2002-2012.

Ministerio De Salud. Situación de Salud en el Perú. Indicadores Básicos Ministerio De Salud. Lineamientos de Política Sectorial para el Periodo 2002-2012. Lima. 2001.

Ministerio De Salud. Evaluación del proceso de implementación de la Estrategia de la Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia - AIEPI, en ámbitos de las direcciones de salud I - Callao y III Lima Norte (Ventanilla, Puente Piedra y Ancón 2007 - 2008). MINSa/OPS/USAID Lima. 2010.

Dirección Ejecutiva De Atención Integral De Salud. Atención Integral de Salud de la

niña y el niño. Dirección general de Salud de las personas. Gobierno del Perú - 2011.

Ministerio De Salud. Sistemas de la Calidad en Salud. Lima. 2001.

Vargas Melgarejo Luz María. Sobre el concepto de percepción. Centro de Información y Documentación Antropológica, Universidad Autónoma Metropolitana-Iztapalapa/Departamento de Atención a la Salud, Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco. ALTERIDADES, 1994.

www.buenastareas.com/.../Gestión-y...Municipal.../4459786.html

www.inicam.org.pe/.../InstrumentosdelaGestionMunicipal.PDF

A.C . A. M. (2012). Mejores Prácticas de Recursos Humanos en el Sector Público. México: Leto.

Ansoff, H. (1976). La Estrategia de la Empresa. Ediciones Universidad de Navarra.

Bueno, E. (Agosto de 1998:84). El capital Intangible como Clave Estratégica en la Competencia Actual. LIII.

BUENO, E., SALMADOR, M. P., & MERINO, C. (2008). Génesis, concepto y desarrollo del capital intelectual en la economía del conocimiento: (43-63 ed., Vol. 26). Madrid, España: Estudios de Economía Aplicada.

Castillo, E., & Vásquez, M. L. (2003). El Rigor Metodológico en la Investigación Cualitativa. Cali: Corporación Editora Médica del Valle.

Chiavenato, I. (2001). Administración, Teoría, Proceso y Práctica (Tercera ed.). Colombia: Mac Graw-Hill 2001.

Chiavenato, I. (2004). Gestión del Talento Humano. Mc Graw Hill. Chiavenato, I.

(2007). Talento Humano. México: Mc Graw Hill.

Civil, A. N. (2012). El Servicio Civil Peruano: Antecedentes, Marco Normativo Actual y Desafíos para la Reforma. Lima.

Davenport, T. (2000:39). Capital Humano. Barcelona: Gestión.

Drucker, P. (1987). Los Problemas del Éxito (1 ed., Vol. 1). Chicago: Academia de Gestión.

GRADE, G. d. (2010). Consultoría para el Estudio de Prácticas de Gestión de Recursos Humanos en Entidades Públicas. Lima.

Herzberg, F. (1959). La Teoría de la Motivación - Higiene. Cleveland: The World of Publishing Company.

Martínez, L. C. (05 al 08 de Octubre de 2010). XI Seminario Internacional de Alumnos del INAP de España. La Capacitación de Personal en el Sector Público Dominicano. Alcalá, Madrid, España.

Mayo, E. (1959). Problemas Humanos de una Civilización Industrial. Buenos Aires: Galatea - Nueva Visión.

Spenser, J.-C. (1996). El Conocimiento y la Empresa: Visión General (Vol. 17). Estratégico de Gestión.

Visión, S. P. (2014). Empleo y Política Salarial del Sector Público. Costa Rica: Academia de Centroamérica.

ANEXOS

ANEXO 1



MINISTERIO DE SALUD

SIS Seguro Integral de Salud

N° 173 -2013/SIS

RESOLUCIÓN JEFATURAL

Lima, 06 SEP 2013



VISTOS: El Informe N° 108-2013-SIS/OGPPDO del 21 de agosto de 2013 de la Oficina General de Planeamiento, Presupuesto y Desarrollo Organizacional, sobre propuesta de reordenamiento de las Unidades Desconcentradas Regionales (UDRs) de la Gerencia Macro Regional Centro Medio y sobre creación de UDRs en el ámbito de las Gerencias Macro Regionales Sur y Centro Medio del Seguro Integral de Salud y el Informe N° 021-2013-SIS/OGAJ de la Oficina General de Asesoría Jurídica;

CONSIDERANDO:



Que, mediante la Ley N° 27658, Ley Marco de la Modernización de la Gestión del Estado y modificatorias, se establecen principios y la base legal para iniciar el proceso de modernización del Estado;

Que, mediante la Ley N° 27657, Ley del Ministerio de Salud, se creó al Seguro Integral de Salud, como un Organismo Público Descentralizado, siendo calificado posteriormente como Organismo Público Ejecutor al amparo de la Ley N° 29158, Ley del Poder Ejecutivo, el Decreto Supremo N° 034-2008-PCM y a la actualización aprobada por el Decreto Supremo N° 058-2011-PCM, estando adscrito al Ministerio de Salud, constituyendo un Pliego Presupuestal, con autonomía técnica, funcional, económica, financiera y administrativa, que tiene como misión lograr la cobertura de aseguramiento universal en salud y asegurar la protección financiera y oportuna de su población objetivo, que permita recibir una prestación de servicios de salud de calidad y digna;

Que, mediante la Resolución Jefatural N° 095-95-INAP/DNR 10 de julio 1995, se aprueba la Directiva N° 001-95-INAP/DNR "Normas para la Formulación del Manual de Organización y Funciones" en el Sector Público;



Que, mediante las Resoluciones Ministeriales N° 603-2006/MINSA, 205-2009/MINSA y 317-2009/MINSA se aprobó y modificó, respectivamente, la Directiva N° 007-MINSA/OGPP - V.02, Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos Normativos de Gestión Institucional, la cual establece los criterios y procedimientos para la elaboración de los documentos de gestión, entre ellos el Manual de Organización y Funciones, en los organismos públicos del Ministerio de Salud;

Que, por Resolución Suprema N° 004-2013-SA – se aprueba el Cuadro para Asignación de Personal – CAP del Seguro Integral de Salud;



Que, mediante Resolución Jefatura N° 133-2013-SIS de fecha 23 de Julio de 2013, se aprobó el Manual de Organización y Funciones para los órganos del Seguro Integral de Salud, entre los que figuran las Gerencias Macro Regionales, consideradas como órganos desconcentrados del SIS;

Que, las Unidades Desconcentradas Regionales constituyen unidades funcionales del tercer nivel, asignadas a las Gerencias Macro Regionales en su condición de órganos desconcentrados, conforme a la estructura orgánica aprobada por el Decreto Supremo N° 011-2011-SA; siendo pasibles de creación, reubicación, fusión y supresión, de acuerdo a los Lineamientos de la Política Nacional del Estado Peruano y del Sector Salud, así como de acuerdo a los objetivos estratégicos del SIS, en el marco de la desconcentración de los servicios públicos del Estado Peruano;



Que, mediante el Memorando Circular N° 004-2013/SIS-OGPPDO de fecha 22 de enero de 2013, la Oficina General de Planeamiento, Presupuesto y Desarrollo Organizacional, ha solicitado a los órganos de línea y de apoyo, emitir opinión respecto de la propuesta de creación de una oficina de atención inmediata del usuario en Chimbote, teniendo en consideración diversos factores, entre

otros, de accesibilidad, distancias, carga de trabajo y mayor demanda de servicios que oferta en dicha jurisdicción el SIS, cuyas respuestas han sido evaluadas en el marco de la política de descentralización y de desconcentración que impulsa el Estado Peruano, teniendo en cuenta la Ley N° 29158 sobre reforma del Poder Ejecutivo, y sus normas complementarias, así como las normas sobre Transparencia y Acceso a la Información Pública, por lo que resulta conveniente la creación de una (1) UDR en dicho ámbito geográfico;

Que, del mismo modo la Oficina General de Planeamiento, Presupuesto y Desarrollo Organizacional ha evaluado la pertinencia de creación de dos (2) unidades desconcentradas regionales, en los ámbitos de las Gerencias Macro Regionales Sur y Centro Medio, con el propósito de fortalecer la capacidad de respuesta de los órganos desconcentrados del SIS, teniendo en consideración el incremento de la demanda de los servicios de cobertura de seguros de salud a cargo del SIS, el incremento de la producción de los servicios de atención a los asegurados y beneficiarios del SIS, así como los problemas identificados de accesibilidad, vías de comunicación entre las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud – IPRESS y el SIS en su condición de IAFAS pública, acción que permitirá optimizar la gestión y gerencia de los servicios que brinda el SIS a favor de los asegurados considerados en estado de pobreza y pobreza extrema;



Que, mediante Resolución Jefatural N° 152-2013/SIS de fecha 07 de agosto de 2013 se inició el proceso de implementación de la Gerencia Macro Regional Centro Medio, en el marco del proceso de operatividad del SIS como Institución Administradora de Fondos de Aseguramiento en Salud – IAFAS pública, estableciendo las unidades desconcentradas regionales que están bajo su supervisión;



Que, conforme al artículo 36 numeral 36.17 corresponde a las Gerencias Macro Regionales ejercer las funciones que le sean encomendadas por la Jefatura del SIS, entre ellas, las concernientes a la coordinación, supervisión, evaluación y monitoreo de los procesos y procedimientos vinculados al financiamiento de las atenciones de salud de los asegurados del SIS;

Que, con la finalidad de impulsar el proceso de modernización y reestructuración del Seguro Integral de Salud, como una Institución Administradora de Fondos de Aseguramiento en Salud – IAFAS pública, resulta necesario se autorice el reordenamiento y cambio de denominación de las UDRs de la Gerencia Macro Regional Centro Medio, solo en la parte correspondiente a aquellas que se encuentran dentro de la jurisdicción de Lima Metropolitana, para optimizar el desarrollo de los procesos y procedimientos desconcentrados a cargo de dicho órgano desconcentrado y las Unidades Desconcentradas Regionales UDRs bajo su administración, supervisión y control, considerando que se cuentan con los recursos humanos, tecnológicos y logísticos, para su adecuación funcional, lo que trae también como consecuencia la desactivación de la UDR Hospitales e Institutos Especializados y que la UDR Callao tenga dentro de su ámbito funcional al Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión ubicado en dicha Región; asimismo, es necesario se autorice la creación de tres (3) nuevas UDRs propuestas por la Oficina General de Planeamiento, Presupuesto y Desarrollo Organizacional; garantizándose que todas estas medidas no afecten los derechos de los trabajadores del SIS;



Con el visto bueno de la Secretaría General, de la Oficina General de Planeamiento, Presupuesto y Desarrollo Organizacional, de la Oficina General Administración de Recursos y con la opinión favorable de la Oficina General de Asesoría Jurídica;



De conformidad con lo dispuesto en el Reglamento de Organización y Funciones del Seguro Integral de Salud, aprobado mediante Decreto Supremo N° 011-2011-SA, Segunda Disposición Transitoria;

SE RESUELVE:

Artículo 1°.- Autorizar el reordenamiento y cambio de denominación de las Unidades Desconcentradas Regionales (UDRs) de la Gerencia Macro Regional Centro Medio, conforme al Anexo 1 de la presente Resolución Jefatural.

Artículo 2°.- Asignar a la Gerencia Macro Regional Centro Medio la coordinación, supervisión, evaluación y monitoreo de los procesos y procedimientos vinculados al financiamiento de las atenciones de salud de los asegurados del SIS, respecto de las unidades ejecutoras indicadas en el Anexo 2 de la presente Resolución Jefatural.





MINISTERIO DE SALUD

SIS Seguro Integral de Salud

Artículo 3°.- Autorizar la creación de tres (3) Unidades Desconcentradas Regionales – UDRs, en los ámbitos jurisdiccionales del SIS que a continuación se indica:

- La UDR Lima Metropolitana Norte, que tendrá dentro de su ámbito a las unidades ejecutoras a que se refiere el Anexo 1 de la presente Resolución Jefatural.
- La UDR Juliaca bajo la administración y el control de la Gerencia Macro Regional Sur.
- La UDR Santa (Chimbote) bajo la administración y el control de la Gerencia Macro Regional Centro Medio.



Artículo 4°.- Establecer la distribución territorial de las Unidades Desconcentradas Regionales de Ancash y Santa, así como de Puno y Juliaca, por unidad ejecutora bajo su ámbito, conforme al Anexo 3 de la presente Resolución Jefatural.

Artículo 5°.- Desactivar la Unidad Desconcentrada Regional Hospitales e Institutos Especializados.

Artículo 6°.- Incorporar dentro del ámbito de coordinación, supervisión, evaluación y monitoreo de los procesos y procedimientos vinculados al financiamiento de las atenciones de salud de los asegurados del SIS de la Unidad Desconcentrada Regional del Callao al Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión.



DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS FINALES

Primera.- A partir del 11 de setiembre de 2013 la Unidad Desconcentrada Regional Lima Región tendrá a su cargo la coordinación, supervisión, evaluación y monitoreo de los procesos y procedimientos vinculados al financiamiento de las atenciones de salud de los asegurados del SIS que se realicen en la Red de Salud Huarochiri.

Segunda.- A partir del 11 de setiembre de 2013 la Unidad Desconcentrada Regional Callao tendrá a su cargo la coordinación, supervisión, evaluación y monitoreo de los procesos y procedimientos vinculados al financiamiento de las atenciones de salud de los asegurados del SIS que se realicen en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión.



DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS TRANSITORIAS

Primera.- La Oficina General de Planeamiento, Presupuesto y Desarrollo Organizacional, en un plazo que no excederá de cuarenta y cinco (45) días hábiles contados a partir de la publicación de la presente Resolución, propondrá a la Alta Dirección del SIS la adecuación del Manual de Organización y Funciones en lo que corresponde a la implementación de lo dispuesto en la presente Resolución Jefatural.

Segunda.- La Oficina General de Administración de Recursos y la Oficina General de Planeamiento, Presupuesto y Desarrollo Organizacional, en un plazo que no excederá de treinta (30) días calendario contados a partir de la publicación de la presente Resolución, propondrán a la Alta Dirección del SIS el Plan de Implementación de las nuevas unidades desconcentradas regionales creadas en el artículo 3° de la presente Resolución Jefatural.

Dicho Plan comprenderá la dotación de local, recursos humanos, equipamiento y mobiliario, materiales y otros recursos que resulten necesarios, para su funcionamiento, de acuerdo a la factibilidad presupuestal del Seguro Integral de Salud, así como la fecha inicial de funcionamiento, la misma que se aprobará por Resolución Jefatural.

Tercera.- En tanto no se disponga el inicio del funcionamiento de las unidades desconcentradas regionales creadas en el artículo 3°, las unidades desconcentradas regionales Lima Metropolitana Centro, Puno y Ancash continuarán a cargo de la coordinación, supervisión, evaluación y monitoreo de los procesos y procedimientos vinculados al financiamiento de las atenciones de salud de los asegurados del SIS que se efectúen dentro de los establecimientos de salud indicados en el Anexo 3.




Cuarta.- La Secretaría General, a propuesta de la Oficina General de Administración de Recursos, dispondrá el desplazamiento del personal en función del reordenamiento aprobado, garantizando los derechos laborales de los trabajadores.



Regístrese, comuníquese y publíquese

PEDRO FIDEL GRILLO ROJAS
Jefe del Seguro Integral de Salud

ANEXO 2

 PERÚ Ministerio de Salud		Seguro Integral de Salud	
FORMATO UNICO DE ATENCION NUMERO DE FORMATO 220 - 11 - 0000001			
CODIGO E.S./EQUIPO AISPEP _____		NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO O EQUIPO AISPEP QUE REALIZA LA ATENCION _____	
RECONSIDERACION (*) <small>(*) HOMOLOGACION SIN PARA REGISTRO EN RPS</small>		RECONSIDERACION (*) <small>(*) HOMOLOGACION SIN PARA REGISTRO EN RPS</small>	
COMPONENTE SUBSIDIADO SEMI-SUBSIDIADO		TIPO FORMATO AFILIACION NUEVO ANTERIO	
CODIGO AFILIACION / INSCRIPCION BOJA NUMERO		IDENTIFICACION DNI N° DOCUMENTO	
CODIGO DE AFILIACION DE SEGURO (*) INSTITUCION CUBO SEGURO		<small>(*) Clasificación de afiliación de seguro</small>	
APELLIDO PATERNO _____		APELLIDO MATERNO _____	
PRIMER NOMBRE _____		OTROS NOMBRES _____	
FECHA DE NACIMIENTO DIA MES AÑO		SEXO MASCULINO FEMENINO	
FECHA DE ATENCION DIA MES AÑO		HORA _____	
PERSONAL QUE ATIENDE DEL ESTABLECIMIENTO USUARIO EQ AISPEP		CODIGO DE PREVENCIÓN _____	
LEGAR DE ATENCION INTRAMURAL EXTRAMURAL		N° DE HISTORIA CLINICA _____	
CONCEPTO PRESTACIONAL ATENCION DIRECTA ENFERMEDAD ALTO COSTO CASO ESPECIAL		CONCEPTO PRESTACIONAL N° DE AUTORIZACION MOTIVO	
FECHA DE PARTO DIA MES AÑO		SEPELIDO TRAMITADO	
DESTINO DEL ASEGURADO ALTA CITADO		FECHA DE INGRESO DIA MES AÑO	
REFERIDO EMERGENCIA CONSULTA EXTERNA APOYO AL DIAGNOSTICO		FECHA DE ALTA DIA MES AÑO	
CONTRAREFERIDO FALLECIDO		HOSPITALIZACION DIA MES AÑO	
CODIGO DEL E.S. _____		E.S. AL QUE SE REFIERE CONTRAREFERIR _____	
N° BOJA DE REF. CONTRAREFERIR _____		SERVICIOS PREVENTIVOS CPN (N°) _____ EDAD GEST (MES) _____ ALTURA (CM) _____ P.A. (mmHg) _____ PNEUMONIA (N°) _____ LAXIS (N°) _____ AMBROSIO (N°) _____ OXTOCIPA (N°) _____	
CONSEJERIA REPRODUCTIVA (N°) _____ CONSEJERIA PP.PP. (N°) _____ PROFILAXIS OCULAR (N°) _____ ADMINIST. SUPL. NUTR. (N°) _____		VACUNAS N° BOMBAS BCG _____ DTP2 _____ APOI _____ ASA _____ SPB _____ BIVB _____	
ADMINIST. SUPL. NUTR. (N°) _____ CONTROL DE PUERPERIO (N°) _____		DIAGNOSTICOS DEM. SUPLEN 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____	
DI INGRESO TIPO DA CH - 19		DI EGRESO CH - 19 TIPO	
N° DNI _____		NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCION _____	
N° COLEGIATURA _____		RESPONSABLE DE LA ATENCION _____	
ESPECIALIDAD _____		ESPECIALIDAD _____	
FECHA DEL AFILIADO O USUARIO _____		FECHA DEL AFILIADO O USUARIO _____	



MINISTERIO DE SALUD

SIS Seguro Integral de Salud

N° 002-2014/SIS

RESOLUCION JEFATURAL

Lima, 27 MAR. 2014

Vistos, el Informe N° 010-2014-SIS-GNF/CRB-ARC-NLP con Proveído N° 58-2014-SIS/GNF de la Gerencia de Negocios y Financiamiento y el Informe N° 021-2013-SIS/OGAJ-EBH con Proveído N° 144-2014-SIS/OGAJ de la Oficina General de Asesoría Jurídica; y,

CONSIDERANDO:

Que, el Seguro Integral de Salud es un Organismo Público Ejecutor del Ministerio de Salud, conforme a la calificación otorgada por el Decreto Supremo N° 034-2008-PCM en el marco de la Ley N° 29158, Ley Orgánica del Poder Ejecutivo y a la actualización dispuesta por el Decreto Supremo N° 058-2011-PCM, asimismo, se constituye en un Pliego Presupuestal, con autonomía técnica, funcional, económica, financiera y administrativa;



Que, conforme a lo dispuesto en el artículo 6° del Decreto Legislativo N° 1158, Decreto Legislativo que Dispone Medidas Destinadas al Fortalecimiento y Cambio de Denominación de la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud, el Seguro Integral de Salud es una Institución Administradora de Fondos de Aseguramiento en Salud, por lo cual recibe, capta y/o gestiona fondos para la cobertura de las atenciones de salud o que oferten cobertura de riesgos de salud, bajo cualquier modalidad;



Que, la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, establece el marco Normativo del Aseguramiento Universal en Salud, a fin de garantizar el derecho pleno y progresivo de toda persona a la seguridad social en salud, así como normar el acceso y las funciones de regulación, financiamiento, prestación y supervisión del aseguramiento;



Que, el numeral 2.2 del artículo 2° del Decreto Ley 1163, Decreto Legislativo que aprueba Disposiciones para el Fortalecimiento del Seguro Integral de Salud, dispone que el Seguro Integral de Salud (SIS) se encuentra facultado para administrar los recursos para el financiamiento de las intervenciones de la cartera de salud pública bajo criterios determinados por el Ministerio de Salud;



Que, asimismo, el artículo 4° del citado Decreto Legislativo establece que la transferencia de fondos que efectúe el Seguro Integral de Salud requiere la suscripción obligatoria de un convenio, pudiendo tener una duración de hasta tres (3) años renovables y establecerse en los mismos diferentes modalidades y mecanismos de pago. Asimismo se indica que podrá reconocerse el costo integral de la prestación;



Que, el artículo 3° del Decreto Supremo N° 007-2012-SA, que autoriza al Seguro Integral de Salud la sustitución del Listado Priorizado de Intervenciones Sanitarias (LPIS) por el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS), dispone que el Seguro Integral de Salud en su calidad de Institución Administradora de Fondos de Aseguramiento en Salud – IAFAS, establecerá un sistema de tarifas y mecanismos de pago en el marco de los convenios de común acuerdo suscritos con las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud – IPRESS o de las normas legales vigentes, para lo cual el Ministerio de Salud establece los parámetros de negociación para la celebración de los convenios;



Que, mediante Resolución Ministerial N° 991-2012/MINSA se aprobó los parámetros de negociación

para la celebración de convenios entre el Seguro Integral de Salud y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) públicas, estableciendo en el artículo 1° que los parámetros de negociación son los términos de referencia que serán tomados en cuenta para la celebración de los convenios entre el Seguro Integral de Salud, en su calidad de IAFAS y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) públicas y comprenden los siguientes elementos básicos: el Coeficiente de Ajuste de Riesgo, el mecanismo de pago, las tarifas y/o costos involucrados en la prestación y las metas y resultados nacionales y regionales;



Que, asimismo, el artículo 4° de la citada Resolución Ministerial dispone que para la negociación de los convenios se deberá tomar en cuenta las tarifas o costos involucrados en la prestación, en el marco de la normatividad vigente;

Que, el artículo 33° del Reglamento de Organizaciones y Funciones del Seguro Integral de Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 011-2011-SA, establece que la Gerencia de Negocios y Financiamiento es el órgano de línea responsable de planear, organizar, dirigir, controlar la gestión de los procesos de negocios (compra – venta) de aseguramiento del SIS, así como de la gestión financiera de los diferentes seguros que brinde el SIS, estando a cargo de la administración de los procedimientos de la recaudación, inversiones y rentabilidad de los fondos del SIS, teniendo como una de sus funciones, proponer normas técnicas en el ámbito de su competencia funcional;



Que, mediante el documento de vistos, la Gerencia de Negocios y Financiamiento propone la aprobación del Tarifario de Procedimientos Médicos Quirúrgicos y Estomatológicos (PME), el mismo que se ha formulado en base a la Consultoría "Costeo y Actualización del Maestro de Procedimientos Hospitalarios para el SIS" financiada por PARSALUD, asimismo, mediante Oficio Circular N° 006-2013-SIS/J y Memorando Circular N° 026-2013-SIS/J se socializó la propuesta a los establecimientos de salud (Hospitales e Institutos Especializados) y se consignó en el portal web del SIS en la sección "Documentos en Consulta". Los documentos de respuesta y observaciones fueron analizados y consolidados en la propuesta final;

Que, de otro lado el informe consigna que la tarifa tiene como componente el 100% de los costos del instrumental e insumos que componen la estructura de costos y un cargo operativo, con la finalidad de equilibrar los gastos que realiza el prestador en una prestación de salud brindada, no obstante ello, el tarifario no reconoce el 100% del costo de la prestación dado que el prestador cuanta con otras fuentes de financiamiento, ni incluye los dispositivos médicos especializados los cuales se reconocerán complementariamente cuando corresponda;



Que, en ese marco resulta pertinente aprobar el tarifario propuesto;

Con el visto bueno de la Secretaría General, de la Gerencia de Negocios y Financiamiento, de la Gerencia de Riesgos y Evaluación de Prestaciones, de la Oficina General de Tecnología de la Información y con la opinión favorable de la Oficina General de Asesoría Jurídica; y



De conformidad a lo establecido en el Decreto Legislativo N° 1163, Decreto Legislativo que aprueba Disposiciones para el Fortalecimiento del Seguro Integral de Salud, el Decreto Supremo N° 007-2012-SA y el numeral 11.8 del artículo 11° del Reglamento de Organización y Funciones del Seguro Integral de Salud, aprobado mediante Decreto Supremo N° 011-2011-SA;

Ceg

SE RESUELVE:

Artículo 1°.- Aprobar el Tarifario de Procedimientos Médicos Quirúrgicos y Estomatológicos (PME) del Seguro Integral de Salud, que en Anexo 1 forma parte integrante de la presente Resolución Jefatural.



Artículo 2°.- El Tarifario de Procedimientos Médicos Quirúrgicos y Estomatológicos (PME) aprobado sirve de base para los convenios de común acuerdo que se suscriban con las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud – IPRESS públicas, de conformidad con los parámetros de negociación aprobados por el Ministerio de Salud.

Artículo 3°.- Facultar a la Gerencia de Negocios y Financiamiento a establecer excepcionalmente tarifas distintas a las aprobadas en la presente Resolución Jefatural, en los casos en que comprobadamente el tarifario aprobado no cubra la estructura de costos sustentada por la institución prestadora de servicios de salud – IPRESS pública y previa aprobación de la codificación y composición cuali-cuantitativa del procedimiento médico quirúrgico y estomatológico por parte de la Gerencia de Riesgos y Evaluación de las Prestaciones.



Asimismo, no será aplicable en aquellos casos en los cuales el Seguro Integral de Salud reconozca el costo integral de la prestación.

Artículo 4°.- Encargar a la Secretaría General, la publicación de la presente Resolución en el Diario Oficial "El Peruano" y a la Oficina General de Tecnología de la Información la difusión en el portal institucional del Seguro Integral de Salud del texto de la presente Resolución Jefatural y su Anexo.



Regístrese, Comuníquese y Publíquese;




JULIO SEGUNDO ACOSTA POLO
Jefe del Seguro Integral de Salud (e)





ANEXO 4



MINISTERIO DE SALUD

SIS Seguro Integral de Salud

N° 139 - 2014/SIS

RESOLUCIÓN JEFATURAL

Lima, 23 JUN. 2014



Vistos, el Informe N° 08-2014-SIS-GNF-MLPN con Provelido N° 137-2014-SIS/GNF de la Gerencia de Negocios y Financiamiento y el Informe N° 074-2014-SIS/OGAJ-EBH con Provelido N° 332-2014-SIS/OGAJ de la Oficina General de Asesoría Jurídica; y,

CONSIDERANDO:



Que, el Seguro Integral de Salud es un Organismo Público Ejecutor del Ministerio de Salud, conforme a la calificación otorgada por el Decreto Supremo N° 034-2008-PCM en el marco de la Ley N° 29158, Ley Orgánica del Poder Ejecutivo y a la actualización dispuesta por el Decreto Supremo N° 058-2011-PCM, asimismo, se constituye en un Pliego Presupuestal, con autonomía técnica, funcional, económica, financiera y administrativa;

Que, conforme a lo dispuesto en el artículo 6° del Decreto Legislativo N° 1158, Decreto Legislativo que Dispone Medidas Destinadas al Fortalecimiento y Cambio de Denominación de la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud, el Seguro Integral de Salud es una institución administradora de fondos de aseguramiento en salud, por lo cual recibe, capta y/o gestiona fondos para la cobertura de las atenciones de salud o que oferten cobertura de riesgos de salud, bajo cualquier modalidad;

Que, la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, establece el marco normativo del Aseguramiento Universal en Salud, a fin de garantizar el derecho pleno y progresivo de toda persona a la seguridad social en salud, así como normar el acceso y las funciones de regulación, financiamiento, prestación y supervisión del aseguramiento;

Que, el numeral 2.2 del artículo 2° del Decreto Legislativo N° 1163, Decreto Legislativo que aprueba Disposiciones para el Fortalecimiento del Seguro Integral de Salud, dispone que el Seguro Integral de Salud se encuentra facultado para administrar los recursos para el financiamiento de las intervenciones de la cartera de salud pública bajo criterios determinados por el Ministerio de Salud;

Que, el artículo 4° del citado Decreto Legislativo establece que la transferencia de fondos que efectúe el Seguro Integral de Salud requiere la suscripción obligatoria de un convenio, pudiendo tener una duración de hasta tres (3) años renovables y establecerse en los mismos, diferentes modalidades y mecanismos de pago. Asimismo se indica que podrá reconocerse el costo integral de la prestación;



Que, el artículo 3° del Decreto Supremo N° 007-2012-SA dispone que el Seguro Integral de Salud, en su calidad de Institución Administradora de Fondos de Aseguramiento en Salud - IAFAS, establecerá un sistema de tarifas y mecanismos de pago en el marco de los convenios de común acuerdo suscritos con las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPRESS o de las normas legales vigentes, para lo cual el Ministerio de Salud establece los parámetros de negociación para la celebración de los convenios;



Que, la Resolución Ministerial N° 991-2012/MINSA aprobó los parámetros de negociación para la celebración de convenios entre el Seguro Integral de Salud y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPRESS públicas, estableciendo en el artículo 1° que los parámetros de negociación son los términos de referencia que serán tomados en cuenta para la celebración de los convenios entre el Seguro Integral de Salud, en su calidad de IAFAS y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPRESS públicas y comprenden los siguientes elementos





básicos: el Coeficiente de Ajuste de Riesgo, el mecanismo de pago, las tarifas y/o costos involucrados en la prestación y las metas y resultados nacionales y regionales;

Que, asimismo, el artículo 4º de la citada Resolución Ministerial dispone que para la negociación de los convenios se deberá tomar en cuenta las tarifas o costos involucrados en la prestación, en el marco de la normatividad vigente;



Que, el artículo 33º del Reglamento de Organización y Funciones del Seguro Integral de Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 011-2011-SA, establece que la Gerencia de Negocios y Financiamiento es el órgano de línea responsable de planear, organizar, dirigir, controlar la gestión de los procesos de negocios (compra - venta) de aseguramiento del SIS, así como de la gestión financiera de los diferentes seguros que brinda el SIS, estando a cargo de la administración de los procedimientos de la recaudación, inversiones y rentabilidad de los fondos del SIS, teniendo como una de sus funciones, proponer normas técnicas en el ámbito de su competencia funcional;

Que, mediante el documento de vistos, la Gerencia de Negocios y Financiamiento propone la aprobación del Tarifario de Tomografías Espirales Multicortes, Resonancias Magnéticas, Sedaciones y Tomografías Axiales Computarizadas, el mismo que se ha formulado en base a los talleres realizados con los establecimientos de Lima, en el marco de los Convenios de Gestión para el Financiamiento de las Prestaciones bajo el Mecanismo de Pago por Pre liquidación; asimismo, mediante Oficio Circular N° 02-2014-SIS/J y Memorando Circular N° 12-2014-SIS/J se socializó la propuesta a los establecimientos de salud (Hospitales e Institutos Especializados) y se consignó en el portal web del SIS en la sección "Documentos en Consulta". Los documentos de respuesta y observaciones fueron analizados y consolidados en la propuesta final;

Que, de otro lado el Informe consigna que la tarifa tiene como componente el 100% de los costos del instrumental e insumos que componen la estructura de costos y un cargo operativo, con la finalidad de equilibrar los gastos que realiza el prestador en una prestación de salud brindada, no obstante ello, el tarifario no reconoce el 100% del costo de la prestación, dado que el prestador cuenta con otras fuentes de financiamiento, ni incluye contraste, jeringa perfusora, anestésico y filtro antibacteriano, los cuales se reconocerán complementariamente cuando corresponda;

Que, en ese marco resulta pertinente aprobar el tarifario propuesto;



Con el visto bueno de la Secretaría General, de la Gerencia de Negocios y Financiamiento, de la Gerencia de Riesgos y Evaluación de las Prestaciones, de la Oficina General de Tecnología de la Información y con la opinión favorable de la Oficina General de Asesoría Jurídica; y



De conformidad a lo establecido en el Decreto Legislativo N° 1163, Decreto Legislativo que aprueba Disposiciones para el Fortalecimiento del Seguro Integral de Salud, el Decreto Supremo N° 007-2012-SA y el numeral 11.8 del artículo 11º del Reglamento de Organización y Funciones del Seguro Integral de Salud, aprobado mediante Decreto Supremo N° 011-2011-SA;

SE RESUELVE:

Artículo 1º.- Aprobar el Tarifario de Tomografías Espirales Multicortes, Resonancias Magnéticas, Sedaciones y Tomografías Axiales Computarizadas (TAC) del Seguro Integral de Salud, que en Anexo forma parte integrante de la presente Resolución Jefatural.



Artículo 2º.- El Tarifario de Tomografías Espirales Multicortes, Resonancias Magnéticas, Sedaciones y Tomografías Axiales Computarizadas (TAC), aprobado en el artículo precedente, se integra al Tarifario de Procedimientos Médicos Quirúrgicos y Estomatológicos (PME), aprobado con Resolución Jefatural N° 082-2014/SIS, los mismos que sirven de base para los convenios de común acuerdo que se suscriban con las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPRESS públicas, de conformidad con los parámetros de negociación aprobados por el Ministerio de Salud.



Artículo 3°.- Facultar a la Gerencia de Negocios y Financiamiento a establecer excepcionalmente tarifas distintas a las aprobadas en la presente Resolución Jefatural, en los casos en que comprobadamente el tarifario aprobado no cubra la estructura de costos sustentada por la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPRESS pública y previa aprobación de la codificación y composición cuali-cuantitativa del procedimiento médico quirúrgico y estomatológico por parte de la Gerencia de Riesgos y Evaluación de las Prestaciones.



Asimismo, no será aplicable en aquellos casos en los cuales el Seguro Integral de Salud reconozca el costo integral de la prestación y/o haya celebrado un Convenio, hasta su vencimiento.

Artículo 4°.- Encargar a la Secretaría General, la publicación de la presente Resolución en el Diario Oficial "El Peruano" y a la Oficina General de Tecnología de la Información la difusión en el portal Institucional del Seguro Integral de Salud de la presente Resolución Jefatural y su Anexo.

Regístrese, Comuníquese y Publíquese,

PEDRO FIDEL GRILLO ROJAS
Jefe del Seguro Integral de Salud



Anexo
TARIFARIO DE TOMOGRAFÍAS ESPIRALES MULTICORTES, RESONANCIAS MAGNÉTICAS, SEDACIONES Y TOMOGRAFÍAS
AXIALES COMPUTARIZADAS

N°	CODIGO	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	TARIFA	
			UNIVEL	BIUNIVEL
TOMOGRAFÍAS ESPIRALES MULTICORTES				
1	75194	TEM ABDOMEN INFERIOR CON CONTRASTE	272.57	275.56
2	7219201	TEM ABDOMEN INFERIOR SIN CONTRASTE	159.27	161.82
3	7417001	TEM ABDOMEN SUPERIOR CON CONTRASTE	272.57	275.56
4	7415001	TEM ABDOMEN SUPERIOR SIN CONTRASTE	159.27	161.82
5	72192	TEM PELVIS OSEA SIN CONTRASTE	168.31	170.82
6	70460	TEM CEREBRO CON CONTRASTE	256.56	259.30
7	70450	TEM CEREBRO SIN CONTRASTE	158.43	160.82
8	7320204	TEM CODO CON CONTRASTE	311.38	314.47
9	7320004	TEM CODO SIN CONTRASTE	168.31	170.82
10	72127	TEM COLUMNA CERVICAL CON CONTRASTE	323.33	326.47
11	72125	TEM COLUMNA CERVICAL SIN CONTRASTE	168.31	170.82
12	72130	TEM COLUMNA DORSAL CON CONTRASTE	311.41	314.49
13	72128	TEM COLUMNA DORSAL SIN CONTRASTE	168.31	170.82
14	72133	TEM COLUMNA LUMBO-SACRA CON CONTRASTE	311.41	314.49
15	7213101	TEM COLUMNA LUMBO-SACRA SIN CONTRASTE	168.31	170.82
16	7213102	TEM COLUMNA SACRO-COXIS SIN CONTRASTE	168.31	170.82
17	70492	TEM CUELLO CON CONTRASTE	265.86	268.62
18	7049001	TEM CUELLO SIN CONTRASTE	167.47	169.83
19	7320206	TEM HOMBRO CON CONTRASTE	302.02	305.08
20	7320006	TEM HOMBRO SIN CONTRASTE	168.31	170.82
21	70488	TEM MACIZO FACIAL CON CONTRASTE	311.38	314.46
22	70486	TEM MACIZO FACIAL SIN CONTRASTE	168.31	170.82
23	7320201	TEM MANO CON CONTRASTE	311.38	314.47
24	7320001	TEM MANO SIN CONTRASTE	168.31	170.82
25	7320202	TEM MUÑECA CON CONTRASTE	311.38	314.46
26	7320002	TEM MUÑECA SIN CONTRASTE	168.31	170.82
27	7048201	TEM OIDO EXTERNO, MEDIO O INTERNO CON CONTRASTE	280.74	283.55
28	7048001	TEM OIDO EXTERNO, MEDIO O INTERNO SIN CONTRASTE	158.08	160.42
29	7048202	TEM ORBITA CON CONTRASTE	278.92	283.03
30	7048003	TEM ORBITA SIN CONTRASTE	158.92	161.40
31	7370201	TEM PIE CON CONTRASTE	316.92	320.04
32	7370001	TEM PIE SIN CONTRASTE	168.31	170.82
33	7370204	TEM RODILLA CON CONTRASTE	311.38	314.46
34	7370004	TEM RODILLA SIN CONTRASTE	168.31	170.82
35	7048203	TEM SENOS PARANASALES CON CONTRASTE	301.99	305.05
36	7048004	TEM SENOS PARANASALES SIN CONTRASTE	172.98	175.38
37	7370202	TEM TOBILLO CON CONTRASTE	311.41	314.49
38	7370002	TEM TOBILLO SIN CONTRASTE	169.05	171.70
39	7320205	TEM DE BRAZO CON CONTRASTE	311.41	314.49
40	7320005	TEM DE BRAZO SIN CONTRASTE	168.31	170.82
41	7320203	TEM DE ANTEBRAZO CON CONTRASTE	311.41	314.49
42	7320003	TEM DE ANTEBRAZO SIN CONTRASTE	168.31	170.82
43	7370005	TEM DE MUSLO SIN CONTRASTE	168.31	170.82
44	7370205	TEM DE MUSLO CON CONTRASTE	311.41	314.49
45	7370003	TEM DE PIERNA SIN CONTRASTE	168.31	170.82
46	7370203	TEM DE PIERNA CON CONTRASTE	311.41	314.49
47	71270	TEM TORAX CON CONTRASTE	271.38	274.16
48	7125001	TEM TORAX SIN CONTRASTE	158.42	160.81



Anexo
TARIFARIO DE TOMOGRAFÍAS ESPIRALES MULTICORTES, RESONANCIAS MAGNÉTICAS, SEDACIONES Y TOMOGRAFÍAS AXIALES COMPUTARIZADAS

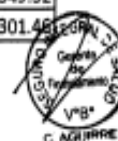
N°	CODIGO	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	TARIFA S/.	
			II NIVEL	III NIVEL
49	7048002	TEM DE FOSA POSTERIOR SIN MATERIAL DE CONTRASTE	158.92	161.40
50	7048204	TEM DE SILLA TURCA CON MATERIAL DE CONTRASTE	278.92	283.03
51	7048005	TEM DE SILLA TURCA SIN MATERIAL DE CONTRASTE	158.92	161.40
52	7441501	UROTOMOGRAFIA (UROTUM) CON CONTRASTE	427.22	431.21
53	7441502	UROTOMOGRAFIA (UROTUM) SIN CONTRASTE	211.44	214.39
54	76375	TEM RECONSTRUCCION TRIDIMENSIONAL EN GENERAL	131.25	133.97
55	73206	ANGIOTEM DE EXTREMIDAD SUPERIOR CON CONTRASTE	452.33	456.63
56	75635	ANGIOTEM AORTA ABDOMINAL	469.24	473.67
57	7560501	ANGIOTEM AORTA TORAXICA	413.50	418.35
58	7125002	ANGIOTEM CARDIACA	437.20	442.94
59	7049002	ANGIOTEM CUELLO (CAROTIDA)	387.20	391.90
60	70496	ANGIOTEM CEREBRAL	383.70	388.43
61	73706	ANGIOTEM EXTREMIDADES INFERIORES	452.33	456.63
62	74150	TEM DE ABDOMEN COMPLETO SIN CONTRASTE	168.26	173.45
63	74170	TEM DE ABDOMEN COMPLETO CON CONTRASTE	283.41	287.20
64	71275	ANGIOTEM DE TORAX NO CORONARIA	385.80	388.43
TOMOGRAFÍAS AXIALES COMPUTARIZADAS				
1	70450	Tomografía axial computarizada de cerebro; sin material de contraste	160.00	160.00
2	72125	Tomografía axial computarizada, columna vertebral cervical; sin material de contraste	160.00	160.00
3	70486	Tomografía axial computarizada de zona máxilofacial sin material de contraste	160.00	160.00
4	70490	Tomografía axial computarizada, tejido blando del cuello; sin material de contraste	160.00	160.00
5	71250	Tomografía axial computarizada de tórax; sin material de contraste	160.00	160.00
6	72192	Tomografía axial computarizada de pelvis; sin material de contraste	160.00	160.00
7	74150	Tomografía axial computarizada de abdomen sin material de contraste	160.00	160.00
8	70480	Tomografía axial computarizada de órbita, silla turca o fosa posterior, u oído externo, medio o interno sin material de contraste	160.00	160.00
9	73200	Tomografía axial computarizada, extremidad superior; sin material de contraste	160.00	160.00
10	73700	Tomografía axial computarizada de miembro inferior sin material de contraste	160.00	160.00
RESONANCIAS MAGNETICAS				
1	7055101	RM CEREBRO SIN CONTRASTE	298.74	301.46
2	7055301	RM CEREBRO CON CONTRASTE	346.25	349.32
3	7054001	RM ORBITA SIN CONTRASTE	296.77	299.28
4	7054301	RM ORBITA CON CONTRASTE	346.25	349.32
5	7054004	RM OIDO SIN CONTRASTE	298.74	301.46
6	7054304	RM OIDO CON CONTRASTE	346.25	349.32
7	7054003	RM MACIZO FACIAL SIN CONTRASTE	298.74	301.46
8	7054303	RM MACIZO FACIAL CON CONTRASTE	346.25	349.32
9	7054002	RM CUELLO SIN CONTRASTE	298.74	301.46
10	7054302	RM CUELLO CON CONTRASTE	342.21	349.32
11	7033601	RM ARTICULACION TEMPORO MANDIBULAR SIN CONTRASTE	296.33	301.46

Gerente de Diagnóstico
 C. AGUIRRE

Anexo

TARIFARIO DE TOMOGRAFÍAS ESPIRALES MULTICORTES, RESONANCIAS MAGNÉTICAS, SEDACIONES Y TOMOGRAFÍAS AXIALES COMPUTARIZADAS

N°	CODIGO	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	TARIFA/S	
			I NIVEL	II NIVEL
12	7033602	RM ARTICULACION TEMPORO MANDIBULAR CON CONTRASTE	342.21	349.32
13	7055102	RM HIPOFISIS SIN CONTRASTE	296.33	301.46
14	7055302	RM HIPOFISIS CON CONTRASTE	342.21	349.32
15	7155002	RM MEDIASTINO SIN CONTRASTE	296.33	301.46
16	7155202	RM MEDIASTINO CON CONTRASTE	342.21	349.32
17	7155001	RM PARED TORAXICA SIN CONTRASTE	296.33	301.46
18	7155201	RM PARED TORAXICA CON CONTRASTE	342.21	349.32
19	7418101	RM ABDOMEN SUPERIOR SIN CONTRASTE	296.33	301.46
20	7418301	RM ABDOMEN SUPERIOR CON CONTRASTE	342.21	349.32
21	7418102	RM ABDOMEN INFERIOR SIN CONTRASTE	296.33	301.46
22	7418302	RM ABDOMEN INFERIOR CON CONTRASTE	342.21	349.32
23	7430501	RM COLANGIORESONANCIA SIN CONTRASTE	296.33	301.46
24	7430502	RM COLANGIORESONANCIA CON CONTRASTE	342.21	349.32
25	7440001	RM URORESONANCIA SIN CONTRASTE	296.33	301.46
26	7440002	RM URORESONANCIA CON CONTRASTE	342.21	349.32
27	7828101	RM ENTEROGRAFIA CON CONTRASTE	342.21	349.32
28	72141	RM COLUMNA CERVICAL SIN CONTRASTE	296.33	301.46
29	72142	RM COLUMNA CERVICAL CON CONTRASTE	342.21	349.32
30	72146	RM COLUMNA DORSAL SIN CONTRASTE	296.33	301.46
31	72147	RM COLUMNA DORSAL CON CONTRASTE	342.21	349.32
32	72148	RM COLUMNA LUMBO- SACRO SIN CONTRASTE	296.33	301.46
33	72149	RM COLUMNA LUMBO- SACRO CON CONTRASTE	342.21	349.32
34	7215601	RM COLUMNA ARTICULACION SACROILIACA SIN CONTRASTE	296.33	301.46
35	7215602	RM COLUMNA ARTICULACION SACROILIACA CON CONTRASTE	342.21	349.32
36	7322103	RM HOMBRO SIN CONTRASTE	296.33	301.46
37	7322303	RM HOMBRO CON CONTRASTE	342.21	349.32
38	7321802	RM ANTEBRAZO SIN CONTRASTE	296.33	301.46
39	7322002	RM ANTEBRAZO CON CONTRASTE	342.21	349.32
40	7321803	RM BRAZO SIN CONTRASTE	296.33	301.46
41	7322003	RM BRAZO CON CONTRASTE	342.21	349.32
42	7322102	RM CODO SIN CONTRASTE	296.33	301.46
43	7322302	RM CODO CON CONTRASTE	342.21	349.32
44	7322101	RM MUÑECA SIN CONTRASTE	296.33	301.46
45	7322301	RM MUÑECA CON CONTRASTE	342.21	349.32
46	7321801	RM MANO SIN CONTRASTE	296.33	301.46
47	7322001	RM MANO CON CONTRASTE	342.21	349.32
48	7321804	RM PLEXO BRAQUEAL SIN CONTRASTE	296.33	301.46
49	7322004	RM PLEXO BRAQUEAL CON CONTRASTE	342.21	349.32
50	7372103	RM CADERAS SIN CONTRASTE	296.33	301.46
51	7372303	RM CADERAS CON CONTRASTE	342.21	349.32
52	7371803	RM MUSLO SIN CONTRASTE	296.33	301.46
53	7372003	RM MUSLO CON CONTRASTE	342.21	349.32
54	7372102	RM RODILLA SIN CONTRASTE	296.33	301.46
55	7372302	RM RODILLA CON CONTRASTE	342.21	349.32
56	7371802	RM PIERNA SIN CONTRASTE	296.33	301.46
57	7372002	RM PIERNA CON CONTRASTE	342.21	349.32
58	7372101	RM TOBILLO SIN CONTRASTE	296.33	301.46
59	7372301	RM TOBILLO CON CONTRASTE	342.21	349.32
60	7371801	RM PIE SIN CONTRASTE	296.33	301.46



Anexo

TARIFARIO DE TOMOGRAFÍAS ESPIRALES MULTICORTES, RESONANCIAS MAGNÉTICAS, SEDACIONES Y TOMOGRAFÍAS AXIALES COMPUTARIZADAS

N°	CODIGO	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	TARIFA S/.	
			II NIVEL	III NIVEL
61	7372001	RM PIE CON CONTRASTE	342.21	349.32
62	76093	RM MAMA CON CONTRASTE	342.21	349.32
63	76393	RM BIOPSIA DE MAMA GUIADA POR RESONANCIA	296.33	301.46
64	7555201	RM CORAZON MORFOLOGICO SIN CONTRASTE	441.01	451.37
65	75553	RM CORAZON MORFOLOGICO CON CONTRASTE	433.26	441.79
66	7555401	RM CORAZON FUNCIONAL CON CONTRASTE	433.26	441.79
67	7555202	RM CORONARIAS	463.35	473.08
68	75556	RM MAPEO DE VELOCIDAD DE FLUJO DE GRANDES ARTERIAS	296.33	301.46
69	70544	RM ANGIOGRAFIA CEREBRAL CON TIEMPO VUELO (SIN CONTRASTE)	371.77	376.90
70	70546	RM ANGIOGRAFIA CEREBRAL CON CONTRASTE	508.33	514.75
71	70549	RM ANGIOGRAFIA CAROTIDAS	508.33	514.75
72	7574301	RM ANGIOGRAFIA DE VASOS TORAXICOS PULMONARES	508.33	514.75
73	7560001	RM ANGIOGRAFIA DE AORTA TORAXICA	508.33	514.75
74	7562501	RM ANGIOGRAFIA DE AORTA ABDOMINAL	508.33	514.75
75	7219801	RM ANGIOGRAFIA RENAL	508.33	514.75
76	73225	RM ANGIOGRAFIA MIEMBROS SUPERIORES	539.80	548.05
77	73725	RM ANGIOGRAFIA MIEMBROS INFERIORES	539.80	548.05
78	7582001	RM ANGIOGRAFIA VENOGRAFIA	539.80	548.05
79	7055103	DIFUSION CEREBRAL	281.82	284.91
80	7055104	PERFUSION CEREBRAL	306.46	310.38
81	7055105	TRACTOGRAFIA	351.55	356.71
82	76390	ESPECTROSCOPIA	281.82	284.91
83	70555	ENCEFALO FUNCIONAL	281.82	284.91
SEDACIONES PARA TOMOGRAFÍAS Y RESONANCIAS				
1	9914101	PAQUETE SEDACION PARA TEM (VIA INHALATORIA)	48.78	49.85
2	9914102	PAQUETE SEDACION PARA TEM (VIA ENDOVENOSA)	41.00	42.06
3	9914103	PAQUETE SEDACION PARA RESONANCIA MAGNETICA (VIA INHALATORIA)	54.37	56.50
4	9914104	PAQUETE SEDACION PARA RESONANCIA MAGNETICA (VIA ENDOVENOSA)	58.25	60.40

Nota:

- Las Tarifas de Tomografías Espirales Multicortes, no incluyen el contraste ni la jeringa perfusora, los mismos que deberán registrarse en el sistema SIASIS/ARFISIS como Pago por Consumo
- Las Tarifas de Resonancias Magnéticas, no incluyen el contraste, el mismo que deberá registrarse en el sistema SIASIS/ARFISIS como Pago por Consumo
- Las Tarifas de las Sedaciones, no incluyen los Filtros antibacterianos respiratorios p/ equipo de anestesia ni los anestésicos, los mismos que deberán registrarse como Pago por Consumo en el sistema SIASIS/ARFISIS



ANEXO 5



PERÚ

**Ministerio
de Salud**

**Seguro Integral de Salud
Gerencia Macro Regional
Centro Medio**

DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ
"Año de la Diversificación Productiva y del
Fortalecimiento de la Educación"

INFORME N° 0200-2015-SIS/GMR CEN MED/AVVR

Lima, 28 de Abril del 2015

Señor Dr.
ANYILO PINO CARDENAS
Gerente
Gerencia Macrorregional Centro Medio
Presente.-

ASUNTO : Reembolso de Expedientes No Tarifados

REFERENCIA : Oficio N°0138-2014-OFSEG-HSEB (08 Atenciones)
Oficio N° 0560-2013-SIS/GMR CEN MED
Oficio N°0103-2013-OFSIS-HSEB
Oficio N°0100-2013-OFSIS-HSEB

Por medio del presente me dirijo a usted para saludarlo muy cordialmente e informarle lo siguiente:

I. ANTECEDENTES Y CONSIDERACIONES PARA EL DESARROLLO DE LA EVALUACION

Se ha realizado la evaluación de 08 atenciones de salud, correspondientes a solicitud de levantamientos de observaciones (prestaciones no tarifadas), remitidas por el Hospital Sergio E. Bernales, considerando los ítems para la evaluación, organización y consolidación de los expedientes de reembolso. La evaluación considera lo siguiente:

- Solicitud de reembolso.
- Copia del contrato de afiliación.
- Copia del FUA digitado en el Aplicativo SIASIS de corresponder.
- Copia de las autorizaciones (Autorización de No tarifados/Cobertura Extraordinaria, de corresponder).
- Verificación del FUA en el Aplicativo Informático.
- Copia de la Epicrisis, del Informe Médico o del Procedimiento.
- Boleta, reporte de liquidación o factura correspondiente.

Además se tuvo en cuenta durante la evaluación los acuerdos descritos en Acta de fecha 28 de Junio de 2011 (evaluación, organización y consolidación de los expedientes de reembolso, que corresponden a no tarifados, subcomponente prestacional y otros tópicos debidamente sustentados LPIS – AUS).

II. ANALISIS.

- Las 08 prestaciones de salud evaluadas han superado los ítems de evaluación señalados en los antecedentes, es decir superaron lo siguiente:
 - Los procedimientos solicitados fueron utilizados para la atención de usuarios SIS (en el marco del LPIS/AUS).
 - Los expedientes presentan copia del FUA.

www.sis.gob.pe

Jr. Santa Eduvigis N° 495
Urb. Pando, III Etapa, Lima
T(511) 5645269



- Los expedientes: Adjuntan el Informe Médico y/o los resultados de los procedimientos realizados permitiendo su validación.
- Los FUA solicitados no han sido observados por PSA o SME.
- Se verifica que ninguno de los insumos, medicamentos y/o procedimientos solicitados, se encuentren digitados en el aplicativo SIASIS.

III. CONCLUSIONES

1. Los diagnósticos planteados en el expediente de solicitud de reembolso tienen la cobertura prestacional de acuerdo al marco normativo AUS.
2. El monto total solicitado por el Hospital Sergio E. Bernales es de **S/. 21,425.70** nuevos soles; después de la evaluación el monto referencial para pago es **S/. 21,425.70** nuevos soles.

IV. RECOMENDACIONES

- Remitir a la Gerencia de Negocios y Financiamiento el Informe y el Anexo de Consolidación de Resultados aprobados.
- Comunicar al Hospital Sergio E. Bernales el resultado de la evaluación de los expedientes de solicitud de reembolsos remitidos a esta Gerencia.

Se adjunta:

Anexo de Consolidado de Reembolso para la Gerencia de Negocios y Financiamiento.
Proyecto de Informe y Provelido para la Gerencia de Negocios y Financiamiento.
Proyecto de Oficio para el Hospital Sergio E. Bernales.

Es todo cuanto informo a usted.

Atentamente,