



Universidad Nacional
Federico Villarreal

Vicerrectorado de
INVESTIGACIÓN

ESCUELA UNIVERSITARIA DE POSGRADO

EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN EN LA PRESTACIÓN DE SALUD
PARA LA MEJORA DEL REEMBOLSO DEL SEGURO INTEGRAL
DE SALUD, EN EL CENTRO DE SALUD JESÚS MARÍA 2014-2016

TÉSIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE:

DOCTORA EN ADMINISTRACIÓN

AUTORA:

LINARES VIVANCO ROSARIO ELENA

ASESORA:

DRA. ROMERO CARRIÓN VIOLETA LEONOR

JURADO:

DR. PAJUELO CAMONES CARLOS HERACLIDES

DR. MORAN FLORES GASPAR HUMBERTO

DRA. BARRUETO PÉREZ MARÍA TERESA

LIMA – PERÚ

2021

Índice

| | |
|---------------------------------------------|------|
| Resumen..... | vii |
| Abstrac..... | viii |
| 1.1. Planteamiento del problema..... | 2 |
| 1.2. Descripción del problema..... | 4 |
| 1.3. Formulación del problema..... | 29 |
| - Problema General..... | 29 |
| - Problema Específicos..... | 29 |
| 1.4. Antecedentes | 30 |
| 1.5. Justificación de la Investigación..... | 34 |
| 1.6. Limitaciones de la investigación..... | 35 |
| 1.7. Objetivos | 36 |
| - Objetivo general. | 36 |
| - Objetivos específicos..... | 36 |
| 1.8. Hipótesis..... | 36 |
| - Hipótesis general. | 36 |
| - Hipótesis específicas..... | 37 |
| II. Marco Teórico..... | 38 |
| 2.1. Marco conceptual..... | 38 |
| 2.2. Marco Filosófico..... | 63 |
| III. Método..... | 66 |
| 3.1. Tipo de investigación..... | 66 |
| 3.2. Población y muestra..... | 67 |
| 3.3. Operacionalización de variables..... | 69 |
| 3.4. Instrumentos | 69 |
| 3.5. Procedimiento..... | 71 |

| | |
|-------------------------------------|-----|
| 3.6. Análisis de datos..... | 71 |
| IV. Resultados..... | 72 |
| V. Discusión de los resultados..... | 106 |
| VI. Conclusiones..... | 113 |
| VII. Recomendaciones..... | 115 |
| VIII. Referencias | 117 |
| IX. Anexos..... | 122 |

Índice de Tablas

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Tabla 1. Asegurados afiliados componente subsidiado | 11 |
| Tabla 2. Asegurados afiliados componente semisub subsidiado..... | 12 |
| Tabla 3. Atenciones a los Asegurados- Centro de salud Jesús María, Miraflores y San Isidro..... | 14 |
| Tabla 4. Asegurados atendidos | 15 |
| Tabla 5. Producción de formatos únicos de atención | 16 |
| Tabla 6. Producción de formatos únicos de atención | 18 |
| Tabla 7. Formatos únicos de atención observados según reglas de consistencia..... | 21 |
| Tabla 8. Indicadores cápita y metas esperadas -año 2014..... | 24 |
| Tabla 9. Indicadores cápita y metas esperadas -año 2015..... | 27 |
| Tabla 10. Indicadores cápita y metas esperadas -año 2016..... | 67 |
| Tabla 11. Muestra estratificada en el Centro de Salud de Jesús María..... | 68 |
| Tabla 12. Matriz de operacionalización de variables..... | 69 |
| Tabla 13. Resultado de evaluación de los indicadores cápita. Muestra profesionales..... | 72 |
| Tabla 14. Resultado de evaluación de los indicadores cápita. Muestra no profesionales..... | 73 |
| Tabla 15. Resultado de evaluación de los indicadores cápita. Muestra asegurados..... | 74 |
| Tabla 16. Resultado de evaluación de los indicadores cápita..... | 75 |
| Tabla 17. Resultado de implementación de un manual de procedimientos para el registro formato único de atención. Muestra profesionales..... | 78 |
| Tabla 18. Resultado de implementación de un manual de procedimientos para el registro formato único de atención. Muestra no profesionales..... | 79 |
| Tabla 19. Resultado de implementación de un manual de procedimientos para el registro formato único de atención. Muestra asegurados..... | 80 |
| Tabla 20. Resultados de implementación de un manual de procedimientos para el registro del formato único de atención..... | 81 |
| Tabla 21. Resultado de capacitación en el registro del formato único de atención. | |

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Muestra profesionales..... | 85 |
| Tabla 22. Resultado de capacitación en el registro del formato único de atención. | |
| Muestra no profesionales..... | 86 |
| Tabla 23. Resultado de capacitación en el registro del formato único de atención. | |
| Muestra asegurados..... | 87 |
| Tabla 24. Resultados de capacitación en el registro del formato único de atención..... | 88 |
| Tabla 25. Resultado de los criterios técnicos para la eficacia del formato único de Atención. Muestra profesionales..... | 92 |
| Tabla 26. Resultado de los criterios técnicos para la eficacia del formato único de atención. Muestra no profesionales..... | 93 |
| Tabla 27. Resultado de los criterios técnicos para la eficacia del formato único de atención. Muestra asegurados..... | 94 |
| Tabla 28. Resultados de los criterios técnicos para la eficacia del formato único de atención..... | 95 |
| Tabla 29. Resultado del Flujo de reembolsos del Seguro Integral de Salud. Muestra profesionales..... | 99 |
| Tabla 30. Resultado de flujo del reembolso del Seguro Integral de Salud. Muestra no profesionales..... | 100 |
| Tabla 31. Resultado de flujo de reembolsos del Seguro Integral de Salud. Muestra asegurados..... | 101 |
| Tabla 32. Resultados de flujo de reembolsos del Seguro Integral de Salud..... | 102 |

Índice de figuras

| | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Figura 1. Redes de servicios de salud Bolivia..... | 5 |
| Figura 2. Mapa del Ministerio de Salud y su relación con el Seguro Integral de Salud..... | 6 |
| Figura 3. Mapa de pobreza se ubica al Centro de Salud Jesús María..... | 9 |
| Figura 4. Calculo cápita..... | 10 |
| Figura 5. Asegurados afiliados componente subsidiado..... | 12 |
| Figura 6. Asegurados afiliados componente semisub subsidiado..... | 13 |
| Figura 7. Atenciones de los asegurados - Centros de Salud Jesús María, Miraflores y San Isidro..... | 14 |
| Figura 8. Asegurados atendidos en el Centro de Salud de Jesús María..... | 15 |
| Figura 9. Producción de los formatos únicos de atención y observados..... | 17 |
| Figura 10. Jerarquía de las instituciones administradoras de fondos de aseguramiento..... | 61 |
| Figura 11. Operatividad financiera del Seguro Integral de Salud..... | 61 |
| Figura 12. Flujograma de atención al asegurado para recibir una prestación de salud..... | 63 |
| Figura 13. Evaluación de los indicadores cápita..... | 75 |
| Figura 14. Implementación de un manual de procedimientos para el registro del formato único de atención..... | 81 |
| Figura 15. Capacitación en el registro del formato único de atención..... | 88 |
| Figura 16. Criterios técnicos para la eficacia del formato único de atención..... | 95 |
| Figura 17. Flujo de reembolsos del Seguro Integral de Salud..... | 102 |

Resumen

La presente investigación tuvo como objetivo evaluar la gestión en la prestación de salud para contribuir con la mejora de los reembolsos que realiza el Seguro Integral de Salud al Centro de Salud de Jesús María; en el marco de la reforma en salud fenómeno que se produjo en América Latina y el Caribe; en el Perú se implementó el Seguro Integral de Salud y previa suscripción de convenio las prestaciones de salud se orientó a toda persona asegurada, atención recibida y reembolsada por la aseguradora. La investigación es de tipo aplicada; no experimental, transversal, multivariado; se aplicó el método de escalamiento desarrollado por Rensis Likert en los servicios de Crecimiento y desarrollo, Obstetricia y Salud mental del Centro de Salud de Jesús María. Se concluyó, que falta capacitación para el registro del formato único de atención y los reembolsos son desfavorables; en cuanto al monitoreo de los indicadores cápita es poco favorable; respecto a la implementación de una manual de procedimientos y los criterios técnicos para la eficacia del formato único de atención propuestos son vistos de manera favorable. Se propuso: Cumplir con el monitoreo, supervisión y evaluación de la gestión; se presenta un manual de procedimientos para el registro del formato único de atención; un programa de capacitación para los profesionales y no profesionales; aplicar los criterios técnicos para el discernimiento y juicio a seguir, determinado por los datos e información a consignar en dicho formato sea efectivo el reembolso que realiza el Seguro Integral de Salud y todo asegurado requiere también claridad en la información, fundamental para seguir atendiéndose.

Palabras claves: Gestión de las prestaciones de salud-Evaluación-Reembolso

Abstract

The purpose of this research was to evaluate management in health delivery to contribute to the improvement of reimbursements made by the Comprehensive Health Insurance to the Health Center of Jesus Maria; in the context of the health reform phenomenon that occurred in Latin America and the Caribbean; in Peru, Comprehensive Health Insurance was implemented and after agreement subscription health benefits were directed to all persons insured, care received and reimbursed by the insurer. The research is of applied type; non-experimental, transverse, multivariate; the escalation method developed by Rensis Likert was applied in the Services of Growth and Development, Obstetrics and Mental Health of the Health Center of Jesus Maria. It was concluded that there is a lack of training for the registration of the single format of care and reimbursements are unfavourable; in terms of monitoring of capita indicators is unfavourable; with regard to the implementation of a manual of procedures and the technical criteria for the effectiveness of the proposed single care format are viewed favourably. It was proposed: Comply with management monitoring, monitoring and evaluation; a procedure manual for the registration of the single care format is presented; a training program for professionals and non-professionals; apply the technical criteria for discernment and judgment to follow, determined by the data and information to be recorded in this format is effective the reimbursement made by the Comprehensive Health Insurance and every insured also requires clarity in the information, fundamental to continue to be served.

Keywords: Health Benefits Management-Evaluation-Refund

I. Introducción

En América Latina y el Caribe a raíz de las reformas de salud se estableció el Aseguramiento Universal en Salud; sustenta la necesidad de subsidiar un seguro a favor de los más desfavorecidos con derecho a un seguro. En el Perú se creó el Seguro Integral de Salud un organismo público descentralizado, para personas de menores recursos económicos, hoy extendido a micro empresas y personas naturales quienes aportan un tipo de pago. En el capítulo I, se presentó el planteamiento, descripción y formulación del problema, antecedentes, limitaciones y objetivos, ligado a la evaluación de la gestión en las prestaciones de salud en el Centro de Salud de Jesús María.

En el capítulo II, se desarrolló el marco teórico la base científica para sustentar el trabajo, el marco conceptual y filosófico respectivamente. El capítulo III, está referido a la metodología, población-muestra, operacionalización de las variables, instrumento, procedimiento y análisis de datos.

En el capítulo IV y V se presentó los resultados y discusión respectivamente por cada indicador como es: Evaluación de los indicadores cápita, implementación de un manual de procedimientos para el registro único de atención, capacitación en el registro del formato único de atención, criterios técnicos para la eficacia del formato único de atención y flujo de reembolsos del Seguro Integral de Salud.

En el capítulo VI y VII presentan las conclusiones y recomendaciones más notables, finalmente en el capítulo VIII se presenta las referencias bibliográficas tratadas en la investigación.

1.1. Planteamiento del problema

El presente estudio de investigación sobre la evaluación de la gestión de las prestaciones de salud realizadas en el Centro de Salud de Jesús María, se desarrolló en el marco de las políticas de reforma del estado en materia de salud el “Aseguramiento universal de salud”, dirigido a toda la población peruana con derecho a la seguridad social en salud.

En líneas generales, se realizó atenciones a los pacientes asegurados y no asegurados; la investigación comprende a los asegurados atendidos y asignados a un establecimiento de salud de primer nivel de atención como es el Centro de Salud de Jesús María, encargada de las atenciones de carácter preventivo y promocional; para recibir una prestación de salud el asegurado debe cumplir con requisitos previos y ser atendido por un profesional de la salud y el apoyo de no profesionales; para tal efecto se utilizó el Formato Único de Atención (FUA) por cada atención recibida que lamentablemente cada año han presentado enmendaduras, añadiduras, falta de datos, pérdida de formatos, se realizó atenciones superiores a los permitidos en el mes, atenciones a asegurados fallecidos e información consignada no coherente con las exigencias del Seguro Integral de Salud (SIS), la consecuencia incumplir con los lineamientos administrativos, de control de calidad, consistencia y validación respectivamente

El formato único de atención se convierte en un comprobante de pago que debe ser reconocido y reembolsados por el SIS, sin embargo, existe formatos que fueron observados, rechazados y no reembolsados. Por tanto, la producción mensual de los FUA trae como consecuencia un reembolso por los servicios prestados, a cargo del Seguro

Integral de Salud a través Dirección de Redes Integradas Lima Centro, el que es devuelto al establecimiento de salud en medicamentos, insumos, servicios, etc.

En México, a raíz de las reformas de salud el “Aseguramiento Universal de Salud”, sustenta la necesidad de subsidiar el seguro de los pobres, fenómeno que también se presentó en el Perú, Chile, Colombia, etc.

Uno de los problemas relevantes en estos estados es que tienen dificultad para asignar más recursos a salud; la denominación usada en México es el Seguro Popular en el sistema de salud y en Perú el Seguro Integral de Salud; con los mismos efectos negativos al no recuperar los gastos que genero un asegurado atendido en su totalidad, situación que merma los recursos y por ende el derecho a la atención de salud, la falta de medicamentos, insumos, dispositivos médicos, dependen de los reembolsos he ahí la importancia de lograr el 100% , como evitar el gasto de bolsillo que se traslada a los asegurados, problema que se mantiene a la fecha.

La idea principal que plantea el autor es que, “este aseguramiento solo es una forma de financiamiento u omite muchos aspectos de la compleja problemática de los sistemas de salud en América Latina” (Laurell, 2013, p. 130).

En ese contexto se pregunta: ¿Es suficiente o escaso garantizar el acceso a los servicios de salud?, sumado el no recupero de los gastos generados.

1.2. Descripción del problema

Visto el escenario de América Latina y el Caribe también presentaron cambios como consecuencia de las reformas de estado orientado al bienestar de las personas, basado en un modelo sanitario con tendencia hacia al Aseguramiento Universal en Salud (AUS), tener en cuenta: “el aseguramiento (cobertura poblacional) y el acceso a la salud (cobertura prestacional) ...” (Mezones, 2019, p.196).

Ledo y Soria (2011) afirma que “en los países de Latinoamérica, los usuarios eligen una prestación sanitaria y acceden al establecimiento de salud estatal o privado”. (p. 109),

En la República de Bolivia, el sistema de salud presento cambios con la articulación de las redes de servicios de salud con las redes sociales, mientras que en Perú, surge el Seguro Integral de Salud (SIS) como un organismo Público ejecutor con personería jurídica de derecho público interno, autonomía técnica y funcional, económica, financiera y administrativa; adscrito al Ministerio de Salud y entre su competencia se encuentra el aseguramiento en salud respaldado con el Decreto Legislativo N°1161 que aprueba la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud. (Diario Oficial el Peruano, 2013).

El sistema de salud en Bolivia está regulado por el Ministerio de Salud y Deportes e involucra hospitales, centros de salud organizados en redes de servicios de salud entre ellos el denominado Seguro Básico de Salud (SBS), administrada por la Red de Salud Municipal la que controla el uso de los fondos; también presentó distorsiones en sus reembolsos reflejados en el Seguro Nacional de Maternidad y Niñez, insuficientes para cubrir las prestaciones de salud.

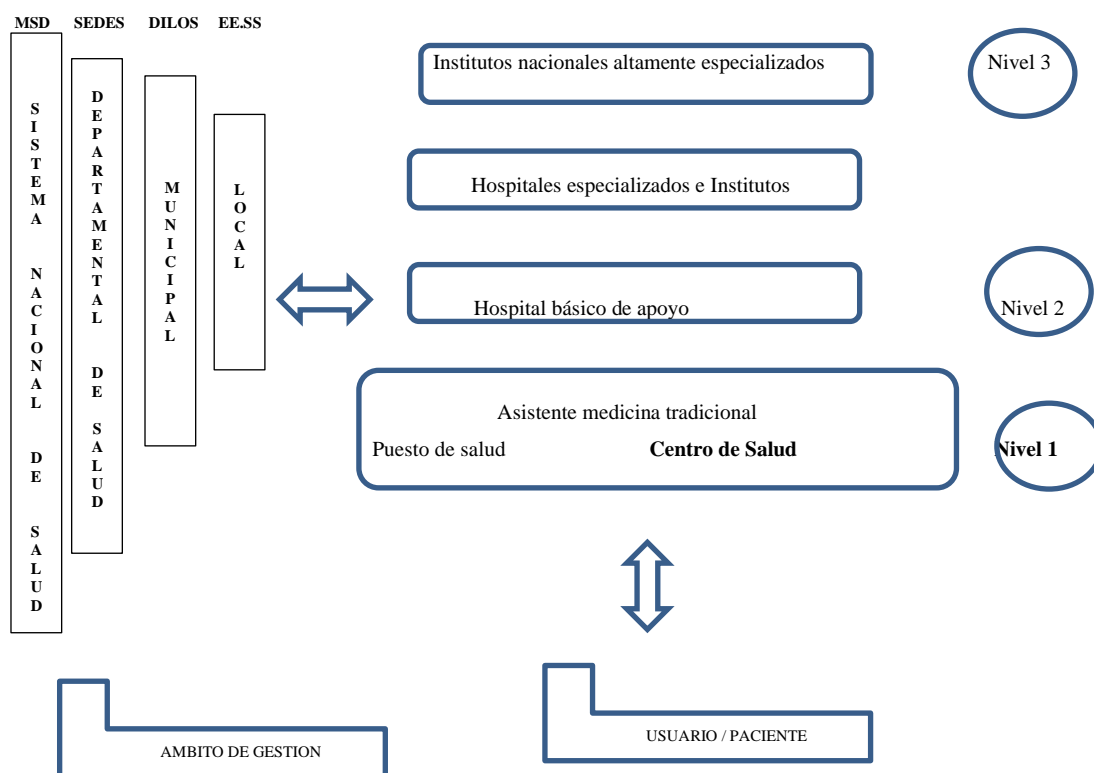


Figura 1. Redes de servicios de salud Bolivia

Fuente: UDAPE-OPS/OMS. Octubre 2004 [consultado 2010 diciembre 20]

Leyenda

MSD : Ministerio de Salud y Deportes

SEDES : Servicios Departamentales de Salud

DILOS : Directorio Local de Salud

EE.SS : Establecimientos de Salud

En el Seguro básico en salud boliviano el pago mensual de las prestaciones de salud se realizó en base a los Certificados Agregados de Prestaciones Otorgadas (CAPO), similar al Seguro Integral de Salud en el Perú, en base al Formato Único de Atención (FUA), en ambos casos son comprobantes de pago que sustenta el reembolso.

Montekio, Valenzuela y Solís (2008) describió el “mapa del Sistema de Salud en el Perú, compuesto por el Sector público y privado” (p. 275).

En la figura 2, se enfatiza el sector público, se sitúa el SIS como un órgano descentralizado del Ministerio de Salud.

Las prestaciones de salud que se oferta están en función a una cartera de servicios de salud diferenciadas según proveedores, organizadas a través de las redes integradas de salud al igual que en la República de Bolivia.

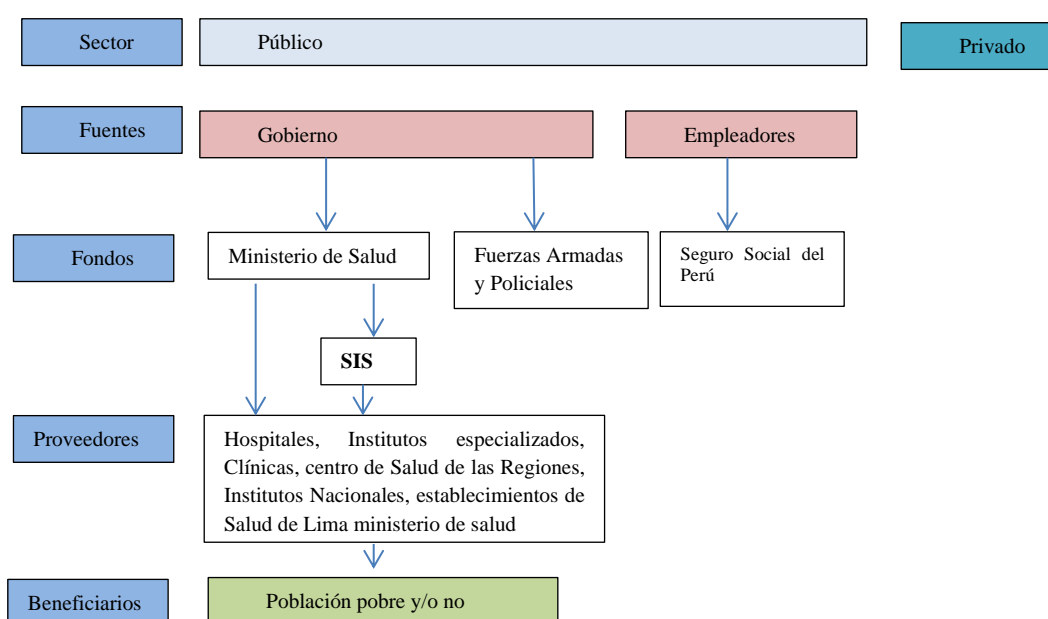


Figura 2. Mapa del Ministerio de Salud y su relación con el Seguro Integral de Salud
Fuente: Adaptado por (Montekio, Valenzuela y Solis, 2008)

Este sistema de salud público ofrece servicios de salud a la población no asegurada y asegurada esta última respaldada con la Ley 29344, Aseguramiento Universal en Salud (AUS) la cual garantiza el derecho pleno, gradual y continuo para todo peruano a un seguro de salud en función a una regulación, protección financiera, prestación y supervisión del aseguramiento. Los fondos de aseguramiento en salud son administrados por las instituciones públicas, privadas y mixtas como el SIS, Seguro Social del Perú, Sanidades de las fuerzas Policiales, Entidades prestadoras de salud entre otros.

Ambos países llevaron a cabo las reformas en salud con sus particularidades, dirigido a gran parte de la población con acceso a una atención de calidad, con protección financiera cuyo problema latente es que no cubre a cabalidad los servicios otorgados acorde a la política del aseguramiento en desmedro de los escasos recursos que tiene los establecimientos de salud.

En relación a las prestaciones de salud se realizó en armonía a los instrumentos proporcionados por la Organización Panamericana de Salud (OPS) y Organización Mundial de la Salud (OMS) en las instituciones prestadoras de salud públicos, privados y mixtos categorizados y muy pocos acreditados entre ellos está el Centro de Jesús María donde se realizó la investigación.

Los asegurados son personas de menores recursos económicos, hoy extendido a la micro empresa, personas naturales quienes realizan un tipo de pago, sin embargo, no todas las atenciones han sido reconocidas y reembolsadas por poseer observaciones que directamente hoy se refleja en la falta de medicamentos, productos sanitarios o genera gasto de bolsillo a los asegurados.

Respecto al financiamiento del AUS se toma en cuenta la siguiente clasificación: Afiliados al régimen Semicontributivo vinculado a las instituciones administradoras de fondos de aseguramiento en salud a través de los aportes de trabajadores independientes y conductores de las micro empresas a cargo de un empleador y afiliado al régimen subsidiado significa que toda persona afiliada es subvencionado por el estado, lamentablemente los recursos son insuficientes sumado a ello que cada año se incrementa el número de asegurados, con mayor razón hoy la migración influye en su cobertura con

el riesgo que las prestaciones de salud no sean reembolsadas al presentar observaciones con datos de afiliación y/o residencia falsa e incumplir la Ley marco del Aseguramiento Universal (Diario Peruano, 2009, p. 394078).

Sin embargo, estos aportes económicos otorgados a los sectores públicos, privados y mixtos están bajo la supervisión de la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud que ofrecen servicios en la modalidad de pago regular o anticipado, sin afectar la competencia de la Superintendencia de Banca, Seguros.

La presente investigación se desarrolló en el Centro de Salud de Jesús María (CSJM), ubicado en el Distrito de Jesús María, provincia de Lima de la jurisdicción de la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Centro, inmueble precario, con hacinamiento, equipos antiguos, insumos restringidos, ausencia de capacitación a los trabajadores nombrados y contratados, limitaciones que redundan en los procedimientos que se realizan a favor de los asegurados.

El horario de atención en consulta externa es a partir de las 7.00 a 20.00 horas de lunes a viernes y los sábados de 7.00 a 14.00 horas, se brinda atenciones de tipo individual, familiar y comunitaria por etapas de vida.

La gestión en el Centro de Salud se encarga de prever los recursos mínimos para atender a todo paciente y cumplir funciones preventivas y promocionales de carácter intramural y extramurales de acuerdo a su capacidad resolutive.

Las prestaciones de Salud a los asegurados tienen alcance a las personas con incidencia de pobreza, el distrito de Jesús María, califico entre 1.3% al 3.1%, en promedio el 2.2 % de pobreza, se comparó con los Centros de Salud de San Isidro y Miraflores con los mismos porcentajes cifras evidenciadas en el mapa de pobreza. Figura 3.

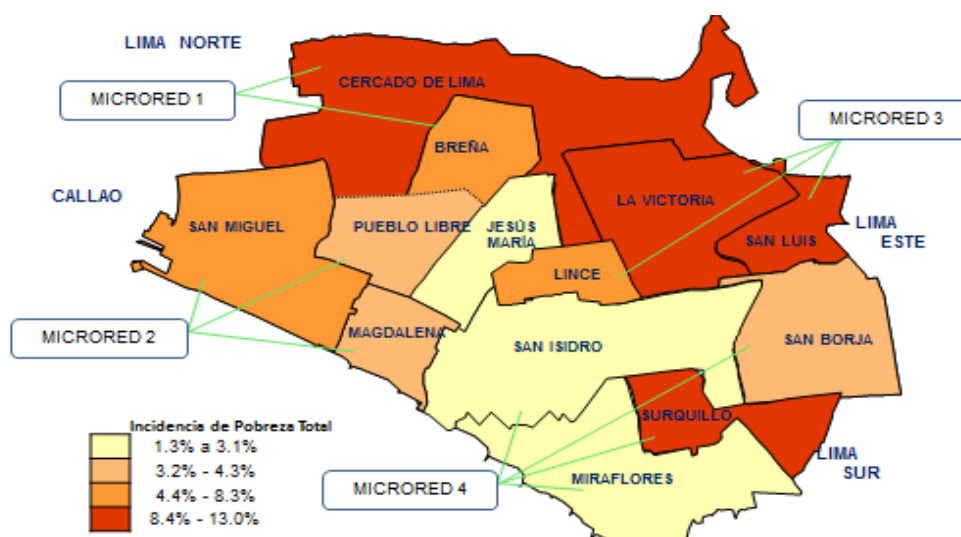


Figura 3. Mapa de pobreza se ubica al Centro de Salud Jesús María

Fuente: INEI. Mapa de Pobreza Provincial y Distrital (2009). Encuesta Nacional de Hogares.

Elaborado: Equipo de Epidemiología

Sin embargo, en el Centro de Salud de Jesús María (CSJM), se estimó una población general que incluye a personas sin seguro, asegurados afiliados, transeúntes u otros, no se ubicó los parámetros adoptados para especificar la población de los asegurados, de manera que para el estudio se tomara la información de los asegurados atendidos que han cumplido con su afiliación.

En la figura 4, se muestra el cálculo cápita base para el primer nivel de atención, previo estudio financiero actuarial del régimen subsidiado y semicontributivo, un análisis de la estructura de costos con proyecciones y evaluación actuarial financiera al año 2025

de competencia exclusiva del SIS. Para el cálculo cápita base, consideran las siguientes variables:

- a. Monto actuarial: Incluye costos de la siniestralidad, de adquisición de gastos de reposición y administrativo a un costo por atendido de S/. 28.64.
- b. Costo total: Se calcula a partir del costo por atendido de cada región de acuerdo a la dispersión geográfica multiplicado por el número de afiliados.
- c. Cápita base: Resulta de ponderar el costo total por región por el porcentaje de cobertura.

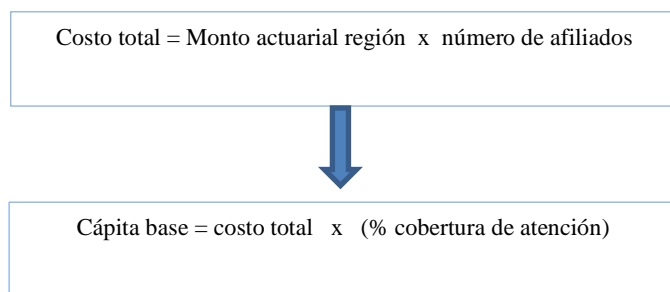


Figura 4. Cálculo cápita
Fuente: Adaptado de Seguro Integral de Salud
Elaboración propia

Por otro lado, la información contenida en los FUA se trabajó en una plataforma web, sin embargo, la información registrada en los FUA, están sujetas a verificación por reglas de consistencia establecidas por el SIS, muchas de ellas presentaron inconsistencias en su registro, omisiones, enmendaduras, datos falsos o incompletos, falta de firmas del profesional o asegurado, atención a afiliados fallecidos u otros, generó observaciones y fueron rechazados.

En la tabla 1 y la figura 5 observamos a los asegurados afiliados del componente subsidiado en el Centro de Salud de Jesús María durante los años 2014 - 2016:

Tabla 1*Asegurados afiliados componente subsidiado*

| ESTABLECIMIENTO | AÑO | Ene | Feb | Mar | Abr | May | Jun | Jul | Ago | Set | Oct | Nov | Dic | Total | Var.:% |
|------------------|------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-------|--------|
| | 2013 | | | | | | | | | | | | | 2450 | |
| C.S. Jesús María | 2014 | 230 | 230 | 231 | 181 | 181 | 181 | 575 | 575 | 576 | 190 | 187 | 155 | 3492 | 42.53 |
| | 2015 | 249 | 217 | 214 | 216 | 150 | 201 | 187 | 196 | 212 | 191 | 482 | 161 | 2676 | -23.40 |
| | 2016 | 180 | 138 | 206 | 188 | 141 | 197 | 198 | 200 | 243 | 329 | 17 | 15 | 2052 | -23.30 |

Fuente: Oficina de Seguros Centro de Salud de Jesús María
Elaboración propia

Los resultados en el año 2014 fueron de 3 492 asegurados afiliados, muestra un incremento de 42.53% respecto al año 2013 debido a las campañas públicas en razón a la política de estado, Aseguramiento Universal en Salud a nivel nacional.

Durante el año 2015 se registró 2 676 asegurados afiliados con un resultado negativo en -23.37% en relación al año 2014, como consecuencia del nuevo método de afiliación y depuración de asegurados afiliados con posibilidades económicas, finalmente en el año 2016 se registró 2 052 afiliaciones, un descenso en -23.31% debido a la depuración anual se detectó afiliados que están registrados en el seguro social del Perú o aseguradoras privadas, siendo un problema latente, genero problemas de reembolso en vista que se atendió a pacientes afiliados en el SIS y en simultaneo estaban afiliados a otros seguros.

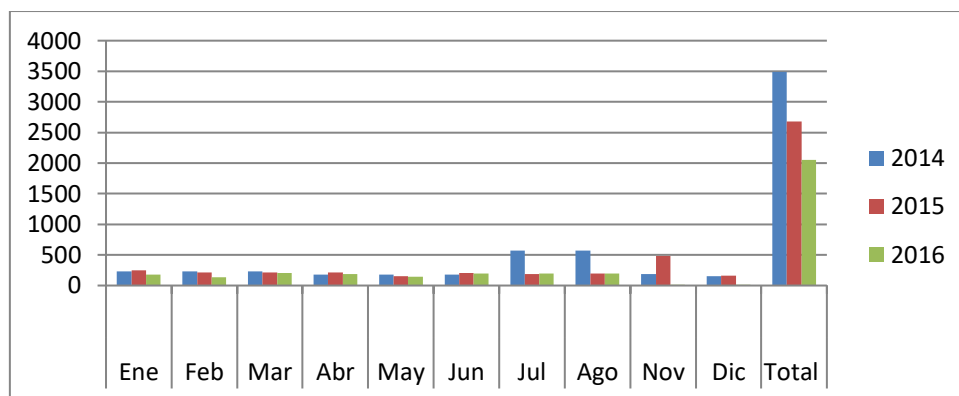


Figura 5. Asegurados afiliados componente subsidiado
Fuente: Oficina de Seguros Centro de Salud de Jesús María
Elaboración propia

En la tabla 2 y la figura 6 se presenta las afiliaciones del componente semisubsidiado, para el año 2014 se registró 644 asegurados afiliados, presento un incremento de un 32.51% respecto al año 2013 como resultado del AUS, campañas territoriales; el lanzamiento del seguro emprendedor, contribuyentes del nuevo Régimen Único Simplificado o asegurados independientes; en relación al año 2015 se registró 602 asegurados afiliados con un resultado negativo en -6.52% respecto al año 2014 a causa de la depuración de asegurados afiliados en otras aseguradoras y personas con posibilidades económicas, y al año 2016 se registró 428 afiliaciones, con un descenso en -28.90% debido a que tenían otro tipo de seguro o pertenecían a otra jurisdicción, sin el recupero de las atenciones ya brindadas.

Tabla 2

Asegurados afiliados componente semisubsidiado

| ESTABLECIMIENTO | AÑO | Ene | Feb | Mar | Abr | May | Jun | Jul | Ago | Set | Oct | Nov | Dic | Total | Var.% |
|------------------|------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-------|--------|
| | 2013 | | | | | | | | | | | | | 486 | |
| C.S. Jesús María | 2014 | 0 | 0 | 225 | 89 | 46 | 41 | 18 | 39 | 78 | 87 | 21 | 0 | 644 | 32.51 |
| | 2015 | 6 | 101 | 78 | 31 | 91 | 54 | 32 | 60 | 50 | 40 | 3 | 56 | 602 | -6.52 |
| | 2016 | 41 | 39 | 47 | 23 | 16 | 66 | 16 | 26 | 48 | 36 | 37 | 33 | 428 | -28.90 |

Fuente: Oficina de Seguros Centro de Salud de Jesús María
Elaboración propia.

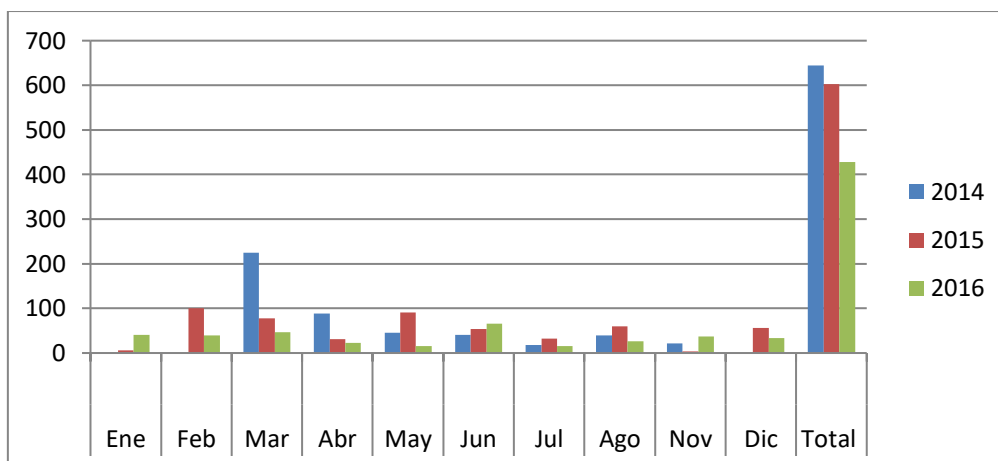


Figura 6. Asegurados afiliados componente semisubsidiado
Fuente: Oficina del Seguros Centro de Salud de Jesús María
Elaboración Propia

En la tabla 3 y figura 7, se muestran las atenciones realizadas en el Centro de Salud de Jesús María, Miraflores y San Isidro de la misma jurisdicción, con un promedio de incidencia de pobreza de un 2.2 %; se comparó los resultados obtenidos del año 2014 respecto al año 2015 en los Centros de Salud de Jesús María y Miraflores ambos muestran un descenso en -3.07% y -12.37% en sus atenciones a razón de la depuración de asegurados que se practicó a nivel de Lima metropolitana, mientras que el Centro de Salud San Isidro presentó un incremento en 22.78%, debido a las atenciones dirigida al asegurado Emprendedor, contribuyentes del Nuevo Régimen Único Simplificado (NRUS) o asegurados independientes; respecto al año 2016 en ambos establecimientos se incrementó las atenciones, siendo más relevante en los Centros de Salud de Jesús María con 13 938 atenciones, Miraflores con 10 843 atenciones y finalmente San Isidro con 3 044 atenciones realizadas por las mismas razones ya expuestas.

En promedio de atenciones fue de 12 116 entre los años 2014 al 2016 en el Centro de Salud de Jesús María.

Tabla 3*Atenciones a los Asegurados - Centros de Salud Jesús María, Miraflores y San Isidro*

| AÑO | JESUS MARIA | % | MIRAFLORES | % | SAN ISIDRO | % |
|-------|-------------|-------|------------|--------|------------|-------|
| 2014 | 11385 | | 8825 | | 1655 | |
| 2015 | 11036 | -3.07 | 7733 | -12.37 | 2032 | 22.78 |
| 2016 | 13928 | 26.21 | 10843 | 40.22 | 3044 | 49.80 |
| TOTAL | 36349 | | 27401 | | 6731 | |

Fuente: Oficina de Seguros Centro de Salud de Jesús María
Elaboración propia

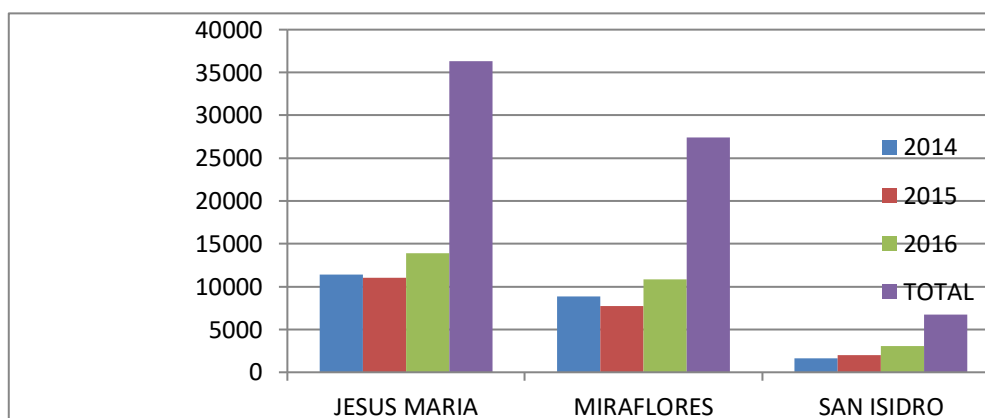


Figura 7. Atenciones de los asegurados - Centros de Salud Jesús María, Miraflores y San Isidro
Fuente: Oficina de Seguros
Elaboración propia

En la tabla 4 y la figura 8 se observa a los asegurados atendidos, el año 2014 mostro un ascenso en 24.73% de un total de 3 193 respecto al año 2013 debido a la ejecución de campañas medicas; para el año 2015 presentó un incremento del 8.8% es decir hubo 3 474 asegurados atendidos, finalmente en el año 2016 se obtuvo un 13.96% de atendidos, un total de 3 959 asegurados, en el marco del Aseguramiento Universal en Salud (AUS). El promedio de asegurados durante los tres años fue de 3 542 atendidos. Por tanto, para el estudio de investigación se tomó en cuenta tres servicios Crecimiento y desarrollo, Obstetricia y Salud mental; representa un total de 1 075 atendidos cifra que toma en cuenta para establecer la población de los asegurados.

Tabla 4*Asegurados atendidos*

| ESTABLECIMIENTO | AÑO | Ene | Feb | Mar | Abr | May | Jun | Jul | Ago | Nov | Dic | Total | Var.% |
|------------------|------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-------|-------|
| C.S. Jesús María | 2013 | | | | | | | | | | | 2560 | |
| | 2014 | 580 | 377 | 377 | 401 | 163 | 97 | 108 | 182 | 249 | 120 | 3193 | 24.73 |
| | 2015 | 613 | 304 | 315 | 242 | 115 | 320 | 234 | 268 | 267 | 183 | 3474 | 8.80 |
| | 2016 | 520 | 432 | 352 | 349 | 345 | 296 | 289 | 307 | 160 | 222 | 3959 | 13.96 |

Fuente: Oficina de Seguros Centro de Salud de Jesús María

Elaboración propia

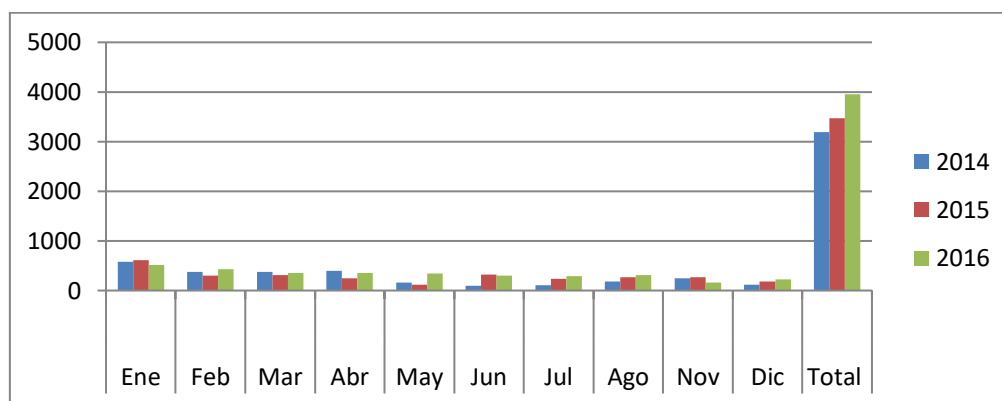


Figura 8. Asegurados atendidos en el Centro de Salud de Jesús María

Fuente: Oficina de Seguros Centro de Salud de Jesús María

Elaboración propia

En la tabla 5 y la figura 9 se muestran la producción de formatos únicos de atención 2014-2016, digitado por un personal no profesional (digitador) sujeto a un control de calidad por un profesional (médico), pese a ello al momento de filtrar la consistencia en el ingreso de datos al aplicativo informático web, Sistema de Información de Asegurados del Seguro Integral de Salud (SIASIS) se observó que muchos formatos únicos de atención eran inconsistentes.

La relación entre la producción de los FUA observados y no subsanados durante los años 2014 - 2016, se comparó con otros Centros de Salud como Mirones, Porvenir y Lince de la misma jurisdicción, todos presentan el mismo problema, desafortunadamente los

observados y no regularizados no fueron reembolsados, pasaron al archivo definitivo en desmedro de los centros de salud, por ende, se afectó a la población objetivo hecho que va en incremento año a año.

El porcentaje de la producción de los FUA que no supero las reglas de consistencia fueron: El año 2014 represento un 0.04% de una producción de 11 385 formatos únicos de atención; para el año 2015 ascendió en 1.67% de una producción de 10 036 formatos únicos de atención y finalmente el año 2016 tuvo un ascenso en 8.54% de una producción de 13928 formatos únicos de atención con inconsistencias.

La producción de formatos únicos de atención que no superaron las reglas de consistencia fue en incrementó año a año problema latente.

Tabla 5

Producción de formatos únicos de atención y observados

| Año / Establecim. | 2014 | | | 2015 | | | 2016 | | |
|----------------------|---------|-----------|---------|---------|-----------|---------|---------|-----------|---------|
| | Produc. | Observado | Var (%) | Produc. | Observado | Var (%) | Produc. | Observado | Var (%) |
| CS. Jesús María | 11385 | 4 | 0.04 | 11036 | 184 | 1.67 | 13928 | 1189 | 8.54 |
| CS.Mirones | 13370 | 7 | 0.05 | 15372 | 144 | 0.94 | 21660 | 443 | 2.05 |
| CS.Porvenir | 11023 | 2 | 0.02 | 11350 | 513 | 4.52 | 21073 | 2114 | 10.03 |
| CS.Lince | 6339 | 10 | 0.16 | 6951 | 382 | 5.50 | 18515 | 1265 | 6.83 |

Fuente: Base de datos Sistema de Información Oficina de Seguros
Elaboración Propia

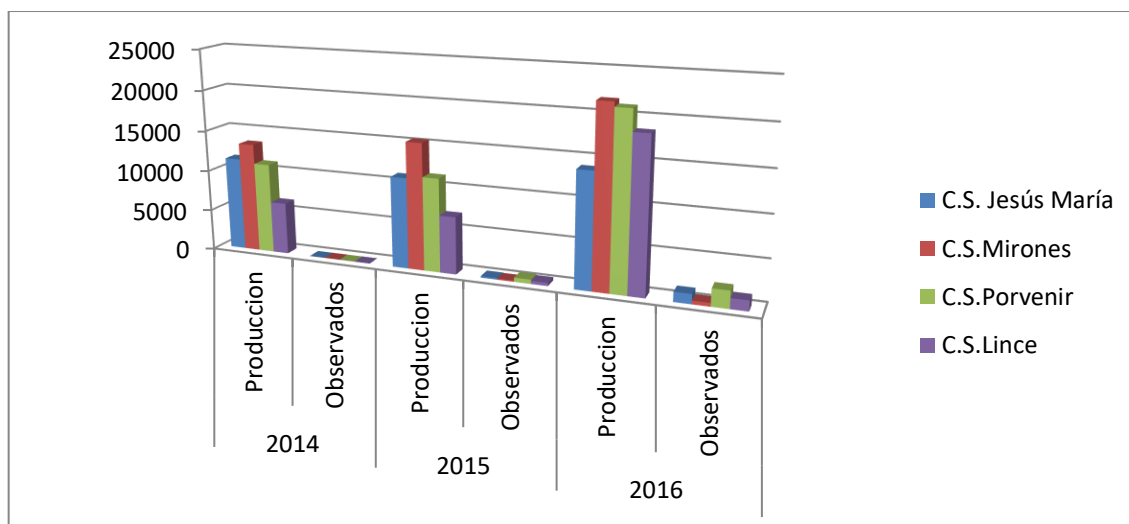


Figura 9. Producción de formatos únicos de atención y observados

Fuente: Base de datos Sistema de Información de Asegurados del Seguro Integral de Salud
Elaboración propia

Se desarrolló las 4 Reglas de Consistencia (RC) más representativas donde se evidencia las observaciones: (004)-Destino del asegurado; (014)-Registro, topes y actividades preventivas en servicios preventivos y recuperativos; (017)-Formato único del asegurado duplicadas; (042)-Registro de atenciones posteriores a la fecha de fallecimiento; se cuantifico las observaciones presentadas en los FUA periodo 2014 al 2016 reportada por el Sistema de Información de Asegurados del Seguro Integral de Salud (SIASIS), su comportamiento fue en incremento año a año, problema que incidió en el logro de las metas esperadas, disminuyo el reembolso e infringió las normas legales emitidas por el órgano rector, organismos reguladores y financiadores problema que persiste.

En la tabla 6 se muestra formatos únicos de atención de las cuatro reglas de consistencia más relevantes:

Tabla 6*Formatos únicos de atención observados según regla de consistencia*

| RC | OBSERVACION | 2014 | % | 2015 | % | 2016 | % |
|-----------|-----------------------------------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| 017 | Formato Único de Asegurados duplicados | 2 | 50.00 | 115 | 62.50 | 147 | 12.36 |
| 042 | Registro de atención posterior a fecha de fallecimiento | 2 | 50.00 | | | | |
| 014 | Registro más del tope permitido y actividades preventivas | 0 | 0 | 44 | 23.91 | 323 | 27.17 |
| 004 | Error en el registro del destino del asegurado | 0 | 0 | 9 | 4.89 | 148 | 12.45 |
| | Otras observaciones | 0 | 0 | 16 | 8.70 | 571 | 48.02 |
| | Total | 4 | 100% | 184 | 100% | 1189 | 100% |

Fuente: Base de datos Sistema de Información de Asegurados del Seguro Integral de Salud
Elaboración propia

Durante el año 2014, el sistema reporto 04 observaciones la primera causa fue la regla (017)-formato único de atención duplicados representa un 50% y segunda causa la regla (042)-registro de atención posterior a fecha de fallecimiento el otro 50%.

En el año 2015 el sistema reporto 184 observaciones: La primera causa fue la regla (017)-formato único de atención duplicados en un porcentaje del 62.50%; segunda causa la regla (014)- registro, topes y actividades preventivas en servicios preventivos y recuperativos muestra el 23.91%, la tercera causa la regla (004)-error en el registro del destino del asegurado en razón a un 4.89% y otras causas el 8.70% mal registro por omisión o comisión de profesionales, no profesionales y asegurados.

Finalmente, en el año 2016 se tuvo 1189 observaciones, se incrementó en un 8.54 % respecto al año 2015 sobre la producción total de los formatos únicos de atención:

La primera causa se infringió la regla (014)-registro, topes y actividades preventivas en servicios preventivos y recuperativos en un 27.17%; la segunda causa la regla (004)-error en el registro del destino del asegurado un 12.45%; la tercera causa la regla (017)-formato único del asegurado duplicado en razón a un 12.36% y las demás reglas mostraron un 48.02%.

Estos errores persisten ante la ausencia de supervisión, capacitación y control de calidad en la producción y registro de los formatos únicos de atención, sumado a los errores en la digitación como del asegurado.

Por tanto, la ausencia de un procedimiento administrativo para el registro de los FUA en el Centro de Salud de Jesús María es un problema, reducir las omisiones, formatos estropeados, duplicados, pacientes que se llevaron los formatos y se perdieron merma la producción de los formatos únicos de atención e incide en las metas esperadas cifras que se desconoce porque no se llevó las estadísticas.

Evaluada los FUA presentaron registros mal llenados o parcialmente llenados por los profesionales de la salud; asegurado no firmo o puso su huella digital e incumplir las reglas de consistencia, hechos que no permitió el registro en el aplicativo informático; el monitoreo de los procesos prestacionales de salud fue débil; una gestión frágil, entre otros, problemas que debe superarse en el CSJM.

Desde un punto de vista administrativo los FUA es un comprobante de pago que ante los problemas descritos se perdió el formato en físico y su valor económico; el personal profesional y no profesional mostraron poco compromiso, la ausencia de capacitación

permanente en el registro y validación ligadas con las actividades prestacionales a favor de los asegurados, trajo consigo que todo el personal del establecimiento no se beneficie con un bono económico por buen desempeño al no alcanzar las metas esperadas a fin de año.

También se realizó la evaluación de los indicadores cápita (IC), suscrito por el SIS, los resultados mostraron que no se alcanzó las metas esperadas durante los tres años consecutivos.

Para el año 2014 los indicadores establecidos fueron:

- ✓ Porcentaje de niños/as menores de 1 año afiliado al seguro integral de salud con 11 controles en crecimiento y desarrollo con suplementación de hierro completo
- ✓ Porcentaje de mujeres parturientas con 6 controles prenatales o mas
- ✓ Porcentaje de atendidos en prestaciones salud bucal
- ✓ Porcentaje de atendidos con profilaxis antiparasitarias
- ✓ Atendidos con Prestaciones de Salud reproductiva
- ✓ Porcentaje de mujeres de 25 a 60 años con despistaje de cáncer de cuello uterino
- ✓ Porcentaje de población afiliada al SIS tamizada en problemas de salud mental

Tabla 7*Indicadores Cápita y metas esperadas - año 2014*

| N° Indic | Nombre del indicador | Unidad de medida | Meta física | Meta esperada (%) | Ejecución física | Logro (%) | Brecha (%) |
|-----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|--------------------|--------------------------|-------------------------|------------------|-------------------|
| 1 | Porcentaje de niños/as menores de 1 año afiliados al Seguro Integral de Salud con 11 controles en crecimiento y desarrollo con suplementación de hierro completo | Asegurados 1-12 meses | 30 | 30 | 0 | 0 | 30 |
| 2 | Mujeres parturientas con 6 controles prenatales o mas | Partos proyectados | 35 | 60 | 7 | 20 | 40 |
| 3 | Porcentaje de atendidos en prestaciones en salud bucal | Total, afiliados 2010-2013 | 6348 | 20 | 822 | 13 | 7 |
| 4 | Porcentaje de atendidos con profilaxis antiparasitarias | Total, afiliados 2-14 años. 2010 - 2013 | 993 | 20 | 3 | 0 | 20 |
| 5 | Atendidos con prestaciones en salud reproductiva | Total, afiliados 12-60 años. 2010 - 2013 | 3900 | 20 | 259 | 7 | 13 |
| 6 | Porcentaje de mujeres de 25 a 60 años con despistaje de cáncer de cuello uterino | Total, afiliados 2010 - 2013 | 1720 | 35 | 176 | 10 | 25 |
| 7 | Porcentaje de población afiliada al SIS tamizada en problemas de salud mental | Total, afiliados 2010 - 2013 | 6348 | 25 | 171 | 3 | 22 |

Fuente: Base de datos Sistema de Información de Asegurados, Oficina de Seguros
Elaboración Propia

El resultado en el año 2014 de un total de 11 351 atenciones que fueron realizados los tres indicadores con mayor peso en el porcentaje de logro fue: Primer lugar el indicador 2, porcentaje de mujeres parturientas con 6 controles prenatales o más, se proyectó 35 partos, con una meta esperada del 60%, se logró 20% con una brecha del 40% respecto a la meta esperada, entre una de las causas no se hizo seguimiento a la mujer embarazada hasta el momento del parto o buscar la causa porque no retorno al centro de salud para sus controles, el FUA estuvo mal registrado y observado por las reglas de consistencia.

En segundo lugar, el indicador 3, porcentaje de atendidos en prestaciones Salud bucal, se proyectó 6348 afiliados 2010-2013 con una meta esperada del 20%, se efectuó 822 atenciones, se logró un 13% de avance, con una brecha de 7% respecto a la meta esperada, la razón fue que se identificó formatos únicos de atención mal registrados, letra

ilegible, enmendados, ausencia del CIE 10, duplicados u observados, no se consideró el código prestacional, altero el reembolsos se perdió la prestación de salud otorgada.

En tercer lugar, el indicador 6, porcentaje de mujeres de 25 a 60 años con despistaje de Cáncer de cuello uterino, con una meta de 1720 aseguradas afiliadas años 2010-2013, se programó una meta esperada de 35%, se obtuvo el 10%, con una brecha de 25% respecto a la meta esperada, en razón a la poca difusión de este servicio a las mujeres de ese grupo etario, como formatos únicos de atención mal registrados.

En consecuencia, en el año 2014 no se lograron las metas esperadas en ningún indicador no existe información específica para conocer a detalle sus causas.

Durante el año 2015 los indicadores fueron:

- ✓ Porcentaje de gestantes afiliadas al seguro integral de salud con paquete preventivo completo.
- ✓ Porcentaje de gestantes al seguro integral de salud suplementada con hierro y ácido fólico y dosaje de hemoglobina.
- ✓ Porcentaje de población afiliada al seguro integral de salud atendidos con prestaciones de Salud reproductiva.
- ✓ Porcentaje de recién nacido afiliado al seguro integral de salud con 2 controles de Crecimiento y desarrollo hasta los 15 días de nacido.
- ✓ Porcentaje de niños/as menores de 1 año afiliados al Seguro Integral de Salud con 11 controles en crecimiento y desarrollo (CRED), con suplementación de hierro completo

- ✓ Porcentaje de niños/as de 1 años de edad afiliados al seguro integral de salud que han recibido atenciones preventivas de salud para la edad con 6 controles de suplementación de hierro
- ✓ Porcentaje de niños/as de 2 años de edad afiliados al seguro integral de salud que han recibido atenciones preventivas de salud para su edad, con 4 controles de suplementación de hierro
- ✓ Porcentaje de personas afectadas por tuberculosis afiliadas al SIS con evaluación de laboratorio inicial completo
- ✓ Porcentaje de población de 18 años a más, tamizados en Diabetes, Hipertensión Arterial, Dislipidemias y Sobrepeso/Obesidad
- ✓ Porcentaje de mujeres de 25 a 64 años con despistaje de Cáncer de cuello uterino.
- ✓ Porcentaje de población afiliada al seguro integral de salud tamizada en problemas de salud mental

Tabla 8*Indicadores cápita y metas esperadas - año 2015*

| N° Indic | Nombre del indicador | Unidad de medida | Meta física | Meta esperada (%) | Ejecución física | Logro (%) | Brecha (%) |
|----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|-------------|-------------------|------------------|-----------|------------|
| 1 | Porcentaje de gestantes afiliadas al SIS con paquete preventivo completo | Partos proyectados | 254 | 20 | 15 | 6 | |
| 2 | Porcentaje de gestantes afiliadas al SIS suplementada con hierro y ácido fólico y dósaje de hemoglobina | Partos proyectados | 254 | 40 | 13 | 5 | 35 |
| 3 | Porcentaje de población afiliada al SIS atendidos con prestaciones de salud reproductiva | Total, afiliados 12-60 años 2010-2014 | 5167 | 40 | 451 | 9 | 31 |
| 4 | Porcentaje de recién nacido afiliado al SIS con 2 controles de crecimiento y desarrollo hasta los 15 días de nacido. | Total, recién nacidos afiliados | 215 | 40 | 0 | 0 | 40 |
| 5 | Porcentaje de niños/as menores de 1 año afiliados al seguro integral de salud con 11 controles en crecimiento y desarrollo (CRED), con suplementación de hierro completo | Asegurados 1 año | 125 | 26 | 0 | 0 | 26 |
| 6 | Porcentaje de niños de 1 año afiliados al SIS que han recibido atenciones preventivas de salud para la edad con 6 controles y suplemento de hierro | Asegurados 2 año | 171 | 26 | 2 | 1 | 25 |
| 7 | Porcentaje de niños de 2 año afiliados al SIS que han recibido atenciones preventivas de salud para la edad con 4 controles y suplemento de hierro | Asegurados 3 año | 139 | 26 | 2 | 1 | 25 |
| 10 | Porcentaje de personas afectadas por tuberculosis afiliados al SIS con evaluación de laboratorio inicial completa | Total, PAT afiliados al SIS | 6 | 20 | 0 | 0 | 20 |
| 11 | Porcentaje de población de 18 años a más, tamizados en Diabetes, Hipertensión Arterial, Dislipidemias y Sobrepeso/Obesidad. | Total, afiliados mayores de 18 años 2010-2014 | 7822 | 10 | 62 | 1 | 9 |
| 12 | Porcentaje de mujeres de 25 a 64 años con despistaje de Cáncer de cuello uterino | Total, afiliados 25 a 64 años 2010 - 2014 | 4180 | 20 | 152 | 4 | 16 |
| 13 | Porcentaje de población afiliada al seguro integral de salud tamizada en problemas de salud mental. | Total, afiliados 2010 - 2014 | 12116 | 50 | 172 | 1 | 49 |

Fuente: Base de datos Sistema de Información de Asegurados, Oficina de Seguros
Elaboración Propia

Respecto al año 2015 se realizó 11 036 atenciones a los asegurados; en primer lugar el indicador 3: Porcentaje de población afiliada al seguro integral de salud atendidos con prestaciones de salud reproductiva de 5167 afiliados de 12 a 60 años del 2010 al 2014, la meta esperada fue 40%, se logró un 9% con una brecha del 31% por falta de mayor promoción; en particular se observa que en este indicador la meta subió del 20% (año 2014) al 40% (año 2015) es decir el doble, por ende la brecha también creció de 13% al 31 %; se desconoce qué criterios técnicos se utilizó para programar este incremento.

En segundo lugar, el indicador porcentaje de gestantes afiliadas al seguro integral de salud con paquete preventivo completo tuvo una meta física de 254 partos proyectados, se programó una meta esperada del 20% con un logro del 6%, se muestra una brecha del 14% respecto a la meta esperada no hay reportes para conocer las causas.

En tercer lugar, el indicador porcentaje de gestantes del seguro integral de salud suplementada con hierro y ácido fólico y dosaje de hemoglobina, se estableció una meta de 254 partos proyectados, se programó una meta esperada del 40%; se suplemento a 13 aseguradas es decir alcanzó el 5%, se muestra una brecha del 35% respecto a la meta esperada, entre una de las causas es que migran a hospitales o clínicas particulares, finalmente los demás indicadores el logro alcanzado fue por debajo del 4%. Por consiguiente, durante el año 2015 no se lograron las metas esperadas en ningún indicador, no se identificó información para conocer las causas exactas.

Finalmente, los indicadores durante el año 2016 fueron:

- ✓ Porcentaje de gestantes afiliadas al SIS con paquete preventivo completo
- ✓ Porcentaje de gestantes al SIS suplementada con hierro y ácido fólico y dosaje de hemoglobina en el III trimestre.
- ✓ Porcentaje de población afiliada al SIS atendidos con prestaciones de salud reproductiva (consejería y/o métodos anticonceptivos).
- ✓ Porcentaje de recién nacido afiliado al SIS con 2 controles de crecimiento y desarrollo hasta los 15 días de nacido.

- ✓ Porcentaje de niños/as menores de 1 año afiliados al Seguro Integral de Salud con 11 controles en crecimiento y desarrollo (CRED), con suplementación de hierro completo
- ✓ Porcentaje de niños/as de 1 años de edad afiliados al SIS que han recibido atenciones preventivas de salud para la edad con 6 controles de suplementación de hierro.
- ✓ Porcentaje de niños/as de 2 años de edad afiliados al SIS que han recibido atenciones preventivas de salud para su edad, (4 controles y suplementación de hierro).
- ✓ Porcentaje de población de 18 años a más, tamizados en diabetes, hipertensión arterial, Dislipidemias y Sobrepeso/Obesidad.
- ✓ Porcentaje de mujeres de 25 a 64 años con despistaje de cáncer de cuello uterino
- ✓ Porcentaje de población afiliada al Seguro Integral de Salud tamizada en problemas de salud mental.
- ✓ Porcentaje del recién nacido afiliados con documento nacional de identidad.

Tabla 9*Indicadores cápita y metas esperadas - año 2016*

| N° Indic | Nombre del indicador | Unidad de medida | Meta física | Meta esperada (%) | Ejecución física | Logro (%) | Brecha (%) |
|-----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|--------------------|--------------------------|-------------------------|------------------|-------------------|
| 1 | Porcentaje de gestantes afiliadas al SIS con paquete preventivo completo | Partos proyectados | 223 | 20 | 32 | 14 | 6 |
| 2 | Porcentaje de gestantes afiliadas al SIS suplementada con hierro y ácido fólico y dosaje de hemoglobina | Partos proyectados | 223 | 40 | 41 | 18 | 22 |
| 3 | Porcentaje de población afiliada al SIS atendidos con prestaciones de salud reproductiva de 11 a 17 años | Total, afiliados 12-60 años 2010-2014 | 595 | 40 | 52 | 9 | 31 |
| 4 | Porcentaje de recién nacido afiliado al SIS con 2 controles de crecimiento y desarrollo hasta los 15 días de nacido. | Total, recién nacidos afiliados | 223 | 40 | 13 | 6 | 34 |
| 5 | Porcentaje de niños/as menores de 1 año afiliados al Seguro Integral de Salud con 11 controles en crecimiento y desarrollo (CRED), con suplementación de hierro completo | Asegurados 1 año | 214 | 26 | 4 | 2 | 24 |
| 6 | Porcentaje de niños de 1 año afiliados al SIS que han recibido atenciones preventivas de salud para la edad con 6 controles y suplemento de hierro | Asegurados 2 año | 138 | 26 | 7 | 5 | 21 |
| 7 | Porcentaje de niños de 2 año afiliados al SIS que han recibido atenciones preventivas de salud para la edad con 4 controles y suplemento de hierro | Asegurados 3 año | 124 | 26 | 3 | 2 | 24 |
| 11 | Porcentaje de población de 18 años a más, tamizados en Diabetes, Hipertensión Arterial, Dislipidemias y Sobrepeso/Obesidad. | Total, afiliados mayores de 18 años 2010-2014 | 9113 | 10 | 185 | 2 | 8 |
| 13 | Porcentaje de mujeres de 25 a 64 años con despistaje de Cáncer de cuello uterino | Total, afiliados 25 a 64 años del 2010- 2014 | 3921 | 20 | 280 | 7 | 13 |
| 14 | Porcentaje de población afiliada al Seguro Integral de Salud tamizada en problemas de salud mental. | Total, afiliados del 2010 - 2014 | 11420 | 50 | 158 | 10 | 40 |
| | Porcentaje de recién nacido afiliados con documento nacional de identidad | Total, de asegurados al SIS | 223 | 50 | 46 | 21 | 29 |

Fuente: Base de datos Sistema de Información de Asegurados Seguro Integral de Salud
Elaboración Propia

Se evaluó los principales indicadores cápita año 2016, sobre un total de 13 928 atenciones; en primer lugar, destaca el indicador 14, porcentaje de recién nacidos afiliados con DNI, se programó una meta física de 223 y una meta esperada del 50%, se muestra un logro del 21% y existió una brecha del 29% se desconoce las causas. En segundo lugar, destaca el indicador 2, porcentaje de gestantes seguro integral de salud suplementada con hierro y ácido fólico y dosaje de hemoglobina, se proyectó 223 partos con una meta esperada del 40%, se logró un 18% con una brecha del 22% respecto a la meta esperada,

en razón que muchas afiliadas prefieren dar a luz en un hospital o eligen clínicas, regresan para afiliarse al recién nacido vivo; en tercer lugar, el indicador 1, porcentaje de gestantes afiliadas al SIS con paquete preventivo completo, se programó una meta física de 223 partos proyectados y una meta esperada del 20%, se atendió a 32 aseguradas, muestra un logro del 14%, hay una brecha del 6% respecto a la meta esperada a causa que muchas madres migran a hospitales; los demás indicadores están por debajo del 10%.

Finalmente, en el año 2016, no se logró las metas esperadas en ningún indicador, sin embargo, las políticas sectoriales en la prestación de salud, exigieron el monitoreo, evaluación semestral y anual para conocer el desenvolvimiento de la gestión, espacio donde se identificó los problemas más relevantes como son:

Cada servicio tiene su propia forma de trabajo; la ausencia de procedimientos en el registro del formato único de atención para el asegurado en el Centro de Salud; la existencia de un clima laboral autónomo.

Los formatos únicos de atención observados por las reglas de consistencia fueron depurados automáticamente porque estuvieron mal llenados, con enmendaduras, omisiones, entre otros.

Respecto a la orientación al asegurado, existe una pizarra donde se encuentra un mapa de distribución de los ambientes por cada servicio, obsoleto respecto a la realidad sólo es leído por las personas con cierto nivel educativo, pero en los casos de analfabetos y ancianos pasa por desapercibido; finalmente las metas esperadas de los indicadores cápita programadas no se lograron durante los tres años evaluados.

Se realizó varios talleres con el personal en general en el establecimiento de salud y se logró priorizar los problemas, se estableció pesos y se obtuvo el siguiente resultado:

- | | |
|------------------------------------------------------------|----|
| • Formatos únicos de atención observados y no reembolsados | 16 |
| • Indicadores cápita por debajo de las metas esperadas | 15 |
| • Formatos únicos de atención perdidos | 14 |
| • Inadecuada infraestructura | 12 |
| • Mínimo compromiso del personal con su institución | 10 |

Cada uno de los problemas identificados amerita un proceso de investigación independiente, sin embargo, para mejorar los reembolsos a favor del Centro de Salud de Jesús María se eligió aquel que obtuvo mayor puntaje es decir formatos únicos de atención observados y no reembolsados.

1.3. Formulación del problema

- Problema general

¿De qué manera la gestión en la prestación de salud contribuirá con la mejora del reembolso que realiza el Seguro Integral de Salud al Centro de Salud de Jesús María?

- Problemas específicos

- a. ¿En qué medida la propuesta de un manual de procedimientos de registro del formato único de atención del asegurado contribuirá en el reembolso por las prestaciones de salud?

- b. ¿En qué medida la capacitación a los profesionales y no profesionales en el procedimiento del formato único de atención facilitará una adecuada prestación de salud en el Centro de Salud de Jesús María?

- c. ¿De qué manera la propuesta de criterios técnicos para la eficacia del formato único de atención del asegurado permitirá lograr las metas esperadas de los indicadores cápita, así como los reembolsos que realice el Seguro Integral de Salud?

1.4. Antecedentes

Antecedentes Internacionales:

Ruiz (2011), en su Tesis: Políticas públicas en Salud y su impacto en el seguro popular en Culiacán, Sinaloa, México, para optar el grado de doctor en estudios fiscales, en la Universidad Autónoma de Sinaloa. Entre los objetivos precisa los avances de cobertura en Salud en Culiacán, Sinaloa, México, su origen y propósito del seguro popular, estimar el impacto del servicio otorgado y su beneficio socioeconómico a favor de las familias. Los resultados, ligado a las prestaciones en servicios de salud que otorga el seguro popular, en el marco de la cobertura universal; comparado con la realidad peruana se delineo como política de estado el aseguramiento universal en el país; la población afiliada sea atendida, superar los gastos de bolsillo ante el desabastecimiento de medicamentos, insumos médicos, pago por los análisis clínicos en entes privados, comprar un servicio determinado por ejemplo la toma de una placa radiográfica, o ser referidos a otra red de salud adicionado los gastos de transporte, tiempo y energía en desmedro del asegurado.

Vargas (2009), en su Tesis: Barreras de acceso a la atención en salud en modelos de competencia gestionada: un estudio de caso en Colombia, Universidad Autónoma de Barcelona para optar el grado de Doctor en Medicina Preventiva i Salud Publica. Tuvo como objetivo analizar los factores y actores que intervienen en el acceso a los servicios de salud en 4 redes de salud y sus propuestas de mejora bajo la perspectiva de los actores sociales.

Los resultados muestran deficiencias en infraestructura y en la organización de la red de prestadores de salud, la oferta de servicios e incidencia que tiene el bajo nivel de ingresos de la población para tener acceso a estos servicios.

En el centro de salud de Jesús María también se ofrecen servicios a favor del asegurado, sin embargo, hay gastos en el que se incurre generando gasto de bolsillo del asegurado, es decir se presenta las mismas dificultades.

Castillo (2015), en su tesis denominada: Desarrollo histórico del sistema sanitario de Ecuador, para optar el título de Doctor en Medicina, Universidad de Murcia, España, Facultad de Medicina. Presenta entre sus objetivos específicos evaluar estrategias para mejorar los servicios de salud, entre los resultados obtenidos de la investigación se resalta incremento del presupuesto a favor del sistema de salud para ser invertidos en la recuperación integral de la salud de las familias ecuatorianas.

En el caso del Centro de Salud en estudio su infraestructura sanitaria es precaria, equipamiento médico antiguo, no es posible cubrir las necesidades de la población más pobre mediante los mecanismos de Seguro Integral de Salud, con el reembolso permitiría

invertir en bienes y servicios que demanda los asegurados, por ende, el estado debe asignar un mayor presupuesto para fortalecer la infraestructura de los servicios de salud del estado.

Antecedentes Nacionales:

Morales (2009), en su Tesis: Impacto del Sistema Integral de Salud sobre la tasa de mortalidad materna en el Perú del año 2002 al 2006, para optar el grado de Doctor en Ciencias de la Salud, en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú. Tuvo como objetivo general: Determinar el impacto del sistema integral de salud sobre la tasa de mortalidad materna en el Perú. Como resultado de este estudio se demostró que la intervención del sistema integral de salud no ha tenido impacto en la reducción de la mortalidad materna en el Perú en los años estudiados. De esta investigación, el indicador tasa de mortalidad materna en relación al indicador cãpita evaluado en el Centro de Salud de Jesús María, gestante afiliada al Seguro Integral de Salud con paquete preventivo completo en el primer nivel de atención, tampoco se logró las metas esperadas por ende sin resultados de impacto.

Arteta (2016), en su Tesis titulada: Análisis de la intervención del Seguro Integral de Salud en la cobertura de atención Sanitaria Materna, entre la población de departamentos de mayor pobreza de Perú años 2002 a 2012, para optar el grado de Doctor en Salud Publica, Universidad Nacional San Antonio Abad del Cusco, Perú. El Objetivo fue: Determinar la cobertura sanitaria del Seguro Integral de Salud, en la prestación materna pre natal, parto y puerperio, en los departamentos de pobreza de costa, sierra y selva 2002-2012, relacionado con la cobertura 1996-2000, periodo pre intervención del seguro integral de salud. Entre los resultados obtenidos destacó el financiamiento

insuficiente ligado a los procesos sanitarios de resultado inapropiados en el sector, reflejado en un rompimiento administrativo y sanitario, generó tomar decisiones financieras inadecuadas, cuyas consecuencias deviene en el mal uso de estos recursos. Estos resultados, relacionado con la investigación presento una relación directa entre las prestaciones de salud y el financiamiento a cargo de Seguro Integral de Salud, los cuales son insuficientes, con dificultades administrativas y asistenciales en la distribución financiera lejos de la realidad del establecimiento.

Petrera (2016), en su investigación titulada: Seguro Integral de Salud y Protección Social en el Perú 2004-2010, para optar el grado de Doctor en Salud Publica, Universidad Cayetano Heredia, tuvo como objetivo: Identificar como el Seguro Integral de Salud tuvo efecto inclusivo en el acceso a la atención de salud de personas con condiciones de pobreza calificada. El resultado muestra que, ante el incremento de la cobertura del SIS, sin el aumento proporcional de su financiamiento ni expansión de la oferta por parte del Ministerio de Salud, ha disminuido su efecto protector en favor de la población entre otros.

De manera, que al analizar las transferencias financieras que otorga el Seguro Integral de Salud, a través de los reembolsos por cada prestación de salud que realizó el Centro de Salud de Jesús María, los formatos únicos de atención observados y rechazados mermo el financiamiento en desmedro del asegurado pues les genero gastos de bolsillo para cubrir medicamentos u otros servicios asistenciales que necesita.

1.5. Justificación de la Investigación

El aseguramiento universal en el Perú es de prioridad para el Ministerio de Salud, su objetivo es brindar prestaciones de salud en los diferentes establecimientos de salud bajo su rectoría, por lo cual estableció parámetros en el primer nivel de atención entre ellos el Centro de Salud de Jesús María donde se brindó, atenciones preventivas y actividades de promoción a los asegurados y no asegurados.

La importancia de esta investigación es posicionar al Centro de Salud de Jesús María, desde la perspectiva de mejorar los reembolsos del Seguro Integral de Salud por una prestación de salud otorgada y registrada en el FUA frente a otros establecimientos de salud de la jurisdicción, se asumió el reto de investigar aquellos factores que generaron observaciones en la producción de los formatos único de atención que afecto los reembolso. El estudio permitió adoptar un esquema conceptual que integro los aspectos técnicos en el registro del FUA por cada prestación de salud con el personal que está vinculado a los mecanismos técnicos y administrativos.

Una razón adicional que fundamenta el desarrollo de la presente investigación, es la necesidad de adecuarse a la Ciencia de Administración, como es el proceso de evaluación continua el que motivo proponer un manual de procedimientos que apoyen en el registro de los formatos únicos de atención para lograr mejorar los reembolsos por cada prestación de salud a favor de la población asegurada y sirva de piloto para otros establecimientos de salud, motivando a futuro que otros profesionales perfeccionen el estudio y les sirva de marco de referencia.

1.6. Limitaciones de la Investigación

Las limitaciones identificadas en torno al desarrollo del estudio de investigación son las siguientes:

- La escasez de estudios de investigación específicos al tema en estudio en las diversas bibliotecas de las universidades en la especialidad de administración.
- Accesibilidad a materiales bibliográficos ligados con las prestaciones de salud actualizados; reembolsos del SIS, razón por la cual se adoptó las teorías sobre administración de programas de salud.
- Acceso limitado a materiales bibliográficos de carácter particular, orientados hacia el área temática del estudio de investigación; como el material que se encontró disponible dentro de internet.
- Tiempo prolongado para la investigación por razones de adecuación a la Ley Universitaria 30220.
- El estudio de investigación estuvo sujeto al Reglamento General de Grados y Títulos de la Universidad Nacional Federico Villarreal, aprobado con la Resolución R. N° 4211-2018-CU-UNFV.

1.7. Objetivos

- Objetivo General

Evaluar la gestión de las prestaciones de salud para contribuir con la mejora del reembolso que realiza el Seguro Integral de Salud al Centro de Salud de Jesús María.

- Objetivos Específicos

1. Proponer un manual de procedimientos de registro del formato único de atención del asegurado para contribuir en el reembolso por las prestaciones de salud.
2. Formular un programa de capacitación a los profesionales y no profesionales en el procedimiento del formato único de atención, para facilitar una adecuada prestación de salud en el Centro de Salud de Jesús María.
3. Proponer criterios técnicos para la eficacia del formato único de atención del asegurado, para permitir lograr las metas esperadas de los indicadores cápita, así como los reembolsos que realice el Seguro Integral de Salud.

1.8. Hipótesis

- Hipótesis general

La evaluación de la gestión en las prestaciones de salud, contribuye en mejorar el reembolso realizado por el Seguro Integral de Salud al Centro de Salud de Jesús María.

- **Hipótesis específica**

1. La implementación del manual procedimientos de registro del formato único de atención del asegurado, contribuye en el reembolso por las prestaciones de salud.
2. La capacitación implementada a los profesionales y no profesionales en el procedimiento del formato único de atención, facilite una adecuada prestación de salud en el Centro de Salud de Jesús María.
3. La propuesta de criterios técnicos para la eficacia del formato único de atención permite lograr las metas esperadas de los indicadores cápita, así como los reembolsos que realice el Seguro Integral de Salud.

II. Marco teórico

2.1. Marco conceptual

A continuación, se desarrolla los conceptos relacionados al tema de investigación:

2.1.1. Gestión y administración

La filosofía de la ciencia es un campo de la filosofía contemporánea, sustentado por el autor: Guerrero (2009), "... epistemológicas, metodológicas, ontológicas y semánticas referidas a la ciencia...(SIC)", establece una diferencia en la filosofía general de la ciencia y la filosofía de ciencias particulares, es el caso de la Administración se ubica en esta última, como disciplina en las Ciencias Sociales, busca un status científico, por tanto podemos hablar de una filosofía de la ciencia de la Administración.

El autor señala a la Teoría de la Administración de las organizaciones desde una perspectiva de la interacción y la interdependencia con seis variables: "Tareas, estructura, personas, tecnología, ambiente y competitiva" (Chiavenato, 2005, p. 2).

Desde luego el Centro de Salud Jesús María, posee una estructura orgánica basado en la asignación de funciones y tareas, mantiene contacto directo con profesionales y no profesionales de la salud y administrativos de los diferentes servicios por especialidades que la hace compleja y multidisciplinaria, hay servicios que maneja tecnología médica, la oficina de seguros usa tecnología de la información y las oficinas administrativas cumplen funciones acordes a sus competencias.

Las teorías administrativas para estar vigente y aplicable requiere adaptarse a su medio; la teoría clásica se basa en los principios de la administración, entre ellos diseño de cargos y las tareas diarias en base a la aplicación de la teoría y la práctica; mientras que la teoría neoclásica en administración sustenta la departamentalización por funciones, agrupa a varios especialistas bajo el mando de una jefatura, usa el principio de la especialización ocupacional, en salud prima este principio ante la participación de profesionales de diferentes especialidades, como médicos, psicólogos, enfermeras, Odontólogos, administradores, etc. donde se requiere un desempeño continuo de tareas diferenciadas, con competencias asignadas y directivos especializados en gestión sanitaria o en gerencia en salud pública liderado por un médico.

La Administración científica, pone énfasis a los métodos, la resolución de problemas de la administración; la capacitación del desempeño en el trabajo, las tareas en función a protocolos definidos, coherentes con los objetivos de la organización. En tal sentido las prestaciones de salud están garantizadas por especialidades, el procesamiento de la información mediante el uso de ordenadores como lo hace la oficina de seguros.

El proceso administrativo en salud se inicia por conocer las necesidades de la población para iniciar el trabajo de planificación; la organización de los diferentes recursos; su ejecución indispensable como disponer los recursos, equipos, suministros otros insumos y el control elemento administrativo necesario para evaluar, monitorear metas ligadas con indicadores para mostrar los cambios cada cierto tiempo y tomar decisiones.

Se tiene como concepto de organización: “ordenar el quehacer de todas las personas, sus obligaciones y niveles de autoridad” (Vargas, 2006, p. 191).

Cabe señalar que la empresa tiene definida funciones y están asignadas a cada colaborador según perfil profesional o técnico, que responda a las necesidades reales graficadas en una estructura orgánica, su interrelación, jerarquía, niveles coordinación, relación funcional y organizacional sean esta públicas o privadas, grandes o pequeñas, simples o complejas; es cuando el talento humano multidisciplinario interviene para la transformación de los materiales, generar información, optimizar el tiempo, abordados ampliamente por las ciencias administrativas.

Dicho por el autor Gestión es: “un conjunto de reglas y métodos para llevar a cabo con la mayor eficacia un negocio o actividad empresarial” (Espasa, 2008).

Por ende, la gestión en los establecimientos de salud responde a un plan estratégico de la Dirección de Redes Integrales Lima Centro, su plan operativo anual, aplicar las normas y guías prácticas clínicas y directivas con la finalidad de ordenar su funcionamiento, encargado de combinar los recursos necesarios para su ejecución, tener capacidad para coordinar, motivar, articular adecuadamente con las personas, como adaptar los procesos a la entidad.

La gestión: “supone coordinar y motivar a las personas de una organización, para conseguir la finalidad de esta” (Biel, 2009, p. 27).

En el entendido la gestión sanitaria se implementa tomando como referencia las políticas públicas sanitarias, definir objetivos ligados al estado de salud de la población, garantizar su atención con equidad, corregir desviaciones que se presentan en el mercado, garantizar la prestación de servicios adecuados a favor de los usuarios, por ende la salud

pública está articulada con el accionar epidemiológico, aspecto que un gestor debe tener en consideración para lograr los objetivos propuestos en materia de salud, como cumplir con la política de aseguramiento, acceso Universal en Salud; donde el SIS afiliará, independientemente de la condición socioeconómica a toda persona que no cuente con seguro de salud con la finalidad de garantizar el derecho humano a la salud, premisa que debe regularse y tener clara las reglas de juego de todos los actores en el temas de aseguramiento, prestador y usuario.

El caso de la administración en salud en Costa Rica, primer nivel de atención cuenta con la presencia de un profesional denominado medico coordinador, quien asume la dirección y posee habilidades directivas.

Un gestor debe practicar un estilo de: "... liderazgo, la conducción de reuniones; la negociación y gestión de conflictos; técnicas de entrevista personal; gestión del tiempo y comunicación" (Pla Proveda, 2001).

En la gestión sanitaria un establecimiento de salud en el Perú, lo asume un profesional médico, determina su accionar, afecta y modifica esta; la presencia de otro profesional producirá otro tipo de modificación por ende la manera de actuar es diferente, es cuando se dice que la gestión de uno difiere del otro, fue exitosa o fracaso, con la variante política que poco o nada vislumbran sus habilidades.

El control, como un proceso continuo que ayuda a garantizar las diferentes actividades en la ejecución se adapta a condiciones cambiantes de su entorno, plantea medidas correctivas en el caso de identificar desviaciones identificadas en los planes, para

ello la evaluación en salud es esencial para fortalecer las actividades asistenciales, administrativas y lograr metas físicas y económicas de forma equilibrada.

Por tanto, el proceso administrativo en el Centro de Salud de Jesús María se desarrolla de la siguiente manera: La Planificación.- Se inicia con el análisis de la situación de salud (ASIS) se valora las condiciones sociales, económicas, geográficas, política, entre otros elementos tomando en cuenta el ámbito del distrito de Jesús María de carácter anual, bajo la coordinación de la oficina de Epidemiología de la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Centro, para elaborar su plan operativo anual.

La Organización. - Se ha limitado a asignar las funciones a cada uno de los responsables de los diferentes servicios y responsables de los programas de salud y administrativa en base al manual de organización y funciones.

Dirección y liderazgo. - Tiene competencia para implementar, administrar y coordinar las diferentes acciones del sistema integral de salud intramural y extramural, influye en las personas para el trabajo multidisciplinario en especial en las campañas médicas y estrategias sanitarias para lograr las metas propuestas, la comunicación con sus colaboradores es débil.

Control.- Significa comprobar, inspeccionar e intervenir con énfasis al dominio o regulación sobre un proceso ligado a las actividades preventiva, promocional, administrativas y de supervisión a cargo de la jefatura del establecimiento; el monitoreo y supervisión a cargo de la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Centro en forma esporádica, sumado que todas las acciones realizadas con recursos del Seguro Integral de

Salud están sujetas a evaluación y control posterior, esta entidad audita los FUAs e historias clínicas por muestreo ligadas a las prestaciones de salud.

Se distingue a un modelo de gestión en tres tipos: “Gestión pública, gestión privada y gestión mixta (...)” (Grillo, 2015, p. 48).

Presento a la Gestión Pública. - A cargo del estado cuyo rol es mejorar el bienestar social, corregir las imperfecciones que se presente en el mercado de salud, asignación de recursos y financiación. Representado por profesionales de turno, definen políticas y objetivos sanitarios en su gestión. Por ejemplo: Reducir la desnutrición crónica infantil en el Perú, para ello se definieron estrategias como el AUS, la descentralización, asignación de presupuesto por resultados y el fortalecimientos del primer nivel de atención (Centro y puestos de salud) a fin de que la población infantil tenga acceso a los servicios de salud gratuitamente; se trabajó en base a dos ejes de reforma, la rectoría a cargo del MINSA y el modelo de atención basado en el individuo, familia y comunidad en los establecimientos de salud.

A diferencia de la gestión en Canadá su esencia pública se ha mantenido; mientras que en los países como Perú, Colombia, Bolivia participan entidades públicas, empresas privadas o mixtas. En tal sentido, el Centro de Salud de Jesús María cumple con los lineamientos de una gestión pública sujeta a evaluaciones periódicas de la gestión ligada a las prestaciones de salud a favor de los asegurados y no asegurados, cuyo esfuerzo es alcanzar las metas esperadas y revertir las desviaciones presentadas cada año.

2.1.2. Gestión de las prestaciones de salud

El Ministerio de Salud en el Perú, tiene como lineamiento de política 3: Aseguramiento Universal en Salud, cuyo objetivo estratégico es lograr el aseguramiento universal en salud accediendo a un conjunto de prestaciones de salud con garantías de oportunidad y calidad.

El aseguramiento en salud a través del Seguro Integral de Salud la meta para el año 2011 fue de 4, 653, 421 millones de ciudadanos, pero esta se incrementó a 11 millones de ciudadanos entre ellos en situación de pobreza, extrema pobreza, cifra en crecimiento sumado a nuevos afiliados extendido a trabajadores independientes y micro empresas. Entre una de las estrategias para atender esta demanda fue adecuar los servicios de salud, ampliar la oferta de servicios de salud para la población en general, suscribiendo convenios con empresas públicas, privadas o mixtas, a decir por (Espinoza, 2009).

El lineamiento de política 5: Mejoramiento progresivo de la oferta y calidad de los servicios de salud, su objetivo fue extender la oferta, mejorar la calidad y la organización de los servicios de salud en función a las necesidades y demanda de los usuarios, la meta más relevante mejorar la calidad de los servicios de salud que garantice una atención segura al 80%. La preferencia de los usuarios está ligada con temas de accesibilidad, variedad de servicios, costo, seguridad, infraestructura, talento humano y calidez, es decir se busca calidad en los servicios que se oferta.

Se define a las prestaciones de salud como, "...al proceso de urbanización, el incremento del nivel de educación, el acceso a servicios de saneamiento básico, nuevos

estilos de vida, cambios demográficos y expansión de servicios de salud en el primer nivel de atención” (Alcalde, Lazo & Nigenda, 2011, p. 244).

En un lenguaje sencillo la prestaciones de salud, es toda atención de salud que se realiza en el marco de atención de la persona, familia, comunidad por etapas de vida, en base a un lista de servicios que son objeto potencial de derechos y obligaciones para el prestador como para el usuario/asegurado, incluye actividades de promoción, prevención, curación y rehabilitación de la salud, en el CSJM se asume actividades de carácter preventivo y de promoción, es decir evitar la aparición inicial de una enfermedad. Por ejemplo: Prevención a través de la aplicación de vacunas y de promoción la educación para la salud, la comunicación y participación social teniendo en cuenta las políticas publica saludables.

Costa Rica es uno de los pocos países con éxito en el desarrollo de un Sistema de Salud en las prestaciones de los servicios, basados en los principios de solidaridad, equidad y de universalidad cuyo impacto fue el mejoramiento del nivel de salud de la población, el sostén económico tiene como base en el sistema de seguridad social, con el aporte patronal en un 12% de los salarios, el aporte de los trabajadores en un 9% y el estado prevé fuentes de financiamiento para completar los aportes de quienes tienen capacidad contributiva parcial.

En esa perspectiva, la prestación de salud puede organizarse por niveles de atención, lograr una productividad adecuada dentro de los límites de acceso; mediante la administración se busca el uso eficiente de los recursos.

En consecuencia, las prestaciones de salud son: “...una lista específica posible de servicios, en la cual se hayan explicitas las circunstancias en que son objeto de derecho u obligación, 2) que se haya establecido la viabilidad financiera y condiciones de acceso efectivo” (Rovira, Rodríguez y Antoñanzas, 2003, p. 7).

Como se aprecia el conjunto de prestaciones de salud, tiene relación directa entre los derechos y obligaciones a recibir, se busca el impacto sobre la eficiencia, equidad y aceptabilidad, bajo condiciones de accesibilidad, tiempo y calidad respaldada en políticas sanitarias el “Aseguramiento Universal”, con obligaciones del asegurador ante el financiador y del prestador ante el asegurado, que responda directamente a una producción, pero también puede determinar cómo y para quien se produce.

Las prestaciones de salud en el Centro de Salud de Jesús María están delimitadas, entre sus obligaciones y derechos de los beneficiarios; son elementos claves de contrato entre financiador – asegurador, asegurador– proveedor, bajo condiciones de accesibilidad y calidad; es obligación del asegurador (Seguro Integral de Salud) ante el financiador (Estado) y del prestador (Centro de Salud de Jesús María) ante el asegurado (paciente).

Hay que tener en cuenta el costo del conjunto de prestaciones de salud el que sirve de referencia para los pagos que realiza el financiador al asegurador y del asegurador al proveedor. Por ejemplo: El promedio de separación del pago, una parte es prospectiva y otra retrospectiva que pudiese compensar situaciones imprevisibles para el asegurador.

El autor plantea ordenar las prestaciones y los agrupa en cinco aspectos:

- a. La efectividad. - Significa relacionar necesidad-servicio, sin embargo, los costos que posee una prestación de salud están exceden los recursos del sistema de salud, de manera que el valor curativo difiere uno a otros siendo limitado su reembolso.
- b. La eficiencia: Busca lograr un resultado de salud con los recursos disponibles, es necesario hacer una evaluación física y económica para garantizar el buen uso de los recursos.
- c. La equidad: Analizado en un contexto horizontal significa que todas las personas con igual necesidad tengan acceso a los mismos servicios y condiciones, sujeto a suficiencia financiera; la realidad muestra lo contrario se puede recibir los servicios, con el riesgo que habrá muchas personas menos favorecidas. Mientras que un contexto de equidad vertical las personas con diferentes necesidades reciben los recursos frente a una demanda de enfermedad aguda versus una crónica, en tal sentido se mutila el principio de equidad.
- d. La suficiencia financiera: Significa garantizar los recursos financieros para cubrir las obligaciones del sistema de salud. Esta premisa en el establecimiento es limitada, hay retrasos en los reembolsos, la escasez de recursos se traslada al paciente quien realiza gastos de bolsillo.
- e. Seguridad jurídica: Implica definir con claridad los servicios que están obligados el establecimiento de salud, los beneficios del usuario y la suficiencia financiera que garantice su derecho.

2.1.3. Manual de Procedimientos

Un manual es un documento que explica en forma ordenada y sistemática, la información y/o instrucciones sobre la organización, política y procedimiento, a decir por el autor: (Duhalt, 2007, p. 20).

En tal sentido, un manual contiene información relevante, ordenada y precisa, sirve para comunicar, coordina las decisiones de la administración en un lenguaje claro y sencillo, sujeto a modificaciones como respuesta a los cambios en la empresa, es flexible y fácil de actualizar o mejorar. Un manual de procedimientos es un instrumento de gestión que contiene en forma ordenada y lógica información detallada de utilidad para el personal profesional y no profesional, su objetivo es resumir en forma lógica los aspectos metodológicos básicos para su diseño, elaboración, presentación, aprobación, manejo y su revisión periódica.

Manual es: “una guía que permite encaminar hacia los objetivos (...)” (Rodríguez, 2002, p. 45).

Los manuales se clasifican por su naturaleza, ámbito y contenido, los manuales de procedimientos se ubican en esta última. En la propuesta se tomó en cuenta el manual por su contenido, toda vez que se basa en un conjunto de procedimientos, se inició por la recolección y clasificación de la información orientados al registro de hechos que permitió conocer y analizar información útil, se tomó en cuenta normas legales, guías de práctica clínica, relatos de los trabajadores, mecanismos administrativos que regula la realización de un determinado trabajo de acuerdo a su complejidad, tamaño, estructura, volumen de

procesos asistenciales, los recursos, demanda de servicios por parte de los usuarios, así como la adopción de tecnología orientado a brindar una atención efectiva a los usuarios.

Tipos de Manuales:

Los manuales relacionados con el tipo de información señalan: “una primera clasificación al contenido (...)”, se caracteriza por el prototipo de información al alcance de las personas tanto internas como externas (Duhalt, 2007, p. 20).

Manual de Organización y funciones: Es un “instrumento técnico-administrativo cuyo propósito es describir funciones según la estructura de la organización en forma sistémica” (GOBIERNO DEL ESTADO DE TAMAULIPAS, 2011).

Manual de Procedimiento, “Permite conocer en detalle y secuencia la forma en que se desarrollan tareas y actividades que tienen asignadas en un área de trabajo” (Banco Ahorro Nacional, 2011).

Estos manuales se describen actividades directivas, operativas, administrativas y de apoyo de una institución de manera analítica. En el estudio se plantea un manual de procedimientos, por tanto, es conveniente ampliar los conceptos relacionados al tema, coherente con la teoría de sistemas.

Teoría de Sistemas:

A decir por el autor sistema es un: “Conjunto de elementos organizados y relacionados entre sí y con el medio ambiente” (Bertalanffy, Ros & Weinberg, 1972, p. 41).

Sistema como un proceso que: “lo que transforma una entrada en salida (...)” (Chiavenato, 2006, p. 391).

Por ejemplo, una organización es vista como un sistema abierto, presenta entrada, proceso y salida, interactúa con su medio ambiente para lograr un equilibrio y obtener beneficios de este. Las entidades públicas tienen un conjunto de procesos que pueden ser clasificados de acuerdo a las áreas funcionales, como en el servicio de consulta externa existe un conjunto de actividades que interactúan con las prestaciones de salud a favor de los asegurados; permite aplicar en forma secuencial tareas con sus respectivas relaciones, con un nivel de detalle que permita analizar sus posibles mejoras es cuando se reconoce al procedimiento que tiene un inicio y un fin.

Es importante que las instituciones tengan documentado sus procedimientos en vista que consignan sus actividades para lograr eficacia y no caer en equivocaciones.

Procedimiento: “...una serie común de pasos claramente definidos, que permite realizar un trabajo, (...)” (wikipedia, 2010).

Por consiguiente, las organizaciones deben contemplar sus manuales de procedimientos que reflejen las actividades, su secuencia lógica, se logre resultados en el momento oportuno; en este siglo XXI el talento humano migra de empresa a empresa, la presencia de los llamados millennials buscan nuevas expectativas personales, personas con poca experiencia, situación que la empresa debe estar preparada y mostrar este instrumento que les sirva de guía y capacitación al personal de nuevo ingreso en un corto plazo.

Se resalta que las ventajas que presenta un manual de procedimientos es la cantidad de información que contiene, apoyan en el logro de objetivos y permite su modificación en un escenario de mejora continua basado en el principio de flexibilidad, su desventaja es la mala redacción, falta de actualización que exige que un documento de esta naturaleza se adapte a las nuevas técnicas y métodos, apartar la información necesaria para disipar o aclarar dudas del trabajador.

Los expertos para crear un manual de procedimientos se sujetan a libros, normas internas de una organización o guías ya establecidas, sus percepciones varían una de otras.

Por ejemplo: La Secretaria de Salud de Tamaulipas tiene la siguiente estructura: “...portada, índice, introducción, objetivo del manual, marco jurídico, nombre del primer procedimiento, propósito, alcance, reglas, descripción del procedimiento, diagrama de flujo, documentos de referencia, lista de términos” (GOBIERNO DEL ESTADO DE TAMAULIPAS, 2011).

En la investigación se tomó las referencias teóricas señaladas líneas arriba y la Resolución Ministerial N°1134-2017/MINSA, que aprueba la Directiva N°245-OGPPM/MINSA, lineamientos para la implementación de la Gestión por Procesos y Procedimientos en el Ministerio de Salud, es conveniente para el Centro de Salud un manual por su contenido con la siguiente estructura: Portada, índice, introducción, denominación del mapa de procesos, nombre del procedimiento, propósito, alcance, marco jurídico, fichas de descripción del procedimiento, flujograma.

2.1.4. Capacitación

Se entiende por un programa de capacitación, “al instrumento que sirve para explicitar los propósitos formales e informales de la capacitación y las circunstancias administrativas en las que se desarrollará” (Fletcher, 2000).

“Capacitación en las organizaciones modernas compete en base a sus competencias...” a decir por (Bohlander & Snell, 2008, p. 294).

“La capacitación como técnica y las habilidades de sus expertos está latente en toda organización sanitaria, basado en la incorporación de nuevos conocimientos, el avance científico, latentes en las ciencias de la salud y las ciencias sociales” (Fortuny & Organs, 2009).

La idea principal que plantea el autor es que “capacitación casi siempre ha sido entendida como el proceso mediante el cual se prepara a la persona para desempeñar con excelencia las tareas...” (Chiavenato, 2009, p. 371).

Es cuando la capacitación se considera como un proceso de enseñar a los empleados las habilidades básicas necesarias para un buen desempeño en el trabajo, un medio de desarrollo a favor de las organizaciones, mejora las competencias del personal, ser más productivos, creativos e innovadores; ser valiosos. Su relación es directa con las habilidades, conocimiento y estrategias necesarias para realizar un trabajo determinado, con capacidad para presentar ideas innovadoras, la oportunidad de practicar y recibir una retroalimentación sobre técnicas, estrategias o estilos particulares de trabajar.

Por ende, el personal profesional y no profesional debe poseer un nivel de conocimientos, competencias y experiencias, proporciona ventajas competitivas frente a otros establecimientos de salud públicos, privados o mixtos. De manera que la capacitación juega un papel importante y necesario frente a los cambios tecnológicos y científicos, hoy en día los empleados requieren adoptar nuevos conocimientos, habilidades y capacidades, por ende, las instituciones deben apostar en capacitación a favor de todo su personal.

De esta manera un programa de capacitación se centra en la descripción detallada de un conjunto de actividades de instrucción-aprendizaje estructuradas, que conduzcan al logro de una serie de objetivos previamente determinados, diseñado para buscar y dar soluciones a problemas de carácter laboral como educacional, contribuya a la buena ejecución de las funciones que desempeña cada empleado dentro de la organización en corto, mediano y largo plazo sujeto a evaluación del desempeño por trabajador.

La capacitación es tener, “...la capacidad de coordinar y organizar las actividades que, al integrarse modelan el comportamiento de las personas comprendidas en el proceso productivo” (Robbins, 2004).

Mejorar el desempeño profesional, no profesional y la calidad de atención al asegurado y no asegurado en el establecimiento de salud, permite atender la demanda de pacientes en el Centro de Salud de Jesús María, reforzada con un programa de capacitación dirigido al personal en general, informar a los asegurados este último conozca sus derechos y obligaciones. Por ejemplo, “...en Carabayllo se implementó un programa de capacitación y soporte técnico continuo denominado acompañamiento de los centros de salud mental comunitarios...” (Castillo y Cutipé, 2019).

Este proceso permitió mejorar las competencias y las relaciones colaborativas entre profesionales, fortaleció las redes de referencia entre los centros de salud mental comunitarios y centro de salud de primer nivel de atención, sin embargo muchos profesionales continuaron su actitud de no atender y/o referir a los pacientes con problemas básicos de salud mental, esto significa que se debe continuar con los programas de capacitación para sensibilizar y adopten nuevas formas de desempeño laboral; por ello es importante invertir en capacitación para el desarrollo del personal que desea trascender en el bienestar de los pobladores.

En la investigación denominada, modelo de gestión institucional con enfoque de procesos de la Universidad de la Habana sustenta: “introducir este modelo, es necesario que la organización formule un conjunto de acciones de capacitación que apoye a la preparación de todos los involucrados...” (Hernández & Rubio, 2019).

Se refuerza con esta investigación la necesidad de un programa de capacitación para los profesionales y no profesionales para la eficacia del formato único de atención y su desempeño.

2.1.5. Evaluación

La administración de los servicios de salud en el primer nivel de atención, adopta los cuatro elementos administrativos de la Teoría de Administración, entre ellos el control, función administrativa que evalúa el desempeño considerado como la medición de los resultados en un periodo determinado. De esta manera la evaluación como proceso tiene una forma sistémica y objetiva, se determina su estructura, proceso y resultado de

programas y planes o también se entiende como un juicio de valor que utiliza diferente metodología basada en el método científico.

Preguntamos, ¿Para qué hacer la evaluación?, la respuesta es simple permite analizar del porque no se pudo realizar las actividades y alcanzar los objetivos y metas, por ende, esta se hace para aprender y mejorar en el tiempo. Respecto a la administración de programas de salud, es necesario efectuar la evaluación de los servicios de salud el fin de conocer su situación actual y tender a la mejora continua de la situación de salud en el marco de políticas públicas de estado.

Es cuando buscamos formas o instrumentos para evaluar, una de ellas es la evaluación cuantitativa la que utiliza indicadores que nos ayuda a medir el comportamiento de una variable, describir su realidad y cambio en el tiempo, conocer de forma objetiva el trabajo de un médico respecto a la población asignada; por ejemplo definir indicadores de estructura ligada con la oferta de los servicios en salud, disponibilidad y accesibilidad o indicadores de proceso como el uso, grado de utilización de los recursos e indicadores de resultado como coberturas logradas, eficiencia y eficacia, se habla de una evaluación cuantitativa basada en indicadores. Un componente importante de la administración en salud es la evaluación considerada como la medición de los resultados en un periodo de tiempo, de seguimiento en base al monitoreo, la vigilancia epidemiológica, difusión, investigación y adecuación administrativa.

Mientras que la evaluación cualitativa, muestra cambios que los servicios de salud experimentaron en tiempo y espacio, que repercusiones tuvieron los programas de salud, su interpretación depende de cierto nivel de conocimiento de los expertos; los instrumentos

como cuestionarios, entrevistas, pruebas técnicas, discusiones, análisis de datos, observaciones, etc., son de ayuda para evaluar los programas de salud.

Una evaluación final de la gestión propone un análisis integral de los resultados desde un punto de vista: económico, financiero, de producción, ventas, entre otros, cuya única intención es encontrar información para mejorar los procesos de gestión.

Respecto al SIS el monitoreo debe ser frecuente, la revisión o acompañamiento en el primer nivel de atención, monitorear el uso, flujo, digitación, la calidad de información de los FUA, seguimiento del funcionamiento del sistema Informático, monitorear la información ingresada a la base de datos y dar el soporte técnico a los digitadores en los procesos operativos. La Jefatura del CSJM debe monitorear o delegar el uso y distribución de los formatos únicos de atención, su registro, el manejo del sistema informático a tiempo real, en otras palabras, la supervisión refuerza el proceso de evaluación automatizada, presencial, se puede verificar la calidad de las prestaciones de servicios de salud otorgados a los asegurados.

Así mismo, la presencia de auditores médicos del Seguro Integral de Salud en forma inopinada practica el monitoreo virtual y en físico, verifican la información consignada en los formatos únicos de atención e historias clínicas elegidas por muestreo, de manera que ratifican su validez o si detectan desviaciones son informadas a la Dirección de Redes Integradas y Jefatura del Centro de Salud para plantear las medidas correctivas en tiempo hábil, el cual concluye con el seguimiento.

2.1.6. Indicadores cápita

Uno de los elementos del proceso administrativo es el control, encargado de verificar los resultados en correlato con lo planeado, razón por la cual se establece indicadores. En salud, cápita significa Unidad de Pago por Capitación (por atendido), valor per cápita que reconoce el Sistema General de Seguridad Social en Salud a cada entidad prestadora por la organización y garantía de la prestación de los servicios de salud contenidos en un plan obligatorio de salud, sin distinción o segmentación alguna por niveles de atención.

Un indicador está definido como una unidad de medida que sirve como un patrón para evaluar las metas y conocer los logros.

De los indicadores cápita del Seguro Integral de Salud:

Los indicadores cápita fueron establecidos según convenio por la entidad aseguradora, permite analizar y estudiar la situación y tendencias de cambio presentados por un determinado fenómeno en relación a objetivos y metas programadas. De igual manera se debe tener presente que los indicadores son un medio y no un fin, ya que el indicador sirve de apoyo para saber cómo se encuentra la entidad, estos pueden ser unidades, índices, series, porcentajes, etc. Por ejemplo, el indicador porcentaje de gestantes aseguradas al SIS suplementadas con hierro y ácido fólico más dosaje de hemoglobina, mide el porcentaje de mujeres suplementadas, se pretende incentivar al prestador que no solo entregue el suplemento sino tome acciones de promoción de consumo, aprobado según norma técnica N° 105-2013-MINSA/DGSP.V.01.

En el estudio se eligió tres servicios: Crecimiento y Desarrollo, Obstetricia y Salud Mental, los cuales fueron evaluados en función a un indicador Cápita cuyo referente es la

(Organizacion Panamerica de Salud, 2011), donde señala las estrategias de prevención en la salud y la Norma Técnica de Salud N° 137-2017/MINSA/DGI, (Peruano, 2017, p. 22).

Indicador CRED: Porcentaje de Niños menores de 1 año con 11 controles en crecimiento y desarrollo y suplementado con hierro, cuyo propósito es contribuir con la reducción de la anemia y desnutrición crónica infantil incidiendo en los niños menores de 1 año.

La evaluación de la gestión en la prestación de salud del servicio de crecimiento y desarrollo en dicho indicador, se programó una meta esperada durante los tres años, del 30%, 26% y 26% respectivamente, no se logró, se mantuvo una brecha de 30%, 26% y 24% en cada año, con implicancias negativas en la población asegurada como incumplir con:

- ✓ Fortalecer el cuidado integral y la vigilancia del niño mediante el seguimiento periódico, obteniendo resultados oportunos para una intervención adecuada en el tratamiento.
- ✓ Administración de hierro en el niño menor de 12 meses y verificar el seguimiento del consumo del mismo incentivando al prestador para una búsqueda más activa de los niños.

Respecto a la evaluación de la gestión en la prestación de salud del servicio de obstetricia la estrategia de prevención del cáncer, el indicador cápita fue:

Indicador en Obstetricia: Porcentaje de Mujeres de 25 a 60 años con despistaje de Cáncer de cuello uterino, su fin es fortalecer las acciones que contribuyan a realizar la detección temprana del cáncer cérvix, en el marco del Plan

Esperanza, es un indicador importante del proceso destinado a disminuir la mortalidad por cáncer de cuello uterino en el Perú. (Organización Panamericana de Salud, 2011).

Se programó una meta esperada durante los años 2014 al 2016; del 35%, 20%, 20% no se alcanzó, se obtuvo una brecha de 25%, 16% y 13% respectivamente, con incidencia negativa en la población asegurada como:

- ✓ Lograr una amplia cobertura poblacional en las mujeres más susceptibles.
- ✓ Incrementar el número de mujeres tamizadas con Papanicolaou (PAP) sobre el total de mujeres de 25 a 64 años con la finalidad de obtener impacto en la cobertura poblacional.

Finalmente, la evaluación practicada en el servicio de salud mental fue:

Indicador en salud mental: Porcentaje de población afiliada al Seguro Integral de Salud tamizada en problemas de salud mental, la Organización Panamericana de Salud diseñó un Plan de acción sobre Salud mental al 2021 y la Resolución Ministerial N° 356-2018/MINSA, ligado al Plan Nacional de Fortalecimiento de servicios de salud mental comunitaria.

Se programó una meta esperada para los tres años, de 25%, 50% y 50% no se logró, se tuvo una brecha de 22%, 49% y 40% respectivamente, con incidencia negativa en la población asegurada al incumplir con:

- ✓ Tamizaje y someter al paciente a un examen de pesquisa especial para trastornos mentales y de comportamiento en este nivel de atención.

Se demuestra que las metas programadas en cada indicador son altas, amerita hacer un sinceramiento de la población asignada, revisar los cuadros nominales, el número de profesionales, así determinar en forma objetiva la real meta; es necesario identificar las desviaciones y plantear medidas correctivas para los siguientes años.

2.1.7. Reembolso del Seguro Integral de Salud

En el Perú, se creó el Seguro Integral de Salud (SIS) como un programa de financiamiento parcial a la demanda de salud bajo la particularidad de reembolso "...sólo los costos directos de la atención sin incluir otros costos relacionados por una prestación de salud otorgada" (Carreño y Llanos, 2008, p. 11).

El objetivo principal del SIS es: "... fomentar un sistema de aseguramiento público sostenible, para garantizar el derecho pleno y progresivo de cobertura de salud (...)" (Grillo, 2015, p. 48). En un lenguaje simple, el reembolso es una situación que se presenta cuando una persona o entidad paga por la adquisición de un servicio o producto a aquel que lo otorga.

La figura 10 muestra, la jerarquía de las entidades que administran los fondos de aseguramiento: El MINSA, la Superintendencia Nacional de Salud encargados de proteger los derechos en salud de cada peruano; las instituciones administradoras de fondos de aseguramiento en salud cuyo objetivo es captar y gestionar fondos para el aseguramiento

y cobertura de riesgos de salud e instituciones prestadoras de salud integrada por establecimientos de salud a decir por (Villegas, 2014, p. 41).

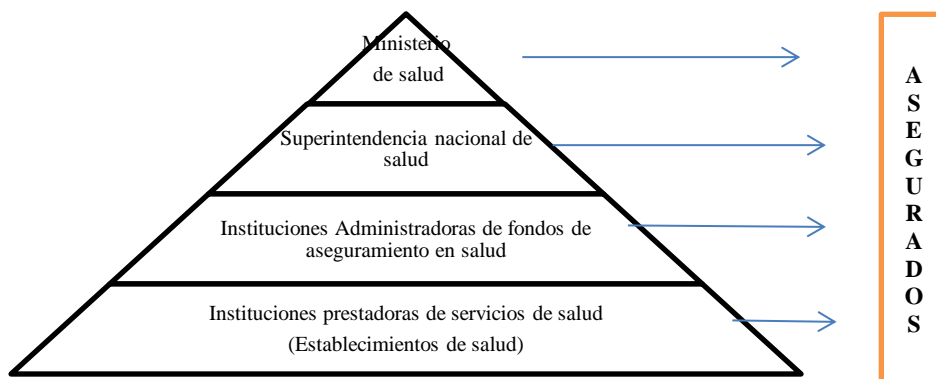


Figura 10. Jerarquía de las instituciones administradoras de fondos de aseguramiento
Fuente: Adaptado del Anuario Estadístico 2014, Intendencia de Investigación y Desarrollo
Elaboración Propia

En la figura 11, se ilustra las fuentes de financiamiento generados por la operatividad del Seguro Integral de Salud destinados según régimen (Seguro Integral, 2011).

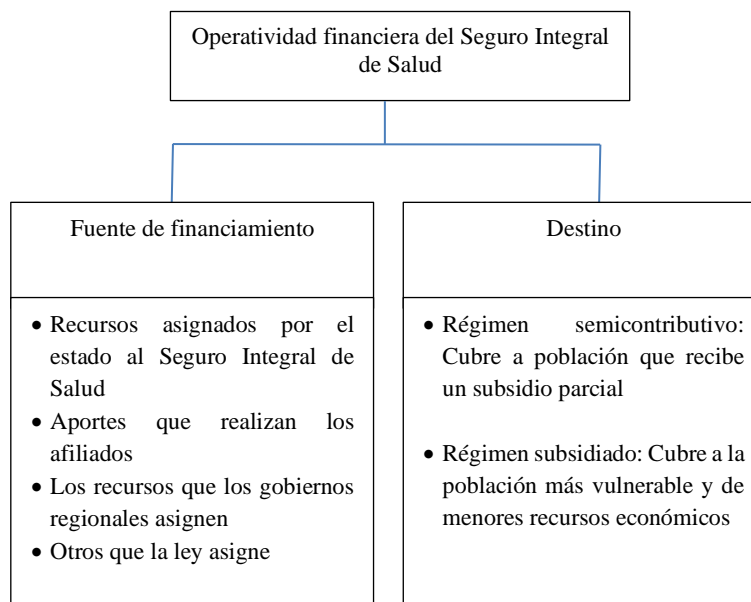


Figura 11. Operatividad financiera del Seguro Integral de Salud
Elaboración Propia

Si bien es cierto la clasificación legal es clara, pero en la práctica hay un vacío, por ejemplo: Si una persona es elegible para el régimen subsidiado; luego obtiene un empleo y califica como sujeto de la seguridad social (régimen contributivo), preguntamos: ¿a qué régimen debe pertenecer?, queda el precedente, que el asegurado fue atendido y por ende se desconoce si se reembolso dicha atención.

En primera instancia los reembolsos son prospectivos en un 65% y posteriormente el 35% por los servicios complementarios entregados a la Unidad Ejecutora a cargo del establecimiento de salud en estudio. La unidad de pago fue el costo por atendido ligado al registro de la producción mensual y avance de las metas esperadas en cada indicador cápita.

La cantidad de FUA producida por atendido genera su reembolso y aquellos formatos observados por atendido no son reembolsados superado las fechas otorgadas para subsanación. Por ejemplo, en el año 2016 hubo una producción de FUA de 13 928 de los cuales fueron observados 1189 formatos únicos de atención, la realidad muestra que afecto el reembolso por atendido el que no debe repetirse en los siguientes años.

Otro aspecto, es que el Seguro Integral de Salud como administrador de fondos de salud, transfiere recursos económicos a las unidades ejecutoras (UEs) mediante los mecanismos establecidos por la Ley de presupuesto público, transferencia que se realiza con la información desagregada hasta el primer nivel de atención. Los reembolsos están sujeto a supervisión, monitoreo y control antes de la facturación realizada por las entidades prestadoras y se remite a su contraparte la documentación para el pago de las prestaciones de salud.

Finalmente, el actor principal es el asegurado, ¿Quién es el asegurado?, persona que tiene derecho a recibir los servicios de salud en merito a un contrato de seguro.

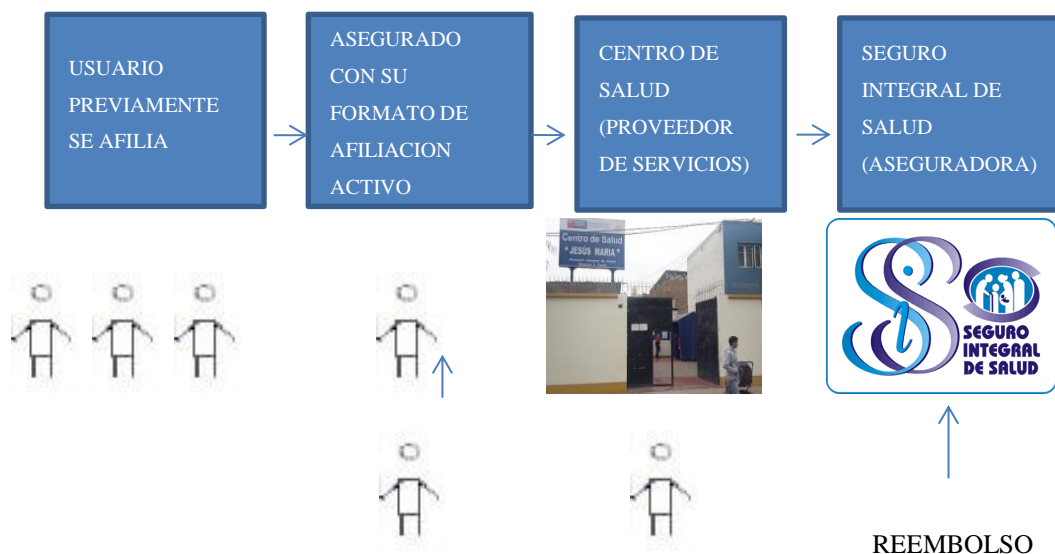


Figura 12. Flujograma de atención al asegurado para recibir una prestación de salud
Elaboración propia

El asegurado, se beneficia en función al régimen de aseguramiento que se ha afiliado, se puede observar en la figura 12, el flujograma de atención desde el momento que una persona decide afiliarse al Seguro Integral de Salud y acude al establecimiento de salud para ser atendido; en el caso de ser subsidiado se verifica si cuenta con la calificación de pobre o pobre extremo para sustentar el reembolso por atendido.

2.2. Marco filosófico

La Filosofía y la ciencia de la administración

Se cuestiona si la Administración sea o no ciencia y técnica al mismo tiempo, su respectivo sustento:

Es ciencia cuando tiene dos objetivos: la teoría y el experimento.

La teoría trata de expresar cómo es el mundo, y el experimento que usa la tecnología siguiente y lo cambia. “Representamos para intervenir, e intervenimos a la luz de las representaciones” (Hacking, 1995, p. 49).

Por tanto, el pensamiento de la ciencia puede considerar elementos para la Administración como: Intervención y el actuar administrativo, basado en las “representaciones” teóricas de la Administración, es cuando se expresa de una técnica administrativa; importante comprender dos claves en la ciencia de la administración:

1. La actividad práctica de administrar las cuales son experimentadas por las teorías administrativas, conocimientos que son adaptables a la labor diaria.
2. La actividad científica de la disciplina Administrativa estudiada por teorías como: La epistemológicas, metodológicas, ontológicas y semánticas que nacen de la Filosofía de la Ciencia; dos aspectos que se convierten en ejes elementales mediante el cual corresponda una orientación pedagógica de la Administración.

El autor acude a la frase de Confucio: “El amor al conocimiento es el fin de la sabiduría; el carácter del gobernante es como el viento y el carácter de la gente común es cómo la hierba, y la hierba se inclina en dirección del viento” (Yutang, 1999).

En el libro “Enseñanzas de Peter Drucker”, plantea conceptos ligada con la filosofía de la administración, explica que son pocos los estudios de investigaciones sobre el tema. Drucker invita a reflexionar sobre la eficiencia de las personas, el uso correcto de los recursos y la efectividad hacer las cosas correctas; premisas que motiva reflexionar que la

ciencia de la administración tiene incidencia tanto en el campo teórico como práctico; resulta notable para la Administración ser ciencia y técnica social.

A decir, la Administración cuando teoriza es ciencia y al momento de aplicar es práctica, ambas participan para representar el mundo e intervenir en él, es cuando está presente la teoría y la práctica a decir por (Puell, 2009).

Siguiendo el método hipotético deductivo como actividad científica, que combina la reflexión racional con la observación de la realidad, consideramos que una administración o gestión exitosa depende de la capacidad, el conocimiento de su gente, participar en la solución de problemas, tener visión de futuro, firmeza en sus decisiones, como dice Bill Gates: “A Microsoft no solamente ingresan los inteligentes, sino los suprainteligentes”, hoy en día el reto es hacer productivo el conocimiento, saber aplicarlo.

III. Método

3.1. Tipo de Investigación

Teniendo en cuenta las características de los estudios administrativos y de acuerdo a su finalidad fue una investigación de tipo aplicada.

“La investigación aplicada busca conocer para hacer, para actuar, para modificar; le preocupa la aplicación inmediata sobre una realidad circunstancial antes que el desarrollo de un valor universal, (...) SIC” a decir por (Sánchez & Reyes, 2006).

Por cuanto, se preocupa por la atención del conocimiento científico, producto de la investigación básica cuyo propósito es resolver problemas prácticos inmediatos en un escenario de innovar los contextos, se utilizó los conocimientos de las Ciencias Administrativas y de otras disciplinas para analizar la realidad del CSJM, respecto a la Evaluación de la Gestión en la prestación de salud para la mejora del reembolso del SIS.

En relación al proceso de investigación para la recolección de datos fue ordinal basado en el método de escalamiento desarrollado por Rensis Likert.

“...conjunto de ítems que se presentan en forma de afirmaciones para medir la reacción del sujeto en tres, cinco o siete categorías” (Hernández, Fernández y Baptista, 2014, p. 200)

La investigación fue no experimental, de tipo transversal es decir se recolecto los datos en un solo momento o en un tiempo, corresponde a un diseño descriptivo analítico y multivariado único a decir por (Fernández, Hernández y Baptista, 2014, p. 154).

3.2. Población y muestra

Población:

La idea principal que plantea el autor, población es “un conjunto de elementos, seres o eventos, concordantes entre sí en cuanto a una serie de características, de las cuales se desea obtener alguna información” (Hurtado, 2010).

“La población finita está constituida cuando el conjunto cuenta con un número menor a cien mil miembros. Oponiéndose así diametralmente a la definición de población infinita, grupo de elementos con atributos comunes que superan en cien mil (...)” (Arias, 2006, p. 81).

Los elementos de una población lo conforman cada uno de los individuos asociados, debido a que comparten alguna característica en común, en este caso está conformada por los profesionales, no profesionales y los asegurados atendidos de los servicios de obstetricia, crecimiento y desarrollo y salud mental involucrados en la prestación de salud.

Tabla 10

Población Centro de Salud de Jesús María

| POBLACIÓN | |
|----------------------------------------|------|
| Profesionales | 78 |
| No profesionales | 136 |
| Asegurados de los servicios en estudio | 1076 |
| TOTAL | 1290 |

Elaboración propia

Muestra

Se aplicó la fórmula para determinar la muestra con un 4% de error:

$$n = \frac{(z)^2(N)(p)(q)}{(E)^2(N - 1) + (z)^2(p)(q)}$$

$$n = 410$$

Fue necesario mantener la distribución de la población, se estratifico la muestra de manera que se pueda tener la misma configuración poblacional en el estudio muestral, se determinó producto de la aplicación de la fórmula, se obtuvo un tamaño muestral de 410 elementos los mismos que se distribuyeron de la siguiente manera:

Tabla 11

Muestra estratificada en el Centro de Salud de Jesús María

| MUESTRA | |
|---------------------------------|------------|
| Profesionales | 25 |
| No profesionales | 43 |
| Asegurados servicios en estudio | 342 |
| TOTAL | 410 |

Elaboración propia

3.3. Operacionalización de las variables

Tabla 12

Matriz de operacionalización de variables

| Variablen (s) | Definición conceptual | Dimensiones | Indicadores |
|----------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Variable independiente: Gestión en la prestación de salud | Gestión son acciones orientadas a lograr resultados concordantes a productos o servicios, relacionados con los objetivos y políticas empresariales o institucionales, como es los servicios de prestación de salud. | Evaluación de las prestaciones de salud | -Evaluación de los indicadores cápita -Implementación del manual de procedimientos para el registro del Formato Único de Atención -Capacitación en el registro del formato único de atención |
| Variable dependiente: Reembolso del seguro integral de salud | Operación económica que reconoce el pago de un servicio, a un usuario en términos de persona o a una empresa o institución. | Gestión del Reembolso | -Criterios técnicos para la eficacia del Formato único de atención -Flujo de reembolsos del Seguro Integral de Salud |

Elaboración propia

3.4. Instrumentos:

El instrumento consistió en tres cuestionarios aplicados a un grupo piloto, dirigido a los profesionales, no profesionales y asegurados, se utilizó el Alfa de Cronbach para demostrar su fiabilidad como sigue:

El coeficiente de cronbach, "...requiere una sola administración del instrumento de medición y produce valores que oscilan entre 0 y 1..." a decir por (Hernández, Fernández y Baptista, 2007, p. 208).

Alfa de Cronbach – Profesionales

a) Mediante la varianza de los ítems (Cronbach, 1951):

$$\infty = \frac{k}{k+1} \left[1 - \frac{\sum Vi}{Vt} \right]$$

Dónde:

∞ = Alfa de Cronbach
 K = Número de ítems
 Vi = Varianza de cada Ítem
 Vt = Varianza del total

| | |
|-----------|-------|
| K | 25 |
| $\sum Vi$ | 18.59 |
| Vt | 69.21 |
| ∞ | 0.76 |

Alfa de Cronbach – No Profesionales

a) Mediante la varianza de los ítems (Cronbach, 1951):

$$\infty = \frac{k}{k+1} \left[1 - \frac{\sum Vi}{Vt} \right]$$

Dónde:

∞ = Alfa de Cronbach
 K = Número de ítems
 Vi = Varianza de cada Ítem
 Vt = Varianza del total

| | |
|-----------|--------|
| K | 25 |
| $\sum Vi$ | 23.96 |
| Vt | 127.33 |
| ∞ | 0.85 |

Alfa de Cronbach – Asegurados

a) Mediante la varianza de los ítems (Cronbach, 1951):

$$\infty = \frac{k}{k+1} \left[1 - \frac{\sum Vi}{Vt} \right]$$

Dónde:

∞ = Alfa de Cronbach
 K = Número de ítems
 Vi = Varianza de cada Ítem
 Vt = Varianza del total

| | |
|-----------|--------|
| K | 25 |
| $\sum Vi$ | 34.44 |
| Vt | 339.30 |
| ∞ | 0.94 |

El instrumento se sujetó a la validez de contenido por juicio de expertos, dieron su aprobación a los cuestionarios aplicados de las encuestas.

El autor define en los siguientes términos: “La validez, grado en que un instrumento en verdad mide la variable que se busca medir (...)” (Hernández, Fernández y Baptista, 2014, p. 200).

3.5. Procedimiento

- Se diseñó el cuestionario y se consideró la información relevante ligada a las variables en estudio.
- El instrumento se aplicó a las muestras estratificadas.
- Se procesó la información mediante el paquete estadístico SPSS.
- Se aplicó la escala de Likert, asignando un puntaje del 1 al 5 a las diferentes respuestas obtenidas a los reactivos.

3.6. Análisis de datos

Se recolecto los datos que fueron evaluados y ordenados como elementos de entrada, se preparó su análisis y se realizó las siguientes acciones:

- Definición de los aspectos relevantes de la base de datos
- Selección del hardware y software
- Programación del tiempo necesario para el procesamiento de datos
- Formulación de las estrategias de almacenamiento de datos
- Diseño del procesamiento de acceso
- Durante el proceso las operaciones necesarias se convirtió los datos en información significativa
- La información de salida base para el análisis e interpretación de resultados

IV. Resultados

4.1. Análisis e interpretación de los resultados

Se tomó en cuenta los resultados del proceso de investigación y se aplicó adicionalmente la inferencia estadística que permitió determinar las conclusiones respectivas en base a un análisis cualitativo.

4.1.1. Evaluación de los indicadores cápita

4.1.1.1 Opinión Profesionales:

Tabla 13

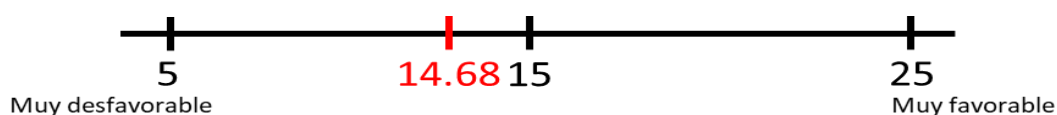
Resultado evaluación de los indicadores cápita. Muestra profesionales

| PREGUNTAS | Totalmente en desacuerdo | En desacuerdo | Indeciso | De acuerdo | Totalmente de acuerdo | TOTAL |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|---------------|-----------|------------|-----------------------|------------|
| 1. ¿Tiene Ud., conocimiento del cumplimiento de los indicadores cápita al 100%, y es coherente con las metas negociadas con el Seguro integral de salud? | 0 | 6 | 17 | 0 | 2 | 25 |
| 2. ¿En el Centro de salud se programa actividades de supervisión, monitoreo y evaluación para conocer los logros por cada indicador cápita? | 2 | 9 | 9 | 3 | 2 | 25 |
| 3. ¿La propuesta de un plan de Monitoreo e informe de gestión en el centro de salud, permitirá contar con un instrumento administrativo? | 4 | 11 | 10 | 0 | 0 | 25 |
| 4. ¿La asignación de las metas físicas por indicador cápita es coherente con las metas esperadas, de manera que incumplir un indicador no afecte el cumplimiento de otro? | 1 | 7 | 7 | 10 | 0 | 25 |
| 5. ¿El incremento de las metas físicas del 2% al 10% cada año es coherente con la realidad del centro de salud? | 0 | 2 | 5 | 16 | 2 | 25 |
| TOTAL | 7 | 35 | 48 | 29 | 6 | 125 |

Fuente: Encuesta realizada

Se tiene 5 items analizados

Rango potencial de 5 a 25



El resultado fue de 14.68 de intensidad menor de 15 en el escalamiento de Likert.

Análisis

Se muestra la respuesta de los profesionales con referencia a la evaluación de los indicadores cápita.

4.1.1.2 Opinión de los no profesionales

Tabla 14

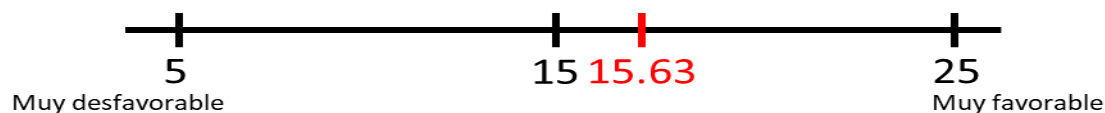
Resultado evaluación de los indicadores cápita. Muestras no profesionales

| PREGUNTAS | Totalmente en desacuerdo | En desacuerdo | Indeciso | De acuerdo | Totalmente de acuerdo | TOTAL |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|---------------|-----------|------------|-----------------------|------------|
| 1. ¿Tiene Ud., conocimiento del cumplimiento de los indicadores cápita al 100%, establecido por el Seguro Integral de Salud, relacionados con las metas esperadas? | 3 | 6 | 22 | 8 | 4 | 43 |
| 2. ¿Se realizan actividades de supervisión, monitoreo y evaluación para conocer las metas logradas por cada indicador cápita? | 1 | 6 | 27 | 7 | 2 | 43 |
| 3. ¿La propuesta de un Plan de Monitoreo e informe de gestión en el Centro de Salud permitirá contar con un instrumento administrativo? | 0 | 4 | 10 | 19 | 10 | 43 |
| 4. ¿La asignación de una meta física por cada indicador es coherente con las metas esperadas, de manera que incumplir un indicador no afecte el cumplimiento de otro? | 1 | 14 | 20 | 7 | 1 | 43 |
| 5. Conoce Ud., que el Centro de Salud, tiene que cumplir con las metas físicas por cada indicador cápita según incremento del 2% al 10% cada año? | 4 | 16 | 12 | 6 | 5 | 43 |
| TOTAL | 9 | 46 | 91 | 47 | 22 | 215 |

Fuente: Encuesta realizada

Se tiene 5 items analizados

Rango potencial de 5 a 25



El resultado fue de 15.63 de intensidad mayor de 15 en el escalamiento de Likert.

Análisis

Se muestra la respuesta de los no profesionales con referencia a la evaluación de los indicadores Cápita.

4.1.1.3 Opinión de los asegurados:

Tabla 15

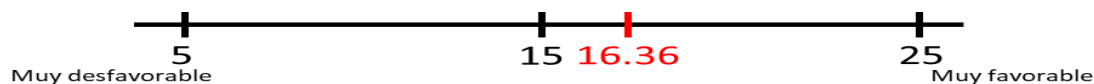
Resultado evaluación de los indicadores cápita. Muestra asegurados

| PREGUNTAS | Totalmente en desacuerdo | En desacuerdo | Indeciso | De acuerdo | Totalmente de acuerdo | TOTAL |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|---------------|------------|------------|-----------------------|-------------|
| 1. ¿Recibió atención de salud en: Crecimiento y desarrollo, recibe los micronutrientes y/o resultados de laboratorio? | 59 | 35 | 54 | 149 | 45 | 342 |
| 2. ¿Tiene conocimiento que se supervisa y evalúa las atenciones de despistaje de cáncer de cuello uterino y recepción de medicamentos y/o resultados de laboratorio para conocer los logros obtenidos por cada uno de ellos? | 69 | 33 | 67 | 148 | 25 | 342 |
| 3. ¿Diría usted, que es necesario que el centro de salud cuente con un plan de monitoreo por cada atención recibida? | 54 | 54 | 88 | 115 | 31 | 342 |
| 4. ¿Se debe supervisar las atenciones realizadas en su condición de asegurado? | 18 | 25 | 80 | 130 | 89 | 342 |
| 5. ¿Tiene conocimiento que el Centro de Salud, debe cumplir con las atenciones de: salud mental, recepción de medicamentos y/o resultados psicológicos? | 29 | 68 | 60 | 154 | 31 | 342 |
| TOTAL | 229 | 215 | 349 | 696 | 221 | 1710 |

Fuente: Encuesta realizada

Se tiene 5 items analizados

Rango potencial de 5 a 25



El resultado fue de 16.36 de intensidad mayor de 15 en el escalamiento de Likert.

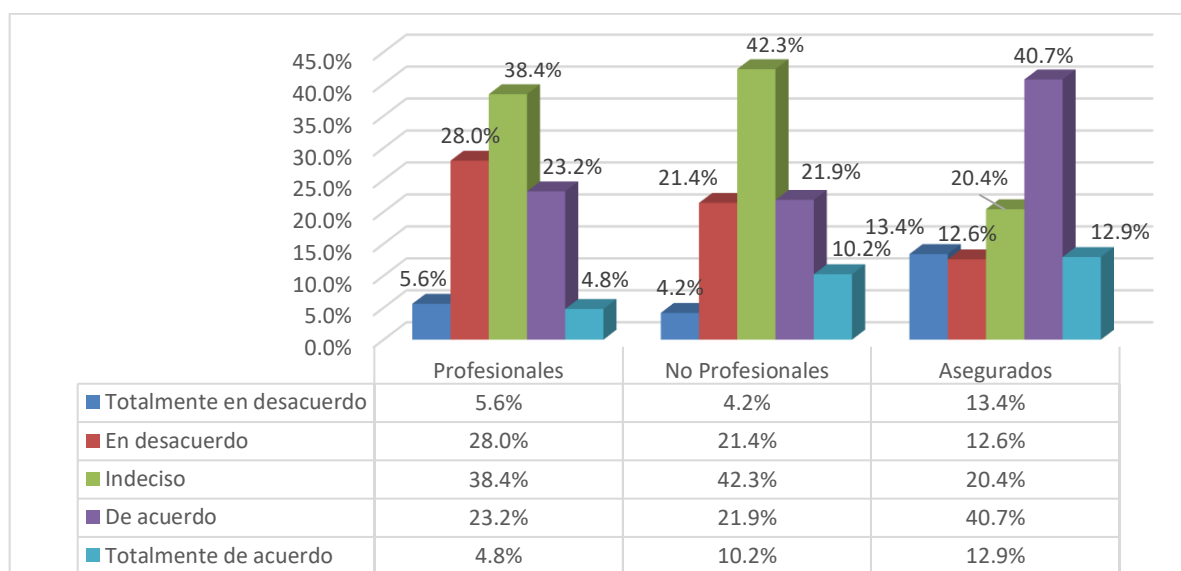
Análisis

Se muestra la respuesta de los asegurados con referencia a la evaluación de los indicadores Cápita.

Tabla 16*Resultados evaluación de los indicadores cápita*

| Respuestas | Profesionales | | No Profesionales | | Asegurados | |
|--------------------------|---------------|-------|------------------|-------|------------|-------|
| | Cantidad | % | Cantidad | % | Cantidad | % |
| Totalmente en desacuerdo | 7 | 5.6% | 9 | 4.2% | 229 | 13.4% |
| En desacuerdo | 35 | 28.0% | 46 | 21.4% | 215 | 12.6% |
| Indeciso | 48 | 38.4% | 91 | 42.3% | 349 | 20.4% |
| De acuerdo | 29 | 23.2% | 47 | 21.9% | 696 | 40.7% |
| Totalmente de acuerdo | 6 | 4.8% | 22 | 10.2% | 221 | 12.9% |
| Total | 125 | 100% | 215 | 100% | 1710 | 100% |

Fuente: Encuesta realizada

*Figura 13. Evaluación de los indicadores cápita*

Fuente: Encuesta realizada

4.1.1.4 Interpretación

*Para los profesionales encuestados respecto a la evaluación de los indicadores cápita revelan estar de acuerdo en un 28% (Ver tabla 16), indican que el incremento de las metas físicas si se relaciona y es coherente al escenario real del Centro de Salud; así también la asignación de las metas físicas por cada indicador cápita corresponde a las metas esperadas y su ejecución durante los años 2014-2016, desprendiéndose de ello una situación superficial a su respuesta.

El 33.6% de los profesionales encuestados respecto a la evaluación de los indicadores cápita a la propuesta de un Plan de monitoreo e informe de gestión señalan no estar de acuerdo con un instrumento administrativo; así como con las actividades de supervisión, monitoreo y evaluación del Centro de Salud para saber los logros por cada indicador cápita, ello obedecería a que los profesionales están concentrados en las prestaciones de salud dejando de lado lo antes mencionado.

Los profesionales encuestados en un 38.4% perciben con indiferencia el cumplimiento de los indicadores cápita concordante con las metas negociadas con el SIS y la propuesta de un plan de monitoreo e informe de gestión puede que se implemente o no.

*Para los no profesionales encuestados en relación a la evaluación de los indicadores cápita el 32.1% (Ver tabla 16), están de acuerdo tener un plan de monitoreo e informe de gestión como instrumento administrativo; así mismo saben que se debe cumplir con las metas físicas por cada indicador cápita en concordancia a los incrementos establecidos en cada año, se desprende de ella una situación superficial a sus respuestas.

Los no profesionales encuestados a los indicadores cápita un 25.6% muestran su desacuerdo en relación al cumplimiento de las metas físicas por cada indicador cápita relacionado con los incrementos del 2% al 10% dados cada año; así mismo la relación entre las metas físicas con las esperadas se advierte que incumplir un indicador no afecte el cumplimiento del otro, ello obedece a que ningún año se ha logrado las metas y no han obtenido el bono anual por desempeño.

Los trabajadores no profesionales encuestados a los indicadores cápita un 42.3% ven con desinterés las actividades de supervisión, monitoreo y evaluación de las metas por cada indicador cápita; así como del cumplimiento de estos al 100% exigidos por el SIS ligadas con las metas esperadas, en razón que es de responsabilidad directa de los profesionales de la salud.

*Para los asegurados encuestados (Ver tabla 16), respecto a los indicadores cápita, el 53.6% están de acuerdo que se debe supervisar las atenciones que recibe el asegurado como: despistaje de cáncer de cuello uterino, salud mental, crecimiento y desarrollo, recepción de medicamentos y/o resultados de laboratorio.

Asimismo, en un 26% señalan su desacuerdo respecto al desconocimiento de supervisión y evaluación de las atenciones referente a: despistaje de cáncer de cuello uterino, tamizaje de salud mental, así como recibir sus resultados.

4.1.1.5 Marco de comprobación

Con relación, al ítem 4.1.1.1 en un rango del 5 al 25 en la escala de Likert, de 14.68 lo que indica que la percepción de los profesionales sobre la evaluación de los **indicadores cápita** es desfavorable.

Respecto, al ítem 4.1.1.2 en un rango del 5 al 25 en la escala de Likert de 15.63, lo que indica que la percepción de los no profesionales sobre la Evaluación de los **indicadores cápita** es poco favorable.

Finalmente, al ítem 4.1.1.3 en un rango del 5 al 25 en la escala de Likert de 16.36, lo que indica que la percepción de los asegurados sobre la evaluación de los **indicadores cápita** es poco favorable.

Considerando las tres muestras en términos de la escala de Likert se tiene como promedio 15.55 lo que revela que es poco favorable la evaluación de los indicadores cápita en la gestión de las prestaciones de salud.

4.1.2. Percepción Implementación de un manual de procedimientos para el registro del formato único de atención

4.1.2.1 Opinión de los profesionales

Tabla 17

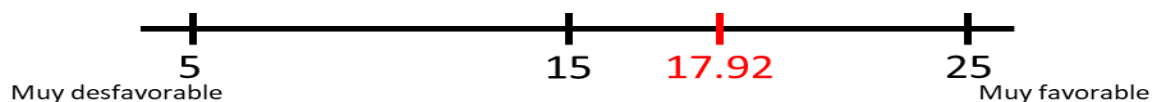
Resultado de implementación de un manual de procedimientos para el registro del formato único de atención. Muestra profesionales

| PREGUNTAS | Totalmente en desacuerdo | En desacuerdo | Indeciso | De acuerdo | Totalmente de acuerdo | TOTAL |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|---------------|----------|------------|-----------------------|-------|
| 1. ¿La Jefatura del Centro de Salud ha posibilitado una organización con estructuras, funciones y responsabilidades? | 1 | 1 | 11 | 11 | 1 | 25 |
| 2. ¿Se ejecutan actividades de supervisión, monitoreo y evaluación de los registros realizados en el formato único de atención de manera participativa? | 3 | 1 | 16 | 5 | 0 | 25 |
| 3. ¿El procedimiento para el registro de los códigos en el formato único de atención está disponible en cada servicio? | 3 | 0 | 2 | 15 | 5 | 25 |
| 4. ¿Se realiza el llenado del Formato Único de Atención de manera uniforme en los diferentes servicios en función a los principios de organización? | 1 | 1 | 11 | 10 | 2 | 25 |
| 5. ¿El Registro del Formato Único de Atención se podría regular en un manual de procedimientos? | 0 | 0 | 1 | 13 | 11 | 25 |
| TOTAL | 8 | 3 | 41 | 54 | 19 | 125 |

Fuente: Encuesta realizada

Se tiene 5 ítems analizados

Rango potencial de 5 a 25



El resultado fue de 17.92 de intensidad mayor de 15 en el escalamiento de Likert.

Análisis

Se muestra la respuesta de los profesionales con referencia a la implementación de un Manual de procedimientos para el registro del formato único de atención

4.1.2.2 Opinión de los no Profesionales

Tabla 18

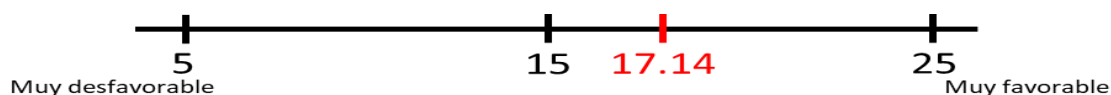
Resultado de implementación de un manual de procedimientos para el registro del formato único de atención. Muestras no profesionales

| PREGUNTAS | Totalmente en desacuerdo | En desacuerdo | Indeciso | De acuerdo | Totalmente de acuerdo | TOTAL |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|---------------|-----------|------------|-----------------------|------------|
| 1. ¿La Jefatura del Centro de Salud ha posibilitado una organización con estructuras, funciones y responsabilidades? | 1 | 4 | 16 | 17 | 5 | 43 |
| 2. ¿Se ejecutan actividades de supervisión, monitoreo y evaluación de los registros realizados en el formato único de atención de manera participativa? | 2 | 12 | 19 | 7 | 3 | 43 |
| 3. ¿El procedimiento para el registro de los códigos en el formato único de atención está disponible en cada servicio? | 3 | 6 | 18 | 9 | 7 | 43 |
| 4. ¿Se realiza el llenado del Formato Único de Atención de manera uniforme en los diferentes servicios en función a los principios de organización? | 1 | 5 | 21 | 9 | 7 | 43 |
| 5. ¿El registro del formato único de atención se podría regular en un manual de procedimientos? | 1 | 0 | 6 | 23 | 13 | 43 |
| TOTAL | 8 | 27 | 80 | 65 | 35 | 215 |

Fuente: Encuesta realizada

Se tiene 5 items analizados

Rango potencial de 5 a 25



El resultado fue de 17.14 de intensidad mayor de 15 en el escalamiento de Likert.

Análisis

Se muestra la respuesta de los no profesionales con referencia a la implementación de un Manual de procedimientos para el registro del formato único de atención

4.1.2.3 Opinión de los asegurados:

Tabla 19

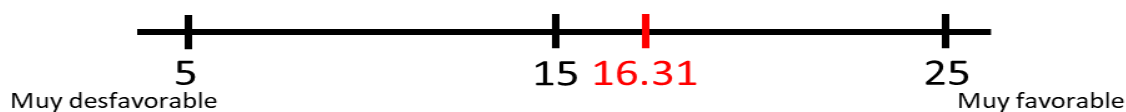
Resultado de implementación de un manual de procedimientos para el registro del formato único de atención. Muestra asegurados

| PREGUNTAS | Totalmente en desacuerdo | En desacuerdo | Indecisio | De acuerdo | Totalmente de acuerdo | TOTAL |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|---------------|-----------|------------|-----------------------|-------|
| 1. ¿Conoce el proceso para una atención como: Obtener un cupo en triaje; pasar a admisión para el llenado de los formatos únicos de atención y su historia clínica, pasar a la sala de espera; pasar al consultorio y entregar su Formato Único de atención y ser atendido? | 32 | 26 | 81 | 155 | 48 | 342 |
| 2. ¿Sabe Ud., que debe poner su firma y/o huella digital como titular o apoderado en el Formato Único de Atención para ser atendido por un profesional de la salud? | 25 | 21 | 57 | 187 | 52 | 342 |
| 3. ¿Sabe Ud. cómo hacer para la atención de: Su niña/o menor de 1 año recibe o recibió 11 controles de Crecimiento y desarrollo y recibió los micronutrientes? | 55 | 23 | 85 | 144 | 35 | 342 |
| 4. Sabe Ud. cómo hacer para la atención de: ¿Las mujeres de 25 a 60 años deben hacerse un despistaje de Cáncer de cuello uterino y entrega de los resultados? | 75 | 33 | 76 | 132 | 26 | 342 |
| 5. ¿Sabe Ud. cómo hacer para la atención de: ¿Tamizaje en salud mental? | 68 | 42 | 99 | 103 | 30 | 342 |
| TOTAL | 255 | 145 | 398 | 721 | 191 | 1710 |

Fuente: Encuesta realizada

Se tiene 5 ítems analizados

Rango potencial de 5 a 25



El resultado fue de 16.31 de intensidad mayor de 15 en el escalamiento de Likert.

Análisis

Se muestra la respuesta de los asegurados con referencia a la implementación de un manual de procedimientos para el registro del formato único de atención.

Tabla 20

Resultados de implementación de un manual de procedimientos para el registro del formato único de atención

| Respuestas | Profesionales | | No Profesionales | | Asegurados | |
|--------------------------|---------------|-------|------------------|-------|------------|-------|
| | Cantidad | % | Cantidad | % | Cantidad | % |
| Totalmente en desacuerdo | 8 | 6.4% | 8 | 3.7% | 255 | 14.9% |
| En desacuerdo | 3 | 2.4% | 27 | 12.6% | 145 | 8.5% |
| Indeciso | 41 | 32.8% | 80 | 37.2% | 398 | 23.3% |
| De acuerdo | 54 | 43.2% | 65 | 30.2% | 721 | 42.2% |
| Totalmente de acuerdo | 19 | 15.2% | 35 | 16.3% | 191 | 11.2% |
| Total | 125 | 100% | 215 | 100% | 1710 | 100% |

Fuente: Encuesta realizada

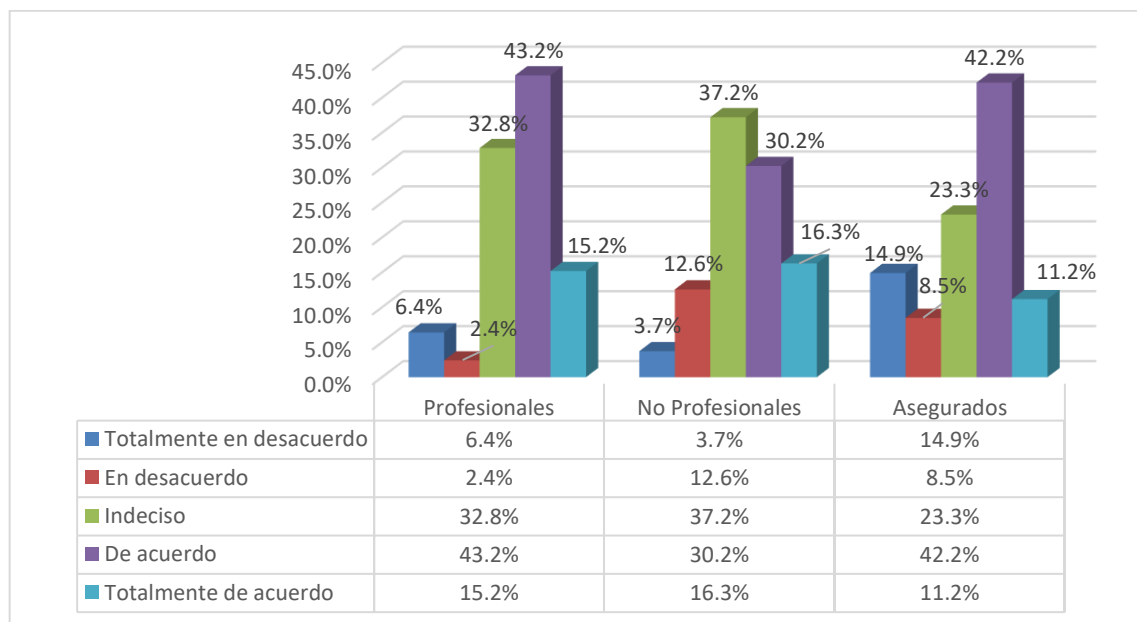


Figura 14. Implementación de un manual de procedimientos para el registro del formato único de atención
Fuente: Encuesta realizada

4.1.2.4 Interpretación

*Para los profesionales encuestados (Ver tabla 20), a la implementación de un manual de procedimientos para el registro del formato único de atención, en un 58.4% responden regular en un manual de procedimientos para el registro del formato único de atención; así también el registro de los códigos en el FUA se muestra de acuerdo implementar un documento administrativo.

Mientras que el 8.8% de los profesionales encuestados a la implementación de un manual de procedimientos para el registro del FUA se muestran en desacuerdo a las actividades de supervisión, monitoreo y evaluación del formato único de atención, así mismo si está disponible en cada servicio el procedimiento para registrar los códigos por cada atención de salud, esto obedece a una débil gestión administrativa.

Los profesionales encuestados a la implementación de un manual de procedimientos para el registro del FUA, en un 32.8% son indiferentes a las actividades de supervisión, monitoreo y evaluación de estos; así mismo, si la jefatura del Centro de Salud ha establecido una organización basada en una estructura, con asignación de funciones y responsabilidades en razón a que se espera las acciones de la Unidad Ejecutora.

*Para los no profesionales encuestados (Ver tabla 20), a la implementación de un manual de procedimientos para el registro del FUA, el 46.5% está de acuerdo regular en un manual de procedimientos para el registro que se realiza en cada uno de ellos; además el procedimiento para registrar los códigos en estos en razón a la ausencia de documentos normativos.

En un 16.3% los no profesionales encuestados a la implementación de un manual de procedimientos para el registro del FUA manifiestan su desacuerdo a la ejecución de actividades de supervisión, monitoreo y evaluación de los FUA de manera programada, así como si está disponible en cada servicio el procedimiento para registrar los códigos en el formato único de atención, en razón a que notan la ausencia de procedimientos administrativos que regulen los procesos.

Finalmente, los no profesionales encuestados en un 37.2% a la Implementación de un manual de procedimientos para el registro del FUA son indiferentes a las actividades de supervisión, monitoreo y evaluación de los registros que se realizan en el formato único de atención; así mismo el llenado de este formato es uniforme en los diferentes servicios en función a principios de organización, en razón a que puede o no implementarse un manual de procedimientos.

*Para los asegurados encuestado (Ver tabla 20), a la implementación de un manual de procedimientos para el registro del formato único de atención, el 53.4% está de acuerdo en poner su firma y/o huella como titular o apoderado en el formato único de atención para ser atendido por un profesional de la salud; conoce el proceso para recibir una atención; así mismo sabe cómo proceder para una atención a su niña/o menor de 1 año en el servicio de crecimiento y desarrollo, recibir los micronutrientes en razón a que son asegurados continuadores atendidos antes, durante el estudio de investigación.

Un 23.4% de los asegurados encuestados a la implementación de un manual de procedimientos para el registro del formato único de atención, están en desacuerdo cómo recibir una atención en el tamizaje de salud mental; como realizarse un despistaje de cáncer

de cuello uterino y entrega de sus resultado; o recibir la atención de crecimiento y desarrollo su niña/o menor de 1 año, en razón que los asegurados encuestados desconocen el procedimiento, no son informados de la importancia de dichas atenciones preventivas.

Los asegurados en un 23.3%, encuestados en la implementación de un manual de procedimientos para el registro del formato único de atención muestran su indiferencia a la atención en salud mental; así como, la atención de crecimiento y desarrollo a su niño/a menor de 1 año o recibió 11 controles de crecimiento y desarrollo y micronutrientes, respuestas que están lejos de la importancia de prever su salud acorde a un procedimiento administrativo.

4.1.2.5 Marco de comprobación

Con relación, al ítem 4.1.2.1 en un rango del 5 al 25 en la escala de Likert, de 17.92 lo que indica que la precepción de los profesionales sobre la **implementación de un manual de procedimientos para el registro del FUA** es favorable.

Respecto, al ítem 4.1.2.2 en un rango del 5 al 25 en la escala de Likert, de 17.14 lo que indica que la precepción de los no profesionales sobre la **implementación de un manual de procedimientos para el registro del FUA** es favorable.

Finalmente, al ítem 4.1.2.3 en un rango del 5 al 25 en la escala de Likert, de 16.31 lo que indica que la precepción de los asegurados sobre la **implementación de un manual de procedimientos para el registro del FUA** es poco favorable.

Considerando las tres muestras en términos de la escala de Likert se tiene como promedio 17.12 lo que revela que es favorable la implementación de un manual de procedimientos para el registro del formato único de atención.

4.1.3. Percepción, capacitación en el registro de los formatos únicos de atención

4.1.3.1 Opinión de los profesionales

Tabla 21

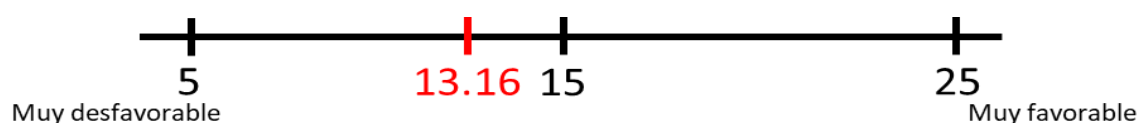
Resultado de capacitación en el registro del formato único de atención. Muestra profesionales

| PREGUNTAS | Totalmente en desacuerdo | En desacuerdo | Indeciso | De acuerdo | Totalmente de acuerdo | TOTAL |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|---------------|-----------|------------|-----------------------|------------|
| 1. ¿La gestión del Centro de Salud ha realizado un programa de capacitación sobre el procedimiento para el registro del formato único de atención a todos los trabajadores? | 2 | 6 | 16 | 1 | 0 | 25 |
| 2. ¿La gestión del Centro de Salud en el programa de capacitación aclaró inquietudes sobre el llenado del formato único de atención a los profesionales para el reembolso? | 3 | 6 | 15 | 1 | 0 | 25 |
| 3. ¿Los programas de capacitación han incluido las observaciones al formato único de atención por el Seguro Integral de Salud, por lo que los profesionales deben tomar debida nota? | 2 | 6 | 12 | 5 | 0 | 25 |
| 4. ¿La gestión del establecimiento ha realizado un programa de capacitación sobre la necesidad del control y custodia del formato único de atención a los profesionales? | 5 | 6 | 12 | 2 | 0 | 25 |
| 5. ¿Se ha previsto recursos para poner en marcha un programa de capacitación como estrategia en la producción del formato único de atención para los profesionales? | 2 | 6 | 14 | 3 | 0 | 25 |
| TOTAL | 14 | 30 | 69 | 12 | 0 | 125 |

Fuente: Encuesta realizada

Se tiene 5 items analizados

Rango potencial de 5 a 25



El resultado fue de 13.16 de intensidad menor de 15 en el escalamiento de Likert.

Análisis

Se muestra la respuesta de los profesionales con referencia a la capacitación en el registro del formato único de atención

Opinión de los no profesionales:

Tabla 22

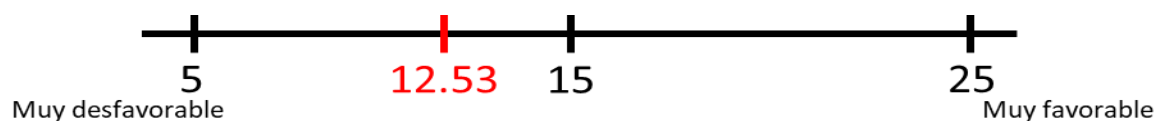
Resultado de capacitación en el registro del formato único de atención. Muestras no profesionales

| PREGUNTAS | Totalmente en desacuerdo | En desacuerdo | Indeciso | De acuerdo | Totalmente de acuerdo | TOTAL |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|---------------|----------|------------|-----------------------|-------|
| 1. ¿La Jefatura del Centro de Salud ha realizado un programa de capacitación sobre el registro del formato único de atención a todos los trabajadores? | 6 | 12 | 17 | 5 | 3 | 43 |
| 2. ¿Se absolvieron las consultas en el programa de capacitación sobre el llenado del formato único de atención a los no profesionales? | 6 | 13 | 16 | 7 | 1 | 43 |
| 3. ¿El programa de capacitación efectuado incluyó las observaciones al formato único de atención por el seguro integral de salud, por lo que usted ha tomado la debida nota? | 6 | 20 | 13 | 3 | 1 | 43 |
| 4. ¿La Jefatura del establecimiento ha realizado un programa de capacitación sobre la necesidad del control y custodia del formato único de atención a los no profesionales? | 7 | 16 | 17 | 2 | 1 | 43 |
| 5. ¿Diría Ud., que se ha previsto recursos para implementar un programa de capacitación como estrategia en la producción del formato único de atención? | 7 | 17 | 14 | 3 | 2 | 43 |
| TOTAL | 32 | 78 | 77 | 20 | 8 | 215 |

Fuente: Encuesta realizada

Se tiene 5 items analizados

Rango potencial de 5 a 25



El resultado fue de 12.53 de intensidad menor de 15 en el escalamiento de Likert.

Análisis

Se muestra la respuesta de los no profesionales con referencia a la capacitación del registro del FUA para una adecuada prestación de la salud del asegurado.

4.1.3.2 Opinión de los asegurados

Tabla 23

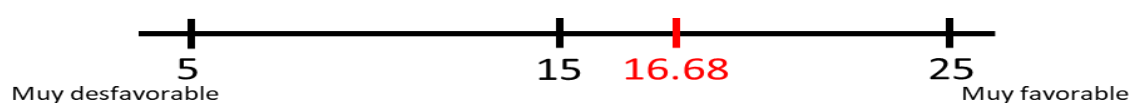
Resultado de Capacitación en el registro del formato único de atención. Muestra asegurados

| PREGUNTAS | Totalmente en desacuerdo | En desacuerdo | Indeciso | De acuerdo | Totalmente de acuerdo | TOTAL |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|---------------|----------|------------|-----------------------|-------|
| 1. ¿El Centro de Salud de Jesús María realiza campañas informativas del formato de atención que Ud., como asegurado debe participar para recibir la prestación del servicio de salud? | 73 | 57 | 91 | 85 | 36 | 342 |
| 2. ¿Las campañas de información sirvieron para conocer que el formato único de atención debe presentarse en los servicios donde recibe su atención médica; ¿entrega de medicamentos, laboratorio u otro servicio? | 24 | 20 | 93 | 160 | 45 | 342 |
| 3. ¿Sabe Ud., que el Formato Único de Atención observado en la prestación del servicio es la única prueba de su atención médica como asegurado? | 25 | 19 | 88 | 157 | 53 | 342 |
| 4. ¿Sabe que la atención de usted, como de su hijo menor requiere de controles por lo cual el formato único de atención es necesario para seguir atendándose? | 42 | 29 | 89 | 140 | 42 | 342 |
| 5. ¿Considera que el personal profesional y no profesional deben estar capacitados en el registro del formato único de atención para brindar claridad en el servicio de salud? | 43 | 45 | 52 | 139 | 63 | 342 |
| TOTAL | 207 | 170 | 413 | 681 | 239 | 1710 |

Fuente: Encuesta realizada

Se tiene 5 items analizados

Rango potencial de 5 a 25



El resultado fue de 16.68 de intensidad menor de 20 en el escalamiento de Likert.

Análisis

Se muestra la respuesta de los asegurados con referencia a la capacitación en el registro de formato único de atención para la adecuada prestación de salud.

Tabla 24

Resultados de capacitación en el registro del formato único de atención

| Respuestas | Profesionales | | No Profesionales | | Asegurados | |
|--------------------------|---------------|-------|------------------|-------|------------|-------|
| | Cantidad | % | Cantidad | % | Cantidad | % |
| Totalmente en desacuerdo | 14 | 11.2% | 32 | 14.9% | 207 | 12.1% |
| En desacuerdo | 30 | 24.0% | 78 | 36.3% | 170 | 9.9% |
| Indeciso | 69 | 55.2% | 77 | 35.8% | 413 | 24.2% |
| De acuerdo | 12 | 9.6% | 20 | 9.3% | 681 | 39.8% |
| Totalmente de acuerdo | 0 | 0.0% | 8 | 3.7% | 239 | 14.0% |
| Total | 125 | 100% | 215 | 100% | 1710 | 100% |

Fuente: Encuesta realizada

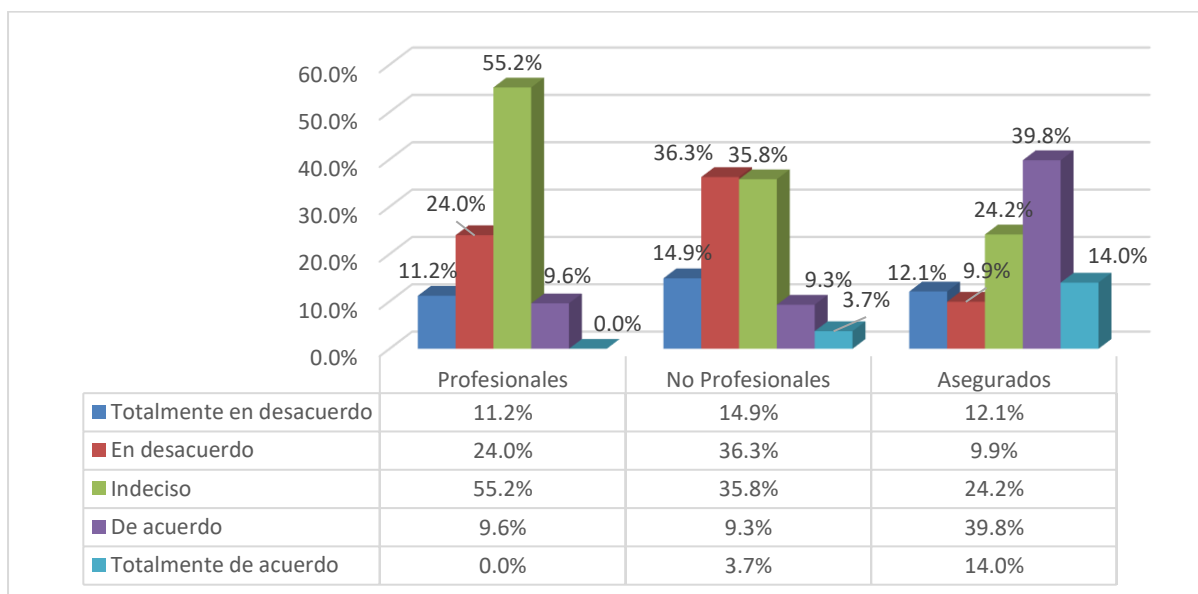


Figura 15. Capacitación en el registro del formato único de atención

Fuente: Encuesta realizada

4.1.3.3 Interpretación

*Para los profesionales (Ver tabla 24), respecto a los programas de capacitación en el registro del formato único de atención en un 9.6% perciben estar de acuerdo en que dichos programas han incluido y resaltado las observaciones al FUA por parte del SIS, en

tal sentido indican que es importante considerarlo y tomar la debida atención, los encuestados así mismo opinan la importancia de prever recursos económicos para implementar un programa de capacitación como estrategia en la producción del FUA a cargo de los profesionales de la salud, sin embargo solo se orientó a los profesionales encargados de la Oficina del SIS.

Los profesionales encuestados sobre la capacitación en los registro de formatos únicos de atención perciben que la gestión del establecimiento respalda la necesidad del control y custodia del FUA para su reembolso en un 35.2%, señalan estar en desacuerdo respecto a la adecuación de un programa de capacitación ligado al control y custodia física de los Formato Único de Atención a los profesionales de la salud; así como no se ha adecuado un programa de capacitación sobre el registro del FUA para su reembolsos a los profesionales de la salud; indicación que avala la importancia de los programas de capacitación.

Un 55.2% de los profesionales encuestados sobre la capacitación en los registro de FUA, se muestran indiferentes y perciben que la gestión del Centro de Salud referente al programa de capacitación sobre el procedimiento para registrar en los FUA a todos los trabajadores no va a producir cambio alguno; así mismo, sobre el procedimiento para su reembolso, situación que refleja y desprende que cada profesional trabaja en forma individual en su área correspondiente.

*Para los no profesionales encuestados (Ver tabla 24), respecto a la capacitación en el registro de formatos únicos de atención para su reembolso un 13% están de acuerdo que se ha adecuado un programa de capacitación sobre el registro del FUA a todos los

trabajadores; así mismo a los no profesionales de la salud; indicación que según las reglas de consistencia dados por el Seguro Integral de Salud evidencian observaciones.

Para los no profesionales encuestados en relación a la capacitación en el registro de formatos únicos de atención, en un 51.2% perciben estar en desacuerdo que la jefatura del Centro de Salud haya previsto un programa de capacitación para todo el personal, que a su vez comprenda entre otros aspectos la producción del FUA observados; así como, prever recursos económicos para los programas de capacitación y referente al control y la custodia del formato único de atención.

Un 35.8% de los no profesionales encuestados a la capacitación en el registro de FUA, opinan que dichos programas si se realizan la asistencia suele ser concurrida sin embargo hay falta de motivación, lo que los hace ser indiferentes, así como, capacitaciones sobre registro, control y la custodia del FUA a los no profesionales de la salud, en razón a que se lleve a cabo o no un programa de capacitación institucional.

*Para los asegurados encuestados (Ver tabla 24), a la capacitación en los registro de formatos únicos de atención en un 53.8% señalan que están de acuerdo se les capacite a los profesionales de la salud, que el FUA es una prueba de haber sido atendido; así mismo, este formato para recibir su atención médica, entrega de medicamentos, análisis en laboratorio u otro, es requerido para ser atendidos en diferentes servicios; además saber qué importante es proteger la salud integral, en razón que las atenciones son gratuitas o por medio de un financiamiento público parcial o aporte único simplificado a través del Seguro Integral de Salud.

Un 22% de los asegurados encuestados a la capacitación en el registro de formatos únicos de atención, perciben estar en desacuerdo con la realización de campañas informativas para recibir una atención; así como proteger su salud integral.

Los asegurados encuestados a la capacitación en el registro de formato únicos de atención en un 24.2%, son indiferentes a ser capacitados para presentar su formato único de atención en los diferentes servicios médicos y para médicos; ser atendidos como asegurados del Seguro Integral de Salud; y proteger su salud.

4.1.3.4 Marco de comprobación

Con relación, al ítem 4.1.3.1 en un rango del 5 al 25 en la escala de Likert, de 13.16 lo que indica que la precepción de los profesionales sobre la **capacitación en el registro del FUA** para su reembolso es desfavorable.

Respecto, al ítem 4.1.3.2 en un rango del 5 al 25 en la escala de Likert, de 12.53 lo que indica que la precepción de los no profesionales sobre la **capacitación en el registro del FUA** para su reembolso es desfavorable.

Finalmente, al ítem 4.1.3.3 en un rango del 5 al 25 en la escala de Likert, de 16.68 lo que indica que la precepción de los asegurados sobre la **capacitación en el registro del FUA** es poco favorable.

Considerando las tres muestras en términos de la escala de Likert se tiene como promedio 14.12 lo que revela que es desfavorable la capacitación en el registro del FUA.

4.1.4. Percepción criterios técnicos para la eficacia del formato único de atención

4.1.4.1 Opinión de los Profesionales

Tabla 25

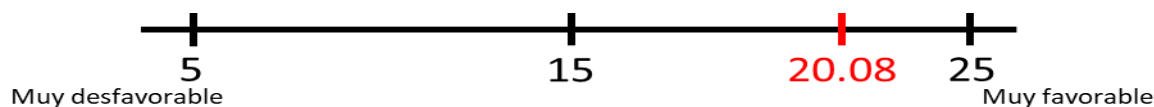
Resultado de criterios técnicos para la eficacia del formato único de atención. Muestra profesionales

| PREGUNTAS | Totalmente en desacuerdo | En desacuerdo | Indeciso | De acuerdo | Totalmente de acuerdo | TOTAL |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|---------------|-----------|------------|-----------------------|------------|
| 1. ¿Cree usted que los criterios técnicos para lograr la eficacia del formato único de atención, cumple con el objetivo establecido? | 0 | 1 | 6 | 18 | 0 | 25 |
| 2. ¿Diría usted que los diversos registros de atención con el formato único de atención en el mismo día, permite su distribución para fines de reembolso y de estadística? | 1 | 1 | 3 | 18 | 2 | 25 |
| 3. ¿Tiene Ud., conocimiento que cuando se registra datos incorrectos del responsable de la atención o del asegurado o apoderado, es observada la prestación de salud y su reembolso? | 1 | 0 | 0 | 15 | 9 | 25 |
| 4. ¿Se cuenta con un sistema informático propio para generar e imprimir el formato único de atención del asegurado? | 0 | 1 | 2 | 12 | 10 | 25 |
| 5. ¿Cree usted que la propuesta por el Centro de Salud de nuevos criterios técnicos producirá la eficacia del formato único de atención? | 0 | 0 | 3 | 15 | 7 | 25 |
| TOTAL | 2 | 3 | 14 | 78 | 28 | 125 |

Fuente: Encuesta realizada

Se tiene 5 items analizados

Rango potencial de 5 a 25



Análisis

Se muestra la respuesta de los profesionales con referencia a los criterios técnicos para para la eficacia del formato único de atención.

4.1.4.2 Opinión de los no profesionales

Tabla 26

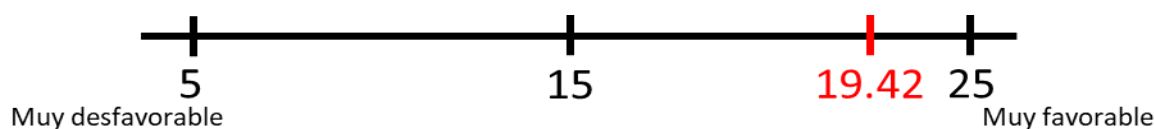
Resultado de criterios técnicos para la eficacia del formato único de atención. Muestra no profesionales

| PREGUNTAS | Totalmente en desacuerdo | En desacuerdo | Indeciso | De acuerdo | Totalmente de acuerdo | TOTAL |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|---------------|-----------|------------|-----------------------|------------|
| 1. ¿Cree usted que los criterios técnicos desarrollados conjuntamente con los profesionales de la salud, logran la eficacia del formato único de atención y cumple con el objetivo establecido? | 2 | 5 | 7 | 24 | 5 | 43 |
| 2. ¿Diría usted que los diversos registros de atención con el formato único de atención en el mismo día, permite su distribución para fines de reembolso y de estadística? | 2 | 2 | 11 | 22 | 6 | 43 |
| 3. ¿Los errores en el registro como: falta datos del asegurado, ilegibilidad, enmendaduras, borrones, omisión de firma y/o sello del responsable, el formato único de atención se rechaza, no es reembolsado por el Seguro Integral de Salud? | 2 | 0 | 8 | 19 | 14 | 43 |
| 4. ¿Se cuenta con un sistema informático propio para generar e imprimir el Formato Único de Atención del Asegurado? | 0 | 1 | 11 | 15 | 16 | 43 |
| 5. ¿Cree usted que la propuesta por el Centro de Salud de nuevos criterios técnicos producirá la eficacia del formato único de atención? | 0 | 0 | 11 | 16 | 16 | 43 |
| TOTAL | 6 | 8 | 48 | 96 | 57 | 215 |

Fuente: Encuesta realizada

Se tiene 5 ítems analizados

Rango potencial de 5 a 25



El resultado fue de 19.42 de intensidad cerca de 20 en el escalamiento de Likert.

Análisis

Se muestra la respuesta de los no profesionales con referencia a los criterios técnicos para la producción de los formatos únicos de atención

4.1.4.3 Opinión de los Asegurados

Tabla 27

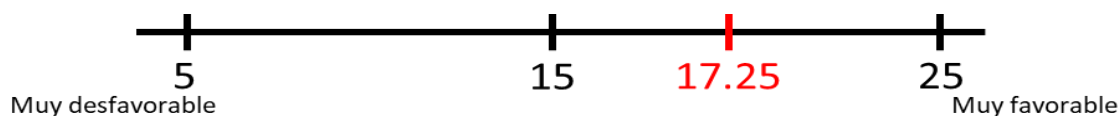
Resultado de criterios técnicos para la eficacia del formato único de atención. Muestra asegurados

| PREGUNTAS | Totalmente desacuerdo | En desacuerdo | Indeciso | De acuerdo | Totalmente de acuerdo | TOTAL |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|---------------|------------|------------|-----------------------|-------------|
| 1. ¿Cree usted que el formato único de atención contiene la información en forma clara para su registro correcto? | 35 | 54 | 127 | 91 | 35 | 342 |
| 2. ¿Recibe usted varias atenciones en el día utilizando varios formatos únicos de atención que deben ser entregados en los consultorios? | 35 | 62 | 74 | 127 | 44 | 342 |
| 3. ¿Sabe usted, si el registro incorrecto: borrón, huella digital, firma, ¿en el formato único de atención es observado por el Seguro Integral de Salud? | 39 | 43 | 67 | 147 | 46 | 342 |
| 4. ¿El Centro de Salud le imprime el Formato Único de Atención a través de una computadora? | 7 | 22 | 68 | 161 | 84 | 342 |
| 5. ¿Tiene conocimiento que el Centro de Salud debe mejorar y/o actualizar el formato único de atención? | 14 | 18 | 81 | 172 | 57 | 342 |
| TOTAL | 130 | 199 | 417 | 698 | 266 | 1710 |

Fuente: Encuesta realizada

Se tiene 5 ítems analizados

Rango potencial de 5 a 25



El resultado fue de 17.25 de intensidad menor a 20 en el escalamiento de Likert.

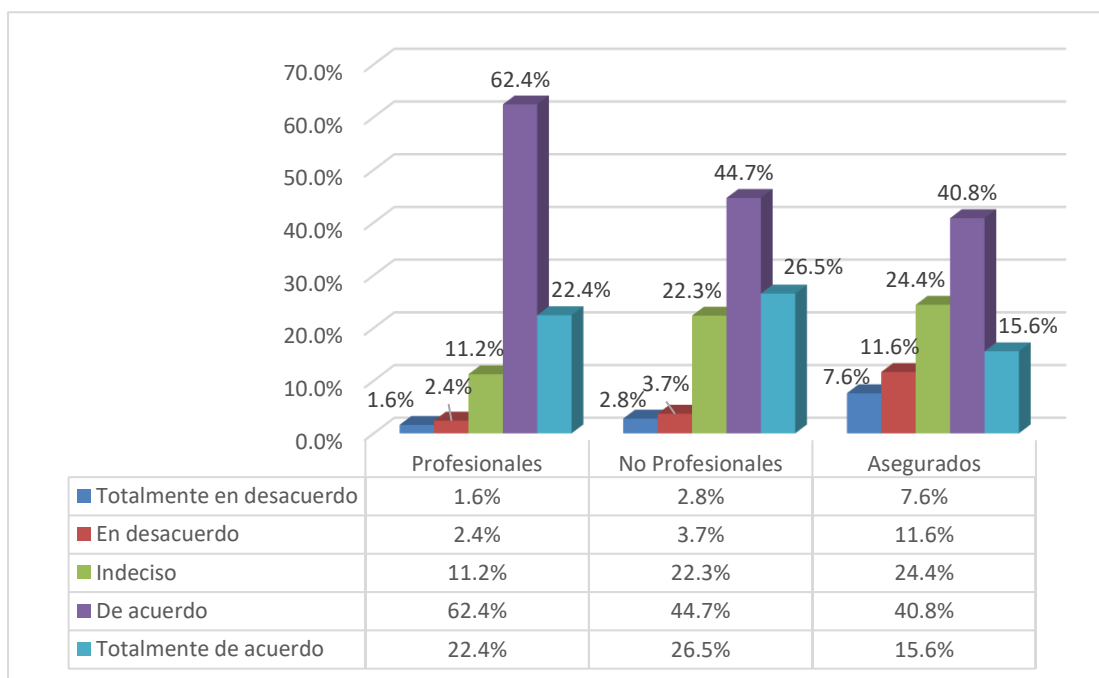
Análisis

Se muestra la respuesta de los asegurados con referencia a los criterios técnicos para la eficacia del formato único de atención.

Tabla 28*Resultados de los criterios técnicos para la eficacia del formato único de atención*

| Respuestas | Profesionales | | No Profesionales | | Asegurados | |
|--------------------------|---------------|-------|------------------|-------|------------|-------|
| | Cantidad | % | Cantidad | % | Cantidad | % |
| Totalmente en desacuerdo | 2 | 1.6% | 6 | 2.8% | 130 | 7.6% |
| En desacuerdo | 3 | 2.4% | 8 | 3.7% | 199 | 11.6% |
| Indeciso | 14 | 11.2% | 48 | 22.3% | 417 | 24.4% |
| De acuerdo | 78 | 62.4% | 96 | 44.7% | 698 | 40.8% |
| Totalmente de acuerdo | 28 | 22.4% | 57 | 26.5% | 266 | 15.6% |
| Total | 125 | 100% | 215 | 100% | 1710 | 100% |

Fuente: Encuesta realizada

*Figura 16. Criterios técnicos para la eficacia del formato único de atención*

Fuente: Encuesta realizada

4.1.4.4 Interpretación

*Para los profesionales encuestados a los criterios técnicos para la eficacia del formato único, en un 84.8% (Ver tabla 31), perciben estar de acuerdo que, el formato único de atención sin enmendaduras u omisiones es aceptada y reembolsada por el Seguro Integral de Salud; así mismo, percibe necesario el imprimir estos formatos en tiempo real mediante un sistema informático; además, que proponer nuevos criterios técnicos para el

formato único de atención, debe estar acorde con las metas esperadas en el establecimiento, opinan, que el registro de varias atenciones en un mismo día es conveniente separarlos para los fines estadísticos y de reembolso, como también, contar con un sistema informático.

Los profesionales encuestados a los criterios técnicos para la eficacia del formato único de atención en un 11.2%, perciben estar indiferentes, indicando que los criterios técnicos responden a las prestaciones de salud que se realiza en dicho Centro; además, que si se registran varias prestaciones en un día éstas deben distribuirse para el reembolso y su procesamiento de datos con fines estadísticos; del mismo modo, refieren que el proponer nuevos criterios técnicos para el formato único de atención, no es trascendente, mostrando desinterés a la actualización de los mismos.

*Los servidores no profesionales encuestados a los criterios técnicos para la eficacia del formato único de atención, en un 71.2% señalan estar de acuerdo, que tiene conocimiento que el formato no debe tener enmendaduras u omisiones, que es observado y se pierde el reembolso; además, es necesario proponer nuevos criterios técnicos para alcanzar las metas esperadas; así como, contar con un sistema informático para generar e imprimir los formato único de atención del asegurado; asimismo, conocen y manejan los criterios técnicos para llenar los formatos únicos de atención, por lo cual perciben cierta aceptación.

Para los no profesionales perciben indiferencia en un 22.3% (ver tabla 31), respecto a los criterios técnicos para la eficacia del formato único de atención, que relaciona el registro de varias prestaciones de salud en un día en dicho formato, indicando que ello

debe permitir desagregarlo y clasificarlo para el reembolso y trabajo estadístico; además, opinan que se requiere tener un sistema informático para la impresión del formato; de otro lado, la propuesta de nuevos criterios técnicos favorecerá relativamente para alcanzar las metas esperadas o que podrían variar también.

*Los asegurados encuestados a los criterios técnicos para la eficacia del formato único de atención en un 56.4%, opinan, estar de acuerdo, que se debe imprimir el formato único de atención a través de la impresora del establecimiento; además, conocen y saben que en los formatos únicos de atención se firma o se pone la huella digital las veces que recibe una atención de salud; así mismo conocen que un borrón, falta de firma o huella digital en el formato único de atención es rechazado y no reembolsado; finalmente perciben, que se realizan varias atenciones en el día, sin embargo los formato único de atención deben devolverlos al establecimiento.

Para los asegurados encuestados, a los criterios técnicos para la eficacia del formato único de atención en un 19.2% (Ver tabla 31), opinan estar en desacuerdo que, al realizar varias atenciones de salud en el día, devuelvan los formatos únicos de atención; así mismo, de que se entienda con facilidad dicho formato, además, que un borrón, falta de firma o huella digital, el formato sea observado por el Seguro Integral de Salud, mostrando desconocimiento al respecto.

Los asegurados encuestados en un 24.4% a los criterios técnicos para la eficacia del formato único de atención, opinan estar ni a favor ni en contra con relación a facilitar el entendimiento y comprensión del formato; así mismo, sobre la firma o poner la huella

digital, todas las veces que recibe una atención de salud; debiendo devolver los formatos, mostrándose indiferente.

4.1.4.5 Marco de comprobación

Con relación, al ítem 4.1.4.1 en un rango del 5 al 25 en la escala de Likert, de 20.08 lo que indica que la precepción de los profesionales sobre los **criterios técnicos para la eficacia del FUA** es favorable.

Respecto, al ítem 4.1.4.2 en un rango del 5 al 25 en la escala de Likert, de 19.42 lo que indica que la precepción de los no profesionales sobre los **criterios técnicos para la eficacia del FUA** es favorable.

Finalmente, al ítem 4.1.4.3 en un rango del 5 al 25 en la escala de Likert, de 17.25 lo que indica que la precepción de los asegurados sobre los **criterios técnicos para la eficacia del FUA** es favorable.

Considerando las tres muestras en términos de la escala de Likert se tiene como promedio 18.91 lo que revela que son favorables los criterios técnicos para la eficacia del FUA.

4.1.5. Percepción del flujo de reembolsos del seguro integral de salud

4.1.5.1 Opinión de los Profesionales

Tabla 29

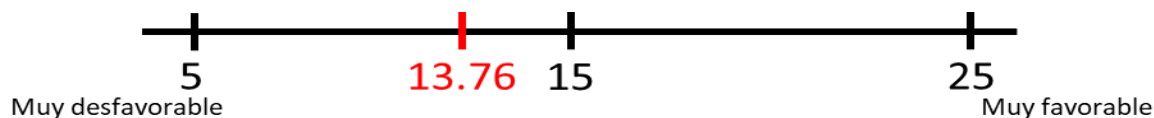
Resultado de flujo de reembolsos del Seguro Integral de Salud. Muestra profesionales

| PREGUNTAS | Totalmente en desacuerdo | En desacuerdo | Indeciso | De acuerdo | Totalmente de acuerdo | TOTAL |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|---------------|-----------|------------|-----------------------|------------|
| 1. ¿Tiene Ud., conocimiento sobre el flujo de los reembolsos que efectúa el Seguro Integral de Salud por las prestaciones de salud que realiza el Centro de Salud? | 4 | 9 | 11 | 0 | 1 | 25 |
| 2. ¿Se debe conocer los reembolsos mensuales realizados por el Seguro Integral de Salud a favor del Centro de Salud? | 2 | 8 | 5 | 9 | 1 | 25 |
| 3. ¿Se debe conocer los reembolsos mensuales que fueron rechazados por el Seguro Integral de Salud y sus causas? | 3 | 7 | 3 | 10 | 2 | 25 |
| 4. ¿Los reembolsos que hace el Seguro Integral de Salud cubren las prestaciones de Salud que se brinda en el Centro de Salud? | 2 | 9 | 12 | 1 | 0 | 24 |
| 5. ¿Conoce Ud., que las metas esperadas por cada indicador cápita se relacionan con los reembolsos por la producción de las prestaciones de salud según reglas de consistencia? | 2 | 6 | 8 | 9 | 0 | 25 |
| TOTAL | 13 | 39 | 39 | 29 | 4 | 124 |

Fuente: Encuesta realizada

Se tiene 5 items analizados

Rango potencial de 5 a 25



El resultado fue de 13.76 de intensidad menor a 15 en el escalamiento de Likert.

Análisis

Se muestra la respuesta de los profesionales con referencia al flujo de los reembolsos.

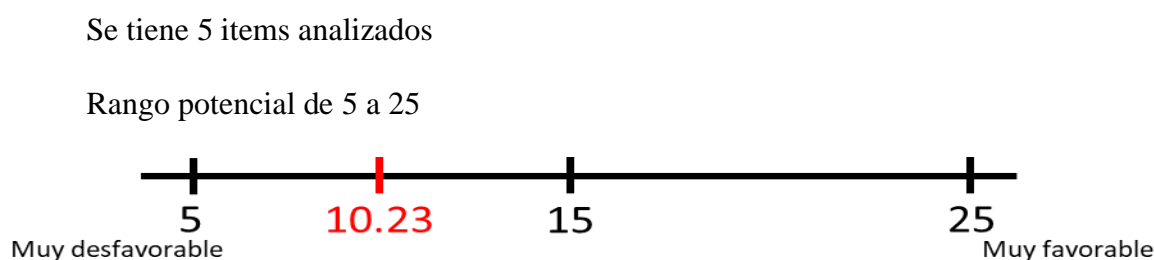
4.1.5.2 Opinión de los no Profesionales

Tabla 30

Resultado de flujo de reembolsos del Seguro Integral de Salud. Muestra no profesionales

| PREGUNTAS | Totalmente en desacuerdo | En desacuerdo | Indeciso | De acuerdo | Totalmente de acuerdo | TOTAL |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|---------------|-----------|------------|-----------------------|------------|
| 1. ¿Se conoce el flujo de los reembolsos que efectúa el Seguro Integral de Salud por las prestaciones de salud realizadas en el Centro de Salud? | 15 | 15 | 10 | 1 | 2 | 43 |
| 2. ¿Cómo trabajador del Centro de Salud conoce los reembolsos mensuales realizados por el Seguro Integral de Salud? | 21 | 13 | 5 | 2 | 2 | 43 |
| 3. ¿Se conoce los formatos únicos de atención que no fueron reembolsados por el Seguro Integral de Salud y sus causas? | 21 | 12 | 6 | 1 | 3 | 43 |
| 4. ¿Los reembolsos del Seguro Integral de Salud cubren las prestaciones de Salud que brinda el Centro de Salud? | 20 | 14 | 6 | 2 | 1 | 43 |
| 5. ¿Conoce Ud., que los indicadores cápita se relaciona con los reembolsos por la producción total de las prestaciones de salud según reglas de consistencia? | 5 | 20 | 11 | 3 | 4 | 43 |
| TOTAL | 82 | 74 | 38 | 9 | 12 | 215 |

Fuente: Encuesta realizada



El resultado fue de 10.23 de intensidad menor a 15 en el escalamiento de Likert.

Análisis

Se muestra la respuesta de los no profesionales con referencia al flujo de reembolsos del seguro integral de salud.

4.1.5.3 Percepción de los Asegurados

Tabla 31

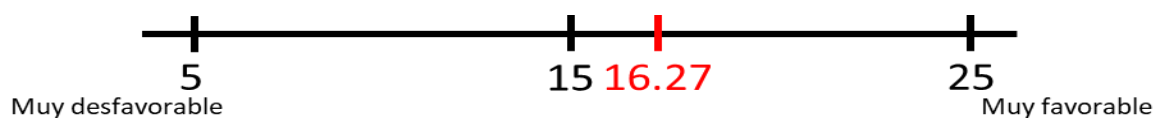
Resultado de flujo de reembolsos del Seguro Integral de Salud. Muestra asegurados

| PREGUNTAS | Totalmente en desacuerdo | En desacuerdo | Indeciso | De acuerdo | Totalmente de acuerdo | TOTAL |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|---------------|----------|------------|-----------------------|-------|
| 1. ¿Sabe Ud. que las atenciones recibidas como asegurado son pagados por el Seguro Integral de Salud? | 118 | 66 | 55 | 71 | 32 | 342 |
| 2. ¿Cómo asegurado usted compra algún medicamento en una farmacia particular, cuando no hay en la farmacia del establecimiento de Salud? | 43 | 54 | 64 | 143 | 38 | 342 |
| 3. ¿Tiene conocimiento que el servicio de salud recibido debe ser pagado por el SIS al establecimiento donde se atiende? | 28 | 24 | 53 | 185 | 52 | 342 |
| 4. ¿La devolución del pago por el SIS de su atención en el establecimiento de salud es un requisito para recibir las diversas atenciones? | 35 | 19 | 67 | 168 | 53 | 342 |
| 5. ¿Sabe que la devolución o reembolso al establecimiento es necesario para ofrecer un mejor servicio de las prestaciones de salud? | 50 | 20 | 70 | 154 | 48 | 342 |
| TOTAL | 274 | 183 | 309 | 721 | 223 | 1710 |

Fuente: Encuesta realizada

Se tiene 5 items analizados

Rango potencial de 5 a 25



El resultado fue de 16.27 de intensidad mayor a 15 en el escalamiento de Likert.

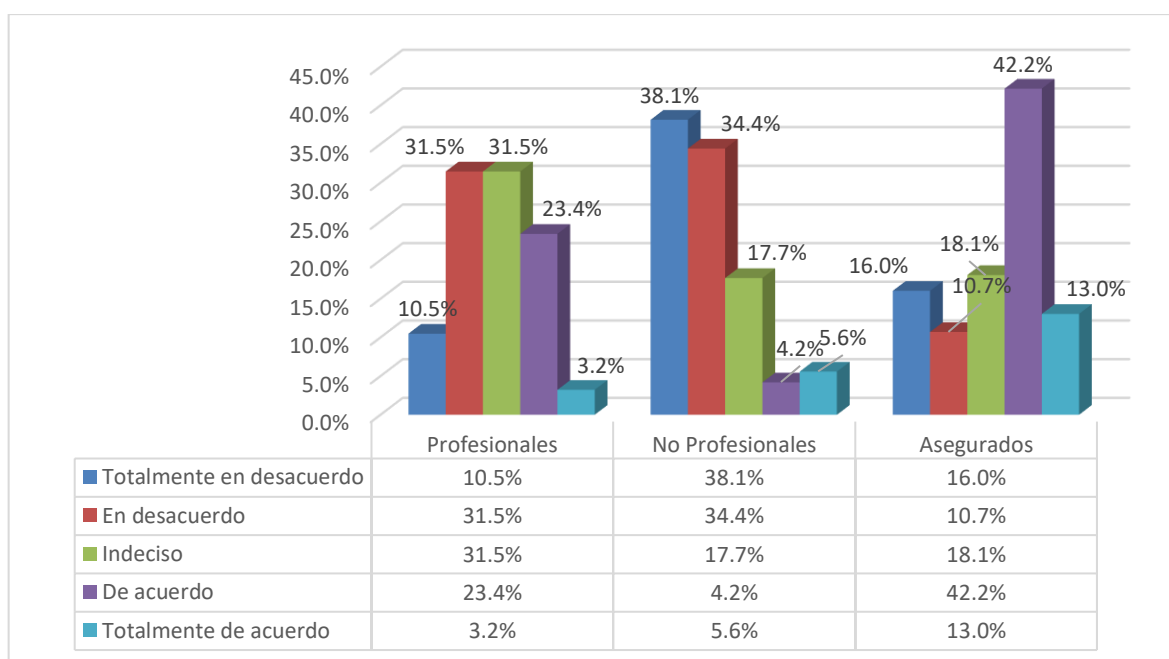
Análisis

Se muestra la respuesta de los asegurados con referencia al flujo de reembolsos del seguro integral de salud.

Tabla 32*Resultados de flujo de reembolsos del Seguro Integral de Salud*

| Respuestas | Profesionales | | No Profesionales | | Asegurados | |
|--------------------------|---------------|-------|------------------|-------|------------|-------|
| | Cantidad | % | Cantidad | % | Cantidad | % |
| Totalmente en desacuerdo | 13 | 10.5% | 82 | 38.1% | 274 | 16.0% |
| En desacuerdo | 39 | 31.5% | 74 | 34.4% | 183 | 10.7% |
| Indeciso | 39 | 31.5% | 38 | 17.7% | 309 | 18.1% |
| De acuerdo | 29 | 23.4% | 9 | 4.2% | 721 | 42.2% |
| Totalmente de acuerdo | 4 | 3.2% | 12 | 5.6% | 223 | 13.0% |
| Total | 124 | 100% | 215 | 100% | 1710 | 100% |

Fuente: Encuesta realizada

*Figura 17. Flujo de reembolsos del Seguro Integral de Salud*

Fuente: Encuesta realizada

4.1.5.4 Interpretación

*Para los profesionales encuestados al flujo de reembolso del Seguro Integral de Salud en un 26.6% (Ver tabla 32), señalan estar de acuerdo, que se debe conocer los reembolsos mensuales que fueron rechazados por el Seguro Integral de Salud; además se debe conocer los reembolsos mensuales que realiza el Seguro Integral de Salud, desprendiéndose de ella su conformidad siendo acertada sus respuestas.

Los profesionales encuestados al flujo de reembolso del Seguro Integral de Salud en un 42.0% (Ver tabla 32), muestran su desacuerdo en relación si conoce el flujo de los reembolsos que realiza el Seguro Integral de Salud al Centro de Salud; así mismo los reembolsos que realiza el Seguro Integral de Salud no cubren las prestaciones de Salud; finalmente se debe conocer los reembolsos que fueron rechazados, ello obedecería a las múltiples quejas de los asegurados por desabastecimiento de medicamentos u otros.

Los profesionales encuestados al flujo de reembolso del Seguro Integral de Salud en un 31.5% se muestran indiferentes si los reembolsos que realizo el Seguro Integral de salud cubren las prestaciones de salud realizadas; además tener conocimiento sobre los reembolsos que se realiza a favor del Centro de Salud; en razón que para ellos son temas administrativos.

*Para los no profesionales encuestados al flujo de reembolso del Seguro Integral de Salud en un 9.8% (Ver tabla 32), opinan estar de acuerdo, de que cada indicador cápita se relaciona con los reembolsos y la eficacia del formato único de atención, así mismo que conocen los reembolsos mensuales realizados por el Seguro Integral de Salud, deduciendo que se presenta una respuesta del personal que maneja la información en la Oficina del Seguro Integral de Salud del Centro de Salud.

Los no profesionales al flujo de reembolso del Seguro Integral de Salud encuestados en un 72.5% señalan estar en desacuerdo, que los trabajadores del Centro de Salud tiene información de los reembolsos mensuales realizados por el Seguro Integral de Salud; además que desconocen los formatos únicos de atención que no fueron reembolsados; así como, que estos reembolsos cubren las prestaciones de salud brindadas, en aspectos de

función le corresponde a la Unidad Ejecutora que es quien maneja la información financiera y dispone de los reembolsos según sus decisiones.

Los no profesionales encuestado al flujo de reembolso del Seguro Integral de Salud en un 17.7% muestran su indiferencia respecto a que, si cada indicador cápita se relaciona con los reembolsos por la producción total de los formatos únicos de atención, según reglas de consistencia; que conocen el flujo de los reembolsos que efectúa el Seguro Integral de Salud efectuadas, en razón a que cumplen sus funciones y no se involucran en el tema.

*Para los asegurados encuestados al flujo de reembolso del Seguro Integral de Salud en un 55.2% (Ver tabla 32), perciben estar de acuerdo respecto a, que tienen conocimiento que el servicio de salud recibido debe ser pagado por el Seguro Integral de Salud a favor del establecimiento de salud donde reciben la atención, del mismo modo, opinan que la devolución del pago por el Seguro Integral de Salud por la atención en el establecimiento de salud se constituye en un requerimiento para solicitar otras atenciones de salud, así como, que dicho reembolso al establecimiento se hace obligatorio, lo cual ha de permitir recibir un servicio periódico de las prestaciones de salud, además, de contar con los medicamentos en la farmacia del establecimiento de salud.

Los asegurados encuestados al flujo de reembolso del Seguro Integral de Salud en un 26.7%, perciben estar en desacuerdo que, las atenciones recibidas son pagadas por el Seguro Integral de Salud, respuesta que ciertamente desconocen; así mismo, que los medicamento lo encuentran en la farmacia del Centro de Salud, por lo tanto, no lo compran en una farmacia particular; así también, que el reembolso al centro de salud sea necesario para brindar un servicio adecuado en las prestaciones de salud.

Los asegurados encuestados al flujo de reembolso del Seguro Integral de Salud en un 18.1%, perciben indiferencia, referente a que el reembolso por el Seguro Integral de Salud al establecimiento de salud sea una necesidad para brindar un mejor servicio de las prestaciones de salud, así también, que sea importante y necesario para poder recibir otras atenciones en salud, de otro modo, es incierto que pueda comprar el medicamento en otra farmacia que no sea dicho centro de salud.

4.1.5.5 Marco de comprobación

Con relación, al ítem 4.1.5.1 en un rango del 5 al 25 en la escala de Likert, de 13.76 lo que indica que la precepción de los profesionales sobre el **flujo de reembolsos del Seguro Integral de Salud** es desfavorable.

Respecto, al ítem 4.1.5.2 en un rango del 5 al 25 en la escala de Likert, de 10.23 lo que indica que la precepción de los no profesionales sobre el **flujo de reembolsos del Seguro Integral de Salud** es más desfavorable.

Finalmente, al ítem 4.1.5.3 en un rango del 5 al 25 en la escala de Likert, de 16.27 lo que indica que la precepción de los asegurados sobre el **flujo de reembolsos del Seguro Integral de Salud** es poco favorable.

Considerando las tres muestras en términos de la escala de Likert se tiene como promedio 13.42 lo que revela que es desfavorable el flujo de reembolso del SIS.

V. Discusión de resultados

5.1. Evaluación de los indicadores Cápita

La Norma Técnica de Salud N° 137-2017/MINSA, comprende la atención integral de la niña o niño, así como la (Organización Panamericana de Salud, 2011) establece las estrategias de prevención en cáncer, la salud mental, entre otros, para prevenir situaciones de tratamiento oportuno; ambas coinciden en la necesidad de contar con éstos indicadores, los cuales en el caso de las entidades prestadoras de salud se hace necesario y prioritario, pues el enfoque son las atenciones, en tales aspectos se ha de contribuir a una evaluación, conducente al compromiso integral de salud por parte del establecimiento de salud, para el presente estudio el Centro de Salud Jesús María, quien deberá cumplir con indicadores cápita cubriendo las brechas presentadas en torno a ello.

Acorde a la escala de Likert en el punto 4.1.1.1 referente a los 5 puntos analizados teniendo un rango potencial de 5 a 25 con un promedio de 14.68 lo que muestra un resultado poco desfavorable en la percepción de los profesionales del establecimiento de salud, quienes son partícipes espectadores de una realidad en el ámbito de salud que, no responde significativamente a lograr los indicadores cápita, los cuales requieren de una labor conjunta de los integrantes así como, de la implementación de un plan de monitoreo, orientado a superar las debilidades presentadas en torno a la situación actual, la que debe de eliminar y revertir para lograr su objetivo del reembolso, sustantivo para las atenciones del asegurado en el Centro de Salud en Jesús María.

En relación a los resultados que se obtuvieron en el punto 4.1.1.2 con un promedio de 15.63 en la escala de Likert, en un rango potencial de 5 a 25, muestra que es muy relativo el conocimiento que se tiene respecto a cumplir con las metas físicas de los

indicadores cápita, por lo cual indican ser poco favorable, situación que en los tiempos actuales se hace un imperativo en materia de asistencia integral en la salud.

Respecto a los datos que se han obtenido en el punto 4.1.1.3 con un promedio de 16.36 en la Escala de Likert en un rango potencial de 5 a 25, se tiene que la percepción de los asegurados es poco favorable, expresando en su opinión tener un conocimiento débil de una supervisión y evaluación de las atenciones en salud recibidas: despistaje de cáncer de cuello uterino, salud mental, crecimiento y desarrollo y recepción de medicamentos y/o resultados de laboratorio, situación que mostraría los logros obtenidos por cada una de las atenciones.

5.2. Implementación de un manual de procedimientos para el registro del formato único de atención

Señala, (Duhalt, 2007, p. 20) que éste constituye un documento de gestión que expone ordenada y sistemáticamente la información y/o instrucciones respecto a los procedimientos que se realizan en las diferentes áreas de trabajo, del mismo modo la Resolución Ministerial N°1134-2017/MINSA, que aprueba la Directiva N°245-OGPPM/MINSA implementa dicho documento, incidiendo en las fichas de descripción del procedimiento.

En concordancia con la escala de Likert 4.1.2.1 respecto a los 5 ítems analizados con un rango potencial de 5 a 25 se ha obtenido un promedio de 17.92, se muestra un resultado favorable por parte de los profesionales, quienes indican que la implementación de un manual de procedimientos debe orientar el registro de los códigos en el formato único de atención y debe estar disponible en cada servicio, en tal perspectiva se ha de contribuir a

un ordenamiento de las diferentes atenciones de los asegurados del Seguro Integral de Salud del Centro de Salud en Jesús María.

De los resultados obtenidos de los no profesionales en el punto 4.1.2.2 teniendo un promedio de 17.14 en la escala de Likert, en un rango potencial de 5 a 25, muestra un resultado favorable por parte de los no profesionales, perciben que el registro del formato único de atención es necesario que esté contenido en el manual pertinente, que es el de procedimientos y que su implementación es respalda por la dirección del Centro de Salud mencionado.

Respecto a los resultados que se obtuvieron en el punto 4.1.2.3 sobre la implementación del manual de procedimientos, con un promedio de 16.31 en la Escala de Likert en un rango potencial de 5 a 25, se tiene que la percepción de los asegurados es favorable, indicando que es importante para ellos conocer el procedimiento para el formato único de atención, mediante el cual debe de firmar e imprimir su huella digital como titular o apoderado, requisito previo para ser atendido por los profesionales de la salud.

5.3. Capacitación en el registro del formato único de atención

(Fletcher, 2000), (Bohlander & Snell, 2008, p. 294) y (Fortuny & Organs, 2009) expresan que la capacitación, se sustenta en las capacidades y competencias del personal profesional y no profesional y de las experiencias del mercado laboral, como base de las ventajas competitivas, lo cual resulta importante y necesario se oriente y concuerde con los cambios tecnológicos y científicos, así también, del mercado laboral actual que exige y demanda mayor y mejor performance en el trabajo.

Acorde con la escala de Likert en el punto de 4.1.3.1 referente a los 5 ítems analizados con un rango potencial de 5 a 25 se obtuvo un promedio de 13.16 lo que muestra un resultado desfavorable por parte de los profesionales, quienes indican que la gestión del Centro de Salud de Jesús María, ha dejado de lado considerar el desarrollo de un programa de capacitación acerca del requerimiento y necesidad de efectuar el control y custodia del formato único de atención, percibiendo tal ausencia que causa una óptica indiferenciada y no generalizado, que tenga claridad y manejo homogéneo que debe tener el formato mencionado para las atenciones de los asegurados del Seguro Integral de Salud.

Respecto a los resultados obtenidos de los no profesionales en el punto 4.1.3.2 teniendo un promedio de 12.53 en la escala de Likert, en un rango potencial de 5 a 25, lo que muestra un resultado desfavorable, perciben que la capacitación en el registro del formato único de atención realizada, ha obviado el deslinde de observaciones hechas al formato único de atención dejando pendiente instrucciones para el correcto y adecuado ingreso de los datos establecidos y que deben solicitar del asegurado del Seguro Integral de Salud, quien es finalmente el que debe completar la información.

Respecto de los resultados obtenidos en el punto 4.1.3.3 relacionado a la capacitación en el registro del formato único de atención, con un promedio de 16.68 en la Escala de Likert en un rango potencial de 5 a 25, la percepción de los asegurados es poco favorable, perciben que el Centro de Salud de Jesús María no desarrolla campañas informativas acerca del uso del formato de atención que requiere como asegurado, para obtener una adecuada prestación del servicio de salud que necesite.

5.4. Criterios técnicos para la eficacia del Formato Único de Atención

Tanto el Decreto Legislativo N° 1161, Ley que aprueba la organización y funciones del Ministerio de Salud; como la base de datos del Sistema de Información de Asegurados del Seguro Integral de Salud (SIASIS) 2014 a 2016, concuerdan al referir que el usuario decide afiliarse al SIS, para tener acceso a recibir atención en el establecimiento e internamente canalizar la información al respecto, lo que conlleva tácitamente a ofrecer a su favor un mejor servicio.

De los resultados, en la escala de Likert en el punto 4.1.4.1 relacionado con los 5 ítems analizados en un rango potencial de 5 a 25 se ha obtenido un promedio de 20.08 lo que señala un resultado favorable en la percepción de los profesionales respecto a los criterios técnicos enfocados a la eficacia del FUA, quienes expresan que ciertamente es importante percatarse de dicho criterios para que el asegurado o apoderado se exima de observaciones, situación que favorece sin lugar a dudas, a la prestación de salud solicitada así como, su reembolso al centro de salud.

Respecto a los resultados obtenidos de los no profesionales en el punto 4.1.4.2 con un promedio de 19.42 en la escala de Likert, en un rango potencial de 5 a 25, perciben que los criterios técnicos enfocados a la eficacia del FUA, es favorable siendo ésta una acción prioritaria que contribuirá de manera efectiva a subsanar los errores registrados en el formato único de atención: falta de datos del asegurado, ilegibilidad del formato, enmendaduras, borrones, omisión de firma y/o sello del responsable, dicho formato es observado, produciendo consecuencias para el centro de salud en términos de afectar el reembolso por el Seguro Integral de Salud, lo cual produce perjuicio.

Respecto de los resultados obtenidos en el punto 4.1.4.3 en función con los criterios técnicos para la eficacia del formato único de atención, con un promedio de 17.25 en la Escala de Likert en un rango potencial de 5 a 25, la percepción de los asegurados es favorable, indican que corresponde al Centro de Salud la impresión y/o el fotocopiado del formato único de atención.

5.5. Flujo de reembolsos del seguro integral de salud

Consiste en la elaboración de una lista de servicios que están financiados por el sector público, y en su aplicación genera derechos, así como, obligaciones es decir las prestaciones debidamente rendidas en el sistema sean reembolsadas en forma completa, asimismo, en concordancia con el Ministerio de Salud además de la Superintendencia Nacional de Salud, establecen la anticipación y previenen los derechos en salud; señalando que las prestaciones en salud se constituye en una política de salud.

De conformidad con los resultados en la escala de Likert 4.1.5.1 relacionado a los 5 items analizados en un rango potencial de 5 a 25 se ha obtenido un promedio de 13.76 lo que indica ser desfavorable en la percepción de los profesionales, así como de los no profesionales, quienes muestran en la escala de likert 4.1.5.2 un promedio de 10.23 respecto a los flujos de reembolsos del seguro integral de salud, en ambos casos existe un desacuerdo por la falta de conocimiento respecto al reembolso mencionado, producto de las prestaciones de salud que viene realizando el Centro de Salud de Jesús María, así también hay una necesidad urgente de saber si realmente las prestaciones de Salud brindadas, se encuentran en función a las metas esperadas para que el Seguro Integral de Salud realice el reembolso correspondiente, de acuerdo a las reglas establecidas y que se

informe mensualmente de dichos reembolsos en particular los observados para aportar en iniciativa y alternativas de mejora.

Respecto de los resultados obtenidos en el punto 4.1.5.3 en términos de los flujos de reembolsos del seguro integral de salud, con un promedio de 16.27 en la escala de Likert en un rango potencial de 5 a 25, la percepción de los asegurados es poco favorable, manifestando que es importante el sinceramiento para con ellos, a fin de conocer que el Seguro Integral de Salud reembolsa al Centro de Salud donde se atienden, que las prestaciones de salud recibidas por las diferentes atenciones, se constituye en un requisito previo de nuevas atenciones.

VI. Conclusiones

1. En cuanto a la evaluación de la gestión de las prestaciones de salud en los servicios de crecimiento y desarrollo, obstetricia y salud mental el ítem **evaluación de los indicadores cápita** para los profesionales, no profesionales y asegurados es **poco favorable**. Muestra la poca importancia que se ha dado a los indicadores cápita establecidos por el Seguro Integral de Salud.
2. En cuanto a la evaluación de las prestaciones de salud en los servicios crecimiento y desarrollo, obstetricia y salud mental el ítem **Implementación de un Manual de Procedimientos para el registro del formato único de atención** en el Centro de Salud de Jesús María, la percepción de los profesionales, no profesionales y asegurados es **favorable**. Muestran su aceptación por los alcances y beneficios, lo que ha de clarificar y mejorar sobre todo a la participación acertada del asegurado, como al interior del establecimiento de quienes lo utilizan y manejan, en base al cual se ha elaborado el Manual de procedimientos.
3. En cuanto a la evaluación de las prestaciones de salud en los servicios de crecimiento y desarrollo, obstetricia y salud mental, el ítem **capacitación en el registro del formato único de atención es desfavorable**, indican que no se está planificando programas de capacitación en función al control y custodia de los formatos de atención, debido a ello las consecuencias generan dificultades de aclaración en el manejo de los mismos, existiendo una falta de difusión de la información de instrucciones para el llenado correcto de las atenciones de los asegurados del Seguro Integral de Salud, para lo cual se propone un programa de capacitación.

4. En cuanto a la evaluación de las prestaciones de salud en los servicios de crecimiento y desarrollo, obstetricia y salud mental, el ítem **criterios técnicos para la eficacia del formato único de atención es favorable**, los cuales coinciden en gran medida con los criterios técnicos propuestos.

5. En cuanto a la evaluación de las prestaciones de salud en los servicios de crecimiento y desarrollo, obstetricia y salud mental, respecto al **flujo de reembolsos del Seguro Integral de Salud es desfavorable**; exponen la falta de claridad de los flujos por las prestaciones de salud en el Centro de Salud de Jesús María, lo que dificulta un conocimiento adecuado y correcto del servicio brindado, esto en relación a las metas esperadas, información requerida por el Seguro Integral de Salud para que efectivice el reembolso respectivo.

VII. Recomendaciones

En el desarrollo de la presente investigación se obtuvieron las siguientes recomendaciones:

1. La evaluación de los indicadores cápita en la gestión del reembolso del Seguro Integral de Salud, en el Centro de Salud de Jesús María, debe monitorear y de ésta forma dar cumplimiento a los indicadores cápita, determinados para la prestación de servicios de salud de los asegurados al Seguro Integral de Salud, que ciertamente en circunstancias actuales es una demanda y exigencia de dichos usuarios a las normas establecidas, que otorgan derechos y obligaciones en el ámbito del sector público, comprometido en ésta tarea.
2. La aplicación de un Manual de procedimientos que permite mejorar el registro del formato único de atención en el Centro de Salud de Jesús María, es un documento que se implemente de forma inmediata; así como el programa de capacitación que los prepare para asegurar el adecuado registro del formato único de atención, orientado a viabilizar las atenciones en los servicios de crecimiento y desarrollo, obstetricia y salud mental se obtendrá mayores beneficios de las actividades propias de la prestación de salud, para los involucrados internos y externos.
3. La capacitación en el registro del formato único de atención, se debe programar para el personal del Centro de Salud de Jesús María, que los prepare en el adecuado registro de las prestaciones de salud, el control y custodia de los formatos únicos de atención, como promover la información mediante instructivos acerca del llenado

del formato único de atención, para las atenciones de los asegurados del Seguro Integral de Salud.

4. Los Criterios técnicos para la eficacia del formato único de atención, debe de estar orientado a unificar aspectos relevantes de los profesionales y no profesionales, considerar la aplicación y praxis del entendimiento a través del discernimiento, coordinar las acciones que se requieran a fin de solicitar información para el formato, que dará lugar a eliminar deficiencias y a mejorar el servicio de los asegurados.
5. El flujo de reembolsos del Seguro Integral de Salud, al Centro de Salud de Jesús María se deberá trasladar información a los profesionales y no profesionales relacionadas con las metas esperadas por el Seguro Integral de Salud, lo que les permitirá estar informado de las brechas respecto de las metas, de ésta manera implementar medidas de actuación de los responsables, así como, acciones correctivas para lograr el objetivo del reembolso económico o recupero financiero a favor de la institución.
6. Se recomienda realizar nuevas investigaciones en otros Centros de Salud de Lima y provincias para consolidar los hallazgos y resolver esta problemática a nivel nacional.

VIII. Referencias

- Alcalde J., Lazo O. & Nigenda G. (2011). *Sistema de salud de Perú*. México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Arias, F. (2006). *Introducción a la metodología Científica*. Caracas: Episteme
- Arteta, Y. (2016). Tesis Doctoral "*Análisis de la intervención del Seguro Integral de Salud en la cobertura de atención Sanitaria Materna, entre la población de departamentos de mayor pobreza de Perú*". Perú: Universidad Nacional San Antonio Abad del Cusco.
- Bertalanffy, L., Ros, W. y Weinberg, G. (1972). *Tendencia en la Teoría General de Sistemas*. España: Alianza.
- Biel, F. (2009). *La gestión de la excelencia en los Centros Sanitarios*. Pfizer. Depósito Legal M.17722-2009.
- Bohlander, G., & Snell, S. (2008). *Administración de Recursos Humanos*. México: Cengage Learning Editores S.A.
- Castillo, S. (2015). Tesis doctoral, *Desarrollo histórico del Sistema Sanitario de Ecuador*. España: Universidad de Murcia, Facultad de Medicina.
- Castillo, H., Cutipé, Y. (2019). *Implementación, resultados iniciales y sostenibilidad de la reforma de servicios de salud mental en el Perú*. Rev Perú Med. Exp. Salud Pública.
- Carreño, E., Llanos L. (2008). *Costo del proceso administrativo de Reembolso por atenciones del SIS en el año 2002*. Lima: Rev. Med. Hered.
- Chiavenato, A. (2005). *Administración de procesos Administrativos*. México: Mc.Graw Hill.
- Chiavenato, A. (2006). *Introducción a la Teoría General de la administración*. México: Mc.Graw Hill.

- Chiavenato, A. (2009). *Introducción a la Teoría General de la Administración*. Décima Edición México: Mc Graw Hill.
- Duhalt, M. (2007). *Los manuales de procedimientos en las oficinas públicas*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Espasa, C. (2008). Disponible en: [https://es.scribd.com/document/366713141/Conceptos de Gestión](https://es.scribd.com/document/366713141/Conceptos-de-Gestión). Recuperado el 1 de julio de 2019.
- Fletcher, S. (2000). *Análisis de competencias laborales: herramientas y técnicas para analizar trabajos, funciones y puestos*. México: Panorama.
- Fortuny, B., & Organs, i. (2009). *La Gestión de la excelencia en los centros sanitarios*. Barcelona: Masson S.A.
- Guerrero, G. (2009). *Introducción a la Filosofía de la Ciencia*. Colombia: Universidad del Valle . Buenaventura.
- Grillo, P. (2015). Estudio financiero. *Estudio financiero actuarial del seguro subsidiado, semisubsidiado y contributivo del Seguro Integral de Salud*. Perú: Ministerio de Salud.
- Hacking, I. (1996). *Representar e intervenir*. México: Paidós.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, M. (2007). *Metodología de la Investigación*. México : Mc.Graw Hill.
- Hernández, C. & Baptista, P. (2014). *Metodología de la Investigación*. México: Mc Graw Hill
- Hernández, D., & Rubio, I. (2019). *La capacitación como acción previa en una metodología para implementar un manual de procedimientos. Redipe, Vol 8, Iss6, 97-107*.
- Hurtado, J. (2010). *Metodología de la Invstigación*. Caracas: Quirón.

- Laurell, A. (2013). *Impacto del seguro popular en el sistema de salud mexicano*.
México: CLACSO.
- Ledo, C. & Soria R. (2011). *Sistema Salud de Bolivia, Salud Publica*. México:
Instituto Nacional de Salud Pública.
- Mezones, E., Amaya, E., Bellido, L., Mougnot, B., Murillo, J., Villegas, J., y otros.
(2019). *Cobertura de aseguramiento en salud: El caso peruano desde la Ley
de Aseguramiento Universal*. Perú: Med. Exp. Salud Pública.
- Montekio, Valenzuela B. y Soliz P. (2008). *Mapa del Sistema de Salud de Perú*.
Distrito Federal México, Instituto Carso de la salud, FUNSALUD.
- Morales, S. (2009). *Tesis doctoral, " Impacto del Sistema Integral de Salud sobre la
tasa de mortalidad materna en el Perú del año 2002 al 2006"*. Perú:
Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- Organización Panamericana de Salud (OPS), (2011). *Estrategias de prevención y
manejo integral*. EE.UU.
- Peruano. (9 de abril de 2009). *Ley 29344 , Ley marco del Aseguramiento Universal en
el Perú. Texto Unico Ordenado*. Lima, Perú: Editora Perú.
- Peruano. (07 de diciembre de 2013). *Decreto Legislativo N°1161. Ley de
Organización y Funciones del Ministerio de Salud*. Lima, Perú: Editora Perú.
- Peruano. (10 de Julio de 2017). *Norma Técnica de salud para el crecimiento y
desarrollo de la niña y el niño menor de 5 años. NTS N° 137-2017-
MINSA/DGI*. Lima, Perú: Editora Perú.
- Petrera, M. (2016). Tesis Doctoral "*Seguro Integral de Salud y protección social en el
Perú 2004-2010*". Lima: Universidad Cayetano Heredia, Facultad de
Medicina.

- Puell Palacios, J. (2009). *Gestión en el Tercer milenio*. Revista de Investigación de la Facultad de Ciencias Administrativas, Vol.12, N°24.
- Robbins, S. (2004). *Comportamiento Organizacional*. México: Prentice Hall.
- Rovira, J., Rodríguez, R. y Antoñanzas, F. (2003). *Conjunto de prestaciones de Salud*. Organización Panamericana de la Salud, Oficina Sanitaria Panamericana. J SBN 9275324433.
- Ruíz, M. (2011). Tesis Doctoral. "*Políticas Públicas en salud y su impacto en el Seguro Popular en Culiacán, Sinaloa*. México": Universidad Autónoma de Sinaloa, Facultad de Contaduría y Administración División de estudios de Posgrado.
- Sánchez, H., & Reyes, C. (2006). *Metodología y Diseños en la Investigación Científica*. Lima : Visión Universitaria.
- Vargas, W. (2006). *Atención primaria de la salud en acción*. Costa Rica: ISBN 9968-916-30-7.
- Vargas, I. (2009). Tesis doctoral, *Barreras en el acceso a la atención en salud en modelos de competencias gestionada: un estudio en Colombia*: Universidad Autónoma de Barcelona.
- Villegas, J., Rodríguez, A., Loyola, C., Garnica, G., Tantaleán, M., Huamani, P., y otros. (2014). *Anuario Estadístico. Intendencia de Investigación y desarrollo de la Superintendencia Nacional de Salud*. Lima. Deposito Legal N° 2000-2335.
- Yutang, L. (1999). *La sabiduría de Confucio*. Buenos Aires: Siglo XX.

Webgráficas:

Banco de Ahorro Nacional y Servicios Financieros S.N.C. (2011). *Manual de políticas y procedimientos de la subdirección de proyectos de financiamiento exterior*. Recuperado de:

<http://www.cgeson.gob.mx/downloads/GUI%20M.%20PROCED.%202004%20.pdf.2enero,2011.23:23.p4>

Seguro Integral de Salud (2017) Recuperado de: <http://www.sis.gob.pe>

Secretaria de Salud de Tamaulipas Subsecretaria de Calidad y Atención Médica especializada. (2011). *Guía técnica para la elaboración de manuales de organización hospitalaria*.

Recuperado de:

<http://www.bansefi.gob.mx/bansefi/normateca/Manuales/Manual%20Subdir%20Proy%20Fin%20Ext%20ago-05.pdf>. 2enero.2011. 20:08.p 2

Wikipedia (2010). Wikipedia la enciclopedia libre, [En línea]:1 abril, 2010.

Recuperado de: <http://es.wikipedia.org/wiki/Procedimiento>

IX. Anexos

ANEXO A: Matriz de consistencia

ANEXO B: Instrumentos de recopilación de datos

ANEXO C: Instrumentos de validación de juicio de expertos

ANEXO D: Implementación de un Manual de procedimientos para el registro del formato único de atención.

ANEXO E: Programa de capacitación en el registro de formatos únicos de atención para profesionales y no profesionales

ANEXO F: Criterios técnicos para la eficacia del formato único de atención

Anexo A: Matriz de consistência

Evaluación de la gestión en la prestación de salud para la mejora del reembolso del Seguro Integral de Salud, Centro de Salud Jesús María, 2014-2016

| PROBLEMAS | OBJETIVOS | HIPÓTESIS | VARIABLES | METODOLOGÍA |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><u>Problema general</u> ¿De qué manera la Gestión en la Prestación de Salud contribuirá con la mejora del reembolso que realiza el Seguro Integral de Salud al Centro de Salud de Jesús María?</p> <p><u>Problema específico1</u> ¿En qué medida la propuesta de un manual de procedimientos de registro del Formato Único de Atención del asegurado contribuirá en el reembolso por las prestaciones de salud?</p> <p><u>Problema específico2</u> ¿En qué medida la capacitación a los profesionales y no profesionales en el procedimiento del Formato Único de Atención facilitará la adecuada prestación de salud en el Centro de Salud de Jesús María?</p> <p><u>Problema específico 3</u> ¿De qué manera la propuesta de criterios técnicos para el trabajo eficaz del Formato Único de Atención del asegurado permitirá lograr las metas esperadas de los indicadores cápita, así como los reembolsos que realice el Seguro Integral de Salud?</p> | <p><u>Objetivo general</u> Evaluar la Gestión de las prestaciones de Salud para contribuir con la mejora del reembolso que realiza el Seguro Integral de Salud al “Centro de Salud de Jesús María”.</p> <p><u>Objetivo específico1</u> Proponer un manual de procedimientos de registro del Formato Único de Atención del asegurado para contribuir en el reembolso por las prestaciones de salud.</p> <p><u>Objetivo específico 2</u> Formular un programa de capacitación a los profesionales y no profesionales en el procedimiento del Formato Único de Atención, para facilitar una adecuada prestación de salud en el Centro de Salud de Jesús María.</p> <p><u>Objetivo específico 3</u> Proponer criterios técnicos para el trabajo eficaz del Formato Único de Atención del asegurado para permitir lograr las metas esperadas de los indicadores cápita, así como los reembolsos que realice el Seguro Integral de Salud.</p> | <p><u>Hipótesis general</u> La evaluación de la gestión en las prestaciones de salud, contribuye en mejorar el reembolso realizado por el Seguro Integral de Salud al Centro de Salud de Jesús María.</p> <p><u>Hipótesis específica 1</u> La implementación del manual procedimientos de registro del Formato Único de Atención del asegurado, contribuye en el reembolso por las prestaciones de salud.</p> <p><u>Hipótesis específica 2</u> La capacitación implementada a los profesionales y no profesionales en el procedimiento del Formato Único de Atención, facilite una adecuada prestación de salud en el Centro de Salud de Jesús María.</p> <p><u>Hipótesis específica 3</u> La propuesta de criterios técnicos para el trabajo eficaz del Formato Único de Atención del asegurado permite lograr las metas esperadas de los indicadores cápita, así como los reembolsos que realice el Seguro Integral de Salud.</p> | <p><u>Variable independiente</u> Gestión en las prestaciones de salud</p> <p><u>Dimensión</u> Evaluación de las prestaciones de salud</p> <p><u>Variable dependiente</u> Reembolso del Seguro Integral de salud</p> <p><u>Dimensión</u> Gestión del reembolso</p> | <p>1. Tipo de investigación Aplicada</p> <p>2. Nivel de investigación Transversal</p> <p>3. Método Escalamiento de Rensis Likert</p> <p>4. Diseño Descriptivo-analítico multivariado</p> |

Anexo B

Instrumentos de recopilación de datos

UNIVERSIDAD NACIONAL FEDERICO VILLAREAL
 ESCUELA UNIVERSITARIA DE POSGRADO
 CIENCIAS DE LA EMPRESA – ADMINISTRACION

ENCUESTA 1: AL PROFESIONAL

INSTRUCCIÓN: A continuación, encontrará una serie de enunciados con relación a su institución de Salud. Se solicita su opinión sincera al respecto. Después de leer cuidadosamente cada enunciado, marque con una (X) el número que corresponda a su opinión.

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|--------------|-----------------------------------|------------|--------------------------|
| | EN TOTAL DESACUERDO | EN DESACUERO | NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO | DE ACUERDO | TOTALMENTE DE ACUERDO |
| Ítem ENUNCIADOS | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| I. EVALUACIÓN DE LOS INDICADORES CAPITA | | | | | |
| 1 ¿Tiene Ud., conocimiento del cumplimiento de los indicadores cápita al 100% y es coherente con las metas negociadas con el Seguro Integral de Salud? | | | | | |
| 2 ¿En el Centro de Salud se programa actividades de supervisión, monitoreo y evaluación para conocer los logros por cada indicador cápita? | | | | | |
| 3 ¿La propuesta de un Plan de Monitoreo e informe de gestión en el Centro de Salud, permitirá contar con un instrumento administrativo? | | | | | |
| 4 ¿La asignación de las metas físicas por indicador cápita es coherente con las metas esperadas, de manera que incumplir un indicador no afecte el cumplimiento de otro? | | | | | |
| 5 ¿El incremento de las metas físicas del 2% al 10% cada año es coherente con la realidad del Centro de Salud? | | | | | |
| II. IMPLEMENTACION DE UN MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA EL REGISTRO DEL FORMATO UNICO DE ATENCION | | | | | |
| 1 ¿La Jefatura del Centro de Salud ha posibilitado una organización con estructuras, funciones y responsabilidades? | | | | | |
| 2 ¿Se ejecutan actividades de supervisión, monitoreo y evaluación de los registros realizados en los formatos únicos de atención de manera participativa? | | | | | |
| 3 ¿El procedimiento para el registro de los códigos en el formato único de atención está disponible en cada servicio? | | | | | |
| 4 ¿Se realiza el llenado del Formato Único de Atención de manera uniforme en los diferentes servicios en función a los principios de organización? | | | | | |
| 5 ¿El Registro del Formato Único de Atención se podría regular en un Manual de procedimientos? | | | | | |
| III. CAPACITACION EN EL REGISTRO DEL FORMATO UNICO DE ATENCION | | | | | |
| 1 ¿La gestión del Centro de Salud ha realizado un programa de capacitación sobre el procedimiento para el registro del formato único de atención a todos los trabajadores? | | | | | |
| 2 ¿La gestión del Centro de Salud en el programa de capacitación aclaró inquietudes sobre el llenado del formato único de atención a los profesionales para el reembolso? | | | | | |
| 3 ¿Los programas de capacitación han incluido las observaciones al formato único de atención por el Seguro Integral de Salud, por lo que los profesionales deben tomar debida nota? | | | | | |
| 4 ¿La gestión del establecimiento ha realizado un programa de capacitación sobre la necesidad del control y custodia del formato único de atención a los profesionales? | | | | | |
| 5 ¿Se ha previsto recursos para poner en marcha un programa de capacitación como estrategia en la producción del formato único de atención para profesionales? | | | | | |
| IV. CRITERIOS TECNICOS PARA LA EFICACIA DEL FORMATO UNICO DE ATENCION | | | | | |
| 1 ¿Cree usted que los criterios técnicos para lograr la eficacia del formato único de atención, cumple con el objetivo establecido? | | | | | |
| 2 ¿Diría usted que los diversos registros de atención con el formato único de atención en el mismo día, permite su distribución para fines de reembolso y de estadística? | | | | | |
| 3 ¿Tiene Ud., conocimiento que cuando se registra datos incorrectos del responsable de la atención o del asegurado o apoderado, es observada la prestación de salud y su reembolso? | | | | | |
| 4 ¿Se cuenta con un sistema informático propio para generar e imprimir el formato único de atención del asegurado? | | | | | |
| 5 ¿Cree usted que la propuesta por el Centro de Salud de nuevos criterios técnicos producirá la eficacia del formato único de atención? | | | | | |
| V. FLUJO DE REEMBOLSOS DEL SEGURO INTEGRAL DE SALUD | | | | | |
| 1 ¿Tiene Ud., conocimiento sobre el flujo de los reembolsos que efectúa el Seguro Integral de Salud por las prestaciones de salud que realiza el Centro de Salud? | | | | | |
| 2 ¿Se debe conocer los reembolsos mensuales realizados por el Seguro Integral de Salud a favor del Centro de Salud? | | | | | |
| 3 ¿Se debe conocer los reembolsos mensuales que fueron rechazados por el Seguro Integral de Salud y sus causas? | | | | | |
| 4 ¿Los reembolsos que hace el seguro integral de salud cubren las prestaciones de Salud que se brinda el Centro de Salud? | | | | | |
| 5 ¿Conoce Ud., que las metas esperadas por cada indicador cápita se relacionan con los reembolsos por la producción de las prestaciones de salud según reglas de consistencia? | | | | | |

UNIVERSIDAD NACIONAL FEDERICO VILLAREAL
ESCUELA UNIVERSITARIA DE POSGRADO
CIENCIAS DE LA EMPRESA - ADMINISTRACION

ENCUESTA N° 2; NO PROFESIONALES

INSTRUCCIÓN: A continuación, encontrará una serie de enunciados con relación a su institución de Salud. Se solicita su opinión sincera al respecto. Después de leer cuidadosamente cada enunciado, marque con una (X) el número que corresponda a su opinión.

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|-----------------------------------|------------|--------------------------|--|--|--|--|
| | TOTALMENTE EN DESACUERDO | EN DESACUERDO | NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO | DE ACUERDO | TOTALMENTE DE ACUERDO | | | | |
| Ítem | ENUNCIADOS | | | | 1 2 3 4 5 | | | | |
| I. EVALUACION DE LOS INDICADORES CAPITA | | | | | | | | | |
| 1 | ¿Tiene Ud., conocimiento del cumplimiento de los indicadores cápita al 100%, establecido por el Seguro Integral de Salud, relacionados con las metas esperadas? | | | | | | | | |
| 2 | ¿Se realizan actividades de supervisión, monitoreo y evaluación para conocer las metas logradas por cada indicador cápita? | | | | | | | | |
| 3 | ¿La propuesta de un Plan de Monitoreo e informe de gestión en el Centro de Salud permitirá contar con un instrumento administrativo? | | | | | | | | |
| 4 | ¿La asignación de una meta física por cada indicador es coherente con las metas esperadas, de manera que incumplir un indicador no afecte el cumplimiento de otro? | | | | | | | | |
| 5 | ¿Conoce Ud., que el Centro de Salud, tiene que cumplir con las metas físicas por cada indicador cápita según incremento del 2% al 10% cada año? | | | | | | | | |
| II. IMPLEMENTACION DE UN MANUAL DE PROCEDIMIENTO PARA EL REGISTRO DEL FORMATO UNICO DE ATENCION | | | | | | | | | |
| 1 | ¿La Jefatura del Centro de Salud ha posibilitado una organización con estructuras, funciones y responsabilidades? | | | | | | | | |
| 2 | ¿Se ejecutan actividades de supervisión, monitoreo y evaluación de los registros realizados en el formato único de atención de manera participativa? | | | | | | | | |
| 3 | ¿El procedimiento para el registro de los códigos en el formato único de atención está disponible en cada servicio? | | | | | | | | |
| 4 | ¿Se realiza el llenado del Formato Único de Atención de manera uniforme en los diferentes servicios en función a los principios de organización? | | | | | | | | |
| 5 | ¿El registro del Formato Único de Atención se podría regular en un manual de procedimientos? | | | | | | | | |
| III. CAPACITACION EN EL REGISTRO DEL FORMATO ÚNICO DE ATENCION | | | | | | | | | |
| 1 | ¿La Jefatura del Centro de Salud ha realizado un programa de capacitación sobre el registro del formato único de atención a todos los trabajadores? | | | | | | | | |
| 2 | ¿Se absolvieron las consultas en el programa de capacitación sobre el llenado del formato único de atención a los no profesionales? | | | | | | | | |
| 3 | ¿El programa de capacitación efectuado incluyó las observaciones al formato único de atención por el Seguro Integral de Salud, por lo que usted ha tomado la debida nota? | | | | | | | | |
| 4 | ¿La Jefatura del establecimiento ha realizado un programa de capacitación sobre la necesidad del control y custodia del formato único de atención a los no profesionales? | | | | | | | | |
| 5 | ¿Diría Ud., que se ha previsto recursos para implementar un programa de capacitación como estrategia en la producción del formato único de atención? | | | | | | | | |
| IV. CRITERIOS TECNICOS PARA LA EFICACIA DEL FORMATO UNICO DE ATENCION | | | | | | | | | |
| 1 | ¿Cree usted que los criterios técnicos desarrollados conjuntamente con los profesionales de la salud, logran la eficacia del formato único de atención y cumple con el objetivo establecido? | | | | | | | | |
| 2 | ¿Diría usted que los diversos registros de atención con el formato único de atención en el mismo día, permite su distribución para fines de reembolso y de estadística? | | | | | | | | |
| 3 | ¿Los errores en el registro como: falta datos del asegurado, ilegibilidad, enmendaduras, borrones, omisión de firma y/o sello del responsable, el formato único de atención se rechaza, no es reembolsado por el Seguro Integral de Salud? | | | | | | | | |
| 4 | ¿Se cuenta con un sistema informático propio para generar e imprimir el Formato Único de Atención del Asegurado? | | | | | | | | |
| 5 | ¿Cree usted que la propuesta por el Centro de Salud de nuevos criterios técnicos producirá la eficacia del formato único de atención? | | | | | | | | |
| V. FLUJO DE REEMBOLSOS DEL SEGURO INTEGRAL DE SALUD | | | | | | | | | |
| 1 | ¿Se conoce el flujo de los reembolsos que efectúa el Seguro Integral de Salud por las prestaciones de salud realizadas en el Centro de Salud? | | | | | | | | |
| 2 | ¿Cómo trabajador del Centro de Salud conoce los reembolsos mensuales realizados por el Seguro Integral de Salud? | | | | | | | | |
| 3 | ¿Se conoce los formatos únicos de atención que no fueron reembolsados por el Seguro Integral de Salud y sus causas? | | | | | | | | |
| 4 | ¿Los reembolsos del Seguro Integral de Salud cubren las prestaciones de Salud que brinda el Centro de Salud? | | | | | | | | |
| 5 | ¿Conoce Ud., que los indicadores cápita se relaciona con los reembolsos por la producción total de las prestaciones de salud según reglas de consistencia? | | | | | | | | |

FORMATO DE ENCUESTA APLICADA

UNIVERSIDAD NACIONAL FEDERICO VILLAREAL
ESCUELA UNIVERSITARIA DE POSGRADO
CIENCIAS DE LA EMPRESA- ADMINISTRACION**ENCUESTA N° 3: A LOS ASEGURADOS**

INSTRUCCIÓN: A continuación, encontrará una serie de enunciados con relación a su institución de Salud. Se solicita su opinión sincera al respecto. Después de leer cuidadosamente cada enunciado, marque con una (X) el número que corresponda a su opinión.

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|-----------------------------------|------------|--------------------------|
| | TOTALMENTE EN DESACUERDO | EN DESACUERO | NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO | DE ACUERDO | TOTALMENTE DE ACUERDO |
| Ítem | ENUNCIADOS | | | | 1 2 3 4 5 |
| I. EVALUACION DE LOS INDICADORES CAPITA | | | | | |
| 1 | ¿Recibió atención de salud en: Crecimiento y desarrollo, recibe los micronutrientes y/o resultados de laboratorio? | | | | |
| 2 | ¿Tiene conocimiento que se supervisa y evalúa las atenciones de despistaje de cáncer de cuello uterino y recepción de medicamentos y/o resultados de laboratorio para conocer los logros obtenidos por cada uno de ellos? | | | | |
| 3 | ¿Diría usted, que es necesario que el centro de salud cuente con un plan de monitoreo por cada atención recibida? | | | | |
| 4 | ¿Se debe supervisar las atenciones realizadas en su condición de asegurado? | | | | |
| 5 | ¿Tiene conocimiento que el Centro de Salud, debe cumplir con las atenciones de: salud mental, recepción de medicamentos y/o resultados psicológicos? | | | | |
| II. IMPLEMENTACION DE UN MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA EL REGISTRO DEL FORMATO UNICO DE ATENCION | | | | | |
| 1 | ¿Conoce el proceso para una atención como: Obtener un cupo en triaje; pasar a admisión para el llenado de los formatos únicos de atención y su historia clínica, pasar a la sala de espera; pasar al consultorio y entregar su Formato Único de Atención y ser atendido? | | | | |
| 2 | ¿Sabe Ud., que debe poner su firma y/o huella digital como titular o apoderado en el Formato Único de Atención para ser atendido por un profesional de la salud. | | | | |
| 3 | ¿Sabe Ud. cómo hacer para la atención de: Su niño/a menor de 1 año recibe o recibió 11 controles de Crecimiento y desarrollo y recibió los micronutrientes? | | | | |
| 4 | ¿Sabe Ud. cómo hacer para recibir la atención de: ¿Las mujeres de 25 a 60 años deben hacerse un despistaje de Cáncer de cuello uterino y entrega de los resultados? | | | | |
| 5 | ¿Sabe Ud. cómo hacer para la atención de: ¿Tamizaje en salud mental? | | | | |
| III. CAPACITACION EN EL REGISTRO DEL FORMATO ÚNICO DE ATENCION | | | | | |
| 1 | ¿El Centro de Salud de Jesús María realiza campañas informativas del formato de atención que Ud., como asegurado debe participar para recibir la prestación del servicio de salud? | | | | |
| 2 | ¿Las campañas de información sirvieron para conocer que el formato único de atención debe presentarse en los servicios donde recibe su atención médica, entrega de medicamentos, laboratorio u otro servicio? | | | | |
| 3 | ¿Sabe Ud., que el Formato Único de Atención observado en la prestación del servicio es la única prueba de su atención médica como asegurado? | | | | |
| 4 | ¿Sabe que la atención de usted, como de su hijo menor requiere de controles por lo cual el formato único de atención es necesario para seguir atendiéndose? | | | | |
| 5 | ¿Considera que el personal profesional y no profesional deben estar capacitados en el registro del formato único de atención para brindar claridad en el servicio de salud? | | | | |
| IV. CRITERIOS TECNICOS PARA LA EFICACIA DEL FORMATO UNICO DE ATENCION | | | | | |
| 1 | ¿Cree usted que el formato único de atención contiene la información en forma clara para su registro correcto? | | | | |
| 2 | ¿Recibe usted varias atenciones en el día utilizando varios formatos únicos de atención que deben ser entregados en los consultorios? | | | | |
| 3 | ¿Sabe usted, si el registro incorrecto: borrón, huella digital, firma, ¿en el formato único de atención es observado por el Seguro Integral de Salud? | | | | |
| 4 | ¿El Centro de Salud le imprime el Formato Único de Atención a través de una computadora? | | | | |
| 5 | ¿Tiene conocimiento que el Centro de Salud debe mejorar y actualizar el formato único de atención? | | | | |
| V. FLUJO DE REEMBOLSOS DEL SEGURO INTEGRAL DE SALUD | | | | | |
| 1 | ¿Sabe Ud. que las atenciones recibidas como asegurado son pagados por el Seguro Integral de Salud? | | | | |
| 2 | ¿Cómo asegurado usted compra algún medicamento en una farmacia particular, cuando no hay en la farmacia del establecimiento de Salud? | | | | |
| 3 | ¿Tiene conocimiento que el servicio de salud recibido debe ser pagado por el SIS al establecimiento donde se atiende? | | | | |
| 4 | ¿La devolución del pago por el SIS de su atención en el establecimiento de salud es un requisito para recibir las diversas atenciones? | | | | |
| 5 | ¿Sabe que la devolución o reembolso al establecimiento es necesario para ofrecer un mejor servicio de las prestaciones de salud? | | | | |

| ASPECTOS GENERALES | Si | No | Observaciones |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|---------------|
| El Instrumento contiene instrucciones claras y precisas para las respuestas | | | |
| Los items se corresponden con los objetivos de la investigación | | | |
| Existe congruencia con los reactivos con el universo de contenidos | | | |
| La presentación del instrumento es adecuada. En caso de no ser así señale los aspectos a mejorar | | | |
| Los items están distribuidos en forma lógica y secuencial | | | |
| Se evidencia en la redacción de los objetivos las bases teóricas del que deben sustentar su investigación | | | |
| El número de ítems es adecuado para recoger la información. En caso de ser negativa su respuesta sugiera los ítems que deba añadirse y/o eliminarse | | | |

OBSERVACIONES:

| VALIDEZ | |
|------------------------------------------|--------------|
| APLICABLE | NO APLICABLE |
| APLICABLE ATENDIENDO A LAS OBSERVACIONES | |

| | |
|-----------------------------|------------|
| Validado por: | E-mail: |
| Cédula de Identidad: | Teléfonos: |
| Firma: | Fecha: |

| ASPECTOS GENERALES | Si | No | Observaciones |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|---------------|
| El Instrumento contiene instrucciones claras y precisas para las respuestas | | | |
| Los items se corresponden con los objetivos de la investigacion | | | |
| Existe congruencia con los reactivos con el universo de contenidos | | | |
| La presentacion del instrumento es adecuada. En caso de no ser asi señale los aspectos a mejorar | | | |
| Los items estan distribuidos en forma logica y secuencial | | | |
| Se evidencia en la redaccion de los objetivos las bases teoricas del que deben sustentar su investigacion | | | |
| El numero de items es adecuado para recoger la informacion. En caso de ser negativa su respuesta sugiera los items que deba añadirse y/o eliminarse | | | |

OBSERVACIONES: _____

| VALIDEZ | |
|------------------------------------------|--------------|
| APLICABLE | NO APLICABLE |
| APLICABLE ATENDIENDO A LAS OBSERVACIONES | |

| | |
|-----------------------------|------------|
| Validado por: | E-mail: |
| Cédula de Identidad: | Teléfonos: |
| Firma: | Fecha: |

| ASPECTOS GENERALES | Si | No | Observaciones |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------|----------------------|
| El Instrumento contiene instrucciones claras y precisas para las respuestas | | | |
| Los items se corresponden con los objetivos de la investigacion | | | |
| Existe congruencia con los reactivos con el universo de contenidos | | | |
| La presentacion del instrumento es adecuada. En caso de no ser asi señale los aspectos a mejorar | | | |
| Los items estan distribuidos en forma logica y secuencial | | | |
| Se evidencia en la redaccion de los objetivos las bases teoricas del que deben sustentar su investigacion | | | |
| El numero de items es adecuado para recoger la informacion. En caso de ser negativa su respuesta sugiera los items que deba añadirse y/o eliminarse | | | |

OBSERVACIONES: _____

| VALIDEZ | |
|------------------------------------------|--------------|
| APLICABLE | NO APLICABLE |
| APLICABLE ATENDIENDO A LAS OBSERVACIONES | |

| | |
|-----------------------------|-------------------|
| Validado por: | E-mail: |
| Cédula de Identidad: | Teléfonos: |
| Firma: | Fecha: |

Anexo D:**IMPLEMENTACION DE UN MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA EL
REGISTRO DEL FORMATO UNICO DE ATENCION**

MINISTERIO DE SALUD
DIRECCION DE REDES INTEGRADAS LIMA CENTRO

CENTRO DE SALUD JESÚS MARÍA

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA EL REGISTRO DEL FORMATO UNICO DE ATENCION



| Índice | pag. |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| Introducción | 4 |
| Capítulo I | 5 |
| Objetivos | 6 |
| Marco jurídico | 6 |
| Alcance | 7 |
| Propósito | 7 |
| Políticas de operación | 8 |
| Lineamientos | 8 |
| Glosario de términos | 8 |
| Capítulo II | 10 |
| Denominación del mapa de procesos | 11 |
| Gestión registro del formato único de atención/prestaciones de salud en la atención preventiva | 12 |
| Capítulo III | 15 |
| Ficha técnica de productos | 17 |

Introducción

En el desarrollo de la propuesta de un Manual de procedimientos para el trabajo eficaz en el registro del formato único de atención se ha identificado los procedimientos que cumplen cada servicio en la atención preventiva del paciente asegurado en consulta externa.

La metodología empleada de los procedimientos para el trabajo eficaz en el registro del formato único de atención, se utilizó las metodologías de observación de las acciones realizadas día a día por el personal, entrevistas a los profesionales y no profesionales involucrados en los procedimientos y el levantamiento de la información según normativa actual, el que permitió desarrollar cada procedimiento acorde a la realidad del establecimiento de salud.

Este manual constituye un instrumento de gestión que facilita de manera decisiva un trabajo eficaz en el registro del Formato Único de Atención y sea reconocido para lograr la mejora de los reembolsos por cada una de las prestaciones de salud realizadas y reconocidas por el Seguro Integral de Salud.

CAPITULO I

1.1. Objetivos

El manual de procedimiento para el trabajo eficaz en el registro del formato único de atención, como documento de gestión en el Centro de Salud de Jesús María tiene como objetivo:

- ✓ Orientar el correcto registro en el formato único de atención para un adecuado reembolso por cada una de ellas.
- ✓ Permitir el registro de las atenciones realizadas para facilitar un control prestacional.
- ✓ Inventariar los procesos, sub procesos de cada unidad orgánica involucrada para la construcción de los procedimientos relacionados con el registro del formato único de atención del paciente asegurado.

1.2. Marco Jurídico

Para el presente Manual de procedimientos se ha considerado la siguiente base legal:

- ✓ Ley N° 26842 - Ley General de Salud
- ✓ Decreto Legislativo N°1161 que aprueba la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud
- ✓ Ley N° 29344 – Ley Marco de Aseguramiento Universal de salud
- ✓ Decreto Supremo N° 008-2010-SA, que aprueba el Reglamento de la Ley 29344, Ley Marco de Aseguramiento en Salud
- ✓ Resolución Ministerial N°1134-2017/MINSA, que aprueba la Directiva N° 245-OGPPM/MINSA, lineamientos para la implementación de la Gestión por Procesos y Procedimientos en el Ministerio de Salud
- ✓ Resolución Ministerial N° 597-2006-MINSA aprueba la NT N° 022-MINSA/DGSP-V.02, Norma técnica de salud para la Gestión de la Historia Clínica

- ✓ Resolución Ministerial N°585-99-SA/DM del 27-11-99 - Manual de Buenas prácticas de Almacenamiento de Productos Farmacéuticos y afines
- ✓ Resolución Ministerial N° 701-2015/MINSA, aprueba la Norma Técnica de salud para la atención integral del niño(a)
- ✓ Resolución Jefatural N°121-2008/INEN, aprueba Norma Técnico Oncológica para la prevención, detección y manejo de la lesiones pre malignas del cuello uterino a nivel nacional
- ✓ Resolución Ministerial N° 356-2018-MINSA, Plan Nacional de fortalecimiento de servicios de salud mental comunitario.

1.3. Alcance

Los procedimientos para la atención del paciente asegurado, está ligada con el registro del formato único de atención, el cual es utilizado por cada profesional encargado de una prestación de salud, la participación operativa de otros profesionales en área de apoyo al diagnóstico y finalmente los no profesionales que cumplen funciones específicas en la prestación de salud y el trabajo eficaz en el registro del FUA según sus competencias.

1.4. Propósito

Implementar un manual de procedimientos para el trabajo eficaz en el registro del formato único de atención del asegurado y orientar las prestaciones de salud que se realiza en el Centro de Salud de Jesús María, establecimiento del primer nivel de atención, documento que contiene la descripción ordenada y lógica de las acciones que se siguen en base a un conjunto de actividades organizacionales que involucra a más de una unidad orgánica para la atención del asegurado del Seguro Integral de Salud que acude al establecimiento de salud.

1.5. Política de Operación

Se consideró los lineamientos del Ministerio de Salud, marcos de acción para hacer eficiente y efectiva la operación de los procedimientos.

1.6. Lineamientos

Es de carácter obligatorio para todas las unidades responsables del registro del formato único de atención del asegurado ligada a las prestaciones de salud en los servicios de Crecimiento y desarrollo, Obstetricia y Salud Mental.

La actualización de manual de procedimiento se originará cuando se presente los siguientes casos:

- ✓ Cuando el servicio haya sufrido cambios en su estructura orgánica
- ✓ Por asignación de nuevas funciones y responsabilidades
- ✓ Por el establecimiento de nuevo método o sistema de trabajo
- ✓ Como resultado de un proyecto de mejora continúa
- ✓ Como resultado de cambios en la normatividad aplicable
- ✓ Ampliar su contenido a otros servicios

1.7. Glosario de términos

- ✓ Formato Único de Atención (FUA): Es el instrumento en el que se registra, en físico o en medio magnético, los datos requeridos por el SIS, tanto de la prestación brindada por el establecimiento de salud como del asegurado que la recibe, la prescripción, procedimientos, otros.

- ✓ Prestaciones de Salud: Toda atención de salud de forma individual o colectiva en el marco de atención familia, vivienda, instituciones educativas y comunidad según las etapas de vida, de carácter preventivo, promocional.

- ✓ Regla de consistencia: Criterio mínimo de registro de las prestaciones, actúan como filtro de control para permitir el ingreso de datos al aplicativo informático Sistema Integrado de Aseguramiento del SIS (SIASIS).

- ✓ Historia Clínica (HC): es un documento legal, donde se registra los datos de identificación y los procesos relacionados con la atención del paciente.

- ✓ Sistema de Información en Salud (HIS): En su idioma original, (Health Information System), es una herramienta imprescindible que garantiza, el adecuado registro de las actividades de salud, apoya a mejorar la calidad del registro de datos, estandariza criterios, incorpora nuevas formas de registro y consolida como única fuente de información, con el propósito de dar soporte a la toma de decisiones.

CAPÍTULO II

DENOMINACIÓN DEL MAPA DE PROCESOS

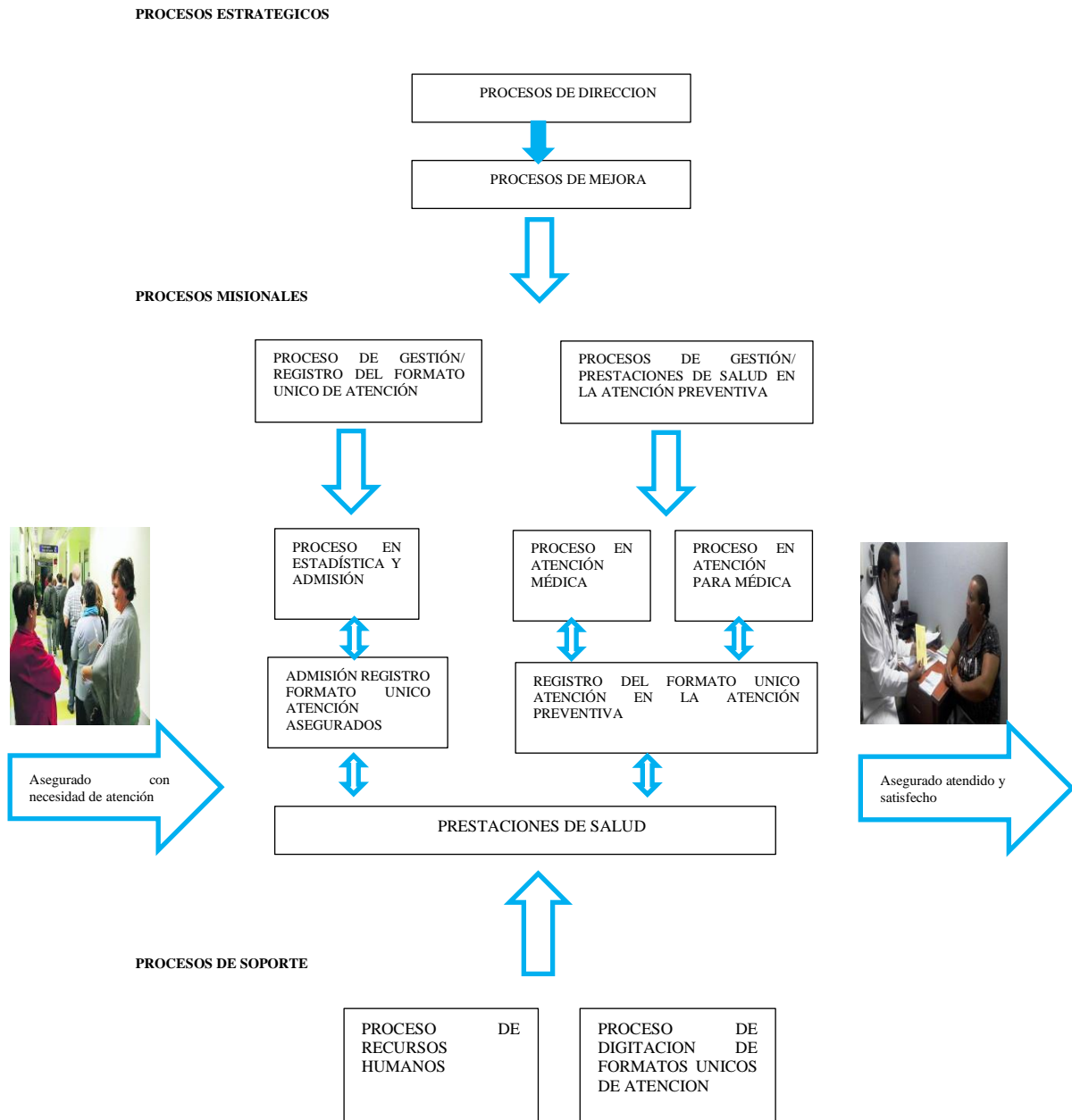


Figura 1: Mapa de proceso para el trabajo eficaz en el registro del formato único de atención
 Fuente: Elaboración propia

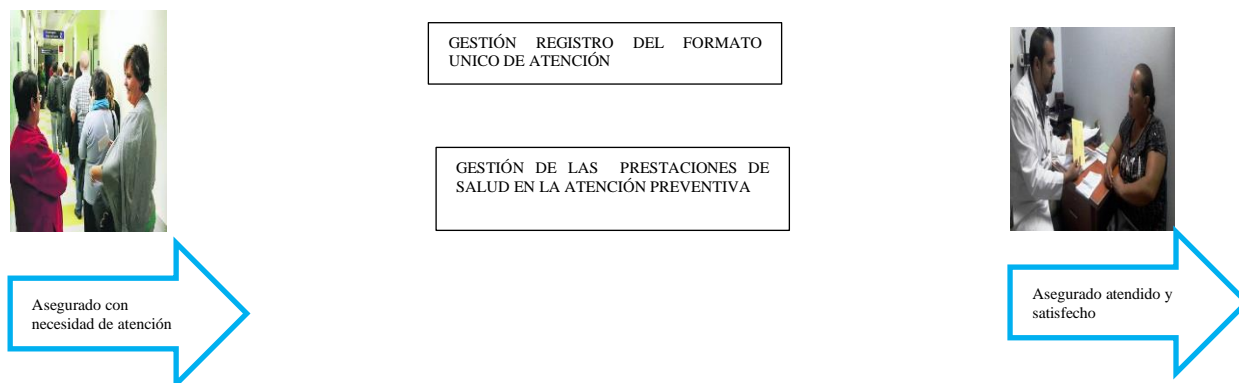


Figura 2: Gestión en la atención preventiva
Fuente: Elaboración propia

Gestión registro del formato único de atención /Gestión de las prestaciones de salud en la Atención Preventiva

NIVEL 0

Proceso misional orientado a formular, implementar, monitorear y evaluar los programas de atención en salud que respondan a las necesidades y expectativas de los pacientes, así como organizar los servicios en el primer nivel de atención oportuna, accesible y de calidad con el fin de fortalecer el bienestar de individuo, familia y comunidad.

NIVEL 1

1. Gestión registro del formato único de atención

Proceso misional orientado a registrar en físico los datos requeridos por el Seguro Integral de Salud, tanto de la prestación brindada por la institución prestadora del servicio de salud como del asegurado que la recibe, cuya característica es contener una numeración

única que lo identifica y se usa como fuente de información para los registros informáticos del Seguro Integral de Salud, que garantice los procesos de validación prestacional y su respectivo reembolso.

2. Gestión de Prestaciones de Salud en la atención preventiva

Proceso misional orientado a organizar e implementar actividades relacionadas al cumplimiento del modelo de atención de salud en consulta externa, que coadyuven las prestaciones de salud de carácter preventivo y promocional en respuesta a la demanda de las necesidades del individuo, familia y comunidad.

NIVEL 2

1. Admisión del asegurado

Es el conjunto de actividades que realizar el asegurado al ingresar al establecimiento de salud en busca de una atención inmediata y directa.

2. Atención en estadística y admisión

Es el conjunto de actividades administrativas a través del cual se asegura una atención de salud a un asegurado que busca satisfacer una necesidad de salud.

3. Atención médica

Se encarga de brindar atención integral al asegurado en la consulta externa, proporcionando la oportuna atención médica o seguimiento.

4. Atención para médica

Se encargada de brindar atención integral a los asegurados de consulta externa, proporcionado atención psicológica, crecimiento y desarrollo, obstetricia, otros que requieran.

NIVEL 3

PROCEDIMIENTOS

1. Cupo de triaje
2. Historia clínica en consulta externa
3. Registro del formato único de atención en admisión de asegurados
4. Registro del formato único en la atención en el consultorio médico
5. Registro del formato único de atención en laboratorio clínico
6. Registro del Formato único de atención por la dispensación de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios
7. Registro del formato único de atención en el consultorio de Psicología
8. Registro del formato único de atención en servicio de Crecimiento y desarrollo
9. Registro del formato único en el consultorio de obstetricia para la atención en despistaje de cáncer de cuello uterino
10. Digitación del formato único de atención Oficina de Seguros

CAPÍTULO III

PROCEDIMIENTOS

Ficha N° 001/19

(1) Oficina
(2° Nivel Organizacional)

SERVICIO CONSULTA EXTERNA
Registro del Formato Único de Atención y Prestaciones de Salud

(1) Oficina
(3° Nivel Organizacional)

| N° Orden (3) | Procedimiento y/o documento de origen (4) | Denominación del procedimiento (5) | Resultado/ producto (6) | Usuario (7) | Base legal (8) |
|--------------|---------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|----------------|
| 1 | Paciente asegurado solicita atención | Cupo de triaje | Cupo de triaje con datos del asegurado, turno, consultorio y nombre del profesional | Asegurado activo | NG |
| 2 | Hoja de afiliación paciente asegurado activo | Historia clínica en consulta externa | Historia clínica preparada | Asegurado activo | NG |
| 3 | Solicita Formato Único de atención (FUA) | Registro del formato único de atención en admisión asegurados | Formato único de atención con datos del asegurado | Asegurado activo | NG |
| 4 | Paciente asegurado con Historia clínica y formato único de atención | Registro del formato único en la atención en el consultorio médico | Registro historia clínica, sistema de información hospitalaria (HIS) y formato único de atención | Asegurado activo | NG |
| 5 | Orden de laboratorio | Registro del formato único de atención en laboratorio | Resultado de laboratorio | Asegurado activo | NG |
| 6 | Receta única estandarizada | Registro del formato único de atención por la dispensación de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios | Recibe productos farmacéuticos o dispositivo médico o producto sanitario | Asegurado activo | NG |
| 7 | Paciente solicita atención Psicológica | Registro del formato único de atención en consultorio de Psicología | Paciente asegurado atendido | Asegurado activo | NG |
| 8 | Madre solicita atención para niño(a) | Registro del formato único de atención en consultorio de Crecimiento y desarrollo | Niño controlado | Niño Asegurado activo | NG |
| 9 | Mujer solicita atención | Registro del formato único de atención despistaje de cáncer de cuello uterino en consultorio de Obstetricia | Mujer controlada | Mujer Asegurada activo | NG |
| 10 | Digitador | Digita formatos únicos de Atención | Formatos únicos de atención, verificación de calidad de información para sustento de su reembolso | Formato único de atención validado | NG |

Leyenda: Norma General (NG)

Elaboración propia

FICHA TECNICA DE PRODUCTOS

| Datos Generales | | Centro de Salud Jesús María | | | | | |
|-----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|---------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|
| Servicio: | | Servicio de consulta externa | | | | | |
| Nombre: | | | | | | | |
| Cargo: | | Responsable de servicio | | | | | |
| Cod. | Denominación del proceso/Sub proceso | Procedimiento | Indicadores de medición | Antecedentes al proceso (entrada) | | Resultado del proceso (salida) | |
| | | | | Documento de entrada | Servicio donde proviene | Documento de salida | Servicio donde se dirige |
| 1 | Proceso: Gestión Registro del Formato Único de Atención /Gestión de las Prestaciones de salud en la Atención Preventiva | Cupo de triaje | Deserción de paciente con cupo de triaje | Formato afiliación activo | Su casa | Cupo triaje con datos del asegurado, turno, consultorio y nombre del profesional | Admisión |
| 2 | Proceso: Gestión Registro del Formato Único de Atención /Gestión de las Prestaciones de salud en la Atención Preventiva | Historia clínica en consulta externa | Total, pacientes asegurados con historia clínicas atendidas | Tarjeta de atención | Admisión | Registro de historia clínica del asegurado para cada servicio | Admisión del asegurado |
| 3 | Proceso: Gestión Registro del Formato Único de Atención /Gestión de las Prestaciones de salud en la Atención Preventiva | Registro del formato único de atención en admisión asegurados | N° formatos únicos de atención registrados | Formato único de atención | Admisión asegurados | Paciente asegurado con historia clínica y formato único de atención resgitrado | Según corresponda |
| 4 | Proceso: Gestión Registro del Formato Único de Atención /Gestión de las Prestaciones de salud en la Atención Preventiva | Registro del formato único de atención en el consultorio médico | N° Total de atenciones en consulta externa / Horas medico programadas x 100 | Historia clínica y formato único de atención | Atención médica | Historia clínica y Sistema información hospitalaria (HIS) y formato único de atención (FUA) registrados | Según corresponda |
| 5 | Proceso: Gestión Registro del Formato Único de Atención Sub proceso: Gestión de los servicios de apoyo para el diagnóstico y tratamiento | Registro del formato único de atención en laboratorio clínico | Total de informes emitidos de paciente asegurado | Orden de laboratorio | Atención laboratorio | Resultado del examen de laboratorio | Casa/nueva consulta |
| 6 | Proceso: Gestión Registro del Formato Único de Atención Sub proceso: Gestión de productos farmacéuticos, Insumos y Dispositivos Médicos. | Registro del formato único de atención por la dispensación de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios | Total, de recetas atendidas al paciente asegurado | Receta única estandarizada para paciente asegurado | Atención farmacia | Productos recibidos | Su casa con indicación y tratamiento |
| 7 | Proceso: Gestión Registro del Formato Único de Atención /Gestión de las Prestaciones de salud en la Atención Preventiva | Registro del formato único de atención en consultorio de Psicología | N° de atenciones en psicología (tamizados) / N° horas del Psicólogo x 100 | Cupo de triaje, formato único de atención | Atención en psicología | Historia clínica (HC), Sistema información hospitalaria (HIS), formato único de atención (FUA) registrado | Casa/nueva consulta |
| 8 | Proceso: Gestión Registro del Formato Único de Atención /. Sub proceso: Desarrollo de los servicios de salud. | Registro en el formato único de atención en crecimiento y desarrollo | Total- niño controlado | Madre o apoderado solicita atención | Atención médica o su casa | Carnet de crecimiento y desarrollo | Su casa |

| | | | | | | | |
|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|----------------------------------------|----------------------|----------------------------------------------------|------------------------|
| 9 | Proceso: Gestión Registro del Formato Único de Atención / Desarrollo de los servicios de salud. | Registro en el formato único de atención despistaje de cáncer de cuello uterino en consultorio de Obstetricia | Total, mujer controlada | Mujer solicita atención | Atención obstetricia | Paciente asegurado atendida con resultados | Su casa/nueva consulta |
| 10 | Proceso: Gestión Registro del Formato Único de Atención /Gestión de las Prestaciones de salud en la Atención Preventiva | Digitación del formato único de atención | Nº formato único de atención digitados, archivados | Formato único de atención para digitar | Oficina de Seguros | Formato único de atención validados para reembolso | Oficina de Seguros |

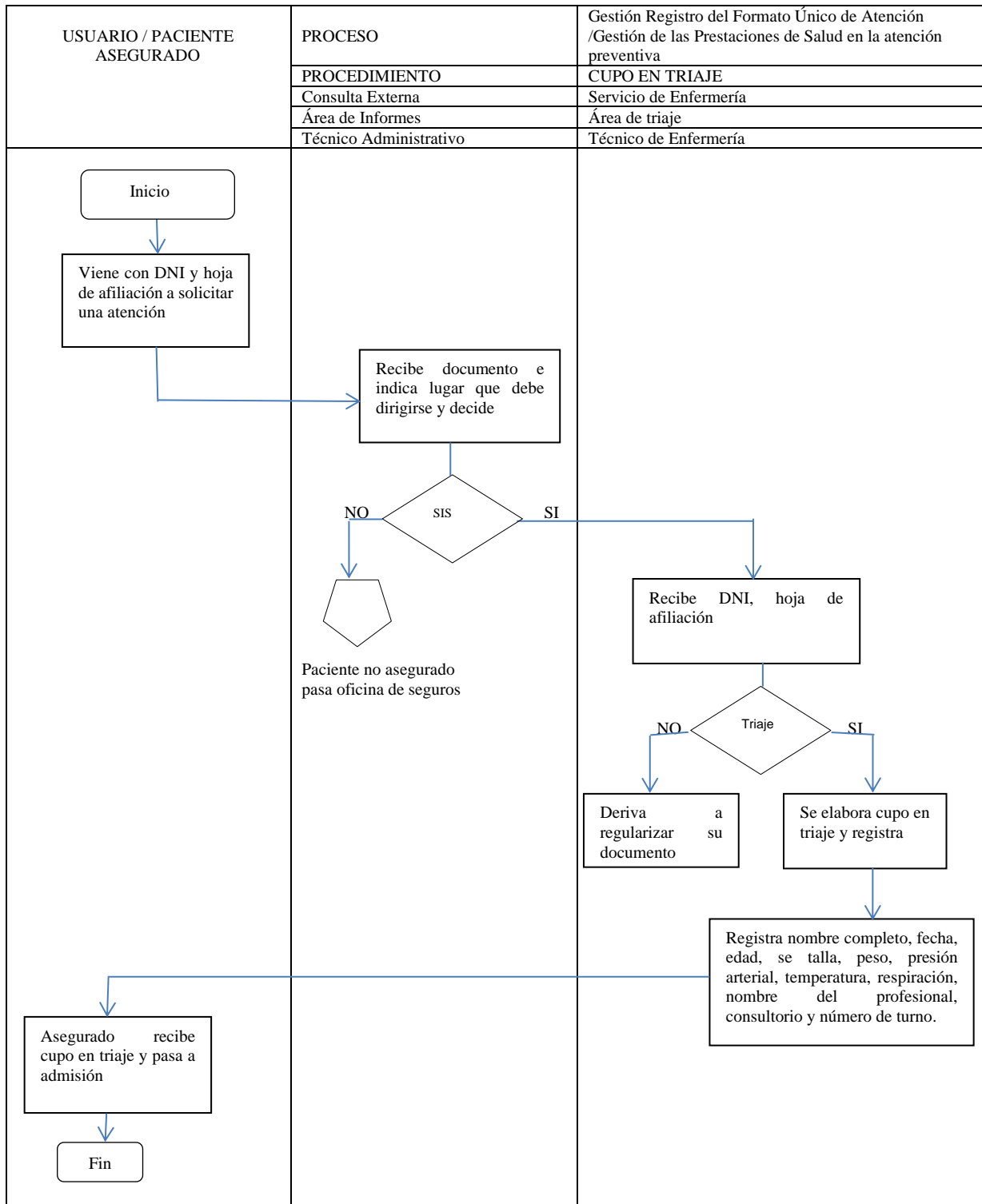
Elaboración propia

FICHA DE DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTO

| | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|------------------------|
| PROCESO: Gestión Registro del Formato Único de Atención /Gestión de las Prestaciones de Salud en la atención preventiva | | | |
| NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO | CUPO EN TRIAJE | | FECHA: 2019 |
| | | | CODIGO: J-OEI-01 |
| PROPÓSITO | Garantizar la atención ambulatoria del paciente asegurado para su diagnóstico y tratamiento | | |
| ALCANCE | Servicios médicos, Psicología, Crecimiento y desarrollo u Obstetricia; Apoyo al diagnóstico y tratamiento, Oficina de Estadística e Informática, Oficina de Seguros | | |
| MARCO JURÍDICO | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Ley N°26842 Ley General de Salud ✓ Decreto Legislativo N°1161 Ley que aprueba la Organización y Funciones del Ministerio de Salud ✓ Resolución Ministerial N°1134-2017/MINSA, que aprueba la Directiva N°245-OGPPM/MINSA, lineamientos para la implementación de la Gestión por Procesos y Procedimientos | | |
| INDICES DE PERFORMANCE | | | |
| INDICADOR | UNIDAD DE MEDIDA | FUENTE | RESPONSABLE |
| Deserción de paciente asegurado con cupo de triaje | Numero | Cuaderno de registro de cupos en triaje | Servicio de Enfermería |
| NORMAS | | | |
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Todo paciente asegurado tiene derechos y obligaciones 2. La atención médica en consulta externa será asignada según los cupos de triaje 3. Se atenderá en el horario de 7.00am a 18.00 horas de lunes a viernes y 7.00 a 12.00 m. sábado 4. Paciente asegurado entrega documento de Identidad Nacional, ficha de afiliación activo | | | |
| DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS | | | |
| Inicio | Viene de su casa | | |
| Usuario/paciente asegurado | 1. Viene portando Documento de Identidad Nacional, hoja de afiliación a solicitar una atención | | |
| Técnico Administrativo | 2. Recibe documento e indica el lugar que debe dirigirse y decide | | |
| Área de triaje /Técnico Enfermería | 3. Recibe Documento de Identidad Nacional (DNI), hoja de afiliación 3.1. No tiene hoja de afiliación se deriva a regularizar documento en oficina de seguros 3.2. Si tiene hoja de afiliación se elabora cupo en triaje y registra datos del paciente asegurado 3.2.1 Registra nombre completo, fecha, edad, talla, peso, presión arterial, temperatura, respiración, nombre del profesional, consultorio y número de turno. | | |
| Paciente asegurado o Usuario | 4. Recibe cupo triaje y se dirige a admisión. | | |
| Fin | | | |
| ENTRADA | | | |
| NOMBRE | FUENTE | FRECUENCIA | TIPO |
| Paciente asegurado afiliado activo | Cuaderno cupo triaje | Diaría | Manual |
| SALIDAS | | | |
| NOMBRE | DESTINO | FRECUENCIA | TIPO |
| Cupo de triaje con datos del paciente asegurado | Admisión | Diario | Manual |
| DEFINICIONES | El cupo en triaje es un documento interno que se elabora en el área de triaje del servicio de Enfermería, se registra los datos de identificación, fecha de atención, edad/talla, presión arterial, peso, temperatura, respiración, nombre del profesional, nombre del consultorio y se numera turno del paciente asegurado. | | |
| REGISTROS | Cuaderno cupo en triaje | | |
| ANEXOS | Flujograma | | |

Elaboración propia

FLUJOGRAMA: CODIGO: J-OEI-01



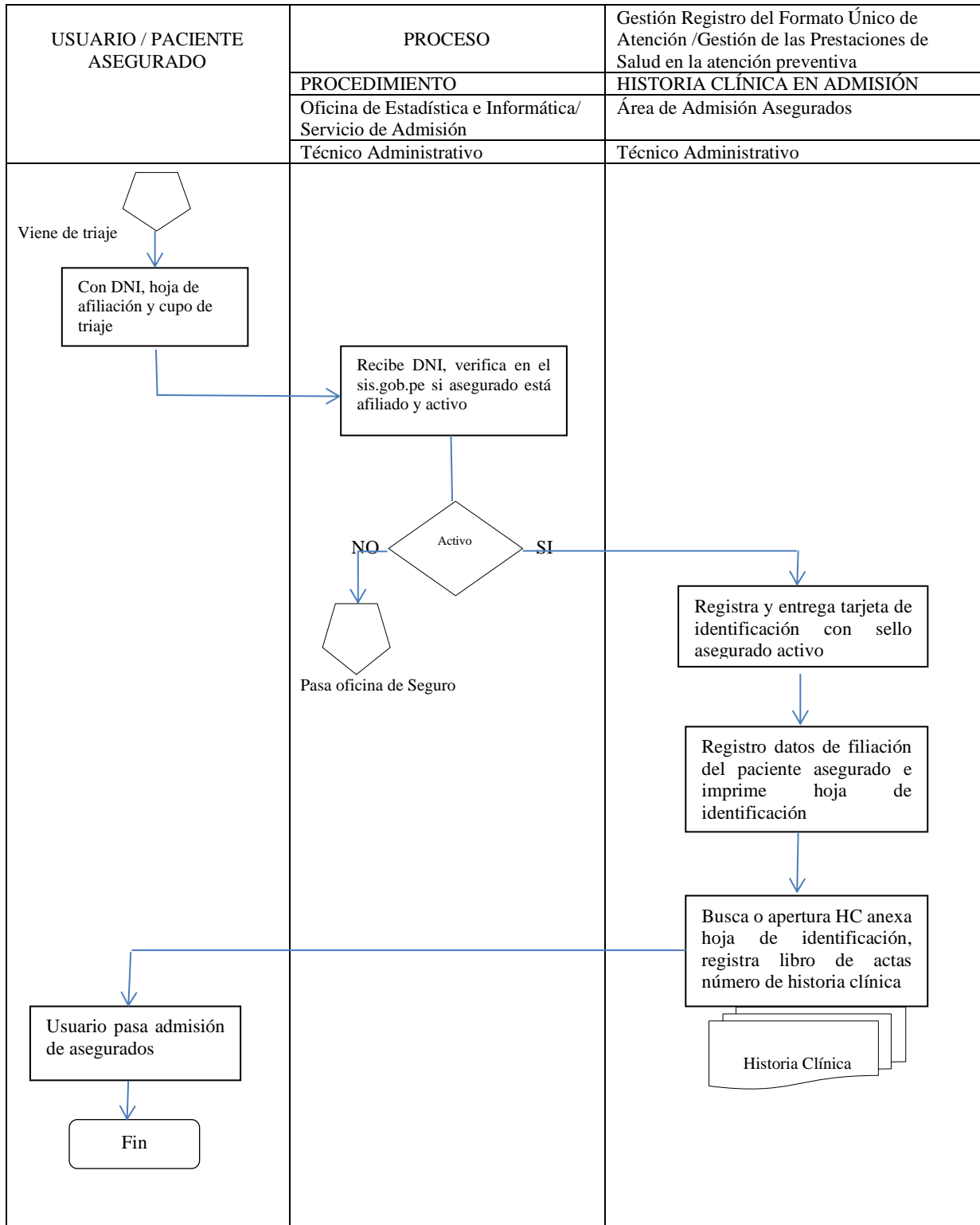
Elaboración propia

FICHA DE DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTO

| | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|--------------------------------------|
| PROCESO: Gestión Registro del Formato Único de Atención /Gestión de las Prestaciones de Salud en la atención preventiva | | | |
| NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO | HISTORIA CLÍNICA EN ADMISIÓN | | FECHA: 2019 |
| | | | CODIGO: J-OEI-02 |
| PROPÓSITO | Proporcionar el total de historias clínicas del paciente asegurado activo con cupo a los diferentes servicios | | |
| ALCANCE | Oficina de Estadística e Informática | | |
| MARCO JURÍDICO | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Ley N°26842 Ley General de Salud ✓ Decreto Legislativo N°1161 Ley que aprueba la Organización y Funciones del Ministerio de Salud ✓ Resolución Ministerial N°1134-2017/MINSA, que aprueba la Directiva N°245-OGPPM/MINSA, lineamientos para la implementación de la Gestión por Procesos y Procedimientos ✓ Resolución Ministerial N°597-2006-MINSA aprueba la NT N°022-MINSA/DGSP- V.02, Norma técnica de salud para la gestión de la historia clínica | | |
| INDICES DE PERFORMANCE | | | |
| INDICADOR | UNIDAD DE MEDIDA | FUENTE | RESPONSABLE |
| Historias clínicas | N° | Libro de registro de historias clínicas | Oficina de Estadística e Informática |
| Total, de pacientes asegurados con historia clínica atendidas | | | |
| NORMAS | | | |
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Todo paciente asegurado tiene derechos y obligaciones 2. Es un procedimiento de admisión en consulta externa 3. Atención en admisión es de lunes a viernes en el horario de 7.00am a 18.00 horas y los sábados de 7.00 a 14.00 4. Se elabora la historia clínica al paciente asegurado, se registra en el libro de actas de historias clínicas 5. No se prestará historias clínicas sin la autorización del responsable de Admisión 6. La salida de la historia clínica o préstamos para efectos de investigación se registra en el cuaderno de actas | | | |
| DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS | | | |
| Inicio | Viene del procedimiento de cupo en triaje | | |
| Usuario/paciente asegurado | 1. Paciente se presenta con DNI, cupo de triaje y hoja de afiliación a admisión | | |
| Técnico Administrativo | 2. Indica el lugar que debe dirigirse y decide | | |
| Admisión/técnico administrativo | 3. Recibe DNI, verifica en el sistema sis.gob.pe, si el asegurado está afiliado y activo | | |
| | <ol style="list-style-type: none"> 3.1. Entrega al paciente asegurado tarjeta de identificación con sello asegurado activo 3.2. Registro datos de filiación del paciente e imprime la hoja de identificación | | |
| | 4. Realiza búsqueda o apertura de historia clínica, anexa hoja de identificación, registro de libro de actas de Historias Clínica | | |
| Paciente asegurado o Usuario | 5. Pasa a la ventanilla de admisión asegurados | | |
| Fin | | | |
| ENTRADA | | | |
| NOMBRE | FUENTE | FRECUENCIA | TIPO |
| Relación de historias clínicas | Libro de actas de historias clínicas | Diaria | Manual |
| SALIDAS | | | |
| NOMBRE | DESTINO | FRECUENCIA | TIPO |
| Historia Clínica | Admisión del Seguro Integral de Salud | Diario | Manual |
| DEFINICIONES | La Historia Clínica, es un documento médico legal, que registra los datos de identificación y los procesos relacionados con la atención del paciente asegurado, en forma ordenada, integra, limpia, con letra legible de la atención del médico u otros profesionales de la salud brindan atención al paciente asegurado. | | |
| REGISTROS | Libro de actas de historias clínicas | | |
| ANEXOS | Flujograma | | |

Elaboración propia

FLUJOGRAMA: CODIGO: J-OEI-02



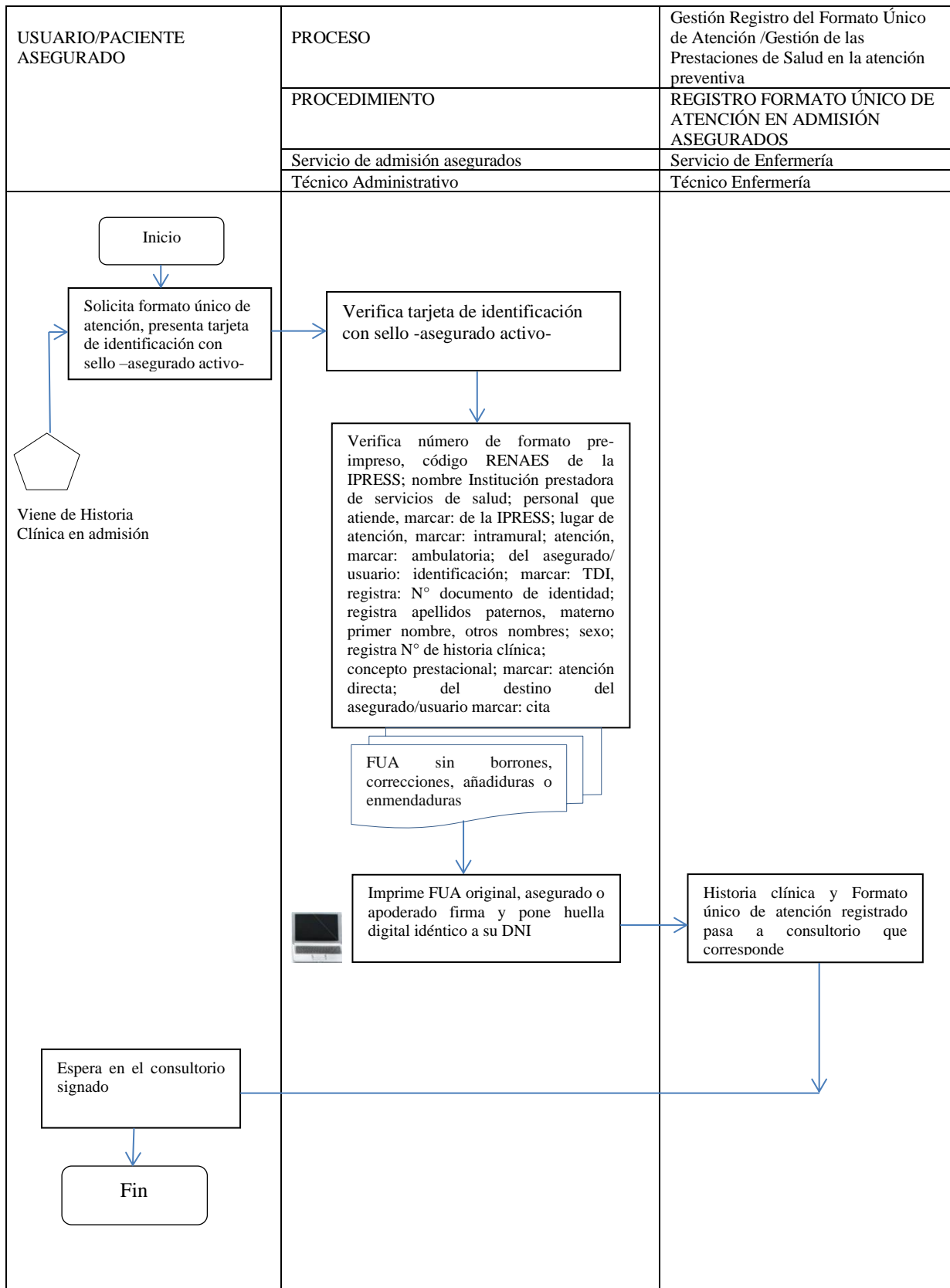
Elaboración propia

FICHA DE DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS

| | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------------|
| PROCESO: Gestión Registro del Formato Único de Atención /Gestión de las Prestaciones de Salud en la atención preventiva | | | |
| NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO | REGISTRO FORMATO ÚNICO DE ATENCIÓN EN ADMISIÓN ASEGURADOS | FECHA: 2019 | |
| | | CODIGO: J-OEI-03 | |
| PROPÓSITO | Proceso que comprende el conjunto de acciones el personal administrativo dirigida al paciente asegurado para registrar datos personales para sustentar una atención de salud. | | |
| ALCANCE | Oficina de Estadística e Informática/Admisión de asegurados | | |
| MARCO JURÍDICO | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Ley N°26842 Ley General de Salud ✓ Decreto Legislativo N°1161 Ley que aprueba la Organización y Funciones del Ministerio de Salud ✓ Resolución Ministerial N°1134-2017/MINSA, que aprueba la Directiva N°245-OGPPM/MINSA, lineamientos para la implementación de la Gestión por Procesos y Procedimientos ✓ Ley N°29344, Ley de Aseguramiento Universal en Salud | | |
| INDICES DE PERFORMANCE | | | |
| INDICADOR | UNIDAD DE MEDIDA | FUENTE | RESPONSABLE |
| % Formato único de Atención llenado | % | Cuademo de registro de FUAs | Estadística e Informática/ Admisión |
| $\% \text{ Formato único de Atención llenado} = \frac{\text{Número de Formatos únicos Atención llenados}}{\text{Total atenciones en el mismo periodo}} \times 100$ | | | |
| NORMAS | | | |
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Todo paciente asegurado tiene derechos y obligaciones 2. Es un procedimiento de admisión en consulta externa 3. La atención en el archivo Clínico es de lunes a viernes en el horario de 7.00am a 18.00 horas y los sábados de 7.00 a 13.00 4. Llenado del Formato Único de Atención para el paciente asegurado con historia clínica 5. Formato Único de Atención se anexa a la historia clínica y anota en el libro de actas | | | |
| DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS | | | |
| Inicio | Viene del procedimiento historia clínica en consulta externa | | |
| Usuario/paciente asegurado | 1. Solicita formato único de atención previa presentación de la tarjeta de identificación con sello asegurado activo | | |
| Técnico Administrativo | 2. Indica el lugar que debe dirigirse | | |
| Oficina de Estadística e Informática /Admisión Seguro Integral de Salud /técnico administrativo | 3. Verifica tarjeta de identificación con sello asegurado activo 4. Verifica el número de Formato pre-impreso, código RENAES, Nombre de la Institución prestadora de servicios de salud, personal que atiende, marcar: IPRESS; lugar de atención, marca intramural; atención, marca ambulatoria; del Asegurado/usuario: identificación marca TDI, registra N° documento de identidad, registra apellidos paterno, materno primer nombre, otros nombres; concepto prestacional marca atención directa; del destino del asegurado/usuario marca cita; sexo; registra N° de historia clínica 4.1. Formato único de atención sin borrones, correcciones, añadiduras o enmendaduras 5. Impresión del FUA; asegurado o apoderado firma idéntico a DNI, pone huella digital | | |
| Servicio de Enfermería/ Técnico de enfermería | 6. Historia clínica y Formato único de atención registrado pasa a consultorio que corresponde | | |
| Paciente asegurado o Usuario | 7. Pasa al consultorio signado | | |
| Fin | | | |
| ENTRADA | | | |
| NOMBRE | FUENTE | FRECUENCIA | TIPO |
| Historia Clínica | Libro de actas de historias clínicas | Diaria | Manual |
| SALIDAS | | | |
| NOMBRE | DESTINO | FRECUENCIA | TIPO |
| Formato Único de atención con identificación | Consultorio Externo | Diario | Manual |
| DEFINICIONES | El registro para una prestación de salud por formato por una atención preventiva en el mismo día, para ello se debe verificar los criterios según convenio. | | |
| REGISTROS | Formato | | |
| ANEXOS | Flujograma | | |

Elaboración propia

FLUJOGRAMA: CODIGO: J-OEI-03



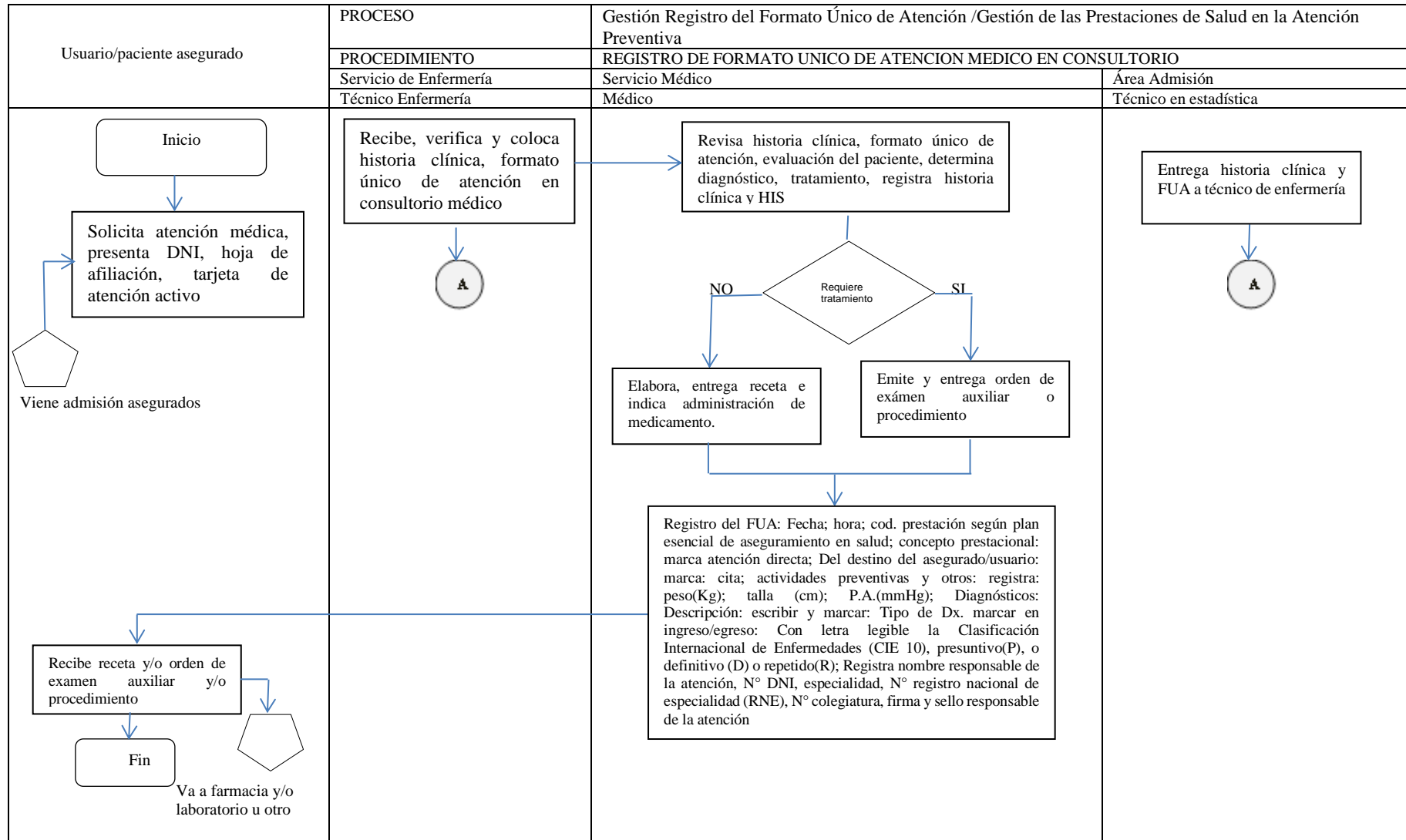
Elaboración propia

FICHA DE DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS

| | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|--------------------------------------|
| PROCESO: Gestión Registro del Formato Único de Atención /Gestión de las Prestaciones de Salud en la atención preventiva | | | |
| NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO | REGISTRO DEL FORMATO ÚNICO EN LA ATENCIÓN MÉDICA EN CONSULTORIO | FECHA: 2019 | |
| | | CODIGO: J-OEI-04 | |
| PROPÓSITO | Proceso que incluye un conjunto de acciones que emprende el médico dirigidas a prevenir la salud del individuo, familia y comunidad. | | |
| ALCANCE | Servicios de consulta externa: Consultorio médico | | |
| MARCO JURÍDICO | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Ley N°26842, Ley General de Salud ✓ Decreto Legislativo N°1161 Ley que aprueba la Organización y Funciones del Ministerio de Salud ✓ Ley N°29344, Ley de Aseguramiento Universal en Salud ✓ Resolución Ministerial N°1134-2017/MINSA, que aprueba la Directiva N°245-OGPPM/MINSA, lineamientos para la implementación de la Gestión por Procesos y Procedimientos ✓ Resolución Ministerial N°751-2004/MINSA, aprueba NT N°022-MINSA/DGSP-V.02, "Norma técnica de la Historia Clínica de los establecimientos de Salud". | | |
| INDICES DE PERFORMANCE | | | |
| INDICADOR | UNIDAD DE MEDIDA | FUENTE | RESPONSABLE |
| Productividad | N° | Registro de Hojas HIS | Oficina de Estadística e Informática |
| Rendimiento Médico= $\frac{\text{N° de atenciones asegurados en consulta externa}}{\text{Horas Médicos programada}} \times 100$ | | | |
| NORMAS | | | |
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Todo paciente asegurado tiene derechos y obligaciones 2. Llenado de la hoja HIS según norma 3. Utilizar Guías prácticas Clínicas aprobadas 4. Registro del formato único de atención del paciente asegurado 5. Técnico administrativo indica el lugar que debe dirigirse el paciente asegurado 6. Técnico de enfermería se encarga de entregar el formato único de atención al servicio a la oficina de seguros | | | |
| DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS | | | |
| Inicio | Viene del procedimiento registro del formato único de atención en admisión asegurados | | |
| Usuario/paciente asegurado | 1. Solicita atención médica, presenta DNI, hoja de afiliación, tarjeta de atención activo | | |
| Técnico de enfermería | 2. Recibe, verifica y coloca historia clínica, formato único de atención en consultorio médico | | |
| Consultorio médico Médico | <ol style="list-style-type: none"> 3. Revisa Historia Clínica, Formato Único de Atención, evaluación del paciente y determina diagnóstico y tratamiento, registra en la historia clínica y en la hoja sistema de información hospitalaria (HIS) 4. Si no requiere examen auxiliar y/o procedimiento, elabora, entrega receta estandarizada e indica cómo administrar medicamentos 5. Si requiere examen auxiliar y/o procedimiento elabora y entrega orden 6. Registro del FUA: Fecha; hora; cod. prestación según plan esencial de aseguramiento en salud; concepto prestacional: marca atención directa; Del destino del asegurado/usuario: marca: cita; actividades preventivas y otros: registra: peso (Kg); talla (cm); PA (mmHg); Diagnósticos: Descripción: escribir y marcar: Tipo de Dx. marcar en ingreso/egreso: Con letra legible la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10), presuntivo(P), o definitivo (D) o repetido(R); Registra nombre responsable de la atención, N° DNI, especialidad, N° registro nacional de especialidad (RNE), N° colegiatura, firma y sello responsable de la atención. | | |
| Paciente asegurado | <ol style="list-style-type: none"> 7. Recibe receta y/u orden de examen auxiliar y/o procedimiento 8. Se dirige a farmacia y/o laboratorio u otro | | |
| Fin | | | |
| ENTRADA | | | |
| NOMBRE | FUENTE | FRECUENCIA | TIPO |
| Paciente asegurado | Historia clínica | Diaria | Manual |
| SALIDAS | | | |
| NOMBRE | DESTINO | FRECUENCIA | TIPO |
| Receta estandarizada u orden auxiliar | Farmacia o laboratorio o urgencia | Diario | Manual |
| DEFINICIONES | Consulta médica: Atención médica a todo paciente con padecimiento en general para su evaluación y diagnóstico de ingreso y/o salida. | | |
| REGISTROS | Historia Clínica, sistema de información hospitalaria, FUA. | | |
| ANEXOS | Flujograma | | |

Elaboración propia

FLUJOGRAMA: CODIGO: J-OEI-04



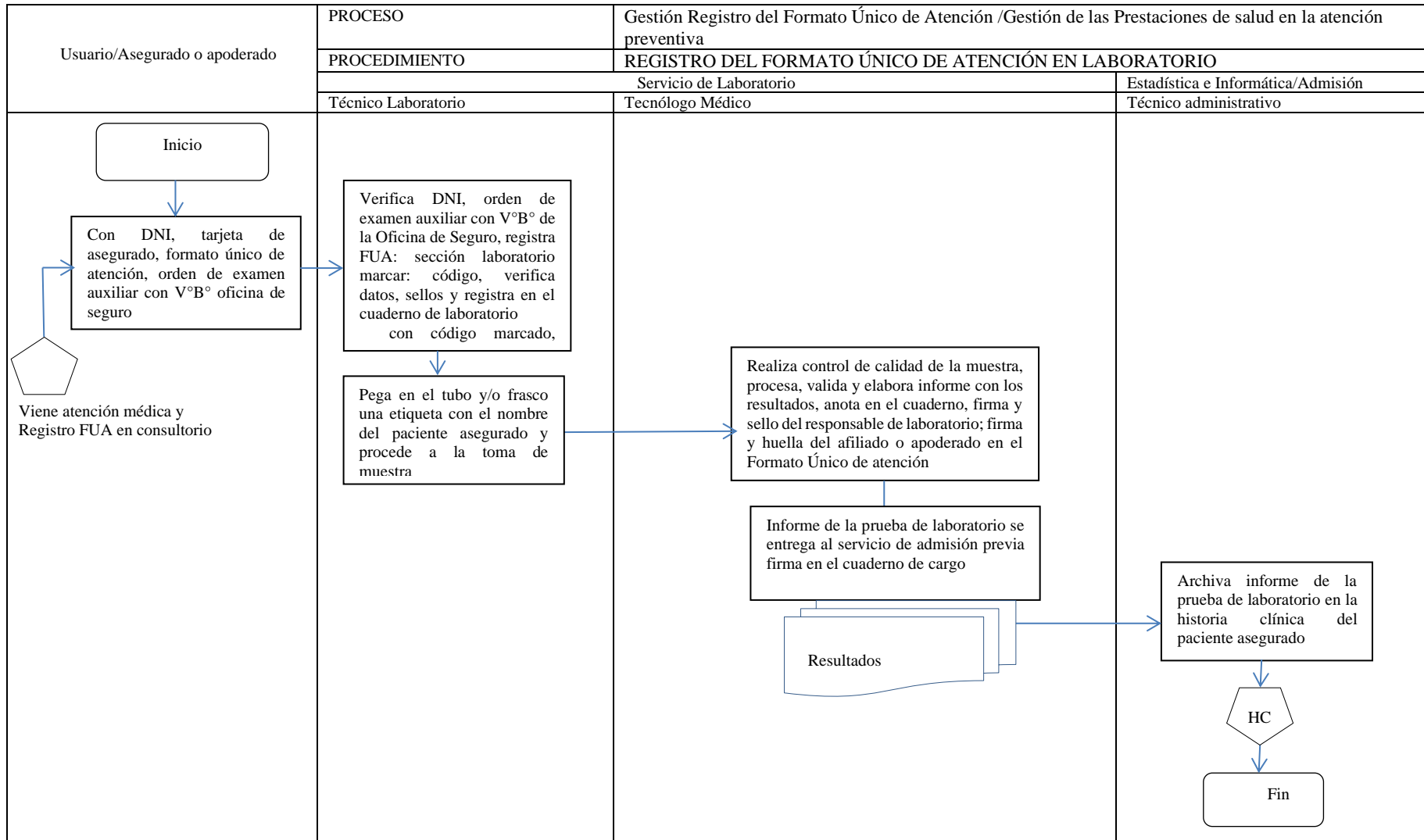
Elaboración propia

FICHA DE DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS

| | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|
| PROCESO: Gestión Registro del Formato Único de Atención /Gestión de las Prestaciones de Salud en la atención preventiva | | | |
| NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO | REGISTRO DEL FORMATO ÚNICO DE ATENCIÓN EN LABORATORIO CLÍNICO | FECHA: 2019 | |
| | | CODIGO: J-OEI-05 | |
| PROPÓSITO | Brindar atención en laboratorio, para realizar la toma de muestra, realizar los análisis clínicos con el propósito de obtener resultados confiables y oportunos en respuesta a un requerimiento médico u otro profesional de las ciencias de la salud facultado. | | |
| ALCANCE | Servicio de laboratorio clínico | | |
| MARCO JURÍDICO | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Ley N°26842, Ley General de Salud ✓ Decreto Legislativo N°1161 Ley que aprueba la Organización y Funciones del Ministerio de Salud ✓ Ley N°29344, Ley de Aseguramiento Universal en Salud ✓ Resolución Ministerial N°1134-2017/MINSA, que aprueba la Directiva N°245-OGPPM/MINSA, lineamientos para la implementación de la Gestión por Procesos y Procedimientos | | |
| INDICES DE PERFORMANCE | | | |
| INDICADOR | UNIDAD DE MEDIDA | FUENTE | RESPONSABLE |
| Informe emitido | N° | Solicitud de pruebas de laboratorio | Servicio de laboratorio clínico |
| Total de informe con los resultados del paciente asegurado | | | |
| NORMAS | | | |
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Norma técnica Peruana NTP-ISO-15189 año 2012 2. Atención de laboratorio clínico en consulta externa es de lunes a sábado de 7.00 am a 14.00 horas 3. El asegurado para conocer los resultados de laboratorio requiere nueva atención médica en consultorio | | | |
| DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS | | | |
| Inicio | Viene del procedimiento de Atención médica y registro del formato único de atención en consultorio | | |
| Usuario/paciente asegurado | 1. Con DNI, tarjeta de asegurado, formato único de atención, orden de examen auxiliar con V°B° Oficina de Seguro | | |
| Servicio de laboratorio Técnico de laboratorio | 2. Verifica DNI, orden de examen auxiliar con V°B° de la oficina de seguro, registra FUA: sección laboratorio marcar: código, verifica datos, sellos y registra en el cuaderno de laboratorio 2.1. Pega en el tubo y/o frasco una etiqueta con el nombre del paciente asegurado y procede a la toma de muestra | | |
| Tecnólogo Médico | 3. Realiza control de calidad de la muestra, procesa, valida y elabora informe con los resultados, anota en el cuaderno, firma y sello del responsable de laboratorio; firma y huella del afiliado o apoderado en el Formato Único de atención | | |
| Estadística e Informática/Admisión Técnico Administrativo | 4. Resultados de la prueba de laboratorio entrega al servicio de admisión previa firma en el cuaderno de cargo | | |
| Fin | 5. Archiva informe de la prueba de laboratorio en la historia clínica del paciente asegurado | | |
| ENTRADA | | | |
| NOMBRE | FUENTE | FRECUENCIA | TIPO |
| Orden de examen auxiliar | Asegurado | Diario | Manual |
| SALIDAS | | | |
| NOMBRE | DESTINO | FRECUENCIA | TIPO |
| Informe con resultados de laboratorio | Estadística e Informática/Admisión | Diario | Manual |
| DEFINICIONES | Prueba de laboratorio se llama a la exploración complementaria solicitada por un médico para confirmar o descartar un diagnóstico | | |
| REGISTROS | Cuaderno de registro | | |
| ANEXOS | Flujograma | | |

Elaboración propia

FLUJOGRAMA: CODIGO: J-OEI-05



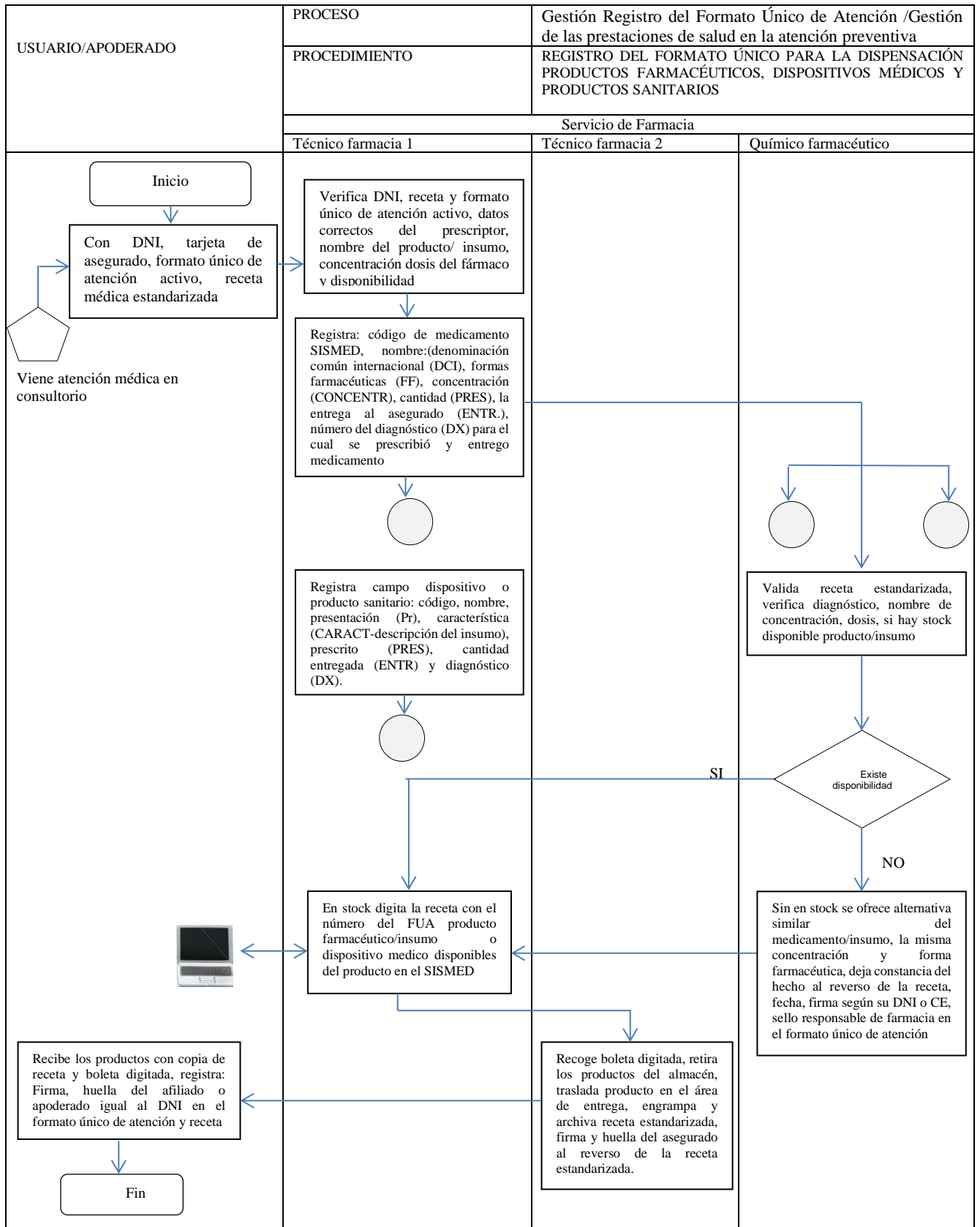
Elaboración propia

FICHA DE DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS

| | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|----------------------|
| PROCESO: Gestión Registro del Formato Único de Atención /Gestión de las Prestaciones de salud en la atención preventiva | | | |
| NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO | REGISTRO FORMATO ÚNICO DE ATENCIÓN POR LA DISPENSACIÓN PRODUCTOS FARMACÉUTICOS, DISPOSITIVOS MÉDICOS Y PRODUCTOS SANITARIOS | FECHA: 2019 | |
| | | CODIGO: J-OEI-06 | |
| PROPÓSITO | Garantizar una correcta dispensación de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios al paciente asegurado con receta estandarizada llenada y firmada por el facultativo. | | |
| ALCANCE | Servicio de Farmacia | | |
| MARCO JURÍDICO | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Ley N°26842, Ley General de Salud ✓ Decreto Legislativo N°1161 Ley que aprueba la Organización y Funciones del Ministerio de Salud ✓ Ley N°29344, Ley de Aseguramiento Universal en Salud ✓ Resolución Ministerial N°1134-2017/MINSA, que aprueba la Directiva N°245-OGPPM/MINSA, lineamientos para la implementación de la Gestión por Procesos y Procedimientos ✓ Resolución Ministerial N°585-99-SA/DM del 27-11-99 - Manual de Buenas prácticas de Almacenamiento de Productos Farmacéuticos y afines | | |
| INDICES DE PERFORMANCE | | | |
| INDICADOR | UNIDAD DE MEDIDA | FUENTE | RESPONSABLE |
| Recetas atendidas | N° | Sistema | Químico farmacéutico |
| Total de recetas estandarizadas atendidas paciente asegurado | | | |
| NORMAS | | | |
| <ol style="list-style-type: none"> 1. La atención en farmacia es de 8.00 am a 20.00 horas de lunes a viernes y de 8.00 am. A 14.00 horas los sábados 2. Es responsabilidad del técnico en farmacia realizar el control de temperatura en los ambientes respectivos en el horario de 8.00; 14.00 y 19.00 horas usando el higrómetro calibrado 3. Es responsabilidad del técnico en farmacia II de la limpieza de los anaqueles y entrega de los FUA a la oficina de seguros a diario 4. Es responsabilidad del Químico Farmacéutico supervisar la temperatura (no debe exceder más de 25°C y la humedad relativa no debe exceder de 70%) | | | |
| DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS | | | |
| Inicio | Viene del procedimiento de Atención médica en consultorio externo | | |
| Usuario/paciente asegurado | 1. Con DNI, tarjeta de asegurado, formato único de atención activo, receta médica estandarizada | | |
| Técnico en farmacia 1 | <ol style="list-style-type: none"> 2. Verifica DNI, receta y formato único de atención activo, datos correctos del prescriptor, nombre del producto/insumo, concentración dosis del fármaco y disponibilidad 2.1. Registra: código de medicamento SISMED, nombre:(denominación común internacional (DCI), formas farmacéuticas (FF), concentración (CONCENTR), cantidad (PRES), la entrega al asegurado (ENTR.), número del diagnóstico (DX) para el cual se prescribió y entrego medicamento | | |
| Técnico en farmacia 1 | 3. Registra campo dispositivo o producto sanitario: código, nombre, presentación (Pr), característica (CARACT-descripción del insumo), prescrito (PRES), cantidad entregada (ENTR) y diagnóstico (DX). | | |
| Químico farmacéutico | <ol style="list-style-type: none"> 4. Valida receta estandarizada, verifica diagnóstico, nombre de concentración, dosis, si hay stock disponible producto/insumo. 5. Sin en stock se ofrece alternativa similar del medicamento/insumo, la misma concentración y forma farmacéutica, deja constancia del hecho al reverso de la receta, fecha, firma según su DNI o CE, sello responsable de farmacia en el formato único de atención | | |
| Técnico en farmacia 1 | 6. En stock digita la receta con el número del FUA producto farmacéutico/insumo o dispositivo medico disponibles del producto en el SISMED | | |
| Técnico en farmacia 2 | 7. Recoge boleta digitada, retira los productos del almacén, traslada producto en el área de entrega. engrampa y archiva receta estandarizada, firma y huella del asegurado al reverso de la receta estandarizada. | | |
| Paciente y/o apoderado | 8. Recibe los productos con copia de receta y boleta digitada, registra: Firma, huella del afiliado o apoderado igual al DNI en el formato único de atención y receta. | | |
| Fin | | | |
| ENTRADA | | | |
| NOMBRE | FUENTE | FRECUENCIA | TIPO |
| Receta médica y/o especial | Sistema de farmacia | Diaria | Mecánico |
| SALIDAS | | | |
| NOMBRE | DESTINO | FRECUENCIA | TIPO |
| Productos farmacéuticos | Paciente asegurado | Diario | Manual |
| DEFINICIONES | <p>Dispensación: Es un acto profesional del Químico Farmacéutico de proporcionar uno o más productos farmacéuticos, dispositivos médicos a un paciente o asegurado en función a una receta elaborada por un profesional autorizado.</p> <p>Dosificación: Describe la dosis de un medicamento los intervalos entre las administraciones y la duración del tratamiento.</p> <p>Expendio: Venta al detalle de productos farmacéuticos, dispositivos médicos al usuario final sin mediar la dispensación</p> <p>Receta: Orden dada por un profesional prescriptor para que una cantidad de productos farmacéuticos, dispositivos médicos o productos sanitarios sean dispensadas a un paciente y/o apoderado que tiene directrices para su uso correcto.</p> | | |
| REGISTROS | Sistema | | |
| ANEXOS | Flujograma | | |

Elaboración propia

FLUJOGRAMA: CODIGO: J-OEI-06



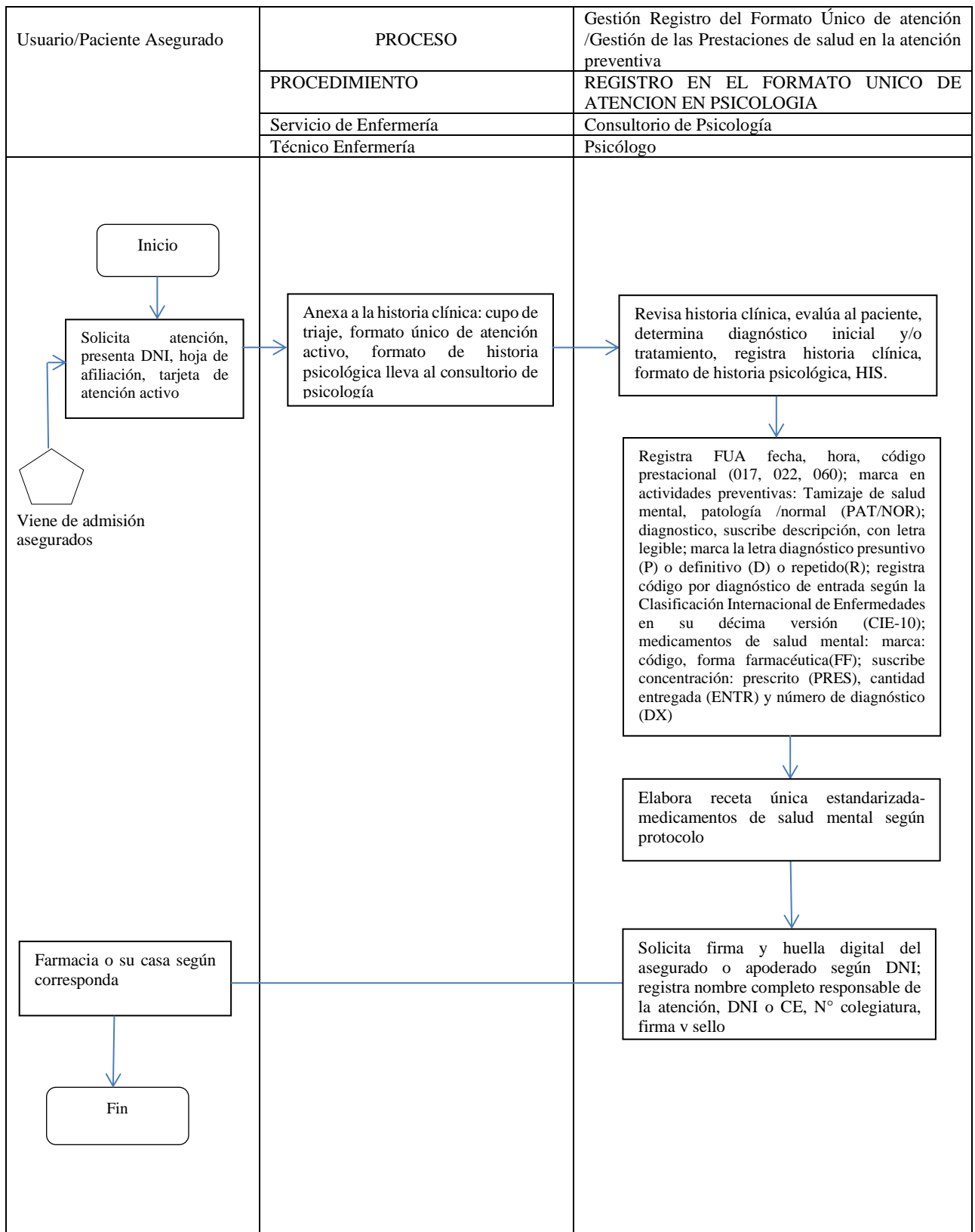
Elaboración propia

FICHA DE DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS

| | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|------------------------|
| PROCESO: Gestión Registro del Formato Único de Atención /Gestión de las Prestaciones de salud en la atención preventiva | | | |
| NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO | REGISTRO FORMATO ÚNICO EN LA ATENCIÓN EN PSICOLOGÍA | | FECHA: 2019 |
| | CODIGO: J-OEI-07 | | |
| PROPÓSITO | Brindar atención Psicológica a usuario/asegurado que solicite con el fin de contribuir en su salud mental | | |
| ALCANCE | Servicios Médicos | | |
| MARCO JURÍDICO | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Ley N°26842, Ley General de Salud ✓ Decreto Legislativo N°1161 Ley que aprueba la Organización y Funciones del Ministerio de Salud ✓ Ley N°29344, Ley de Aseguramiento Universal en Salud ✓ Resolución Ministerial N°1134-2017/MINSA, que aprueba la Directiva N°245-OGPPM/MINSA, lineamientos para la implementación de la Gestión por Procesos y Procedimientos ✓ Organización Panamericana de Salud, CD5318-Revista 1, Plan de acción sobre salud mental. | | |
| INDICES DE PERFORMANCE | | | |
| INDICADOR | UNIDAD DE MEDIDA | FUENTE | RESPONSABLE |
| Producción | % | Oficina de Estadística de Informática | Servicio de Psicología |
| Total atenciones = $\frac{\text{N}^\circ \text{ de Atenciones en psicología (tamizados)}}{\text{N}^\circ \text{ de horas del psicólogo}} \times 100$ | | | |
| NORMAS | | | |
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Todo paciente en general deberá recibir un trato digno, respetuoso y oportuno 2. Pacientes asegurados derivado por el Poder Judicial, Ministerio de la Mujer, Fiscalía, etc. deben traer oficio o carta selladas por secretaria e historia clínica elaborada y formato único de atención en admisión 3. La atención en el servicio de Psicología es de lunes a sábado en el horario de 8.00 am a 14.00 horas 4. Es responsabilidad del técnico de enfermería revisar el cupo triaje, historia clínica, formato único de atención u hoja de interconsulta 5. Profesional de Psicología es responsable de entregar el formato único de atención a la oficina de seguros | | | |
| DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS | | | |
| Inicio | Viene del procedimiento de admisión de asegurados | | |
| Usuario/paciente asegurado | 1. Solicita atención, presenta DNI, hoja de afiliación, tarjeta de atención activo | | |
| Servicio de Enfermería Técnico de Enfermería | 2. Anexa a la historia clínica el cupo de triaje, formato único de atención activo, formato de historia psicológica lleva al consultorio de psicología | | |
| Servicio de Psicología | <ol style="list-style-type: none"> 3. Revisa historia clínica, evalúa al paciente, determina diagnóstico inicial y/o tratamiento, registra historia clínica, formato de historia psicológica, HIS. 4. Registra FUA fecha, hora, código prestacional (017, 022, 060); marca en actividades preventivas: Tamizaje de salud mental, patología /normal (PAT/NOR); diagnostico, suscribe descripción, con letra legible; marca la letra diagnóstico presuntivo (P) o definitivo (D) o repetido(R); registra código por diagnóstico de entrada según la Clasificación Internacional de Enfermedades en su décima versión (CIE-10); medicamentos de salud mental: marca: código, forma farmacéutica(FF); suscribe concentración: prescrito (PRES), cantidad entregada (ENTR) y número de diagnóstico (DX) 5. Elabora receta única estandarizada-medicamentos de salud mental según protocolo 6. Solicita firma y huella digital del asegurado o apoderado según DNI; registra nombre completo responsable de la atención, DNI o CE, N° Colegiatura, firma y sello | | |
| Paciente asegurado o Usuario | Farmacia o su casa según corresponda | | |
| Fin | | | |
| ENTRADA | | | |
| NOMBRE | FUENTE | FRECUENCIA | TIPO |
| Paciente asegurado | Historia clínica | Diaria | Manual |
| SALIDAS | | | |
| NOMBRE | DESTINO | FRECUENCIA | TIPO |
| Paciente asegurado | Su casa | Diario | Manual |
| DEFINICIONES | La historia psicológica, es un documento legal, que registra los datos, identificación y evolución, así como de identificación relacionada con el paciente asegurado en forma ordenada, integra y secuencial. | | |
| REGISTROS | Historia clínica, Health Information System (HIS), formato de historia psicológica, formato único de atención | | |
| ANEXOS | Flujograma | | |

Elaboración propia

FLUJOGRAMA: CODIGO: J-OEI-07



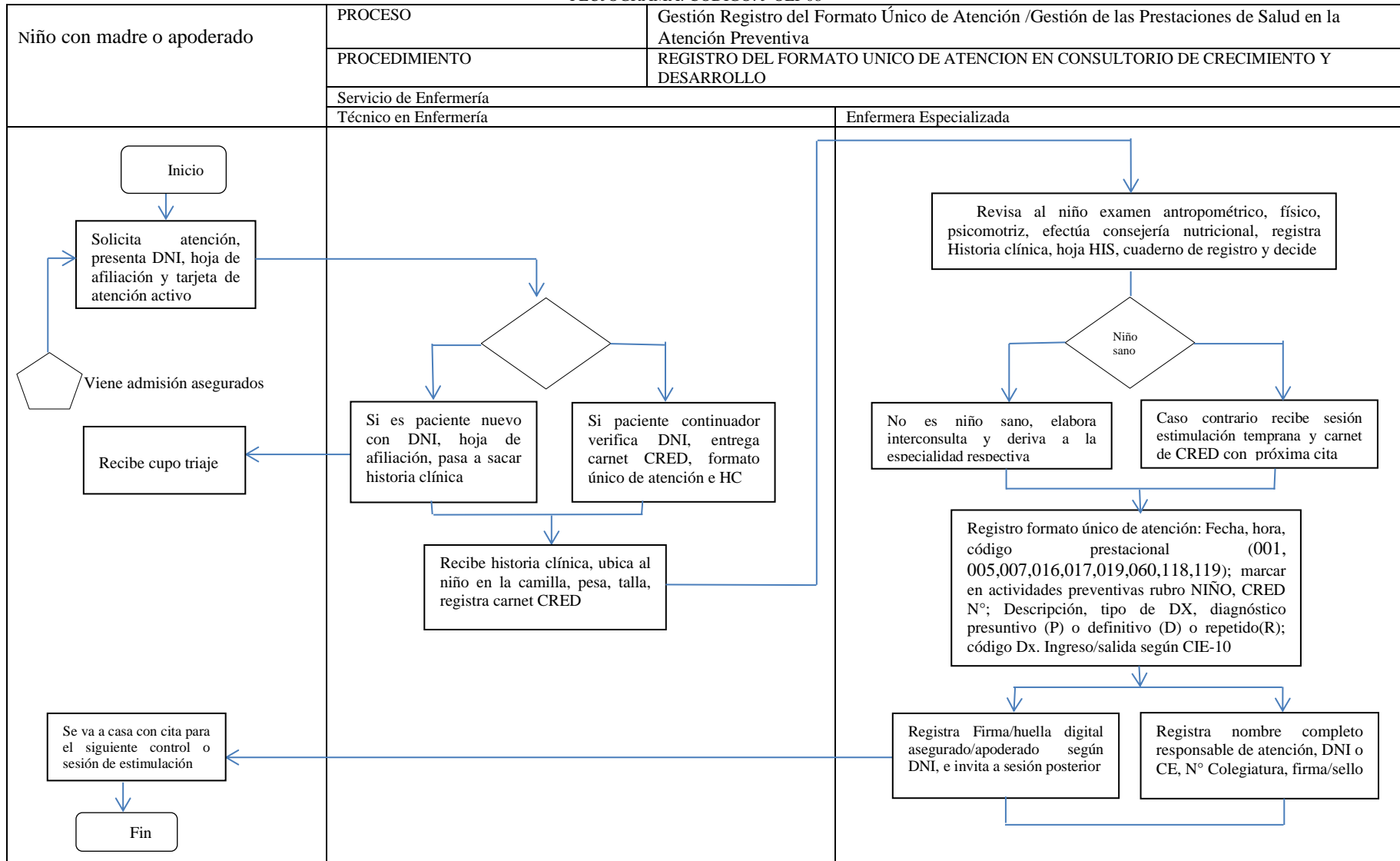
Elaboración propia

FICHA DE DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS

| | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|--------------------|
| PROCESO: Gestión Registro del Formato Único de Atención /Gestión de las Prestaciones de Salud en la atención preventiva | | | |
| NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO | REGISTRO EN EL FORMATO ÚNICO DE ATENCION EN CONSULTORIO DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO | FECHA: 2019 | |
| | | CODIGO: J-OEI-08 | |
| PROPÓSITO | Detectar oportunamente en el niño cambios o riesgos en su estado de salud mediante el seguimiento adecuado en la evolución, como en la promoción de la salud física, emocional, mental y social | | |
| ALCANCE | Servicios Médicos, servicios de apoyo | | |
| MARCO JURÍDICO | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Ley N°26842, Ley General de Salud ✓ Decreto Legislativo N°1161 Ley que aprueba la Organización y Funciones del Ministerio de Salud ✓ Ley N°29344, Ley de Aseguramiento Universal en Salud ✓ Resolución Ministerial N°1134-2017/MINSA, que aprueba la Directiva N°245-OGPPM/MINSA lineamientos para la implementación de la Gestión por Procesos y Procedimientos ✓ Resolución Ministerial N°7537-2017/MINSA, aprueba la Norma Técnica de salud N°137-2017/MINSA/DGI para el crecimiento y desarrollo del niño(a) menor de 5 años | | |
| INDICES DE PERFORMANCE | | | |
| INDICADOR | UNIDAD DE MEDIDA | FUENTE | RESPONSABLE |
| Niño controlado | N° | Hoja HIS | Consultorio CRED |
| Total de niños controlados mensual | | | |
| NORMAS | | | |
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Todo paciente en general deberá recibir un trato digno, respetuoso y oportuno 2. Para la atención deberá traer su DNI, hoja de afiliación SIS activo carnet CRED y tarjeta de cita 3. La atención en el programa de CRED es de lunes a sábado en el horario de 8.00 am a 14.00 horas 4. Técnico administrativo orienta al paciente asegurado para su atención 5. Es responsabilidad del técnico de enfermería entregar historia clínica, hoja HIS al servicio de estadística y formato único de atención a la Oficina de seguros 6. Paciente asegurado nuevo debe ir a admisión para que le genere su historia clínica y tarjeta de atención 7. Enfermera especializada en crecimiento y desarrollo elabora informe mensual a Jefatura | | | |
| DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS | | | |
| Inicio | Viene del procedimiento de admisión asegurado | | |
| Madre o apoderado | 1. Solicita atención, presenta DNI, hoja de afiliación y tarjeta de atención activo | | |
| Servicio de Enfermería Técnico de Enfermería | <ol style="list-style-type: none"> 2. Si es paciente nuevo con DNI, hoja de afiliación, pasa a sacar historia clínica 3. Si es paciente continuador verifica DNI, entrega carnet de CRED, formato único de atención e historia clínica 4. Recibe historia clínica, ubica al niño en la camilla, pesa, talla, registra carnet CRED | | |
| Servicio de Enfermería Enfermera especializada | <ol style="list-style-type: none"> 5. Revisa al niño examen antropométrico, físico, psicomotriz, efectúa consejería nutricional, registra historia clínica, hoja Health Information System (HIS), cuaderno de registro y decide. <ol style="list-style-type: none"> 5.1. No es niño sano, elabora interconsulta y deriva a la especialidad respectiva. 5.2. Caso contrario recibe sesión estimulación temprana y carnet de CRED con próxima cita 6. Registro formato único de atención: Fecha, hora, código prestacional (001, 005,007,016,017,019,060,118,119); marca en actividades preventivas rubro NIÑO, CRED N°; Descripción, tipo de DX, diagnóstico presuntivo (P) o definitivo (D) o repetido(R); código Dx. Ingreso/salida según Clasificación Internacional de Enfermedades, versión decima (CIE-10). <ol style="list-style-type: none"> 6.1. Registra firma/huella digital asegurado/apoderado según DNI e invita a sesión posterior. 6.2. Registra nombre completo responsable de atención, DNI o CE, N° Colegiatura, firma/sello; e informe mensual CRED. | | |
| Madre o apoderado | Se va a casa con cita para el siguiente control o sesión de estimulación | | |
| Fin | | | |
| ENTRADA | | | |
| NOMBRE | FUENTE | FRECUENCIA | TIPO |
| Niño acude a CRED | Historia clínica | Diaria | Manual |
| SALIDAS | | | |
| NOMBRE | DESTINO | FRECUENCIA | TIPO |
| Niño controlado | Su casa | Diario | Manual |
| DEFINICIONES | Control de crecimiento y desarrollo: Es la atención que brinda un profesional en enfermería a niños menores 5 años a fin de valorar su estado nutricional y psicomotriz. | | |
| REGISTROS | Historia clínica, hoja Health Information System (HIS), formato único de atención | | |
| ANEXOS | Flujograma | | |

Elaboración propia

FLUJOGRAMA: CODIGO: J-OEI-08

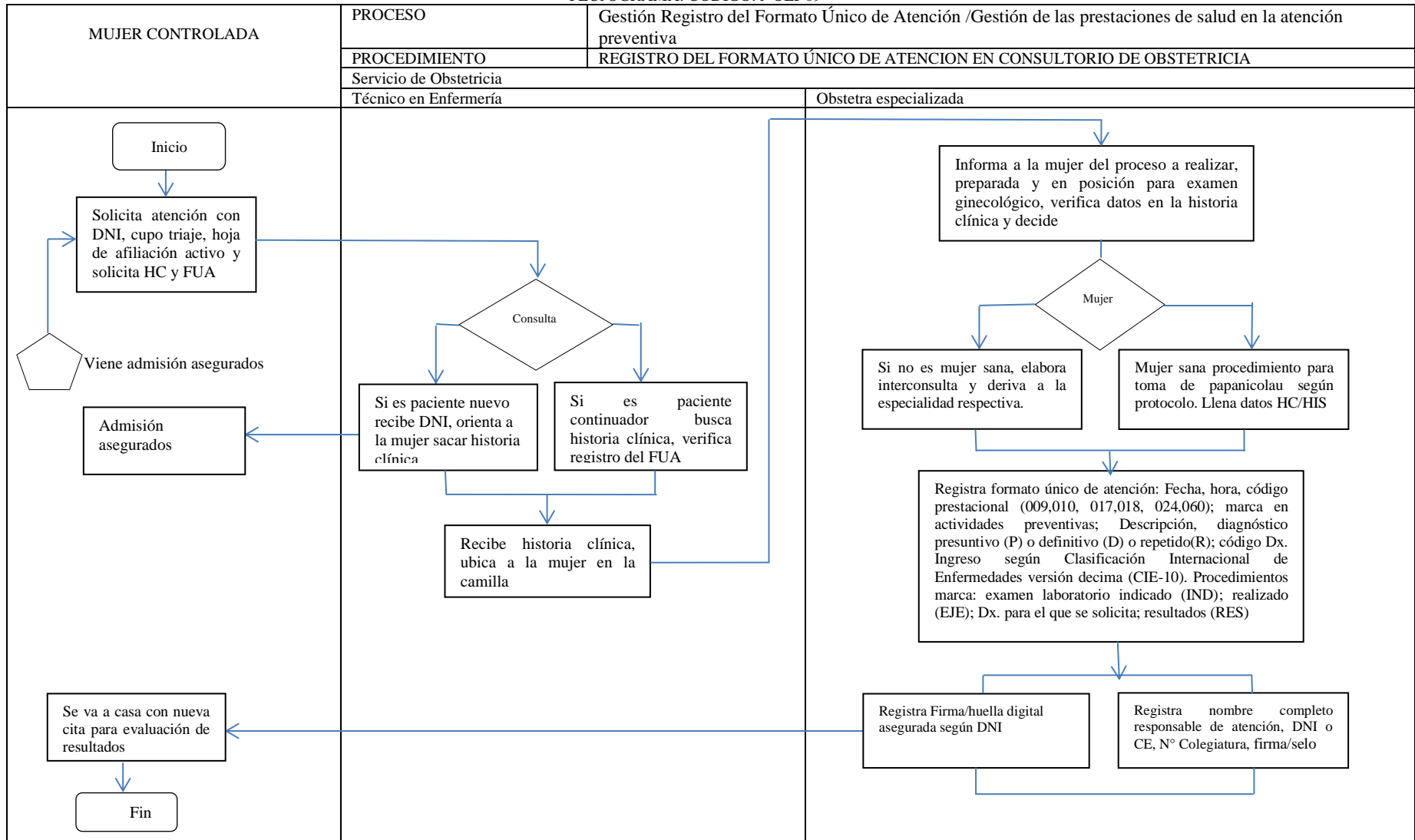


FICHA DE DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS

| | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|-------------------------|
| PROCESO: Gestión Registro del Formato Único de Atención /Gestión de las Prestaciones de salud en la atención preventiva | | | |
| NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO | REGISTRO EN EL FORMATO ÚNICO DE ATENCIÓN EN CONSULTORIO DE OBSTETRICIA | FECHA: 2019 | |
| | | CODIGO: J-OEI-09 | |
| PROPÓSITO | Detectar tempranamente el cáncer de cuello uterino o de mamas para controlar o curar la enfermedad | | |
| ALCANCE | Servicios Médicos, servicios de apoyo | | |
| MARCO JURÍDICO | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Ley N°26842, Ley General de Salud ✓ Decreto Legislativo N°1161 Ley que aprueba la Organización y Funciones del Ministerio de Salud ✓ Ley N°29344, Ley de Aseguramiento Universal en Salud ✓ Resolución Ministerial N°1134-2017/MINSA, que aprueba la Directiva N°245-OGPPM/MINSA, lineamientos para la implementación de la Gestión por Procesos y Procedimientos ✓ Resolución Ministerial N°440-2017/MINSA/DGI, aprueba el documento técnico para la prevención y control del cuello uterino. | | |
| INDICES DE PERFORMANCE | | | |
| INDICADOR | UNIDAD DE MEDIDA | FUENTE | RESPONSABLE |
| Mujer de 25 a 60 años | N° | Hoja HIS | Consultorio Obstetricia |
| Total de mujer de 25 a 60 años controlada mensual | | | |
| NORMAS | | | |
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Toda paciente en general deberá recibir un trato digno, respetuoso y oportuno 2. Para la atención deberá traer su DNI, hoja de afiliación SIS activo, cupo triaje 3. La atención en Obstetricia es de lunes a viernes en el horario de 8.00 am a 19.00 horas y sábado de 8.00 a 14.00 horas 4. Paciente nuevo debe ir a admisión asegurados para que le genere su historia clínica o paciente continuador solicita historia clínica y formato único de atención 5. Es responsabilidad del técnico de enfermería entregar al consultorio de obstetricia la historia clínica y formato único de atención y su posterior devolución de la historia clínica al servicio de admisión y entregar el formato único de atención a la oficina de seguros; entrega muestra del paciente asegurado a laboratorio con cargo 6. Mujer con PAP negativo: Control cada 3 años. Mujeres con factores de riesgo toma de Papanicolaou anual; mujer con informe citológico de muestra insatisfactoria notifica y cita para nuevo control no mayor a 6 semanas | | | |
| DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS | | | |
| Inicio | Viene del procedimiento de admisión asegurado | | |
| Mujer de 25 a 60 años | 1. Solicita atención con DNI, cupo triaje, hoja de afiliación activo y solicita HC y FUA | | |
| Servicio de Enfermería Técnico de Enfermería | <ol style="list-style-type: none"> 2. Si es paciente nuevo recibe DNI, orienta a la mujer sacar historia clínica. 3. Si es paciente continuador busca historia clínica, verifica registro del Formato Único de Atención 4. Revisa historia clínica, ubica a la mujer en la camilla | | |
| Servicio de Obstetricia Obstetra especializada | <ol style="list-style-type: none"> 5. Informa a la mujer del proceso a realizar, preparada y en posición para examen ginecológico, llena datos en la historia clínica y hoja HIS y decide <ol style="list-style-type: none"> 5.1. Si no es mujer sana, elabora interconsulta y deriva a la especialidad respectiva. 5.2. Caso contrario toma muestra según protocolo para su análisis. Llena datos en HC, HIS 6. Registra formato único de atención: Fecha, hora, código prestacional (009, 010, 017, 018, 024, 060); marca en actividades preventivas; Descripción, diagnóstico presuntivo (P) o definitivo (D) o repetido(R); código Dx. Ingreso según Clasificación Internacional de Enfermedades versión decima (CIE-10). Procedimientos marca: examen laboratorio indicado (IND); realizado (EJE); Dx. para el que se solicita; resultados (RES) 7. Registra Firma/huella digital asegurada según DNI 8. Registra nombre completo responsable de atención, DNI o CE, N° Colegiatura, firma/sello. 9. Se va a casa con nueva cita para evaluación de resultados | | |
| Fin | | | |
| ENTRADA | | | |
| NOMBRE | FUENTE | FRECUENCIA | TIPO |
| Mujer de 25 a 60 años | Historia clínica | Diaria | Manual |
| SALIDAS | | | |
| NOMBRE | DESTINO | FRECUENCIA | TIPO |
| Mujer controlada | Su casa | Diario | Manual |
| DEFINICIONES | Conjunto de enunciados sobre citología vaginal que tienen las mujeres en edad fértil | | |
| REGISTROS | Historia clínica, hoja Health Information System (HIS), formato único de atención | | |
| ANEXOS | Flujograma | | |

Elaboración propia

FLUJOGRAMA: CODIGO: J-OEI-09

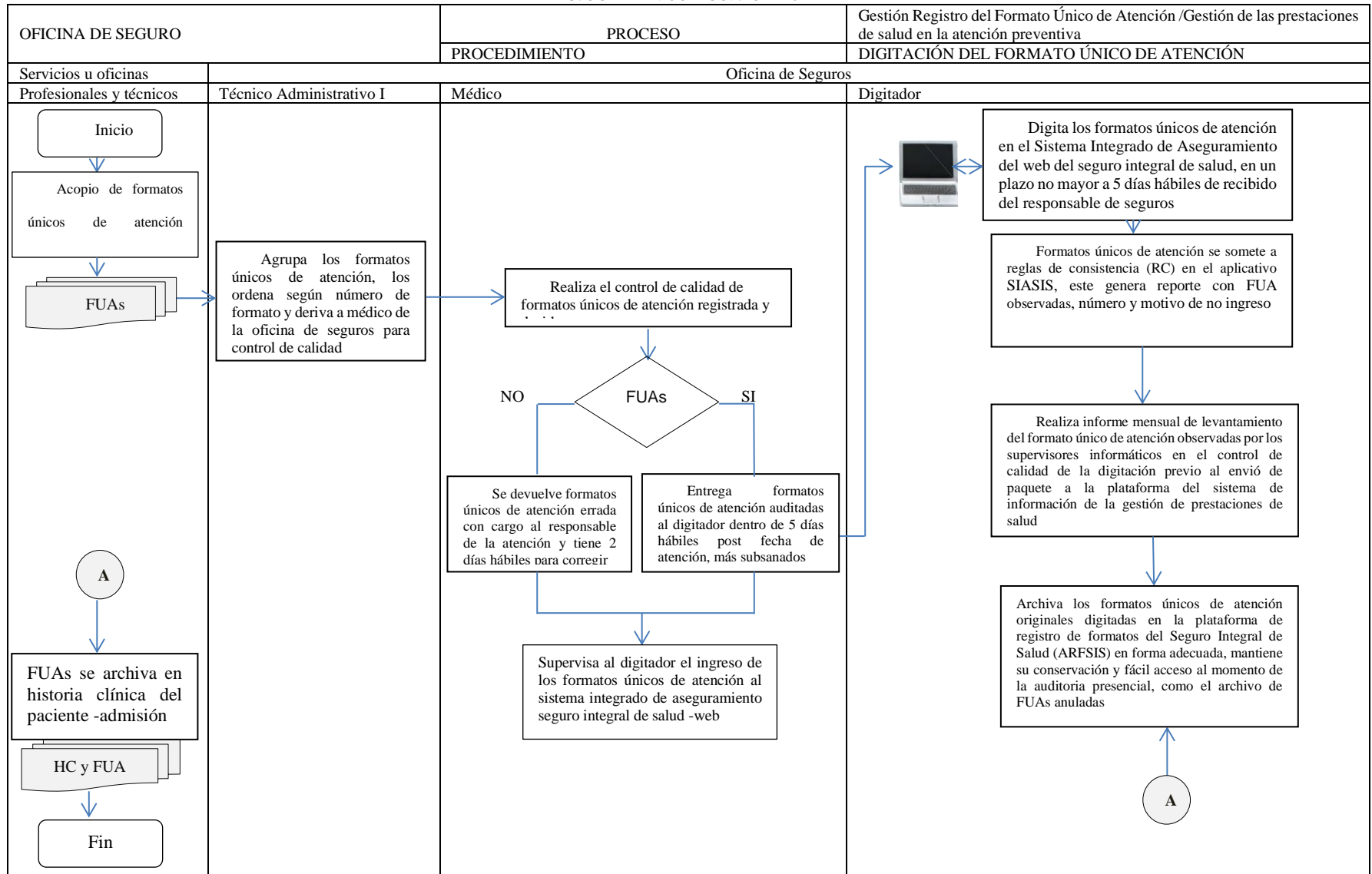


FICHA DE DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS

| | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|---------------------------------------------|
| PROCESO: Gestión Registro del Formato Único de Atención /Gestión de las Prestaciones de salud en la atención preventiva | | | |
| NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO | DIGITACIÓN DEL FORMATO ÚNICO DE ATENCIÓN | FECHA: 2019 | |
| | | CODIGO: J-OEI-10 | |
| PROPÓSITO | Ingresar la información contenida en los formatos únicos de atención previo control de calidad en el sistema de información de aseguramiento del seguro integral de salud SIASIS para sustento del reembolso | | |
| ALCANCE | Servicios médicos y paramédicos | | |
| MARCO JURÍDICO | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Ley N° 26842, Ley General de Salud ✓ Decreto Legislativo N° 1161 Ley que aprueba la Organización y Funciones del Ministerio de Salud ✓ Ley N° 29344, Ley de Aseguramiento Universal en Salud ✓ Resolución Ministerial N°1134-2017/MINSA, que aprueba la Directiva N° 245-OGPPM/MINSA, lineamientos para la implementación de la Gestión por Procesos y Procedimientos | | |
| INDICES DE PERFORMANCE | | | |
| INDICADOR | UNIDAD DE MEDIDA | FUENTE | RESPONSABLE |
| Producción | N° | Oficina de Seguros | Médico responsable de la Oficina de Seguros |
| Producción = $\frac{\text{N° FUAs digitadas}}{\text{N° total de atendidos}}$ | | | |
| NORMAS | | | |
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Todo paciente en general deberá recibir un trato digno, respetuoso y oportuno 2. La atención en la Oficina de Seguro es de lunes a sábado en el horario de 8.00 am a 14.00 horas 3. Recibe los formatos únicos de atención de los profesionales de la salud, Técnicos Enfermería, farmacia, laboratorio y administrativos según competencia debidamente registrados. 4. Médico responsable de la Oficina de Seguros realiza el control de calidad de los formatos únicos de atención antes de ser digitadas | | | |
| DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS | | | |
| Inicio | Acopio de formatos únicos de atención registradas en consultorios, farmacia y laboratorio | | |
| Oficina de Seguros Técnico Administrativo | 1. Agrupa los formatos únicos de atención, los ordena según número de formato y deriva a médico de la oficina de seguros para control de calidad | | |
| Oficina de Seguros Médico | <ol style="list-style-type: none"> 2. Realiza el control de calidad de formatos únicos de atención registradas y decide: <ol style="list-style-type: none"> 2.1. Se devuelve formatos únicos de atención errada con cargo al responsable de la atención y tiene 2 días hábiles para corregir 2.2. Entrega formatos únicos de atención auditadas al digitador dentro de 5 días hábiles post fecha de atención incluye los subsanados 2.3. Supervisa al digitador el ingreso de los formatos únicos de atención al sistema integrado de aseguramiento seguro integral de salud –web (SIASIS) | | |
| Oficina de Seguros Digitador | <ol style="list-style-type: none"> 3. Digita los formatos únicos de atención en el Sistema Integrado de Aseguramiento del web del seguro integral de salud, en un plazo no mayor a 5 días hábiles de recibido del responsable de seguros 4. Formatos únicos de atención se somete a reglas de consistencia (RC) en el aplicativo SIASIS, este genera reporte con FUA observadas, número y motivo de no ingreso 5. Realiza informe mensual de levantamiento del formato único de atención observadas por los supervisores informáticos en el control de calidad de la digitación previo al envío de paquete a la plataforma del sistema de información de la gestión de prestaciones de salud 6. Archiva los formatos únicos de atención originales digitadas en la plataforma de registro de formatos del Seguro Integral de Salud (ARFSIS) en forma adecuada, mantiene su conservación y fácil acceso al momento de la auditoría presencial, como el archivo de FUAs anuladas. | | |
| Servicio Admisión | 7. Copia del formato único de atención se archiva en la historia clínica de cada paciente asegurado | | |
| Fin | | | |
| ENTRADA | | | |
| NOMBRE | FUENTE | FRECUENCIA | TIPO |
| Formato único de atención | Sistema integrado de aseguramiento seguro integral de salud. (SIASIS) | Diario | Manual |
| SALIDAS | | | |
| NOMBRE | DESTINO | FRECUENCIA | TIPO |
| Informe de la corrección en plataforma | Seguro Integral de Salud | Mes | Mecánico |
| DEFINICIONES | Formato único de atención es un instrumento donde se registra en físico los datos requeridos por el seguro integral de salud, el cual es digitado en el sistema integrado de aseguramiento seguro integral de salud –web | | |
| REGISTROS | Formato único de atención en sistema integrado de aseguramiento seguro integral de salud -web | | |
| ANEXOS | Flujograma | | |

Elaboración propia

FLUJOGRAMA: CODIGO: J-OEI-10



Anexo E

**PROGRAMA DE CAPACITACION EN EL REGISTRO DE FORMATO UNICO DE
ATENCION DEL ASEGURADO PARA PROFESIONALES Y NO PROFESIONALES**

MINISTERIO DE SALUD
DIRECCIÓN DE REDES INTEGRADAS EN SALUD LIMA CENTRO
CENTRO DE SALUD JESÚS MARÍA



PROGRAMA DE CAPACITACIÓN
REGISTRO DE FORMATO ÚNICO DE ATENCIÓN DEL
ASEGURADO
PARA PROFESIONALES Y NO PROFESIONALES

| Índice | pág. |
|--------------------------------------------|-------------|
| INTRODUCCION | 3 |
| I. Aspectos generales | 4 |
| II. Objetivos del programa de capacitación | 5 |
| III. Público objetivo | 6 |
| IV. Estrategias | 6 |
| V. Organización y responsables | 7 |
| VI. Procedimiento | 7 |
| VII. Financiamiento | 8 |
| VIII. Responsabilidades | 9 |

INTRODUCCIÓN

El Centro de Salud de Jesús María, es un establecimiento de Salud del primer nivel de atención, depende de la Dirección de Redes Integradas Lima Centro, ex Red de Salud Lima Ciudad con influencia territorial en Lima metropolitana, brinda atención preventiva y de promoción a la población del Distrito de Jesús María, Provincia Lima.

El establecimiento de salud cuenta con personal multidisciplinario profesional, no profesional de la salud y personal y administrativo, comprometidos con el desarrollo de las actividades con alcance al individuo, familia y comunidad.

En tal sentido, las prestaciones de salud que ofrece el Centro de Salud están dirigidas a personas que vienen al establecimiento para ser atendidos ante una dolencia, entre ellos están los pacientes asegurados del Seguro Integral de Salud, quienes solicitan los servicios médicos o para médicos, quienes son atendidos en razón a un convenio establecido.

El objetivo de un programa de capacitación en el Centro de Salud de Jesús María es, potenciar las capacidades e incrementar el conocimiento y habilidades del personal para mejorar el desempeño y contribuir de manera eficaz al logro de los objetivos estratégicos y mejorar los servicios que ofrecemos a los asegurados.

En ese contexto, se propone un Programa de capacitación dirigido al personal profesional y no profesional del Centro de Salud de Jesús María, para la eficacia del formato único de atención a fin de reducir los rechazos formulados por Seguro Integral de Salud y garantizar un reembolso por la producción total de estos.

I. Aspectos generales

El Programa de capacitación para la eficacia del formato único de atención del paciente asegurado del Seguro Integral de Salud, en el Centro de Salud de Jesús María, se encuentra en concordancia con las disposiciones establecidas por la autoridad Nacional de Servicio Civil y objetivos estratégicos de nuestra entidad.

Marco Estratégico Institucional

Misión Institucional

El Centro de Salud Jesús María, desarrolla actividades preventivas y promocionales en el marco de las diferentes estrategias sanitarias por etapa de vida, para disminuir la morbi–mortalidad de la población; se trabaja en estrecha coordinación con la población organizada e instituciones multisectoriales involucradas para mejorar la calidad de vida de nuestra comunidad.

Visión Institucional

Para el año 2021, el Centro de Salud de Jesús María, será la institución de primer nivel de atención reconocida por ser un modelo innovador y articulado que posea recursos humanos capacitados, actualizados y proactivos, cuente con una infraestructura adecuada que permita brindar los servicios de salud con calidad y calidez.

Valores del Centro de Salud de Jesús María

Ética y moral: Ejercer la prestación de servicios de salud según las leyes morales de la Ética médica, autonomía y justicia.

Vocación de servicio: Lograr la satisfacción para adoptar una actitud de colaboración y dedicación en forma concreta y continúa en la prestación de servicios de salud.

Trabajo en equipo: Mediante la sinergia compartir los conocimientos y experiencias de manera técnica, coordinada y armónica con la finalidad de satisfacer las necesidades de salud de la población.

Calidad en el Servicio: Aplicar la ciencia, tecnología médica y la calidez en la prestación de servicios de salud.

Compromiso social: Participar con responsabilidad en iniciativas que contribuyan a mejorar los niveles de salud en la población.

II. Objetivos del programa de Capacitación

El Programa de capacitación para la eficacia del formato único de atención del paciente asegurado, del Seguro Integral de Salud tiene por objetivo:

- Capacitar al personal profesional y no profesional en el procedimiento para la eficacia del formato único de atención.
- Consignar la información técnica y profesional requerida para su procesamiento validación y reembolso.

III. Público Objetivo

El desarrollo del programa de capacitación en el Centro de Salud de Jesús María, están dirigidas al personal programado, 25 profesionales de diferentes especialidades médicas como: (Medicina General, Pediatría, Geriatria, Endocrinología); otras profesiones como: (Cirujano dentista, Enfermería, Obstetricia, Nutrición, Psicología, Tecnólogo Médico), quienes registran las Historias Clínicas, los Formatos Único de Atención por cada pacientes asegurados y los no profesionales de la salud un total de 43 trabajadores quienes participan en los diferentes procedimientos técnicos que exige una prestación de salud, su manejo administrativo y especializado entre ellos informes, triaje, admisión, estadística, oficina de seguro, servicios médicos y paramédicos, farmacia, laboratorio.

IV. Estrategias

Con el programa de capacitación en el registro del Formato único de atención se busca como acción previa una metodología para implementar un manual de procedimientos para la eficacia del formato único de atención del asegurado coherente con la prestación de salud a cargo de los profesionales y no profesionales de la salud.

Se ha considerado las siguientes estrategias:

- Se contribuya a la preparación de los actores de los diferentes procesos en el desempeño de las funciones que les corresponden respecto a las tareas institucionales.

- El Manual de procedimientos tiene como objetivo, fundamentar el programa de capacitación para la implementación del mencionado manual.

V. Organización y responsables

| RESPONSABLES | ACTIVIDADES |
|----------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Coordinador | Dirige al equipo de capacitación, organiza el taller y coordina la logística de materiales u otros |
| Moderador | Responde por la metodología y la conducción del taller |
| Ponente | Desarrollar contenidos temáticos del taller |
| Facilitadores | Apoya a los participantes en el desarrollo de los casos y la logística |
| Profesionales y no profesionales | Asistentes |
| Jefatura del Centro de Salud | Supervisión y evaluación |

Elaboración propia

VI. Procedimiento

Taller sobre el manual de procedimientos para la eficacia del formato único de atención en el Centro de Salud de Jesús María a partir del 03 a 06 de diciembre 2019

| Procedimiento | Día | Hora | Duración | Tema | Resumen del contenido previsto | Responsable |
|-------------------------------------|--------------|-------------------------|-------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| Profesionales de la salud | | | | | | |
| Presentación | Martes 03 | 8.30 am. | 15 minutos | Inauguración y apertura del taller | Bienvenida a los participantes | Jefe del Centro de Salud |
| Presentaciones visualizadas | | 8.45 am. | 30 minutos | Presentación de participantes y expectativas | Dinámica para la presentación de participantes | Coordinador |
| | | 9.15 am | 30 minutos | Presentación del programa y metodología | Presentación del taller, antecedentes, objetivos, como abordar cada tema, reglas de juego. | |
| Presentación de trabajos y plenaria | | 9.45 am. 12.30 horas | 165 minutos | -Formato Único de Atención | Los contenidos relacionados el tema: Gestión registro del formato único de atención. Entrega de materiales | Ponente Facilitadores |
| Almuerzo | | | | | | |
| Presentaciones visualizadas | Miércoles 04 | 8.30 am | 60 minutos | Manual de procedimiento para la eficacia | Presentación de los procedimientos para la atención del asegurado Entrega de materiales | Ponente |

| | | | | | | |
|-------------------------------------|------------|-------------------------|-------------|---------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| Presentación de trabajos y plenaria | | 9.30 am 12.30 | 180 minutos | del formato único atención | Procedimientos para el registro del formato único de atención y la gestión de las prestaciones de salud. Entrega de materiales | Ponente Facilitadores |
| Almuerzo | | | | | | |
| No Profesionales de la salud | | | | | | |
| Presentación | Jueves 05 | 8.30 am. | 15 minutos | Inauguración y apertura del taller | Bienvenida a los participantes | Jefe del Centro de Salud |
| Presentaciones visualizadas | | 8.45 am. | 30 minutos | Presentación de participantes y expectativas | Dinámica para la presentación de participantes | Coordinador |
| | | 9.15 am | 30 minutos | Presentación del programa y metodología | Presentación del taller, antecedentes, objetivos, como abordar cada tema, reglas de juego. | |
| Presentación de trabajos y plenaria | | 9.45 am. 12.30 horas | 165 minutos | -Formato único de atención | Los contenidos relacionados el tema: Gestión registro del formato único de atención. Entrega de materiales | Ponente Facilitadores |
| Almuerzo | | | | | | |
| Presentaciones visualizadas | Viernes 06 | 8.30 am | 60 minutos | Manual de procedimiento para la eficacia del formato único atención | Presentación de los procedimientos para la atención del asegurado Entrega de materiales | Ponente |
| Presentación de trabajos y plenaria | | 9.30 am 12.30 | 180 minutos | | Procedimientos para el registro del formato único de atención y la gestión de las prestaciones de salud. Entrega de materiales | Ponente Facilitadores |
| Almuerzo | | | | | | |

Elaboración propia

VII. Financiamiento

El Programa de Capacitación será financiado con recursos donaciones y transferencias del Seguro Integral de Salud, a través de la unidad ejecutora Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Centro.

Tabla 2

Presupuesto para el programa de capacitación a profesionales y no profesionales ligados con el registro del Formato Único de Atención

| Rubro | Número de personas | Número de días | Valor unitario | Valor total S/. (soles) |
|-------------------------|--------------------|----------------|----------------|-------------------------|
| Honorarios | 1 | 2 | 100.00 | 200.00 |
| Materiales y fotocopias | | | | |
| 50 pliegos de papel | 25 | 2 | 2.00 | 100.00 |
| 1 cinta pasquín grande | | 1 | 2.00 | 2.00 |
| Fotocopias | 25 | | 0.10 | 100.00 |
| Alimentación | 25 | 2 | 10.00 | 500.00 |
| Otros (imprevistos) | | | | 98.00 |
| Total: | | | | 1 000.00 |

Elaboración propia

VIII. Responsabilidades

- a. Jefatura: Responsable de solicitar la ejecución del Programa de capacitación de los profesionales y no profesionales del Centro de Salud de Jesús María, ante la Dirección de Redes integradas Lima Centro para su registro y entrega de constancias.
- b. Oficina de Personal: Responsable de hacer cumplir con la participación en el programa para coadyuvar el desarrollo del proceso de capacitación de los profesionales y no profesionales del Centro de Salud de Jesús María.
- c. Oficina de Abastecimientos: Responsable de coordinar con la Oficina de Logística de la Dirección de Redes integradas Lima Centro, para la atención de los requerimientos de capacitación del establecimiento y se oriente a proveer el servicio oportunamente.
- d. Profesionales y no profesionales: Responsables de cumplir con los compromisos suscrito en el marco de la ejecución del programa de capacitación.

Anexo F

CRITERIOS TÉCNICOS PARA LA EFICACIA DEL FORMATO ÚNICO DE ATENCIÓN

El principio básico es la atención del paciente asegurado que recibe una atención en un establecimiento de primer nivel, para ello se ha propuesto un programa de capacitación, un manual de procedimientos y se propone criterios técnicos para el trabajo eficaz en el registro del formato único de atención en número de cinco criterios generales:

1. Los profesionales y no profesionales capacitados usaran el formato único de atención del asegurado.

Significa que todos los profesionales y no profesionales deben asistir al programa de capacitación para conocer a detalle el procedimiento y el uso del formato único de atención, que constituye en sí mismo un documento de valor, ser conscientes de su disposición para su registro y control respectivamente

2. En el formato único de atención del asegurado se registre la información en cada campo validado previamente por el responsable.

Es decir, el formato único de atención debe cumplir con todos los requisitos indispensables e información debidamente consignada por cada responsable en el flujo de atención del asegurado, único documento de constatación de la prestación de salud brindada a un asegurado y valorizado por su costo de impresión, incluye procedimientos, medicamentos, diagnósticos, otros.

3. El formato único de atención del asegurado se somete a un control de calidad a cargo del médico de la Oficina de Seguros asignado por la Jefatura, para validar y autorizar su digitación.

4. Debe existir una correspondencia entre la información de la historia clínica y el formato único de atención del asegurado

La historia clínica del asegurado es un documento legal de sustento de la prestación de salud recibida de carácter obligatorio, sujeto a acciones de auditoría médica y administrativa a cargo del SIS; se verifica en paralelo el correcto registro y consistencia del FUA; el que conlleva a un reconocimiento completo de las prestaciones realizadas por atendido, caso contrario conlleva a pérdidas económicas.

5. Concordancia entre la historia clínica, formato único de atención, receta médica u orden de procedimientos.

La concordancia de estos documentos debe ser consistente por cada prestación de salud concedida, caso contrario deviene en responsabilidad administrativa o funcional del profesional y no profesional responsable.