



ESCUELA DE POSGRADO
UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

Nivel de conocimiento de normas relacionadas al Seguro Integral de Salud en el Centro de Salud I-4 Castilla - Piura, 2017.

TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE:

Maestra en Gestión de los Servicios de la Salud

AUTOR:

Br. Flor de Mercedes Martín Chong Vilela

ASESOR:

Dra. Juana Yris Díaz Mujica

SECCIÓN:

Ciencias Médicas

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

Calidad de las Prestaciones Asistenciales

PERÚ - 2017

Dr. Joaquin Vertiz Osores

Dra. Violeta Cadenillas Albornoz

Dra. Juana Yris Diaz Mujica

Dedicado a:

Mi familia, pilar incansable y
fuente de motivación constante
para lograr todo cuanto soy.

Agradecimiento:

A mi asesora, cuya enseñanza y experiencia motivadora incentivaron mi dedicación en la gestión.

A Mariela y Silvia, sin cuyo apoyo no hubiera logrado avanzar este escalón.

Declaración de Autenticidad

Yo, Flor de Mercedes Martín Chong Vilela, estudiante de Escuela de Postgrado, Maestría en Gestión de los Servicios de la Salud de la Universidad César Vallejo, Sede Lima; declaro el trabajo académico titulado “Nivel de conocimiento de normas relacionadas al Seguro Integral de Salud en el Centro de Salud I-4 Castilla - Piura, 2017”, presentada en 173 folios para la obtención del grado académico de Magister en Gestión de los Servicios de la Salud, es de mi autoría.

Por lo tanto declaro lo siguiente:

- He mencionado todas las fuentes empleadas en el presente trabajo de investigación, identificando correctamente toda cita textual o de paráfrasis proveniente de otras fuentes, de acuerdo con lo establecido por las normas de elaboración de trabajos académicos.
- No he utilizado ninguna otra fuente distinta de aquellas expresamente señaladas en este trabajo.
- Este trabajo de investigación no ha sido previamente presentado completa ni parcialmente para la obtención de otro grado académico o título profesional.
- Soy consciente de que mi trabajo puede ser revisado electrónicamente en búsqueda de plagios.
- De encontrar uso de material intelectual ajeno sin el debido reconocimiento de su fuente o autor, me someto a las sanciones que determinen el procedimiento disciplinario.

Lima, 13 de Mayo del 2017

Flor de Mercedes Martín Chong Vilela
DNI: 03669414

Presentacion

A los Señores Miembros del Jurado del Programa de Complementación Académica Universidad César Vallejo, sede Lima Norte, presento la Tesis titulada: “Nivel de conocimiento de normas relacionadas al Seguro Integral de Salud en el Centro de Salud I-4 Castilla - Piura, 2017”; en cumplimiento del Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad César Vallejo; para obtener el grado de Magister en Gestión de los Servicios de la Salud.

La presente investigación está estructurada en tres capítulos. En el primero se expone la introducción, los antecedentes de investigación, la fundamentación científica de la variable y sus dimensiones, la justificación, el planteamiento del problema y los objetivos. En el segundo capítulo se presenta el marco metodológico, la variable en estudio, la operacionalización de las mismas, la metodología utilizada, el tipo de estudio, el diseño de investigación, la población, la muestra y tipo de muestreo, la técnica e instrumento de recolección de datos, el método de análisis utilizado y los aspectos éticos. En el tercer capítulo se presentan los resultados, discusión, conclusiones, recomendaciones y las referencias bibliográficas. Finalmente se presentan los anexos correspondientes.

La autora

Indice	Página
Página del Jurado	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iv
Declaratoria de Autenticidad	v
Presentación	vi
Índice	vii
Lista de Tablas	x
Lista de Figuras	xi
RESUMEN	xii
ABSTRACT	xiii
I. INTRODUCCIÓN	14
1.1. Antecedentes	15
1.2. Fundamentación científica, técnica y humanística	18
1.3. Justificación	28
1.4. Planteamiento del Problema	29
1.4.1. Formulación del problema	31
1.5. Objetivos	32
1.5.1. Objetivo General	32
1.5.2. Objetivos Específicos	32
II. MARCO METODOLÓGICO	33
2.1. Variables	34
2.2. Operacionalización de variables	35
2.3. Metodología	36
2.4. Tipo de Estudio	36
2.5. Diseño de Investigación	36
2.6. Población, Muestra y Muestreo	37
2.7. Técnicas e Instrumentos de recolección de datos	39

2.8.	Método de análisis de datos	43
2.9.	Consideraciones éticas	43
III.	RESULTADOS	44
3.1.	Estadística Descriptiva	45
IV.	DISCUSIÓN	58
V.	CONCLUSIONES	62
VI.	RECOMENDACIONES	64
VII.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	67
VIII.	ANEXOS	74
	Anexo 1 Matriz de Consistencia	75
	Anexo 2 Cuestionario sobre el Nivel de Conocimiento de la Normatividad relacionada al Seguro Integral de Salud	77
	Anexo 3 Validación del Cuestionario sobre el Nivel de Conocimiento de la Normatividad relacionada al Seguro Integral de Salud	79
	Anexo 4 Base de Datos de Confiabilidad	90
	Anexo 5 Base de Datos	91
	Anexo 6 Cálculo de Baremos para la variable Nivel de Conocimiento de las Normas relacionadas al Seguro Integral de Salud	93
	Anexo 7 Baremos de la Variable Conocimiento de las Normas relacionadas al Seguro Integral de Salud	95
	Anexo 8 Agentes vinculados al proceso de Aseguramiento Universal en Salud (Ley N° 29344)	96
	Anexo 9 Beneficiarios de la Afiliación Directa SIS (RJ N° 126-2015/SIS)	99
	Anexo 10 Beneficiarios de la Afiliación Directa Temporal SIS (RJ N° 126-2015/SIS)	101

Anexo 11 Cobertura SIS (RJ N° 197-2012/SIS)	102
Anexo 12 Resolución Jefatural N° 197-2012/SIS	104
Anexo 13 Resolución Jefatural N° 126-2015/SIS	135

Lista de Tablas

	Página
Tabla 1 Matriz de Operacionalización de la Variable Nivel de Conocimiento de las Normas relacionadas al Seguro Integral de Salud	35
Tabla 2 Población de estudio	37
Tabla 3 Muestra de estudio	39
Tabla 4 Validación por Juicio de Expertos	42
Tabla 5 Fiabilidad del Instrumento Nivel de Conocimientos de Normas SIS	42
Tabla 6 Personal encuestado según Ambiente de trabajo	45
Tabla 7 Nivel de conocimiento de las normas relacionadas al Seguro Integral de Salud	46
Tabla 8 Ambiente de trabajo vs Nivel de conocimiento de las normas relacionadas al Seguro Integral de Salud	47
Tabla 9 Nivel de Conocimiento de la Norma de Afiliación RJ N° 126-2015/SIS	50
Tabla 10 Nivel de conocimiento de los Requisitos de afiliación	51
Tabla 11 Nivel de conocimiento de la Prioridad de la afiliación	52
Tabla 12 Nivel de conocimiento sobre Derecho a la afiliación	53
Tabla 13 Nivel de conocimiento de la Norma de Cobertura RJ N° 197-2012/SIS	54
Tabla 14 Nivel de conocimiento sobre el Plan de beneficios	55
Tabla 15 Nivel de conocimiento sobre las Exclusiones al Plan de Cobertura SIS	56
Tabla 16 Nivel de conocimiento sobre la Gratuidad de la atención relacionada a la cobertura	57

Lista de Figuras

		Página
Figura 1	Esquema de diseño de Investigación	36
Figura 2	Fórmula para hallar la confiabilidad con KR20	42
Figura 3	Personal encuestado según Ambiente de trabajo	45
Figura 4	Nivel de conocimiento de las normas relacionadas al Seguro Integral de Salud	46
Figura 5	Ambiente de trabajo vs Nivel de conocimiento de las normas relacionadas al Seguro Integral de Salud	48
Figura 6	Nivel de conocimiento de la Norma de afiliación RJ N°126-2015/SIS	50
Figura 7	Nivel de Conocimiento de los Requisitos de afiliación	51
Figura 8	Nivel de conocimiento de la Prioridad de la afiliación	52
Figura 9	Nivel de conocimiento sobre Derecho a la afiliación	53
Figura 10	Nivel de conocimiento de la Norma de Cobertura RJ N° 197-2012/SIS	54
Figura 11	Nivel de conocimiento sobre el Plan de beneficios	55
Figura 12	Nivel de conocimiento sobre las Exclusiones al Plan de Cobertura SIS	56
Figura 13	Nivel de conocimiento de la Gratuidad de la atención relacionada a la cobertura	57

Resumen

El presente trabajo se realizó con el propósito de determinar el nivel de conocimiento de las normas relacionadas al Seguro Integral de Salud de los trabajadores del Centro de Salud I-4 Castilla - Piura, durante el periodo Enero a Marzo 2017. Se utilizó el diseño descriptivo empleando la técnica de la encuesta para medir el Nivel de Conocimiento de las Normas relacionadas al Seguro Integral de Salud basada en dichos dispositivos legales, validada por juicio de expertos. Se consideró como población objetivo un total de 154 trabajadores del Centro de Salud I-4 Castilla de la Región Piura.

En los resultados más relevantes se identificó que el nivel de conocimiento sobre las normas relacionadas al Seguro Integral de Salud es bajo en su mayoría, lo cual se pudo calcular a través de tabla de frecuencias. Además, menos de un tercio de los encuestados tienen alto conocimiento sobre el tema.

En cuanto a la dimensión Norma de Afiliación al régimen subsidiado del SIS regulada por Resolución Jefatural N° 126-2015/SIS, el nivel de conocimiento es medio principalmente en los indicadores de Derecho a la afiliación y Prioridad a la afiliación, con un porcentaje significativo de alto conocimiento sobre todo en el indicador de Requisitos para la afiliación.

Respecto a la dimensión Norma de Cobertura del usuario del régimen subsidiado del SIS regulada por Resolución Jefatural N° 197-2012/SIS, el nivel de conocimiento es bajo, principalmente en el indicador de Plan de beneficios.

Palabras clave: Seguro Integral de Salud, Régimen subsidiado.

Abstract

The present work was realized by the intention of determining the level of knowledge of the procedure related to the Integral Insurance of Health of the workers of the Center of Health I-4 Castile - Piura, during the period In January to March, 2017. The design was in use descriptico using the technology of the survey to measure the Level of Knowledge of the Procedure related to the Integral Insurance of Health of own production, validated by experts' judgment. Considered as population objectively a total of 154 workers of the Center of Health I-4 Castile of the Region Piura.

In the most relevant results there was identified that the level of knowledge on the procedure related to the Integral Insurance of Health is low in the main, which could be calculated across table of frequencies. In addition, less than one third of the polled ones they have high knowledge on the topic. As for the dimension Norm of Affiliation to the regime subsidized of SIS regulated by Resolution Jefatural N ° 126-2015/SIS, the level of knowledge is average principally in the indicators of Law to the affiliation and Priority to the affiliation, with a significant percentage of high knowledge especially in the indicator of Requirements for the affiliation.

With regard to the dimension Norm of Coverage of the user of the regime subsidized of SIS regulated by Resolution Jefatural N ° 197-2012/SIS, the level of knowledge is low, principally in the indicator of Plan of benefits.

Key words: Integral Insurance of Health, Regime subsidized.

I. Introducción

1.1. Antecedentes

Respecto al presente trabajo de investigación, no existen investigaciones similares, que traten sobre el Nivel de conocimiento de las normas relacionadas al Seguro Integral de Salud en el personal que labora en los Establecimientos de Salud de la DIRESA Piura.

Antecedentes Internacionales

A nivel internacional, Atehortúa y Palacio (2015), en su estudio sobre el *Impacto del seguro subsidiado en el acceso y uso de servicios de salud: el caso de Medellín, Colombia*, con diseño observacional de tipo cuasi experimental, cuyo objetivo es evaluar el impacto que tiene el seguro subsidiado en el aumento del acceso y el uso de servicios de salud de la población en la ciudad de Medellín, diferenciado por grupos poblacionales, concluyó que aquel tiene impactos positivos en el uso de los servicios de hospitalización y consulta preventiva, aunque con efectos diferenciados según segmento poblacional y sexo; además, en el indicador de acceso a servicios de salud se registran impactos positivos, los mismos que son diferenciados, también, por segmento poblacional.

Hernández (2014), en su estudio *Determinantes de la afiliación y acceso a servicios de salud en el Perú: el caso del Seguro Integral de Salud*, de tipo cuantitativo no experimental, de corte transversal, cuyo objetivo fue identificar las características individuales de los asegurados al SIS y la medida en la cual la afiliación influye en el acceso a los servicios de salud, encontró que las características más resaltantes para ser afiliado al SIS son contar con documento de identificación, el gasto per cápita y ser menor de edad; en relación al acceso, ser asegurado SIS influye de manera positiva en el acceso a la atención en salud, especialmente en residentes de la costa y en condición de pobreza, concluyendo que efectivamente la cobertura del SIS influye en todos los niveles socioeconómicos, principalmente los niveles pobres y extremadamente pobres, facilitando la atención ante una necesidad en salud, así como una mayor probabilidad de acceder a los Establecimientos de salud públicos.

Cornejo et al. (2013), en el estudio descriptivo transversal *Determinantes sociales y equidad de acceso en la salud dental en Chile*, que buscó describir las desigualdades en la necesidad de atención dental desde el punto de vista del usuario, la demanda de atención y el acceso a atenciones dentales antes de la implementación de las Garantías Explícitas en Salud, en base a datos obtenidos de la Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN 2003), concluyó que sí se presentaron inequidades sociales en relación a la percepción del usuario sobre su necesidad de atención, su requerimiento y recepción de la atención en salud demandada.

Vélez (2005), en su artículo *La acción de tutela: ¿un mecanismo de protección del derecho a la salud y un proceso alternativo para acceder a servicios de salud?* sobre el sistema de salud en Colombia, realizado a través de la revisión sistemática de las normas emitidas relacionadas al derecho a la salud, así como el análisis de los fallos de tutela generados por la Corte Constitucional y la interpretación sobre ellos emitida por diversos autores, cuyo objetivo fue determinar si la tutela es sólo una manera de garantizar el derecho fundamental a la salud, o también un proceso alternativo para facilitar el acceso a los servicios de salud. Es un estado del arte que analiza el alcance del derecho a la salud bajo la normatividad constitucional, llegando a la conclusión que algunos grupos sociales se encuentran desprotegidos y los trámites administrativos para reclamar su derecho a la salud son tan arbitrarios y burocráticos que la acción de tutela se ha convertido en un recurso obligatorio para poder hacerlos valer y sólo en la mayoría de estos casos el resultado obtenido es la protección de su derecho a la salud.

Antecedentes Nacionales

Portocarrero (2013), en su tesis *Apurímac: hacia el aseguramiento público en salud La implementación del Seguro Integral de Salud en Apurímac 2007-2010*, estudio cualicuantitativo que buscó conocer la evolución del SIS desde su formación para lograr que la población de las zonas con muy limitados ingresos

puedan acceder a atenciones en salud durante el periodo indicado, concluyó que el proceso de aseguramiento en dicha región se facilitó en gran medida por el incremento de la afiliación al SIS, contribuyendo éste a reducir significativamente la barrera económica; para muchos Establecimientos, la aparición del SIS redujo los ingresos por la fuente de financiamiento Recursos Directamente Racaudados (RDR) y creció la fuente de Donaciones y Transferencias (DyT) que es por la que reembolsa el SIS.

Longaray (2010), en su trabajo *Impacto del Seguro Integral de Salud en el acceso a los servicios de salud*, con estudio descriptivo transversal cuyo objetivo fue conocer el impacto del Seguro Integral de Salud en el acceso de la población a los servicios de salud, utilizó como fuente la información de la Encuesta Nacional de Hogares (ENAH) del 2007 y concluyó que el SIS sí tiene impacto favorable en lograr la atención en salud en todos los niveles socioeconómicos, además que aproximadamente la tercera parte de usuarios que se atendieron en alguno de los servicios de salud, lo hizo a través de su aseguramiento SIS.

Parodi (2005), en su trabajo *Evaluando los efectos del Seguro Integral de Salud sobre la equidad en la salud materna en el contexto de barreras no económicas al acceso a los servicios*, cuyo estudio descriptivo sobre la eficacia del Seguro Integral de Salud para aumentar el número de partos institucionales y la importancia de factores no económicos que pudieran limitar el acceso a los servicios de salud, utilizando como base de datos la encuesta ENDES 2004, encontró que el SIS sí tiene efecto sobre el incremento de partos institucionales, promoviendo además la demanda en segmentos menos vulnerables, por lo que no se evidencia que sea más equitativo; además se identificaron factores como residir en zona rural, lengua materna aymara o quechua y dependencia del esposo en la toma de decisiones son limitantes en el acceso a la atención en salud.

1.2. Fundamentación Científica, Técnica o Humanística

Conocimiento

Proceso inherente al ser humano, de naturaleza subjetiva, que busca la verdad en base a la justificación de una creencia de valores personales. Es una mezcla de experiencia, valores importantes, definición del contexto y opiniones de expertos que enmarcan el análisis de experiencia e información enriquecidas, que tiene su origen y se aplica en la mente de los conocedores. (Segarra y Bou, 2005)

Normas

Término que designa un mandato, una prescripción, una orden, con función de autorizar, permitir o derogar. Según la Real Academia Española, es un precepto a seguir o al que se deben regir los comportamientos, labores, acciones, etc. en la sociedad. (RAE, 2008).

Para el presente trabajo, definimos el conocimiento de las normas como el aprendizaje de las disposiciones legales relacionadas a un contenido específico. El tema a conocer materia de nuestro estudio es lo relacionado al Seguro Integral de Salud en cuanto al régimen de financiamiento subsidiado. Para ello, enmarcamos brevemente la información general sobre dicha institución, para luego centrarnos en dos normas esenciales: la Resolución Jefatural N° 126-2015/SIS sobre afiliación al régimen subsidiado y la Resolución Jefatural N° 197-2012/SIS relacionada a la cobertura del régimen subsidiado.

Seguro Integral de Salud

El Seguro Integral de Salud o SIS se creó mediante Ley 27657 en el año 2002, y surgió como fusión de dos importantes seguros: Uno de ellos es el Seguro Escolar Gratuito creado en 1997, siendo su población objetivo los escolares de 3 a 17 años pertenecientes a instituciones educativas nacionales, cuyo acceso representaba elevada cobertura y alta filtración. El otro es el Seguro Materno Infantil originado en 1998, dirigido a gestantes y niños menores de 5 años,

desarrollado en ocho regiones piloto, alcanzando baja cobertura pero menor filtración que el anterior. En ambos casos, la población de gestantes, niños y adolescentes se consideró prioridad, población vulnerable por la elevada morbimortalidad a nivel nacional. (Pachas, 2003)

Durante su evolución, el SIS fue variando sus planes de beneficio, considerando siempre poblaciones priorizadas: el binomio madre-niño, el grupo de niños y adolescentes, los adultos en emergencia, adultos focalizados determinados por norma e incluso personas beneficiarias de reparaciones civiles y víctimas de la violencia política, entre otros, incrementando gradualmente su cobertura. (Portocarrero, 2013).

También evolucionó en el acceso de sus potenciales beneficiarios. Inicialmente a través de evaluaciones socioeconómicas utilizando una ficha propiamente diseñada (Formato de Evaluación Socioeconómica o FESE) y mediando una prima de afiliación simbólica, y posteriormente a través del Sistema de Focalización de Hogares (SISFOH) y el Padrón General de Hogares, cuya responsabilidad recae en el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social, totalmente gratuito. (SIS, 2015)

Actualmente el SIS es reconocido como un organismo público ejecutor, y según la Ley marco del aseguramiento universal en salud, es una Institución Administradora de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS), que se encarga de administrar los fondos que se destinan al financiamiento de atenciones de salud y cubrir riesgos de salud a sus afiliados (Ley 29344, 2009). Para ello, emitió disposiciones normativas relacionadas a la incorporación de asegurados a los diferentes regímenes de aseguramiento, que van desde el subsidio parcial (regímenes semicontributivo y contributivo) hasta el subsidio total (régimen subsidiado), y otras relacionadas a los planes de beneficio y cobertura prestacional.

Según Ley 29344 (2009), se identifica a los Agentes que se vinculan al proceso de Aseguramiento Universal en Salud, dentro de los cuales se encuentra el Ministerio de Salud como ente rector, el Seguro Integral de Salud como uno de los administradores de fondos de aseguramiento en salud, y los diferentes Establecimientos de Salud públicos y privados, como prestadores de salud. (Ver anexo 8).

Estos actores constituyen los pilares esenciales en el proceso de reforma que más tarde daría inicio, con miras a lograr el aseguramiento universal en salud, con una cobertura mínima en base al Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS), a ser financiada a los asegurados por las instituciones administradoras de fondos de aseguramiento en salud públicas, privadas o mixtas, y que promueve el cumplimiento de garantías explícitas de oportunidad y calidad para todos (Ley 29344, 2009). El inicio de esta cobertura mínima se dio en zonas piloto, extendiéndose a nivel nacional en el año 2012 (D.S. 016-2009-SA, 2009).

Dentro de su marco normativo resaltan dos resoluciones jefaturales importantes, la primera en su actualización al año 2015 relacionada a la afiliación al régimen subsidiado del SIS, y la segunda relacionada a la cobertura o planes de beneficio actualizada al año 2012.

Dimensiones de la variable Conocimiento de las normas relacionadas al SIS

Dimensión Afiliación

La Resolución Jefatural N° 126-2015/SIS que aprueba la Directiva Administrativa N° 001-2015-SIS/GA-V.01, Directiva Administrativa que reglamenta el Proceso de afiliación al Régimen de Financiamiento Subsidiado del Seguro Integral de Salud, establece los requisitos mínimos para la afiliación al régimen subsidiado del SIS, los tipos de afiliación y la población objetivo, además del derecho a la gratuidad en la atención. (SIS, 2015).

En ella se define la Afiliación como la incorporación del usuario a alguno de

los regímenes de aseguramiento del SIS, y el Régimen de financiamiento subsidiado a aquel que recibe el financiamiento total por parte del estado, dirigido principalmente a los segmentos poblacionales de mayor vulnerabilidad y limitados ingresos. (SIS, 2015)

Se establece además que los Establecimientos de Salud son las puertas de acceso al SIS a través de la afiliación en los Centros de Digitación. De ahí que resulta importante el rol que realiza el personal que trabaja en ellos, principalmente por el contacto directo que tienen con el usuario de los servicios de salud.

Requisitos para la afiliación

En todos los casos se establece como requisito indispensable contar con Documento Nacional de Identidad (DNI) y no contar con otro seguro de salud. Además, el potencial asegurado SIS debe estar registrado en el Padrón General de Hogares, que es una base de datos que consigna la clasificación socioeconómica de las personas, la misma que puede ser diferenciada como; pobreza extrema, pobre y no pobre y está a cargo del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social.

La focalización se realiza a través del Sistema de Focalización de Hogares de los Municipios, para lo cual es importante la labor que realizan las Unidades Locales de Empadronamiento de las Municipalidades Distritales y Provinciales, a través de la actualización periódica de datos por verificación domiciliaria.

Prioridad de afiliación

Las excepciones fueron tomadas en cuenta mediante Decreto Legislativo 1164 del año 2013, en el cual considera prioritaria la afiliación de gestantes y niños menores de 3 años, incluso sin contar con DNI.

Estos y otros casos más fueron considerados para ser incorporados al SIS de manera directa (Afiliación Directa), sin necesidad de contar con la clasificación socioeconómica del Sistema de Focalización de Hogares. (SIS, 2015)

Se diferencia entonces la Afiliación Directa propiamente dicha, que beneficia a grupos poblacionales determinados por norma, que cuentan con DNI, y la Afiliación Directa Temporal, que beneficia a grupos poblacionales determinados por norma que no cuentan con DNI. En los Anexos 9 y 10 se detallan los grupos incluidos en ambos tipos de afiliación.

Derecho a la afiliación

En todos estos casos, la afiliación es gratuita, no existe prima de afiliación. Además, toda persona tiene derecho a solicitar su clasificación socioeconómica para conocer la elegibilidad a alguno de los regímenes de afiliación al SIS. (MINSa, 2010, p.6). Ello no significa que todas las personas accedan al régimen con subsidio total, ya que como se ha mencionado, existen requisitos mínimos para ello. (SIS, 2015, p.11)

Además, por ser afiliados al régimen subsidiado del SIS, la cobertura es única y amplia, beneficiándose de la gratuidad en el marco del aseguramiento universal en salud, tanto para la atención médica como para la entrega de medicamentos e insumos, y la realización de exámenes de laboratorio y radiodiagnóstico, incluido dentro de su cobertura prestacional. (Ley 29344, 2009, p.3)

Dimensión Cobertura

La Resolución Jefatural N°197-2012-SIS, que aprueba la Directiva Administrativa N° 003-2012-SIS-GREP Directiva que reglamenta la Cobertura Prestacional del Régimen de Financiamiento Subsidiado del SIS, la misma que establece la cobertura y exclusiones de los asegurados al régimen subsidiado del SIS, además del derecho a la gratuidad en la atención. (SIS, 2012).

En ella se precisa el plan de beneficios mínimo en base al Plan Esencial de

Aseguramiento en Salud o PEAS, y los planes complementarios, cuyo límite no está en relación a determinadas patologías, sino en cuanto al monto consumido durante la atención del problema de salud. (SIS, 2012, pp8-9) Por lo tanto, es importante el control prestacional realizado por la IAFAS SIS a través de un sistema informático diseñado con este fin, que toma en cuenta el consumo reportado por cada atención registrada. (Pachas, 2003, pps.33-34)

Esta integralidad de la norma de cobertura con la implementación informática de los criterios de revisión es la base del sistema de control que se aplica a la información reportada por cada Establecimiento de Salud, perteneciente a cada asegurado SIS, en cumplimiento de una de las funciones de la IAFAS SIS. (MINSA, 2010, pp.5). Por ello resulta importante la información consignada en la Historia Clínica, que es la esencia de los datos informáticos reportados. (SIS, 2012, p.14)

Plan de Beneficios

El asegurado al régimen subsidiado del SIS tiene como cobertura mínima los diagnósticos incluidos en el PEAS, además del Plan Complementario al PEAS, tanto de patologías de atención directa como de aquellas que requieren autorización para ser cubiertas al superar el monto de consumo establecido (2UIT). (SIS, 2012, p.4) Estas atenciones incluyen actividades preventivas, recuperativas y de rehabilitación, así como los productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios necesarios para su atención. Incluye además el traslado del paciente en situación de emergencia vía terrestre, aérea o fluvial hacia un Establecimiento de Salud con capacidad resolutive, según corresponda, y el subsidio por sepelio. Ver Anexo 11.

Exclusiones

El SIS define atenciones que no se encuentran consideradas en la cobertura SIS, como son aquellas cuyo fin no es recuperar la salud del asegurado, sino que se realizan por cuestiones de moda o estética, aquellas financiadas por otra fuente de financiamiento o asumidas por otros seguros, o atenciones realizadas fuera del

territorio nacional. (SIS, 2012, p.5)

Gratuidad de la atención

El plan de beneficios del asegurado al régimen subsidiado del SIS tiene una cobertura al 100%, siendo financiado íntegramente por el estado (subsidio total) (SIS, 2012, p.4). Esto incluye la propia atención en salud, además de la provisión de medicamentos, insumos y/o exámenes de apoyo al diagnóstico.

En la práctica, en relación a la Resolución Jefatural N° 126-2015/SIS que aprueba la norma de afiliación al régimen subsidiado del SIS, se han presentado inconvenientes en los siguientes casos.

Requisitos para la afiliación

Existe el prejuicio por los datos referentes al potencial asegurado: procedencia, lugar de residencia, ocupación o trabajo, pertenencias, lo cual hace que se le niegue la oportunidad de verificar su clasificación socioeconómica y condición de asegurado, solicitándole incluso documentos que no están incluidos en la norma vigente: título de propiedad, partida de nacimiento, partida de matrimonio, etc.

Prioridad de afiliación

Incluso existe el desconocimiento de los casos en los que se puede realizar la afiliación directa o directa temporal, dejando desprotegidos a gestantes e infantes indocumentados, personas albergadas, y otros grupos focalizados, a pesar que la Ley contempla su acceso directo.

Derecho a la afiliación

La existencia de personas que lucran con la salud de otros sigue siendo motivo de preocupación. Ello, sumado al desconocimiento del potencial asegurado SIS sobre la gratuidad del proceso de afiliación, ponen en riesgo la imagen del Estado y de instituciones como los Establecimientos de Salud y el propio SIS. Los casos más frecuentes se relacionan al acceso de gestantes y niños, además de personas que

requieren procedimientos quirúrgicos, quienes a pesar de poder acceder según el proceso de afiliación regular, son sorprendidos e informados que “para facilitarles su ingreso al SIS es necesario que realicen un pago adicional”.

Con respecto a la Resolución Jefatural N° 197-2012/SIS que aprueba la norma de cobertura o plan de beneficios del régimen subsidiado del SIS, también es frecuente que se presenten situaciones que vulneran el derecho de los asegurados SIS, en relación a:

Plan de Beneficios

El desconocimiento del plan de beneficios de los asegurados al régimen subsidiado del SIS genera información errada al momento de acudir a los servicios de salud de un Establecimiento, rechazo al requerir la referencia a otro Establecimiento con mayor capacidad resolutive, negativa al momento de solicitar una atención (exceso de atenciones por día, mes o año), incluso por la entrega de medicamentos y/o insumos, o realización de exámenes de apoyo al diagnóstico. En caso de traslados de emergencia, se pierde la oportunidad de que el asegurado SIS sea trasladado a otro Establecimiento para completar su necesidad de atención junto a su familiar, a quien además se le debe reconocer los gastos de alimentación durante el tiempo que dure su estancia hospitalaria. En caso del beneficio de sepelio, existen plazos que cumplir para la presentación de la solicitud de reembolso para el reconocimiento de este derecho.

Exclusiones

Con frecuencia se crean falsas expectativas en los asegurados SIS con relación a la cobertura de problemas causados por accidentes de tránsito, los cuales, como se sabe, son cubiertos por el Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT) o las Asociaciones de Fondos Regionales o Provinciales contra Accidentes de Tránsito (AFOCAT). Estos constituye exclusiones a la cobertura SIS, por tener su propia fuente de financiamiento.

De la misma manera, la cirugía estética o cosmética cuya realización no tiene

como fin recuperar la salud de la persona, es otra de las exclusiones SIS. Entre estos se encuentran la rinoplastia, lipoesculturas, implantes mamarios o de glúteos. En cambio, a pesar de que la válvula ventrículooperitoneal o el marcapaso uni/bicameral son otros tipos de implantes, no se consideran exclusiones, ya que su colocación beneficia los casos de pacientes neuroquirúrgicos y cardíacos, respectivamente.

Otra de las exclusiones son las atenciones fuera del territorio nacional. Por ello, el SIS garantiza la cobertura y financiamiento a través de las Redes de Establecimientos de Salud del Ministerio de Salud, a nivel nacional.

Gratuidad de la atención

A pesar que corresponde un subsidio al 100% a los afiliados al régimen subsidiado del SIS, que incluye el reconocimiento total de los gastos por atención, actividades preventivo promocionales, recuperativas y de rehabilitación, las dificultades en la gestión de los Establecimientos de Salud o sus Unidades Ejecutoras afectan la disponibilidad de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios. Los resultados son farmacias desabastecidas, laboratorios insuficientemente implementados, e incluso oferta insuficiente para la creciente demanda de servicios de salud (personal que no cubre todos los turnos establecidos). En algunos casos, coexisten en un mismo Establecimiento una Farmacia SIS para asegurados SIS y una Farmacia No SIS para pacientes que acuden por demanda. La falta de medicamentos en la primera, ocasiona que el asegurado SIS termine comprando medicamentos en la Farmacia No SIS del mismo establecimiento de Salud, traduciéndose esto en un cobro indebido.

Consideramos que es esencial el conocimiento de ambas normas por parte del personal que labora en los Establecimientos de Salud, no solo en trabajo administrativo, sino principalmente el personal asistencial que tiene mayor contacto con el usuario:

En cuanto a la afiliación, para no limitar el acceso al aseguramiento en salud solicitando mayores requisitos que los indicados en la norma, orientar adecuadamente al usuario que busca información, dirigirlo a tramitar su

Documento Nacional de Identidad (afiliación regular), o su acreditación como grupo poblacional determinado por norma expresa (afiliación directa o directa temporal), según corresponda, y brindarle la información relacionada.

Y respecto a la cobertura, para garantizar la provisión integral, oportuna y de calidad de las atenciones incluidas en el plan de beneficios correspondiente, asegurando su gratuidad por ser financiada con el subsidio del estado, así como orientar en el trámite de la autorización respectiva en caso se requiera.

En contraparte, el desconocimiento y/o no aplicación de las normas citadas repercutirá en el usuario, vulnerando su derecho en salud, afectando su percepción de la calidad de atención, además de su estado de salud física y emocional.

Se debe considerar además, la afectación económica en el usuario, sobre todo tomando en cuenta que la población más vulnerable se encuentra en los quintiles de pobreza I y II, a la cual por derecho le corresponde el seguro de salud subsidiado por el estado, pero que muchas veces por desconocimiento, poca o nula accesibilidad e incluso por falta de equidad no obtienen, incrementando su gasto de bolsillo (Petrera, 2009) al momento de presentar alguna necesidad en salud, afectando su desarrollo como persona, como familia y como parte de la sociedad.

Es importante resaltar que es el mismo usuario quien actúa como replicador en su grupo familiar, laboral y entorno social, por lo que estaría contribuyendo a viabilizar el aseguramiento universal.

El desconocimiento de la parte normativa en cuanto a acceso a la atención (cobertura y derecho a la afiliación) también implicará afectación en el propio Establecimiento de Salud, porque según Decreto Legislativo 1158, (2013, p.2), la Superintendencia Nacional de Salud es la encargada de promover y proteger el derecho de la persona al acceso a los servicios de salud, en cumplimiento de las disposiciones normativas vigentes a través de la vigilancia y control no solo de los que financian la atención, sino también de quienes la brindan, a través de la supervisión de los procesos asociados a la calidad, oportunidad, disponibilidad y aceptabilidad en la prestación de los servicios de salud.

1.3. Justificación

Teórica

El presente trabajo se realizó buscando determinar el nivel de conocimiento de las normas de afiliación y cobertura del SIS por parte del personal que labora en el Centro de Salud I-4 Castilla – Piura, considerando que los procedimientos descritos en las normas citadas contemplan situaciones cotidianas que no deben limitar la atención gratuita, oportuna y de calidad.

Práctica

La presente investigación es viable, con grandes posibilidades de aplicarla en otros ámbitos jurisdiccionales, interesante y útil para el gestor que busca convertir su Establecimiento, Microrred, Red de Salud, Unidad Ejecutora y DISA/DIRESA en modelo del aseguramiento universal en salud, a través de trabajadores a su cargo debidamente informados, responsables, conocedores de los deberes y derechos en salud.

Metodológica

Se trabajó con este Establecimiento por tratarse de una institución de salud ubicada en una zona accesible a la investigación, perteneciente al primer nivel de atención, siendo esta la principal puerta de ingreso de la atención ambulatoria y de emergencia, además de podernos acercar a la idiosincrasia nacional.

La disponibilidad de información estadística, del personal y la afluencia regular de pacientes fueron los principales motivos para poder realizar la investigación en dicha sede, para lo cual, una vez obtenido el tamaño muestral, se aplicó el instrumento detallado en el Anexo 2.

Legal

La realización del presente trabajo permitió identificar puntos críticos entre el personal del Establecimiento de Salud sobre los cuales intervenir, con el fin de cumplir con las responsabilidades de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) como actores del aseguramiento universal, teniendo en cuenta que es competencia de la Superintendencia Nacional de Salud la supervisión, regulación y sanción a las IPRESS y IAFAS públicas, privadas y

mixtas. Y más aún, cuando la afectación por infracciones va desde obligaciones económicas hasta el cierre temporal o definitivo de la institución intervenida.

1.4. Planteamiento del Problema

Durante los últimos años, hemos sido testigo de reportajes en la prensa escrita, radial y televisiva, relacionados a la negativa de atención de las personas que requieren cuidados preventivos, recuperativos o de rehabilitación, vulnerando su derecho constitucional a la salud.

El derecho a la salud se ha convertido en un tema de debate en muchos países, que involucran diferentes opiniones políticas, ideológicas, e incluso relacionadas a otros intereses que van más allá de la propia condición humana. Actualmente existe la concepción de Cobertura Universal en Salud y de Aseguramiento Universal. La primera, en base a un aseguramiento que provea un paquete mínimo de servicios, y la segunda, a alcanzarlo a través de un sistema público, único y gratuito de salud que garantice el acceso de todos frente a la misma necesidad. (Asa, 2016, p.1)

Actualmente, la ciudad de Medellín (Colombia) está próxima a lograr el aseguramiento universal, ya que en el 2012, contaba con 96% de cobertura de afiliación, de la cual 25% corresponde al régimen subsidiado (Atehortúa y Palacio, 2015).

Uruguay también progresó hacia el aseguramiento universal en el marco de su reforma de salud iniciada el 2008, a través de cambios en su modelo de gestión, atención y financiamiento, con dos herramientas para su implementación y sostenibilidad: el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) como expresión organizativa y funcional de la red asistencial público privada de servicios y el Fondo Nacional de Salud (FONASA) para el financiamiento a través de fondos conjuntos en un seguro público obligatorio. Estos cambios, junto con la reforma tributaria y la nueva matriz de protección social en base a la redistribución de los ingresos y la estrategia de justicia social, equidad y desarrollo sostenible, surgieron como respuesta a la necesidad de protección social de los sectores identificados como altamente vulnerables.

En el caso del Perú, la prioridad nacional está encaminada a lograr la cobertura universal en salud, a través del aseguramiento universal, con el compromiso del estado a través de sus leyes. El Seguro Integral de Salud es financiado con presupuesto público y en menor grado, de cooperantes internacionales, dirigido originalmente a grupos poblacionales vulnerables y en situación de pobreza y extrema pobreza. En 2012, el aseguramiento en salud alcanzó al 73% de la población, duplicando el porcentaje de afiliación de la década previa. Este crecimiento constituye uno de los más dinámicos de la región de las Américas (OMS, 2015). En el año 2013, inició el proceso de reforma en salud, que tiene como retos lograr incrementar el financiamiento público, aumentar la carga y riesgo de enfermedades transmisibles y las crónicas no transmisibles, y articular políticas para el logro de metas de desarrollo que aborden el curso de la vida desde la prevención del embarazo adolescente hasta la salud del adulto mayor.

A pesar de los intentos del gobierno por acercar a la población a la atención en salud preventiva y no sólo recuperativa, persiste la poca información que llega al usuario de los servicios de salud acerca de la cultura de aseguramiento. Y más aún, cuando siendo asegurados del Seguro Integral de Salud (SIS), con beneficio del subsidio total por parte del estado, sufren maltrato en forma de una atención parcial o cobros indebidos que transgreden su derecho a una atención oportuna, gratuita y de calidad

Según el Reporte de la Superintendencia Nacional de Salud al mes de Diciembre 2016, la población nacional estimada según INEI es de 31'488,625 habitantes, y de ellos, 26'485,716 de personas cuentan con seguro de salud, que equivale a 84.11%, de los cuales 16,'930,623 corresponden al Seguro Integral de Salud (63.92% del total de asegurados).

A nivel de la DIRESA Piura, la Región cuenta con una población estimada de 1'858,617 habitantes a Diciembre 2016, de los cuales 86.74% cuenta con seguro de salud (Afiliados AUS), correspondiendo 61.21% al Seguro Integral de Salud o SIS (Superintendencia Nacional de Salud, 2016).

El Centro de Salud I-4 Castilla perteneciente a la Red de Salud Piura, es uno

de los de mayor volumen de atención y mayor afluencia de pacientes, además, por la capacidad resolutive que ofrece, realiza atenciones preventivo promocionales y recuperativas, participando activamente del proceso de incorporación de usuarios al aseguramiento a través del Seguro Integral de Salud, además de comportarse como anillo de contención en casos de partos eutócicos e infecciones respiratorias y digestivas no complicadas, las más frecuentes causas de morbilidad en la región.

Según datos estadísticos del cubo de asegurados SIS, a Diciembre 2016 la Región Piura contaba con 1'148,207 asegurados SIS, de los cuales 1'137,207 corresponden al régimen subsidiado (99.04%) y el resto al régimen semicontributivo (0.96%).

Asimismo, durante el año 2016 el Centro de Salud I-4 Castilla atendió 9,747 asegurados, con una producción de 20,562 atenciones, según base de datos del SIS (SIS, 2017).

No obstante, tal como lo reportan los medios a nivel nacional, en esta jurisdicción también existe vulneración del derecho a la salud, desde la poca información al paciente o su familia, hasta la demora o negativa al momento de brindar una atención.

1.4.1. Formulación del problema

Problema General:

¿Cuál es el nivel de conocimiento de las normas relacionadas al régimen subsidiado del Seguro Integral de Salud de los trabajadores del Centro de Salud I-4 Castilla – Piura, durante el periodo Enero a Marzo 2017?

Problemas Específicos:

¿Cuál es el nivel de conocimiento de la norma de la dimensión Afiliación al régimen subsidiado del Seguro Integral de Salud Resolución Jefatural N° 126-2015/SIS de los trabajadores del Centro de Salud I-4 Castilla - Piura, durante el periodo Enero a Marzo 2017?

¿Cuál es el nivel de conocimiento de la norma de la dimensión Cobertura del régimen subsidiado del Seguro Integral de Salud Resolución Jefatural N° 197-2012/SIS de los trabajadores del Centro de Salud I-4 Castilla - Piura, durante el periodo Enero a Marzo 2017?

1.5. Objetivos

Objetivo General:

Determinar el nivel de conocimiento de las normas relacionadas al Seguro Integral de Salud de los trabajadores del Centro de Salud I-4 Castilla - Piura, durante el periodo Enero a Marzo 2017

Objetivos Específicos:

Conocer el nivel de conocimiento de la norma de la dimensión Afiliación al régimen subsidiado del Seguro Integral de Salud Resolución Jefatural N° 126-2015/SIS de los trabajadores del Centro de Salud I-4 Castilla - Piura, durante el periodo Enero a Marzo 2017.

Conocer el nivel de conocimiento de la norma de la dimensión Cobertura del régimen subsidiado del Seguro Integral de Salud Resolución Jefatural N° 197-2012/SIS de los trabajadores del Centro de Salud I-4 Castilla - Piura, durante el periodo Enero a Marzo 2017.

II. Marco Metodológico

2.1 Variable

V Nivel de Conocimiento de las Normas relacionadas al Seguro Integral de Salud

Definición Conceptual: Hace referencia básicamente a:

La Resolución Jefatural N° 126-2015/SIS que aprueba la Directiva Administrativa N° 001-2015-SIS/GA-V.01, "Directiva Administrativa que regula el Proceso de afiliación al Régimen de Financiamiento Subsidiado del Seguro Integral de Salud", la cual establece los requisitos mínimos para la afiliación al régimen de financiamiento subsidiado del SIS, los tipos de afiliación y la población objetivo, además del derecho a la gratuidad en la atención. (MINSAs. 2015)

La Resolución Jefatural N°197-2012/SIS, que aprueba la Directiva Administrativa N° 003-2012-SIS-GREP "Directiva que Regula la Cobertura Prestacional del Régimen de Financiamiento Subsidiado del Seguro Integral de Salud", la misma que establece la cobertura y exclusiones de los asegurados al régimen subsidiado del SIS, además del derecho a la gratuidad en la atención.

Definición Operacional

Es la noción de conceptos sobre Afiliación y Cobertura de los asegurados al régimen Subsidiado del Seguro Integral de Salud que tiene el personal que labora en el Establecimiento de Salud encuestado, medido a través del conocimiento de la Norma de Afiliaciones y la Norma de Cobertura, aplicando el instrumento de preguntas de escala dicotómica.

2.2 Operacionalización de Variable

Tabla 1

Matriz de Operacionalización de Variable Nivel de Conocimiento de Normas relacionadas al SIS.

Dimensiones	Indicadores	Items	Escala	Niveles o rangos
	Requisitos de afiliación	1,2,3 y 4		
Afiliación al régimen subsidiado del SIS	Prioridad de afiliación	5,6 y 7	Nominal Si No	Bajo (6-13)
	Derecho a la afiliación	8 y 9		Medio (14-15)
Cobertura del régimen subsidiado del SIS	Plan de beneficios	10, 11, 12, 13 y 14		Alto (16-19)
	Exclusiones	15, 16 y 17	Nominal Si No	
	Gratuidad de la atención	18, 19 y 20		

Fuente: Resolución Jefatural N° 126-2015/SIS y Resolución Jefatural N° 197-2012/SIS

Nota: El rango que se considera está en base al puntaje obtenido en la aplicación del instrumento (dato estadístico)

2.3 Metodología

El presente trabajo utilizó el método de investigación deductivo, el cual se basa en la teoría, general y lo aplicamos a lo particular. El método lógico deductivo es cuando va de algo general a lo particular, es decir, de las normas y teoría a los datos específicos (Hernández, 2014, p.11).

2.4 Tipo de Estudio

El presente trabajo es un estudio de tipo básico, que según Sánchez y Reyes (2006) “busca nuevos conocimientos y nuevos campos de investigación sin un fin práctico específico e inmediato” (p.222). Este trabajo es de enfoque cuantitativo, porque según Hernández et al. (2014), en la investigación cuantitativa los planteamientos a investigar “son específicos y delimitados desde el inicio (...), las hipótesis se establecen previamente, esto es, antes de recolectar y analizar los datos. La recolección de los datos se fundamenta en la medición y el análisis en procedimientos estadísticos” (p.20).

2.5 Diseño de Investigación.

El presente trabajo es de diseño No experimental, pues la investigadora no hizo uso de la manipulación para estudiar a la variable. Es descriptivo y según Hernández et al. (2014), el diseño descriptivo recolecta “datos sobre cada una de las categorías, conceptos, variables (...) y reportan lo que arrojan esos datos; cuando además describen vinculaciones y asociaciones entre categorías, conceptos, variables (...) son correlacionales” (p.165). El presente trabajo recolecta información de la variable de estudio: Nivel de Conocimiento de las normas relacionadas al Seguro Integral de Salud del Centro de Salud I-4 Castilla – Piura, 2017.

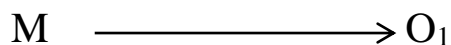


Figura 1 Esquema de diseño de Investigación

Donde M1 es la muestra y O1 la variable.

Es de tipo No Experimental Transversal, porque no se manipulan las variables, sino que se muestran tal como se observan. Además, es de tipo Transversal porque se aplicó un instrumento en una sola oportunidad, por lo que según el alcance temporal, en terminos de Hernández et al. (2014) los diseños transeccionales o transversales realizan observaciones en un momento único en el tiempo (p.165)

2.6 Población, muestra y muestreo

Población: Para el presente trabajo para medir la variable Nivel de Conocimiento de las normas relacionadas al Seguro Integral de Salud, comprendió 154 trabajadores pertenecientes al Centro de Salud I-4 Castilla - Piura, jurisdicción de la Dirección Regional de Salud Piura, durante el periodo Enero a Marzo del 2017. Este es el “conjunto de todos los casos que concuerdan con una serie de especificaciones” (Hernández et al., 2014, p.174). Dichas especificaciones son descritas en los criterios de inclusión y exclusión.

Para medir la variable Nivel de Conocimiento de las Normas relacionadas al Seguro Integral de Salud se aplicaron los siguientes criterios:

Tabla 2

Población de estudio

Ambiente de trabajo	Poblacion
Consultorio	56
Admisión	6
Caja	6
Emergencia/Tópico	29
Laboratorio/Rayos X	9
Archivo	3
Farmacia	8
Seguros	8
Otros	29
TOTAL	154

Fuente: Área de Recursos Humanos del Centro de Salud I-4 Castilla.

Criterios de Inclusión:

Personal que labora en el Centro de Salud I-4 de Castilla – Piura de Enero a Marzo 2017.

Con cualquier modalidad de contrato.

Con antigüedad mínima de 6 meses al periodo de evaluación.

Que realiza labor asistencial en Consultorio de Medicina General y Especializada, Enfermería, Obstetricia, Tópico, Emergencia, Farmacia, Laboratorio y Radiodiagnóstico.

Que realiza labor administrativa en Admisión, Caja, Unidad/Oficina de Seguros, Archivo, Administración.

Criterios de Exclusión:

Personal que labora en otro Establecimiento de Salud

Personal con contrato reciente (menor de 3 meses al periodo de evaluación) y/o que se encuentre en periodo de prueba.

Personal que realiza actividades en otros servicios.

Muestra: El tamaño de muestra se calculó con la siguiente fórmula:

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

Donde:

Z=1.96 (para el nivel de confianza del 95%)

e=0.05 (error de estimación)

N=150 (tamaño de población)

p=0.50

Reemplazando:

$$n1 = \frac{(1.96)^2 0.50 (1-0.50) 154}{0.05^2 (154-1) + (1.96)^2 0.5 (1-0.5)} = 111.14$$

La muestra estuvo conformada por 112 trabajadores del Centro de Salud I-4 Castilla, durante el periodo Enero a Marzo 2017. Ellos constituyeron un “subgrupo representativo de la población de interés sobre el cual se recolectan datos, definida con precisión”. (Hernández et al., 2010, p.173).

Tabla 3

Muestra de estudio

Ambiente de trabajo	Muestra
Consultorio	49
Admisión	4
Caja	3
Emergencia/Tópico	20
Laboratorio/Rayos X	1
Archivo	0
Farmacia	6
Seguros	7
Otros	22
TOTAL	112

Muestreo: La muestra fue seleccionada por muestreo no probabilístico por conveniencia. Hernandez (2010, p. 179)

2.7 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

La técnica empleada para la presente investigación es la encuesta que es una manera de recoger datos. (Martinez, 2011, p.36), dicha técnica es una de las estrategias de recolección de datos más conocida y practicada.

El instrumento indicado para realizar una encuesta es el Cuestionario, el cual se define como un instrumento que permite conocer la opinión de un encuestado referente a un tema. (Hernandez, 2014, p.237)

Para el estudio, se elaboró un instrumento basado en indicadores relacionados a la variable en estudio: Nivel de Conocimiento de las normas relacionadas al Seguro Integral de Salud en el Centro de Salud I-4 Castilla 2017,

teniendo como base la Resolución Jefatural N° 126-2015/SIS que aprueba la Directiva Administrativa N° 001-2015-SIS/GA-V.01, Directiva Administrativa que regula el Proceso de afiliación al Régimen de Financiamiento Subsidiado del Seguro Integral de Salud y la Resolución Jefatural N°197-2012-SIS, que aprueba la Directiva Administrativa N° 003-2012-SIS-GREP Directiva que reglamenta la Cobertura Prestacional del Régimen de Financiamiento Subsidiado del SIS. A través de la aplicación de este instrumento se obtuvo información del grupo estudiado.

Ficha Técnica de la Encuesta

Nombre	Cuestionario para medir el Nivel de conocimiento de las normas relacionadas al Régimen Subsidiado del Seguro Integral de Salud.
Autor	Resolución Jefatural N° 126-2015/SIS y Resolución Jefatural N° 197-2012-SIS, 2012.
Año	2017
Objetivo	Obtener el Nivel de conocimiento sobre las Normas del régimen subsidiado del Seguro Integral de Salud en sus dimensiones de Afiliación y Cobertura.
Materiales	Manual, cuadernillo de preguntas y hoja de respuesta
Administración	: Individual, al personal administrativo y asistencial que labora en el Centro de Salud I-4 Castilla – Piura durante el periodo Enero a Marzo 2017.
Areas	: Respecto al Normas relacionadas al Seguro Integral de Salud, comprende: Sobre Afiliaciones, la cual establece los requisitos mínimos para la afiliación al régimen de financiamiento subsidiado del SIS, los tipos de afiliación y la población objetivo, además del derecho a la afiliación. (Resolución Jefatural N° 126-2015/SIS, 2015) Sobre Cobertura, la misma que establece la cobertura y

exclusiones de los asegurados al régimen subsidiado del SIS, además del derecho a la gratuidad en la atención. (Resolución Jefatural N°197-2012-SIS, 2012)

Características

: Conocimiento de las normas relacionadas al Seguro Integral de Salud: considera 9 ítems para medir lo correspondiente a la norma sobre Afiliación al régimen subsidiado del SIS y 11 ítems acerca de la norma sobre Cobertura, con puntaje mínimo de 0 y máximo de 20. A mayor puntaje, denota mayor conocimiento de las normas citadas.

El tiempo máximo para la aplicación del instrumento será de 30 minutos.

Para facilitar la realización de dicha encuesta, se mantendrá bajo reserva la identidad del participante, pero incluirá que identifique el área de trabajo o servicio al que pertenece, para fines del presente trabajo de investigación.

Calificación e interpretación: Se asignará la puntuación 0 (cero) por cada respuesta incorrecta, y la puntuación 1 (uno) por cada respuesta correcta.

La respuesta “Desconozco” será puntuada con valor 0 (cero), y se tomará en cuenta para las formulación de las recomendaciones que se realicen en el trabajo de investigación.

La respuesta “No aplica” será puntuada con valor 1 (uno). Los resultados serán mostrados en tablas y gráficos correspondientes.

Validez y Confiabilidad

Validez

Para su validación, ambos instrumentos fueron sometidos a juicio de expertos, quienes determinaron su aplicación, siendo los siguientes:

Tabla 4

Validación por Juicio de Expertos.

	Nombre del Experto	DNI	Calificación
1	Dra. Juana Yris Díaz Mujica	09395072.	Aplicable
2	Mg. Carmen María del Pilar Meléndez García	06599223.	Aplicable
3	Mg. Jaime Enrique Juárez Cossio	08122446	Aplicable

Confiabilidad:

Para la validez del instrumento sobre el Nivel de conocimiento de la normatividad relacionada al Seguro Integral de Salud se utilizó Kr-20, mide fiabilidad de instrumentos con respuestas Dicotómicas.

$$r = \frac{K}{K-1} \left[1 - \frac{\sum_{i=1}^K p_i q_i}{\sigma_X^2} \right]$$

Figura 2 Formula para hallar Confiabilidad con KR-20

Donde: p es la proporción de respuestas correctas, q es la proporción de respuestas incorrectas. K. constante.

Tabla 5

Fiabilidad del Instrumento Nivel de Conocimientos de Normas SIS

KR-20	Resultado
20	0.803

Los resultados muestran un 0.803, siendo una confiabilidad adecuada.

2.8 Métodos de análisis de datos

Se utilizó el programa SPSS v.21 que nos permitió obtener las tablas con porcentajes, frecuencias, media y desviación estándar.

2.9 Consideraciones éticas

Para facilitar la realización del cuestionario, se mantuvo bajo reserva la identidad de los participantes.

El cuestionario incluyó que identifique el área del Establecimiento de Salud al que pertenece. Los datos que se incluyeron en el presente proyecto de investigación son de propiedad de la autora y sólo podrán ser reproducidos bajo su consentimiento.

III. Resultados

3.1 Estadística Descriptiva

Tablas de frecuencia

Tabla 6

Personal encuestado según Ambiente de trabajo

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Admisión	4	3,6	3,6	3,6
Caja	3	2,7	2,7	6,3
Consultorio	49	43,8	43,8	50,0
Emergencia/Tópico	20	17,9	17,9	67,9
Farmacia	6	5,4	5,4	73,2
Laboratorio/Rayos X	1	,9	,9	74,1
Otros	22	19,6	19,6	93,8
Seguros	7	6,3	6,3	100,0
Total	112	100,0	100,0	

Fuente: Datos obtenidos de la encuesta.

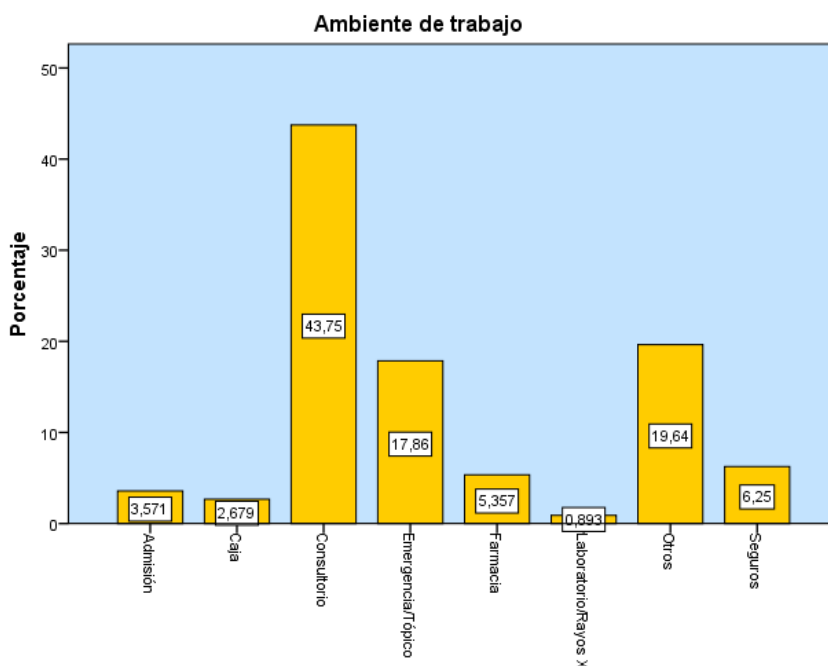


Figura 3: Personal encuestado según Ambiente de trabajo.

Interpretación

De la encuesta aplicada se tiene que el 47.75% pertenece al ambiente de consultorio, el 17.86% al ambiente de emergencias / tópico, el 6.25% al ambiente de seguros, el 3.571% am ambiente de admisión, el 5.357% al ambiente de farmacia, el 2.679% al ambiente caja y el 0.893% al ambiente de laboratorio/rayos X. Un 19.64% es de otros ambientes de trabajo.

Tabla 7

Nivel de conocimiento de las normas relacionadas al Seguro Integral de Salud

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Bajo	43	38,4	38,4	38,4
Medio	37	33,0	33,0	71,4
Alto	32	28,6	28,6	100,0
Total	112	100,0	100,0	

Fuente: Datos obtenidos de la encuesta.

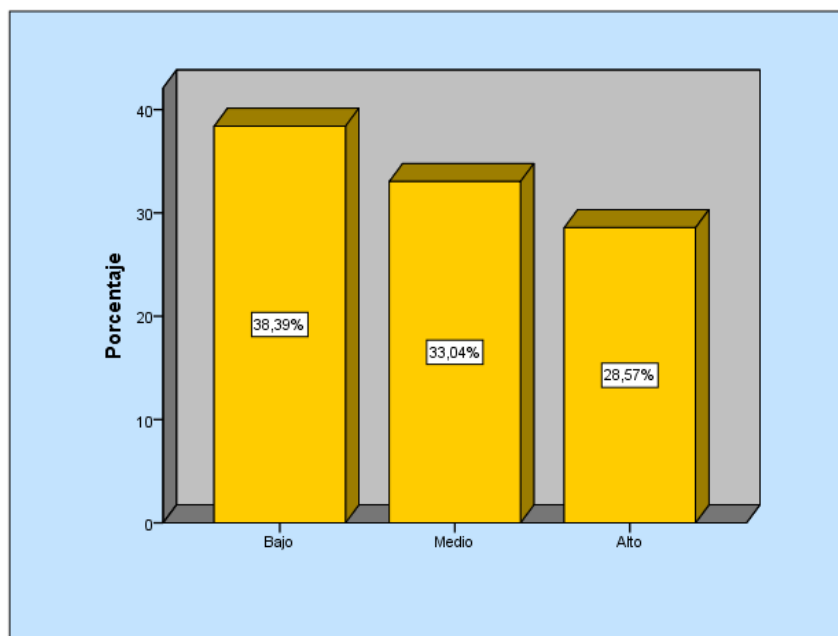


Figura 4. Nivel de conocimiento de las normas relacionadas al Seguro Integral de Salud

Interpretación

De la encuesta aplicada al personal que labora en el Centro de Salud I-4 Castilla – Piura se tiene que el 38.39% tiene un nivel bajo en relación al conocimiento de las normas relacionadas al Seguro Integral de Salud, el 33.04% tiene un nivel medio en relación al conocimiento de las normas relacionadas al Seguro Integral de Salud es medio y el 28.57% tiene un nivel alto en relación al conocimiento de las normas relacionadas al Seguro Integral de Salud es alto.

Tabla 8
Ambiente de trabajo vs Nivel de conocimiento de las normas relacionadas al Seguro Integral de Salud

Recuento		Nivel de conocimiento de las normas relacionadas al Seguro Integral de Salud			Total
		Bajo	Medio	Alto	
Ambiente de trabajo	Admisión	1	1	2	4
	Caja	1	2	0	3
	Consultorio	24	8	17	49
	Emergencia/Tópico	5	11	4	20
	Farmacia	2	2	2	6
	Laboratorio/Rayos X	0	1	0	1
	Otros	10	7	5	22
	Seguros	0	5	2	7
Total		43	37	32	112

Fuente: Datos obtenidos de la encuesta.

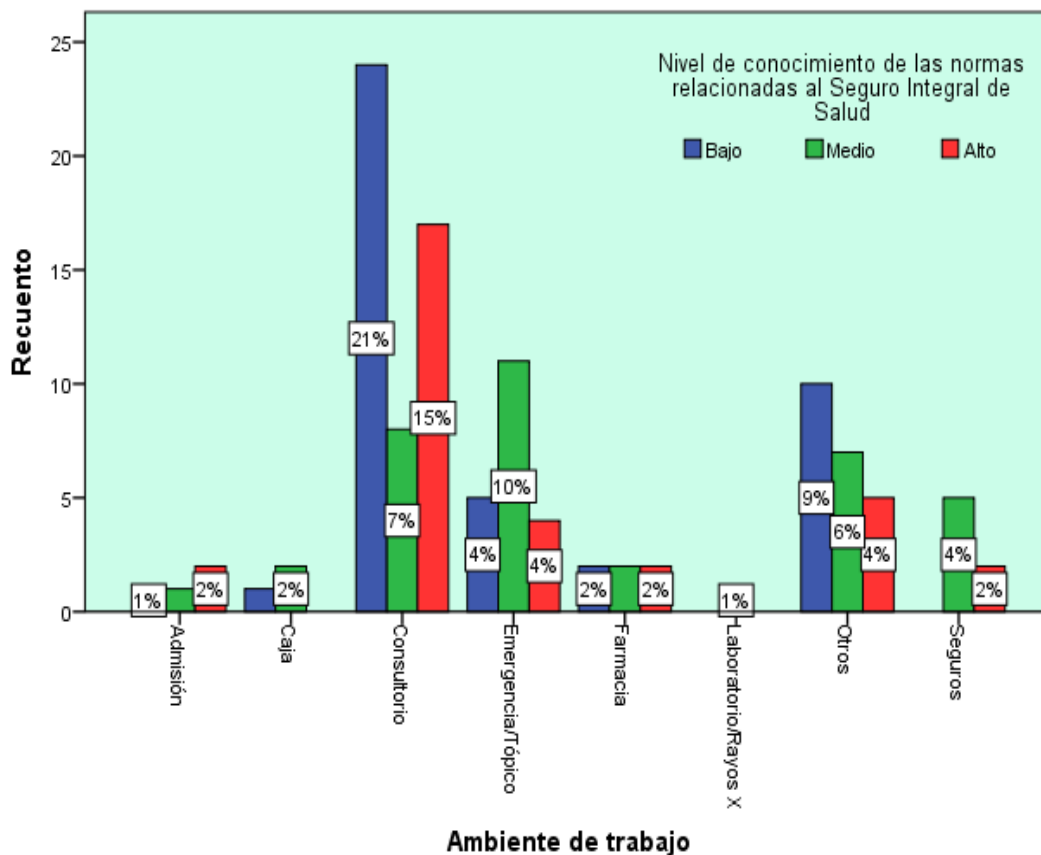


Figura 5. Ambiente de trabajo vs Nivel de conocimiento de las normas relacionadas al Seguro Integral de Salud

Interpretación

De la encuesta aplicada al personal que labora en el Centro de Salud I-4 Castilla – Piura se tiene que del área de Admisión, 1 tiene nivel bajo en relación al conocimiento de las normas relacionadas al Seguro Integral de Salud, 1 tiene nivel medio en relación al conocimiento de las normas relacionadas al Seguro Integral de Salud y 2 tienen nivel alto en relación al conocimiento de las normas relacionadas al Seguro Integral de Salud; del área de Caja, 1 tiene nivel bajo en relación al conocimiento de las normas relacionadas al Seguro Integral de Salud, 2 tienen nivel medio en relación al conocimiento de las normas relacionadas al Seguro Integral de Salud y 0 tienen nivel alto en relación al conocimiento de las normas relacionadas al Seguro Integral de Salud; del área de Consultorio, 28 tienen nivel bajo en relación al

conocimiento de las normas relacionadas al Seguro Integral de Salud, 8 tienen nivel medio en relación al conocimiento de las normas relacionadas al Seguro Integral de Salud y 17 tienen nivel alto en relación al conocimiento de las normas relacionadas al Seguro Integral de Salud; del área de Emergencia/Tópico, 5 tienen nivel bajo en relación al conocimiento de las normas relacionadas al Seguro Integral de Salud, 11 tienen nivel medio en relación al conocimiento de las normas relacionadas al Seguro Integral de Salud y 4 tienen nivel alto en relación al conocimiento de las normas relacionadas al Seguro Integral de Salud; del área de Farmacia, 2 tienen nivel bajo en relación al conocimiento de las normas relacionadas al Seguro Integral de Salud, 2 tienen nivel medio en relación al conocimiento de las normas relacionadas al Seguro Integral de Salud y 2 tienen nivel alto en relación al conocimiento de las normas relacionadas al Seguro Integral de Salud; del área de Laboratorio/Rayos X, 0 tiene nivel bajo en relación al conocimiento de las normas relacionadas al Seguro Integral de Salud, 1 tiene nivel medio en relación al conocimiento de las normas relacionadas al Seguro Integral de Salud y 0 tiene nivel alto en relación al conocimiento de las normas relacionadas al Seguro Integral de Salud; de Otras áreas, 10 tienen nivel bajo en relación al conocimiento de las normas relacionadas al Seguro Integral de Salud, 7 tiene nivel medio en relación al conocimiento de las normas relacionadas al Seguro Integral de Salud y 5 tienen nivel alto en relación al conocimiento de las normas relacionadas al Seguro Integral de Salud; del área de Seguros, 0 tiene nivel bajo en relación al conocimiento de las normas relacionadas al Seguro Integral de Salud, 5 tiene nivel medio en relación al conocimiento de las normas relacionadas al Seguro Integral de Salud y 2 tienen nivel alto en relación al conocimiento de las normas relacionadas al Seguro Integral de Salud.

Tabla 9
Nivel de Conocimiento de la Norma de Afiliación RJ N° 126-2015/SIS

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Bajo	19	16,96	17,0	17,0
Medio	53	47,32	64,3	65,0
Alto	40	35,71	100,0	100,0
Total	112	100,0		

Fuente: Datos obtenidos de la encuesta.

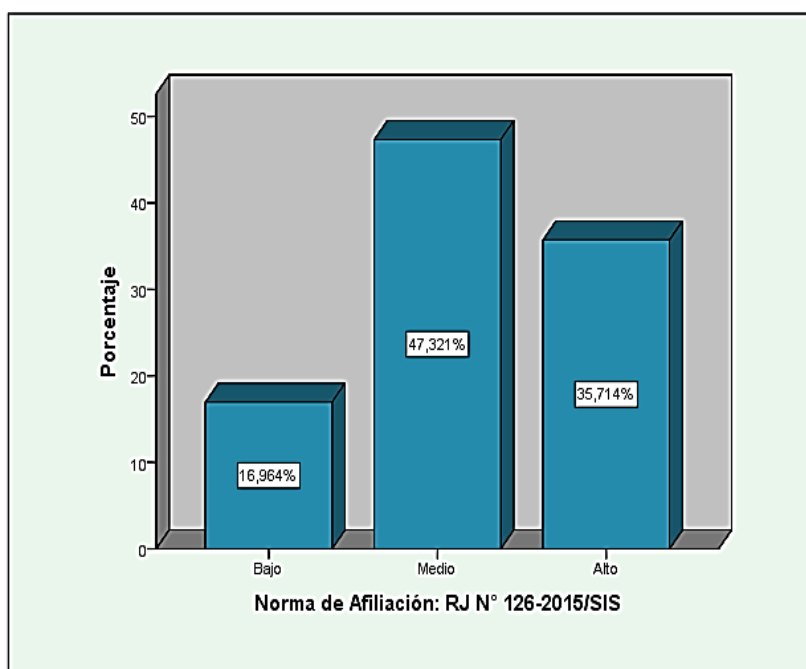


Figura 6. Nivel de conocimiento de la Norma de Afiliación RJ N°126-2015/SIS

Interpretación

De la encuesta aplicada al personal que labora en el Centro de Salud I-4 Castilla – Piura se tiene que el 47.32 % tiene un nivel medio en relación al conocimiento de la norma de afiliación: RJ N° 126-2015/SIS, el 35.71 % tiene un nivel alto en relación al conocimiento de la norma de afiliación: RJ N° 126-2015/SIS y el 16.96 % tiene un nivel bajo en relación al conocimiento de la norma de afiliación: RJ N° 126-2015/SIS.

Tabla 10

Nivel de conocimiento de los Requisitos de afiliación

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Bajo	1	,9	,9	,9
Medio	35	31,3	31,3	32,1
Alto	76	67,9	67,9	100,0
Total	112	100,0	100,0	

Fuente: Datos obtenidos de la encuesta.

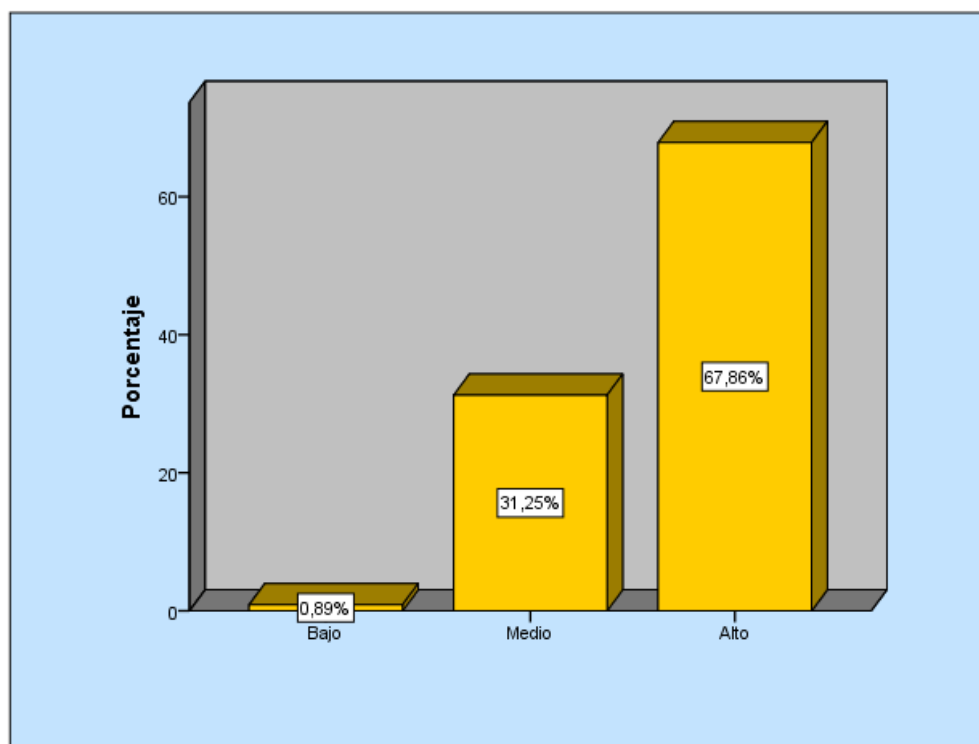


Figura 7 Nivel de Conocimiento de los Requisitos de afiliación.

Interpretación

De las encuesta aplicada se tiene que el 67.86% tiene un nivel de conocimiento alto sobre los requisitos de afiliación, el 31.25% tiene un nivel de conocimiento medio sobre los requisitos de afiliación y el 0.89% tiene un nivel de conocimiento bajo sobre los requisitos de afiliación.

Tabla 11

Nivel de conocimiento de la Prioridad de la afiliación

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Bajo	43	38,4	38,4	38,4
Medio	57	50,9	50,9	89,3
Alto	12	10,7	10,7	100,0
Total	112	100,0	100,0	

Fuente: Datos obtenidos de la encuesta.

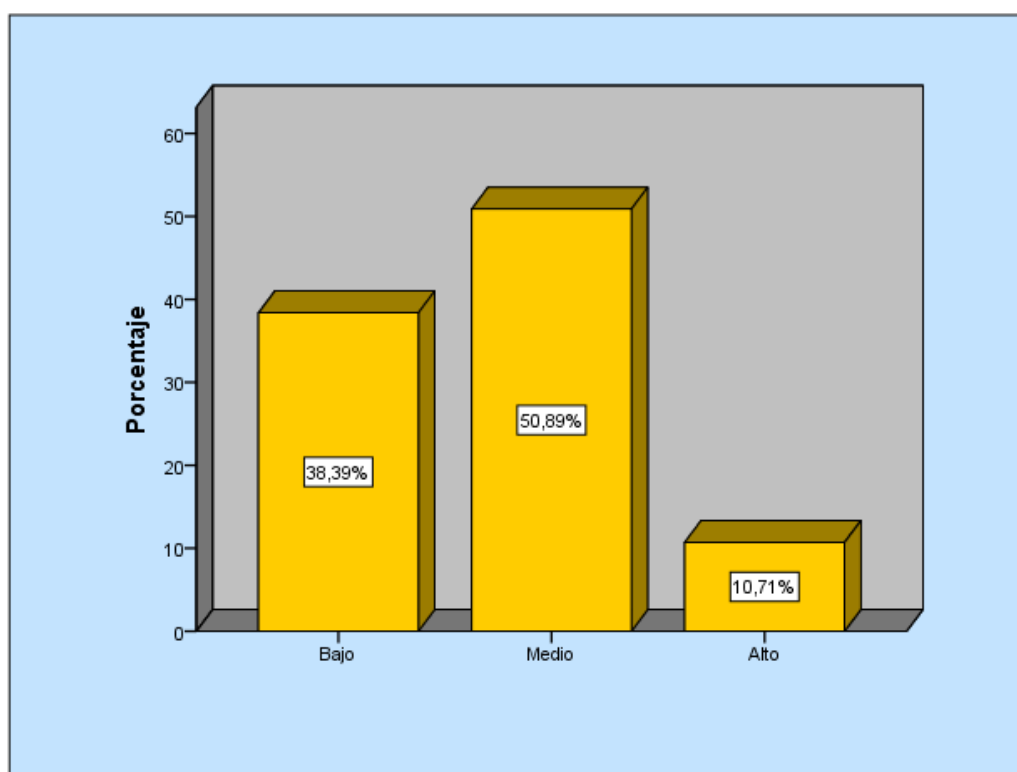


Figura 8 Nivel de conocimiento de la Prioridad de la afiliación.

Interpretación

De las encuesta aplicada se tiene que el 50.89% tiene un nivel de conocimiento medio sobre la prioridad de la afiliación, el 38.39% tiene un nivel de conocimiento bajo sobre la prioridad de la afiliación y el 10.71% tiene un nivel de conocimiento alto sobre la prioridad de la afiliación.

Tabla12

Nivel de conocimiento sobre Derecho a la afiliación.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Bajo	29	25,9	25,9	25,9
Medio	51	45,5	45,5	71,4
Alto	32	28,6	28,6	100,0
Total	112	100,0	100,0	

Fuente: Datos obtenidos de la encuesta.

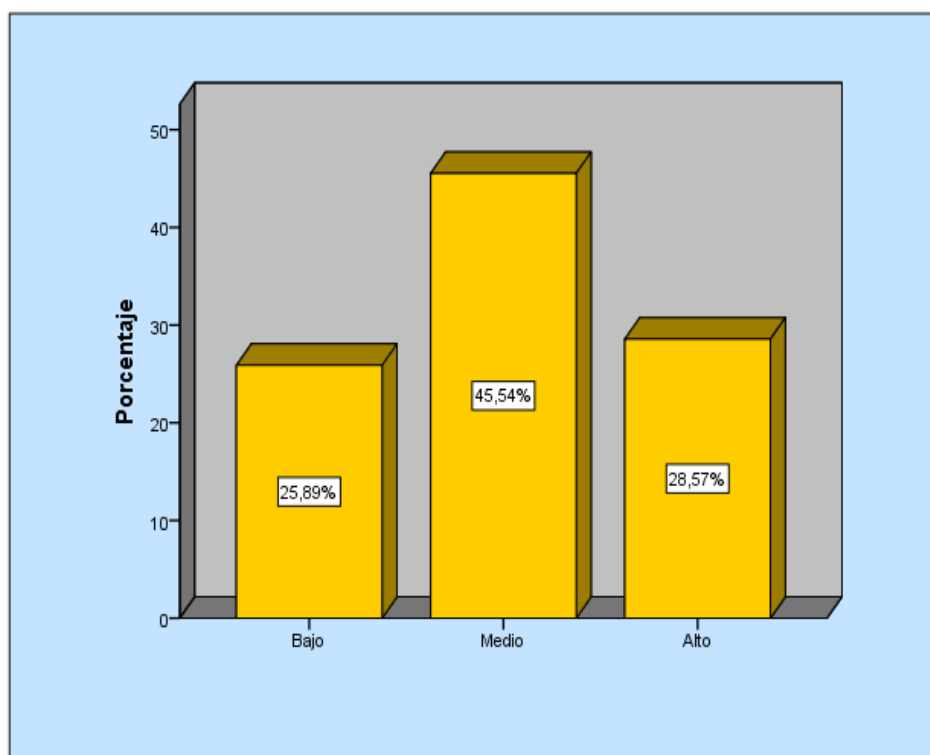


Figura 9: Nivel de conocimiento sobre Derecho a la afiliación.

Interpretación

De las encuesta aplicada se tiene que el 45.54% tiene un nivel de conocimiento medio sobre el derecho a la afiliación, el 28.57% tiene un nivel de conocimiento alto sobre el derecho a la afiliación y el 25.89% tiene un nivel de conocimiento bajo sobre el derecho a la afiliación.

Tabla 13

Nivel de conocimiento de la Norma de Cobertura RJ N° 197-2012/SIS

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Bajo	58	51,70	51,8	51,8
Medio	21	18,74	18,8	70,5
Alto	33	29,46	29,5	100,0
Total	112	100,0	100,0	

Fuente: Datos obtenidos de la encuesta.

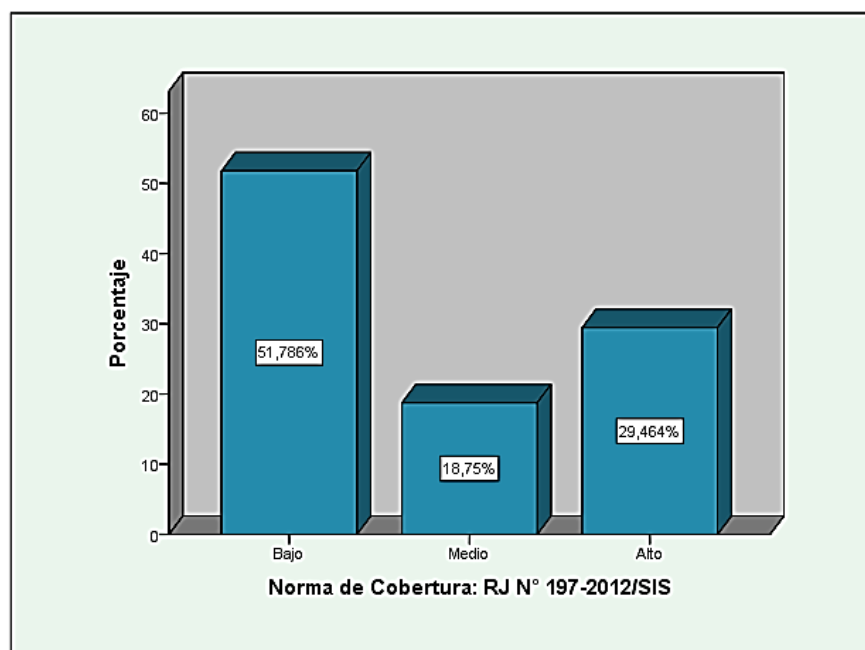


Figura 10 Nivel de conocimiento de la Norma de Cobertura RJ N° 197-2012/SIS

Interpretación

De la encuesta aplicada personal que labora en el Centro de Salud I-4 Castilla – Piura se tiene que el 51.786% tiene un nivel bajo de conocimiento en relación a la norma de cobertura: RJ N° 197-2012/SIS, el 29.464% tiene un nivel alto de conocimiento en relación a la norma de cobertura: RJ N° 197-2012/SIS y el 18.75% tiene un nivel medio de conocimiento en relación a la norma de cobertura: RJ N° 197-2012/SIS.

Tabla 14
Nivel de conocimiento sobre el Plan de beneficios

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Bajo	40	35,7	35,7	35,7
Medio	38	33,9	33,9	69,6
Alto	34	30,4	30,4	100,0
Total	112	100,0	100,0	

Fuente: Datos obtenidos de la encuesta.

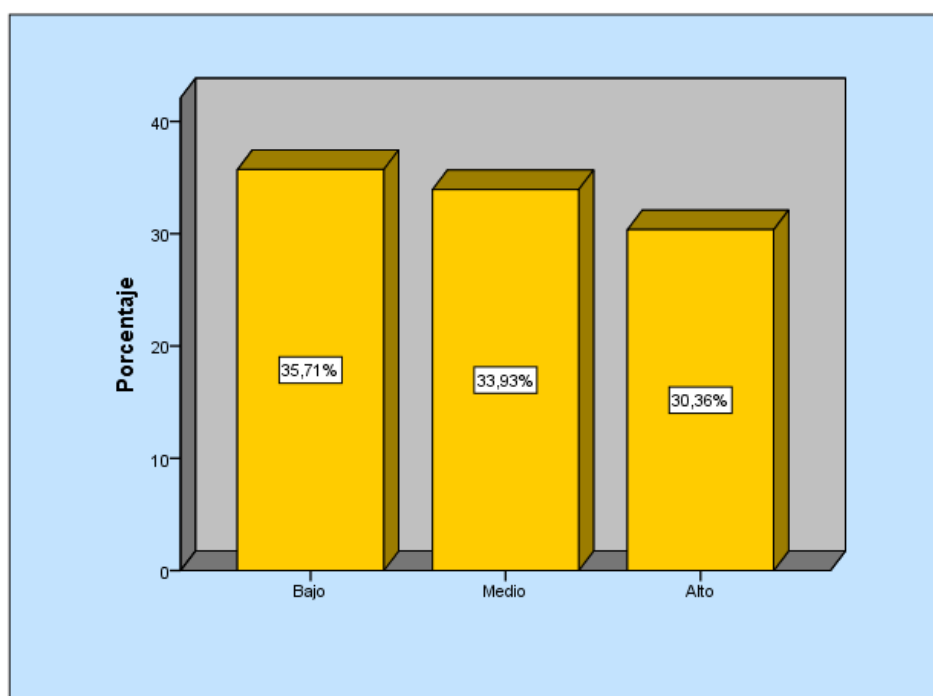


Figura 11 Nivel de conocimiento sobre el Plan de beneficios.

Interpretación

De las encuesta aplicada se tiene que el 35.71% tiene un nivel de conocimiento bajo sobre el plan de beneficios, el 33.93% tiene un nivel de conocimiento medio sobre el plan de beneficios y el 30.36% tiene un nivel de conocimiento alto sobre el plan de beneficios.

Tabla 15
Nivel de conocimiento sobre las Exclusiones al Plan de Cobertura SIS

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Bajo	34	30,4	30,4	30,4
Medio	41	36,6	36,6	67,0
Alto	37	33,0	33,0	100,0
Total	112	100,0	100,0	

Fuente: Datos obtenidos de la encuesta.

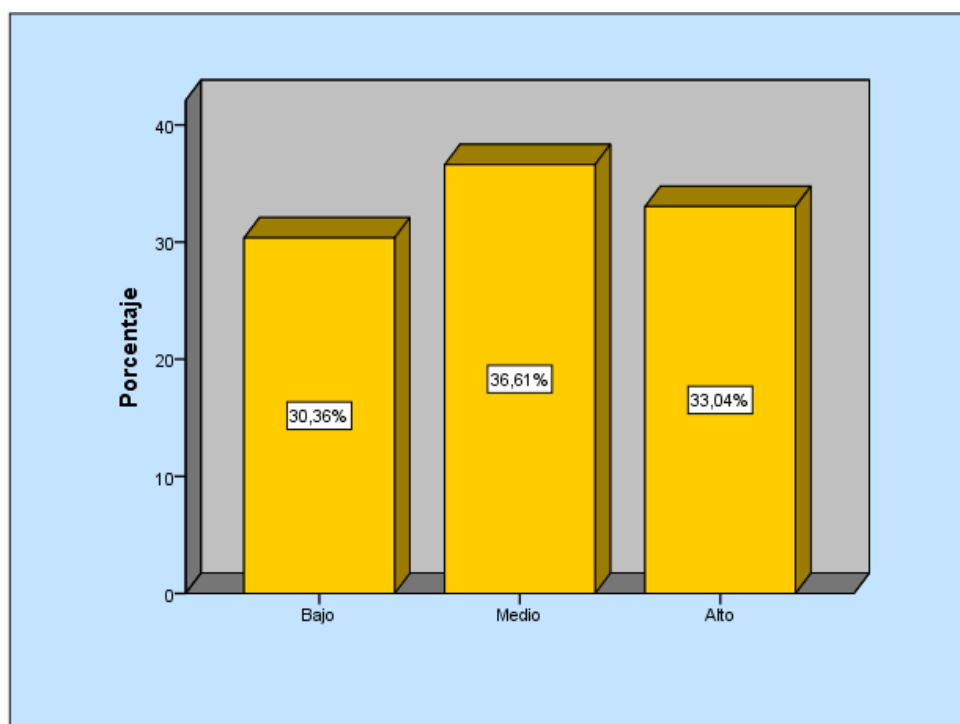


Figura 12 Nivel de conocimiento sobre las Exclusiones al Plan de Cobertura SIS.

Interpretación

De las encuesta aplicada se tiene que el 36.61% tiene un nivel de conocimiento medio sobre las exclusiones, el 33.04% tiene un nivel de conocimiento bajo sobre las exclusiones y el 30.36% tiene un nivel de conocimiento alto sobre las exclusiones.

Tabla 16
*Nivel de conocimiento sobre la Gratuidad de la atención
 relacionada a la cobertura*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Bajo	13	11,6	11,6	11,6
Medio	13	11,6	11,6	23,2
Alto	86	76,8	76,8	100,0
Total	112	100,0	100,0	

Fuente: Datos obtenidos de la encuesta.

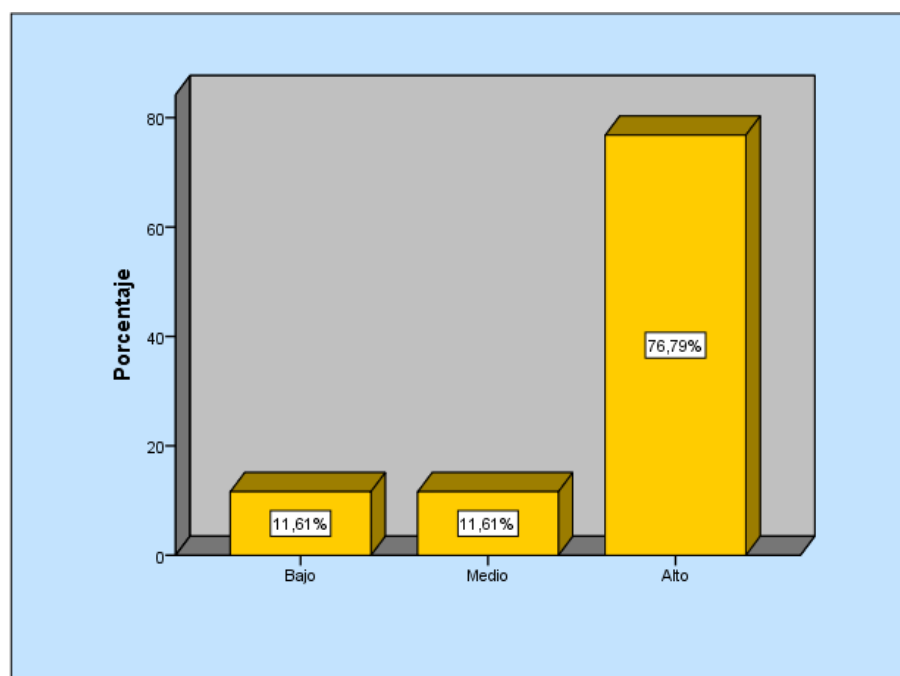


Figura 13 Nivel de conocimiento de la Gratuidad de la atención relacionada a la cobertura

Interpretación

De las encuesta aplicada se tiene que el 76.79% tiene un nivel de conocimiento alto sobre la gratuidad de la atención relacionada a la cobertura, el 11.61% tiene un nivel de conocimiento bajo sobre la gratuidad de la atención relacionada a la cobertura y el 11.61% tiene un nivel de conocimiento medio sobre la gratuidad de la atención en relación a la cobertura.

IV. Discusión

El presente estudio identificó que un porcentaje considerable del personal encuestado mostró medio y alto conocimiento de las normas referentes al Seguro Integral de Salud, lo cual se traduce en personal relativamente informado y preparado para poder satisfacer la demanda de información al momento de ser requerida por parte del usuario de los servicios de salud. Es en estos casos en los que resulta importante no sólo lo que se le dice al usuario, sino la manera en que se hace, a fin de que la información brindada no conlleve a malas interpretaciones.

Asimismo, más de la tercera parte del personal encuestado tiene bajo nivel de conocimiento normativo, esto principalmente por el limitado conocimiento en relación a la norma de cobertura, lo cual está relacionado al plan de beneficios y exclusiones, y en menor proporción en relación a la norma de afiliaciones, es decir en lo que respecta a los requisitos mínimos para afiliación al régimen subsidiado del SIS, la prioridad en la afiliación y el derecho a la gratuidad.

Además, más del 60% de personal encuestado corresponde a personal asistencial que atiende en consultorio, emergencia y/o tópico, y más de 6% en farmacia y/o servicios de apoyo al diagnóstico, es decir que la mayoría de encuestados tiene un trato directo con el usuario en los servicios de salud. Esto es importante porque ellos son quienes brindan la información de primera fuente y contribuyen con la experiencia del paciente en la atención.

El presente trabajo difiere de lo informado por Vélez (2005) acerca de la situación en Colombia, país en el cual para hacer valer el derecho a la salud de la persona es necesario recurrir a acciones de tutela, encontrándose con trámites administrativos burocráticos que no hacen más que desgastar la voluntad del usuario para reclamar su derecho. En nuestro caso, existe el conocimiento de la parte normativa en cuanto al derecho a la salud, y mejor aún, va de la mano con la aplicación que se le brinda a este concepto de derecho, principalmente al momento de informar a la población, y en un segundo momento, con relación a la oportunidad de atención, contribuyendo a la universalidad de la atención en salud. Comparando la situación, resulta alentador el hecho de que el mismo personal del propio Establecimiento sea el que promueva el respeto al derecho a la salud del usuario, y no sólo el propio asegurado, quien muchas veces no tiene conocimiento de sus

deberes y derechos en salud.

Nuestro estudio concuerda con los resultados de Atehortúa y Palacio (2015), en cuanto a que el SIS contribuye de manera positiva en el acceso a los servicios de salud. De acuerdo a nuestro trabajo, esa contribución se relaciona con el conocimiento de los conceptos básicos de la norma vigente por parte del personal del Establecimiento de Salud, con la posibilidad que ellos mismos promuevan el cumplimiento de la norma, además de compartirla con los compañeros de trabajo y en su entorno familiar, ejerciendo ese efecto multiplicador que resulta tan favorable en la gestión de salud.

El estudio de Portocarrero (2013) encontró que el SIS contribuyó a reducir significativamente la barrera económica, facilitando el incremento de la afiliación al SIS durante los años 2007 al 2010. Esto justifica la realización de nuestro estudio, en el cual se identifica el nivel de conocimiento de los conceptos básicos relacionados al SIS por parte del personal del Establecimiento de Salud encuestado, que es el que contribuye activamente en el otorgamiento del derecho a la salud de los usuarios: la desconocimiento de la norma no exime de responsabilidad a quien la incumple, por lo que resulta necesario que además de tomar conocimiento del tema, se aplique en el día a día, tanto al momento de brindar información como al realizar una atención administrativa y/o asistencial.

El presente trabajo concuerda con el estudio de Longaray (2010), en relación a que el SIS sí tiene un impacto favorable en cuanto al acceso del usuario a los servicios de salud. Como se ha mencionado, es importante resaltar que no solo es suficiente conocer la parte normativa en relación a la afiliación y cobertura del SIS, sino poner en práctica lo relacionado a ello.

A pesar de los intentos por difundir la información relacionada a las normas, es limitada a determinadas áreas de trabajo o no llega a todo el personal, lo cual constituye un riesgo al momento de la toma de decisiones respecto a realizarle una afiliación directa, directa temporal o no afiliarle, otorgarle la cobertura de salud, realizar trámites adicionales para su autorización o directamente no cubrirlo.

.Además, la alternativa de no cubrir la atención o parte de ella (atención en otro servicio, entrega de medicamentos e insumos, realización de exámenes de

apoyo al diagnóstico) se relaciona a menudo con el pago para poder obtenerlo. Al realizarse en el mismo establecimiento de salud, constituye un cobro indebido; en caso contrario, por falta de disponibilidad en dicho establecimiento, en muchos casos se recurre a la oferta privada. En ambos casos, incrementa el gasto de bolsillo del usuario que, según el Padrón General de Hogares, pertenece a los segmentos vulnerables de pobreza y/o pobreza extrema.

Es importante considerar que, si bien el derecho del asegurado SIS incluye la gratuidad de la atención, existen dificultades para el cumplimiento en relación a la entrega de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios, es decir, deficiencias en los servicios de farmacia, laboratorio y/o radiodiagnóstico. Ello se relaciona con dificultades en la gestión que puede ocurrir en uno o varios niveles (Establecimiento de Salud, Microrred o Red de Salud, Unidad Ejecutora) al momento de hacer el requerimiento y/o adquisición de productos. A nivel de usuario SIS, esto se traduce en pago por servicios que por derecho le corresponden, teniendo que recurrir a la oferta privada para poder satisfacer su necesidad de salud, incrementando el gasto de bolsillo. Este sería un interesante tema para un próximo trabajo de investigación, en el cual se incluya el punto de vista del usuario SIS.

V. Conclusiones

Primero: el nivel de conocimiento de las normas relacionadas al Seguro Integral de Salud por parte del personal que trabaja en el Centro de Salud I-4 Castilla de Piura es bajo en 38,4% de encuestados, lo cual se pudo calcular a través de tabla de frecuencias. Además, 28,6% de encuestados tienen alto nivel de conocimiento sobre el tema.

Segundo: con relación al nivel de conocimiento de la dimensión Norma de afiliaciones al régimen subsidiado del SIS por parte del personal que trabaja en el Centro de Salud I-4 Castilla de Piura, es medio en 47,32% de encuestados, principalmente en los indicadores de Derecho a la afiliación y Prioridad a la afiliación, con un porcentaje significativo de alto conocimiento sobre todo en el indicador de Requisitos para la afiliación.

Tercero: el nivel de conocimiento de la dimensión Norma de cobertura del régimen subsidiado del SIS por parte del personal que trabaja en el Centro de Salud I-4 Castilla de Piura, es bajo en 51.7% de encuestados, principalmente en el indicador de Plan de beneficios.

VI. Recomendaciones

Primero: A los gestores, desde la Jefatura del Establecimiento de Salud, Microrred, Red de Salud, Unidad Ejecutora y Dirección (Regional) de Salud, crear estrategias que permitan socializar la normatividad vigente relacionada al Seguro Integral de Salud en todos sus trabajadores, tanto administrativos como asistenciales, considerando que esta IAFAS es la principal financiadora de Establecimientos de Salud públicos en el marco del Aseguramiento Universal en Salud. Para ello puede disponer de grupos de trabajo que desarrollen temas desde su área de servicio, ejemplificando situaciones cotidianas que faciliten el aprendizaje y familiaricen el tema como parte de las funciones inherentes de todos los trabajadores del sector.

Segundo: Reforzar los conceptos básicos en relación a la norma de afiliaciones al régimen subsidiado del SIS, exponiendo casos frecuentes que requieren información como lo referente a Requisitos para afiliación, Población priorizada a afiliar, Derecho a la afiliación. Ello contribuirá con el aseguramiento universal en salud, identificando poblaciones en riesgo e incrementando la cobertura de los segmentos vulnerables de la población. Incrementar la información visible en la institución, sobre requisitos para la afiliación, grupos vulnerables que son prioritarios a afiliar, derecho a la afiliación, lo cual servirá para mantener al usuario informado, además de reforzar entre los trabajadores los conceptos básicos sobre el tema. Empoderar al personal que realiza trabajo de campo y a los agentes comunitarios, sobre la norma de afiliaciones al régimen subsidiado del SIS, a fin de facilitar la identificación y captación de la población objetivo. Coordinar con aliados estratégicos para la identificación de grupos poblacionales vulnerables aún no incorporados al aseguramiento universal, que contribuyan a la identidad (RENIEC), empadronamiento (INPE, albergues, menores de edad, entre otros) y clasificación socioeconómica (Unidades Locales de Empadronamiento de las Municipalidades), para viabilizar su afiliación al régimen subsidiado del SIS, en caso corresponda.

Tercero: Programar reuniones técnicas informativas e incluso de reforzamiento apoyados con la Dirección de Seguros de la DIRESA Piura, a fin de socializar la norma relacionada a la cobertura del SIS para los asegurados al régimen subsidiado, en lo que respecta al Plan de Beneficios principalmente, y de manera complementaria sobre las Exclusiones y la Gratuidad de la atención. Ello servirá para empoderar a los trabajadores del Establecimiento en el Aseguramiento Universal en Salud, creando una cultura de aseguramiento que sea replicable no solo en el ambiente laboral, sino también frente el usuario de los servicios de salud y la comunidad.

Disponer la colocación de información en los ambientes de atención relacionada a las exclusiones de la cobertura del régimen subsidiado del SIS. Esto contribuirá además como ayuda memoria para el trabajador a fin de tomarla en cuenta al momento de brindar orientación al usuario o sus familiares.

Realizar reuniones informativas dirigidas al personal administrativo y asistencial sobre casos reales presentados, los cuales servirán para socializar dificultades o dudas que se presenten con respecto a la cobertura y/o exclusiones o coordinaciones para asegurar la continuidad de la atención de un usuario con necesidades en salud.

Coordinar con la instancia correspondiente responsable de la provisión de medicamentos e insumos a los Establecimientos de Salud, para garantizar la disponibilidad de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y/o productos sanitarios en niveles adecuados, que permitan brindar atenciones oportunas, gratuitas y de calidad, a fin de contribuir a la reducción del gasto de bolsillo del asegurado SIS, preservando su derecho a la gratuidad de la atención.

VII. Referencias Bibliográficas

Asa, C. (2016). *Políticas de salud en pugna: aseguramiento frente a sistemas universales públicos*. Revista Latino-Americana de Enfermagem, 24, pp.1-8. Recuperado de:

<http://www.revistas.usp.br/rlae/article/viewFile/112186/110177>

Asa Cristina Laurell. (2014). *¿Cobertura Universal de Salud en América Latina?*. Medicina Social, 9, pp.60-61. Obtenido el 25 de marzo de 2017.

Recuperado de:

<http://socialmedicine.info/index.php/medicinasocial/article/view/826>

Atehortúa, S. y Palacio, L. (2015). *Impacto del seguro subsidiado en el acceso y el uso de servicios de salud: el caso de Medellín, Colombia*. Lecturas de Economía – N° 82, pp. 159-188. Recuperado de:

<http://www.scielo.org.co/pdf/le/n82/n82a5.pdf>

Cornejo, M. et al. (2013). *Determinantes sociales y equidad de acceso en la salud dental en Chile, Chile*. Cient. Dent. Vol. 10 N° 2, pp. 101-109. Obtenido el 10 de abril de 2017. Recuperado de http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/123493/Cornejo_Marco_Determinantes_sociales.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Decreto Legislativo N° 1158. *Decreto Legislativo que dispone medidas destinadas al fortalecimiento y cambio de denominación de la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud*. Congreso de la República. Lima, Perú. 5 de diciembre de 2013. Recuperado de:

http://www.sis.gob.pe/portal/Transparencia_pdf/decretos_supremos/DL2013_1158_SA.pdf

Decreto Legislativo N° 1163. *Decreto legislativo que aprueba disposiciones para el fortalecimiento del Seguro Integral de Salud*. Congreso de la República. Lima, Perú. Recuperado de:

http://www.sis.gob.pe/portal/Transparencia_pdf/decretos_supremos/DL2013_1163_SA.pdf

Decreto Legislativo N° 1164. *Decreto legislativo que establece disposiciones para la extensión de la cobertura poblacional del Seguro Integral de Salud en materia de afiliación al régimen de financiamiento subsidiado.* Congreso de la República. Lima, Perú. Recuperado de http://www.sis.gob.pe/portal/Transparencia_pdf/decretos_supremos/DL2013_1164_SA.pdf

Decreto Supremo N°016-2009-SA. *Aprueban Plan Esencial de Aseguramiento en Salud - PEAS.* Ministerio de Salud. Lima, Perú. 28 de noviembre de 2009. Recuperado de: http://www.sis.gob.pe/portal/Transparencia_pdf/pdf/DS-016.2009-SA.pdf

Decreto Supremo N° 008-2010-SA. *Aprueban Reglamento de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.* Ministerio de Salud. Lima, Perú. 2 de abril de 2010. Recuperado de: http://www.minsa.gob.pe/ogei/conversatorio/Recursos/reglamento_ley_29344.pdf

Decreto Supremo N°031-2014-SA. *Aprueban Reglamento de Infracciones y Sanciones de la Superintendencia Nacional de Salud – SUSALUD.* Ministerio de Salud. Lima, Perú. 5 de noviembre de 2014. Recuperado de: <http://bit.ly/2noYvQZ>

Hernández, A. (2014). *Determinantes de la afiliación y acceso a servicios de salud en el Perú: el caso del Seguro Integral de Salud.* (Tesis de maestría). Universidad de Chile, Chile. Recuperado de: <http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/131398/Determinantes->

de-la-afiliacion-y-acceso-a-servicios-de....pdf?sequence=1&isAllowed=y

Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, M. (2014). *Metodología de la investigación*. Sexta Edición. Editorial McGraw Hill. México

Ley 29344. *Ley marco del Aseguramiento Universal en Salud*. Congreso de la República. Lima, Perú. 8 de abril de 2009. Recuperado de:
http://www.sis.gob.pe/portal/Transparencia_pdf/pdf/Ley-29344-2009.pdf

Longaray, C. (2010). *Impacto del Seguro Integral de Salud en el acceso a los servicios de salud*. (Tesis de maestría). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Perú. Recuperado de:
http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/2307/1/Longaray_cc%282%29.pdf

Lozada, J. (2014, diciembre). Investigación Aplicada: Definición, Propiedad Intelectual e Industria. *Cienciamérica*, 3, 34-39.

Martínez, J. (Julio-Diciembre 2011). *Métodos de Investigación Cualitativa*. Silogismos: Más que conceptos. 8 (1), p. 36.

Organización Mundial de la Salud. (2015). *Estrategia de Cooperación Resumen Perú*. Junio 23, 2016, de O.M.S. Recuperado de:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/136827/1/ccsbrief_per_es.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2013). *Estrategia de Cooperación Resumen Uruguay*. Junio 23, 2016, de O.M.S. Recuperado de:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/136981/1/ccsbrief_ury_es.pdf

Pachas, M. (2003). *Diseño del sistema de aseguramiento y control prestacional del Seguro Integral de Salud*. (Tesis de titulación). Universidad Nacional

Mayor de San Marcos, Perú. Recuperado de http://sisbib.unmsm.edu.pe/BibVirtual/Tesis/Basic/pachas_im/contenido.h

Parodi, S. (2005). *Evaluando los efectos del Seguro Integral de Salud (SIS) sobre la equidad en la salud materna en el contexto de barreras no económicas al acceso a los servicios*. Recuperado de: <http://old.cies.org.pe/files/documents/investigaciones/salud/evaluando-los-efectos-del-seguro-integral-de-salud-SIS.pdf>

Petrera, M. (2009). Algunas reflexiones en torno a las cuentas nacionales de salud del Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 26 (2), 248-250. Recuperado de: <http://perurevista.com/index.php/publica/article/view/5752/5739>

Portocarrero, A. (2013). *Apurímac: Hacia el Aseguramiento público en salud. La implementación del Seguro Integral de Salud en Apurímac 2007 – 2010*. (Tesis de maestría). Pontificia Universidad Católica del Perú, Perú. Recuperado de: <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/123456789/4977>

Resolución Jefatural N°197-2012-SIS. *Directiva Administrativa N° 003-2012-SIS-GREP "Directiva que Regula la Cobertura Prestacional del Régimen de Financiamiento Subsidiado del Seguro Integral de Salud"*. Seguro Integral de Salud. Lima, Perú. 6 de diciembre 2012. Recuperado de http://www.sis.gob.pe/portal/Transparencia_pdf/resolucion_jefatural/RJ2012_197.pdf

Resolución Jefatural N° 126-2015/SIS. *Directiva Administrativa N° 001-2015-SIS/GA-V.01, "Directiva Administrativa que regula el Proceso de afiliación al Régimen de Financiamiento Subsidiado del Seguro Integral*

de Salud". Seguro Integral de Salud. Lima, Perú. 11 de junio de 2015. Recuperado de: http://www.sis.gob.pe/portal/Transparencia_pdf/resolucion_jefatural/RJ2015_126_20150617.pdf

Real Academia Española (2008). *Diccionario virtual de la RAE (s/p)*. Recuperado de: <http://dle.rae.es/?id=QcFNGvF>

Sánchez, H y Reyes, C (2006). *Metodología y diseños en investigación científica*. Editorial Visión Universitaria. Lima – Perú. pp.222.

Segarra, M y Bou J. (2005). *Concepto, Tipos y dimensiones del conocimiento: configuración del conocimiento estratégico*. Revista de Economía y Empresa N° 52 y 53, pp. 175-195. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2274043>

Seguro Integral de Salud. (2017). *Informe de Boletín Estadístico – Enero a Diciembre 2016. Estadística Preliminar SIS a Diciembre 2016, por Regiones y Unidades Ejecutoras*. Abril 8, 2017 de SIS, Recuperado de: <http://www.sis.gob.pe/Portal/estadisticas/index.html>

Superintendencia Nacional de Salud. (2017). *Registro de Afiliados al Aseguramiento Universal en Salud AUS por Distrito - Diciembre 2016*. Abril 8, 2017, de SUSALUD. Recuperado de: <http://portales.susalud.gob.pe/web/portal/registro-de-afiliados-distritales-2016>

Universidad Pedagógica Experimental Libertador. (2006). *Manual de Trabajos de Grado de Investigación y Maestría y Tesis Doctorales*. Venezuela: Fondo Editorial de la Universidad Pedagógica Experimental Libertador. Recuperado de <http://neutron.ing.ucv.ve/NormasUPEL2006.pdf>

Vélez, A. (2005). *La acción de tutela: ¿un mecanismo de protección del derecho a la salud y un proceso alterno para acceder a servicios de salud?*. Colombia Médica – Vol 36 N° 3, pp. 199-208. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/cm/v36n3/v36n3a10.pdf>

Anexos

ANEXO 1

Matriz de consistencia

Título: Nivel de Conocimiento de las Normas relacionadas al Seguro Integral de Salud en el Centro de Salud I-4 Castilla - Piura, 2017						
Autor: Flor de Mercedes Martín Chong Vilela						
Problema	Objetivos	Variables				
<p>Problema General: ¿Cuál es el nivel de conocimiento de las normas relacionadas al régimen subsidiado del Seguro Integral de Salud de los trabajadores del Centro de Salud I-4 Castilla – Piura, durante el periodo Enero a Marzo 2017?</p> <p>Problemas específicos : PE1: ¿Cuál es el nivel de conocimiento de la norma de la dimensión Afiliación al régimen subsidiado del Seguro Integral de Salud Resolución Jefatural N° 126-2015/SIS de los trabajadores del Centro de Salud I-4 Castilla - Piura, durante el periodo Enero a Marzo 2017?</p> <p>PE2: ¿Cuál es el nivel de conocimiento de la norma de Afiliación al régimen subsidiado del Seguro Integral de Salud Resolución Jefatural N° 126-2015/SIS en su indicador Requisitos de afiliación de los trabajadores del Centro de Salud I-4 Castilla - Piura, durante el periodo Enero a Marzo 2017?</p> <p>PE3: ¿Cuál es el nivel de conocimiento de la norma de Afiliación al régimen subsidiado del Seguro Integral de Salud Resolución Jefatural N° 126-2015/SIS en su indicador Prioridad de afiliación de los trabajadores del Centro de Salud I-4 Castilla - Piura, durante el periodo Enero a Marzo 2017?</p> <p>PE4: ¿Cuál es el nivel de conocimiento de la norma de Afiliación al régimen subsidiado del Seguro Integral de Salud Resolución Jefatural N° 126-2015/SIS en su indicador Derecho a la afiliación de los trabajadores del Centro de Salud I-4 Castilla - Piura, durante el periodo Enero a Marzo 2017?</p> <p>PE5: ¿Cuál es el nivel de conocimiento de la norma de la dimensión Cobertura del régimen subsidiado del Seguro Integral de Salud Resolución Jefatural N° 197-2012/SIS de los trabajadores del Centro de Salud I-4 Castilla - Piura, durante el periodo Enero a Marzo 2017?</p> <p>PE6: ¿Cuál es el nivel de conocimiento de la norma Cobertura del régimen subsidiado del Seguro Integral de Salud Resolución Jefatural N° 197-2012/SIS en su indicador Plan de beneficios de los trabajadores del Centro de Salud I-4 Castilla - Piura, durante el periodo Enero a Marzo 2017?</p> <p>PE7: ¿Cuál es el nivel de conocimiento de la norma Cobertura del régimen subsidiado del Seguro Integral de Salud Resolución Jefatural N° 197-2012/SIS en su indicador Exclusiones de los trabajadores del Centro de Salud I-4 Castilla - Piura, durante el periodo Enero a Marzo 2017?</p> <p>PE8: ¿Cuál es el nivel de conocimiento de la norma Cobertura del régimen subsidiado del Seguro Integral de Salud Resolución Jefatural N° 197-2012/SIS en su indicador Gratuidad de la atención de los trabajadores del Centro de Salud I-4 Castilla - Piura, durante el periodo Enero a Marzo 2017?</p>	<p>Objetivo general: Determinar el nivel de conocimiento de las normas relacionadas al Seguro Integral de Salud de los trabajadores del Centro de Salud I-4 Castilla - Piura, durante el periodo Enero a Marzo 2017.</p> <p>Objetivos específicos: OE1: Conocer el nivel de conocimiento de la norma de la dimensión Afiliación al régimen subsidiado del Seguro Integral de Salud Resolución Jefatural N° 126-2015/SIS de los trabajadores del Centro de Salud I-4 Castilla - Piura, durante el periodo Enero a Marzo 2017.</p> <p>OE2: Identificar el nivel de conocimiento de la norma de Afiliación al régimen subsidiado del Seguro Integral de Salud Resolución Jefatural N° 126-2015/SIS en su indicador Requisitos de afiliación de los trabajadores del Centro de Salud I-4 Castilla - Piura, durante el periodo Enero a Marzo 2017?</p> <p>OE3: Determinar el nivel de conocimiento de la norma de Afiliación al régimen subsidiado del Seguro Integral de Salud Resolución Jefatural N° 126-2015/SIS en su indicador Prioridad de afiliación de los trabajadores del Centro de Salud I-4 Castilla - Piura, durante el periodo Enero a Marzo 2017</p> <p>OE4: Identificar el nivel de conocimiento de la norma de Afiliación al régimen subsidiado del Seguro Integral de Salud Resolución Jefatural N° 126-2015/SIS en su indicador Derecho a la afiliación de los trabajadores del Centro de Salud I-4 Castilla - Piura, durante el periodo Enero a Marzo 2017.</p> <p>OE5: Conocer el nivel de conocimiento de la norma de la dimensión Cobertura del régimen subsidiado del Seguro Integral de Salud Resolución Jefatural N° 197-2012/SIS de los trabajadores del Centro de Salud I-4 Castilla - Piura, durante el periodo Enero a Marzo 2017.</p> <p>OE6: Determinar el nivel de conocimiento de la norma Cobertura del régimen subsidiado del Seguro Integral de Salud Resolución Jefatural N° 197-2012/SIS en su indicador Plan de beneficios de los trabajadores del Centro de Salud I-4 Castilla - Piura, durante el periodo Enero a Marzo 2017</p> <p>OE7: Establecer el nivel de conocimiento de la norma Cobertura del régimen subsidiado del Seguro Integral de Salud Resolución Jefatural N° 197-2012/SIS en su indicador Exclusiones de los trabajadores del Centro de Salud I-4 Castilla - Piura, durante el periodo Enero a Marzo 2017</p> <p>OE8: Conocer el nivel de conocimiento de la norma Cobertura del régimen subsidiado del Seguro Integral de Salud Resolución Jefatural N° 197-2012/SIS en su indicador Gratuidad de la atención de los trabajadores del Centro de Salud I-4 Castilla - Piura, durante el periodo Enero a Marzo 2017.</p>	Variable: Nivel de Conocimiento de las Normas relacionadas al Seguro Integral de Salud				
		Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala de medición	Niveles o Rangos
			Requisito de afiliación	1,2,3,4	Nominal Si/No	Bajo: 0-1 Medio: 2 Alto: 3
		Norma de Afiliación: RJ N° 126-2015/SIS	- Prioridad de afiliación	5,6,7	Nominal Si/No	Bajo: 0-1 Medio: 2 Alto: 3
			- Derecho a la afiliación	8,9	Nominal Si/No	Bajo: 0 Medio: 1 Alto: 2
			- Plan de beneficios	10,11,12,13,14	Nominal Si/No	Bajo: 0-2 Medio: 3-4 Alto: 5
		Norma de Cobertura: RJ N° 197-2012/SIS	- Exclusiones	15, 16, 17	Nominal Si/No	Bajo: 0-1 Medio: 2 Alto: 3
			- Gratuidad de atención	18, 19, 20	Nominal Si/No	Bajo: 0-1 Medio: 2 Alto: 3

Tipo y Diseño de Investigación	Población y Muestra	Técnicas e Instrumentos	Estadística a utilizar
<p>Tipo: Básica</p> <p>Alcance: Transversal</p> <p>Diseño: No Experimental. Descriptivo</p> <p>Método: Deductivo</p>	<p>Población:</p> <p>P: 154 Trabajadores pertenecientes al Centro de Salud I-4 Castilla - Piura, jurisdicción de la Dirección Regional de Salud Piura, durante el periodo Enero a Marzo del 2017</p> <p>Tipo de Muestreo: Muestreo no probabilístico por conveniencia</p> <p>Muestra:</p> <p>M: 112 Trabajadores del Centro de Salud I-4 Castilla – Piura.</p>	<p>Variable: Nivel de Conocimiento de la Normas relacionadas al Seguro Integral de Salud</p> <p>Técnicas: Encuesta</p> <p>Instrumentos: Cuestionario</p> <p>Autor: Resolución Jefatural N° 126-2015/SIS y Resolución Jefatural N° 197-2012/SIS</p> <p>Año: 2017</p> <p>Ámbito de Aplicación: Personal administrativo y asistencial del Establecimiento de Salud.</p> <p>Forma de Administración: Individual</p>	<p>DESCRIPTIVA:</p> <p>Tablas de frecuencia</p>

ANEXO 2

**CUESTIONARIO SOBRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LA NORMATIVIDAD RELACIONADA
AL SEGURO INTEGRAL DE SALUD**

**Items de Opción Dicotómica: V Nivel de Conocimiento de las Normas Relacionadas
al Seguro Integral de Salud**

FINALIDAD: Obtener los resultados del nivel de conocimiento sobre las Normas relacionadas al Seguro Integral de Salud, referentes a la Afiliación y el Plan de Beneficios de los asegurados al Régimen Subsidiado del SIS, del personal que labora en el Centro de Salud I-4 Castilla, perteneciente a la Dirección Regional de Salud Piura, durante el periodo Enero a Marzo 2017

DATOS GENERALES:

Ambiente de Trabajo: Consultorio Emergencia/Tópico Farmacia
 Laboratorio Radiodiagnostico Admisión
 Caja Archivo Seguros

Para las siguientes afirmaciones, se requiere que responda con veracidad.
 Marque su respuesta, según sus conocimientos sobre el tema o la situación planteada.

N°	ITEMS/ESCALA	SI	NO	Desconozco
DIMENSIÓN 1: NORMA SOBRE AFILIACIONES				
1	Para acceder al SIS, es requisito no contar con otro seguro de Salud?			
2	Para acceder al SIS, es requisito contar con DNI?			
3	Para acceder al SIS, es requisito estar incluido en el Padrón General de Hogares?			
4	Para acceder al SIS, es requisito aprobar la evaluación socioeconómica?			
5	Una gestante sin DNI, ¿se puede afiliarse al SIS?			
6	Un niño menor de 5 años sin DNI ¿se puede afiliarse al SIS?			
7	Un adulto mayor sin DNI ¿se puede afiliarse al SIS?			
8	Todos los residentes en el Perú tienen derecho a la afiliación al SIS gratuito?			
9	Todos los que no cuenten con un seguro de salud en el Perú tienen derecho a la afiliación al SIS gratuito?			
DIMENSIÓN 2: NORMA SOBRE PLAN DE BENEFICIOS O COBERTURA				
N°	ITEMS/ESCALA	SI	NO	Desconozco
10	La cobertura del régimen Subsidiado del SIS incluye atención por emergencia, incluso si es quirúrgica?			

11	La cobertura del régimen Subsidiado del SIS incluye el diagnóstico, tratamiento y control de hipertensión arterial, diabetes mellitus o enfermedad de tiroides?			
12	La cobertura del régimen Subsidiado del SIS incluye el cáncer de mama, o leucemia?			
13	La cobertura del régimen Subsidiado del SIS incluye el traslado de un paciente con infarto de miocardio?			
14	La cobertura del régimen Subsidiado del SIS incluye el sepelio por neumonía intrahospitalaria?			
15	La cobertura del régimen Subsidiado del SIS incluye fractura de fémur ocasionada por atropello de un bus interprovincial?			
16	La cobertura del régimen Subsidiado del SIS incluye atención en el extranjero?			
17	La cobertura del régimen Subsidiado del SIS incluye cirugía para aumento de glúteos o rinoplastía?			
18	El asegurado al régimen subsidiado del SIS tiene derecho a atención gratuita en consultorio y emergencia?			
19	El asegurado al régimen subsidiado del SIS tiene derecho a la entrega gratuita de medicamentos en Farmacia de manera completa?			
20	El asegurado al régimen subsidiado del SIS tiene derecho a atención gratuita en Laboratorio/Rayos X?			

ANEXO 3

Validación del Cuestionario sobre el Nivel de Conocimiento de la Normatividad relacionada al Seguro Integral de Salud

CARTA DE PRESENTACIÓN

Señorita:
CARMEN MARÍA DEL PILAR MELÉNDEZ GARCÍA
Presente

Asunto: VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS A TRAVÉS DE JUICIO DE EXPERTO.

Me es grato comunicarme con usted para expresarle mis saludos y así mismo, hacer de su conocimiento que siendo estudiante del programa de **Maestría en Gestión de los Servicios de la Salud** de la UCV, en la sede **Los Olivos**, promoción 2015-I aula 617, requiero validar los instrumentos con los cuales recogeré la información necesaria para poder desarrollar mi investigación y con la cual optaré por el grado de Magíster.

El título nombre de mi proyecto de investigación es: “Nivel de conocimiento de normas relacionadas al Seguro Integral de Salud en el Centro de Salud I-4 Castilla – Piura, 2017” y siendo imprescindible contar con la aprobación de docentes especializados para poder aplicar los instrumentos en mención, he considerado conveniente recurrir a usted, ante su connotada experiencia en temas de gestión y/o investigación en gestión.

El expediente de validación, que le hago llegar contiene:

- Carta de presentación.
- Definiciones conceptuales de las variables y dimensiones.
- Matriz de Operacionalización de las variables.
- Certificado de validez de contenido del instrumento.

Expresándole mis más sinceros sentimientos de respeto y consideración me despido de usted, no sin antes agradecerle por la atención que dispense a la presente.

Atentamente.

Flor de Mercedes Martín Chong Vilela

D.N.I: 03669414

DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LAS VARIABLES Y DIMENSIONES

Variable Nivel de Conocimiento de las Normas relacionadas al Seguro Integral de Salud

Definición Conceptual: Hace referencia básicamente a:

La Resolución Jefatural N° 126-2015/SIS que aprueba la Directiva Administrativa N° 001-2015-SIS/GA-V.01, "Directiva Administrativa que regula el Proceso de afiliación al Régimen de Financiamiento Subsidiado del Seguro Integral de Salud", la cual establece los requisitos mínimos para la afiliación al régimen de financiamiento subsidiado del SIS, los tipos de afiliación y la población objetivo, además del derecho a la gratuidad en la atención. (SIS, 2015)

La Resolución Jefatural N°197-2012-SIS, que aprueba la Directiva Administrativa N° 003-2012-SIS-GREP "Directiva que Regula la Cobertura Prestacional del Régimen de Financiamiento Subsidiado del Seguro Integral de Salud", la misma que establece la cobertura y exclusiones de los asegurados al régimen subsidiado del SIS, además del derecho a la gratuidad en la atención. (SIS, 2012)

Dimensiones de las Variables:

Afiliaciones.

Comprende la información relacionada con la Resolución Jefatural N° 126-2015/SIS que aprueba la Directiva Administrativa N° 001-2015-SIS/GA-V.01, "Directiva Administrativa que regula el Proceso de afiliación al Régimen de Financiamiento Subsidiado del Seguro Integral de Salud", la cual establece los requisitos mínimos para la afiliación al régimen de financiamiento subsidiado del SIS, los tipos de afiliación y la población objetivo, además del derecho a la gratuidad en la atención. (SIS, 2015)

Cobertura.

Se relaciona a la Resolución Jefatural N°197-2012-SIS, que aprueba la Directiva Administrativa N° 003-2012-SIS-GREP "Directiva que Regula la Cobertura Prestacional del Régimen de Financiamiento Subsidiado del Seguro Integral de Salud", la misma que establece la cobertura y exclusiones de los asegurados al régimen subsidiado del SIS, además del derecho a la gratuidad en la atención. (SIS, 2012)

MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE

Variable NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS NORMAS RELACIONADAS AL SEGURO INTEGRAL DE SALUD

Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala	Nivel o Rango
Afilación al Régimen Subsidiado del SIS	Requisitos para la afiliación	1, 2, 3, 4	Nominal SI/NO	Bajo Medio Alto
	Prioridad de la afiliación	5, 6, 7	Nominal SI/NO	Bajo Medio Alto
	Derecho a la afiliación	8, 9	Nominal SI/NO	Bajo Medio Alto
Cobertura del Régimen Subsidiado del SIS	Plan de Beneficios	10, 11, 12, 13, 14	Nominal SI/NO	Bajo Medio Alto
	Exclusiones	15, 16, 17	Nominal SI/NO	Bajo Medio Alto
	Gratuidad de la atención	18, 19, 20	Nominal SI/NO	Bajo Medio Alto

Fuente: Resolución Jefatural N° 126-2015/SIS y Resolución Jefatural N° 197-2012/SIS

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE CONOCIMIENTO DE LAS NORMAS RELACIONADAS AL SEGURO INTEGRAL DE SALUD

N°	DIMENSIONES / items AFILIACIONES	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
1	¿Para acceder al SIS, es requisito no contar con otro seguro de Salud?	X		X		X		
2	¿Para acceder al SIS, es requisito contar con DNI?	X		X		X		
3	¿Para acceder al SIS, es requisito estar incluido en el Padrón General de Hogares?	X		X		X		
4	¿Para acceder al SIS, es requisito aprobar la evaluación socioeconómica?	X		X		X		
5	Una gestante sin DNI, ¿se puede afiliar al SIS?	Y		X		X		
6	Un niño menor de 5 años sin DNI ¿se puede afiliar al SIS?	X		X		X		
7	Un adulto mayor sin DNI ¿se puede afiliar al SIS?	Y		Y		X		
8	¿Todos los residentes en el Perú tienen derecho a la afiliación al SIS gratuito?	X		Y		Y		
9	¿Todos los que no cuentan con un seguro de salud en el Perú tienen derecho a la afiliación al SIS gratuito?	X		X		X		
	COBERTURA	Si	No	Si	No	Si	No	
10	¿La cobertura del régimen Subsidiado del SIS incluye atención por emergencia, incluso si es quirúrgica?	X		Y		Y		
11	¿La cobertura del régimen Subsidiado del SIS incluye el diagnóstico, tratamiento y control de hipertensión arterial, diabetes mellitus o enfermedad de tiroides?	X		Y		Y		
12	¿La cobertura del régimen Subsidiado del SIS incluye el cáncer de mama, o leucemia?	Y		Y		X		
13	¿La cobertura del régimen Subsidiado del SIS incluye el traslado de un paciente con infarto de miocardio?	X		Y		Y		
14	¿La cobertura del régimen Subsidiado del SIS incluye el sepelio por neumonía intrahospitalaria?	X		X		Y		
15	¿La cobertura del régimen Subsidiado del SIS incluye fractura	X		X		X		

	de fémur ocasionada por atropello de un bus interprovincial?	X					
16	¿La cobertura del régimen Subsidiado del SIS incluye atención en el extranjero?	X	X			X	
17	¿La cobertura del régimen Subsidiado del SIS incluye cirugía para aumento de glúteos o rinoplastia?	X	X			X	
18	¿El asegurado al régimen subsidiado del SIS tiene derecho a atención gratuita en consultorio y emergencia?	X	X			X	
19	¿El asegurado al régimen subsidiado del SIS tiene derecho a la entrega gratuita de medicamentos en Farmacia de manera completa?	X	X			X	
20	El asegurado al régimen subsidiado del SIS tiene derecho a atención gratuita en Laboratorio/Rayos X?	X	X			X	

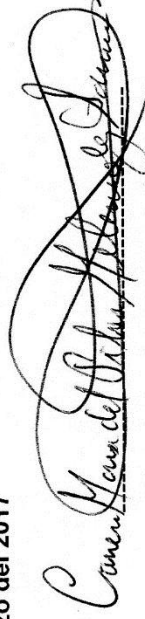
Observaciones (precisar si hay suficiencia): _____

Opinión de aplicabilidad: Aplicable [X] No aplicable [] Aplicable después de corregir []

Apellidos y nombres del juez validador. Mg. MELENDEZ GARCÍA, CARMEN MARÍA DEL PILAR DNI: 065599223

Especialidad del validador: Magister en Gerencia Social y Recursos Humanos, Profesional Servicio al Asegurado de la Unidad Desconcentrada Regional del Seguro Integral de Salud Lima Región

Lima, 15 de Marzo del 2017



Mg. CARMEN MARÍA DEL PILAR
MELÉNDEZ GARCÍA
Lic. En Trabajo Social

¹Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.
²Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo
³Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

CARTA DE PRESENTACIÓN

Señor:
JAIME ENRIQUE JUAREZ COSSIO
Presente

Asunto: VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS A TRAVÉS DE JUICIO DE EXPERTO.

Me es grato comunicarme con usted para expresarle mis saludos y así mismo, hacer de su conocimiento que siendo estudiante del programa de **Maestría en Gestión de los Servicios de la Salud** de la UCV, en la sede **Los Olivos**, promoción 2015-I aula 617, requiero validar los instrumentos con los cuales recogeré la información necesaria para poder desarrollar mi investigación y con la cual optaré por el grado de Magíster.

El título nombre de mi proyecto de investigación es: "Nivel de conocimiento de normas relacionadas al Seguro Integral de Salud en el Centro de Salud I-4 Castilla - Piura, 2017" y siendo imprescindible contar con la aprobación de docentes especializados para poder aplicar los instrumentos en mención, he considerado conveniente recurrir a usted, ante su connotada experiencia en temas de gestión y/o investigación en gestión.

El expediente de validación, que le hago llegar contiene:

- Carta de presentación.
- Definiciones conceptuales de la variable y dimensiones.
- Matriz de Operacionalización de la variable.
- Certificado de validez de contenido del instrumento.

Expresándole mis más sinceros sentimientos de respeto y consideración me despido de usted, no sin antes agradecerle por la atención que dispense a la presente.

Atentamente.



Flor de Mercedes Martín Chong Vilela

D.N.I: 03669414

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE CONOCIMIENTO DE LAS NORMAS RELACIONADAS AL SEGURO INTEGRAL DE SALUD

N°	DIMENSIONES / items AFILIACIONES	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
1	¿Para acceder al SIS, es requisito no contar con otro seguro de Salud?	X		X		X		
2	¿Para acceder al SIS, es requisito contar con DNI?	X		X		X		
3	¿Para acceder al SIS, es requisito estar incluido en el Padrón General de Hogares?	X		X		X		
4	¿Para acceder al SIS, es requisito aprobar la evaluación socioeconómica?	X		X		X		
5	Una gestante sin DNI, ¿se puede afiliar al SIS?	X		X		X		
6	Un niño menor de 5 años sin DNI ¿se puede afiliar al SIS?	X		X		X		
7	Un adulto mayor sin DNI ¿se puede afiliar al SIS?	X		X		X		
8	¿Todos los residentes en el Perú tienen derecho a la afiliación al SIS gratuito?	X		X		X		
9	¿Todos los que no cuentan con un seguro de salud en el Perú tienen derecho a la afiliación al SIS gratuito?	X		X		X		
	COBERTURA	Si	No	Si	No	Si	No	
10	¿La cobertura del régimen Subsidiado del SIS incluye atención por emergencia, incluso si es quirúrgica?	X		X		X		
11	¿La cobertura del régimen Subsidiado del SIS incluye el diagnóstico, tratamiento y control de hipertensión arterial, diabetes mellitus o enfermedad de tiroides?	X		X		X		
12	¿La cobertura del régimen Subsidiado del SIS incluye el cáncer de mama, o leucemia?	X		X		X		
13	¿La cobertura del régimen Subsidiado del SIS incluye el traslado de un paciente con infarto de miocardio?	X		X		X		
14	¿La cobertura del régimen Subsidiado del SIS incluye el sepelio por neumonía intrahospitalaria?	X		X		X		
15	¿La cobertura del régimen Subsidiado del SIS incluye fractura	X		X		X		



ESCUELA DE POSTGRADO

	de femur ocasionada por atropello de un bus interprovincial?	X							
16	¿La cobertura del régimen Subsidiado del SIS incluye atención en el extranjero?	X	X						
17	¿La cobertura del régimen Subsidiado del SIS incluye cirugía para aumento de glúteos o rinoplastia?	X	X						
18	¿El asegurado al régimen subsidiado del SIS tiene derecho a atención gratuita en consultorio y emergencia?	X	X						
19	¿El asegurado al régimen subsidiado del SIS tiene derecho a la entrega gratuita de medicamentos en Farmacia de manera completa?	X	X						
20	El asegurado al régimen subsidiado del SIS tiene derecho a atención gratuita en Laboratorio/Rayos X?	X	X						

Observaciones (precisar si hay suficiencia):

Opinión de aplicabilidad: Aplicable [X] Aplicable después de corregir [] No aplicable []

Apellidos y nombres del juez validador. Mg. JUAREZ COSSIO, JAIME ENRIQUE DNI: 08122446

Especialidad del validador: Magister en Contabilidad con mención en Finanzas, Subgerente de la Unidad Desconcentrada Regional del Seguro Integral de Salud Piura I

Lima, 15 de Marzo del 2017


 MINISTRO DE SALUD
 SECRETARÍA DE SALUD
 GERENCIA DE REGULACIÓN
 C.P. JAIME JUAREZ COSSIO
 SUB GERENTE UDR-PIURA

Mg. JAIME ENRIQUE JUAREZ COSSIO
 Subgerente UDR SIS Piura I

¹Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.
²Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo
³Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

CARTA DE PRESENTACIÓN

Señora:
JUANA YRIS DÍAZ MUJICA
Presente

Asunto: VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS A TRAVÉS DE JUICIO DE EXPERTO.

Me es grato comunicarme con usted para expresarle mis saludos y así mismo, hacer de su conocimiento que siendo estudiante del programa de **Maestría en Gestión de los Servicios de la Salud** de la UCV, en la sede **Los Olivos**, promoción 2015-I aula 617, requiero validar los instrumentos con los cuales recogeré la información necesaria para poder desarrollar mi investigación y con la cual optaré por el grado de Magíster.

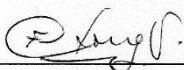
El título nombre de mi proyecto de investigación es: "Nivel de conocimiento de normas relacionadas al Seguro Integral de Salud en el Centro de Salud I-4 Castilla - Piura, 2017" y siendo imprescindible contar con la aprobación de docentes especializados para poder aplicar los instrumentos en mención, he considerado conveniente recurrir a usted, ante su connotada experiencia en temas de gestión y/o investigación en gestión.

El expediente de validación, que le hago llegar contiene:

- Carta de presentación.
- Definiciones conceptuales de la variable y dimensiones.
- Matriz de Operacionalización de la variable.
- Certificado de validez de contenido del instrumento.

Expresándole mis más sinceros sentimientos de respeto y consideración me despido de usted, no sin antes agradecerle por la atención que dispense a la presente.

Atentamente.



Flor de Mercedes Martín Chong Vilela

D.N.I: 03669414

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE CONOCIMIENTO DE LAS NORMAS RELACIONADAS AL SEGURO INTEGRAL DE SALUD

N°	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
AFILIACIONES								
1	¿Para acceder al SIS, es requisito no contar con otro seguro de Salud?	X		X		X		
2	¿Para acceder al SIS, es requisito contar con DNI?	X		X		X		
3	¿Para acceder al SIS, es requisito estar incluido en el Padrón General de Hogares?	X		X		X		
4	¿Para acceder al SIS, es requisito aprobar la evaluación socioeconómica?	X		X		X		
5	Una gestante sin DNI, ¿se puede afiliar al SIS?	X		X		X		
6	Un niño menor de 5 años sin DNI ¿se puede afiliar al SIS?	X		X		X		
7	Un adulto mayor sin DNI ¿se puede afiliar al SIS?	X		X		X		
8	¿Todos los residentes en el Perú tienen derecho a la afiliación al SIS gratuito?	X		X		X		
9	¿Todos los que no cuenten con un seguro de salud en el Perú tienen derecho a la afiliación al SIS gratuito?	X		X		X		
COBERTURA								
10	¿La cobertura del régimen Subsidiado del SIS incluye atención por emergencia, incluso si es quirúrgica?	X		X		X		
11	¿La cobertura del régimen Subsidiado del SIS incluye el diagnóstico, tratamiento y control de hipertensión arterial, diabetes mellitus o enfermedad de tiroides?	X		X		X		
12	¿La cobertura del régimen Subsidiado del SIS incluye el cáncer de mama, o leucemia?	X		X		X		
13	¿La cobertura del régimen Subsidiado del SIS incluye el traslado de un paciente con infarto de miocardio?	X		X		X		
14	¿La cobertura del régimen Subsidiado del SIS incluye el sepelio por neumonía intrahospitalaria?	X		X		X		
15	¿La cobertura del régimen Subsidiado del SIS incluye fractura	X		X		X		

	de fémur ocasionada por atropello de un bus interprovincial?	X		X		X	
16	¿La cobertura del régimen Subsidiado del SIS incluye atención en el extranjero?	X		X		X	
17	¿La cobertura del régimen Subsidiado del SIS incluye cirugía para aumento de glúteos o rinoplastia?	X		X		X	
18	¿El asegurado al régimen subsidiado del SIS tiene derecho a atención gratuita en consultorio y emergencia?	X		X		X	
19	¿El asegurado al régimen subsidiado del SIS tiene derecho a la entrega gratuita de medicamentos en Farmacia de manera completa?	X		X		X	
20	El asegurado al régimen subsidiado del SIS tiene derecho a atención gratuita en Laboratorio/Rayos X?	X		X		X	


Observaciones (precisar si hay suficiencia): _____

Opinión de aplicabilidad: Aplicable [] Aplicable después de corregir [] No aplicable []

Apellidos y nombres del juez validador. Dra. DÍAZ MUJICA, JUANA YRIS DNI: 093995072

Especialidad del validador: Doctora en Administración de la Educación, Magister en Gestión, Licenciada en Obstetricia.

Lima, 15 de Marzo del 2017



DRA. DÍAZ MUJICA, JUANA YRIS
Administración de la Educación

¹Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.
²Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo
³Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

ANEXO 5

Base de Datos

VARIABLE NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS NORMAS RELACIONADAS AL SEGURO INTEGRAL DE SALUD																					
	Ambiente de trabajo	DIMENSIÓN 1										DIMENSIÓN 2									
		preg1	preg2	preg3	preg4	preg5	preg6	preg7	preg8	preg9	preg10	preg11	preg12	preg13	preg14	preg15	preg16	preg17	preg18	preg19	preg20
encuestado1	H	1	1	1	0	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	
encuestado2	H	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	
encuestado3	H	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	
encuestado4	H	1	0	1	1	0	0	1	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	
encuestado5	A	0	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	
encuestado6	I	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	
encuestado7	I	1	1	1	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
encuestado8	I	1	1	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	
encuestado9	B	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	
encuestado10	B	0	1	0	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	
encuestado11	H	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	
encuestado12	H	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	
encuestado13	B	1	1	1	1	0	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
encuestado14	I	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	
encuestado15	A	A	0	0	0	A	A	0	0	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	
encuestado16	A	1	1	1	1	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	0	1	1	1	
encuestado17	A	1	1	1	1	0	0	1	1	0	1	1	0	1	0	0	0	1	1	0	
encuestado18	I	1	1	0	1	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	1	0	1	1	1	
encuestado19	A	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	
encuestado20	I	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	
encuestado21	I	1	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	0	1	1	0	0	1	1	1	
encuestado22	I	1	1	1	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	
encuestado23	C	1	1	0	1	0	0	1	0	0	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	
encuestado24	C	1	1	0	0	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	
encuestado25	I	1	1	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	1	1	1	1	
encuestado26	D	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	
encuestado27	A	1	1	0	1	1	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1	
encuestado28	A	1	1	0	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
encuestado29	A	1	1	1	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
encuestado30	C	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	
encuestado31	D	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	0	1	0	0	1	1	1	0	1	
encuestado32	D	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
encuestado33	D	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	0	1	1	0	0	1	1	1	
encuestado34	I	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	0	0	1	1	0	0	1	1	1	
encuestado35	D	1	1	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	1	1	1	
encuestado36	I	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	
encuestado37	A	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	
encuestado38	A	1	1	0	1	0	0	1	1	1	0	1	0	0	0	0	1	1	1	1	
encuestado39	A	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	
encuestado40	A	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
encuestado41	H	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	
encuestado42	D	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
encuestado43	A	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
encuestado44	D	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
encuestado45	D	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	
encuestado46	I	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	
encuestado47	A	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	
encuestado48	A	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	
encuestado49	I	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	
encuestado50	A	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	1	
encuestado51	A	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	0	0	1	1	0	0	1	1	1	
encuestado52	A	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	0	0	1	1	0	0	1	1	1	
encuestado53	G	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	1	1	0	
encuestado54	G	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	0	0	1	1	0	0	1	1	1	
encuestado55	A	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	1	1	1	
encuestado56	A	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
encuestado57	A	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
encuestado58	G	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
encuestado59	A	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
encuestado60	G	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
encuestado61	D	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	1	1	0	
encuestado62	I	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	
encuestado63	B	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	
encuestado64	G	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	
encuestado65	I	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	

	Ambiente de trabajo	DIMENSIÓN 1									DIMENSIÓN 2										
		preg1	preg2	preg3	preg4	preg5	preg6	preg7	preg8	preg9	preg10	preg11	preg12	preg13	preg14	preg15	preg16	preg17	preg18	preg19	preg20
encuestado66	A	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
encuestado67	A	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
encuestado68	I	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
encuestado69	A	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
encuestado70	I	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
encuestado71	A	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
encuestado72	A	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0
encuestado73	A	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0
encuestado74	A	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
encuestado75	A	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	0	1
encuestado76	A	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	0	1
encuestado77	A	0	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1	0	0	1	0	0
encuestado78	A	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	0	1
encuestado79	A	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	0	1
encuestado80	A	1	1	0	1	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	1	1	1	0	1	1
encuestado81	A	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	0	1	0	0	1	1	1	0	1	1
encuestado82	I	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	0	1	0	0	1	1	1	0	1	1
encuestado83	A	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	0	1	0	0	1	1	1	0	1	1
encuestado84	I	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	0	1	0	0	1	1	1	0	1	1
encuestado85	D	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1
encuestado86	A	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1
encuestado87	I	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1
encuestado88	D	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1
encuestado89	D	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1
encuestado90	A	1	1	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	1	1	1	1
encuestado91	D	1	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	1	1	1
encuestado92	I	1	1	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	1	1	1	1
encuestado93	D	1	1	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	1	1	1	1
encuestado94	A	1	1	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	1	1	1	1
encuestado95	A	1	1	0	1	0	0	1	1	1	0	1	0	0	0	0	1	1	1	1	1
encuestado96	A	1	1	0	1	0	0	1	1	1	0	1	0	0	0	0	1	1	1	1	1
encuestado97	A	1	1	0	1	0	0	1	1	1	0	1	0	0	0	0	1	1	1	1	1
encuestado98	A	1	1	0	1	0	0	1	1	1	0	1	0	0	0	0	1	1	1	1	1
encuestado99	A	1	1	0	1	0	0	1	1	1	0	1	0	0	0	0	1	1	1	1	1
encuestado100	A	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	0	1	1	0	0	1	1	1	1
encuestado101	E	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	0	1	1	0	0	1	1	1	1
encuestado102	G	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	0	1	1	0	0	1	1	1	1
encuestado103	I	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	0	1	1	0	0	1	1	1	1
encuestado104	D	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	0	1	1	0	0	1	1	1	1
encuestado105	A	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1
encuestado106	D	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1
encuestado107	D	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1
encuestado108	D	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1
encuestado109	D	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1
encuestado110	A	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
encuestado111	A	1	1	0	1	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
encuestado112	D	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1

ANEXO 6

**CALCULO DE BAREMOS PARA LA VARIABLE NIVEL DE CONOCIMIENTO DE
LAS NORMAS RELACIONADAS AL SEGURO INTEGRAL DE SALUD**

Estadísticos

		Nivel de conocimiento de las normas relacionadas al Seguro Integral de Salud	Requisitos de afiliación	Prioridad de la afiliación	Derecho a la afiliación.	Plan de beneficios	Exclusiones	Gratuidad de la atención
N	Válidos	112	112	112	112	112	112	112
	Perdidos	0	0	0	0	0	0	0
Mínimo		6,00	1,00	1,00	,00	,00	1,00	1,00
Máximo		19,00	3,00	3,00	2,00	5,00	3,00	3,00
Percentiles	30	13,0000	2,0000	1,0000	1,0000	2,0000	1,0000	3,0000
	60	15,0000	3,0000	2,0000	1,0000	4,0000	2,0000	3,0000

Nivel de conocimiento de las normas relacionadas al Seguro Integral de Salud	
Bajo	6 - 13
Medio	14 - 15
Alto	16 - 19

Requisitos de afiliación	
Bajo	0 - 1
Medio	2
Alto	3

Prioridad de la afiliación	
Bajo	0 - 1
Medio	2
Alto	3

Derecho a la afiliación	
Bajo	0
Medio	1
Alto	2

Plan de beneficios	
Bajo	0 - 2
Medio	3 - 4
Alto	5

Exclusiones	
Bajo	0 - 1
Medio	2
Alto	3

Gratuidad de la atención	
Bajo	0 - 1
Medio	2
Alto	3

ANEXO 7

**BAREMOS DE LA VARIABLE CONOCIMIENTO DE LAS NORMAS
RELACIONADAS AL SEGURO INTEGRAL DE SALUD**

Afiliación	I1	I2	I3	Niveles y Rango
(6-13)	(0-1)	(2)	(3)	Bajo
(14-15)	(0-1)	(2)	(3)	Medio
(16-19)	(0)	(1)	(2)	Alto

Cobertura	I1	I2	I3	Niveles y Rango
(6-13)	(0-2)	(3-4)	(5)	Bajo
(14-15)	(0-1)	(2)	(3)	Medio
(16-19)	(0-1)	(2)	(3)	Alto

ANEXO 8
Agentes vinculados al proceso de Aseguramiento Universal en Salud
(Ley N° 29344)

Artículo 6°.- Del órgano Rector

El Ministerio de Salud, en ejercicio de su rol rector en el sector salud, tiene la responsabilidad de establecer de manera descentralizada y participativa las normas y las políticas relacionadas con la promoción, la implementación y el fortalecimiento del aseguramiento universal en salud.

Artículo 7°.- De las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud

Las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud sujetas a la presente Ley son aquellas públicas, privadas o mixtas, creadas o por crearse, encargadas de administrar los fondos destinados al financiamiento de prestaciones de salud u ofrecer coberturas de riesgos de salud a sus afiliados, entre ellas, las siguientes:

1. Seguro Integral de Salud
2. Seguro Social de Salud (EsSalud)
3. Sanidades de las Fuerzas Armadas
4. Sanidad de la Policía Nacional del Perú.
5. Entidades Prestadoras de Salud (EPS)
6. Compañías de Seguros Privados de Salud
7. Entidades de salud que ofrecen servicios de salud prepagadas.
8. Autoseguros y fondos de salud.
9. Otras modalidades de aseguramiento públicos, privados o mixtos distintas a las señaladas anteriormente.

Artículo 8°.- De las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud

Son los establecimientos públicos, privados o mixtos categorizados y acreditados por la autoridad competente y registrados en la Superintendencia

Nacional de Aseguramiento en Salud, autorizados para brindar los servicios correspondientes a su nivel de atención.

Artículo 9°.- De la Instancia Supervisora

Créase la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud, sobre la base de la Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud como organismo público técnico especializado, adscrito al Ministerio de Salud, con autonomía técnica, funcional, administrativa, económica y financiera, encargada de registrar, autorizar, supervisar y regular a las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud, así como supervisar a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud en el ámbito de su competencia, a fin de velar por lo siguiente:

1. El aseguramiento universal en salud y su promoción.
2. El uso eficiente y oportuno de los fondos destinados a dicho proceso.
3. La calidad, puntualidad, eficiencia y eficacia de la provisión de las prestaciones.
4. La reglamentación de la recolección, transferencia y difusión de la información por parte de los agentes vinculados al proceso de aseguramiento universal.
5. El establecimiento de mecanismos de conciliación y arbitraje entre los usuarios y las instituciones prestadoras y financiadoras, vinculados al proceso de aseguramiento en salud.
6. La transparencia y accesibilidad de la información en resguardo de los derechos de los asegurados.
7. Otras que se le asigne por ley, para el mejor cumplimiento de la supervisión del proceso de aseguramiento universal en salud.

La Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud, además, registra, autoriza, regula y supervisa el funcionamiento de las entidades prepagadas de salud y todas aquellas entidades públicas, privadas o mixtas que ofrezcan servicios en la modalidad de pago regular anticipado.

La Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud supervisa que el valor de las prestaciones y contraprestaciones interinstitucionales por intercambio de

servicios proteja los intereses de los asegurados.

La Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud, para el ejercicio de sus funciones, goza de facultades sancionadoras. Las infracciones y sanciones son tipificadas en el reglamento de la presente Ley.

ANEXO 9

Beneficiarios de la Afiliación Directa SIS (RJ N° 126-2015/SIS)

Los grupos poblacionales determinados por una norma legal expresa o por resolución emanada de órgano jurisdiccional competente que cuenten con documento de identidad y no cuenten con otro seguro de salud, serán afiliados al régimen de financiamiento subsidiado de manera directa, sin estar condicionados a la clasificación socioeconómica del SISFOH.

Los grupos poblacionales determinados por norma que les corresponde la afiliación directa al SIS con los siguientes:

- a. Beneficiarios de reparaciones en salud, dentro de los cuales se encuentran las víctimas y beneficiarios afectados durante el proceso de violencia ocurrida en el Perú entre mayo de 1980 y noviembre de 2000, inscritos en el Registro Único de Víctimas (RUV) del Consejo de Reparaciones de la Presidencia del Consejo de Ministros (PCM).
- b. Ex trabajadores inscritos en el Registro Nacional de Trabajadores Cesados Irregularmente a cargo del Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo (MINTRA) y un (1) familiar directo, acreditados por la referida institución.
- c. Tres (3) integrantes directivos de los Núcleos Ejecutores, incluyendo a sus derechohabientes, inscritos en el Registro Nacional de Núcleos Ejecutores a cargo de la Secretaría de Descentralización de la Presidencia del Consejo de Ministros (PCM).
- d. Miembros del Cuerpo General de Bomberos Voluntarios del Perú (CGBVP), acreditados por la referida institución.
- e. Jueces de Paz, acreditados por la Corte Superior de Justicia de la jurisdicción a la cual pertenecen.
- f. Estudiantes de educación básica regular y especial de las instituciones educativas públicas del Programa Nacional de Alimentación Escolar QALIWARMA.

- g. Población residente en los centros poblados focalizados por el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social que no se encuentre en el Padrón General de Hogares, de acuerdo al Anexo N° 1 Listado de Centros Poblados Focalizados de la Resolución Ministerial N° 152-2013-MIDIS.
- h. Personas reclusas en centros penitenciarios, acreditadas por el Instituto Nacional Penitenciario del Perú (INPE).
- i. Residentes en centros de atención residencial (CAR) para niñas, niños y adolescentes (públicos y privados).
- j. Centros juveniles de diagnóstico y rehabilitación a cargo del Poder Judicial.
- k. Personas en situación de calle acreditadas por el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables.
- l. Personas en periodo de gestación hasta el periodo de puerperio.
- m. Menores de edad entre cero (0) a cinco (5) años.
- n. Aquellos grupos poblacionales que sean incorporados posteriormente por norma expresa.

ANEXO 10

Beneficiarios de la Afiliación Directa Temporal SIS (RJ N° 126-2015/SIS)

Los grupos poblacionales determinados por una norma legal expresa o por resolución emanada de órgano jurisdiccional competente que no estén inscritos en el Registro Nacional de Identificación y Estado Civil (RENIEC) y no cuenten con otro seguro de salud, serán afiliados al Régimen de Financiamiento Subsidiado.

Los grupos poblacionales determinados por norma que les corresponde la afiliación directa temporal, son los siguientes:

- a. Personas en situación de calle acreditadas por el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables.
- b. Personas recibidas en centros penitenciarios, acreditadas por el Instituto Nacional Penitenciario del Perú (INPE).
- c. Residentes en centros de atención residencial de niñas, niños y adolescentes (públicos y privados).
- d. Centros juveniles de diagnóstico y rehabilitación a cargo del Poder Judicial.
- e. Población residente en los centros poblados focalizados por el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social incluyendo la población de comunidades indígenas.
- f. Personas en periodo de gestación hasta el periodo de puerperio.
- g. Menores de edad entre cero (0) y cinco (5) años; incluye los recién nacidos hijos de asegurados SIS bajo el régimen subsidiado.
- h. Estudiantes de educación básica regular y especial de las instituciones educativas públicas del Programa Nacional de Alimentación Escolar QALIWARMA.
- i. Aquellos grupos poblacionales que sean incorporados posteriormente por norma expresa.

ANEXO 11

Cobertura SIS (RJ N° 197-2012/SIS)

Plan de Beneficios SIS para régimen subsidiado: Son las prestaciones financiadas por el Seguro Integral de Salud a todos los asegurados al Régimen Subsidiado, incluye al PEAS y Plan Complementario al PEAS.

Plan Esencial de Aseguramiento en Salud PEAS: Es el listado priorizado de condiciones asegurables e intervenciones que como mínimo son financiadas a todos los asegurados del Seguro Integral de Salud, el mismo que es traducido en un Plan de Beneficios que contiene garantías explícitas de oportunidad y calidad para todos los beneficiarios.

Plan Complementario al PEAS: Son prestaciones no comprendidas en el PEAS que corresponden a condiciones, diagnósticos o intervenciones no consideradas en dicho Plan y que no representan exclusiones específicas. Son financiadas por el Seguro Integral de Salud a sus asegurados al Régimen Subsidiado. Incluye:

Prestaciones con atención directa: Comprenden:

Los excedentes a los topes establecidos por cobertura por evento de atención correspondientes a condiciones asegurables comprendidas en el PEAS hasta un tope de 2 UIT, monto que se contará a partir de exceder los topes del PEAS. Estos excedentes deberán guardar pertinencia con el diagnóstico inicial. Incluye tanto procedimientos, intervenciones o prestaciones adicionales a las establecidas en el PEAS como no consignadas en éste, siempre que no excedan el tope financiero establecido.

Condiciones asegurables del PEAS que afectan al menor de 12 años ampliadas a la población general hasta un tope de 2 UIT.

Las prestaciones correspondientes a condiciones asegurables y/o diagnósticos CIE-10 no considerados en el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud y siempre que no sean exclusiones específicas, hasta un tope de 2 UIT.

Las prestaciones administrativas de traslado de emergencia, asignación por alimentación, asimismo también se incluye la prestación económica de sepelio.

Prestaciones sujetas a autorización previa (Cobertura Extraordinaria):

Condiciones asegurables o intervenciones de salud (procedimientos, tratamientos, etc) que requieran un financiamiento mayor al tope de las 2 UIT establecidas para el Plan Complementario al PEAS con atención directa, siempre que éstas no representen exclusiones específicas. No incluye a las prestaciones administrativas. (pp.8-9)

ANEXO 12



MINISTERIO DE SALUD



Nº 197 -2012/SIS

RESOLUCIÓN JEFATURAL

Lima, 06 DIC 2012

VISTOS: El Provedido Nº 122-2012-SIS/GREP de la Gerencia de Riesgos y Evaluación de las Prestaciones y el Provedido Nº 267-2012-SIS/OGAJ de la Oficina General de Asesoría Jurídica;

CONSIDERANDO:

Que, el Seguro Integral de Salud (SIS) es un Organismo Público Ejecutor del Ministerio de Salud, creado mediante Ley Nº 27657, Ley del Ministerio de Salud, cuya misión es captar y administrar los recursos destinados al financiamiento de las prestaciones de salud individual incluidas en los planes de beneficios, con la finalidad de cubrir los riesgos en salud de la población asegurada a nivel nacional de conformidad con la política del Sector;

Que, mediante Ley Nº 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, se establece el marco normativo del Aseguramiento Universal en Salud, a fin de garantizar el derecho pleno y progresivo de toda persona a la seguridad social en salud, así como normar el acceso y las funciones de regulación, financiamiento, prestación y supervisión del aseguramiento, considerándose en el artículo 7º de la misma norma, al Seguro Integral de Salud como una Institución Administradora de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS);

Que, el artículo 13º del Reglamento de la Ley Nº 27657, Ley del Ministerio de Salud, aprobado por Decreto Supremo Nº 013-2002-SA, establece que el Jefe del Seguro Integral de Salud, debe diseñar, rediseñar y mejorar continuamente los procesos del SIS, lo cual concuerda con el numeral 11.5 del artículo 11º del Reglamento de Organización y Funciones del Seguro Integral de Salud, aprobado por Decreto Supremo Nº 011-2011-SA que faculta al Jefe del SIS a aprobar normas, directivas, procedimientos y actividades que posibiliten el cumplimiento de los objetivos institucionales;

Que, el artículo 34º del Reglamento de Organización y Funciones del Seguro Integral de Salud acotado, asigna a la Gerencia de Riesgos y Evaluación de las Prestaciones, en su calidad de órgano de línea, la responsabilidad de planear, organizar, dirigir, controlar los procesos sobre estudios de riesgos de salud de la población, así como la calidad, oportunidad y accesibilidad de las prestaciones de salud ofrecidas por el SIS, de acuerdo a los convenios aprobados con las IPRESS, en base al Plan Esencial de Aseguramiento en Salud que apruebe el MINSA, así como para proponer los Planes Complementarios de Aseguramiento en Salud y otros a cargo del SIS;

Que, el literal a) del artículo 11º del Reglamento de la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, aprobado por Decreto Supremo Nº 008-2010-SA, señala como una de las funciones de las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS), la de brindar servicios de cobertura en salud a sus afiliados en el marco del proceso de Aseguramiento Universal en Salud;



G. Chávez B.

T. Salazar A.

Que, mediante Decreto Supremo N° 007-2012-SA, se facultó al SIS a sustituir el Plan de Beneficios aprobado por Decreto Supremo N° 004-2007-SA, por el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS) y sus Planes Complementarios aprobados en virtud a lo dispuesto en el artículo 99° del Reglamento de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 008-2010-SA a nivel nacional, en tanto se implemente el proceso de Aseguramiento Universal en Salud;

Que, a través de la Resolución Jefatural N° 136-2012/SIS, se aprobaron disposiciones para la sustitución del Plan de Beneficios aprobado por el Decreto Supremo N° 004-2007-SA por el PEAS y sus Planes Complementarios en el Régimen Subsidiado, entre otras, la ampliación del ámbito de aplicación de la Resolución Jefatural N° 133-2010/SIS y la Resolución Jefatural N° 134-2010/SIS y sus respectivas modificatorias, extendiéndolo a nivel nacional;

Que, por Resolución Jefatural N° 133-2010/SIS se aprobó la Directiva N° 05-2010-SIS/GO "Directiva que regula la Cobertura Prestacional del Régimen de Financiamiento Subsidiado en el marco del Aseguramiento Universal en Salud, el Plan Complementario al PEAS y las Exclusiones Específicas" y por Resolución Jefatural N° 134-2010/SIS se aprobó la Directiva N° 01-2010/SIS "Directiva que establece Disposiciones sobre el Plan Complementario al PEAS, denominado Cobertura Extraordinaria de Enfermedades para el Régimen Subsidiado del SIS en el ámbito del Aseguramiento Universal en Salud";

Que, mediante el documento de vistos, la Gerencia de Riesgos y Evaluación de las Prestaciones sustenta la necesidad de contar con un nuevo instrumento que regule la cobertura prestacional del Régimen de Financiamiento Subsidiado del Seguro Integral de Salud, con la finalidad de actualizar, ordenar y unificar en un solo cuerpo normativo todas las disposiciones relacionadas al Plan de Beneficios que brinda el SIS a nivel nacional en el Régimen indicado;



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



De conformidad a lo establecido en el numeral 11.8 del artículo 11° del Reglamento de Organización y Funciones del Seguro Integral de Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 011-2011-SA;

SE RESUELVE:



Artículo 1°.- Aprobar la Directiva Administrativa N° 003 -2012-SIS-GREP "Directiva que Regula la Cobertura Prestacional del Régimen de Financiamiento Subsidiado del Seguro Integral de Salud" y sus Anexos, que forman parte integrante de la presente Resolución.

Artículo 2.- Dejar sin efecto la Resolución Jefatural N° 133-2010/SIS que aprobó la Directiva N° 05-2010-SIS/GO "Directiva que regula la Cobertura Prestacional del Régimen de Financiamiento Subsidiado en el marco del Aseguramiento Universal en Salud, el Plan Complementario al PEAS y las Exclusiones Específicas" y sus modificatorias.

Artículo 3.- Dejar sin efecto la Resolución Jefatural N° 134-2010/SIS que aprobó la Directiva N° 01-2010/SIS "Directiva que establece Disposiciones sobre el Plan



Complementario al PEAS, denominado Cobertura Extraordinaria de Enfermedades para el Régimen Subsidiado del SIS en el ámbito del Aseguramiento Universal en Salud” y sus modificatorias.

Artículo 4.- Dejar sin efecto todas aquellas disposiciones que se opongan a la Directiva Administrativa aprobada en el Artículo 1° de la presente Resolución Jefatural.

Artículo 5.- Encargar a la Gerencia de Riesgos y Evaluación de las Prestaciones implementar la Directiva Administrativa aprobada en el Artículo 1° de la presente Resolución.

Artículo 6.- Encargar a la Secretaría General la publicación de la presente Resolución en el Diario Oficial “El Peruano” y en la página web del Seguro Integral de Salud.

Regístrese, Comuníquese y Publíquese.

PEDRO FEL GRILLO ROJAS
Jefe del Seguro Integral de Salud (e)





PERU

Ministerio
de Salud

Seguro Integral de Salud

SEGURO INTEGRAL DE SALUD

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 003 -2012-SIS-GREP

**DIRECTIVA QUE REGULA LA COBERTURA PRESTACIONAL DEL
REGIMEN DE FINANCIAMIENTO SUBSIDIADO DEL SEGURO INTEGRAL
DE SALUD**



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 001-2012-SIS-GREP
DIRECTIVA QUE REGULA LA COBERTURA PRESTACIONAL DEL REGIMEN DE FINANCIAMIENTO SUBSIDIADO DEL SEGURO INTEGRAL DE SALUD

Jefe Institucional
 Dr. Pedro Fidel Grillo Rojas

Jefe Adjunto
 Lic. Julio Acosta Polo

Gerente de Riesgos y Evaluación de las Prestaciones
 Med. Nilda Terrones Valera

Sub Gerente de Operaciones
 Med. José Aldana Carrasco

Equipo Técnico
 Med. Karina Cuellar Duran
 Med. Elizabeth Andrade Escobedo
 Med. Isabel Maurtua Urquiza
 Med. Ana Vásquez Quispe Gonzales
 C.D. Lizet Aliaga Sihuas

Med. Javier Castillo Valdivia
 Med. Leisy Vega Saavedra
 Med. Marianela Silva Chicoma
 C.D. Félix Valencia Nizama

Colaboradores

Med. Anyilo Pino Cárdenas
 Med. Saúl Espinoza Rivera
 Med. Pablo Altamirano Vargas Machuca
 Med. Julio Salcedo Risco
 Med. Nery Añaguari Muñoz
 Med. Alexander Flores Guevara
 Med. Paul Malca Sánchez
 Med. Conrado Valladolid Cerron
 Obst. Liliana Miranda Muro
 Med. Regina Lila Murillo Curasi

Med. Alfredo Farfán Tito
 Med. Soledad Rivera Zevallos
 Med. Luis Paredes Ibarra
 Med. Leslie Chavarry Mena
 Med. Yuri Ramírez Huerta
 Med. Oscar Espejo Fernández
 Med. Leonidas Janqui La Torre
 Med. Carlos Cabrera Cuadros
 CPC Vladimir Aguilar Flores
 Med. Miguel Ñacari Vera



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° -2012-SIS-GREP
DIRECTIVA QUE REGULA LA COBERTURA PRESTACIONAL DEL REGIMEN DE FINANCIAMIENTO SUBSIDIADO DEL
SEGURO INTEGRAL DE SALUD

I. FINALIDAD	03
II. OBJETIVO	03
III. ÁMBITO DE APLICACIÓN	03
IV. BASE LEGAL	03
V. DISPOSICIONES GENERALES	04
VI. DISPOSICIONES ESPECÍFICAS	05
VII. DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS	10
VIII. DISPOSICIONES TRANSITORIAS	11
IX. DISPOSICIONES FINALES	11
X. RESPONSABILIDADES	11
XI. ANEXOS	12



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 001-2012-SIS-GREP
DIRECTIVA QUE REGULA LA COBERTURA PRESTACIONAL DEL RÉGIMEN DE FINANCIAMIENTO SUBSIDIADO DEL SEGURO INTEGRAL DE SALUD

I. FINALIDAD

Unificar la cobertura que brinda el Seguro Integral de Salud a nivel nacional en el Régimen Subsidiado.

II. OBJETIVO

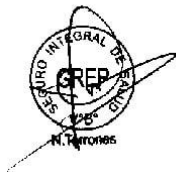
Establecer el Plan de Beneficios del Régimen Subsidiado del Seguro Integral de Salud, así como definir los requisitos y procedimientos para la atención de los asegurados del Seguro Integral de Salud.

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN

La presente Directiva es de aplicación obligatoria en los siguientes organismos: Unidad Ejecutora Seguro Integral de Salud, Unidades Desconcentradas Regionales del SIS a nivel nacional (UDR), Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicos, privados y mixtos que reciban financiamiento del Seguro Integral de Salud.

IV. BASE LEGAL

- 4.1. Ley N° 26842 – Ley General de Salud.
- 4.2. Ley N° 27604 – Ley que modifica la Ley General de Salud N° 26842, respecto de la obligación de los establecimientos de salud a dar atención médica en casos de emergencias y partos.
- 4.3. Ley N° 27657 – Ley del Ministerio de Salud.
- 4.4. Ley N° 29344 – Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud
- 4.5. Ley N° 29761 – Ley de Financiamiento Público de los Regímenes Subsidiado y Semicolaborativo del Aseguramiento Universal en Salud.
- 4.6. Decreto Supremo N° 013-2002-SA, que aprueba el Reglamento de la Ley del Ministerio de Salud.
- 4.7. Decreto Supremo N° 016-2002-SA, que aprueba el Reglamento de Ley N° 27604, Ley que modifica la Ley General de Salud 26842, respecto de la obligación de los establecimientos de salud a dar atención médica en casos de emergencias y partos.
- 4.8. Decreto Supremo N° 016-2009-SA, que aprueba el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS).
- 4.9. Decreto Supremo N° 008-2010-SA, que aprueba el Reglamento de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.
- 4.10. Decreto Supremo N° 011-2011-SA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Seguro Integral de Salud.
- 4.11. Decreto Supremo N° 007-2012-SA, que faculta al Seguro Integral de Salud a sustituir el Plan de Beneficios aprobado por Decreto Supremo N° 004-2007-SA por el PEAS y sus Planes Complementarios.
- 4.12. Resolución Ministerial N° 386-2006/MINSA; que aprueba la NTS N° 042-MINSA/DGSP-V.01: "Norma Técnica de Salud de los Servicios de Emergencia".
- 4.13. Resolución Ministerial N° 839-2009/MINSA, que oficializa el inicio del proceso de aseguramiento universal en salud a través de la implementación del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS).



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° -2012-SIS-GREP
DIRECTIVA QUE REGULA LA COBERTURA PRESTACIONAL DEL RÉGIMEN DE FINANCIAMIENTO SUBSIDIADO DEL SEGURO INTEGRAL DE SALUD

- 4.14. Resolución Ministerial N° 012-2010/MINSA, que aprueba el inicio del proceso de Aseguramiento Universal en Salud a través de la implementación del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS) en la Ciudadela Pachacútec.
- 4.15. Resolución Ministerial N° 405-2010/MINSA, que aprueba el inicio del proceso de Aseguramiento Universal en Salud a través de la implementación del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS) en diversas provincias de los departamentos de Loreto y Amazonas.
- 4.16. Resolución Ministerial N° 547-2010/MINSA, que declara el inicio del proceso de Aseguramiento Universal en Salud, a través de la implementación del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS); en el Piloto de Lima Metropolitana y la Provincia Constitucional del Callao.
- 4.17. Resolución Ministerial N° 325-2012/MINSA que aprueba el Listado de Enfermedades de Alto Costo de Atención.
- 4.18. Resolución Jefatural N° 136-2012/SIS que aprueba disposiciones para la sustitución del Plan de Beneficios aprobado por el Decreto Supremo N° 004-2007-SA por el PEAS y sus Planes Complementarios en el Régimen Subsidiado

V. DISPOSICIONES GENERALES

5.1. Definiciones Operativas

5.1.1. Plan de Beneficios SIS para régimen subsidiado:

Son las prestaciones financiadas por el Seguro Integral de Salud a todos los asegurados al Régimen Subsidiado, incluye al PEAS y Plan Complementario al PEAS (Anexo N° 01).

5.1.2. Plan Esencial de Aseguramiento en Salud PEAS:

Es el listado priorizado de condiciones asegurables e intervenciones que como mínimo son financiadas a todos los asegurados del Seguro Integral de Salud, el mismo que está traducido en un Plan de Beneficios que contiene garantías explícitas de oportunidad y calidad para todos los beneficiarios.

5.1.3. Plan Complementario al PEAS:

Son prestaciones no comprendidas en el PEAS que corresponden a condiciones, diagnósticos o intervenciones no consideradas en dicho Plan y que no representan exclusiones específicas. Son financiadas por el Seguro Integral de Salud a sus asegurados al Régimen Subsidiado. Incluye:

a) **Prestaciones con atención directa**

Las prestaciones con atención directa comprenden:

- Los excedentes a los topes establecidos por cobertura por evento de atención correspondientes a condiciones asegurables comprendidas en el PEAS hasta un tope de 2 UIT, monto que se contará a partir de exceder los topes del PEAS. Estos excedentes deberán guardar pertinencia con el diagnóstico inicial. Incluye tanto procedimientos, intervenciones o prestaciones adicionales a las establecidas en el PEAS como no consignadas en éste, siempre que no excedan el tope financiero establecido.



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 001-2012-SIS-GREP
DIRECTIVA QUE REGULA LA COBERTURA PRESTACIONAL DEL RÉGIMEN DE FINANCIAMIENTO SUBSIDIADO DEL SEGURO INTEGRAL DE SALUD

- Condiciones asegurables del PEAS que afectan al menor de 12 años ampliadas a la población general hasta un tope de 2 UIT.
- Las prestaciones correspondientes a condiciones asegurables y/o diagnósticos CIE-10 no considerados en el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud y siempre que no sean exclusiones específicas, hasta un tope de 2 UIT.
- Las Prestaciones Administrativas de traslado de Emergencia, asignación por alimentación, asimismo también se incluye la prestación económica de Sepelio, dichas prestaciones serán reguladas por las directivas correspondientes.

b) Prestaciones sujetas a autorización previa (Cobertura Extraordinaria)

- Condiciones asegurables o intervenciones de salud (procedimientos, tratamientos, etc.), que requieran un financiamiento mayor al tope de las 2 UIT establecidas para el Plan Complementario al PEAS con atención directa, siempre que éstas no representen exclusiones específicas. No incluye a las prestaciones administrativas.

5.1.4. Atenciones de Emergencia

Toda condición repentina o inesperada que requiere de atención inmediata al poner en peligro inminente la vida, la salud o que puede dejar secuelas invalidantes en el asegurado. Corresponde a los daños calificados como prioridad I y II.

5.1.5. Exclusiones Específicas

Son aquellos diagnósticos y condiciones que no son financiadas por el Seguro Integral de Salud bajo ninguna modalidad. (Ver Anexo N° 02)

5.1.6. Año Presupuestal

Período comprendido entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de un mismo año calendario.

5.1.7. Garantías Explícitas

Se define a las garantías explícitas como un instrumento de regulación sanitaria que establece condiciones mínimas asegurables otorgadas a toda la población residente del país. Incluye las relativas al derecho progresivo de acceso, calidad, oportunidad y protección financiera, las mismas que están asociadas a la atención de los problemas de salud incluidos en el PEAS. Estas Garantías son constitutivas de derecho para los asegurados del AUS y su cumplimiento es exigido. (Ver Anexo N° 3)



VI. DISPOSICIONES ESPECÍFICAS

6.1. De la Cobertura SIS

- 6.1.1. El Plan de Beneficios SIS para el Régimen Subsidiado incluye:
- a) El listado de condiciones asegurables PEAS.
 - b) El Plan Complementario al PEAS.

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° -2012-SIS-GREP
 DIRECTIVA QUE REGULA LA COBERTURA PRESTACIONAL DEL RÉGIMEN DE FINANCIAMIENTO SUBSIDIADO DEL
 SEGURO INTEGRAL DE SALUD

6.2. De la Atención del Paciente asegurado/inscrito al Régimen Subsidiado

- 6.2.1. El asegurado que requiera atención incluida en el PEAS o en las prestaciones de Atención Directa del Plan Complementario al PEAS, recibirá la atención correspondiente sin tramitarse autorización ante el SIS.
- 6.2.2. De requerir prestación comprendida en las atenciones sujetas a autorización previa, el EESS que brinda la atención deberá tramitar la solicitud ante la UDR correspondiente.

6.3. De la Solicitud de Autorización de Cobertura Extraordinaria

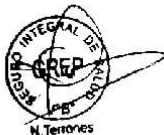
6.3.1. La solicitud de autorización de cobertura extraordinaria se realizará a las prestaciones establecidas en el literal b) del numeral 5.1.3 de la presente directiva, para lo cual se deberá tomar en cuenta los siguientes criterios:

- Condiciones asegurables o intervenciones de salud (procedimientos, tratamientos, etc.), que requieran un financiamiento mayor al tope de las 2 UIT establecidas para el Plan Complementario al PEAS con atención directa, siempre que éstas no representen exclusiones específicas. No incluye a las prestaciones administrativas.

6.3.2. Procedimiento para la solicitud de autorización de Cobertura Extraordinaria:

a) Del Procedimiento en el aplicativo informático

- El establecimiento de salud verificará en la base de datos en web la condición de asegurado al Régimen Subsidiado, asimismo verificará en el portal de internet de EsSalud si cuenta con acreditación vigente el/la asegurado/a, su esposo/a o concubino/a en caso de contar con él/ella. En el caso de menores de edad y de asegurados mayores de edad con incapacidad total y permanente para el trabajo verificará la no tenencia de EsSalud de los padres.
- El Establecimiento de Salud deberá realizar la solicitud de cobertura extraordinaria en el aplicativo informático, el cual será por evento y de ser el caso, podrá tener una o más ampliaciones, consignando el código de afiliación, el monto consumido (en el caso de asegurado que ha venido recibiendo tratamiento antes de presentarse la solicitud) y los montos solicitados. El EESS deberá tomar nota del número de solicitud otorgado por el sistema, al respecto dicho módulo no permitirá el ingreso de la información de las personas que no se encuentren aseguradas al SIS.
- Asimismo, se deberá adjuntar en dicho aplicativo informático, los siguientes documentos escaneados:
 1. Declaración jurada del asegurado/tercero de no contar con otro seguro de salud, ni tener derecho a acceder a alguno como derechohabiente o titular. (Anexo N° 05)
 2. Informe médico escaneado completo señalando el/los diagnóstico(s) del asegurado y el sustento del plan de trabajo elegido (conducta terapéutica y elección de procedimientos de ayuda diagnóstica). Debe ser presentado de acuerdo al modelo del Anexo N° 06.
 3. Archivo electrónico de desagregado de costos del monto solicitado de forma detallada según el Anexo N°07, en caso este no sea registrado a través del módulo informático.

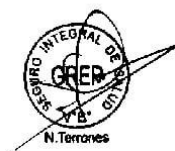


DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° -2012-SIS-GREP
DIRECTIVA QUE REGULA LA COBERTURA PRESTACIONAL DEL REGIMEN DE FINANCIAMIENTO SUBSIDIADO DEL SEGURO INTEGRAL DE SALUD

4. De requerir algún procedimiento o examen de ayuda diagnóstica que no pueda ser brindado en el establecimiento de salud y su costo unitario es mayor a 2 UIT, se adjuntará una declaración jurada de acuerdo al Anexo N° 08, señalando el resultado del estudio de las posibilidades que ofrece el mercado, incluyendo el valor referencial de acuerdo a las normas del Estado vigentes.

b) Del Procedimiento Físico

- En casos excepcionales, en los cuales no se tenga acceso al aplicativo informático de cobertura extraordinaria, el establecimiento de salud deberá enviar un expediente en físico a la UDR de su jurisdicción, el cual incluye los siguientes documentos:
 1. Oficio suscrito por el EESS que brinda la atención al asegurado.
 2. Formato de solicitud para la Autorización de la Cobertura Extraordinaria debidamente llenada de acuerdo al Anexo N° 04.
 3. Declaración jurada del asegurado/tercero de no contar con otro seguro de salud, ni tener derecho a acceder a alguno como derechohabiente o titular. (Anexo N° 05)
 4. Informe médico completo señalando el/los diagnóstico(s) del asegurado y el sustento del plan de trabajo elegido (conducta terapéutica y elección de procedimientos de ayuda diagnóstica) (Anexo N° 06).
 5. Desagregado de costos del monto solicitado de forma detallada (Anexo N° 07).
 6. De requerir algún procedimiento o examen de ayuda diagnóstica que no pueda ser brindado en el establecimiento de salud y su costo unitario es mayor a 3UIT, se adjuntará una declaración jurada de acuerdo a Anexo N°08, señalando el resultado del estudio de las posibilidades que ofrece el mercado, incluyendo el valor referencial de acuerdo a las normas del Estado vigentes.



6.3.3. Evaluación y Autorización de la Cobertura Extraordinaria

Las solicitudes serán evaluadas y autorizadas de ser el caso, por el médico Supervisor de la UDR correspondiente, según el siguiente procedimiento:

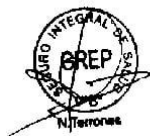
a) Para el Procedimiento en el aplicativo informático:

- El responsable de la evaluación, verificará que la documentación escaneada requerida en el literal a) del numeral 6.3.2 según sea el caso, se encuentre ingresada en el aplicativo informático, asimismo el registro de la información en dichos documentos escaneados, deberá ser completa y concordante con la solicitada en los anexos y con la información registrada en el aplicativo informático de ser el caso.
- De la revisión de la Declaración Jurada de no contar con otro seguro, (Anexo N° 5): el médico supervisor revisará que toda la información requerida en dicho anexo, se encuentre adecuadamente registrada, asimismo procederá a verificar en el

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° -2012-SIS-GREP
DIRECTIVA QUE REGULA LA COBERTURA PRESTACIONAL DEL REGIMEN DE FINANCIAMIENTO SUBSIDIADO DEL SEGURO INTEGRAL DE SALUD

sitio web de consulta de EsSalud si el asegurado y su cónyuge o concubino(a), no se encuentren registrados, o no cuenten con vigencia de atención, En caso que el asegurado sea menor de edad, deberá verificarse la misma condición tanto del menor como de los padres. De encontrarse registrado y cuente con vigencia para atención, se procederá a rechazar la solicitud.

- En relación a la evaluación del Informe Médico (Anexo N° 6):
 1. Se verificará el nombre y concordancia de los datos de filiación con los datos del asegurado en todos los documentos adjuntos. Asimismo, se evalúa la concordancia del diagnóstico con la descripción de la enfermedad actual.
 2. Se evaluará si el diagnóstico principal cumple con los criterios de solicitud de cobertura extraordinaria.
 3. Se revisará el plan de trabajo para la atención del asegurado, se evalúa la concordancia con el desagregado de costos y con el motivo de solicitud de corresponder (por ejemplo cuando se trata de un procedimiento). Además se revisa el sustento descrito por el médico tratante.
 4. La pertinencia del plan propuesto en relación a los diagnósticos indicados en el Informe médico, deben estar basados en guías, protocolos de atención o en la mejor evidencia disponible, enmarcados en Medicina Basada en Evidencias.
- Del desagregado de costos, (Anexo N° 7): Se revisará el nombre del asegurado, el diagnóstico y la pertinencia del listado de medicamentos, insumos y procedimientos que se brindará al asegurado, en estos se verifica la concordancia con los datos descritos en el informe médico.
- En los casos en que el establecimiento requiera de servicios o procedimientos proporcionados por proveedores diferentes al establecimiento de salud, el médico supervisor verificará la presencia física o escaneada según corresponda de la declaración jurada con el valor referencial (Anexo N° 08), al misma que consignará toda la información requerida en dicho anexo.
- De no cumplir con lo anteriormente establecido la solicitud deberá ser rechazada



b) Del Procedimiento Físico

- El responsable de la evaluación, verificará que los documentos requeridos en el literal b) del numeral 6.3.2 según sea el caso, se encuentren adjuntos al expediente, asimismo el registro de la información en dichos documentos, deberá ser completa y concordante con la solicitada en los anexos.
- De la revisión de la Declaración Jurada de no contar con otro seguro, (Anexo N° 5): el médico supervisor revisará que toda la información requerida en dicho anexo, se encuentre adecuadamente registrada, asimismo procederá a verificar la afiliación SIS del asegurado que requiere la cobertura extraordinaria, asimismo en el sitio web de consulta de EsSalud, revisará si el asegurado y su cónyuge o concubino(a), no se encuentren registrados, o no cuenten con vigencia de atención, En caso que el asegurado sea menor de edad, deberá

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° -2012-SIS-GREP
DIRECTIVA QUE REGULA LA COBERTURA PRESTACIONAL DEL REGIMEN DE FINANCIAMIENTO SUBSIDIADO DEL
SEGURO INTEGRAL DE SALUD

verificarse la misma condición tanto del menor como de los padres. De encontrarse registrado y cuente con vigencia para atención, se procederá a rechazar la solicitud. Tanto la consulta en el SIS como en EsSalud deberán ser impresa y adjuntadas al expediente.

- En relación a la evaluación del informe Médico físico o escaneado al aplicativo informático (Anexo N° 6):
 1. Se verificará el nombre y concordancia de los datos de filiación con los datos del asegurado en todos los documentos adjuntos. Asimismo, se evalúa la concordancia del diagnóstico con la descripción de la enfermedad actual.
 2. Se evaluará si el diagnóstico principal cumple con los criterios de solicitud de cobertura extraordinaria.
 3. Se revisará el plan de trabajo para la atención del asegurado, se evalúa la concordancia con el desagregado de costos y con el motivo de solicitud de corresponder (por ejemplo cuando se trata de un procedimiento). Además se revisa el sustento descrito por el médico tratante.
 4. La pertinencia del plan propuesto en relación a los diagnósticos indicados en el Informe médico, deben estar basados en guías, protocolos de atención o en la mejor evidencia disponible, enmarcados en Medicina Basada en Evidencias.
 - Del desagregado de costos, (Anexo N° 7): Se revisará el nombre del asegurado, el diagnóstico y la pertinencia del listado de medicamentos, insumos y procedimientos que se brindará al asegurado, en estos se verifica la concordancia con los datos descritos en el informe médico.
 - En los casos en que el establecimiento requiera de servicios o procedimientos proporcionados por proveedores diferentes al establecimiento de salud, el médico supervisor verificará la presencia física o escaneada según corresponda de la declaración jurada con el valor referencial (Anexo N° 08), al misma que consignará toda la información requerida en dicho anexo.
- c) Posteriormente, el Médico Supervisor, de considerar adecuada la solicitud, procederá a solicitar la disponibilidad presupuestal a la Gerencia de Negocios y Financiamiento, a través del aplicativo Informático o en su defecto mediante el anexo N° 10 vía correo electrónico, según sea el caso.
- d) La Gerencia de Negocios y Financiamiento de considerarlo pertinente, comunicará a través del aplicativo informático o por vía electrónica utilizando el Anexo N° 11 según sea el caso, la disponibilidad presupuestal en un plazo máximo de un 01 día útil.
- e) La UDR no podrá autorizar ninguna Cobertura Extraordinaria de no recibir respuesta de disponibilidad presupuestal de la Gerencia de Negocios y Financiamiento.
- f) La autorización de solicitud de Cobertura Extraordinaria, será vigente a partir de encontrarse en estado solicitado en el aplicativo Informático del SIS o en su defecto a partir de la fecha de recepción del expediente en la UDR.



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° -2012-SIS-GREP
DIRECTIVA QUE REGULA LA COBERTURA PRESTACIONAL DEL REGIMEN DE FINANCIAMIENTO SUBSIDIADO DEL
SEGURO INTEGRAL DE SALUD

- g) El trámite de evaluación y autorización o rechazo por parte de la UDR, se hará dentro de los cinco (05) días útiles de recibido el expediente completo de solicitud de Cobertura Extraordinaria, sea en físico o en magnético.
- h) La autorización de la cobertura extraordinaria deberá ser impresa por el establecimiento de salud y archivada junto con el Formato Único de Atención en las historias clínicas
- i) El médico supervisor de la UDR podrá aplicar otros criterios que estime pertinentes según corresponda.

6.4. Del Reporte de las Prestaciones para pago

Toda prestación deberá ser consignada en el Formato Único de Atención del SIS, salvo las excepciones señaladas en la normatividad vigente. Los formatos deben ser reportados en el aplicativo informático del SIS según los plazos establecidos en la normatividad vigente.

En el caso de Coberturas Extraordinarias autorizadas, el prestador deberá consignar en el campo de concepto prestacional del Formato Único de Atención la suma de los montos autorizados y el último número de solicitud autorizada. Los números de autorización anteriores, deberán consignarse en el campo de observaciones.

Los establecimientos de salud, deberán registrar en los formatos de atención el consumo de medicamentos, insumos y procedimientos incurridos durante las prestaciones. Los establecimientos de nivel II y III, en lugar de registrar todo el consumo en el Formato Único de Atención, podrán adjuntar a éste, un reporte de consumo que contengan los mismos datos del formato de atención, firmado y sellado por personal responsable correspondiente, a fin de sustentar el gasto reportado en el aplicativo informático.

En todos los casos deberá mantenerse 2 formatos: uno en el punto de digitación y otro en la historia clínica, almacenados de acuerdo a la norma de auditoría.



VII. DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS

- 7.1. La autorización de cobertura extraordinaria tiene un plazo para el inicio del consumo hasta 90 días calendario a partir de su autorización, una vez iniciado dicho consumo, lo cual deberá ser comunicado por el Establecimiento de Salud a la UDR de su jurisdicción mediante correo electrónico incluyendo, los nombres y apellidos del asegurado, código de afiliación, diagnóstico, servicio, expresando la fecha de inicio del consumo según Anexo N° 09, tendrá una vigencia hasta la culminación del año presupuestal en curso. En caso que no se haya iniciado dicho consumo en el plazo establecido, la autorización quedará sin efecto.
- 7.2. El médico supervisor de la UDR presentará un informe de análisis trimestral al Representante adjuntado el consolidado de todas las Coberturas Extraordinarias evaluadas (autorizadas y rechazadas).
- 7.3. El número de autorización y monto autorizado de la prestación de Cobertura Extraordinaria deberán ser consignados en el campo de concepto prestacional del Formato Único de Atención (FUA) del SIS. Dicho formato deberá ser reportado en el aplicativo informático SIS en los plazos establecidos. En caso que en una hospitalización haya recibido más de una autorización de Cobertura Extraordinaria se consignará en el campo de concepto prestacional del FUA la

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° -2012-SIS-GREP
DIRECTIVA QUE REGULA LA COBERTURA PRESTACIONAL DEL RÉGIMEN DE FINANCIAMIENTO SUBSIDIADO DEL SEGURO INTEGRAL DE SALUD

suma de los montos autorizados y el último número de autorización. Los números de autorización anteriores, deberán consignarse en el campo de observaciones.

- 7.4. El financiamiento de la cobertura extraordinaria para el Régimen Subsidiado estará condicionado al gasto del 10 % del presupuesto anual del SIS.
- 7.5. La unidad Ejecutora SIS, financiará los diagnósticos incluidos en el PEAS y el Plan Complementario. Además financiará los diagnósticos presuntivos del listado de enfermedades de alto costo y enfermedades raras o huérfanas, hasta determinar su diagnóstico definitivo, para lo cual deberán registrar el código CIE 10 de dichos diagnósticos, marcándolo como presuntivo y adicionalmente registrar el código Z13.9 "Examen de Pesquisa Especial No especificado", hasta el tope de 2 UIT.
- 7.6. Para el caso de los Establecimientos de Salud que realicen actividades o presten servicios correspondientes a categorías inmediatas superiores, según el PEAS, el Seguro Integral de Salud reconocerá las atenciones brindadas en estos servicios a los asegurados SIS, siempre y cuando reúnan las condiciones de calidad y seguridad requeridas, verificadas por la autoridad sanitaria regional, o su equivalente en caso de Lima Metropolitana.

VIII. DISPOSICIONES TRANSITORIAS

- 8.1. En tanto los establecimientos de salud no cuenten con los medios necesarios para brindar las atenciones del PEAS, aquellas prestaciones a financiar para las cuales se ha determinado como nivel resolutivo a los establecimientos de salud del primer y segundo nivel de atención, podrán ser otorgadas por cualquier establecimiento de salud mediante referencia. En el caso específico de las atenciones de parto aplica el mismo procedimiento.

IX. DISPOSICIONES FINALES

- 9.1. Los aspectos operativos no contemplados en la presente Directiva, podrán ser implementados mediante memorando circular.

X. DE LAS RESPONSABILIDADES

- 10.1. La Gerencia de Riesgos y Evaluación de Prestaciones es la encargada de monitorear la implementación de la presente Directiva y de ser necesario, de establecer las disposiciones complementarias que permitan su aplicación, así como la regulación y monitoreo de la Cobertura Extraordinaria de acuerdo a sus competencias.
- 10.2. La Gerencia Macrorregional es responsable de supervisar y brindar la asistencia técnica para el adecuado cumplimiento de las disposiciones normativas contenidas en la presente directiva, en tanto estas se implementen, será asumida por la Gerencia de Riesgos y Evaluación de las Prestaciones.
- 10.3. La Gerencia de Negocios y Financiamiento es responsable de regular y controlar las prestaciones Administrativas y Económicas contenidas en el Plan de Beneficios del SIS, asimismo deberá monitorear, evaluar e informar la disponibilidad presupuestal para el financiamiento de cada solicitud de Cobertura Extraordinaria, a través del aplicativo informático del SIS, con la finalidad de determinar los saldos disponibles.
- 10.4. La Oficina General de Tecnología de la Información tendrá las siguientes responsabilidades:
 - a) En coordinación con la Gerencia de Riesgos y Evaluación de Prestaciones y Gerencia de Negocios y Financiamiento implementará el desarrollo de



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° -2012-SIS-GREP
DIRECTIVA QUE REGULA LA COBERTURA PRESTACIONAL DEL REGIMEN DE FINANCIAMIENTO SUBSIDIADO DEL
SEGURO INTEGRAL DE SALUD

aplicativos informáticos y/o adecuaciones necesarias y su difusión, para el cumplimiento de lo dispuesto en la directiva y memorandos circulares relacionados.

- b) Mantenimiento y adecuado funcionamiento del Módulo de Cobertura Extraordinaria del Plan Complementario y realizará las adecuaciones técnicas necesarias para garantizar su sostenibilidad, disponibilidad y la seguridad de la información registrada y adjuntada.
- 10.5. Las Unidades Desconcentradas Regionales (UDR), tienen la responsabilidad de controlar el adecuado cumplimiento de las disposiciones de la presente directiva en el marco de sus competencias.
- 10.6. La Evaluación de la Cobertura Extraordinaria la realiza el Médico Supervisor de la UDR, en caso de su ausencia lo asume el Representante Médico de la UDR, de no contarse con ninguno de los dos anteriores la evaluación autorización o rechazo según corresponda, será asumida por la Gerencia Macrorregional, en tanto estas se implementen, será asumida por la Gerencia de Riesgos y Evaluación de las Prestaciones.

XI. ANEXOS

- 11.1. Anexo N° 01: Plan de Beneficios SIS
- 11.2. Anexo N° 02: Exclusiones Específicas
- 11.3. Anexo N° 03.- Garantías Explícitas
- 11.4. Anexo N° 04: Modelo de solicitud para autorización de cobertura extraordinaria del Plan Complementario.
- 11.5. Anexo N° 05: Declaración jurada del asegurado/tercero de no contar con otro seguro de salud.
- 11.6. Anexo N° 06: Modelo de Informe Médico y sustento del Plan de Trabajo elegido.
- 11.7. Anexo N° 07: Desagregado de costos del monto solicitado.
- 11.8. Anexo N° 08: Declaración jurada del prestador.
- 11.9. Anexo N° 09: Modelo de Correo para aviso de inicio de consumo del monto asignado.
- 11.10. Anexo N° 10: Reporte de solicitud de disponibilidad presupuestal para cobertura extraordinaria del Plan Complementario.
- 11.11. Anexo N° 11: Reporte de resultados de evaluación de cobertura extraordinaria del Plan Complementario.

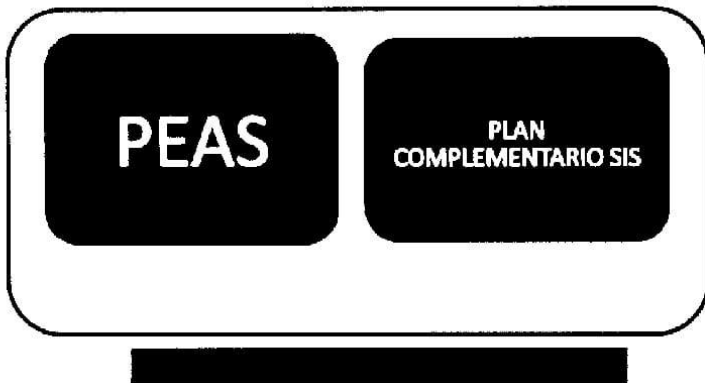




Ministerio de Salud
Seguro Integral de Salud

DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERU
"Año de la Integración Nacional y el Reconocimiento de nuestra
Diversidad"

ANEXO N° 01 - PLAN DE BENEFICIOS SIS (UNIDAD EJECUTORA SIS)





PERÚ

Ministerio
de Salud

Seguro Integral de Salud

 DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL
 PERÚ
 "Año de la Integración Nacional y Reconocimiento de
 Nuestra Diversidad"

ANEXO N° 02 - EXCLUSIONES ESPECIFICAS

EXCLUSIONES ESPECÍFICAS SIS	CÓDIGO CIE-10
Cirugía profiláctica, estética o cosmética, procedimientos para otros propósitos que no sean mejorar el estado de salud.	Z40 – Z 41
Atenciones con otra fuente de financiamiento (Ej.: Accidentes de Tránsito SOAT, Estrategias, programas, Prestaciones que son financiadas por el FISSAL).	
Atención fuera del territorio nacional	





ANEXO Nº 03 - GARANTIAS EXPLICITAS

I) POBLACIÓN SANA	
RECIÉN NACIDO	
Oportunidad	
1	La aplicación de las Vacunas BCG y HVB se realizará dentro de las primeras 48 horas de vida
2	El primer control del Recién Nacido se programará entre los 7 y 15 días de vida
Calidad	
3	La atención inmediata del recién nacido y el primer control será realizado por un profesional de salud capacitado
NIÑO/O SANO	
Oportunidad	
4	A todo menor de 1 año que acude a un establecimiento de salud se realizará el control de CRED de acuerdo a su edad.
5	A todo menor de 1 año, en cada control de CRED, se le administrará las vacunas de acuerdo al calendario de vacunación vigente y según corresponda la edad.
6	El tamizaje de Anemia será realizado en todo menor de 3 años, una vez al año .
Calidad	
7	Los controles de crecimiento y desarrollo y la administración de vacunas serán realizados por personal de salud capacitado.
II) CONDICIONES OBSTETRICAS	
EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO NORMAL	
Oportunidad	
8	A toda gestante se le realizará el plan de parto en la primera atención prenatal con adecuación cultural de ser el caso.
9	Toda gestante contará a más tardar en el segundo trimestre del embarazo con resultados de análisis de laboratorio
10	El control del puerperio, de parto atendido en establecimiento de salud, se programará a los 7 y 30 días posteriores al parto .
Calidad	
11	La atención prenatal, parto y puerperio será realizada por un profesional de salud capacitado.
HEMORRAGIA DE LA SEGUNDA MITAD DEL EMBARAZO	
Oportunidad	
12	En establecimientos de primer nivel de atención a la gestante con diagnóstico de hemorragia de la segunda mitad del embarazo, se deberá canalizar vía endovenosa, estabilizará e iniciará la referencia al establecimiento de mayor complejidad en un lapso que no excederá los 30 MINUTOS .
13	En establecimientos de segundo y tercer nivel de atención la culminación de la gestación por hemorragia de la segunda mitad del embarazo y con alteraciones hemodinámicas, será por cesárea y el tiempo para el inicio de la misma no excederá los 30 MINUTOS
Calidad	
14	La intervención quirúrgica será realizada por médico ginecoobstetra o médico con competencias en gineco obstetricia.
DESPROPORCIÓN FETOPÉLVICA	
Oportunidad	
15	En establecimientos del segundo y tercer nivel de atención, toda gestante con desproporción feto pélvica y en trabajo de parto, el tiempo máximo para el inicio de la cesárea no excederá los 60 minutos .
Calidad	
16	La intervención quirúrgica será realizado por médico ginecoobstetra o médico con competencias en gineco obstetricia.
EMBARAZO EN MUJERES CON INFECCIÓN EN VIH	
Oportunidad	
17	Toda gestante con infección por VIH confirmada, recibirá tratamiento a partir de las 14 semanas de gestación según esquema y escenarios.
Calidad	
18	El parto de toda gestante con infección por VIH será atendido por cesárea
ENFERMEDAD HIPERTENSIVA DEL EMBARAZO	
Oportunidad	
19	En caso de Preeclampsia severa o Eclampsia se iniciará tratamiento con sulfato de magnesio o hipotensores según guía de práctica clínica, se deberá canalizar vía endovenosa e iniciará la referencia al establecimiento de mayor complejidad con vía permeable en un lapso que no excederá los 45 minutos .
20	En establecimientos con capacidad resolutive a toda gestante con preeclampsia severa y daño de órgano blanco el tiempo máximo para el inicio de la cesárea no excederá las 2 horas .
Calidad	
21	En el establecimiento con capacidad resolutive la atención se realizará por médico gineco obstetra o médico con competencias en gineco obstetricia.
HEMORRAGIA POST PARTO	
Oportunidad	



22	En el primer nivel de atención la puérpera deberá recibir estabilización hemodinámica e iniciar administración de oxitócicos y se iniciará la referencia al establecimiento de mayor complejidad en un lapso que no excederá los 30 MINUTOS
23	En establecimiento con capacidad resolutive, diagnosticada la retención de placenta, se procederá inmediatamente a la extracción manual de la placenta.
24	En establecimiento con capacidad resolutive, toda puérpera con atonía uterina que no responde al tratamiento médico (comprensión uterina bimanual, uso de oxitócicos y otros) se iniciará inmediatamente el manejo quirúrgico. Calidad
25	En establecimiento con capacidad resolutive la atención será realizada por médico gineco obstetra o médico con competencias en gineco obstetricia.
III) CONDICIONES PEDIATRICAS	
CONDICIONES NEONATALES	
NEONATO DE BAJO PESO AL NACER/PREMATUREZ	
Oportunidad	
26	Todo recién nacido menor de 2,500 g. se le programará un control cada 15 días a partir del alta durante 2 meses . Calidad
27	En el establecimiento con capacidad resolutive, la evaluación del neonato será realizado por neonatólogo, médico pediatra o médico con competencias en pediatría
CONDICIONES QUE AFECTAN AL MENOR DE 12 AÑOS	
INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA (IRA)	
IRA COMPLICADA	
Oportunidad	
28	En niñas/niños con IRA complicada, se iniciará inmediatamente el tratamiento una vez efectuado el diagnóstico clínico. Calidad
29	En niñas/niños con IRA complicada el tratamiento será realizado por médico pediatra o médico capacitado.
ENFERMEDAD DIARREICA	
Oportunidad	
30	A todo niña/niño con deshidratación sin shock se le administrará terapia de rehidratación.
31	A todo niña/niño con deshidratación con shock se iniciará inmediatamente terapia de hidratación endovenosa y será referido al establecimiento de mayor complejidad. Calidad
32	La atención de la deshidratación sin shock será realizado por personal de salud capacitado.
ANEMIA NUTRICIONAL	
Oportunidad	
33	Toda niña/niño con diagnóstico de anemia se le administrará tratamiento con sal ferrosa y se programará un control mensual durante 3 meses . Calidad
34	La atención será realizada por personal de salud capacitado.





PERÚ

Ministerio
de Salud

Seguro Integral de Salud

DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERU
"Año de la Integración Nacional y el Reconocimiento de nuestra
Diversidad"

**ANEXO N° 05 - DECLARACION JURADA DEL ASEGURADO/TERCERO DE NO CONTAR
CON OTRO SEGURO DE SALUD**

Yo, de años de edad
de nacionalidad identificado con DNI/CE N°
con domicilio en:.....

(**) Yo, Parentesco con al asegurado:
(madre, padre, cónyuge, otros), identificado con DNI/CE:.....

Declaro bajo juramento que:

En la actualidad no cuento/(**el asegurado no cuenta) con otro Seguro vigente además del Seguro Integral de Salud; ni se cuenta con derecho a financiamiento por otros fondos de aseguramiento en salud ni como titular o derechohabiente, por lo que formulo la siguiente declaración.

Me afirmo y me ratifico en lo expresado, en señal de lo cual firmo el presente documento, en la ciudad de

Asimismo, autorizo al Seguro Integral de Salud a iniciar las acciones legales correspondientes en caso falte a la verdad

Fecha:

Firma

HUELLA DIGITAL

(**) Sólo debe ser llenado por un tercero en caso de imposibilidad del titular.





DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERU
 "Año de la Integración Nacional y el Reconocimiento de nuestra
 Diversidad"

ANEXO N° 06 - MODELO DE INFORME MÉDICO Y SUSTENTO DEL PLAN DE TRABAJO ELEGIDO

I. DATOS GENERALES

Establecimiento de Salud: _____

Nombres y Apellidos del asegurado: _____ Edad: _____

N° Historia Clínica: _____ Hospitalizado () Ambulatorio ()

Fecha de Ingreso al EESS: _____ Tipo de Seguro: Subsidado () Semicontributivo () (la cobertura a la fecha solo es para subsidiado)

Tipo de Ingreso: Emergencia () Consultorio Externo () Referencia () N° Referencia: _____

Servicio donde está actualmente: _____

Motivo de Solicitud: _____

II. ENFERMEDAD ACTUAL Y TRATAMIENTO

Resumen de Historia Clínica: _____

Tiempo de Enfermedad: _____ Forma de Inicio: _____ Curso: _____

Signos y Síntomas Principales: _____

Diagnóstico de Ingreso		CIE-10
Diagnóstico Principal:	1. _____	
Diagnóstico(s) Secundario(s):	1. _____	
Diagnóstico Actual		CIE-10
Diagnóstico Principal:	1. _____	
Diagnóstico(s) Secundario(s):	1. _____	
	2. _____	
	3. _____	

Tratamiento	Instaurado / Actual	Plan Propuesto
Procedimientos Médico Quirúrgicos		
Radiología e Imágenes (Rx, TAC, RMN, etc).		
Laboratorio Clínico		
Anatomía Patológica		
Insumos/Material Quirúrgico		
Fármacos / Medicamentos		
Otros (especificar)		



Sustentación del Plan de Trabajo Propuesto:

• _____

• _____

• _____

Lima, de de 20.....

.....
 Firma y Sello Médico Responsable del Servicio

.....
 Firma y Sello del Médico Tratante

* Ésta es la estructura mínima, la cual puede ser ampliada según necesidades del EESS.

** En caso de un asegurado ya no se encuentre cubierto por el FONCOSOAT, deberá adjuntar a la presente documento de la aseguradora SOAT que acredite el uso total del fondo del seguro destinado a la atención del asegurado



PERÚ Ministerio de Salud
Seguro Integral de Salud

DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ
"Año de la Integración Nacional y el Reconocimiento de nuestra Diversidad"

ANEXO N° 07 - DESAGREGADO DE COSTOS DEL MONTO SOLICITADO

APELLIDOS Y NOMBRES: _____

ESTABLECIMIENTO DE SALUD: _____

CÓD. AFILIACIÓN/INSCRIPCIÓN: _____ EDAD: _____ CIE - 10 _____

HISTORIA CLÍNICA: _____

DIAGNÓSTICO (S): _____



COSTOS PROYECTADOS: FÁRMACOS/MEDICAMENTOS						
N°	Código	Descripción	Unidad	Cantidad	Precio Unitario	Total
TOTAL MEDICAMENTOS						0.00

COSTOS PROYECTADOS: INSUMOS / MATERIAL MEDICO QUIRURGICO						
N°	Código	Descripción	Unidad	Cantidad	Precio Unitario	Total
TOTAL INSUMOS / MATERIAL MEDICO						0.00

COSTOS PROYECTADOS: PROCEDIMIENTOS MEDICO QUIRURGICO (NO INCLUYE COSTO FIJO)						
N°	Código	Descripción	Unidad	Cantidad	Precio Unitario	Total
TOTAL EXÁMENES DE LABORATORIO / PROCEDIMIENTOS						0.00

COSTOS PROYECTADOS: RADIOLOGIA E IMÁGENES (RX, TAC, RMN, ETC)					
Nº	Código	Descripción	Cantidad	Precio Unitario	Total
TOTAL EXÁMENES DE LABORATORIO / PROCEDIMIENTOS					0,00

COSTOS PROYECTADOS: LABORATORIO CLINICO					
Nº	Código	Descripción	Cantidad	Precio Unitario	Total
TOTAL EXÁMENES DE LABORATORIO / PROCEDIMIENTOS					0,00

COSTOS PROYECTADOS: ANATOMÍA PATOLÓGICA					
Nº	Código	Descripción	Cantidad	Precio Unitario	Total
TOTAL EXÁMENES DE LABORATORIO / PROCEDIMIENTOS					0,00

COSTOS PROYECTADOS: OTROS (ESPECIFICAR)					
Nº	Código	Descripción	Cantidad	Precio Unitario	Total
TOTAL EXÁMENES DE LABORATORIO / PROCEDIMIENTOS					0,00





RESUMEN	TRATAMIENTO	CONSUMO / COSTO HASTA LA ACTUALIDAD **	CONSUMO POR LA CANTIDAD PROYECTADA DE CONSUMOS / COSTO (de cada una de ítems contenidas en las filas)
	Fármacos/Medicamentos		0.00
	Instrumentos/Material médico quirúrgico		0.00
	Procedimientos médico quirúrgico (no incluir el costo fijo)		0.00
	Radiología e imágenes (Rx, TAC, RMN, etc)		0.00
	Laboratorio Clínico		0.00
	Anatomía Patológica		0.00
	Otros (especificar)		0.00
	Total	0.00	0.00

*ESTE FORMATO CONTIENE LOS DATOS MÍNIMOS A PRESENTAR. SE PUEDE ACEPTAR OTROS FORMATOS SIEMPRE QUE CONTENGAN LOS MISMOS DATOS EN FORMA ORDENADA.

** ADJUNTAR REPORTES DE FARMACIA, LABORATORIO Y OTRO QUE SUSTENTEN EL GASTO GENERADO HASTA EL MOMENTO DE SOLICITUD

Lima, de de 20.....

.....
Firma y Sello del Servicio Responsable



PERÚ Ministerio de Salud

Seguro Integral de Salud

DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERU
"Año de la Integración Nacional y el Reconocimiento de nuestra
Diversidad"

ANEXO N° 08 - DECLARACION JURADA DEL PRESTADOR

Nombre de Establecimiento de Salud.....

DISA/DIRESA o la que haga sus veces.....

Mediante la presente declaro bajo juramento lo siguiente:

Haber realizado de acuerdo a lo establecido en las normas de Contrataciones del Estado, el estudio de las posibilidades que ofrece el mercado de acuerdo al siguiente detalle:

Procedimiento / Ayuda Diagnostica que se requiere.....

Valor referencial obtenido S/ : _____ (cantidad en letras)

Apellidos y Nombres completos del Asegurado que requiere el servicio

Código de Afiliación.....

Me afirmo y me ratifico en lo expresado, en señal de lo cual firmo el presente documento, en la ciudad de

Fecha:

Firma y Sello del
Responsable de
Administración del EESS





PERÚ Ministerio de Salud

Seguro Integral de Salud

DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ
"Año de la Integración Nacional y el Reconocimiento de nuestra Diversidad"

ANEXO N° 09 - MODELO DE CORREO PARA AVISO DE INICIO DE CONSUMO DEL MONTO ASIGNADO

(DE EESS A UDR)

Correo electrónico N° XXXX

A: REPRESENTANTE UDR XXXX

Asunto: Fecha de inicio de consumo

Reciba mi saludo cordial y a través del presente manifiesto que el inicio del consumo de cuenta de la aprobación de Cobertura Extraordinaria del Plan Complementario es desde la fecha indicada para el asegurado con los datos que se menciona a continuación:

Nombres y Apellidos Completos del asegurado:

Nº Afiliación:

Diagnóstico (s) actual:

Servicio actual:

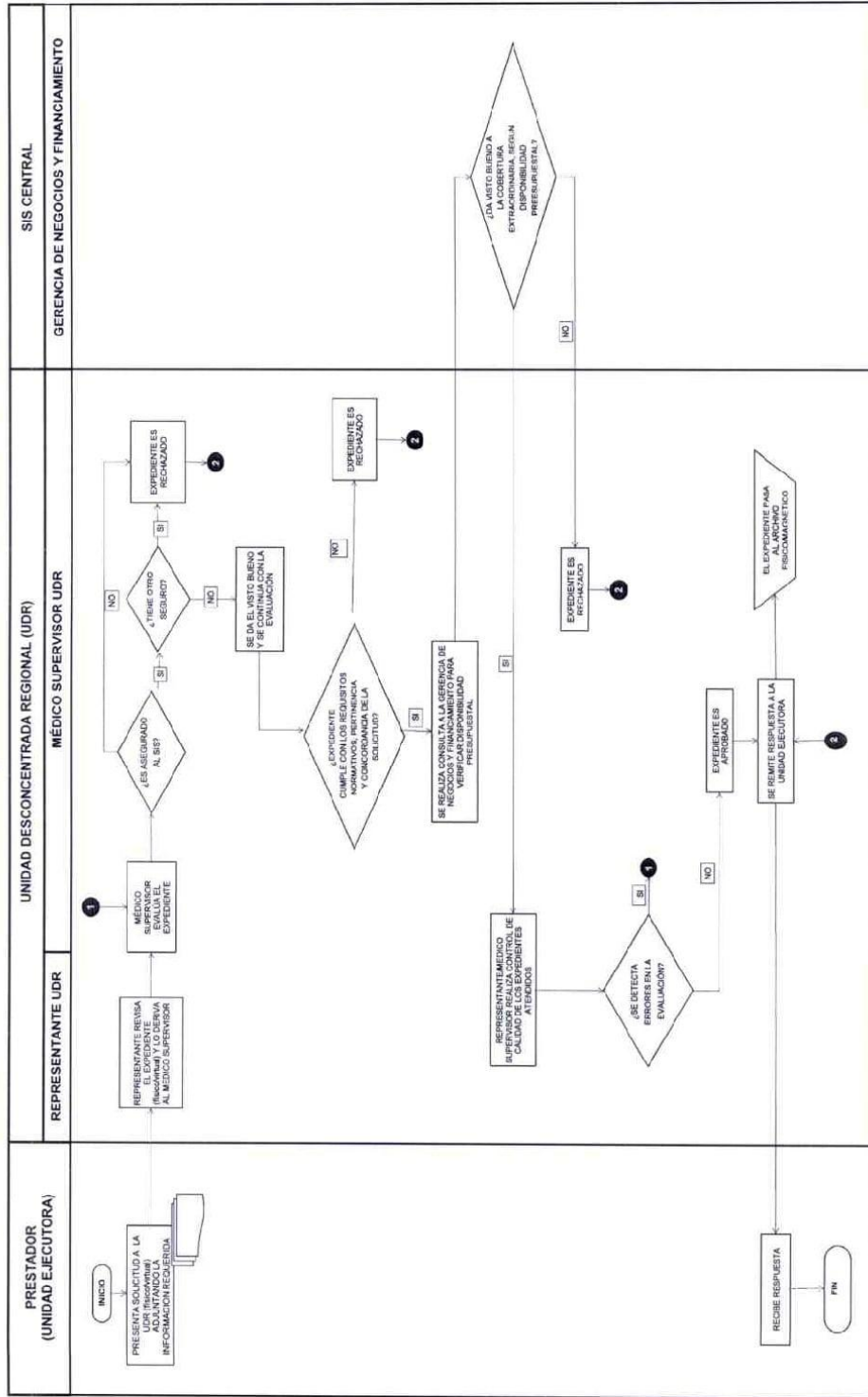
Fecha:

Nombre del Responsable que envía el correo





MAPA GLOBAL DEL PROCESO DE EVALUACIÓN DE COBERTURA EXTRAORDINARIA N. Tierras



ANEXO 13



MINISTERIO DE SALUD



N° 126 -2015/SIS

RESOLUCION JEFATURAL

Lima, 11 JUN. 2015

VISTOS: El Informe N° 002-2015-SIS/GA-PCF-PBM con Proveído N° 155-2015-SIS/GA de la Gerencia del Asegurado, el Informe N° 55-2014/SIS-OGPPDO-UOC-BCN con Proveído N° 053-2014-SIS/OGPPDO de la Oficina General de Planeamiento, Presupuesto y Desarrollo Organizacional y el Informe N° 002-2015-SIS/OGAJ/RMG con Proveído N° 301-2015-SIS/OGAJ de la Oficina General de Asesoría Jurídica; y,


Grillo

CONSIDERANDO:

Que, el Seguro Integral de Salud es un Organismo Público Ejecutor del Ministerio de Salud, calificado por Decreto Supremo N° 034-2008-PCM y actualizada dicha calificación por Decreto Supremo N° 058-2011-PCM, en el marco de la Ley N° 29158, Ley Orgánica del Poder Ejecutivo, constituido como Pliego Presupuestal con autonomía técnica, funcional, económica, financiera y administrativa. Asimismo, en virtud de lo dispuesto en el artículo 7 del Texto Único Ordenado de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 020-2014-SA, el Seguro Integral de Salud, es una Institución Administradora de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS);


SECRETARIA GENERAL

Que, el numeral 2 del artículo 29 del Texto Único Ordenado de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 020-2014-SA, establece que el régimen de financiamiento subsidiado, comprende a las personas que están afiliadas a las instituciones administradoras de fondos de aseguramiento en salud, por medio de un financiamiento público total. Dicho régimen está orientado principalmente a las poblaciones más vulnerables y de menores recursos económicos y se otorga a través del Seguro Integral de Salud;


OGPPDO
F. SANCHEZ Y.

Que, el artículo 78° del Reglamento de la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 008-2010-SA, establece que la afiliación para el régimen subsidiado, estará condicionada a la calificación socioeconómica del Sistema de Focalización de Hogares (SISFOH) excepto en las zonas determinadas por norma expresa. Asimismo, en el artículo 80° del acotado Reglamento señala que son afiliados al régimen subsidiado toda la población residente en el país en condición de pobreza o extrema pobreza que no cuenten con un seguro de salud contributivo o semicontributivo;


GERENTE
J. MORENO E

Que, el artículo 26 de la Ley N° 29951, Ley del Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2013, estableció, que para la incorporación de nuevos usuarios a los programas sociales o de subsidios del Estado que se ejecuten bajo criterios de focalización individual, en el marco de las disposiciones legales vigentes, será necesario que aquellos se identifiquen con el Documento Nacional de Identidad (DNI) y sean seleccionados tomando en cuenta la clasificación socioeconómica realizada por la Unidad Central de Focalización (UCF) del Sistema de Focalización de Hogares (SISFOH), y contenida en el Padrón General de Hogares (PGH);


Gerente del Asegurado
J. ALDANA C.

Que, mediante Decreto Legislativo N° 1164, se establece disposiciones para la extensión de la cobertura poblacional del Seguro Integral de Salud, en materia de afiliación al Régimen de Financiamiento Subsidiado;


OFICINA GENERAL DE ASESORIA JURIDICA
J. PINEDO

Que, de acuerdo a lo dispuesto en los numerales 30.1 y 30.2 del artículo 30° del Reglamento de Organización y Funciones del Seguro Integral de Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 011-2011-SA, la Gerencia del Asegurado tiene entre sus funciones las de implementar,


Gerente de Planeamiento
A. ACURIO F.


Gerente de la Unidad de Focalización
Y. Hernández R

conducir, ejecutar, así como supervisar el proceso de afiliación a las poblaciones beneficiarias de los regímenes vigentes, diseñar e implementar estrategias de promoción de los regímenes vigentes, que incentive la afiliación y la fidelización, así como el conocimiento de los deberes y derechos de la población beneficiaria;

Que, mediante el documento de vistos, la Gerencia del Asegurado sustenta la necesidad de actualizar la normativa vigente y contar con una directiva que regule el Proceso de Afiliación al Régimen de Financiamiento Subsidiado del Seguro Integral de Salud, en la que se establezcan los requisitos y los procedimientos inherentes al proceso de afiliación regular y afiliación directa de los grupos poblacionales determinados por norma expresa, con el fin de actualizar, ordenar y unificar en un solo cuerpo normativo todas las disposiciones relacionadas sobre la materia;



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



De conformidad con lo establecido en el numeral 11.8 del artículo 11° del Reglamento de Organización y Funciones del Seguro Integral de Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 011-2011-SA;

SE RESUELVE:

Artículo 1.- Aprobar la Directiva Administrativa N° 001-2015-SIS/GA-V.01 "Directiva Administrativa que regula el Proceso de afiliación al Régimen de Financiamiento Subsidiado del Seguro Integral de Salud" y sus Anexos, que forman parte integrante de la presente Resolución Jefatural.



Artículo 2.- Dejar sin efecto la Resolución Jefatural N° 044-2009/SIS que aprobó la Directiva N° 001-2009-SIS/GO "Directiva que establece el Proceso de Afiliación de Beneficiarios del Programa Nacional de Apoyo Directo a los Más Pobres – JUNTOS en el Componente Subsidiado del Seguro Integral de Salud".



Artículo 3.- Dejar sin efecto la Resolución Jefatural N° 190-2012/SIS que aprobó la Directiva Administrativa N° 001-2012-SIS/GA "Directiva que regula el proceso de afiliación al Régimen de Financiamiento Subsidiado del Seguro Integral de Salud".

Artículo 4.- Disponer que la Secretaría General en coordinación con la Oficina General de Tecnología de la Información publique la presente Resolución Jefatural en el Diario Oficial "El Peruano" y en el portal del Seguro Integral de Salud.



Regístrese, Comuníquese y Publíquese;



PEDRO FIDEL GRILLO ROJAS
Jefe del Seguro Integral de Salud



(Handwritten signature of Pedro Fidel Grillo Rojas)



PERÚ

Ministerio
de Salud

Seguro Integral de Salud

MINISTERIO DE SALUD

SEGURO INTEGRAL DE SALUD

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 001-2015-SIS/GA - V.01

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA QUE REGULA EL PROCESO DE AFILIACIÓN AL
RÉGIMEN DE FINANCIAMIENTO SUBSIDIADO DEL SEGURO INTEGRAL DE
SALUD

JUNIO 2015

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 001-2015-SIS/GA - V.01

INDICE

1. FINALIDAD 3

2. OBJETIVO 3

3. ÁMBITO DE APLICACIÓN..... 3

4. BASE LEGAL 3

5. DISPOSICIONES GENERALES 5

5.1. Definiciones operativas 5

5.2. Requisitos para la afiliación regular 8

6. DISPOSICIONES ESPECÍFICAS 8

6.1. Proceso de afiliación..... 8

6.1.1 Afiliación regular en centros de digitación con acceso a internet..... 8

6.1.2 Afiliación regular en establecimientos de salud sin acceso a internet..... 9

6.2. De la Afiliación directa de grupo poblacional determinado por norma expresa o resolución judicial..... 10

6.3. De la Afiliación directa temporal de grupo poblacional determinado por norma expresa o resolución judicial..... 12

6.3.1 De residentes en centros poblados focalizados..... 13

6.3.2 De personas en situación de calle, personas recluidas en centros penitenciarios, residentes en CAR de niñas, niños y adolescentes, centros juveniles de diagnóstico y rehabilitación..... 13

6.3.3 De personas en periodo de gestación y menores de edad entre cero a cinco años..... 14

6.3.4 De estudiantes Qali Warma 15

6.4. Afiliación grupal y masiva..... 15

6.5. Actualización de datos de la afiliación 16

6.5.1 Actualización por cambio de datos personales 16

6.5.2 Actualización por incorporación o cambio de la persona mayor de 18 años acreditada para solicitar la prestación económica de sepelio 16

6.5.3 Actualización por cambio de establecimiento de salud adscripción..... 16

6.5.4 Actualización por cambio de domicilio 16

6.5.5 Otras opciones de actualización 17

6.6. Baja de afiliación..... 17

6.6.1 Motivos o causales de baja de afiliación..... 17

6.6.2 Procedimiento para la baja de afiliación..... 18

6.7. Levantamiento de afiliación dada de baja 19

6.7.1 Motivos de levantamiento de afiliación dada de baja 19

6.7.2 Procedimiento de levantamiento de afiliación dada de baja 19

6.7.3 Procedimiento de autorización para realizar levantamiento de afiliación dada de baja 20

6.8. Actualización de la base de datos de afiliados, con el Padrón General de Hogares (PGH) 20

6.8.1 Disposiciones para altas masivas de afiliaciones 20

6.8.2 Disposiciones para bajas masivas de afiliaciones 21

6.9. Procedimiento de autorización para ser considerado centro de digitación 23

7. RESPONSABILIDADES 23

8. DISPOSICIONES FINALES 24

9. ANEXOS 25

Anexo N° 01 – Formato digital de afiliación regular 26

Anexo N° 02 – Formato digital de afiliación directa 27

Anexo N° 03 – Formato digital de afiliación directa temporal 28

Anexo N° 04 – Formato digital de actualización de datos 29

Anexo N° 05 – Formato de recolección de datos..... 31

Anexo N° 06 – Grupos poblacionales determinados por norma expresa 32

Anexo N° 07 – Flujograma del proceso de afiliación regular del régimen subsidiado..... 34

Anexo N° 08 – Flujograma del proceso de afiliación directa del régimen subsidiado 35

Anexo N° 09 – Flujograma del proceso de afiliación directa temporal del régimen subsidiado 36



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA QUE REGULA EL PROCESO DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN DE FINANCIAMIENTO SUBSIDIADO DEL SEGURO INTEGRAL DE SALUD

1. FINALIDAD

La presente Directiva Administrativa tiene por finalidad regular el proceso de afiliación del Régimen de Financiamiento Subsidiado del Seguro Integral de Salud (SIS), que permita contribuir al logro de una mayor equidad y a mejorar la eficiencia en el uso y distribución de los recursos del Estado, en el marco de las normas vigentes.

2. OBJETIVO

Definir los procedimientos, aspectos administrativos y de control que regulen el proceso de afiliación al Régimen de Financiamiento Subsidiado del Seguro Integral de Salud (SIS) en el marco de las normas legales vigentes.

3. ÁMBITO DE APLICACIÓN

Es de aplicación obligatoria en el Seguro Integral de Salud (SIS), sus Gerencias Macro Regionales (GMR) y Unidades Desconcentradas Regionales (UDR) a nivel Nacional, Instituto de Gestión de Servicios de Salud (IGSS), Direcciones de Salud (DISA), Direcciones Regionales de Salud (DIRESA), Gerencias Regionales de Salud (GERESA) o quienes hagan sus veces en el nivel regional y Establecimientos de Salud en general, incluyendo a las Comunidades Locales de Administración de Salud (CLAS).



F. SANCHEZ

4. BASE LEGAL

- 4.1. Ley N° 26842 – Ley General de Salud.
- 4.2. Ley N° 27604 – Ley que modifica la Ley General de Salud 26842, respecto de la obligación de los establecimientos de salud a dar atención médica en casos de emergencias y partos.
- 4.3. Ley N° 28592 – Ley que crea el Programa Integral de Reparaciones (PIR).
- 4.4. Ley N° 29695 – Ley que modifica el artículo 1 de la Ley 28588 para adicionar el literal c) e incorporar a los Miembros del Cuerpo General de Bomberos Voluntarios del Perú como beneficiarios del Seguro Integral de Salud (SIS).
- 4.5. Ley N° 29824 – Ley de Justicia de Paz.
- 4.6. Ley N° 29951 – Ley del Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2013.
- 4.7. Ley N° 30001 – Ley de Reinserción Económica y Social para el Migrante Retornado.
- 4.8. Ley N° 30061 – Ley que declara de prioritario interés nacional la atención integral de la salud de los estudiantes de educación básica regular y especial de las instituciones educativas públicas del ámbito del Programa Nacional de Alimentación Escolar QALI WARMA y los incorpora como asegurados del Seguro Integral de Salud (SIS).
- 4.9. Decreto de Urgencia N° 025-2008, que establece disposiciones complementarias para la aplicación de la Ley N° 27803 y la Ley N° 29059.
- 4.10. Decreto Legislativo N° 1161, que aprueba la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.



J. MORENO



J. ALDANA



J. PINEDO



A. CAJUPRE



Y. MANDAY R.

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 001-2015-SIS/GA - V.01

- 4.11. Decreto Legislativo N° 1163, que aprueba disposiciones para el fortalecimiento del Seguro Integral de Salud.
- 4.12. Decreto Legislativo N° 1164, que establece disposiciones para la extensión de la cobertura poblacional del Seguro Integral de Salud en materia de afiliación al régimen de financiamiento subsidiado.
- 4.13. Decreto Supremo N° 016-2002-SA, que aprueba el Reglamento de Ley N° 27604, Ley que modifica la Ley General de Salud N° 26842, respecto de la obligación de los establecimientos de salud a dar atención médica en casos de emergencias y partos.
- 4.14. Decreto Supremo N° 015-2008-JUS, que aprueba el Reglamento de la Ley N° 28592, Ley que crea el Plan Integral de Reparaciones.
- 4.15. Decreto Supremo N° 014-2009-SA, que dispone la afiliación gratuita de los directivos de los Núcleos Ejecutores en el Seguro Integral de Salud (SIS).
- 4.16. Decreto Supremo N° 008-2010-SA, que aprueba el Reglamento de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.
- 4.17. Decreto Supremo N° 011-2011-SA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Seguro Integral de Salud.
- 4.18. Decreto Supremo N° 010-2013-SA, que aprueba el Plan de Salud Escolar 2013-2016, con cargo al Presupuesto Institucional del Ministerio de Salud, del Seguro Integral de Salud y de los demás pliegos involucrados.
- 4.19. Decreto Supremo N° 035-2013-RE, que aprueba el Reglamento de la Ley N° 30001 – Ley de Reinserción Económica y Social para el Migrante Retornado.
- 4.20. Decreto Supremo N° 020-2014-SA, que aprueba el Texto Único Ordenado de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.
- 4.21. Decreto Supremo N° 030-2014-SA, que aprueba el Reglamento del Decreto Legislativo N° 1163 que aprueba disposiciones para el fortalecimiento del Seguro Integral de Salud.
- 4.22. Decreto Supremo N° 305-2014-EF, que define la progresividad para la inclusión al Régimen de Financiamiento Subsidiado del Seguro Integral de Salud de personas en período de gestación y grupo poblacional entre cero (0) y cinco (05) años.
- 4.23. Decreto Supremo N° 002-2015-SA, que aprueba modificación del Plan de Salud Escolar 2013-2016, aprobado con Decreto Supremo N° 010-2013-SA.
- 4.24. Resolución Ministerial N° 152-2013-MIDIS, que aprueba la Directiva "Mecanismos de focalización geográfica para otorgar Clasificación Socioeconómica Temporal (CSET) a potenciales usuarios de programas sociales y de subsidios que administra el Estado, que no se encuentren registrados en el Padrón General de Hogares del Sistema de Focalización de Hogares".
- 4.25. Resolución Ministerial N° 321-2014-MC, que aprueba listado actualizado de los pueblos indígenas que se ubican en la Amazonía Peruana, comprendidos en la Base de Datos Oficial de Pueblos Indígenas.
- 4.26. Resolución Ministerial N° 023-2015-MIDIS, que aprueba Directiva que regula la Operatividad del Sistema de Focalización de Hogares (SISFOH).
- 4.27. Resolución Ministerial N° 066-2015-MC, que aprueba listado actualizado contenido en la Base de Datos Oficial de Pueblos Indígenas u Originarios incorporando a la información comprendida en la R.M. N° 321-2014-MC, la relación de centros poblados ubicados en el ámbito de las comunidades nativas pertenecientes a los pueblos indígenas de la Amazonía Peruana.



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 001-2015-SIS/GA - V.01

- 4.28. Resolución de Superintendencia N° 042-2011-SUNASA/CD, que aprueba el Reglamento para el Registro de Afiliados al Aseguramiento Universal en Salud – AUS.
- 4.29. Resolución Jefatural N° 026-2015/SIS, que aprueba la Directiva Administrativa N° 001-2015-SIS/OGPPDO - V.01, "Directiva Administrativa sobre Normas para la Elaboración o Actualización, Aprobación, Difusión, Implementación y Evaluación de las Directivas Administrativas del Seguro Integral de Salud (SIS)".

5. DISPOSICIONES GENERALES

5.1 DEFINICIONES OPERATIVAS

Para efectos de la presente Directiva Administrativa entiéndase las siguientes definiciones conforme se detalla a continuación:

5.1.1 Afiliación al Seguro Integral de Salud

Es la adscripción de un asegurado a alguno de los regímenes de aseguramiento del Seguro Integral de Salud (SIS).

5.1.2 Afiliación Regular

Es la incorporación al régimen de financiamiento subsidiado, siempre que la persona cuente con DNI o Carné de Extranjería, esté registrado en el Padrón General de Hogares (PGH) del Sistema de Focalización de Hogares (SISFOH) debiendo contar con la clasificación respectiva y no cuente con otro seguro de salud.



5.1.3 Afiliación Directa

Es la incorporación al régimen de financiamiento subsidiado de grupos poblacionales determinados por norma expresa que cuenten con documento de identidad y que no cuenten con otro seguro de salud, sin la necesidad de contar con la clasificación socioeconómica del Sistema de Focalización de Hogares (SISFOH), los cuales se describen en el numeral 6.2 de la presente Directiva Administrativa. La afiliación directa tendrá una vigencia en tanto cumpla con las condiciones establecidas en la normatividad vigente.



5.1.4 Afiliación Directa Temporal

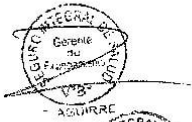
Es la incorporación al régimen de financiamiento subsidiado de grupos poblacionales determinados por norma expresa que no estén inscritos en el Registro Nacional de Identificación y Estado Civil (RENIEC) y que no cuenten con otro seguro de salud, los cuales se describen en el numeral 6.3 de la presente Directiva Administrativa. La afiliación directa temporal tendrá una vigencia en tanto cumpla con las condiciones establecidas en la normatividad vigente.



5.1.5 Asegurado/Afiliado

Toda persona beneficiaria residente en el país, que esté bajo cobertura de alguno de los regímenes de aseguramiento del Seguro Integral de Salud.

Para el reconocimiento de los beneficios de un asegurado, deberá cumplir con los requisitos de afiliación, la cual deberá estar activa y vigente.



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 001-2015-SIS/GA - V.01

5.1.6 Afiliación Grupal y Masiva

Procedimiento mediante el cual se realiza la afiliación grupal y masiva mediante la carga o incorporación de bases de datos de beneficiarios de programas sociales e instituciones afines públicas o privadas.

5.1.7 Afiliación Activa

Es cuando la afiliación está vigente por cumplir con las condiciones establecidas en la normatividad, pudiéndose brindar prestaciones de salud.

5.1.8 Afiliación de Baja

Es el término de la vigencia de la afiliación por incurrir en los motivos o causales de baja mencionadas en el numeral 6.6.1 de la presente Directiva Administrativa.

Las afiliaciones dadas de baja son consideradas afiliaciones canceladas, de acuerdo a la Resolución de Superintendencia N° 042-2011-SUNASA/CD.

5.1.9 Centro de Digitación

Oficina, Institución, Unidad Estructural o Funcional y/o Establecimiento de Salud con acceso óptimo a Internet, previamente autorizada por el Seguro Integral de Salud, para ingresar datos requeridos para el proceso de afiliación u otros procedimientos complementarios del mismo, sobre aseguramiento.

La Gerencia del Asegurado emitirá la autorización respectiva previa, indicando las funciones habilitadas para el Centro de Digitación.

Los Centros de Atención del SIS Central, las Unidades Desconcentradas Regionales (UDR), las Gerencias Macro Regionales (GMR), las Oficinas de Atención al Asegurado en IPRESS Públicas, los módulos de Mejor Atención al Ciudadano (MAC) y los Establecimientos de Salud con acceso óptimo a internet, no requerirán de autorización previa para realizar las funciones del Centro de Digitación.

Los Establecimientos de Salud que no cuentan con internet serán asignados por la DISA o DIRESA o GERESA a un Centro de Digitación.

5.1.10 Clasificación Socioeconómica (CSE)

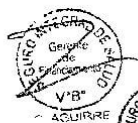
Es una medida de bienestar de las personas y/o sus hogares que comparten condiciones económicas y sociales de manera similar, siendo el resultado de la evaluación mediante la aplicación de la Ficha Socioeconómica Única y/o uso de bases de datos administrativas u otra forma de evaluación aprobada por el MIDIS. La CSE tiene una vigencia de cinco (05) años y se mantendrá vigente hasta su recertificación o actualización.

5.1.11 Actualización de Clasificación Socioeconómica (ACSE)

Consiste en la evaluación de las condiciones socioeconómicas de una persona y/o de su hogar que cuenta con una CSE vigente, permitiendo que la CSE vigente se vuelva a determinar mediante la aplicación de la Ficha Socioeconómica Única y/o uso de bases de datos administrativas u otra forma de evaluación aprobada por el MIDIS.

5.1.12 Fecha de Alta de Afiliación

Es el inicio de la vigencia de la afiliación que ha sido registrada en la base de datos del SIS o de la afiliación que ha sido levantada por estar dada de baja, a partir de esa fecha la afiliación se encontrará en estado Activo.



5.1.13 Fecha de Baja de Afiliación

Es la que corresponde al día a partir del cual la afiliación se encuentra en estado de Baja.

5.1.14 Focalización

Conjunto de reglas e instrumentos que permiten identificar a personas o grupos poblacionales en situación de pobreza, vulnerabilidad o exclusión, como potenciales beneficiarios de intervenciones a ser provistas por los programas sociales y subsidios del Estado.

5.1.15 Formato Digital de Actualización de Datos

Formato digital que permite actualizar los datos de la afiliación. Es solicitado en el lugar donde se realizó la afiliación o en el Establecimiento de Salud donde el asegurado solicita atención. En los establecimientos de salud que no cuentan con acceso a internet se utiliza el Formato de Recolección de Datos.

5.1.16 Grupo poblacional determinado por norma expresa

Son personas agrupadas por características particulares establecidas en dispositivos legales, mediante los cuales el Estado se compromete a brindarles cobertura de salud en los servicios públicos dentro del ámbito del Seguro Integral de Salud (SIS).

5.1.17 Sistema de Focalización de Hogares (SISFOH)

Es un sistema intersectorial e intergubernamental que provee información socioeconómica a los programas sociales y subsidios del Estado para la identificación de potenciales usuarios de dichos programas, con la finalidad de contribuir a mejorar la equidad y eficiencia en la asignación de los recursos públicos en beneficio de aquellos grupos poblacionales priorizados.

5.1.18 Padrón General de Hogares (PGH)

Es una base de datos nominal de alcance nacional de las personas y/o sus hogares, que permite identificar a los potenciales usuarios de los programas sociales y de subsidios del Estado. Contiene información sobre las características socioeconómicas, la identidad, ubicación, elegibilidad, entre otros. Constituye una herramienta principal del Sistema de Focalización de Hogares.

5.1.19 Régimen de Financiamiento Subsidiado

Comprende a las personas que están afiliadas a las instituciones administradoras de fondos de aseguramiento en salud, por medio de un financiamiento público total. Dicho régimen está orientado principalmente a las poblaciones más vulnerables y de menores recursos económicos y se otorga a través del Seguro Integral de Salud.

5.1.20 Reevaluación de Clasificación Socioeconómica (CSE)

Consiste en recalcular la CSE de usuarios y/o potenciales usuarios de los programas sociales y subsidios del Estado. Se realiza a partir de la evaluación de la información obtenida de la aplicación de la Ficha Socioeconómica Única, el uso de bases de datos administrativas, otras formas de evaluación establecidas por el MIDIS u otros instrumentos de recojo de información diseñados por la Unidad Central de Focalización.



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 001-2015-SIS/GA - V.01

5.1.21 Solicitud de Actualización de Clasificación Socioeconómica (ACSE) en la modalidad de demanda

Documento presentado ante la Unidad Central de Focalización por el solicitante para obtener la ACSE de su hogar. Procede siempre que al menos uno de los integrantes del hogar cuente con CSE en el PGH y que el motivo de su solicitud contemple alguno de los siguientes supuestos:

Cambio de domicilio.- Cuando todos los integrantes del hogar ya no residen en forma permanente en el lugar donde inicialmente se registró para determinar la CSE que consta en el PGH.

Cambio de composición del hogar.- Cuando exista una variación del número de integrantes del hogar en el que inicialmente fue registrada la información para determinar la CSE que consta en el PGH. Podrán considerarse en este supuesto: matrimonios, uniones de hecho, adopciones, la estadia y/o salida permanente de personas del hogar, divorcios, separaciones y/o defunciones.

Otras circunstancias.- Cuando el solicitante considere que la información proporcionada durante el empadronamiento -diferente a la indicada en los anteriores supuestos- ha cambiado y requiere ser actualizada.

5.2 REQUISITOS PARA LA AFILIACIÓN REGULAR

- 5.2.1 DNI o Carné de Extranjería.
- 5.2.2 Estar registrado en el Padrón General de Hogares (PGH) del Sistema de Focalización de Hogares (SISFOH) debiendo contar con la clasificación respectiva, y
- 5.2.3 No contar con otro seguro de salud.



6. DISPOSICIONES ESPECÍFICAS

6.1 PROCESO DE AFILIACIÓN

Los establecimientos de salud que tienen población adscrita establecida por la DISA o DIRESA o GERESA, deben considerar lo siguiente:

- a) El Documento de Identidad (DNI / Carné de Extranjería) es el documento a partir del cual se reconoce la condición de asegurado, excepto algunos grupos poblacionales determinados por norma expresa que no están inscritos en el RENIEC.
- b) De ser necesario se utilizará el Formato de Recolección de Datos (Anexo N° 05) el cual será remitido al Centro de Digitación correspondiente, para la digitación respectiva.

6.1.1 AFILIACIÓN REGULAR EN CENTROS DE DIGITACIÓN CON ACCESO A INTERNET

- 6.1.1.1 El personal responsable para realizar la afiliación regular, deberá requerir el/los DNI y/o Carné de Extranjería al solicitante e integrante(s) del hogar si fuera el caso.
- 6.1.1.2 De clasificar para el Régimen Subsidiado (Elegible para el SIS Gratuito), según el SISFOH, se verificará en SUSALUD si cuenta



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 001-2015-SIS/GA - V.01

con otro seguro de salud vigente. De no contar con dicha condición, se procederá al registro de la afiliación a través del Formato Digital de Afiliación (Anexo N° 01) del Módulo de Afiliación del SIASIS, de cada uno de los integrantes del hogar, con lo cual quedarán asegurados al SIS.

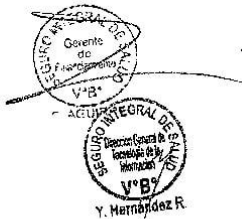
En el caso de no clasificar o contar con otro seguro de salud vigente, no se procederá a la afiliación debiendo informar al interesado el motivo por el cual no puede acceder al SIS.

- 6.1.1.3 De contar con clasificación para el SIS Independiente del régimen de financiamiento semicontributivo, el responsable de la afiliación orientará a la persona para que acceda al mencionado régimen.
- 6.1.1.4 De no encontrarse registrado en el Padrón General de Hogares (PGH) del SISFOH, no se procederá a la afiliación. En este caso, el responsable orientará a la persona para que solicite la clasificación socioeconómica ante la Unidad Local de Empadronamiento (ULE) de su respectiva municipalidad, a fin de ser evaluada y obtenga la clasificación socioeconómica que le corresponda.
- 6.1.1.5 De no estar conforme con la clasificación socioeconómica otorgada por el SISFOH, el responsable orientará a la persona para que solicite la reevaluación de clasificación socioeconómica ante la Unidad Local de Empadronamiento (ULE) de su respectiva municipalidad.
- 6.1.1.6 En caso no corresponda el domicilio registrado en el Padrón General de Hogares (PGH), el responsable orientará a la persona para que solicite la actualización de clasificación socioeconómica por motivo de cambio de domicilio (cuando todos los integrantes del hogar ya no residen en forma permanente en el lugar donde inicialmente fueron empadronados), ante la Unidad Local de Empadronamiento (ULE) de su respectiva municipalidad.
- 6.1.1.7 En caso no corresponda la composición del hogar registrada en el Padrón General de Hogares (PGH), el responsable orientará a la persona para que solicite la actualización de clasificación socioeconómica por motivo de cambio en composición del hogar (cuando exista una variación del número de integrantes del hogar inicialmente empadronado), ante la Unidad Local de Empadronamiento (ULE) de su respectiva municipalidad.
- 6.1.1.8 Toda persona que cuente con su Documento de Identidad, tenga la clasificación para el régimen de financiamiento subsidiado y no tenga otro seguro de salud, puede ser afiliada al seguro subsidiado en cualquier Centro de Digitación y será adscrita al establecimiento de salud que por jurisdicción domiciliaria le corresponde.



6.1.2 AFILIACIÓN REGULAR EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD SIN ACCESO A INTERNET

- 6.1.2.1 El personal responsable para realizar la afiliación regular, deberá requerir el/los DNI y/o Carné de Extranjería al solicitante e integrante(s) del hogar si fuera el caso y procederá a llenar la información requerida en el Formato de Recolección de Datos (Anexo N° 05), posteriormente, dicho formato deberá ser remitido



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 001-2015-SIS/GA - V.01

al Centro de Digitación asignado en el cual, la persona encargada de la digitación realizará el procedimiento de verificación, bajo los alcances indicados en el numeral 6.1.1.2 de la presente Directiva Administrativa. La afiliación debe ser registrada con la fecha indicada en el formato de recolección de datos.

6.1.2.2 En el lapso de 5 (cinco) días hábiles de recibido el Formato de Recolección de Datos (Anexo N° 05), el Centro de Digitación deberá devolverlo al establecimiento de adscripción, con el resultado de la evaluación realizada (Afiliado o no Afiliado) incluyendo el motivo por el cual no puede ser afiliado y cuando corresponda anexará el reporte de las afiliaciones realizadas en el aplicativo informático del SIS. En los casos de Establecimientos de Salud de zonas rurales de difícil acceso, el plazo será de 15 (quince) días hábiles.

6.1.2.3 El responsable de la afiliación del Establecimiento de Salud sin internet, indicará a la persona la fecha en que deberá retornar para conocer los resultados, que podrán ser los siguientes:

- a) Clasificar al régimen subsidiado: Se informará a la persona que ha sido asegurado al establecimiento de salud de adscripción que le corresponde.
- b) Califica al SIS Independiente del régimen de financiamiento semicontributivo: El responsable de la afiliación orientará a la persona para que acceda al mencionado régimen.
- c) No procede la afiliación al régimen subsidiado: Se informará que cuenta con otro seguro de salud o que no cuenta con la clasificación socioeconómica para acceder al SIS y se orientará de acuerdo a lo indicado en los numerales 6.1.1.4 y 6.1.1.5 de la presente Directiva Administrativa según corresponda. En caso no corresponda el domicilio o la composición del hogar registrada en el Padrón General de Hogares (PGH) se orientará de acuerdo a lo indicado en los numerales 6.1.1.6 y 6.1.1.7 de la presente Directiva Administrativa según corresponda.

6.1.2.4 El Formato de Recolección de Datos será archivado, conservado y custodiado en los establecimientos de salud sin acceso a Internet, como fuente de verificación del trámite realizado.



Y. Hernández R.



F. SANCHEZ Y.



J. MORENO E



J. ALDANA C.



J. FINEDO



C. AGUIRRE

6.2 DE LA AFILIACIÓN DIRECTA DE GRUPO POBLACIONAL DETERMINADO POR NORMA EXPRESA O RESOLUCIÓN JUDICIAL

6.2.1 Los grupos poblacionales determinados por una norma legal expresa o por resolución emanada de órgano jurisdiccional competente que cuenten con documento de identidad y no cuenten con otro seguro de salud, serán afiliados al Régimen de Financiamiento Subsidiado de manera directa, sin estar condicionados a la clasificación socioeconómica del SISFOH.

6.2.2 Los grupos poblacionales determinados por norma que les corresponde la afiliación directa, son los siguientes:

- a) Beneficiarios de reparaciones en salud, dentro de los cuales se encuentran las víctimas y beneficiarios afectados durante el proceso de violencia ocurrida en el Perú entre mayo de 1980 y noviembre de 2000, inscritos en el Registro Único de Víctimas (RUV) del Consejo de Reparaciones de la Presidencia del Consejo de Ministros (PCM), cuya

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 001-2015-SIS/GA - V.01

relación es remitida por la Comisión Multisectorial de Alto Nivel encargada del seguimiento de las acciones y políticas del Estado en los ámbitos de la Paz, la Reparación Colectiva y la Reconciliación Nacional (CMAN), entidad adscrita al Ministerio de Justicia y Derechos Humanos y los casos dispuestos por la Corte Interamericana de Derechos Humanos (CIDH). La CMAN remite al SIS la base de datos para la realización de la afiliación.

- b) Ex trabajadores inscritos en el Registro Nacional de Trabajadores Cesados Irregularmente a cargo del Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo (MINTRA) y un (1) familiar directo, acreditados por la referida institución, quien remite al SIS la base de datos para la realización de la afiliación.
- c) Tres (3) integrantes directivos de los Núcleos Ejecutores, incluyendo a sus derechohabientes, inscritos en el Registro Nacional de Núcleos Ejecutores a cargo de la Secretaría de Descentralización de la Presidencia del Consejo de Ministros (PCM). La PCM remite al SIS la base de datos para la realización de la afiliación.
- d) Miembros del Cuerpo General de Bomberos Voluntarios del Perú (CGBVP), acreditados por la referida institución, quien remite al SIS la base de datos para la realización de la afiliación.
- e) Jueces de Paz, acreditados por la Corte Superior de Justicia de la jurisdicción a la cual pertenecen, quien remite al SIS la base de datos para la realización de la afiliación.
- f) Estudiantes de educación básica regular y especial de las instituciones educativas públicas del Programa Nacional de Alimentación Escolar QALI WARMA, la cual será realizada de manera automática por el SIS de acuerdo a la base de datos remitida por el Ministerio de Educación (MINEDU).
- g) Población residente en los centros poblados focalizados por el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social que no se encuentre en el Padrón General de Hogares, de acuerdo al Anexo N° 1 Listado de Centros Poblados Focalizados de la Resolución Ministerial N° 152-2013-MIDIS.
- h) Personas recluidas en centros penitenciarios, acreditadas por el Instituto Nacional Penitenciario del Perú (INPE), quien remite al SIS la base de datos para la realización de la afiliación.
- i) Residentes en centros de atención residencial (CAR) para niñas, niños y adolescentes (públicos y privados), el CAR remite al SIS la base de datos para la realización de la afiliación.
- j) Centros juveniles de diagnóstico y rehabilitación a cargo del Poder Judicial, quien remite al SIS la base de datos para la realización de la afiliación.
- k) Personas en situación de calle acreditadas por el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, quien remite al SIS la base de datos para la realización de la afiliación.
- l) Personas en período de gestación hasta el período de puerperio. Las gestantes deberán presentar un documento que acredite la Fecha Probable de Parto / Fecha de Parto, emitido por el establecimiento de salud correspondiente (Carnet de Controles Prenatales o Informe Médico, entre otros).



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 001-2015-SIS/GA - V.01

- m) Menores de edad entre cero (0) a cinco (5) años.
- n) Aquellos grupos poblacionales que sean incorporados posteriormente por norma expresa.

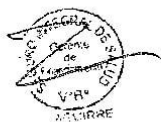
6.2.3 Cuando corresponda, la persona presentará ante el Centro de Digitación autorizado, el documento que acredite que se encuentra dentro del grupo poblacional determinado por norma para acceder al SIS. Acreditada su condición, el Centro de Digitación autorizado verificará en SUSALUD si cuenta con otro seguro de salud vigente. De no contar con dicha condición, se procederá al registro de la afiliación a través del Formato Digital de Afiliación Directa (Anexo N° 02) del Módulo de Afiliación del SIASIS, con lo cual quedará asegurado al SIS.

6.3 DE LA AFILIACIÓN DIRECTA TEMPORAL DE GRUPO POBLACIONAL DETERMINADO POR NORMA EXPRESA O RESOLUCIÓN JUDICIAL

Los grupos poblacionales determinados por una norma legal expresa o por resolución emanada de órgano jurisdiccional competente que no estén inscritos en el Registro Nacional de Identificación y Estado Civil (RENIEC) y no cuenten con otro seguro de salud, serán afiliados al Régimen de Financiamiento Subsidiado.

Los grupos poblacionales determinados por norma que les corresponde la afiliación directa temporal, son los siguientes:

- a) Personas en situación de calle acreditadas por el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables;
- b) Personas reclusas en centros penitenciarios, acreditadas por el Instituto Nacional Penitenciario del Perú (INPE).
- c) Residentes en centros de atención residencial de niñas, niños y adolescentes (públicos y privados);
- d) Centros juveniles de diagnóstico y rehabilitación a cargo del Poder Judicial;
- e) Población residente en los centros poblados focalizados por el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social incluyendo la población de comunidades indígenas;
- f) Personas en período de gestación hasta el período de puerperio;
- g) Menores de edad entre cero (0) a cinco (05) años; incluye los RN hijos de asegurados SIS bajo el régimen subsidiado.
- h) Estudiantes de educación básica regular y especial de las instituciones educativas públicas del Programa Nacional de Alimentación Escolar QALI WARMA; y
- i) Aquellos grupos poblacionales que sean incorporados posteriormente por norma expresa.



Durante el periodo de vigencia de la afiliación directa temporal, y de obtener el documento de identidad, se procederá a afiliarlo de manera directa en su establecimiento de salud de adscripción o centro de digitación.

Cuando corresponda, la persona que no esté inscrito en el Registro Nacional de Identificación y Estado Civil (RENIEC) y que no cuenta con otro seguro de salud, presentará ante el Centro de Digitación autorizado, el documento que acredite que se encuentra dentro del grupo poblacional determinado por norma para acceder al SIS. Acreditada su condición, el Centro de Digitación autorizado procederá al registro de la afiliación a través del Formato de Digital de Afiliación Directa

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 001-2015-SIS/GA - V.01

Temporal (Anexo N° 03) del Módulo de Afiliación del SIASIS, con lo cual quedará asegurado al SIS.

6.3.1 DE RESIDENTES EN CENTROS POBLADOS FOCALIZADOS:

- 6.3.1.1 La afiliación directa temporal de personas que residan en centros poblados focalizados por el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social incluyendo la población de comunidades indígenas, de acuerdo al Anexo N° 1 Listado de Centros Poblados Focalizados de la Resolución Ministerial N° 152-2013-MIDIS, Anexo N° 1 Listado de Pueblos Indígenas que se ubican en la Amazonía Peruana de la Resolución Ministerial N° 321-2014-MC y Anexo N° 1 Relación de centros poblados ubicados en el ámbito de las comunidades nativas pertenecientes a los pueblos indígenas de la Amazonía Peruana de la Resolución Ministerial N° 066-2015-MC y que no cuentan con otro seguro de salud, tendrá una vigencia de 45 días contados a partir de la fecha de afiliación; una vez cumplido dicho periodo la afiliación directa temporal será dada de baja de manera automática.
- 6.3.1.2 Una vez culminada la vigencia de la afiliación directa temporal, en caso requiera otra atención de salud o continúe con la que viene recibiendo, la persona podrá afiliarse nuevamente con esta modalidad.
- 6.3.1.3 En el caso de menores de edad que residan en centros poblados focalizados y que requieran de una resolución judicial para ser identificados, la afiliación será hasta la obtención del documento de identidad.
- 6.3.1.4 Los residentes en centros poblados focalizados deberán presentar para afiliarse el Acta de Nacimiento o un documento que los identifique como tal, el cual podrá ser emitido por una institución o autoridad competente. En caso de no contar con ningún documento que lo identifique, deberá presentar una Declaración Jurada conteniendo los datos de la persona (en caso de menores Declaración Jurada de padres o tutor).
- 6.3.1.5 El Centro de Digitación autorizado registrará la afiliación a través del Formato Digital de Afiliación Directa Temporal (Anexo N° 03).



6.3.2 DE PERSONAS EN SITUACIÓN DE CALLE, PERSONAS RECLUIDAS EN CENTROS PENITENCIARIOS, RESIDENTES EN CAR DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES, CENTROS JUVENILES DE DIAGNÓSTICO Y REHABILITACIÓN:

- 6.3.2.1 La afiliación directa temporal de personas en situación de calle acreditadas por el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables; personas recluidas en centros penitenciarios; residentes en centros de atención residencial de niñas, niños y adolescentes (públicos y privados); centros juveniles de diagnóstico y rehabilitación a cargo del Poder Judicial y que no cuentan con otro seguro de salud, tendrá una vigencia de 45 días contados a partir de la fecha de afiliación; una vez cumplido dicho periodo la afiliación directa temporal será dada de baja de manera automática.

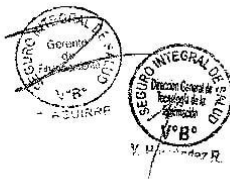


DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 001-2015-SIS/GA - V.01

- 6.3.2.2 Una vez culminada la vigencia de la afiliación directa temporal, en caso requiera otra atención de salud o continúe con la que viene recibiendo, la persona podrá afiliarse nuevamente con esta modalidad.
- 6.3.2.3 En el caso de menores de edad que requieran de una resolución judicial para ser identificados, la afiliación será hasta la obtención del documento de identidad.
- 6.3.2.4 La Institución debidamente identificada, presentará ante el Centro de Digitación autorizado la relación de sus beneficiarios acreditados de acuerdo a la estructura de datos necesarios para la afiliación directa temporal, proporcionada por la Gerencia del Asegurado.
- 6.3.2.5 El Centro de Digitación autorizado registrará la afiliación a través del Formato Digital de Afiliación Directa Temporal (Anexo N° 03).

6.3.3 DE PERSONAS EN PERÍODO DE GESTACIÓN Y MENORES DE EDAD ENTRE CERO (0) A CINCO (5) AÑOS:

- 6.3.3.1 La afiliación directa temporal de personas en período de gestación hasta el período de puerperio y menores de edad entre cero (0) a cinco (5) años y que no cuentan con otro seguro de salud, tendrá vigencia hasta la fecha prevista en el Decreto Supremo N° 305-2014-EF.
- 6.3.3.2 La afiliación directa temporal de las gestantes tendrá una vigencia hasta el período de puerperio (42 días posteriores al parto); una vez cumplido dicho período la afiliación será dada de baja de manera automática.
- 6.3.3.3 La afiliación directa temporal de los menores entre cero (0) a cinco (5) años tendrá una vigencia hasta que cumplan la edad máxima prevista (05 años); una vez cumplido dicho periodo la afiliación directa temporal será dada de baja de manera automática.
- 6.3.3.4 Las gestantes hasta el período de puerperio, deberán presentar un documento que acredite la Fecha Probable de Parto / Fecha de Parto, emitido por el establecimiento de salud correspondiente (Carnet de Controles Prenatales o Informe Médico, entre otros).
- 6.3.3.5 Las gestantes hasta el período de puerperio, deberán presentar para afiliarse el Acta de Nacimiento o un documento que los identifique como tal, el cual podrá ser emitido por una institución o autoridad competente. En caso de no contar con ningún documento que lo identifique, deberá presentar una Declaración Jurada conteniendo los datos de la persona (en caso de menores Declaración Jurada de padres o tutor).
- 6.3.3.6 Los menores de edad entre cero (0) a cinco (5) años, deberán presentar para afiliarse el Acta de Nacimiento o Certificado de Nacido Vivo o Tarjeta de Control de Niño Sano o un documento que los identifique como tal, el cual podrá ser emitido por una institución o autoridad competente. En caso de no contar con ningún documento que identifique al menor, una Declaración Jurada de padres o tutor, conteniendo los datos del menor.
- 6.3.3.7 El Centro de Digitación autorizado registrará la afiliación a través del Formato Digital de Afiliación Directa Temporal (Anexo N° 03).



6.3.4 DE ESTUDIANTES QALI WARMA

6.3.4.1 La afiliación directa temporal de los estudiantes de educación básica regular y especial de las instituciones educativas públicas del Programa Nacional de Alimentación Escolar QALI WARMA y que no cuentan con otro seguro de salud, será realizada de manera automática por el SIS de acuerdo a la base de datos remitida por el Ministerio de Educación (MINEDU) y la vigencia será hasta que se regularice su situación ante el Registro Nacional de Identificación y Estado Civil (RENIEC).

6.3.4.2 Se aplicará el Formato Digital de Afiliación Directa Temporal (Anexo N° 03).

6.4 AFILIACIÓN GRUPAL Y MASIVA

6.4.1 El Programa Social o Institución Pública o Privada debidamente acreditada, remite al SIS la Base de Datos del Padrón de Beneficiarios, de acuerdo a la estructura de datos proporcionada por el SIS, la cual deberá ser entregada en medio magnético.

6.4.2 La Oficina General de Tecnología de la Información (OGTI) remitirá al Registro Nacional de Identificación y Estado Civil (RENIEC) la relación de los beneficiarios que cuentan con DNI para la validación de los datos personales.

6.4.3 La Oficina General de Tecnología de la Información (OGTI) remitirá a la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD) la relación de los beneficiarios que cuenten con el DNI validado por RENIEC, a fin de verificar si cuentan con otro seguro de salud.



6.4.4 La Oficina General de Tecnología de la Información (OGTI) cuando corresponda, enviará al SISFOH la Base de Datos para que verifique el resultado de la clasificación socioeconómica de los beneficiarios del Programa Social o Institución Pública o Privada que cuenten con el DNI validado por RENIEC y no cuenten con otro seguro de salud, a través de medio escrito o vía correo electrónico.



6.4.5 El SISFOH remitirá al SIS los resultados de la clasificación socioeconómica y los datos necesarios para la afiliación de corresponder.

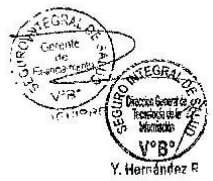
6.4.6 La Oficina General de Tecnología de la Información (OGTI) procederá a realizar la afiliación grupal y masiva de aquellos beneficiarios que cuenten con la clasificación socioeconómica al régimen subsidiado, no cuenten con otro seguro de salud y que no se encuentren registrados en la base de datos, con una afiliación vigente al SIS.



6.4.7 La Gerencia del Asegurado informará al Programa Social o Institución Pública o Privada, el resultado del proceso de afiliación, precisando quiénes fueron asegurados y quiénes no cuentan con alguno de los requisitos para acceder al régimen subsidiado; asimismo, remitirá la relación de los beneficiarios con DNI que no pasaron la validación con RENIEC para la verificación respectiva.



6.4.8 Para la afiliación grupal y masiva de los grupos poblacionales determinados por norma, referidos en los numerales 6.2 y 6.3 de la presente Directiva Administrativa, se exceptuará la clasificación socioeconómica a cargo del SISFOH.



6.5 ACTUALIZACIÓN DE DATOS DE LA AFILIACIÓN

La afiliación regular, la afiliación directa y la afiliación directa temporal pueden ser actualizadas o modificadas por las siguientes causas:

6.5.1 Actualización por cambio de datos personales: El Centro de Digitación actualizará los datos de la afiliación a través del Formato Digital de Actualización de Datos (Anexo N° 04) del Módulo de Afiliación del SIASIS.

Para los casos de asegurados con clasificación socioeconómica del SISFOH, previamente se deberá verificar la actualización en el Padrón General de Hogares (PGH).

Los establecimientos de salud que no cuenten con acceso a Internet, deberán utilizar el Formato de Recolección de Datos (Anexo N° 05) para la actualización respectiva, el cual será remitido al Centro de Digitación, quien emitirá un reporte con los datos actualizados.

6.5.2 Actualización por incorporación o cambio de la persona mayor de 18 años acreditada para solicitar la prestación económica de sepelio: Esta actualización sólo podrá ser solicitada por el titular de la afiliación o responsable del menor de edad asegurado.

En los Centros de Digitación, el asegurado o responsable del menor de edad asegurado, solicitará mediante una solicitud simple la incorporación o cambio respectivo. El Centro de Digitación, actualizará directamente lo solicitado a través del Formato Digital de Actualización de Datos (Anexo N° 04) del Módulo de Afiliación del SIASIS.

Los establecimientos de salud que no cuenten con acceso a Internet, deberán utilizar el Formato de Recolección de Datos (Anexo N° 05) para el registro respectivo en el Centro de Digitación, quien emitirá un reporte con los datos actualizados. Este Formato deberá estar firmado por el titular de la afiliación o responsable del menor de edad asegurado.



6.5.3 Actualización por cambio de establecimiento de salud de adscripción: El Centro de Digitación actualizará de corresponder el establecimiento de salud de adscripción a través del Formato Digital de Actualización de Datos (Anexo N° 04) del Módulo de Afiliación del SIASIS.

Los establecimientos de salud que no cuenten con acceso a Internet, deberán utilizar el Formato de Recolección de Datos (Anexo N° 05) para la actualización respectiva, el cual será remitido al Centro de Digitación, quien emitirá un reporte con los datos actualizados.



6.5.4 Actualización por cambio de domicilio: El cambio de domicilio se realizará en el establecimiento de salud de la nueva jurisdicción o en el Centro de Digitación autorizado a través del Formato Digital de Actualización de Datos (Anexo N° 04) del Módulo de Afiliación del SIASIS.

Cuando el asegurado haya realizado el cambio de domicilio ante la Unidad Local de Empadronamiento (ULE) de su respectiva municipalidad y mantiene la clasificación socioeconómica respectiva, el responsable autorizado procederá al cambio de domicilio y el Establecimiento de Salud de adscripción, de corresponder, verificando previamente en SUSALUD que no cuente con otro seguro de salud.



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 001-2015-SIS/GA - V.01

Los establecimientos de salud que no cuenten con acceso a Internet, deberán utilizar el Formato de Recolección de Datos (Anexo N° 05) para el registro respectivo en el Centro de Digitación, quien emitirá un reporte con los datos actualizados.

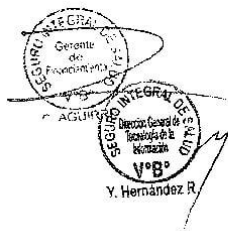
6.5.5 Otras opciones de actualización: El Centro de Digitación actualizará de corresponder el teléfono, correo electrónico, datos personales de los familiares, datos del responsable de la afiliación, entre otros.

6.6 BAJA DE AFILIACIÓN

Es el procedimiento mediante el cual se deja sin efecto la adscripción de un asegurado a alguno de los regímenes de financiamiento del Seguro Integral de Salud.

6.6.1 Motivos o causales de baja de afiliación:

- a) Información o documentación falsa o adulterada, que haya sido declarada o presentada para afiliarse. Será sustentado con el informe respectivo del Establecimiento de Salud o Centro de Digitación que lo detecte, el cual será remitido a la UDR correspondiente. La UDR remitirá el informe técnico a la GMR, quien realizará la baja de corresponder y derivará los antecedentes e informe técnico a la Oficina General de Asesoría Jurídica para las acciones que correspondan.
- b) Duplicidad de afiliación. Si cuenta con más de una afiliación vigente al Seguro Integral de Salud se dará de baja la afiliación más antigua, según corresponda.
- c) Contar con otro seguro de salud.
- d) Cambio de clasificación socioeconómica, de acuerdo al Padrón General de Hogares (PGH) del SISFOH, cuando corresponda.
- e) Desafiliación voluntaria. Será sustentado con la solicitud presentada por el asegurado o su representante ante el Establecimiento de Salud o Centro de Digitación.
- f) Fallecimiento. Se debe registrar la fecha de fallecimiento, previa verificación en el RENIEC.
- g) No contar con la acreditación respectiva como grupo poblacional determinado por norma, cuando corresponda.
- h) Fin del período de puerperio según DS N° 305-2014-EF, únicamente para las gestantes afiliadas como grupo poblacional determinado por norma.
- i) Cumplir la edad máxima prevista en el DS N° 305-2014-EF, únicamente para los menores entre cero (0) a cinco (5) años de edad afiliados como grupo poblacional determinado por norma.
- j) Ser contribuyente acogido al Nuevo Régimen Único Simplificado (NRUS) y contar con los requisitos de afiliación para este tipo de seguro, cuando corresponda.
- k) Ser trabajador o derechohabiente del trabajador de una microempresa, cuando corresponda.



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 001-2015-SIS/GA - V.01

6.6.2 Procedimiento para la baja de afiliación:

6.6.2.1 Baja de afiliación en Centros de Digitación

Todos los Centros de Digitación a nivel nacional, podrán realizar la baja de las afiliaciones que incurran en alguno de los motivos o causales de baja señalados en los ítems a), b), c), d), e), f), g) y j) del numeral 6.6.1 de la presente Directiva Administrativa.

Los establecimientos de salud que no cuenten con acceso a Internet, deberán solicitar mediante documento, la baja respectiva al Centro de Digitación que les corresponda debiendo indicar el motivo de la baja, quien informará sobre el proceso realizado al interesado/a.

Realizada la baja de afiliación, será comunicada al interesado/a, para lo cual la Gerencia del Asegurado emitirá los mecanismos de comunicación respectiva.

6.6.2.2 Baja de afiliación mediante proceso automático

- a. La afiliación será dada de baja de manera automática y masiva por la OGTI con una periodicidad no mayor de 30 días, a través de sistema por la causal c) del numeral 6.6.1 de la presente Directiva Administrativa, cuando como resultado del cruce de información con la base de datos de asegurados de la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD), se detecte que alguno de los afiliados cuenta con otro seguro de salud vigente.
- b. La baja por la causal f) del numeral 6.6.1 de la presente Directiva Administrativa, será realizada de manera automática cuando se registre la prestación económica de sepelio o cuando se registre en el FUA destino "Fallecido" o por sistema de acuerdo al resultado de cotejo masivo con RENIEC realizada por la OGTI. Se considerará como fecha de baja la fecha de fallecimiento.
- c. La baja por la causal g) del numeral 6.6.1 de la presente Directiva Administrativa, será realizada de manera automática y masiva a través de sistema, cuando el afiliado no cuente con la acreditación respectiva como grupo poblacional determinado por norma expresa.
- d. En el caso de la causal h) del numeral 6.6.1 de la presente Directiva Administrativa, la afiliación de personas en período de gestación será dada de baja de manera automática, cuando cumplan el período de puerperio (42 días posteriores al parto).
- e. En el caso de la causal i) del numeral 6.6.1 de la presente Directiva Administrativa, la afiliación de menores entre cero (0) a cinco (5) años será dada de baja de manera automática, cuando cumpla la edad máxima prevista (05 años).



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 001-2015-SIS/GA - V.01

- f. En el caso de la causal j) del numeral 6.6.1 de la presente Directiva Administrativa, la afiliación de contribuyentes del NRUS será dada de baja de manera automática y masiva a través de sistema, de acuerdo a la información remitida por la Superintendencia Nacional de Aduanas y de Administración Tributaria (SUNAT). No corresponde la baja de afiliación de los contribuyentes al NRUS afiliados como grupos poblacionales determinados por norma legal o resolución judicial.
- g. En el caso de la causal k) del numeral 6.6.1 de la presente Directiva Administrativa, la afiliación de trabajadores de una microempresa y sus derechohabientes será dada de baja de manera automática y masiva a través de sistema, cuando la microempresa haya efectuado el primer pago de la afiliación al SIS Microempresa. No corresponde la baja de afiliación de los derechohabientes que pertenezcan a grupos poblacionales determinados por norma legal o resolución judicial.

Las bajas de afiliación realizadas mediante proceso automático y masivo serán comunicadas a las Gerencias Macro Regionales (GMR) y Unidades Desconcentradas Regionales (UDR) respectivas.

6.7 LEVANTAMIENTO DE AFILIACIÓN DADA DE BAJA

6.7.1 MOTIVOS DE LEVANTAMIENTO DE AFILIACIÓN DADA DE BAJA

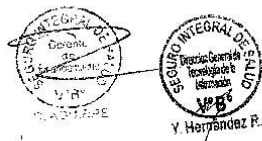
- a) No contar con otro seguro de salud, cuando la baja haya sido por la causal c) del numeral 6.6.1 de la presente Directiva Administrativa.
- b) Cambio de clasificación socioeconómica al régimen subsidiado, cuando la baja haya sido por la causal d) del numeral 6.6.1 de la presente Directiva Administrativa.
- c) A solicitud del titular, cuando la baja haya sido por la causal e) del numeral 6.6.1 de la presente Directiva Administrativa.
- d) Error involuntario, cuando no debió darse de baja la afiliación.
- e) Contar con acreditación de grupo poblacional determinado por norma, cuando corresponda.



6.7.2 PROCEDIMIENTO DE LEVANTAMIENTO DE AFILIACIÓN DADA DE BAJA

6.7.2.1 Cuando el usuario requiera el levantamiento de su afiliación dada de baja por las razones indicadas en el numeral 6.7.1 de la presente Directiva Administrativa, deberá solicitarlo por escrito, en el Establecimiento de Salud de adscripción del asegurado u Oficinas del SIS. Para ello podrá adjuntar el sustento respectivo de corresponder.

6.7.2.2 Los Establecimientos de Salud que no cuenten con autorización para realizar el Levantamiento de una Afiliación dada de baja, derivarán la solicitud al Centro de Digitación más cercano que cuente con la autorización para realizar este proceso.



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 001-2015-SIS/GA - V.01

- 6.7.2.3 El Centro de Digitación autorizado verificará en el aplicativo informático el motivo de baja de la afiliación. De acuerdo a ello, verificará el sustento presentado por el/a interesado/a para solicitar el levantamiento, así como la clasificación socioeconómica otorgada por el SISFOH, y verificará en SUSALUD si cuenta con otro seguro de salud.
- 6.7.2.4 De corresponder, el Centro de Digitación procederá al Levantamiento de la Afiliación dada de baja a través del Formato Digital de Actualización de Datos (Anexo N° 04) del Módulo de Afiliación del SIASIS, y comunicará el proceso efectuado al Establecimiento que derivó la solicitud.
- 6.7.2.5 No procede el levantamiento de afiliación por la causal Fallecimiento del asegurado, la cual incluye la baja cuando se registra la prestación económica de sepelio o como resultado de cotejo masivo con RENIEC.

6.7.3 PROCEDIMIENTO DE AUTORIZACIÓN PARA REALIZAR LEVANTAMIENTO DE AFILIACIÓN DADA DE BAJA

6.7.3.1 La función de levantamiento de afiliación dada de baja, sólo será realizada por personal de la DISA/DIRESA/GERESA, Unidades Ejecutoras, Establecimientos de Salud y Oficinas del SIS previamente autorizadas por la Gerencia del Asegurado, como Centro de Digitación.



6.7.3.2 La DISA/DIRESA/GERESA, Unidades Ejecutoras y Establecimientos de Salud solicitarán autorización vía correo electrónico o documento a la GMR/UDR según corresponda, incluyendo la justificación, el nombre completo del usuario SIASIS, documento de identidad, cargo y área de pertenencia del personal que se encargará del proceso.



6.7.3.3 La GMR/UDR según corresponda, evaluará la solicitud presentada por la DISA/DIRESA/GERESA, Unidades Ejecutoras y Establecimientos de Salud; de encontrarla conforme procederá a elevarla a la Gerencia del Asegurado, mediante documento o vía correo electrónico.



6.7.3.4 La Gerencia del Asegurado coordinará con la Oficina General de Tecnología de la Información para otorgar el acceso respectivo.

6.7.3.5 La GMR/UDR según corresponda, comunicará a la DISA/DIRESA/GERESA, Unidades Ejecutoras y Establecimientos de Salud la autorización, haciendo hincapié que el usuario y contraseña es personal e intransferible, siendo responsabilidad de la DISA/DIRESA/GERESA de velar por el uso adecuado de los mismos.



6.8 ACTUALIZACIÓN DE LA BASE DE DATOS DE AFILIADOS, CON EL PADRÓN GENERAL DE HOGARES (PGH)

6.8.1 DISPOSICIONES PARA ALTAS MASIVAS DE AFILIACIONES

6.8.1.1 Las afiliaciones grupales y masivas de las personas que cuentan con clasificación socioeconómica de pobreza y pobreza extrema en el Padrón General de Hogares (PGH) del SISFOH, serán

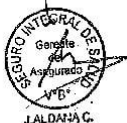


DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 001-2015-SIS/GA - V.01

realizadas de acuerdo a los numerales 6.4.2, 6.4.3 y 6.4.6 de la presente Directiva Administrativa.

- 6.8.1.2 La Oficina General de Tecnología de la Información deberá informar a las Gerencias Macro Regionales (GMR) y a las Unidades Desconcentradas Regionales (UDR) vía FTP la relación nominal de las afiliaciones realizadas de manera grupal y masiva (altas), a partir del día siguiente de haber efectuado el registro de las afiliaciones.
- 6.8.1.3 Las altas, podrán ser verificadas en el Link de Consultas en Línea del SIS del portal institucional del SIS (página Web); asimismo, se podrá verificar el establecimiento de salud de adscripción asignado.
- 6.8.1.4 Las Gerencias Macro Regionales (GMR) y las Unidades Desconcentradas Regionales (UDR) deberán socializar a las Direcciones de Salud (DISA's), Direcciones Regionales de Salud (DIRESA's), Gerencias Regionales de Salud (GERESA's) o quienes hagan sus veces en el nivel regional y Establecimientos de Salud en general, incluyendo a las Comunidades Locales de Administración de Salud (CLAS), las altas de afiliaciones realizadas.
- 6.8.1.5 Los Centros de Digitación, deberán realizar según corresponda, el cambio del establecimiento de salud de adscripción del asegurado, a través del Formato Digital de Actualización de Datos (Anexo N° 04) del Módulo de Afiliación del SIASIS, en tanto que el establecimiento de salud asignado, es realizado por aproximación de acuerdo al ubigeo del domicilio.

- 6.8.1.6 Los Centros de Digitación, informarán a las personas que el cambio de domicilio deberán realizarlo a través de la Unidad Local de Empadronamiento (ULE) de la municipalidad de la jurisdicción para que actualice los datos y determine la nueva clasificación socioeconómica de la persona y de corresponder continuar con la afiliación al SIS.



6.8.2 DISPOSICIONES PARA BAJAS MASIVAS DE AFILIACIONES

Las Unidades Orgánicas del SIS, según su competencia, deberán realizar el siguiente procedimiento para las bajas de afiliaciones de asegurados del régimen de financiamiento subsidiado del SIS:

- 6.8.2.1 El Seguro Integral de Salud otorgará un plazo de 120 días calendario a las afiliaciones al régimen subsidiado de las personas que tienen clasificación socioeconómica de no pobre según el Padrón General de Hogares actualizado del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social; durante ese período la afiliación estará en condición de activa, pudiendo el asegurado recibir las atenciones que requiera según el plan de beneficios establecido en las normas; en el caso de hospitalizaciones que superen la fecha de baja, podrá seguir contando con la cobertura del SIS hasta el alta del evento, siempre que la fecha de hospitalización haya sido mientras su afiliación estaba en condición de activo.
- 6.8.2.2 Para el proceso de baja masiva de afiliaciones por cambio de clasificación socioeconómica, la Oficina General de Tecnología de

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 001-2015-SIS/GA - V.01

la Información exceptuará a las afiliaciones de grupos poblacionales determinados por norma expresa.

6.8.2.3 La Oficina General de Tecnología de la Información exceptuará de la baja, al grupo poblacional contenido en el Decreto Supremo N° 305-2014-EF, que se indica a continuación:

- a) Año 2015, menores que no hayan cumplido los 03 años de edad a la fecha de realización de la baja automática.
- b) A partir del 1 de enero de 2016, menores que no hayan cumplido los 05 años de edad a la fecha de realización de la baja automática.

6.8.2.4 La Oficina General de Tecnología de la Información identificará en el sistema las afiliaciones involucradas en el proceso, con fecha de baja dentro de 120 días contados a partir del día siguiente de efectuado el proceso de verificación en el PGH.

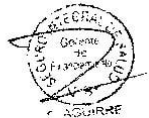
6.8.2.5 La Oficina General de Tecnología de la Información deberá implementar la baja automática de las afiliaciones indicadas, cumplidos los 120 días calendarios contados a partir del día siguiente de efectuado el proceso de verificación en el PGH, colocando como motivo de baja "Cambio de clasificación socioeconómica".

6.8.2.6 La Oficina General de Tecnología de la Información, a los 90 días de haber identificado la afiliación para la baja respectiva, debe remitir al Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social la relación de las personas que serán dadas de baja, con la finalidad de verificar el resultado de la reevaluación de la clasificación socioeconómica de las personas que lo hayan solicitado en la Unidad Local de Empadronamiento (ULE) de su respectiva municipalidad. En el caso de la persona que haya obtenido la clasificación socioeconómica de pobreza y pobreza extrema, la Oficina General de Tecnología de la Información eliminará la identificación de baja en el sistema.

6.8.2.7 La Oficina General de Tecnología de la Información deberá informar a las Gerencias Macro Regionales (GMR) y a las Unidades Desconcentradas Regionales (UDR) vía FTP la relación nominal de las bajas, las que deberán remitir a los Establecimientos de Salud de su jurisdicción el listado de las afiliaciones que serán dadas de baja en 120 días, en forma magnética (CD), a partir del día siguiente de haber seleccionado e identificado la afiliación para la baja respectiva.

6.8.2.8 Las Gerencias Macro Regionales (GMR) y las Unidades Desconcentradas Regionales (UDR) deberán socializar a las Direcciones de Salud (DISA's), Direcciones Regionales de Salud (DIRESA's), Gerencias Regionales de Salud (GERESA's) o quienes hagan sus veces en el nivel regional y Establecimientos de Salud en general, incluyendo a las Comunidades Locales de Administración de Salud (CLAS), la actualización de la base de datos de acuerdo a la información remitida por el MIDIS.

6.8.2.9 Los Establecimientos de Salud, las Gerencias Macro Regionales (GMR) y las Unidades Desconcentradas Regionales (UDR) orientarán a la persona, para que puedan optar por lo siguiente:



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 001-2015-SIS/GA - V.01

- a) Solicitar la reevaluación de su clasificación socioeconómica en la Unidad Local de Empadronamiento (ULE) de su respectiva municipalidad.
- b) Acceder al seguro SIS – NRUS (SIS Emprendedor), previa formalización en SUNAT y pago mensual en el Banco correspondiente por tres meses consecutivos, quienes no requieren de la clasificación socioeconómica del SISFOH.
- c) Acceder al SIS Independiente de contar con la clasificación respectiva.

6.8.2.10 La baja inmediata de las afiliaciones por otros procesos, como por ejemplo "Contar con otro seguro de salud" de acuerdo a la información de SUSALUD, "Fallecimiento", "Ser contribuyente acogido al NRUS y contar con los requisitos de afiliación para este tipo de seguro", son independiente del proceso de baja de afiliación a los 120 días.

6.9 PROCEDIMIENTO DE AUTORIZACIÓN PARA SER CONSIDERADO CENTRO DE DIGITACIÓN

6.9.1 Los Establecimientos de Salud pertenecientes al Instituto de Gestión de Servicios de Salud y los Gobiernos Regionales, no requerirán de autorización para ser considerados Centros de Digitación, sin embargo, deberán solicitar a las Gerencias Macro Regionales (GMR) y Unidades Desconcentradas Regionales (UDR) de su jurisdicción según corresponda, el acceso al aplicativo informático que corresponda.



6.9.2 Los Establecimientos de Salud que no pertenezcan al Instituto de Gestión de Servicios de Salud o Gobierno Regional, oficinas o instituciones deberán solicitar a la GMR/UDR de su jurisdicción según corresponda, la autorización para ser considerados como Centro de Digitación, la cual deberá contar con la justificación respectiva y precisar los nombres, documentos de identidad y cargo del personal que se encargará de ejecutar los procesos.

La GMR/UDR según corresponda, elevará la solicitud al SIS Central con la opinión sobre la viabilidad de lo solicitado.



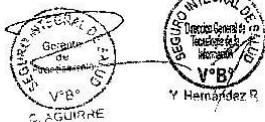
6.9.3 La Gerencia del Asegurado, a través de un informe, concluirá por la procedencia o no de la autorización, elevando a la Jefatura del SIS, el proyecto de Memorando de respuesta conteniendo, cuando corresponda, la autorización y disposición para que la GMR/UDR según sea el caso, otorgue el acceso al aplicativo informático que corresponda.



6.9.4 En los casos que el SIS implemente sus nuevos Centros de Digitación, bastará la autorización de la GMR, UDR o Gerencia del Asegurado según corresponda, para el acceso al aplicativo informático.

7. RESPONSABILIDADES

7.1 En materia de afiliaciones, conforme a lo dispuesto en la presente Directiva Administrativa, la Gerencia del Asegurado es responsable de monitorear la implementación y brindar asistencia técnica a las Gerencias Macro Regionales (GMR), quienes a su vez brindarán apoyo técnico a las Unidades Desconcentradas Regionales (UDR) respectivas. Las UDR se encuentran a cargo de la asistencia técnica a los Establecimientos de Salud de su jurisdicción.



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 001-2015-SIS/GA - V.01

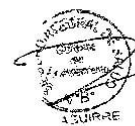
- 7.2 La Oficina General de Tecnología de la Información, es responsable de ejecutar los ajustes correspondientes en los aplicativos informáticos, según lo establecido en la presente Directiva Administrativa durante el periodo de implementación de treinta (30) días calendarios, contados a partir de la aprobación de la presente Directiva Administrativa.
- 7.3 La Gerencia del Asegurado en coordinación con la Oficina General de Tecnología de la Información, comunicará de manera mensual al Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social la relación de las afiliaciones realizadas a las personas que residen en centros poblados focalizados y que no se encuentran incorporadas en el Padrón General de Hogares (PGH), con la finalidad que se realice la clasificación socioeconómica correspondiente. En el caso de la persona que haya obtenido la clasificación socioeconómica de pobreza y pobreza extrema, la OGTI eliminará la identificación de grupo poblacional y en el caso de obtener la clasificación socioeconómica de no pobre, la OGTI dará de baja la afiliación.
- 7.4 La Gerencia del Asegurado en coordinación con la Oficina General de Tecnología de la Información, informará de manera mensual sobre las afiliaciones sin DNI al Registro Nacional de identificación y Estado Civil (RENIEC).
- 7.5 La Oficina General de Tecnología de la Información, realizará con una periodicidad no mayor de 30 días, la verificación de las afiliaciones al régimen de financiamiento subsidiado con el Registro de Afiliados al Aseguramiento Universal de Salud de la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD), a fin de detectar y dar de baja a las afiliaciones de personas que cuentan con otro seguro de salud vigente.
- 7.6 La Gerencia del Asegurado, de acuerdo a la disponibilidad presupuestal, emitirá los mecanismos y contenido para la comunicación o notificación a las personas cuya afiliación haya sido dada de baja mediante el proceso masivo realizado por la Oficina General de Tecnología de la Información (OGTI), teniendo en consideración las normas relacionadas a la protección de datos personales.



8. DISPOSICIONES FINALES

- 8.1 Cada usuario del Sistema Integrado de Aseguramiento del Seguro Integral de Salud (SIASIS) es responsable de la confidencialidad del acceso que se le ha proporcionado y de su uso apropiado, por lo que su empleo inadecuado conllevará a la deshabilitación del acceso otorgado.
- 8.2 La Gerencia del Asegurado comunicará a la Oficina General de Tecnología de la Información vía documento o correo electrónico, sobre otras modificaciones que sean necesarias realizar en el aplicativo informático, a efectos de asegurar la eficacia y eficiencia operativa del proceso de afiliación.
- 8.3 El Seguro Integral de Salud (SIS) utilizará como única fuente de información para determinar si una persona cuenta con otro seguro de salud la contenida en el Registro de Afiliados al Aseguramiento Universal en Salud de la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD). Se considera que una persona cuenta con seguro de salud cuando está cubierta por planes ofrecidos por las instituciones administradoras de fondos de aseguramiento en salud – IAFAS. No están considerados dentro de los planes, aquellos referidos a una condición asegurable o una especialidad de salud, tal como la dental, maternidad, oncológica, cardiológica, accidentes y otros determinados por el Ministerio de Salud.
- 8.4 Para la verificación de la condición de un asegurado, se deberá utilizar como única fuente la Base de Datos del Seguro Integral de Salud (SIS), a través de las fuentes de consultas implementadas para tal fin.

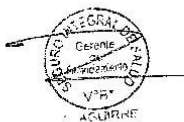
- 8.5 El Seguro Integral de Salud publicará en su página Web institucional, el Anexo N° Listado de Centros Poblados Focalizados de la Resolución Ministerial N° 152-



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 001-2015-SIS/GA - V.01

2013-MIDIS, el Anexo N° 1 Listado de Pueblos Indígenas que se ubican en la Amazonía Peruana de la Resolución Ministerial N° 321-2014-MC y el Anexo N° 1 Relación de centros poblados ubicados en el ámbito de las comunidades nativas pertenecientes a los pueblos indígenas de la Amazonía Peruana de la Resolución Ministerial N° 066-2015-MC, así como la relación de otros pueblos indígenas que pudiera emitir el Ministerio de Cultura.

- 8.6 La solicitud de afiliación del migrante retornado que cuenta con Documento Nacional de identidad (DNI) con domicilio en el extranjero, podrá ser presentada ante el Centro de Digitación, siempre que acredite que el cambio de domicilio se encuentra en trámite.
- 8.7 La incorporación al Régimen de Financiamiento Subsidiado del grupo poblacional entre cero (0) a cinco (05) años será de manera gradual, de acuerdo a lo siguiente:
 - a) Año 2015, al niño o niña menor de tres (03) años de edad.
 - b) A partir del 1 de enero de 2016, al niño o niña menor de cinco (05) años de edad.
- 8.8 La gradualidad de la incorporación al Régimen de Financiamiento Subsidiado del Seguro Integral de Salud del grupo poblacional entre cero (0) a cinco (05) años, no impide la afiliación regular de los menores, con anterioridad a las fechas indicadas en el numeral 8.7 de la presente Directiva Administrativa, y siempre que se cumplan los requisitos para ser afiliado de manera regular establecidos en el numeral 5.2 de la presente Directiva Administrativa.
- 8.9 La Oficina General de Tecnología de la Información deshabilitará el registro en los Formatos Digitales de Inscripción de Recién Nacido e Inscripción Temporal del Módulo de Afiliación del Sistema Integrado de Aseguramiento del SIS (SIASIS), a las 00:00 horas del quinto día calendario posterior a la fecha de la publicación de la presente Directiva Administrativa.
- 8.10 Los criterios categóricos a que se refiere el Decreto Supremo N° 030-2014-SA serán establecidos a través de Resolución Jefatural, a propuesta de la Gerencia del Asegurado.
- 8.11 Los procedimientos para la incorporación de los naturales de otros países al Seguro Integral de Salud, se establecerán a través de Resoluciones Jefaturales, conforme a los acuerdos bilaterales que pudieran aprobarse entre la República del Perú con otros países.




9. ANEXOS

- Anexo N° 01 – Formato Digital de Afiliación Regular
- Anexo N° 02 – Formato Digital de Afiliación Directa
- Anexo N° 03 – Formato Digital de Afiliación Directa Temporal
- Anexo N° 04 – Formato Digital de Actualización de Datos
- Anexo N° 05 – Formato de Recolección de Datos
- Anexo N° 06 – Grupos Poblacionales Determinados por Norma Expresa
- Anexo N° 07 – Flujograma del Proceso de Afiliación Regular al Régimen de Financiamiento Subsidiado
- Anexo N° 08 – Flujograma del Proceso de Afiliación Directa al Régimen de Financiamiento Subsidiado
- Anexo N° 09 – Flujograma del Proceso de Afiliación Directa Temporal al Régimen de Financiamiento Subsidiado

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 001-2015-SIS/GA - V.01

Anexo N° 01

									
RÉGIMEN DE FINANCIAMIENTO SUBSIDIADO FORMATO DIGITAL DE AFILIACIÓN REGULAR									
<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">CÓDIGO DE AFILIACIÓN</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">Número de DNI / CE</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">2-TBN</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">3-CE</td> <td></td> </tr> </table>		CÓDIGO DE AFILIACIÓN		2	Número de DNI / CE	2-TBN		3-CE	
CÓDIGO DE AFILIACIÓN									
2	Número de DNI / CE								
2-TBN									
3-CE									
1.- DE LA AFILIACIÓN Fecha de Afiliación: <input type="text"/> Plan de Beneficios: <input type="text"/> <small> Día Mes Año</small>									
2.- DATOS DEL ASEGURADO TDI N° Documento de Identidad: <input type="text"/> DN = 1 ; Carné de Extranjería = 3 Apellido Paterno: <input type="text"/> Apellido Materno: <input type="text"/> Nombres: <input type="text"/> Fecha de Nacimiento: <input type="text"/> Edad: <input type="text"/> Sexo: <input type="text"/> País: <input type="text"/> Teléfono: <input type="text"/> Correo Electrónico: <input type="text"/> <small> Día Mes Año M F</small>									
2.1.- DATOS DE LA VINCULACIÓN - AFILIACIÓN DIRECTA TEMPORAL Detalle de la(s) Afiliación(es) Directa(s) Temporal(es) encontrada(s): Apellido Paterno: <input type="text"/> Apellido Materno: <input type="text"/> Nombres: <input type="text"/> Sexo: <input type="text"/> Psc. Nacimiento: <input type="text"/> Código Afiliación Directa Temporal: <input type="text"/> MADRE: TDI N° Documento de Identidad: <input type="text"/> Nombres y Apellidos: <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Afiliación Directa Temporal no encontrada o no corresponde									
3.- DOMICILIO DEL ASEGURADO Departamento / Región: <input type="text"/> Provincia: <input type="text"/> Distrito: <input type="text"/> Centro Poblado: <input type="text"/> Dirección: <input type="text"/> Pueblo Indígena: <input type="text"/> Nombre de Pueblo Indígena: <input type="text"/> SI NO									
4.- ESTABLECIMIENTO QUE REALIZA LA AFILIACIÓN (CENTRO DE DIGITACIÓN) Código: <input type="text"/> Nombre del Establecimiento: <input type="text"/>									
5.- ESTABLECIMIENTO DE SALUD DE ADSCRIPCIÓN Código: <input type="text"/> Nombre del Establecimiento: <input type="text"/>									
6.- DATOS DE FAMILIARES EN CASO DE CORRESPONDER Datos del Padre y/o Madre (en caso de menores de edad) PADRE TDI N° Documento de Identidad: <input type="text"/> Apellidos y Nombres: <input type="text"/> MADRE TDI N° Documento de Identidad: <input type="text"/> Apellidos y Nombres: <input type="text"/> Datos del Cónyuge ó Concubinato: TDI N° Documento de Identidad: <input type="text"/> Apellidos y Nombres: <input type="text"/>									
7.- RESPONSABLE DE LA AFILIACIÓN (CENTRO DE DIGITACIÓN) TDI N° Documento de Identidad: <input type="text"/> Apellidos: <input type="text"/> Nombres: <input type="text"/>									
8.- PERSONA MAYOR DE 18 AÑOS ACREDITADA PARA SOLICITAR LA PRESTACIÓN ECONÓMICA DE SEPELIO EN CASO DE FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO TDI N° Documento de Identidad: <input type="text"/> Apellido Paterno: <input type="text"/> Apellido Materno: <input type="text"/> Nombres: <input type="text"/> Fecha de Nacimiento: <input type="text"/> Edad: <input type="text"/> Sexo: <input type="text"/> <small> Día Mes Año M F</small>									













DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 001-2015-SIS/GA - V.01

Anexo N° 02

PERU Ministerio de Salud	Seguro Integral de Salud			
RÉGIMEN DE FINANCIAMIENTO SUBSIDIADO FORMATO DIGITAL DE AFILIACIÓN DIRECTA				
CÓDIGO DE AFILIACIÓN 2 <small>1=DRI 3=CE</small>				
<small>Numero de DRI / CE</small>				
1.- DE LA AFILIACIÓN				
Fecha de Afiliación: Día Mes Año	Motivo de Afiliación Directa - Grupo Poblacional			
Fecha de Caducidad: Día Mes Año	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:33%;"> BENEFICIARIOS DE REPARACIONES EN SALUD <small>MINORES DE EDAD RESIDENTES EN CAR (DL N° 1184)</small> <small>JUVENILES PODER JUDICIAL (DL N° 28824)</small> <small>EX TRABAJADORES (D.U. N° 025.2004)</small> <small>ESCOLARES GALI WARMAL (LEY N° 28824)</small> </td> <td style="width:33%;"> BOMBEROS VOLUNTARIOS (LEY N° 29920) PERSONAS INTERNAS IMPE (DL N° 1194) NIÑOS ENTRE 0 A 3 AÑOS (DS N° 203-2014-SI) JUECES DE PAZ (LEY N° 28824) CRITERIOS CATEGÓRICOS (DS N° 039-2014-SA) </td> <td style="width:33%;"> RESIDENTES CC.PP. FOCALIZADOS (DL N° 1184) GESTANTES (DS N° 303-2014-SE) PERSONAS EN SITUACIÓN DE CALLE NIIMP (DL N° 1184) NÚCLEOS EJECUTORES (DS N° 014-2009-SA) </td> </tr> </table>	BENEFICIARIOS DE REPARACIONES EN SALUD <small>MINORES DE EDAD RESIDENTES EN CAR (DL N° 1184)</small> <small>JUVENILES PODER JUDICIAL (DL N° 28824)</small> <small>EX TRABAJADORES (D.U. N° 025.2004)</small> <small>ESCOLARES GALI WARMAL (LEY N° 28824)</small>	BOMBEROS VOLUNTARIOS (LEY N° 29920) PERSONAS INTERNAS IMPE (DL N° 1194) NIÑOS ENTRE 0 A 3 AÑOS (DS N° 203-2014-SI) JUECES DE PAZ (LEY N° 28824) CRITERIOS CATEGÓRICOS (DS N° 039-2014-SA)	RESIDENTES CC.PP. FOCALIZADOS (DL N° 1184) GESTANTES (DS N° 303-2014-SE) PERSONAS EN SITUACIÓN DE CALLE NIIMP (DL N° 1184) NÚCLEOS EJECUTORES (DS N° 014-2009-SA)
BENEFICIARIOS DE REPARACIONES EN SALUD <small>MINORES DE EDAD RESIDENTES EN CAR (DL N° 1184)</small> <small>JUVENILES PODER JUDICIAL (DL N° 28824)</small> <small>EX TRABAJADORES (D.U. N° 025.2004)</small> <small>ESCOLARES GALI WARMAL (LEY N° 28824)</small>	BOMBEROS VOLUNTARIOS (LEY N° 29920) PERSONAS INTERNAS IMPE (DL N° 1194) NIÑOS ENTRE 0 A 3 AÑOS (DS N° 203-2014-SI) JUECES DE PAZ (LEY N° 28824) CRITERIOS CATEGÓRICOS (DS N° 039-2014-SA)	RESIDENTES CC.PP. FOCALIZADOS (DL N° 1184) GESTANTES (DS N° 303-2014-SE) PERSONAS EN SITUACIÓN DE CALLE NIIMP (DL N° 1184) NÚCLEOS EJECUTORES (DS N° 014-2009-SA)		
Plan de Beneficios				
2.- DATOS DEL ASEGURADO				
TDI N° Documento de Identidad: _____ DNI = 1 ; Carné de Extranjería = 3 Apellido Paterno: _____ Apellido Materno: _____ Nombres: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: _____ País: _____ Fecha probable de parto / Fecha de parto: _____ Teléfono: _____ Correo Electrónico: _____ <small>Día Mes Año</small>				
2.1.- DATOS DE LA VINCULACIÓN - AFILIACIÓN DIRECTA TEMPORAL Detalle de la(s) Afiliación(en) Directa Temporal(es) encontrada(s): Apellido Paterno: _____ Apellido Materno: _____ Nombre: _____ Sexo: _____ Fec. Nacimiento: _____ Código Afiliación Directa Temporal: _____ MADRE: TDI N° Documento de Identidad: _____ Nombres y Apellidos: _____ <input type="checkbox"/> Afiliación Directa Temporal no encontrada o no corresponde				
3.- DISTRITO DEL ASEGURADO Departamento / Región: _____ Provincia: _____ Distrito: _____ Centro Poblado: _____ Dirección: _____ Pueblo Indígena: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Nombre de Pueblo Indígena: _____				
4.- ESTABLECIMIENTO QUE REALIZA LA AFILIACIÓN (CENTRO DE DIGITACIÓN) Código: _____ Nombre del Establecimiento: _____				
5.- ESTABLECIMIENTO DE SALUD DE AINSCRIPCIÓN Código: _____ Nombre del Establecimiento: _____				
6.- DATOS DE FAMILIARES EN CASO DE CORRESPONDER Datos del Padre y/o Madre (en caso de menores de edad) PADRE TDI N° Documento de Identidad: _____ Apellidos y nombres: _____ MADRE TDI N° Documento de Identidad: _____ Apellidos y nombres: _____ Datos del Cónyuge ó Concubinato: TDI N° Documento de Identidad: _____ Apellidos y nombres: _____				
7.- RESPONSABLE DE LA AFILIACIÓN (CENTRO DE DIGITACIÓN) TDI N° Documento de Identidad: _____ Apellidos: _____ Nombres: _____				
8.- PERSONA MAYOR DE 18 AÑOS ACREDITADA PARA SOLICITAR LA PRESTACIÓN ECONÓMICA DE SEPELIO EN CASO DE FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO TDI N° Documento de Identidad: _____ Apellido Paterno: _____ Apellido Materno: _____ Nombres: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: _____ <small>Día Mes Año</small>				

F. SANCHEZ Y.

 J. MORENO E.


 J. ALDAS C.

 J. PINEDO

 C. AGUIRRE

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 001-2015-SIS/GA - V.01

Anexo N° 03

 PERU Ministerio de Salud Seguro Integral de Salud		CÓDIGO DE AFILIACIÓN DIRECTA TEMPORAL E CORRELATIVO AUTOMÁTICO	
RÉGIMEN DE FINANCIAMIENTO SUBSIDIADO FORMATO DIGITAL DE AFILIACIÓN DIRECTA TEMPORAL			
1.- DE LA AFILIACIÓN DIRECTA TEMPORAL DE PERSONAS NO INSCRITAS EN EL RENIEC			
Fecha de Afiliación Día Mes Año		Motivo de Afiliación Directa Temporal - Grupo Poblacional NIÑOS ENTRE 0 A 5 AÑOS (DS N° 305-2014-EF) MENORES DE EDAD RESIDENTES EN CAR (DL N° 1164) MENORES DE EDAD RESIDENTES EN JUVENILES PODER JUDICIAL (DL N° 1164)	
Fecha de Caducidad Día Mes Año		PERSONAS EN SITUACIÓN DE CALLE MIMP (DL N° 1164) PERSONAS INTERNAS INPE (DL N° 1164) ESCOLARES CALI WARMA (LEY N° 30061) RESIDENTES CC.PP. FOCALIZADOS (DL N° 1164) GESTANTES (DS N° 305-2014-EF)	
Plan de Beneficios		* Menor de edad que requiere de una resolución judicial para ser identificado, la afiliación será hasta la obtención de su documento de identidad.	
2.- DATOS DEL ASEGURADO			
Apellido Paterno		Apellido Materno	
Nombres			
Fecha de Nacimiento Día Mes Año		Edad	Sexo M F
CUI	Pais	Fecha probable de parto / Fecha de parto Día Mes Año	Código de Estudiante
Teléfono		Correo Electrónico	
3.- DOMICILIO DEL ASEGURADO			
Departamento / Región		Provincia	
Distrito		Centro Poblado	
Dirección			
Pueblo Indígena SI NO		Nombre de Pueblo Indígena	
4.- ESTABLECIMIENTO QUE REALIZA LA AFILIACIÓN (CENTRO DE DIGITACIÓN)			
Código		Nombre del Establecimiento	
5.- ESTABLECIMIENTO DE SALUD DE ADSCRIPCIÓN			
Código		Nombre del Establecimiento	
6.- DATOS DE FAMILIARES EN CASO DE CORRESPONDER Datos del Padre y/o Madre (en caso de menores de edad)			
PADRE TDI / N° Documento de Identidad: Apellidos y Nombres			
MADRE TDI / N° Documento de Identidad: Apellidos y Nombres			
Datos del cónyuge ó Concubinato: TDI / N° Documento de Identidad: Apellidos y Nombres			
7.- RESPONSABLE DE LA AFILIACIÓN (CENTRO DE DIGITACIÓN)			
TDI / N° Documento de Identidad		Apellidos	
Nombres			
8.- PERSONA MAYOR DE 18 AÑOS ACREDITADA PARA SOLICITAR LA PRESTACIÓN ECONÓMICA DE SEPULCRO EN CASO DE FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO			
TDI / N° Documento de Identidad			
Apellido Paterno		Apellido Materno	
Nombres			
Fecha de Nacimiento Día Mes Año		Edad	Sexo M F


 F. BANCHEZ Y.


 J. MORENO E.


 JALDANA C.


 J. PINEDO


 A. AGUIRRE


 Y. Hernández R.

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 001-2015-SIS/GA - V.01

Anexo N° 04 (1ra. parte)

PERÚ	Ministerio de Salud	Seguro Integral de Salud									
RÉGIMEN DE FINANCIAMIENTO SUBSIDIADO		FORMATO DIGITAL DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS									
		<table border="1" style="font-size: small;"> <tr> <th colspan="3">Fecha de Solicitud</th> </tr> <tr> <td style="width: 33%;">Dia</td> <td style="width: 33%;">Mes</td> <td style="width: 33%;">Año</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	Fecha de Solicitud			Dia	Mes	Año			
Fecha de Solicitud											
Dia	Mes	Año									
1- DEL DOCUMENTO A SER ACTUALIZADO											
Tipo de Formato Afiliación	Tipo de Documento DNI C.E.	Código 2 3 E									
DNI = 2 ; Carné de Extranjería = 3											
1.1.- DATOS DEL AFILIADO(A)											
TDI N° Documento											
DNI = 1 ; Carné de Extranjería = 3											
Apellido Paterno		Apellido Materno									
Nombres		Fecha de Nacimiento Dia Mes Año									
		Edad Sexo M F									
Código Establecimiento de Salud de Adscripción											
Código Ubiason Dirección											
Dirección		Plan de Beneficios Grupo Poblacional									
2.- PERSONA QUE SOLICITA LA ACTUALIZACIÓN (Seleccione la persona que solicita la actualización. Prevalece la solicitud del Titular)											
Tipo Solicitante											
Titular	Personal UDR/ GMR	Personal EE.SS.									
Familiar	Personal SIS Central	Personal MAC									
TDI N° Documento Nombres y Apellidos											
3.- DETALLE DE MOTIVO DE ACTUALIZACIÓN											
[Empty field for detail]											
4.- OBSERVACIONES DEL RESPONSABLE DE LA ACTUALIZACIÓN											
[Empty field for observations]											
5.- OPCIONES DE ACTUALIZACIÓN (Solo se podrá realizar la actualización de una opción)											
<input type="radio"/> Cambio de Establecimiento de Salud de Adscripción											
Código EESS de Adscripción		Nombre del Establecimiento de Salud de Adscripción									
<input type="radio"/> Actualización de datos personales vía web Service (afiliación con SISFOH)											
TDI N° Documento											
<input type="radio"/> Cambio de domicilio de afiliación con SISFOH (Solo procede si mantiene elegibilidad)											
Código EESS de Adscripción		Nombre del Establecimiento de Salud de Adscripción									
<input type="radio"/> Actualización de datos personales de grupo poblacional determinado por norma (Validación en línea)											
TDI N° Documento											
Apellido Paterno		Apellido Materno									
Nombres		Fecha de Nacimiento Dia Mes Año									
		Edad Sexo M F									
<input type="radio"/> Cambio de Domicilio de grupo poblacional determinado por norma (Afiliación Directa y Afiliación Directa Temporal)											
Departamento/Región		Provincia									
Distrito		Centro Poblado (en caso de corresponder)									
Dirección											
<input type="radio"/> Actualización de datos personales (Afiliación Directa Temporal)											
Apellido Paterno		Apellido Materno									
Nombres		Fecha de Nacimiento Dia Mes Año									
		Edad Sexo M F									
<input type="radio"/> Baja de Afiliación											
Motivo											

F. SANCHEZ Y.

J. MORENO E

J. ALDANA C.

J. PINEDO

A. AGUIRRE

Y. Hernández R.

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 001-2015-SIS/GA - V.01

Anexo N° 04 (2da. parte)

6.- ACTUALIZACIÓN DE LA PERSONA MAYOR DE 18 AÑOS ACREDITADA PARA SOLICITAR LA PRESTACIÓN ECONÓMICA DE SEPELIO EN CASO DE FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO (Si No s/lo solicita el Titular de la Afiliación ó el Apoderado en caso de menor de edad)

Datos del acreditado

TDI	N° Documento					
DNI = 1 ; Carné de Extranjería = 3						
Apellido Paterno		Apellido Materno				
Nombres		Fecha de Nacimiento				
		<table border="1"> <tr> <th>Edad</th> <th>Sexo</th> </tr> <tr> <td></td> <td>M F</td> </tr> </table>	Edad	Sexo		M F
Edad	Sexo					
	M F					

7.- OTRAS OPCIONES DE ACTUALIZACIÓN (Puede elegir varias opciones)

Fecha de Afiliación

Día	Mes	Año

DNI del responsable Afiliación

N° DNI	Apellidos y Nombres

Teléfono / Correo electrónico

	/	

Datos familiares

Tipo de Familiar			TDI	N° Documento				
Padre	Madre	Cónyuge / Concubina(o)						
Apellido Paterno		Apellido Materno						
Nombres		Fecha de Nacimiento						
		<table border="1"> <tr> <th>Edad</th> <th>Sexo</th> </tr> <tr> <td></td> <td>M F</td> </tr> </table>			Edad	Sexo		M F
Edad	Sexo							
	M F							

Fecha probable de parto / Fecha de parto

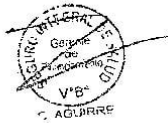
Día	Mes	Año

Cambio de Grupo Poblacional

8.- LEVANTAMIENTO DE AFILIACIÓN DADA DE BAJA

Datos del levantamiento de la afiliación anulada

Motivo			
Sin derecho a otro seguro de salud	Cambio de clasificación socioeconómica	Error involuntario	Solitud del Titular
Fecha de Levantamiento			
Día	Mes	Año	



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 001-2015-SIS/GA - V.01

Anexo N° 05



FORMATO N°

FORMATO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Fecha de Solicitud			Motivo de la Solicitud		Grupo Poblacional determinado por norma
Día	Mes	Año	Afiliación con SISFOH	Afiliación Directa	
			Modificación de Datos	Afiliación Directa Temporal	
Modalidad de Afiliación (SIS independiente)					
Afiliación Individual		Afiliación Familiar		Afiliación para Menores Dependientes	

1.- DATOS DEL JEFE DE HOGAR / TITULAR / NACIONAL ECUATORIANO

TDI / N° Documento	Apellido Paterno	Apellido Materno
1 = DNI 2 = No tiene Documento 3 = Carné de Extranjería 4 = CUI 5 = Cédula de Identidad	Nombres	Fecha de Nacimiento
		Sexo M F
Pais	Teléfono	Correo Electrónico
Domicilio del Hogar / No aplica en nacional ecuatoriano		
Pueblo Indígena SI NO		
Departamento:	Provincia:	
Cantón:	Centro Poblado:	Nombre de Pueblo Indígena
Dirección:		

2.- DATOS DE LOS MIEMBROS DEL HOGAR (PARA NACIONAL ECUATORIANO SÓLO SI CORRESPONDE)

TDI / N° Documento	Apellido Paterno	Apellido Materno	Sexo	Fecha de Nacimiento	Relación con el Jefe de Hogar
1 Nombres			M F		
Incapacidad para el trabajo (aplica sólo a menores dependientes)	SI NO	Indicar motivo si es "SI"			
TDI / N° Documento	Apellido Paterno	Apellido Materno	Sexo	Fecha de Nacimiento	Relación con el Jefe de Hogar
2 Nombres			M F		
Incapacidad para el trabajo (aplica sólo a menores dependientes)	SI NO	Indicar motivo si es "SI"			
TDI / N° Documento	Apellido Paterno	Apellido Materno	Sexo	Fecha de Nacimiento	Relación con el Jefe de Hogar
3 Nombres			M F		
Incapacidad para el trabajo (aplica sólo a menores dependientes)	SI NO	Indicar motivo si es "SI"			
TDI / N° Documento	Apellido Paterno	Apellido Materno	Sexo	Fecha de Nacimiento	Relación con el Jefe de Hogar
4 Nombres			M F		
Incapacidad para el trabajo (aplica sólo a menores dependientes)	SI NO	Indicar motivo si es "SI"			
TDI / N° Documento	Apellido Paterno	Apellido Materno	Sexo	Fecha de Nacimiento	Relación con el Jefe de Hogar
5 Nombres			M F		
Incapacidad para el trabajo (aplica sólo a menores dependientes)	SI NO	Indicar motivo si es "SI"			

3.- ESTABLECIMIENTO QUE REALIZA LA AFILIACIÓN (Centro de Digitación)

Código	Nombre
--------	--------

4.- ESTABLECIMIENTO DE SALUD DE ADSCRIPCIÓN (NO APLICA PARA NACIONAL ECUATORIANO)

Código	Nombre
--------	--------

5.- PERSONA MAYOR DE 18 AÑOS ACREDITADA PARA SOLICITAR LA PRESTACION ECONOMICA DE SEPELJO EN CASO DE FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO (NO APLICA PARA NACIONAL ECUATORIANO)

TDI / N° Documento	Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre	Fecha de Nacimiento	Sexo
					M F

Forma de comunicación de resultado de afiliación

Presencial en Centro de Digitación	Teléfono	Correo Electrónico
------------------------------------	----------	--------------------

(*) Firma y huella digital del Declarante		Huella Digital		Sello y Firma del Responsable de la Recolección de Datos	
Nombre y Apellidos:				Nombre y Apellidos:	
N° DNI / CE				N° DNI / CE	

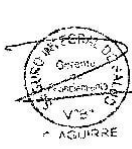
(*) Este Declarante, obligatoriamente debe ser un integrante del hogar y estar incluido en el formato de recolección de datos. En caso de nacional ecuatoriano será el titular o la persona responsable.



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 001-2015-SIS/GA - V.01

Anexo N° 06

GRUPOS POBLACIONALES DETERMINADOS POR NORMA EXPRESA	ACREDITACIÓN	FORMATO DE AFILIACIÓN
Beneficiarios de reparaciones en salud, dentro de los cuales se encuentran: - Víctimas y beneficiarios afectados durante el proceso de violencia ocurrida en el Perú entre mayo de 1980 y noviembre de 2000, inscritos en el Registro Único de Víctimas (RUV). Ley N° 28592. - Casos dispuestos por la Corte Interamericana de Derechos Humanos (CIDH).	- Consejo de Reparaciones de la Presidencia del Consejo de Ministros (PCM). La relación es remitida por la Comisión Multisectorial de Alto Nivel encargada del seguimiento de las acciones y políticas del Estado en los ámbitos de la Paz, la Reparación Colectiva y la Reconciliación Nacional (CMAN), entidad adscrita al Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. - Corte Interamericana de Derechos Humanos (CIDH).	- Formato Digital de Afiliación Directa.
Ex trabajadores inscritos en el Registro Nacional de Trabajadores Cesados Irregularmente y un (1) familiar directo. D.U. N° 025-2008.	Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo (MINTRA).	- Formato Digital de Afiliación Directa.
Miembros del Cuerpo General de Bomberos Voluntarios del Perú. Ley N° 29695.	Compañía del Cuerpo General de Bomberos Voluntarios del Perú (CGBVP).	- Formato Digital de Afiliación Directa.
Tres (3) integrantes directivos de los Núcleos Ejecutores, incluyendo a sus derechohabientes, inscritos en el Registro Nacional de Núcleos Ejecutores. DS N° 014-2009-SA.	Secretaría de Descentralización de la Presidencia del Consejo de Ministros (PCM).	- Formato Digital de Afiliación Directa.
Jueces de Paz. Ley N° 29824.	Corte Superior de Justicia de la jurisdicción a la cual pertenece.	- Formato Digital de Afiliación Directa.
Estudiantes de educación básica regular y especial de las instituciones educativas públicas del Programa Nacional de Alimentación Escolar QALI WARMA. Ley N° 30061.	Ministerio de Educación (MINEDU).	- Formato Digital de Afiliación Directa. - Formato Digital de Afiliación Directa Temporal.
Población residente en los centros poblados focalizados por el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social que no se encuentre en el Padrón General de Hogares. D.L. N° 1164.	- Anexo N° 1 Listado de Centros Poblados Focalizados de la Resolución Ministerial N° 152-2013-MIDIS.	- Formato Digital de Afiliación Directa. - Formato Digital de Afiliación Directa Temporal.



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 001-2015-SIS/GA - V.01

GRUPOS POBLACIONALES DETERMINADOS POR NORMA EXPRESA	ACREDITACIÓN	FORMATO DE AFILIACIÓN
Población de comunidades indígenas. D.L. N° 1164.	- Anexo N° 1 Listado de Pueblos Indígenas que se ubican en la Amazonía Peruana de la Resolución Ministerial N° 321-2014-MC. - Anexo N° 1 Relación de centros poblados ubicados en el ámbito de las comunidades nativas pertenecientes a los pueblos indígenas de la Amazonía Peruana de la Resolución Ministerial N° 066-2015-MC.	- Formato Digital de Afiliación Directa Temporal. (considerado dentro del grupo poblacional: Residentes CCPP Focalizados DL N° 1164).
Personas recluidas en centros penitenciarios. D.L. N° 1164.	Instituto Nacional Penitenciario del Perú (INPE).	- Formato Digital de Afiliación Directa. - Formato Digital de Afiliación Directa Temporal.
Residentes en centros de atención residencial para niñas, niños y adolescentes. D.L. N° 1164.	Centros de Atención Residencial (CAR) públicos y privados.	- Formato Digital de Afiliación Directa. - Formato Digital de Afiliación Directa Temporal.
Centros juveniles de diagnóstico y rehabilitación. D.L. N° 1164.	Poder Judicial: Corte Superior de Justicia de la jurisdicción a la cual pertenece o su órgano administrativo competente.	- Formato Digital de Afiliación Directa. - Formato Digital de Afiliación Directa Temporal.
Personas en situación de calle. D.L. N° 1164.	Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (Programa Nacional Vida Digna y Programa Nacional Yachay).	- Formato Digital de Afiliación Directa. - Formato Digital de Afiliación Directa Temporal.
Personas en período de gestación hasta el periodo de puerperio. D.S. N° 305-2014-EF.	Documento que registre Fecha Probable de Parto / Fecha de Parto, emitido por el establecimiento de salud correspondiente (Carnet de Controles Prenatales o Informe Médico, entre otros).	- Formato Digital de Afiliación Directa. - Formato Digital de Afiliación Directa Temporal.
Menores de edad entre cero (0) y cinco (5) años. D.S. N° 305-2014-EF.	- Documento de Identidad (DNI o Carné de Extranjería), con el cual se verifica la edad. - Para los casos de indocumentados, se verificará la edad con el documento presentado que identifica al menor.	- Formato Digital de Afiliación Directa. - Formato Digital de Afiliación Directa Temporal.

SEGURO INTEGRAL DE SALUD
GERENTE GENERAL
V°B°
F. SANCHEZ V.

SEGURO INTEGRAL DE SALUD
GERENTE GENERAL
V°B°
J. ALDANAC.

SEGURO INTEGRAL DE SALUD
OFICINA GENERAL DE RESERVA JURIDICA
V°B°
J. PINEDO

Grupo	Edad	Inicio
Niño o niña	Menores de (03) tres años	01/01/2015
Niño o niña	Menores de (05) cinco años	01/01/2016

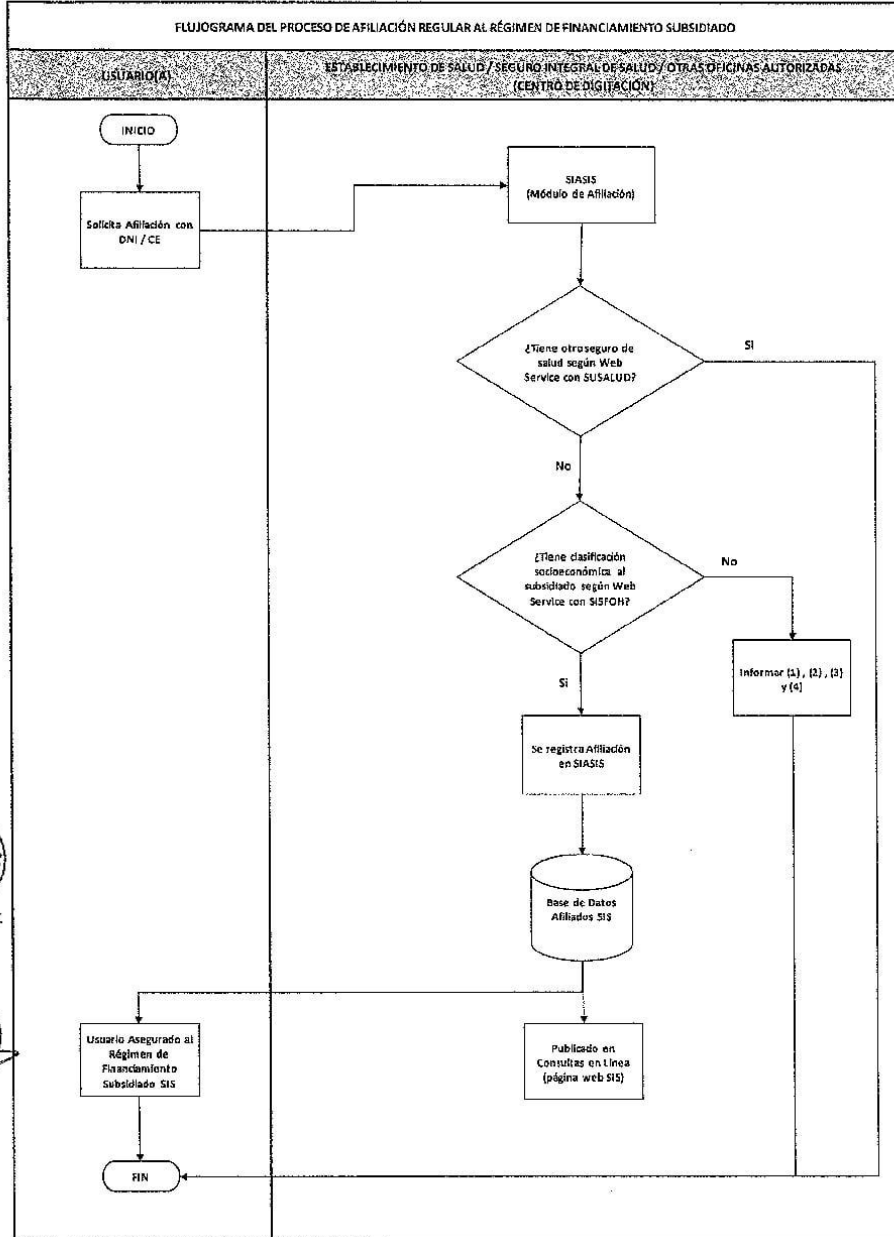
SEGURO INTEGRAL DE SALUD
GERENTE GENERAL
V°B°
J. MORENO E

SEGURO INTEGRAL DE SALUD
Gerente del Seguro Integral de Salud
V°B°
ACQUIRRE

SEGURO INTEGRAL DE SALUD
DIRECCION GENERAL DE FOMENTO
V°B°
Y. Hernández R.

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 001-2015-SIS/GA - V.01

Anexo N° 07



F. SANCHEZ Y.

J. ALDANA C.

J. PINEDO

(1) El usuario/a debe solicitar la clasificación o reevaluación socioeconómica ante la Unidad Local de Empadronamiento (ULE) de su respectiva municipalidad.
 (2) El usuario/a puede acceder al SIS Independiente en el centro de digitación autorizado de correspondencia.
 (3) El usuario/a puede acceder al SIS MAJUS (SIS Emprendedor) en el centro de digitación autorizado, de correspondencia.
 (4) El usuario/a puede acceder al SIS Microempresa, de correspondencia.

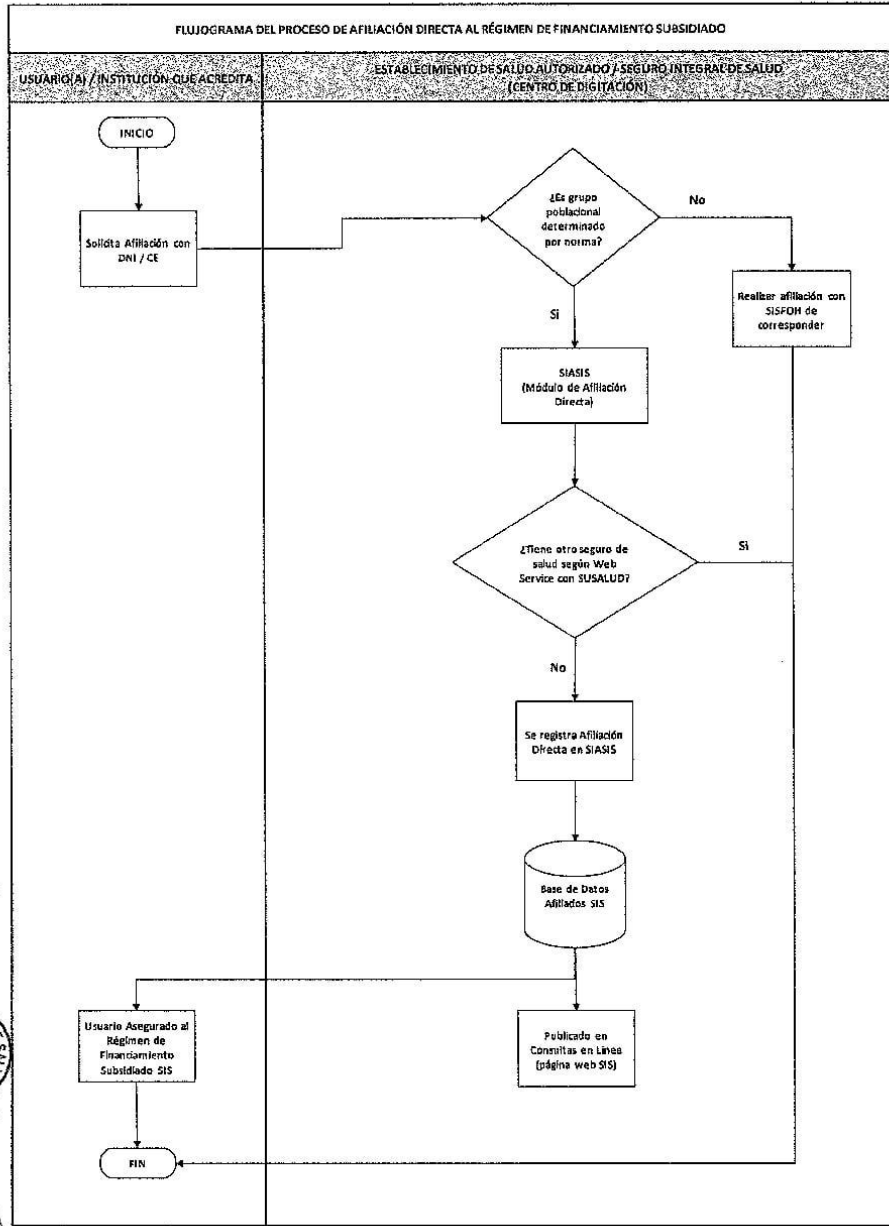
J. MORENO E.

C. ACURNE

Y. HERNANDEZ R.

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 001-2015-SIS/GA - V.01

Anexo N° 08

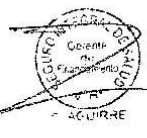



 F. SANCHEZ Y.


 J. ALDANA C.


 J. PINEDO

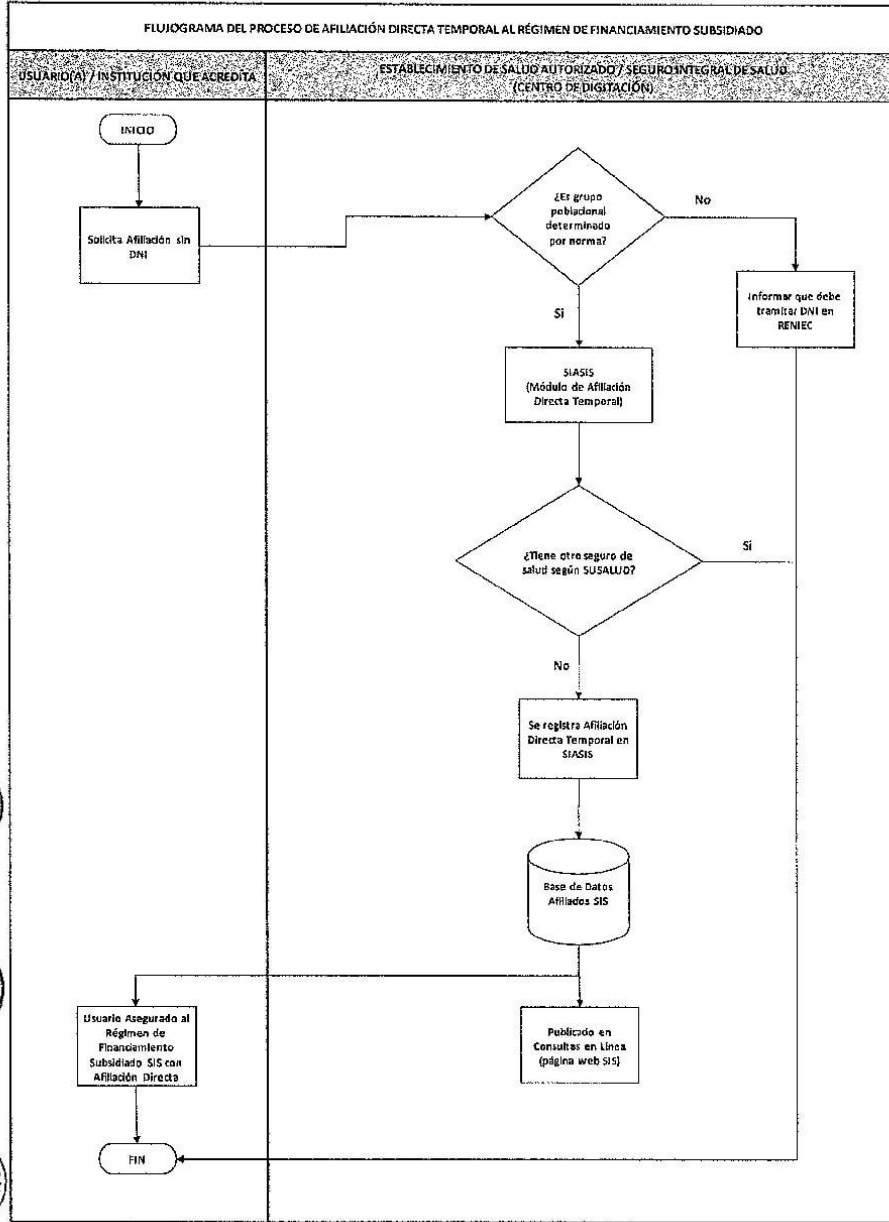

 J. MORENO E.


 ACURRE


 Y. HERRÁNDEZ R.

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 001-2015-SIS/GA - V.01

Anexo N° 09



De acuerdo al artículo 8° Disposiciones finales, inciso 8.5 de la presente Directiva Administrativa N° 001-2015-SIS/GA – V.01, se adjunta según lo dispuesto los siguientes anexos:

- 1) Anexo N° 1, Listado de Centros Poblados Focalizados aprobado con la Resolución Ministerial N° 152-2013- MIDIS.
- 2) Anexo N° 1, Listado de Pueblos Indígenas que se ubican en la Amazonía Peruana, aprobada por Resolución Ministerial N° 321-2014-MC.
- 3) Anexo N° 1, Relación de Centros Poblados ubicados en el ámbito de las comunidades nativas pertenecientes a los Pueblos Indígenas de la Amazonía Peruana, aprobada por Resolución Ministerial N° 066-2015-MC.

Nivel de conocimiento de normas relacionadas al Seguro Integral de Salud.

Level of knowledge of procedure related to the Integral Insurance of Health.

Autor: Flor Chong Vilela
Seguro Integral de Salud
fchongMD@gmail.com

Resumen

El Seguro Integral de Salud (SIS) es financiado con presupuesto público, dirigido a poblaciones vulnerables, pobres y pobres extremos. El presente trabajo buscó determinar el nivel de conocimiento de normas relacionadas al régimen subsidiado del SIS de los trabajadores de un Establecimiento de Salud, a través del estudio descriptivo que emplea una encuesta validada por expertos aplicada a una muestra de 112 trabajadores. Se obtuvo que 38.39% de encuestados tiene bajo nivel de conocimiento de las normas, a predominio de la de cobertura SIS, 33.04% tiene un nivel medio y 28.57% un nivel alto, concluyendo que el nivel de conocimiento de las normas del régimen subsidiado del SIS es bajo en más de un tercio de encuestados, a predominio de la norma de cobertura. Esta investigación resulta útil para el gestor que busca convertir su Institución en modelo del aseguramiento universal, conocedora de los deberes y derechos en salud.

Palabras claves: Seguro Integral de Salud, Régimen subsidiado

Abstract

Integral Insurance of Health is financed by public budget directed to vulnerable, poor populations and poor ends. This work there sought determine the level of knowledge of the procedure related to the

regime subsidized of SIS of the workers of an Establishment of Health, across the descriptive study that uses a survey validated by experts applied to a sample of 112 workers. There was obtained that 38.39 % of polled has under level of knowledge of the procedure, to predominance of that of coverage SIS, 33.04 % has an average level and 28.57 % a high level, concluding that the level of knowledge of the procedure of the regime subsidized of SIS is low in more than one third of polled, to predominance of the norm of coverage. This investigation turns out to be useful for the manager who seeks to turn his Institution into model, knowledgeable of the universal insurance of the duties and rights into health

Keywords: Seguro Integral de Salud, Subsidized regime

Introducción

Durante los últimos años, hemos sido testigo de reportajes en la prensa escrita, radial y televisiva, relacionados a la negativa de atención de las personas que requieren cuidados preventivos, recuperativos o de rehabilitación, vulnerando su derecho constitucional a la salud. Este se ha convertido en un tema de debate en muchos países, que involucran diferentes opiniones políticas, ideológicas, e incluso relacionadas a otros intereses que van más allá de la propia condición humana. Actualmente existe la concepción de Cobertura Universal en Salud y de Aseguramiento Universal. La primera, en base a un aseguramiento que provea un paquete mínimo de servicios, y la segunda, a alcanzarlo a través de un sistema público, único y gratuito de salud que garantice el acceso de todos frente a la misma necesidad. (Asa, 2016, p.1). En el Perú, la prioridad nacional está encaminada a lograr la cobertura universal en salud, a través del aseguramiento universal, con el compromiso del estado a través de sus leyes. El Seguro Integral de Salud es financiado con presupuesto público y en menor grado, de cooperantes internacionales, dirigido originalmente a grupos poblacionales vulnerables y en

situación de pobreza y extrema pobreza. En 2012, el aseguramiento en salud alcanzó al 73% de la población, duplicando el porcentaje de afiliación de la década previa. Este crecimiento constituye uno de los más dinámicos de la región de las Américas (OMS, 2015). A pesar de los intentos del gobierno por acercar a la población a la atención en salud preventiva y no sólo recuperativa, persiste la poca información que llega al usuario de los servicios de salud acerca de la cultura de aseguramiento. Y más aún, cuando siendo asegurados del Seguro Integral de Salud (SIS), con beneficio del subsidio total por parte del estado, sufren maltrato en forma de una atención parcial o cobros indebidos que transgreden su derecho a una atención oportuna, gratuita y de calidad. (Ley 29344, 2009)

El presente trabajo se realizó buscando determinar el nivel de conocimiento de las normas de afiliación y cobertura del régimen subsidiado del SIS por parte del personal que labora en el Centro de Salud I-4 Castilla – Piura, considerando que los procedimientos descritos en las normas citadas contemplan situaciones cotidianas que no deben limitar la atención gratuita, oportuna y de calidad.

La presente investigación es viable, con grandes posibilidades de aplicarla en otros ámbitos jurisdiccionales, interesante y útil para el gestor que busca convertir su Establecimiento, Microrred, Red de Salud, Unidad Ejecutora y DISA/DIRESA en modelo del aseguramiento universal en salud, a través de trabajadores a su cargo debidamente informados, responsables, conocedores de los deberes y derechos en salud.

Definimos el Conocimiento como un proceso inherente al ser humano, de naturaleza subjetiva, que busca la verdad en base a la justificación de una creencia de valores personales. Es una mezcla de experiencia, valores importantes, definición del contexto y opiniones de expertos que enmarcan el análisis de experiencia e información enriquecidas, que tiene su

origen y se aplica en la mente de los conocedores. (Segarra y Bou, 2005)

Respecto a la Norma, es un término que designa un mandato, una prescripción, una orden, con función de autorizar, permitir o derogar. Según la Real Academia Española, es un precepto a seguir o al que se deben regir los comportamientos, labores, acciones, etc. en la sociedad. (RAE, 2008).

Para el presente trabajo, definimos el conocimiento de las normas como el aprendizaje de las disposiciones legales relacionadas a un contenido específico. El tema a conocer materia de nuestro estudio es lo relacionado al Seguro Integral de Salud en cuanto al régimen de financiamiento subsidiado. Para ello, enmarcamos brevemente la información general sobre dicha institución, para luego centrarnos en dos normas esenciales: la Resolución Jefatural N° 126-2015/SIS sobre afiliación al régimen subsidiado y la Resolución Jefatural N° 197-2012/SIS relacionada a la cobertura del régimen subsidiado.

El Seguro Integral de Salud o SIS se creó mediante Ley 27657 en el año 2002, y surgió como fusión de dos importantes seguros: Uno de ellos es el Seguro Escolar Gratuito creado en 1997, siendo su población objetivo los escolares de 3 a 17 años pertenecientes a instituciones educativas nacionales, cuyo acceso representaba elevada cobertura y alta filtración. El otro es el Seguro Materno Infantil originado en 1998, dirigido a gestantes y niños menores de 5 años, desarrollado en ocho regiones piloto, alcanzando baja cobertura pero menor filtración que el anterior. En ambos casos, la población de gestantes, niños y adolescentes se consideró prioridad, población vulnerable por la elevada morbimortalidad a nivel nacional. (Pachas, 2003)

Durante su evolución, el SIS fue variando sus planes de beneficio, considerando siempre poblaciones priorizadas: el binomio madre-niño, el grupo de niños y adolescentes, los adultos

en emergencia, adultos focalizados determinados por norma e incluso personas beneficiarias de reparaciones civiles y víctimas de la violencia política, entre otros, incrementando gradualmente su cobertura. (Portocarrero, 2013).

Actualmente el SIS es reconocido como un organismo público ejecutor, y según la Ley marco del aseguramiento universal en salud, es una Institución Administradora de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS), que se encarga de administrar los fondos que se destinan al financiamiento de atenciones de salud y cubrir riesgos de salud a sus afiliados (Ley 29344, 2009). Para ello, emitió disposiciones normativas relacionadas a la incorporación de asegurados a los diferentes regímenes de aseguramiento, que van desde el subsidio parcial (regímenes semicontributivo y contributivo) hasta el subsidio total (régimen subsidiado), y otras relacionadas a los planes de beneficio y cobertura prestacional.

Dentro de su marco normativo resaltan dos resoluciones jefaturales importantes, la primera en su actualización al año 2015 relacionada a la afiliación al régimen subsidiado del SIS, y la segunda relacionada a la cobertura o planes de beneficio actualizada al año 2012.

La Resolución Jefatural N° 126-2015/SIS que aprueba la Directiva Administrativa N° 001-2015-SIS/GA-V.01, Directiva Administrativa que reglamenta el Proceso de afiliación al Régimen de Financiamiento Subsidiado del Seguro Integral de Salud, establece los requisitos mínimos para la afiliación al régimen subsidiado del SIS, los tipos de afiliación y la población objetivo, además del derecho a la gratuidad en la atención. (SIS, 2015).

En ella se define la Afiliación como la incorporación del usuario a alguno de los regímenes de aseguramiento del SIS, y el Régimen de financiamiento subsidiado a aquel que recibe el financiamiento total por parte del estado, dirigido principalmente a los segmentos poblacionales de mayor vulnerabilidad y limitados ingresos. (SIS, 2015)

Se establece además que los Establecimientos de Salud son las puertas de acceso al SIS a través de la afiliación en los Centros de Digitación. De ahí que resulta importante el rol que realiza el personal que trabaja en ellos, principalmente por el contacto directo que tienen con el usuario de los servicios de salud.

La Resolución Jefatural N°197-2012-SIS, que aprueba la Directiva Administrativa N° 003-2012-SIS-GREP Directiva que reglamenta la Cobertura Prestacional del Régimen de Financiamiento Subsidiado del SIS, la misma que establece la cobertura y exclusiones de los asegurados al régimen subsidiado del SIS, además del derecho a la gratuidad en la atención. (SIS, 2012).

En ella se precisa el plan de beneficios mínimo en base al Plan Esencial de Aseguramiento en Salud o PEAS, y los planes complementarios, cuyo límite no está en relación a determinadas patologías, sino en cuanto al monto consumido durante la atención del problema de salud. (SIS, 2012, pp8-9)

Una de las limitaciones más relevantes para la realización del presente estudio es que no existe mucha información sobre el valor que se le da al conocimiento normativo y su aplicación en el ámbito laboral del sector salud, por lo que fue necesario relacionarlo con las facilidades o limitaciones que se le brinda al usuario de los servicios de salud al momento de requerir una atención. Es así que según Atehortúa y Palacio (2015) y Hernández (2014) encontraron que el seguro subsidiado influye positivamente en el acceso del usuario a la atención en salud en Colombia y Perú, respectivamente. De la misma manera, Portocarrero (2013) encontró que el SIS facilitó el proceso de aseguramiento en Apurímac, una de las zonas altoandinas más pobres del Perú, el estudio de Longaray (2010) concluyó que el SIS sí tiene impacto favorable en lograr la atención en salud en todos los niveles socioeconómicos, y

Parodi (2005) encontró que el SIS sí tiene efecto sobre el incremento de partos institucionales.

Por otro lado, Vélez (2005), en su artículo sobre la acción de tutela como mecanismo de protección del derecho a la salud en Colombia, llegó a la conclusión de que algunos grupos sociales se encuentran desprotegidos y los trámites administrativos para reclamar su derecho a la salud son tan arbitrarios y burocráticos que la acción de tutela se ha convertido en un recurso obligatorio para poder hacerlos valer y sólo en la mayoría de estos casos el resultado obtenido es la protección de su derecho a la salud. Ello nos muestra una visión distinta del tema: existiendo los dispositivos legales que valoran el derecho constitucional a la salud, éstos se pasan por alto, vulnerando la esencia del ser humano. Es a esto a lo que no queremos llegar, y uno de los motivos para realizar nuestro trabajo.

Todo lo expuesto nos lleva a una interrogante: ¿Cuál es el nivel de conocimiento de las normas relacionadas al régimen subsidiado del Seguro Integral de Salud de los trabajadores del Centro de Salud I-4 Castilla – Piura, periodo Enero a Marzo 2017?

Para ello, buscamos determinar el nivel de conocimiento de las normas relacionadas al Seguro Integral de Salud de los trabajadores del Centro de Salud I-4 Castilla - Piura, durante el periodo Enero a Marzo 2017

Materiales y métodos

Utilizando el método de investigación deductivo, se realizó un estudio de tipo básico, de diseño no experimental transversal. La población comprendió 154 trabajadores pertenecientes al Centro de Salud I-4 Castilla – Piura, a la cual se aplicó la fórmula del tamaño muestral, obteniendo 112 elementos a encuestar. Se consideraron como criterios de inclusión: Personal que labora en el Establecimiento de Enero a Marzo 2017, con cualquier modalidad de

contrato, con antigüedad mínima de 6 meses al periodo de evaluación, que realiza labor asistencial o administrativa. La técnica empleada para recolección de datos fue la encuesta, y el instrumento el Cuestionario para medir el Nivel de Conocimiento sobre las normas relacionadas al Régimen Subsidiado del Seguro Integral de Salud, asignando valor uno a cada respuesta correcta y valor cero a cada respuesta incorrecta.

Diseño de estudio: No experimental.

Muestreo: No probabilístico por conveniencia.

Sujetos: Trabajadores del Centro de Salud I-4 de Castilla – Piura.

Instrumento: Cuestionario para medir el Nivel de Conocimiento de las normas relacionadas al Régimen Subsidiado del Seguro Integral de Salud.

Resultados

Tabla1

Nivel de conocimiento de las normas relacionadas al Seguro Integral de Salud

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Bajo	43	38,4	38,4	38,4
Medio	37	33,0	33,0	71,4
Alto	32	28,6	28,6	100,0
Total	112	100,0	100,0	

Fuente: Datos obtenidos de la encuesta.

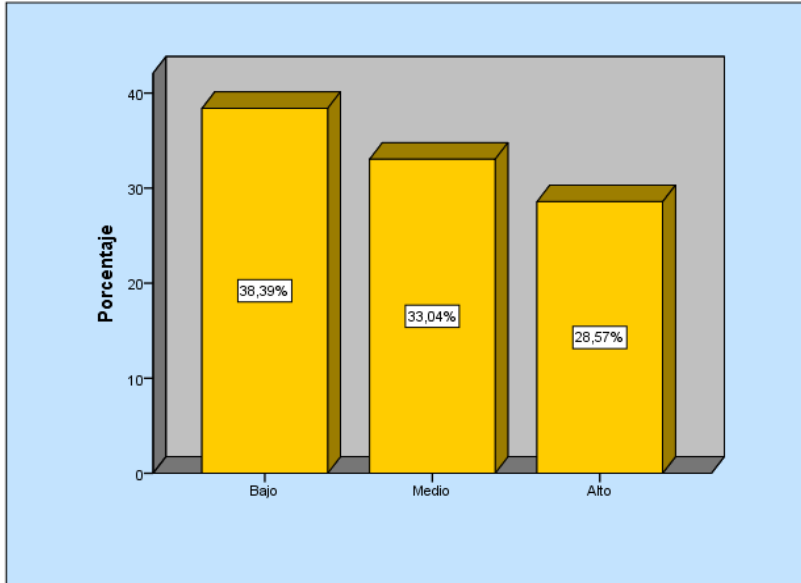


Figura 1. Nivel de conocimiento de las normas relacionadas al Seguro Integral de Salud

De la encuesta aplicada al personal que labora en el Centro de Salud I-4 Castilla – Piura se tiene que el 38.39% tiene un nivel bajo en relación al conocimiento de las normas relacionadas al Seguro Integral de Salud, el 33.04% tiene un nivel medio en relación al conocimiento de las normas relacionadas al Seguro Integral de Salud es medio y el 28.57% tiene un nivel alto en relación al conocimiento de las normas relacionadas al Seguro Integral de Salud es alto.

Tabla 2

Nivel de Conocimiento de la Norma de Afiliación RJ N° 126-2015/SIS

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Bajo	19	16,96	17,0	17,0
Medio	53	47,32	64,3	65,0
Alto	40	35,71	100,0	100,0
Total	112	100,0		

Fuente: Datos obtenidos de la encuesta.

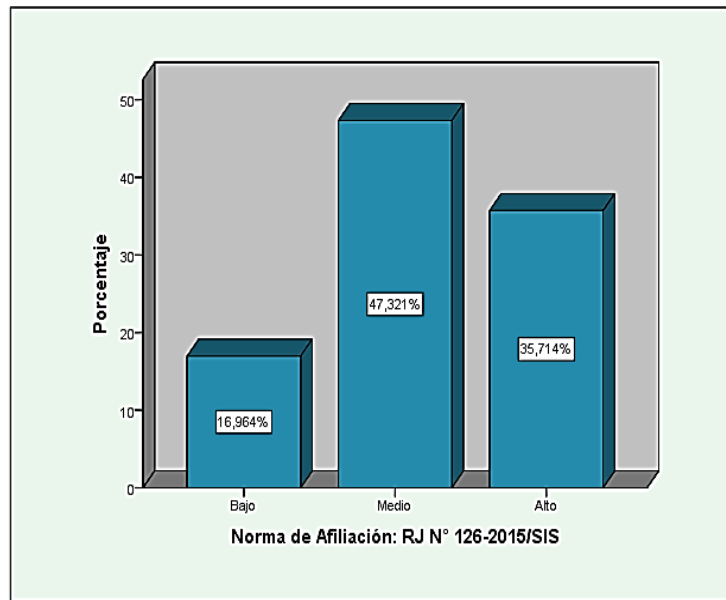


Figura 2. Nivel de conocimiento de la Norma de Afiliación RJ N°126-2015/SIS
Interpretación

De la encuesta aplicada al personal que labora en el Centro de Salud I-4 Castilla – Piura se tiene que el 47.32 % tiene un nivel medio en relación al conocimiento de la norma de afiliación: RJ N° 126-2015/SIS, el 35.71 % tiene un nivel alto en relación al conocimiento de la norma de afiliación: RJ N° 126-2015/SIS y el 16.96 % tiene un nivel bajo en relación al conocimiento de la norma de afiliación: RJ N° 126-2015/SIS.

Tabla 3

Nivel de conocimiento de la Norma de Cobertura RJ N° 197-2012/SIS

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Bajo	58	51,70	51,8	51,8
Medio	21	18,74	18,8	70,5
Alto	33	29,46	29,5	100,0
Total	112	100,0	100,0	

Fuente: Datos obtenidos de la encuesta.

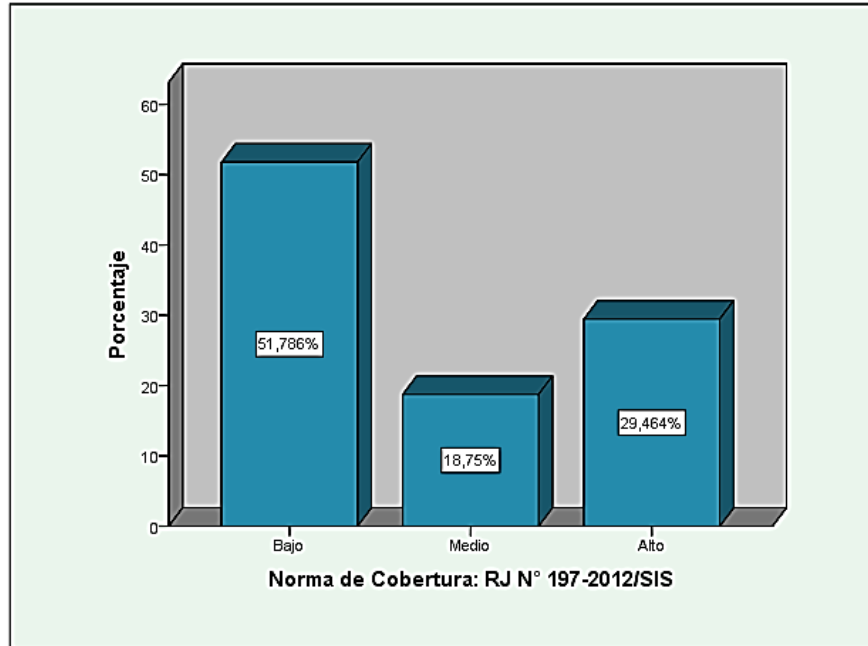


Figura 3 Nivel de conocimiento de la Norma de Cobertura RJ N° 197-2012/SIS

Interpretación

De la encuesta aplicada personal que labora en el Centro de Salud I-4 Castilla – Piura se tiene que el 51.786% tiene un nivel bajo de conocimiento en relación a la norma de cobertura: RJ N° 197-2012/SIS, el 29.464% tiene un nivel alto de conocimiento en relación a la norma de cobertura: RJ N° 197-2012/SIS y el 18.75% tiene un nivel medio de conocimiento en relación a la norma de cobertura: RJ N° 197-2012/SIS.

Discusión

El presente estudio identificó que un porcentaje considerable del personal encuestado mostró medio y alto conocimiento de las normas referentes al Seguro Integral de Salud, lo cual se traduce en personal relativamente informado y preparado para poder satisfacer la demanda de información al momento de ser requerida por parte del usuario de los servicios de salud. Es en estos casos en los que resulta importante no sólo lo que se le dice al usuario, sino la manera en

que se hace, a fin de que la información brindada no conlleve a malas interpretaciones.

Asimismo, más de la tercera parte del personal encuestado tiene bajo nivel de conocimiento normativo, esto principalmente por el limitado conocimiento en relación a la norma de cobertura, lo cual está relacionado al plan de beneficios y exclusiones, y en menor proporción en relación a la norma de afiliaciones, es decir en lo que respecta a los requisitos mínimos para afiliación al régimen subsidiado del SIS, la prioridad en la afiliación y el derecho a la gratuidad.

El presente trabajo difiere de lo informado por Vélez (2005) acerca de la situación en Colombia, país en el cual para hacer valer el derecho a la salud de la persona es necesario recurrir a acciones de tutela, encontrándose con trámites administrativos burocráticos que no hacen más que desgastar la voluntad del usuario para reclamar su derecho. En nuestro caso, existe el conocimiento de la parte normativa en cuanto al derecho a la salud, y mejor aún, va de la mano con la aplicación que se le brinda a este concepto de derecho, principalmente al momento de informar a la población, y en un segundo momento, con relación a la oportunidad de atención, contribuyendo a la universalidad de la atención en salud. Comparando la situación, resulta alentador el hecho de que el mismo personal del propio Establecimiento sea el que promueva el respeto al derecho a la salud del usuario, y no sólo el propio asegurado, quien muchas veces no tiene conocimiento de sus deberes y derechos en salud.

Nuestro estudio concuerda con los resultados de Atehortúa y Palacio (2015), en cuanto a que el SIS contribuye de manera positiva en el acceso a los servicios de salud. De acuerdo a nuestro trabajo, esa contribución se relaciona con el conocimiento de los conceptos básicos de la norma vigente por parte del personal del Establecimiento de Salud, con la posibilidad que

ellos mismos promuevan el cumplimiento de la norma, además de compartirla con los compañeros de trabajo y en su entorno familiar, ejerciendo ese efecto multiplicador que resulta tan favorable en la gestión de salud.

El estudio de Portocarrero (2013) encontró que el SIS contribuyó a reducir significativamente la barrera económica, facilitando el incremento de la afiliación al SIS durante los años 2007 al 2010. Esto justifica la realización de nuestro estudio, en el cual se identifica el nivel de conocimiento de los conceptos básicos relacionados al SIS por parte del personal del Establecimiento de Salud encuestado, que es el que contribuye activamente en el otorgamiento del derecho a la salud de los usuarios: la desconocimiento de la norma no exime de responsabilidad a quien la incumple, por lo que resulta necesario que además de tomar conocimiento del tema, se aplique en el día a día, tanto al momento de brindar información como al realizar una atención administrativa y/o asistencial.

El presente trabajo concuerda con el estudio de Longaray (2010), en relación a que el SIS sí tiene un impacto favorable en cuanto al acceso del usuario a los servicios de salud. Como se ha mencionado, es importante resaltar que no solo es suficiente conocer la parte normativa en relación a la afiliación y cobertura del SIS, sino poner en práctica lo relacionado a ello.

A pesar de los intentos por difundir la información relacionada a las normas, es limitada a determinadas áreas de trabajo o no llega a todo el personal, lo cual constituye un riesgo al momento de la toma de decisiones respecto a realizarle una afiliación directa, directa temporal o no afiliarle, otorgarle la cobertura de salud, realizar trámites adicionales para su autorización o directamente no cubrirlo.

Además, la alternativa de no cubrir la atención o parte de ella (atención en otro servicio, entrega de medicamentos e insumos, realización de exámenes de apoyo al diagnóstico) se relaciona a menudo con el pago para poder obtenerlo. Al realizarse en el mismo establecimiento de salud, constituye un cobro indebido; en caso contrario, por falta de disponibilidad en dicho establecimiento, en muchos casos se recurre a la oferta privada. En ambos casos, incrementa el gasto de bolsillo del usuario que, según el Padrón General de Hogares, pertenece a los segmentos vulnerables de pobreza y/o pobreza extrema.

Es importante considerar que, si bien el derecho del asegurado SIS incluye la gratuidad de la atención, existen dificultades para el cumplimiento en relación a la entrega de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios, es decir, deficiencias en los servicios de farmacia, laboratorio y/o radiodiagnóstico. Ello se relaciona con dificultades en la gestión que puede ocurrir en uno o varios niveles (Establecimiento de Salud, Microrred o Red de Salud, Unidad Ejecutora) al momento de hacer el requerimiento y/o adquisición de productos. A nivel de usuario SIS, esto se traduce en pago por servicios que por derecho le corresponden, teniendo que recurrir a la oferta privada para poder satisfacer su necesidad de salud, incrementando el gasto de bolsillo. Este sería un interesante tema para un próximo trabajo de investigación, en el cual se incluya el punto de vista del usuario SIS.

Conclusiones.

Primero: el nivel de conocimiento de las normas relacionadas al Seguro Integral de Salud por parte del personal que trabaja en el Centro de Salud I-4 Castilla de Piura es bajo en su mayoría, lo cual se pudo calcular a través de tabla de frecuencias. Además, menos de un tercio de los encuestados tienen alto conocimiento sobre el tema.

Segundo: con relación al nivel de conocimiento de la dimensión Norma de afiliaciones al régimen subsidiado del SIS por parte del personal que trabaja en el Centro de Salud I-4 Castilla de Piura, es medio principalmente en los indicadores de Derecho a la afiliación y Prioridad a la afiliación, con un porcentaje significativo de alto conocimiento sobre todo en el indicador de Requisitos para la afiliación.

Tercero: el nivel de conocimiento de la dimensión Norma de cobertura del régimen subsidiado del SIS por parte del personal que trabaja en el Centro de Salud I-4 Castilla de Piura, es bajo, principalmente en el indicador de Plan de beneficios.

Referencias

Asa, C. (2016). Políticas de salud en pugna: aseguramiento frente a sistemas universales públicos. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 24, pp.1-8. Recuperado de:
<http://www.revistas.usp.br/rlae/article/viewFile/112186/110177>

Asa Cristina Laurell. (2014). ¿Cobertura Universal de Salud en América Latina?. *Medicina Social*, 9, pp.60-61. Obtenido el 25 de marzo de 2017.
Recuperado de:
<http://socialmedicine.info/index.php/medicinasocial/article/view/826>

Atehortúa, S. y Palacio, L. (2015). Impacto del seguro subsidiado en el acceso y el uso de servicios de salud: el caso de Medellín, Colombia. *Lecturas de Economía* – N° 82, pp. 159-188. Recuperado de:
<http://www.scielo.org.co/pdf/le/n82/n82a5.pdf>

Hernández, A. (2014). Determinantes de la afiliación y acceso a servicios de salud en el Perú: el caso del Seguro Integral de Salud. (Tesis de maestría). Universidad de Chile, Chile. Recuperado de: <http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/131398/Determinantes-de-la-afiliacion-y-acceso-a-servicios-de....pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Ley 29344. Ley marco del Aseguramiento Universal en Salud. Congreso de la República. Lima, Perú. 8 de abril de 2009. Recuperado de: http://www.sis.gob.pe/portal/Transparencia_pdf/pdf/Ley-29344-2009.pdf

Longaray, C. (2010). Impacto del Seguro Integral de Salud en el acceso a los servicios de salud. (Tesis de maestría). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Perú. Recuperado de: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/2307/1/Longaray_cc%282%29.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2015). *Estrategia de Cooperación Resumen Perú*. Junio 23, 2016, de O.M.S. Recuperado de: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/136827/1/ccsbrief_per_es.pdf

Pachas, M. (2003). Diseño del sistema de aseguramiento y control prestacional del Seguro Integral de Salud. (Tesis de titulación). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Perú. Recuperado de

http://sisbib.unmsm.edu.pe/BibVirtual/Tesis/Basic/pachas_im/contenido.h

Parodi, S. (2005). Evaluando los efectos del Seguro Integral de Salud (SIS) sobre la equidad en la salud materna en el contexto de barreras no económicas al acceso a los servicios. Recuperado de: <http://old.cies.org.pe/files/documents/investigaciones/salud/evaluando-los-efectos-del-seguro-integral-de-salud-SIS.pdf>

Portocarrero, A. (2013). Apurímac: Hacia el Aseguramiento público en salud. La implementación del Seguro Integral de Salud en Apurímac 2007 – 2010. (Tesis de maestría). Pontificia Universidad Católica del Perú, Perú. Recuperado de: <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/123456789/4977>

Real Academia Española (2008). Diccionario virtual de la RAE (s/p). Recuperado de: <http://dle.rae.es/?id=QcFNGvF>

Resolución Jefatural N°197-2012-SIS. Directiva Administrativa N° 003-2012-SIS-GREP "Directiva que Regula la Cobertura Prestacional del Régimen de Financiamiento Subsidiado del Seguro Integral de Salud". Seguro Integral de Salud. Lima, Perú. 6 de diciembre 2012. Recuperado de http://www.sis.gob.pe/portal/Transparencia_pdf/resolucion_jefatural/RJ2012_197.pdf

Resolución Jefatural N° 126-2015/SIS. Directiva Administrativa N° 001-2015-SIS/GA-V.01, "Directiva Administrativa que regula el Proceso de afiliación al Régimen de Financiamiento Subsidiado del Seguro Integral de Salud". Seguro Integral de Salud. Lima, Perú. 11 de junio de 2015. Recuperado de: http://www.sis.gob.pe/portal/Transparencia_pdf/resolucion_jefatural/RJ2015_126_20150617.pdf

Segarra, M y Bou J. (2005). Concepto, Tipos y dimensiones del conocimiento: configuración del conocimiento estratégico. Revista de Economía y Empresa N° 52 y 53, pp. 175-195. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2274043>

Vélez, A. (2005). La acción de tutela: ¿un mecanismo de protección del derecho a la salud y un proceso alternativo para acceder a servicios de salud?. Colombia Médica – Vol 36 N° 3, pp. 199-208. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/cm/v36n3/v36n3a10.pdf>