

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**PLAN DE MEJORA DEL PROCESO DE PRELIQUIDACIÓN DE LOS
FORMATOS ÚNICOS DE ATENCIÓN EN EL HOSPITAL GUILLERMO DÍAZ
DE LA VEGA ABANCAY, APURIMAC-2020**

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA
ESPECIALIDAD PROFESIONAL DE ADMINISTRACIÓN EN SALUD**

MARLENY VALDERRAMA PANIAGUA

**Callao - 2020
PERÚ**

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO DE SUSTENTACIÓN:

- DRA. NANCY SUSANA CHALCO CASTILLO PRESIDENTE
- DR. HERNÁN OSCAR CORTEZ GUTIERREZ SECRETARIO
- MG. CÉSAR ANGEL DURAND GONZÁLES VOCAL

ASESORA: DRA. ANA MARÍA YAMUNAUQUE MORALES

Nº de Libro: 04

Nº de Acta: 168-2020

Fecha de Aprobación de la tesis: 21 de Agosto del 2020

Resolución de Consejo Universitario N° 245-2018-D/FCS, de fecha 30 de Octubre del 2018, para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	6
1. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA	7
2. MARCO TEÓRICO	8
2.1 Antecedentes de estudio.....	8
2.1.1. Internacional.....	8
2.1.2. Nacional	9
2.1.3. Regional o local	10
2.2 Bases teóricas.....	10
Aseguramiento Universal en Salud (AUS)	11
Registro de Prestaciones	11
Proceso de Auditoría o Control Prestacional	12
Implementación del Nuevo Formato Único de Atención	13
2.3 Bases conceptuales	13
Formato único de atención (FUA)	13
Seguro Integral de Salud (SIS)	13
Validación de atención o prestación de salud	14
3. PLAN DE INTERVENCION EN RELACION A LA SITUACION PROBLEMÁTICA	15
3.1 justificación.	15
3.2 objetivos.....	15
3.2.1 objetivo general.....	15
3.2.2 objetivo específico.....	15
3.3 Metas	16
3.4 programación de actividades	16

3.5. Recursos	17
3.5.1. Recursos materiales	17
3.5.2. Recursos humanos	18
3.6. Ejecución	18
3.7. Evaluación	18
4. CONCLUSIONES	19
5. RECONDACIONES	20
6. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	21

INTRODUCCIÓN

Las instituciones de salud son entidades creadas con la finalidad de prevenir o tratar las enfermedades que la población presenta. Sin embargo, para que estas puedan llevar a cabo su finalidad, es necesario que se realice un control de las prestaciones de salud y los gastos que esto genera con el fin de lograr que los servicios que presta el Seguro Integral de Salud sean cada vez mejores, pues todos los actores de esta institución deben saber que deben planear sus actividades de acuerdo a las normas institucionales, ya que si se encuentran en una incertidumbre respecto a su actividades, mayores serán los gastos que generen a la empresa respecto de las prestaciones de salud otorgadas. El éxito de toda institución se basa entre otros aspectos, en la utilización adecuada de los recursos, es por ello que los registros se convierten en una herramienta esencial para la administración armónica y eficiente de los gastos por prestaciones de salud en el Seguro Integral de Salud. Sin embargo, en la actualidad resulta cada vez más difícil instalar un sistema de control presupuestario, a causa de los constantes cambios de personal y las normas de las prestaciones de salud.

El presente trabajo de plan de mejora de los procesos de pre liquidación de los formatos únicos de atención en el Hospital Guillermo Díaz de la Vega Abancay 2020, es para establecer pautas para el adecuado registro y por ende garantizar que las atenciones realizadas por el prestador de salud sean eficaces y el financiamiento del SIS no se pierda.

1. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

El impacto de los gastos catastróficos sobre los hogares está vinculado de forma directa con los niveles de protección financiera que ofrecen los sistemas de salud, independientemente de su organización. Si bien los hogares de las Américas enfrentan gastos catastróficos asociados con la salud en varios países con niveles de ingreso diferentes, parece existir una alta correlación entre estas partidas y el gasto total en salud como porcentaje del PIB, la participación de los gastos de bolsillo en ese gasto total, el porcentaje de población bajo la línea de pobreza y la oferta de un limitado paquete básico de servicios. Los gastos de bolsillo son la forma más regresiva de financiamiento y exponen en mayor medida a los hogares al riesgo catastrófico (1)

El Informe mundial de la salud de 2010 destaca además el rol de los pagos directos, representados por copagos, coaseguros o deducibles, en la probabilidad de caer en situación de catástrofe financiera, principalmente en los hogares de menores recursos. Ante esta situación, la cobertura universal y la mancomunación (pooling) de fondos representan la mejor opción de protección financiera a la población. Sin embargo, el encarecimiento de los tratamientos médicos, los avances tecnológicos y el desarrollo de medicinas de alto costo, así como el envejecimiento de la población y la falta de definición de paquetes de cobertura, representan un reto a la sostenibilidad financiera de los sistemas de salud, incluso en aquellos que cuentan con fondos mancomunados (2)

La tarea de los profesionales de la salud no termina después de atender a sus pacientes, pero su trabajo también consiste en llenar la historia clínica y el formato único de atención (FUA). Sin embargo, este trabajo no se está haciendo bien por los profesionales, dañando así el establecimiento de salud en el presupuesto recibido del seguro de salud integral (SIS). A pesar de estos errores, el SIS garantiza el 80% del presupuesto asignado a la unidad ejecutora, que se dan por adelantado. Pero el problema es con el presupuesto adicional, que puede ser reducido y afecta incluso las metas que deben cumplirse con miras a la futura cantidad a recibir. Teniendo en cuenta los problemas mencionados sobre la realidad problemática de los registros de los beneficios y los gastos de reemplazo en el seguro de salud integral, se llevó a cabo la siguiente investigación se han planteado las siguientes preguntas de investigación

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de estudio

2.1.1. Internacional

tesis. Título: Examen especial a los ingresos y gastos del hospital básico 7 B.I Loja, en el periodo enero diciembre 2013 Ecuador.

Objetivo: Analizar el manejo de los recursos financieros de una entidad durante un período determinado. **material y método:** Se utilizó una plantilla de ejecución de gastos basados en facturas, informes técnicos y el Comprobante Único de Registro. La investigación es de tipo cuantitativo. El nivel de investigación es descriptivo. La muestra estuvo conformada por 154 transacciones. **Resultados:** La institución no cuenta con una unidad de auditoría interna, organizada, para brindar asesoría oportuna y profesional en el ámbito de su competencia, ocasionando que los profesionales que prestan sus servicios en esta institución no cuenten con asesoría oportuna y ágil que pueda ayudarlos a evitar cometer errores en el cumplimiento de sus funciones. para el manejo de recursos públicos es necesario que el personal este permanentemente capacitado pues no existe un cronograma de capacitación y la institución no cuenta con convenios con otras instituciones para fortalecer esta área. No se aplica la medida de protección de las recaudaciones puesto que la máxima autoridad no ha adoptado medidas para resguardar los fondos que se recaudan diariamente, no cuentan con una caja de seguridad o caja fuerte, lo cual se debe a la ausencia de políticas para la conservación de las recaudaciones, lo que podría originar la pérdida de recursos financieros. De los documentos observados no se pudo evidenciar que exista un registro en donde se haga constar el valor total de los ingresos que se generan por recaudación diariamente en ventanilla puesto que únicamente se realiza el registro en el sistema sin mantener un registro físico del mismo. Esta verificación diaria nos permite observar si los depósitos que se efectúan son iguales a los valores recibidos en recaudación a fin de mantener un adecuado control.

conclusiones: El análisis realizado al control interno nos permitió evidenciar las falencias y debilidades que aún mantiene la institución en la incorrecta aplicación de los procedimientos y normas técnicas para el manejo de la documentación de respaldo, así también se evidencio que la adecuada infraestructura del archivo permanente es un riesgo considerable que pone en evidencia la falta de gestión para adecuar un espacio óptimo. En cuanto al nivel de riesgo por ser una institución pública normada por diferentes entes legales el nivel de riesgo es moderado ya que el usos de sistemas informáticos estandarizados permiten mantener un mejor control de los registros, los mismos que se efectúan de manera continua dentro del sistema de donde también pudimos evidenciar que las recaudaciones obtenidas diariamente no son controladas de manera adecuada con registro oportunos, detalle de depósitos diarios y caución al tesorero quien es el responsable de la adecuada gestión de los fondos recaudados. (3)

2.1.2. Nacional

tesis título: Análisis, diseño e implementación de un sistema de información integral de gestión hospitalaria para un establecimiento de salud público 2007 Perú.

Objetivo: Realizar el análisis, diseño e implementación de un sistema integral de gestión hospitalaria que permita la administración de la información para centros de salud públicos, el mantenimiento de la información consistente, relacionada y centralizada para lograr la sinergia en los procesos, la implantación de una arquitectura que soporte los escalamientos de los sistemas de información e iniciar el desarrollo del Sistema de Gestión Hospitalaria. Materiales y métodos: Se utilizó una guía de observación que evalúa el sistema de gestión hospitalaria en los aspectos de estadística e informática y auditoría médica, programación médica, administración de historia clínica, hospitalización, interconsulta y atenciones pertenecientes a la dirección de medicina. La investigación corresponde al tipo aplicado. El nivel de investigación es explicativo. Resultado: presenta información relacionada a la metodología y las etapas del desarrollo de un sistema orientado a los procesos de los establecimientos de salud pública. El producto final es el análisis y diseño de todas las áreas involucradas y la

implementación de los módulos. Conclusiones: Antes de la implementación con el sistema integral de gestión hospitalaria: los sistemas eran centralizados, se atendía a 12 usuarios concurrentes, no existía auditoría de transacciones, no existía control médico y el proceso de evaluación de proveedores era 100% manual. Después de la implementación con el sistema integral de gestión hospitalaria: los sistemas no son centralizados, se atiende a 1000 usuarios concurrentes, existe auditoría de transacciones, existe control médico y el proceso de evaluación de proveedores es automático (4)

2.1.3. Regional o local

No existe antecedente.

2.2 Bases teóricas

La reforma de la Salud en el Perú ha sido siempre un tema álgido, complejo y delicado, siendo parte de una problemática mundial. En el año 2000, la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó un estudio de los sistemas de salud de 191 países donde el Perú se encontraba en el tercio inferior (Tandon & Evans, 2000). Además, en el año 2002, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) publicó un estudio sobre planificación de recursos humanos y reformas del sector salud, donde reconoció su escasa vigencia en América Latina y afirmó que era “la hora de un cambio radical de los modelos y prácticas de gestión de recursos humanos”, con el fin de lograr una atención de calidad y condiciones de trabajo decentes (5)

El Perú, por lo tanto, tenía la obligación de sumarse a esa iniciativa, pero eran malos tiempos. El País se encontraba dentro de los países más pobres de Sudamérica con uno de los PBI (Producto Bruto Interno) más bajos de la región y sin una buena experiencia en aseguramiento público, ya que como lo sustentaban organismos internacionales como USAID (U.S. Agency for International Development), este era un proceso que debía ser llevado a cabo por gente con amplia experiencia y suficientes conocimientos económicos ya que se influenciaría mucho en el futuro de la Salud en un País (6)

En base a ello, se buscó un direccionamiento hacia la implementación de los procesos para el desarrollo institucional con el propósito de lograr los objetivos

de universalidad y equidad, viéndose prioritario trabajar en el acceso de la población más vulnerable a una atención de calidad, financiándose prestaciones, infraestructura, equipamiento y recursos humanos. Por otro lado, existen dos ejes más que si bien no competen al aseguramiento, son vitales para el desarrollo de este, nos referimos a “la reducción de problemas sanitarios” y “el fortalecimiento de la rectoría en salud” por parte del Ministerio de Salud (MINSA), ya que sin ellos no se puede hacer adecuadamente el diseño, la conducción, la supervisión y la regulación de un Sistema de Salud (7)

Aseguramiento Universal en Salud (AUS) Pese a la crisis económica del 2002, la situación económica del Perú estaba mejorando, ya que su PBI presentó un discreto aumento y gracias al sector industrial se estaban recaudando divisas que nutrían poco a poco el tesoro público; sin embargo, este bienestar financiero no se reflejaba en la población más necesitada, la cual permanecía excluida. En el 2004, el 48.6% de la población todavía vivía en la pobreza y un 17.1% de esta en pobreza extrema, y aunque las tasas se redujeron a 36.2% y 12.6%, respectivamente para el 2008, la población todavía tenía serias limitaciones para acceder a la Salud, la diferencia rural-urbana seguía siendo sorprendentemente alta, ya que más del 60% de la población rural seguía siendo pobre, y su acceso a la Salud era muy limitado; por lo tanto, había que pensar más que nunca una urgente Reforma de la Salud (8)

El Seguro Integral de Salud (SIS) Creado en el año 2002 por la “Ley N° 27657”, opera como Organismo Público Descentralizado (OPD), adscrito exclusivamente al Sector Salud administrando los fondos destinados al financiamiento de las prestaciones de salud individuales de acuerdo a la Política Nacional de Salud y con el objeto de proteger a los peruanos de más escasos recursos que no cuentan con algún tipo de seguro de Salud

Registro de Prestaciones Los Establecimientos de Salud reportan las prestaciones brindadas al SIS en un “Formato Único de Atención” (FUA) que es una cartilla en la cual se registran los detalles económicos de la atención para el correspondiente cobro al SIS, por lo cual debe guardar un correcto llenado en base a lo dispuesto en las directivas del SIS. Una vez elaborada este FUA,

regularmente pasa a revisión interna por parte de los auditores de los Establecimientos de Salud, para que luego pase a un área de digitación, donde un personal técnico ingresa lo señalado en este FUA a un aplicativo 27 informático del SIS llamado “SIASIS” (Sistema Integrado de Aseguramiento del SIS), estableciendo así la producción bruta de cada establecimiento. Una Resolución Jefatural (R.J.216/SIS, 2015) establecía el correcto llenado del FUA, siendo vigente hasta su modificación en el año 2015 con una Resolución Jefatural que está vigente a la fecha (R.J.107/SIS, 2015). Esta nueva norma busca brindar instrucciones más claras y precisas sobre el correcto llenado en físico y electrónico del FUA, simplificando los procesos para mejorar los registros y los reembolsos a los establecimientos de salud, esto incluye áreas nuevas de llenado para las IPRESS Públicas, Privadas o Mixtas en el Marco de los convenios o contratos aprobados por el Seguro Integral de Salud. (9)

Proceso de Auditoría o Control Prestacional Las prestaciones brindadas por las IPRESS pasan por un proceso de auditoría, este puede ser Informático por medio del SIASIS llamándose “Proceso de Evaluación Automática” (PEA) o también puede ser realizado en físico donde se confrontan los registros en la documentación concerniente a la atención. Esta auditoría se da en base al Tarifario de procedimientos establecido por el MINSA, el PNUME establecido por la DIGEMID (Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas), las Directivas del SIS, entre otras normas. El PEA se compone de dos partes, el “Proceso de Supervisión Automática” (PSA) y la “Supervisión Médica Electrónica” (SME). El PSA utiliza “Reglas de Validación”, que son aquellas que invalidan y rechazan automáticamente las prestaciones ingresadas al SIASIS, y “Reglas de Consistencia”, que son las que impiden ingresar al SIASIS aquellas prestaciones inconsistentes. La SME es aquella en la cual los médicos supervisores evalúan las prestaciones que ya han pasado por el filtro del PSA, y pueden ser filtradas para ser evaluadas según su criterio médico, como por ejemplo las prestaciones de más alto costo, atenciones materno-infantiles, pacientes en unidades de cuidados críticos, intervenciones quirúrgicas, etc. Si estas prestaciones no cumplen con los estándares mínimos establecidos en las normas, serán observadas y se reflejarán en una pérdida económica para la Institución.

Dentro de la evaluación en físico presencial se tiene al “Proceso de Control Prestacional Posterior” (PCPP) que es un tipo de auditoría retrospectiva hecha en una visita inopinada a los Establecimientos de Salud, en la cual se seleccionan algunas prestaciones al azar de fechas anteriores que ya han sido pagadas con la intención de verificar que se hayan dado según lo establecido en las normas, buscando una correspondencia entre lo ingresado en el SIASIS y lo registrado en físico en la Historia Clínica y el FUA, para luego hacer un match de los tres registros.

Implementación del Nuevo Formato Único de Atención Establecido por la Resolución Jefatural N° 107-2015/SIS, en la Directiva Administrativa 001-2015-SIS/GREP-V.01 sobre el llenado del FUA en las IPRESS Públicas, Privadas o Mixtas en el Marco de los convenios o contratos aprobados por el Seguro Integral de Salud. El FUA es un valioso instrumento de registro de las prestaciones, el cual por muchos años ha sido llenado de forma incorrecta por los usuarios de las IPRESS generando observaciones al momento de la auditoría. Esta norma busca brindar instrucciones para el correcto llenado en físico o electrónicamente, simplificando este proceso para mejorar las transferencias financieras (9)

2.3 Bases conceptuales

Formato único de atención (FUA) Es un sistema de información médica utilizado por el personal de salud como una forma de comunicar información importante sobre sus pacientes (procedimientos, medicamentos, insumos, apoyo al diagnóstico), también presenta los datos de inscripción del asegurado que recibe un servicio de salud o una prestación administrativa (10)(

Seguro Integral de Salud (SIS) Organismo público dirigido para para el aseguramiento de los ciudadanos peruanos que no cuenten con otro seguro de salud vigente. El SIS brinda medicamentos, procedimientos, operaciones, insumos, bonos de sepelio y traslados. El SIS da cobertura a más de 1400 patologías, incluyendo a varios tipos de cáncer (11) Se presentan 4 tipos de SIS (Seguro Integral de Salud):

- SIS Gratuito: Para pobladores en pobreza extrema, pobreza, madres gestantes, niños, bomberos, entre otros.

- SIS Independiente: Para personas con disposición a pagar por los servicios.
- SIS Microempresas: Dirigido a empresas que quiera afiliara a sus trabajadores.
- SIS Emprendedor: Dirigido a trabajadores independientes que cuenten con trabajadores que dependan de ellos.

Validación de atención o prestación de salud La calidad y la seguridad deben ser centrales para la misión de cada proveedor de atención en salud: hospitales, consultorios médicos, servicios de atención domiciliaria, instalaciones ambulatorias y otros entornos. La validación consiste en la implementación de herramientas, estos están orientados a mejorar las condiciones del paciente, medidas preventivas y de control de calidad para reducir los errores de medicación, y listas de verificación para disminuir las complicaciones y lesiones quirúrgicas

La validación de las prestaciones de salud son críticos para la calidad y seguridad del paciente. Llevar un control y validación de las atenciones en salud permite a los médicos coordinar mejor la atención a través del acceso inmediato a datos seguros del paciente. Esto facilita los flujos de trabajo clínicos y las transferencias. También maximiza la calidad clínica a través del soporte de decisiones en tiempo real en los puntos de toma de decisiones. La entrega eficiente de la atención evita pedidos innecesarios y pruebas de diagnóstico, reduce los errores médicos y mejora la calidad, seguridad y salud del paciente

PLAN DE INTERVENCION EN RELACION A LA SITUACION PROBLEMATICA

3.1 JUSTIFICACIÓN.

En todas las instituciones sean públicas o privadas, es necesaria una evaluación económica. Esta situación es mucho más relevante en una institución de salud del Estado por cuanto el manejo de los recursos económicos debe hacerse con mucho cuidado. Sin embargo, el presupuesto del Seguro Integral de Salud presenta deficiencias, por cuanto no corresponde a la realidad de las prestaciones de salud y los gastos, dando origen a un déficit presupuestario por lo que surge la necesidad de recurrir a créditos adicionales y traslados de partidas y sub partidas para poder seguir en funcionamiento, brindando las prestaciones de salud.

Es importante la ejecución de este plan de mejora, porque se pretende brindar información y sugerir sobre el conocimiento específicos de las fallas que se dan en el momento de redactar los registros de los formatos únicos de atención de las prestaciones de salud, que en la actualidad requiere la correcta aplicación según las normas emitidas por el Estado y el Seguro Integral de Salud

3.2 OBJETIVOS

3.2.1 OBJETIVO GENERAL

Implementar plan de mejora del proceso de pre liquidación de los formatos únicos de atención en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Abancay Apurímac 2020.

3.2.2 OBJETIVO ESPECIFICO

- Orientar el correcto llenado de los distintos campos del Formato Único de Atención(FUA).
- Establecer pautas para el adecuado llenado de formatos únicos de atención
- Establecer el llenado del formato único de atención de manera virtual

3.3 METAS.

La meta del siguiente trabajo de plan de mejora del proceso de pre liquidación de los formatos únicos de atención en el hospital Guillermo Díaz de la Vega Abancay-2020 es que los formatos pre liquidados no tengan ninguna observación por el medico auditor, y que todo el personal prestador de las atenciones tenga conocimiento sobre la importancia de formato único de atención ya que es un medio de reembolso para el hospital y por ende se pueda atender a todos paciente SIS de manera eficiente, oportuna y eficaz

3.4 PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES

ACTIVIDAD	CRONOGRAMA DE EJECUCION			
	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO
<ul style="list-style-type: none">Implementar plan de mejora del proceso de pre liquidación de los formatos únicos de atención en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Abancay Apurímac 2020.	X	X	X	
<ul style="list-style-type: none">Capacitar a los diferentes personales de salud quienes realizan las atenciones en los diferentes consultorios para un buen relleno de FUA.	X	X		
<ul style="list-style-type: none">Dar a conocer al personal de salud sobre el incorrecto relleno de FUAS. Que afecta al presupuesto del seguro integral de salud,	X	X	X	X

también al presupuesto del mismo hospital.				
•				
• Implementar un aplicativo Digitalizado para el llenado del formato único de atención (FUA)			X	X
• Orientar el correcto llenado de los distintos campos del Formato Único de Atención(FUA).	X	X	X	X
• Establecer pautas para el adecuado llenado de formatos únicos de atención	X	X		
• Establecer el llenado del formato único de atención de manera virtual			X	X

RECURSOS

3.5.1. Recursos materiales

Computadora, impresora, papel bon A-4, Universal Serial Bus (USB), bolígrafos, lápices, resaltador, etc.

2.1.4. Recursos humanos

Informadores (compañeras de estudio - enfermeras con especialidad de administración en salud - investigadores), consultores.

EJECUCIÓN.

El siguiente plan de mejora del proceso de pre liquidación de los formatos únicos de atención en el hospital Guillermo Díaz de la Vega Abancay-2020. Se viene ejecutando desde el mes de marzo hasta la fecha es el siguiente cronograma:

- Capacitar a los diferentes personales de salud quienes realizan las atenciones en los diferentes consultorios para un buen relleno de FUA.
- Dar a conocer al personal de salud sobre el incorrecto relleno de FUAS. Que afecta al presupuesto del seguro integral de salud, también al presupuesto del mismo hospital.
- Implementar un aplicativo Digitalizado para el llenado del formato único de atención (FUA)
- Orientar el correcto llenado de los distintos campos del Formato Único de Atención(FUA).
- Establecer pautas para el adecuado llenado de formatos únicos de atención
- Establecer el llenado del formato único de atención de manera virtual

EVALUACIÓN.

- A la fecha se puede evidenciar que el personal prestador de las atenciones en salud, se encuentra concientizados sobre el correcto llenado de los formatos únicos de atención (FUAS), teniendo como resultado una mínima cantidad de fichas observadas.
- Con la implementación del aplicativo Digitalizado para el llenado del formato único de atención (FUA), se evidencia la mejora en el filtrado adecuado de los datos del paciente conllevando a un buen resultado de la pre liquidación.

CONCLUSIONES

El filtrado de datos del paciente debe ser realizado antes de la atención brindada por el prestador de salud.

El llenado del CIE 10 en el formato único de atención (FUA) debe ser de acuerdo a lo establecido por el ministerio de salud

Se evidencia que el personal prestador de la atención de salud, quien se encuentra capacitado periódicamente, en el correcto llenado de formatos únicos de atención (FUA), tiene menos rechazos, para la auditoria.

Formatos únicos de atención (FUA) digitalizados, conlleva a un buen llenado de datos del paciente.

RECONDACIONES

Los datos deben ser registrados y firmado por el personal quien brinden la atención (productos farmacéuticos e insumos entregados deben ser registrados y firmados por el responsable de farmacia, los apoyos al diagnóstico serán registrados y firmados por el responsable de laboratorio y los diagnósticos por imágenes

Se debe contar con la firma y huella digital del asegurado o apoderado, según corresponda en señal de conformidad en ambas caras, en caso de que el paciente no pueda realizar deberá firmar el apoderado, quien deberá consignar adicionalmente su nombre y apellidos completos y numero de su documento de identidad o carnet de extranjero.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. salud OPdISSdsypdl. Organización Panamericana de la Salud. Sistemas de salud y proteccion de la salud. 2013..
2. Salud. OPdl. [Available from: <http://www.paho.org/salud-en-lasamericas> (google). [Online].; 2013. Available from: <http://www.paho.org/salud-en-lasamericas>.
3. Jácome MS. E 7 b.l Loja. examen especial a los ingresos y gastos del Hospital Básico. ecuador 2013..
4. JF. M. Análisis, diseño e implementación de un sistema de información de un sistema de información integral de gestión hospitalaria para un establecimiento de salud público. peru 2007..
5. Brito.. Planificación de recursos humanos y reformas del sector salud. P. E. (2002)..
6. Espinoza. A. Financiamiento del Aseguramiento Universal en Salud. G. (2009)..
7. Alcalde-Rabanal.. Sistema de salud de Perú (Vol. 53). J. E. (2011)..
8. Petrera.. Equity in health and health care in Peru , 2004 – 2008 (Vol. 33). M. (2013)..
9. R.J.107/SIS.. Resolución Jefatural: Directiva Administrativa No 001-2015-SIS/GREP-V.01. Lima (2015)..
10. Salud. (d. administrativa (Ministerio de Salud Perú, 2013). Perú, 2013..
11. Salud. Sld. Seguro Integral de Salud. 2018..

ANEXOS

➤ LLENADO INCORRECTO DE FORMATO UNICO DE ATENCION (FUA)

PERU Ministerio de Salud Seguro Integral de Salud

FORMATO UNICO DE ATENCION - FUA 0005653

NÚMERO DE FORMATO 030-20

CODIGO DE LA PRESA 0000007719

NOMBRE DE LA PRESA QUE REALIZA LA ATENCION Hospital Regional Guillermo Diaz de la Vega

PERSONAL QUE ATIENDE: ATENCION DIRECTA ATENCION POR REFERENCIA

ATENCIÓN REALIZADA POR: 2864 C/S Bellavista 03224

IDENTIFICACION DEL PACIENTE: 23804448 030 2 23804448

FECHA DE ATENCION: 02/06/2026

DIAGNOSTICO: Hipertension Arterial

ACTIVIDADES PREVENTIVAS Y OTRAS: 50, 147, 1577

VACUNAS W DE BIAS: [various checkboxes]

DIAGNOSTICOS: Hipertension Arterial

FIRMA Y SELLO DEL RESPONSABLE DE LA ATENCION: [Signature]

➤ CAPACITACION INDIVIDUALIZADA AL MEDICO RESPONSABLE DE LA ATENCION.



