

CONVENIO DE GESTION SUSCRITO ENTRE EL GOBIERNO REGIONAL DE APURIMAC Y EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD PARA PAGO CAPITADO

Conste por el presente documento, el **Convenio de Gestión suscrito entre el Gobierno Regional de Apurímac y el Seguro Integral de Salud para Pago Capitado**, que celebran de una parte el **GOBIERNO REGIONAL DE APURIMAC**, con RUC N° 20527141762, con domicilio en Jr. Puno N° 107, distrito y provincia de Abancay, departamento de Apurímac, debidamente representado por su Presidente Regional, señor **ELIAS SEGOVIA RUIZ** identificado con DNI N° 31016376, debidamente acreditado mediante Credencial extendida por el Jurado Nacional de Elecciones mediante Resolución N° 5002-A-2010-JNE de fecha 23/12/2010, quien procede en uso de sus atribuciones conferidas por el Artículo 21° y lo dispuesto en el Artículo 20° de la Ley N° 27867, al que en adelante se denominará **GOBIERNO REGIONAL**; y de la otra parte, el **SEGURO INTEGRAL DE SALUD** con R.U.C. N° 20505208626, con domicilio en la Av. Carlos Gonzales N° 212, Urb. Maranga, distrito de San Miguel, provincia y departamento de Lima, representado por su Jefe Adjunto, Eco. **JULIO SEGUNDO ACOSTA POLO**, identificado con DNI N° 08089805, encargado mediante Resolución Jefatural N° 077-2014/SIS, al que en adelante se denominará **SIS**; de acuerdo a los términos y condiciones siguientes:

CLAUSULA PRIMERA: ANTECEDENTES

1. Mediante Ley N° 29344 se aprobó la "**Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud**", con el objeto de garantizar el derecho pleno y progresivo de toda persona a la seguridad social en salud, estableciéndose en su Primera Disposición Complementaria que el Ministerio de Salud queda autorizado a iniciar el proceso de aseguramiento en salud a través de la implementación en Regiones Piloto del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS).
2. Mediante Decreto Supremo N° 008-2010-SA, se aprueba el Reglamento de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, que tiene por objeto dictar las disposiciones que desarrollen los mecanismos de implementación y desarrollo del Aseguramiento Universal en Salud, necesarias para el adecuado cumplimiento de los objetivos contenidos en la Ley.
3. Por Decreto Supremo N° 016-2009-SA fue aprobado el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS), que contiene el Plan de Beneficios con el Listado de Condiciones Asegurables, Intervenciones y Prestaciones a financiar y las Garantías Explícitas. Asimismo, establece que las Garantías Explícitas se implementarán progresivamente y se incrementarán gradualmente por los distintos agentes vinculados al proceso de aseguramiento en salud, hasta cubrir la totalidad del PEAS.
4. La Resolución Ministerial N° 872-2009/MINSA faculta al SIS a aplicar tarifario aprobado mediante R.M. N° 240-2009/MINSA a las prestaciones del PEAS y aplicar mecanismos de pago para atenciones para prestaciones PEAS que no se encuentren en el mencionado tarifario.
5. La Resolución Ministerial N° 934-2010/MINSA, modifica la R.M. N° 872-2009/MINSA estableciéndose que el Seguro Integral de Salud tiene la facultad de utilizar los mecanismos o las modalidades de pago más adecuados para el financiamiento de las prestaciones en el marco del AUS. Para el cumplimiento de lo señalado en el punto anterior, el SIS deberá suscribir convenios de financiamiento de



CONVENIO DE GESTIÓN SUSCRITO ENTRE EL GOBIERNO REGIONAL DE APURIMAC Y EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD PARA PAGO CAPITADO

aseguramiento en salud con los Gobiernos Regionales para implementar, desarrollar y ejecutar el PEAS.

6. Mediante el Decreto Supremo N° 007-2012-SA se autoriza al SIS a realizar la sustitución del Listado Priorizado de Intervenciones Sanitarias (LPIS) por el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS) y sus planes complementarios, y de establecer un sistema de tarifas y mecanismos de pago en el marco de los convenios.
7. La Resolución Ministerial N° 991-2012/MINSA aprueba los parámetros de negociación para la celebración de convenios entre el Seguro Integral de Salud y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) Públicas.
8. Con fecha 20 de abril de 2012, el **SIS** y el **GOBIERNO REGIONAL**, celebraron un Convenio de Gestión en el marco del Aseguramiento Universal en Salud, con el objeto de:

- Garantizar que la transferencia de recursos por pago prospectivo de prestaciones de los asegurados que realice el **SIS** a las unidades ejecutoras dependientes del **GOBIERNO REGIONAL**, sea destinada única y exclusivamente a los fines que se establece en el presente Convenio.
- El **GOBIERNO REGIONAL** garantizará que la cobertura de las prestaciones financiadas por el **SIS**, se brinden de manera oportuna, completa y de calidad en los establecimientos de salud de primer nivel de atención perteneciente al ámbito jurisdiccional del **GOBIERNO REGIONAL**, de acuerdo a las garantías explícitas establecidas en el presente convenio.

9. Con fechas 30 de noviembre de 2012, 15 de marzo, 25 de setiembre y 28 de noviembre de 2013, respectivamente, ambas partes suscribieron una Primera, Segunda, Tercera y Cuarta Adendas al Convenio Gestión antes referido, de acuerdo a los términos y condiciones estipulados en cada una de ellas.

CLAUSULA SEGUNDA: DEFINICIONES Y ACRÓNIMOS

Las partes convienen mutuamente, que para los efectos del presente Convenio, los siguientes términos y acrónimos tendrán los significados que a continuación se indican:

Afiliación

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

Ámbito del Convenio

El ámbito del presente Convenio es el de la Región firmante.

Asegurado

Para fines del presente convenio, es toda persona domiciliada en el país que se encuentra bajo la cobertura del SIS Gratuito o del SIS Emprendedor; y, que cumplen con los requisitos establecidos de acuerdo a Ley. Todos los asegurados del SIS son asegurados del Fondo Intangible Solidario de Salud.



Asegurado PSE

Es el escolar que se encuentra cursando los niveles inicial, primario y especial, en una institución educativa pública del ámbito del PNAE Qali Warma, afiliado al SIS en el régimen subsidiado y que requiere recibir prestaciones de salud de acuerdo al plan de cobertura SIS.

Asegurado NRUS

Es la persona natural comprendida en el Nuevo Régimen Único Simplificado – NRUS, afiliada al SIS en el régimen semicontributivo, incluidos sus derechohabientes, siempre que no tengan trabajadores dependientes a su cargo y no cuenten con un seguro de salud.

Para el caso de los titulares, deberán haber abonado los tres periodos tributarios anteriores a la fecha de la afiliación, según la categoría NRUS que le corresponda y para el caso de los hijos mayores de edad con incapacidad total y permanente para el trabajo, deberán presentar ante el Centro de Digitación el documento que acredite su condición.

Asociaciones Civiles Sin Fines de Lucro y CLAS

Son órganos de cogestión constituidos como asociaciones civiles sin fines de lucro con personería jurídica, de acuerdo a lo señalado por el Código Civil, que participan en la gestión de la salud en un ámbito territorial específico.

Cobertura

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

Cobros Indevidos

Son los cobros que realiza el prestador a un asegurado del SIS, en relación a las prestaciones financiadas por el SIS a través del pago de la cápita. Están incluidos los medicamentos (contemplados dentro del Petitorio Nacional, o aprobados por el Comité Farmacológico, o aquellos que el establecimiento los tenga en stock), insumos y procedimientos asistenciales y administrativos (referentes al SIS exclusivamente) que la prestación demande.

Control Prestacional

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

Convenio

El presente convenio denominado "Convenio de Gestión entre Gobierno Regional y el Seguro Integral de Salud para pago capitado", es un contrato que genera derechos y obligaciones a la IAFAS como al prestador sea de manera directa o a través de su representante, en relación a la cobertura de salud y financiamiento de la misma.

Comité de Gestión Ampliado

Grupo de trabajo conformado por el Director de la Unidad Ejecutora, su equipo técnico, Coordinador General de Enlace Cápita, Coordinador de la unidad de seguros, representante de DIREMID, jefes de redes, de microredes, CLAS y de hospitales con población adscrita de corresponder, del ámbito de la misma. El Comité está encargado de orientar y promover la administración eficiente de los recursos de la Unidad Ejecutora y de forma primordial de los que correspondan al presente convenio. Asimismo, los representantes de asociaciones civiles sin fines de lucro que desarrollan acciones de cogestión en salud, podrán intervenir realizando acciones de vigilancia y supervisión.



CONVENIO DE GESTIÓN SUSCRITO ENTRE EL GOBIERNO REGIONAL DE APURIMAC Y EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD PARA PAGO CAPITADO

Coordinador General de Enlace Cápit

Profesional de la Salud con experiencia en Gestión en Salud, contratado por el Gobierno Regional, quien es el encargado de brindar asistencia técnica permanente y coordinar las acciones necesarias para el cumplimiento de las obligaciones establecidas en el Convenio por parte de los Gobiernos Regionales, DIRESA, Unidades Ejecutoras, redes, microredes, Asociaciones Civiles sin fines de lucro que desarrollan acciones de cogestión en salud, CLAS y EE.SS del ámbito de la misma.

Componente de Reposición

Es el monto destinado a la ejecución para la provisión de productos farmacéuticos, dispositivos médicos, productos sanitarios, insumos de los procedimientos médicos, quirúrgicos y odontoestomatológicos, gastos de hotelería y servicios administrativos incurridos en la prestaciones brindadas a los asegurados del SIS

Componente 1: Evaluación Integral de Salud

Intervenciones desarrolladas en las instituciones educativas, que permitirán detectar oportunamente riesgos para la salud y la atención de los daños en la población escolar, relacionadas con el proceso de aprendizaje.

Componente 2: Promoción de comportamientos saludables

Intervenciones que promueven prácticas y conductas para el cuidado y el auto cuidado de la salud, articuladas con la gestión pedagógica, que contribuyen a los aprendizajes fundamentales y que se desarrollan considerando la necesidad sanitaria regional y adecuación cultural.

Componente 3: Promoción de entornos saludables

Intervenciones dirigidas a los decisores de las comunidades educativas y gobiernos locales, para incentivar la promoción de entornos saludables dentro y alrededor de las instituciones educativas.

Derechohabientes NRUS

Son las siguientes personas aseguradas por el titular: i) cónyuge o concubino(a); (ii) hijos(as) menores de edad; y (iii) hijos(as) mayores de edad que se encuentren incapacitados en forma total y permanente para el trabajo.

Direcciones o Gerencias Regionales de Salud o las que hagan sus veces

Órganos de línea o desconcentrados de los Gobiernos Regionales, según sea el caso, encargadas de conducir el proceso de atención de la salud de la población en el ámbito de la Región. Administrativamente, son dependientes de los Gobiernos Regionales y normativa y técnicamente del MINSA.

Disponibilidad de Recursos Humanos

Es la oferta de Recursos Humanos mínimos acordes con la capacidad resolutive según categorización vigente de los establecimientos de salud que realizan las prestaciones de salud.

Establecimiento de Salud

Unidad operativa de la oferta de servicios de salud, clasificado en una categoría e implementada con recursos humanos, materiales y equipos encargada de realizar actividades asistenciales y administrativas que permiten brindar atenciones sanitarias, ya sean preventivas, promocionales, recuperativas o de rehabilitación tanto intramural como extramural, de acuerdo a la capacidad resolutive y nivel de complejidad.



Establecimiento de Adscripción

Establecimiento de salud al cual el asegurado es incorporado como población asignada de acuerdo a lo establecido por la autoridad competente y hacia donde debe acudir en primera instancia en caso de requerir atención.

Evaluación del Desempeño

Proceso mediante el cual se mide el desempeño del Gobierno Regional respecto a la ejecución del presente convenio, mediante la medición de los 6 parámetros siguientes:

1. Porcentaje de avance en número de prestaciones con respecto al año anterior
2. Porcentaje de prestaciones preventivas.
3. Porcentaje de cumplimiento de indicadores.
4. Valorización de la producción del año anterior en relación a la transferencia cápita.
5. Porcentaje de ejecución del componente de reposición. (Calidad de gasto).
6. Porcentaje de ejecución de presupuesto transferido por donaciones y transferencias - SIS (Cantidad de gasto)

Formato Único de Atención

Es el formato en el que se registran los datos de atención y prescripción (procedimientos, medicamentos, insumos, apoyo al diagnóstico) así como los datos de afiliación del asegurado que recibe una prestación de salud o una prestación administrativa.

FTP

Protocolo de red para la transferencia de archivos entre sistemas conectados a una red TCP (Transmission Control Protocol), basado en la arquitectura cliente-servidor. Desde un equipo cliente se puede conectar a un servidor FTP para descargar archivos desde él o para enviarle archivos, independientemente del sistema operativo utilizado en cada equipo.

Labores Administrativas

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

Guías de Práctica Clínica

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

Intervenciones de Salud

Son las prestaciones y/o conjunto de prestaciones en salud de carácter preventivo, promocional, recuperativo y de rehabilitación orientadas al manejo de las condiciones sanitarias priorizadas para el proceso de Aseguramiento Universal en Salud.

Informe de Consumo Integrado

Es el reporte de los medicamentos e insumos totales que registra el SISMED en los establecimientos de salud. Es emitido mensualmente por el establecimiento y enviado a la DISA/DIRESA correspondiente.

Indicadores del Convenio de Gestión

Son aquellos indicadores que miden la eficiencia y calidad del uso de los recursos transferidos por el SIS para el pago de las prestaciones y que han sido utilizados por el GOBIERNO REGIONAL. Estos son de dos tipos: Prestacionales y Financieros.



CONVENIO DE GESTIÓN SUSCRITO ENTRE EL GOBIERNO REGIONAL DE APURIMAC Y EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD PARA PAGO CAPITADO

Índice de Desarrollo Humano

Indicador que mide el avance promedio de un país en tres dimensiones básicas de desarrollo: esperanza de vida, acceso a educación y el nivel de ingresos."

Mecanismo de Pago

Es la forma en que el **SIS** organiza la compensación económica, generalmente monetaria, que recibe un proveedor sanitario por la prestación de servicios de salud.

Monto fijo de Cápite

Monto correspondiente a un porcentaje determinado del importe total a transferir por concepto de cápita a favor de una región, el mismo que será transferido de forma cuatrimestral a favor de las unidades ejecutoras y en virtud del Convenio de Gestión para Pago Capitado suscrito entre el Gobierno Regional y el SIS.

Monto Variable de Cápite

Monto correspondiente a un porcentaje del monto total determinado por concepto de cápita para una región, el mismo que será transferido de forma trimestral a favor de las unidades ejecutoras del Gobierno Regional y de manera proporcional al cumplimiento previo de los indicadores y metas establecidas en el convenio.

Nuevo Régimen Único Simplificado (NRUS)

Es el Régimen tributario creado por el Decreto Legislativo N° 937, al cual pueden acogerse las personas naturales y sucesiones indivisas domiciliadas en el país, que exclusivamente obtengan rentas por la realización de actividades empresariales y aquellas personas naturales no profesionales, domiciliadas en el país, que perciban rentas de cuarta categoría únicamente por actividades de oficios.

Pago Prospectivo

Pago anticipado que se realiza de manera previa al otorgamiento de prestaciones por parte de los establecimientos de salud.

Pago Capitado

Pago prospectivo que se realiza a la región según el número proyectado de atendidos en establecimientos de salud de primer nivel de atención de acuerdo a la cobertura aprobada vía el presente convenio. En el cual la unidad de pago es la persona.

Parámetros de Negociación

Son los términos de referencia que serán tomados en cuenta para la celebración de los convenios y sus adendas, entre el SIS en su calidad de IAFAS y las IPRESS públicas, y comprenden los siguientes elementos básicos: coeficiente de ajuste de riesgo, mecanismo de pago, tarifas y/o costos involucrados en la prestación y metas y resultados nacionales y regionales.

Paciente en tránsito

Es aquel afiliado o inscrito que se encuentra temporalmente fuera del ámbito de la Región a la que pertenece o al establecimiento al cual está adscrito y que requiere recibir atención de salud.

Prestación de Salud

Son atenciones de salud otorgadas a los asegurados del **SIS** en los establecimientos de salud autorizados según su categoría (intramural) o fuera del establecimiento teniendo en cuenta los escenarios familia, vivienda, instituciones educativas y comunidad (extramural), en la etapa de vida correspondiente. Pueden ser preventivos, recuperativos y de rehabilitación.



Plan de Beneficios SIS para el Régimen Subsidiado

Son las prestaciones financiadas por el Seguro Integral de Salud a todos los asegurados al régimen subsidiado, incluye al PEAS y Planes Complementarios al PEAS.

Proceso Control Presencial Posterior

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

Plan de beneficios SIS para Régimen Semicontributivo NRUS

Son las prestaciones financiadas por el Seguro Integral de Salud a todos los asegurados al Régimen Semicontributivo NRUS, incluye el PEAS, Planes Complementarios y el Listado de Enfermedades de Alto Costo de Atención.

Plan de Salud Escolar

Es un paquete de actividades prestacionales y promocionales que se brindan a los escolares de las instituciones educativas públicas situadas en ámbitos Qaliwarma con el objetivo de detectar riesgos y daños individuales relacionados con el proceso de aprendizaje, mediante el tamizaje en instituciones educativas y el tratamiento precoz en el establecimiento de salud. El paquete prestacional comprende la detección de riesgos en nutrición, inmunizaciones y salud visual.

Plan de beneficios SIS para Régimen Subsidiado PSE

Son las prestaciones financiadas por el Seguro Integral de Salud a todos los asegurados al Régimen Subsidiado PSE, que incluye actividades de Prestación (detección de riesgos, detección de enfermedades e intervención precoz) y actividades de Promoción (Promoción de comportamientos y entornos saludables). El presente año, se detectarán riesgos y daños relacionados a la nutrición, las inmunizaciones, salud visual, salud bucal y en promoción de la salud, convivencia saludable, alimentación saludable e higiene y la salud escolar. Estas actividades serán realizadas en la Institución Educativa.

Programación de Compromisos Anualizados

Instrumento de la programación presupuestaria del gasto público que tiene como objetivo establecer los montos máximos a comprometer por una entidad durante un año fiscal determinado.

Procesos de Control

Son las acciones de supervisión, monitoreo y evaluación, que realiza el SIS a las Unidades Ejecutoras, sus establecimientos de Salud, Asociaciones Civiles sin fines de lucro y CLAS, que reciben financiamiento a través de reembolsos, pagos y/o transferencias, con la finalidad de verificar el cumplimiento de la ejecución de los recursos según normativa vigente y la veracidad de la información remitida respecto a las prestaciones de salud realizadas en beneficio de nuestros asegurados.

Recursos Humanos

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

SAMU

Programa Nacional denominado "Sistema de Atención Móvil de Urgencia" adscrito a Ministerio de Salud, que tiene como finalidad la de gestionar íntegramente la atención de urgencias y emergencias pre hospitalarias, para su resolución oportuna, prioritariamente en zonas urbanas con mayor exposición a eventos de riesgo y en zonas rurales con alta



CONVENIO DE GESTIÓN SUSCRITO ENTRE EL GOBIERNO REGIONAL DE APURIMAC Y EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD PARA PAGO CAPITADO

dispersión de oferta de establecimientos de salud, en el marco del Sistema Nacional de Salud.

SIGES

Sistema Integrado de Gestión para los Establecimientos de Salud, para el seguimiento personalizado de las atenciones que se realizan en los establecimientos de salud.

Transferencia de Recursos

Es el traslado de recursos de naturaleza corriente que realiza el SIS a favor de las Unidades Ejecutoras del **GOBIERNO REGIONAL**, para el fortalecimiento de primer nivel de atención y la consecución de las metas establecidas en el presente convenio.

Unidad Ejecutora

Constituye el nivel descentralizado u operativo del **GOBIERNO REGIONAL** cuya relación aparece consignada en la Cláusula Novena del presente Convenio, que tiene un nivel de desconcentración administrativa, que determina y recauda ingresos; contrae compromisos, devenga gastos y ordena pagos con arreglo a la legislación aplicable; registra la información generada por las acciones y operaciones realizadas; e informa sobre el avance y/o cumplimiento de metas.

ARF-SIS:	Aplicativo de Registro de Formatos del Seguro Integral de Salud
AUS:	Aseguramiento Universal en Salud.
CE:	Carné de Extranjería.
CUI:	Código Único de Identificación.
CGA:	Comité de Gestión Ampliado
CLAS:	Comité Local de Administración en Salud
DISA:	Dirección de Salud.
DNI:	Documento Nacional de Identidad.
DIRESA:	Dirección Regional de Salud.
FUA:	Formato Único de Atención
FTP:	Protocolo de Transferencia de Archivos
GERESA:	Gerencia Regional de Salud.
GA:	Gerencia del Asegurado
GNF:	Gerencia de Negocios y Financiamiento
GREP:	Gerencia de Riesgos y Evaluación de las Prestaciones.
IAFAS:	Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud.
IPRESS:	Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.
ICI:	Informe de Consumo Integrado
LMAUS:	Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud aprobada por Ley N° 29344.
MINSA:	Ministerio de Salud.
MIDIS:	Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social
NRUS:	Nuevo Régimen Único Simplificado
OGTI:	Oficina General de Tecnología de la Información
OCI:	Órgano de Control Institucional
PCPP:	Proceso de Control Presencial Posterior
PEA:	Proceso de Evaluación Automática de Prestaciones
PCPP:	Proceso de Control Presencial Posterior
PEA:	Proceso de Evaluación Automática de Prestaciones
PEAS:	Plan Esencial de Aseguramiento en Salud.
PSE:	Plan de Salud Seguro Escolar
PpR:	Presupuesto por Resultados (Programa Estratégico Materno Neonatal y Programa Estratégico Articulado Nutricional).



CONVENIO DE GESTIÓN SUSCRITO ENTRE EL GOBIERNO REGIONAL DE APURIMAC Y EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD PARA PAGO CAPITADO

SIAF:	Sistema Integrado de Administración Financiera (MEF).
SIASIS:	Sistema Integrado de Aseguramiento del Seguro Integral de Salud.
SIGA:	Sistema Integrado de Gestión Administrativa (MEF).
SISFOH:	Sistema de Focalización de Hogares.
SIS:	Seguro Integral de Salud.
SIS-NRUS:	Régimen Semicontributivo SIS-NRUS
SAMU:	Sistema de Atención Móvil de Urgencia
UDR:	Unidad Desconcentrada Regional del Seguro Integral de Salud
UE:	Unidad Ejecutora.
UGEL:	Unidad de Gestión Educativa Local

CLÁUSULA TERCERA: MARCO INSTITUCIONAL Y PERSONERÍA JURÍDICA DE LAS PARTES

- 3.1 El **GOBIERNO REGIONAL**, de acuerdo a la Ley N° 27867 "Ley Orgánica de Gobiernos Regionales", es una persona jurídica de derecho público, con autonomía política, económica y administrativa en asuntos de su competencia, constituyendo, para su administración económica y financiera, un Pliego Presupuestal. Emana de la voluntad popular y ejerce su jurisdicción en el ámbito de su respectiva circunscripción territorial, conforme a ley. Tiene como Misión organizar y conducir la gestión pública regional, de acuerdo a sus competencias exclusivas, compartidas y delegadas, en el marco de las políticas nacionales y sectoriales, para contribuir al desarrollo integral y sostenible de la Región.

- 3.2 El **SIS**, fue creado mediante Ley N° 27657 "Ley del Ministerio de Salud" como Organismo Público Descentralizado del MINSA, con autonomía económica y administrativa. Por Decreto Supremo N° 034-2008-PCM, el **SIS** fue calificado como Organismo Público Ejecutor, actualizada la calificación mediante Decreto Supremo N° 058-2011-PCM. Su Visión es ser la institución líder en Aseguramiento Universal en Salud en América Latina. Su Misión es lograr la cobertura de Aseguramiento Universal en Salud y asegurar la protección financiera y oportuna de su población objetivo, que permita recibir una prestación de servicios de salud de calidad y digna. Mediante Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, se estableció 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; constituyéndose el Seguro Integral de Salud como una de las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS). Mediante Decreto Legislativo N° 1163, se aprobaron disposiciones para el Fortalecimiento del Seguro Integral de Salud.

CLÁUSULA CUARTA: BASE LEGAL

- 4.1. Ley N° 26842. Ley General de Salud y sus modificatorias aprobadas por Ley N° 27604 y Ley N° 27222.
- 4.2. Ley N° 27812. Ley que Determina las Fuentes de Financiamiento del Seguro Integral de Salud.
- 4.3. Ley N° 27785. Ley Orgánica del Sistema Nacional de Control y de la Contraloría General de la República.
- 4.4. Ley N° 28716. Ley de Control Interno de las Entidades del Estado.
- 4.5. Ley N° 27783. Ley de Bases de la Descentralización.
- 4.6. Ley N° 27867. Ley Orgánica de Gobiernos Regionales.
- 4.7. Ley N° 29344. Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.



CONVENIO DE GESTIÓN SUSCRITO ENTRE EL GOBIERNO REGIONAL DE APURIMAC Y EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD PARA PAGO CAPITADO

- 4.8. Ley N° 29761. Ley de Financiamiento Público de los Regímenes Subsidiado y Semicontributivo del Aseguramiento Universal en Salud.
- 4.9. Ley N° 30114, Ley de Presupuesto del Sector Público para el año fiscal 2014.
- 4.10. Ley N° 29459, Ley de los Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios.
- 4.11. Ley N° 30021, Ley de Promoción de la Alimentación Saludable para Niños, Niñas y Adolescentes
- 4.12. 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 Publicas del ámbito del Programa Nacional de Alimentación Escolar Qali Warma y los incorpora como asegurados del Seguro Integral de Salud - SIS
- 4.13. Decreto Legislativo N° 1017, Ley de Contrataciones del Estado y su modificatoria aprobada mediante Ley N° 29873.
- 4.14. Decreto Legislativo N° 937, Texto del Nuevo Régimen Único Simplificado (NRUS).
- 4.15. Decreto Legislativo N° 1154 que autoriza los Servicios Complementarios en Salud.
- 4.16. Decreto Legislativo N° 1157 que aprueba la modernización de la gestión de la inversión pública en salud.
- 4.17. Decreto Legislativo N° 1158 disponen medidas destinadas al fortalecimiento y cambio de denominación de la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud.
- 4.18. Decreto Legislativo N° 1159 que aprueba disposiciones para la implementación y desarrollo del intercambio prestacional en el Sector Público.
- 4.19. Decreto Legislativo N° 1163 que aprueba disposiciones para el fortalecimiento del Seguro Integral de Salud.
- 4.20. 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.
- 4.21. Decreto Legislativo N° 1165 que establece el mecanismo de Farmacias Inclusivas para mejorar el acceso a medicamentos esenciales a favor de los afiliados del Seguro Integral de Salud.
- 4.22. Decreto Legislativo N° 1166 que aprueba la conformación y funcionamiento de las Redes Integradas de atención primaria de salud.
- 4.23. Decreto Supremo N° 016-2002-SA. Aprueba el Reglamento de la Ley N° 27604, Ley que modifica la Ley N° 26842, Ley General de Salud, respecto de la obligación de los establecimientos a dar atención médica en casos de emergencias y partos.
- 4.24. Decreto Supremo N° 016-2009-SA. Aprueba el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud - (PEAS).
- 4.25. Decreto Supremo N° 008-2010-SA. Aprueba Reglamento de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.
- 4.26. Decreto Supremo N° 007-2012-SA. Autoriza al Seguro Integral de Salud la sustitución del Listado Priorizado de Intervenciones Sanitarias (LPIS) por el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS) y Planes Complementarios del SIS.
- 4.27. Decreto Supremo N° 184-2008-EF, Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado y sus modificatorias aprobadas mediante Decretos Supremos N° 138-2012-EF y N° 116-2013-EF.
- 4.28. Decreto Supremo N° 097-2004-EF, Normas reglamentarias del Nuevo Régimen Único Simplificado – Nuevo RUS, modificada con Decreto Supremo N° 167-2007-EF
- 4.29. Decreto Supremo N° 008-2012-MIDIS, que crea el Programa Nacional de Alimentación Escolar Qali Warma
- 4.30. Decreto Supremo N° 304-2012-EF, que aprueba el Texto Único Ordenado de la Ley N° 28411 Ley General del sistema Nacional de Presupuesto



CONVENIO DE GESTIÓN SUSCRITO ENTRE EL GOBIERNO REGIONAL DE APURIMAC Y EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD PARA PAGO CAPITADO

- 4.31. Decreto Supremo N° 011-2011-SA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Seguro Integral de Salud
- 4.32. Decreto Supremo N° 184-2008-EF, Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado y sus modificatorias
- 4.33. 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.
- 4.34. Decreto Supremo N° 106-2013-EF, Aprueban afiliar al Régimen de Financiamiento Semicontributivo del Seguro Integral de Salud - SIS a las personas naturales comprendidas en el Nuevo Régimen Único Simplificado - NRUS, incluidos sus derechohabientes
- 4.35. Resolución Ministerial N° 645-2006/MINSA. Aprueba adquisición de medicamentos fuera del Petitorio Nacional de Medicamentos Esenciales.
- 4.36. Resolución Ministerial N° 872-2009/MINSA. Establece disposiciones para que el Seguro Integral de Salud aplique el Tarifario y Definiciones Operacionales aprobadas por Resolución Ministerial N° 240-2009/MINSA, a partir de la entrada en vigencia del Decreto Supremo N° 016-2009-SA, en las Regiones Piloto donde se dará inicio al proceso AUS.
- 4.37. Resolución Ministerial N° 226-2011-/MINSA. Aprueba sustituir el Anexo N° 1 "Tarifario del Seguro Integral de Salud para los componentes Subsidiado y Semisubsidiado" aprobado por el artículo 1° de la Resolución Ministerial N° 240-2009/MINSA y el Anexo N° 02 "Definiciones Operacionales" aprobado por el artículo 2° de la Resolución Ministerial N° 240-2009/MINSA.
- 4.38. Resolución Ministerial N° 540-2011/MINSA. Aprueba "Norma Técnica de salud para la Utilización de Medicamentos NO Consideradas en el Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales"
- 4.39. Resolución Ministerial N° 991-2012/MINSA. Aprueba los parámetros de negociación para la celebración de convenios entre el Seguro Integral de Salud y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) Públicas.
- 4.40. Resolución Ministerial N° 174-2012-MIDIS, que aprueba el Manual de Operaciones del Programa Nacional de Alimentación Escolar Qali Warma.
- 4.41. Resolución Ministerial N° 815-2010-SA que Aprueba el Documento "Técnico Gestión Local para la implementación y el funcionamiento de la Casa Materna.
- 4.42. Resoluciones de la Contraloría General relacionadas con las Normas Técnicas y Directivas de Control Gubernamental y Normas de Auditoría Gubernamental.
- 4.43. Resolución Jefatural N° 170-2012/SIS. Aprueba Directiva N° 002-2012-SIS/GREP "Directiva que establece el Proceso de Control Presencial Posterior de las Prestaciones de Salud Financiadas por el Seguro Integral de Salud"
- 4.44. Resolución Jefatural N° 056-2011/SIS. Aprueba la Directiva N° 002-2011-SIS/GO "Directiva que regula los Procesos de Validación Prestacional del Seguro Integral de Salud" y sus Anexos, que forman parte integrante de la presente Resolución.
- 4.45. Resolución Jefatural N° 149-2012/SIS. Aprueba la Guía Técnica N° 002-2012-SIS/GNF "Guía Técnica para el cálculo del Cápita"
- 4.46. Resolución Jefatural N° 190-2012/SIS. Aprueba la Directiva N° 001-2012-SIS/GA "Directiva que regula el proceso de afiliación al Régimen de Financiamiento Subsidiado del Seguro Integral de Salud" y sus Anexos.
- 4.47. Resolución Jefatural N° 197-2012/SIS. 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" y sus Anexos.
- 4.48. Resolución Jefatural N° 210-2012/SIS. Rectifica el error material consignado en el punto 4 del literal a) del numeral 6.3.2 de la Directiva Administrativa N° 003-2012-SIS-GREP "Directiva que regula la Cobertura Prestacional del Régimen de Financiamiento Subsidiado del Seguro Integral de Salud" aprobada por Resolución Jefatural N° 197-2012/SIS.



CONVENIO DE GESTIÓN SUSCRITO ENTRE EL GOBIERNO REGIONAL DE APURIMAC Y EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD PARA PAGO CAPITADO

- 4.49. Resolución Jefatural N° 020-2010-SIS que aprueba directiva para la operativización de la Resolución Ministerial N° 380-2009/MINSA.
- 4.50. Resolución Jefatural N° 190-2012/SIS de fecha 16/11/2012, que aprueba 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".
- 4.51. Resolución Jefatural N° 150-2013/SIS que aprueba Directiva Administrativa N° 001-2013-SIS/GREP "Directiva que regula la cobertura prestacional del Régimen de Financiamiento Semicontributivo NRUS del Seguro Integral de Salud".
- 4.52. Resolución Jefatural N° 157-2013-SIS que aprueba Directiva Administrativa N° 001-2013-SIS/GA-V.01 "Directiva que regula el proceso de afiliación de los contribuyentes del Nuevo Régimen Único Simplificado - NRUS en el Régimen de Financiamiento Semicontributivo del Seguro Integral de Salud".
- 4.53. Resolución Jefatural N° 212-2013/SIS que aprueba la Directiva Administrativa N° 002-2013-SIS-GNF "Directiva Administrativa que regula el pago de la Prestación de Asignación por Alimentación para Gestantes y/o Puérperas afiliadas/inscritas al Seguro Integral de Salud alojadas en Casa Materna.

CLÁUSULA QUINTA: OBJETO DEL CONVENIO

El presente Convenio tiene por objeto:

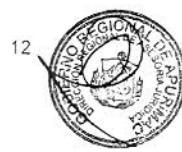
- 5.1. Garantizar que la transferencia de recursos por pago prospectivo de prestaciones de los asegurados que realice el **SIS** a las Unidades Ejecutoras dependientes del **GOBIERNO REGIONAL**, sea destinada única y exclusivamente a los fines que se establece en el presente Convenio.
- 5.2. El **GOBIERNO REGIONAL** garantizará que la cobertura de las prestaciones financiadas por el **SIS**, se brinden de manera oportuna, completa y de calidad en los establecimientos de salud de primer nivel de atención pertenecientes al ámbito jurisdiccional del **GOBIERNO REGIONAL**, de acuerdo a las Garantías Explicitas establecidas en el presente convenio.

CLÁUSULA SEXTA: OBLIGACIONES DEL GOBIERNO REGIONAL

Constituyen obligaciones:

6.1 Del Gobierno Regional:

- 6.1.1. Asumir el liderazgo del Capitado, a través del establecimiento de políticas y normatividad regional en el marco del AUS, para la correcta y oportuna ejecución de los recursos transferidos por el **SIS** para los fines del presente Convenio. En caso de incumplimiento, el SIS informará a el OCI y/o Superintendencia Nacional de Salud, por responsabilidad funcional, de acuerdo a Ley.
- 6.1.2. Establecer las condiciones que permitan garantizar que las prestaciones que se brinden a los asegurados, se realicen en forma oportuna, completa y de calidad.
- 6.1.3. Cautelar que las transferencias de recursos realizadas por el **SIS** a las Unidades Ejecutoras del **GOBIERNO REGIONAL**, vinculadas al AUS, se ejecuten dentro del marco establecido en la Ley N° 29344 y su Reglamento,



CONVENIO DE GESTIÓN SUSCRITO ENTRE EL GOBIERNO REGIONAL DE APURIMAC Y EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD PARA PAGO CAPITADO

así como en el Decreto Supremo N° 016-2009-SA y de la normatividad que regula la operatividad del SIS, en cuanto sea aplicable.

- 6.1.4. Aprobar correcta y oportunamente, la incorporación al Marco Presupuestal, PCA y Calendario de Pago de los recursos financieros transferidos por el SIS, solicitadas por las Unidades Ejecutoras de su jurisdicción.
- 6.1.5. Aprobar oportunamente la incorporación de los "Saldos de Balance" y de la certificación de la PCA de los recursos transferidos por el SIS, para los meses de enero y febrero de cada ejercicio fiscal, excepto por la demora de la aprobación del MEF debidamente acreditada por el Gobierno Regional.
- 6.1.6. Coordinar con su DIRESA las acciones que permitan gestionar el financiamiento transferido, de tal manera, que la adquisición y distribución de los recursos sean suficientes y oportunos para el cumplimiento de los compromisos en relación a los Indicadores establecidos en el presente Convenio.
- 6.1.7. Monitorear, supervisar y evaluar anualmente a la DIRESA/DISA, GERESA, Unidad Ejecutora y Establecimientos de Salud respecto del cabal cumplimiento de las obligaciones que se estipulan en los numerales 6.2 y 6.3 de la presente Cláusula. En caso de incumplimiento por parte de éstas, deberá disponer se informe ante las instancias correspondientes a fin de que se determine responsabilidad funcional de los funcionarios que resulten responsables, bajo responsabilidad.
- 6.1.8. Implementar íntegramente en cada establecimiento de salud del ámbito urbano que pertenezcan, la interconexión a través de internet o red privada virtual para lograr la eficiencia en los procesos operacionales, así como habilitar de manera paulatina la misma en cada establecimiento de salud del ámbito rural.
- 6.1.9. Garantizar su compromiso respecto de llevar a cabo acciones y dictar medidas inmediatas de acuerdo a la normatividad vigente, en caso de desabastecimiento inminente de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios en la Región que ponga en peligro la salud de la población afiliada al SIS.
- 6.1.10. Realizar obligatoriamente la contratación de un Coordinador General de Enlace de Cápita de acuerdo a los términos de referencia (TdR) establecidos en el presente convenio como Anexo N° 001, el mismo que estará adscrito a la DIRESA y quién será responsable ante el SIS por el cumplimiento de las obligaciones estipuladas en el presente convenio, bajo responsabilidad funcional.
- 6.1.11. Establecer las condiciones físicas y administrativas para que el Coordinador General de Enlace de Cápita pueda cumplir a cabalidad sus funciones para el cumplimiento de las obligaciones contraídas por las partes en virtud del presente Convenio; así como, velar por el uso eficiente del presupuesto transferido por el SIS a las Unidades Ejecutoras.
- 6.1.12. Disponer la instalación de casas maternas en la Región y/o fortalecer las ya existentes, de acuerdo a la norma técnica vigente.



- 6.1.13. Coordinar con el RENIEC las actividades que garanticen la obtención del DNI de los Recién Nacidos de su jurisdicción en un plazo no mayor de 45 días, así como el fortalecimiento de las ORAs RENIEC, en el marco de lo establecido en el Convenio de Apoyo Presupuestario a los Programas Presupuestarios Estratégicos suscrito entre el MEF, a través de la Dirección General de Presupuesto Público y el SIS, cuyo objeto es la implementación del Programa Presupuestario Estratégico Articulado Nutricional (PAN).

6.2 De la DISA/DIRESA/GERESA:

- 6.2.1 Es la responsable de operativizar los procesos de monitoreo, supervisión, evaluación de manera trimestral, asistencia técnica y capacitación que resulten necesarios para la implementación, desarrollo y ejecución del presente convenio.
- 6.2.2 Fortalecer e implementar a su Unidad de Seguros para el cumplimiento de sus funciones.
- 6.2.3 Es la responsable de implementar las acciones administrativas correctivas, y de formular las acciones administrativas y/o penales que correspondan contra los funcionarios que resulten responsables, de acuerdo a los resultados de los "procesos de control" que efectúe el SIS. En caso de incumplimiento, serán objeto de responsabilidad funcional de acuerdo a Ley, vía procesos administrativos y/o penales, ante las instancias correspondientes.
- 6.2.4 Es responsable que los establecimientos de salud brinden las prestaciones de salud contenidas en el Plan de Beneficios del SIS a todos los asegurados del SIS, en forma gratuita, oportuna y de calidad.
- 6.2.5 Deberá brindar al SIS las facilidades necesarias para la realización de intervenciones correspondientes a sus procesos de control, a nivel de DISA/DIRESA, Unidades Ejecutoras y de establecimientos de salud.
- 6.2.6 Es responsable de velar que los recursos transferidos sean utilizados exclusivamente según lo establecido por la normatividad vigente, por parte de la Unidad Ejecutora y los Establecimientos Salud.
- 6.2.7 Proponer las prioridades sanitarias, las estrategias de intervención, así como la asignación de recursos necesarios para la prestación de servicios de salud.
- 6.2.8 Efectuar el monitoreo y supervisión del cumplimiento de los Indicadores acordados en el presente Convenio. Es responsable de informar trimestralmente a la UDR correspondiente, la evaluación de los mismos, dentro de los primeros 15 días de concluido el trimestre.
- 6.2.9 Capacitar a los establecimientos de salud de primer nivel de atención en el cabal cumplimiento de las obligaciones que se estipulan en los numerales 6.2.4 y 6.2.6, según corresponda.
- 6.2.10 Garantizar que las unidades ejecutoras transparenten la programación, distribución y ejecución de los recursos transferidos por el SIS a nivel de establecimiento de salud.



- 6.2.11 Registrar y reportar oportunamente los gastos que se deriven de las transferencias efectuadas por el SIS al SIAF y al SIGA del MEF a través de las Unidades Ejecutoras.
- 6.2.12 Velar por el cumplimiento de los procesos de atención, los mismos que estarán orientados por protocolos de atención y guías de práctica clínica aprobadas por el MINSA y la DIRESA, procurando realizar intervenciones con alta efectividad, implementando la estrategia de atención primaria e integral en salud, basada en las actividades realizadas por el "Equipo Básico de Atención de Salud Basado en Familia y Comunidad"; así como la estrategia de integración de redes de acuerdo a la normatividad vigente.
- 6.2.13 Ejecutar los recursos transferidos por el SIS en la reposición de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios de conformidad con lo dispuesto en la RM N° 226-2011, cumpliendo el 100% de la meta trimestral establecida en el indicador. En caso de incumplimiento, serán objeto de responsabilidad funcional de acuerdo a Ley, vía procesos administrativos y/o penales, ante las instancias correspondientes.
- 6.2.14 Implementar mecanismos de control de los recursos transferidos, así como informar a la UDR, a través de sus unidades ejecutoras correspondientes, el gasto de los recursos transferidos.
- 6.2.15 Informar mensualmente al **SIS** sobre el número de prestaciones efectuadas y la cantidad de personas o asegurados atendidos mediante el aplicativo informático web SIASIS.
- 6.2.16 Remitir mensualmente al SIS, a través de un informe con carácter de declaración jurada dirigido a la UDR, las referencias producidas por los establecimientos de menor capacidad resolutive a otros de mayor capacidad resolutive, que se encuentren fuera del ámbito del presente convenio.
- 6.2.17 Informar a la UDR, dentro de los primeros 45 días posteriores al vencimiento de cada trimestre, los resultados de la evaluación de los indicadores por unidad ejecutora, a efectos de que el SIS proceda a la distribución del monto variable de la cápita en forma proporcional a su cumplimiento. En caso que no se informe dentro del plazo establecido, el SIS quedará facultado para realizar la distribución en forma equitativa entre todas las Unidades Ejecutoras de la jurisdicción, a su discrecionalidad.
- 6.2.18 Otorgar a los Establecimientos de Salud los registros RENAES de forma oportuna y de acuerdo a las especificaciones técnicas vigentes e impulsar y supervisar la obtención correspondiente y vigencia de los registros IPRESS ante Superintendencia Nacional de Salud. En caso de incumplimiento, serán objeto de responsabilidad funcional de acuerdo a Ley, ante las instancias correspondientes.
- 6.2.19 Recurrir obligatoriamente ante la UDR de su jurisdicción, a efectos de realizar consultas, solicitar asistencia técnica, realizar procesos de capacitación y control, y ver todo lo concerniente respecto a la ejecución del presente convenio.



- 6.2.20 Cumplir con efectuar las compras regionales de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios para la región, de manera oportuna y de acuerdo a las normas de DIGEMID, bajo responsabilidad.
- 6.2.21 Difundir a la población en general, los Deberes y Derechos del Asegurado, Plan de Beneficios SIS y ventajas del asegurado en el marco del Convenio Capitado.
- 6.2.22 Ejecutar de forma inmediata las acciones y medidas dictadas de acuerdo a la normatividad vigente, en caso de desabastecimiento inminente de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios en la Región que ponga en peligro la salud de la población afiliada al SIS. En caso de incumplimiento, serán objeto de responsabilidad funcional de acuerdo a Ley, ante las instancias correspondientes.
- 6.2.23 Deberá garantizar la dotación de medicamentos e insumos a las unidades ejecutoras de acuerdo al cuadro de necesidades anual, bajo las normas de buenas prácticas de almacenamiento y distribución de los productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios.
- 6.2.24 Deberá garantizar la viabilidad de los Equipos de Atención Integral de Salud a las Poblaciones Excluidas y Dispersas - AISPED existentes o por crearse a solicitud de las Unidades Ejecutoras; así como generar el registro RENAES respectivo y brindar apoyo en la contratación de personal de ser necesario.
- 6.2.25 Es responsable de que los establecimientos de salud realicen las afiliaciones de todos los Recién Nacidos, hijos de madres SIS, así como de todas las gestantes que no cuenten con un seguro de salud dentro del ámbito de su jurisdicción, en el marco de lo establecido en el Convenio de Apoyo Presupuestario a los Programas Presupuestarios Estratégicos suscrito entre el MEF, a través de la Dirección General de Presupuesto Público y el SIS, cuyo objeto es la implementación del Programa Presupuestario Estratégico Articulado Nutricional (PAN).

6.3 De la Unidad Ejecutora:

- 6.3.1 Es responsable de ejecutar las acciones, recomendaciones administrativas y correctivas que se deriven de los resultados de los procesos de control que efectúe el SIS, así como de informar ante el OCI y la Superintendencia Nacional de Salud respectivamente, de corresponder. En caso de incumplimiento, serán objeto de responsabilidad funcional, de acuerdo a Ley
- 6.3.2 Es responsable que los establecimientos de salud otorguen las prestaciones de salud contenidas en el Plan de Beneficios del SIS.
- 6.3.3 Remitir, dentro de los 30 días siguientes al vencimiento del trimestre a la UDR y a la DIRESA de manera obligatoria, el informe de la distribución, programación y ejecución del presupuesto transferido a nivel de establecimiento de salud, bajo responsabilidad funcional.
- 6.3.4 Brindar todas las facilidades correspondientes y ceder un espacio adecuado dentro de sus instalaciones, a fin de facilitar la instalación de una Oficina de Atención del Asegurado por parte del personal del SIS, de acuerdo a la norma



CONVENIO DE GESTIÓN SUSCRITO ENTRE EL GOBIERNO REGIONAL DE APURIMAC Y EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD PARA PAGO CAPITADO

legal vigente. Los costos de implementación y contratación de personal serán asumidos por el SIS.

- 6.3.5 Conformar el Comité de Gestión Ampliado, el mismo que debe reunirse periódicamente para determinar cómo se gastarán los fondos recibidos a través del pago capitado y autorizar, en coordinación con el Coordinador General de Enlace de Cápit, cualquier gasto que se requiera realizar en rubro diferente a la compra de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios. Una copia de las actas de reunión será alcanzada al SIS a través de las UDR's respectivas. La participación del Coordinador General de Enlace de Cápit será obligatoria.
- 6.3.6 De ser pertinente y previa aprobación del Comité de Gestión Ampliado, se podrá utilizar el fondo cápit para implementar mecanismos que garanticen el acceso de la población en zona alejada y de frontera a los servicios de salud de primer nivel.
- 6.3.7 Recurrir obligatoriamente ante la DIRESA de su jurisdicción, a efectos de realizar consultas, solicitar asistencia técnica y ver todo lo concerniente respecto a la ejecución del presente convenio.
- 6.3.8 Garantizar oportunamente la implementación del SIGES en los establecimientos de salud del primer nivel de atención seleccionados en su ámbito de acción.
- 6.3.9 Garantizar el presupuesto para la difusión a la población en general los Deberes y Derechos del Asegurado, Plan de Beneficios SIS y ventajas del asegurado en el marco del Convenio Capitado.
- 6.3.10 Garantizar el presupuesto para la capacitación del personal del ámbito de su red en normatividad relacionada al presente convenio.
- 6.3.11 Garantizar el registro oportuno del ingreso de las compras de los productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios y su consumo en el ICI. Esta información será tomada como fuente de verificación para la medición del indicador del componente de reposición.
- 6.3.12 Transparentar la administración de los recursos financieros de Donaciones y Transferencias - SIS a los establecimientos de salud.
- 6.3.13 Efectuar la distribución de los fondos transferidos por el SIS únicamente a favor de los establecimientos de salud de su jurisdicción que cuentan con registro IPRESS vigente. En caso de incumplimiento, se informará ante las instancias correspondientes, a fin de que se determine la responsabilidad funcional de los funcionarios que resulten responsables, de acuerdo a Ley.
- 6.3.14 Remitir de manera mensual a la UDR, la relación detallada del status y condición de los registros IPRESS de los establecimientos de salud a su cargo.
- 6.3.15 Identificar las zonas de riesgo y con mayor vulnerabilidad para evaluar la intervención de los Equipos de Atención Integral de Salud a las Poblaciones Excluidas y Dispersas - AISPED, los mismos que deben ser fortalecidos con capacitación, equipamiento y recursos, a fin de que contribuyan al



T. Salazar A.



Y. Hernández R.



C. Aguirre



cumplimiento de los indicadores del convenio cápita. Las atenciones de los AISPED deben ser registradas en los Formatos Únicos de Atención - FUAS.

6.4 De los Establecimientos de Salud de primer nivel de atención:

- 6.4.1 Brindar las prestaciones de salud con calidad, oportunidad, calidez y centrado en el asegurado, cumpliendo progresivamente con las metas de los indicadores adjunto al presente convenio. La cobertura de prestaciones se determina en el Plan de Beneficios SIS y para efectos del Pago Capitado cubre a los asegurados del SIS Gratuito o del SIS Emprendedor.
- 6.4.2 Realizar las afiliaciones de todas las personas que reúnan los requisitos para ser asegurados del SIS, dentro del ámbito de su jurisdicción y respecto a los planes de cobertura vigentes. Esta obligación será de carácter temporal y estará a su cargo hasta la implementación de las Oficinas de Atención al Asegurado por parte del SIS.
- 6.4.3 Remitir oportunamente a los centros de digitación, los formatos de recolección de datos para su registro en el aplicativo informático web SIASIS.
- 6.4.4 Actuar con la diligencia debida para que el Formato Único de Atención se encuentren debida, oportuna y completamente llenados en su integridad, para mantener el padrón de asegurados del SIS actualizado.
- 6.4.5 Los centros de digitación deben ingresar la información de manera correcta y completa, (Formato de Recolección de datos y el Formato Único de Atención) en los aplicativos informáticos del SIS.
- 6.4.6 Guardar estricta confidencialidad y reserva respecto a la información de los asegurados del SIS y de aquella que los mismos generen o les sea generada por los establecimientos de salud.
- 6.4.7 No realizar cobros indebidos a los asegurados del SIS en el marco del presente convenio. De comprobarse dicho cobro, se impondrá una penalidad afectable al monto fijo de la cápita del 0.01% y que será descontado en la siguiente transferencia. Dicha penalidad constituirá un derecho por cobrar si al final del ejercicio fiscal no pudiera hacerse efectiva, persistiendo el derecho de cobro durante el siguiente ejercicio. Asimismo, se aplicarán las sanciones administrativas correspondientes contra los funcionarios y/o personal del EE.SS que resulten responsables.
- 6.4.8 El establecimiento de salud es responsable de que las prestaciones registradas en el sistema informático para efectos del pago capitado, se deben haber realizado cumpliendo la normativa vigente; en caso que el SIS detecte falsedad en la información reportada y/o en la documentación presentada, se informará a la Superintendencia Nacional de Salud y al OCI de la Unidad Ejecutora o de la DIRESA para que tomen las acciones correspondientes.
- 6.4.9 Difundir a la población en general los Deberes y Derechos del Asegurado, Plan de Beneficios SIS y ventajas del asegurado en el marco del Convenio Capitado.



- 6.4.10 Desarrollar las acciones de información y orientación a nivel intramural y extramural para complementar las consejerías en lactancia materna, alimentación complementaria y lavado de manos. Asimismo, elevar informes mensuales sobre las actividades realizadas a la Unidad Ejecutora de acuerdo al flujo establecido.
- 6.4.11 Contar de manera obligatoria y vigente, con los respectivos registros RENAES, IPRESS y categorías de acuerdo a la normatividad vigente.
- 6.4.12 Recurrir obligatoriamente ante su Unidad Ejecutora y/o DIRESA, a efectos de realizar consultas, solicitar asistencia técnica y ver todo lo concerniente respecto a la ejecución del presente convenio.

6.5 Del Coordinador General de Enlace Cápit

- 6.5.1 Es el responsable ante el SIS por el cumplimiento de las obligaciones estipuladas en el presente convenio.
- 6.5.2 Coordina las acciones necesarias a nivel regional y velar por el cumplimiento de las obligaciones establecidas en el Convenio.
- 6.5.3. Monitorea, supervisa y brindar asistencia técnica a la DIRESA/DISA, GERESA, Unidad Ejecutora y Establecimientos de Salud respecto del cabal cumplimiento de las obligaciones del presente convenio.
- 6.5.4 Conformar el Comité de Gestión Ampliado y participa obligatoriamente en cada una de sus sesiones, emitiendo opinión respecto a cualquier gasto que se requiera realizar en rubro diferente a la compra de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios.



T. Salazar A.

CLÁUSULA SEPTIMA: OBLIGACIONES Y ATRIBUCIONES DEL SEGURO INTEGRAL DE SALUD

Constituyen obligaciones y atribuciones del SIS:

7.1 Del SIS Central:

- 7.1.1 Garantizar el buen funcionamiento del SIASIS a fin de que las UE puedan informar al SIS el número de atenciones y atendidos, y hacer uso de los reportadores progresivamente en horarios más extendidos.
- 7.1.2 Socializar a la DIRESA y Unidades Ejecutoras, a través de la UDR, las Resoluciones Jefaturales que tengan relación con las prestaciones. Asimismo, apoyar en la difusión y capacitación de las mismas, así como en las adecuaciones que fueran necesarias para su cumplimiento.
- 7.1.3 Informar ante el OCI y la Superintendencia Nacional de Salud, sobre presuntas irregularidades detectadas en el ámbito del Gobierno Regional y en el marco del presente convenio, al amparo de lo dispuesto en la Ley N° 28716 y el Decreto Legislativo N° 1158.



Y. Hernández R.



C. AGUIRRE



I. Zanetti



CONVENIO DE GESTIÓN SUSCRITO ENTRE EL GOBIERNO REGIONAL DE APURIMAC Y EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD PARA PAGO CAPITADO

- 7.1.4 Coordinar con el Coordinador General de Enlace Cápita, a fin de que ejecute las recomendaciones formuladas como resultado de los procesos de control realizados por el SIS. En caso de incumplimiento, se formulará las respectivas denuncias administrativas ante las instancias correspondientes.
- 7.1.5 Distribuir el monto variable de la cápita a favor de las Unidades Ejecutoras, en forma oportuna, proporcional y en base a la información remitida por la DIRESA respecto al cumplimiento de los indicadores por cada una de ellas. De no contar de manera oportuna con dicha información, quedará facultado para realizar la distribución de manera equitativa entre todas las Unidades Ejecutoras.
- 7.1.6 Poner a disposición de a DIRESA/GERESA/DISA la información registrada antes de pasar el proceso de validación a través de un acceso al FTP.
- 7.1.7 Evaluar, en el mes de julio, el desempeño de las Unidades Ejecutoras, sobre la base de los parámetros prestacionales, financieros, cobertura e intensidad, con la finalidad de realizar ajustes al Cápita y a las metas, de ser el caso, si el resultado de dicha evaluación lo justifica.

7.2 De la UDR:

- 7.2.1 Realizar el monitoreo y seguimiento de los indicadores de acuerdo a lo señalado en el numeral 13.6 del presente Convenio.
- 7.2.2 Remitir mensualmente la base de datos de afiliaciones y atenciones a la DIRESA. Dicha base de datos debe de corresponder al último mes de producción.
- 7.2.3 Informar al SIS Central los resultados obtenidos de la evaluación de los indicadores de acuerdo a lo señalado en el numeral 13.6.
- 7.2.4 Monitorear el cumplimiento de las garantías explícitas y detectar cobros indebidos realizados a los asegurados. Respecto a esto último y de comprobarse, se impondrá a la Unidad Ejecutora una penalidad afectable al tramo fijo correspondiente al 0.01%, la misma que será descontado en la siguiente transferencia. Asimismo, se informará ante los organismos correspondientes, a fin de que se determine la responsabilidad funcional de los funcionarios y/o personal del EE.SS que resulten responsables, de acuerdo a Ley.
- 7.2.5 Es el representante del SIS dentro de su jurisdicción y es el encargado para atender, absolver consultas y/o brindar asistencia técnica a los funcionarios de las DIRESA, GERESA, DISA, UE y EESS.
- 7.2.6 Efectuar la validación de las prestaciones informadas por los establecimientos de salud, a través del Proceso de Control Presencial Posterior establecido por el SIS.
- 7.2.7 Realizar las gestiones para la instalación de una Oficina de Atención al Asegurado del SIS en cada Unidad Ejecutora de la Región, la misma que se hará de forma progresiva y de acuerdo al presupuesto asignado.



CLÁUSULA OCTAVA: COEFICIENTE DE AJUSTE DE RIESGO.

- 8.1 Se realiza ajuste por Índice Desarrollo Humano, evaluación del desempeño de Indicadores y Plan de Salud Escolar, por Unidad Ejecutora.
- 8.1.1 Respecto al Plan de Salud Escolar, durante el presente año se detectarán riesgos y daños relacionados a la nutrición, las inmunizaciones, salud visual, salud bucal y en promoción de la salud, convivencia saludable, alimentación saludable e higiene. Estas actividades serán realizadas en la Institución Educativa.
- 8.2 En relación a la capacidad de oferta, se realizan los siguientes ajustes:
- 8.2.1 Los gastos de las prestaciones administrativas de Traslados de Emergencia de establecimiento de primer nivel de atención se encuentran incluidos en el cálculo de la cápita, así como los traslados por contrareferencia efectuados por los mismos, excepto los traslados realizados por SAMU, que se pagaran por fuera de la Cápita.
- 8.2.2 Los traslados realizados por los establecimientos del segundo nivel (II-1, II-2) al nivel que corresponda, están fuera del cálculo de la cápita.
- 8.2.3 La Prestación Administrativa N° 111, Asignación por alimentación para gestantes en casas de espera, se encuentra incluida en la cápita.

CLÁUSULA NOVENA: MECANISMO DE PAGO

El mecanismo de pago para establecimientos del primer nivel es capitado.

CLÁUSULA DECIMA: TARIFAS Y COSTOS

El sistema de tarifas establecido en el marco del convenio será fijado de común acuerdo con el Gobierno Regional o de acuerdo a normas legales vigentes.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMERA: DE LA TRANSFERENCIA

- 11.1 El **SIS** realizará la transferencia de recursos a las Unidades Ejecutoras del **GOBIERNO REGIONAL** por un monto establecido en el Anexo N° 002. La transferencia incluye el monto correspondiente para solventar los honorarios profesionales por la contratación del Coordinador General de Enlace Cápita para el ejercicio 2014 y de acuerdo al perfil y términos de referencia (TdR) establecidos en el presente convenio.

- ✓ La presente transferencia condicionará el compromiso ineludible del Gobierno Regional, de cumplir durante el presente ejercicio, las metas acordadas, señaladas en el Anexo N° 003.
- ✓ El cumplimiento de estos compromisos al final del año, incidirá en la determinación de los montos a transferir por concepto de monto fijo y monto variable para el siguiente ejercicio fiscal.



T. Salazar A.



V. Hernández R.



C. AGUIRRE



JACOSTA



Zanetti



CONVENIO DE GESTIÓN SUSCRITO ENTRE EL GOBIERNO REGIONAL DE APURIMAC Y EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD PARA PAGO CAPITADO

- ✓ De acuerdo a la evaluación al desempeño de los factores de valor de producción durante el 2013, se ha establecido el porcentaje de monto fijo y del monto variable de la cápita 2014.
- 11.2 El monto máximo total a transferir por concepto de cápita para el ejercicio fiscal 2014 será realizado, conforme a lo indicado en el Anexo N° 004.
- 11.3 El pago trimestral del porcentaje del monto a transferir, correspondiente al monto variable por cumplimiento de metas, se pagará de la siguiente manera:
- a. Cuando el indicador llegue al 100% de la meta establecida, se pagará el total del valor monetario del indicador.

Monto de pago de indicador con meta cumplida

Incentivo del % del cápita x Peso ponderado del indicador

- b. Cuando el indicador se encuentre igual o mayor al 80%, se pagará de manera proporcional al porcentaje ponderado de cumplimiento de indicadores. (Anexo N° 005).

Monto de pago de indicador con meta NO cumplida

Incentivo del % del cápita x Peso ponderado del indicador
"porcentaje de cumplimiento del indicador" x factor de ajuste

- c. Cuando el indicador se encuentre por debajo del 80%, no se realizará transferencia del monto variable.
- 11.4 La distribución de la cápita total (incluidos todos los ajustes de riesgo) por unidad ejecutora será la detallada en el Anexo N° 006.
- 11.5 Se financiarán las intervenciones y prestaciones del Plan de Beneficios del SIS que se realicen en los establecimientos de salud del ámbito que correspondan a la jurisdicción del **GOBIERNO REGIONAL**.
- 11.6 Con la finalidad de asegurar la oportunidad en las prestaciones de salud, la DIRESA debe asegurar la entrega de las prestaciones correspondientes al primer nivel de atención de acuerdo al Plan de Beneficios del SIS y el pago correspondiente incluso a terceros, si fuera necesario, con los recursos transferidos en mérito del presente Convenio.
- 11.7 El Gobierno Regional se compromete prioritariamente a utilizar los fondos transferidos de conformidad con lo dispuesto en la RM N° 226-2011, para reponer el 100% del componente de reposición.
- 11.8 Todos los cobros indebidos realizados a asegurados del SIS detectados durante el trimestre de evaluación en los establecimientos de salud incluidos en el pago per cápita, serán devueltos al asegurado por el establecimiento de salud infractor, caso contrario será descontado de la siguiente remesa de la cápita correspondiente al monto fijo, de acuerdo al procedimiento vigente.



CONVENIO DE GESTIÓN SUSCRITO ENTRE EL GOBIERNO REGIONAL DE APURIMAC Y EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD PARA PAGO CAPITADO

- 11.9 Las atenciones preventivas que se realicen a los pacientes en Tránsito, serán consideradas para el cálculo de los indicadores (de CRED y de controles prenatales) de la región de origen, sólo si para el caso de CRED realizan por lo menos 4 en la región de origen y para el caso de Controles prenatales realizan por lo menos 3 en la región de origen.
- 11.10 El Gobierno Regional se compromete a garantizar el componente de reposición, de acuerdo a lo estipulado en el numeral 6.2.13 de la Cláusula Sexta.

El Gobierno Regional se obliga a NO utilizar el monto transferido en los siguientes rubros, bajo responsabilidad funcional y ser pasible de denuncia administrativa y/o penal ante los órganos correspondientes:

- 11.10.1 Compra de vehículos
- 11.10.2 Construcción de nueva infraestructura
- 11.10.3 Actividades recreativas para el personal
- 11.10.4 Incentivos laborales
- 11.10.5 Uniformes para el personal
- 11.10.6 Actividades de capacitación (excepto capacitación operativa y capacitación al personal sobre normatividad SIS y MINSA)

En el caso de la contratación de recursos humanos, ésta debe ser orientada a la contratación de personal asistencial, con la finalidad de lograr el cumplimiento oportuno de las metas acordadas

- 11.11 El importe de los medicamentos recetados a los asegurados del SIS y que no son proporcionados por los Establecimientos de Adscripción, serán suministrados a través de Oficinas Farmacéuticas en virtud de lo dispuesto en el DL N° 1163, por lo que serán descontados del monto capitado de la Unidad Ejecutora correspondiente.
- 11.12 Respecto a los montos transferidos por ajuste de escolares del PSE, existe la obligación del GOBIERNO REGIONAL de cumplir el 100% de las prestaciones de Tamizaje (detección de riesgos y daños relacionados a la nutrición, inmunizaciones, salud ocular y salud bucal) de los asegurados cubiertos bajo dicho plan y realizar las intervenciones precoces que correspondan, según el D.S. N° 010-2013-SA, para el periodo 2014.

CLÁUSULA DECIMA SEGUNDA: DEL CONTROL PRESTACIONAL

- 12.1 Se tienen Indicadores Prestacionales de Monitoreo, los cuales se medirán durante todo el año, se encuentran señalados en el Anexo N° 007 y no serán causal de aplicación de descuento del monto trimestral a transferir.
- 12.2 Se monitorizará el cumplimiento de las Garantías Explícitas señaladas en el Anexo N° 008 y no que no será causal de aplicación de descuento del monto trimestral a transferir.
- 12.3 Se realizará el Proceso Control Presencial Posterior (PCPP) a las prestaciones financiadas por el presente convenio, para verificar cumplimiento según estándares establecidos y la medición del indicador correspondiente, mas no serán aplicado para descuento del monto trimestral a transferir.



CONVENIO DE GESTIÓN SUSCRITO ENTRE EL GOBIERNO REGIONAL DE APURIMAC Y EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD PARA PAGO CAPITADO

- 12.4 Se denomina **AJUSTE POSITIVO** a aquellas prestaciones que se pagaran de manera adicional al monto cápita realizadas por establecimientos de nivel II con población adscrita. Dichas prestaciones corresponden a los Códigos de Servicios y Códigos CIE 10 indicador en el Anexo N° 009.
- 12.5 Asimismo, como parte del **AJUSTE POSITIVO**, la DISA/DIRESA/GERESA podrá solicitar que se retiren de la cápita, aquellas prestaciones que han sido consideradas dentro de la cápita y que de acuerdo al análisis que la DISA/DIRESA/GERESA realice, correspondan ser de capacidad resolutoria de nivel II de atención. Para tal efecto, deberán ser evaluadas por la UDR. De ser el caso, las prestaciones retiradas de la cápita serán evaluadas por Proceso de Evaluación Automática (PEA) y se pagarán de acuerdo al tarifario vigente. En ese sentido, el SIS entregará mensualmente el reporte de las prestaciones incluidas en la cápita.
- 12.6 Dado que las prestaciones de primer nivel de atención ya están calculadas y financiadas por la cápita, las prestaciones que correspondan ser atendidas en el primer nivel de atención y hayan sido realizadas por el Hospital II sin población adscrita, con diagnósticos CIE 10 correspondientes al primer nivel de atención de Consulta Externa, de Emergencia y Parto Vaginal con diagnóstico único que hayan sido referidas del primer nivel de atención, serán valorizadas y descontadas de la siguiente transferencia programada por cápita.
- 12.7 Para el caso de las prestaciones que correspondan ser atendidas en el primer nivel de atención y hayan sido realizadas por el Hospital II con población adscrita, para los mismos diagnósticos CIE 10 de Consulta Externa, de Emergencia y Parto Vaginal con diagnóstico único, que hayan sido referidos del primer nivel de atención, serán valorizados y descontados de la siguientes transferencia programada por cápita.
- 12.8 El procedimiento de descuentos descrito en el 12.6 y 12.7, se denomina **AJUSTE NEGATIVO**. En ambos casos los diagnósticos para descuentos, son los indicados en el Anexo N° 010.
- 12.9 La Población asegurada deberá atenderse en prestaciones recuperativas en los establecimientos de salud de adscripción de cada asegurado, en cambio podrán atenderse en prestaciones preventivas en cualquiera de los establecimientos de salud de primer nivel de atención. Estas prestaciones podrán ser registradas en el SIASIS y ARFSIS.
- 12.10 Se realizarán las adecuaciones a las reglas de consistencia de modo que se permita registrar las prestaciones preventivas realizadas de acuerdo a la normativa vigente. Asimismo, el SIS podrá mejorar las reglas de validación que permitan un mejor registro de las prestaciones y garanticen calidad y oportunidad de las mismas.
- 12.11 El prestador es responsable de registrar de forma obligatoria en el Formato Único de Atención (FUA) los diagnósticos resultantes del tamizaje del Plan de Salud Escolar en el código de prestación S02 (Salud Escolar). La información registrada será utilizada para el cálculo del indicador referido a salud escolar.
- 12.12 El prestador es responsable de registrar de forma obligatoria en el Formato Único de Atención (FUA) el diagnóstico nutricional resultante y de corresponder el diagnostico anemia previo dosaje de hemoglobina dentro del paquete CRED en el niño y adolescente en los códigos de prestación 001, 118, 119 y 117, respectivamente. La información registrada será utilizada para el cálculo de los indicadores referidos a CRED.



CLÁUSULA DECIMA TERCERA: DE LA EVALUACIÓN DE INDICADORES, METAS Y RESULTADOS

- 13.1 Los indicadores a evaluar en el presente convenio, son los detallados en el Anexo N° 011 y las Fichas Técnicas que se describen en los Anexos del N° 012 al 024.
- 13.2 La evaluación se realizará en función al cumplimiento de metas de los indicadores establecidos en el presente Convenio. Se utilizará data bruta para el cálculo de los indicadores, es decir, aquella información que aún no ha pasado por procesos de validación prestacional.
- 13.3 Para efectos de la evaluación de los indicadores del presente convenio, los establecimientos de salud deberán registrar las atenciones en los formatos de atención vigentes y serán reportados en el aplicativo informático web SIASIS. El reporte de las atenciones deberá realizarse de manera mensual.
- 13.4 La evaluación de los indicadores se realizará en forma trimestral y se determinará en función a los reportes mensuales.
- 13.5 El plazo para el registro de las prestaciones en el aplicativo informático del SIS para el cálculo de los indicadores tendrá un corte de 30 días calendarios después del cierre del trimestre.
- 13.6 El equipo de la UDR realiza el monitoreo de los indicadores:

1. Porcentaje rechazadas por PCPP de Trimestre de evaluación
2. Porcentaje de Referencias justificadas

Asimismo, realiza monitoreo de Garantías Explicitas, aplicando el instrumento correspondiente.

La UDR deberá cerrar en el módulo de PCPP los resultados de la evaluación de los indicadores:

- a) Porcentaje de prestaciones rechazadas por PCPP del Trimestre de evaluación
- b) Porcentaje de Referencias justificadas en un plazo no mayor de 15 días útiles posterior al cierre del mismo.

- 13.7 Para el caso del indicador "Porcentaje de escolares de instituciones educativas públicas del ámbito Qaliwarma con tamizaje de PSE" se considerará una bonificación del 5% adicional al valor obtenido en la evaluación del indicador, en el caso que la DISA/DIRESA/GERESA demuestre que ha tenido deserción escolar, lo cual debe ser refrendado por la UGEL.

- 13.8 La GREP establece la meta mínima anual para cada indicador. En caso que el prestador decidiera una meta anual menor a la propuesta por la GREP, el valor monetario de ésta será afectado de manera proporcional.



T. Salazar A.



Y. Hernández R



C. AGUIRRE



CONVENIO DE GESTIÓN SUSCRITO ENTRE EL GOBIERNO REGIONAL DE APURIMAC Y EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD PARA PAGO CAPITADO

- 13.9 La Oficina General de Tecnologías de la Información (OGTI), al término de los 30 días posteriores al trimestre, procesa la información de todos los indicadores del presente convenio
- 13.10 Al término de los 60 días luego del cierre de un trimestre, la OGTI pone a disposición de la GREP el resultado de la medición de los indicadores, en un plazo no mayor de 15 días útiles.
- 13.11 El equipo de la GREP realiza las siguientes funciones:
- Consolida y analiza los resultados de los indicadores evaluados e informados por la UDR.
 - Analiza los resultados obtenidos por la OGTI, luego de lo cual remite la información a la GNF.
- 13.12 El equipo de la GNF realiza las siguientes funciones:
- Realiza la medición de los Indicadores Financieros
 - De acuerdo a los resultados reportados por la GREP, realiza el cálculo del monto a pagar por cada indicador.
 - Publica los resultados con los montos a pagar en la página web institucional.
 - Realiza la transferencia a las Unidades Ejecutoras del monto que corresponde del bono por cumplimiento de metas.

CLÁUSULA DÉCIMA CUARTA: DE LA VIGENCIA

- 14.1 El presente Convenio tendrá una vigencia de hasta 03 años, pudiendo ser renovable por un mismo periodo, el mismo que estará condicionado al cumplimiento de los indicadores y metas acordados, los cuales tendrán que ser evaluados trimestralmente, considerando como fecha de inicio el 02 de enero de 2014, sólo para efectos de evaluación. La renegociación de las condiciones del Convenio en los términos de monto, indicadores y ajustes, será anual.
- 14.2 Con posterioridad a la vigencia del Convenio subsistirán las obligaciones del **GOBIERNO REGIONAL** de reportar información vinculada a la transferencia de recursos que se realiza en mérito del presente Convenio.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA: DE LA COORDINACIÓN

- 15.1 El **Gobierno Regional** delegará la coordinación, supervisión y monitoreo de la ejecución del convenio en la Dirección Regional de Salud.
- 15.2 La **UDR** será la encargada de evaluar el cumplimiento de los indicadores prestacionales de forma trimestral e informar al SIS Central el resultado de cada evaluación, de corresponder. Asimismo, monitorizará y/o supervisará el avance del cumplimiento de los indicadores en el ámbito del convenio a requerimiento de la Gerencia de Riesgo y Evaluación de Prestaciones.



CONVENIO DE GESTIÓN SUSCRITO ENTRE EL GOBIERNO REGIONAL DE APURIMAC Y EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD PARA PAGO CAPITADO

15.3 El **SIS Central** delegará la coordinación, supervisión y monitoreo de la ejecución del convenio en:

15.3.1 La **Gerencia de Riesgos y Evaluación de las Prestaciones**, será el área encargada de evaluar el cumplimiento de los Indicadores Prestacionales en base a la data registrada en el sistema informático del SIS-SIASIS y la información remitida por la UDR. Así mismo, podrá realizar supervisión(es) del cumplimiento de los mismos en la Región en caso de estimarlo pertinente.

15.3.2 La **Gerencia de Negocios y Financiamiento**, será el área encargada de supervisar los Indicadores Financieros.

15.3.3 La **Oficina General de Tecnologías de la Información** facilitará la información para la evaluación permanente del presente convenio.

15.3.4 La **Gerencia del Asegurado** será la encargada de informar a la Gerencia de Negocios y Financiamiento en forma periódica los montos correspondientes a descontar por cobros indebidos detectados en los establecimientos de salud incluidos en el pago per cápita, así como la evaluación de la satisfacción del surtimiento de la receta médica.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA: DE LA RESOLUCIÓN Y SUSPENSIÓN TEMPORAL DEL CONVENIO

Son causales de resolución del presente Convenio:

16.1 El incumplimiento total o parcial, de cualquiera de las dos partes, de las obligaciones asumidas dentro del marco del presente Convenio.

16.2 Por mutuo acuerdo de las partes.

16.3 Por caso fortuito o fuerza mayor que hagan imposible el cumplimiento de los fines y objetivos del presente Convenio. En caso de impedimento temporal comprobado, las partes podrán solicitar la suspensión temporal del Convenio.

En caso que las causales por caso fortuito o fuerza mayor sean de naturaleza temporal, cualquiera de las partes podrá solicitar la suspensión temporal del Convenio, con anticipación no menor de quince (15) días calendario sobre la fecha del siguiente desembolso, a fin que dicha causal sea evaluada por la contraparte para que dé su conformidad y se establezca el periodo de dicha suspensión.

En caso de suspensión temporal del presente Convenio, las partes se comprometen a garantizar la continuidad de la prestación de servicios a los asegurados, estando el SIS obligado a garantizar la transferencia equivalente a su cápita.

CLÁUSULA DÉCIMA SEPTIMA: DE LA PREVALENCIA DE NORMAS

En caso de discrepancia entre lo previsto en el presente Convenio, y lo establecido por disposiciones legales de carácter imperativo, aplicables en relación al objeto y contenido, prevalecerán éstas últimas sobre el presente Convenio.



CONVENIO DE GESTIÓN SUSCRITO ENTRE EL GOBIERNO REGIONAL DE APURIMAC Y EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD PARA PAGO CAPITADO

Asimismo, cualquier interpretación que sea necesaria deberá realizarse teniendo en consideración las disposiciones legales vigentes que resulten aplicables y los términos establecidos en el presente Convenio.

CLÁUSULA DÉCIMA OCTAVA: DE LA SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

En el caso en que surgiera cualquier divergencia sobre la interpretación o cumplimiento del Convenio que devenga en un perjuicio para su ejecución, las partes se comprometen a resolverlo mediante una coordinación directa entre ellas, siguiendo las reglas de la buena fe y común intención, comprometiéndose a brindar sus mejores esfuerzos para lograr una solución armoniosa, teniendo en cuenta los principios que inspiran este Convenio y a suscribir un Acta en la que plasmen los acuerdos logrados y que se incorporarán como Adenda.

No obstante, en caso de no llegar a un acuerdo las partes se comprometen a someterse a la Conciliación Extrajudicial a fin de dirimir las controversias surgidas en el desarrollo del mismo. Si no se logra una solución satisfactoria para ambas partes en la conciliación extrajudicial, cualquiera de ellas podrá solicitar un arbitraje de derecho a fin de dirimir las controversias surgidas en el desarrollo del mismo.

CLÁUSULA DÉCIMA NOVENA: DE LAS MODIFICACIONES

Las partes podrán de mutuo acuerdo, modificar este Convenio mediante la suscripción de adendas, cuando lo estimen conveniente para el cumplimiento de los fines del presente Convenio. En estos casos, las partes acuerdan que las respectivas adendas podrán ser suscritas por los funcionarios que éstas designen.

CLÁUSULA VIGESIMA: DE REPETICION JUDICIAL

El Seguro Integral de Salud estará facultado para repetir judicialmente por los daños y perjuicios que se le ocasionen, como consecuencia de la imposición de sanciones o determinación de responsabilidad civil solidaria por la autoridad judicial, como consecuencia del incumplimiento de las obligaciones establecidas mediante el presente convenio.

CLÁUSULA VIGESIMA PRIMERA: ACUERDO DE RESOLUCIÓN

El GOBIERNO REGIONAL y el SIS acuerdan resolver el "Convenio de Gestión entre el Gobierno Regional de Apurímac y el Seguro Integral de Salud", suscrito con fecha 20 de abril de 2012, así como la Primera, Segunda, Tercera y Cuartas Adendas a dicho Convenio suscritas con fechas 30 de noviembre de 2012, 15 de marzo, 25 de setiembre y 28 de noviembre de 2013, respectivamente, en mérito a lo establecido en el numeral 16.2 de la CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA: "DE LA RESOLUCION Y SUSPENSIÓN TEMPORAL DEL CONVENIO", que establece como causal de resolución del referido Convenio, el mutuo acuerdo de las partes.

CLÁUSULA VIGÉSIMA SEGUNDA: DE LAS TRANSFERENCIAS A CUENTA

Las transferencias aprobadas mediante Resoluciones Jefaturales Nos. 031, 050 y 062-2014/SIS de fechas 28 de enero, 24 y 28 de febrero de 2014, al amparo del Convenio y las



CONVENIO DE GESTIÓN SUSCRITO ENTRE EL GOBIERNO REGIONAL DE APURIMAC Y EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD PARA PAGO CAPITADO

Adendas vigentes a dichas fechas, se consideran como transferencias a cuenta del monto a que se refiere la cláusula décima primera del presente convenio.

CLÁUSULA VIGÉSIMA TERCERA: DE LAS OBLIGACIONES PENDIENTES

Las obligaciones pactadas al amparo de los Convenios y Adendas resueltos, en virtud del presente convenio, continúan vigentes hasta su total ejecución, en caso corresponda.

CLÁUSULA VIGÉSIMA CUARTA: DECLARACION DE LAS PARTES

Las partes declaran que, a partir de la fecha de suscripción del presente Convenio de Gestión, la relación entre las partes se ciñe estrictamente a los términos y condiciones estipulados en el referido documento.

En fe de lo cual, los representantes legalmente autorizados, firman el presente Convenio de Gestión en tres ejemplares de igual tenor y validez legal, en la ciudad de Lima, a los 24 días del mes de marzo de 2014.



ELIAS SEGOVIA RUIZ
Presidente Regional
Gobierno Regional de Apurimac



JULIO SEGUNDO ACOSTA POLO
Jefe Adjunto
Seguro Integral de Salud



ANEXO N° 001

TERMINOS DE REFERENCIA PARA LA CONTRATACION ADMINISTRATIVA DE TERCEROS

I. UNIDAD ORGANICA QUE REQUIERE EL SERVICIO

Gobierno Regional de Apurímac

II. JUSTIFICACION DEL SERVICIO A CONTRATAR

Contratar (01) profesional de la Salud, Ciencias Sociales, Ciencias Económicas, Ciencias Administrativas, Ciencias Contables y/o afines, para trabajar en el Gobierno Regional.

III. PERFIL DEL PUESTO

REQUISITOS	DETALLE
Formación académica, grado académico y/o nivel de estudios.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Título Profesional ✓ Colegiado ✓ Habilitado
Experiencia (especificar en tiempo: años o meses; y tipo: especialidad, área, etc.)	Experiencia profesional mínima de tres (03) años en gestión de salud nacional, regional o local en el sector salud público o privado no lucrativo.
Cursos y/o Estudios de Especialización y/o Capacitación	Especialidad de Gestión en Salud / Administración en Salud / Administración Hospitalaria y/o Estudios concluidos de Maestría en Gestión en Salud / Salud Pública / Gerencia de Servicios en Salud.
Conocimiento para el puesto y/o Cargo	Salud Pública y Sistemas de Salud, Aseguramiento Universal de Salud, normativa relacionada al Seguro Integral de Salud, Epidemiología, Política Públicas, Financiamiento en Salud, Diseño de instrumentos de monitoreo y evaluación. Manejo de herramientas de Ofimática, procesadores de cálculo: Excel, SPSS
Competencias	Habilidad gerencial, capacidad de análisis, excelente nivel de comunicación oral y escrita, capacidad de trabajo en equipo, bajo presión y buena salud.



CONVENIO DE GESTIÓN SUSCRITO ENTRE EL GOBIERNO REGIONAL DE APURIMAC Y EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD PARA PAGO CAPITADO

IV. CARACTERISTICAS DEL PUESTO Y/O CARGO

Las Principales funciones y actividades a realizar en el cargo y/o puesto materia de la contratación son:

1	Participación en las sesiones del Comité de Gestión Ampliada a fin garantizar el adecuado uso de los recursos financieros transferidos por el SIS
2	Asistencia técnica a las Unidades Ejecutoras de la Región a fin de garantizar el flujo de los recursos financieros
3	Monitoreo del avance de la producción a fin de garantizar el cumplimiento de los indicadores cápita a nivel de Unidad Ejecutora
4	Coordinar desde el Gobierno Regional, las acciones necesarias con la Direcciones Regional de Salud / Unidad Ejecutora / Establecimientos de Salud a fin de articular las acciones para el logro de los objetivos acordados en el Convenio Cápita
5	Coordinar e implementar las recomendaciones realizadas por el Seguro Integral de Salud, en el marco de las evaluaciones realizadas en el Convenio Cápita

V. CONDICIONES ESPECIALES DEL CONTRATO

CONDICIONES	DETALLE
Lugar de prestación del servicio	
Duración del servicio	Un (01) año
Retribución del Servicio	Diez mil Nuevos Soles (S/.10,000.00), los cuales incluyen los impuestos y afiliaciones de Ley, así como toda deducción aplicable al contratado bajo esta modalidad. ✓ Monto Fijo: S/. 6,500.00 ✓ Monto Variable: S/. 3,500.00 (condicionado al cumplimiento de indicadores)
Otras condiciones esenciales del servicio	<ul style="list-style-type: none"> • Tiempo completo • Disponibilidad inmediata • Disponibilidad para viajes al Interior del País



ANEXO N° 002

TRANSFERENCIA AL GOBIERNO REGIONAL APURIMAC

El monto a transferir ,será destinado para el financiamiento de las prestaciones de salud, contenidas en el Plan de Beneficios del SIS, para la población asegurada de la Región, correspondiente al Ejercicio Fiscal 2014.

Dicho monto, asciende a:

S/. 26'750,144.00

(Veintiséis millones setecientos cincuenta mil ciento
cuarenta y cuatro con 00/100 Nuevos Soles)



ANEXO N° 003

METAS

FACTORES DE VALOR DE PRODUCCION	COMPROMISO
Meta de Afiliación 2014 (*)	0%
Cobertura en Prestaciones Preventivas	70%
Intesidad en Prestaciones Preventivas	70%

(*) La meta será medida a partir del segundo semestre y según el segmento poblacional establecido en el D.Leg. N° 1164



ANEXO N° 004

PORCENTAJES Y MONTOS A TRANSFERIR - REGION APURIMAC

MONTO FIJO	70%
MONTO VARIABLE	30%

MONTO A TRANSFERIR POR CONCEPTO DE CAPITA - AÑO 2014	
Transferencia total por monto fijo	18,813,444.58
Transferencia cuatrimestral por monto fijo	6,271,148.19
Transferencia total por monto variable	7,936,699.62
Transferencia trimestral por monto variable	1,984,174.91

El 70% del monto total a transferir, el cual incluye el total del importe por actividad de Gestión, corresponde al monto fijo y será dividido en tres (03) partes; su transferencia será de forma cuatrimestral.

El 30% del monto total a transferir, el cual no incluye el importe por actividad de Gestión, corresponde al monto variable y será dividido en tres (04) partes; su transferencia será de forma trimestral, previa evaluación y cumplimiento de los indicadores establecidos en el presente convenio.





CONVENIO DE GESTIÓN SUSCRITO ENTRE EL GOBIERNO REGIONAL DE APURÍMAC Y EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD PARA PAGO CAPITADO

ANEXO N° 005

PESOS PONDERADOS Y FACTORES DE AJUSTE POR CADA INDICADOR

N°	TIPO	CODIGO	NOMBRE DEL INDICADOR	PESO PONDERADO				FACTOR DE AJUSTE
				I TRIMESTRE	II TRIMESTRE	III TRIMESTRE	IV TRIMESTRE	
1	INDICADORES FINANCIEROS	IF-01	Porcentaje de Ejecución del Componente de Resposición	0.18750	0.18750	0.18750	0.18750	0.8
2		IF-02	Ejecución del Presupuesto Disponible	0.11250	0.11250	0.11250	0.11250	0.8
3		IF-03	Porcentaje de Medicamentos con Ordenes de Compra Entregadas Oportunamente al Proveedor - Compras Corporativas Nacionales de Medicamentos	0.07500	0.07500	0.07500	0.07500	0.9
1	INDICADORES PRESTACIONALES	IP-01	Porcentaje de niños menores de 1 año con 07 CRED, y suplementados con hierro o micronutrientes	0.09375	0.09375	0.05625	0.09375	0.5
2		IP-02	Porcentaje de mujeres parturientas con 6 controles prenatales o más	0.09375	0.09375	0.05625	0.09375	0.5
3		IP-03	Porcentaje de atendidos en prestaciones de salud bucal	0.09375	0.09375	0.05000	0.09375	0.5
4		IP-04	Porcentaje de atendidos con profilaxis antiparasitaria	0.06250	0.06250	0.03750	0.06250	0.5
5		IP-05	Porcentaje de atendidos con prestaciones de salud reproductiva	0.06250	0.06250	0.03750	0.06250	0.5
6		IP-06	Porcentaje de mujeres de 25 a 64 años con despistaje de Cáncer de cuello uterino	0.09375	0.09375	0.05000	0.09375	0.5
7		IP-07	Porcentaje de tamizados en problemas de salud mental	0.06250	0.06250	0.03750	0.06250	0.5
8		IP-08	Porcentaje de escolares de instituciones educativas públicas del ámbito Qaliwarma con tamizaje de PSE			0.11875		0.5
9		IP-09	Porcentaje de Referencias Justificadas			0.11875		0.5
10		IP-10	Porcentaje de prestaciones rechazadas por PCPP	0.06250	0.06250	0.06250	0.06250	0.5



CONVENIO DE GESTIÓN SUSCRITO ENTRE EL GOBIERNO REGIONAL DE APURIMAC Y EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD PARA PAGO CAPITADO

ANEXO N° 006

DISTRIBUCION DE LA CAPITA TOTAL POR UNIDAD EJECUTORA

UE	NOMBRE DE LA UNIDAD EJECUTORA	MONTO TOTAL
755	Salud Apurímac (*)	231,823
756	Salud Chanka (**)	62,656
756	Salud Chanka	8,307,493
1497	DISA Virgen de Cocharcas - Chincheros	3,542,691
1498	Red de Salud Abancay	6,747,731
1499	Red de Salud Grau	1,668,654
1500	Red de Salud Cotabambas	3,614,739
1501	Red de Salud Antabamba	751,092
1502	Red de Salud Aymares	1,823,265
TOTAL APURIMAC		26,750,144

(*) Corresponde al porcentaje asignado en común acuerdo con sus Unidades Ejecutoras. Este monto se utilizará para realizar acciones de supervisión, monitoreo, asistencia técnica y capacitación en el marco del convenio cápita. Incluye el importe de S/. 94,369.00 para la realización obligatoria de las actividades de gestión del Componente 2 y Componente 3 del PSE.

(**) Corresponde al porcentaje asignado en común acuerdo con sus Unidades Ejecutoras para realizar acciones de supervisión, monitoreo, asistencia técnica y capacitación.



ANEXO N° 007

INDICADORES

FINANCIEROS

- IF01 Porcentaje de Ejecución del Componente de Reposición
- IF02 Porcentaje del Presupuesto Ejecutado
- IF03 Porcentaje de Medicamentos con Órdenes de Compra entregadas oportunamente al Proveedor

PRESTACIONALES

- IP01 Porcentaje de niños menores de 1 año con 07 CRED, y suplementados con hierro o micronutrientes
- IP02 Porcentaje de mujeres parturientas con 6 controles prenatales o más
- IP03 Porcentaje de atendidos en prestaciones de salud bucal
- IP04 Porcentaje de atendidos con profilaxis antiparasitaria
- IP05 Porcentaje de atendidos con prestaciones de salud reproductiva
- IP06 Porcentaje de mujeres de 25 a 64 años con despistaje de Cáncer de cuello uterino
- IP07 Porcentaje de tamizados en problemas de salud mental
- IP08 Porcentaje de escolares de instituciones educativas públicas del ámbito Qaliwarma con tamizaje de PSE
- IP09 Porcentaje de referencias justificadas
- IP10 Porcentaje de prestaciones rechazadas por PCPP



PRESTACIONALES PARA MONITOREO

- IPM01 Porcentaje de prestaciones preventivas en el Primer Nivel de Atención
- IPM02 Porcentaje de recién nacidos que cuentan con 02 CRED
- IPM03 Porcentaje de niños menores de 1 con esquema CRED cumplido
- IPM04 Porcentaje de niños de 1 y 2 años con esquema CRED cumplido y suplementados con hierro
- IPM05 Porcentaje de niños menores de 1 año suplementados con hierro
- IPM06 Porcentaje de conserjería de lactancia materna efectiva
- IPM07 Porcentaje del nivel inicial con tamizaje de PSE
- IPM08 Porcentaje del nivel primario con tamizaje de PSE
- IPM09 Porcentaje de asegurados atendidos en prestaciones preventivas en el Primer Nivel de Atención



ANEXO N° 008

GARANTIAS EXPLICITAS

- El primer control del recién nacido se programará entre los 7 y los 15 días de vida.
- El tamizaje de anemia será realizado en todo menor de 3 años, una vez al año.
- En establecimientos del Primer Nivel de atención a la gestante con diagnóstico de hemorragia de la segunda mitad del embarazo, se le deberá canalizar vía endovenosa, estabilizarla e iniciar la referencia al establecimiento de mayor complejidad en un lapso que no excederá los 30 minutos.
- En el Primer Nivel de Atención, la puerpera 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.
- A todo(a) niña/niño con deshidratación sin shock se le administrará terapia de rehidratación oral durante 4 horas.



ANEXO N° 009

Servicios 051, 052, 055, 065, 066, 067, 068, 064, 069, 070

Sólo se consideraran algunos Códigos CIE 10 para los siguientes códigos de servicios:

a. Para los Códigos de Servicios 062 y 063 se consideran los siguientes códigos CIE 10 válidos para todos los grupos etarios:

NIVEL	1. Nivel II con población adscrita HOSPITAL GUILLERMO DIAZ DE LA VEGA-ABANCAY 2. Nivel II con población adscrita HOSPITAL SUBREGIONAL DE ANDAHUAYLAS 3. Nivel II con población adscrita Hospital ZONAL CHINCHEROS 4. Nivel II con población adscrita Hospital de Tambobamba
CODIGO DE PRESTACION	062 "Atención de Emergencia" 063 "Atención de Emergencia con Observación"
CIE-10	I460, I469, I470, W83X-W84X, (I10X-I159 ASOCIADOS A R072), R072, R400-R402, J80X, R570, R571, R578, R579, R092, T 780, T782, T811, V010 - V099, T311 - T319, W000 - W159, S422 - S424, T931, S090 - S099, S081-S089, S580-S589, G419, Y912- Y 913, S44-S450, S720-S729, S520-S529, T410 - 7449, S780 - S789, S820-S829, S880- S889, S980 - S984, T08X-T090, T600, T050 - T059, R100, O081, A050 - A058, P741, S277, S377 y S477. E100-E15X, R42X, K920-K922, K720-K729, K420-K429, S010-S019, S210-S219, S310-S318, S410-S418, S510-S519, S610-S619, S710-S718, S810-S819, S910-S917, T010-T019, S011,S001, S002, S023, S040-S044, S050-S059, H330-H359, I00X-I019, A000-A009, E86X-E878, N020-N23X, T784, N393,R32X,N218, T150-T199, W44X-W45X, M795, S034-S035, P110-P119, S00X-S009, S062-S063, S068-S099, S141-S179, S101-S109, S197-S208, S241-S309, S341-S409, S440-S509, S540-S609, S640-S709, S740-S809, S837-S899, N741-N748, D65X, D680-D729, G08X, I800-I809, B023, R21X, R501, G443, T001-T148, T200-T329.

En éstos últimos Códigos de Servicio (062-063), se incluyen además otros códigos CIE 10 **SOLO PARA NIÑOS MENORES DE 12 AÑOS**

NIVEL	1. Nivel II con población adscrita HOSPITAL GUILLERMO DIAZ DE LA VEGA-ABANCAY 2. Nivel II con población adscrita HOSPITAL SUBREGIONAL DE ANDAHUAYLAS 3. Nivel II con población adscrita Hospital ZONAL CHINCHEROS 4. Nivel II con población adscrita Hospital de Tambobamba
CODIGO DE PRESTACION	062 "Atención de Emergencia" 063 "Atención de Emergencia con Observación"
CIE-10	• Si fuera menor o igual a 3 meses cualquier código CIE 10. • De más de 3meses R101, S020 - S099, R500 - R509, D690 - D696, N 370 - N390, F445, P90X, T200-T329, R560 - R568, R040, X850 - Y09X, R520, R529.

b. Para el Código de Servicio 054, se consideran los siguientes códigos CIE 10:

NIVEL	1. Nivel II con población adscrita HOSPITAL GUILLERMO DIAZ DE LA VEGA-ABANCAY 2. Nivel II con población adscrita HOSPITAL SUBREGIONAL DE ANDAHUAYLAS 3. Nivel II con población adscrita Hospital ZONAL CHINCHEROS 4. Nivel II con población adscrita Hospital de Tambobamba
CODIGO DE PRESTACION	054 "Atención de Parto Vaginal"
CIE-10	O028-O029, O100-O469, O48X, O60X - O899, Z 350-Z359

c. Para el Código de Servicio 056: SE CONSIDERARAN AQUELLAS PRESTACIONES REALIZADAS POR MEDICO ESPECIALISTA DE ACUERDO A LA NORMATIVIDAD VIGENTE DEL SIS; TAMBIEN LAS REALIZADAS POR MEDICO GENERAL EGRESADO DEL RESIDENTADO MEDICO DEBIDAMENTE ACREDITADO POR LA UNIVERSIDAD

d. Para el Código 071 y 013: Se considerarán todas aquellas que hayan sido referidas desde el primer nivel de atención, sin quitar la posibilidad de realizar la evaluación de pertinencia de referencia.



Y. Hernández R.



CONVENIO DE GESTIÓN SUSCRITO ENTRE EL GOBIERNO REGIONAL DE APURIMAC Y EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD PARA PAGO CAPITADO

ANEXO N° 010

CODIGO DE PRESTACION	056 "CONSULTA EXTERNA"
CIE-10	Z001; J00X; J029; J039; Z003; Z304; J068; Z349; K021; J209; A09X; B829; N390; Z298; H109; B369; Z392; K020; K050; Z300; B86X; L239; D509; Z369; H103; Z713; Z012; A071; B779; L309; Z724; L010; Z014, entre otros diagnósticos de primer nivel de atención
CODIGO DE PRESTACIÓN	062 "ATENCIÓN DE EMERGENCIA" y 063 "ATENCIÓN DE EMERGENCIA CON OBSERVACIÓN" ambos códigos con concepto prestacional REFERIDO
CIE-10	Z001; J00X; J029; J039; Z003; Z304; J068; Z349; K021; J209; A09X; B829; N390; Z298; H109; B369; Z392; K020; K050; Z300; B86X; L239; D509; Z369; H103; Z713; Z012; A071; B779; L309; Z724; L010; Z014, entre otros diagnósticos de primer nivel de atención
CODIGO DE PRESTACION	054 "ATENCION DE PARTO VAGINAL" Como único diagnóstico
CIE-10	O80.0, O80.8, O80.9



Y. Hernández R.



ANEXO N° 011

INDICADORES DEL CONVENIO

N°	TPO	CODIGO	NOMBRE DEL INDICADOR	META ANUAL NEGOCIADA	META TRIMESTRAL			
					I TRIMESTRE	II TRIMESTRE	III TRIMESTRE	IV TRIMESTRE
1	INDICADORES FINANCIEROS	IF-01	Porcentaje de Ejecución del Componente de Resposición	100%	25%	25%	25%	25%
2		IF-02	Ejecución del Presupuesto Disponible	90%	22%	22%	23%	23%
3		IF-03	Porcentaje de Medicamentos con Ordenes de Compra Entregadas Oportunamente al Proveedor - Compras Corporativas Nacionales de Medicamentos	90%	22%	22%	23%	23%
1	INDICADORES PRESTACIONALES	IP-01	Porcentaje de niños menores de 1 año con 07 CRED, y suplementados con hierro o micronutrientes	50%	10%	20%	40%	50%
2		IP-02	Porcentaje de mujeres parturientas con 6 controles prenatales o más	60%	15%	30%	45%	60%
3		IP-03	Porcentaje de atendidos en prestaciones de salud bucal	30%	10%	20%	25%	30%
4		IP-04	Porcentaje de atendidos con profilaxis antiparasitaria	40%	10%	20%	30%	40%
5		IP-05	Porcentaje de atendidos con prestaciones de salud reproductiva	30%	10%	15%	20%	30%
6		IP-06	Porcentaje de mujeres de 25 a 64 años con despistaje de Cáncer de cuello uterino	30%	10%	15%	20%	30%
7		IP-07	Porcentaje de tamizados en problemas de salud mental	30%	10%	15%	20%	30%
8		IP-08	Porcentaje de escolares de instituciones educativas públicas del ámbito Qaliwarma con tamizaje de PSE	90%			90%	
9		IP-09	Porcentaje de referencias justificadas	70%			70%	
10		IP-10	Porcentaje de prestaciones rechazadas por PCPP	10%	40%	30%	20%	10%



CONVENIO DE GESTIÓN SUSCRITO ENTRE EL GOBIERNO REGIONAL DE APURIMAC Y EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD PARA PAGO CAPITADO

ANEXO N° 012

FICHA TECNICA MATRIZ DE INDICADORES		Area Responsable Seguro Integral de Salud Gerencia de Negocios y Financiamiento
--	--	---

1. Datos de identificación del Indicador		
Código	IF-01	Nombre del indicador Porcentaje de Ejecución del Componente de Reposición
Definición del indicador Indicador que mide los niveles de reposición de productos farmacéuticos, dispositivos médicos, productos sanitarios, procedimientos y gastos de hotelería utilizados en las prestaciones realizadas a los beneficiarios del SIS		
2. Relevancia del Indicador		
<p>Propósito Este indicador mide la eficiencia de los establecimientos en la reposición de los productos farmacéuticos, dispositivos médicos, productos sanitarios, procedimientos y gastos de hotelería utilizados en las prestaciones de salud, para evitar su desabastecimiento. Además verifica la ejecución del presupuesto dirigido a reponer los consumos dentro de la prestación al asegurado, evidenciándose no solo cantidad sino también calidad de gasto</p> <p>Justificación El Aseguramiento Universal en salud es un proceso orientado a lograr que toda la población residente en el territorio nacional disponga de un seguro de salud que le permita acceder a un conjunto de prestaciones de salud de carácter preventivo, promocional, recuperativo y de rehabilitación, en condiciones adecuadas de eficiencia, equidad, oportunidad, calidad y dignidad, sobre la base del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS). Las observaciones de las normas aprobadas en el reglamento de la Ley 29344 dispone que las entidades prestadoras de salud IPRESS se organicen y funcionen como tal, para este efecto es necesario definir las brechas de demanda y oferta de servicios de salud; redefinir la organización y funcionamiento de las redes y microredes y definir la cartera de servicios de cada red en su conjunto y de cada establecimiento de salud. Sobre esta base se pretende optimizar los diferentes procesos y procedimientos que aseguren la mejora de la calidad de la atención que posibilite el inicio del intercambio de prestaciones entre los actores del AUS. Se hace necesario poder orientar la ejecución de gastos de las Unidades Ejecutoras priorizando la ejecución de productos farmacéuticos, dispositivos médicos, productos sanitarios, procedimientos y gastos de hotelería necesarios para brindar la atención a los beneficiarios del SIS, contribuyendo a garantizar una atención de calidad</p>		
3. Aspectos metodológicos de la estimación del indicador		
Cálculo del indicador		Numerador
Ejecución de Gasto en Productos Farmacéuticos, dispositivos médicos, productos sanitarios, procedimientos y gastos de hotelería utilizados en las prestaciones x 100 Consumo total por reposición reportado		<p>Ejecución de gasto en productos farmacéuticos, dispositivos médicos, productos sanitarios, procedimientos y gastos de hotelería (hospitalización) realizados por la UE Fuente: SIASIS</p> <p>Denominador Consumo total por reposición reportado por UE Fuente: SIASIS</p>
Supuestos		Representatividad
La información debe ser registrada en los aplicativos del SIS, y se tenga acceso a la información del SIAF-MEF de las Unidades Ejecutoras		Los datos tendrán representatividad en su ámbito de evaluación, para la condición asegurable específica
Niveles de desagregación		Frecuencia de medición
Unidad Ejecutora y establecimiento de salud		Trimestral
4. Fuente de datos y flujo de la información		
Fuente de datos		
Responsable de los datos e información		
<p>Recopilación de datos EESS que realizan la atención de pacientes y/o Unidades Ejecutoras</p> <p>Procesamiento de datos El procesamiento de información debe ser realizado en el SIS (UDR, GNF y OGTI)</p>		
5. Interpretación de resultados		
6. Determinación de valores y referencias adicionales		
Valor basal = 100%		
Referencias Bibliográficas		
<p>1. Ministerio de Salud. Plan de implementación del Aseguramiento Universal en Salud. Perú 2010. 2010, pp 48</p> <p>2. Ley N° 29344, Ley Marco del Aseguramiento Universal en Salud</p> <p>3. RM N° 422-2007-MINSA. 4. R.M. 226-2011 MINSA. 5. R.J. 185-2011/SIS. 6. R.J. 148-2012/SIS. 7. Ley 29459 de PF, DM y PS</p>		
Comentarios Técnicos		
<p>Gastos en productos farmacéuticos, dispositivos médicos, productos sanitarios, procedimientos y gastos de hotelería realizado: Se refiere al gasto evidenciado según datos del SIAF - MEF según clasificador correspondiente a la compra productos farmacéuticos, dispositivos médicos, productos sanitarios, procedimientos y gastos de hotelería. Para el presente indicador, el cumplimiento de la ejecución del gasto será considerado hasta la fase de devengado</p> <p>Consumo total por reposición reportado: Se refiere al gasto en productos farmacéuticos, dispositivos médicos, productos sanitarios, procedimientos y gastos de hotelería incluidos en la prestación y que han sido reportados en los formatos únicos de atención de digitados en el ARFSIS o SIASIS, los cuales deben ser reportados en el ICI.</p>		



58

CONVENIO DE GESTIÓN SUSCRITO ENTRE EL GOBIERNO REGIONAL DE APURIMAC Y EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD PARA PAGO CAPITADO

ANEXO N° 013

FICHA TECNICA MATRIZ DE INDICADORES	Area Responsable
	Sistema Integral de Salud
	Gerencia de Negocios y Financiamiento

1. Datos de identificación del Indicador		
Código	IF-02	Nombre del indicador
		Ejecución del Presupuesto Disponible

Definición del indicador
Este indicador mide el nivel de ejecución del saldo de balance presupuestal mas las transferencias del presupuesto periodo 2014 de donaciones y transferencias del SIS correspondiente al periodo evaluado

2. Relevancia del Indicador

Propósito
Evaluar la oportuna ejecución del presupuesto de donaciones y transferencias del SIS del presente año fiscal, reduciendo los saldos de balance para ser ejecutados en el año fiscal siguiente

Justificación
Según el histórico del comportamiento de la ejecución del gasto de las Unidades Ejecutoras, se ha evidenciado un excesivo saldo de balance respecto del monto total transferido durante el ejercicio anterior y un bajo nivel de ejecución del presupuesto disponible, lo que reduce en desmedro de la población mas necesitada, que no recibe lo necesario para mantenerse o recuperar la salud

3. Aspectos metodológicos de la estimación del indicador

Cálculo del Indicador	Numerador
Ejecución de Ppb. de donaciones y transferencias SIS según SIAF x 100 Total de los recursos disponibles de donaciones y transferencias SIS	Monto ejecutado del presupuesto de donaciones y transferencias SIS según SIAF en fase devengado (para este indicador la ejecución presupuestal se considera en fase de devengado) Fuente : SIASIS
	Denominador Importe total de los recursos provenientes del presupuesto de donaciones y transferencias SIS disponibles (Saldo de balance + todas las transferencias del periodo) Fuente : SIASIS
Supuestos	Representatividad
De existir saldo de balance de ejercicio año fiscal, éste debe ser incluido en el denominador	En su ámbito de evaluación.
Niveles de desagregación	Frecuencia de medición
No debe incluirse el presupuesto de las DISA/DIRESA/SUBDIRESA/GERESA sin población adscrita. No debe incluirse a los Hospitales de la Región fuera del Cápita (que no reciben transferencias cápita)	Trimestral

4. Fuente de datos y flujo de la información

Fuente de datos
Base de datos del SIAF remitida mensualmente por el MEF
Resoluciones Regionales de aprobación de los saldos de balances de las unidades ejecutoras remitidas por las UDRs
Reporte de Transferencias Internas entre Unidades Ejecutoras remitidas de manera consolidada por las UDRs
La herramienta de recojo de información de transferencias internas debe ser remitida por las DISA/DIRESA/SUBDIRESA/GERESA a las UDRs mensualmente hasta el quinto (5to) día hábil del mes siguiente a reportar
Las UDRs consolidan la información y remite al SIS central a la GNF

5. Interpretación de resultados

La Gerencia de Negocios y Financiamiento realizará el análisis, evaluación e interpretación de la ejecución reportada a través del Sistema Integrado de Administración Financiera para emitir los informes finales

6. Determinación de valores y referencias adicionales

El valor objetivo está representado por la situación ideal de avance de ejecución oportuna en fase devengado.
Su valor óptimo es de 80% a 100%

Referencias Bibliográficas

Ley N° 28112 Ley Marco de la Administración Financiera del Sector Público
Ley N° 28411 Ley General del Sistema Nacional de Presupuesto
Leyes Anuales de Presupuesto, de Endeudamiento Financiero y de Equilibrio Financiero y los Créditos Suplementarios (según el año fiscal respectivo)
Ley N° 30099 Ley de Fortalecimiento de la Responsabilidad y Transparencia Fiscal y su Reglamento
Decreto Supremo N° 151-2004-EF y sus modificatorias
Directiva N° 005-2010-EF/76.01, modificada por la Resolución Directoral N° 022-2011-EF/50.01 Directiva para la Ejecución Presupuestal
Directiva N° 002-2013-EF/50.01 Directiva para la Programación y formulación Anual del Presupuesto del Sector Público, con una Perspectiva de Programación Multianual
Instructivo/Operativo Guía para la Ejecución del Gasto SIAF-SP (Sistema Integrado de Administración Financiera para el Sector Público)
Ley N° 28693 y sus modificatorias Ley General del Sistema Nacional de Tesorería (Decreto Supremo N° 035-2012-EF, TUO de la Ley General del Sistema Nacional de Tesorería)
Resolución Directoral N° 001-2011-EF/77.15 (Disposiciones Complementarias a la Directiva de Tesorería aprobada por RD N° 002-2007-EF/77.15 - cierre de operaciones del Año Fiscal anterior, del Gasto Devengado y Girado y del uso de la Caja Chica)
Resolución Directoral N° 026-80-EF/77-15 Normas Generales de Tesorería

Comentarios Técnicos

La Ejecución del Presupuesto Disponible se calcula tomando en cuenta el Monto ejecutado del presupuesto de donaciones y transferencias SIS según SIAF en fase devengado entre el Importe total de los recursos provenientes del presupuesto de donaciones y transferencias SIS disponibles (Saldo de balance + todas las transferencias del periodo)



CONVENIO DE GESTIÓN SUSCRITO ENTRE EL GOBIERNO REGIONAL DE APURIMAC Y EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD PARA PAGO CAPITADO

ANEXO N° 014

FICHA TECNICA MATRIZ DE INDICADORES	Area Responsable
	Unidad Funcional de Programación y Monitoreo- Unidad Funcional de Adquisiciones
	Dirección de Abastecimiento de Recursos Estratégicos en Salud

1. Datos de identificación del Indicador		
Código	IF-03	Nombre del indicador
Porcentaje de Medicamentos con Ordenes de Compra Entregadas Oportunamente al Proveedor - Compras Corporativas Nacionales de Medicamentos		
Definición del indicador		
Este indicador mide el porcentaje de medicamentos con Ordenes de compra entregadas oportunamente al proveedor, según los compromisos asumidos por la DISA/DIRESA/GERESA en las Compras Corporativas Nacionales-CCN		
2. Relevancia del Indicador		
Propósito		
El indicador de porcentaje de medicamentos cuya ordenes de compra han sido entregadas oportunamente al proveedor mide el nivel de cumplimiento en la ejecución de los compromisos asumidos en las Compras Corporativas Nacionales, que permite el abastecimiento oportuno de medicamentos a los establecimientos de salud, constituyéndose uno de los elementos fundamentales para garantizar la atención integral de los asegurados al SIS		
Justificación		
La medición de los medicamentos con ordenes de compra emitidas y entregadas oportunamente al proveedor permiten evaluar la eficiencia de la gestión administrativa y logística para el abastecimiento de los medicamentos esenciales incluidos en las Compras Corporativas Nacionales; así mismo, el incumplimiento de los compromisos asumidos en las CCN constituye un problema crítico de impacto negativo en la disponibilidad de medicamentos en los establecimientos de salud y que repercuten en la atención integral de la población		
3. Aspectos metodológicos de la estimación del indicador		
Cálculo del Indicador	Numerador	
$\frac{\text{N° de medicamentos cuya O/C ha sido entregada oportunamente al proveedor} \times 100}{\text{N° de medicamentos programados cuya O/C debe ser entregada al proveedor}}$	N° de medicamentos con órdenes de compra (O/C) entregadas al proveedor oportunamente según los compromisos asumidos en la CCN (cronograma de entregas y fecha de suscripción de contrato)	
	Denominador	
	N° de medicamentos programados cuya orden de compra requiere ser entregada al proveedor según los compromisos asumidos en la CCN (cronograma de entregas y fecha de suscripción de contrato)	
Supuestos	Representatividad	
El valor objetivo está representado por la situación ideal del total de medicamentos cuyas órdenes de compra han sido entregadas a los proveedores oportunamente	En su ámbito de evaluación	
Niveles de desagregación	Frecuencia de medición	
Se incluyen a los almacenes de las DISA/DIRESA/GERESA, excluyéndose a las entregas previstas a los hospitales unidades ejecutoras	Mensual	
4. Fuente de datos y flujo de la información		
Fuente de datos		
Herramienta informática oficializada a las DISA/DIRESA/GERESA por la DARES, la misma que registra los datos de fecha de suscripción de contratos con los proveedores por ítem y las fechas de entrega de las órdenes de compra a los proveedores según contratos suscritos.		
La información tiene carácter de declaración jurada y debe ser remitida por las DISA/DIRESA/GERESA a las DARES mensualmente hasta el 5° día hábil del mes siguiente a reportar.		
La DARES verifica, consolida la información y elabora el resultado de indicadores mensualmente.		
El flujo para recojo, envío y medición del indicador se realizará de acuerdo al Manual elaborado por DARES		
5. Interpretación de resultados		
Porcentajes de acuerdo al estándar establecido nos indica que las DISA/DIRESA/GERESA están realizando las gestiones oportunas para el abastecimiento de medicamentos esenciales según los compromisos asumidos en las compras corporativas nacionales		
6. Determinación de valores y referencias adicionales		
El valor objetivo está representado por la situación ideal de órdenes de compra emitidas y entregadas al proveedor oportunamente en el trimestre.		
Su valor óptimo es 100% siendo su valor mínimo aceptable 90%		
Referencias Bibliográficas		
Ley N° 29549 Ley de los Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios		
RM N° 062-2010/MINSA Peñón Nacional Único de Medicamentos Esenciales		
RM N° 1753-2002-SA-DM Directiva SISMED		
RM N° 367-2005-MINSA-Modificatoria SISMED		
Ley N° 1017 Ley de Contrataciones del Estado		
Ley N° 29873 Ley que modifica el Decreto Legislativo 1017 que aprueba la Ley de Contrataciones del Estado		
D.S. N° 184-2008-EF Reglamento de la ley de Contrataciones del Estado		
D.S. N° 046-2011-EF modifica el Reglamento de la ley de Contrataciones del Estado aprobada con D.S. N° 184-2008-EF		
D.S. N° 138-2012-EF modifica el Reglamento de la ley de Contrataciones del Estado aprobada con D.S. N° 184-2008-EF		
D.S. N° 116-2013-EF modifica el Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado aprobada con D.S. N° 138-2012-EF		
Comentarios Técnicos		
<p>% O/C.- Es el porcentaje de medicamentos con Ordenes de compra entregados oportunamente a los proveedores en el trimestre correspondiente, frente al total de medicamentos cuyas órdenes de compra deben ser entregadas a los proveedores en cumplimiento al cronograma de entrega programados en la Compra Corporativa Nacional (CCN).</p> <p>Mes Correspondiente.- Según el contrato firmado con los proveedores existe un cronograma de entregas por producto y por mes, en el cual cada DISA/DIRESA/GERESA debe entregar las referidas órdenes de compra a los proveedores en el mes correspondiente.</p> <p>Las O/C entregadas oportunamente a los proveedores se justifica, porque si son entregadas fuera de fecha, los proveedores internarán los medicamentos posteriormente a lo programado, afectando la disponibilidad de los mismos en los establecimientos de salud</p>		



CONVENIO DE GESTIÓN SUSCRITO ENTRE EL GOBIERNO REGIONAL DE APURIMAC Y EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD PARA PAGO CAPITADO

ANEXO N° 015

FICHA TECNICA MATRIZ DE INDICADORES ACUERDOS DE GESTIÓN		Area Responsable del Procesamiento de la Información: Oficina General de Tecnologías de la Información - Seguro Integral de Salud	
		Area Responsable Técnico: Dirección General de Salud de las Personas-MINSA	
		Seguro Integral de Salud	
1. Datos de identificación del Indicador			
Codigo	IP 01	Nombre del indicador Porcentaje de Niños menores de 1 año con 07 CRED, y suplementados con hierro o micronutrientes	
Definición del indicador Está referido al porcentaje de niñas y niños que han culminado un periodo de 6 meses continuos de suplementación con hierro elemental para prevenir anemia, suplementación que se inicia a los 6 meses de edad y es realizado en el control de crecimiento y desarrollo, por lo que además el niño o niña deberá contar con 7 controles de CRED como mínimo.			
2. Relevancia del Indicador			
Propósito Fortalecer las acciones que contribuyen a disminuir la desnutrición crónica infantil.			
Justificación Siendo la anemia por deficiencia de hierro en niños menores de 1 año un problema de salud pública importante que afecta el adecuado desarrollo infantil temprano, una de las intervenciones de probada evidencia científica para prevenirla es la suplementación continua durante 6 meses con multimicronutrientes (hierro, ácido fólico, zinc, vitamina A y vitamina C), cuya administración debe ser acompañada de la respectiva consejería integral, el seguimiento domiciliario y estrategias comunicacionales adecuadas que aseguren la adherencia y culminación del periodo de suplementación, condiciones que se obrarán a través del control de crecimiento y desarrollo (CRED).			
3. Aspectos metodológicos de la estimación del indicador			
Cálculo del indicador $\frac{\text{Número de niñas y niños que cumplieron 1 año en el periodo de evaluación y han recibido 2250 mg. de hierro elemental entre los 6 y los 11 meses de edad}}{\text{Total de niñas y niños que cumplieron 1 año en el periodo de evaluación}} \times 100$		Numerador Número de niñas y niños asegurados al SIS que cumplieron 1 año en el periodo de evaluación, y cuentan con mínimo 07 CRED (01 en el primer semestre a partir del primer mes de vida, y los seis CRED del segundo semestre) y han recibido 2250 mg de hierro elemental entre los 6 y los 11 meses de edad.	
		Denominador Total de niñas y niños asegurados al SIS que cumplieron 1 año en el periodo de evaluación.	
Supuestos Los controles CRED y la administración de hierro elemental es registrada por lo prestadores en el servicio 001 (CRED) ó 007 (Suplementación de Micronutrientes) en los Formatos de Atención y el aplicativo informático del SIS.		Representatividad Establecimientos de salud del MINSA (Lima Metropolitana) y Gobiernos Regionales	
Niveles de desagregación Nacional y Regional		Frecuencia de medición Trimestral y Anual	
4. Fuente de datos y flujo de la información			
Fuente de datos Base de datos del Seguro Integral de Salud -SIASIS			
Responsable de los datos e información Recopilación de datos Establecimientos de salud que realizan la atención de los pacientes y que registran en los aplicativos informáticos (ARFIS Y SIASIS). Se incluirán las prestaciones extramurales, siempre y cuando se evidencie la prestación en la historia clínica u otro registro; para esto se marcará con un aspa la casilla "extramural" del FUA correspondiente a la atención del servicio 001 ó 007.			
Procesamiento de datos Oficina General de Tecnología de la Información - SIS			
5. Determinación de valores y referencias adicionales			
Estandares internacionales o valores de referencia Según la ENDES correspondiente al año 2012, a nivel nacional, el 19.6% de las niñas y niños de 6 a menos de 36 meses recibieron suplementación de hierro, sin embargo no se cuenta con información sobre el numero de niños que termina dicha suplementación.			
Valor basal Periodo de medición Enero a Diciembre 2013. Proyección logarítmica del último trimestre.			
Referencias Bibliográficas 1. WHO. Iron Deficiency Anaemia. Assesment Prevention and Control. A Guide for Programme Managers. WHO/NDH/0.13. Ginebra 2001. 2. WHO. Guideline: Use of multiple micronutrient powders for home fortification of foods consumed by infants and children 6-23 months of age. Geneva, World Health Organization, 2011. 3. Ministerio de Salud. NORMA TECNICA N° 087-MINSA/DGSP-V. 01 "Norma Técnica Sanitaria para el control del crecimiento y desarrollo de la niña y el niño menor de cinco años". 4. Ministerio de Salud. DIRECTIVA SANITARIA N° 050-MINSA/DGSP-V. 01 "Directiva Sanitaria que establece la suplementación preventiva con Hierro en las niñas y niños menores de tres años", que establece la entrega de 01 sobre de micronutrientes por día durante 180 días a partir de los 6 meses hasta los 11 meses de edad, el cual contiene 12.5mg de hierro elemental.			
Comentarios Técnicos La Directiva Sanitaria que establece la suplementación preventiva con Hierro en las niñas y niños menores de tres años", que establece la entrega de 01 sobre de micronutrientes (chispitas) por día durante 180 días a partir de los 6 meses hasta los 11 meses de edad, el cual contiene 12.5mg de hierro elemental. Asimismo, establece la dosis de 1 - 2 mg de hierro elemental /kg peso/día en los niños desde los 6 hasta los 35 meses de edad. La búsqueda de las atenciones CRED se realiza a nivel nacional. Para el caso de CRED se debe tener 4 controles CRED (de los siete solicitados) en la región de origen y los demás pueden ser en cualquier parte del Perú. En todos los casos para el numerador se considerará solo a las niñas y niños que reciben suplemento de hierro en el servicio CRED (código 001) o en el servicio 007.			



ANEXO N° 016

FICHA TECNICA MATRIZ DE INDICADORES ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD		Area Responsable Seguro Integral de Salud Gerencia de Riesgos y Evaluación de las Prestaciones
1. Datos de identificación del Indicador		
Código	IP 02	Nombre del indicador Porcentaje de mujeres parturientas con 6 controles prenatales o más
Definición del indicador El indicador mide el porcentaje de mujeres que al momento de atenderse el parto tiene mayor o igual de 6 controles prenatales.		
2. Relevancia del Indicador		
Propósito Fortalecer las acciones que contribuyan a la reducción de la morbilidad materno-infantil, propiciando una maternidad saludable.		
Justificación En el marco del quinto Objetivo del Milenio propuesto para el año 2015, se promueve la mejora de la salud materna a través del acceso al cuidado prenatal. A través del indicador se pretende fortalecer las acciones que contribuyan a disminuir los factores de riesgo de la mortalidad materna.		
3. Aspectos metodológicos de la estimación del indicador		
Cálculo del Indicador $\frac{\text{N}^\circ \text{ acumulado de gestantes con parto registrado y con 6 controles prenatales o más durante su embarazo} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ acumulado de partos registrados, de mujeres afiliadas en la Región}}$		Numerador N° acumulado de gestantes con parto registrado en la Región y con 6 controles prenatales o más durante su embarazo a nivel nacional X 100 Denominador N° acumulado de partos registrados de mujeres afiliadas en la Región (se excluyen parturientas que hayan sido referidas por condición de riesgo al II nivel sin pob. Adscrita)
Supuestos Se considera gestante controlada a las gestantes afiliadas en la región que tengan parto en su región o DISA y que tengan mínimo 3 controles en su región, completando 6 controles a nivel nacional. Se excluirán del indicador a aquellas parturientas que hayan sido referidas al II nivel sin población adscrita y III nivel, por condiciones de riesgo ; así como las parturientas en las que la diferencia entre la fecha de parto y la fecha de afiliación sea menor de 60 días calendario.		Representatividad En el ámbito de evaluación
Frecuencia de medición Trimestral y anual		
4. Fuente de datos y flujo de la información		
Fuente de datos SIASIS		
Responsable de los datos e información Recopilación de datos Establecimientos de salud que realizan la atención de los pacientes y que registran en los aplicativos informáticos (ARFIS Y SIASIS). Procesamiento de datos OGTI - SIS		
5. Determinación de valores y referencias adicionales		
Ver ANEXO N° 02 INDICADORES DEL CONVENIO		
Referencias Bibliográficas Documento Técnico Definiciones Operacionales y Criterios de Programación de los Programas Presupuestales para el año fiscal 2013.		
Comentarios Técnicos Periodo de medición enero a diciembre 2013 (proyección logarítmica del último trimestre). Para el cálculo del valor basal se ha tomado como referencia las prestaciones realizadas en el año 2013. Para el caso de CPN se debe tener 3 CPN (de los seis solicitados) en la región de origen y los demás pueden ser en cualquier parte del Perú.		



ANEXO N° 017

FICHA TECNICA		Area Responsable
MATRIZ DE INDICADORES		Seguro Integral de Salud
ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD		Gerencia de Riesgos y Evaluación de las Prestaciones
1. Datos de identificación del Indicador		
Codigo	IP 03	Nombre del indicador
		Porcentaje de Atendidos en Prestaciones Bucales
Definición del indicador		
El indicador mide la cobertura de prestaciones preventivas de salud bucal en la población asegurada de la Región.		
2. Relevancia del Indicador		
Propósito		
Fortalecer las acciones de promoción y prevención de salud bucal de la población, siendo la segunda causa de carga enfermedad.		
Justificación		
Mide el acceso de los asegurados a la prestaciones preventivas de salud bucal.		
3. Aspectos metodológicos de la estimación del indicador		
Cálculo del Indicador		Numerador
		N° acumulado de atendidos en Salud Bucal consideradas en los códigos prestacionales 020 y 021
		Denominador
		N° asegurados a enero 2014 (se mantiene fijo durante el año)
Supuestos		Representatividad
Que no se cambien condiciones de las prestaciones preventivas establecidas por el MINSA.		Que no se cambien condiciones de las prestaciones preventivas establecidas por el MINSA. Se considera también a los EESS de II nivel de atención con población adscrita que ha sido considerados dentro de la cápita.
Frecuencia de medición		
Trimestral y anual		
4. Fuente de datos y flujo de la información		
Fuente de datos		
SIASIS		
Responsable de los datos e información		
Recopilación de datos		
Establecimientos de salud que realizan la atención de los pacientes.		
Procesamiento de datos		
OGTI - SIS		
5. Determinación de valores y referencias adicionales		
Ver ANEXO N° 02 INDICADORES DEL CONVENIO		
Referencias Bibliográficas		
Comentarios Técnicos		
Periodo de medición: Enero a Diciembre 2013 (Proyección logarítmica del último trimestre). Para el cálculo del valor basal se ha tomado como referencia las prestaciones realizadas en el año 2013. Se consideran los asegurados atendidos con las prestaciones de los servicios 020 y 021. Se considera toda la población asegurada de la Región.		



ANEXO N° 018

FICHA TECNICA		Area Responsable
MATRIZ DE INDICADORES		Seguro Integral de Salud
ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD		Gerencia de Riesgos y Evaluación de las Prestaciones
1. Datos de identificación del Indicador		
Código	IP 04	Nombre del indicador
		Porcentaje de atendidos con profilaxis antiparasitaria
Definición del indicador		
El indicador mide el acceso de los asegurados de 2 - 14 años a prestaciones preventivas de profilaxis antiparasitaria en la población asegurada de la Región.		
2. Relevancia del Indicador		
Propósito		
Fortalecer las acciones para la reducción de la desnutrición crónica infantil.		
Justificación		
Mide el acceso de los asegurados a la prestación preventiva de profilaxis antiparasitaria, en el marco del plan de reducción de la desnutrición crónica infantil.		
3. Aspectos metodológicos de la estimación del indicador		
Cálculo del Indicador		Numerador
		N° acumulado de atendidos de 2 - 14 años en Profilaxis Antiparasitaria
$\frac{\text{N° acumulado de atendidos en Profilaxis Antiparasitaria}}{\text{N° de asegurados de 2 a 14 años de la Región}}$		Denominador
		N° asegurados de 2 - 14 años para Enero 2014 (se mantiene fijo durante el año)
Supuestos		Representatividad
No se cambien condiciones de las prestaciones preventivas establecidas por el MINSA.		En el ámbito de evaluación
Frecuencia de medición		
Trimestral y anual		
4. Fuente de datos y flujo de la información		
Fuente de datos		
SIASIS		
Responsable de los datos e información		
Recopilación de datos		
Establecimientos de salud que realizan la atención de los pacientes. Se incluirán las prestaciones extramurales, siempre y cuando se evidencie la prestación en la historia clínica u otro registro; para esto se incluirán los códigos de prestación 060 - 075, siempre y cuando incluya la provisión de los siguientes antihelmínticos: albendazol y/o mebendazol.		
Procesamiento de datos		
OGTI		
5. Determinación de valores y referencias adicionales		
Ver ANEXO N° 02 INDICADORES DEL CONVENIO		
Comentarios Técnicos		
Para el cálculo del valor basal se ha tomado como referencia los atendidos con prestaciones realizadas en el periodo del año 2013. Periodo de medición Enero a Diciembre 2013 (Proyección logarítmica del último trimestre). Solo se consideró población asegurada de 2 a 14 años.		



ANEXO N° 019

FICHA TECNICA		Area Responsable
MATRIZ DE INDICADORES		Seguro Integral de Salud
ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD		Gerencia de Riesgos y Evaluación de las Prestaciones
1. Datos de identificación del Indicador		
Código	IP 05	Nombre del indicador
		Porcentaje de Atendidos con Prestaciones de Salud Reproductiva
Definición del indicador		
El indicador mide el acceso de los asegurados de 12 - 60 años de la región, a prestaciones preventivas de Salud Sexual y Reproductiva.		
2. Relevancia del Indicador		
Propósito		
Fortalecer las acciones de Salud Sexual y Reproductiva en la población asegurada al SIS.		
Justificación		
En el marco del quinto Objetivo del Milenio propuesto para el año 2015, se promueve el acceso a la Planificación Familiar y al uso de métodos anticonceptivos.		
3. Aspectos metodológicos de la estimación del indicador		
Cálculo del Indicador		Numerador
		N° acumulado de atendidos en Salud Reproductiva (incluye hombres y mujeres)
		Denominador
$\frac{\text{N° acumulado de atendidos en Salud Reproductiva}}{\text{N° de asegurados entre 12 y 60 años de la Región.}}$		N° asegurados a enero 2014 (se mantiene fijo durante el año)
Supuestos		Representatividad
<p>Que no se cambien condiciones de las prestaciones preventivas establecidas por el MINSA.</p> <p>Se considera también a los EESS de II nivel de atención con población adscrita que ha sido considerados dentro de la capita.</p>		En el ámbito de evaluación
Frecuencia de medición		
Trimestral y anual		
4. Fuente de datos y flujo de la información		
Fuente de datos		
SIASIS		
Responsable de los datos e información		
Recopilación de datos		
Establecimientos de salud que realizan la atención de los pacientes. El código prestacional es el 018, incluyendo la consejería de salud sexual y reproductiva para hombres y mujeres.		
Procesamiento de datos		
OGTI		
5. Determinación de valores y referencias adicionales		
Ver ANEXO N° 02 INDICADORES DEL CONVENIO		
Referencias Bibliográficas		
Documento Técnico Definiciones Operacionales y Criterios de Programación de los Programas Presupuestales para el año fiscal 2013.		
Comentarios Técnicos		
Para el cálculo del valor basal se ha tomado como referencia los atendidos con prestaciones en salud sexual y reproductiva realizadas en el año 2013 (con proyección logarítmica del último trimestre). Se consideró población asegurada de ambos sexos de 12 a 60 años.		



ANEXO N° 020

FICHA TECNICA MATRIZ DE INDICADORES ACUERDOS DE GESTIÓN		Area Responsable Seguro Integral de Salud Gerencia de Riesgos y Evaluación de las Prestaciones
1. Datos de identificación del Indicador		
Código	IP 06	Nombre del indicador Porcentaje de mujeres de 25 a 64 años con despistaje de Cáncer de cuello uterino
Definición del indicador Mide el porcentaje de mujeres entre 25 a 64 años (mujeres objetivo), que luego de la consejería se han realizado el examen de Papanicolaou (PAP), independiente del resultado y entrega del mismo.		
2. Relevancia del Indicador		
Propósito Fortalecer las acciones que contribuyan a realizar la detección temprana del Cáncer de cérvix, en el marco del Plan Esperanza.		
Justificación En el Perú, el cáncer de cérvix constituye la patología oncológica más notificada y la citología por papanicolaou constituye una de las estrategias de tamizaje poblacional más difundidas en la población y permite captar los casos de cáncer en etapas tempranas; su difusión y práctica a nivel global es un indicador importante del proceso destinado a disminuir la mortalidad por cáncer de cuello uterino en el Perú. La evidencia muestra que el factor más importante para lograr el impacto del tamizaje en la reducción de la incidencia y mortalidad por cáncer de cuello uterino es lograr una amplia cobertura poblacional en las mujeres más susceptibles, que para nuestro país se ha definido en un rango de 25 a 64 años. Por ello el objetivo es lograr incrementar el número de mujeres tamizadas con PAP sobre el total de mujeres de 25 a 64 años de un territorio determinado con la finalidad de obtener impacto en la cobertura poblacional. Es necesario medir este indicador a nivel nacional, regional y local.		
3. Aspectos metodológicos de la estimación del indicador		
Cálculo del Indicador $\frac{\text{N}^\circ \text{ acumulado de mujeres entre 25 a 64 años aseguradas al SIS, que se realizaron el examen de PAP}}{\text{N}^\circ \text{ total de mujeres entre 25 a 64 años aseguradas al SIS}} \times 100$		Numerador N° acumulado de mujeres entre 25 a 64 años que se realizaron PAP Denominador N° Total de mujeres entre 25 a 64 años que son aseguradas al SIS (el denominador se mantiene fijo durante el año 2014)
Supuestos Que no se cambien condiciones de las prestaciones preventivas establecidas por el MINSA.		Representatividad En su ámbito de evaluación (regional)
Niveles de desagregación Nacional y Regional.		Frecuencia de medición Trimestral y anual
4. Fuente de datos y flujo de la información		
Fuente de datos SIASIS		
Responsable de los datos e información Recopilación de datos Establecimientos de salud que realizan la atención de PAP de sus aseguradas al SIS, de 25 - 64 años. Procesamiento de datos OGTI - SIS		
5. Determinación de valores y referencias adicionales		
Estandares internacionales o valores de referencia La OMS establece que para lograr una reducción de al menos un 42% en la tasa acumulada de cáncer de cuello uterino en un país se debe lograr una cobertura de 80% en las mujeres que tuvieron al menos un PAP cada 10 años, se obtienen mayor reducción de la tasa si el PAP es bianual en 61%, trianual 60% y cada 5 años en un 55%. Por lo tanto la meta de cobertura es de llegar a un 80% de manera acumulativa. De tal manera que el lograr al menos un 20% anual, de manera acumulativa puede lograr una mejora ostensible de la cobertura de PAP y reducir la tasa de cáncer de cuello uterino		
Valor basal Ver ANEXO N° 02 INDICADORES DEL CONVENIO		
Referencias Bibliográficas 1. Ho GY, Bierman R, Beardsley L, Chang CJ, Burk RDN Engl J Med. 1998 Feb 12;338(7):423-8. Natural history of cervicovaginal papillomavirus infection in young women. 2. Moscicki AB, Shiboski S, Broering J, Powell K, Clayton L, Jay N, Darragh TM, Brescia R, Kanowitz S, Miller SB, Stone J, Hanson E, Palefsky J. Source: Department of Pediatrics, University of California, San Francisco, USA. The natural history of human papillomavirus infection as measured by repeated DNA testing in adolescent and young women. J Pediatr. 1998 Feb;132(2):277-84.		
Comentarios Técnicos Las prestaciones de tamizaje con PAP podrán ser pasibles de evaluación por PCPP, por lo que el registro del resultado deberá constar en la historia clínica obligatoriamente, en un tiempo determinado.		



Y. Hernández R.

T. Salazar A.

ANEXO N° 021

FICHA TECNICA MATRIZ DE INDICADORES ACUERDOS DE GESTIÓN		Area Responsable Seguro Integral de Salud Gerencia de Riesgos y Evaluación de las Prestaciones
1. Datos de identificación del Indicador		
Código	IP 07	Nombre del indicador Porcentaje de tamizados en problemas de salud mental
Definición del indicador El indicador mide la cobertura de prestaciones preventivas de Tamizaje de Salud Mental en la población asegurada de la Región.		
2. Relevancia del Indicador		
Propósito Fortalecer las acciones para contribuir al cumplimiento del Plan Nacional de Salud Mental.		
Justificación En el Perú, la principal causa de carga de enfermedad lo constituyen las enfermedades No Transmisibles (60.1%), y dentro de ellas la categoría de enfermedades neuropsiquiátricas (17.9% de los AVISA). Dentro de esta categoría destacan las dos subcategorías más prevalentes: Depresión unipolar que es más frecuente en mujeres (13.7 x 1000 habitantes), y el Abuso de Alcohol que es más frecuente en hombres (16.3 x 1000 habitantes). Por lo que se hace importante la realización de prestaciones preventivas de tamizaje de salud mental		
3. Aspectos metodológicos de la estimación del indicador		
Cálculo del Indicador		Numerador N° acumulado de tamizados en problemas de Salud Mental
$\frac{\text{N° acumulado de tamizados en problemas de Salud Mental} \times 100}{\text{N° de asegurados en la Región}}$		Denominador N° asegurados a Enero 2014 (toda la población asegurada; denominado se mantiene fijo durante el año)
Supuestos Que no se cambien condiciones de las prestaciones preventivas establecidas por el MINSA.		Representatividad En su ámbito de evaluación (regional)
Niveles de desagregación Nacional y Regional.		Frecuencia de medición Trimestral y anual
4. Fuente de datos y flujo de la información		
Fuente de datos SIASIS		
Responsable de los datos e información		
Recopilación de datos Establecimientos de salud que realizan la atención de los pacientes, con los siguientes códigos CIE 10: Examen de pesquisa especial para trastornos mentales y del comportamiento (Z13.3), y de ser positivo, cualquiera de los siguientes; Trastorno mental no especificado (F99.X); Episodio depresivo no especificado (F32.9), Trastorno de ansiedad no especificado (F41.9), Problemas relacionados al uso de alcohol (Z72.1).		
Procesamiento de datos OGTI - SIS		
5. Determinación de valores y referencias adicionales		
Estándares internacionales o valores de referencia En un estudio realizado por la OMS sobre trastornos mentales en América Latina y el Caribe, se identificó como principales causas de morbilidad mental a Abuso de Dependencia de Alcohol, Depresión Mayor y Trastornos de Ansiedad, respectivamente. Sin embargo, existe una gran brecha de tratamiento para estas patologías, es decir, existe un porcentaje de personas con trastornos mentales que no reciben tratamiento alguno; en los casos de las enfermedades mencionadas, las brechas de tratamiento son 71.4% y 58.9% y 63.1%, respectivamente.		
Valor basal Ver ANEXO N° 02 INDICADORES DEL CONVENIO		
Referencias Bibliográficas 1. Estudio de Carga de Enfermedad en el Perú - 2004. Dirección General de Epidemiología. 2. Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la Ciudad de Abancay 2010. Informe General. Anales de Salud Mental, suplemento 1, volumen XXVII, año 2011. 3. WHO-AIMS: informe sobre los sistemas de salud mental en América Latina y el Caribe. Organización Mundial de la Salud, año 2013.		
Comentarios Técnicos Para el cálculo del valor basal se ha tomado como referencia los atendidos durante el año 2013 (proyección logarítmica del último trimestre). Se aceptará Tamizaje de Salud Mental realizado por personal de salud con competencias.		



CONVENIO DE GESTIÓN SUSCRITO ENTRE EL GOBIERNO REGIONAL DE APURIMAC Y EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD PARA PAGO CAPITADO

ANEXO N° 022

FICHA TECNICA		Area Responsable
MATRIZ DE INDICADORES		Seguro Integral de Salud
ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD		Gerencia de Riesgos y Evaluación de las Prestaciones
1. Datos de identificación del Indicador		
Código	IP 08	Nombre del indicador
		Porcentaje de escolares de instituciones educativas públicas del ámbito Qaliwarma con tamizaje de PSE
Definición del indicador		
Este indicador mide el acceso de los escolares al Plan de Salud Escolar		
2. Relevancia del Indicador		
Propósito		
En el marco del Plan Escolar de Salud, esta actividad se destina a detectar oportunamente los riesgos y daños relacionados con el proceso de aprendizaje, mediante tamizaje regular y periódico en los escolares de nivel inicial y primaria de las instituciones educativas del ámbito Qaliwarma y el tratamiento precoz en		
Justificación		
En el marco del Plan Escolar de Salud, esta actividad se destina a detectar oportunamente los riesgos y daños relacionados con el proceso de aprendizaje, mediante tamizaje a los escolares del nivel inicial y primaria en las instituciones educativas ámbito Qaliwarma.		
3. Aspectos metodológicos de la estimación del indicador		
Cálculo del Indicador		Numerador
N° de escolares del nivel inicial y primaria del ámbito Qaliwarma tamizados con PSE x 100		Número de escolares atendidos en el marco del Plan de Salud Escolar 2014 que accedieron al tamizaje de peso, talla, dosaje de hemoglobina (este último, sólo si tuviera consentimiento informado firmado por padre de familia) y agudeza visual (nivel primaria) X 100. En ámbitos pilotos también incluye salud bucal (*).
Total de escolares matriculados del nivel inicial y primaria de instituciones educativas del ámbito Qaliwarma, afiliados al régimen subsidiado del SIS		Denominador
		Total de niños del nivel inicial y primaria de instituciones educativas del ámbito Qaliwarma, matriculados en la institución educativa en año escolar 2014, y que sean afiliados al SIS.
Supuestos		Representatividad
Que no se modifique el PSE normativamente.		A nivel regional
Frecuencia de medición		
Anual. Ésta será evaluada en el tercer trimestre.		
4. Fuente de datos y flujo de la información		
Fuente de datos		
SIASIS		
Responsable de los datos e información		
Recopilación de datos		
Establecimientos de salud que realizan la atención de los pacientes y que registran las prestación SO2 en los aplicativos informáticos (SIASIS).		
Procesamiento de datos		
OGTI- SIS		
5. Determinación de valores y referencias adicionales		
Ver ANEXO N° 02 INDICADORES DEL CONVENIO		
Referencias Bibliográficas		
DS 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.		
Comentarios Técnicos		
Se deberá consignar el diagnóstico nutricional en el FUA de cada escolar, para el cual se aplicará reglas de consistencia. Para el cálculo del denominador se ha tomado en cuenta la relación de escolares remitida por MINEDU (escolares matriculados en instituciones educativas del ámbito Qaliwarma), validada con RENIEC, asegurados al régimen subsidiado del SIS.		
(*) Los ámbitos pilotos de la prestación Salud bucal son: DISA V Lima Ciudad, DISA IV Lima Este, DISA II Lima Sur, Callao, La Libertad, Apurimac y Loreto.		



ANEXO N° 023

FICHA TECNICA		Area Responsable
MATRIZ DE INDICADORES		Seguro Integral de Salud
ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD		Gerencia de Riesgos y Evaluación de las Prestaciones
1. Datos de identificación del Indicador		
Codigo	IP 09	Nombre del indicador
		Porcentaje de referencias justificadas
Definición del indicador		
El indicador mide el porcentaje de las referencias que son justificadas.		
2. Relevancia del Indicador		
Propósito		
Promover que las atenciones se realicen en los establecimientos de salud de acuerdo a su capacidad resolutive.		
Justificación		
Mide indirectamente el grado de capacidad resolutive del establecimiento de salud.		
3. Aspectos metodológicos de la estimación del indicador		
Cálculo del Indicador		Numerador
		N° de Referencias justificadas emitidas desde el I nivel de atención a otros niveles
N° de referencias justificadas emitidas desde el I nivel de atención a otros niveles X 100		Denominador
N° de referencias evaluadas del I nivel		N° de referencias evaluadas del I nivel
Supuestos		Representatividad
La GREP tomará la muestra de prestaciones referidas por todas las causas, desde EESS del I nivel, dentro de la vigencia del convenio.		En el ambito de evaluación
Frecuencia de medición		
La medición se realizará únicamente en el tercer trimestre.		
4. Fuente de datos y flujo de la información		
Fuente de datos		
SIASIS		
Responsable de los datos e información		
Recopilación de datos		
Establecimientos de salud del I nivel que realizan la referencia de sus pacientes asegurados al SIS, hacia EESS de otros niveles. Se incluirán las referencias emitidas por todas las causas.		
Procesamiento de datos		
OGTI		
5. Determinación de valores y referencias adicionales		
Valor basal: Se han considerado las Referencias evaluadas en el periodo de medición Enero a Setiembre 2013.		
Ver ANEXO N° 02 INDICADORES DEL CONVENIO		
Comentarios Técnicos		
Se considerará Referencia Justificada a aquella que no pueda ser resuelta en el establecimiento de salud de origen porque su capacidad resolutive no se lo permite.		



ANEXO N° 024

FICHA TECNICA		Area Responsable
MATRIZ DE INDICADORES		Seguro Integral de Salud
ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD		Gerencia de Riesgos y Evaluación de las Prestaciones
1. Datos de identificación del Indicador		
Codigo	IP 10	Nombre del indicador
		Porcentaje de prestaciones rechazadas por PCPP
Definición del indicador		
Mide el porcentaje prestaciones rechazadas por evaluación PCPP		
2. Relevancia del Indicador		
Propósito		
Contribuir a mejorar la calidad de registro de las prestaciones, en el FUA.		
Justificación		
Al ser una IAFAS, el SIS debe realizar control prestacional a las prestaciones a fin de salvaguardar la calidad de la prestación.		
3. Aspectos metodológicos de la estimación del indicador		
Cálculo del Indicador		Numerador
$\frac{\text{N}^\circ \text{ acumulado de prestaciones rechazadas por PCPP hasta el trimestre de evaluación} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ acumulado de prestaciones evaluadas por PCPP}}$		N° acumulado de prestaciones rechazadas por PCPP hasta el trimestre de evaluación x 100
		Denominador
		N° acumulado de prestaciones evaluadas por PCPP.
Supuestos		Representatividad
Se considerará para el cálculo de este indicador también a los EESS de categoría II-1 con población adscrita. Se asume que se debe cumplir la normativa emitida por le MINSA en relación a prestaciones de salud, si tiene la capacidad resolutoria para proveerlo. Solo se considera para evaluación las prestaciones registradas en el aplicativo informático del SIS, SIASIS.		En su ámbito de evaluación
Niveles de desagregación		Frecuencia de medición
Regional y establecimiento de salud.		Trimestral y anual.
4. Fuente de datos y flujo de la información		
Fuente de datos		
SIASIS		
Responsable de los datos e información		
Recopilación de datos		
Módulo de PCPP.		
Procesamiento de datos		
OGTI - SIS		
5. Determinación de valores y referencias adicionales		
Ver ANEXO N° 02 INDICADORES DEL CONVENIO		
Resolución Jefatural N° 170-2012/SIS.		
Comentarios Técnicos		
Para el cálculo del valor basal se ha tomado como referencia las prestaciones evaluadas en el periodo 2013.		

