



PERÚ Ministerio de Salud

Seguro Integral de Salud

"Año del Buen Servicio al Ciudadano"



R. MELGAREJO



G. MOSQUEIRA



[Handwritten signature]



CONVENIO ENTRE EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD Y EL GOBIERNO REGIONAL DE APURIMAC PARA EL FINANCIAMIENTO DE LAS PRESTACIONES DE SALUD BRINDADAS A SUS ASEGURADOS EN HOSPITALES Y/O INSTITUTOS ESPECIALIZADOS



M. ROSAS



L. ORELLANA



J. Torres E.



Y MARTEL M.



J. PACHECO

2017



M. Avila J.



W. ASCARZA



V.R.



M. LENGUA



R. ALVARADO



M. LENGUA

CONVENIO ENTRE EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD Y EL GOBIERNO REGIONAL DE APURIMAC PARA EL FINANCIAMIENTO DE LAS PRESTACIONES DE SALUD BRINDADAS A SUS ASEGURADOS EN HOSPITALES Y/O INSTITUTOS ESPECIALIZADOS

Conste por el presente documento el Convenio para el Financiamiento de las Prestaciones de Salud brindadas a sus asegurados en Hospitales y/o Institutos Especializados que celebra de una parte el **SEGURO INTEGRAL DE SALUD** con RUC N° 20505208626, con domicilio legal en la Av. Carlos Gonzales N° 212, Urb. Maranga, distrito de San Miguel, provincia y departamento de Lima, con Registro de IAFAS SUSALUD N° 10001, representado por su Jefe Institucional, **Sr. MOISES ERNESTO ROSAS FEBRES**, identificado con DNI N° 29251147, designado mediante Resolución Suprema N° 008-2017-SA de fecha 23/05/2017, a quien en adelante se le denominará **SIS**; y de otra parte, el Gobierno Regional de APURIMAC, con R.U.C. N° 20527141762, con domicilio en Jr. Puno N° 107, Distrito de Abancay, Provincia Abancay, Departamento de Apurimac, debidamente representado por su Gobernador Regional, Sr. **WILBER FERNANDO VENEGAS TORRES** identificado con DNI N° 37479445, debidamente acreditado mediante Credencial extendida por el Jurado Nacional de Elecciones mediante Resolución N° 3801-2014-JNE de fecha 29 de Diciembre del 2013 quien, al amparo de lo dispuesto en el Artículo 20° de la Ley N° 27867, Ley Orgánica de Gobiernos Regionales, procede en ejercicio de las atribuciones establecidas en el Artículo 21° del mismo cuerpo legal, al que en adelante se denominará **LA REGIÓN**.

Para efectos del presente Convenio y para el caso de mencionar conjuntamente a **LA REGIÓN** y el **SIS**, se les denominará **LAS PARTES**.

CLÁUSULA PRIMERA: ANTECEDENTES

- 1.1. Con fecha 30 de abril del año 2014, el SIS y la Unidad Ejecutora 1037 de su GORE, celebraron el Convenio de Gestión para el Financiamiento de Servicios de Salud, vínculo que se ha mantenido vigente a través de la suscripción de 1 adenda.
- 1.2. Con fecha 30 de abril del año 2014, el SIS y la Unidad Ejecutora 1038 de su GORE, celebraron el Convenio de Gestión para el Financiamiento de Servicios de Salud, vínculo que se ha mantenido vigente a través de la suscripción de 1 adenda.
- 1.3. Con fecha 30 de abril del año 2014, el SIS y la Unidad Ejecutora 1497 de su GORE, celebraron el Convenio de Gestión para el Financiamiento de Servicios de Salud, vínculo que se ha mantenido vigente a través de la suscripción de 1 adenda.
- 1.4. Con fecha 30 de abril del año 2014, el SIS y la Unidad Ejecutora 1500 de su GORE, celebraron el Convenio de Gestión para el Financiamiento de Servicios de Salud, vínculo que se ha mantenido vigente a través de la suscripción de 1 adenda.

CLÁUSULA SEGUNDA: DEFINICIONES Y LISTA DE SIGLAS Y ACRÓNIMOS

LAS PARTES convienen que, para los efectos del presente Convenio, las siguientes definiciones tendrán los significados que a continuación se indican:

Afiliación

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

Asegurado

Toda persona beneficiaria residente en el país, que se encuentre bajo la cobertura prestacional de alguno de los regímenes de financiamiento del SIS.



CONVENIO ENTRE EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD Y EL GOBIERNO REGIONAL DE APURIMAC PARA EL FINANCIAMIENTO DE LAS PRESTACIONES DE SALUD BRINDADAS A SUS ASEGURADOS EN HOSPITALES Y/O INSTITUTOS ESPECIALIZADOS

Cobertura prestacional

Protección contra pérdidas específicas por problemas de salud y prestaciones preventivas terciarias, recuperativas y de rehabilitación, contenidas en el PEAS y los planes complementarios.

Cobros indebidos

Requerimiento de pago por indicación de la IPRESS a los asegurados del SIS, representantes y/o familiares por concepto de medicamentos, insumos y/o procedimientos u otros conceptos administrativos que se requieren para la atención del asegurado a pesar de encontrarse dentro de la cobertura prestacional, y que resulte, en consecuencia, en un gasto indebido del asegurado.

Componente de reposición

Corresponde a la valorización del consumo de prestaciones que incluye medicamentos, insumos, procedimientos medico quirúrgicos y estomatológicos y servicios administrativos incurridos en la prestación.

Current Procedural Terminology (CPT)

Lista de términos descriptivos y códigos de identificación para informar de manera estandarizada los procedimientos realizados por los profesionales de salud, proporcionando un lenguaje uniforme para la descripción precisa de los servicios médicos y quirúrgicos.

Formato Único de Atención

Es el instrumento en el que se registra en físico o en medio magnético, los datos requeridos por el SIS, tanto de la prestación brindada por la IPRESS, como del asegurado que la recibe. Se caracteriza por tiene una numeración única que lo identifica y se utiliza como fuente de información para los registros informáticos del SIS, así como los procesos de validación prestacional y como comprobante de pago de prestaciones.

Guías de Práctica Clínica

Documento técnico de 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.

Pago adelantado

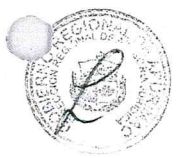
Es la transferencia financiera que realiza el SIS a las Unidades Ejecutoras del Gobierno Regional en forma adelantada sobre la base de producción de los meses previos, de acuerdo con la metodología establecida por norma.

Prestación de Salud

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

Proceso de Control Prestacional

Proceso de validación médica de las prestaciones de salud brindadas por las IPRESS a los asegurados, para dar conformidad a su valorización y pago, y se realiza conforme al marco normativo aplicable.



CONVENIO ENTRE EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD Y EL GOBIERNO REGIONAL DE APURIMAC PARA EL FINANCIAMIENTO DE LAS PRESTACIONES DE SALUD BRINDADAS A SUS ASEGURADOS EN HOSPITALES Y/O INSTITUTOS ESPECIALIZADOS

Proceso de Control Económico - Financiero

Proceso de validación económico-financiera de los recursos transferidos por el SIS a las Unidades Ejecutoras sobre aspectos tales como calidad de gasto, precios unitarios, entre otros; para la aplicación de aplicación de medidas correctivas, los penalidades y descuentos que correspondan, y se realiza conforme al marco normativo aplicable.

LISTA DE SIGLAS Y ACRÓNIMOS

- ARFSIS: Aplicativo de Registro de Formatos del Seguro Integral de Salud
AUS: Aseguramiento Universal en Salud.
CE: Carné de Extranjería.
CUI: Código Único de Identificación.
CECONAR: Centro de Conciliación y Arbitraje de la Superintendencia Nacional de Salud
CPT Current Procedural Terminology
DIRESA: Dirección Regional de Salud.
DISA: Dirección de Salud.
DNI: Documento Nacional de Identidad.
FTP: File Transfer Protocol
FUA: Formato Único de Atención.
GERESA: Gerencia Regional de Salud
PME: Procedimientos Médico quirúrgicos y estomatológicos
IAFAS: Institución Administradora de Fondos de Aseguramiento en Salud
IPRESS: Institución Prestadora de Servicios de Salud
MEF: Ministerio de Economía y Finanzas.
MINSA: Ministerio de Salud.
OGTI: Oficina General de Tecnología de la Información.
OCI: Oficina de Control Institucional
PCA: Programación de Compromiso Anual
PEA: Proceso de Evaluación Automática de Prestaciones
PEAS: Plan Esencial de Aseguramiento en Salud.
SIAF: Sistema Integrado de Administración Financiera (MEF).
SIASIS: Sistema Integrado de Aseguramiento del Seguro Integral de Salud.
SIGA: Sistema Integrado de Gestión Administrativa (MEF).
SIS: Seguro Integral de Salud.
SUSALUD: Superintendencia Nacional de Salud
UE: Unidad Ejecutora

CLÁUSULA TERCERA: MARCO INSTITUCIONAL Y PERSONERÍA JURÍDICA DE LAS PARTES

3.1 LA REGIÓN, conforme a lo dispuesto en el artículo 191 de la Constitución Política, tiene autonomía política, económica y administrativa en los asuntos de su competencia; las que además se encuentran precisadas en los artículos 192 del mismo cuerpo constitucional, enmarcando salud como una de ellas. En ese contexto, según la Ley N° 27867, Ley Orgánica de Gobiernos Regionales, todo gobierno regional tiene como una de sus finalidades esenciales el fomento del desarrollo integral sostenible, así como el ejercicio pleno de los derechos de sus habitantes, entre ellos, el derecho a la salud; en razón a ello, es que en el artículo 49 de la referida Ley se establecen cuáles son las funciones que ésta entidad debe cumplir en dicha materia, siendo la suscripción de este



M. Ávila J.

W. ASCARZA

V.R.

M. LENGUA

R. ALVARADO

M. LENGUA

M. ROSAS

L. ORELLANA

J. Torres E.

Y MARTEL M.

J. PACHECO

CONVENIO ENTRE EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD Y EL GOBIERNO REGIONAL DE APURIMAC PARA EL FINANCIAMIENTO DE LAS PRESTACIONES DE SALUD BRINDADAS A SUS ASEGURADOS EN HOSPITALES Y/O INSTITUTOS ESPECIALIZADOS

tipo de convenios una de las facultades reconocidas en el artículo 21 del citado marco legal, compatible además con su rol constitucionalmente reconocido.

- 3.2 El **SIS** es un Organismo Público Ejecutor adscrito al Ministerio de Salud que goza de autonomía económica y administrativa, de conformidad con el Decreto Supremo N° 034-2008-PCM y de acuerdo con la actualización de la calificación de acuerdo a lo dispuesto en Decreto Supremo N° 058-2011-PCM. Asimismo, se encuentra inscrito en el Registro Nacional de Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud Prestadoras de Servicios de Salud de la Superintendencia Nacional de Salud mediante Resolución N° 10001 de la Intendencia de Regulación, Autorización y Registro, cuyas actividades están reguladas por la Ley General de Salud (Ley N° 26842).

CLÁUSULA CUARTA: BASE LEGAL

- 4.1. Ley N° 30518, Ley de Presupuesto del Sector Público para el año fiscal 2017.
- 4.2. Decreto Legislativo N° 1163, que aprueba disposiciones para el fortalecimiento del Seguro Integral de Salud.
- 4.3. Ley N° 29733, Ley de Protección de Datos Personales
- 4.4. Decreto Legislativo N° 1346, que establece disposiciones para optimizar los servicios que son financiados a través del Seguro Integral de Salud (SIS).
- 4.5. Decreto Supremo N° 016-2009-SA, que Aprueba el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud - (PEAS).
- 4.6. Decreto Supremo N° 020-2014-SA. Aprueba el Texto Único Ordenado de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.
- 4.7. Decreto Supremo N° 304-2012-EF, que aprueba el Texto Único Ordenado de la Ley N° 28411, Ley General del Sistema Nacional de Presupuesto.
- 4.8. Decreto Supremo N° 003-2013-JUS, que aprueba el Reglamento de la Ley N° 29733, Todas aquellas normas aplicables y vigentes que el Ministerio de Salud y el Seguro Integral de Salud hayan emitido o emitan en el marco de sus competencias.
- 4.9. Decreto Supremo N° 030-2014-SA. Aprueba el Reglamento del Decreto Legislativo N° 1163 que aprueba disposiciones para el fortalecimiento del Seguro Integral de Salud.
- 4.10. Decreto Supremo N° 007-2012-SA, que autoriza al Seguro Integral de Salud la sustitución del Listado Priorizado de Intervenciones Sanitarias (LPIS) por el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS).
- 4.11. Decreto Supremo N°030-2016-SA, que aprueba el Reglamento para la Atención de Reclamos y Quejas de los Usuarios de las Instituciones Administradoras de Aseguramiento en Salud - IAFAS, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPRESS y Unidades de Gestión de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - UGIPRESS, públicas, privadas o mixtas.
- 4.12. Resolución de Superintendencia N° 080-2014-SUSALUD/S. Aprueba disposiciones relativas a las "Condiciones Mínimas de los Convenios o Contratos suscritos entre las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS) e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS)" y sus modificatorias.
- 4.13. Todas aquellas normas aplicables y vigentes que el Ministerio de Salud y el Seguro Integral de Salud hayan emitido o emitan en el marco de sus competencias.

CLÁUSULA QUINTA: OBJETO DEL CONVENIO

Establecer el mecanismo, modalidad y condiciones de pago que garanticen la atención integral de los asegurados del SIS en los Hospitales e Institutos Especializados a cargo de la REGIÓN



CONVENIO ENTRE EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD Y EL GOBIERNO REGIONAL DE APURIMAC PARA EL FINANCIAMIENTO DE LAS PRESTACIONES DE SALUD BRINDADAS A SUS ASEGURADOS EN HOSPITALES Y/O INSTITUTOS ESPECIALIZADOS

CLÁUSULA SEXTA: ACREDITACIÓN DEL ASEGURADO

Para la prestación del servicio será requisito obligatorio que el asegurado titular o derechohabiente presente su Documento Nacional de Identidad o Carné de Extranjería, al personal de admisión de los Hospitales e Institutos Especializados, a fin que éste verifique su condición de asegurado según la información proporcionada por el SIS, excepto en los casos de afiliación temporal y de acuerdo a la normatividad vigente.

En el caso de tratarse de afiliados al Seguro Independiente, es necesario verificar que éste no se encuentre comprendido dentro del periodo de carencia, de acuerdo a las condiciones establecidas en sus contrato.

CLÁUSULA SÉPTIMA: OBLIGACIONES DE LA REGIÓN E IPRESS

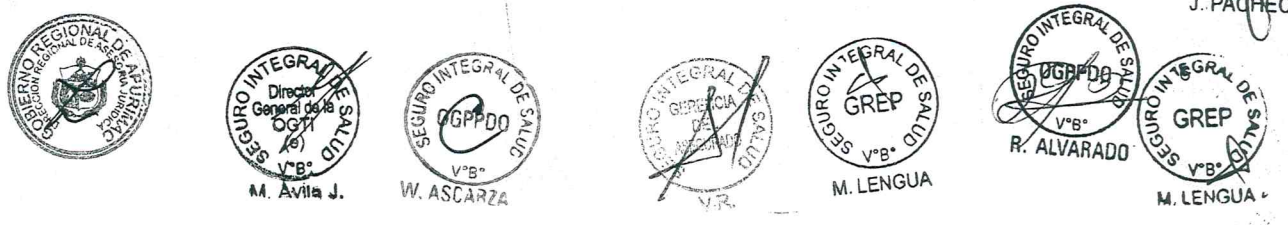
Constituyen obligaciones:

7.1 DE LA REGIÓN

- 7.1.1 Garantizar, a través de sus UE, que los Hospitales e Institutos Especializados del ámbito de su competencia, brinden los servicios o prestaciones de salud a los asegurados; velando por el cumplimiento de la normatividad que regula el funcionamiento de los establecimientos de salud.
- 7.1.2 Aprobar correcta y oportunamente la incorporación y modificaciones de las Transferencias Financieras que efectúe el saldo de balance) y asignar el PCA correspondiente, evaluando que se destinen única y exclusivamente a aquellos conceptos y clasificadores señalados en el Numeral 7.2.18 del presente convenio.
- 7.1.3 Promover las economías de escala en las compras nacionales y regionales de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios.
- 7.1.4 Facilitar al SIS la ejecución de los Procesos de Control Prestacional y Económico-Financiero en la UE y/o IPRESS de su ámbito.

7.2. DE LA IPRESS

- 7.2.1. Mantener vigente sus autorizaciones, licencia de apertura, funcionamiento y demás permisos que de acuerdo a la Ley, le sean requeridos. Asimismo, se obliga a mantener vigente su registro ante SUSALUD.
- 7.2.2. Brindar los servicios de salud con calidad y oportunidad al asegurado del SIS, priorizando la utilización de recursos físicos para su atención y verificando que la persona cuente con una afiliación vigente en el SIS.
- 7.2.3. Mantener una Historia Clínica única por paciente donde deberá constar todas sus atenciones y deberá cumplir con todos los requisitos y condiciones dispuestas o permitidas por las normas aplicables para tal propósito, la cual se constituirá como el respaldo de los registros en el FUA del SIS.
- 7.2.4. Contar con guías de práctica clínica para los diversos procedimientos de hospitalización y atención ambulatoria, utilizando medicamentos aprobados en el petitorio único nacional e institucional y evaluar periódicamente la adherencia.
- 7.2.5. Garantizar de acuerdo a la disponibilidad presupuestal el nivel de operación considerando los recursos humanos, equipamiento operativo y materiales de acuerdo al nivel de resolución correspondiente en el otorgamiento de las prestaciones.



CONVENIO ENTRE EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD Y EL GOBIERNO REGIONAL DE APURIMAC PARA EL FINANCIAMIENTO DE LAS PRESTACIONES DE SALUD BRINDADAS A SUS ASEGURADOS EN HOSPITALES Y/O INSTITUTOS ESPECIALIZADOS

- 7.2.6. No referir a una IPRESS privada la atención de los asegurados, excepto que no se cuente con oferta pública accesible a nivel regional, en cuyo caso será necesario la autorización previa del SIS.
- 7.2.7. Contar con la disponibilidad óptima y oportuna de los productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios, de acuerdo a la normatividad vigente y buenas prácticas de almacenamiento, para su entrega a los asegurados del SIS, según su régimen de financiamiento.
- 7.2.8. Utilizar de manera obligatoria el SIASIS para el registro de la información de las prestaciones de salud y, excepcionalmente según coordinación y aprobación del SIS, el ARFSIS.
- 7.2.9. Verificar la identidad del paciente y su condición de asegurado SIS, en la forma determinada por ésta, según la normatividad vigente.
- 7.2.10. Solicitar la creación de usuarios que tendrán el acceso al SIASIS/ARFSIS, y comunicar la baja inmediata cada vez que se produzca el cese de dichos usuarios, asimismo garantizar la consistencia de la información registrada en dichos sistemas
- 7.2.11. Implementar las acciones administrativas correctivas de acuerdo a los resultados de los procesos de control que efectúe el SIS y/o los órganos competentes.
- 7.2.12. Garantizar el cumplimiento de los indicadores hospitalarios establecidos en el anexo 2 del presente convenio.
- 7.2.13. Garantizar que no se realicen cobros indebidos a los asegurados del SIS por concepto alguno por las prestaciones que se encuentran dentro de los planes de cobertura prestacional del SIS. De realizarse este tipo de cobros, la IPRESS deberá hacer la respectiva devolución al asegurado.
- 7.2.14. Permitir y otorgar las facilidades que correspondan al SIS, a fin que pueda realizar acciones de supervisión sobre la atención a sus asegurados, auditoría y validación prestacional que correspondan.
- 7.2.15. Guardar estricta confidencialidad y reserva, respecto a la información de los asegurados SIS y de aquella que se genere en la IPRESS, respetando lo previsto en la Ley N° 29414, Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud y su Reglamento, así como la Ley N° 29733 Ley de Protección de Datos Personales y su Reglamento.
- 7.2.16. Informar de inmediato a la Unidad Desconcentrada Regional correspondiente del SIS sobre cualquier evento extraordinario o inusual que pudiera afectar la debida y oportuna atención a sus asegurados.
- 7.2.17. Garantizar que los recursos transferidos por el SIS, en el marco del presente convenio, de acuerdo a las específicas de gastos y conceptos que se indican a continuación:

Tipo de Gasto	Prioridad	Detalle	Classificador	Detalle de Classificador	
Reposición	Prioridad I	Productos Farmacéuticos, Dispositivos médicos y Productos Sanitarios (PF, DM y PS)	2.3.1 8.1 1	VACUNAS (*)	
			2.3.1 8.1 2	MEDICAMENTOS	
			2.3.1 8.1 99	OTROS PRODUCTOS SIMILARES	
		(* Casos de emergencia sanitaria, no cubiertos por el MINSA	2.3.1 8.2 1	MATERIAL, INSUMOS, INSTRUMENTAL Y ACCESORIOS MEDICOS, QUIRURGICOS, ODONTOLOGICOS Y DE LABORATORIO	
			2.3.1 99.1 2	PRODUCTOS QUIMICOS	
	Otros gastos de Reposición		Gastos administrativos inherentes a la prestación de salud (*) Solo Casas	2.3.1 1.1 1	ALIMENTOS Y BEBIDAS PARA CONSUMO HUMANO
				2.3.1 2.1 2	TEXTILES Y ACABADOS TEXTILES
				2.3.1 3.1 2	GASES (*)



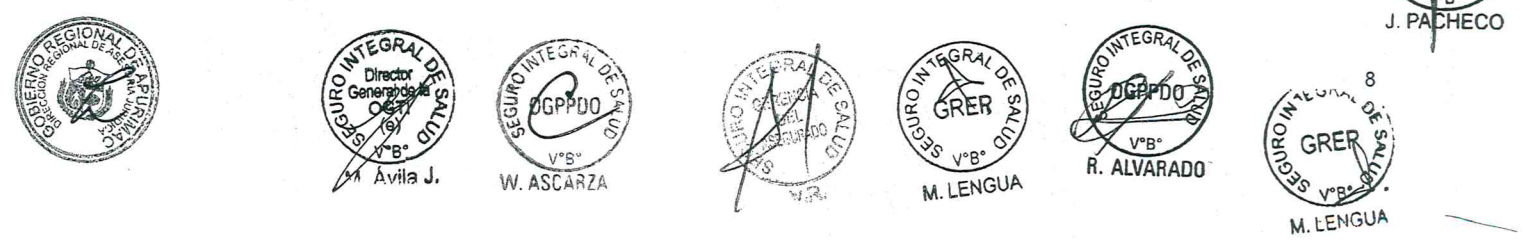
M. ÁVILA J. W. ASCARZA V.R. M. LENGUA

CONVENIO ENTRE EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD Y EL GOBIERNO REGIONAL DE APURIMAC PARA EL FINANCIAMIENTO DE LAS PRESTACIONES DE SALUD BRINDADAS A SUS ASEGURADOS EN HOSPITALES Y/O INSTITUTOS ESPECIALIZADOS

Tipo de Gasto	Prioridad	Detalle	Clasificador	Detalle de Clasificador		
		Maternas	2.3.1.5.3.1	ASEO, LIMPIEZA Y TOCADOR		
			2.3.1.99.1.3	LIBROS, DIARIOS, REVISTAS Y OTROS BIENES IMPRESOS NO VINCULADOS A ENSEÑANZA		
		Prestaciones de Salud a tarifas del SIS		Traslado de asegurados del SIS por referencias y actividades exclusivas del SIS (*) Solo para traslados de pacientes e IPRESS que no cuentan con ambulancia - sujeto a revisión exhaustiva	2.3.2.6.4.1	GASTOS POR PRESTACIONES DE SALUD
					2.3.1.3.1.1	COMBUSTIBLES Y CARBURANTES
					2.3.2.1.2.1	PASAJES Y GASTOS DE TRANSPORTE
					2.3.2.1.2.2	VIATICOS Y ASIGNACIONES POR COMISION DE SERVICIO
					2.3.2.5.1.2	DE VEHICULOS (*)
					2.3.1.5.1.1	REPUESTOS Y ACCESORIOS
		Gestión	Primer Orden	Gastos para actividades de la Oficina de Seguros (*) Acondicionamiento y/o alquiler de ambiente para la Unidad de Seguros	2.3.1.5.1.2	PAPELERIA EN GENERAL, UTILES Y MATERIALES DE OFICINA
					2.3.2.2.2.2	SERVICIO DE TELEFONIA FIJA
2.3.2.2.2.3	SERVICIO DE INTERNET					
2.3.2.2.4.4	SERVICIO DE IMPRESIONES, ENCUADERNACION Y EMPASTADO					
2.3.2.4.1.1	DE EDIFICACIONES, OFICINAS Y ESTRUCTURAS (*)					
2.3.2.5.1.1	DE EDIFICIOS Y ESTRUCTURAS (*)					
2.6.3.2.1.2	MOBILIARIO					
2.6.3.2.3.1	EQUIPOS COMPUTACIONALES Y PERIFERICOS					
2.3.2.1.2.99	OTROS GASTOS					
2.3.2.7.10.1	SEMINARIOS, TALLERES Y SIMILARES ORGANIZADOS POR LA INSTITUCION					
Gestión	Segundo Orden	Gastos de la Oficina de Seguros y/o actividades exclusivas del SIS (Incluye el Servicio de Farmacia) (*) Limpieza de salas de operación y Unidad de Seguros	2.3.2.3.1.1	SERVICIOS DE LIMPIEZA E HIGIENE (*)		
			2.3.2.7.11.99	SERVICIOS DIVERSOS		
		Gastos para actividades de la Oficina de Seguros o los que hagan sus veces (Digitadores de FUA, Médicos Auditores y Personal médico especialista).		Gastos de mantenimiento de ambulancias y equipos relacionados a la prestación y/o Unidad de Seguros	2.3.2.4.1.3	DE VEHICULOS
					2.3.2.4.1.5	DE MAQUINARIAS Y EQUIPOS

Nota: Las específicas contemplan casas maternas y los clasificadores de la R.J. N° 212-2013/SIS, deben adecuarse a las específicas de este Convenio

7.2.18. Incorporar los recursos transferidos por el SIS en las categorías presupuestarias que correspondan según las resoluciones del SIS o dispositivo legal emitido, destinando



CONVENIO ENTRE EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD Y EL GOBIERNO REGIONAL DE APURIMAC PARA EL FINANCIAMIENTO DE LAS PRESTACIONES DE SALUD BRINDADAS A SUS ASEGURADOS EN HOSPITALES Y/O INSTITUTOS ESPECIALIZADOS

como mínimo un 60% de las transferencias para la adquisición productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios.

- 7.2.19. La IPRESS deberá atender las referencias solicitadas por los establecimientos de salud del I y II nivel de atención, ciñéndose a normas y protocolos, que el establecimiento debe adecuar para mejorar su uso y aplicabilidad, tomando en cuenta los lineamientos del Órgano Rector y los demás que corresponden.
- 7.2.20. Cumplir las demás obligaciones que se deriven del presente Convenio o establecidas en la Ley General de Salud, el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo y demás normas aplicables.

CLÁUSULA OCTAVA: OBLIGACIONES Y ATRIBUCIONES DEL SEGURO INTEGRAL DE SALUD

Constituyen obligaciones y atribuciones del SIS

- 8.1. Realizar la previsión presupuestal de recursos para la UE de **LA REGIÓN** para el financiamiento de las prestaciones de salud de los asegurados del SIS del ejercicio presupuestal siguiente, conforme el marco normativo vigente.
- 8.2. Realizar la transferencia oportuna de recursos a las UE de **LA REGIÓN** para el financiamiento de las prestaciones de salud de los asegurados del SIS, conforme al marco normativo vigente y a las condiciones establecidas en el presente convenio.
- 8.3. Garantizar el buen funcionamiento del SIASIS/ARFSIS a fin de que las UE de **LA REGIÓN** puedan informar en el aplicativo las prestaciones y afiliaciones realizadas a los asegurados, y hacer uso de los reportadores en los horarios establecidos por el SIS.
- 8.4. Poner a disposición de las IPRESS el acceso al servicio web para consulta de asegurados del SIS; previa solicitud formal y evaluación técnica por parte del SIS a fin de garantizar la debida protección de los datos personales en concordancia a lo establecido en la Ley N° 29733; Ley de Protección de Datos Personales.
- 8.5. Informar al órgano de Control Institucional y/o Superintendencia Nacional de Salud en caso de incumplimiento de la Unidad Ejecutora, el incumplimiento de las obligaciones establecidas en el marco del presente convenio.
- 8.6. Realizar el monitoreo, seguimiento y supervisión del cumplimiento de las metas definidas en el presente convenio.
- 8.7. Ejecutar las actividades previstas en el proceso de control prestacional y económico-financiero conforme el marco normativo vigente.
- 8.8. Poner en conocimiento de la UNIDAD EJECUTORA y de las IPRESS los resultados de las actividades señaladas en el numeral anterior, y las recomendaciones para que se adopten las medidas correctivas correspondientes.

CLÁUSULA NOVENA: MECANISMO Y MODALIDAD DE PAGO

El SIS financia las prestaciones de sus asegurados bajo el mecanismo de pago por prestación, que utiliza la codificación denominada *Current Procedural Terminology (CPT)*.

El financiamiento de las prestaciones se realiza mediante pagos adelantados, según disponibilidad presupuestal, conforme el procedimiento establecido en las normas competentes, el que se realizará de la siguiente manera:

- a) El 90% del valor neto de la producción estimada.



R. MELGAREJO



MOSQUEIRA



M. ROSAS



L. ORELLANA



J. Torres E.



Y MARTEL M.



J. PACHECO



M. ÁVILA J.



W. ASCANZA



V.R.



M. LENGUA



R. ALVARADO

CONVENIO ENTRE EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD Y EL GOBIERNO REGIONAL DE APURIMAC PARA EL FINANCIAMIENTO DE LAS PRESTACIONES DE SALUD BRINDADAS A SUS ASEGURADOS EN HOSPITALES Y/O INSTITUTOS ESPECIALIZADOS

- b) Hasta un 10% del valor neto de la producción por el cumplimiento de indicadores de eficiencia y calidad establecidos en el Anexo N° 02 y N°03 del presente convenio.

Las transferencias financieras se realizarán a las Unidades Ejecutoras enlistadas en el Anexo N° 01.

CLÁUSULA DÉCIMA: RECURSOS PARA EL FINANCIAMIENTO DEL CONVENIO

El financiamiento autorizado por el SIS a la UNIDAD EJECUTORA del GORE en el marco del presente convenio, está conformado por:

- a) Los saldos que resulten de las liquidaciones de la producción realizada en el marco de convenios y adendas anteriores.
- b) Créditos presupuestarios disponibles para tal fin por el SIS para el presente ejercicio presupuestal.

CLÁUSULA DÉCIMO PRIMERA: TARIFA

Las tarifas que regirán el presente convenio son las aprobadas por la Resolución Jefatural N° 083-2017-SIS, sus modificatorias posteriores y normas complementarias.

CLAUSULA DÉCIMO SEGUNDA: PENALIDADES

SI la REGION y/o IPRESS incumplen las obligaciones establecidas en el presente convenio, se aplicarán las siguientes penalidades:

- 12.1 El incumplimiento de lo dispuesto en la Cláusula Séptima (referida al cuadro de financiamiento) se descontará a la REGION por la suma de los importes indebidamente ejecutados y será comunicado por el SIS a los órganos de control correspondientes y/o Procuraduría Pública del Ministerio de Salud, según corresponda.
- 12.2 Respecto de las prestaciones observadas mediante los procesos de control prestacional no levantadas conforme con lo establecido en el marco normativo vigente, se aplicará el descuento a la REGION el 1.05 equivalente a las prestaciones no validadas conforme a lo determinado por los órganos técnicos del SIS.
- 12.3 De identificarse en el desarrollo de los procesos de control prestacional, FUAS adulteradas, no conformes, y/o sin historia clínica de respaldo, entre otros, el SIS comunicará a los órganos de control pertinentes y sin perjuicio de la aplicación inmediata de una penalidad equivalente a 1.05 del valor de la prestación falseada.
- 12.4 En caso de detectarse cobros indebidos, debidamente acreditados, efectuados a los asegurados SIS, se aplicará el descuento respectivo en el proceso de valorización de la producción correspondiente, conforme a lo determinado por los órganos técnicos del SIS. Adicionalmente, la IPRESS deberá hacer la respectiva devolución al asegurado.
- 12.5 En caso se verifique que un reclamo presentado por el asegurado o su representante, no ha sido atendido de acuerdo a la normatividad vigente, la prestación de salud objeto del reclamo no será valorizada por el SIS, en tanto no se resuelva el mismo.
- 12.6 De detectarse que los cobros indebidos al asegurado son ingresados en la FUA y remitidos al SIS para su valorización, se pondrá en conocimiento de la interposición de las entidades de control correspondiente para las acciones que corresponda. En estos casos se aplicará una penalidad similar a la determinada en el punto 12.3.



Handwritten signature



M. ROSAS



L. ORELLANA



J. Torres E.



Y MARTEL M.



J. PACHECO

CONVENIO ENTRE EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD Y EL GOBIERNO REGIONAL DE APURIMAC PARA EL FINANCIAMIENTO DE LAS PRESTACIONES DE SALUD BRINDADAS A SUS ASEGURADOS EN HOSPITALES Y/O INSTITUTOS ESPECIALIZADOS

- 12.7 Los importes registrados como órdenes de compra/Servicio y Planilla de viáticos en el SIGA deben reflejarse en la fase de compromiso del SIAF. De existir discordancias identificadas durante las supervisiones presenciales realizadas por el SIS entre los importes registrados en el SIAF en comparación con los importes registrados en el SIGA, se descontará el monto equivalente a dicha diferencias en las posteriores transferencias.

CLÁUSULA DÉCIMO TERCERA: DE LA VIGENCIA

- 13.1 Por acuerdo entre las partes, el presente Convenio tendrá vigencia desde el día 1 de mayo del 2017 hasta el 31 de diciembre de 2017.
- 13.2 El presente Convenio se renovará en forma automática por un periodo anual sucesivo, salvo disposición en contrario de LAS PARTES, en cuyo caso deberán comunicar su voluntad de no renovarlo, por escrito y con una anticipación no menor de treinta (30) días calendarios a la fecha de su vencimiento.
- 13.3 Con posterioridad a la vigencia del Convenio subsistirán las obligaciones de la Unidad Ejecutora de reportar información vinculada a la transferencia de recursos que se realiza en mérito del presente Convenio hasta su total liquidación.

CLÁUSULA DÉCIMO CUARTA: DE LA RESOLUCIÓN Y SUSPENSIÓN TEMPORAL DEL CONVENIO

Son causales de resolución del presente Convenio:

- 14.1. Por acuerdo entre **LAS PARTES**.
- 14.2. 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, 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 que estuvieran en un proceso de atención, estando el **SIS** obligado a garantizar la transferencia financiera correspondiente.

CLÁUSULA DÉCIMO QUINTA: 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.

Asimismo, cualquier interpretación que sea necesaria deberá realizarse teniendo en consideración las disposiciones legales vigentes que resulten aplicables al presente convenio.

CLÁUSULA DÉCIMO SEXTA: 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



R. MELGAREJO

G. MOSQUEIRA

M. ROSAS

L. ORELLANA

J. Torres E.

Y. MARTEL M.

J. PACHECO

M. Avila J.

W. ASCARZA

V.R.

M. LENGUA

R. ALVARADO

CONVENIO ENTRE EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD Y EL GOBIERNO REGIONAL DE APURIMAC PARA EL FINANCIAMIENTO DE LAS PRESTACIONES DE SALUD BRINDADAS A SUS ASEGURADOS EN HOSPITALES Y/O INSTITUTOS ESPECIALIZADOS

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 al Centro de Conciliación y Arbitraje de la Superintendencia Nacional de Salud, a fin de dirimir las controversias surgidas en el desarrollo del mismo.

CLÁUSULA DÉCIMO SÉPTIMA: 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.

CLÁUSULA DÉCIMO OCTAVA: DECLARACIÓN DE LAS PARTES

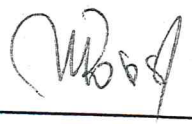
LAS PARTES declaran que, a partir de la fecha de suscripción del presente Convenio, la relación entre **LAS PARTES** se ciñe estrictamente a los términos y condiciones estipulados en el referido documento, dejando sin efecto, desde ese momento, el convenio y adendas suscritos con anterioridad.

En fe de lo cual, los representantes legalmente autorizados, firman el presente Convenio en tres ejemplares de igual tenor y validez legal, en la ciudad de Lima, a los **08** días del mes de **Junio** del 2017.





WILBER FERNANDO VENEGAS TORRES
Governador Regional
Gobierno Regional de APURIMAC



MOISES ERNESTO ROSAS FEBRES
Jefe
Seguro Integral de Salud





J. PACHECO



Y MARTEL M.



J. Torres E.



R. MELGAREJO



L. ORELLANA



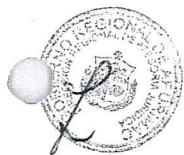
M. LENGUA

CONVENIO ENTRE EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD Y EL GOBIERNO REGIONAL DE APURIMAC PARA EL FINANCIAMIENTO DE LAS PRESTACIONES DE SALUD BRINDADAS A SUS ASEGURADOS EN HOSPITALES Y/O INSTITUTOS ESPECIALIZADOS

ANEXO N° 01

RELACIÓN DE HOSPITALES Y/O INSTITUTOS ESPECIALIZADOS SEGÚN CATEGORÍA Y POR UNIDAD EJECUTORA

DNTP	NOMBRE DE LA UNIDAD EJECUTORA	NOMBRE DEL HOSPITAL Y/O INSTITUTO ESPECIALIZADO	II-1	II-2	TOTAL
1037	REGION APURIMAC - HOSPITAL GUILLERMO DIAZ DE LA VEGA-ABANCAY	HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DIAZ DE LA VEGA	-	1	1
1038	REGION APURIMAC - HOSPITAL SUBREGIONAL DE ANDAHUAYLAS	HOSPITAL SUBREGIONAL DE ANDAHUAYLAS	-	1	1
1497	GOB. REG. APURIMAC - RED DE SALUD VIRGEN DE COCHARCAS	HOSPITAL CHINCHEROS	1	-	1
1500	REGION APURIMAC - RED DE SALUD COTABAMBAS	TAMBOBAMBA	1	-	1
Total APURÍMAC			2	2	4



CONVENIO ENTRE EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD Y EL GOBIERNO REGIONAL DE APURIMAC PARA EL FINANCIAMIENTO DE LAS PRESTACIONES DE SALUD BRINDADAS A SUS ASEGURADOS EN HOSPITALES Y/O INSTITUTOS ESPECIALIZADOS

ANEXO N° 03

FICHAS TÉCNICAS DE LOS INDICADORES HOSPITALARIOS

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		
Codigo	I.P. 01	Nombre del indicador
		Concentración de Consulta Medica
Definición del indicador		
Indicador que establece el promedio de consultas medicas por paciente que acudió a la IPRESS durante un período de tiempo.		
2. Relevancia del Indicador		
Propósito		
Conocer el grado de uso de atenciones en consulta medica		
Justificación		
Al ser una IAFA, el SIS debe realizar control a las prestaciones a fin de salvaguardar la calidad de la atención.		
3. Aspectos metodológicos de la estimación del indicador		
Cálculo del Indicador		Numerador
N° de consultas médicas*		Número de consultas medicas a afiliados SIS en una IPRESS de II ó III nivel de atención en un periodo de tiempo
		Denominador
N° de atendidos (nuevos y reingresos)*		Número de atendidos en consulta médica afiliados al SIS en una IPRESS de II ó III nivel de atención
* Considerar solo atenciones medicas		
Niveles de desagregación		Frecuencia de medición
Por región y por IPRESS de II y III nivel de atención		Monitoreo Trimestral y Evaluación Anual
4. Fuente de datos y flujo de la información		
Fuente de datos		
SIASIS - MINS/ IPRESS II y III nivel		
Responsable de los datos e información		
Recopilación de datos		
GREP/GMR/UDR		
Procesamiento de datos		
OCTI SIS		
5. Determinación de valores y referencias adicionales		
Comentarios Técnicos		
Este indicador puede ser influenciado por el campo clínico de la IPRESS (en los casos de atención especializada), ya que una IPRESS de atención general tiene diferente promedio que una IPRESS con atención especializada. Estandar: HOSPITAL: Entre 3 y 4 INSTITUTO: Entre 4 y 5		



M. ROSAS



L. ORELLANA



J. Torres E.



Y MARTEL M.



J. PACHECO



R. ALVARADO

CONVENIO ENTRE EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD Y EL GOBIERNO REGIONAL DE APURIMAC PARA EL FINANCIAMIENTO DE LAS PRESTACIONES DE SALUD BRINDADAS A SUS ASEGURADOS EN HOSPITALES Y/O INSTITUTOS ESPECIALIZADOS

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		
Codigo	I.P. 02	Nombre del indicador
		Porcentaje de Ocupación de Camas
Definición del indicador		
Conocido tambien como grado de uso o indice ocupacional. Es un índice que mide el porcentaje de camas ocupadas, en relación al total de las disponibles en un determinado periodo.		
2. Relevancia del Indicador		
Propósito		
Evaluar el nivel de ocupación de las camas		
Justificación		
Es un índice que mide el porcentaje de camas ocupadas, en relación al total de las disponibles en un determinado periodo.		
3. Aspectos metodológicos de la estimación del indicador		
Cálculo del Indicador		Numerador
Número Pacientes - día x 100		Numero de pacientes hospitalizados por día
		Denominador
Número de Días camas disponibles		Número de días camas disponibles
Niveles de desagregación		Frecuencia de medición
Por establecimiento de salud de II y III nivel de atención.		Monitoreo Trimestral y Evaluación Anual
4. Fuente de datos y flujo de la información		
Fuente de datos		
SIASIS - MINSAI/PRESS II y III nivel		
Responsable de los datos e información		
Recopilación de datos		
GREP/GMR/UDR		
Procesamiento de datos		
OGTI-SIS		
5. Determinación de valores y referencias adicionales		
Comentarios Técnicos		
Estandar:		
Hospital e Institutos II-III : 85 - 90%		



CONVENIO ENTRE EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD Y EL GOBIERNO REGIONAL DE APURIMAC PARA EL FINANCIAMIENTO DE LAS PRESTACIONES DE SALUD BRINDADAS A SUS ASEGURADOS EN HOSPITALES Y/O INSTITUTOS ESPECIALIZADOS

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		
Codigo	I.P. 03	Nombre del indicador
		Rendimiento cama
Definición del indicador		
Sirve para mostrar el número de enfermos tratados en cada cama hospitalaria, es decir los egresos que dicha cama ha producido durante un periodo.		
2. Relevancia del Indicador		
Propósito		
Conocer el promedio de uso de una cama		
Justificación		
El valor representa el número de pacientes que usaron una misma cama en un periodo determinado.		
3. Aspectos metodológicos de la estimación del indicador		
Cálculo del Indicador		Numerador
Número de egresos hospitalarios		El número de egresos es la sumatoria diaria de todos los pacientes que salen de la IPRESS luego de haber ocupado una cama de hospitalización.
Número de camas disponibles promedio		Denominador
		Camas disponibles promedios: Para su obtención se suma todas las camas existentes para hospitalización por cada día del mes y se divide entre el número total de días del mes. Una cama existente se define como aquella cama hospitalaria ocupada o libre, que puede prestar servicio durante las 24 horas del día.
Niveles de desagregación		Frecuencia de medición
Por establecimiento de salud de II y III nivel de atención.		Monitoreo Trimestral y Evaluación Anual
4. Fuente de datos y flujo de la información		
Fuente de datos		
SIASIS - MINSA/IPRESS II y III nivel		
Responsable de los datos e información		
Recopilación de datos		
GREP/GMR/UDR		
Procesamiento de datos		
OGTI-SIS		
5. Determinación de valores y referencias adicionales		
Comentarios Técnicos		
Estandar		
HOSPITAL: No menos de 48 egresos al año y un promedio de 04 al mes.		
INSTITUTO: No menos de 40 egresos al año.		



R. MELGAREJO



QUEIRA



M. ROSAS



L. ORELLANA



J. Torres E.



Y MARTEL M.



J. PACHECO



M. Ávila J.



W. ASCARZA



V.R.



M. LENGUA



R. ALVARADO

CONVENIO ENTRE EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD Y EL GOBIERNO REGIONAL DE APURIMAC PARA EL FINANCIAMIENTO DE LAS PRESTACIONES DE SALUD BRINDADAS A SUS ASEGURADOS EN HOSPITALES Y/O INSTITUTOS ESPECIALIZADOS

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		
Codigo	I.P. 04	Nombre del indicador
		Rendimiento de Sala de Operaciones (cirugías electivas)
Definición del indicador		
Este Indicador sirve para conocer el promedio de intervenciones quirúrgicas que se realizan, en cada sala de centro quirúrgico. Permite identificar el grado de uso de las salas quirúrgicas (operaciones electivas).		
2. Relevancia del Indicador		
Propósito		
Conocer el rendimiento de la sala de operaciones de la IPRESS		
Justificación		
Permite medir la intensidad de uso del recurso sala de operaciones de la UPSS Centro Quirúrgico por turno. Este indicador sirve para conocer el promedio de intervenciones quirúrgicas que se realizan en cada sala de operaciones, evalúa la sub-utilización o la sobre-utilización del recurso sala de operaciones de la UPSS Centro Quirúrgico. Este indicador puede ser influenciado por la complejidad de cirugías que realiza el establecimiento de salud, pues una cirugía de mayor complejidad al requerir más horas de tiempo operatorio afectará el rendimiento de sala de operaciones.		
3. Aspectos metodológicos de la estimación del indicador		
Cálculo del Indicador		Numerador
Número de intervenciones quirúrgicas ejecutadas en un periodo (cirugías electivas)		Número de intervenciones quirúrgicas ejecutadas en un periodo (cirugías electivas)
		Denominador
Número de sala de operaciones		Es el resultado de la sumatoria del total de salas de operaciones de la IPRESS de II y III nivel, disponibles en el mes
Supuestos		
Representa el número de intervenciones quirúrgicas, por cada turno quirúrgico ejecutado en un mes.		
Niveles de desagregación		Frecuencia de medición
Por establecimiento de salud de II y III nivel de atención.		Monitoreo Trimestral y Evaluación Anual
4. Fuente de datos y flujo de la información		
Fuente de datos		
SIASIS - MINSA/IPRESS II y III nivel		
Responsable de los datos e información		
Recopilación de datos		
GREP/GMR/UDR		
Procesamiento de datos		
OGTI-SIS		
5. Determinación de valores y referencias adicionales		
Comentarios Técnicos		
HOSPITAL: 80 a 100 por sala en el mes INSTITUTO:(variable de acuerdo a la especialidad del Instituto)		



CONVENIO ENTRE EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD Y EL GOBIERNO REGIONAL DE APURIMAC PARA EL FINANCIAMIENTO DE LAS PRESTACIONES DE SALUD BRINDADAS A SUS ASEGURADOS EN HOSPITALES Y/O INSTITUTOS ESPECIALIZADOS

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		
Codigo	IP 05	Nombre del indicador Porcentaje de reingresos a servicio de hospitalización en menos de 7 días
Definición del indicador Es el porcentaje de pacientes que reingresan al servicio de hospitalización afectado por la misma patología.		
2. Relevancia del Indicador		
Propósito Sirve para evaluar la calidad de la atención hospitalaria.		
Justificación Al ser una IAFA, el SIS debe realizar control de calidad a las prestaciones recuperativas a fin de garantizar la eficiencia de los recursos administrados en términos de resultados en salud del individuo. Se quiere contribuir a la generación de adecuada y oportuna información del indicador propuesto, como parte del monitoreo de calidad de las prestaciones hospitalarias financiadas por el SIS.		
3. Aspectos metodológicos de la estimación del indicador		
Cálculo del Indicador		Numerador
N° de Reingresos a hospitalización en menos de 7 días x 100		Número de reingresos menores de 7 días, es el número de pacientes que reingresan a los servicios de hospitalización afectados por la misma patología que ocasionó su primer ingreso
		Denominador
Número de egresos hospitalarios		Número de egresos de hospitalización
Supuestos		
Se considera egreso de hospitalización resuelto a aquella atención que no tenga como destino de egreso al fallecimiento.		
Niveles de desagregación		Frecuencia de medición
Por región y por establecimiento de salud de II y III nivel de atención		Monitoreo Trimestral y Evaluación Anual
4. Fuente de datos y flujo de la información		
Fuente de datos SIASIS - MINSAPIPRESS II y III nivel		
Responsable de los datos e información		
Recopilación de datos GREP/GMR/UDR		
Procesamiento de datos OGTI-SIS		
Comentarios Técnicos: Estandar Hospital II - 1: 1% Hospital II - 2: 2% Hospital III - 1: 3%		



R. MELGAREJO



G. MOSQUEIRA



M. Avila J.



W. ASCARZA



V.R.



M. LENGUA



R. ALVARADO



M. ROSAS



L. ORELLANA



J. Torres E.



Y MARTEL M.



J. PACHECO

CONVENIO ENTRE EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD Y EL GOBIERNO REGIONAL DE APURIMAC PARA EL FINANCIAMIENTO DE LAS PRESTACIONES DE SALUD BRINDADAS A SUS ASEGURADOS EN HOSPITALES Y/O INSTITUTOS ESPECIALIZADOS

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		
Codigo	I.P. 06	Nombre del indicador
		Tasa de Cesáreas
Definición del indicador		
Es un indicador que relaciona la cantidad de cesáreas que se realizan en relación al total de partos atendidos en una Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPRESS) del II o III nivel de atención.		
2. Relevancia del Indicador		
Propósito		
Es un indicador que nos permite conocer la proporción de cesareas que ocurren por parto atendido en una IPRESS nivel II o III nivel de atención		
Justificación		
Al ser una IAFAS, el SIS debe realizar control a las prestaciones a fin de salvaguardar la calidad de la atención al binomio madre-niño.		
3. Aspectos metodológicos de la estimación del indicador		
Cálculo del Indicador		Numerador
Número total de cesáreas realizadas x 100		Numero de cesareas realizadas a pacientes afiliadas SIS
		Denominador
Número total de partos atendidos		Numero de partos ocurridos en la IPRESS en pacientes afiliadas SIS
Supuestos		
Este indicador está relacionado a un bajo porcentaje por un buen control prenatal y una correcta asistencia del parto. Es preciso mencionar que las IPRESS con unidades neonatales de referencia como son el INMP, HNSR o el HONADOMANI pueden justificar un mayor porcentaje de cesareas realizadas. Se considera cumplimiento del indicador cuando se encuentra en los valores del estandar propuesto.		
Niveles de desagregación		Frecuencia de medición
Por establecimiento de salud de II y III nivel de atención.		Monitoreo Trimestral y Evaluación Anual
4. Fuente de datos y flujo de la información		
Fuente de datos		
SIASIS - MINS/ IPRESS II y III nivel		
Responsable de los datos e información		
GREP/GMR/UDR		
Procesamiento de datos		
OGTI-SIS		
5. Determinación de valores y referencias adicionales		
Comentarios Técnicos		
Si bien el Indicador es de medición mensual, para un mejor seguimiento del indicador, debe hacerse todo lo posible para realizar cesáreas a todas las mujeres que lo necesiten en lugar de intentar alcanzar una tasa determinada.		
Estandar:		
Hospitales : 20 - 25%		
Instituto : 25 - 35%		



CONVENIO ENTRE EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD Y EL GOBIERNO REGIONAL DE APURIMAC PARA EL FINANCIAMIENTO DE LAS PRESTACIONES DE SALUD BRINDADAS A SUS ASEGURADOS EN HOSPITALES Y/O INSTITUTOS ESPECIALIZADOS

FICHA TECNICA MATRIZ DE INDICADORES ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD		Area Responsable
		Seguro Integral de Salud Gerencia de Riesgos y Evaluación de las Prestaciones
Codigo	I.P. 07	Nombre del indicador
		Porcentaje de Infecciones Intrahospitalarias
Definición del indicador Este indicador puede aplicarse de manera global o específica para cada una de las complicaciones que se presentan en el hospital o en los servicios o especialidades. También se incluye infecciones que se manifiestan hasta 30 días después del alta y excluye las que se encuentran presentes o en incubación al momento del ingreso.		
2. Relevancia del Indicador		
Propósito Evaluar la calidad de la atención hospitalaria y medir la magnitud y causas que originan las infecciones asociadas a la atención sanitaria		
Justificación Este indicador permite evaluar la calidad de la atención hospitalaria desde la dimensión de la Seguridad del Paciente y contribuye a identificar, evaluar y medir las causas que originan las infecciones nosocomiales. Se puede aplicar de manera global o específica, es decir a todo el hospital o en algún determinado servicio.		
3. Aspectos metodológicos de la estimación del indicador		
Cálculo del Indicador Total de pacientes con Infecciones Intrahospitalarias x 100 N° de Egresos Hospitalarios		Numerador Numerador: Es el numero de infecciones intrahospitalarias contempladas en los Reportes Epidemiológicos, Formatos de registros de infecciones intrahospitalarias. Denominador: Es es numero de egresos consignado en los Reportes de Egresos
Niveles de desagregación Por establecimiento de salud de II y III nivel de atención.		Frecuencia de medición Monitoreo Trimestral y Evaluación Anual
4. Fuente de datos y flujo de la información		
Fuente de datos SIASIS - MINSA/IPRESS II y III nivel		
Responsable de los datos e información		
Recopilación de datos GREP/GMR/UDR		
Procesamiento de datos OGTI-SIS		
Comentarios Técnicos : Es el porcentaje de pacientes que presentan un proceso infeccioso adquirido luego de las 48 horas de permanecer hospitalizados, el mismo que no portaba a su ingreso.		
Estándar Hospital: I: 0 a 0,7%. II: 0 a 0,7%. III: 0 a 0,7%.		



R. MANGAREJO



G. MOSQUEIRA



M. Ávila J.



W. ASC...



V.R.



M. LENGUA



R. ALVARADO



M. ROSAS



L. ORELLANA



J. Torres E.



Y MARTEL M.



J. PACHECO

CONVENIO ENTRE EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD Y EL GOBIERNO REGIONAL DE APURIMAC PARA EL FINANCIAMIENTO DE LAS PRESTACIONES DE SALUD BRINDADAS A SUS ASEGURADOS EN HOSPITALES Y/O INSTITUTOS ESPECIALIZADOS

FICHA TECNICA MATRIZ DE INDICADORES ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD		Area Responsable Seguro Integral de Salud Gerencia de Riesgos y Evaluación de las Prestaciones
Código	I.P. 08	Nombre del indicador Número de Guías de Práctica Clínicas Aprobadas
Definición del indicador Es la proporción de daños (Diagnósticos CIE10) priorizados que cuentan con Guía de Práctica Clínica aprobada y vigente en la IPRESS		
2. Relevancia del Indicador		
Propósito Medir la implementación de herramientas de calidad en las IPRESS.		
Justificación En la prestación de servicios, el acto y el procedimiento médico son los procesos principales que impactan en la salud de las personas. Actualmente, existen esfuerzos aislados que han intentado estandarizar a través de diversos documentos, la práctica asistencial; sin embargo, existen profesionales que aun aplican en forma independiente sus criterios y experiencia personal, existiendo gran variabilidad de criterios diagnósticos y de tratamiento.		
3. Aspectos metodológicos de la estimación del indicador		
Número		
a)	N° GPC aprobadas de 05 daños priorizados en Consulta externa	a) Número de Guías de Práctica Clínica aprobadas y vigente de daños en el periodo para los 05 daños priorizados en consulta externa
b)	N° de GPC aprobadas de 05 daños priorizados en Hospitalización	b) Número de Guías de Práctica Clínica aprobadas y vigente de daños en el periodo para los 05 daños priorizados en hospitalización
Niveles de desagregación Por establecimiento de salud de II y III nivel de atención.		Frecuencia de medición Monitoreo Trimestral y Evaluación Anual
SUPUESTOS Guías de Práctica Clínica: Recomendaciones desarrolladas sistemáticamente acerca de un problema clínico específico para asistir tanto al personal de la salud como a los pacientes en el proceso de toma de decisiones para una apropiada y oportuna atención a la salud. Debe tener validez, fiabilidad, reproducibilidad y aplicación clínica. Daños Priorizados: Establecidos según el perfil epidemiológico de la IPRESS, es la expresión de la carga de enfermedad (estado de salud) que sufre la población, y cuya descripción requiere de la identificación de las características que la definen. Entre estas características están la mortalidad, la morbilidad y la calidad de vida. (DGE).		
4. Fuente de datos y flujo de la información		
Fuente de datos Denominador: Perfil Epidemiológico Oficial Institucional		
Responsable de los datos e información		
Recopilación de datos GREP/GMR/UDR		
Procesamiento de datos OGTI-SIS		
Comentarios Técnicos Estandar: 5 GPCs		

