



PERÚ

Ministerio  
de Salud

Seguro Integral de Salud

# DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERU

“Año de la Integración Nacional y el Reconocimiento de nuestra Diversidad”



## CONVENIO DE GESTION SUSCRITO ENTRE EL GOBIERNO REGIONAL DE APURIMAC Y EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD EN EL MARCO DEL ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD



Abril 2012

CONVENIO DE GESTION SUSCRITO ENTRE EL GOBIERNO REGIONAL DE APURIMAC Y EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD EN EL MARCO DEL ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD

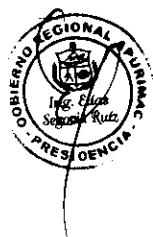
Conste por el presente documento, el **Convenio de Gestión suscrito entre el Gobierno Regional de Apurímac y el Seguro Integral de Salud en el marco del Aseguramiento Universal en Salud**, que celebran de una parte el **GOBIERNO REGIONAL DE APURIMAC**, con R.U.C. N° 20527141762, con domicilio en el Jr. Puno N° 107, provincia de Abancay, departamento de Apurímac, debidamente representado por su Presidente Regional, **ELIAS SEGOVIA RUIZ**, identificado con D.N.I. N° 31016376, con Credencial extendida por el Jurado Nacional de Elecciones con fecha 20 de diciembre del año 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 Ley Orgánica de Gobiernos Regionales, 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 Gonzáles N° 212, Urbanización Maranga, distrito de San Miguel, provincia de Lima, representado por su Jefe Institucional (e), **JOSE CARLOS DEL CARMEN SARA**, identificado con D.N.I. N° 06980022, encargado mediante Resolución Suprema N° 029-2011-SA, 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. A través del Decreto de Urgencia N° 048-2010 se dictan medidas económicas y financieras destinadas a la implementación del Aseguramiento Universal en Salud en la población pobre residente en los departamentos de Huancavelica, Ayacucho y Apurímac, y en determinados distritos de los departamentos de San Martín, La Libertad, Loreto, Amazonas, Lambayeque, y Piura, incluyendo los distritos del Valle de los Ríos Apurímac y Ene (VRAE) de los departamentos de Junín y Cusco, y Lima Metropolitana y la Provincia Constitucional del Callao.
3. 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.
4. En el mismo Decreto Supremo N° 008-2010-SA en la Primera Disposición Complementaria Transitoria, se señala que la sustitución del Listado Priorizado de Intervenciones Sanitarias (LPIS) por el Plan de Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS) será gradual. El Ministerio de Salud deberá adoptar, dentro de los noventa (90) días siguientes a la vigencia de la presente norma, las disposiciones necesarias para la implementación progresiva de dicha sustitución, en las Regiones Piloto del AUS y en aquellas que se implementen en el futuro. El LPIS se debe mantener vigente en aquellas zonas en las que no se implemente el PEAS.
5. 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.
6. El mismo Decreto Supremo N° 016-2009-SA deja sin efecto el Listado Priorizado de Intervenciones Sanitarias (LPIS) contenidas en el Decreto Supremo N° 004-2007-SA, en los ámbitos pilotos, en donde como mínimo se ofertará el PEAS, salvo aquellas



*[Handwritten mark]*



**CONVENIO DE GESTION SUSCRITO ENTRE EL GOBIERNO REGIONAL DE APURIMAC Y EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD EN EL MARCO DEL ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD**

prestaciones que a título personal se han otorgado de manera excepcional, las mismas que formarán parte de la cobertura del asegurado hasta su total atención.

7. La Resolución Ministerial N° 839-2009/MINSA, que oficializa el inicio del proceso de aseguramiento universal en salud , a través de la implementación del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS) en los departamentos de Huancavelica, Apurímac y Ayacucho y otras jurisdicciones.
8. 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. Aplicar mecanismos de pago para atenciones para prestaciones PEAS que no se encuentren en el mencionado tarifario.
9. 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 aseguramiento en salud con los Gobiernos Regionales para implementar, desarrollar y ejecutar el PEAS.

**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 la Región Apurímac.

**Asegurado**

Es toda persona domiciliada en el país que está bajo la cobertura de alguno de los regímenes de financiamiento del **SIS**, habiendo cumplido con los requisitos de tener DNI y estar clasificado por el SISFOH como elegible para alguno de los regímenes de financiamiento.

**Cobertura**

Protección contra pérdidas específicas por problemas de salud, extendida bajo los términos de un convenio de aseguramiento.

**Convenio**

El presente convenio suscrito entre un Gobierno Regional y el Seguro Integral De Salud, 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.

**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.

**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



CONVENIO DE GESTION SUSCRITO ENTRE EL GOBIERNO REGIONAL DE APURIMAC Y EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD EN EL MARCO DEL ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD

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.

### 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.

### 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.

### Indicadores de Ejecución

Son aquellos indicadores que miden la eficiencia y calidad del uso de los recursos de la transferencia en pago de prestaciones que realiza el SIS que han sido utilizados por el GOBIERNO REGIONAL.

### Indicadores de Proceso

Son aquellos indicadores que evalúan el cumplimiento de las actividades asistenciales, contenidos en el Anexo N° 03, Indicadores de Proceso - AUS, adjunto al presente Convenio.

### 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.

### Pago Prospectivo

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

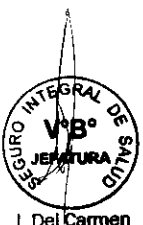
### Pago Capitado

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.

### 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



CONVENIO DE GESTION SUSCRITO ENTRE EL GOBIERNO REGIONAL DE APURIMAC Y EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD EN EL MARCO DEL ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD

Son todas las prestaciones financiadas en forma regular por el seguro Integral de Salud a todos los asegurados al régimen subsidiado, e incluye al PEAS, al Plan Complementario, Atenciones de Emergencia (PEAS y Planes Complementarios) y las Prestaciones Administrativas.

**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.

**Recursos Humanos**

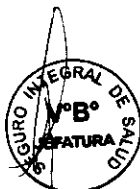
Profesionales de la salud y personal asistencial que participa en el desarrollo de actividades vinculadas a brindar prestaciones de salud en el marco del AUS.

**Transferencia de Recursos**

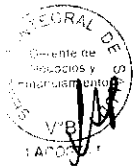
Ejecución de recursos provenientes de la transferencia de partidas autorizadas para la implementación, desarrollo y ejecución del Aseguramiento Universal en Salud (AUS) en los ámbitos de las regiones pilotos del PEAS

**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.



J. Del Carmen



S. HURTADO C.



P. PASTOR

- AUS:** Aseguramiento Universal en Salud.
- CE:** Carné de Extranjería.
- CUI:** Código Único de Identificación.
- CTIN:** Comité Técnico Implementador Nacional.
- CTIR:** Comité Técnico Implementador Regional.
- DIRESA:** Dirección Regional de Salud.
- DISA:** Dirección de Salud.
- DNI:** Documento Nacional de Identidad.
- IAFAS:** Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud.
- IPRESS:** Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.
- LMAUS:** Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud aprobada por Ley N° 29344.
- MEF:** Ministerio de Economía y Finanzas.
- MINSA:** Ministerio de Salud.
- UDR:** Unidad Desconcentrada Regional del SIS
- PEAS:** Plan Esencial de Aseguramiento en Salud.
- PpR:** Presupuesto por Resultados (Programa Estratégico Materno Neonatal y Programa Estratégico Articulado Nutricional).
- SIAF:** Sistema Integrado de Administración Financiera (MEF).
- SISFOH:** Sistema de Focalización de Hogares.
- SIGA:** Sistema Integrado de Gestión Administrativa (MEF).
- SIS:** Seguro Integral de Salud.
- UE:** Unidad Ejecutora.

### 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. Emanada 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, siendo actualizada su calificación mediante Decreto Supremo N° 058-2011-PCM. Su Visión es constituirse en la institución que integra y contribuye al Sistema de Aseguramiento Universal que garantiza el ejercicio pleno del derecho a la protección de la salud. Su Misión es administrar los fondos destinados al financiamiento de prestaciones de salud individual, de conformidad con la política del Sector. Por Resolución de Intendencia de Regulación, Autorización y Registro N° 00101-2012-SUNASA/IRAR, el SEGURO INTEGRAL DE SALUD - SIS se encuentra inscrito en el Registro de Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (RIAFAS), con el Código N° 10001.



J. Del Carmen

### CLÁUSULA CUARTA: BASE LEGAL

- 4.1. Ley N° 26842. Ley General de Salud.
- 4.2. 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.
- 4.3. Ley N° 27657. Ley del Ministerio de Salud, que crea el Seguro Integral de Salud.
- 4.4. Ley N° 27812. Ley que Determina las Fuentes de Financiamiento del Seguro Integral de Salud.
- 4.5. Ley N° 28411. Ley General del Sistema Nacional de Presupuesto.
- 4.6. Ley N° 27785. Ley Orgánica del Sistema Nacional de Control y de la Contraloría General de la República.
- 4.7. Ley N° 29812 Ley de presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2012.
- 4.8. Ley N° 27783. Ley de Bases de la Descentralización.
- 4.9. Ley N° 27867. Ley Orgánica de Gobiernos Regionales.
- 4.10. Ley N° 29344. Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.
- 4.11. Ley N° 29761. Ley de Financiamiento Público de los Regímenes Subsidiado y Semicolaborativo del Aseguramiento Universal en Salud.
- 4.12. Decreto de Urgencia N° 048-2010. Establece medidas extraordinarias para la implementación de mecanismos para el incremento de la cobertura del Aseguramiento Universal en Salud.
- 4.13. Decreto Supremo N° 011-2011-SA. Aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Seguro Integral de Salud.
- 4.14. Decreto Supremo N° 013-2002-SA. Aprueba el Reglamento de la Ley del Ministerio de Salud.
- 4.15. 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.



S. HURTADO C



P. PASTOR

**CONVENIO DE GESTION SUSCRITO ENTRE EL GOBIERNO REGIONAL DE APURIMAC Y EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD EN EL MARCO DEL ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD**

- 4.16. Decreto Supremo N° 130-2004-EF. Establece criterios y mecanismos para mejorar la equidad y calidad en el gasto social y la prioridad de atención de grupos afiliados, a través de la focalización.
- 4.17. Decreto Supremo N° 016-2009-SA. Aprueba el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud - (PEAS).
- 4.18. Decreto Supremo N° 008-2010-SA. Aprueba Reglamento de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.
- 4.19. Resolución Ministerial N° 399-2004-PCM. Aprueba el SISTEMA DE FOCALIZACIÓN DE HOGARES-MEF.
- 4.20. Resolución Ministerial N° 414-2005/MINSA. Aprueba Petitorio Nacional de Medicamentos Esenciales.
- 4.21. Resolución Ministerial N° 645-2006/MINSA. Aprueba adquisición de medicamentos fuera del Petitorio Nacional de Medicamentos Esenciales.
- 4.22. Resolución Ministerial N° 751-2004-MINSA. Aprueba Norma Técnica del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de los Establecimientos del Ministerio de Salud.
- 4.23. Resolución Ministerial N° 422-2007/MINSA. Aprueba Directiva Administrativa que regula el proceso de pago para las prestaciones del Seguro Integral de Salud - SIS y sus modificatorias.
- 4.24. Resolución Ministerial N° 240-2009-/MINSA. Aprueba el Tarifario del SIS para los Componentes Subsidiado y Semisubsidiado y Definiciones Operacionales.
- 4.25. Resolución Ministerial N° 839-2009/MINSA. Oficializa el inicio del proceso de Aseguramiento Universal en Salud a través de la implementación del PEAS en los departamentos de Huancavelica, Apurímac, Ayacucho y otras Zonas AUS.
- 4.26. 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.
- 4.27. Resolución Ministerial N° 612-2010/MINSA. Modifican disposiciones aprobadas mediante las RR.MM. N°s. 422-2007/MINSA y 240-2009/MINSA, referentes a la Directiva que regula el proceso de pago para las prestaciones del Seguro Integral de Salud y al Tarifario del SIS.
- 4.28. Resolución Ministerial N° 934-2010-SA. Modifica artículo 2° de la R.M. N° 872-2009/MINSA.
- 4.29. 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.
- 4.30. Resolución Ministerial N° 910-2011/MINSA. Modifica la Directiva Administrativa N° 112-MINSA/SIS-V.01, aprobada por R.M. N° 422-2007/MINSA.
- 4.31. Resoluciones de la Contraloría General relacionadas con las Normas Técnicas y Directivas de Control Gubernamental y Normas de Auditoría Gubernamental.
- 4.32. Resolución Directoral N° 030-2010-EF/76.01, que aprueba la Directiva N° 005-2010-EF/76.01 "Directiva Para Ejecución Presupuestaria" PROCESO PRESUPUESTARIO DEL SECTOR PÚBLICO AÑO FISCAL 2011
- 4.33. Resolución Jefatural N° 184-2009/SIS. Aprueba el Documento Técnico: Plan de Trabajo y Precisiones para la Implementación de la Resolución Ministerial N° 240-2009/MINSA "Tarifario del Seguro Integral de Salud para los Componentes Subsidiado y Semisubsidiado y sus Definiciones Operacionales".
- 4.34. Resolución Jefatural N° 185-2009/SIS. Aprueba Directiva N° 002-2009-SIS/GO "Directiva que establece las Reglas de Consistencia necesarias para el ingreso al aplicativo



*J*



CONVENIO DE GESTION SUSCRITO ENTRE EL GOBIERNO REGIONAL DE APURIMAC Y EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD EN EL MARCO DEL ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD

informático SIS de las prestaciones registradas en los Formatos Únicos de Atención del Seguro Integral de Salud”.

- 4.35. Resolución Jefatural N° 186-2009/SIS. Aprueba Directiva N° 003-2009-SIS/GO "Directiva Proceso de Evaluación Automática de las Prestaciones del Seguro Integral de Salud".
- 4.36. Resolución Jefatural N° 092-2010/SIS. Aprueba Directiva N° 003-2010-SIS/GO "Directiva que regula el Proceso de Afiliación al Régimen de Financiamiento Subsidiado del Seguro Integral de Salud en el Marco del Aseguramiento Universal en Salud - Ley N° 29344".
- 4.37. Resolución Jefatural N° 102-2010/SIS. Aprueba Directiva N° 004-2010-SIS/GO "Directiva que establece el Proceso de Control Presencial Posterior de las Prestaciones de Salud Financiadas por el Seguro Integral de Salud".
- 4.38. Resolución Jefatural N° 133-2010/SIS. Aprueba la "Directiva que regula la cobertura prestacional del Régimen de Financiamiento Subsidiado en el marco del Aseguramiento Universal en Salud".
- 4.39. Resolución Jefatural N° 134-2010/SIS. Aprueba la "Directiva que establece la Cobertura Extraordinaria de Enfermedades para el Régimen Subsidiado del Seguro Integral de Salud en el ámbito del Aseguramiento Universal en Salud".
- 4.40. Resolución Jefatural N° 139-2010/SIS. Aprueba las Disposiciones para la implementación del proceso de reafiliación en Lima Metropolitana y Callao en el marco del Decreto Supremo N° 004-2007 S.A.
- 4.41. Resolución Jefatural N° 026-2011/SIS. Modifica la denominación de las Directivas aprobadas con Resolución Jefatural N° 133-2010/SIS a Directiva que regula la cobertura prestacional del Régimen de Financiamiento Subsidiado en el marco del Aseguramiento Universal en Salud, el Plan Complementario al PEAS y las Exclusiones Específicas que en Anexos forman parte integrante de la presente Resolución", y con Resolución Jefatural N° 134-2010/SIS a Directiva que establece disposiciones sobre el Plan Complementario al PEAS, denominado Cobertura Extraordinaria de Enfermedades para el Régimen Subsidiado del Seguro Integral de Salud en el ámbito del Aseguramiento Universal en Salud y sus anexos, que forman parte integrante de la presente Resolución".
- 4.42. Resolución Jefatural N° 044-2011/SIS. Aprueba la ampliación del ámbito de aplicación de la Resolución Jefatural N° 139-2010/SIS, extendiéndolo a las actuales Zonas Pilotos de Aseguramiento Universal en Salud y a todas aquellas que progresivamente se incluyan en el proceso de aseguramiento universal en salud.



*[Handwritten signature]*

#### CLÁUSULA QUINTA: OBJETO DEL CONVENIO

El presente Convenio tiene por objeto:

- 5.1. Garantizar que la transferencia de recursos 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, en cuanto al pago prospectivo de prestaciones de los atendidos con lo cual podrán disponer de recursos que les permita implementar, desarrollar y ejecutar el AUS, conforme a lo establecido por las normas que regulen dicho proceso. Se da como fecha de inicio del financiamiento de las prestaciones del I nivel de atención de la Región Apurímac bajo el mecanismo de pago capitado, el 1° de abril de 2012.
- 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:





**CONVENIO DE GESTION SUSCRITO ENTRE EL GOBIERNO REGIONAL DE APURIMAC Y EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD EN EL MARCO DEL ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD**

- 6.1.1.- Supervisar la correcta y oportuna ejecución de los recursos transferidos por el **SIS** para los fines del presente Convenio y de las normas legales vinculadas al AUS.
- 6.1.2.- Establecer las condiciones que permitan garantizar que las prestaciones que se brinden; 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**, se ejecuten dentro del marco establecido en la Ley N° 29344, 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 y al Calendario de Compromisos de las partidas transferidas por el **SIS**, solicitadas por las Unidades Ejecutoras de su jurisdicción.
- 6.1.5.- 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 de Ejecución y de Proceso establecidos en el presente Convenio.
- 6.1.6.- Monitorear y supervisar a la DIRESA, y Establecimiento de Salud del cabal cumplimiento de las obligaciones que se estipulan en los numerales 6.2 y 6.3 de la presente Cláusula.
- 6.1.7.- 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.

**6.2 De la DIRESA y DISA:**

- 6.2.1 Es la responsable de operativizar los procesos de supervisión, monitoreo, control y capacitación que resulten necesarios para la implementación, desarrollo y ejecución del AUS.
- 6.2.2 Es la responsable de implementar las acciones administrativas correctivas que correspondan a los resultados de los Procesos de Evaluación que efectúe el SIS.
- 6.2.3 Es responsable que los establecimientos de salud otorguen las prestaciones de salud contenidas en el Plan Beneficios del SIS a todos los asegurados del SIS en forma oportuna y de calidad.
- 6.2.4 Deberá brindar al SIS las facilidades para la realización de intervenciones de supervisión a nivel de DIRESA, unidades ejecutoras y de establecimientos de salud.
- 6.2.5 Es responsable de velar que los recursos transferidos sean utilizados exclusivamente según lo establecido por la normatividad vigente.
- 6.2.6 Proponer las prioridades sanitarias, las estrategias de intervención, así como la asignación de recursos necesarios para la prestación de servicios de salud.
- 6.2.7 Es responsable de remitir mensualmente al SIS, a través de un informe con carácter de declaración jurada dirigido a las UDRs de Abancay y Andahuaylas, 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.
- 6.2.8 Es responsable de informar trimestralmente la evaluación de los Indicadores de Estructura establecidos en el presente Convenio. El plazo para informar será hasta los primeros 15 días de concluido el trimestre.
- 6.2.9 Efectuar el monitoreo y supervisión del cumplimiento de los Indicadores en el avance del objeto y propósito del presente Convenio. Para los indicadores de Estructura deberán enviar a las UDRs un informe trimestral respecto al avance del cumplimiento de los indicadores.
- 6.2.10 Registrar mensualmente en el aplicativo informático web SIASIS el número de prestaciones efectuadas y la cantidad de personas o asegurados atendidos.



J. Del Carmen



S. HURTADO C



P. PASTOR

**CONVENIO DE GESTION SUSCRITO ENTRE EL GOBIERNO REGIONAL DE APURIMAC Y EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD EN EL MARCO DEL ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD**

- 6.2.11 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 y 6.3 según corresponda
- 6.2.12 Transparentar y hacer uso de los recursos de acuerdo a los montos que corresponde a cada establecimiento de salud.
- 6.2.13 Supervisar el uso de los recursos financieros objeto del presente Convenio a los establecimientos de salud y unidades ejecutoras.
- 6.2.14 Registrar y reportar oportunamente los gastos que se deriven de las transferencias efectuadas por el SIS al SIAF y al SIGA del MEF.
- 6.2.15 El proceso sanitario, estará orientado por protocolos y guías de práctica clínica, realizando intervenciones con alta efectividad, implementando la estrategia de atención primaria e integral en salud, basada en las actividades realizadas por el Equipo Básico de Salud Basado en Familia y Comunidad, integrado como mínimo por un profesional médico, profesional de enfermería, profesional de obstetricia y técnico de enfermería; así como la estrategia de integración de redes, de acuerdo a programación de actividades y disponibilidad de recursos humanos
- 6.2.16 Llevar el registro de la producción mensual y el avance de los indicadores por establecimiento de salud.
- 6.2.17 Priorizar la ejecución de los recursos transferidos para su uso en medicinas, insumos y procedimientos.
- 6.2.18 Implementar mecanismos de control de los recursos transferidos así como informar con la debida anticipación a través de sus unidades ejecutoras correspondientes, el gasto de los recursos transferidos
- 6.2.19 Velar por el cumplimiento de las metas de los indicadores establecidos en el presente Convenio.

**6.3 De los Establecimientos de Salud de primer nivel de atención:**

- 6.3.1.- Brindar las prestaciones de salud con calidad, oportunidad, calidez y centrado en el asegurado, cumpliendo progresivamente con las metas de los indicadores, adjunto al presentes convenio. La cobertura de prestaciones se determina en el Plan de Beneficios SIS y cubre a los asegurados LPIS y AUS.
- 6.3.2.- Realizar las afiliaciones de las personas que reúnan las condiciones de elegibilidad del SISFOH para ser asegurados del SIS.
- 6.3.3.- Remitir oportunamente a los centros de digitación, los formatos de recolección de datos para su registro en el aplicativo informático web SIASIS.
- 6.3.4.- Actuar con la diligencia debida para que el Formato de Atención se encuentren debida, oportuna y completamente llenados en su integridad.
- 6.3.5.- Los centros de digitación deben ingresar la información de manera correcta y completa, (Formato de Recolección de Datos y el Formato de Atención) en los aplicativos informáticos del SIS.
- 6.3.6.- 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.
- 6.3.7.- No cobrar a asegurados subsidiados al SIS por concepto alguno siempre y cuando que las prestaciones estén dentro de la cobertura que brinda el SIS.
- 6.3.8.- Priorizar la reposición de los medicamentos e insumos en la ejecución de los recursos transferidos por el SIS.

**CLÁUSULA SEPTIMA: OBLIGACIONES Y ATRIBUCIONES DEL SEGURO INTEGRAL DE SALUD**

constituyen obligaciones y atribuciones del SIS:



J. Del Carmen



CONVENIO DE GESTION SUSCRITO ENTRE EL GOBIERNO REGIONAL DE APURIMAC Y EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD EN EL MARCO DEL ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD

7.1 Del SIS Central:

- 7.1.1 Efectuar la transferencia de recursos a las Unidades Ejecutoras señaladas en la cláusula novena del presente Convenio de acuerdo a la disposición presupuestaria correspondiente. Esta transferencia está sujeta a las disposiciones presupuestales vigentes, particularmente las referidas a las modificaciones para la Previsión Presupuestaria Trimestral Mensualizada.
- 7.1.2 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.
- 7.1.3 Socializar a las Unidades Ejecutoras a través de las UDRs de Apurimac, 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.

7.2 De las UDRs:

- 7.2.1 Realizar el seguimiento, monitoreo y supervisión del nivel de ejecución de los recursos transferidos.
- 7.2.2 Efectuar la supervisión del avance de indicadores de proceso en el ámbito de las Unidades Ejecutoras.
- 7.2.3 Efectuar la validación de las prestaciones informadas por los establecimientos de salud a través del Proceso de Evaluación Presencial Posterior establecido por el SIS.
- 7.2.4 Remitir mensualmente la base de datos completa de afiliaciones, inscripciones y atenciones a las DIRESA Apurimac I y DISA Apurimac II.

CLÁUSULA OCTAVA: MECANISMO DE PAGO

- 8.1. El mecanismo de pago para establecimientos del primer nivel, es capitado.
- 8.2. El mecanismo de pago de las prestaciones preventivas así como de las atenciones de primer nivel realizadas por los establecimientos de salud de segundo nivel de atención con población adscrita es capitado, entendiéndose como prestaciones de primer nivel de atención como aquellas no consideradas en el numeral 10.4.
- 8.3. Los gastos de las prestaciones administrativas de traslados de emergencia ya están incluidos en el cálculo de la cápita, excepto los traslados por contrareferencia efectuados por los establecimientos incluidos en el anexo N°5; este pago será solo temporal en la medida que su costo sea incluido en el cápita. Los traslados realizados por los establecimientos del segundo nivel (II-1, II-2) al nivel que corresponda, están fuera del cálculo del cápita.
- 8.4. Las prestaciones brindadas antes de la fecha de inicio del presente convenio se regirán bajo las normas establecidas por el mecanismo de pago anterior.
- 8.5. La prestación administrativa N° 111 "Asignación por alimentación" para Casas de Espera serán financiadas en forma adicional al cápita.
- 8.6. Las atenciones con prótesis dentales que se harán a los asegurados adultos mayores serán financiados adicionalmente al cápita.
- 8.7. Las prestaciones que realicen los establecimientos del Gobierno Regional a asegurados de EsSalud serán financiados adicionalmente al cápita.

CLÁUSULA NOVENA: DE LA TRANSFERENCIA

- 9.1 El SIS realizará la transferencia de recursos a las Unidades Ejecutoras del GOBIERNO REGIONAL por un monto de S/15,207,286.59 (quince millones doscientos siete mil doscientos ochenta y seis y 59/100 Nuevos Soles), para el financiamiento de las



**CONVENIO DE GESTION SUSCRITO ENTRE EL GOBIERNO REGIONAL DE APURIMAC Y EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD EN EL MARCO DEL ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD**

prestaciones de salud contenidas en el Plan de Beneficios del SIS, conforme a lo siguiente:

<b>Factores de Valor de Producción</b>	<b>Compromiso</b>
Meta de reafluencia 2012	15%
Cobertura Prestaciones Preventivas	30%
Intensidad Prestaciones preventivas	50%

9.2 El monto total será dividido en cuatro partes correspondientes a un trimestre, siendo las entregas trimestrales. La cápita mensual será entregada en un 80% y el 20% restante será entregado al trimestre al cumplimiento de los indicadores según el siguiente cronograma.

<b>TRANSFERENCIAS SIS AÑO 2012 (*)</b>	
TRANSFERENCIA ADELANTADA DICIEMBRE 2010- 2011	<b>2.355.393,58</b>
TRANSFERENCIA POR 12 MESES (1)	<b>15,207,286.59</b>
IMPORTE TRIMESTRAL POR CUMPLIMIENTO DE METAS (2)	<b>760,364.33</b>
TRANSFERENCIA TRIMESTRAL ABRIL (3)**	<b>3,041,457.32</b>
TRANSFERENCIA TRIMESTRAL JULIO (4)	<b>1,863,760.53</b>
TRANSFERENCIA TRIMESTRAL OCTUBRE (5)	<b>1,863,760.53</b>

- (1) Importe total del Convenio
- (2) 20% del capitado trimestral, el cual corresponde al incentivo por buen desempeño y que será transferida luego de haber verificado el cumplimiento de indicadores establecidos en el convenio.
- (3) Transferencia del 80% de los meses de abril, mayo y junio 2012.
- (4) Transferencia del 80% de los meses de julio, agosto y setiembre 2012, donde se ha descontado el 50% de la transferencia prospectiva 2010 y la transferencia adelantada del 2011.
- (5) Transferencia del 80% de los meses de octubre, noviembre y diciembre 2012, donde se ha descontado el 50% de la transferencia prospectiva 2010 y la transferencia adelantada del 2011.

(\*) La transferencia correspondiente al último trimestre del convenio se efectuará con Presupuesto 2013.

\*\* El monto a transferir en enero 2013 es el mismo de abril 2012

9.3 El pago del 20% trimestral correspondiente al incentivo por buen desempeño se pagará cuando el indicador llegue al 100% de la meta establecida, en el porcentaje correspondiente al indicador cumplido.

9.4 El pago del 20% trimestral correspondiente al incentivo por buen desempeño se pagará de manera proporcional al porcentaje ponderado de cumplimiento de los indicadores, en caso de llegar a cumplir 80% o más de la meta, sin llegar al 100% de ésta, para lo cual se contabiliza el porcentaje logrado con el peso ponderado del indicador corregido



J. Del Carmen



S. HURTADO C.



P. PASTOR

**CONVENIO DE GESTION SUSCRITO ENTRE EL GOBIERNO REGIONAL DE APURIMAC Y EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD EN EL MARCO DEL ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD**

con un factor de ajuste. (Anexo N° 01 Pesos ponderados y factores de ajuste de indicadores).

**Monto de pago de Indicador con meta cumplida:**

Incentivo del 20% del cápita \* Peso ponderado del Indicador.

**Monto de pago de Indicador con meta NO cumplida:**

Incentivo del 20% del cápita \* Peso ponderado del Indicador \* porcentaje de cumplimiento del indicador \* factor de ajuste

- 9.5 No se realiza pago de incentivo por buen desempeño cuando el indicador no llegue al 80% de la meta establecida para el trimestre en evaluación.
- 9.6 Se financiarán las intervenciones y prestaciones del Plan de Beneficios del SIS que se realicen en los establecimientos de salud del ámbito del AUS que correspondan a la jurisdicción del **GOBIERNO REGIONAL**.
- 9.7 Con la finalidad de asegurar la oportunidad en las prestaciones de salud, la DIRESA y DISA deben 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.
- 9.8 La distribución del capita por unidad ejecutora será la siguiente:

RED	Unidad Ejecutora	%
REGION APURIMAC - SALUD APURIMAC	755	54.28
REGION APURIMAC - HOSPITAL GUILLERMO DIAZ DE LA VEGA-ABANCAY	1037	1.47
REGION APURIMAC - SALUD CHANKA	756	43.48
REGION APURIMAC - HOSPITAL SUBREGIONAL DE ANDAHUAYLAS	1038	0.77
<b>REGION APURIMAC</b>	<b>Total</b>	<b>100.00</b>



*[Handwritten signature]*

- 9.9 El Gobierno Regional de Apurimac se compromete prioritariamente a reponer los medicamentos e insumos utilizados en las prestaciones de salud; se compromete además que el resto del monto transferido NO lo usará en los siguientes rubros:

- 9.9.1 Contratación de recursos humanos bajo modalidad CAP
- 9.9.2 Compra de vehículos
- 9.9.3 Construcción de nueva infraestructura
- 9.9.4 Actividades recreativas para el personal
- 9.9.5 Incentivos laborales
- 9.9.6 Uniformes para el personal
- 9.9.7 Actividades de capacitación (Excepto capacitación operativa y capacitación al personal sobre normatividad SIS y MINSA)



**CLÁUSULA DECIMA: DEL CONTROL PRESTACIONAL**

- 10.1. Se aplicarán las reglas de validación automáticas al total de las prestaciones financiadas por el presente convenio para la evaluación del cumplimiento de indicadores señalados en el Anexo N° 02, no se aplicara descuento a la prestación. La forma de evaluación de los indicadores para el pago de la bonificación del 20% están descritos en el numeral 9.3.
- 10.2. Se monitorizará el cumplimiento de las Garantías Explícitas señaladas en el Anexo 03 a través de la aplicación de las reglas de validación automáticas a la data registrada en el sistema informático del SIS, SIASIS, lo que no será causal de aplicación de descuento del monto trimestral a transferir.
- 10.3. Se realizará el Proceso Control Presencial Posterior (PCPP) a las prestaciones financiadas por el presente convenio para la evaluación del cumplimiento de indicadores señalados en el Anexo N° 02, no se aplicara descuento a la prestación. La forma de evaluación de los indicadores para el pago de la bonificación del 20% están descritos en el numeral 9.3.
- 10.4. Se considera prestaciones que corresponden al nivel II de atención, brindadas por los establecimientos de salud de categoría II – 1 con población adscrita, a las prestaciones registradas bajo los siguientes códigos de servicio y códigos CIE 10, las cuales **NO SERÁN CONSIDERADAS DENTRO DEL CÁLCULO DE LA CÁPITA** y se detallan a continuación :

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

Solo se consideraran algunos códigos CIE 10 para los siguientes códigos de servicio:

- a. Para los códigos de servicio 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
CÓDIGO DE PRESTACIÓN	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, 1800-1809, B023, R21X, R501,G443,T001-T148, T200-T329.

En estos 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
-------	--



**CONVENIO DE GESTION SUSCRITO ENTRE EL GOBIERNO REGIONAL DE APURIMAC Y EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD EN EL MARCO DEL ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD**

	3. Nivel II con población adscrita <b>Hospital ZONAL CHINCHEROS</b> 4. Nivel II con población adscrita <b>Hospital de Tambobamba</b>
<b>CÓDIGO DE PRESTACIÓN</b>	062 "Atención de Emergencia". 063 "Atención de Emergencia con observación"
<b>CIE - 10</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si fuera menor o igual a 3 meses cualquier código CIE 10.</li> <li>• De más de 3 meses R101, S020 – S099, R500 – R509, D690 – D696, N 370 – N390, F445, P90X, T200-T329, R560 – R568, R040, X850 – Y09X, R520, R529.</li> </ul>

**b. Para el código de servicio 054, se consideran los siguientes códigos CIE 10:**

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

**c. Para el código de servicio 056 SE CONSIDERARAN LAS PRESTACIONES REALIZADAS POR MÉDICO ESPECIALISTA DE ACUERDO A LA NORMATIVIDAD VIGENTE DEL SIS.**

10.5. Por otra parte, la DIRESA y la DISA podrán solicitar para aquellas prestaciones consideradas dentro de la cápita y que de acuerdo a su análisis corresponden al nivel II de atención, sean retiradas de la cápita, para tal efecto deberán ser evaluadas por las UDRs. 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. Para tal efecto, el SIS entregará mensualmente el reporte de las prestaciones incluidas en el Cápita. Este procedimiento se denomina **AJUSTE POSITIVO**.



J. Del Carmen

**CLÁUSULA DECIMA PRIMERA: DE LA EVALUACIÓN DE INDICADORES**

11.1 La evaluación se realizará en función al cumplimiento de los indicadores de Ejecución y de Procesos establecidos en el presente Convenio.

11.2 Para efectos de la evaluación de los indicadores de ejecución y de procesos, 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.

La evaluación de los indicadores se realizará en forma trimestral y se determinará en función a los reportes mensuales.

El plazo para el registro de las prestaciones realizadas es de 60 días calendario.

11.3 Los indicadores a evaluar en el presente convenio, son los siguientes:

- EESS nivel I3 cuenta con Equipo Básico de Atención Primaria (Médico, Odontólogo, Lic. Enfermería, Lic. Obstetricia y Técnico en Enfermería)
- Conectividad de internet exclusiva para unidad de seguros
- EESS que exhibe horario de atención asegurados SIS
- Porcentaje de avance de Afiliaciones al AUS
- Porcentaje de asegurados atendidos en el I Nivel de Atención
- Porcentaje de Prestaciones Preventivas en el Primer Nivel de Atención
- Porcentaje niños con esquema CRED cumplido







CONVENIO DE GESTION SUSCRITO ENTRE EL GOBIERNO REGIONAL DE APURIMAC Y EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD EN EL MARCO DEL ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD

- Porcentaje de mujeres parturientas con 6 controles prenatales y mas
- Porcentaje de prestaciones de salud bucal
- Porcentaje de prestaciones de profilaxis antiparasitaria
- Porcentaje de prestaciones de salud reproductiva
- Porcentaje de referencias justificadas en Emergencia
- Porcentaje de prestaciones observadas por PEA
- Porcentaje de prestaciones rechazadas por PCPP
- Porcentaje de ejecución del Componente de Reposición

Las Fichas Técnicas se describen en el Anexo N° 04.

- 11.4 Para el Indicador **Porcentaje de Referencias justificadas**, se considerará como valor basal, el valor obtenido en el primer trimestre; en la segunda remesa de la cápita, se pondrá las metas trimestrales las cuales serán fijadas por el Gobierno Regional y establecidas en adenda al presente Convenio. En ese sentido, para la evaluación del primer trimestre se tomará como si se hubiese cumplido al 100%.

### CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA: DE LA VIGENCIA

- 12.1. El presente Convenio tendrá una vigencia de 5 (cinco) años posteriores a la fecha de su suscripción. La renegociación de la cápita es anual.
- 12.2. El **GOBIERNO REGIONAL** y el **SIS** podrán ampliar la vigencia del presente Convenio a través de la suscripción de un adenda.
- 12.3. 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 TERCERA: DE LA COORDINACIÓN

- 13.1. El **Gobierno Regional** delegará la coordinación, supervisión y monitoreo de la ejecución del convenio en la Dirección Regional de Salud.
- 13.2. Las **UDRs** serán las encargadas de evaluar el cumplimiento de los indicadores de estructura trimestralmente e informar al SIS Central el resultado de cada evaluación. Asimismo, monitorizarán y/o supervisarán el avance del cumplimiento de los indicadores en el ámbito del convenio a requerimiento de la Gerencia de Riesgo y Evaluación de las Prestaciones.
- 13.3. El **SIS Central** delegará la coordinación, supervisión y monitoreo de la ejecución del convenio en:
- 14.1.1 La **Gerencia de Riesgos y Evaluación de las Prestaciones**, será el área encargada de evaluar el cumplimiento de los Indicadores de Proceso en base a la data registrada en el sistema informático del SIS SIASIS y la información remitida por las UDRs. Así mismo, podrá realizar supervisión(es) del cumplimiento de los mismos en la Región en caso de estimarlo pertinente.
- 13.3.1. La **Gerencia de Negocios y Financiamiento**, será el área encargada de supervisar los Indicadores de Ejecución y evolución del gasto y programar las transferencias.
- 13.3.2. La **Oficina General de Tecnologías de la Información** facilitará la información para la evaluación permanente del presente convenio.

### CLÁUSULA DÉCIMA CUARTA: DE LA RESOLUCIÓN Y SUSPENSIÓN TEMPORAL DEL CONVENIO

Supuestos de resolución del presente Convenio:



J. Del Carmen





**CONVENIO DE GESTION SUSCRITO ENTRE EL GOBIERNO REGIONAL OE APURIMAC Y EL SEGURO INTEGRAL OE SALUD EN EL MARCO DEL ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD**

- 14.1. El incumplimiento total o parcial, de cualquiera de las dos partes, de las obligaciones asumidas dentro del marco del presente Convenio.
- 14.2. Por mutuo acuerdo de las partes.
- 14.3. 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 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 y los términos establecidos en el presente Convenio.

**CLÁUSULA DÉCIMA 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 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 SÉPTIMA: DE LAS MODIFICACIONES**

Las partes podrán de mutuo acuerdo, modificar este Convenio. Para tal efecto, cualquiera de ellas pondrán en conocimiento de la otra, por escrito, tal intención, debiendo esta última manifestar su conformidad o disconformidad en un plazo máximo de quince (15) días calendario, que se computarán desde el día siguiente a la recepción de la propuesta de modificación. Transcurrido dicho plazo sin que exista respuesta expresa, se presumirá la tácita aceptación.

Estando conforme las partes en todas y cada una de las Cláusulas que anteceden, las suscriben en la ciudad de Abancay, a los 20 días del mes de abril del año dos mil doce.



*[Handwritten mark]*




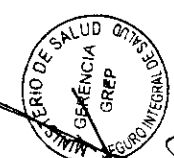

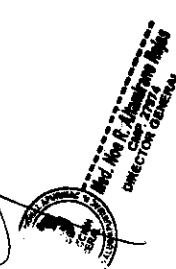

**ELIAS SEGOVIA RUIZ**  
Presidente Regional  
Gobierno Regional de Apurímac

**JOSÉ CARLOS DEL CARMEN SARA**  
Jefe Institucional (e)  
Seguro Integral de Salud



**ANEXO N° 01  
PESOS PONDERADOS Y FACTORES DE AJUSTE POR CADA INDICADOR**

NOMBRE DEL INDICADOR	INCENTIVO AL 20%	PESO PONDERADO	FACTOR DE AJUSTE	MONTO A PAGAR POR
EESS nivel I3 cuenta con Equipo Básico de Atención Primaria (Médico, Lic. Enfermería, Lic. Obstetricia y Técnico en Enfermería)		0.08	0.6	
Conectividad de internet exclusiva para unidad de digitación		0.06	0.8	
Establecimiento exhibe el horario de atención y es el mismo tanto para pacientes SIS como para los demás.		0.06	0.6	
Porcentaje de avance de Afiliaciones al AUS		0.08	0.7	
Porcentaje de asegurados atendidos en el Nivel de Atención		0.08	0.7	
Porcentaje de Prestaciones Preventivas en el Primer Nivel de Atención		0.08	0.7	
Porcentaje niños con esquema CRED cumplido		0.08	0.5	
Porcentaje de mujeres parturientas con 6 controles prenatales y mas		0.08	0.5	
Porcentaje de prestaciones de salud bucal		0.06	0.6	
Porcentaje de prestaciones de profilaxis antiparasitaria		0.07	0.6	
Porcentaje de prestaciones de salud reproductiva		0.08	0.6	
Porcentaje de Referencias justificadas		0.05	0.6	
Porcentaje de prestaciones observadas por PEA		0.05	0.6	
Porcentaje de prestaciones rechazadas por PCPP		0.06	0.5	
Porcentaje de ejecución del Componente de Reposición		0.05	0.5	

**EJEMPLO:**

TIPO DE INDICADOR	NOMBRE DEL INDICADOR	INCENTIVO DEL		PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LA META	PESO PONDERADO	FACTOR DE AJUSTE	MONTO A PAGAR POR INDICADOR
		20%	100000				
ESTRUCTURA	EES nivel 13 cuenta con Equipo Básico de Atención Primaria (Médico, Odontólogo, Lic. Enfermería, Lic. Obstetricia y Técnico en Enfermería)	7000		0.8	0.07	0.8	4480
	Conectividad de internet exclusiva para unidad de seguros	7000		1	0.07	0.8	7000

Si por ejemplo el incentivo del 20% corresponde a S/. 100,000; para calcular el monto a pagar por indicador, se debe hacer lo siguiente:

**Caso 01:**

Si cumplió con la meta, se debe calcular el monto de acuerdo a la fórmula:

**Monto de pago de Indicador con meta cumplida:**

Incentivo del 20% del cápita \* Peso ponderado del Indicador

$$100,000 \times 0.07 = S/7,000.00$$

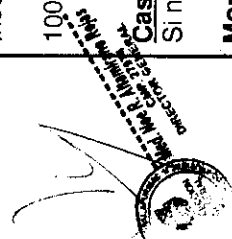
**Caso 02:**

Si no cumplió la meta pero tiene un porcentaje de cumplimiento de 80%, se debe calcular el monto de acuerdo a la fórmula:

**Monto de pago de Indicador con meta NO cumplida:**

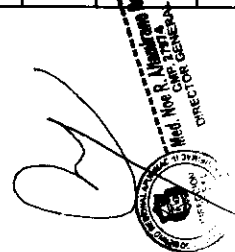
Incentivo del 20% del cápita \* Peso ponderado del Indicador \* porcentaje de cumplimiento del indicador \* factor de ajuste

$$100,000 \times 0.07 \times 0.8 \times 0.8 = S/ 4,480.00$$



**ANEXO N° 02  
METAS TRIMESTRALES DE LOS INDICADORES DEL CONVENIO**

N°	TIPO DE INDICADOR	NOMBRE DEL INDICADOR	VALOR BASAL	META TRIMESTRAL			
				I	II	III	IV
I.1	ESTRUCTURA	EES nivel 13 cuenta con Equipo Básico de Atención Primaria (Médico, Lic. Enfermería, Lic. Obstetricia y Técnico en Enfermería)	1	2	4	6	8
I.2		Conectividad de internet exclusiva para unidad de seguros	17.14%	20%	25.70%	31.40%	34.30%
I.3		Establecimiento exhibe el horario de atención y es el mismo tanto para pacientes SIS como para los demás.	23.50%	100%	100%	100%	100%
I.4	AFLIACIONES	Porcentaje de avance de Afiliaciones al AUS.	77.47%	82.47%	86.47%	89.47%	92.47%
I.5	EXTENSIÓN DE USO	Porcentaje de Asegurados atendidos en Prestaciones Preventivas en el primer nivel de atención.	36.63%	37.63%	40.63%	43.63%	45.63%
I.6		Porcentaje de Prestaciones Preventivas de primer nivel de atención	47.01%	48.01%	49.51%	51%	52%
I.7	INTENSIDAD DE USO	Porcentaje niños con esquema CRED cumplido	8.17%	10.17%	14.17%	16.17%	12.17%
I.8		Porcentaje de mujeres parturientas con 6 controles prenatales y mas	39.32%	41.82%	44.32%	46.82%	49.37%
I.9		Porcentaje de prestaciones de salud bucal	7.79%	8.04%	8.29%	8.54%	8.79%
I.10		Porcentaje de prestaciones de profilaxis antiparasitaria	2.71%	2.96%	3.21%	3.46%	3.71%
I.11		Porcentaje de prestaciones de salud reproductiva	13.38%	13.60%	13.90%	14.13%	14.38%
I.12		Porcentaje de Referencias justificadas en Emergencia					
I.13	RESULTADOS	Porcentaje de prestaciones observadas por PEA	1.47%	1.47%	1.40%	1.38%	1.35%
I.14		Porcentaje de prestaciones rechazadas por PCPP	51%	50%	49%	48%	47%
I.15	EJECUCIÓN DE GASTO	Porcentaje de ejecución del Componente de Reposición	81.80%	30%	50%	80%	100%



### ANEXO N° 3: GARANTIAS EXPLICITAS

1. El primer control del recién nacido se programará entre los 7 y 15 días de vida.
2. El tamizaje de anemia será realizado en todo menor de 3 años, una vez al año.
3. 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.
4. En el primer nivel de atención la puérpera deberá recibir estabilización hemodinámica e iniciar administración de oxitócicos y se iniciará la referencia al establecimiento de mayor complejidad en un lapso que no excederá los 30 minutos.
5. A toda niña/niño con deshidratación sin shock se le administrará terapia de rehidratación oral durante 4 horas.


Med. Msc. Humberto Rojas  
C.O.P. 1714  
DIRECTOR GENERAL



**CONVENIO DE GESTION SUSCRITO ENTRE EL GOBIERNO REGIONAL DE APURIMAC Y EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD EN EL MARCO DEL ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD**

**ANEXO N° 4: FICHAS DE LOS INDICADORES**

<b>FORMA TECNICA</b> <b>MANUAL DE INDICADORES</b> <b>CAPITA APURIMAC</b>		<b>Area Responsable</b> <b>Seguro Integral de Salud</b> <b>Gerencia de Riesgos y Evaluación de las Prestaciones</b>
<b>1 Datos de identificación del Indicador</b>		
<b>Codigo</b>	I.1	<b>Nombre del indicador</b> <b>EESS nivel I3 cuenta con Equipo Básico de Atención Primaria</b>
<b>Definición del indicador</b> Mide los establecimientos de salud que cuentan con el equipo basico de salud para atención primaria conformado por Médico, Lic. Enfermería, Lic. Obstetricia y Técnico en Enfermería.		
<b>2. Relevancia del Indicador</b>		
<b>Propósito</b> Verificar si la DIRESA y DISA han alcanzado la meta en relación al numero de establecimientos que cuentan con el equipo basico de atención primaria.		
<b>Justificación</b> En el marco de la Atención Integral de Salud constituye una medida que permitirá cuantificar cuantos establecimientos de salud de categoría I -3 cuentan con los recursos humanos adecuados para brindar atención en el primer nivel a nuestros asegurados, lo cual contribuirá a mejorar la calidad de la atención. En ese sentido, se requiere monitorear el numero de establecimientos que cuentan con el.		
<b>3 Aspectos metodológicos de la estimación del indicador</b>		
<b>Cálculo del indicador</b>  Número de EESS categoría I3 que cuentan con Equipo Basico de Salud.		<b>Valor del indicador.</b> Numero Absoluto.
<b>Supuestos</b> Los establecimientos considerados en la línea de base y los que subsecuentemente alcancen la condición deben mantener esta en todo el periodo. En caso de que alguno de los establecimientos de salud de la línea basal perdiera la condición, debiera ser reemplazado por otro, el mismo que no sera contabilizado en el cumplimiento de la meta.		<b>Representatividad</b> En su ambito de evaluación.
<b>Niveles de desagregación</b> Regional, establecimientos de primer nivel.		<b>Frecuencia de medición</b> Trimestral
<b>4. Fuente de datos y flujo de la información</b>		
<b>Fuente de datos</b> Verificación Ins situ por parte de la UDR de acuerdo a la relación de establecimientos que entreguen la DIRESA y la DISA tanto de los establecimientos considerados en la línea base como de los alcancen la condición para la contabilización de la meta. Contratos del personal. Roles de guardia del personal.		
<b>Responsable de los datos e información</b> <b>Recopilación de datos</b> La DIRESA APURIMAC I y la DISA APURIMAC II, sus ejecutoras y establecimientos de salud. <b>Procesamiento de datos</b> SIS		
<b>5. Determinación de valores y referencias adicionales</b>		
<b>Valor basai</b> 01 establecimiento de salud		
Meta 1° Trimestre: 02 Meta 2° Trimestre: 04 Meta 3° Trimestre: 06 Meta 4° Trimestre: 08		
<b>Referencias Bibliográficas</b> RM N° 464-2011-MINSA, que aprueba el Modelo de Atención Integral basado en familia y comunidad.		
<b>Comentarios Técnicos</b> En las evaluaciones subsiguientes a la primera se considerará a los establecimientos de salud incluidos en las evaluación anterior. Los establecimientos que tengan medico solo 6 horas seran considerados para la evaluación pero deben ser recategorizados progresivamente.		

*[Handwritten signature]*  
  
**Med. Nos. R. Alvarado Rojas**  
**CIP 27574**  
**DIRECTOR GENERAL**

  
**MINISTERIO DE SALUD**  
**GERENCIA**  
**GREP**  
**SEGURO INTEGRAL DE SALUD**

*[Handwritten signature]*  
  
**Gerencia de Riesgos y Evaluación de las Prestaciones**  
**SE**

**CONVENIO DE GESTION SUSCRITO ENTRE EL GOBIERNO REGIONAL DE APURIMAC Y EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD EN EL MARCO DEL ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD**

<b>FICHA TECNICA MATRIZ DE INDICADORES ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD</b>		Area Responsable
		<b>Seguro Integral de Salud</b>
		<b>Gerencia de Riesgos y Evaluación de las Prestaciones</b>
1. Datos de identificación del Indicador		
<b>Codigo</b>	i.2	<b>Nombre del indicador</b>
<b>Puntos de digitación con interconexión implementada</b>		
<b>Definición del indicador</b>		
Número de puntos de digitación con acceso a internet funcionando para el registro de las atenciones y afiliaciones.		
2. Relevancia del Indicador		
<b>Propósito</b>		
Mide con cuantos puntos de digitación cuentan el primer nivel de atención y los EESS II-1 con población adscrita de la DIRESA y DISA APURIMAC		
<b>Justificación</b>		
En el marco de la Atención Integral de Salud constituye una medida que permitirá brindar información en línea y de manera oportuna para toma de decisiones, asimismo facilita el acceso de los asegurados a las prestaciones e identifica adecuadamente al asegurado, por último esta información permite realizar el control prestacional. En ese sentido, se requiere monitorear el número de puntos de digitación.		
3. Aspectos metodológicos de la estimación del indicador		
<b>Cálculo del indicador</b>		<b>Valor del indicador.</b>
$\frac{\text{Número de Puntos de Digitación con conexión exclusiva de internet} \times 100}{\text{Total de Puntos de Digitación de la Región}}$		Número de Puntos de Digitación con conexión exclusiva de internet x 100  Total de Puntos de Digitación de la Región
<b>Supuestos</b>		<b>Representatividad</b>
Se considerará para el cálculo de este indicador a los EESS del nivel I de atención y a los de categoría II con población adscrita. Los establecimientos considerados en la línea de base y los que subsecuentemente alcancen la condición deben mantener ésta en todo el periodo. En caso de que alguno de los establecimientos de salud de la línea basal perdiera la condición, deberá ser reemplazado por otro, el mismo que no será contabilizado en el cumplimiento de la meta.		En su ámbito de evaluación.
<b>Niveles de desagregación</b>		<b>Frecuencia de medición</b>
Regional, establecimientos de primer nivel.		Trimestral
4. Fuente de datos y flujo de la información		
<b>Fuente de datos</b>		
1. Verificación ins situ por parte de la UDR de acuerdo a la relación de establecimientos que entregue la DIRESA y DISA tanto de los establecimientos considerados en la línea base como de los alcancen la condición para la contabilización de la meta. 2. Recibos de pago. 3. Informe de producción por usuarios autorizados.		
<b>Responsable de los datos e información</b>		
<b>Recopilación de datos</b>		
DIRESA, ejecutora y establecimientos de salud OGTI- SIS		
<b>Procesamiento de datos</b>		
SIS		
5. Determinación de valores y referencias adicionales		
<b>Valor basal</b>		
17.14% de los puntos de digitación operativos considerados en la línea basal.		
Meta 1° Trimestre: 20%		
Meta 2° Trimestre: 25.7%		
Meta 3° Trimestre: 31.4%		
Meta 4° Trimestre: 34.3%		
<b>Referencias Bibliográficas</b>		
Resolución Jefatural N° 063-2011-SIS que aprueba la Directiva N° 003-2011-SIS-GO, Directiva que regula el proceso de afiliación a los c		
<b>Comentarios Técnicos</b>		
En las evaluaciones subsiguientes a la primera se considerará a los establecimientos de salud incluidos en las evaluación anterior.		

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*



**CONVENIO DE GESTION SUSCRITO ENTRE EL GOBIERNO REGIONAL DE APURIMAC Y EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD EN EL MARCO DEL ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD**

<b>FICHA TECNICA MATRIZ DE INDICADORES ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD</b>	Area Responsable
	Seguro Integral de Salud
	Gerencia de Riesgos y Evaluación de las Prestaciones

**1. Datos de identificación del Indicador**

<b>Codigo</b>	I.3	<b>Nombre del indicador</b>
		<b>Horario de atención a asegurados SIS</b>

**Definición del indicador**

Establecimiento de salud exhiben el horario de atención y se verifica que sea igual tanto para asegurados SIS como para los demás.

**2. Relevancia del Indicador**

**Propósito**

Mide la cantidad de de establecimientos de salud del I nivel de atención que atienden en el mismo horario a los asegurados SIS y a los demás.

**Justificación**

En el marco del Aseguramiento Universal en Salud se brinda las mismas oportunidades de acceso tanto a la población pobre como a los demás pobladores a recibir atención de salud.

**3. Aspectos metodológicos de la estimación del indicador**

<b>Cálculo del Indicador</b>	<b>Valor del indicador.</b>
$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de EESS de nivel I y II con el mismo horario de atención para pacientes SIS y demás pacientes X 100}}{\text{Número Total de EESS de nivel I y categoría II-1 con población adscrita}}$	EESS que cumplan la condición, y son parte del Convenio.
	<b>Denominador</b> N° Total de EESS de I nivel de Atención y categoría II con población adscrita que forman parte del Convenio.

<b>Supuestos</b>	<b>Representatividad</b>
Los establecimientos considerados en la línea de base y los que subsecuentemente alcancen la condición deben mantener esta en todo el periodo. En caso de que alguno de los establecimientos de salud de la línea basal perdiera la condición, debiera ser reemplazado por otro, el mismo que no sera contabilizado en el cumplimiento de la meta.	En su ambito de evaluación.

<b>Niveles de desagregación</b>	<b>Frecuencia de medición</b>
Regional, establecimientos de primer nivel.	Trimestral

**4. Fuente de datos y flujo de la información**

**Fuente de datos**  
La UDR realizará in situ la verificación del cumplimiento del presente indicador, de acuerdo a la relación de EESS establecida por dicha oficina, debiendo supervisar al menos 10 establecimientos por trimestre e informará al SIS Central.

**Responsable de los datos e información**

**Recopilación de datos**  
UDR

**Procesamiento de datos**  
SIS

**5. Determinación de valores y referencias adicionales**

**Valor basal**  
23.5% de los EESS muestran el horario y es el mismo para asegurados SIS y el resto de población.

Meta 1° Trimestre: 100%  
 Meta 2° Trimestre: 100%  
 Meta 3° Trimestre: 100%  
 Meta 4° Trimestre: 100%

**Referencias Bibliográficas**  
Decreto Supremo N° 008-2010-SA, Reglamento de Aseguramiento Universal en Salud.

**Comentarios Técnicos**

*[Handwritten signature and stamp]*

**DIRECCION GENERAL DE ASESORIA TECNICA Y LOGISTICA**  
 Med. Noé P. Alvarado  
 Director General



*[Handwritten signature and stamp]*

**SECRETARIA DE GERENCIA**  
 Gerencia de Riesgos y Evaluación de las Prestaciones



CONVENIO DE GESTION SUSCRITO ENTRE EL GOBIERNO REGIONAL DE APURIMAC Y EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD EN EL MARCO DEL ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD

<b>FICHA TECNICA MATRIZ DE INDICADORES ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD</b>		Area Responsable
		Seguro Integral de Salud
		Gerencia de Riesgos y Evaluación de las Prestaciones
1. Datos de identificación del Indicador		
<b>Codigo</b>	I.4	<b>Nombre del indicador</b>
		Porcentaje de avance de Afiliaciones al AUS.
<b>Definición del indicador</b>		
Este indicador mide el porcentaje de avance de las afiliaciones/reafiliaciones al Régimen Subsidiado con respecto a la brecha población objetivo.		
2. Relevancia del Indicador		
<b>Propósito</b>		
Medir el avance de la afiliación al Régimen Subsidiado del SIS en el ámbito AUS.		
<b>Justificación</b>		
La Ley Marco del AUS busca garantizar el derecho pleno y progresivo de toda persona a la seguridad social en salud. La afiliación a algún régimen de aseguramiento en salud aplica para toda la población residente del país. Por ello, es necesario monitorizar este indicador que permitirá conocer el porcentaje de la población que se afilia al SIS en relación a nuestra población objetivo.		
3. Aspectos metodológicos de la estimación del indicador		
<b>Cálculo del Indicador</b>		<b>Numerador</b>
$\frac{\text{Acumulado de Afiliaciones AUS realizada} \times 100}{\text{Poblacion susceptible a ser afiliada/ reafiliada}}$		Acumulado de Afiliaciones al Régimen Subsidiado AUS al final del Trimestre en evaluación X 100.
		<b>Denominador</b>
		Poblacion pobre sin seguro según ENAHO para la región a Diciembre 2011 más Afiliaciones al componente subsidiado LPIS a Diciembre 2011.
<b>Supuestos</b>		<b>Representatividad</b>
Que los requisitos para las afiliaciones dados por el SISFOH se mantengan		En su ambito de evaluación
<b>Frecuencia de medición</b>		
Trimestral		
4. Fuente de datos y flujo de la información		
<b>Fuente de datos</b>		
SIASIS		
<b>Responsable de los datos e información</b>		
<b>Recopilación de datos</b>		
OGTI		
<b>Procesamiento de datos</b>		
DGTI		
5. Determinación de valores y referencias adicionales		
<b>Valor basat</b>		
77.47% al 31/12/2011.		
Meta 1° Trimestre: 82.47%		
Meta 2° Trimestre: 86.47%		
Meta 3° Trimestre: 89.47%		
Meta 4° Trimestre: 92.47%		
<b>Referencias Bibliográficas</b>		
Ley 29696, Ley de Presupuesto del año fiscal 2011.		
Ley 29344		
<b>Comentarios Técnicos</b>		
El Acumulado de las afiliaciones al Régimen Subsidiado del Numerador realizadas corresponde al numero de asegurados al trimestre de cierre.		
Se considera población objetivo para afiliaciones AUS a la población pobre según ENAHO para la región que no tiene seguro mas la población asegurada al componente subsidiado en el mercado normativo del D.S 004-2007 sin afiliación AUS. Para el avance del indicador se espera que el numerador aumente, considerando el denominador constante.		

*[Handwritten signature]*  
 M. Sc. R. Alvarado R. C.  
 DIRECTOR GENERAL



**CONVENIO DE GESTION SUSCRITO ENTRE EL GOBIERNO REGIONAL DE APURIMAC Y EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD EN EL MARCO DEL ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD**

FICHA TÉCNICA MATEO 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.5	Nombre del indicador
		<b>Porcentaje de Asegurados Atendidos en prestaciones preventivas en el Primer Nivel de Atención</b>
<b>Definición del indicador</b>		
Porcentaje de la población que ha accedido a prestaciones preventivas en el trimestre.		
2. Relevancia del Indicador		
<b>Propósito</b>		
Medir el acceso a los servicios de salud, en prestaciones preventivas.		
<b>Justificación</b>		
En el marco de Atención Integral de Salud, es mandatorio que todos los asegurados reciban prestaciones preventivas que incrementaran		
3. Aspectos metodológicos de la estimación del indicador		
<b>Cálculo del Indicador</b>		<b>Numerador</b>
$\frac{\text{Atendidos en prestaciones preventivas} \times 100}{\text{Total de Asegurados}}$		Atendidos en prestaciones preventivas en EESS nivel I y en EESS categoría II con población adscrita durante el trimestre de evaluación X100
		<b>Denominador</b>
		Total de Asegurados
<b>Supuestos</b>		<b>Representatividad</b>
Que no se cambien condiciones de las prestaciones preventivas establecidas por el MINSA.		En su ambito de evaluación
<b>Frecuencia de medición</b>		
Trimestral		
4. Fuente de datos y flujo de la información		
<b>Fuente de datos</b>		
SIASIS		
<b>Responsable de los datos e información</b>		
<b>Recopilación de datos</b>		
Establecimientos de salud que realizan la atención de los pacientes son los encargados del registro en los aplicativos del SIS (ARFISIS y SIASIS)		
<b>Procesamiento de datos</b>		
OGTI - SIS		
5. Determinación de valores y referencias adicionales		
<b>Valor basal</b>		
36.63 % de asegurados accesan a prestaciones preventivas en el primer nivel de atención		
Meta 1° Trimestre: 37.63%		
Meta 2° Trimestre: 40.63%		
Meta 3° Trimestre: 43.63%		
Meta 4° Trimestre: 45.63%		
<b>Referencias Bibliográficas</b>		
RM N° 464-2011/MINSA, que aprueba el Modelo de Atención Integral basado en familia y comunidad.		
RM N° 990-2010/MINSA, que aprueba la NTS N° 087-MINSA/DGSP V 01 Norma Técnica de Salud para el Control del Crecimiento y Desarrollo de la niñia y el niño menor de cinco años.		
RM N° 070-2011/MINSA, que aprueba la Norma Técnica de Salud que establece el Esquema Nacional de Vacunación.		
<b>Comentarios Técnicos</b>		
El valor basal del indicador se ha determinado calculando el promedio mensual de atendidos en prestaciones preventivas durante enero a noviembre 2011 en el numerador y el número de asegurados en APURIMAC a noviembre 2011 para el denominador.		

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*  
**Med. Noe R. Alvarado Rojas**  
 C.O.P. 2784  
 DIRECTOR GENERAL



**CONVENIO DE GESTION SUSCRITO ENTRE EL GOBIERNO REGIONAL OE APURIMAC Y EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD EN EL MARCO DEL ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD**

<b>FICHA TECNICA MATRIZ DE INDICADORES ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD</b>		Area Responsable
		<b>Seguro Integral de Salud</b>
		<b>Gerencia de Riesgos y Evaluación de las Prestaciones</b>
1. Datos de identificación del Indicador		
<b>Codigo</b>	1.6	<b>Nombre del indicador</b>
		<b>Porcentaje de prestaciones preventivas de Primer Nivel de Atención</b>
<b>Definición del indicador</b>		
Porcentaje de la población que ha accedido a prestaciones preventivas en el trimestre.		
2. Relevancia del Indicador		
<b>Propósito</b>		
Medir el acceso a los servicios de salud, en prestaciones preventivas..		
<b>Justificación</b>		
En el marco de Atención Integral de Salud, es mandatorio que todos los asegurados reciban prestaciones preventivas que incrementaran la calidad de atención de salud, evitando la posibilidad de que la población necesite servicios de salud de mayor complejidad.		
3. Aspectos metodológicos de la estimación del indicador		
<b>Cálculo del Indicador</b>		<b>Numerador</b>
$\frac{\text{Atenciones en prestaciones preventivas correspondientes al I nivel de Atención} \times 100}{\text{Total de Atenciones correspondientes al I Nivel de Atención}}$		Atenciones preventivas correspondientes al I nivel de atención realizadas en EESS de nivel I y en los de categoría II con población adscrita considerados en la cápita X100.
		<b>Denominador</b>
		Total de Atenciones en el primer nivel de atención
<b>Supuestos</b>		<b>Representatividad</b>
No se cambien condiciones de las prestaciones preventivas establecidas por el MINSA.		En su ambito de evaluación
<b>Frecuencia de medición</b>		
Trimestral		
4. Fuente de datos y flujo de la información		
<b>Fuente de datos</b>		
SIASIS		
<b>Responsable de los datos e información</b>		
<b>Recopilación de datos</b>		
Establecimientos de salud que realizan la atención de los pacientes son los encargados del registro en los aplicativos del SIS (ARFSIS y SIASIS)		
<b>Procesamiento de datos</b>		
OGTI - SIS		
5. Determinación de valores y referencias adicionales		
<b>Valor basal</b>		
<b>47.01 % de asegurados accesan a prestaciones preventivas en el primer nivel de atención</b>		
Meta 1° Trimestre: 48.01%		
Meta 2° Trimestre: 49.51%		
Meta 3° Trimestre: 51%		
Meta 4° Trimestre: 52%		
<b>Referencias Bibliográficas</b>		
RM N° 464-2011/MINSA, que aprueba el Modelo de Atención Integral basado en familia y comunidad.		
RM N° 990-2010/MINSA, que aprueba la NTS N° 087-MINSA/DGSP V 01 Norma Técnica de Salud para el Control del Crecimiento y Desarrollo de la niña y el niño menor de cinco años.		
RM N° 070-2011/MINSA, que aprueba la Norma Técnica de Salud que establece el Esquema Nacional de Vacunación.		
<b>Comentarios Técnicos</b>		

*P*

*[Firma]*  
 Lic. No. R. Alejandro  
 Director General



*[Firma]*

**CONVENIO DE GESTION SUSCRITO ENTRE EL GOBIERNO REGIONAL DE APURIMAC Y EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD EN EL MARCO DEL ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD**

FICHA TECNICA MATERIA 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	1.7	Nombre del Indicador
Porcentaje niños con esquema CRED cumplido		
<b>Definición del indicador</b>		
Este indicador mide a los niños protegidos con CRED		
2. Relevancia del Indicador		
<b>Propósito</b>		
Medir el nivel de cumplimiento del paquete CRED en los niños en establecimientos de salud de la Región.		
<b>Justificación</b>		
Mide el nivel de cumplimiento del paquete CRED en los niños, aspectos relacionados al uso de servicio y la capacidad de respuesta del sistema de salud en		
3. Aspectos metodológicos de la estimación del indicador		
<b>Cálculo del Indicador</b>		<b>Numerador</b>
Niños de 1 a 11 meses, con numero de CREDs de acuerdo al esquema X 100		Niños de menores de 01 año nacidos a partir de la fecha de vigencia del Convenio Capitado, con número de CREDs de acuerdo al esquema X 100
		<b>Denominador</b>
Niños de 1 a 11 meses, afiliados al SIS		Total de niños de menores de 01 año nacidos a partir de la fecha de vigencia del Convenio Capitado, afiliados al SIS
<b>Supuestos</b>		<b>Representatividad</b>
El primer trimestre de evaluación será el 1er trimestre de la ejecución del Convenio. El corte para identificar a los asegurados es aquellos con fechas de nacimiento desde 01 mes anterior hasta el término del 1er trimestre. Fecha de Atención durante el 1er trimestre de evaluación. Fecha de Producción: el 1er trimestre hasta 02 meses después.		En el ambito de evaluación
<b>Frecuencia de medición</b>		
Trimestral		
4. Fuente de datos y flujo de la información		
<b>Fuente de datos</b>		
SIASIS		
<b>Responsable de los datos e información</b>		
<b>Recopilación de datos</b>		
Establecimientos de salud que realizan la atención de los pacientes y que registran en los aplicativos informaticos (ARFSIS Y SIASIS).		
<b>Procesamiento de datos</b>		
5. Determinación de valores y referencias adicionales		
<b>Estandares internacionales o valores de referencia</b>		
<b>Valor basal</b>		
% DE LOS NIÑOS DE 1 A 11 AÑOS TIENEN LOS CREDs COMPLETOS:		
Basal 1° Trimestre: 8.17%	Meta 1° Trimestre: 10.17%	
Basal 2° Trimestre: 7.23%	Meta 2° Trimestre: 14.17%	
Basal 3° Trimestre: 16.48%	Meta 3° Trimestre: 16.17%	
Basal 4° Trimestre: 10.57%	Meta 4° Trimestre: 12.17%	
<b>Referencias Bibliográficas</b>		
RM N° 990-2010-MINSA, que aprueba la NTS N° 087-MINSA/DGSP V 01 Norma Técnica de Salud para el Control del Crecimiento y Desarrollo de la niña y el niño menor de cinco años.		
<b>Comentarios Técnicos</b>		
Las metas trimestrales se han basado en los basales trimestrales y se ha considerado la baja en la atención por la temporada de lluvias. Al trimestre siguiente de iniciada la entrega masiva de DNI a los recién nacidos la meta subira al 25%.		

*[Handwritten signature]*  
**M.L. Noe R. Alvarado Rojas**  
 Director General



**CONVENIO DE GESTION SUSCRITO ENTRE EL GOBIERNO REGIONAL DE APURIMAC Y EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD EN EL MARCO DEL ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD**

<b>FICHA TECNICA MATRIZ DE INDICADORES ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD</b>		Area Responsable
		<b>Seguro Integral de Salud</b>
		<b>Gerencia de Riesgos y Evaluación de las Prestaciones</b>
1. Datos de identificación del Indicador		
<b>Código</b>	1.8	<b>Nombre del indicador</b>
<b>Porcentaje de mujeres parturientas con 6 controles prenatales y mas</b>		
Definición del indicador		
El indicador mide el porcentaje de mujeres que al momento de atenderse el parto tiene mas de 6 controles prenatales.		
2. Relevancia del Indicador		
Propósito		
Medir el cumplimiento de los controles prenatales en las gestantes.		
Justificación		
Mide el acceso de las gestantes a los servicios de atención prenatal. Un indicador proxy para medir los factores de riesgo de la mortalidad materna.		
3. Aspectos metodológicos de la estimación del indicador		
Cálculo del Indicador		Numerador
		Gestantes con parto registrado en APURIMAC y con 6 controles prenatales y mas durante su embarazo X 100
		Denominador
<u>Gestantes con parto registrado en APURIMAC y 6 Contr.Prenat. y mas X 100</u> Partos en el trimestre, registrados en APURIMAC		Partos en el trimestre, registrados en APURIMAC
Supuestos		Representatividad
Las gestantes que acuden para atención de parto a un establecimiento al cual están adscritos, o son atendidas en un establecimiento de la misma red. Se considera tambien en el denominador a los EESS de II nivel de atención con población adscrita que ha sido considerados dentro de la cápita.		En el ambito de evaluación
Frecuencia de medición		
Trimestral		
4. Fuente de datos y flujo de la información		
Fuente de datos		
SIASIS		
Responsable de los datos e información		
<b>Recopilación de datos</b> Establecimientos de salud que realizan la atención de los pacientes.		
<b>Procesamiento de datos</b> OEI		
5. Determinación de valores y referencias adicionales		
Estandares internacionales e valores de referencia		
Valor basal		
39.32 % DE LAS GESTANTES CON PARTO REGISTRADO EN APURIMAC TIENE 6 CONTROLES A MAS		
Meta 1° Trimestre: 41.82%		
Meta 2° Trimestre: 44.32%		
Meta 3° Trimestre: 46.82%		
Meta 4° Trimestre: 49.37%		
Referencias Bibliográficas		
Comentarios Técnicos		
En las evaluaciones subsiguientes a la primera se considerara el valor obtenido en la evaluación anterior.		

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

**Ministerio de Salud**  
**Gerencia de Riesgos y Evaluación de las Prestaciones**  
**Director General**



*[Handwritten signature]*

**Ministerio de Salud**  
**Gerencia de Riesgos y Evaluación de las Prestaciones**  
**Seguro Integral de Salud**

**CONVENIO DE GESTION SUSCRITO ENTRE EL GOBIERNO REGIONAL DE APURIMAC Y EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD EN EL MARCO DEL ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD**

<b>FICHA TECNICA MATRIZ DE INDICADORES ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD</b>	Area Responsable
	Seguro Integral de Salud
	Gerencia de Riesgos y Evaluación de las Prestaciones

1. Datos de identificación del Indicador		
<b>Codigo</b>	1.9	<b>Nombre del indicador</b>
		<b>Porcentaje de prestaciones de salud bucal</b>
<b>Definición del indicador</b>		
El indicador mide el porcentaje de prestaciones preventivas que corresponden a Salud Bucal		

2. Relevancia del Indicador	
<b>Propósito</b>	Medir el cumplimiento de las atenciones de salud bucal
<b>Justificación</b>	Mide el acceso de los asegurados a la prestación preventiva de salud bucal.

3. Aspectos metodológicos de la estimación del indicador					
<b>Cálculo del Indicador</b>	<table border="1"> <tr> <td><b>Numerador</b></td> <td>N° de prestaciones de Salud Bucal X 100</td> </tr> <tr> <td><b>Denominador</b></td> <td>N° de prestaciones preventivas registradas en EESS de nivel I y en II con población adscrita en la Región APURIMAC</td> </tr> </table>	<b>Numerador</b>	N° de prestaciones de Salud Bucal X 100	<b>Denominador</b>	N° de prestaciones preventivas registradas en EESS de nivel I y en II con población adscrita en la Región APURIMAC
<b>Numerador</b>	N° de prestaciones de Salud Bucal X 100				
<b>Denominador</b>	N° de prestaciones preventivas registradas en EESS de nivel I y en II con población adscrita en la Región APURIMAC				
<b>Supuestos</b>	<p>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.</p>				
<b>Representatividad</b>	En el ámbito de evaluación				
<b>Frecuencia de medición</b>	Trimestral				

4. Fuente de datos y flujo de la información	
<b>Fuente de datos</b>	SIASIS
<b>Responsable de los datos e información</b>	<p><b>Recopilación de datos</b> Establecimientos de salud que realizan la atención de los pacientes.</p> <p><b>Procesamiento de datos</b> OGTI</p>

5. Determinación de valores y referencias adicionales	
<b>Estandares internacionales o valores de referencia</b>	
<b>Valor basal</b>	7.79 % de las prestaciones preventivas son de salud bucal
<b>Meta 1° Trimestre:</b>	8.04%
<b>Meta 2° Trimestre:</b>	8.29%
<b>Meta 3° Trimestre:</b>	8.54%
<b>Meta 4° Trimestre:</b>	8.79%
<b>Referencias Bibliográficas</b>	
<b>Comentarios Técnicos</b>	En las evaluaciones subsiguientes a la primera se considerara el valor obtenido en la evaluación anterior.

*P*

*24*

Med. M. A. Alvarado Rojas  
DIRECTOR GENERAL



**CONVENIO DE GESTION SUSCRITO ENTRE EL GOBIERNO REGIONAL DE APURIMAC Y EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD EN EL MARCO DEL ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD**

<b>FICHA TECNICA MATRIZ DE INDICADORES ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD</b>	Area Responsable
	Seguro Integral de Salud
	Gerencia de Riesgos y Evaluación de las Prestaciones

1. Datos de identificación del Indicador	
<b>Codigo</b>	1.10
<b>Nombre del indicador</b>	
Porcentaje de prestaciones de profilaxis antiparasitaria	
<b>Definición del indicador</b>	
El indicador mide el porcentaje de prestaciones preventivas que corresponden a Profilaxis Antiparasitaria	

2. Relevancia del Indicador	
<b>Propósito</b>	
Medir el cumplimiento de las atenciones de profilaxis antiparasitaria	
<b>Justificación</b>	
Mide el acceso de los asegurados a la prestación preventiva de profilaxis antiparasitaria	

3. Aspectos metodológicos de la estimación del indicador	
<b>Cálculo del Indicador</b>	<b>Numerador</b>
$\frac{\text{N}^\circ \text{ de prestaciones de Profilaxis Antiparasitaria} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ de prestaciones preventivas registradas en EESS de nivel I y II con población adscrita en la Región APURIMAC}}$	Nº de prestaciones de Profilaxis Antiparasitaria
	<b>Denominador</b>
	Nº de prestaciones preventivas registradas en EESS de I Nivel de Atención y en los de categoría II en APURIMACC
<b>Supuestos</b>	<b>Representatividad</b>
No se cambien condiciones de las prestaciones preventivas establecidas por el MINSU. Se considera también a los EESS que han sido considerados para el Cápita.	En el ámbito de evaluación
<b>Frecuencia de medición</b>	
Trimestral	

4. Fuente de datos y flujo de la información	
<b>Fuente de datos</b>	
SIASIS	
<b>Responsable de los datos e información</b>	
<b>Recopilación de datos</b>	
Establecimientos de salud que realizan la atención de los pacientes.	
<b>Procesamiento de datos</b>	
OGTI	

5. Determinación de valores y referencias adicionales	
<b>Estandares internacionales o valores de referencia</b>	
<b>Valor basal</b>	
2.71 % de las prestaciones preventivas son de profilaxis antiparasitaria	
Meta 1º Trimestre: 2.96%	
Meta 2º Trimestre: 3.21%	
Meta 3º Trimestre: 3.46%	
Meta 4º Trimestre: 3.71%	
<b>Referencias Bibliográficas</b>	
<b>Comentarios Técnicos</b>	
En las evaluaciones subsiguientes a la primera se considerara el valor obtenido en la evaluación anterior.	

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

**Dr. José P. Alvarado Rojas**  
COP. 2790  
DIRECTOR GENERAL



**CONVENIO DE GESTION SUSCRITO ENTRE EL GOBIERNO REGIONAL DE APURIMAC Y EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD EN EL MARCO DEL ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD**

<b>FICHA TECNICA MATRIZ DE INDICADORES ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD</b>	Area Responsable
	Seguro Integral de Salud
	Gerencia de Riesgos y Evaluación de las Prestaciones

1. Datos de identificación del Indicador		
<b>Codigo</b>	1.11	<b>Nombre del Indicador</b>
		Porcentaje de prestaciones de Salud Reproductiva
<b>Definición del indicador</b>		
El indicador mide el porcentaje de prestaciones preventivas que corresponden a Salud Reproductiva		

2. Relevancia del Indicador	
<b>Propósito</b>	
Medir el cumplimiento de las atenciones de Salud Reproductiva	
<b>Justificación</b>	
Mide el acceso de los asegurados a la prestación preventiva de salud reproductiva.	
3. Aspectos metodológicos de la estimación del indicador	
<b>Cálculo del Indicador</b>	<b>Numerador</b>
$\frac{\text{N}^\circ \text{ de prestaciones de Salud Reproductiva} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ de prestaciones preventivas registradas en EESS de nivel I y en los de categoría II con población adscrita en la Región APURIMAC}}$	N° de prestaciones de Salud Reproductiva X 100
	<b>Denominador</b>
	N° de prestaciones preventivas registradas en EESS de I Nivel de Atención en el APURIMACC
<b>Supuestos</b>	<b>Representatividad</b>
No se cambien condiciones de las prestaciones preventivas establecidas por el MINSA. Se considera también a los EESS que han sido considerados para el Cápita.	En el ámbito de evaluación

<b>Frecuencia de medición</b>	
Trimestral	
4. Fuente de datos y flujo de la información	
<b>Fuente de datos</b>	
SIASIS	
<b>Responsable de los datos e información</b>	
<b>Recopilación de datos</b>	
Establecimientos de salud que realizan la atención de los pacientes.	
<b>Procesamiento de datos</b>	
OGTI	

5. Determinación de valores y referencias adicionales	
<b>Estandares internacionales o valores de referencia</b>	
<b>Valor basal</b>	
13.38 % de las prestaciones preventivas son de salud reproductiva	
Meta 1° Trimestre: 13.6%	
Meta 2° Trimestre: 13.9%	
Meta 3° Trimestre: 14.13%	
Meta 4° Trimestre: 14.38%	
<b>Referencias Bibliográficas</b>	
<b>Comentarios Técnicos</b>	
En las evaluaciones subsiguientes a la primera se considerara el valor obtenido en la evaluación anterior.	

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

**Min. Mica A. Alvarado Rojas**  
 Director General

**MINISTERIO DE SALUD**  
 GERENCIA GREP  
 SEGURO INTEGRAL DE SALUD

**SEGURO INTEGRAL DE SALUD**  
 Gerencia de  
 Negocios y  
 Mejoramiento



**CONVENIO DE GESTION SUSCRITO ENTRE EL GOBIERNO REGIONAL DE APURIMAC Y EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD EN EL MARCO DEL ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD**

<b>FICHA TECNICA MATRIZ DE INDICADORES ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD</b>	Area Responsable
	Seguro Integral de Salud
	Gerencia de Riesgos y Evaluación de las Prestaciones

1. Datos de identificación del Indicador		
Codigo	I.12	Nombre del indicador
		Porcentaje de Referencias justificadas en Emergencia
Definición del indicador		
El indicador mide el porcentaje de las prestaciones que tiene como destino la referencia y se quiere ver cuantas son justificadas.		

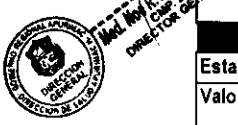
2. Relevancia del Indicador	
<b>Propósito</b>	Medir la capacidad de referencias que son justificadas en el I nivel de Atención
<b>Justificación</b>	Mide la capacidad resolutive del I Nivel de Atención.

3. Aspectos metodológicos de la estimación del indicador					
<b>Cálculo del Indicador</b>	<table border="1"> <tr> <td align="center"> <math display="block">\frac{\text{N}^\circ \text{ de Referencias justificadas en Emergencia del I Nivel de atención a otros niveles} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ Total de Referencias en Emergencia realizadas}}</math> </td> <td> <b>Numerador</b> N° de Referencias justificadas del I Nivel de atención a otros niveles                 </td> </tr> <tr> <td></td> <td> <b>Denominador</b> N° Total de Referencias realizadas                 </td> </tr> </table>	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de Referencias justificadas en Emergencia del I Nivel de atención a otros niveles} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ Total de Referencias en Emergencia realizadas}}$	<b>Numerador</b> N° de Referencias justificadas del I Nivel de atención a otros niveles		<b>Denominador</b> N° Total de Referencias realizadas
$\frac{\text{N}^\circ \text{ de Referencias justificadas en Emergencia del I Nivel de atención a otros niveles} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ Total de Referencias en Emergencia realizadas}}$	<b>Numerador</b> N° de Referencias justificadas del I Nivel de atención a otros niveles				
	<b>Denominador</b> N° Total de Referencias realizadas				
<b>Supuestos</b>	<b>Representatividad</b>				
Son tomados todos los FUAS que tienen como destino "Referido" en EESS de I Nivel de Atención. Se considera también a los EESS de II nivel de atención con población adscrita que ha sido considerados dentro de la capita.	En el ambito de evaluación				
<b>Frecuencia de medición</b>					
Trimestral					

4. Fuente de datos y flujo de la información	
<b>Fuente de datos</b>	SIASIS
<b>Responsable de los datos e información</b>	
<b>Recopilación de datos</b>	Establecimientos de salud que realizan la atención de los pacientes.
<b>Procesamiento de datos</b>	OGTI

5. Determinación de valores y referencias adicionales	
<b>Estandares internacionales o valores de referencia</b>	
Valor basal	
Meta 1° Trimestre:	
Meta 2° Trimestre:	
Meta 3° Trimestre:	
Meta 4° Trimestre:	
<b>Referencias Bibliográficas</b>	
<b>Comentarios Técnicos</b>	
En las evaluaciones subsiguientes a la primera se considerara el valor obtenido en la evaluación anterior.	

*[Handwritten signatures and initials]*



*[Handwritten signature]*