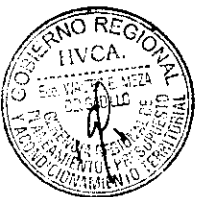


TERCERA ADENDA AL CONVENIO DE GESTIÓN PARA LA IMPLEMENTACIÓN, DESARROLLO Y EJECUCIÓN DEL PLAN ESENCIAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD EN EL PROCESO DE ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD SUSCRITO ENTRE EL GOBIERNO REGIONAL DE HUANCAMELICA Y EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD

TERCERA ADENDA AL CONVENIO DE GESTIÓN PARA LA IMPLEMENTACIÓN, DESARROLLO Y EJECUCIÓN DEL PLAN ESENCIAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD EN EL PROCESO DE ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD SUSCRITO ENTRE EL GOBIERNO REGIONAL DE HUANCAMELICA Y EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD

Conste por el presente documento, la Tercera Adenda al **Convenio de Gestión para la Implementación, Desarrollo y Ejecución del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud en el Proceso de Aseguramiento Universal en Salud**, que celebran de una parte el **GOBIERNO REGIONAL DE HUANCAMELICA**, con R.U.C. N° 20486020882, con domicilio en Jr. Torre Tagle Nro. 336 - Cercado, Distrito de Huancavelica, provincia Huancavelica y departamento de Huancavelica, debidamente representado por su Presidente Regional **MACISTE DIAZ ABAD** identificado con DNI N° 23714956, con Credencial extendida por el Jurado Nacional de Elecciones en fecha 21 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, 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 212, Urb Maranga, San Miguel, Lima, representado por su Jefe Institucional (e), **JOSE CARLOS DEL CARMEN SARA**, identificado con Documento Nacional de Identidad N° 06980022, encargado mediante Resolución Suprema N° 029-2011-SA, que en adelante se denominará **SIS**; de acuerdo a los términos y condiciones siguientes:



CLÁUSULA PRIMERA: ANTECEDENTES

Con fecha 10 de junio del 2011, el **SIS** y el **GOBIERNO REGIONAL**, celebraron un **Convenio de Gestión para la Implementación, Desarrollo y Ejecución del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud en el Proceso de Aseguramiento Universal en Salud**, con el Objeto de:

- Establecer las obligaciones que asumen ambas partes para la implementación, desarrollo y ejecución del PEAS en el proceso del AUS, en el ámbito jurisdiccional del GOBIERNO REGIONAL.
- 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 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.
- 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 Explícitas establecidas en el presente convenio para la implementación del PEAS.

Con fecha 28 de junio del 2011, el **SIS** y el **GOBIERNO REGIONAL**, celebraron la Primera Adenda al Convenio de Gestión para la Implementación, Desarrollo y Ejecución del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud en el Proceso de Aseguramiento Universal en Salud, con el Objeto de incorporar como parte integrante del Convenio de Gestión para la Implementación, Desarrollo y Ejecución del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud en el Proceso de Aseguramiento Universal en Salud, las siguientes cláusulas:

- Establecer el 1° de julio de 2011 como fecha de inicio del financiamiento de las prestaciones del I nivel de atención de la Región Huancavelica bajo el mecanismo de pago capitado. Las prestaciones brindadas antes de esa fecha se registrarán bajo las normas establecidas por el mecanismo de pago anterior.
- Determinar el cronograma de las transferencias financieras.



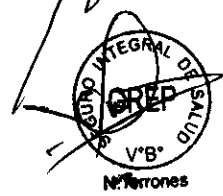
J. Del Carmen



JSA



I. Zanetti



N. Ferrones



TERCERA ADENDA AL CONVENIO DE GESTIÓN PARA LA IMPLEMENTACIÓN, DESARROLLO Y EJECUCIÓN DEL PLAN ESENCIAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD EN EL PROCESO DE ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD SUSCRITO ENTRE EL GOBIERNO REGIONAL DE HUANCVELICA Y EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD

- Precisar que la transferencia por el mecanismo de pago capitado para establecimientos del primer nivel de atención incluye el financiamiento de las prestaciones de los asegurados en el marco del AUS y en forma transitoria, las prestaciones de los asegurados en el marco del Decreto Supremo N° 004-2007-SA en tanto éstos migren gradualmente al aseguramiento en el marco de la Ley N° 29344.

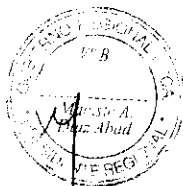
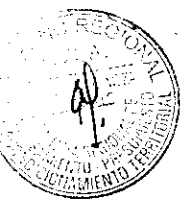
Con fecha 30 de noviembre del 2011, el SIS y el GOBIERNO REGIONAL, celebraron la Segunda Adenda al Convenio de Gestión para la Implementación, Desarrollo y Ejecución del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud en el Proceso de Aseguramiento Universal en Salud, con el Objeto de incorporar como parte integrante del Convenio de Gestión para la Implementación, Desarrollo y Ejecución del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud en el Proceso de Aseguramiento Universal en Salud, las siguientes cláusulas:

- Establecer que el Gobierno Regional de Huancavelica debe comprometerse a prioritariamente reponer los medicamentos e insumos utilizados en las prestaciones de salud y se establece en que rubros no puede utilizar el dinero trasferido por el SIS.
- Que el Hospital Regional de Huancavelica podrá brindar atenciones de salud a toda la población de Huancavelica que lo solicite, y estas prestaciones de primer nivel serán valorizadas y descontadas de la siguiente transferencia por cápita programado a la DIRESA.
- Incorporar las fichas técnicas de los indicadores.

CLAUSULA SEGUNDA: OBJETO DE LA ADENDA

La presente Adenda tiene por objeto, conforme lo declaran las partes contratantes, el de incorporar como parte integrante del **Convenio de Gestión para la Implementación, Desarrollo y Ejecución del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud en el Proceso de Aseguramiento Universal en Salud**, los siguientes acuerdos:

- Eliminar del Convenio los numerales 10.3, 10.4 y 10.5 de la Cláusula Décima, por considerarse que, dadas las dificultades de gestión que tiene la DIRESA, serían sólo un obstáculo para el pago del incentivo.
- El plazo para el registro de prestaciones en el ARFSIS o SIASIS será de 60 días.
- Dejar sin efecto el numeral 2.1. de la Cláusula Segunda de la Segunda Adenda al Convenio de Gestión para la Implementación, Desarrollo y Ejecución del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud en el Proceso de Aseguramiento Universal en Salud,
- Establecer que el Gobierno Regional de Huancavelica se compromete a **NO** usar el dinero transferido en los siguientes rubros:
 - Contratación de recursos humanos bajo modalidad CAP
 - Compra de vehículos
 - Construcción de nueva infraestructura
 - Actividades de capacitación (excepto capacitación operativa y la capacitación al personal en normativa MINSa y/o SIS)
- Establecer que el monto por pago capitado de toda la población asegurada de Huancavelica para el periodo julio 2012- junio 2013 es de **S/ 13,552,159.60** nuevos soles.
- La cápita será distribuida de la siguiente manera:
 - 70% de forma adelantada (S/ 8, 786,512.0)
 - 30% al cumplimiento de las metas de los indicadores del convenio (S/ 3,765,648.0)
 - Un millón de soles de incentivo para el personal de la DIRESA al cumplimiento del 100% de los indicadores al final de los cuatro trimestres.
- La distribución del cápita seguirá los siguientes criterios:



J. Del Carmen



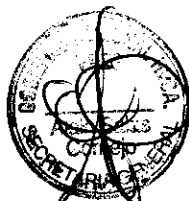
J. Del Carmen



L. Zanetti



N. Terrones



TERCERA ADENDA AL CONVENIO DE GESTIÓN PARA LA IMPLEMENTACIÓN, DESARROLLO Y EJECUCIÓN DEL PLAN ESENCIAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD EN EL PROCESO DE ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD SUSCRITO ENTRE EL GOBIERNO REGIONAL DE HUANCVELICA Y EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD

- Población
- Índice de Desarrollo humano
- Nivel de dispersión geográfica
- Porcentaje de población indígena

- La distribución del cápita (S/. 12,552,159.60) se hará a nivel de provincia tal como se muestra a continuación:

Provincia	N° U.E.	Población 2012	70%	30%
HUANCVELICA	803	114,446	2,283,751	978,751
ACOBAMBA	1303	52,542	1,156,476	495,633
ANGARAES	1304	47,556	1,033,152	442,779
CASTROVIRREYNA	1301	18,247	527,686	226,151
CHURCAMPA	1300	43,562	980,121	420,052
HUAYTARA	1302	23,520	619,330	265,427
TAYACAJA	1048	110,039	2,185,996	936,855
TOTAL REGION		409,912	8,786,512	3,765,648

Las prestaciones **no** incluidas en cápita y que se pagarán aparte son:

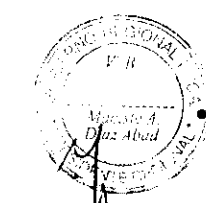
- Las prestaciones de sepelio
- La asignación de alimentación en las casas de Espera
- Los gastos de la contrarreferencia (incluye la alimentación del familiar): los establecimientos que contrarreferirán son los I-3 y I-4
- Las prótesis dentales de los beneficiarios de la Pensión 65.
- Las atenciones a los asegurados de Essalud

- Incluir las definiciones operacionales:

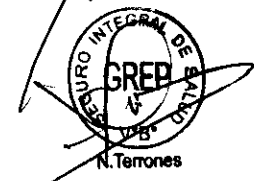
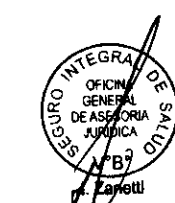
- **Control Prestacional:** Aplicación de procedimientos, metodologías y herramientas que utilizará el SIS para evaluar las prestaciones de salud y/o administrativas que se brindan en el marco del presente convenio.
- **Proceso Control Presencial Posterior:** Es la evaluación y verificación documentaria in situ de las prestaciones de salud, registradas por los EESS en el aplicativo informático ARFSIS/SIASIS y brindadas a los asegurados del SIS.

- Incluir las siguientes obligaciones a los actores:

- **A la DIRESA:**
 - Deberá brindar al SIS las facilidades para la realización de intervenciones de supervisión a nivel de DIRESA, Unidades Ejecutoras y de establecimientos de salud.
 - 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.
- **A los establecimientos de salud del primer nivel de atención:**
 - 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.
 - Atender a la población asegurada de su ámbito de adscripción en prestaciones recuperativas.



JR



TERCERA ADENDA AL CONVENIO DE GESTIÓN PARA LA IMPLEMENTACIÓN, DESARROLLO Y EJECUCIÓN DEL PLAN ESENCIAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD EN EL PROCESO DE ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD SUSCRITO ENTRE EL GOBIERNO REGIONAL DE HUANCAMELICA Y EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD

- Para el caso de prestaciones preventivas se atenderá a la población sin considerar su adscripción, es decir en cualquier establecimiento de salud de primer nivel de atención de la región. Estas prestaciones podrán ser registradas en el SIASIS y ARFSIS.
- Cuando la patología supere la capacidad resolutive del establecimiento de salud, se procederá a la referencia a un establecimiento de mayor capacidad resolutive.

- **Al SIS Central:**

- Garantizar el buen funcionamiento del SIASIS a fin de que las UE puedan informar al SIS el número de atenciones y atendidos, y permitir el uso de los reportadores progresivamente en horarios más extendidos.
- Socializar a las Unidades Ejecutoras a través de la UDR Huancavelica 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.

- **A la UDR Huancavelica:**

- Remitir mensualmente la base de datos de afiliaciones, inscripciones y atenciones a la DIRESA Huancavelica

Modificar la condición de evaluación de los indicadores para el pago del bono del 30%, permitiendo que se evalúe y se pague de manera individual el cumplimiento de los mismos. Los nuevos términos de la evaluación son:

- El pago del 30% 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.
- El pago del 30% 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 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 30% del cápita * Peso ponderado del Indicador.

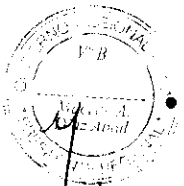
Monto de pago de Indicador con meta NO cumplida:

Incentivo del 30% del cápita * Peso ponderado del Indicador * porcentaje de cumplimiento del indicador * factor de ajuste

- 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.

- Se aplicarán las reglas de validación automáticas al total de las prestaciones financiadas por el presente convenio lo que se utilizará como información para monitorear el cumplimiento de indicadores, mas **no será causal de aplicación de descuento del monto trimestral a transferir.**

- Se monitorizará el cumplimiento de algunas Garantías Explícitas 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**, las garantías son las siguientes:



TERCERA ADENDA AL CONVENIO DE GESTIÓN PARA LA IMPLEMENTACIÓN, DESARROLLO Y EJECUCIÓN DEL PLAN ESENCIAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD EN EL PROCESO DE ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD SUSCRITO ENTRE EL GOBIERNO REGIONAL DE HUANCVELICA Y EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD

- o El primer control del recién nacido se programará entre los 7 y 15 días de vida.
- o El tamizaje de anemia será realizado en todo menor de 3 años, una vez al año.
- o 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.
- o 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.
- o A toda niña/niño con deshidratación sin shock se le administrará terapia de rehidratación oral durante 4 horas.



- Se realizará el Proceso Control Presencial Posterior (PCPP) a las prestaciones financiadas por el presente convenio, para verificar cumplimiento según estándares establecidos y la medición del indicador correspondiente, **mas no serán aplicados para descuento del monto trimestral a transferir.**

- Se considera prestaciones que corresponden al nivel II de atención, brindadas por los **ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE CATEGORÍA II – 1 CON POBLACIÓN ADSCRITA** (Hospital de Pampas), 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.

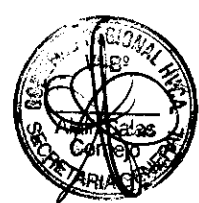
Sólo se consideraran algunos códigos CIE 10 para los siguientes códigos de servicio:

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

CÓDIGO DE PRESTACIÓN	062 "Atención de Emergencia". 063 "Atención de Emergencia con observación"
	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.
CIE – 10	E100-E15X, R42X, K920-K922, K720-K729, K420-K429, S010-S019, S210-S219, S310-S318, S410-S418, S510-S519, S610-S619, S710-S718, S810-S819, S910-S917, T010-T019, S011, S001, S002, S023, S040-S044, S050-S059, H330-H359, I00X-I019, A000-A009, E86X-E878, N020-N23X, T784, N393, R32X, N218, T150-T199, W44X-W45X, M795, S034-S035, P110-P119, S00X-S009, S062-S063, S068-S099, S141-S179, S101-S109, S197-S208, S241-S309, S341-S409, S440-S509, S540-S609, S640-S709, S740-S809, S837-S899, N741-N748, D65X, D680-D729, G08X, I800-I809, B023, R21X, R501, G443, T001-T148, T200-T329.

En estos últimos códigos de servicio (062-063), se incluyen además otros códigos CIE 10 **SÓLO PARA NIÑOS MENORES DE 12 AÑOS:**

CÓDIGO DE PRESTACIÓN	062 "Atención de Emergencia". 063 "Atención de Emergencia con observación"
CIE – 10	<ul style="list-style-type: none"> • Si fuera menor o igual a 3 meses cualquier código CIE 10. • 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.



TERCERA ADENDA AL CONVENIO DE GESTIÓN PARA LA IMPLEMENTACIÓN, DESARROLLO Y EJECUCIÓN DEL PLAN ESENCIAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD EN EL PROCESO DE ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD SUSCRITO ENTRE EL GOBIERNO REGIONAL DE HUANCVELICA Y EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD

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

CÓDIGO DE PRESTACIÓN	054 "Atención de Parto Vaginal".
CIE - 10	O028-O029, O100-O469, O48X, O60X - O899, Z 350-Z359

c. Para el código de servicio 056: Sólo se considerarán aquellas prestaciones realizadas por médico especialista con registro nacional de especialista (RNE).

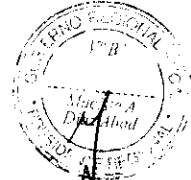
- Por otra parte, la DIRESA podrá solicitar para aquellas prestaciones consideradas dentro de la cápita y que de acuerdo a su análisis corresponden al nivel II de atención, sean retiradas de la cápita, para tal efecto deberán ser evaluadas por la UDR. De ser el caso, las prestaciones retiradas de la cápita serán evaluadas por Proceso de Evaluación Automática (PEA) y se pagarán de acuerdo al tarifario vigente. Para tal efecto, el SIS entregará mensualmente el reporte de las prestaciones incluidas en el Cápita. Este procedimiento se denomina **AJUSTE POSITIVO**.

Dado que las prestaciones de primer nivel ya están calculadas y financiadas por la cápita, todas las prestaciones de primer nivel de Consulta Externa y las de Emergencia que hayan sido referidas del primer nivel de atención, que correspondan atenderlas en el primer nivel de atención, y hayan sido realizadas por **ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE II NIVEL SIN POBLACIÓN ADSCRITA** (Hospital Regional de Huancavelica), serán valorizadas y descontadas de la siguiente transferencia programada por cápita. Este procedimiento se denomina **AJUSTE NEGATIVO**. Las prestaciones para descuento serán las siguientes:

CÓDIGO DE PRESTACIÓN	056 "Consulta Externa".
CIE - 10	Z001; J00X; J029; J039; Z003; Z304; J068; Z349; K021; J209; A09X; B829; N390; Z298; H109; B369; Z392; K020; K050; Z300; B86X; L239; D509; Z369; H103; Z713; Z012; A071; B779; L309; Z724; L010; Z014.entre otros diagnosticos de primer nivel de atención.

CÓDIGO DE PRESTACIÓN	062 "Atencion de Emergencia " y 063 "Atención de Emergencia con Observación" ambos codigos con concepto prestacional REFERIDO.
CIE - 10	Z001; J00X; J029; J039; Z003; Z304; J068; Z349; K021; J209; A09X; B829; N390; Z298; H109; B369; Z392; K020; K050; Z300; B86X; L239; D509; Z369; H103; Z713; Z012; A071; B779; L309; Z724; L010; Z014.entre otros diagnosticos de primer nivel de atención.

- Los indicadores del segundo año son los siguientes:
 - 1.1 EESS nivel I3 cuenta con Equipo Básico de Atención Primaria (Médico, Lic. Enfermería, Lic. Obstetricia y Técnico en Enfermería)
 - 1.2 EESS cuentan con equipo de cómputo y personal digitador
 - 1.3 Personal de EESS I-1 y I-2 conoce el Convenio
 - 1.4 Porcentaje de asegurados atendidos en el I Nivel de Atención
 - 1.5 Porcentaje de Prestaciones Preventivas en el Primer Nivel de Atención
 - 1.6 Porcentaje niños con esquema CRED cumplido
 - 1.7 Porcentaje de mujeres parturientas con 6 controles prenatales y más
 - 1.8 Porcentaje de prestaciones de salud bucal
 - 1.9 Porcentaje de prestaciones de profilaxis antiparasitaria
 - 1.10 Porcentaje de prestaciones de salud reproductiva



JM



TERCERA ADENDA AL CONVENIO DE GESTIÓN PARA LA IMPLEMENTACIÓN, DESARROLLO Y EJECUCIÓN DEL PLAN ESENCIAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD EN EL PROCESO DE ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD SUSCRITO ENTRE EL GOBIERNO REGIONAL DE HUANCVELICA Y EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD

- I.11 Porcentaje de Referencias justificadas en emergencia
- I.12 Porcentaje de prestaciones observadas por PEA
- I.13 Porcentaje de prestaciones rechazadas por PCPP
- I.14 Porcentaje de ejecución del Componente de Reposición

CLÁUSULA TERCERA: DECLARACIÓN DE LAS PARTES:

El SIS y el GOBIERNO REGIONAL declaran que los demás términos y condiciones del contrato de financiamiento suscrito entre las mismas partes se mantienen vigentes e inalterables en cuanto no se opongan a la presente adenda.

En fe de lo cual, los representantes legalmente autorizados, firman la presente Addenda, en dos ejemplares de igual tenor y validez legal, en la ciudad de Lima a los 25 días del mes de Julio del año 2012.



J. Del Carmen



Maciste Díaz Abad

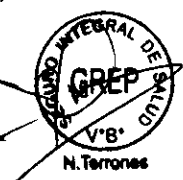
MACISTE DÍAZ ABAD
Presidente Regional
Gobierno Regional de Huancavelica

José Carlos del Carmen Sara

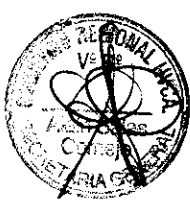
JOSÉ CARLOS DEL CARMEN SARA
Jefe Institucional (e)
Seguro Integral de Salud



I. Zanetti



N. Terrones



TERCERA ADENDA AL CONVENIO DE GESTIÓN PARA LA IMPLEMENTACIÓN, DESARROLLO Y EJECUCIÓN DEL PLAN ESENCIAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD EN EL PROCESO DE ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD SUSCRITO ENTRE EL GOBIERNO REGIONAL DE HUANCAMELICA Y EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD

ANEXO N° 1

Pesos ponderados y factores de ajuste de indicadores

N°	NOMBRE DEL INDICADOR	INCENTIVO AL 30%	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LA META	PESO PONDERADO	FACTOR DE AJUSTE	MONTO A PAGAR POR INDICADOR
I.1	EESS nivel I3 cuenta con Equipo Básico de Atención Primaria (Médico, Lic. Enfermería, Lic. Obstetricia y Técnico en Enfermería)	338,908		0.09	0.8	
I.2	EESS cuentan con equipo de cómputo y personal digitador	263,595		0.07	0.8	
I.3	Personal de EESS I-1 y I-2 conoce el Convenio	263,595		0.07	0.8	
I.4	Porcentaje de asegurados atendidos en el I Nivel de Atención	338,908		0.09	0.8	
I.5	Porcentaje de Prestaciones Preventivas en el Primer Nivel de Atención	338,908		0.09	0.8	
I.6	Porcentaje niños con esquema CRED cumplido	301,252		0.08	0.8	
I.7	Porcentaje de mujeres parturientas con 6 controles prenatales y mas	301,252		0.08	0.8	
I.8	Porcentaje de prestaciones de salud bucal	263,595		0.07	0.8	
I.9	Porcentaje de prestaciones de profilaxis antiparasitaria	301,252		0.08	0.8	
I.10	Porcentaje de prestaciones de salud reproductiva	338,908		0.09	0.8	
I.11	Porcentaje de Referencias justificadas en emergencia	188,282		0.05	0.8	
I.12	Porcentaje de prestaciones observadas por PEA	188,282		0.05	0.8	
I.13	Porcentaje de prestaciones rechazadas por PCPP	225,939		0.06	0.8	
I.14	Porcentaje de ejecución del Componente de Reposición	112,969		0.03	0.8	

EJEMPLO:

NOMBRE DEL INDICADOR	INCENTIVO AL 20%	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LA META	PESO PONDERADO	FACTOR DE AJUSTE	MONTO A PAGAR POR INDICADOR
EESS nivel I3 cuenta con Equipo Básico de Atención Primaria (Médico, Lic. Enfermería, Lic. Obstetricia y Técnico en Enfermería)	7,000	0.8	0.07	0.8	4,480
Puntos de digitación con interconexión implementada	7,000	1	0.07	0.8	7,000

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

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

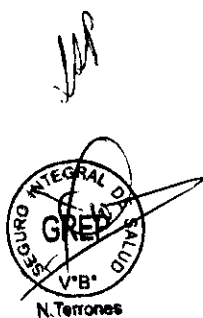


TERCERA ADENDA AL CONVENIO DE GESTIÓN PARA LA IMPLEMENTACIÓN, DESARROLLO Y EJECUCIÓN DEL PLAN ESENCIAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD EN EL PROCESO DE ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD SUSCRITO ENTRE EL GOBIERNO REGIONAL DE HUANCAMELICA Y EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD

ANEXO N° 2

METAS TRIMESTRALES DE LOS INDICADORES DEL CONVENIO

N°	NOMBRE DEL INDICADOR	VALOR BASAL	META TRIMESTRAL			
			I TRIMESTRE	II TRIMESTRE	III TRIMESTRE	IV TRIMESTRE
I.1	EESS nivel I3 cuenta con Equipo Básico de Atención Primaria (Médico, Lic. Enfermería, Lic. Obstetricia y Técnico en Enfermería)	34%	38.64%	43.18%	47.73%	52.27%
I.2	EESS cuentan con equipo de cómputo y personal digitador	3.8%	4.30%	4.8%	5.3%	5.8%
I.3	Personal de EESS I-1 y I-2 conoce el Convenio					
I.4	Porcentaje de asegurados atendidos en el I Nivel de Atención	13.70%	14.70%	15.70%	16.70%	17.70%
I.5	Porcentaje de Prestaciones Preventivas en el Primer Nivel de Atención	11.40%	11.90%	12.40%	13.90%	15.90%
I.6	Porcentaje niños con esquema CRED cumplido	16% I TR. 9.7% II T. 14% III T. 10% VI T.	16%	10%	17%	18%
I.7	Porcentaje de mujeres parturientas con 6 controles prenatales y mas	47.20%	50%	53%	55%	57%
I.8	Porcentaje de prestaciones de salud bucal	5.90%	6%	8%	9%	11.70%
I.9	Porcentaje de prestaciones de profilaxis antiparasitaria	3.20%	3.20%	3.30%	4.50%	6%
I.10	Porcentaje de prestaciones de salud reproductiva	18.50%	18.50%	19%	19.50%	20%
I.11	Porcentaje de Referencias justificadas en emergencia					
I.12	Porcentaje de prestaciones observadas por PEA	1.69%	1.69%	1.69%	1.69%	1.69%
I.13	Porcentaje de prestaciones rechazadas por PCPP	40%	38%	36%	34%	32%
I.14	Porcentaje de ejecución del Componente de Reposición	100%	100%	100%	100%	100%



TERCERA ADENDA AL CONVENIO DE GESTIÓN PARA LA IMPLEMENTACIÓN, DESARROLLO Y EJECUCIÓN DEL PLAN ESENCIAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD EN EL PROCESO DE ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD SUSCRITO ENTRE EL GOBIERNO REGIONAL DE HUANCAYELICA Y EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD

ANEXO N° 3

FICHAS TÉCNICAS DE LOS INDICADORES DEL CONVENIO

FICHA TÉCNICA MATRIZ DE INDICADORES CAPITA HUANCAYELICA		Area Responsable
		Seguro Integral de Salud
		Gerencia de Riesgos y Evaluación de las Prestaciones
1. Datos de identificación del Indicador		
Código	I.1	Nombre del indicador
		EESS nivel I3 que cuentan con 02 Equipos Básicos de Atención Primaria
Definición del indicador		
Mide los establecimientos de salud que cuentan con el equipo básico de salud para atención primaria conformado por Médico, Lic. Enfermería, Lic. Obstetricia y Técnico en Enfermería.		
2. Relevancia del Indicador		
Propósito		
Verificar si la DIRESA ha alcanzado la meta en relación al número de establecimientos que cuentan con el equipo básico de atención en salud basado en comunidad y familia		
Justificación		
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 número de establecimientos que cuentan con el.		
3. Aspectos metodológicos de la estimación del indicador		
Cálculo del indicador		Valor del indicador.
$\frac{\text{N}^\circ \text{ EESS I-3 con 2 equipos básicos de atención en salud basado en C y F} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ total de EESS I-3}}$		Porcentaje de los EESS I - 3 que cuentan con Equipo Básico de Atención en Salud basado en comunidad y familia.
Supuestos		Representatividad
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, deberá ser reemplazado por otro, el mismo que no será contabilizado en el cumplimiento de la meta.		En su ámbito de evaluación.
Niveles de desagregación		Frecuencia de medición
Regional, establecimientos de primer nivel categoría I - 3		Trimestral
4. Fuente de datos y flujo de la información		
Fuente de datos		
Verificación ins situ por parte de la UDR de acuerdo a la relación de establecimientos que entregue la DIRESA 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.		
Responsable de los datos e información		
Recopilación de datos La DIRESA HUANCAYELICA su ejecutora y establecimientos de salud. Procesamiento de datos SIS		
5. Determinación de valores y referencias adicionales		
Valor basal		
34%		
Meta 1° Trimestre: 38.64%		
Meta 2° Trimestre: 43.18%		
Meta 3° Trimestre: 47.73%		
Meta 4° Trimestre: 52.27%		
Referencias Bibliográficas		
RM N° 484-2011-MINSA, que aprueba el Modelo de Atención Integral basado en familia y comunidad.		
Comentarios Técnicos		
Las evaluaciones considerarán también a los establecimientos de salud incluidos en la(s) evaluación(es) anterior(es). Si la DIRESA no enviará al término del trimestre la relación de EESS a supervisar se considerará como que no se cumplió con la meta trimestral.		



TERCERA ADENDA AL CONVENIO DE GESTIÓN PARA LA IMPLEMENTACIÓN, DESARROLLO Y EJECUCIÓN DEL PLAN ESENCIAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD EN EL PROCESO DE ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD SUSCRITO ENTRE EL GOBIERNO REGIONAL DE HUANCVELICA Y EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD

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

1. Datos de identificación del Indicador

Codigo	I.2	Nombre del indicador
		EESS cuentan con equipo de cómputo y personal digitador
Definición del indicador		
Número de EESS con equipo de cómputo con ARFSIS vigente y personal para el registro de las atenciones y afiliaciones.		

2. Relevancia del Indicador

Propósito
Medir la cantidad de EESS que pueden digitar los Formatos Únicos de Atención de las prestaciones que realizan.
Justificación
En el marco de la Atención Integral de Salud constituye una medida que permitirá registrar información de manera rápida para su reporte oportuno 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 establecimientos que cuentan con equipos de cómputo con ARFSIS vigente y personal digitador.

3. Aspectos metodológicos de la estimación del indicador

Cálculo del indicador	Valor del indicador.
$\frac{\text{N}^\circ \text{ de EESS con equipo de cómputo con ARFSIS y personal digitador} \times 100}{\text{Total de EESS en la Región}}$	Número de EESS con equipo de cómputo con ARFSIS vigente y personal digitador x 100 Total de EESS en la Región, excepto los que utilizan SIASIS.
Supuestos	Representatividad
Se considerará para el cálculo de este indicador también a los EESS de categoría II-1 con población adscrita en caso de utilizar ARFSIS. 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.
Niveles de desagregación	Frecuencia de medición
Regional, establecimientos de primer nivel.	Trimestral

4. Fuente de datos y flujo de la información

Fuente de datos
1. Verificación ins situ (o por otro medio de no ser posible, para lo cual coordinará con la GREP) por parte de la UDR de acuerdo a la relación de establecimientos que entregue la DIRESA 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.
Responsable de los datos e información
Recopilación de datos DIRESA, ejecutora y establecimientos de salud OGTI- SIS Procesamiento de datos SIS

5. Determinación de valores y referencias adicionales

Valor base: 3.8% de EESS con equipo de cómputo y personal digitador
Meta 1° Trimestre: 4.3 Meta 2° Trimestre: 4.8 Meta 3° Trimestre: 5.3 Meta 4° Trimestre: 5.8
Referencias Bibliográficas
Comentarios Técnicos
Las evaluaciones considerarán también a los establecimientos de salud incluidos en la(s) evaluación(es) anterior(es). Si la DIRESA no envía en los siguientes 10 días hábiles de terminado el trimestre la relación de EESS a supervisar se considerará como que no se cumple con la meta trimestral.



TERCERA ADENDA AL CONVENIO DE GESTIÓN PARA LA IMPLEMENTACIÓN, DESARROLLO Y EJECUCIÓN DEL PLAN ESENCIAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD EN EL PROCESO DE ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD SUSCRITO ENTRE EL GOBIERNO REGIONAL DE HUANCABELICA Y EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD

FIGHA TECNICA MATRIZ DE INDICADORES ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD		Area Responsable Seguro Integral de Salud Gerencia de Riesgos y Evaluación de las Prestaciones
1. Datos de identificación del Indicador		
Codigo	1.3	Nombre del Indicador Personal de EESS I-1 y I-2 conoce el Convenio
Definición del indicador		
El gobierno regional cuenta con personal que conoce el convenio firmado en los establecimientos de salud I - 1 y I - 2.		
2. Relevancia del Indicador		
Propósito		
Mide la difusión de los indicadores del convenio con los profesionales de salud de los establecimientos de salud I - 1 y I - 2.		
Justificación		
En el del convenio firmado se debe evidenciar la capacidad de la DIRESA en operativizar el convenio.		
3. Aspectos metodológicos de la estimación del indicador		
Cálculo del Indicador		Valor del Indicador.
$\frac{\text{N}^\circ \text{ de EESS I-1 y I-2 cuyo personal de salud conoce el Convenio} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ de EESS I-1 y I-2 evaluados}}$		Nº de EESS I-1 y I-2 cuyo personal de salud conoce el Convenio
		Denominador Nº de EESS I-1 y I-2 evaluados
Supuestos		Representatividad
Se considerará para el cálculo de este indicador también a los EESS de categoría II-1 con población adscrita. 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, deberá ser reemplazado por otro, el mismo que no será contabilizado en el cumplimiento de la meta.		En su ámbito de evaluación.
Niveles de desagregación		Frecuencia de medición
Regional, establecimientos de primer nivel.		Trimestral
4. Fuente de datos y flujo de la información		
Fuente de datos		
1. Verificación ins situ por parte de la UDR de acuerdo a la relación de establecimientos que entregue la DIRESA tanto de los establecimientos considerados en la línea base como de los alcancen la condición para la contabilización de la meta. 2. Resultados del examen de conocimientos preparado por la GREP para ser tomado por la UDR al personal de Salud.		
Responsable de los datos e Información		
Recopilación de datos UDR Procesamiento de datos UDR		
5. Determinación de valores y referencias adicionales		
Valor basal		
Meta 1º Trimestre: Meta 2º Trimestre Meta 3º Trimestre Meta 4º Trimestre		
Referencias Bibliográficas		
Decreto Supremo N° 008-2010-SA, Reglamento de Aseguramiento Universal en Salud.		
Comentarios Técnicos		
No hay valor basal, el I trimestre se comportará como valor basal y las metas de los trimestres venideros se negociaran por medio de adenda La DIRESA capacitará a los establecimientos de salud en numero de 150, de los cuales se hará la verificación de este indicador.		



TERCERA ADENDA AL CONVENIO DE GESTIÓN PARA LA IMPLEMENTACIÓN, DESARROLLO Y EJECUCIÓN DEL PLAN ESENCIAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD EN EL PROCESO DE ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD SUSCRITO ENTRE EL GOBIERNO REGIONAL DE HUANCABELICA Y EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD

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

1. Datos de identificación del Indicador	
Codigo	I.4
Nombre del indicador	
Porcentaje de asegurados atendidos en el primer nivel	
Definición del indicador	
Porcentaje de la población que ha accedido a prestaciones preventivas en el trimestre.	

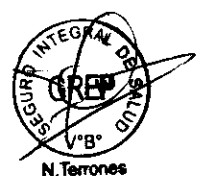
2. Relevancia del Indicador	
Propósito	
Medir el acceso a los servicios de salud, en prestaciones preventivas.	
Justificación	
En el marco de Atención Integral de Salud, es mandatorio que todos los asegurados reciban prestaciones preventivas que incrementaran la calidad de atención de salud, evitando la posibilidad de que la población necesite servicios de salud de mayor complejidad.	

3. Aspectos metodológicos de la estimación del indicador	
Cálculo del Indicador	Numerador
$\frac{\text{Atendidos en prestaciones preventivas X100}}{\text{Total de Asegurados}}$	Atendidos en prestaciones preventivas en el trimestre de evaluación X100
	Denominador
	Total de Asegurados
Supuestos	Representatividad
Se considerará para el cálculo de este indicador también a los EESS de categoría II-1 con población adscrita. Que no se cambien condiciones de las prestaciones preventivas establecidas por el MINSA.	En su 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	
Recopilación de datos	
Establecimientos de salud que realizan la atención de los pacientes son los encargados del registro en los aplicativos del SIS (ARFSIS y SIASIS)	
Procesamiento de datos	
OGTI - SIS	

5. Determinación de valores y referencias adicionales	
Valor basal	
"13.7" % de asegurados accesan a prestaciones preventivas en el primer nivel de atención trimestralmente.	
Meta 1° Trimestre: 14.7%	
Meta 2° Trimestre: 15.7%	
Meta 3° Trimestre: 16.7%	
Meta 4° Trimestre: 17.7%	
Referencias Bibliográficas	
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.	
Comentarios Técnicos	

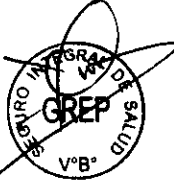
JM



TERCERA ADENDA AL CONVENIO DE GESTIÓN PARA LA IMPLEMENTACIÓN, DESARROLLO Y EJECUCIÓN DEL PLAN ESENCIAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD EN EL PROCESO DE ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD SUSCRITO ENTRE EL GOBIERNO REGIONAL DE HUANCABELICA Y EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD

FICHA TÉCNICA MATRIZ DE INDICADORES ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD		Area Responsable
		Seguro Integral de Salud
		Gerencia de Riesgos y Evaluación de las Prestaciones
1. Datos de identificación del Indicador		
Código	1.5	Nombre del indicador
Porcentaje de prestaciones preventivas.		
Definición del indicador		
Porcentaje de la población que ha accedido a prestaciones preventivas en el trimestre.		
2. Relevancia del Indicador		
Propósito		
Medir el acceso a los servicios de salud, en prestaciones preventivas.		
Justificación		
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		
Cálculo del Indicador		Numerador
<u>Atenciones en prestaciones preventivas en el I nivel de Atención X100</u> Total de Atenciones del Primer Nivel de Atención		Atenciones preventivas X100
		Denominador
		Total de Atenciones en el primer nivel de atención. No se considera el Hosp. Regional.
Supuestos		Representatividad
Se considerará para el cálculo de este indicador también a los EESS de categoría II-1 con población adscrita. No se cambien condiciones de las prestaciones preventivas establecidas por el MINSA. Se considera también en el denominador a los EESS de II nivel de atención con población adscrita que ha sido considerados dentro de la cápita.		En su ámbito 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		
Recopilación de datos		
Establecimientos de salud que realizan la atención de los pacientes son los encargados del registro en los aplicativos del SIS (ARFSIS y SIASIS)		
Procesamiento de datos		
OGTI - SIS		
5. Determinación de valores y referencias adicionales		
Valor basal		
11.4 % de asegurados accesan a prestaciones preventivas en el primer nivel de atención trimestralmente.		
Meta 1° Trimestre: 11.9%		
Meta 2° Trimestre: 12.4%		
Meta 3° Trimestre: 13.9%		
Meta 4° Trimestre: 15.9%		
Referencias Bibliográficas		
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.		
Comentarios Técnicos		
Para el cálculo del valor basal se ha tomado como referencia las prestaciones realizadas en el periodo de abril 2011 a marzo 2012.		

[Handwritten Signature]



N. Terrones

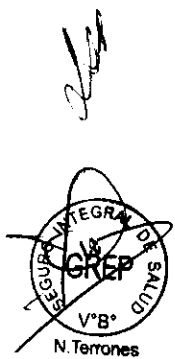
TERCERA ADENDA AL CONVENIO DE GESTIÓN PARA LA IMPLEMENTACIÓN, DESARROLLO Y EJECUCIÓN DEL PLAN ESENCIAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD EN EL PROCESO DE ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD SUSCRITO ENTRE EL GOBIERNO REGIONAL DE HUANCABELICA Y EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD

FICHA TÉCNICA MATRIZ DE INDICADORES ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD		Area Responsable Seguro Integral de Salud Gerencia de Riesgos y Evaluación de las Prestaciones
1. Datos de identificación del Indicador		
Código	I.6	Nombre del indicador Porcentaje niños con esquema CRED cumplido
Definición del indicador Este indicador mide a los niños protegidos con CRED		
2. Relevancia del Indicador		
Propósito Medir el nivel de cumplimiento del paquete CRED en los niños en establecimientos de salud de primer nivel.		
Justificación 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 la razón de morbilidad infantil. Un indicador proxy para medir la evolución de la desnutrición crónica.		
3. Aspectos metodológicos de la estimación del indicador		
Cálculo del indicador		Numerador Niños de menores de 01 año nacidos a partir de la fecha de vigencia del Convenio Capitalado, con número de CREDs de acuerdo al esquema X 100
$\frac{\text{Niños de 1 a 11 meses, con número de CREDs de acuerdo al esquema X 100}}{\text{Niños de 1 a 11 meses, afiliados al SIS}}$		Denominador Total de niños de menores de 01 año nacidos a partir de la fecha de vigencia del Convenio Capitalado, afiliados al SIS
Supuestos El primer trimestre de evaluación será el 1er trimestre de la ejecución del Convenio. El corte para identificar a los asegurados 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. Para cada trimestre posterior: El corte para identificar a los asegurados será aquellos nacidos desde 01 mes antes del 1er trimestre de vigencia del convenio hasta el término del trimestre en evaluación. Fecha de Atención durante el trimestre en evaluación. Fecha de Producción: durante el trimestre en evaluación hasta 02 meses después.		Representatividad En el ámbito 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 Recopilación de datos Establecimientos de salud que realizan la atención de los pacientes y que registran en los aplicativos informáticos (ARFSIS Y SIASIS). Procesamiento de datos		
5. Determinación de valores y referencias adicionales		
Estandares internacionales o valores de referencia		
Valor basal		
Basal 1° Trimestre: 16%	Meta 1° Trimestre: 16%	
Basal 2° Trimestre: 9.7%	Meta 2° Trimestre: 10%	
Basal 3° Trimestre: 14%	Meta 3° Trimestre: 17%	
Basal 4° Trimestre: 10%	Meta 4° Trimestre: 18%	
Referencias Bibliográficas RM N° 990-2010-MINSA que aprueba la NTS N° 087-MINSADGSP V01 Norma Técnica de Salud para el Control del Crecimiento y Desarrollo de la niña y el niño menor de cinco años.		
Comentarios Técnicos		



TERCERA ADENDA AL CONVENIO DE GESTIÓN PARA LA IMPLEMENTACIÓN, DESARROLLO Y EJECUCIÓN DEL PLAN ESENCIAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD EN EL PROCESO DE ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD SUSCRITO ENTRE EL GOBIERNO REGIONAL DE HUANCVELICA Y EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD

FICHA TECNICA MATRIZ DE INDICADORES ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD		Area Responsable Seguro Integral de Salud Gerencia de Riesgos y Evaluación de las Prestaciones
1. Datos de identificación del Indicador		
Codigo	1.7	Nombre del indicador Porcentaje de mujeres parturientas con 6 controles prenatales y mas
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 Huancavelica y con 6 controles prenatales y mas durante su embarazo X 100
Gestantes con parto registrado y con 6 controles prenatales y mas durante su embarazo X 100 Partos en el trimestre, registrados en Huancavelica		Denominador Partos en el trimestre, registrados en Huancavelica
Supuestos 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.		Representatividad 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		
Recopilación de datos Establecimientos de salud que realizan la atención de los pacientes.		
Procesamiento de datos OEI		
5. Determinación de valores y referencias adicionales		
Estandares internacionales o valores de referencia		
Valor basal 47.2 % DE LAS GESTANTES CON PARTO REGISTRADO EN HUANCVELICA TIENE 6 CONTROLES A MAS		
Meta 1° Trimestre: 50%		
Meta 2° Trimestre: 53%		
Meta 3° Trimestre: 55%		
Meta 4° Trimestre: 57%		
Referencias Bibliográficas		
Comentarios Técnicos		



TERCERA ADENDA AL CONVENIO DE GESTIÓN PARA LA IMPLEMENTACIÓN, DESARROLLO Y EJECUCIÓN DEL PLAN ESENCIAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD EN EL PROCESO DE ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD SUSCRITO ENTRE EL GOBIERNO REGIONAL DE HUANCANELICA Y EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD


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

1. Datos de identificación del Indicador	
Codigo	1.8
	Nombre del indicador
	Prestaciones de salud bucal
Definición del indicador	
El indicador mide la cantidad de prestaciones preventivas de salud bucal que se realizan respecto a un número de asegurados en la Región.	

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

3. Aspectos metodológicos de la estimación del indicador	
Cálculo del indicador	Numerador
	N° de prestaciones de Salud Bucal
$\frac{\text{N° de prestaciones de Salud Bucal}}{\text{N° de asegurados en la Región HUANCANELICA}}$	Denominador
	N° de asegurados en la Región HUANCANELICA a Marzo 2012,
Supuestos	Representatividad
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.	En el ámbito 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	
Recopilación de datos	
Establecimientos de salud que realizan la atención de los pacientes.	
Procesamiento de datos	
OGTI	

5. Determinación de valores y referencias adicionales	
Estandares internacionales o valores de referencia	
Valor basal	
5.90%	
Meta 1° Trimestre: 6 %	
Meta 2° Trimestre: 8 %	
Meta 3° Trimestre: 9 %	
Meta 4° Trimestre: 11.7%	
Referencias Bibliográficas	
	
Comentarios Técnicos	
Para el cálculo del valor basal se ha tomado como referencia las prestaciones realizadas en el periodo de abril 2011 a marzo 2012, siendo el número de asegurados a Marzo 2012. Se consideran prestaciones de los servicios 020 y 021. Se consideró toda la población asegurada en la Región Huancavelica.	



TERCERA ADENDA AL CONVENIO DE GESTIÓN PARA LA IMPLEMENTACIÓN, DESARROLLO Y EJECUCIÓN DEL PLAN ESENCIAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD EN EL PROCESO DE ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD SUSCRITO ENTRE EL GOBIERNO REGIONAL DE HUANCABELICA Y EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD

FICHA TÉCNICA MATRIZ DE INDICADORES ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD	Area Responsable
	Seguro Integral de Salud
	Gerencia de Riesgos y Evaluación de las Prestaciones

1. Datos de identificación del Indicador

Código	I.9	Nombre del indicador
		Prestaciones de profilaxis antiparasitaria
Definición del indicador		
El indicador mide la cantidad de prestaciones preventivas de profilaxis antiparasitaria que se realiza respecto a un número de asegurados en la Región.		

2. Relevancia del Indicador

Propósito
Medir el cumplimiento de las atenciones de profilaxis antiparasitaria
Justificación
Mide el acceso de los asegurados a la prestación preventiva de profilaxis antiparasitaria

3. Aspectos metodológicos de la estimación del indicador

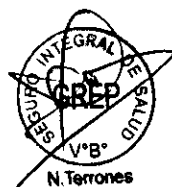
Cálculo del Indicador	Numerador
$\frac{\text{N}^\circ \text{ de prestaciones de Profilaxis Antiparasitaria}}{\text{N}^\circ \text{ de asegurados en HUANCABELICA}}$	Nº de prestaciones de Profilaxis Antiparasitaria
	Denominador
	Nº de asegurados en HUANCABELICA en el trimestre
Supuestos	Representatividad
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.	En el ámbito 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
Recopilación de datos
Establecimientos de salud que realizan la atención de los pacientes.
Procesamiento de datos
OGTI

5. Determinación de valores y referencias adicionales

Estandares internacionales o valores de referencia
Valor basal
3.20%
Meta 1º Trimestre: 3.2%
Meta 2º Trimestre: 3.3 %
Meta 3º Trimestre: 4.5%
Meta 4º Trimestre: 6%
Referencias Bibliográficas
Comentarios Técnicos
Para el cálculo del valor basal se ha tomado como referencia las prestaciones realizadas en el periodo de abril 2011 a marzo 2012, siendo el número de asegurados a Marzo 2012. solo se considerará población asegurada de 2 a 14 años



TERCERA ADENDA AL CONVENIO DE GESTIÓN PARA LA IMPLEMENTACIÓN, DESARROLLO Y EJECUCIÓN DEL PLAN ESENCIAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD EN EL PROCESO DE ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD SUSCRITO ENTRE EL GOBIERNO REGIONAL DE HUANCANELICA Y EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD

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

1. Datos de identificación del Indicador

Código	I.10	Nombre del indicador
		Prestaciones de Salud Reproductiva

Definición del indicador
El indicador mide la cantidad de prestaciones preventivas de Salud Reproductiva que se realiza respecto a un número de asegurados en la Región.

2. Relevancia del Indicador

Propósito
Medir el cumplimiento de las atenciones de Salud Reproductiva

Justificación
Mide el acceso de los asegurados a la prestación preventiva de salud reproductiva.

3. Aspectos metodológicos de la estimación del indicador

Cálculo del Indicador	Numerador
	N° de prestaciones de Salud Reproductiva
$\frac{\text{N° de prestaciones de Salud Reproductiva}}{\text{N° de asegurados entre 12 y 59 años en la Región HUANCANELICA}}$	Denominador
	N° de asegurados varones y mujeres entre 12 y 59 años en la Región HUANCANELICA .

Supuestos	Representatividad
No se cambien condiciones de las prestaciones preventivas establecidas por el MINSa mediante mediante Se considera también a los EESS de II nivel de atención con población adscrita que ha sido considerados dentro de la cápita.	En el ámbito 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

Recopilación de datos
Establecimientos de salud que realizan la atención de los pacientes.

Procesamiento de datos
OGTI

5. Determinación de valores y referencias adicionales

Estandares internacionales o valores de referencia

Valor basal
18.50%

Meta 1° Trimestre: 18.50%
Meta 2° Trimestre: 19%
Meta 3° Trimestre: 19.5 %
Meta 4° Trimestre: 20%

Referencias Bibliográficas

Comentarios Técnicos
Para el cálculo del valor basal se ha tomado como referencia las prestaciones realizadas en el periodo de abril 2011 a marzo 2012, siendo el número de asegurados a Marzo 2012. Se consideró población asegurada de ambos sexos de 12 a 60 años



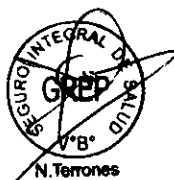
TERCERA ADENDA AL CONVENIO DE GESTIÓN PARA LA IMPLEMENTACIÓN, DESARROLLO Y EJECUCIÓN DEL PLAN ESENCIAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD EN EL PROCESO DE ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD SUSCRITO ENTRE EL GOBIERNO REGIONAL DE HUANCVELICA Y EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD

FICHA TÉCNICA MATRIZ DE INDICADORES ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD		Area Responsable
		Seguro Integral de Salud
		Gerencia de Riesgos y Evaluación de las Prestaciones
1. Datos de identificación del Indicador		
Codigo	I.11	Nombre del indicador
		Porcentaje de Referencias justificadas a Emergencia
Definición del indicador		
El indicador mide el porcentaje de las prestaciones de referencia que son justificadas.		
2. Relevancia del Indicador		
Propósito		
Medir la capacidad de referencias que son justificadas en el I nivel de Atención		
Justificación		
Mide la capacidad resolutive del I Nivel de Atención.		
3. Aspectos metodológicos de la estimación del indicador		
Cálculo del Indicador		Numerador
$\frac{\text{N}^\circ \text{ de Referencias justificadas de Emergencia del I Nivel de atención a otros niveles } \times 100}{\text{N}^\circ \text{ Total de Referencias por emergencia verificadas}}$		Nº de Referencias justificadas de Emergencia del I Nivel de atención a otros niveles
		Denominador
		Nº Total de Referencias por emergencia realizadas
Supuestos		Representatividad
La GREP tomará la muestra de prestaciones referencias de emergencias dentro de la vigencia del convenio. Se considera también a los EEES 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		
Recopilación de datos		
Establecimientos de salud que realizan la atención de los pacientes.		
Procesamiento de datos		
OGTI		
5. Determinación de valores y referencias adicionales		
Estandares internacionales o valores de referencia		
Valor basal: Será el que resulte en el primer trimestre de ejecución, en función del cual se establecerán luego las metas.		
Meta 1º Trimestre:		
Meta 2º Trimestre		
Meta 3º Trimestre		
Meta 4º Trimestre		
Referencias Bibliográficas		
Comentarios Técnicos		
No hay valor basal, el I trimestre se comportará como valor basal y las metas de los trimestres venideros se negociaran por medio de adenda		



TERCERA ADENDA AL CONVENIO DE GESTIÓN PARA LA IMPLEMENTACIÓN, DESARROLLO Y EJECUCIÓN DEL PLAN ESENCIAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD EN EL PROCESO DE ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD SUSCRITO ENTRE EL GOBIERNO REGIONAL DE HUANCVELICA Y EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD

FICHA TÉCNICA MATRIZ DE INDICADORES ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD		Area Responsable
		Seguro Integral de Salud
		Gerencia de Riesgos y Evaluación de las Prestaciones
1. Datos de identificación del Indicador		
Código	I.12	Nombre del indicador
		Porcentaje de prestaciones observadas
Definición del indicador		
Porcentaje de prestaciones que son observadas por reglas de validación automáticas.		
2. Relevancia del Indicador		
Propósito		
Medir el grado de cumplimiento del adecuado registro, estándares de calidad, oportunidad e integralidad de las prestaciones preventivas y recuperativas del primer nivel de atención financiadas por el SIS.		
Justificación		
Al ser una IAFE, el SIS debe realizar control prestacional a las prestaciones fin de salvaguardar la calidad de la prestación.		
3. Aspectos metodológicos de la estimación del indicador		
Cálculo del indicador		Numerador
$\frac{\text{Suma Prestaciones Observadas por Reglas de Validación Automáticas por trimestre de Prod.} \times 100}{\text{Prestaciones realizadas por trimestre de producción}}$		Sumatoria Prestaciones Observadas por Reglas de Validación Automáticas por trimestre de producción x 100
		Denominador
		Prestaciones realizadas por trimestre de producción
Supuestos		Representatividad
Se asume que se debe cumplir la normativa emitida por le MINSA en relación a prestaciones de salud si tiene la capacidad resolutoria para proveerlo. Solo se considera para evaluación las prestaciones registradas en el aplicativo SIASIS.		En su ámbito de evaluación
Niveles de desagregación		Frecuencia de medición
Regional, categoría de los establecimientos, establecimiento de salud.		Trimestral
4. Fuente de datos y flujo de la información		
Fuente de datos		
SIASIS		
Responsable de los datos e información		
Recopilación de datos		
Puntos de digitación (ARFIS y SIASIS)		
Procesamiento de datos		
OIE - SIS		
5. Determinación de valores y referencias adicionales		
Estandares internacionales o valores de referencia		
Valor basal		
1.69 % DE LAS PRESTACIONES SON OBSERVADAS		
Meta 1° Trimestre: 1.69%		
Meta 2° Trimestre: 1.69%		
Meta 3° Trimestre: 1.69%		
Meta 4° Trimestre: 1.69%		
RJ N° 056-2011/sis.		
Comentarios Técnicos		



TERCERA ADENDA AL CONVENIO DE GESTIÓN PARA LA IMPLEMENTACIÓN, DESARROLLO Y EJECUCIÓN DEL PLAN ESENCIAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD EN EL PROCESO DE ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD SUSCRITO ENTRE EL GOBIERNO REGIONAL DE HUANCVELICA Y EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD

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

1. Datos de identificación del Indicador	
Codigo	1.13
Nombre del indicador	
Porcentaje de prestaciones rechazadas	
Definición del indicador	
Porcentaje prestaciones rechazadas por PCPP	

2. Relevancia del Indicador	
Propósito	
Medir el grado de cumplimiento del adecuado registro, estándares de calidad, oportunidad e integralidad de las prestaciones preventivas y recuperativas del primer nivel de atención financiadas por el SIS.	
Justificación	
Al ser una IAFA, el SIS debe realizar control prestacional a las prestaciones fin de salvaguardar la calidad de la prestación.	

3. Aspectos metodológicos de la estimación del indicador	
Cálculo del Indicador	Numerador
$\frac{\text{N}^\circ \text{ prestaciones rechazadas por PCPP en el trimestre de evaluación} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ total de prestaciones evaluadas por PCPP en el trimestre de evaluación}}$	Sumatoria Prestaciones Rechazadas por PCPP por trimestre de producción x 100
	Denominador
	Nº prestaciones evaluadas por PCPP en el trimestre dentro de la vigencia del convenio
Supuestos	Representatividad
Se considerará para el cálculo de este indicador también a los EESS de categoría II-1 con población adscrita. Se asume que se debe cumplir la normativa emitida por le MINSA en relación a prestaciones de salud si tiene la capacidad resolutive para proveerlo. Solo se considera para evaluación las prestaciones registradas en el aplicativo informático del SIS_SIASIS	En su ambito de evaluación
Niveles de desagregación	Frecuencia de medición
Regional, categoría de los establecimientos, establecimiento de salud.	Trimestral

4. Fuente de datos y flujo de la información	
Fuente de datos	
SIASIS	
Responsable de los datos e información	
Recopilación de datos	
Puntos de digitación (ARFSIS y SIASIS)	
Procesamiento de datos	
OIE - SIS	

5. Determinación de valores y referencias adicionales	
Estándares internacionales o valores de referencia	
Valor basal	
40 % DE LAS PRESTACIONES SON RECHAZADAS	
Meta 1º Trimestre: 38%	
Meta 2º Trimestre: 36%	
Meta 3º Trimestre: 34%	
Meta 4º Trimestre: 32%	
RJ N° 102-2010/sis.	
Comentarios Técnicos	
La DIRESA alcanzará la relacion de los 150 EESS que deberá de capacitar para poder hacer la evaluacion del PCPP.	



TERCERA ADENDA AL CONVENIO DE GESTIÓN PARA LA IMPLEMENTACIÓN, DESARROLLO Y EJECUCIÓN DEL PLAN ESENCIAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD EN EL PROCESO DE ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD SUSCRITO ENTRE EL GOBIERNO REGIONAL DE HUANCVELICA Y EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD

FICHA TECNICA MATRIZ DE INDICADORES ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD		Area Responsable Seguro Integral de Salud Gerencia de Riesgos y Evaluación de las Prestaciones
1. Datos de identificación del Indicador		
Codigo	I.14	Nombre del indicador Porcentaje de ejecución del Componente de Reposición
Definición del indicador Indicador mide que los niveles de reposición de los materiales e insumos medicos usados en las prestaciones realizadas.		
2. Relevancia del Indicador		
Propósito Este indicador mide que los establecimientos repongan los materiales e insumos medicos usados en las prestaciones realizadas y eviten el desabastecimiento.		
Justificación El Aseguramiento Universal en salud es un proceso orientado a lograr que toda la población residente en el territorio nacional disponga de un seguro de salud que le permita acceder a un conjunto de prestaciones de salud de carácter preventivo, promocional, recuperativo y de rehabilitación, en condiciones adecuadas de eficiencia, equidad, oportunidad, calidad y dignidad, sobre la base del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS). Las observaciones de las normas aprobadas en el reglamento de la Ley 29344 dispone que las entidades prestadoras del AUS se organicen y funcionen como IPRESS; para este efecto es necesario definir las brechas de demanda y oferta de servicios de salud; redefinir la organización y funcionamiento de las redes y microrredes y definir la cartera de servicios de cada red en su conjunto y de cada establecimiento de salud. Sobre esta base se pretende optimizar la gestión de recursos humanos, infraestructura y equipamiento; medicamentos; informática; acciones para lograr la mejora de la calidad de la atención que posibilite el inicio del intercambio de prestaciones entre los actores del AUS.		
3. Aspectos metodológicos de la estimación del indicador		
Cálculo del indicador		Numerador Ejecución de gasto en medicamentos, insumos y material medico realizados por la UE
$\frac{\text{Ejecución de Gasto en medicamentos e insumos y material medico realizados} \times 100}{\text{Gasto total por reposición reportado}}$		Denominador Gasto total por reposición reportado por UE
Supuestos La información debe ser registrada en los aplicativos del SIS, que las Unidades Ejecutoras informen los gastos de ejecución de las transferencias SIS en el anexo 1 y/o se tenga acceso a la información del SIAF-MEF de las Unidades Ejecutoras		Representatividad Los datos tendrán representatividad en su ambito de evaluación, para la condición asegurable específica.
Niveles de desagregación Unidad Ejecutora y establecimiento de salud		Frecuencia de medición Trimestral.
4. Fuente de datos y flujo de la información		
Fuente de datos ARFSIS, SIASIS, SIAF-MEF		
Responsable de los datos e información		
Recopilación de datos EESS que realizan la atención de pacientes y/o Unidades Ejecutoras		
Procesamiento de datos El procesamiento de información debe ser realizado en el SIS (ODSIS, OIE, GF)		
5. Determinación de valores y referencias adicionales		
Estandares internacionales o valores de referencia		
Valor basal 100%		
Meta 1° Trimestre: 100%		
Meta 2° Trimestre: 100%		
Meta 3° Trimestre: 100%		
Meta 4° Trimestre: 100%		
Referencias Bibliográficas		
1. Ministerio de Salud. Plan de implementación del Aseguramiento Universal en Salud. Perú 2010. 2010, pp 48.		
2. Ley N° 29344. Ley Marco del Aseguramiento Universal en Salud.		
3. RM. N° 422-2007-SA, RM N° 612-2010-SA		
Comentarios Técnicos		

