

**PRIMERA ADENDA AL CONVENIO DE GESTIÓN SUSCRITO ENTRE EL GOBIERNO REGIONAL DE ICA Y EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD PARA PAGO CAPITADO**

Conste por el presente documento, la Primera Adenda al **Convenio de Gestión entre el Gobierno Regional de Ica y el Seguro Integral de Salud para pago capitado**, que celebran de una parte el **GOBIERNO REGIONAL DE ICA**, con R.U.C. N° 20452393817, con domicilio en Av. Cutervo Nro. 920, departamento de ICA, debidamente representado por su Presidente Regional, **ALONSO ALBERTO NAVARRO CABANILLAS**, identificado con DNI N° 40625050, con Credencial extendida por el Jurado Nacional de Elecciones, según Resolución N° 5002-A-2010-JNE, con fecha 23 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 Gonzales N° 212, Urb. Maranga, distrito de San Miguel, provincia y departamento de Lima, representado por su Jefe Institucional, **PEDRO FIDEL GRILLO ROJAS**, identificado con DNI N° 09644064, designado mediante Resolución Suprema N° 014-2013-SA, al que en adelante se denominará **SIS**; de acuerdo a los términos y condiciones siguientes:

**CLÁUSULA PRIMERA: ANTECEDENTES**

Con fecha 16 de enero del 2013, el **SIS** y el **GOBIERNO REGIONAL**, celebraron el **Convenio de Gestión**, con el Objeto de:

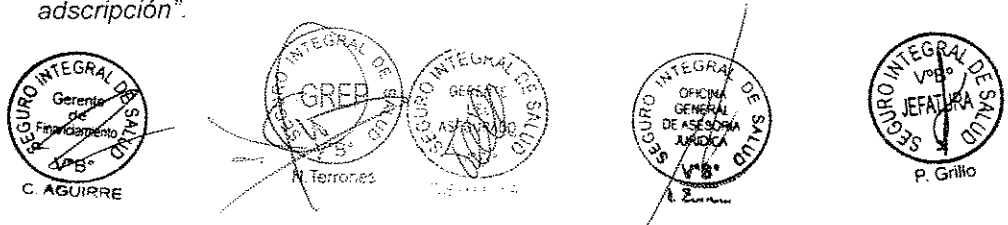
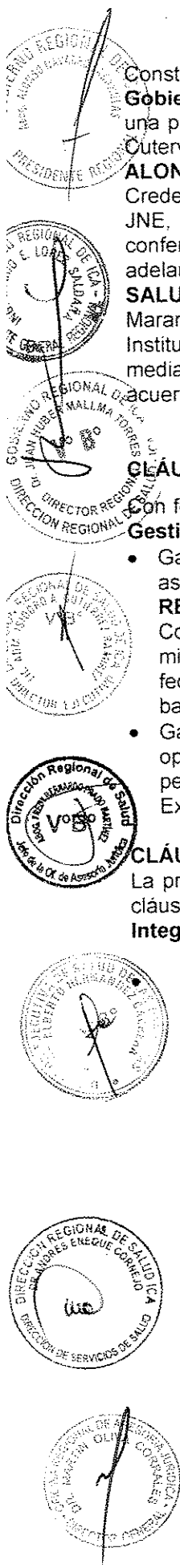
- Garantizar que la transferencia de recursos por pago prospectivo de prestaciones de los asegurados que realice el **SIS** a las Unidades Ejecutoras dependientes del **GOBIERNO REGIONAL**, sea destinada única y exclusivamente a los fines que se establece en el presente Convenio. Podrán disponer de recursos para gestionar los establecimientos de salud del mismo, conforme a lo establecido por las normas que regulen dichos procesos. Se da como fecha de inicio del financiamiento de las prestaciones del primer nivel de atención de la Región bajo el mecanismo de pago capitado, el 01 de enero de 2013.
- Garantizar 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.

**CLÁUSULA SEGUNDA: OBJETO DE LA ADENDA**

La presente Adenda tiene por objeto, conforme lo declaran las partes contratantes, modificar las cláusulas del **Convenio de Gestión suscrito entre el Gobierno Regional de Ica y el Seguro Integral de Salud para pago capitado**, en los siguientes términos:

Adicionar a la "**CLÁUSULA SEGUNDA: DEFINICIONES Y ACRÓNIMOS**", las siguientes definiciones:

- **"Comité de Gestión Ampliado de la Unidad Ejecutora.-** Grupo de trabajo conformado por el Director de la Unidad Ejecutora, su equipo técnico, Jefes de Redes, de Microrredes, Coordinador de los CLAS (si hubiera) y Directores de los Hospitales (si estuvieran incluidos en el pago capitado). El Comité de Gestión Ampliado está encargado de la distribución de los recursos trasferidos por el SIS en el marco de este convenio y de la autorización de cualquier gasto que se quiera realizar en un rubro diferente a la compra de insumos y medicamentos; se consideran como principios fundamentales para la asignación la equidad, la calidad, la eficiencia y el acceso a la salud de la población vulnerable y excluida".
- **"Paciente transeúnte.-** Es aquel asegurado, (afiliado o inscrito), que se encuentra temporalmente fuera del ámbito de la Región a la que pertenece el establecimiento al cual está adscrito y que requiere recibir **prestaciones preventivas y recuperativas sin Hoja de Referencia**. El paciente es considerado transeúnte sólo por tres meses a partir de la primera consulta que realiza en un establecimiento de salud fuera de su región. Si va a permanecer un tiempo mayor en ese lugar, debe tramitar su cambio de adscripción".



- Modificar en la **"CLÁUSULA SEGUNDA: DEFINICIONES Y ACRÓNIMOS"**, la siguiente definición:

- **"Transferencia de Recursos Financieros.-** Es el traslado de recursos de naturaleza corriente que realiza el SIS, en dinero y sin recibir por ello contraprestación directa alguna; está condicionado a la consecución de objetivos de política de salud regional y bajo normas específicas de gasto".

Adicionar a la **"CLÁUSULA SEGUNDA: DEFINICIONES Y ACRÓNIMOS"**, el siguiente acrónimo:

- **CGAUE:** Comité de Gestión Ampliado de la Unidad Ejecutora.

Modificar la **"CLÁUSULA SEXTA: OBLIGACIONES DEL GOBIERNO REGIONAL"** en los siguientes términos:

- Modificar el numeral 6.1 Del Gobierno Regional en su contenido por los siguientes términos:

- ✓ Adicionar el numeral 6.1.9 *"Garantizar su compromiso respecto de llevar a cabo acciones inmediatas en caso de desabastecimiento debido a compras nacionales con ítems desiertos"*.

Modificar el numeral 6.2 De la DIRESA en su contenido por los siguientes términos:

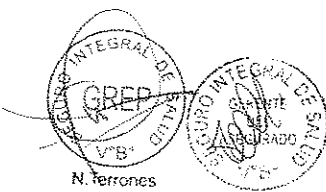
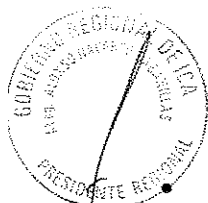
- ✓ Adicionar al numeral 6.2.8 el párrafo siguiente: *"El no cumplimiento en el plazo acordado, hace que el indicador sea no evaluable; por tanto, así haya sido cumplido en la práctica, no se efectuará el pago del bono sin fuente de verificación, salvo que la UDR considere que el retraso es justificable"*.
- ✓ Adicionar el numeral 6.2.18 *"La DIRESA deberá remitir a la UDR el padrón nominal (Anexo N° 10) con la relación de pacientes afectados de tuberculosis y que van a iniciar tratamiento (cualquier esquema) en el trimestre. El plazo para informar será hasta los primeros 15 días de concluido el trimestre"*.
- ✓ Adicionar el numeral 6.2.19 *"La DIRESA deberá garantizar la viabilidad de los Equipos de Atención Integral de Salud a las Poblaciones Excluidas y Dispersas – AISPED existentes o por crearse a solicitud de las Unidades Ejecutoras; deben generar el registro RENAES respectivo y brindar apoyo en la contratación de personal de ser necesario"*.

- Adicionar al numeral 6.3 De la Unidad Ejecutora referido a sus obligaciones, los siguientes términos:

- ✓ Adicionar el numeral 6.3.10 *"Las Unidades Ejecutoras se comprometen a transparentar la asignación de recursos a sus establecimientos mediante informes trimestrales a la UDR correspondiente"*.
- ✓ Adicionar el numeral 6.3.11 *"Conformar el Comité de Gestión Ampliado de la Unidad Ejecutora y convocar a las reuniones de trabajo en forma periódica"*.
- ✓ Adicionar el numeral 6.3.12 *"Identificar las zonas de riesgo y con mayor vulnerabilidad para evaluar la intervención de los Equipos de Atención Integral de Salud a las Poblaciones Excluidas y Dispersas – AISPED, los mismos que deben ser fortalecidos con capacitación, equipamiento y recursos, a fin de que contribuyan al cumplimiento de los indicadores del convenio cápita. Las atenciones de los AISPED deben ser registradas en los Formatos Únicos de Atención – FUAS"*.

- Modificar el numeral 6.4 De los Establecimientos de Salud de primer nivel de atención en su contenido por los siguientes términos:

- ✓ Adicionar el numeral 6.4.8 con el siguiente texto: *"El establecimiento de salud es responsable de que las prestaciones registradas en el sistema informático para efectos del pago capitado, se deben haber realizado cumpliendo la normativa vigente; en caso que el SIS detecte falsedad en la información reportada y/o en la documentación presentada, se informará a la SUNASA y al*



Órgano de Control Institucional de la Unidad Ejecutora o de la DIRESA para que tomen las acciones correspondientes”.

Adicionar a la “**CLÁUSULA SÉPTIMA: OBLIGACIONES Y ATRIBUCIONES DEL SEGURO INTEGRAL DE SALUD**” las siguientes obligaciones:

- Respecto del numeral 7.1 Del SIS Central, adicionar el numeral 7.1.4 “Remitir una copia del convenio suscrito a la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud”.

• Modificar la “**CLÁUSULA OCTAVA: COEFICIENTE DE AJUSTE DE RIESGO**” en los siguientes términos:

- Adicionar el numeral 8.3 “Se ha realizado además el ajuste de riesgo por edad y sexo en los siguientes grupos etarios:

- ✓ Niños menores de 5 años.
- ✓ Niños de 6 a 11 años.
- ✓ Mujeres en Edad Fértil.
- ✓ Población de 15 a 24 años”.

Modificar la “**CLÁUSULA DÉCIMO PRIMERA: DE LA TRANSFERENCIA**” en los siguientes términos:

- Modificar el primer párrafo en lo siguiente: “El SIS realizará la transferencia de recursos a las Unidades Ejecutoras del **GOBIERNO REGIONAL** por un monto de **S/. 7,008,587.60** nuevos soles (Siete millones ocho mil quinientos ochenta y siete y 60/100 nuevos soles), en este monto se incluye los S/. 2,120,215.00 (Dos millones ciento veinte mil doscientos quince nuevos soles) transferidos por ajuste dado por edad y sexo para realizar actividades PPR; estos fondos son para el financiamiento de las prestaciones de salud contenidas en el Plan de Beneficios del SIS a la población asegurada de la Región, conforme a lo siguiente...”.

- Modificar el numeral 11.1 en su contenido por el siguiente texto: “El monto del cápita inicial sin ajuste por edad y sexo será dividido en cuatro partes correspondientes a un trimestre, siendo las entregas trimestrales. La cápita será entregada en un 80% y el 20% restante será entregado al final de cada trimestre luego de haber verificado el cumplimiento de los indicadores, según el siguiente cuadro:

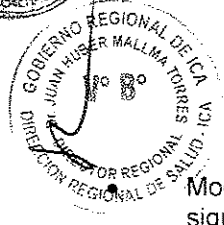
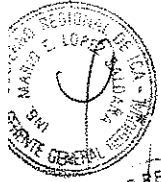
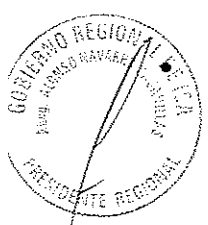
TRANSFERENCIAS SIS POR CAPITA SIN AJUSTE POR EDAD Y SEXO 2013	
Transferencia por 12 meses (1)	S/. 4,888,372.60
Transferencia trimestral (2)	S/. 984,761.32
Transferencia trimestral por cumplimiento de metas (3)	S/. 237,331.83

(1) Importe anual.

(2) Transferencia del 80% de los trimestres respectivos. Incluye el 100% de lo que trimestralmente le corresponde a la UE 817 – Salud Ica como DIRESA.

(3) 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. No incluye a la UE 817 – Salud Ica por no corresponder.

- Modificar el numeral 11.7 en su contenido por el texto siguiente “Todos los cobros indebidos realizados a asegurados del SIS detectados durante el trimestre de evaluación en los establecimientos de salud incluidos en el pago per cápita, serán



devueltos al asegurado por el establecimiento de salud infractor, caso contrario será descontado de la siguiente remesa de la cápita correspondiente al 80%".

Modificar el numeral 11.8 en su contenido por el texto y cuadro siguiente: "La distribución de la cápita total (incluidos todos los ajustes de riesgo) por unidad ejecutora será la siguiente:

UE	NOMBRE DE LA UNIDAD EJECUTORA	MONTO TOTAL
1014	Salud Chincha - Pisco	S/. 1,835,129.92
1015	Salud Paipa - Nazca	S/. 1,031,692.91
1195	Hospital San Juan de Dios Pisco	S/. 1,395,867.46
1196	Hospital Santa Maria del Socorro	S/. 103,484.51
1223	Red de Salud Ica	S/. 2,500,676.79
817	Salud Ica (*)	S/. 141,736.02
<b>TOTAL</b>		<b>S/. 7,008,587.61</b>

(\*) En coordinación con la Dirección Regional de Ica, se ajustó dicho monto de la cápita (sin ajuste de riesgo dado por edad y sexo) para las acciones de fortalecimiento de la Unidad de Seguros Públicos y Privados de la DIRESA Ica; a fin de llevar a cabo supervisiones, monitoreo, asistencia técnica y capacitaciones hacia las Unidades Ejecutoras. Estos recursos no podrán ser usados con otros fines.

Modificar el numeral 11.9.1 referido a NO utilizar el monto transferido por el texto siguiente: "Contratación de recursos humanos bajo la modalidad según Decreto Legislativo N° 728 y Decreto Legislativo N° 276".

Adicionar el numeral 11.11 "El monto transferido por ajuste por edad y sexo para realizar actividades PPR será entregado en un 70% inicialmente y el 30% restante será transferido sólo si han alcanzado la meta negociada previamente".

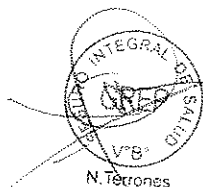
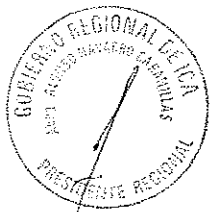
Adicionar el numeral 11.12 "Las atenciones PREVENTIVAS y RECUPERATIVAS que se realicen a los Pacientes Transeúntes serán reportadas a través del SIASIS para su pago según tarifa".

Adicionar el numeral 11.13 "Cada pliego/Gobierno Regional/UE podrá hacer las modificaciones presupuestales que le permitan alcanzar las metas requeridas en los convenios de acuerdo a normatividad vigente".

Modificar la "CLÁUSULA DÉCIMO SEGUNDA: DEL CONTROL PRESTACIONAL" en los siguientes términos:

Modificar el numeral 12.6 en su contenido por el texto siguiente "Dado que las prestaciones de primer nivel de atención ya están calculadas y financiadas por la cápita, las prestaciones que correspondan ser atendidas en el primer nivel de atención y hayan sido realizadas por el Hospital II sin población adscrita, con diagnósticos CIE-10 correspondientes al primer nivel de atención de Consulta Externa y de Emergencia que hayan sido referidos del primer nivel de atención, serán valorizadas y descontadas de la siguiente transferencia programada por cápita".

Modificar el numeral 12.8 en su tercer cuadro, referido al ajuste Negativo en prestaciones de Parto Vaginal eliminando el código CIE-10 O80.1, quedando de la siguiente manera:



CÓDIGO DE PRESTACIÓN	054 "Atención de Parto Vaginal" <u>con diagnóstico único</u>
CIE - 10	O80.0, O80.8, O80.9

Modificar la "CLÁUSULA DÉCIMO TERCERA: DE LA EVALUACIÓN DE INDICADORES, METAS Y RESULTADOS" en los siguientes términos:

- Modificar el numeral 13.1 en los siguientes términos:
  - ✓ Modificar el nombre del indicador "Porcentaje de pacientes con TBC y sintomáticos respiratorios con batería de exámenes completa" a "Porcentaje de personas afectadas por tuberculosis (PAT) con evaluación de laboratorio inicial completos".

Modificar el numeral 13.6 referido a los indicadores de Proceso cambiando el nombre del indicador "Porcentaje de pacientes con TBC y sintomáticos respiratorios con batería de exámenes completa" a "Porcentaje de personas afectadas por tuberculosis (PAT) con evaluación de laboratorio inicial completos".

- Adicionar el numeral 13.10 "Las atenciones PREVENTIVAS de **CRED** y de **Controles prenatales** que se realicen a los Pacientes Transeúntes, serán consideradas para el cálculo de los indicadores respectivos de la región de origen, sólo si para CRED y Controles prenatales se realizan por lo menos cinco (05) atenciones y tres (03) controles en la región de origen respectivamente".

Modificar la "CLÁUSULA DÉCIMO QUINTA: DE LA COORDINACIÓN" en los siguientes términos:

Adicionar al numeral 15.2.1 el párrafo siguiente: "La GREP realizará las coordinaciones con OGTI para la implementación de la diferenciación del registro de las prestaciones realizadas por Equipos itinerantes y Equipos AISPED; de modo tal que, en el momento de la digitación se incorpore un campo que permita esta distinción".

- Adicionar al numeral 15.2.4 el párrafo siguiente: "La UDR deberá remitir al SIS Central el padrón nominal (Anexo N° 10) remitido por la DIRESA según el numeral 6.2 de la presente adenda".

- Adicionar el numeral 15.3 con el texto siguiente: "El Comité de Gestión Ampliado de la Unidad Ejecutora debe enviar a las UDRs una copia de las actas de las reuniones realizadas".

### 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.

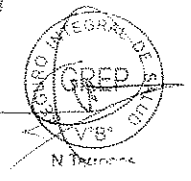
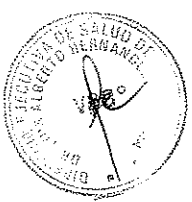
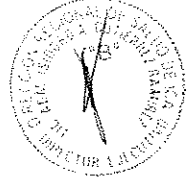
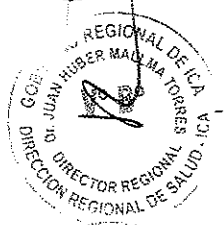
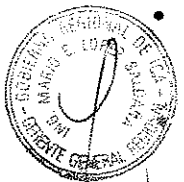
En fe de lo cual, los representantes legalmente autorizados, firman la presente Adenda, en dos ejemplares de igual tenor y validez legal, en la ciudad de Lima a los dos días del mes de mayo del año 2013.

GOBIERNO REGIONAL DE ICA

ALONSO NAVARRO CABANILLAS

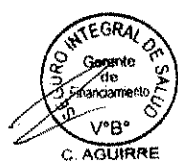
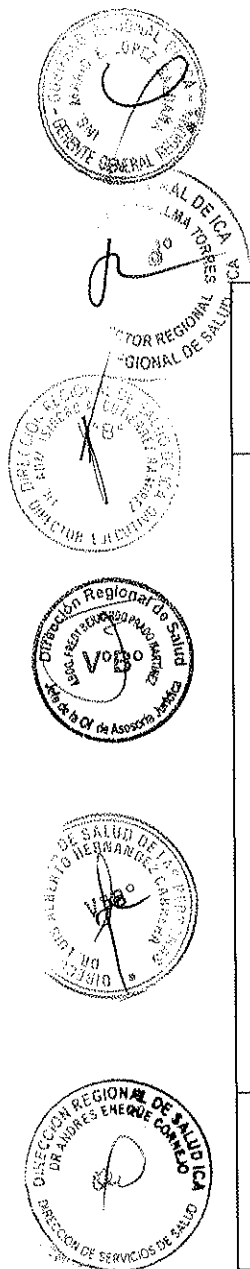
Presidente Regional  
Gobierno Regional de Ica

PEBRO FIDEL GRILLO ROJAS  
Jefe Institucional  
Seguro Integral de Salud



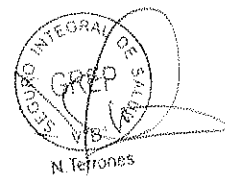
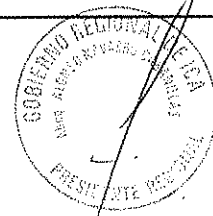
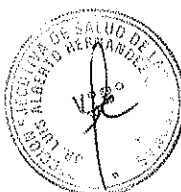
ANEXO N° 01

	N°	Indicador del convenio	INCENTIVO TRIMESTRAL DEL 20%	PESO PONDERADO	FACTOR DE AJUSTE	PORCENTAJE AL CUMPLIMIENTO DE LA META	MONTO A PAGAR POR INDICADOR
ESTRUCTURA	1	Satisfacción del surtimiento de la receta médica prescrita		0.08	0.6		
	2	Puntos de digitación con interconexión implementada		0.05	0.8		
	3	Personal de EESS I-2 conoce el Convenio		0.06	0.8		
PROCESO	4	Porcentaje de asegurados atendidos en prestaciones preventivas en el Primer Nivel de Atención		0.06	0.8		
	5	Porcentaje de prestaciones preventivas en el Primer Nivel de Atención		0.08	0.6		
	6	Porcentaje de niños con esquema CRED cumplido		0.07	0.8		
	7	Porcentaje de mujeres parturientas con 6 controles prenatales y mas		0.07	0.6		
	8	Porcentaje de Prestaciones Bucales		0.07	0.7		
	9	Porcentaje de prestaciones de profilaxis antiparasitaria		0.07	0.7		
	10	Porcentaje de prestaciones de salud reproductiva		0.07	0.7		
	11	Porcentaje de personas afectadas por tuberculosis (PAT) con evaluación de laboratorio inicial completos		0.05	0.8		
	12	Porcentaje de referencias justificadas en Emergencia		0.07	0.6		
	RESULTADO	13	Porcentaje de prestaciones observadas por PEA		0.05	0.7	
14		Porcentaje de prestaciones rechazadas por PCPP		0.08	0.6		
15		Porcentaje de ejecución del Componente de Reposición		0.07	0.6		



ANEXO N° 02

N°	Indicador del convenio	VALOR BASAL PROMEDIO	Meta I Trimestre	Meta II Trimestre	Meta III Trimestre	Meta IV Trimestre
1	Satisfacción del surtimiento de la receta medica prescrita	Se calcula en el 1° trimestre				
2	Puntos de digitación con interconexión implementada	75.0%	78.19%	81.20%	85.45%	90.90%
3	Personal de EESS I-1 y I-2 conoce el convenio	Se calcula en el 1° trimestre				
4	Porcentaje de asegurados atendidos en prestaciones preventivas en el Primer Nivel de Atención	6.9%	10.38%	14.0%	20.0%	30.0%
5	Porcentaje de prestaciones preventivas en el Primer Nivel de Atención	26.8%	30.0%	42.0%	55.0%	70.0%
6	Porcentaje de niños con esquema CRED cumplido	0.1%	9.0%			
		0.1%		15.0%		
		0.0%			20.0%	
		0.1%				30.0%
7	Porcentaje de mujeres parturientas con 6 CPN y más	20.5%	23.0%	30.0%	40.0%	50.0%
8	Porcentaje de prestaciones Bucales	1.9%	4.0%	7.0%	12.0%	18.0%
9	Porcentaje de prestaciones de profilaxis antiparasitaria	0.2%	1.0%	7.0%	20.0%	35.0%
10	Porcentaje de prestaciones de salud reproductiva	2.3%	10.0%	15.0%	30.0%	40.0%
11	Porcentaje de personas afectadas por tuberculosis (PAT) con evaluación de laboratorio inicial completos	Se calcula en el 1° trimestre				
12	Porcentaje de referencias justificadas en emergencia	Se calcula en el 1° trimestre				
13	Porcentaje de prestaciones observadas por PEA	2.4%	2.2%	2.0%	1.7%	1.0%
14	Porcentaje de prestaciones rechazadas por PCPP	75%	70%	60%	50%	40%
15	Porcentaje de ejecución del Componente de Reposición	29.2%	25.0%	30.0%	70.0%	100.0%



ANEXO N° 04  
FICHA DE INDICADORES

<b>FICHA TÉCNICA</b> <b>MATRIZ DE INDICADORES</b>		Area Responsable
		Seguro Integral de Salud
		Gerencia de Riesgos y Evaluación de las Prestaciones
Codigo	I.11	Nombre del indicador
		Porcentaje de personas afectadas por tuberculosis (PAT) con evaluación de laboratorio inicial completos (*)
<b>Definición del indicador</b> Mide la cobertura de exámenes auxiliares iniciales realizados a los PAT asegurados SIS.		
<b>Propósito</b> Verificar que los EESS brinden la atención integral a los PAT, incluyendo los exámenes auxiliares de acuerdo a la normatividad vigente.		
<b>Justificación</b> En el marco del AUS constituye una medida que permitirá cuantificar la proporción de PAT que acceden al PEAS y se les brinda las garantías explícitas de calidad y oportunidad en la Región.		
<b>Cálculo del Indicador</b>		<b>Numerador</b> N° personas que inician tratamiento de TBC(PAT) sea por primera vez o antes tratado.
N° PAT con evaluación de laboratorio inicial completa en el trimestre x 100 N° total de PAT reportados en el trimestre		<b>Denominador</b> N° total de PAT reportados en el trimestre a la Estrategia Nacional de TBC mediante padron nominal estandarizado por la ESNPCT
<b>Supuestos</b>		<b>Representatividad</b>
<b>Niveles de desagregación</b> Regional, establecimientos de primer nivel y II nivel con población crítica.		<b>Frecuencia de medición</b> Trimestral
<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		
Valor basal: Se determinará con los resultados de las encuestas realizadas durante el 1° trimestre de ejecución del Ver ANEXO N° 02 INDICADORES DEL CONVENIO		
<b>Referencias Bibliográficas</b> RM N° 579-2010-MINSA que modifica el subnumeral 7 TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS de la R.M. N° 383-2006/MINSA que aprueba la NTS N° 041-MINSA/DGSP-V.01 "NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA EL CONTROL DE LA TUBERCULOSIS"		
<b>Comentarios Técnicos</b>		
(*) Evaluación clínica y de laboratorio inicial completo. Incluye: Hemograma completo, Glicemia, Creatinina, Perfil hepático completo, serología para VIH 1-2. Prueba de embarazo (MEF). Radiografía de tórax frontal.		
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.		

