



PERÚ

Ministerio de Salud

Seguro Integral de Salud

DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERU
"Año de la Diversificación Productiva y del Fortalecimiento de la Educación"

PRIMERA ADENDA AL CONVENIO DE GESTION PARA EL FINANCIAMIENTO DE SERVICIOS DE SALUD SUSCRITO ENTRE LA UNIDAD EJECUTORA DIRECCION REGIONAL DE SALUD DEL CALLAO – DIRESA CALLAO Y EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD

Conste por el presente documento, la **Primera Adenda al Convenio de Gestión para el Financiamiento de Servicios de Salud** que celebran de una parte la **Unidad Ejecutora DIRECCION REGIONAL DE SALUD DEL CALLAO – DIRESA CALLAO (1316)**, con R.U.C. N° 20147907487, con domicilio en Jr. Colina N° 879 - Distrito de Bellavista, Provincia del Callao, Departamento de Lima, debidamente representada por su Director General Sr. **RICARDO ALDO LAMA MORALES**, identificado con DNI N° 25610762, designado mediante Resolución Ejecutiva Regional N° 604, al que en adelante se denominará **UNIDAD EJECUTORA**; 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, Provincia y Departamento de Lima, representado por su Jefe, **PEDRO FIDEL GRILLO ROJAS** identificado con DNI N° 09644064, designado mediante Resolución Suprema N° 014-2013-SA, que en adelante se denominará **SIS**; de acuerdo a los términos y condiciones siguientes:



CLÁUSULA PRIMERA: ANTECEDENTES

- 1.1. En el año 2014, el **SIS** y la **UNIDAD EJECUTORA**, celebraron el Convenio de Gestión para el Financiamiento de Servicios de Salud.
- 1.2. La Clausula Décimo Octava del Convenio, establece que las partes podrán de mutuo acuerdo, modificar este Convenio mediante la suscripción de adendas, cuando lo estimen conveniente para el cumplimiento del mismo.
- 1.3. La Gerencia de Riesgos y Evaluación de las Prestaciones a través del Informe N° 001-2015-SIS-GREP-MSCH-GYMCH, propone la inclusión de indicadores de monitoreo a los **Convenios de Gestión para el Financiamiento de Servicios de Salud suscrito entre el SIS, las Unidades Ejecutoras e Institutos y Hospitales Especializados**, durante el año 2015.



CLÁUSULA SEGUNDA: OBJETO DE LA ADENDA

El **SIS** y la **UNIDAD EJECUTORA**, en virtud a lo indicado en el numeral 1.3 de la presente Adenda al Convenio de Gestión para el Financiamiento de Servicios de Salud, consideran necesario evaluar la calidad de la atención resolutive, a través de los Indicadores Prestacionales. Para tal efecto, se modifica la Cláusula Décimo Segunda, conforme se detalla a continuación:



- Se modifica el numeral 12.3. de la **CLAUSULA DÉCIMO SEGUNDA: DEL MONITOREO DE LAS PRESTACIONES**, en los siguientes términos:

- IPM 01:** Porcentajes de Prestaciones observadas por PEA
- IPM 02:** Porcentaje de Prestaciones rechazadas por PCPP
- IPM 03:** Porcentaje de Investigación de Muertes Maternas y Neonatales
- IPM 04:** Número de Muertes Maternas
- IPM 05:** Número de Muertes Neonatales Precoces





Cabe indicar que los tres últimos indicadores están enfocados al objetivo de contribuir a la disminución de las muertes maternas y neonatales, en el marco del cumplimiento de los Objetivos del Milenio - OMS, que prioriza la disminución de las muertes maternas y neonatales.

Asimismo, las partes acuerdan modificar las Cláusulas Segunda y Cuarta, en los siguientes términos:

- Adicionar a la **CLÁUSULA SEGUNDA: DEFINICIONES Y ACRÓNIMOS**, la siguiente definición y acrónimo:

Cobros Indebidos

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

SUSALUD: Superintendencia Nacional de Salud.

- Adicionar a la **CLAUSULA CUARTA: BASE LEGAL**, las siguientes normas legales:

- 4.31. Ley N° 30281, Ley de Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2015.
- 4.32. Decreto Legislativo N° 1164, que establece disposiciones para la Extensión de la Cobertura Poblacional del Seguro Integral de Salud en Materia de Afiliación al Régimen de Financiamiento Subsidiado.
- 4.33. Decreto Supremo N° 030-2014-SA, que aprueba el Reglamento del Decreto Legislativo N° 1163, que aprueba las disposiciones para el Fortalecimiento del Seguro Integral de Salud.
- 4.34. Decreto Supremo N° 020-2014-SA, que aprueba el Texto Único Ordenado de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal de Salud.
- 4.35. Resolución Ministerial N° 0207-2009/MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Mortalidad Materna y Perinatal 2009-2015"
- 4.36. Resolución Ministerial N° 695-2006/MINSA, que aprueba la Guía Práctica Clínica para la Atención de Emergencias Obstétricas según nivel de capacidad resolutive.
- 4.37. Resolución Ministerial N° 0142-2007/MINSA, que aprueba el Documento Técnico Estándares e Indicadores de Calidad en la Atención Materna y Perinatal en los Establecimientos que cumplen con las funciones Obstétricas y Neonatales.
- 4.38. Resolución Ministerial N° 279-2009/MINSA, que aprueba la NTS N° 078-MINSA/FGE Norma Técnica de Salud que establece el Subsistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica Perinatal y Neonatal.
- 4.39. Resolución Ministerial N° 991-2012/MINSA, que aprueba los parámetros de negociación para la celebración de convenios entre el Seguro Integral de Salud y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) públicas.

CLAUSULA TERCERA: EVALUACION DE INDICADORES

La evaluación del cumplimiento de Indicadores, tal como lo establecen los Anexos N° 01 al N° 05, está a cargo de la Gerencia de Riesgos y Evaluación de las Prestaciones.





LOS INDICADORES A EVALUAR

IPM 01	Porcentajes de Prestaciones observadas por PEA	ANEXO N° 01
IPM 02	Porcentaje de Prestaciones rechazadas por PCPP	ANEXO N° 02
IPM 03	Porcentaje de Investigación de Muertes Maternas y	ANEXO N° 03
IPM 04	Número de Muertes Maternas	ANEXO N° 04
IPM 05	Número de Muertes Neonatales Precoces	ANEXO N° 05

CLAUSULA CUARTA: BOLSA DE SERVICIOS

Los servicios prestados por la Unidad Ejecutora, así como el monto proyectado a ser transferido, se detallan en el **Anexo N° 06** de la presente Adenda.



CLÁUSULA QUINTA: DE LA REPETICION JUDICIAL

El **SIS** a través de la Procuraduría Pública respectiva, puede repetir judicialmente contra la **UNIDAD EJECUTORA**, cuando a través de sus profesionales de la salud, ocasione daños en la salud de sus asegurados de los Regímenes de Financiamiento Subsidiado o Semicontributivo.



Lo indicado en el párrafo anterior es independiente de las responsabilidades administrativas y/o penales a que hubiera lugar.

CLÁUSULA SEXTA: DEDUCCION POR INCUMPLIMIENTO

Cuando el asegurado haya realizado gasto de bolsillo fuera de la IPRESS debido a que ésta no contaba con los productos farmacéuticos, dispositivos médicos, productos sanitarios, procedimientos de apoyo al diagnóstico u otro insumo necesario para brindar una atención integral, completa, oportuna y de calidad, el **SIS** está facultado para deducir, de las transferencias financieras, el monto que el asegurado haya incurrido en gasto para complementar su atención de salud.



CLAUSULA SETIMA: DE LA DEVOLUCIÓN DE COBROS INDEBIDOS

Cuando el **SIS** determine cobros indebidos por parte de las IPRESS públicas, éstas a través de la Unidad Ejecutora correspondiente, están obligadas a hacer la devolución del dinero al asegurado en un plazo de quince (15) días calendario a partir de la notificación, caso contrario, el importe será deducido de la siguiente transferencia financiera, sin perjuicio de las responsabilidades administrativas, civiles y/o penales a que hubiera lugar.



CLAUSULA OCTAVA: VIGENCIA Y CONTINUIDAD DE LAS ESTIPULACIONES

Lo estipulado en la presente Adenda entrará en vigencia desde la fecha de suscripción.





Ambas partes declaran que los demás términos y condiciones del Convenio de Gestión para el Financiamiento de Servicios de Salud 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 tres ejemplares de igual tenor y validez legal, en la ciudad de Lima a los 04 días del mes de mayo de 2015.



RICARDO ALDO LAMA MORALES
Director
Dirección Regional de Salud del Callao
DIRESA Callao

PEDRO FIDEL GRILLO ROJAS
Jefe Institucional
Seguro Integral de Salud



ANEXO N° 01

FICHA TECNICA MATRIZ DE INDICADORES ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD		Area Responsable Seguro Integral de Salud Gerencia de Riesgos y Evaluación de las Prestaciones
1. Datos de identificación del Indicador		
Codigo	I.P. 01	Nombre del indicador Porcentaje de prestaciones observadas por PEA
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 del segundo y tercer nivel de atención financiadas por el SIS.		
Justificación Al ser una IAFAS, el SIS debe realizar control prestacional a las prestaciones a fin de salvaguardar la calidad de la prestación. A la vez es necesario incorporar un mecanismo que permita monitorear la pérdida de fondos por prestaciones observadas con el riesgo de desfinanciar las prestaciones.		
3. Aspectos metodológicos de la estimación del indicador		
Cálculo del Indicador		Numerador N° Total de Prestaciones Observadas por Reglas de Validación Automáticas de producción anual x 100 por EESS de II y III nivel
$\frac{\text{Total de Prestaciones Observadas por Reglas de Validación Automáticas de producción anual por EESS de II y III nivel} \times 100}{\text{N° Total Prestaciones brutas registradas anualmente por EESS de II y III nivel}}$		Denominador N° Total Prestaciones brutas registradas anualmente por EESS de II y III nivel
Supuestos Se asume que se debe cumplir la normativa emitida por el SIS en relación a prestaciones de salud. Se espera que para el 2015 haya una disminución del número de prestaciones observadas por Reglas de Validación con respecto al año anterior. Solo se considera para evaluación las prestaciones registradas en el aplicativo SIASIS.		Representatividad En su ambito de evaluación
Niveles de desagregación Regional, categoría de los establecimientos, establecimiento de salud.		Frecuencia de medición Anual
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 OGTI - SIS		
5. Determinación de valores y referencias adicionales		
Ver ANEXO N° 02 INDICADORES DEL CONVENIO		
Resolución Jefatural N° 056-2011/SIS.		
Comentarios Técnicos Para el cálculo del valor basal se ha tomado como referencia el resultado de las prestaciones observadas en el periodo de Enero a diciembre 2014 de cada establecimiento de II y III nivel de atención.		





ANEXO N° 02

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.P. 02	Nombre del indicador Porcentaje de prestaciones rechazadas por PCPP
Definición del indicador Mide el Porcentaje de prestaciones rechazadas por PCPP		
2. Relevancia del Indicador		
Propósito Contribuir a mejorar la calidad de registro de las prestaciones en el FUA, así como la calidad de la atención brindada a los asegurados SIS.		
Justificación Al ser una IAFAS, el SIS debe realizar control prestacional a las prestaciones a fin de salvaguardar la calidad de la prestación. A la vez es necesario incorporar un mecanismo que permita monitorear la pérdida de fondos por prestaciones rechazadas con el riesgo de desfinanciar las prestaciones.		
3. Aspectos metodológicos de la estimación del indicador		
Cálculo del Indicador		Numerador N° acumulado de prestaciones rechazadas por PCPP por año en EESS de II y III nivel de atención x 100
N° acumulado de prestaciones rechazadas por PCPP por año en EESS de II y III nivel de atención x 100		Denominador N° acumulado de prestaciones evaluadas por PCPP por año en EESS de II y III nivel de atención
N° acumulado de prestaciones evaluadas por PCPP por año en EESS de II y III nivel de atención		
Supuestos Se asume que se debe cumplir la normativa emitida por el SIS en relación a prestaciones de salud. Se espera que para el 2015 haya una disminución del número de prestaciones rechazadas por PCPP con respecto al año anterior. Solo se considera para evaluación las prestaciones registradas en el aplicativo SIASIS. Cabe señalar que de igual manera, las Gerencias Macroregionales/ UDRs deben cumplir con el número de visitas establecidas en la normativa vigente (R.J. N° 170-2012/SIS), la cual indica que como mínimo se tienen que realizar dos visitas año en EESS de II y III nivel de atención.		Representatividad En su ámbito de evaluación
Niveles de desagregación Regional, categoría de los establecimientos, establecimiento de salud.		Frecuencia de medición Anual
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 OGTI - SIS		
5. Determinación de valores y referencias adicionales		
Ver ANEXO N° 02 INDICADORES DEL CONVENIO Resolución Jefatural N° 170-2012/SIS.		
Comentarios Técnicos Para el cálculo del valor basal se ha tomado como referencia el resultado de las prestaciones rechazadas por PCPP en el periodo de Enero a diciembre 2014 de cada establecimiento de II y III nivel de atención.		





ANEXO N° 003

TRANSFERENCIA A DIRECCION DE SALUD I CALLAO - DIRESA CALLAO (1316)

El monto proyectado a transferir, será destinado para el financiamiento de las prestaciones de salud, contenidas en el Plan de Beneficios del SIS, correspondiente al Ejercicio Fiscal 2015.

Dicho monto, asciende a:

S/. 800,127.00
(Ochocientos mil ciento veintisiete Nuevos Soles)

DIRECCION DE SALUD I CALLAO (1316)
CARTERA DE SERVICIOS

CÓDIGO DE SERVICIO	NOMBRE DEL SERVICIO	CANTIDA DE ATENCIONES
056	Consulta externa	6 010
TOTAL DE ATENCIONES		6,010

Fuente: SIS -GNF

La tabla muestra la proyección estimada, en relación a la cartera de servicios a financiar para el presente año fiscal, en el Marco del Convenio de Pago Pre Liquidado



