



CONVENIO DE GESTION PARA EL FINANCIAMIENTO DE SERVICIOS DE SALUD SUSCRITO ENTRE LA UNIDAD EJECUTORA 1619 – GOB. REG. DE LA LIBERTAD - SALUD GRAN CHIMU Y EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD

Conste por el presente documento, el **Convenio de Gestión para el Financiamiento de Servicios de Salud** que celebran de una parte la **Unidad Ejecutora 1619 - GOB. REG. DE LA LIBERTAD - SALUD GRAN CHIMU** con RUC N°20600196198, con domicilio en la Av. Libertad S/N, Distrito de Cascas, Provincia de Gran Chimú, Departamento de la Libertad, debidamente representado por su Directora Ejecutiva **Yasmin Graciela Sánchez Hidalgo**, identificada con DNI N° 41555789, designado mediante Resolución Ejecutiva Regional N° 551-2015-GRLL/PRE, de fecha 04 de marzo de 2015, a la que en adelante se le denominará **UNIDAD EJECUTORA**; y de la otra parte, el **SEGURO INTEGRAL DE SALUD**, con RUC N° 20505208626, con domicilio en la Av. Carlos Gonzáles N° 212, Urb. Maranga, Distrito de San Miguel, Provincia y Departamento de Lima, debidamente, representado por su Jefe **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

- 1.1. Mediante el Texto Único Ordenado de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 020-2014-SA, se establece que el Seguro Integral de Salud es una Institución Administradora de Fondos de Aseguramiento en Salud - IAFAS y que tiene a su cargo el financiamiento de la cobertura en salud de los afiliados a los Regímenes Subsidiado y Semicolaborativo que administra.
- 1.2. Mediante Decreto Legislativo N° 1163 se aprobaron las Disposiciones que tienen por objeto el Fortalecimiento del Seguro Integral de Salud, que incluye a las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS) públicas Seguro Integral de Salud (SIS) y al Fondo Intangible Solidario de Salud (FISSAL) en el marco del Aseguramiento Universal en Salud.



CLÁUSULA SEGUNDA: DEFINICIONES Y ACRÓNIMOS

Las partes convienen mutuamente, que para los efectos del presente Convenio los siguientes términos y acrónimos, tendrán los significados que a continuación se indican:

Afiliación

Es el proceso mediante el cual se incorpora a una persona (potencial asegurado), a alguno de los regímenes de financiamiento del **SIS**.

Asegurado

Es toda persona domiciliada en el país que está bajo la cobertura de alguno de los regímenes de aseguramiento del SIS, precalificado por el SISFOH como elegible para alguno de los regímenes de financiamiento y demás normas legales vigentes.

Cobertura

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





Cobros indebidos

Son los requerimientos 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.

Convenio

El presente Convenio de Gestión para el Financiamiento de Servicios de Salud es un acuerdo que genera derechos y obligaciones tanto al SIS como a los establecimientos de salud de la **UNIDAD EJECUTORA**, sea de manera directa o a través de su representante, en relación a la cobertura de salud y financiamiento de la misma.

Estructura de Costos de los PME

Están referidos a aquellas estructuras de costos que son realizados de acuerdo a lo indicado por la Resolución Ministerial N° 195-2009-MINSA que aprueba el Documento Técnico: "Metodología para la estimación de Costos Estándar en los establecimientos de salud".

Formato Único de Atención

Es el formato aprobado por el SIS en el que se registran los datos de atención y prescripción (procedimientos, medicamentos, insumos, apoyo al diagnóstico), así como los datos de afiliación del asegurado que recibe una prestación de salud o una prestación administrativa.

Guías de Práctica Clínica

Recomendaciones desarrolladas sistemáticamente acerca de un problema clínico específico para asistir tanto al personal de salud como a los pacientes en el proceso de toma de decisiones para una apropiada y oportuna atención de salud.

Labores Administrativas

Comprende todas aquellas actividades que realiza el establecimiento vinculadas a la afiliación, registro de atenciones sanitarias y administrativas, costos informáticos asociados a las actividades del SIS.

Pre-Liquidación

Es la transferencia financiera que realiza el financiador a la Unidad Ejecutora previamente a la valoración y liquidación de prestaciones, según "valor de producción mensual base" y las cláusulas establecidas en los convenios.

Prestaciones de Salud

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

Proceso de Validación de Prestaciones

Es la aplicación de procedimientos, metodologías y herramientas, para dar conformidad a las prestaciones de salud y/o administrativas, de acuerdo a las particularidades de cada mecanismo de pago.

Tarifa

Es la retribución económica según lista de precios establecidos, por determinados servicios o prestaciones a los asegurados.





PERU

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"

Tarifario de Procedimientos Médico Quirúrgicos y Estomatológicos (PME)

Se refieren a aquellos PME que han sido aprobados por la Resolución Jefatural N° 082-2014-SIS y que servirán de base para los convenios que se suscriban con las IPRESS.

Unidad Ejecutora

Es la encargada de conducir la ejecución de operaciones orientadas a la gestión de los fondos que administran, conforme a las normas y procedimientos del Sistema Nacional de Tesorería y en tal sentido son responsables directas respecto de los ingresos y egresos que administran.

- CE:** Carné de Extranjería.
- CUI:** Código Único de Identificación.
- DIRESA:** Dirección Regional de Salud.
- DISA:** Dirección de Salud.
- DNI:** Documento Nacional de Identidad.
- FUA:** Formato Único de Atención.
- GERESA:** Gerencia Regional de Salud.
- GMR SIS:** Gerencia Macro Regional del Seguro Integral de Salud.
- GA:** Gerencia del Asegurado.
- GNF:** Gerencia de Negocios y Financiamiento.
- GREP:** Gerencia de Riesgos y Evaluación de las Prestaciones.
- MEF:** Ministerio de Economía y Finanzas.
- MINSA:** Ministerio de Salud.
- NRUS:** Nuevo Régimen Único Simplificado.
- OGTI:** Oficina General de Tecnología de la Información.
- PME:** Procedimientos Médico Quirúrgicos y Estomatológicos.
- SIAF:** Sistema Integrado de Administración Financiera (MEF).
- SIGA:** Sistema Integrado de Gestión Administrativa (MEF).
- SIS:** Seguro Integral de Salud.
- SUSALUD:** Superintendencia Nacional de Salud.
- UDR SIS:** Unidad Desconcentrada Regional del Seguro Integral de Salud.
- UE:** Unidad Ejecutora.



CLÁUSULA TERCERA: MARCO INSTITUCIONAL Y PERSONERÍA JURÍDICA DE LAS PARTES

3.1 La **UNIDAD EJECUTORA**, de acuerdo a lo establecido en el Texto Único Ordenado de la Ley N° 28411, Ley General del Sistema Nacional de Presupuesto, aprobado por Decreto Supremo N° 304-2012-EF es una unidad administrativa creada para el logro de los objetivos y como contribución de la mejora de la calidad de los servicios públicos. Están creados con criterios de especialización funcional y cobertura de servicio.

3.2 El **SIS** es un Organismo Público Ejecutor adscrito al Ministerio de Salud y cuenta con personería jurídica de derecho público interno, autonomía técnica, funcional, económica, financiera y administrativa, constituida en una Institución Administradora de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS), cuya responsabilidad es la administración económica y financiera de los fondos que están destinados al financiamiento de las prestaciones de salud y otras que su plan de beneficios le faculte, a fin de ofrecer coberturas de riesgos en salud a sus afiliados, de acuerdo a las normas vigentes, conforme se establece en los artículos 3 y 5, respectivamente, del Reglamento de Organización y Funciones del Seguro Integral de Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 011-2011-SA.



**CLÁUSULA CUARTA: BASE LEGAL**

- 4.1. Ley N° 27785, Ley Orgánica del Sistema Nacional de Control y de la Contraloría General de la República.
- 4.2. Texto Único Ordenado de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 020-2014-SA.
- 4.3. Ley N° 29459, Ley de los Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios.
- 4.4. Ley N° 29761, Ley de Financiamiento Público de los Regímenes Subsidiado y Semicontributivo del Aseguramiento Universal en Salud.
- 4.5. Ley N° 30281, Ley de Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2015.
- 4.6. Decreto Legislativo N° 1154 que autoriza los Servicios Complementarios en Salud.
- 4.7. Decreto Legislativo N° 1158 que dispone medidas destinadas al fortalecimiento y cambio de denominación de la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud.
- 4.8. Decreto Legislativo N° 1163 que aprueba disposiciones para el Fortalecimiento del Seguro Integral de Salud.
- 4.9. Decreto Supremo N° 008-2010-SA que aprueba el Reglamento de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.
- 4.10. Decreto Supremo N° 011-2011-SA que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Seguro Integral de Salud.
- 4.11. Decreto Supremo N° 001-2014-SA que aprueba el Reglamento de los Servicios Complementarios en Salud.
- 4.12. Resolución Ministerial N° 062-2010/MINSA que aprueba el Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales.
- 4.13. Resolución Ministerial N° 645-2006/MINSA que aprueba la adquisición de medicamentos fuera del Petitorio Nacional de Medicamentos Esenciales.
- 4.14. Resolución Ministerial N° 751-2004/MINSA que aprueba la Norma Técnica del Sistema de Referencias y Contrarreferencias de los establecimientos del MINSA.
- 4.15. Resoluciones de la Contraloría General relacionadas con las Normas Técnicas y Directivas de Control Gubernamental y Normas de Auditoría Gubernamental.
- 4.16. 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.
- 4.17. Decreto Supremo N° 030-2014-SA que aprueba el Reglamento del Decreto Legislativo N° 1163, que aprueba disposiciones para el Fortalecimiento del Seguro Integral de Salud.
- 4.18. 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".
- 4.19. 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.
- 4.20. Resolución Ministerial N° 0142-2007/MINSA que aprueba el Documento Técnico Estándares Indicadores de Calidad en la Atención Materna y Perinatal en los Establecimientos que cumplen con las funciones Obstétricas y Neonatales.
- 4.21. Resolución Ministerial N° 695-2006/MINSA que aprueba la Guía Práctica Clínica para la Atención de Emergencias Obstétricas según nivel de capacidad resolutive.
- 4.22. 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.
- 4.23. Resolución de Superintendencia N° 080-2014-SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD/S que aprueba las Condiciones Mínimas de los Convenios o Contratos suscritos





entre Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS) e Instituciones Prestadoras de Servicios Salud (IPRESS).

- 4.24. Resolución Jefatural N° 185-2011/SIS que aprueba la Directiva N° 002-2011-SIS/GNF, "Directiva que regula el Proceso de Revisión de la Ejecución de Gastos en las Unidades Ejecutoras que reciben financiamiento del SIS para la atención de los Asegurados/Inscritos".
- 4.25. Resolución Jefatural N° 170-2012/SIS que aprueba la Directiva N° 002-2012-SIS-GREP "Directiva que establece el Proceso de Control Presencial Posterior de las Prestaciones de Salud financiadas por el Seguro Integral de Salud".
- 4.26. Resolución Jefatural N° 148-2012/SIS que aprueba la Guía Técnica N° 001-2012-SIS/GNF "Guía Técnica para el Pago por Preliquidación".
- 4.27. Resolución Jefatural N° 082-2014/SIS que aprueba el Tarifario de Procedimientos Quirúrgicos y Estomatológicos (PME) del Seguro Integral de Salud.
- 4.28. Resolución Jefatural N° 024-2014/SIS, que modifica la Directiva N° 002-2011-SIS/GO "Directiva que regula los procesos de validación Prestacional del Seguro Integral de Salud".



CLÁUSULA QUINTA: OBJETO DEL CONVENIO

El presente Convenio tiene por objeto el financiamiento de servicios de salud que brinda la **UNIDAD EJECUTORA** a los asegurados **SIS**, mediante el **Mecanismo de Pago Pre-Liquidado**, para lo cual es necesario:

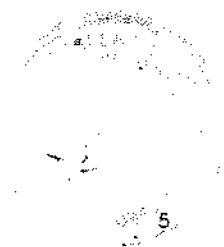
- 5.1 Fijar el cálculo del Valor de Producción Mensual Base Referencial.
- 5.2 Determinar la transferencia de recursos para el financiamiento de los servicios de salud en el ámbito territorial de la **UNIDAD EJECUTORA**.
- 5.3 Garantizar que la transferencia de los recursos que realice el **SIS** a la **UNIDAD EJECUTORA**, sea destinada única y exclusivamente al financiamiento de los servicios de salud brindados a los asegurados del **SIS**, con lo cual podrán disponer de los recursos que les permitan otorgar las atenciones, conforme a lo establecido por las normas que regulen dicho proceso.



CLÁUSULA SEXTA: OBLIGACIONES DE LA UNIDAD EJECUTORA

Constituyen obligaciones de la **UNIDAD EJECUTORA**:

- 6.1. Es la responsable de implementar las acciones y recomendaciones administrativas y correctivas, según sea el caso, que correspondan a los resultados de los Procesos de validación y supervisión que efectúe el **SIS**.
- 6.2. Es responsable que los establecimientos de salud otorguen los servicios de salud contenidos en el Plan de Beneficios del **SIS**, conforme a la categoría que corresponda.
- 6.3. Deberá permitir al **SIS** la realización de intervenciones de monitoreo y supervisión a nivel del establecimiento de salud.
- 6.4. Es responsable de velar y cautelar que los recursos transferidos sean utilizados según lo establecido por la normatividad vigente.





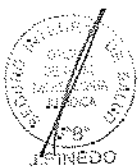
PERÚ

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"

- 6.5. Informar mensualmente al **SIS** sobre el número de prestaciones efectuadas y la cantidad de inscritos o asegurados atendidos, según lo establecido en los aplicativos informáticos que el **SIS** proporcione (SIASIS y/o ARFSIS).
- 6.5. Transparentar y hacer uso de los recursos transferidos por el SIS de acuerdo a los montos que corresponde a cada establecimiento de salud.
- 6.6. Priorizar la ejecución de los recursos transferidos por el SIS para su uso en productos farmacéuticos, dispositivos médicos, productos sanitarios y procedimientos médicos, quirúrgicos y odontoestomatológicos realizados en la prestación.
- 6.7. Garantizar la atención y el trámite oportuno de las quejas y reclamos.
- 6.8. Gestionar las referencias y contrarreferencias de conformidad con la normatividad vigente.
- 6.9. Garantizar las buenas condiciones del establecimiento de salud en el que se otorgan los servicios de salud.
- 6.10. Informar mensualmente al **SIS**, de manera obligatoria el avance de ejecución de las transferencias realizadas por el **SIS**, según lo dispuesto en la Resolución Jefatural N°185-2011/SIS.
- 6.11. Garantizar la reposición del 100% del componente de Reposición y de manera oportuna.
- 6.12. Garantizar el cumplimiento de los indicadores hospitalarios establecidos en el presente Convenio.
- 6.13. Efectuar el monitoreo y supervisión del cumplimiento de los Indicadores acordados en el presente Convenio.
- 6.14. Velar por el cumplimiento de los procesos de atención, los mismos que estarán orientados por protocolos de atención y guías de práctica clínica aprobadas por el MINSA y la DISA/DIRESA/GERESA, procurando realizar intervenciones con alta efectividad.
- 6.15. Recurrir obligatoriamente ante la GMR/UDR de su jurisdicción, a efectos de realizar consultas, solicitar asistencia técnica, realizar procesos de capacitación y control y todo lo concerniente respecto a la ejecución del presente convenio.
- 6.16. Garantizar la vigencia de categorización de sus establecimientos.
- 6.17. Garantizar la dotación de medicamentos e insumos de los establecimientos de salud a su cargo bajo las normas de buenas prácticas de almacenamiento y distribución de los productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios.
- 6.18. Contar con un profesional médico auditor que garantice que las prestaciones de salud brindadas a los asegurados del SIS se realicen de acuerdo a la normatividad vigente, para lo cual debe realizar acciones de auditoria de la calidad del registro asistencial, entre otros.





- 6.18. Brindar los servicios de salud con calidad, oportunidad, calidez al asegurado. La cobertura de servicios de salud se determina en el Plan de Beneficios SIS.
- 6.19. Realizar las afiliaciones/inscripciones de las personas que reúnan las condiciones de elegibilidad del SISFOH para ser asegurados del SIS.
- 6.20. Ingresar la información de manera correcta y completa, (Formato de Recolección de datos y el Formato Único de Atención) en los aplicativos informáticos del SIS.
- 6.21. Actuar con la diligencia del caso para que el Formato Único de Atención se encuentre debida y oportunamente llenado en su integridad.
- 6.22. Garantizar que no se realicen cobros indebidos a los asegurados del SIS por concepto alguno en los servicios de salud que se encuentran dentro de los planes de cobertura del SIS.



- 6.23. Garantizar que las atenciones de salud se realicen de acuerdo a las orientaciones contenidas en protocolos y guías de práctica clínica.
- 6.24. Garantizar el stock y la disponibilidad de productos farmacéuticos, dispositivos médicos, productos sanitarios y procedimientos médicos, quirúrgicos y odontoestomatológicos para las atenciones a los asegurados SIS.



- 6.25. Los establecimientos de salud de segundo y tercer nivel que cuentan con internet están obligados a utilizar el sistema informático (software) desarrollado por el Ministerio de Salud que se encuentra disponible en el portal de internet del Ministerio de Salud, para registrar todas las referencias y contrarreferencias que realicen a los asegurados SIS, excepto aquellos que a la fecha ya tengan implementado un software para el registro de sus referencias y contrarreferencias, en cuyo caso deberán coordinar con el Ministerio de Salud la interoperabilidad con el sistema informático oficial.



- 6.26. El SIS informará con 60 días de anticipación, la fecha a partir de la cual ya no reconocerá las referencias o contrarreferencias para los establecimientos que no se encuentren registrados en el aplicativo del Ministerio de Salud.

CLÁUSULA SÉTIMA: OBLIGACIONES Y ATRIBUCIONES DEL SEGURO INTEGRAL DE SALUD

Constituyen obligaciones y atribuciones del SIS:

7.1 Del SIS Central

- 7.1.1 Garantizar el buen funcionamiento del SIASIS/ARFSIS a fin de que la **UNIDAD EJECUTORA** pueda informar en el aplicativo las prestaciones y afiliaciones realizadas a los asegurados y hacer uso de los reportadores progresivamente en horarios más extendidos.



- 7.1.2 Las Resoluciones Jefaturales que tengan vinculación con las prestaciones serán socializadas con la **UNIDAD EJECUTORA** y se les apoyara en la difusión y capacitación de la misma, así como en las adecuaciones que fueran necesarias para su cumplimiento.





7.1.3 Realizar visitas inopinadas para verificar la gratuidad de los servicios de salud brindados a los asegurados **SIS**.



7.1.4 Informar al Órgano de Control Institucional y/o Superintendencia Nacional de Salud, en caso de incumplimiento por parte de la **UNIDAD EJECUTORA**, por responsabilidad funcional, administrativa, civil y/o penal, de acuerdo a las normas sobre la materia.

7.1.5 Tener Certificación de Crédito Presupuestario antes de realizar las transferencias financieras a la **UNIDAD EJECUTORA**.



7.2 De las MACRO REGIONES y/o UDR SIS

7.2.1 Son los representantes del **SIS** dentro del ámbito de su jurisdicción y son los encargados de absolver consultas y/o brindar asistencia técnica a la **UNIDAD EJECUTORA**.



7.2.2 Realizar el seguimiento, monitoreo y supervisión sobre el nivel de ejecución de los recursos transferidos.

J. MORENO

7.2.3 Efectuar la validación de las prestaciones informadas por los establecimientos de salud.



7.2.4 Realizar visitas inopinadas a los establecimientos de salud para verificar la gratuidad y calidad de los servicios de salud.

7.2.5 Realizar supervisiones, previa comunicación al EESS, de los diferentes procesos y procedimientos del SIS y retroalimentarlo para que se implementen las medidas correctivas.

CLÁUSULA OCTAVA: MECANISMO DE PAGO

La forma de pago a la **UNIDAD EJECUTORA** es el pago **Pre-Liquidado**.

CLÁUSULA NOVENA: TARIFAS

9.1 Para efectos del presente Convenio, registrarán las tarifas de los procedimientos médico quirúrgicos y estomatológicos, aprobadas por la Resolución Jefatural N° 082-2014-SIS, 139-2014-SIS y las que se vayan incorporando a este tarifario así como las tarifas acordadas en ambas partes para determinados procedimientos.

CLÁUSULA DÉCIMA: DE LA TRANSFERENCIA

10.1 El **SIS** realizará la transferencia de recursos por establecimiento de Salud para el financiamiento de las prestaciones de salud contenidas en el Plan de Beneficios del **SIS**.



Unidad Ejecutora
UE 1619 - GOB. REG. DE LA LIBERTAD - SALUD GRAN CHIMÚ



- 10.2 Para el cálculo de la transferencia a realizar se seguirá el procedimiento establecido en la Resolución Jefatural N° 148-2012-SIS que aprueba la Guía Técnica N° 001-2012-SIS-GNF - Guía Técnica para el pago por pre liquidación.
- 10.3 Se financiarán las intervenciones y servicios del Plan de beneficios del **SIS** que se realicen en el ámbito de la **UNIDAD EJECUTORA**.
- 10.4 Asimismo, se financiarán los servicios de salud brindados a los asegurados del Régimen Semicontributivo del **SIS**, por el plan de beneficios SIS Emprendedor, mediante modalidad de pago Pre-Liquidado.

CLÁUSULA DÉCIMO PRIMERA: DEL MONITOREO FINANCIERO



- 11.1 El **SIS** efectuará el monitoreo de la ejecución de las transferencias, el cual se realiza principalmente al componente de reposición, ya que deben reponer el 100% del consumo informado.
- 11.2 El **SIS** realizará el monitoreo para que los procedimientos administrativos se cumplan en el marco de la normativa vigente, a fin de que se otorguen las prestaciones de salud adecuadas

CLÁUSULA DÉCIMO SEGUNDA: DEL MONITOREO DE LAS PRESTACIONES

- 12.1 El **SIS** en el marco de sus funciones y a fin de garantizar la eficiencia de la prestación de los servicios de salud a sus asegurados, podrá desarrollar acciones de supervisión de la calidad de las prestaciones, así como procesos de validación prestacional.

Del resultado de dichas acciones, se obtendrán recomendaciones que se pondrán en conocimiento de los prestadores para que tomen medidas correctivas que permitan superar dichos inconvenientes, si es que las hubiera, las cuales deberán ser informadas al **SIS**.

- 12.2 Con la finalidad de asegurar la oportunidad en las prestaciones de salud, la **UNIDAD EJECUTORA** debe garantizar la entrega de las prestaciones de acuerdo al Plan de Beneficios del **SIS** y el pago correspondiente; incluso a terceros si fuera necesario con los recursos transferidos en mérito del presente Convenio.

- 12.3 Se tienen Indicadores Prestacionales de Monitoreo (IPM) los cuales se medirán durante todo el año (**Anexo N°01, Anexo N°02, Anexo N°03, Anexo N°04, Anexo N°05**); éstos son:

- 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

CLÁUSULA DÉCIMO TERCERA: DE LA VIGENCIA

- 13.1 El presente Convenio tendrá una vigencia de tres (03) años, contados a partir de la fecha de suscripción.





- 13.2 El presente Convenio, se renovará en forma automática por un periodo anual sucesivo, salvo disposición en contrario de las partes, en cuyo caso deberán comunicar su voluntad de no renovarlo, por escrito y con una anticipación no mayor de treinta (30) días calendarios a la fecha de su vencimiento.
- 13.3 Con posterioridad a la vigencia del Convenio subsistirán las obligaciones de la **UNIDAD EJECUTORA** de reportar información vinculada a la transferencia de recursos que se realiza en mérito del presente Convenio.



CLÁUSULA DÉCIMO CUARTA: DE LA COORDINACIÓN

14.1 La coordinación, supervisión y monitoreo de la ejecución del Convenio es de responsabilidad de la **UNIDAD EJECUTORA**.



14.2 El **SIS Central** delegará la coordinación, supervisión y monitoreo de la ejecución del Convenio en:

14.2.1 La **Gerencia de Riesgos y Evaluación de Prestaciones**, será el área encargada de supervisar los procesos de validación prestacional.

14.2.2 La **Gerencia de Negocios y Financiamiento - GNF**, será la encargada de supervisar la transferencia de recursos financieros.



14.2.3 La **Oficina General de Tecnología de la Información**, mantendrá actualizada la base de datos de los asegurados y facilitará la información para la evaluación permanente del presente Convenio.

14.2.4 La **Gerencia del Asegurado**, será la encargada de informar a la Gerencia de Negocios y Financiamiento los montos correspondientes a descontar por cobros indebidos detectados en los establecimientos de salud de forma mensual.



14.2.5 Las **Gerencias Macro Regionales - GMR y/o Unidades Desconcentradas Regionales - UDRs**, se encargarán de absolver las dudas respecto a los alcances de los convenios y otras que fueran encargadas posteriormente.

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

Son causales de resolución del presente Convenio:

15.1 El incumplimiento total o parcial, de cualquiera de las partes, de las obligaciones asumidas dentro del marco del presente Convenio.



15.2 Por mutuo acuerdo de las partes.

15.3 Por caso fortuito o fuerza mayor que hagan imposible el cumplimiento de los fines y objetivos del presente Convenio. En caso de impedimento temporal comprobado, las partes podrán solicitar la suspensión temporal del Convenio.





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"

15.4 En caso que las causales por caso fortuito o fuerza mayor sean de naturaleza temporal, cualquiera de las partes podrá solicitar la suspensión temporal del Convenio, con anticipación no menor de quince (15) días calendario sobre la fecha del siguiente desembolso, a fin que dicha causal sea evaluada por la contraparte para que dé su conformidad y se establezca el periodo de dicha suspensión.

15.5 En caso de suspensión temporal del presente Convenio, las partes se comprometen a garantizar la continuidad de la prestación de servicios a los asegurados, estando el SIS obligado a garantizar la transferencia financiera correspondiente.

CLÁUSULA DÉCIMO SEXTA: DE LA PREVALENCIA DE NORMAS

En caso de discrepancia entre lo previsto en el presente Convenio y lo establecido por disposiciones legales de carácter imperativo, aplicables en relación al objeto y contenido, prevalecerán éstas últimas sobre el presente Convenio.



Asimismo, cualquier interpretación que sea necesaria deberá realizarse teniendo en consideración las disposiciones legales vigentes que resulten aplicables y los términos establecidos en el presente Convenio.

CLÁUSULA DÉCIMO SÉTIMA: DE LA SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

En el caso en que surgiera cualquier divergencia sobre la interpretación o cumplimiento del Convenio que devenga en un perjuicio para su ejecución, las partes se comprometen a resolverlo mediante una coordinación directa entre ellas, siguiendo las reglas de la buena fe y común intención, comprometiéndose a brindar sus mejores esfuerzos para lograr una solución armoniosa, teniendo en cuenta los principios que inspiran este Convenio y a suscribir un Acta en la que plasmen los acuerdos logrados y que se incorporarán como Adenda.

No obstante, en caso de no llegar a un acuerdo las partes se comprometen a someterse a la Conciliación Extrajudicial a fin de dirimir las controversias surgidas en el desarrollo del mismo.

Si no se logra una solución satisfactoria para ambas partes en la conciliación extrajudicial, cualquiera de ellas podrá solicitar un arbitraje de derecho al Centro de Conciliación y Arbitraje de la Superintendencia Nacional de Salud, a fin de dirimir las controversias surgidas en el desarrollo del mismo.

CLAUSULA DÉCIMO OCTAVA: 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 los asegurados de los Regímenes de Financiamiento Subsidiado o Semicontributivo.

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

CLÁUSULA DÉCIMO NOVENA: DE LOS SERVICIOS COMPLEMENTARIOS DE SALUD

El SIS con la finalidad de mejorar y garantizar el acceso a los servicios de salud podrá celebrar convenios de servicios complementarios de salud a que se refiere el Decreto Legislativo N° 1154 que autoriza los Servicios Complementarios en Salud y su Reglamento aprobado por Decreto Supremo N° 001-2014-SA.





La prestación de los servicios complementarios en salud no podrá implicar una reducción en la prestación del servicio que regularmente brinda el establecimiento de salud.



F. Grillo

CLÁUSULA VIGÉSIMA: DEDUCCION POR INCUMPLIMIENTO

Cuando el asegurado haya realizado gasto de bolsillo fuera de la IPRESS debido a que éste no contaba con los Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos, Productos Sanitarios, procedimientos de apoyo 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, los montos en los que el asegurado ha incurrido en gasto para complementar su atención de salud.



M. Higa T.

CLÁUSULA VIGÉSIMO PRIMERA: DE LA DEVOLUCIÓN DE COBROS INDEBIDOS

Cuando el SIS determine cobros indebidos por parte de las IPRESS públicas, éste a través de la UNIDAD EJECUTORA correspondiente está obligado a hacer la devolución del dinero al asegurado en un plazo de quince (15) días calendario a partir de la notificación, caso contrario será deducido de la siguiente transferencia financiera.



J. MORENO

CLÁUSULA VIGÉSIMO SEGUNDA: DE LAS MODIFICACIONES

Las partes podrán de mutuo acuerdo, modificar este Convenio mediante la suscripción de adendas, cuando lo estimen conveniente para el cumplimiento de los fines del presente Convenio.



C. AGUIRRE

CLÁUSULA VIGÉSIMO TERCERA: DECLARACION DE LAS PARTES

Las partes declaran que, a partir de la fecha de suscripción del presente Convenio de Gestión, la relación entre las partes se ciñe estrictamente a los términos y condiciones estipulados en el citado documento.



J. PINEDO

En fe de lo cual, los representantes legalmente autorizados, firman el presente Convenio de Gestión en tres ejemplares de igual tenor y validez legal, en la ciudad de Lima, a los 5 días del mes de *Agosto* de 2015.

YASMIN GRACIELA SANCHEZ HIDALGO
Directora Ejecutiva
Unidad Ejecutora 1619- GOB. REG. DE LA
LIBERTAD – SALUD GRAN CHIMÚ

PEDRO FIDEL GRILLO ROJAS
Jefe
Seguro Integral de Salud



PERU

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"

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 Total de Prestaciones Observadas por Reglas de Validación Automáticas de producción anual por EESS de II y III nivel x 100 N° Total Prestaciones brutas registradas anualmente por EESS de II y III nivel		Numerador N° Total de Prestaciones Observadas por Reglas de Validación Automáticas de producción anual x 100 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 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° 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.		



P. Grillo



M. Higa T.



J. MORENO



C. AGUIRRE





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		
Codigo	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
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.		





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"

ANEXO N° 03

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. 03	Nombre del indicador Porcentaje de Investigación de Muertes Maternas y Neonatales.
Definición del indicador		
Porcentaje de muertes maternas y/o neonatales ocurridas en el área de influencia del establecimiento que fenen o están en un proceso de investigación epidemiológica por el Comité de Prevención de la Mortalidad Materna y Perinatal según su Reglamento. Muerte neonatal es la defunción de un recién nacido vivo, que ocurre en el intervalo comprendido desde su nacimiento hasta cumplidos los 28 días de vida.		
2. Relevancia del Indicador		
Propósito Evaluar la calidad de atención materna/neonatal y de las referencias enviadas oportunamente, de ser el caso. Asimismo, se quiere contribuir a la disminución del indicador de muertes maternas y neonatales del país.		
Justificación Al ser una IAFA, el SIS debe realizar control a las prestaciones a fin de salvaguardar la calidad de la atención al binomio madre-niño.		
3. Aspectos metodológicos de la estimación del indicador		
Cálculo del indicador		Numerador Número de muertes maternas y/o neonatales ocurridas en los EESS del II y III nivel que estuvieron o están en proceso de investigación epidemiológica de la muerte materna por el Comité de Prevención de la Mortalidad Materna y Perinatal según Reglamento por año x 100 (verificando el cumplimiento de los plazos según normativa)
		Denominador N° de muertes maternas y/o neonatales ocurridas en establecimientos de II y III nivel de atención por año
		Representatividad En su ámbito de evaluación
Supuestos	Se quiere evidenciar que los establecimientos de salud cumplen con las normativas vigentes del MINSA (Resoluciones Ministeriales N° 0279-2009/MINSA, 0142-2007/MINSA y 0453-2006/MINSA) respecto al análisis de las causas de muertes maternas y neonatales, así como verificar las recomendaciones y/o estrategias de mejora propuestas. Se considera cumplimiento del indicador cuando el 100% de Muertes maternas ocurridas en el EESS pasa por los procesos establecidos terminando en Informes/Actas que emitan conclusiones y recomendaciones.	
Niveles de desagregación	Por establecimiento de salud de II y III nivel de atención.	Frecuencia de medición Anual
4. Fuente de datos y flujo de la información		
Fuente de datos	Numerador: Actas e Informes sobre muertes Maternas y neonatales del Comité de Prevención de la Mortalidad Materna y Perinatal. Denominador: Ficha de Notificación Inmediata de la Muerte Materna y Neonatal y su registro en el NotSP de la DGE. Se puede además utilizar para el indicador los registros de muertes maternas y neonatales en el SIASIS como la base de datos de DGE de ser brindada.	
Responsable de los datos e información	Recopilación de datos UDRs / GMR CM Procesamiento de datos UDRs / GMR CM	
5. Determinación de valores y referencias adicionales		
Resoluciones Ministeriales N° 0279-2009/MINSA, 0142-2007/MINSA, 695-2006/MINSA, 1041-2006/MINSA y 0453-2006/MINSA		
Comentarios Técnicos		
La meta de este indicador es el 100% de muertes maternas y neonatales ocurridas en el EESS, analizadas por el Comité de Prevención de la Mortalidad Materna y Perinatal. Se evaluará los procesos necesarios para el inicio y culminación del análisis de la muerte materna y neonatal, considerando como cumplimiento del indicador: a) Llenado de la Ficha de Notificación Inmediata de Muertes Materna / Perinatal dentro de las 24 horas de ocurrida la muerte más su registro en el NotSP, b) Llenado de la Ficha de Investigación Epidemiológica de muerte materna / perinatal y c) Informe y/o Acta de reuniones del Comité de Prevención de Muerte materna y Perinatal que emita dentro de los 45 días posteriores a la muerte materna y neonatal conclusiones y recomendaciones del caso.		





ANEXO N° 04

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. 04	Nombre del indicador Número de Muertes Maternas
Definición del indicador		
Es el número de muertes maternas para un determinado año. Muerte materna es la muerte de una mujer mientras se encuentra embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo independiente de la duración y/o ubicación ocasionada por cualquier casusa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o por su atención, pero no por causas accidentales.		
2. Relevancia del Indicador		
Propósito		
Indicador que refleja la calidad de la atención de las gestantes.		
Justificación		
Al ser una IAFA, el SIS debe realizar control a las prestaciones a fin de salvaguardar la calidad de la atención al binomio madre-niño.		
3. Aspectos metodológicos de la estimación del indicador		
Cálculo del Indicador		Numerador
Número muertes maternas en el EESS de II ó III nivel de atención por año		Número muertes maternas en el EESS de II ó III nivel de atención por año
		Denominador
		NA
Supuestos		Representatividad
Se quiere contribuir a la disminución del indicador nacional de muerte materna, para poder lograr el cumplimiento de los objetivos del milenio. Se considera cumplimiento del indicador la no ocurrencia de muertes maternas en los EESS de II y III nivel de atención. Se quiere contribuir a la generación de adecuada y oportuna información del indicador propuesto, así como verificar el adecuado registro de las muertes en el SIASIS.		En su ambito de evaluación
Niveles de desagregación		Frecuencia de medición
Por establecimiento de salud de II y III nivel de atención.		Anual
4. Fuente de datos y flujo de la información		
Fuente de datos		
SIASIS. Se podría contrastar la información con los reportes registrados en el NotISP de la DGE.		
Responsable de los datos e información		
Recopilación de datos		
ARFSIS - SIASIS, contrastándolo con los reportes generados en el EESS (áreas de epidemiología) recogida por las UDRs- Gerencias Macroregionales		
Procesamiento de datos		
OGTI-SIS y UDRs- Gerencias Macroregionales		
5. Determinación de valores y referencias adicionales		
Resoluciones Ministeriales N° 0279-2009/MINSA, 0142-2007/MINSA, 695-2006/MINSA, 1041-2006/MINSA y 0453-2006/MINSA		
Comentarios Técnicos		
Si bien el Indicador es de medición anual, para un mejor seguimiento del indicador, es necesario que se informe de los casos de muertes maternas ocurridas en los EESS de cada jurisdicción de forma diaria, a las UDRs- Gerencias Macroregionales. Para ello, se debe coordinar con las áreas de epidemiología, seguros, gestión de calidad u otras designadas, de cada hospital y/o Instituto. En las atenciones de muerte materna a registrarse en el SIASIS, deberán contener el siguiente código CIE-10 para reconocimiento del indicador: O6X: Muerte obstétrica de causa no especificada Muerte materna de causa no especificada, que ocurre durante el embarazo, el trabajo de parto, el parto o el puerperio Más los demás códigos diagnósticos CIE-10 que les corresponda.		





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"

ANEXO N° 05

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. 05	Nombre del indicador Número de Muertes Neonatales Precoces
Definición del indicador		
<p>Es el número de muertes neonatales precoces para un determinado año entre el número de nacidos vivos en dicho periodo de tiempo. Nacido vivo es la expulsión del cuerpo de la madre prescindiendo de la duración del embarazo, de un producto de la concepción que después de la separación, respire o manifieste cualquier otro signo de vida, tal como latidos del corazón, pulsaciones del cordón umbilical o movimientos efectivos de músculos voluntarios, haya o no haya sido cortado el cordón umbilical y esté o no unida a la placenta, cada producto de tal alumbramiento se considera nacido vivo.</p> <p>Muerte neonatal precoz es la defunción de un recién nacido vivo, que ocurre en el intervalo comprendido desde su nacimiento hasta cumplidos los 07 días de vida.</p>		
2. Relevancia del indicador		
Propósito		
Es un indicador que refleja directamente la atención prenatal, intraparto y neonatal y por lo tanto, sirve como demarcador de la calidad del servicio de salud materno infantil.		
Justificación		
Al ser una IAFA, el SIS debe realizar control a las prestaciones a fin de salvaguardar la calidad de la atención al binomio madre-niño.		
3. Aspectos metodológicos de la estimación del indicador		
Cálculo del indicador		Numerador
Número de neonatos fallecidos menores de 07 días, en EESS de II ó III nivel de atención en un año		Número de neonatos fallecidos menores de 07 días, en EESS de II ó III nivel de atención en un año
		Denominador
		N.A.
Supuestos		Representatividad
Se quiere contribuir a la disminución del indicador nacional de muerte neonatal precoz para poder cumplir con los objetivos del milenio. Se quiere contribuir a la generación de adecuada y oportuna información del indicador propuesto, así como verificar el adecuado registro de las muertes neonatales precoces en el SIASIS.		En su ámbito de evaluación
Niveles de desagregación		Frecuencia de medición
Por establecimiento de salud de II y III nivel de atención.		Anual
4. Fuente de datos y flujo de la información		
Fuente de datos		
SIASIS. Se podría contrastar la información con los reportes registrados en el NotISP de la DGE.		
Responsable de los datos e información		
Recopilación de datos		
ARFSIS - SIASIS, contrastandolo con los reportes generados en el EESS (áreas de epidemiología u otras) recogida por las UDRs- Gerencias Macregionales		
Procesamiento de datos		
OGTI-SIS y UDRs- Gerencias Macregionales		
5. Determinación de valores y referencias adicionales		
Resoluciones Ministeriales N° 0279-2009/MINSA, 0142-2007/MINSA, 695-2006/MINSA, 1041-2006/MINSA y 0453-2006/MINSA		
Comentarios Técnicos		
Si bien el indicador es de medición anual, para un mejor seguimiento del indicador, es necesario que se informe de los casos de muertes neonatales precoces ocurridas en los EESS de cada jurisdicción de forma diaria, a las UDRs- Gerencias Macregionales. Para ello, se debe coordinar con las áreas de epidemiología, seguros, gestión de calidad u otras designadas, de cada hospital y/o Instituto.		
Las atenciones de recién nacidos deberán contener los siguientes códigos CIE-10 para reconocimiento del indicador:		
Z37.1 Nacido muerto, único		
Más los demás códigos diagnósticos CIE-10 que les corresponda.		



