DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERU

"Año de la consolidación del Mar de Grau"

CONVENIO DE COOPERACIÓN INTERINSTITUCIONAL PARA LA COBERTURA FINANCIERA ENTRE EL HOSPITAL SAN JOSÉ Y EL FONDO INTANGIBLE SOLIDARIO DE SALUD (FISSAL) DEL PLIEGO SEGURO INTEGRAL DE SALUD (SIS)

2016

A. GALARZA

CONVENIO DE COOPERACIÓN INTERINSTITUCIONAL PARA LA COBERTURA FINANCIERA ENTRE EL HOSPITAL SAN JOSÉ Y EL FONDO INTANGIBLE SOLIDARIO DE SALUD (FISSAL) DEL PLIEGO SEGURO INTEGRAL DE SALUD (SIS)

Conste por el presente documento, el **Convenio de Cooperación Interinstitucional para la Cobertura Financiera**, que celebran de una parte el **HOSPITAL SAN JOSÉ**, con R.U.C. N° 20380486351, con domicilio legal en Jr. Las Magnolias Nro. 475, distrito de Carmen de la Legua Reynoso, provincia de Constitucional del Callao, con Código Único de IPRESS N° 00006219, debidamente representado por su Directora **Dra. Zoraida Jenie Carola Dextre Ubaldo,** identificada con DNI N° 07940958, designada mediante Resolución Ejecutiva Regional N° 0114-GRC, de fecha 01 de febrero del 2013. al que en adelante se denominará **"LA IPRESS"**; y, de la otra parte, el **FONDO INTANGIBLE SOLIDARIO DE SALUD (FISSAL), UNIDAD EJECUTORA 002 del Pliego SEGURO INTEGRAL DE SALUD (SIS)**, con R.U.C. N° 20546736718, con domicilio legal en la Av. Elmer Faucett N° 150, distrito de San Miguel, provincia y departamento de Lima, con Registro N° 00103-2012-SUNASA/IRAR, representada por su Jefe (e), **Dr. José Carlos Del Carmen Sara**, identificado con DNI N° 06980022, encargado mediante Resolución Jefatural N° 035-2015/SIS, de fecha 20 de febrero de 2015, siendo ratificado mediante Resolución Jefatural N° 276-2015/SIS de fecha 31 de diciembre de 2015, estando autorizado para suscribir convenios con Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas, al que en adelante se denominará **"LA IAFAS"**; de acuerdo a los términos y condiciones siguientes:

CLÁUSULA PRIMERA: BASE LEGAL

1.1 Ley N° 26842. Ley General de Salud.

1.2 Ley N° 27604. Ley que modifica la Ley N° 26842 Ley General de Salud, respecto de la obligación de los establecimientos a dar atención médica en casos de emergencias y partos.

1.3 Ley N° 27785. Ley Orgánica del Sistema Nacional de Control y de la Contraloría General de la República.

1.4 Ley N° 28411. Ley General del Sistema Nacional de Presupuesto.

1.5 Ley N° 29158. Ley Orgánica del Poder Ejecutivo.

1.6 Ley N° 29344. Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.

1.7 Ley N° 29698. Ley que Declara de Interés Nacional y Preferente Atención el Tratamiento de Personas que Padecen Enfermedades Raras o Huérfanas.

1.8 Ley N° 29761. Ley de Financiamiento Público de los Regímenes Subsidiados y Semicontributivo del Aseguramiento Universal en Salud".

1.9 Decreto Legislativo N° 1154, que autoriza los Servicios complementarios en Salud.

1.10 Decreto Legislativo N° 1161, que aprueba la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.

1.11 Decreto Legislativo N° 1163, que aprueba las Disposiciones para el fortalecimiento del Seguro Integral de Salud.

1.12 Decreto Supremo N° 016-2002-SA, que aprueba el Reglamento de la Ley N° 27604, que modifica la Ley N° 26842, Ley General de Salud, respecto de la obligación de los establecimientos a dar atención médica en casos de emergencias y partos.

1.13 Decreto Supremo N° 008-2010-SA, que aprueba Reglamento de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.

1.14 Decreto Supremo N° 016-2009-SA, que aprueba el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud - (PEAS).

1.15 Decreto Supremo N° 009-2012-SA, que declara de Interés Nacional la Atención Integral del Cáncer y el Mejoramiento del Acceso a los Servicios Oncológicos en el Perú.

1.16 Decreto Supremo N° 001-2014-SA, que aprueba Reglamento del Decreto Legislativo N° 1154, que autoriza los servicios complementarios en salud.

1.17 Decreto Supremo N° 020-2014-SA, que aprueba el Texto Único Ordenado de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.

1.18 Decreto Supremo N° 030-2014-SA, que aprueba el Reglamento del Decreto Legislativo N°1163 "Disposiciones para el fortalecimiento del Seguro Integral de Salud".

1.19 Decreto Supremo N° 002-2016-SA Decreto Supremo que modifica el Reglamento de Organización y Funciones del Seguro Integral de Salud – SIS

1.20 Decreto Supremo N° 003-2016-SA Decreto Supremo que aprueba el Reglamento del Decreto Legislativo N° 1159, que aprueba Disposiciones para la Implementación y Desarrollo del Intercambio Prestacional en el Sector Público.

1.21 Ordenanza Regional N° 008-GRC de fecha 01 de marzo del 2011, mediante el cual se aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital San José.

1.22 Resolución Ministerial N° 597-2006/MINSA, que aprueba la NTS N° 022-MINSA/DGSP-V.02 "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica".

1.23 Resolución Ministerial N° 612-2010/MINSA, que "Modifican disposiciones aprobadas mediante las RR.MM N° 422-2007/MINSA y 240-2009/MINSA referentes a la directiva que regula el proceso de pago para las prestaciones del Seguro Integral de Salud y al Tarifario del SIS"

1.24 Resolución Ministerial N° 540-2011/MINSA, que aprueba la NTS N° 091-MINSA/DIGEMID-V.01 "Norma Técnica de Salud para la Utilización de Medicamentos No Considerados en el Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales".

1.25 Resolución Ministerial Nº 319-2012/MINSA, mediante el cual autorizan el inicio de actividades del Fondo Intangible Solidario de Salud – FISSAL en el Seguro Integral de Salud.

1.26 Resolución Ministerial Nº 325-2012/MINSA, mediante la cual se aprueba el Listado de Enfermedades de Alto Costo de Atención.

1.27 Resolución Ministerial Nº 151-2014/MINSA, que aprueba el "Listado de Enfermedades Raras o Huérfanas" y el "Listado de medicamentos para el tratamiento del Grupo 1: Muy alta prioridad, del Listado de Enfermedades Raras o Huérfanas".

1.28 Resolución de Superintendencia N° 160-2011-SUNASA-CD, que aprueba el "Reglamento general para la atención de los reclamos y quejas de usuarios de las IAFAS e IPRESS".

1.29 Resolución de Superintendencia N° 080-2014-SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD-S, que aprueba las disposiciones relativas a las "Condiciones mínimas de los convenios o contratos suscritos entre las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS) e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS)".

1.30 Resolución de Superintendencia N° 106-2015-SUSALUD-S, que modifica la Resolución de Superintendencia N° 080-2014-SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD-S.

1.31 Resolución de Intendencia de Regulación, Autorización y Registro N° 00103-2012-SUNASA/IRAR, de fecha 5 de octubre del 2012, que aprueba la inscripción del Fondo Intangible Solidario de Salud, con código de Registro IAFAS N° 10003.

1.32 Resolución de Superintendencia N° 053-2015-SUSALUD/S, del 27 de febrero 2015, que registra de oficio al Hospital San José en el RENIPRESS, con Código Único IPRESS N° 00006219.

1.33 Resolución Jefatural N° 149-2008/SIS, que aprueba la Directiva Administrativa 03-2008-SIS/J "Directiva que regula la cobertura y los procesos de las prestaciones del Seguro Integral de Salud".

1.34 Resolución Jefatural N° 216-2008/SIS, que aprueba los documentos de aplicación para las atenciones de salud de los asegurado al Componente Subsidiado y Semisubsidiado del Seguro Integral de Salud y sus modificatorias.

1.35 Resolución Jefatural N° 090-2010-SIS, que aprueba la Directiva Nº 02-2010-SIS/GO "Directiva que establece el Proceso de Reconsideración de Prestaciones del Seguro Integral de Salud".

1.36 Resolución Jefatural N° 056-2011/SIS, que aprueba la Directiva N° 002-2011-SIS/GO, "Directiva que regula los Procesos de Validación Prestacional del Seguro Integral de Salud" y sus modificatorias.

1.37 Resolución Jefatural N° 052-2012/SIS, que modifica la Directiva N° 002-2011-SIS/GO, "Directiva que regula los Procesos de Validación Prestacional del Seguro Integral de Salud".

1.38 Resolución Jefatural N° 071-2012/SIS, que aprueba la Directiva N° 001-2012-SIS/GNF, "Directiva que regula el Pago de Procedimientos brindados por un proveedor público o privado al Asegurado/Inscrito del Seguro Integral de Salud".

1.39 Resolución Jefatural N° 143-2012/SIS, que aprueba los Lineamientos de Cobertura de la Unidad Ejecutora 002-Fondo Intangible Solidario de Salud (FISSAL) del Pliego 135 del Seguro Integral de Salud.

J. DEL CARMEN

A. GALARZA

1.40 Resolución Jefatural N° 170-2012/SIS, que aprueba la Directiva Administrativa 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" y sus modificatorias.

1.41 Resolución Jefatural N° 052-2013/SIS, que aprueba la Directiva Administrativa N° 001-2013-SIS-FISSAL "Directiva Administrativa que establece el procedimiento para el Financiamiento de Trasplante de Progenitores Hematopoyéticos por la Unidad Ejecutora N° 002 FISSAL".

1.42 Resolución Jefatural N° 190-2013/SIS, que aprueba la Directiva Administrativa N° 002-2013-SIS/GREP "Directiva Administrativa que Regula los Procesos de Validación Prestacional a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) Privadas y Mixtas" y modifica la Directiva N° 002-2011-SIS/GO, "Directiva que regula los Procesos de Validación Prestacional del Seguro Integral de Salud".

1.43 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".

1.44 Resolución Jefatural N° 076-2014/SIS, que modifica la Directiva Administrativa 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" aprobada mediante la Resolución Jefatural N° 170-2012/SIS.

1.45 Resolución Jefatural N° 088-2014/SIS, que declara que no forman parte del ordenamiento jurídico vigente por haber sido derogada tácitamente, la Resolución Jefatural N° 149-2008/SIS de fecha 01 de agosto 2008 y la Directiva N° 03-2008-SIS/J "Directiva que regula la Cobertura y los Procesos de las Prestaciones de Salud del Seguro Integral de Salud" y sus Anexos, salvo los numerales 5.2.2 y 6.4 de dicha Directiva que se mantienen subsistentes, y los numerales 5.1.5 y 5.3.3.4 conforme se señala en el artículo 3° de la presente Resolución.

1.46 Resolución Jefatural N° 207-2014/SIS, que modifica el Instructivo N° 009-2008-SIS-J/GO para el llenado del Formato Único de Atención SIS para todos los establecimientos de salud, aprobado mediante RJ N° 216-2008/SIS.

1.47 Resolución Jefatural N° 093-2015/SIS, que aprueba el Listado de Procedimientos de Alto Costo a ser financiados por la Unidad Ejecutora 002 – Fondo Intangible Solidario de Salud (FISSAL) para los asegurados del Seguro Integral de Salud.

1.48 Resolución Jefatural N° 111-2015/SIS, que aprueba la Directiva Administrativa N° 001-2015-SIS-V.01 "Directiva Administrativa que regula el Proceso de Afiliación, Atención, Plan de Beneficios y Financiamiento al SIS Independiente del Régimen de Financiamiento Semicontributivo del Seguro Integral de Salud" y sus anexos.

1.49 Resolución Jefatural N° 240-2015/SIS, que aprueba la Directiva Administrativa N° 003-2015-SIS/GREP-GNF-V-01,"Directiva Administrativa que norma la implementación de los Servicios Complementarios en Salud para los asegurados del Seguro Integral de Salud".

1.50 Resolución Jefatural N° 011-2016/SIS, del 13 de enero del 2016, que aprueba la modificación de los Tarifarios aprobados por las Resoluciones Jefaturales N° 082-2014/SIS y N° 139-2014/SIS de conformidad con lo establecido en el Anexo N° 1 que forma parte integrante de la presente resolución.

CLAUSULA SEGUNDA: DEFINICIONES Y ACRÓNIMOS

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

Asegurado SIS
Es toda persona domiciliada en el país que está bajo la cobertura de alguno de los regímenes de financiamiento del Seguro Integral de Salud - SIS, según la normativa vigente.

Brecha – Oferta Demanda
Para fines de los Servicios Complementarios en Salud, es la diferencia entre la demanda efectiva y la oferta optimizada.

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

Cobros Indebidos
Requerimiento de pago efectuado por 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 financiada por LA IAFAS.

Componente de Reposición
Corresponde a la valorización de los medicamentos, insumos médicos quirúrgicos, los materiales e insumos de los servicios de apoyo al diagnóstico incurridos en la prestación de salud.

Convenio
Es un acto jurídico que genera derechos y obligaciones a LA IPRESS y a LA IAFAS sea de manera directa o a través de su representante, en relación a la cobertura de la IAFAS.

Control
Todas las actividades de verificación, verificación de gasto, monitoreo y evaluación realizadas por LA IAFAS dirigida a verificar el cumplimiento de la normatividad vigente por parte de LA IPRESS, en relación a las prestaciones brindadas y a la ejecución de los recursos financieros recibidos.

Evaluación
Es uno de los procesos de la función de control destinado a conocer el grado de cumplimiento de los objetivos y resultados relacionados con las prestaciones brindadas y la ejecución de los recursos financieros recibidos.

Enfermedades de Alto Costo
Para el presente convenio se entenderá como Enfermedades de Alto Costo, aquellas que se encuentren contenidas en el Listado de Enfermedades de Alto Costo aprobado por el Ministerio de Salud.

J. DEL CARMEN

Enfermedades Raras o Huérfanas
Son aquellas enfermedades, incluidas las genéticas, con peligro de muerte o de invalidez crónica, que tienen una frecuencia baja, presentan muchas dificultades para ser diagnosticadas y efectuar su seguimiento, tienen un origen desconocido en la mayoría de los casos que conllevan múltiples problemas sociales y con escasos datos epidemiológicos.

Entrega Económica
Es el pago que realiza LA IPRESS al profesional de la salud por la prestación de los servicios complementarios en salud brindados

Factor
Es aquella cifra que será multiplicada por el valor costo-hora según profesional de la salud para el cálculo de la entrega económica, para los procedimientos médicos especializados y quirúrgicos.

Formato Único de Atención (FUA)
Es el formato en el que se registran los datos de atención y prescripción (procedimientos, medicamentos, insumos, apoyo al diagnóstico) así como los datos de afiliación del asegurado que recibe una prestación de salud.

A. GALARZA

Liquidación de Prestaciones
Proceso aplicable a todos los mecanismos de pago mediante el cual se reconocen las prestaciones efectivamente brindadas a los asegurados y se determinan los saldos finales de recursos financieros en cada Unidad Ejecutora (UE) en un determinado periodo de tiempo.

Mecanismo de Pago
Es la forma en que LA IAFAS estructura u organiza la retribución económica a LA IPRESS por la prestación de servicios de salud convenidas o contratadas.

Mecanismo de Pago Prospectivo Pre liquidado
Es el mecanismo a través del cual se realizan transferencias prospectivas previas a la valorización y liquidación de prestaciones, de acuerdo a la disponibilidad presupuestal de LA IAFAS. Los montos a

transferir se basan en estimaciones del costo de atención de los asegurados y el número de asegurados por atender, entre otros.

Mecanismo de Pago Prospectivo Nominado
Es el mecanismo a través del cual se realizan transferencias prospectivas de montos calculados en función de paquetes diseñados u otras variables, para la atención de cada asegurado según requerimiento. Los paquetes son referenciales.

Mecanismo de Pago Retrospectivo
Es el mecanismo a través del cual se transfieren recursos a LA IPRESS después que se realiza la provisión de la atención de salud.

Modalidad de pago
Es el medio mediante el cual LA IAFAS retribuye económicamente a LA IPRESS, el valor/costo determinado y/o consensuado de la prestación de servicios de salud en el marco del presente convenio.

Monitoreo
Es uno de los procesos de la función de control destinado a medir periódicamente el desarrollo de las actividades, metas relacionadas con las prestaciones brindadas y la ejecución de los recursos financieros recibidos con la finalidad de advertir riesgos y desviaciones, recomendando su corrección.

Paquete de Atención
Conjunto de medicamentos, insumos, material médico, procedimiento, intervención médica/quirúrgica entre otros, que se utiliza para la atención de un asegurado y que tiene montos diferenciados en base a fases de tratamiento y/o al estudio clínico y a un periodo de atención determinado.

Plan de Ampliación de Atención
El plan de ampliación de atención constituye la herramienta a través del cual LA IPRESS declara: la existencia de una brecha oferta-demanda de servicios de salud en base a los principios de razonabilidad y presunción de veracidad, relación nominativa de profesionales, programación trimestral y otros según la normativa vigente.

Prestación de Salud
Son atenciones de salud otorgadas a los asegurados del SIS mediante los servicios de LA IPRESS.

Prestación de Emergencia
Es la prestación que brinda el establecimiento de salud a los asegurados del SIS que presentan una alteración o compromiso del estado de salud de forma repentina e inesperada, que pone en peligro inminente la vida o es grave riesgo para la salud. Requiere atención y procedimientos médicos y/o quirúrgicos inmediatos, empleando los recursos de personal, equipamiento y manejo terapéutico de acuerdo a su categoría.

Prestaciones Válidas
Son las prestaciones no observadas, debido a que han cumplido con los estándares mínimos establecidos por las reglas de validación prestacional, las mismas que podrán ser reembolsadas.

Prestación Tarifada
Es toda aquella prestación brindada por LA IPRESS que se encuentra incluida en el tarifario vigente del SIS.

Prestación No Tarifada
Es toda aquella prestación brindada por LA IPRESS que no se encuentra incluida en el tarifario vigente del SIS; y toda prestación brindada por LA IPRESS a través de un tercero cuya tarifa difiere al tarifario vigente del SIS.

Procedimiento de Alto Costo
Son aquellas prestaciones que, independientemente del diagnóstico, requieren de recursos técnicos altamente especializados, así como una alta carga financiera. El listado de procedimientos de alto costo es aprobado por el Seguro Integral de Salud (SIS).

Procedimientos Médico Especializados y Quirúrgicos
Es aquel procedimiento que es realizado por el profesional de la Salud que cuenta con título de especialista.

Proceso de Evaluación Automática (PEA)
Consiste en la aplicación de las reglas de consistencia y validación a través del Aplicativo Informático Web SIASIS al consolidado de las prestaciones reportadas por los establecimientos de salud.

Proceso de Validación Prestacional
Es la aplicación de procedimientos, metodologías y herramientas, para dar conformidad o validez a las prestaciones de salud para efectos de pago, de acuerdo a las particularidades de cada mecanismo de pago. Incluye el Proceso de Evaluación Automática, Proceso de Reconsideración, Proceso de Control Prestacional Posterior y otros que puedan ser implementados.

Profesionales de la Salud
Para fines de los Servicios Complementarios en Salud, son aquellos Profesionales de la Salud que realizan labor asistencial, sujetos a cualquier régimen laboral, incluido el régimen especial de Contratación Administrativa de Servicios, comprendidos en la normativa vigente.

J. DEL CARMEN

Servicio Complementario de Salud
Es el servicio que el profesional de la salud presta en forma voluntaria, en el mismo establecimiento de salud donde labora, o en otro establecimiento de salud con el que su unidad ejecutora o entidad pública tenga firmado un convenio de prestación de servicios complementarios, convenios pactados con las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud públicas o convenios de intercambio prestacional, constituyendo una actividad complementaria adicional determinada por las entidades comprendidas en el ámbito de aplicación del Decreto Legislativo N° 1154, su Reglamento y las normas que se emitan al respecto.

Supervisión
Es uno de los procesos de la función de control realizada por LA IAFAS destinado a observar sistemáticamente el desempeño de las personas e instituciones dentro de los procesos productivos y financieros relacionados con las prestaciones brindadas o liquidadas.

Tarifa
Es la retribución económica acordada para determinados servicios o prestaciones.

Tecnología Sanitaria
Se entiende cualquier método utilizado para promocionar la salud, prevenir, diagnosticar y tratar enfermedades, o mejorar la rehabilitación o los cuidados sanitarios a largo plazo.

Lista de Acrónimos

CPT:	Current Procedural Terminology (terminología actualizada de procedimientos médicos)
DIGEMID:	Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas.
DNI:	Documento Nacional de Identidad.
FISSAL:	Fondo Intangible Solidario de Salud
IAFAS:	Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud.
IPRESS:	Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.
MINSA:	Ministerio de Salud.
RENIPRESS:	Registro Nacional de IPRESS, de SUSALUD
SIS:	Seguro Integral de Salud.

A. GALARZA

SISFOH: Sistema de Focalización de Hogares.

SUSALUD: Superintendencia Nacional de Salud.

CLAUSULA TERCERA: ANTECEDENTES

3.1. Mediante Ley N° 29344, "Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud", de fecha 30 de marzo del 2009, se establece que "las enfermedades de alto costo de atención que no están incluidas en el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS) pueden ser financiadas para la población bajo el régimen subsidiado y semicontributivo con el Fondo Intangible Solidario de Salud (FISSAL).

3.2. Mediante Decreto Supremo N° 008-2010-SA, de fecha 02 de abril del 2010, se aprueba el Reglamento de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, que tiene por objeto dictar las disposiciones que desarrollen los mecanismos de implementación y desarrollo del Aseguramiento Universal en Salud, necesarias para el adecuado cumplimiento de los objetivos contenidos en la Ley. Asimismo, las IAFAS según el artículo140° literal c) deben "contar con un sistema de tarifas y mecanismos de pago por los servicios de salud brindados a sus afiliados en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS), de acuerdo con los convenios suscritos y en el literal e) Desarrollar la transmisión de información estadística y otros en base a modelos de información estandarizados".

3.3. Mediante Ley N° 29761, "Ley de Financiamiento Público de los Regímenes Subsidiados y Semicontributivo del Aseguramiento Universal en Salud", de fecha 21 de julio del 2011, se crea la Unidad Ejecutora Fondo Intangible Solidario de Salud (FISSAL) sobre la base del fondo creado por la Ley N° 27656, Ley de Creación de Fondo Intangible Solidario de Salud, la misma que actualmente se encuentra derogada.

3.4. Mediante Ley N° 29698, "Ley que Declara de Interés Nacional y Preferente Atención el Tratamiento de Personas que Padecen Enfermedades Raras o Huérfanas", del 4 de junio del 2011, se declara de interés nacional la prevención, el diagnóstico, la atención integral de salud y la rehabilitación de las personas que padecen enfermedades raras o huérfanas.

3.5. Mediante Decreto Supremo N° 009-2012-SA, de fecha 02 de noviembre del 2012, se declaró de interés nacional la atención integral del cáncer y el mejoramiento del acceso a los servicios oncológicos en el Perú, aprobando el Plan Nacional para la Atención Integral del Cáncer y Mejoramiento del Acceso a los Servicios Oncológicos en Perú, denominado "Plan Esperanza". Asimismo, en su artículo 3°, establece que la promoción y difusión, implementación y ejecución del "Plan Esperanza" se realizará con cargo al presupuesto institucional del Ministerio de Salud, Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, Seguro Integral de Salud y de los demás pliegos involucrados según su competencia.

3.6. Mediante Resolución Ministerial Nº 325-2012/MINSA, de fecha 24 de abril del 2012, se aprueba el Listado de Enfermedades de Alto Costo de Atención, siendo incluidas las siguientes enfermedades: cáncer de cuello uterino, cáncer de mama, cáncer de colon, cáncer de estómago, cáncer de próstata, leucemias (C91.0 a C95.9 y C90.1), linfomas (C81.0 a C85.9 y C96.3) e insuficiencia renal crónica (N18).

3.7. Mediante Resolución Ministerial Nº 319-2012/MINSA, de fecha 20 de abril del 2012, se autoriza el inicio de actividades del Fondo Intangible Solidario de Salud – FISSAL en el Seguro Integral de Salud, con el fin de financiar las enfermedades de alto costo de atención y las enfermedades raras o huérfanas.

3.8. Resolución Jefatural N° 143-2012/SIS, de fecha 17 de septiembre del 2012, que aprueba los Lineamientos de Cobertura de la Unidad Ejecutora 002-Fondo Intangible Solidario de Salud (FISSAL).

3.9. Mediante Decreto Legislativo N° 1163, de fecha 06 de diciembre del 2013, se aprueban las Disposiciones para el fortalecimiento del Seguro Integral de Salud, cuyo contenido según el Artículo 1° se aplica también al FISSAL. Asimismo, en su artículo 2°, se faculta al FISSAL a "Financiar las atenciones de las enfermedades de alto costo de atención, enfermedades raras o huérfanas, de acuerdo a los listados aprobados por el Ministerio de Salud, mediante Resolución Ministerial, así como procedimientos de alto costo". Por otro lado, en su artículo 4°, establece que "La transferencia de fondos o pagos que efectúe el Seguro Integral de Salud

(SIS) requiere la suscripción obligatoria de un convenio o contrato..." y en su artículo 6° establece que "Todas las acciones realizadas con los recursos del Seguro Integral de Salud (SIS) constituyen materia de control".

3.10. Mediante Resolución Ministerial Nº 151-2014/MINSA, de fecha 21 de febrero del 2014, se aprueba el "Listado de Enfermedades Raras o Huérfanas" y el "Listado de medicamentos para el tratamiento del Grupo 1: Muy alta prioridad, del Listado de Enfermedades Raras o Huérfanas".

3.11. Mediante Decreto Supremo Nº 030-2014-SA, de fecha 06 de noviembre del 2014, se aprueba el Reglamento del Decreto Legislativo N° 1163 que aprueba las "Disposiciones para el fortalecimiento del Seguro Integral de Salud", que tiene por objeto dictar las disposiciones reglamentarias y complementarias para la aplicación adecuada del Decreto Legislativo Nº 1163, estableciéndose en su artículo 5° que "El FISSAL podrá asumir el financiamiento integral de la atención del paciente desde el diagnóstico definitivo de la enfermedad de alto costo cubierta por dicha IAFAS". Asimismo, en su artículo 14° establece que "Los convenios y contratos suscritos por el Seguro integral de salud (SIS) con las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas, privadas y mixtas además de las condiciones mínimas establecidas por la Superintendencia Nacional de Salud, deben contener las condiciones particulares para la prestación del servicio, coberturas, los tarifarios por tipo de prestación, modalidades y mecanismos de pago, cumplimiento de indicadores, las condiciones de la administración de los riesgos de salud financiados y establecer las condiciones para el pago de los siniestros, protección de datos personales, procesos de validación prestacional, mecanismos de intercambios prestacional, el compromiso del cumplimiento de las garantía explícitas, estándares mínimos de calidad en la prestación de los servicios de salud, cláusulas sobre materia de control y los requisitos formales para el reconocimiento y pago de las prestaciones brindadas".

J DEL CARMEN

3.12. Mediante Resolución de Superintendencia N° 080-2014-SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD/S, de fecha 30 de mayo del 2014, se aprueban las disposiciones relativas a las "Condiciones mínimas de los convenios o contratos suscritos entre las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS) e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS)", la que tiene como objeto establecer las cláusulas mínimas generales que rigen las relaciones entre las IAFAS y las IPRESS, atendiendo su condición de IAFAS o IPRESS públicas, privadas o mixtas; con la finalidad de asegurar la oportunidad, accesibilidad, equidad y calidad de las prestaciones de salud a sus beneficiarios, mediante la articulación de la oferta existente en el país.

3.13. Mediante Resolución Jefatural N° 093-2015/SIS, de fecha 28 de abril 2015, se aprueba el Listado de Procedimientos de Alto Costo a ser financiados por la Unidad Ejecutora 002- Fondo Intangible Solidario de Salud (FISSAL) para los asegurados del Seguro Integral de Salud.

3.14. Mediante el Decreto Legislativo N° 1154, de fecha 12 de septiembre del 2013, que autoriza los Servicios complementarios en Salud y su reglamento aprobado mediante el Decreto Supremo N° 001-2014-SA que autoriza a los profesionales de la salud brindar en forma voluntaria, servicios complementarios en Salud a efectos de reducir la brecha existente entre la oferta y la demanda efectiva de los servicios de salud a nivel nacional, para incrementar el acceso a los servicios de Salud.

A. BARRIONUEVO

3.15. Mediante la Resolución de Superintendencia N° 106-2015-SUSALUD/S, de fecha 25 de julio del 2015, se aprueba la modificación de los artículos 2°, 3°, 6°, 8°, 12°, 13°, 14°, 16°, así como la Primera y Tercera de sus Disposiciones Transitorias, Completarías y Finales e incorpora la cuarta Disposición Transitoria, Complementaria y Final, de la Resolución de Superintendencia N° 080-2014-SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD/S, que aprobó las disposiciones sobre "Condiciones mínimas de los Convenios o Contratos suscritos entre las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS) e Instituciones Prestadoras de Salud (IPRESS)".

A CALARZA

CLÁUSULA CUARTA: DE LAS PARTES

4.1 El Fondo Intangible Solidario de Salud (FISSAL) fue creado como Unidad Ejecutora mediante Ley N° 29761, "Ley de Financiamiento Pública de los Regímenes Subsidiados y Semicontributivo del Aseguramiento Universal en Salud", con el fin de financiar la atención de las enfermedades de alto costo de atención, la atención de salud de las personas con enfermedades raras o huérfanas, asimismo del financiamiento del listado de procedimientos de alto costo de atención. Se constituye en Unidad Ejecutora 002 - Fondo Intangible Solidario de Salud del Pliego Seguro Integral de Salud, la cual se encuentra inscrita en el Registro de Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud de la Superintendencia Nacional de Salud mediante Resolución N° 00103-2012-SUNASA/IRAR de la Intendencia de Normas y Autorizaciones, con Certificado Registro N° 10003.

4.2 El Hospital San José, se encuentra registrado de oficio en el Registro Nacional de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de la Superintendencia Nacional de Salud, con Código Único IPRESS N° 00006219, mediante la Resolución de Superintendencia N° 053-2015-SUSALUD/S de fecha 27 de febrero del 2015.

CLÁUSULA QUINTA: OBJETO DEL CONVENIO

El presente Convenio tiene por objeto:

5.1 Establecer las obligaciones que asumen ambas partes para la atención y cobertura financiera de las patologías consideradas dentro del Listado de Enfermedades de Alto Costo de Atención, Listado de Enfermedades Raras o Huérfanas, Listado de Procedimientos de Alto Costo, y demás prestaciones que se aprueben para el financiamiento de LA IAFAS, de acuerdo a la normatividad vigente, en la población del Régimen de Financiamiento Subsidiado y Semicontributivo asegurada al Seguro Integral de Salud que requiere atención en las instalaciones y servicios de LA IPRESS.

5.2 Garantizar que la transferencia de recursos que realice LA IAFAS a LA IPRESS, sea destinada única y exclusivamente a los fines que se establece en el presente Convenio, los mismos que no tienen fines de lucro, con lo cual podrán disponer de recursos para implementar, desarrollar y ejecutar acciones que permitan cumplir con la normatividad vigente, favoreciendo principalmente a la población pobre y pobre extrema asegurada al Régimen Subsidiado del SIS.

5.3 Garantizar la cobertura de las prestaciones financiadas por LA IAFAS, de manera oportuna, completa y de calidad en los diferentes servicios e instalaciones de LA IPRESS, de acuerdo a lo establecido en el presente convenio.

CLÁUSULA SEXTA: ACREDITACIÓN DEL ASEGURADO DEL SIS

Para la prestación del servicio será requisito obligatorio que el asegurado titular o derechohabiente presente su Documento Nacional de Identidad - DNI, al personal de admisión de LA IPRESS a fin de verificar su condición de asegurado al SIS, según los procedimientos establecidos y acorde a la normativa vigente.

CLÁUSULA SEPTIMA: MECANISMO Y MODALIDAD DE PAGO

Mecanismo de pago

7.1. Para los diagnósticos que forman parte del Listado de Enfermedades de Alto Costo de Atención, el mecanismo de pago para LA IPRESS es el Prospectivo Pre liquidado.

7.2. Para los diagnósticos comprendidos en el Listado de Enfermedades Raras o Huérfanas y el Listado de Procedimientos de Alto Costo, el mecanismo de pago para LA IPRESS es el Retrospectivo.

7.3. De acuerdo a la disponibilidad presupuestal, la normatividad vigente, la cantidad de pacientes, el consumo estimado por paciente para un determinado periodo de tiempo, el paquete de atención u otros factores que LA IAFAS establezca; se podrán aplicar a solicitud de la IPRESS otros mecanismos de pago, diferentes a los descritos en los numerales 7.1 y 7.2, como el pago prospectivo nominado u otro que LA IAFAS defina y apruebe.

J. DEL CARMEN

A. GALARZA

Modalidad de pago

7.4. La modalidad de pago a LA IPRESS es mediante la transferencia de recursos financieros, la cual será realizada por LA IAFAS de forma periódica, de acuerdo al mecanismo de pago utilizado y según disponibilidad presupuestal.

7.5. La transferencia de recursos que realice LA IAFAS a LA IPRESS será para el financiamiento de las prestaciones de salud para la atención de las enfermedades contenidas en el Listado de Enfermedades de Alto Costo de Atención (LEAC), Listado de Enfermedades Raras o Huérfanas, y Listado de Procedimientos de Alto Costo, y otros según la normatividad vigente.

7.6. Cuando el mecanismo de pago a LA IPRESS es el pago pre liquidado, el monto a transferir será estimado en base a lo establecido en la normatividad vigente.

7.7. Cuando el mecanismo de pago a LA IPRESS es el pago retrospectivo por servicio, el monto a transferir será determinado de acuerdo a la información remitida por LA IPRESS, de las prestaciones brindadas y que hayan superado el proceso de validación prestacional (prestaciones válidas).

7.8. Cuando el mecanismo de pago a LA IPRESS es diferente a los mecanismos de pago descritos, el monto a transferir será estimado en base a lo establecido en la normatividad vigente.

7.9. Las trasferencias mediante pago retrospectivo se realizarán en un plazo de conformidad a la normativa vigente.

7.10. La liquidación de prestaciones se realizara de manera periódica de acuerdo a normativa vigente.

J. DEL CARMEN

CLÁUSULA OCTAVA: OBLIGACIONES DE LA IAFAS

Son obligaciones de LA IAFAS:

8.1. Informar a sus asegurados sobre el alcance de los servicios de salud contratados con LA IPRESS.

8.2. Brindar oportunamente información a LA IPRESS, sobre los asegurados del SIS con derecho a la atención de servicios de salud, coberturas y beneficios que les resulten aplicables.

8.3. Efectuar el pago oportuno a LA IPRESS por las prestaciones de salud brindadas a los asegurados del SIS, según los mecanismos de pago, modalidad de pago, tarifas y demás condiciones acordadas entre las partes en el presente convenio, de acuerdo a la disponibilidad presupuestaria correspondiente.

8.4. Comunicar oportunamente por cualquier medio a LA IPRESS, las transferencias financieras realizadas para el financiamiento de las enfermedades de alto costo de atención, enfermedades raras y huérfanas y procedimientos de alto costo, de acuerdo a la normatividad vigente.

8.5. Contar, para el desempeño de las funciones o actividades de auditoria médica, con personal que tenga experiencia asistencial no menor a 2 años y cuente con Registro de Auditor Médico en el Colegio Médico del Perú.

A. GALARZA

8.6. Comunicar oportunamente a LA IPRESS los resultados y recomendaciones de los procesos de control realizados a las prestaciones y a las transferencias financieras correspondientes a las enfermedades de alto costo de atención, enfermedades raras y huérfanas y procedimientos de alto costo, de acuerdo a la normatividad vigente.

8.7. Informar en forma detallada a los asegurados del SIS y a LA IPRESS sobre cualquier modificación que introduzca en su cobertura prestacional, con una anticipación no menor a cinco (5) días de su implementación en LA IPRESS.

8.8. Comunicar a LA IPRESS sobre las Resoluciones Jefaturales que tengan vinculación con las prestaciones, apoyando en la difusión de las mismas, en las adecuaciones que fueran necesarias para su cumplimiento y en la capacitación de su personal.

8.9. Informar a LA IPRESS sobre los procedimientos administrativos para la atención de los asegurados del SIS y aquellos que se derivan en su relación con LA IAFAS, así como las modificaciones que se susciten.

8.10. LA IAFAS coordinará en lo que corresponda la referencia de los asegurados del SIS a otras IPRESS cuando el estado de salud determinado por el médico así lo requiera, según las condiciones de salud pactadas en el marco de la normativa vigente, no pudiendo delegar dicha obligación o responsabilidad a LA IPRESS.

8.11. Mantener informada a LA IPRESS respecto a los procedimientos administrativos que esta última debe seguir para el pago de las prestaciones que realiza a la población asegurada y que se encuentren en el marco de este convenio.

8.12. LA IAFAS tiene el derecho a repetir judicialmente contra la IPRESS, por los daños o perjuicios que se ocasionen a sus asegurados.

8.13. LA IAFAS tiene el derecho a repetir judicialmente contra cualquier tercero, sea persona natural o jurídica, que ocasione un daño en la salud de sus asegurados y que obligue al financiamiento de las prestaciones de salud, tomando en cuenta la existencia o no de intencionalidad.

8.14. Los incumplimientos de las obligaciones pactadas en este convenio serán puestos en conocimiento de SUSALUD, como ente fiscalizador; quien evaluará el hecho y de considerarlo pertinente aplicará las penalidades que correspondan de acuerdo a las facultades por ley conferidas.

CLÁUSULA NOVENA: OBLIGACIONES DE LA IPRESS

Son obligaciones de LA IPRESS:

9.1. Mantener vigentes sus autorizaciones, licencias de apertura y funcionamiento y demás permisos que de acuerdo a ley le sean requeridos. Asimismo, se obliga a mantener vigente su registro ante la Superintendencia Nacional de Salud.

9.2. Verificar la identidad del paciente y su condición de asegurado del SIS.

9.3. No realizar cobros adicionales de ningún tipo a los asegurados del SIS por las prestaciones de salud que se encuentren financiadas por LA IAFAS mediante el presente Convenio, de acuerdo a la normatividad vigente. En caso se determine cobros indebidos, la IPRESS está obligada a devolver el total del cobro indebido al asegurado en un plazo de quince (15) días calendario a partir de su notificación. Sin perjuicio de las acciones administrativas y/o legales a que hubiere lugar.

9.4. Permitir y otorgar las facilidades que correspondan a LA IAFAS, a fin de que pueda realizar las intervenciones de auditoría médica y control prestacional que corresponda.

9.5. Cumplir con los procedimientos, protocolos y estándares de calidad y oportunidad, establecidos por la normatividad vigente o en su defecto por lo estipulado en el presente convenio, para las prestaciones de salud que brindan de acuerdo a su nivel resolutivo. Para tal efecto, deberá garantizar que los recursos humanos, tecnológicos, de infraestructura, suministros y en general todos sus parámetros de operación y entrega de servicios, cumplan con los estándares mínimos vigentes, de acuerdo a la normatividad aplicable para tales efectos.

9.6. No discriminar en su atención a los asegurados del SIS por motivos de raza, sexo, religión, opiniones políticas, nacionalidad, origen social, capacidad de pago o riesgo, discapacidad u otras que atenten contra los derechos de las personas, en el marco de la normatividad vigente.

9.7. Guardar estricta confidencialidad y reserva respecto a la información de los asegurados del SIS y de aquella que se genere en LA IPRESS, respetando lo previsto en la Ley N° 29414, Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud y su Reglamento y la Ley N° 29733, Ley de Protección de Datos Personales.

9.8. Aceptar los procedimientos auxiliares realizados a los pacientes en otros establecimientos de salud registrados como IPRESS ante la Superintendencia Nacional de Salud, siempre y cuando que éstos procedimientos no se realicen en LA IPRESS.

9.9. Garantizar que las atenciones de salud se realicen de acuerdo a las orientaciones contenidas en Protocolos y Guía de Práctica Clínica vigentes, así como al llenado de los formatos de atención según lo señalado por LA IAFAS.

9.10. Mantener una Historia Clínica única por paciente, donde deberá constar toda sus atenciones, sean ambulatorias, hospitalarias o de emergencia. La Historia Clínica deberá cumplir con todos los requisitos y condiciones dispuestas o permitidas por las normas aplicables para tal propósito.

9.11. En los casos que corresponda, informar a LA IAFAS sobre contingencias que impidan la atención oportuna de los asegurados al SIS o exceden la capacidad de resolución de la IPRESS, para su respectiva referencia a otra IPRESS, según corresponda.

9.12. Presentar a LA IAFAS la información necesaria para el control y validación de las prestaciones brindadas a los asegurados, atendidos por enfermedades contempladas en la Lista de Enfermedades de Alto Costo, Listado de Enfermedades Raras o Huérfanas y Procedimientos de alto costo; y toda aquella información requerida por LA IAFAS, respetando la normativa vigente y los mecanismos implementados para tal propósito.

J. DEL CARMEN

9.13. Acreditar cualquier tipo de prestación de salud con la Ficha Única de Atención y reporte de liquidación de gastos u otro documento que haga las veces, debidamente detallada y valorizada, con firma, huella digital y DNI del asegurado, en señal de recepción y conformidad del servicio prestado.

9.14. Informar de inmediato a LA IAFAS sobre cualquier evento extraordinario o inusual que pudiera afectar la debida y oportuna atención a los asegurados.

9.15. Cumplir las demás obligaciones que se deriven del presente convenio o establecidas en la Ley General de Salud, el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, y demás normas aplicables.

9.16. Implementar mecanismos para la recolección de sugerencias, quejas y reclamos de los usuarios de LA IAFAS, así como garantizar la permanente evaluación y solución de los mismos, de acuerdo a sus competencias. Además remitir periódicamente a LA IAFAS la información de los reclamos registrados y el estado de los mismos de acuerdo a lo establecido en el Reglamento General para la Atención de los Reclamos y Quejas de Usuarios de las IAFAS e IPRESS aprobado por SUSALUD.

9.17. Brindar las facilidades a LA IAFAS para el seguimiento de reclamos y atenciones brindadas a los pacientes asegurados al SIS, en coordinación con la Oficina de Seguros o quien realice las funciones de la misma.

A. GALARZA

9.18. Conservar y custodiar los Formatos Únicos de Atención (FUA), de las prestaciones financiadas por LA IAFAS, que permita el control de las prestaciones por parte de LA IAFAS y por las instancias correspondientes. Caso contrario se considerará como acto que impide su revisión por parte del órgano de control, a LA IAFAS o a SUSALUD.

9.19. Solicitar, según procedimiento establecido por LA IAFAS, el financiamiento de prestaciones de carácter no asistencial vinculadas a los diagnósticos y procedimientos que viene financiando LA IAFAS, para los pacientes que lo requieran, según lo establecido en la normatividad vigente.

9.20. Supervisar y monitorear el cumplimiento de las actividades necesarias para lograr el cumplimiento del numeral 5.3 de la Cláusula Quinta del presente Convenio.

9.21. Supervisar la correcta y oportuna ejecución de los recursos transferidos o los montos pagados, por LA IAFAS para los fines del presente Convenio y de las normas legales vinculadas al presente convenio.

9.22. Garantizar que las transferencias de recursos o pagos realizados por LA IAFAS a LA IPRESS, se ejecuten dentro del marco establecido en la Ley de Presupuesto del Sector Público, Ley N° 29761 "Ley de Financiamiento Público de los Regímenes Subsidiados y Semicontributivo del Aseguramiento Universal en Salud", Ley N° 29344 "Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud", Decreto Supremo N° 008-2010-SA y disposiciones complementarias, y otras según normatividad vigente.

9.23. Aprobar correcta y oportunamente, la incorporación al Marco Presupuestal y al Calendario de Compromisos de las partidas transferidas por LA IAFAS, solicitadas en base a la atención de pacientes con enfermedades de alto costo de atención, contempladas en el Listado de Enfermedades de Alto Costo, Listado de Enfermedades Raras o Huérfanas, Listado de Procedimientos de Alto Costo, y demás prestaciones bajo el financiamiento de LA IAFAS, de acuerdo a la normatividad vigente.

9.24. Implementar un mecanismo de control que permita diferenciar el gasto y su respectiva documentación sustentatoria por unidad ejecutora del pliego SIS (001 Seguro Integral de Salud y 002 FISSAL).

9.25. Remitir a LA IAFAS los documentos que sustenten las incorporaciones de fondos transferidos por LA IAFAS por cada transferencia recibida, así como de la incorporación del saldo de balance de las transferencias recibidas; dentro de los 30 días calendario de aprobada la incorporación.

J. DEL CARMEN

9.26. Remitir trimestralmente, en forma digitalizada el detalle de la ejecución financiera de los fondos transferidos por LA IAFAS, registrando los siguientes: Categoría presupuestal, proyecto y actividad, genérica, subgenérica, especifica y detalle especifica de gasto. Incluyendo nombre del producto o servicio; dentro de los 10 días hábiles del mes siguiente al trimestre a reportar.

9.27. Priorizar la ejecución de los recursos transferidos para su uso en medicamentos, insumos y procedimientos médicos cubiertos por LA IAFAS.

9.28. Reportar oportunamente las prestaciones brindadas, según los procedimientos vigentes del SIS, o según lo comunicado por LA IAFAS de manera oficial.

9.29. Brindar todas las facilidades para la instalación y operatividad del aplicativo informático de LA IAFAS en caso de ser necesario, asegurándose de contar con los requerimientos técnicos necesarios para su implementación.

A. IPARRAGUIRRE

9.30. Implementar las acciones y recomendaciones administrativas y correctivas, según sea el caso, que correspondan a los resultados de los procesos de control y supervisión que efectúe LA IAFAS.

A. GALARZA

9.31. Garantizar que los medicamentos que se utilicen en el tratamiento de los asegurados SIS que se encuentren fuera de Petitorio Nacional Único de Medicamentos tengan autorización del Comité Farmacoterapéutico de LA IPRESS, según lo establecido en la NTS N° 091-MINSA/DIGEMID-V.01 "Norma Técnica de Salud para la Utilización de Medicamentos No Considerados en el Petitorio Nacional único de Medicamentos Esenciales" o la que se encuentre vigente.

9.32. Cumplir con los estándares normados por el MINSA para el funcionamiento adecuado de las Unidades Productora de Servicios (UPS), según corresponda.

9.33. Informar mediante documento formal a LA IAFAS sobre los servicios tercerizados para las prestaciones financiadas por LA IAFAS. El tercero deberá contar con registro IPRESS ante la Superintendencia Nacional de Salud y demás permisos, autorizaciones y licencias de acuerdo a la normativa vigente.

9.34. LA IPRESS será la responsable de los servicios brindados por el tercero, debiendo realizar supervisiones periódicas a las prestaciones otorgadas a los asegurados del SIS, remitiendo informes trimestrales a LA IAFAS.

9.35. Coordinar directamente la referencia de los asegurados del SIS a otras IPRESS, de acuerdo a lo establecido en la "Norma Técnica del Sistema de Referencia y Contrareferencia de los Establecimientos del Ministerio de Salud" vigente, cuando por exceder la oferta, la capacidad de resolución de la IPRESS, o por falta de infraestructura no sea posible prestar la atención en LA IPRESS, no pudiendo delegar dicha obligación o responsabilidad.

9.36. No ceder a terceros, total o parcialmente los derechos y obligaciones de este convenio.

9.37. La IPRESS está en la obligación de implementar y facilitar el funcionamiento de una oficina que brinde atención al asegurado del SIS. Esta oficina deberá contar con un espacio físico adecuado, tener acceso a la red de información y otros accesos o usos que sean necesarios para cumplir su objetivo.

CLAUSULA DÉCIMA: AUDITORÍA Y/O CONTROL PRESTACIONAL

Control prestacional

J. DEL CARMEN

10.1. LA IAFAS tiene la facultad de efectuar auditorías médicas y/o control prestacional con la finalidad de verificar las prestaciones de salud brindadas por LA IPRESS a sus asegurados. Para tal efecto LA IAFAS podrá efectuar, indistintamente, lo siguiente:

a) Verificación de las condiciones de la infraestructura y equipamiento médico de acuerdo a estándares establecidos por la normatividad vigente, a través de las visitas inopinadas y acciones de supervisión, en caso corresponda.
b) Encuestas de satisfacción de los asegurados del SIS, sobre los servicios brindados.
c) Auditoría y/o control de las Historias Clínicas de los asegurados del SIS.

10.2. LA IAFAS puede formular observaciones sobre aspectos médicos y administrativos relacionados con la atención que se brinda a los asegurados del SIS, las cuales serán comunicadas a LA IPRESS.

10.3. Todas las observaciones que LA IAFAS plantee a LA IPRESS, así como las respuestas de ésta, deben constar por escrito y sustentarse de forma concreta, técnica y razonablemente, con base en evidencia científica en los casos que corresponda.

10.4. Si como resultado de la auditoría de las prestaciones de salud, LA IAFAS detectase alguna prestación que no ha sido realizada, el valor de la misma será deducido del monto a pagar.

Control financiero

10.5. Para verificar el cumplimiento de las condiciones pactadas con LA IPRESS, en lo referente al uso de recursos, se realizarán actividades de supervisión, monitoreo y evaluación según la normativa aplicable.

A. GALARZA

10.6. LA IPRESS está sujeta a la verificación de la ejecución del gasto, para lo cual debe brindar toda la información y documentación requerida por LA IAFAS sobre el particular, así como facilitar el acceso a sus respectivos Módulos Administrativos y de Proceso Presupuestario del Sistema Integrado de Administración Financiera (SIAF).

CLÁUSULA DÉCIMO PRIMERA: GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

LA IAFAS y LA IPRESS, en forma coordinada aplicarán Guías de Práctica Clínica en las prestaciones de salud convenidas, en concordancia con las normas emitidas por el MINSA.

Las Guías de diagnóstico y tratamiento no podrán sustituir el juicio médico en los casos en que, por circunstancias particulares debidamente fundamentadas, sea necesario apartase de las mismas.

CLÁUSULA DÉCIMO SEGUNDA: CÓDIGOS Y ESTÁNDARES

En la remisión de la información entre LA IAFAS y LA IPRESS, se utilizarán los siguientes códigos establecidos: DNI, CIE 10, CPT, COD SISMED, RENIPRES y otras según la normativa vigente.

CLÁUSULA DÉCIMO TERCERA: DE LAS TARIFAS

13.1. Las tarifas empleadas para la valorización de las prestaciones serán las correspondientes al tarifario del SIS vigentes.

13.2. Las tarifas empleadas para la valorización de los medicamentos, insumos y dispositivos médicos serán las correspondientes a los precios de operación remitidos por DIGEMID vigentes, u otro tarifario concordado por las partes, incorporado mediante Adenda según corresponda.

13.3. Las modificaciones a las tarifas, incorporación de paquetes de atención o adicionales serán incluidos mediante adenda al Convenio, previo acuerdo de las partes.

CLÁUSULA DÉCIMO CUARTA: DE LA PRESTACIÓN

Registro en la Historia Clínica y Formato Único de Atención (FUA)

14.1 LA IPRESS debe registrar en la historia clínica las prestaciones brindadas a los asegurados del SIS según normatividad vigente; incluyendo la indicación de los procedimientos de apoyo al diagnóstico o tratamiento, los informes o resultados correspondientes sean emitidos por LA IPRESS o por terceros.

14.2 LA IPRESS debe registrar y mantener en archivo el FUA, según la normatividad vigente aplicable, asimismo, éste debe estar firmado y sellado correctamente sin borrones ni enmendaduras, por el profesional de salud que realiza la atención, incluso si la atención se realiza en una IPRESS tercerizada. El FUA debe contener todos los medicamentos, insumos y/o procedimientos médicos quirúrgicos y/o procedimientos de apoyo diagnóstico brindados, con la codificación SISMED o CPT respectiva.

14.3 En caso los FUA incluyan prestaciones realizadas a través de un proveedor privado (IPRESS privada), debe registrarse las siglas PP-privado, con letra mayúscula, bien visible, en la parte superior del anverso, mientras que en el reverso debe registrarse la denominación y el número de procedimientos que el asegurado del SIS ha recibido. Asimismo, debe adjuntarse al FUA la copia de orden de compra u orden de servicio y el comprobante de pago (facturas) correspondiente.

Reporte para Validación y Pago

14.4 Todas las prestaciones tarifadas realizadas por LA IPRESS correspondientes a las enfermedades contenidas en el Listado de Enfermedades de Alto Costo de atención, Listado de Enfermedades Raras o Huérfanas, Listado de Procedimientos de Alto Costo y demás prestaciones que se aprueben para el financiamiento de LA IAFAS, deberán ser registradas en aplicativo informático del SIS, según la normatividad correspondiente; salvo otra indicación expresa de LA IAFAS mediante documento formal.

14.5 El reporte de las prestaciones no tarifadas realizadas por LA IPRESS correspondientes a las enfermedades contenidas en el Listado de Enfermedades de Alto Costo de atención, Listado de Enfermedades Raras o Huérfanas y Listado de Procedimientos de Alto Costo, será mediante expediente a la Unidad Desconcentrada Regional del SIS para su evaluación y aprobación de pago, según normatividad vigente, salvo otra indicación expresa de LA IAFAS mediante documento formal.

14.6 El reporte de los Procedimientos de Alto Costo será establecido por LA IAFAS mediante documento formal.

Prestaciones brindadas a través de terceros

14.7 En los casos que LA IPRESS no cuente con un servicio necesario para la atención oportuna, continua, segura y de calidad, podrá contratar los servicios de terceros siguiendo los procedimientos establecidos por la Ley de Contrataciones del Estado, debiendo cumplir lo establecido en los numerales 9.33 y 9.34 del presente Convenio, y lo establecido en la normatividad vigente.

14.8 LA IPRESS deberá remitir a LA IAFAS la copia de los Convenios o Contratos suscritos con otras IPRESS a través de las cuales se brinde servicios tercerizados a los afiliados del SIS, así mismo sus adendas o modificaciones correspondientes, siendo LA IPRESS responsable de los acuerdos que suscriba.

14.9 LA IPRESS deberán enviar a LA IAFAS la copia de los informes de supervisión realizados a las IPRESS con las que tercerizan los servicios.

14.10 El listado de prestaciones brindadas por LA IPRESS a través de tercero, se presentan según formato en Anexo N° 1.

14.11 Para la validación de las prestaciones brindadas a los asegurados al SIS, se continuará empleando los procedimientos del SIS según la normatividad vigente aplicable, salvo indicación expresa de LA IAFAS mediante documento formal.

J. DEL CARMEN

CLAUSULA DÉCIMO QUINTA: DE LOS SERVICIOS COMPLEMENTARIOS EN SALUD

LA IAFAS con el objeto de mejorar el acceso a los servicios de salud, podrá financiar los Servicios Complementarios en Salud, según disponibilidad presupuestaria y en el marco de la normativa vigente.

Las Especificaciones para los Servicios Complementarios en Salud se encuentran en el Anexo N° 2, cuando corresponda.

CLAUSULA DÉCIMO SEXTA: ESTANDARES MÍNIMOS DE CALIDAD DE LAS PRESTACIONES

LA IPRESS remitirá trimestralmente los indicadores de calidad de servicio brindado a los asegurados del SIS, según el formato Estándares mínimos de calidad, anexo N° 3.

CLÁUSULA DÉCIMO SEPTIMA: DE LA VIGENCIA DEL CONVENIO

17.1. El presente Convenio entrará en vigencia al día siguiente de suscrito y tendrá una duración de tres años a partir de la fecha de su entrada en vigencia.

17.2. Cumplido el periodo de vigencia, el presente Convenio se renovará automáticamente, salvo que exista solicitud expresa de modificación o término del convenio por uno de las partes, con anticipación de quince (15) días antes de su término.

A. GALARZA

17.3. Las transferencias financieras, controles prestacionales y demás actos vinculados a las prestaciones de salud realizadas antes de la entrada en vigencia del presente convenio, se rigen por la normativa y disposiciones emitidas por el SIS y/o a las pautas previamente acordadas por las partes.

17.4. Con posterioridad a la vigencia del Convenio subsistirán las obligaciones de LA IPRESS de reportar información vinculada a la transferencia de recursos que se realiza en mérito del presente Convenio.

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

18.1. Son causales de resolución del presente Convenio:

a) Por mutuo acuerdo de las partes.
b) El incumplimiento total o parcial, de cualquiera de las partes, de las obligaciones asumidas dentro del marco del presente Convenio.
c) La cancelación de la autorización de funcionamiento otorgada por la Superintendencia Nacional de Salud a LA IAFAS o la cancelación de la inscripción de LA IPRESS en el registro de IPRESS - RIPRESS.
d) 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.

18.2. 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.

18.3. En caso de suspensión temporal del presente Convenio, las partes se comprometen a garantizar la continuidad de la prestación de las atenciones de las enfermedades de alto costo de atención, estando LA IAFAS obligada a garantizar la transferencia equivalente a las prestaciones realizadas por LA IPRESS.

18.4. Cualquiera de las partes podrá resolver el presente convenio sin mediar causal de resolución alguna, siendo suficiente para ello la remisión de una carta notarial cursada con quince (15) días calendario de anticipación al domicilio de la otra parte indicado en este convenio.

18.5. En caso de un asegurado SIS que éste recibiendo atenciones por hospitalización al momento de la resolución del convenio, LA IPRESS continuará con su atención, hasta su alta o su transferencia autorizada a otra IPRESS, lo que ocurra primero. LA IAFAS deberá cubrir el pago de dichas atenciones según las condiciones pactadas, en el presente Convenio.

CLÁUSULA DÉCIMO NOVENA: 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 VIGÉSIMA: DE LA SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

Todo conflicto derivado de la ejecución e interpretación 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 Conciliación Extrajudicial a fin de dirimir las controversias surgidas en el desarrollo del mismo.

En caso las partes hayan acordado el someter sus controversias a arbitraje y no alcancen un acuerdo sobre el centro de arbitraje competente, dentro de un plazo máximo de quince (15) días hábiles de

suscitada la controversia, se entenderá como centro competente al Centro de Conciliación y Arbitraje (CECONAR) de SUSALUD.

CLÁUSULA VIGÉSIMO PRIMERA: DE LAS MODIFICACIONES

La incorporación de diagnósticos por actualización del Listado de Enfermedades de Alto Costo o Listado de Enfermedades Raras o Huérfanas aprobada, así como de procedimientos de alto costo será de manera automática cuando la normatividad vigente así lo establezca.

La incorporación de otros acuerdos o de instrumentos en el marco del Convenio, así como la modificación de su contenido, se podrá realizar de mutuo acuerdo mediante adendas al Convenio.

CLÁUSULA VIGÉSIMO SEGUNDA: DEL DOMICILIO

Las partes declaran como verdaderos los domicilios señalados en la introducción del presente Convenio y cualquier cambio, para ser considerado como válido, deberá ser comunicado a la otra parte, formalmente y por escrito, con una anticipación no menor de quince (15) días.

En tanto no se comunique el cambio de dirección, todas las notificaciones, citaciones y comunicaciones cursadas al anterior domicilio surtirán plenos efectos.

En señal de conformidad se suscribe el presente Convenio, en dos ejemplares de igual valor, en la ciudad de Lima, a los 22 días del mes de Julio del año 2016.

SEGURO INTEGRAL DE SALUD V°B° DIF FISSAL A. CAMARZA

GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO DIRESA - HOSPITAL SAN JOSÉ ASESORÍA JURÍDICA

GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO DIRESA - HOSPITAL SAN JOSÉ Dra. JENIE DEXTRE UBALDO Directora Ejecutiva C.M.P. 14438

ZORAIDA JENIE CAROLA DEXTRE UBALDO
Directora
Hospital San José

JOSÉ CARLOS DEL CARMEN SARA
Jefe (e)
Fondo Intangible Solidario de Salud-FISSAL

ANEXO N° 1

PRESTACIONES BRINDADAS A TRAVES DE TERCEROS, INCLUIDAS EN LOS ALCANCES DEL CONVENIO

IPRESS N° 1:

Nombre de IPRESS:

N° Registro IPRESS ante SUSALUD:

Tipo de IPRESS (privada, pública o mixta):

Domicilio Legal:

Fecha de inicio de actividades:

Fecha de suscripción de contrato / convenio con IPRESS pública:

Vigencia de contrato suscrito:

Prestaciones incluidas en los alcances del convenio:

Dirección del local donde se brinda la prestación	Código CPT	Procedimiento	Descripción	Prec. Unit.

Procedimiento: Laboratorio/ Dx. Imagen / Otros

IPRESS N° 2:

Nombre de IPRESS:

N° Registro IPRESS ante SUSALUD:

Tipo de IPRESS (privada, pública o mixta):

Domicilio Legal:

Fecha de inicio de actividades:

Fecha de suscripción de contrato / convenio con IPRESS pública:

Vigencia de contrato suscrito:

Prestaciones incluidas en los alcances del convenio:

Dirección del local donde se brinda la prestación	Código CPT	Procedimiento	Descripción	Prec. Unit.

Procedimiento: Laboratorio/ Dx. Imagen / Otros

ANEXO N° 2

SERVICIOS COMPLEMENTARIOS EN SALUD

RESPECTO A LA IPRESS

1. Elaborar el Plan de Ampliación de Atención para brindar servicios complementarios en salud, conforme a lo establecido en la normativa vigente, que incluya:

   - Evidencia técnica de la capacidad productiva (brecha oferta – demanda) de LA IPRESS.
   - Relación nominativa de profesionales de la salud de los servicios definidos dispuestos a prestar los servicios complementarios en salud.
   - Personal técnico asistencial y personal administrativo, así como materiales, sistemas de registro e información, equipos e infraestructura física disponible y apta, para presentar servicios complementarios.

2. Contar con una programación trimestral debidamente sustentado, aprobado por el Titular de LA IPRESS.

3. Contar con la respectiva certificación de crédito presupuestario emitida por el responsable de la oficina de Administración de LA IPRESS o quien las veces, de acuerdo a la normatividad presupuestaria vigente.

4. Contar con personal técnico asistencial y personal administrativo así como material, sistema de registro e información, equipos e infraestructura física disponible y apta para prestar servicios complementarios.

5. Designar un responsable para coordinar con LA IAFAS sobre los servicios complementarios de salud.

6. Disponer la realización de auditorías médicas en forma inopinada para verificar la calidad de atención en forma periódica, a fin de cautelar la adecuada aplicación de la prestación de los servicios complementarios en salud.

7. Registrar la información de las atenciones en los formatos y según las pautas de registro que el SIS y/o LA IAFAS disponga, remitiendo dicha información en forma mensual.

8. Contar con el plan de ampliación de atención aprobado con un mes de anterioridad al inicio de un nuevo trimestre de servicios complementarios, para la programación de su transferencia financiera respectiva; caso contrario, se postergará el inicio del mismo hasta el siguiente mes, de corresponder.

9. Cumplir con las demás disposiciones que se emitan en el marco de los servicios complementarios en salud.

RESPECTO A LA IAFAS

1. Financiar las prestaciones a través de los Servicios Complementarios en Salud, según disponibilidad presupuestaria.

2. Realizar el seguimiento, monitoreo y supervisión sobre el nivel de ejecución de los recursos transferidos según normativa vigente.

3. En caso de encontrarse incumplimiento del plan de ampliación de atención, disminución en la producción regular de las prestaciones o irregularidades en los registros/digitación de los formatos y otros, LA IAFAS se reserva el derecho de aplicar medidas correctivas mediatas o inmediatas, incluso la suspensión de los servicios complementarios en salud.

RESPECTO AL MECANISMO DE PAGO

El mecanismo de pago por los servicios complementarios brindados por LA IPRESS es prospectivo preliquidado, además se podrán aplicar otros mecanismos de pago como el retrospectivo u otro que LA IAFAS defina, de acuerdo a la disponibilidad presupuestaria.

RESPECTO A LAS TARIFAS

Las tarifas serán establecidas según la Valorización de las Prestaciones.

RESPECTO A LAS TRANSFERENCIAS

1. El pago de las prestaciones por los servicios complementarios en salud, se realizará a través de transferencias financieras diferenciadas.

2. Las transferencias financieras para los servicios complementarios en salud serán trimestrales. Si el monto entregado se agotara antes de finalizado el trimestre, las prestaciones adicionales realizadas serán canceladas en la siguiente transferencia, siempre que se cuente con disponibilidad presupuestal.

3. El monitoreo, valorización y liquidación de las prestaciones realizadas por servicios complementarios se realizara según lo establecido en la normativa vigente.

ANEXO N° 3

ESTÁNDARES MÍNIMOS DE CALIDAD E INDICADORES

ESTANDAR	INDICADOR	
	NOMBRE	DESCRIPCIÓN
1. La IPRESS cuenta con mecanismos de escucha al usuario y un sistema eficaz de gestión de sus reclamos y sugerencias	Porcentaje de reclamos atendidos por la organización	N° de reclamos resueltos oportunamente* x 100 N° de reclamos presentados
2. La IPRESS publica los derechos y deberes de los pacientes en lugares de contacto IPRESS-Paciente.	Publicación de los derechos y deberes de los pacientes.	La IPRESS evidencia (a través de informes, fotos, etc.) la publicación de los derechos y deberes de los pacientes en lugares de contacto IPRESS-paciente (resultado: cumple o no cumple).
3. LA IPRESS promueve una gestión integral de la información.	Atendidos por procedimientos o diagnósticos bajo cobertura de LA IAFAS	N° atendidos por procedimientos o diagnósticos bajo cobertura de LA IAFAS en un periodo de tiempo/ Total de atendidos en la IPRESS
	Atenciones por procedimientos o diagnósticos bajo cobertura de LA IAFAS	N° atenciones por procedimientos o diagnósticos bajo cobertura de LA IAFAS en un periodo de tiempo/ Total de atenciones en la IPRESS
4. La IPRESS deberá Publicar la cartera de servicios, aprobados por acto resolutivo de IGSS o DIRESA, o máxima autoridad de IPRESS privado.	Publicación de Cartera de Servicios.	Cartera de Servicios aprobado y publicado (resultado: cumple o no cumple)
5. Se implementan procesos de auditorías de salud y administrativas de manera periódica y preventiva	Existencias de Comités de Auditorias	Comité de Auditoría existente y formalizado (resultado: cumple o no cumple)
	Porcentaje de Historias Clínicas auditadas con conformidad	N° de Historias Clínicas auditadas con conformidad x 100 / Total de Historias Clínicas auditadas
	Porcentaje de FUAs rechazados por PCPP	N° de FUAs rechazados por PCPP x 100 / Total de FUAs auditadas

De acuerdo a Resolución de Superintendencia N° 160-2011-SUNASA-CD, Reglamento General para la Atención de los Reclamos y Quejas de Usuarios de las IAFAS e IPRESS

J DEL CARMEN

A. GALARZA

ANEXO N° 3.1

FICHAS DESCRIPTIVAS DE LOS INDICADORES

1 Ficha descriptiva del Indicador "Porcentaje de reclamos atendidos por la organización"	
NOMBRE	Porcentaje de quejas resueltas por la organización
CATEGORÍA	Resultado
JUSTIFICACIÓN	El desarrollo del Sistema de Gestión de la calidad contempla la generación permanente y organizada de evidencias de la calidad de la atención y niveles de satisfacción de los usuarios externos (Resolución de Superintendencia N° 160-2011-SUNASA-CD, Reglamento General para la Atención de los Reclamos y Quejas de Usuarios de LA IAFAS e IPRESS).
OBJETIVO	Establecer la capacidad de la IPRESS para resolver los reclamos de sus usuarios
TIPO DE MEDIDA	Porcentaje
NUMERADOR	Número de reclamos resueltos oportunamente
DENOMINADOR	Total de reclamos presentados
UMBRAL	80%
FUENTE DE DATOS	Buzones, registros, personal del establecimiento
TÉCNICA DE RECOLECCIÓN	Ficha de reclamo en salud
MUESTRA	No aplica
PERIODICIDAD DE MEDICIÓN	Mensual (remisión de reporte semestral)
UNIDAD RESPONSABLE	Equipo de calidad de la IPRESS o quien haga sus veces

2 Ficha descriptiva del Indicador "Publicación de los derechos y deberes de los pacientes"	
NOMBRE	Publicación de los derechos y deberes de los pacientes.
CATEGORÍA	Resultado
JUSTIFICACIÓN	La IPRESS debe generar a los usuarios plena accesibilidad a la información sobre las coberturas o servicios que ofrecen. (Ley N° 29414 Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud).
OBJETIVO	Empoderar al paciente en sus derechos en salud
TIPO DE MEDIDA	Cumplimiento o incumplimiento
NUMERADOR	No aplica
DENOMINADOR	No aplica
UMBRAL	No aplica
FUENTE DE DATOS	Informes, evidencia remitida (fotos, trípticos, etc.)
TÉCNICA DE RECOLECCIÓN	Revisión documentaria, en algunos casos Visitas a la IPRESS
MUESTRA	No aplica
PERIODICIDAD DE MEDICIÓN	Semestral
UNIDAD RESPONSABLE	Equipo de calidad de la IPRESS o quien haga sus veces

3 Ficha descriptiva del Indicador "Atendidos por procedimientos o diagnósticos bajo cobertura de LA IAFAS"	
NOMBRE	Atendidos por procedimientos o diagnósticos bajo cobertura de LA IAFAS
CATEGORÍA	Resultado
JUSTIFICACIÓN	El establecimiento cuenta y aplica un método formal y permanente de gestión de la información. (Documento técnico para el registro y codificación de Diagnósticos de consulta externa y otras actividades de salud, OGEI 2006)
OBJETIVO	Se busca la correspondencia entre el financiamiento y numero de servicios prestados
TIPO DE MEDIDA	Cumplimiento o incumplimiento
NUMERADOR	No aplica
DENOMINADOR	No aplica
UMBRAL	No aplica
FUENTE DE DATOS	Base de datos de "Estadística"
TÉCNICA DE RECOLECCIÓN	Recepción de archivo, sistemas propios de la IPRESS
MUESTRA	No aplica
PERIODICIDAD DE MEDICIÓN	Mensual (remisión de reporte semestral)
UNIDAD RESPONSABLE	Director General de la IPRESS

J. DEL CARMEN

A GALARZA

4 Ficha descriptiva del Indicador "Atenciones por procedimientos o diagnósticos bajo cobertura de LA IAFAS"	
NOMBRE	Atenciones por procedimientos o diagnósticos bajo cobertura de LA IAFAS
CATEGORÍA	Resultado
JUSTIFICACIÓN	El establecimiento cuenta y aplica un método formal y permanente de gestión de la información. (Documento técnico para el registro y codificación de Diagnósticos de consulta externa y otras actividades de salud, OGEI 2006)
OBJETIVO	Se busca la correspondencia entre el financiamiento y numero de servicios prestados
TIPO DE MEDIDA	Cumplimiento o incumplimiento
NUMERADOR	No aplica
DENOMINADOR	No aplica
UMBRAL	No aplica
FUENTE DE DATOS	Base de datos de "Estadística"
TÉCNICA DE RECOLECCIÓN	Recepción de archivo, sistemas propios de la IPRESS
MUESTRA	No aplica
PERIODICIDAD DE MEDICIÓN	Mensual (remisión de reporte semestral)
UNIDAD RESPONSABLE	Director General de la IPRESS

5 Ficha descriptiva del Indicador "Publicación de Cartera de Servicios"	
NOMBRE	Publicación de Cartera de Servicios.
CATEGORÍA	Estructura
JUSTIFICACIÓN	Contribuir a mejorar el desempeño de la IPRESS, a través de la definición de Cartera de Servicios de Salud, de acuerdo a norma vigente. (RM N° 099-2014/MINSA que aprueba la Directiva Administrativa N° 197-MINSA/DGSP-V.01 "Directiva administrativa que establece la Cartera de Servicios de Salud")
OBJETIVO	Establecer la capacidad del establecimiento de salud para resolver los reclamos de sus usuarios
TIPO DE MEDIDA	Cumplimiento o incumplimiento
NUMERADOR	No aplica
DENOMINADOR	No aplica
UMBRAL	No aplica
FUENTE DE DATOS	Documentos oficiales de la IPRESS
TÉCNICA DE RECOLECCIÓN	Revisión documentaria, en algunos casos Visitas a la IPRESS
MUESTRA	No aplica
PERIODICIDAD DE MEDICIÓN	Semestral
UNIDAD RESPONSABLE	Director General de la IPRESS

J. DEL CARMEN

A. IPARRAGUIRRE

A. GALARZA

6 Ficha descriptiva del Indicador "Existencia de Comité de Auditoria Médica"	
NOMBRE	Existencia de Comité de Auditoria Médica
CATEGORÍA	Estructura
JUSTIFICACIÓN	Para garantizar el desarrollo sistemático de procesos de auditoria en las IPRESS, la existencia de Comités de Auditoria es una necesidad que reviste singular importancia. Su presencia obedece a una integración del personal en el equipo de trabajo dedicado a promover, aplicar y supervisar los procesos de auditoria como parte de la mejora continua de la calidad en los servicios de salud. (Norma técnica de auditoría de la calidad de atención en Salud NT N° 029- MINSA/DGSP-V.01)
OBJETIVO	Evidenciar la existencia de Comités de Auditoria de Salud
TIPO DE MEDIDA	No aplica
NUMERADOR	Comité de Auditoria existente y formalizado
DENOMINADOR	No aplica
UMBRAL	100%
FUENTE DE DATOS	Resolución Directoral, Plan de Auditoría de la IPRESS
TÉCNICA DE RECOLECCIÓN	Verificación de existencia de Resolución Directoral para su creación y del Plan de Auditoría
MUESTRA	No aplica
PERIODICIDAD DE MEDICIÓN	Anual
UNIDAD RESPONSABLE	Director General de la IPRESS

7 Ficha descriptiva del Indicador "Porcentaje de Historias Clínicas auditadas con conformidad"	
NOMBRE	Porcentaje de Historias Clínicas auditadas con conformidad
CATEGORÍA	Resultado
JUSTIFICACIÓN	El proceso de auditoria médica en las IPRESS identifica brechas, y constituye oportunidades de mejora en favor de los Pacientes. (Norma técnica de auditoría de la calidad de atención en Salud NT N° 029- MINSA/DGSP-V.01)
OBJETIVO	Identificar Historias Clínicas con conformidad
TIPO DE MEDIDA	Porcentaje
NUMERADOR	N° de Historias Clínicas auditadas con conformidad x 100
DENOMINADOR	Total de Historias Clínicas auditadas
UMBRAL	100%
FUENTE DE DATOS	Informe de auditoría médica Institucional
TÉCNICA DE RECOLECCIÓN	Recepción del Informe de auditoría médica institucional
MUESTRA	Según el Plan de Auditoría u otros documentos para tal fin
PERIODICIDAD DE MEDICIÓN	Anual
UNIDAD RESPONSABLE	Equipo de calidad de la IPRESS / Comité de Auditoría Médica de la IPRESS

J DEL CARMEN

8 Ficha descriptiva del Indicador "Porcentaje de FUAs rechazados por PCPP"	
NOMBRE	Porcentaje de FUAs rechazados por PCPP
CATEGORÍA	Proceso
JUSTIFICACIÓN	El proceso de control presencial posterior identifica brechas, que constituyen oportunidades de mejora en favor de la IPRESS y pacientes. (Resolución Jefatural N° 102-2010/SIS que aprueba la Directiva N° 004-2010-SIS/GO "Directiva que establece el Proceso de Control Presencial Posterior de las prestaciones de Salud financiadas por el Seguro Integral de Salud")
OBJETIVO	Identificar FUAS rechazados (parciales y totales) durante el PCPP
TIPO DE MEDIDA	Porcentaje
NUMERADOR	N° de FUAs rechazados por PCPP x 100
DENOMINADOR	Total de FUAs auditadas
UMBRAL	40%
FUENTE DE DATOS	Informe del PCPP
TÉCNICA DE RECOLECCIÓN	Recepción de Informes del Informe del PCPP.
MUESTRA	Según el Plan de PCPP.
PERIODICIDAD DE MEDICIÓN	Anual
UNIDAD RESPONSABLE	Oficina de Seguros de la IPRESS / UF de Cobertura y Siniestros

A. GALARZA