



**PERÚ**

**Ministerio  
de Salud**

**Seguro Integral de Salud**

**DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL  
PERU**

**“Año de la Inversión para el Desarrollo Rural y la Seguridad Alimentaria”**

**CONVENIO DE GESTION ENTRE EL GOBIERNO REGIONAL DE PIURA  
Y EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD PARA PAGO CAPITADO**

**ENERO 2013**

CONVENIO DE GESTION ENTRE EL GOBIERNO REGIONAL PIURA Y EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD PARA PAGO CAPITADO

CONVENIO DE GESTION ENTRE EL GOBIERNO REGIONAL DE PIURA Y EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD PARA PAGO CAPITADO

Conste por el presente documento, el **Convenio de Gestión entre el Gobierno Regional y el Seguro Integral de Salud para pago capitado**, que celebran de una parte el **GOBIERNO REGIONAL DE PIURA**, con R.U.C. N°20484004421, con domicilio en Urb. San Eduardo - El Chipecy departamento de PIURA, debidamente representado por su Presidente Regional, **JAVIER FERNANDO MIGUEL ATKINS LERGGIOS**, identificado con DNI N° 02616132, con Credencial extendida por el Jurado Nacional de Elecciones, según Resolución N° 5002-A-2010-JNE, con fecha 23 de diciembre del año 2010, quien procede en uso de sus atribuciones conferidas por el artículo 21° y lo dispuesto en el artículo 20° de la Ley N° 27867, al que en adelante se denominará **GOBIERNO REGIONAL**; y, de la otra parte, el **SEGURO INTEGRAL DE SALUD**, con R.U.C. N° 20505208626, con domicilio en la Av. Carlos Gonzales N° 212, Urb. Maranga, distrito de San Miguel, provincia y departamento de Lima, representado por su Jefe Institucional, **PEDRO FIDEL GRILLO ROJAS**, identificado con DNI N° 09644064, encargado mediante Resolución Suprema N° 022-2012-SA, que en adelante se denominará **SIS**; de acuerdo a los términos y condiciones siguientes:

CLAUSULA PRIMERA: ANTECEDENTES

1. Mediante Ley N° 29344 se aprobó la "**Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud**", con el objeto de garantizar el derecho pleno y progresivo de toda persona a la seguridad social en salud, estableciéndose en su Primera Disposición Complementaria que el Ministerio de Salud queda autorizado a iniciar el proceso de aseguramiento en salud a través de la implementación en Regiones Piloto del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS).
2. Mediante Decreto Supremo N° 008-2010-SA, 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.

Por Decreto Supremo N° 016-2009-SA fue aprobado el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS), que contiene el Plan de Beneficios con el Listado de Condiciones Asegurables, Intervenciones y Prestaciones a financiar y las Garantías Explícitas. Asimismo, establece que las Garantías Explícitas se implementarán progresivamente y se incrementarán gradualmente por los distintos agentes vinculados al proceso de Aseguramiento en Salud, hasta cubrir la totalidad del PEAS.

3. La Resolución Ministerial N° 872-2009/MINSA, faculta al SIS a aplicar el tarifario aprobado mediante R.M. N° 240-2009/MINSA a las prestaciones del PEAS y aplicar mecanismos de pago para atenciones para prestaciones PEAS que no se encuentren en el mencionado tarifario.
4. La Resolución Ministerial N° 934-2010/MINSA, modifica la R.M. N° 872-2009/MINSA, estableciéndose que el Seguro Integral de Salud tiene la facultad de utilizar los mecanismos o las modalidades de pago más adecuados para el financiamiento de las prestaciones en el marco del AUS. Para el cumplimiento de lo señalado en el punto anterior, el SIS deberá suscribir convenios de financiamiento de aseguramiento en salud con los Gobiernos Regionales para implementar, desarrollar y ejecutar el PEAS.
5. Mediante el Decreto Supremo N° 007-2012-SA se autoriza al SIS a realizar la sustitución del Listado Priorizado de Intervenciones Sanitarias (LPIS) por el Plan de Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS) y sus planes complementarios, y de establecer un sistema de tarifas y mecanismos de pago en el marco de los convenios.
6. La Resolución Ministerial N° 991-2012/MINSA, 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.



CONVENIO DE GESTION ENTRE EL GOBIERNO REGIONAL PIURA Y EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD PARA PAGO CAPITADO

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:

**Afiliación**

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

**Ámbito del Convenio**

El ámbito del presente Convenio es el de la Región firmante.

**Asegurado**

Es toda persona domiciliada en el país que está bajo la cobertura de alguno de los regímenes de financiamiento del SIS, habiendo cumplido con los requisitos de tener DNI, estar clasificado por el SISFOH como elegible para alguno de los regímenes de financiamiento y no tener otro seguro de salud.

**Cobertura**

Protección contra pérdidas específicas por problemas de salud, y prestaciones preventivas, extendidas bajo los términos de un convenio de aseguramiento.

**Cobros Indebidos**

Son los cobros que realiza el prestador a un asegurado del SIS, en relación a las prestaciones financiadas por el SIS a través del pago de la cápita. Están incluidos los medicamentos (contemplados dentro del Petitorio Nacional, o aprobados por el Comité Farmacológico, o aquellos que el establecimiento los tenga en stock), insumos y procedimientos asistenciales y administrativos (referentes al SIS exclusivamente) que la prestación demande.

**Control Prestacional**

Es la aplicación de procedimientos, metodologías y herramientas que utilizará el SIS para evaluar las prestaciones de salud y/o administrativas que se brindan en el marco del presente convenio.

**Convenio**

El presente convenio denominado "Convenio de Gestión entre Gobierno Regional y el Seguro Integral de Salud para pago capitado", es un contrato que genera derechos y obligaciones a la IAFAS como al prestador sea de manera directa o a través de su representante, en relación a la cobertura de salud y financiamiento de la misma.

**Direcciones o Gerencias Regionales de Salud o las que hagan sus veces**

Órganos de línea o desconcentrados de los Gobiernos Regionales, según sea el caso, encargadas de conducir el proceso de atención de la salud de la población en el ámbito de la Región. Administrativamente, son dependientes de los Gobiernos Regionales y normativa y técnicamente del MINSA.

**Disponibilidad de Recursos Humanos**

Es la oferta de Recursos Humanos mínimos acordes con la capacidad resolutive según categorización vigente de los establecimientos de salud que realizan las prestaciones de salud.

**Establecimiento de Salud**

Unidad operativa de la oferta de servicios de salud, clasificado en una categoría e implementada con recursos humanos, materiales y equipos encargada de realizar actividades asistenciales y administrativas que permiten brindar atenciones sanitarias, ya sean preventivas, promocionales, recuperativas o de rehabilitación tanto intramural como extramural, de acuerdo a la capacidad resolutive y nivel de complejidad.



## CONVENIO DE GESTION ENTRE EL GOBIERNO REGIONAL PIURA Y EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD PARA PAGO CAPITADO

### Formato Único de Atención

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 o una prestación administrativa.

### 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 SIS.

### 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.

### Intervenciones de Salud

Son las prestaciones y/o conjunto de prestaciones en salud de carácter preventivo, promocional, recuperativo y de rehabilitación orientadas al manejo de las condiciones sanitarias priorizadas para el proceso de Aseguramiento Universal en Salud.

### Indicadores de Estructura

Son indicadores de gestión que miden los recursos físicos y humanos con que cuentan los establecimientos incluidos en el Convenio y permiten realizar las prestaciones de salud con eficiencia y calidad a los asegurados del SIS.

### Indicadores de Proceso

Son aquellos indicadores que miden la realización de las actividades asistenciales, preferentemente de tipo preventivo

### Indicadores de Resultado

Son aquellos indicadores que evalúan la calidad de la prestación a través de la aplicación de los procesos de validación prestacional como son el Proceso de Evaluación Automática (PEA) y el Proceso de Control Presencial Posterior (PCPP). Asimismo, miden de manera indirecta el abastecimiento de medicamentos e insumos en las farmacias para la atención de los asegurados del SIS.

### Mecanismo de Pago

Es la forma en que el SIS organiza la compensación económica, generalmente monetaria, que recibe un proveedor sanitario por la prestación de servicios de salud.

### Pago Prospectivo

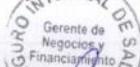
Pago anticipado que se realiza de manera previa al otorgamiento de prestaciones a los asegurados del SIS por parte de los establecimientos de salud.

### Pago Capitado

Pago prospectivo que se realiza a la región según el número proyectado de asegurados en establecimientos de salud de primer nivel de atención de acuerdo a la cobertura aprobada vía el presente convenio. En el cual la unidad de pago es la persona.

### Parámetros de Negociación

Son los términos de referencia que serán tomados en cuenta para la celebración de los convenios entre el SIS, en su calidad de IAFAS y las IPRESS públicas y comprenden los siguientes elementos básicos: coeficiente de ajuste de riesgo, mecanismo de pago, tarifas y/o costos involucrados en la prestación y metas y resultados nacionales y regionales.



P Grillo



CONVENIO DE GESTION ENTRE EL GOBIERNO REGIONAL PIURA Y EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD PARA PAGO CAPITADO

**Prestación 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.

**Plan de Beneficios SIS para Régimen Subsidiado**

Son las prestaciones financiadas por el seguro Integral de Salud a todos los asegurados al Régimen Subsidiado, incluye al PEAS y Plan Complementario al PEAS.

**Proceso Control Presencial Posterior**

Consiste en la evaluación y verificación documentaria in situ de las prestaciones de salud, registradas por los EESS en el aplicativo informático ARFSIS/SIASIS y brindado a los asegurados del SIS.

**Recursos Humanos**

Profesionales de la salud y personal asistencial que participa en el desarrollo de actividades vinculadas a brindar prestaciones de salud en el marco del AUS.

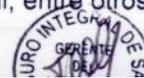
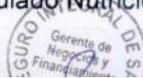
**Transferencia de Recursos**

Ejecución de recursos provenientes de la transferencia de partidas autorizadas para la implementación, desarrollo y ejecución del Aseguramiento Universal en Salud (AUS) en la región.

**Unidad Ejecutora**

Constituye el nivel descentralizado u operativo del **GOBIERNO REGIONAL** cuya relación aparece consignada en la Cláusula Novena del presente Convenio, que tiene un nivel de desconcentración administrativa, que determina y recauda ingresos; contrae compromisos, devenga gastos y ordena pagos con arreglo a la legislación aplicable; registra la información generada por las acciones y operaciones realizadas; e informa sobre el avance y/o cumplimiento de metas.

- AUS:** Aseguramiento Universal en Salud.
- CE:** Carné de Extranjería.
- CUI:** Código Único de Identificación.
- DISA:** Dirección de Salud.
- DNI:** Documento Nacional de Identidad.
- DIRESA:** Dirección Regional de Salud.
- GA:** Gerencia del Asegurado
- GNF:** Gerencia de Negocios y Financiamiento
- GREP:** Gerencia de Riesgos y Evaluación de las Prestaciones
- IAFAS:** Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud.
- IPRESS:** Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.
- MINSA:** Ministerio de Salud.
- OGTI:** Oficina General de Tecnología de la Información
- PCPP:** Proceso de Control Presencial Posterior.
- PEA:** Proceso de Evaluación Automática de Prestaciones.
- PEAS:** Plan Esencial de Aseguramiento en Salud.
- PpR:** Presupuesto por Resultados (Programa Estratégico Materno Neonatal y Programa Estratégico Articulado Nutricional, entre otros).



CONVENIO DE GESTION ENTRE EL GOBIERNO REGIONAL PIURA Y EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD PARA PAGO CAPITADO

- SIAF:** Sistema Integrado de Administración Financiera (MEF).  
**SIGA:** Sistema Integrado de Gestión Administrativa (MEF).  
**SISFOH:** Sistema de Focalización de Hogares.  
**UDR:** Unidad Desconcentrada Regional del Seguro Integral de Salud.  
**UE:** Unidad Ejecutora.

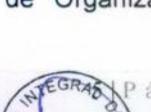
**CLÁUSULA TERCERA: MARCO INSTITUCIONAL Y PERSONERÍA JURÍDICA DE LAS PARTES**

- 3.1.-** El **GOBIERNO REGIONAL**, de acuerdo a la Ley N° 27867 "Ley Orgánica de Gobiernos Regionales", es una persona jurídica de derecho público, con autonomía política, económica y administrativa en asuntos de su competencia, constituyendo, para su administración económica y financiera, un Pliego Presupuestal. Emanada de la voluntad popular y ejerce su jurisdicción en el ámbito de su respectiva circunscripción territorial, conforme a ley. Tiene como Misión organizar y conducir la gestión pública regional, de acuerdo a sus competencias exclusivas, compartidas y delegadas, en el marco de las políticas nacionales y sectoriales, para contribuir al desarrollo integral y sostenible de la Región.
- 3.2.-** El **SIS**, fue creado mediante Ley N° 27657 "Ley del Ministerio de Salud" como Organismo Público Descentralizado del MINSAL, con autonomía económica y administrativa. Por Decreto Supremo N° 034-2008-PCM, el **SIS** fue calificado como Organismo Público Ejecutor, actualizada la calificación mediante Decreto Supremo N° 058-2011-PCM. Su Visión es constituirse en la institución que integra y contribuye al Sistema de aseguramiento universal que garantiza el ejercicio pleno del derecho a la protección de la salud. Su Misión es administrar los fondos destinados al financiamiento de prestaciones de salud individual, de conformidad con la política del Sector. Mediante Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, se estableció el marco normativo del Aseguramiento Universal en Salud a fin de garantizar el derecho pleno y progresivo de toda persona a la seguridad social en salud; constituyéndose el Seguro Integral de Salud como una de las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS).



**CLÁUSULA CUARTA: BASE LEGAL**

- 4.1. Ley N° 26842. Ley General de Salud.
- 4.2. 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.
- 4.3. Ley N° 27657. Ley del Ministerio de Salud, que crea el Seguro Integral de Salud.
- 4.4. Ley N° 27812. Ley que Determina las Fuentes de Financiamiento del Seguro Integral de Salud.
- 4.5. Ley N° 28411. Ley General del Sistema Nacional de Presupuesto.
- 4.6. Ley N° 27785. Ley Orgánica del Sistema Nacional de Control y de la Contraloría General de la República.
- 4.7. Ley N° 29951 Ley de Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2013.
- 4.8. Ley N° 27783. Ley de Bases de la Descentralización.
- 4.9. Ley N° 27867. Ley Orgánica de Gobiernos Regionales.
- 4.10. Ley N° 29344. Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.
- 4.11. Ley N° 29761. Ley de Financiamiento Público de los Regímenes Subsidiado y Semicolaborativo del Aseguramiento Universal en Salud.
- 4.12. Decreto Supremo N° 011-2011-SA. Aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Seguro Integral de Salud.



CONVENIO DE GESTION ENTRE EL GOBIERNO REGIONAL PIURA Y EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD PARA PAGO CAPITADO

- 4.13. Decreto Supremo N° 013-2002-SA. Aprueba el Reglamento de la Ley del Ministerio de Salud.
- 4.14. Decreto Supremo N° 016-2002-SA. Aprueba el Reglamento de la 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.
- 4.15. Decreto Supremo N° 016-2009-SA. Aprueba el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud - (PEAS).
- 4.16. Decreto Supremo N° 008-2010-SA. Aprueba Reglamento de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.
- 4.17. Decreto Supremo N° 007-2012-SA. Autoriza al Seguro Integral de Salud la sustitución del Listado Priorizado de Intervenciones Sanitarias (LPIS) por el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS) y Planes Complementarios del SIS.
- 4.18. Resolución Ministerial N° 645-2006/MINSA. Aprueba adquisición de medicamentos fuera del Petitorio Nacional de Medicamentos Esenciales.
- 4.19. Resolución Ministerial N° 751-2004-MINSA. Aprueba Norma Técnica del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de los Establecimientos del Ministerio de Salud.
- 4.20. Resolución Ministerial N° 872-2009/MINSA. Establece disposiciones para que el Seguro Integral de Salud aplique el Tarifario y Definiciones Operacionales aprobadas por Resolución Ministerial N° 240-2009/MINSA, a partir de la entrada en vigencia del Decreto Supremo N° 016-2009-SA, en las Regiones Piloto donde se dará inicio al proceso AUS.
- 4.21. Resolución Ministerial N° 934-2010-SA. Modifica artículo 2° de la R.M. N° 872-2009/MINSA.
- 4.22. Resolución Ministerial N° 226-2011-/MINSA. Aprueba sustituir el Anexo N° 1 "Tarifario del Seguro Integral de Salud para los componentes Subsidiado y Semisubsidiado" aprobado por el artículo 1° de la Resolución Ministerial N° 240-2009/MINSA y el Anexo N° 02 "Definiciones Operacionales" aprobado por el artículo 2° de la Resolución Ministerial N° 240-2009/MINSA.
- 4.23. Resolución Ministerial N° 540-2011/MINSA. Aprueba "Norma Técnica de Salud para la Utilización de Medicamentos No Considerados en el Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales".
- 4.24. Resolución Ministerial N° 991-2012/MINSA. 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.
- 4.25. Resoluciones de la Contraloría General relacionadas con las Normas Técnicas y Directivas de Control Gubernamental y Normas de Auditoría Gubernamental.
- 4.26. Resolución Jefatural N° 170-2012/SIS. Aprueba 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.
- 4.27. Resolución Jefatural N° 056-2011/SIS. Aprueba la Directiva N° 002-2011-SIS/GO, "Directiva que regula los Procesos de Validación Prestacional del Seguro Integral de Salud" y sus Anexos, que forman parte integrante de la presente Resolución.
- 4.28. Resolución Jefatural N° 149-2012/SIS. Aprueba la Guía Técnica N° 002-2012-SIS/GNF "Guía Técnica para el Cálculo del Cápita".
- 4.29. Resolución Jefatural N° 190-2012/SIS. Aprueba la Directiva N° 001-2012-SIS/GA "Directiva que regula el proceso de afiliación al Régimen de Financiamiento Subsidiado del Seguro Integral de Salud" y sus Anexos.
- 4.30. Resolución Jefatural N° 197-2012/SIS. Aprueba la Directiva Administrativa N° 003-2012-SIS-GREP "Directiva que Regula la Cobertura Prestacional del Régimen de Financiamiento Subsidiado del Seguro Integral de Salud" y sus Anexos.
- 4.31. Resolución Jefatural N° 210-2012/SIS. Rectifica el error material consignado en el punto 4 del literal a) del numeral 6.3.2 de la Directiva Administrativa N° 003-2012-SIS-



P Grillo



CONVENIO DE GESTION ENTRE EL GOBIERNO REGIONAL PIURA Y EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD PARA PAGO CAPITADO

GREP "Directiva que Regula la Cobertura Prestacional del Régimen de Financiamiento Subsidiado del Seguro Integral de Salud" aprobada con Resolución Jefatural N° 197-2012/SIS.

CLÁUSULA QUINTA: OBJETO DEL CONVENIO

El presente Convenio tiene por objeto:

- 5.1. Garantizar que la transferencia de recursos por pago prospectivo de prestaciones de los asegurados que realice el **SIS** a las Unidades Ejecutoras dependientes del **GOBIERNO REGIONAL**, sea destinada única y exclusivamente a los fines que se establece en el presente Convenio. Podrán disponer de recursos para gestionar los establecimientos de salud del mismo, conforme a lo establecido por las normas que regulen dichos procesos. Se da como fecha de inicio del financiamiento de las prestaciones del primer nivel de atención de la Región bajo el mecanismo de pago capitado, el **01 de enero de 2013**.
- 5.2. El **GOBIERNO REGIONAL** garantizará que la cobertura de las prestaciones financiadas por el **SIS**, se brinden de manera oportuna, completa y de calidad en los establecimientos de salud de primer nivel de atención pertenecientes al ámbito jurisdiccional del **GOBIERNO REGIONAL**, de acuerdo a las Garantías Explícitas establecidas en el presente Convenio.

CLÁUSULA SEXTA: OBLIGACIONES DEL GOBIERNO REGIONAL

Constituyen obligaciones:

6.1 Del Gobierno Regional:

- 6.1.1. Supervisar la correcta y oportuna ejecución de los recursos transferidos por el **SIS** para los fines del presente Convenio y de las normas legales vinculadas al AUS.
- 6.1.2. Establecer las condiciones que permitan garantizar que las prestaciones que se brinden; se realicen en forma oportuna, completa y de calidad.
- 6.1.3. Cautelar que las transferencias de recursos realizadas por el **SIS** a las Unidades Ejecutoras del **GOBIERNO REGIONAL**, vinculadas al AUS, se ejecuten dentro del marco establecido en la Ley N° 29344, Decreto Supremo N° 016-2009-SA y de la normatividad que regula la operatividad del **SIS**, en cuanto sea aplicable.
- 6.1.4. Aprobar correcta y oportunamente, la incorporación al Marco Presupuestal, PCA y Calendario de Pago de los recursos financieros transferidos por el **SIS**, solicitadas por las Unidades Ejecutoras de su jurisdicción.
- 6.1.5. Aprobación oportuna del adelanto de los "SalDOS de Balance" de los recursos transferidos por el **SIS**; para los meses de enero y febrero del 2013.
- 6.1.6. Coordinar con su DIRESA las acciones que permitan gestionar el financiamiento transferido, de tal manera, que la adquisición y distribución de los recursos sean suficientes y oportunos para el cumplimiento de los compromisos en relación a los Indicadores de Ejecución y de Proceso establecidos en el presente Convenio.
- 6.1.7. Monitorear y supervisar a la DIRESA, y Establecimiento de Salud del cabal cumplimiento de las obligaciones que se estipulan en los numerales 6.2 y 6.3 de la presente Cláusula.
- 6.1.8. Implementar íntegramente en cada establecimiento de salud del ámbito urbano que pertenezcan, la interconexión a través de Internet o red privada virtual para lograr la eficiencia en los procesos operacionales, así como habilitar de manera paulatina la misma en cada establecimiento de salud del ámbito rural.

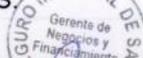
6.2 De la DIRESA:

- 6.2.1 Es la responsable de operativizar los procesos de supervisión, monitoreo, control y capacitación que resulten necesarios para la implementación, desarrollo y ejecución del presente convenio.



CONVENIO DE GESTION ENTRE EL GOBIERNO REGIONAL PIURA Y EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD PARA PAGO CAPITADO

- 6.2.2 Fortalecer e implementar a su Unidad de Seguros para el cumplimiento de sus funciones.
- 6.2.3 Es la responsable de implementar las acciones administrativas correctivas que correspondan a los resultados de los Procesos de Evaluación que efectúe el SIS.
- 6.2.4 Es responsable que los establecimientos de salud otorguen las prestaciones de salud contenidas en el Plan de Beneficios del SIS a todos los asegurados del SIS en forma oportuna y de calidad.
- 6.2.5 Deberá brindar al SIS las facilidades para la realización de intervenciones de supervisión a nivel de DIRESA, Unidades Ejecutoras y de establecimientos de salud.
- 6.2.6 Es responsable de velar que los recursos transferidos sean utilizados exclusivamente según lo establecido por la normatividad vigente.
- 6.2.7 Proponer las prioridades sanitarias, las estrategias de intervención, así como la asignación de recursos necesarios para la prestación de servicios de salud.
- 6.2.8 Es responsable de informar trimestralmente a la UDR correspondiente la evaluación de los Indicadores de Estructura establecidos en el presente Convenio. El plazo para informar será hasta los primeros 15 días de concluido el trimestre.
- 6.2.9 Efectuar el monitoreo y supervisión del cumplimiento de los Indicadores acordados en el presente Convenio. Para los indicadores de Estructura deberán enviar a la UDR un informe trimestral respecto al avance del cumplimiento de los indicadores.
- 6.2.10 Capacitar a los Establecimientos de Salud de primer nivel de atención en el cabal cumplimiento de las obligaciones que se estipulan en los numerales 6.2 y 6.3 según corresponda.
- 6.2.11 Transparentar y hacer uso de los recursos financieros a través de las Unidades Ejecutoras de acuerdo a los montos que correspondan a cada establecimiento de salud.
- 6.2.12 Supervisar el uso de los recursos objeto del presente Convenio a los establecimientos de salud y Unidades Ejecutoras.
- 6.2.13 Registrar y reportar oportunamente los gastos que se deriven de las transferencias efectuadas por el SIS al SIAF y al SIGA del MEF a través de las Unidades Ejecutoras.
- 6.2.14 El proceso sanitario, estará orientado por protocolos y guías de práctica clínica, realizando intervenciones con alta efectividad, implementando la estrategia de atención primaria e integral en salud, basada en las actividades realizadas por el Equipo Básico de Atención en Salud.
- 6.2.15 Priorizar la ejecución de los recursos transferidos para la compra y/o pago de medicinas, insumos y procedimientos, a través de las Unidades Ejecutoras.
- 6.2.16 Implementar mecanismos de control de los recursos transferidos así como informar con la debida anticipación a través de sus unidades ejecutoras correspondientes, el gasto de los recursos transferidos e informar de ello a la UDR.
- 6.2.17 Coadyuvar al cumplimiento con las metas de los indicadores establecidos en el presente Convenio.
- 6.3 De la Unidad Ejecutora:**
- 6.3.1. Es la responsable de operativizar los procesos de supervisión, monitoreo, control y capacitación que resulten necesarios para la implementación, desarrollo y ejecución del presente convenio.
- 6.3.2. Fortalecer e implementar a su Unidad de Seguros para el cumplimiento de sus funciones.
- 6.3.3. 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.
- 6.3.4. Es responsable que los establecimientos de salud otorguen las prestaciones de salud contenidas en el Plan de Beneficios del SIS



**CONVENIO DE GESTION ENTRE EL GOBIERNO REGIONAL PIURA Y EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD PARA PAGO CAPITADO**

- 6.3.5. Informar mensualmente a la DIRESA el gasto de los recursos transferidos por el SIS, así como su distribución a los establecimientos de su jurisdicción.
- 6.3.6. Es responsable de velar y cautelar que los recursos transferidos sean utilizados según lo establecido por la normatividad vigente.
- 6.3.7. Es responsable de velar y cautelar que los recursos transferidos sean utilizados según lo establecido por la normatividad vigente.
- 6.3.8. Informar mensualmente al SIS sobre el número de prestaciones efectuadas y la cantidad de inscritos o asegurados atendidos, según lo establecido.
- 6.3.9. Priorizar la ejecución de los recursos transferidos para su uso en medicinas, insumos y procedimientos médicos.

**6.4 De los Establecimientos de Salud de primer nivel de atención:**

- 6.4.1. Brindar las prestaciones de salud con calidad, oportunidad, calidez y centrado en el asegurado, cumpliendo progresivamente con las metas de los indicadores, adjunto al presente convenio. La cobertura de prestaciones se determina en el Plan de Beneficios SIS y para efectos del Pago Capitado cubre a los asegurados del Régimen Subsidiado del SIS.
- 6.4.2. Realizar las afiliaciones de las personas que reúnan los requisitos para ser asegurados del SIS: tener DNI, las condiciones de elegibilidad del SISFOH y no tener otro tipo de seguro.
- 6.4.3. Remitir oportunamente a los centros de digitación, los formatos de recolección de datos para su registro en el aplicativo informático web SIASIS.
- 6.4.4. Actuar con la diligencia debida para que los Formatos Únicos de Atención se encuentren debida, oportuna y completamente llenados en su integridad.
- 6.4.5. Los centros de digitación deben 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.
- 6.4.6. Guardar estricta confidencialidad y reserva respecto a la información de los asegurados del SIS y de aquella que los mismos generen o les sea generada por los Establecimientos de Salud.
- 6.4.7. No realizar cobros indebidos a los asegurados del SIS en el marco del presente convenio.

**CLÁUSULA SEPTIMA: OBLIGACIONES Y ATRIBUCIONES DEL SEGURO INTEGRAL DE SALUD**

Constituyen obligaciones y atribuciones del SIS:

**7.1 Del SIS Central:**

- 7.1.1 Efectuar la transferencia de recursos a las Unidades Ejecutoras señaladas en la cláusula novena del presente Convenio de acuerdo a la disposición presupuestaria correspondiente. Esta transferencia está sujeta a las disposiciones presupuestarias vigentes, particularmente las referidas a las modificaciones para la Previsión Presupuestaria Trimestral Mensualizada.
- 7.1.2 Garantizar el buen funcionamiento del SIASIS a fin de que las UE puedan informar al SIS el número de atenciones y atendidos, y permitir el uso de los reportadores progresivamente en horarios más extendidos.
- 7.2 Socializar a las Unidades Ejecutoras a través de la (s) UDR (s), las Resoluciones Jefaturales que tengan relación con las prestaciones. Asimismo, apoyar en la difusión y capacitación de las mismas, así como en las adecuaciones que fueran necesarias para su cumplimiento.



CONVENIO DE GESTION ENTRE EL GOBIERNO REGIONAL PIURA Y EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD PARA PAGO CAPITADO

7.3 De la UDR:

- 7.2.1 Realizar el monitoreo y seguimiento de los indicadores de acuerdo a lo señalado en el numeral 13.5 del presente Convenio.
- 7.2.2 Remitir mensualmente la base de datos de afiliaciones, inscripciones y atenciones a la DIRESA y a los establecimientos de salud de II nivel de atención con población adscrita incluidos en el Convenio.
- 7.2.3 Informar al SIS Central los resultados obtenidos de la evaluación de los indicadores de acuerdo a lo señalado en el numeral 13.5.
- 7.2.4 Monitorizar el cumplimiento de las garantías explícitas, satisfacción del surtimiento de la receta médica prescrita y detectar cobros indebidos realizados a los pacientes asegurados e informar a las instancias correspondientes.

CLÁUSULA OCTAVA: COEFICIENTE DE AJUSTE DE RIESGO

- 8.1. Se realiza el ajuste de riesgo a nivel distrital en base al indicador Índice de Desarrollo Humano.
- 8.2. En relación a la capacidad de oferta se realizan los siguientes ajustes:
  - 8.2.1. Los gastos de las prestaciones administrativas de Traslados de Emergencia de establecimientos de primer nivel atención ya están incluidos en el cálculo de la cápita, excepto los traslados por contrarreferencia efectuados por los establecimientos incluidos en el anexo N° 9; este pago será sólo temporal en la medida que su costo sea incluido en la cápita.
  - 8.2.2. Los traslados de emergencia realizados por los establecimientos del segundo nivel (II-1, II-2) al nivel que corresponda, están fuera del cálculo de la cápita.
  - 8.2.3. La Prestación Administrativa N° 111 "Asignación por alimentación" para Gestantes y sus acompañantes en Casas de Espera Materna, serán financiadas en forma adicional al cápita.



CLAUSULA NOVENA: MECANISMO DE PAGO

- 9.1. El mecanismo de pago para establecimientos del primer nivel y de segundo nivel con población adscrita es capitado.
- 9.2. Las prestaciones brindadas antes de la fecha de inicio del presente convenio se registrarán bajo las normas establecidas por el mecanismo de pago anterior.



CLAUSULA DÉCIMA: TARIFAS Y/O COSTOS

- 10.1. El sistema de tarifas establecido en el marco del convenio será de común acuerdo con el Gobierno Regional o de acuerdo con las normas legales vigentes.



CLÁUSULA DÉCIMO SEGUNDA: DE LA TRANSFERENCIA

El SIS realizará la transferencia de recursos a las Unidades Ejecutoras del GOBIERNO REGIONAL por un monto de **S/. 27,104,377.20 Nuevos Soles**, (Veinte y siete millones ciento cuatro mil trescientos setenta y siete y 20/100) para el financiamiento de las prestaciones de salud contenidas en el Plan de Beneficios del SIS a la población asegurada de la Región, conforme a lo siguiente:

Factores de Valor de Producción	Compromiso
Meta de afiliación 2012	0%
Cobertura Prestaciones Preventivas	50%
Intensidad Prestaciones preventivas	50%



**CONVENIO DE GESTION ENTRE EL GOBIERNO REGIONAL PIURA Y EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD PARA PAGO CAPITADO**

11.1 El monto total será dividido en cuatro partes correspondientes a un trimestre, siendo las entregas trimestrales. La cápita mensual será entregada en un 80% y el 20% restante será entregado al trimestre al cumplimiento de los indicadores según el siguiente cuadro:

<b>TRANSFERENCIAS SIS AÑO 2013</b>	
Transferencia por 12 meses (1)	S/. 27,104,377.20
Transferencia trimestral (2)	S/. 5,420,875.44
Transferencia trimestral por cumplimiento de metas (3)	S/. 1,355,218.86

- (1) Importe total del convenio.
- (2) Transferencia del 80% de los trimestres respectivos.
- (3) 20% del capitado trimestral, el cual corresponde al incentivo por buen desempeño y que será transferida luego de haber verificado el cumplimiento de indicadores establecidos en el convenio.

11.2 El pago del 20% trimestral correspondiente al incentivo por buen desempeño se pagará cuando el indicador llegue al 100% de la meta establecida, en el porcentaje correspondiente al peso ponderado del indicador cumplido.

11.3 El pago del 20% trimestral correspondiente al incentivo por buen desempeño se pagará de manera proporcional al porcentaje ponderado de cumplimiento de los indicadores, en caso de llegar a cumplir 80% o más de la meta, sin llegar al 100% de ésta, para lo cual se contabiliza el porcentaje logrado con el peso ponderado del indicador corregido con un factor de ajuste. (Anexo N° 01 Pesos ponderados y factores de ajuste de indicadores).

**Monto de pago de Indicador con meta cumplida:**

Incentivo del 20% del cápita x Peso ponderado del Indicador.

**Monto de pago de Indicador con meta NO cumplida:**

Incentivo del 20% del cápita x Peso ponderado del Indicador\*porcentaje de cumplimiento del indicador x factor de ajuste

11.4 No se realiza pago de incentivo por buen desempeño cuando el indicador no llegue al 80% de la meta establecida para el trimestre en evaluación.

11.5 Se financiarán las intervenciones y prestaciones del Plan de Beneficios del SIS que se realicen en los establecimientos de salud del ámbito que corresponda al **GOBIERNO REGIONAL**.

11.6 Con la finalidad de asegurar la oportunidad en las prestaciones de salud, la DIRESA debe asegurar la entrega de las prestaciones correspondientes al primer nivel de atención 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.

11.7 Todos los cobros indebidos realizados a asegurados del SIS detectados durante el trimestre de evaluación en los establecimientos de salud incluidos en el pago per cápita, serán descontados de la siguiente remesa de la cápita correspondiente al 80% de acuerdo al procedimiento por normatividad vigente.



CONVENIO DE GESTION ENTRE EL GOBIERNO REGIONAL PIURA Y EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD PARA PAGO CAPITADO

11.8 La distribución del cápita por unidad ejecutora será la siguiente:

PIURA		
N° UNIDAD EJECUTORA	NOMBRE DE LA UNIDAD EJECUTORA	TRANSFERENCIA
899	Salud Piura	S/. 10,228,304.93
900	Salud Luciano Castillo Colonna	S/. 10,592,531.06
1026	Salud Morropón- Chulucanas	S/. 5,138,338.74
1116	Hospital De Apoyo I Chulucanas	S/. 508,735.22
1117	Hospital Apoyo I Nuestra Sra. De Las Mercedes - Paita	S/. 472,296.48
1306	Hospital de Apoyo I Santa Rosa	S/. 164,170.78
<b>TOTAL</b>		<b>S/. 27,104,377.20</b>

11.9 El Gobierno Regional se compromete prioritariamente a reponer los medicamentos e insumos utilizados en las prestaciones de salud; se compromete además a **NO** utilizar el resto del monto transferido en los siguientes rubros:

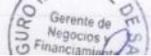
- 11.9.1 Contratación de recursos humanos bajo modalidad CAP
- 11.9.2 Compra de vehículos
- 11.9.3 Construcción de nueva infraestructura
- 11.9.4 Actividades recreativas para el personal
- 11.9.5 Incentivos laborales
- 11.9.6 Uniformes para el personal
- 11.9.7 Actividades de capacitación (excepto capacitación operativa y capacitación al personal sobre normatividad SIS y MINSa)

11.10 Si quedaran saldos de las transferencias pre-liquidadas del año 2012, correspondientes a las Unidades Ejecutoras que cuenten con Establecimientos de Salud del Primer Nivel de Atención, se procederá a descontar dichos saldos de la cápita en el tercer y cuarto trimestre del año 2013.

**CLÁUSULA DÉCIMO SEGUNDA: DEL CONTROL PRESTACIONAL**

- 12.1 Se aplicarán las reglas de validación automáticas al total de las prestaciones financiadas por el presente convenio lo que se utilizará como información para monitorear el cumplimiento de indicadores señalados en el Anexo N° 02, mas no será causal de aplicación de descuento del monto trimestral a transferir.
- 12.2 Se monitorizará el cumplimiento de las Garantías Explícitas señaladas en el Anexo 03, lo que no será causal de aplicación de descuento del monto trimestral a transferir.
- 12.3 Se realizará el Proceso Control Presencial Posterior (PCPP) a las prestaciones financiadas por el presente convenio, para verificar cumplimiento según estándares establecidos y la medición del indicador correspondiente, mas no serán aplicados para descuento del monto trimestral a transferir.
- 12.4 Se pagarán de manera adicional al Cápita, algunas prestaciones realizadas por establecimientos de nivel II con población adscrita. Dichas prestaciones **NO SERÁN CONSIDERADAS DENTRO DEL CÁLCULO DE LA CÁPITA DE MANERA AUTOMÁTICA** si corresponde a los siguientes códigos de servicio y códigos CIE 10:

1. Servicios 051, 052, 055, 065, 066, 067, 068, 064, 069, 070.
2. Códigos CIE 10 para los siguientes Servicios:



**CONVENIO DE GESTION ENTRE EL GOBIERNO REGIONAL PIURA Y EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD PARA PAGO CAPITADO**

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

NIVEL	II (CON POBLACIÓN ADSCRITA)
CÓDIGO DE PRESTACIÓN	062 "Atención de Emergencia". 063 "Atención de Emergencia con observación"
CIE - 10	I460, I469, I470, W83X-W84X, (I10X-I159 ASOCIADOS A R072), R072, R400-R402, J80X, R570, R571, R578, R579, R092, T 780, T782, T811, V010 – V099, T311 – T319, W000 – W159, S422 – S424, T931, S090 – S099, S081-S089, S580-S589, G419, Y912- Y 913, S44-S450, S720-S729, S520-S529, T410 – 7449, S780 – S789, S820-S829, S880- S889, S980 – S984, T08X-T090, T600, T050 – T059, R100, O081, A050 – A058, P741, S277, S377 y S477.  E100-E15X, R42X, K920-K922, K720-K729, K420-K429, S010-S019, S210-S219, S310-S318, S410-S418, S510-S519, S610-S619, S710-S718, S810-S819, S910-S917, T010-T019, S011,S001, S002, S023, S040-S044, S050-S059, H330-H359, I00X-I019, A000-A009, E86X-E878, N020-N23X, T784, N393,R32X,N218, T150-T199, W44X-W45X, M795, S034-S035, P110-P119, S00X-S009, S062-S063, S068-S099, S141-S179, S101-S109, S197-S208, S241-S309, S341-S409, S440-S509, S540-S609, S640-S709, S740-S809, S837-S899, N741-N748, D65X, D680-D729, G08X, I800-I809, B023, R21X, R501,G443,T001-T148, T200-T329.

- b. **En estos últimos códigos de servicio (062-063), se incluyen además otros códigos CIE 10 SOLO PARANIÑOS MENORES DE 12 AÑOS:**

NIVEL	II (CON POBLACIÓN ADSCRITA)
CÓDIGO DE PRESTACIÓN	062 "Atención de Emergencia". 063 "Atención de Emergencia con observación"
CIE - 10	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si fuera menor o igual a 3 meses cualquier código CIE 10.</li> <li>• De más de 3meses R101, S020 – S099, R500 – R509, D690 – D696, N 370, F445, P90X, T200-T329, R560 – R568, R040, X850 – Y09X, R520, R529.</li> </ul>

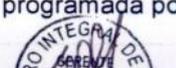
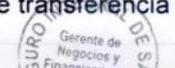
- c. **Para el código de servicio 054,** se consideran los siguientes códigos CIE 10:

NIVEL	II (CON POBLACIÓN ADSCRITA)
CÓDIGO DE PRESTACIÓN	054 "Atención de Parto Vaginal".
CIE - 10	O028-O029, O100-O469, O48X, O60X – O899, Z 350-Z359, O84.0, O84.

- d. **Para el código de servicio 056** SOLO SE CONSIDERARAN AQUELLAS PRESTACIONES REALIZADAS POR MÉDICO ESPECIALISTA CON REGISTRO NACIONAL DE ESPECIALISTA (RNE).

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

12.6 Dado que las prestaciones de primer nivel ya están calculadas y financiadas por la cápita, las prestaciones que correspondan ser atendidas en el primer nivel de atención y hayan sido realizadas por el **Hospital II sin población adscrita**, con diagnósticos CIE 10 correspondientes al primer nivel de atención de Consulta Externa y de Emergencia **que hayan sido referidos o no del primer nivel de atención**, serán valorizadas y descontadas de la siguiente transferencia programada por cápita.



**CONVENIO DE GESTION ENTRE EL GOBIERNO REGIONAL PIURA Y EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD PARA PAGO CAPITADO**

- 12.7 Para el caso de las prestaciones que correspondan ser atendidas en el primer nivel y hayan sido realizadas por el **Hospital II con población adscrita**, para los mismos diagnósticos CIE 10 de Consulta Externa y de Emergencia **que hayan sido referidos del primer nivel de atención**, serán valorizadas y descontadas de la siguiente transferencia programada por cápita.
- 12.8 El procedimiento de descuento descrito en el 12.6 y 12.7 se denomina **AJUSTE NEGATIVO**. Los diagnósticos para descuento son los siguientes:

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

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

<b>CÓDIGO DE PRESTACIÓN</b>	054 "Atención de Parto Vaginal". <b>con diagnóstico único</b>
<b>CIE - 10</b>	O80.0, O80.1 O80.8, O80.9

- 12.9 La Población asegurada deberá atenderse en prestaciones recuperativas en los establecimientos de salud de adscripción de cada asegurado, y en los casos que corresponda será referida a establecimientos de mayor capacidad resolutive según las normas vigentes de referencia y contrarreferencia del Ministerio de Salud. Para el caso de prestaciones preventivas, los asegurados SIS podrán atenderse en cualquiera de los establecimientos de salud de primer nivel de atención de la Región. Estas prestaciones podrán ser registradas en el SIASIS y ARFSIS.

- 12.10 Se realizarán las adecuaciones a las reglas de consistencia de modo que se permita registrar las prestaciones preventivas realizadas de acuerdo a normativa vigente. Asimismo, el SIS podrá mejorar las reglas de validación que permitan un mejor registro de las prestaciones y garanticen calidad y oportunidad en las mismas.

**CLÁUSULA DÉCIMO TERCERA: DE LA EVALUACIÓN DE INDICADORES, METAS Y RESULTADOS**

- 13.1 Los indicadores a evaluar en el presente convenio, son los siguientes:

**De Estructura:**

- EESS categoría I-3 cuenta con 1 equipo básico de atención de salud (Médico, Lic. Enfermería, Lic. Obstetricia y personal de Laboratorio)
- Puntos de digitación con interconexión implementada
- Personal de EESS I-1 y I-2 conoce el Convenio

**De Proceso:**

- Porcentaje de asegurados atendidos en prestaciones preventivas en el Primer Nivel de Atención
- Porcentaje de prestaciones preventivas en el Primer Nivel de Atención



CONVENIO DE GESTION ENTRE EL GOBIERNO REGIONAL PIURA Y EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD PARA PAGO CAPITADO

- Porcentaje de niños con esquema CRED cumplido
- Porcentaje de mujeres parturientas con 6 controles prenatales y más
- Porcentaje de Prestaciones Bucales
- Porcentaje de prestaciones de profilaxis antiparasitaria
- Porcentaje de prestaciones de salud reproductiva
- Porcentaje de referencias justificadas en Emergencia
- Porcentaje de pacientes con TBC y sintomáticos respiratorios con batería de exámenes completa

**De Resultado:**

- Porcentaje de prestaciones observadas por PEA
- Porcentaje de prestaciones rechazadas por PCPP
- Porcentaje de ejecución del Componente de Reposición

Las Fichas Técnicas se describen en el Anexo N° 04.

13.2 La evaluación se realizará en función al cumplimiento de metas de los indicadores de Estructura, Proceso y Resultado establecidos en el presente Convenio (ver Anexo N° 02).

13.3 Para efectos de la evaluación de los indicadores de estructura, proceso y resultado, los establecimientos de salud deberán registrar las atenciones en los formatos únicos de atención vigentes y serán reportados en el aplicativo informático web SIASIS. El registro informático de las atenciones deberá realizarse de manera mensual.

La evaluación de los indicadores se realizará en forma trimestral y se determinará en función a los reportes mensuales registrados por los prestadores.

Durante el trimestre el prestador realiza las prestaciones y debe tener cuenta que tiene como plazo 60 días calendario para registrar las prestaciones realizadas.

13.5 El equipo de la UDR realiza el monitoreo de los indicadores de la siguiente manera:

13.5.1 Durante el trimestre realiza las siguientes funciones:

1. Monitoriza los indicadores:

- Personal de EESS I-1 y I-2 conoce el Convenio
- 2. Solicita información a la DIRESA de los indicadores de Estructura.

13.5.2 Después de pasado el trimestre monitoriza los indicadores:

1. En base a la información remitida por la DISA/DIRESA/GERESA:

- EESS categoría I-3 cuenta con 1 equipo básico de atención de salud (Médico, Lic. Enfermería, Lic. Obstetricia y personal de Laboratorio)
- Puntos de digitación con interconexión implementada.

2. En base a la Información remitida por la GREP

- Porcentaje rechazadas por PCPP del Trimestre de evaluación
- Porcentaje de Referencias justificadas en emergencia (utilizar Anexo N° 8)

3. Monitoreo de Garantías Explícitas, aplicando el instrumento correspondiente (Anexo N° 03)

Al término del siguiente trimestre de evaluación, la UDR remite a la GREP el resultado de la medición de los indicadores señalados en 13.5.1 y 13.5.2, en magnético y en físico, en un plazo no mayor de 15 días útiles.

13.6 La Oficina General de Tecnologías de la Información (OGTI), al término de los 60 días posteriores al trimestre, procesa la información de los siguientes indicadores:



CONVENIO DE GESTION ENTRE EL GOBIERNO REGIONAL PIURA Y EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD PARA PAGO CAPITADO

**De Proceso:**

- Porcentaje de asegurados atendidos en prestaciones preventivas en el Primer Nivel I de Atención
- Porcentaje de prestaciones preventivas en el Primer Nivel de Atención
- Porcentaje de niños con esquema CRED cumplido
- Porcentaje de mujeres parturientas con 6 controles prenatales y más
- Porcentaje de Prestaciones Bucales
- Porcentaje de prestaciones de profilaxis antiparasitaria
- Porcentaje de prestaciones de salud reproductiva
- Porcentaje de referencias justificadas en Emergencia
- Porcentaje de pacientes con TBC y sintomáticos respiratorios con batería de exámenes

**De Resultado:**

- Porcentaje de prestaciones observadas por PEA
- Porcentaje de prestaciones rechazadas por PCPP

Al término del siguiente trimestre de evaluación, la OGTI pone a disposición de la GREP el resultado de la medición de los indicadores señalados en 13.6, en un plazo no mayor de 15 días útiles.

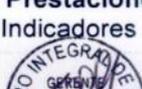
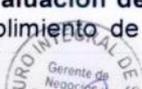
- 13.7 El equipo de la GREP realiza las siguientes funciones:
- Consolida y analiza los resultados de los indicadores evaluados e informados por la UDR.
  - Analiza los resultados obtenidos por la OGTI, luego de lo cual remite la información a la OGTI, la que a su vez publicará los resultados en la página web institucional, asimismo remitirá copia a GNF.
- 13.8 El equipo de GNF realiza las siguientes funciones:
- Realiza la medición del indicador "Porcentaje de ejecución del Componente de Reposición" y comunica el resultado a OGTI para su publicación en la página web del SIS.
  - De acuerdo a los resultados reportados por la GREP, realiza el cálculo del monto a pagar por cada indicador.
- 13.9 Lo expuesto en los numerales 13.5 y 13.6, 13.7 y 13.8 se grafica en el Anexo N° 05.

**CLÁUSULA DÉCIMO CUARTA: DE LA VIGENCIA**

- 14.1 El presente Convenio tendrá una vigencia de cinco (5) años posteriores a la fecha de su suscripción. La renegociación de las condiciones del convenio es anual.
- 14.2 El **GOBIERNO REGIONAL** y el **SIS** podrán ampliar la vigencia del presente Convenio a través de la suscripción de un adenda.
- 14.3 Con posterioridad a la vigencia del Convenio subsistirán las obligaciones del **GOBIERNO REGIONAL** de reportar información vinculada a la transferencia de recursos que se realiza en mérito del presente Convenio.

**CLÁUSULA DÉCIMO QUINTA: DE LA COORDINACIÓN**

- 15.1. El **Gobierno Regional** delegará la coordinación, supervisión y monitoreo de la ejecución del convenio en la Dirección Regional de Salud.
- 15.2. El **SIS Central** delegará la coordinación, supervisión y monitoreo de la ejecución del convenio en:
- 15.2.1. La **Gerencia de Riesgos y Evaluación de las Prestaciones**, será el área encargada de evaluar el cumplimiento de los Indicadores de Proceso en



CONVENIO DE GESTION ENTRE EL GOBIERNO REGIONAL PIURA Y EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD PARA PAGO CAPITADO

base a la data registrada en el sistema informático del SIS SIASIS y a la información remitida por la UDR. Asimismo, podrá realizar supervisión(es) del cumplimiento de los mismos en la Región en caso de estimarlo pertinente.

- 15.2.2. La **Gerencia de Negocios y Financiamiento**, será el área encargada de supervisar el indicador de Ejecución de Gasto.
- 15.2.3. La **Oficina General de Tecnologías de la Información** será el área responsable de procesar la información para la evaluación permanente de los indicadores señalados en el numeral 13.6, así como de poner a disposición de los prestadores a través de la página web institucional, el resultado de la evaluación trimestral de todos los indicadores.
- 15.2.4. La **Gerencia del Asegurado**, será la encargada de evaluar los resultados del monitoreo de la satisfacción del surtimiento de la receta médica y de los cobros indebidos detectados a nivel de UDR.

Asimismo, informará a la Gerencia de Negocios y Financiamiento los montos correspondientes a descontar por cobros indebidos detectados en los establecimientos de salud incluidos en el pago per cápita no devueltos al asegurado.

- 15.2.5. La **Unidad Desconcentrada del Seguro Integral de Salud** será el órgano encargado de monitorizar el cumplimiento de los indicadores de acuerdo a lo dispuesto en la cláusula décimo tercera.

Asimismo, monitorizará el cumplimiento de las garantías explícitas y la satisfacción del surtimiento de la receta médica así como detectará cobros indebidos aplicando los instrumentos correspondientes (Anexos N° 03, 6 y 7 respectivamente).

**CLÁUSULA DÉCIMO SEXTA: DE LA RESOLUCIÓN Y SUSPENSIÓN TEMPORAL DEL CONVENIO**

Son causales de resolución del presente Convenio:

- 16.1. El incumplimiento total o parcial, de cualquiera de las dos partes, de las obligaciones asumidas dentro del marco del presente Convenio.
- 16.2. Por mutuo acuerdo de las partes.
- 16.3. 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.

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.

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 equivalente a su cápita.

**CLÁUSULA DÉCIMO SÉPTIMA: 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.



CONVENIO DE GESTION ENTRE EL GOBIERNO REGIONAL PIURA Y EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD PARA PAGO CAPITADO

**CLÁUSULA DÉCIMO OCTAVA: 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 a fin de dirimir las controversias surgidas en el desarrollo del mismo.

**CLÁUSULA DÉCIMO NOVENA: DE LAS MODIFICACIONES**

Las partes podrán de mutuo acuerdo, modificar este Convenio. Para tal efecto, cualquiera de ellas pondrán en conocimiento de la otra, por escrito, tal intención, debiendo esta última manifestar su conformidad o disconformidad en un plazo máximo de quince (15) días calendario, que se computarán desde el día siguiente a la recepción de la propuesta de modificación. Transcurrido dicho plazo sin que exista respuesta expresa, se presumirá la tácita aceptación.

Estando conforme las partes en todas y cada una de las cláusulas que anteceden, las suscriben en la ciudad de....., a los 16 días del mes de Enero del año 2013.



JAVIER FERNANDO MIGUEL ATKINS LERGGIOS  
Presidente Regional  
Gobierno Regional de Piura

PEDRO FIDEL GRILLO ROJAS  
Jefe Institucional (e)  
Seguro Integral de Salud



**ANEXO N° 01  
PESOS PONDERADOS Y FACTORES DE AJUSTE POR CADA INDICADOR**

N°	INDICADOR DEL CONVENIO	INCENTIVO TRIMESTRAL DEL 20%		FACTOR DE AJUSTE	PORCENTAJE AL CUMPLIMIENTO DE LA META	MONTO A PAGAR POR INDICADOR
		PESO PONDERADO	INCENTIVO TRIMESTRAL DEL 20%			
1	EES 1-3 cuenta con 01 equipo básico de atención de salud (Médico, Lic. Enfermería, Lic. Obstetricia y personal de Laboratorio)	0.08		0.6		
2	Puntos de digitación con interconexión implementada	0.06		0.8		
3	Personal de EES 1-1 y 1-2 conoce el Convenio	0.06		0.8		
4	Porcentaje de asegurados atendidos en prestaciones preventivas en el Primer Nivel de Atención	0.06		0.8		
5	Porcentaje de prestaciones preventivas en el Primer Nivel de Atención	0.07		0.6		
6	Porcentaje de niños con esquema CRED cumplido	0.07		0.8		
7	Porcentaje de mujeres parturientas con 6 controles prenatales y más	0.07		0.6		
8	Porcentaje de Prestaciones Bucales	0.07		0.7		
9	Porcentaje de prestaciones de profilaxis antiparasitaria	0.07		0.7		
10	Porcentaje de prestaciones de salud reproductiva	0.07		0.7		
11	Porcentaje de referencias justificadas en Emergencia	0.07		0.6		
12	Porcentaje de pacientes con TBC y sintomáticos respiratorios con batería de exámenes	0.05		0.8		
13	Porcentaje de prestaciones observadas por PEA	0.05		0.7		
14	Porcentaje de prestaciones rechazadas por PCPP	0.08		0.6		
15	Porcentaje de ejecución del Componente de Reposición	0.07		0.6		

CONVENIO DE GESTION ENTRE EL GOBIERNO REGIONAL PIURA Y EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD PARA PAGO CAPITADO

EJEMPLO:

INDICADOR DEL CONVENIO	Responsable de la medición	S/. 100,000.00	PESO PONDERADO	FACTOR DE AJUSTE	PORCENTAJE AL CUMPLIMIENTO DE LA META	MONTO A PAGAR POR INDICADOR
		INCENTIVO TRIMESTRAL DEL 20%				
Satisfacción del surtimiento de las recetas médicas prescritas	UDR	S/. 8,000.00	0.08	0.6	1	S/. 8,000.00
Puntos de digitación con interconexión implementada	UDR	S/. 5,000.00	0.05	0.8	0.8	S/. 3,200.00
Personal de EESS I-1 y I-2 conoce el Convenio	UDR	S/. 6,000.00	0.06	0.8	0.7	S/. 0.00

Si por ejemplo el incentivo del 20% corresponde S/. 100,000 para calcular el monto a pagar por indicador, se debe hacer lo siguiente:

**Caso N° 01:**

Si cumplió el indicador con la meta, se debe calcular el monto de acuerdo a la fórmula:

**Monto de pago de indicador con meta cumplida:**

Valor del Incentivo trimestral del 20% X Peso Ponderado = Valor del indicador

$$S/. 100,000 \times 0,08 = S/. 8,000.00$$

**Caso N° 02:**

Si cumplió SOLO CON 80% DE LA META del indicador, se debe calcular el monto de acuerdo a la fórmula:

**Monto de pago de indicador con 80% de meta cumplida:**

Valor del Incentivo trimestral del 20% X Peso Ponderado X Porcentaje de cumplimiento X Factor de Ajuste = Valor del indicador

$$S/. 100,000 \times 0,05 \times 0,8 \times 0,8 = S/. 3,200.00$$

**Caso N° 03:**

Si cumplió SOLO CON LE 70% DE LA META del indicador, NO SE PAGA NADA.

**Monto de pago de indicador con 70% de meta cumplida:**

$$S/. 0.00 = \text{Valor del indicador}$$

CONVENIO DE GESTION ENTRE EL GOBIERNO REGIONAL PIURA Y EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD PARA PAGO CAPITADO

ANEXO N° 02 INDICADORES DEL CONVENIO

N°	Indicador del convenio	VALOR BASAL PROMEDIO	Meta I Trimestre	Meta II Trimestre	Meta III Trimestre	Meta IV Trimestre
1	EES 1-3 cuenta con 01 equipo basico de atencion de salud (Medico, Lic. Enfermeria, Lic. Obstetricia y personal de Laboratorio)	50.0%	60.0%	70.0%	80.0%	100.0%
2	Puntos de digitación con interconexión implementada	40.0%	45.0%	50.0%	55.0%	60.0%
3	Personal de EESS 1-1 Y 1-2 conoce el Convenio	Se calcula en el 1° trimestre				
4	Porcentaje de asegurados atendidos en prestaciones preventivas en el Primer Nivel de Atencion	10.5%	15.0%	20.0%	25.0%	30.0%
5	Porcentaje de prestaciones preventivas en el Primer Nivel de Atencion	47.9%	50.0%	53.0%	56.0%	60.0%
6	Porcentaje de niños con esquema CRED cumplido	1.2%	10.0%	20.0%	30.0%	40.0%
7	Porcentaje de mujeres parturientas con 6 controles prenatales y mas	0.5%				
8	Porcentaje de Prestaciones Bucales	0.3%				
9	Porcentaje de prestaciones de profilaxis antiparasitaria	0.3%				
10	Porcentaje de prestaciones de salud reproductiva	38.7%	40.0%	45.0%	50.0%	60.0%
11	Porcentaje de referencias justificadas en Emergencia	0.9%	5.0%	10.0%	15.0%	20.0%
12	Porcentaje de pacientes con TBC y sintomaticos respiratorios con bateria de examenes	1.3%	12.5%	25.0%	37.5%	50.0%
13	Porcentaje de prestaciones observadas por PEA	5.9%	10.0%	20.0%	30.0%	40.0%
14	Porcentaje de prestaciones rechazadas por PCPP	Se calcula en el 1° trimestre				
15	Porcentaje de ejecucion del Componente de Reposicion	1.9%	1.8%	1.7%	1.6%	1.5%
		67%	60%	53%	46%	40%
		48.8%	55.0%	70.0%	85.0%	100.0%

**ANEXO 03: INSTRUMENTO DE MONITOREO DEL CUMPLIMIENTO DE LAS GARANTÍAS EXPLÍCITAS**

FECHA DE VERIFICACIÓN:	MEDICO DEL EESS/RESPONSABLE DE OFICINA DE SEGUROS		FUENTE DE VERIFICACIÓN
	SI	NO	OBSERVACIONES
MÉDICO SUPERVISOR GREP/ODSIS/MÉDICO AUDITOR ESTABLECIMIENTO	Dr(a)		
ESTABLECIMIENTO DE SALUD:	Dr(a)		
CATEGORÍA:			
<b>I) POBLACIÓN SANA</b>			
<b>RECIÉN NACIDO</b>			
Oportunidad			
1 El primer control del Recién Nacido se programará entre los 7 y 15 días de vida			SIASIS
<b>NIÑO/O SANO</b>			
Oportunidad			
2 El tamizaje de Anemia será realizado en todo menor de 3 años, una vez al año.			SIASIS
<b>II) CONDICIONES OBSTETRICAS</b>			
<b>HEMORRAGIA DE LA SEGUNDA MITAD DEL EMBARAZO</b>			
Oportunidad			
3 En establecimientos de primer nivel de atención a la gestante con diagnóstico de hemorragia de la segunda mitad del embarazo, se deberá canalizar vía endovenosa, estabilizará e iniciará la referencia al establecimiento de mayor complejidad en un lapso que no excederá los 30 MINUTOS.			HISTORIA CLÍNICA
4 En el primer nivel de atención la puérpera deberá recibir estabilización hemodinámica e iniciar administración de oxióticos y se iniciará la referencia al establecimiento de mayor complejidad en un lapso que no excederá los 30 MINUTOS			HISTORIA CLÍNICA
<b>III) CONDICIONES PEDIATRICAS</b>			
<b>CONDICIONES QUE AFECTAN AL MENOR DE 12 AÑOS</b>			
<b>ENFERMEDAD DIARREICA</b>			
Oportunidad			
5 A toda niña/niño con deshidratación sin shock se le administrará terapia de rehidratación oral durante 4 horas.			HISTORIA CLÍNICA

**ANEXO N° 04:  
FICHAS DE INDICADORES**

<b>FICHA TECNICA MATRIZ DE INDICADORES</b>		Area Responsable
		<b>Seguro Integral de Salud</b>
		<b>Gerencia de Riesgos y Evaluación de las Prestaciones</b>
<b>1. Datos de identificación del Indicador</b>		
<b>Codigo</b>	I.1	<b>Nombre del indicador</b> EESS I-3 que cuentan con Equipo Básico de Atención de Salud
<b>Definición del indicador</b>		
Mide los establecimientos de salud que cuentan con 01 equipo basico de salud conformado por Médico, Lic. Enfermería, Lic. Obstetricia Y personal de laboratorio.		
<b>2. Relevancia del Indicador</b>		
<b>Propósito</b>		
Verificar si la DIRESA ha alcanzado la meta en relación al numero de establecimientos que cuentan con el equipo basico de atencion en salud basado en comunidad y familia		
<b>Justificación</b>		
En el marco de la Atención Integral de Salud constituye una medida que permitirá cuantificar cuantos establecimientos de salud de categoría I -3 cuentan con los recursos humanos adecuados para brindar atención en el primer nivel a nuestros asegurados, lo cual contribuirá a mejorar la calidad de la atención. En ese sentido, se requiere monitorear el numero de establecimientos que cuentan con el.		
<b>3. Aspectos metodológicos de la estimación del indicador</b>		
<b>Cálculo del Indicador</b>		<b>Numerador</b>
$\frac{\text{N}^\circ \text{ EESS I-3 con 1 equipo básico de atención en salud} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ total de EESS I-3}}$		N° de EESS categoría I - 3 que cuentan con Médico, Lic en Enfermería, Lic en Obstetricia y personal de laboratorio.
		<b>Denominador</b>
		N° total de EESS I-3 al momento del corte
<b>Supuestos</b>		<b>Representatividad</b>
Los establecimientos considerados en la línea de base y los que subsecuentemente alcancen la condición deben mantener esta en todo el periodo. En caso de que alguno de los establecimientos de salud de la línea basal perdiera la condición, deberá ser reemplazado por otro, el mismo que no sera contabilizado en el cumplimiento de la meta.		En su ambito de evaluación.
<b>Niveles de desagregación</b>		<b>Frecuencia de medición</b>
Regional, establecimientos de primer nivel categoría I - 3		Trimestral
<b>4. Fuente de datos y flujo de la información</b>		
<b>Fuente de datos</b>		
Verificación ins situ por parte de la UDR de acuerdo a la relación de establecimientos <u>que entregue la DIRESA tanto de los establecimientos considerados en la línea base como de los alcancen la condición para la contabilización de la meta.</u>		
<b>Fuentes de Verificación</b>		
Contratos del personal. Roles de guardia del personal.		
<b>Responsable de los datos e información</b>		
<b>Recopilación de datos</b>		
La DIRESA recopila la data de sus establecimientos de salud.		
<b>Procesamiento de datos</b>		
UDR - SIS		
<b>5. Determinación de valores y referencias adicionales</b>		
Ver ANEXO N° 02 INDICADORES DEL CONVENIO		
<b>Referencias Bibliográficas</b>		
RM N° 464-2011-MINSA, que aprueba el Modelo de Atención Integral basado en familia y comunidad.		
<b>Comentarios Técnicos</b>		
Las evaluaciones considerarán también a los establecimientos de salud incluidos en la(s) evaluación(es) anterior(es). Si la DIRESA no enviará en el plazo estipulado la relación de EESS a supervisar se considerará como que no se cumple con la meta trimestral.		



**CONVENIO DE GESTION ENTRE EL GOBIERNO REGIONAL PIURA Y EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD PARA PAGO CAPITADO**

<b>FICHA TECNICA MATRIZ DE INDICADORES ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD</b>		Area Responsable
		<b>Seguro Integral de Salud</b>
		<b>Gerencia de Riesgos y Evaluación de las Prestaciones</b>
<b>1. Datos de identificación del Indicador</b>		
<b>Codigo</b>	I.2	<b>Nombre del indicador</b>
<b>Puntos de digitación con interconexión implementada</b>		
<b>Definición del indicador</b>		
Número de puntos de digitación con acceso a internet funcionando para el registro de las atenciones y afiliaciones.		
<b>2. Relevancia del Indicador</b>		
<b>Propósito</b>		
Mide con cuantos puntos de digitación cuenta el primer nivel de atención		
<b>Justificación</b>		
En el marco de la Atención Integral de Salud constituye una medida que permitirá brindar información en línea y de manera oportuna para toma de decisiones, asimismo facilita el acceso de los asegurados a las prestaciones e identifica adecuadamente al asegurado, por último esta información permite realizar el control prestacional. En ese sentido, se requiere monitorear el número de puntos de digitación.		
<b>3. Aspectos metodológicos de la estimación del indicador</b>		
<b>Cálculo del Indicador</b>		<b>Numerador</b>
		Es contar con equipo de computo, señal de internet
N° de Puntos de digitación con interconexión implementada x 100		<b>Denominador</b>
N° Total de Puntos de digitación en el I Nivel de Atención		Todos los puntos de digitación con y sin conexión
<b>Supuestos</b>		<b>Representatividad</b>
Se considerará para el cálculo de este indicador también a los EESS de II nivel con población adscrita. Los establecimientos considerados en la línea de base y los que subsecuentemente alcancen la condición deben mantener ésta en todo el periodo. En caso de que alguno de los establecimientos de salud de la línea basal perdiera la condición, debiera ser reemplazado por otro, el mismo que no será contabilizado en el cumplimiento de la meta.		En su ámbito de evaluación.
<b>Niveles de desagregación</b>		<b>Frecuencia de medición</b>
Regional, establecimientos de primer nivel.		Trimestral
<b>4. Fuente de datos y flujo de la información</b>		
<b>Fuente de datos</b>		
1. Verificación ins situ por parte de la UDR de acuerdo a la relación de establecimientos que entregue la DIRESA tanto de los establecimientos considerados en la línea base como de los alcancen la condición para la contabilización de la meta. 2. Recibos de pago. 3. Informe de producción por usuarios autorizados.		
<b>Responsable de los datos e información</b>		
<b>Recopilación de datos</b>		
DIRESA, ejecutora y establecimientos de salud		
<b>Procesamiento de datos</b>		
SIS		
<b>5. Determinación de valores y referencias adicionales</b>		
Ver ANEXO N° 02 INDICADORES DEL CONVENIO		
<b>Referencias Bibliográficas</b>		
Resolución Jefatural N° 063-2011-SIS que aprueba la Directiva N° 003-2011-SIS-GO, Directiva que regula el proceso de afiliación a los componentes subsidiado y semisub subsidiado del Seguro Integral de Salud en el ámbito donde no se aplica el Aseguramiento Universal de Salud		
<b>Comentarios Técnicos</b>		
La meta trimestral es de puntos de digitación adicionales a los ya existentes en la línea base para la primera medición. Y en las evaluaciones subsiguientes se considerará a los puntos de digitación incluidos en la evaluación del trimestre anterior.		



**CONVENIO DE GESTION ENTRE EL GOBIERNO REGIONAL PIURA Y EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD PARA PAGO CAPITADO**

<b>FICHA TECNICA MATRIZ DE INDICADORES ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD</b>		Area Responsable
		Seguro Integral de Salud
		Gerencia de Riesgos y Evaluación de las Prestaciones
<b>1. Datos de identificación del Indicador</b>		
<b>Codigo</b>	I.2	<b>Nombre del indicador</b>
Personal de EESS I-1 y I-2 conoce el Convenio		
<b>Definición del indicador</b>		
El gobierno regional cuenta con personal que conoce el conveio firmado en los establecimientos de salud I - 1 y I - 2.		
<b>2. Relevancia del Indicador</b>		
<b>Propósito</b>		
Mide la difusión de los alcances del convenio al personal de salud de los establecimientos de salud I - 1 y I - 2.		
<b>Justificación</b>		
El grado de cumplimiento de este indicador permitirá evidenciar la capacidad de la DIRESA en operativizar el convenio.		
<b>3. Aspectos metodológicos de la estimación del indicador</b>		
<b>Cálculo del Indicador</b>		<b>Valor del Indicador.</b>
$\frac{\text{N}^\circ \text{ de EESS I-1 y I-2 cuyo personal de salud conoce el Convenio} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ de EESS I-1 y I-2 encuestados}}$		Nº de EESS I-1 y I-2 cuyo personal de salud conoce el Convenio
		<b>Denominador</b> Nº de EESS I-1 y I-2 evaluados
<b>Supuestos</b>		<b>Representatividad</b>
Se considerará para el cálculo de este indicador también a los EESS de categoría II-1 con población adscrita. Se considera EESS cuyo personal de salud conoce el Convenio cuando al menos el 80% del personal encuestado obtiene nota mayor o igual de 15. El personal de la UDR realizará una encuesta anónima sobre los siguientes puntos: indicadores, registro de prestaciones, llenado de FUA, procesos de control prestacional, referencias, garantías explícitas, derechos y deberes de los asegurados, cobertura SIS. La encuesta será elaborada por la GREP.		En su ambito de evaluación.
<b>Niveles de desagregación</b>		<b>Frecuencia de medición</b>
Regional, establecimientos de primer nivel y II nivel con población adscrita.		Trimestral
<b>4. Fuente de datos y flujo de la información</b>		
<b>Fuente de datos</b>		
1.Encuesta anónima.		
<b>Responsable de los datos e información</b>		
<b>Recopilación de datos</b>		
UDR		
<b>Procesamiento de datos</b>		
UDR		
<b>5. Determinación de valores y referencias adicionales</b>		
Valor basal: Se determinará con los resultados de las encuestas realizadas durante el 1º trimestre de ejecución del Convenio.		
Ver ANEXO N° 02 INDICADORES DEL CONVENIO		
<b>Referencias Bibliográficas</b>		
Decreto Supremo N° 008-2010-SA, Reglamento de Aseguramiento Universal en Salud.		
<b>Comentarios Técnicos</b>		
No hay valor basal, el I trimestre se comportará como valor basal y las metas de los trimestres venideros se negociaran por medio de adenda La DIRESA capacitará al personal de los establecimientos de salud.		



**CONVENIO DE GESTION ENTRE EL GOBIERNO REGIONAL PIURA Y EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD PARA PAGO CAPITADO**

<b>FICHA TECNICA MATRIZ DE INDICADORES ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD</b>		Area Responsable
		Seguro Integral de Salud
		Gerencia de Riesgos y Evaluación de las Prestaciones
<b>1. Datos de identificación del Indicador</b>		
<b>Codigo</b>	I.4	<b>Nombre del indicador</b>
Porcentaje de asegurados atendidos en prestaciones preventivas en el Primer Nivel de Atención.		
<b>Definición del indicador</b>		
Porcentaje de la población que ha accedido a prestaciones preventivas durante el trimestre.		
<b>2. Relevancia del Indicador</b>		
<b>Propósito</b>		
Medir el acceso a las prestaciones preventivas de los servicios de salud.		
<b>Justificación</b>		
En el marco de Atención Integral de Salud, es mandatorio que todos los asegurados reciban prestaciones preventivas que incrementaran la calidad de vida de los asegurados, evitando la posibilidad de que la población necesite servicios de salud de mayor complejidad.		
<b>3. Aspectos metodológicos de la estimación del indicador</b>		
<b>Cálculo del Indicador</b>		<b>Numerador</b>
$\frac{\text{N}^\circ \text{ de Atendidos en prestaciones preventivas en el I nivel en el trimestre} \times 100}{\text{Total de Asegurados}}$		Numero de atendidos en prestaciones preventivas en el trimestre de evaluación X100
		<b>Denominador</b>
		Promedio de los asegurados en el trimestre de Diciembre 2011 a Febrero 2012 y trimestre Marzo a Mayo 2012, que se mantendrá constante durante todo el año.
<b>Supuestos</b>		<b>Representatividad</b>
Se considerará para el cálculo de este indicador también a los EESS de nivel II con población adscrita. Que no se cambien condiciones de las prestaciones preventivas establecidas por el MINSa.		En su ambito de evaluación
<b>Frecuencia de medición</b>		
Trimestral		
<b>4. Fuente de datos y flujo de la información</b>		
<b>Fuente de datos</b>		
SIASIS		
<b>Responsable de los datos e información</b>		
<b>Recopilación de datos</b>		
Establecimientos de salud que realizan la atención de los pacientes son los encargados del registro en los aplicativos del SIS (ARFSIS y SIASIS)		
<b>Procesamiento de datos</b>		
OGTI - SIS		
<b>5. Determinación de valores y referencias adicionales</b>		
Ver ANEXO N° 02 INDICADORES DEL CONVENIO		
<b>Referencias Bibliográficas</b>		
RM N° 464-2011/MINSA, que aprueba el Modelo de Atención Integral basado en familia y comunidad.		
RM N° 990-2010/MINSA, que aprueba la NTS N° 087-MINSA/DGSP V 01 Norma Técnica de Salud para el Control del Crecimiento y Desarrollo de la niña y el niño menor de cinco años.		
RM N° 070-2011/MINSA, que aprueba la Norma Técnica de Salud que establece el Esquema Nacional de Vacunación.		
<b>Comentarios Técnicos</b>		
Para el cálculo del valor basal se ha tomado como referencia las prestaciones realizadas en los trimestres Diciembre 2011 a Febrero 2012 y Marzo a Mayo 2012.		



**CONVENIO DE GESTION ENTRE EL GOBIERNO REGIONAL PIURA Y EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD PARA PAGO CAPITADO**

<b>FICHA TECNICA MATRIZ DE INDICADORES ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD</b>		Area Responsable <b>Seguro Integral de Salud</b> <b>Gerencia de Riesgos y Evaluación de las Prestaciones</b>
<b>1. Datos de identificación del Indicador</b>		
<b>Codigo</b>	1.5	<b>Nombre del indicador</b> Porcentaje de prestaciones preventivas en el Primer Nivel de Atención.
<b>Definición del indicador</b> Proporción de prestaciones preventivas que se brinda a la población respecto al total de prestaciones brindadas en el periodo.		
<b>2. Relevancia del Indicador</b>		
<b>Propósito</b> Medir la proporción de actividad preventiva que realizan los EESS el primer nivel de atención y los de nivel II con población adscrita.		
<b>Justificación</b> En el marco de Atención Integral de Salud, es mandatorio que todos los EESS del primer nivel de atención y aquellos del II nivel con población adscrita, realicen prestaciones preventivas que mejorarán la calidad de vida de la población y contribuirá a evitar la posibilidad de que la población necesite servicios de salud de mayor complejidad.		
<b>3. Aspectos metodológicos de la estimación del indicador</b>		
<b>Cálculo del Indicador</b>		<b>Numerador</b> Atenciones preventivas registradas en los EESS incluidos dentro de la capita de acuerdo a la RM N° 226-2012-MINSA.
$\frac{\text{N° de prestaciones preventivas en el I nivel de Atención} \times 100}{\text{Total de Atenciones del Primer Nivel de Atención}}$		<b>Denominador</b> Total de Atenciones registradas en los EESS de nivel I y de nivel II con población adscrita.
<b>Supuestos</b> Se considerará para el cálculo de este indicador también a los EESS de nivel II con población adscrita. Que no se cambien condiciones de las prestaciones preventivas establecidas por el MINSA.		<b>Representatividad</b> En su ambito de evaluación
<b>Frecuencia de medición</b> Trimestral		
<b>4. Fuente de datos y flujo de la información</b>		
<b>Fuente de datos</b> SIASIS		
<b>Responsable de los datos e información</b> <b>Recopilación de datos</b> Establecimientos de salud que realizan la atención de los pacientes son los encargados del registro en los aplicativos del SIS (ARFSIS y SIASIS) <b>Procesamiento de datos</b> OGTI - SIS		
<b>5. Determinación de valores y referencias adicionales</b>		
Ver ANEXO N° 02 INDICADORES DEL CONVENIO		
<b>Referencias Bibliográficas</b> RM N° 464-2011/MINSA, que aprueba el Modelo de Atención Integral basado en familia y comunidad. RM N° 990-2010/MINSA, que aprueba la NTS N° 087-MINSA/DGSP V 01 Norma Técnica de Salud para el Control del Crecimiento y Desarrollo de la niña y el niño menor de cinco años. RM N° 070-2011/MINSA, que aprueba la Norma Técnica de Salud que establece el Esquema Nacional de Vacunación.		
<b>Comentarios Técnicos</b> Para el cálculo del valor basal se ha tomado como referencia las prestaciones realizadas en los trimestres Diciembre 2011 a Febrero 2012 y Mar Mayo 2012.		

**CONVENIO DE GESTION ENTRE EL GOBIERNO REGIONAL PIURA Y EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD PARA PAGO CAPITADO**

<b>FICHA TECNICA MATRIZ DE INDICADORES ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD</b>		<b>Area Responsable</b> Seguro Integral de Salud Gerencia de Riesgos y Evaluación de las Prestaciones
<b>1. Datos de identificación del Indicador</b>		
<b>Codigo</b>	I.6	<b>Nombre del indicador</b> Porcentaje niños con esquema CRED cumplido
<b>Definición del indicador</b> Este indicador mide la cantidad de niños protegidos con CRED en la Región.		
<b>2. Relevancia del Indicador</b>		
<b>Propósito</b> Fortalecer la atención preventiva en los niños menores de 1 año a través de la realización de los CREDs.		
<b>Justificación</b> La atención CRED contribuye a la disminución de la morbilidad infantil. Se considera un indicador proxy para medir la evolución de la desnutrición crónica.		
<b>3. Aspectos metodológicos de la estimación del indicador</b>		
<b>Cálculo del Indicador</b>		<b>Numerador</b>
<u>Niños de 1 a 11 meses, con N° de CREDs de acuerdo al esquema X 100</u> Niños de 1 a 11 meses, afiliados al SIS		Niños de menores de 01 año nacidos con un mes de anterioridad a la vigencia del convenio, contabilizando las prestaciones a partir de la fecha de vigencia del Convenio que reciben los niños menores de 1 año de acuerdo al
		<b>Denominador</b> Total de niños menores de 01 año nacidos desde un mes antes de la vigencia del Convenio Capitado.
<b>Supuestos</b> Para identificar a los asegurados incluidos en el numerador, se considerará a los nacidos desde 01 mes antes de la vigencia del Convenio. Fecha de Atención : el trimestre de evaluación. Fecha de Producción: el trimestre más 02 meses después de culminado éste.  Se considera también a los EESS de II nivel de atención con población adscrita que ha sido considerados dentro de la cápita.		<b>Representatividad</b> En el ámbito de evaluación
<b>Frecuencia de medición</b> Trimestral		
<b>4. Fuente de datos y flujo de la información</b>		
<b>Fuente de datos</b> SIASIS		
<b>Responsable de los datos e información</b> <b>Recopilación de datos</b> Establecimientos de salud que realizan la atención de los pacientes y que registran en los aplicativos informáticos (ARFSIS Y SIASIS). <b>Procesamiento de datos</b> OGTI - SIS		
<b>5. Determinación de valores y referencias adicionales</b>		
<b>Estandares internacionales o valores de referencia</b> Ver ANEXO N° 02 INDICADORES DEL CONVENIO		
<b>Referencias Bibliográficas</b> RM N° 990-2010-MINSA, que aprueba la NTS N° 087-MINSA/DGSP V01 Norma Técnica de Salud para el Control del Crecimiento y Desarrollo de la niña y el niño menor de cinco años.		
<b>Comentarios Técnicos</b> Para el cálculo del valor basal se ha tomado como referencia las prestaciones realizadas en los trimestres Diciembre 2011 a Febrero 2012 y Marzo a Mayo 2012.		



**CONVENIO DE GESTION ENTRE EL GOBIERNO REGIONAL PIURA Y EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD PARA PAGO CAPITADO**

<b>FICHA TECNICA MATRIZ DE INDICADORES ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD</b>		Area Responsable
		Seguro Integral de Salud
		Gerencia de Riesgos y Evaluación de las Prestaciones
<b>1. Datos de identificación del Indicador</b>		
<b>Codigo</b>	1.7	<b>Nombre del indicador</b>
Porcentaje de mujeres parturientas con 6 controles prenatales y mas		
<b>Definición del indicador</b>		
El indicador mide el porcentaje de mujeres que al momento de atenderse el parto tiene mayor o igual de 6 controles prenatales.		
<b>2. Relevancia del Indicador</b>		
<b>Propósito</b>		
Medir el cumplimiento de los controles prenatales en las gestantes.		
<b>Justificación</b>		
Mide el acceso de las gestantes a los servicios de atención prenatal. Una medida para contribuir a disminuir los factores de riesgo de la mortalidad materna.		
<b>3. Aspectos metodológicos de la estimación del indicador</b>		
<b>Cálculo del Indicador</b>		<b>Numerador</b>
$\frac{\text{Gestantes con parto registrado y con 6 controles prenatales y mas durante su embarazo} \times 100}{\text{Partos registrados en el trimestre, de mujeres afiliadas en la Región}}$		Gestantes con parto registrado en la Región y con 6 controles prenatales y mas durante su embarazo X 100
		<b>Denominador</b>
		Partos registrados en el trimestre, de mujeres afiliadas en la Región
<b>Supuestos</b>		<b>Representatividad</b>
Las gestantes que acuden para atención de parto a cualquier establecimiento de salud a nivel nacional y que haya realizado sus controles prenatales en EESS incluidos en la capita.		En el ambito de evaluación
<b>Frecuencia de medición</b>		
Trimestral		
<b>4. Fuente de datos y flujo de la información</b>		
<b>Fuente de datos</b>		
SIASIS		
<b>Responsable de los datos e información</b>		
<b>Recopilación de datos</b>		
Establecimientos de salud que realizan la atención de los pacientes y que registran en los aplicativos informaticos (ARFSIS Y SIASIS)..		
<b>Procesamiento de datos</b>		
OGTI - SIS		
<b>5. Determinación de valores y referencias adicionales</b>		
Ver ANEXO N° 02 INDICADORES DEL CONVENIO		
<b>Referencias Bibliográficas</b>		
»»		
<b>Comentarios Técnicos</b>		
Para el cálculo del valor basal se ha tomado como referencia las prestaciones realizadas en los trimestres Diciembre 2011 a Febrero 2012 y Marzo a Mayo 2012.		



**CONVENIO DE GESTION ENTRE EL GOBIERNO REGIONAL PIURA Y EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD PARA PAGO CAPITADO**

<b>FICHA TECNICA MATRIZ DE INDICADORES ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD</b>		Area Responsable
		Seguro Integral de Salud
		Gerencia de Riesgos y Evaluación de las Prestaciones
<b>1. Datos de identificación del Indicador</b>		
<b>Codigo</b>	1.8	<b>Nombre del indicador</b>
		<b>Porcentaje de Prestaciones Bucales</b>
<b>Definición del indicador</b>		
El indicador mide la cobertura de prestaciones preventivas de salud bucal en la población asegurada de la Región.		
<b>2. Relevancia del Indicador</b>		
<b>Propósito</b>		
Fortalecer las acciones de promoción y prevención de salud bucal de la población, siendo la segunda causa de carga enfermedad.		
<b>Justificación</b>		
Mide el acceso de los asegurados a la prestaciones preventivas de salud bucal.		
<b>3. Aspectos metodológicos de la estimación del indicador</b>		
<b>Cálculo del Indicador</b>		<b>Numerador</b>
		N° de prestaciones de Salud Bucal consideradas en los codigos prestacionales 020 y 021
<u>N° de prestaciones de Salud Bucal</u>		<b>Denominador</b>
N° de asegurados en la Región		Promedio de los asegurados en el trimestre de Diciembre 2011 a Febrero 2012 y trimestre Marzo a Mayo 2012, que se mantendrá constante durante todo el año.
<b>Supuestos</b>		<b>Representatividad</b>
Que no se cambien condiciones de las prestaciones preventivas establecidas por el MINSA. Se considera tambien a los EESS de II nivel de atención con población adscrita que ha sido considerados dentro de la cápita.		En el ambito de evaluación
<b>Frecuencia de medición</b>		
Trimestral		
<b>4. Fuente de datos y flujo de la información</b>		
<b>Fuente de datos</b>		
SIASIS		
<b>Responsable de los datos e información</b>		
<b>Recopilación de datos</b>		
Establecimientos de salud que realizan la atención de los pacientes.		
<b>Procesamiento de datos</b>		
OGTI - SIS		
<b>5. Determinación de valores y referencias adicionales</b>		
Ver ANEXO N° 02 INDICADORES DEL CONVENIO		
<b>Referencias Bibliográficas</b> <span style="float: right;">»»</span>		
<b>Comentarios Técnicos</b>		
Para el cálculo del valor basal se ha tomado como referencia las prestaciones realizadas en los trimestres Diciembre 2011 a Febrero 2012 y Marzo a Mayo 2012. Se consideran prestaciones de los servicios 020 y 021. Se considera toda la población asegurada de la Región.		



**CONVENIO DE GESTION ENTRE EL GOBIERNO REGIONAL PIURA Y EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD PARA PAGO CAPITADO**

<b>FICHA TECNICA MATRIZ DE INDICADORES ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD</b>		Area Responsable
		Seguro Integral de Salud
		Gerencia de Riesgos y Evaluación de las Prestaciones
<b>1. Datos de identificación del Indicador</b>		
<b>Codigo</b>	1.9	<b>Nombre del indicador</b>
		<b>Porcentaje de Prestaciones de profilaxis antiparasitaria</b>
<b>Definición del indicador</b>		
El indicador mide la cobertura de prestaciones preventivas de profilaxis antiparasitaria en la población asegurada de la Región.		
<b>2. Relevancia del Indicador</b>		
<b>Propósito</b>		
Medir el cumplimiento de las atenciones de profilaxis antiparasitaria		
<b>Justificación</b>		
Mide el acceso de los asegurados a la prestación preventiva de profilaxis antiparasitaria		
<b>3. Aspectos metodológicos de la estimación del indicador</b>		
<b>Cálculo del Indicador</b>		<b>Numerador</b>
		N° de prestaciones de Profilaxis Antiparasitaria del código prestacional 008
<u>N° de prestaciones de Profilaxis Antiparasitaria</u>		<b>Denominador</b>
N° de asegurados de 2 a 14 años de la Region		Número de asegurados de 2 a 14 años de la Región, promedio de los trimestres Diciembre 2011 a Febrero 2012 y Marzo a Mayo 2012, que se mantendrá constante durante todo el año.
<b>Supuestos</b>		<b>Representatividad</b>
No se cambien condiciones de las prestaciones preventivas establecidas por el MINSA. Se considera también a los EESS de II nivel de atención con población adscrita que ha sido considerados dentro de la cápita.		En el ámbito de evaluación
<b>Frecuencia de medición</b>		
Trimestral		
<b>4. Fuente de datos y flujo de la información</b>		
<b>Fuente de datos</b>		
SIASIS		
<b>Responsable de los datos e información</b>		
<b>Recopilación de datos</b>		
Establecimientos de salud que realizan la atención de los pacientes.		
<b>Procesamiento de datos</b>		
OGTI		
<b>5. Determinación de valores y referencias adicionales</b>		
Ver ANEXO N° 02 INDICADORES DEL CONVENIO		
<b>Valor basal: 2.9%</b>		
<b>Comentarios Técnicos</b>		
Para el cálculo del valor basal se ha tomado como referencia las prestaciones realizadas en el periodo de Diciembre 2011 a Mayo 2012. Solo se considerará población asegurada de 2 a 14 años		



**CONVENIO DE GESTION ENTRE EL GOBIERNO REGIONAL PIURA Y EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD PARA PAGO CAPITADO**

<b>FICHA TECNICA MATRIZ DE INDICADORES ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD</b>		Area Responsable
		<b>Seguro Integral de Salud</b>
		<b>Gerencia de Riesgos y Evaluación de las Prestaciones</b>
<b>1. Datos de identificación del Indicador</b>		
<b>Codigo</b>	1.10	<b>Nombre del indicador</b>
		<b>Porcentaje de Prestaciones de Salud Reproductiva</b>
<b>Definición del indicador</b>		
El indicador mide la cobertura de prestaciones preventivas de Salud Reproductiva que se realiza respecto los asegurados de 12 a 60 años de la Región.		
<b>2. Relevancia del Indicador</b>		
<b>Propósito</b>		
Fortalecer las acciones de Salud Reproductiva en la población.		
<b>Justificación</b>		
Mide el acceso de los asegurados a la prestación preventiva de salud reproductiva.		
<b>3. Aspectos metodológicos de la estimación del indicador</b>		
<b>Cálculo del Indicador</b>		<b>Numerador</b>
$\frac{\text{N}^\circ \text{ de prestaciones de Salud Reproductiva}}{\text{N}^\circ \text{ de asegurados entre 12 y 60 años de la Región.}}$		N° de prestaciones de Salud Reproductiva de los códigos prestacionales 018
		<b>Denominador</b>
		Número de asegurados de 12 a 60 años de la Región, promedio de los trimestres Diciembre 2011 a Febrero 2012 y Marzo a Mayo 2012, que se mantendrá constante durante todo el año.
<b>Supuestos</b>		<b>Representatividad</b>
Que no se cambien condiciones de las prestaciones preventivas establecidas por el MINSA. Se considera también a los EESS de II nivel de atención con población adscrita que ha sido considerados dentro de la cápita.		En el ámbito de evaluación
<b>Frecuencia de medición</b>		
Trimestral		
<b>4. Fuente de datos y flujo de la información</b>		
<b>Fuente de datos</b>		
SIASIS		
<b>Responsable de los datos e información</b>		
<b>Recopilación de datos</b>		
Establecimientos de salud que realizan la atención de los pacientes.		
<b>Procesamiento de datos</b>		
OGTI		
<b>5. Determinación de valores y referencias adicionales</b>		
Ver ANEXO N° 02 INDICADORES DEL CONVENIO		
<b>Referencias Bibliográficas</b> 		
<b>Comentarios Técnicos</b>		
Para el cálculo del valor basal se ha tomado como referencia las prestaciones realizadas en el periodo de Diciembre 2011 a Mayo 2012. Se consideró población asegurada de ambos sexos de 12 a 60 años		



**CONVENIO DE GESTION ENTRE EL GOBIERNO REGIONAL PIURA Y EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD PARA PAGO CAPITADO**

<b>FICHA TECNICA MATRIZ DE INDICADORES ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD</b>		Area Responsable
		Seguro Integral de Salud
		Gerencia de Riesgos y Evaluación de las Prestaciones
<b>1. Datos de identificación del Indicador</b>		
Codigo	I.11	Nombre del indicador
		Porcentaje de Referencias justificadas a Emergencia
<b>Definición del indicador</b>		
El indicador mide el porcentaje de las prestaciones de referencia que son justificadas.		
<b>2. Relevancia del Indicador</b>		
<b>Propósito</b>		
Promover que las atenciones se realicen en los establecimientos de salud de acuerdo a su capacidad resolutive.		
<b>Justificación</b>		
Mide la capacidad resolutive del I Nivel de Atención.		
<b>3. Aspectos metodológicos de la estimación del indicador</b>		
<b>Cálculo del Indicador</b>	<b>Numerador</b>	
N° de Referencias justificadas de Emergencia del I Nivel de atención a otros niveles X 100 N° Total de Referencias por emergencia verificadas	N° de Referencias justificadas de Emergencia de establecimientos incluidos dentro de la capita a otros niveles	
	<b>Denominador</b>	
	N° Total de Referencias por emergencia evaluadas	
<b>Supuestos</b>	<b>Representatividad</b>	
La GREP tomará la muestra de prestaciones referencias de emergencias realizadas dentro de la vigencia del convenio. Se considera tambien a los EESS de II nivel de atención con población adscrita que ha sido considerados dentro de la capita.	En el ambito de evaluación	
<b>Frecuencia de medición</b>		
Trimestral		
<b>4. Fuente de datos y flujo de la información</b>		
<b>Fuente de datos</b>		
SIASIS		
<b>Responsable de los datos e información</b>		
<b>Recopilación de datos</b>		
Establecimientos de salud que realizan la atención de los pacientes.		
<b>Procesamiento de datos</b>		
OGTI		
<b>5. Determinación de valores y referencias adicionales</b>		
Valor basal: Se determinará con los resultados de las encuestas realizadas durante el 1° trimestre de ejecución del Convenio.		
Ver ANEXO N° 02 INDICADORES DEL CONVENIO		
<b>Comentarios Técnicos</b>		
No hay valor basal, el I trimestre se comportará como valor basal y las metas de los trimestres venideros se negociaran por medio de adenda		



CONVENIO DE GESTION ENTRE EL GOBIERNO REGIONAL PIURA Y EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD PARA PAGO CAPITADO

<b>FICHA TECNICA MATRIZ DE INDICADORES</b>		Area Responsable
		<b>Seguro Integral de Salud</b>
		<b>Gerencia de Riesgos y Evaluación de las Prestaciones</b>
<b>1. Datos de identificación del Indicador</b>		
<b>Codigo</b>	I.12	<b>Nombre del indicador</b>
<b>Porcentaje de pacientes sintomáticos respiratorios y pacientes con diagnóstico de TBC con batería de exámenes completa</b>		
<b>Definición del indicador</b>		
Mide la cobertura de exámenes auxiliares realizados a los pacientes sintomáticos respiratorios y con diagnóstico de TBC, asegurados SIS.		
<b>2. Relevancia del Indicador</b>		
<b>Propósito</b>		
Verificar que los EESS brinden la atención integral a los pacientes sintomáticos respiratorios y pacientes con diagnóstico de TBC, incluyendo los exámenes auxiliares de acuerdo a la normatividad vigente.		
<b>Justificación</b>		
En el marco de la Atención Integral de Salud constituye una medida que permitirá cuantificar la proporción de pacientes que acceden a la atención integral para TBC y sintomáticos respiratorios en la Región.		
<b>3. Aspectos metodológicos de la estimación del indicador</b>		
<b>Cálculo del Indicador</b>		<b>Numerador</b>
$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ pacientes con diagnóstico de TBC y sintomáticos respiratorios con batería de exámenes completa en el trimestre} \times 100}{\text{N}^{\circ} \text{ total de pacientes con diagnóstico de TBC y sintomáticos respiratorios reportados en el trimestre}}$		Nº pacientes con diagnóstico de TBC y sintomáticos respiratorios con batería de
		<b>Denominador</b>
		Nº total de pacientes con diagnóstico de TBC y sintomáticos respiratorios reportados en el trimestre
<b>Supuestos</b>		<b>Representatividad</b>
Se considerará para el cálculo de este indicador también a los EESS de categoría II-1 con población adscrita.		En su ambito de evaluación.
<b>Niveles de desagregación</b>		<b>Frecuencia de medición</b>
Regional, establecimientos de primer nivel y II nivel con población adscrita.		Trimestral
<b>4. Fuente de datos y flujo de la información</b>		
<b>Fuente de datos</b>		
SIASIS		
<b>Responsable de los datos e información</b>		
<b>Recopilación de datos</b>		
Establecimientos de salud que realizan la atención de los pacientes.		
<b>Procesamiento de datos</b>		
OGTI		
<b>5. Determinación de valores y referencias adicionales</b>		
Valor basal: Se determinará con los resultados de las encuestas realizadas durante el 1º trimestre de ejecución del Convenio.		
Ver ANEXO N° 02 INDICADORES DEL CONVENIO		
<b>Referencias Bibliográficas</b>		
R.M. N° 383-2006/MINSA que aprueba la NTS N° 041-MINSA/DGSP-V.01 "NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA EL CONTROL DE LA TUBERCULOSIS"		
<b>Comentarios Técnicos</b>		
No hay valor basal, el I trimestre se comportará como valor basal y las metas de los trimestres venideros se negociaran por medio de adenda.		



**CONVENIO DE GESTION ENTRE EL GOBIERNO REGIONAL PIURA Y EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD PARA PAGO CAPITADO**

<b>FICHA TECNICA MATRIZ DE INDICADORES ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD</b>		Area Responsable
		<b>Seguro Integral de Salud</b>
		<b>Gerencia de Riesgos y Evaluación de las Prestaciones</b>
<b>1. Datos de identificación del Indicador</b>		
<b>Codigo</b>	I.13	<b>Nombre del indicador</b>
		<b>Porcentaje de prestaciones observadas por PEA</b>
<b>Definición del indicador</b>		
Porcentaje de prestaciones que son observadas por reglas de validación automáticas.		
<b>2. Relevancia del Indicador</b>		
<b>Propósito</b>		
Medir el grado de cumplimiento del adecuado registro, estándares de calidad, oportunidad e integralidad de las prestaciones preventivas y recuperativas del primer nivel de atención financiadas por el SIS.		
<b>Justificación</b>		
Al ser una IAFA, el SIS debe realizar control prestacional a las prestaciones a fin de salvaguardar la calidad de la prestación.		
<b>3. Aspectos metodológicos de la estimación del indicador</b>		
<b>Cálculo del Indicador</b>		<b>Numerador</b>
Total de Prestaciones Observadas por Reglas de Validación Automáticas por trimestre de producción x 100		N° Total de Prestaciones Observadas por Reglas de Validación Automáticas realizadas por EESS incluidos en la capita por trimestre de producción x 100
N° Total Prestaciones registradas por trimestre de producción		<b>Denominador</b>
		Prestaciones realizadas por trimestre de producción por EESS incluidos en la capita
<b>Supuestos</b>		<b>Representatividad</b>
Se asume que se debe cumplir la normativa emitida por el MINSA en relación a prestaciones de salud, si tiene la capacidad resolutoria para proveerlo. Solo se considera para evaluación las prestaciones registradas en el aplicativo SIASIS.		En su ambito de evaluación
<b>Niveles de desagregación</b>		<b>Frecuencia de medición</b>
Regional, categoría de los establecimientos, establecimiento de salud.		Trimestral
<b>4. Fuente de datos y flujo de la información</b>		
<b>Fuente de datos</b>		
SIASIS		
<b>Responsable de los datos e información</b>		
<b>Recopilación de datos</b>		
Puntos de digitación (ARFSIS y SIASIS)		
<b>Procesamiento de datos</b>		
OGTI - SIS		
<b>5. Determinación de valores y referencias adicionales</b>		
Ver ANEXO N° 02 INDICADORES DEL CONVENIO		
Resolución Jefatural N° 056-2011/SIS.		
<b>Comentarios Técnicos</b>		
Para el cálculo del valor basal se ha tomado como referencia las prestaciones realizadas en el periodo de Dic 2011 a Agosto 2012.		



**CONVENIO DE GESTION ENTRE EL GOBIERNO REGIONAL PIURA Y EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD PARA PAGO CAPITADO**

<b>FICHA TECNICA MATRIZ DE INDICADORES ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD</b>		Area Responsable
		Seguro Integral de Salud
		Gerencia de Riesgos y Evaluación de las Prestaciones
<b>1. Datos de identificación del Indicador</b>		
<b>Codigo</b>	I.14	<b>Nombre del indicador</b>
		Porcentaje de prestaciones rechazadas por PCPP
<b>Definición del indicador</b>		
Porcentaje prestaciones rechazadas por evaluación PCPP		
<b>2. Relevancia del Indicador</b>		
<b>Propósito</b>		
Medir el grado de cumplimiento del adecuado registro, estándares de calidad, oportunidad e integralidad de las prestaciones preventivas y recuperativas del primer nivel de atención financiadas por el SIS.		
<b>Justificación</b>		
Al ser una IAFA, el SIS debe realizar control prestacional a las prestaciones fin de salvaguardar la calidad de la prestación.		
<b>3. Aspectos metodológicos de la estimación del indicador</b>		
<b>Cálculo del Indicador</b>		<b>Numerador</b>
$\frac{\text{N}^\circ \text{ prestaciones rechazadas por PCPP en el trimestre de evaluación} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ prestaciones evaluadas por PCPP en el trimestre de evaluación durante la vigencia del convenio}}$		N° Total Prestaciones Rechazadas por PCPP por trimestre de producción x 100
		<b>Denominador</b>
		N° prestaciones evaluadas por PCPP en el trimestre dentro de la vigencia del convenio
<b>Supuestos</b>		<b>Representatividad</b>
Se considerará para el cálculo de este indicador también a los EESS de categoría II-1 con población adscrita. Se asume que se debe cumplir la normativa emitida por le MINSA en relación a prestaciones de salud si tiene la capacidad resolutive para proveerlo. Solo se considera para evaluación las prestaciones registradas en el aplicativo informático del SIS, SIASIS.		En su ambito de evaluación
<b>Niveles de desagregación</b>		<b>Frecuencia de medición</b>
Regional, categoría de los establecimientos, establecimiento de salud.		Trimestral
<b>4. Fuente de datos y flujo de la información</b>		
<b>Fuente de datos</b>		
SIASIS		
<b>Responsable de los datos e información</b>		
<b>Recopilación de datos</b>		
Puntos de digitación (ARFSIS y SIASIS)		
<b>Procesamiento de datos</b>		
OGTI - SIS		
<b>5. Determinación de valores y referencias adicionales</b>		
Ver ANEXO N° 02 INDICADORES DEL CONVENIO		
Resolución Jefatural N° 170-2012/SIS. <span style="float: right;">»»</span>		
<b>Comentarios Técnicos</b>		
Para el cálculo del valor basal se ha tomado como referencia las prestaciones realizadas en el periodo de Octubre 2011 a Junio 2012.		



**CONVENIO DE GESTION ENTRE EL GOBIERNO REGIONAL PIURA Y EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD PARA PAGO CAPITADO**

<b>FICHA TECNICA MATRIZ DE INDICADORES ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD</b>		Area Responsable
		Seguro Integral de Salud
		Gerencia de Negocios y Financiamiento
1. Datos de identificación del Indicador		
Código	1.15	Nombre del indicador
Porcentaje de ejecución del Componente de Reposición		
Definición del indicador		
Indicador mide que los niveles de reposición de los materiales e insumos médicos usados en las prestaciones realizadas.		
2. Relevancia del Indicador		
Propósito		
Este indicador mide que los establecimientos repongan los materiales e insumos médicos usados en las prestaciones realizadas y eviten el desabastecimiento.		
Justificación		
El Aseguramiento Universal en salud es un proceso orientado a lograr que toda la población residente en el territorio nacional disponga de un seguro de salud que le permita acceder a un conjunto de prestaciones de salud de carácter preventivo, promocional, recuperativo y de rehabilitación, en condiciones adecuadas de eficiencia, equidad, oportunidad, calidad y dignidad, sobre la base del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS).		
Las observaciones de las normas aprobadas en el reglamento de la Ley 29344 dispone que las entidades prestadoras del AUS se organicen y funcionen como IPRESS; para este efecto es necesario definir las brechas de demanda y oferta de servicios de salud; redefinir la organización y funcionamiento de las redes y microrredes y definir la cartera de servicios de cada red en su conjunto y de cada establecimiento de salud. Sobre esta base se pretende optimizar la gestión de recursos humanos, infraestructura y equipamiento; medicamentos; informática; acciones para lograr la mejora de la calidad de la atención que posibilite el inicio del intercambio de prestaciones entre los actores del AUS.		
3. Aspectos metodológicos de la estimación del indicador		
Cálculo del Indicador		Numerador
$\frac{\text{Gasto en medicamentos e insumos y material médico realizados} \times 100}{\text{Gasto total por reposición reportado}}$		Ejecución de gasto en medicamentos, insumos y material médico realizados por la UE
		Denominador
		Gasto total por reposición reportado por UE
Supuestos		Representatividad
La información debe ser registrada en los aplicativos del SIS, que las Unidades Ejecutoras informen los gastos de ejecución de las transferencias SIS en el anexo 1 y/o se tenga acceso a la información del SIAF-MEF de las Unidades Ejecutoras		Los datos tendrán representatividad en su ámbito de evaluación, para la condición asegurable específica.
Niveles de desagregación		Frecuencia de medición
Unidad Ejecutora y establecimiento de salud		Trimestral.
4. Fuente de datos y flujo de la información		
Fuente de datos		
ARFSIS, SIASIS, SIAF-MEF		
Responsable de los datos e información		
Recopilación de datos		
EESs que realizan la atención de pacientes y/o Unidades Ejecutoras		
Procesamiento de datos		
El procesamiento de información debe ser realizado en el SIS (ODSIS, OIE, GF)		
5. Determinación de valores y referencias adicionales		
Estándares internacionales o valores de referencia		
Valor basal		
48.8%		
Meta 1° Trimestre: 55%		
Meta 2° Trimestre: 70%		
Meta 3° Trimestre: 85%		
Meta 4° Trimestre: 100%		
Referencias Bibliográficas		
1. Ministerio de Salud. Plan de implementación del Aseguramiento Universal en Salud. Perú 2010. 2010, pp 48.		
2. Ley N° 29344. Ley Marco del Aseguramiento Universal en Salud		
3. RM. N° 422-2007-SA. RM N° 612-2010-SA		
Comentarios Técnicos		
<b>Gasto en medicamentos e insumos y material médico realizado:</b> Se refiere al gasto en medicamentos, insumos, procedimientos médico quirúrgicos y estomatológicos, gastos de hotelería y servicios administrativos incluidos en la prestación y que han sido reportados en los formatos únicos de atención digitados en el ARFSIS o SIASIS.		
<b>Gasto total por reposición reportado:</b> Se refiere al gasto evidenciado según data del SIAF-MEF según clasificador correspondiente a la compra de vacunas, medicamentos, productos similares, material médico, insumos, instrumental y accesorios médicos, quirúrgicos, odontológicos y de laboratorio. El gasto es en base devengado.		



CONVENIO DE GESTION ENTRE EL GOBIERNO REGIONAL PIURA Y EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD PARA PAGO CAPITADO

ANEXO N° 05

GUIA DE ACTIVIDADES

		AÑO												AÑO					
		I TRIMESTRE			II TRIMESTRE			III TRIMESTRE			IV TRIMESTRE			I TRIMESTRE					
		MES 1	MES 2	MES 3	MES 4	MES 5	MES 6	MES 7	MES 8	MES 9	MES 10	MES 11	MES 12	MES 1	MES 2	MES 3			
<b>PRESTADOR</b>		Realización de prestaciones del I Trimestre			Realización de prestaciones del II Trimestre			Realización de prestaciones del III Trimestre			Realización de prestaciones del IV Trimestre			Realización de prestaciones del Trimestre					
		Registro de prestaciones del I Trimestre			Registro de prestaciones del II Trimestre			Registro de prestaciones del III Trimestre			Registro de prestaciones del IV Trimestre			Registro de prestaciones del Trimestre					
<b>EQUIPO DE LA UDR</b>	<b>Durante el I trimestre:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Personal de EESS I y II conoce el Convenio</li> <li>Satisfacción de las recetas médicas prescrites, de corresponder</li> </ul>			<b>Durante el II trimestre:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Conocimiento de Convenio</li> <li>Indicador de Receta Prescrita</li> </ul>			<b>Durante el III trimestre:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Conocimiento de Convenio</li> <li>Indicador de Receta Prescrita</li> </ul>			<b>Durante el IV trimestre:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Conocimiento de Convenio</li> <li>Indicador de Receta Prescrita</li> </ul>			<b>Durante el I trimestre:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Conocimiento de Convenio</li> <li>Indicador de Receta Prescrita</li> </ul>					
					<b>Después del I trimestre:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>EESS nivel I3 cuenta con Equipo Básico de Atención Primaria, de corresponder.</li> <li>Conectividad de Internet exclusiva de corresponder PCPP del I Trimestre</li> <li>Porcentaje de Referencias justificadas en emergencia</li> <li>Monitoreo de Garantías Explícitas</li> </ul>			<b>Después del II trimestre:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>EESS nivel I3 cuenta con Equipo Básico de Atención Primaria, de corresponder.</li> <li>Conectividad de Internet exclusiva de corresponder PCPP del I Trimestre</li> <li>Porcentaje de Referencias justificadas en emergencia</li> <li>Monitoreo de Garantías Explícitas</li> </ul>			<b>Después del III trimestre:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>EESS nivel I3 cuenta con Equipo Básico de Atención Primaria, de corresponder.</li> <li>Conectividad de Internet exclusiva de corresponder PCPP del I Trimestre</li> <li>Porcentaje de Referencias justificadas en emergencia</li> <li>Monitoreo de Garantías Explícitas</li> </ul>			<b>Después del IV trimestre:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>EESS nivel I3 cuenta con Equipo Básico de Atención Primaria, de corresponder.</li> <li>Conectividad de Internet exclusiva de corresponder PCPP del I Trimestre</li> <li>Porcentaje de Referencias justificadas en emergencia</li> <li>Monitoreo de Garantías Explícitas</li> </ul>			<b>Después del I trimestre:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>EESS nivel I3 cuenta con Equipo Básico de Atención Primaria, de corresponder.</li> <li>Conectividad de Internet exclusiva de corresponder PCPP del I Trimestre</li> <li>Porcentaje de Referencias justificadas en emergencia</li> <li>Monitoreo de Garantías Explícitas</li> </ul>		
<b>EQUIPO GREP</b>					<ul style="list-style-type: none"> <li>Consolida resultados de la UDR.</li> <li>Evalúa datos procesados por OGTI.</li> <li>Remite a OGTI para publicación en la página web</li> </ul>			<ul style="list-style-type: none"> <li>Consolida resultados de la UDR.</li> <li>Evalúa datos procesados por OGTI.</li> <li>Remite a OGTI para publicación en la página web</li> </ul>			<ul style="list-style-type: none"> <li>Consolida resultados de la UDR.</li> <li>Evalúa datos procesados por OGTI.</li> <li>Remite a OGTI para publicación en la página web</li> </ul>			<ul style="list-style-type: none"> <li>Consolida resultados de la UDR.</li> <li>Evalúa datos procesados por OGTI.</li> <li>Remite a OGTI para publicación en la página web</li> </ul>			<ul style="list-style-type: none"> <li>Consolida resultados de la UDR.</li> <li>Evalúa datos procesados por OGTI.</li> <li>Remite a OGTI para publicación en la página web</li> </ul>		



ANEXO N° 06

ANEXO 06: INSTRUMENTO DE MONITOREO DEL INDICADOR SATISFACCIÓN DEL SURTIMIENTO DE RECETA MÉDICA			
FECHA DE VERIFICACIÓN:			
PERSONAL SUPERVISOR UDR			
PERSONAL DEL EESS			
NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD:			
CATEGORÍA:			
	SI	NO	Si la respuesta es "No", especificar.
1) Prescripción de Medicamento			
Con nombre comercial			
Con Denominación Común Internacional (DCI)			
	N°		
2) Número de Medicamentos Prescritos en la Receta			
3) Número de Insumos Prescritos en la Receta			
	N°		Si el N° es menor al prescrito, especificar.
4) Número de Medicamentos Surtidos al 100% de la Receta			
5) Número de Insumos surtidos al 100% de la Receta			
Número de Medicamentos de la Receta Surtidos parcialmente			
Número de Insumos de la Receta Surtidos parcialmente			
Número de Medicamentos de la Receta No Surtidos			
Número de Insumos de la Receta No Surtidos			
6) Diagnóstico que motiva la atención			
1			
2			



ANEXO N° 07

INSTRUMENTO DE DETECCIÓN DE COBROS INDEBIDOS

<b>SEGURO INTEGRAL DE SALUD GERENCIA DEL ASEGURADO</b>			
EESS VISITADO		FECHA	
HORA:			
<b>N° DE ENCUESTA</b>			
ASEGURADO	<input type="text"/>	REPRESENTANTE DE ASEGURADO	<input type="text"/>
DNI/Carnet de Extranjería de asegurado		DNI/Carnet de Extranjería de Representante	
Lugar donde recibió la atención:	CONSULTA EXTERNA	<input type="text"/>	EMERGENCIA <input type="text"/>
APOYO AL DIAGNOSTICO	<input type="text"/>	OTRO <input type="text"/>	¿Cuál? _____
¿Usted ha efectuó algún pago para ser atendido?	SI <input type="text"/>	NO <input type="text"/>	
De ser SI ¿Qué pagó?			
¿Se identificó como asegurado SIS al momento de pagar?			
¿Qué pagó?	Consulta <input type="text"/>	Análisis de laboratorio <input type="text"/>	
	Apoyo al diagnóstico <input type="text"/>	Otro <input type="text"/>	
¿Monto pagado?			
¿Cuenta con las boletas respectivas?	SI	NO	
Nota: De contar con las boletas, sacar fotocopia y adjuntar a la encuesta.			



ANEXO N° 08

FICHA DE RECOLECCION DE INFORMACION PARA INDICADOR DE REFERENCIAS JUSTIFICADAS EN EMERGENCIA EN ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN

N° FUA \_\_\_\_\_

N° HISTORIA CLINICA: \_\_\_\_\_

Código CIE 10 DEL PRIMER DIAGNÓSTICO DE LA PRESTACIÓN

Cual es la razón que motivo la referencia de acuerdo a la historia clinica?

Empty box for providing the reason for the reference.

De acuerdo a las Guías de Practica clinica fue pertinente haber realizado la referencia? Desarrolle el sustento

Large empty box for developing the justification for the reference.



A. VALDIVIA

T.Salazar A

CONVENIO DE GESTION ENTRE EL GOBIERNO REGIONAL PIURA Y EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD PARA PAGO CAPITADO

ANEXO N° 09

ESTABLECIMIENTOS QUE REALIZARAN LAS CONTRAREFERENCIAS

N°	Código de Unidad Ejecutora	Nombre de Unidad Ejecutora	Nombre del Establecimiento de Salud (EESS)	Código RENAES (Código del EESS)	Categoría del EESS
1	900	SALUD LUCIANO CASTILLO COLONNA	EL ARENAL	0000002025	I-3
2	900	SALUD LUCIANO CASTILLO COLONNA	AYABACA	0000001911	I-4
3	900	SALUD LUCIANO CASTILLO COLONNA	BELLAVISTA	0000002001	I-4
4	899	SALUD PIURA	BELLAVISTA	0000002157	I-3
5	899	SALUD PIURA	BERNAL	0000002159	I-4
6	1026	SALUD MORROPON-CHULUCANAS	BUENOS AIRES	0000002188	I-4
7	1026	SALUD MORROPON-CHULUCANAS	CANCHAQUE	0000002238	I-4
8	899	SALUD PIURA	TACALA	0000002102	I-3
9	899	SALUD PIURA	CHICLAYITO	0000002104	I-3
10	899	SALUD PIURA	CASTILLA MATERNIDAD	0000002100	I-4
11	899	SALUD PIURA	EL INDIO	0000002101	I-3
12	899	SALUD PIURA	MARIA GORETTI	0000002105	I-3
13	899	SALUD PIURA	LA LEGUA	0000002117	I-3
14	899	SALUD PIURA	CENTRO DE SALUD MATERNO INFANTIL-CATACAOS	0000002112	I-4
15	1026	SALUD MORROPON-CHULUCANAS	CHALACO	0000002202	I-4
16	1026	SALUD MORROPON-CHULUCANAS	YAPATERA	0000002168	I-3
17	1026	SALUD MORROPON-CHULUCANAS	PACCHA	0000002165	I-3
18	900	SALUD LUCIANO CASTILLO COLONNA	PUEBLO NUEVO DE COLAN	0000002026	I-4



**CONVENIO DE GESTION ENTRE EL GOBIERNO REGIONAL PIURA Y EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD PARA PAGO CAPITADO**

Nº	Código de Unidad Ejecutora	Nombre de Unidad Ejecutora	Nombre del Establecimiento de Salud (EESS)	Código RENAES (Código del EESS)	Categoría del EESS
19	899	SALUD PIURA	CURA MORI	0000002137	I-3
20	899	SALUD PIURA	SAPALACHE	0000002257	I-3
21	1026	SALUD MORROPON-CHULUCANAS	FRIAS	0000002171	I-3
22	899	SALUD PIURA	JESUS GUERRERO CRUZ	0000002250	I-4
23	899	SALUD PIURA	HUARMACA	0000002270	I-4
24	899	SALUD PIURA	LIMON DE PORCUYA	0000002272	I-3
25	900	SALUD LUCIANO CASTILLO COLONNA	IGNACIO ESCUDERO	0000002042	I-3
26	900	SALUD LUCIANO CASTILLO COLONNA	JILILI	0000001962	I-3
27	899	SALUD PIURA	LA ARENA	0000002124	I-3
28	900	SALUD LUCIANO CASTILLO COLONNA	NEGRITOS	0000002075	I-3
29	900	SALUD LUCIANO CASTILLO COLONNA	VIVIAE	0000002028	I-3
30	900	SALUD LUCIANO CASTILLO COLONNA	LA HUACA	0000002027	I-3
31	1026	SALUD MORROPON-CHULUCANAS	LA MATANZA	0000002178	I-3
32	899	SALUD PIURA	LA UNION	0000002132	I-4
33	900	SALUD LUCIANO CASTILLO COLONNA	LAGUNAS	0000001965	I-3
34	1026	SALUD MORROPON-CHULUCANAS	EL TUNAL	0000002232	I-4
35	900	SALUD LUCIANO CASTILLO COLONNA	LANCONES	0000002060	I-3
36	900	SALUD LUCIANO CASTILLO COLONNA	EL PARTIDOR	0000001943	I-3
37	900	SALUD LUCIANO CASTILLO COLONNA	LAS LOMAS	0000001932	I-3
38	900	SALUD LUCIANO CASTILLO COLONNA	LOS ORGANOS	0000002080	I-3



**CONVENIO DE GESTION ENTRE EL GOBIERNO REGIONAL PIURA Y EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD PARA PAGO CAPITADO**

N°	Código de Unidad Ejecutora	Nombre de Unidad Ejecutora	Nombre del Establecimiento de Salud (EESS)	Código RENAES (Código del EESS)	Categoría del EESS
39	900	SALUD LUCIANO CASTILLO COLONNA	MANCORA	0000006627	I-3
40	900	SALUD LUCIANO CASTILLO COLONNA	MARCAVELICA	0000002032	I-3
41	900	SALUD LUCIANO CASTILLO COLONNA	MIGUEL CHECA	0000002019	I-3
42	900	SALUD LUCIANO CASTILLO COLONNA	MONTERO	0000001970	I-3
43	1026	SALUD MORROPON-CHULUCANAS	MORROPON	0000002182	I-4
44	1026	SALUD MORROPON-CHULUCANAS	PACAIPAMPA	0000002207	I-4
45	900	SALUD LUCIANO CASTILLO COLONNA	PAIMAS	0000001959	I-4
46	900	SALUD LUCIANO CASTILLO COLONNA	ABELARDO QUIÑONES	0000002073	I-3
47	900	SALUD LUCIANO CASTILLO COLONNA	TALARA II	0000002074	I-4
48	899	SALUD PIURA	NUEVA ESPERANZA	0000002089	I-3
49	899	SALUD PIURA	VICTOR RAUL HAYA DE LA TORRE	0000002094	I-3
50	899	SALUD PIURA	SAN JOSE	0000002091	I-3
51	899	SALUD PIURA	LOS ALGARROBOS	0000002085	I-4
52	899	SALUD PIURA	CONSUELO DE VELASCO	0000002088	I-4
53	899	SALUD PIURA	MICAELA BASTIDAS	0000002087	I-3
54	899	SALUD PIURA	SAN PEDRO	0000002092	I-4
55	899	SALUD PIURA	PACHITEA	0000002086	I-4
56	899	SALUD PIURA	SANTA JULIA	0000002090	I-4
57	900	SALUD LUCIANO CASTILLO COLONNA	QUERECOTILLO	0000002050	I-4
58	899	SALUD PIURA	VICE	0000002151	I-3



**CONVENIO DE GESTION ENTRE EL GOBIERNO REGIONAL PIURA Y EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD PARA PAGO CAPITADO**

N°	Código de Unidad Ejecutora	Nombre de Unidad Ejecutora	Nombre del Establecimiento de Salud (EESS)	Código RENAES (Código del EESS)	Categoría del EESS
59	1026	SALUD MORROPON-CHULUCANAS	SALITRAL	0000002222	I-4
60	900	SALUD LUCIANO CASTILLO COLONNA	SALITRAL	0000002058	I-3
61	1026	SALUD MORROPON-CHULUCANAS	SAN JUAN DE BIGOTE	0000002228	I-3
62	1026	SALUD MORROPON-CHULUCANAS	EL FAIQUE	0000002245	I-4
63	1026	SALUD MORROPON-CHULUCANAS	SANTO DOMINGO	0000002215	I-4
64	900	SALUD LUCIANO CASTILLO COLONNA	SAPILLICA	0000001955	I-3
65	899	SALUD PIURA	SECHURA	0000002143	I-4
66	900	SALUD LUCIANO CASTILLO COLONNA	SICCHEZ	0000001974	I-3
67	899	SALUD PIURA	SONDOR	0000002262	I-3
68	899	SALUD PIURA	SONDORILLO	0000002266	I-3
69	900	SALUD LUCIANO CASTILLO COLONNA	VILLA PRIMAVERA	0000002012	I-3
70	900	SALUD LUCIANO CASTILLO COLONNA	NUEVO SULLANA	0000002017	I-3
71	900	SALUD LUCIANO CASTILLO COLONNA	NUEVE DE OCTUBRE	0000002013	I-3
72	900	SALUD LUCIANO CASTILLO COLONNA	SANTA TERESITA	0000002011	I-3
73	900	SALUD LUCIANO CASTILLO COLONNA	EL OBRERO	0000002014	I-3
74	900	SALUD LUCIANO CASTILLO COLONNA	SUYO	0000001945	I-3
75	900	SALUD LUCIANO CASTILLO COLONNA	TAMARINDO	0000002049	I-3
76	900	SALUD LUCIANO CASTILLO COLONNA	SAN ISIDRO	0000001978	I-3
77	900	SALUD LUCIANO CASTILLO COLONNA	TAMBOGRANDE	0000001977	I-4
78	900	SALUD LUCIANO CASTILLO COLONNA	VICHAYAL	0000002078	I-3



**CONVENIO DE GESTION ENTRE EL GOBIERNO REGIONAL PIURA Y EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD PARA PAGO CAPITADO**

N°	Código de Unidad Ejecutora	Nombre de Unidad Ejecutora	Nombre del Establecimiento de Salud (EES)	Código RENAES (Código del EESS)	Categoría del EESS
79	1026	SALUD MORROPON-CHULUCANAS	YAMANGO	0000002192	I-3

