



PERÚ

Ministerio
de Salud

Seguro Integral de Salud
Fondo Intangible Solidario de Salud

“Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres”



**CONVENIO ENTRE EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD - SIS,
FONDO INTANGIBLE SOLIDARIO DE SALUD - FISSAL Y LA
DIRECCIÓN DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA CENTRO
PARA EL FINANCIAMIENTO DE LAS PRESTACIONES
BRINDADAS A SUS ASEGURADOS**



**CONVENIO ENTRE EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD, FONDO INTANGIBLE SOLIDARIO DE SALUD Y LA DIRECCIÓN DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA CENTRO, PARA EL FINANCIAMIENTO DE LAS PRESTACIONES BRINDADAS A SUS ASEGURADOS**

Conste por el presente documento, el Convenio para el financiamiento de las prestaciones brindadas a los asegurados del Seguro Integral de Salud- SIS , que celebran de una parte la **DIRECCIÓN DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA CENTRO**, con R.U.C. N° 20602250602, con domicilio legal en Av. Nicolás de Piérola N°617-623, distrito de Cercado de Lima, provincia de LIMA, departamento de LIMA, debidamente representada por su Director General, **JESÚS PERCY BONILLA YARANGA**, identificado con DNI N° **8756962**, acreditado mediante **Resolución Ministerial N°1203-2021/MINSA** , de fecha 23 de Octubre del 2021, al que en adelante se denominará **"EL PRESTADOR"**; y, de la otra parte, la **IAFAS SEGURO INTEGRAL DE SALUD**, Unidad Ejecutora 001 del Pliego SIS, con R.U.C. N° 20505208626, con domicilio legal en la Av. Paseo de la República N° 1645, distrito de La Victoria, provincia y departamento de Lima, con Registro de IAFAS N° 10001 representado por su Jefe, M.C. **HECTOR MIGUEL GARAVITO FARRO**, identificado con DNI N° 10304977, designado mediante Resolución Suprema N° 028-2021-SA, de fecha 17 de noviembre del 2021, a cuya institución en adelante se denominará **"LA IAFAS SIS"**, y la **IAFAS FONDO INTANGIBLE SOLIDARIO DE SALUD**, Unidad Ejecutora 002 del Pliego SIS, con R.U.C. N° 20546736718, con domicilio legal en Calle 41 N° 840, Urbanización Córpac, distrito de San Isidro, provincia y departamento de Lima, con Registro de IAFAS N° 10003, representada por su Jefa (e), M.C. **EDITH ORFELINA MUÑOZ LANDA**, identificada con DNI N° 10017336, designada mediante la Resolución Jefatural N° 093-2021/SIS de fecha 21 de julio del 2021, a la cual en adelante se le denominará **"LA IAFAS FISSAL"**; sin perjuicio y que por fines de practicidad se les denominará a ambas IAFAS como **"LAS IAFAS"**, de acuerdo a los términos y condiciones siguientes:

CLÁUSULA PRIMERA: BASE LEGAL

- 1.1 Ley N° 26842, Ley General de Salud, y sus modificatorias.
- 1.2 Ley N° 27812, Ley que determina las Fuentes de Financiamiento del Seguro Integral de Salud.
- 1.3 Ley N° 27867, Ley Orgánica de Gobiernos Regionales.
- 1.4 Ley N° 29414, Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud.
- 1.5 Ley N° 29698, Ley que declara de Interés Nacional y Preferente Atención el Tratamiento de Personas que Padecen Enfermedades Raras o Huérfanas
- 1.6 Ley N° 29733, Ley de Protección de Datos Personales.
- 1.7 Ley N° 29761, Ley de Financiamiento Público de los Regímenes Subsidiado y Semicontributivo del Aseguramiento Universal en Salud.
- 1.8 Ley N°30225, Ley de Contrataciones del Estado.
- 1.9 Ley N°31125, Ley que declara en emergencia el sistema nacional de salud y regula su proceso de reforma.
- 1.10 Ley N°31336, Ley Nacional del Cáncer.
- 1.11 Ley N° 31365, Ley de Presupuesto del Sector Público para el año fiscal 2022
- 1.12 Decreto Legislativo N° 1163, que aprueba las Disposiciones para el fortalecimiento del Seguro Integral de Salud y su Reglamento.
- 1.13 Decreto Legislativo N° 1164, Decreto Legislativo que establece disposiciones para la extensión de la cobertura poblacional del Seguro Integral de Salud en materia de afiliación al Régimen de Financiamiento Subsidiado
- 1.14 Decreto Legislativo N° 1346, que establece disposiciones para optimizar los servicios que son financiados a través del Seguro Integral de Salud.
- 1.15 Decreto Legislativo N° 1440, Decreto Legislativo del Sistema Nacional de Presupuesto Público.
- 1.16 Decreto Legislativo N° 1436 Decreto Legislativo Marco de la Administración Financiera del Sector Público.
- 1.17 Decreto de Urgencia N° 007-2019, Decreto de Urgencia que declara a los medicamentos, productos biológicos y dispositivos médicos como parte esencial del derecho a la salud y dispone medidas para garantizar su disponibilidad.
- 1.18 Decreto de Urgencia N° 017-2019, Decreto de Urgencia que establece medidas para la cobertura universal de salud.



H. GARAVITO



C. TENGAN



E. Muñoz



M. BAZAN L.



E. OLIVA



C. VÍA



E. VALDEZ

2

**CONVENIO ENTRE EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD, FONDO INTANGIBLE SOLIDARIO DE SALUD Y LA DIRECCIÓN DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA CENTRO, PARA EL FINANCIAMIENTO DE LAS PRESTACIONES BRINDADAS A SUS ASEGURADOS**

- 1.19 Decreto de Urgencia N° 046-2021, Decreto de Urgencia que dicta medidas extraordinarias y urgentes en materia económica y financiera para fortalecer el aseguramiento universal en salud en el marco de la emergencia nacional por la COVID-19.
- 1.20 Decreto de Urgencia N° 078-2021, Decreto de Urgencia que modifica el Decreto de Urgencia que dicta medidas extraordinarias y urgentes en materia económica y financiera para fortalecer el aseguramiento universal en salud en el marco de la emergencia nacional por la COVID19.
- 1.21 Decreto Supremo N° 024-2005-SA, que aprueba Identificaciones Estándar de Datos en Salud.
- 1.22 Decreto Supremo N° 008-2010-SA, aprueba el Reglamento de la Ley Marco de Aseguramiento Universal
- 1.23 Decreto Supremo N° 011-2011-SA, que aprobó el Reglamento de Organización y Funciones del Seguro Integral de Salud, modificado por Decreto Supremo N° 002-2016-SA.
- 1.24 Decreto Supremo N° 020-2014-SA, que aprueba el Texto Único Ordenado de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud y su Reglamento.
- 1.25 Decreto Supremo N° 010-2016-SA, que aprueba "Disposiciones para las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud Públicas".
- 1.26 Decreto Supremo N° 044-2018-PCM, que aprueba el Plan Nacional de Integridad y Lucha contra la Corrupción 2018 – 2021.
- 1.27 Decreto Supremo N° 004-2019-SA, que aprueba el Reglamento de la Ley N.º 29698, Ley que declara de Interés Nacional y Preferente Atención el Tratamiento de Personas que Padecen Enfermedades Raras o Huérfanas.
- 1.28 Decreto Supremo N° 002-2019-SA, Reglamento para la Gestión de Reclamos y Denuncias de los Usuarios de las IAFAS, IPRESS y UGIPRESS públicas, privadas o mixtas y sus modificatorias.
- 1.29 Decreto Supremo N° 026-2019-SA, Decreto Supremo que aprueba el Reglamento del Decreto de Urgencia N° 007-2019, Decreto de Urgencia que declara a los medicamentos, productos biológicos y dispositivos médicos como parte esencial del derecho a la salud y dispone medidas para garantizar su disponibilidad.
- 1.30 Decreto Supremo N° 082-2019-EF, que aprueba el Texto Único Ordenado de la Ley N°30225, Ley de Contrataciones del Estado.
- 1.31 Decreto Supremo N° 184-2020-PCM, se declara el Estado de Emergencia Nacional, y sus prorrogas.
- 1.32 Decreto Supremo N° 008-2020-SA, se declara en Emergencia Sanitaria y sus prorrogas.
- 1.33 Decreto Supremo N° 005-2021-SA, Decreto Supremo que aprueba el Reglamento de la Ley N° 30421, Ley Marco de Telesalud, y del Decreto Legislativo N° 1490, Decreto Legislativo que fortalece los alcances de la Telesalud.
- 1.34 Decreto Supremo N° 006-2020-SA Mecanismos para el pago de las prestaciones convenidas o contratadas que efectúa la IAFAS-SIS a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS)
- 1.35 Decreto Supremo N° 023-2021-SA, que aprueba el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud – PEAS.
- 1.36 Resolución Ministerial N° 325-2012/MINSA, que aprueba el listado de enfermedades de alto costo de atención.
- 1.37 Resolución Ministerial N° 991-2012/MINSA, que aprueba los parámetros de negociación para la celebración de convenios entre el Seguro Integral de Salud y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Públicas.
- 1.38 Resolución Ministerial N° 249-2017/MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Plan Nacional para la Reducción y Control de la Anemia Materno Infantil y la Desnutrición Crónica Infantil en el Perú 2017 – 2021".
- 1.39 Resolución Ministerial N° 467-2017/MINSA, que aprueba el Manual de Operaciones de las Direcciones de Redes Integradas de Salud y sus modificatorias.
- 1.40 Resolución Ministerial N° 902-2017/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: "Catálogo de Procedimientos Médicos y Sanitarios del Sector Salud".
- 1.41 Resolución Ministerial N°116-2018-MINSA, que aprueba la Directiva Administrativa N°249-MINSA/2018/DIGEMID "Gestión del Sistema Integrado de Suministro público de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios – SISMED".



**CONVENIO ENTRE EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD, FONDO INTANGIBLE SOLIDARIO DE SALUD Y LA DIRECCIÓN DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA CENTRO, PARA EL FINANCIAMIENTO DE LAS PRESTACIONES BRINDADAS A SUS ASEGURADOS**

- 1.42 Resolución Ministerial N° 1288-2018/MINSA que aprueba el Listado Nacional de Productos Farmacéuticos Vitales.
- 1.43 Resolución Ministerial N° 230-2020-MINSA, aprueba el Documento Técnico: Listado de Enfermedades Raras o Huérfanas.
- 1.44 Resolución Ministerial N° 513-2020/MINSA, que aprueba la Directiva Sanitaria N° 113-MINSA/2020/DGAIN/DGOS: Gestión de camas hospitalarias para hospitalización COVID – 19 y camas UCI COVID – 19 para paciente sospechoso o confirmado con infección por COVID – 19 en las IPRESS públicas, privadas y mixtas.
- 1.45 Resolución Ministerial N° 446-2021-MINSA, que aprueba las Directivas Administrativas N° 308-MINSA/2021/DGAIN, N° 309-MINSA/2021/DGAIN, N° 310-MINSA/2021/DGAIN, N° 311-MINSA-MINSA/2021/DGAIN, y N° 312-MINSA/2021/DGAIN, la metodología de los mecanismos de pago del Seguro Integral de Salud.
- 1.46 Resolución Ministerial N° 860-2021-MINSA que aprueba la actualización del Anexo N° 1: Listado de Procedimientos Médicos y Sanitarios del Sector Salud, del Documento Técnico "Catálogo de Procedimientos Médicos y Sanitarios del Sector Salud"
- 1.47 Resolución Ministerial N° 007-2022/MINSA, la cual aprueba la Directiva Administrativa N° 322-MINSA/CENARES-2022 -"Directiva Administrativa que establece disposiciones para la solicitud de recursos estratégicos en salud y el uso de los recursos destinados a su adquisición y distribución, a favor de afiliados al seguro integral de salud en el marco del aseguramiento universal en salud"
- 1.48 Resolución de Superintendencia N° 004-2020-SUSALUD/S, aprueba las Cláusulas Mínimas de los Contratos o Convenios suscritos entre las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS), Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS), o las Unidades de Gestión de IPRESS (UGIPRESS).
- 1.49 Resolución Jefatural N° 093-2015/SIS, mediante la cual se aprueba el Listado de Procedimientos de Alto Costo a ser financiados por la Unidad Ejecutora 002 – Fondo Intangible Solidario de Salud (FISSAL) para los asegurados del Seguro Integral de Salud.
- 1.50 Resolución Jefatural N° 022-2019-SIS-FISSAL/J, que aprueba la Guía Operativa N° 01-2019-SIS-FISSAL "Guía Operativa de Asignación y Reasignación de Asegurado SIS que requieren Hemodiálisis en las IPRESS privadas a nivel nacional".
- 1.51 Resolución Jefatural N° 187-2019/SIS, aprueba la Directiva Administrativa N° 001-2019-SIS/FISSAL-DIGEA-DIF-V.01, Directiva Administrativa que regula el Proceso de Autorización y Financiamiento de las Prestaciones Administrativas en el Fondo Intangible Solidario de Salud – FISSAL."
- 1.52 Resolución Jefatural N° 002-2020-SIS-FISSAL/J, que aprueba la Directiva Administrativa N° 001-2020-SIS-FISSAL "Directiva administrativa para el cálculo de la transferencia y liquidación de los recursos financieros otorgados a las Unidades Ejecutoras por las prestaciones de salud y administrativas brindadas a los asegurados del SIS con cobertura FISSAL".
- 1.53 Resolución Jefatural N°112-2020/SIS que aprueba la Directiva Administrativa N°001-2020- SIS/GA-V.01, "Directiva Administrativa que regula los procedimientos de afiliación al Seguro Integral de Salud", publicado en el diario oficial El Peruano, el 19 de setiembre de 2020 y sus modificatorias.
- 1.54 Resolución Jefatural N°121-2020/SIS que aprueba la Directiva Administrativa N°002-2020-SIS/GA-V.01, Directiva Administrativa que regula la gestión de reclamos en salud de los usuarios del Seguro Integral de Salud y sus modificatorias.
- 1.55 Resolución Jefatural N° 076-2021/SIS que aprueba la Directiva Administrativa N° 002-2020-SIS/GNF- V.01 "Directiva Administrativa para el control financiero y sus procedimientos de Monitoreo, Supervisión y Seguimiento a las transferencias financieras del Seguro Integral de Salud".
- 1.56 Resolución Jefatural N° 119-2021-SIS-FISSAL/J, que aprueba la Directiva Administrativa Interna N° 006-2021-SIS/FISSAL "Directiva Administrativa Interna sobre el Proceso de Control de las Prestaciones de Salud brindadas por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Públicas".



**CONVENIO ENTRE EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD, FONDO INTANGIBLE SOLIDARIO DE SALUD Y LA DIRECCIÓN DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA CENTRO, PARA EL FINANCIAMIENTO DE LAS PRESTACIONES BRINDADAS A SUS ASEGURADOS**

- 1.57 Resolución Jefatural N° 185-2021/SIS que aprueba la directiva Administrativa N° 003- 2021-SIS/GNF-V.01, "Directiva Administra que regula el procedimiento de liquidación de las Prestaciones brindadas a los asegurados al SIS"
- 1.58 Todas aquellas normas aplicables y vigentes que el Ministerio de Salud y el Seguro Integral de Salud hayan emitido o emitan en el marco de sus competencias.

CLÁUSULA SEGUNDA: ANTECEDENTES

- 2.1. De conformidad con el artículo 4 del Decreto Legislativo N° 1163, Decreto Legislativo que aprueba disposiciones para el fortalecimiento del Seguro Integral de Salud, en concordancia con el artículo 12 de su Reglamento, aprobado por Decreto Supremo N° 030-2014-SA, modificado por Decretos Supremos N° 012-2017-SA y N° 025-2018-SA, la transferencia de fondos o pago que efectúe el Seguro Integral de Salud-SIS requiere la suscripción obligatoria de un convenio o contrato, pudiendo tener una duración de hasta tres (3) años renovables, en las cuales podrán establecerse diferentes modalidades y mecanismos de pago.
- 2.2. Mediante Oficio Circular N° 004-2022-SIS/J de fecha 14 de enero de 2022, la **IAFAS SIS** realizó la invitación a la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Centro para la firma de convenio aplicable para el año 2022, con el objeto de preservar la continuidad de los servicios con las IPRESS de **EL PRESTADOR**, adjuntándose las condiciones y términos que se encuentran contenidos en el convenio para el financiamiento de las prestaciones brindadas a los asegurados del Seguro Integral de Salud- SIS, que a través del presente instrumento se hace constar.

CLÁUSULA TERCERA: DE LAS PARTES

- 3.1. La **IAFAS SIS** es un Organismo Público Ejecutor adscrito al Ministerio de Salud, con Registro de IAFAS N° 10001, constituido en Institución Administradora de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS) en virtud a lo dispuesto en el artículo 7 del Texto Único Ordenado de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal, aprobado por Decreto Supremo N° 020-2014-SA, cuya responsabilidad es la administración económica y financiera de los fondos que están destinados al financiamiento de las prestaciones de salud y otras que su plan de beneficio le faculte, a fin de ofrecer coberturas de riesgos en salud, de acuerdo a las normas vigentes. Asimismo, en el artículo 11 del Decreto. Legislativo N 1163, se dispone que todos los asegurados de la IAFAS SIS son asegurados del Fondo Intangible Solidario de Salud.
- 3.2. La **IAFAS FISSAL** mediante Ley N° 29761 "Ley de Financiamiento Público de los Regímenes Subsidiado y Semicolaborativo del Aseguramiento Universal en Salud", fue creado como Unidad Ejecutora N° 002 del Pliego SIS; con Registro de IAFAS N° 10003; con la finalidad de financiar la atención de las enfermedades de alto costo, enfermedades raras o huérfanas y procedimientos de alto costo.
- 3.3. Las **DIRIS** son órganos desconcentrados del Ministerio de Salud y gestionan a nivel de Lima Metropolitana los procesos de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en salud, según corresponda, de los hospitales y en los establecimientos de salud del primer nivel de atención de la jurisdicción correspondiente; así como supervisa el desarrollo de los procesos técnicos de los Sistemas Administrativos a cargo de los órganos desconcentrados de su jurisdicción. Para los fines del presente convenio la DIRIS se denominará **EL PRESTADOR**, término que incluye en forma conjunta o indistinta a las UE e IPRESS públicas inscritas en el Registro Nacional de IPRESS – RENIPRESS que se encuentran bajo su administración y jurisdicción, que forman parte de presente convenio y que se detallan en el **ANEXO N° 01** del presente convenio.





CONVENIO ENTRE EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD, FONDO INTANGIBLE SOLIDARIO DE SALUD Y LA DIRECCIÓN DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA CENTRO, PARA EL FINANCIAMIENTO DE LAS PRESTACIONES BRINDADAS A SUS ASEGURADOS

CLÁUSULA CUARTA: OBJETO DEL CONVENIO

Por el presente Convenio EL PRESTADOR, a través de sus Unidades Ejecutoras- UE e IPRESS públicas que se encuentran bajo su administración y jurisdicción, se obliga a brindar los servicios de salud y administrativos a los asegurados de LAS IAFAS, que se encuentran debidamente acreditados de acuerdo a su Plan de Salud; y, LAS IAFAS se obligan a financiar los servicios de salud a sus asegurados por EL PRESTADOR, y adicionalmente financiara prestaciones administrativas conforme a la Directiva Administrativa N° 308-MINSA/2021/DGAIN, aprobada con Resolución Ministerial N° 446-2021-MINSA u norma que haga sus veces.

CLÁUSULA QUINTA: DEFINICIONES Y ACRÓNIMOS

Para efecto del presente convenio, las siguientes definiciones y acrónimos tendrán los significados que a continuación se indican:

Acta de Compromisos:

Es un documento formal suscrito por LAS PARTES, donde se consigna el marco presupuestal anual, indicadores y condiciones para la ejecución de los recursos transferidos por cada una de las UE de EL PRESTADOR, según corresponda. Adicionalmente puede considerar otros acuerdos relacionados al desarrollo de los términos del Convenio.

Acreditación:

Es el procedimiento de verificación de los requisitos que debe cumplir el asegurado para tener derecho de cobertura.

Adscripción:

Procedimiento mediante el cual se determina el establecimiento en el cual el asegurado es incorporado como población asignada.

Ajustes:

Es el importe referido a reembolsos (ajuste positivo) o descuentos (ajuste negativo), que son determinados por procesos de control, monitoreo o supervisión prestacional, de aseguramiento, calidad de la atención, financiero y relacionados, siendo aplicado en el proceso de liquidación de las prestaciones.

Asegurado o Afiliado:

Toda persona residente en el país que se encuentra bajo cobertura de alguno de los regímenes del Aseguramiento Universal en Salud (AUS).

Atención de Salud:

Es toda actividad desarrollada por el personal de la salud para la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, que se brinda a la persona, la familia y comunidad, es integral considerando las Unidades Productoras de Servicios de Salud - UPSS y la cartera de servicios del establecimiento.

Cartera de servicios de salud:

Es el conjunto de diferentes prestaciones de salud que brindan las IPRESS en los tres (3) niveles de atención de acuerdo con su capacidad resolutoria y capacidad de oferta. Incluye prestaciones de salud en promoción de la salud, prevención del riesgo o enfermedad, recuperación y rehabilitación de la salud.





CONVENIO ENTRE EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD, FONDO INTANGIBLE SOLIDARIO DE SALUD Y LA DIRECCIÓN DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA CENTRO, PARA EL FINANCIAMIENTO DE LAS PRESTACIONES BRINDADAS A SUS ASEGURADOS

Cobertura:

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

Cobro indebido:

Requerimiento de pago por indicación de algún agente o trabajador de la IPRESS a los asegurados del SIS, representantes y/o familiares, por concepto de productos farmacéuticos, dispositivos médicos, productos sanitarios, procedimientos u otros conceptos administrativos que se requieran para su atención, a pesar de encontrarse dentro de la cobertura prestacional y que, en consecuencia, resulte en un gasto indebido del asegurado.

Corrupción:

Es el mal uso del poder público o privado para obtener un beneficio indebido, económico, no económico, ventaja, directa o indirecta; por agentes públicos, privados o ciudadanos, vulnerando principios y deberes éticos, normas y derechos fundamentales.

Deducción:

Es el importe determinado por procesos de control, monitoreo o supervisión prestacional, de aseguramiento o financiero, que reduce el monto del marco presupuestal del mecanismo de pago per cápita de una Unidad ejecutora, calculado para un año fiscal.

Enfermedades Raras o Huérfanas:

Son aquellas que se encuentran contenidas en el Listado de Enfermedades Raras o Huérfanas vigente, aprobado por el MINSA.

Fecha de Atención:

Fecha en la cual el afiliado del Seguro Integral de Salud recibe la atención en las IPRESS.

Gestión de Riesgos de Corrupción:

Es el conjunto de actividades coordinadas que permiten a la entidad identificar, analizar, evaluar, mitigar, eliminar o aceptar la ocurrencia de riesgos de corrupción en los procesos de su gestión. El resultado de todas estas actividades se materializa en el Mapa de Riesgos de Corrupción

Guías de práctica clínica:

Conjunto de recomendaciones desarrolladas de forma sistemática y basadas en la mejor evidencia científica disponible, para ayudar a profesionales y a pacientes a tomar decisiones sobre la atención sanitaria más apropiada, y a seleccionar las opciones diagnosticadas o terapéuticas más adecuadas a la hora de abordar un problema de salud o una condición clínica específica.

Liquidación de Prestaciones:

Instrumento financiero mediante el cual LAS IAFAS determinan el saldo financiero de las prestaciones ejecutadas por UE, aplicado a los mecanismos de pago y por fuente de financiamiento, cuyo resultado del saldo puede ser a favor de la UE (saldo negativo) o a favor de LAS IAFAS (saldo positivo).

Marco Presupuestal:

Importe constituido por las transferencias financieras regulares, el saldo de balance del periodo anterior y el importe asignado a CENARES para la compra centralizada realizada en el marco del convenio suscrito



**CONVENIO ENTRE EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD, FONDO INTANGIBLE SOLIDARIO DE SALUD Y LA DIRECCIÓN DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA CENTRO, PARA EL FINANCIAMIENTO DE LAS PRESTACIONES BRINDADAS A SUS ASEGURADOS****Mecanismo de Pago:**

Es la forma en que **LAS IAFAS** estructuran u organizan la retribución económica al proveedor de servicios de salud por las prestaciones convenidas o contratadas, para generar distintos incentivos para la eficacia y la calidad para atender las necesidades de salud de la población.

Modalidades de pago:

Son los diferentes medios mediante los cuales **LAS IAFAS** retribuye económicamente al prestador, el valor/costo determinado y/o consensuado de la prestación de servicios de salud en el marco de un convenio y/o contrato suscrito.

Paciente ámbito VRAEM:

Es aquel asegurado, que se encuentra en territorio de los ámbitos de intervención directa y de influencia del Valle de los Ríos Apurímac, Ene y Mantaro – VRAEM.

Paciente ámbito Amazónico:

Es aquel asegurado, que se encuentra en territorio de los ámbitos de intervención de los pueblos indígenas de la Amazonía Peruana en el marco de la normativa establecida.

Periodo de Producción:

El tiempo durante el cual los prestadores pueden registrar en los aplicativos del SIS, la información de las atenciones brindadas a los asegurados que serán consideradas en la valorización de las prestaciones que realizan **LAS IAFAS**, según corresponda.

Plan de Beneficios SIS:

Son las prestaciones financiadas por el SIS a todos los asegurados a los dos regímenes de financiamiento con los que cuenta el SIS.

Prestaciones Administrativas (por expediente):

Son servicios Complementarios a la prestación de salud brindados por las IPRESS o Proveedores, tales como: traslado de emergencia, traslado y estadía de paciente oncológico estable, asignación por alimentación en casa maternas para gestantes y/o puérperas, procedimientos especiales tercerizados y subcomponente prestacional, prestación económica de sepelio COVID-19, prestación económica de sepelio regular, y otros que apruebe la autoridad.

Prestación de salud:

Son atenciones de salud otorgadas a los asegurados SIS en las IPRESS de acuerdo con su categoría y según etapa de vida correspondiente. Pueden ser prestaciones promocionales, preventivas, recuperativas, paliativas y de rehabilitación, se desarrollan de forma intramural y extramural. No incluye prestaciones administrativas.

Prestaciones de Alto Costo:

Son las prestaciones que, por diagnóstico, procedimiento o por el uso de productos farmacéuticos altamente especializados, representan una alta carga financiera. **LAS IAFAS** establecerán los criterios de alto costo de acuerdo a su disponibilidad presupuestal.

Proceso de Validación Prestacional:

Es el macroproceso que realiza **LAS IAFAS** para determinar la validez de la prestación de acuerdo al mecanismo de pago para efectos de pago. Incluyen: Proceso de Evaluación Automática, Proceso de Control Presencial Posterior y otros que puedan implementarse.



**CONVENIO ENTRE EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD, FONDO INTANGIBLE SOLIDARIO DE SALUD Y LA DIRECCIÓN DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA CENTRO, PARA EL FINANCIAMIENTO DE LAS PRESTACIONES BRINDADAS A SUS ASEGURADOS****Producción por fecha de atención:**

Producción generada en un mes determinado en el cual el afiliado recibió la atención en el Establecimiento de Salud.

Protocolo de transferencias de ficheros (FTP):

Protocolo de red para la transferencia de archivos entre sistemas conectados a una red, basado en la arquitectura cliente-servidor.

Riesgo:

Aquella posibilidad de que suceda algún evento incierto que tendrá un impacto sobre los objetivos de la entidad.

Riesgo de corrupción:

Aquella posibilidad que, por acción u omisión, se use el poder para desviar la gestión de lo público hacia un beneficio privado.

Ruptura de Adscripción:

Es cuando los asegurados del SIS pueden atenderse en cualquier IPRESS del I nivel de atención a nivel nacional y no necesariamente en el que se le asignó al momento de afiliarse.

Tablero de Gestión Financiera:

Es una herramienta de gestión que permite el monitoreo de incorporación, ejecución y saldos del presupuesto asignado a la UE/DIRIS/UGIPRESS hasta el nivel de clasificadores de gastos; a través del reporte SIAF de ingresos y gastos en base a la información remitida periódicamente por las UE/DIRIS/UGIPRESS. de los recursos transferidos por el SIS y de las demás fuentes de financiamiento que procesa la GNF.

Tablero de Stock Disponible de PF, DM y PS:

Es una herramienta de gestión que permite el monitoreo del Stock Disponible de PF, DM y PS con que cuenta las UE/DIRIS/UGIPRESS, de acuerdo con la información del ICI proporcionada al SIS mensualmente que permite visualizar el nivel de abastecimiento y de stock crítico, según el consumo SIS, a nivel de IPRESS, Unidad Ejecutora, Gobierno Regional y Gobierno Nacional.

Tecnología Sanitaria (TS):

Es la aplicación de conocimientos y habilidades organizados en forma de medicamentos, dispositivos médicos, vacunas, procedimientos y sistemas desarrollados para resolver un problema de salud y mejorar la calidad de vida. Para efectos de la incorporación al financiamiento de LAS IAFAS, las TS comprenden los medicamentos, insumos, dispositivos médicos y procedimientos que podrían contemplarse en el plan de cobertura y están sujetas a evaluación prestacional y financiera previa para su utilización por parte del SIS o quien indique norma expresa.

Traslado de paciente oncológico estable:

Es la prestación administrativa que se brinda en las IPRESS públicas y que se otorga cuando el paciente en condición estable deba trasladarse a una IPRESS de mayor capacidad resolutoria a fin de recibir la prestación de salud no disponible en la IPRESS de origen, el traslado puede efectuarse por medio terrestre, aéreo, acuático mixto; incluye el pasaje de ida y retorno.

Transeúnte:

Es aquel asegurado, que se encuentra temporalmente fuera del ámbito de la región a la que pertenece el establecimiento de salud al cual está adscrito.



**CONVENIO ENTRE EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD, FONDO INTANGIBLE SOLIDARIO DE SALUD Y LA DIRECCIÓN DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA CENTRO, PARA EL FINANCIAMIENTO DE LAS PRESTACIONES BRINDADAS A SUS ASEGURADOS**

Los asegurados adscritos a una de las cuatro DIRIS no serán considerados transeúnte al interior del ámbito de Lima Metropolitana. Excepcionalmente y previa comunicación de **LA IAFAS SIS**, los asegurados que brinden servicio militar voluntario o los estudiantes beneficiarios del Programa Nacional de Becas- PRONABEC podrán recibir atenciones de salud dentro de su misma región, en establecimientos de salud distintos al que se encuentran adscritos.

ACRÓNIMOS

ARFSIS	Aplicativo de Registro de Formatos del Seguro Integral de Salud.
ANM	Autoridad Nacional de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios, actualmente la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas
CLAS	Comunidad Local de Administración en Salud.
CECONAR	Centro de Conciliación y Arbitraje de la Superintendencia Nacional de Salud.
CE	Carné de Extranjería.
CUI	Código Único de Identificación.
CENARES	Centro Nacional de Abastecimiento de Recursos Estratégicos en Salud.
CPMS	Catálogo de procedimientos médicos y sanitarios.
DICOE	Dirección de Cobertura y Evaluación de las Prestaciones de alto costo del FISSAL
DIF	Dirección de Financiamiento de Prestaciones de Alto Costo del FISSAL
DIGEA	Dirección de Gestión del Asegurado de prestaciones de alto costo del FISSAL
DIGEMID	Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas.
DM	Dispositivos médicos.
DNI	Documento Nacional de Identidad.
DIRIS	Dirección de Redes Integradas de Salud del Ministerio de Salud.
DyT	Donaciones y Transferencias.
FTP	Protocolo de transferencias de ficheros.
FUA	Formato Único de Atención.
GA	Gerencia del Asegurado del SIS.
GMR	Gerencia Macroregional.del SIS.
GNF	Gerencia de Negocios y Financiamiento del SIS.
GREP	Gerencia de Riesgos y Evaluación de las Prestaciones del SIS
IAFAS	Institución Administradora de Fondos de Aseguramiento en Salud. .
IPRESS	Institución Prestadora de Servicios de Salud.
ICI	Informe de Consumo Integrado.
MINSA	Ministerio de Salud.
NRUS	Nuevo Régimen Único Simplificado.
OAA	Oficina de Atención al Asegurado.
OCI	Órgano de Control Institucional.
OGTI	Oficina General de Tecnología de la Información del SIS.
OTI	Oficina de Tecnología de la Información del FISSAL.
PCPP	Proceso de Control Presencial Posterior.
PEA	Proceso de Evaluación Automática de Prestaciones.
PEAS	Plan Esencial de Aseguramiento en Salud.
PF	Productos Farmacéuticos.
PP	Programa Presupuestal.
PNUME	Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales.
PS	Productos Sanitarios.
RENIPRESS	Registro Nacional de IPRESS.



H. GARAVITO



C. TENGAN



E. Muñoz



M. BAZAN L.



E. OLIVA



C. VILLALBA



V. ZOMARÁN



E. VALDE

**CONVENIO ENTRE EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD, FONDO INTANGIBLE SOLIDARIO DE SALUD Y LA DIRECCIÓN DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA CENTRO, PARA EL FINANCIAMIENTO DE LAS PRESTACIONES BRINDADAS A SUS ASEGURADOS**

SIAF	Sistema Integrado de Administración Financiera del MEF.
SIASIS	Sistema Integrado de Aseguramiento del Seguro Integral de Salud.
SIGA	Sistema Integrado de Gestión Administrativa del MEF.
SIGEPS	Sistema de Información de Gestión de Prestaciones de Salud
SISMED	Sistema Integrado de Suministro de Medicamentos e Insumos Médico-Quirúrgicos.
SOA	SOA (Arquitectura orientada a servicios).
SOASIS	Plataforma de Interoperabilidad para el Registro de Prestaciones de Salud (FUAs) del SIS basada en la Arquitectura Orientada a Servicios (SOA).
SUSALUD	Superintendencia Nacional de Salud.
UDR	Unidad Desconcentrada Regional del SIS.
UE	Unidad Ejecutora.
UGIPRESS	Unidad de Gestión de IPRESS

CLÁUSULA SEXTA: ACREDITACIÓN DEL ASEGURADO

- 6.1. Las IPRESS de EL PRESTADOR solicitarán a los afiliados del SIS la presentación del documento de identidad (DNI/CE) y verificará la condición de asegurado al SIS en estado ACTIVO y su plan de beneficios en el portal web de SUSALUD (Registro de Afiliados al Aseguramiento Universal en Salud – RAAUS o el que corresponda) y/o SIS (Consulta en Línea o el que corresponda), al momento de demandar una atención de salud en las IPRESS.
- 6.2. En caso de que la condición del asegurado en la base de consulta utilizada se encuentre en estado "ANULADO o INACTIVO", no contará con la cobertura financiera de **LAS IAFAS**. Si los asegurados al SIS en el régimen semicontributivo se encuentran en estado "INACTIVO" y cuentan con los respectivos vouchers de pago antes de acceder a la atención, podrán ser atendidos con financiamiento de **LAS IAFAS**.
- 6.3. Para el caso de las afiliaciones directas temporales sin documento de identidad, la verificación se realizará en la consulta en línea del SIS y la acreditación será de acuerdo con la normativa establecida y vigente. En la afiliación directa temporal de los recién nacidos se debe registrar el número del Certificado de Nacido Vivo (CNV) y el documento de identidad de la madre, con la finalidad de realizar la vinculación de la afiliación cuando se efectúe la afiliación permanente (con DNI).
- 6.4. En el caso de menores de edad que requieran el financiamiento de prestaciones de alto costo bajo la cobertura de la **IAFAS FISSAL**, la verificación de la condición del menor asegurado incluirá a sus padres, de detectarse casos con derecho a otro seguro de salud, se deberá suscribir una declaración jurada simple en la que se consigne que no procede su atención y tratamiento a través de los seguros a los que estén afiliados. Los casos excepcionales serán consultados directamente a la DIGEA.

CLÁUSULA SÉPTIMA: OBLIGACIONES DE LAS IAFAS

- 7.1. Efectuar transferencias financieras oportunamente a favor de las UE de **EL PRESTADOR**, para financiar las prestaciones de salud y administrativas que se brinden a los asegurados del SIS, según normativa, según los mecanismos de pago, tarifas y demás condiciones acordadas entre **LAS PARTES** en el presente convenio, de acuerdo con el marco presupuestal de **LAS IAFAS**.
- 7.2. Establecer el marco presupuestal del financiamiento a **EL PRESTADOR**, materia del presente Convenio, que incluye los saldos de balance del período anterior, otros recursos financieros asignados por dispositivos legales emitidos por el gobierno en el año correspondiente y las transferencias financieras que realicen **LAS IAFAS** en el marco del convenio suscrito, el mismo que se consignará en el Acta de Compromisos.
- 7.3. Realizar la evaluación de los procesos de afiliación, control prestacional y supervisión financiera de las prestaciones realizadas por **EL PRESTADOR**, de acuerdo con la normativa vigente.
- 7.4. Realizar el monitoreo y seguimiento del cumplimiento de las condiciones definidas en el presente convenio.
- 7.5. Poner a disposición de **EL PRESTADOR** los aplicativos informáticos operativos (ARFSIS, SIASIS, SIGEPS u otros) y herramientas de gestión que les permitan registrar o enviar las prestaciones de salud y/o



**CONVENIO ENTRE EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD, FONDO INTANGIBLE SOLIDARIO DE SALUD Y LA DIRECCIÓN DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA CENTRO, PARA EL FINANCIAMIENTO DE LAS PRESTACIONES BRINDADAS A SUS ASEGURADOS**

administrativas oportunamente. En caso debidamente justificado y sustentado por la IPRESS, se podrá considerar el levantamiento de la extemporaneidad de acuerdo a la normatividad vigente.

- 7.6. Poner a disposición a un usuario único asignado por **EL PRESTADOR** la información registrada, a través de un acceso de un FTP (Protocolo de transferencias de ficheros). El SIS deberá hacer los esfuerzos para que esta información sea entregada en el menor tiempo posible desde el cierre de producción mensual.
- 7.7. Brindar asistencia técnica a **EL PRESTADOR** sobre los procesos que desarrollen LAS IAFAS en el marco del presente convenio, lo que incluye la implementación del FUA electrónica, de manera oportuna y efectiva mutuamente.
- 7.8. Realizar visitas programadas o inopinadas a **EL PRESTADOR** a través de las GMR/UDR para la validación de la información registrada/remitida a **LAS IAFAS** en materia financiera, prestacional y de aseguramiento, y de corresponder realizará los ajustes a las liquidaciones correspondientes o las deducciones a realizar al marco presupuestal según el presente convenio.
- 7.9. **LAS IAFAS** emitirán los documentos técnicos que correspondan para la Operativización del presente Convenio.
- 7.10. Informar a los Órganos de Control correspondientes sobre presuntas irregularidades detectadas en el ámbito de **EL PRESTADOR** en el marco del presente convenio y al amparo de lo dispuesto en la normatividad vigente.
- 7.11. Informar a sus asegurados sobre el alcance de los servicios de salud contratados con **EL PRESTADOR**, a través de los canales de comunicación implementados por **LAS IAFAS**.
- 7.12. Brindar oportunamente información a **EL PRESTADOR**, sobre los asegurados con derecho a la atención de servicios de salud, coberturas y beneficios que les resulten aplicables.
- 7.13. Financiar los traslados de emergencia de los asegurados que gestione la IPRESS de **EL PRESTADOR** con otra IPRESS pública con el cual **LA IAFAS SIS** tiene Convenio Vigente. de acuerdo con la normatividad vigente al momento del traslado. En caso, de asegurados con COVID-19 o con sospecha de COVID-19 financiar los traslados de emergencia de los asegurados que gestionen las IPRESS de **EL PRESTADOR** con otras IPRESS públicas, privadas o mixtas, con Convenio o Contrato vigente con **LA IAFAS SIS**, de acuerdo con la normatividad vigente al momento del traslado. **LA IAFAS FISSAL**, de acuerdo con su cobertura, financiará las prestaciones por traslado de paciente oncológico estable, según normativa.
- 7.14. Informar a **EL PRESTADOR** sobre los procedimientos administrativos para la atención de los asegurados y aquellos que se derivan en su relación con **LAS IAFAS**, así como las modificaciones que se susciten.
- 7.15. **LAS IAFAS** financian la cobertura del PEAS y Plan Complementario de los afiliados en el marco de la normatividad vigente.
- 7.16. Coordinar y asumir directamente la referencia de los asegurados a otras IPRESS que conforma otra red de atención de salud cuando el estado de salud determinado por el médico así lo requiera, o cuando la Dirección Regional o unidad ejecutora no haya podido referirlo a otra IPRESS de la red de LAS IAFAS, según las condiciones de salud pactadas en el marco de la normatividad vigente, a fin de asegurar la continuidad de la atención de las necesidades de salud de los asegurados, con la debida oportunidad, eficacia y eficiencia y de acuerdo a las disposiciones establecidas en las normas sanitarias correspondientes.
- 7.17. Poner a disposición de los usuarios el Libro de Reclamaciones en Salud, de conformidad con las normas vigentes.

OBLIGACIONES EXCLUSIVAS DE LA IAFAS SIS:

- 7.18. Afiliar independientemente de la clasificación socioeconómica, a toda persona residente en territorio nacional que no cuente con un seguro de salud, con esta afiliación se garantizará la cobertura, de acuerdo con el plan de seguro que le corresponda.
- 7.19. **LA IAFAS SIS** en cumplimiento de la Ley N° 31365, Ley de Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2022 contemplará como parte del marco presupuestal las transferencias financieras que se efectúe a las unidades ejecutoras por el gasto incurrido por el Centro Nacional de Abastecimiento de Recursos



**CONVENIO ENTRE EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD, FONDO INTANGIBLE SOLIDARIO DE SALUD Y LA DIRECCIÓN DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA CENTRO, PARA EL FINANCIAMIENTO DE LAS PRESTACIONES BRINDADAS A SUS ASEGURADOS**

Estratégicos en Salud (CENARES) para las compras de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios a favor de afiliados al SIS.

- 7.20. **LA IAFAS SIS** permitirá el registro de las prestaciones de UPSS reconocidas por la Autoridad Sanitaria, de manera preliminar, en tanto se regulariza la situación de la IPRESS.

CLÁUSULA OCTAVA: OBLIGACIONES DE EL PRESTADOR

- 8.1. Garantizar que las IPRESS de su jurisdicción, brinden prestaciones de salud y prestaciones administrativas en forma gratuita, oportuna y de calidad a los asegurados, en el marco del Plan de Beneficios de **LAS IAFAS**, en condiciones óptimas de calidad, seguridad y oportunidad; cumpliendo con el marco normativo, protocolos, guías de práctica clínica y estándares establecidos por la Autoridad Sanitaria Nacional.
- 8.2. Mantener vigente sus autorizaciones, licencia de apertura, funcionamiento y demás permisos que, de acuerdo con la Ley, le sean requeridos. Asimismo, se obliga a mantener vigente su registro ante SUSALUD
- 8.3. **EL PRESTADOR** deberá informar de forma oportuna los cambios de estado y/o nuevas IPRESS que realicen en el registro de RENIPRESS a la **IAFAS SIS**, para la actualización del Anexo N° 01 del presente convenio.
- 8.4. Realizar los procesos de afiliación y otros establecidos por **LAS IAFAS** de acuerdo con lo señalado en la normativa vigente, según corresponda.
- 8.5. Brindar las facilidades para la implementación de las OAA.
- 8.6. Registrar todas las atenciones del asegurado en la Historia Clínica, sean intra o extramurales, de acuerdo con la normatividad vigente. La Historia Clínica es el respaldo de los registros en el FUA del SIS.
- 8.7. Registrar o enviar todas las prestaciones realizadas a los asegurados en los aplicativos informáticos que proporcione el SIS dentro de los plazos establecidos por **LAS IAFAS**.
- 8.8. Verificar que las IPRESS de su jurisdicción guardan estricta confidencialidad y reserva respecto a la información de los asegurados de **LAS IAFAS** y de aquella que se genere en la IPRESS respetando lo previsto en la Ley N° 29414, Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud y su Reglamento y la Ley N° 29733, Ley de Protección de Datos Personales, así como en sus respectivos reglamentos.
- 8.9. Administrar eficientemente los recursos transferidos por **LAS IAFAS**, en el marco del presente Convenio y de la normativa vigente; priorizando que los créditos presupuestarios estén destinados para la adquisición de los PF, DM y PS necesarios para la atención de los asegurados del SIS. **EL PRESTADOR** a través de sus IPRESS adscritas, se obliga a garantizar la disponibilidad de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios, según lo establecido por el Ministerio de Salud; cumpliendo como mínimo con el uso del Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales del Sector Salud – PNUME.
- 8.10. Cumplir con las disposiciones y procedimientos establecidos a través de normas, directivas administrativas u otros documentos que aprueben **LAS IAFAS** y se encuentre vigentes.
- 8.11. Ejecutar de forma oportuna las acciones y medidas dictadas por norma, cuando se toma conocimiento de desabastecimiento inminente de PF, DM y PS en la IPRESS de **EL PRESTADOR**, que pongan en riesgo la salud de la población afiliada al SIS.
- 8.12. Diferenciar y mantener a lo largo del periodo fiscal en secuencias funcionales (SECFUN) exclusivas la incorporación de los saldos de balance (SB), de acuerdo con los siguientes criterios:

8.12.1. **LA IAFAS SIS:**

- SB PES COVID
- SB DU 046 -2021 - Prestaciones de Salud
- SB DU 046 -2021 - Prestaciones Administrativas (traslado de emergencia, procedimientos especiales y casas maternas).
- SB Prestaciones Administrativas (traslado de emergencia, procedimientos especiales y casas maternas).
- SB Prestaciones de salud.



**CONVENIO ENTRE EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD, FONDO INTANGIBLE SOLIDARIO DE SALUD Y LA DIRECCIÓN DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA CENTRO, PARA EL FINANCIAMIENTO DE LAS PRESTACIONES BRINDADAS A SUS ASEGURADOS****8.12.2. LA IAFAS FISSAL**

- SB DU 046 -2021 - Prestaciones de Salud (de acuerdo a Secuencia Funcional-SECFUN).
- SB Prestaciones Administrativas-Traslado de paciente oncológico estable (de acuerdo con la específica de gasto 23.21.21 Pasajes y Gastos de Transporte)
- SB No Tarifados-Procedimientos Especiales (de acuerdo con la específica de gasto 23.26.41 Gastos por Prestaciones de Salud)
- SB Prestaciones de salud (de acuerdo a Secuencia Funcional-SECFUN).

8.12.3. OTROS FINANCIADORES (de acuerdo a Secuencia Funcional-SECFUN).

8.13. Diferenciar y mantener a lo largo del periodo fiscal en secuencias funcionales (SECFUN) exclusivas la incorporación de los recursos transferidos, de acuerdo con los siguientes criterios:

8.13.1. LA IAFAS SIS:

- Transferencia Prestaciones de salud
- Transferencia Prestaciones Administrativas (traslado de emergencia, procedimientos especiales y casas maternas).
- Transferencia Ley N° 31365 (Ampliación DU 046 -2021) – Prestaciones de Salud
- Transferencia Ley N° 31365 (Ampliación DU 046 -2021) – Prestaciones Administrativas (traslado de emergencia, procedimientos especiales y casas maternas).
- Transferencia PES COVID
- Otras transferencias que realice LA IAFAS SIS

8.13.2. LA IAFAS FISSAL

- Transferencia Prestaciones de salud.
- Prestaciones Administrativas-Traslado de paciente oncológico estable (de acuerdo a específica de gasto 23.21.21 Pasajes y Gastos de Transporte)
- No Tarifados-Procedimientos Especiales (de acuerdo con específica de gasto 23.26.41 Gastos por Prestaciones de Salud)
- Otras transferencias que realice LA IAFAS FISSAL

8.13.3. OTROS FINANCIADORES

8.14. Diferenciar en secuencias funcionales (SECFUN) exclusivas la incorporación de los recursos transferidos de prestaciones de salud, DU, y las prestaciones administrativas (por expediente), de la IAFAS FISSAL, la incorporación debe realizarse de acuerdo con la categoría presupuestal en la que se transfiere los recursos, de acuerdo con las prioridades, necesidades y la finalidad.

8.15. **EL PRESTADOR** debe incorporar los recursos financieros transferidos por la IAFAS SIS a nivel de la partida "ACTIVIDADES", categoría presupuestal, cumpliendo la cadena funcional programática de acuerdo con la prioridades y necesidades de la IPRESS.

8.16. **EL PRESTADOR** que tiene a su cargo **CLAS** deberá realizar la ejecución de los gastos correspondientes y de acuerdo con los requerimientos y necesidades de los **CLAS** y estos gastos deben estar permitidos de acuerdo la Directiva Administrativa de Control Financiero de la IAFAS SIS.

8.17. Permitir y otorgar las facilidades a **LAS IAFAS**, para que realicen los procesos de control prestacional, auditoría médica, promoción de sus deberes y derechos, protección al asegurado, monitoreo, supervisión y seguimiento a las transferencias financieras, y otras que correspondan

8.18. Realizar el monitoreo, supervisión y el cumplimiento de los indicadores acordados en el presente Convenio.

8.19. Devolver a los asegurados al SIS el importe económico equivalente al cobro indebido que se hubiera realizado en las IPRESS de su jurisdicción

8.20. Implementar las acciones y recomendaciones, según sea el caso, que correspondan a los resultados de los procesos de control y supervisión que efectúen **LAS IAFAS**.



**CONVENIO ENTRE EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD, FONDO INTANGIBLE SOLIDARIO DE SALUD Y LA DIRECCIÓN DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA CENTRO, PARA EL FINANCIAMIENTO DE LAS PRESTACIONES BRINDADAS A SUS ASEGURADOS**

- 8.21. Informar a los Órganos de Control correspondientes sobre presuntos incumplimientos de **LAS IAFAS** en el marco del presente Convenio.
- 8.22. Garantizar que las IPRESS de su jurisdicción no realicen cobros indebidos, por los servicios de salud que son objeto del presente CONVENIO.
- 8.23. Garantizar que las IPRESS de su jurisdicción, que intervienen en el presente convenio cumplan con los procedimientos, protocolos y estándares de calidad y oportunidad de las prestaciones de salud que brindan de acuerdo con su nivel resolutivo. Para tal efecto, debe garantizar que los recursos humanos, tecnológicos, de infraestructura, suministros y en general todos sus parámetros de operación y entrega de servicios, cumplan con los estándares mínimos vigentes y la normatividad aplicables para tales efectos.
- 8.24. Verificar que las IPRESS de su jurisdicción no discriminen en su atención en salud a los asegurados de **LAS IAFAS** por motivos de raza, sexo, religión, opiniones políticas, nacionalidad, origen social, capacidad de pago o riesgo, discapacidad u otras, en el marco de la normatividad vigente.
- 8.25. No ceder a terceros, total o parcialmente los derechos y obligaciones de este convenio que no hayan sido previamente acordado entre **LAS PARTES**.
- 8.26. Garantizar que las atenciones de salud se realicen de acuerdo con las orientaciones contenidas en protocolos y guías de práctica clínica vigentes, así como el llenado de los formatos de atención según los requerimientos de **LAS IAFAS**
- 8.27. Garantizar que las IPRESS de su jurisdicción cuenten con una Historia Clínica única por paciente o usuario de salud, donde conste todas sus atenciones de salud, sean ambulatorias, hospitalarias o de emergencia. La Historia Clínica, deberá cumplir con todos los requisitos y condiciones dispuestas por las normas aplicables para tal propósito. LA IPRESS debe poner a disposición y/o entregar a la IAFAS la historia clínica ya sea en medio físico o electrónico de los pacientes que se atienden en mérito al presente CONVENIO.
- 8.28. En caso de que la IPRESS no cuente con oferta disponible o capacidad resolutiva suficiente para atender las necesidades de salud del Asegurado SIS, ésta debe realizar las gestiones conforme a lo establecido normativamente, para su respectiva referencia a otra IPRESS de la red de **LAS IAFAS**, según corresponda.
- 8.29. Presentar a **LAS IAFAS** toda la información necesaria para el control y validación de los servicios de salud brindados y demás información requerida por SUSALUD, incluyendo la información de su cartera de servicios en el RENIPRESS.
- 8.30. Informar de inmediato a **LAS IAFAS** sobre cualquier evento extraordinario o inusual que pudiera afectar la debida y oportuna atención a los asegurados.
- 8.31. Poner a disposición de los usuarios el Libro de Reclamaciones en Salud, de conformidad con las normas vigentes.
- 8.32. Garantizar la verificación de la adscripción, identidad del paciente o usuarios de salud y su condición de asegurado.
- 8.33. Cumplir con los procedimientos y/o normativas establecidas por **LAS IAFAS** para la autorización con fines de cobertura de las tecnologías sanitarias.
- 8.34. Participar activamente en las visitas de supervisión efectuadas por **LAS IAFAS**, con el propósito de cautelar los derechos del asegurado SIS.
- 8.35. En caso de traslado aéreo de pacientes en condición de emergencia prioridad I financiados por el SIS, la IPRESS de origen garantiza el efectivo abordaje del paciente en el transporte aéreo, caso contrario se realizará un ajuste negativo a **EL PRESTADOR** por los costos que genere el traslado aéreo trunco a la IPRESS de destino
- 8.36. Los recursos transferidos no podrán ser destinados, bajo responsabilidad de **EL PRESTADOR** que recibe la transferencia, para fines distintos a los cuales han sido autorizados, como por ejemplo el efectuar pagos de obligaciones de periodos presupuestales anteriores.
- 8.37. Las IPRESS de **EL PRESTADOR** deberán sincerar y oficializar su cartera de servicios de acuerdo con la normativa vigente y brindar como mínimo los servicios que le correspondan de acuerdo con su categoría.
- 8.38. Realizar la asignación de asegurados que requieran recibir atenciones de hemodiálisis en IPRESS privadas, en aras de contribuir al acceso oportuno, de acuerdo con lo establecido en la Resolución Jefatural N° 022-



**CONVENIO ENTRE EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD, FONDO INTANGIBLE SOLIDARIO DE SALUD Y LA DIRECCIÓN DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA CENTRO, PARA EL FINANCIAMIENTO DE LAS PRESTACIONES BRINDADAS A SUS ASEGURADOS**

2019-SIS/FISSAL/J, Guía Operativa N° 01-2019-SIS-FISSAL "Guía Operativa de Asignación y Reasignación de asegurados SIS que requieren Hemodiálisis en las IPRESS Privadas a nivel nacional". Asimismo, la IPRESS pública deberá continuar brindando la atención en los servicios que requieran dichos pacientes, con el propósito de realizar el seguimiento de los mismos.

- 8.39. Reportar quincenalmente la data de ingresos y gastos obtenidos del SIAF por todas las fuentes de financiamiento de acuerdo con el cronograma establecido por la GNF-SIS, el envío de información de manera inoportuna, errónea o incompleta es responsabilidad de **EL PRESTADOR**.
- 8.40. Reportar mensualmente a DIGEMID el ICI en los plazos según cronograma establecido por DIGEMID, de acuerdo con la normativa vigente y remitir simultáneamente una copia a **LA IAFAS SIS** vía electrónica. Los resultados que se generen por el envío de información de manera inoportuna, errónea o incompleta es responsabilidad de **EL PRESTADOR**. La omisión de un envío mensual ocasionará la suspensión y perderán el derecho de evaluación del indicador financiero 2 "Porcentaje de Stock Disponible de PF, DM y PS", por lo tanto, no se transferirá el porcentaje del presupuesto asignado; salvo sea regularizado el envío debidamente sustentado.
- 8.41. Mantener el Porcentaje de Stock Disponible PF, DM y PS en un margen no menor de 2% con respecto a la meta establecida para el IF2 posterior al mes de evaluación hasta el cierre del año fiscal; en caso de no cumplir la meta de la negociación del IF2: Porcentaje de Stock Disponible PF, DM y PS en la Adenda del siguiente año fiscal será mínimo lo acordado en este periodo.
- 8.42. Reportar mensualmente a la DIGEMID los precios de operación de PF, DM y PS de las IPRESS de **EL PRESTADOR**, en el marco de la normatividad establecida por la ANM.
- 8.43. Reportar mensualmente la data de las notas de modificación presupuestal y genera data de ingresos y gastos obtenidos del SIAF por todas las fuentes de financiamiento a **LAS IAFAS**.
- 8.44. Las Unidades Ejecutoras de **EL PRESTADOR** que tienen a cargo CLAS, son responsables de la administración y utilización de los recursos transferidos por la IAFAS SIS, atendiendo las necesidades prioritarias del CLAS de acuerdo con la Directiva Administrativa de control financiero y la normativa vigente
- 8.45. Implementar progresivamente un Sistema Historia Clínica Electrónica o un Sistema de Gestión Hospitalaria que permita enviar los FUAs de forma automática usando la plataforma SOASIS de la **IAFAS SIS**, en reemplazo de los aplicativos ARFSIS y SIGEPS.
- 8.46. Las IPRESS de **EL PRESTADOR** que realicen el diagnóstico o brinden tratamiento al asegurado con Enfermedades Raras o Huérfanas, deberán verificar y en su defecto, garantizar que éste se encuentre en el Registro Nacional de Pacientes que padecen de Enfermedades Raras y Huérfanas que es administrado por el Ministerio de Salud.
- 8.47. Las IPRESS de **EL PRESTADOR** que se encuentren comprendidas en la disposición complementaria transitoria número 8.7 de la Directiva Administrativa N° 249-MINSA/2018/DIGEMID "Gestión del Sistema Integrado de Suministro Público de productos farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios -SISMED" aprobada con Resolución Ministerial N° 116-2018/MINSA y sus modificatorias deberán reportar mensualmente a DIGEMID las autorizaciones de adquisición y/o utilización de medicamentos no incluidos en el PNUME aprobadas por su Comité Farmacoterapéutico y remitirá simultáneamente una copia a LA IAFAS FISSAL vía electrónica.
- 8.48. Brindar las facilidades para la ejecución de visitas de protección y seguimiento de asegurados SIS con cobertura FISSAL en forma presencial y remota, esto incluye la gestión de reclamos.

CLÁUSULA NOVENA: COBERTURA PRESTACIONAL DEL TRANSEÚNTE

- 9.1. Los asegurados en condición de transeúnte o que sean parte de la "Población Amazónica o VRAEM", podrán recibir en el primer nivel de atención las prestaciones preventivas y recuperativas, fuera del ámbito de su Región.



H. GARAVITO



C. TENGAN



E. MUÑOZ



V. ZUMARÁN



M. BAZAN L.



E. OLIVA



C. VILA



E. VALDEZ



CONVENIO ENTRE EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD, FONDO INTANGIBLE SOLIDARIO DE SALUD Y LA DIRECCIÓN DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA CENTRO, PARA EL FINANCIAMIENTO DE LAS PRESTACIONES BRINDADAS A SUS ASEGURADOS

CLÁUSULA DÉCIMA: GESTIÓN DE FORTALECIMIENTO DE LA INTEGRIDAD

- 10.1. En caso **LAS IAFAS** identifique presuntas situaciones de fraude en las prestaciones brindadas por **EL PRESTADOR**, comunicarán a los órganos competentes de acuerdo con la normativa vigente.
- 10.2. El contenido del FUA tienen carácter de declaración jurada bajo responsabilidad de **EL PRESTADOR**.
- 10.3. **LAS PARTES** declaran que, en la ejecución o cumplimiento del objeto del presente Convenio, se adoptan los mecanismos o medidas convenientes a fin de prevenir la posible comisión de actos de corrupción y/o cualquier otro acto vinculado con el mismo.
- 10.4. **LAS PARTES** reconocen, garantizan y certifican que todas las actividades a ser desarrolladas en cumplimiento de este convenio serán realizadas en estricto cumplimiento de las disposiciones legales aplicables en materia anticorrupción.
- 10.5. **LAS PARTES** declaran y se comprometen a que sus representantes legales, funcionarios, servidores, las personas naturales y jurídicas con las que tienen relaciones directa o indirecta, no han ofrecido, entregado, autorizado, negociado o efectuado, cualquier pago solicitado o aceptado alguna ventaja ilícita, pecuniaria, económica o similar, o en general, cualquier beneficio o incentivo en relación con el CONVENIO.
- 10.6. **LAS PARTES** se comprometen a que no ofrecerán, entregarán, ni autorizarán o aceptarán ninguna ventaja ilícita pecuniaria, económica o similar durante la ejecución del presente CONVENIO, en el marco de la Resolución Jefatural N°133-2019/SIS.
- 10.7. Asimismo, **LAS PARTES** se comprometen a comunicar a la otra parte inmediatamente de haber tomado conocimiento de la ocurrencia de algunos de los supuestos antes contemplados a efectos de que se adopten las medidas preventivas y correctivas necesarias; comunicando asimismo a las instancias competentes a efectos que se determinen las responsabilidades disciplinarias, civiles o penales que pudieran corresponder.
- 10.8. El incumplimiento del deber de comunicación antes señalado constituye causal de nulidad del presente CONVENIO.
- 10.9. El contenido de la data de ingresos y egresos tienen carácter de declaración jurada bajo responsabilidad de **EL PRESTADOR**.
- 10.10. El contenido del ICI tiene carácter de declaración jurada bajo responsabilidad de **EL PRESTADOR**.

CLÁUSULA DÉCIMOPRIMERA: DE LOS AJUSTES Y DEDUCCIONES:

- 11.1. En caso **LAS IAFAS** mediante sus procesos de control, monitoreo o supervisión prestacional, de aseguramiento o financiero, detectase alguna prestación que no ha sido realizada o presenta inconsistencia, podrá aplicar los ajustes que correspondan en las liquidaciones de las prestaciones.
- 11.2. En caso de identificarse gastos no vinculados al objeto del presente convenio y/o discordancias en el cruce de información ICI-SIASIS y/o los indicados en la normativa que establezcan **LAS IAFAS**, se realizará los ajustes dentro de las liquidaciones correspondientes, en el marco de la normativa vigente.
- 11.3. En caso **LAS IAFAS** mediante sus procesos de control, monitoreo o supervisión prestacional, de aseguramiento o financiero, detectase el incumplimiento de normativa prestacional y de aseguramiento, así como la desviación de fondos y gastos que no correspondan a la normativa de utilización de los recursos transferidos por las **IAFAS** y este afecte al mecanismo PER cápita se aplicará la deducción correspondiente a su marco presupuestal del próximo periodo.
- 11.4. Lo descrito en el párrafo anterior (párrafo 11.3) también se aplicará a los resultados del proceso de control, monitoreo o supervisión prestacional, de aseguramiento o financiero que correspondan a las transferencias por el mecanismo de pago capitado de los convenios suscritos con anterioridad.
- 11.5. En caso la **IAFAS SIS** mediante el proceso de control, monitoreo y supervisión de aseguramiento identificará variación entre el número de asegurados de la fecha de corte utilizada para la transferencia correspondiente al presente periodo fiscal y el número de asegurados del periodo fiscal anterior se



**CONVENIO ENTRE EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD, FONDO INTANGIBLE SOLIDARIO DE SALUD Y LA DIRECCIÓN DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA CENTRO, PARA EL FINANCIAMIENTO DE LAS PRESTACIONES BRINDADAS A SUS ASEGURADOS**

aplicará la deducción correspondiente en la próxima transferencia, considerando la variación de asegurados por el valor del cápita del periodo a evaluar.

CLÁUSULA DÉCIMOSEGUNDA: GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

Las IPRESS aplicarán las guías de práctica clínica y/o protocolos de atención y/o normas técnicas y/u otros documentos normativos aprobados en las prestaciones brindadas a los asegurados del SIS, según corresponda.

CLÁUSULA DÉCIMOTERCERA: GARANTÍAS EXPLÍCITAS

El **PRESTADOR** se compromete al cumplimiento de las garantías explícitas reconocidas y aprobadas por el Decreto Supremo N° 023-2021-SA, norma que rige el PEAS y sus Planes complementarios, en lo que corresponde a su nivel resolutivo.

CLÁUSULA DÉCIMO CUARTA: CÓDIGOS Y ESTÁNDARES

Para la remisión de la información entre **LAS IAFAS** y **EL PRESTADOR**, se utilizarán los códigos y estándares establecidos normativamente por el Ministerio de Salud, así como los formatos aprobados por SUSALUD de acuerdo con la normativa vigente.

CLÁUSULA DÉCIMOQUINTA: DERECHO DE REPETICIÓN

En el caso que el registro de afiliados al Aseguramiento Universal en Salud de SUSALUD no se encuentre actualizado por información insuficiente o inoportuna, proporcionada por cualquier IAFAS, el SIS podrá solicitar el reembolso de las prestaciones financiadas a **LAS IAFAS** correspondientes. El supuesto enunciado no es limitativo respecto a otros que ameriten el derecho de repetición, contra otras IPRESS o IAFAS.

CLÁUSULA DÉCIMOSEXTA: RESPONSABILIDAD POR VICIOS OCULTOS

La conformidad del servicio por parte de **LAS IAFAS** no enerva su derecho a reclamar posteriormente por defectos o vicios ocultos, conforme a lo dispuesto en la normativa vigente.

CLÁUSULA DÉCIMO SÉPTIMA: PREVALENCIA DE NORMAS

En caso de discrepancia entre lo previsto en el presente convenio y disposiciones legales de carácter imperativo, aplicables en relación con el objeto y contenido, prevalecerán éstas últimas sobre el presente convenio. Asimismo, cualquier interpretación que sea necesaria deberá realizarse teniendo en consideración los términos establecidos en el presente convenio.

CLÁUSULA DÉCIMO OCTAVA: SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

Todo conflicto derivado de la ejecución e interpretación del convenio que devenga en un perjuicio para su ejecución, **LAS IAFAS** y **EL PRESTADOR** 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 mediante Adenda. No obstante, en caso de no llegar a un acuerdo **LAS IAFAS** y **EL PRESTADOR** se comprometen a someterse a Conciliación Extrajudicial a fin de dirimir las controversias surgidas en el desarrollo del mismo.



H. GARAVITO



C. TENGAN



F. Muñoz



M. BAZAN L.



E. OLIVERA



GERENTE GREP



E. VALDEZ



V. ZUMARÁN

**CONVENIO ENTRE EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD, FONDO INTANGIBLE SOLIDARIO DE SALUD Y LA DIRECCIÓN DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA CENTRO, PARA EL FINANCIAMIENTO DE LAS PRESTACIONES BRINDADAS A SUS ASEGURADOS**

En caso **LAS IAFAS** y **EL PRESTADOR** hayan acordado el someter sus controversias a arbitraje y no alcancen un acuerdo sobre el centro de arbitraje competente, dentro de un plazo máximo de quince (15) días hábiles de suscitada la controversia, se entenderá como centro competente al Centro de Conciliación y Arbitraje (CECONAR) de SUSALUD.

CLÁUSULA DÉCIMO NOVENA: VIGENCIA, RENOVACIÓN Y MODIFICACIÓN DEL CONVENIO

- 19.1. **LAS PARTES** reconocen que las prestaciones de salud y administrativas brindadas por **EL PRESTADOR** a los afiliados SIS, así como el consecuente tratamiento por parte de **LAS IAFAS** de la información transmitida por **EL PRESTADOR** desde el 1º de enero del 2022 a la fecha de suscripción del presente instrumento, responden a las condiciones y términos estipuladas en el mismo, conducta de **LAS PARTES** que revela y confirma la existencia, desde la fecha indicada, del convenio de financiamiento de prestaciones de salud cuyos términos se describen en el presente documento, por lo que a través de la presente cláusula se acuerda precisar que el presente convenio surte efectos desde el 01 de enero del año 2022 y tiene una duración de tres (03) años
- 19.2. Cumplido el periodo de vigencia, podrá ser renovado previa evaluación y con la suscripción de la Adenda respectiva, salvo que exista solicitud expresa de término del convenio por una de **LAS PARTES**, con anticipación de quince (15) días antes de su término.
- 19.3. Si una de **LAS PARTES** considera pertinente modificar alguna de las cláusulas establecidas en el Convenio, comunicará a la otra parte de forma expresa, respecto de las modificaciones a efectuarse, a fin de que las mismas sean analizadas y evaluadas para su aprobación, a través de una Adenda.
- 19.4. Con posterioridad a la vigencia del presente convenio, subsistirán las obligaciones de **EL PRESTADOR** respecto de reportar información vinculada a las transferencias de recursos que se hubieran realizado en mérito del presente convenio hasta su total liquidación, así como de las prestaciones de salud brindadas a los asegurados del SIS.

CLÁUSULA VIGÉSIMA: RESOLUCIÓN O CONCLUSIÓN DEL CONVENIO

Son causales de resolución del presente convenio las siguientes:

- 20.1. De común acuerdo entre ambas partes, cualquiera de **ellas** podrá resolver el **CONVENIO**, sin ninguna responsabilidad, en caso fortuito o fuerza mayor que imposibilite de manera definitiva la continuidad del convenio.
- 20.2. Incumplimiento o cumplimiento parcial, tardío o defectuoso de cualquier obligación de una de **LAS PARTES**. Para tal efecto la parte que se perjudica con el incumplimiento debe requerir por escrito notarialmente a la otra parte el cumplimiento de la obligación esencial contemplada en el presente convenio en el plazo de quince (15) días calendario, bajo apercibimiento de resolución de **CONVENIO**. Si el requerimiento no se cumple dentro del plazo señalado, el contrato quedará automáticamente resuelto.
- 20.3. La cancelación de autorización de funcionamiento otorgada por la Superintendencia Nacional de Salud a una de las IAFAS o la cancelación de la inscripción de la IPRESS que forma parte de la jurisdicción de **EL PRESTADOR**, en el Registro Nacional de IPRESS-RENIPRESS.
- 20.4. Cuando se resuelva el **CONVENIO**, por causales imputables a alguna de **LAS PARTES**, se debe resarcir los daños y perjuicios ocasionados a través de la indemnización correspondiente.
- 20.5. **LAS PARTES** quedan obligadas al cumplimiento de sus obligaciones hasta el momento en que se haga efectiva la resolución del convenio.
- 20.6. En el caso de un paciente o usuario de salud asegurado que esté recibiendo atenciones por hospitalización al momento de la resolución del contrato, LA IPRESS garantizará la continuidad de su atención, hasta su recuperación, alta o su transferencia autorizada a otra IPRESS, lo que ocurra primero. **LAS IAFAS** deben cubrir el pago de dichas atenciones según las condiciones pactadas, en el presente **CONVENIO**





CONVENIO ENTRE EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD, FONDO INTANGIBLE SOLIDARIO DE SALUD Y LA DIRECCIÓN DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA CENTRO, PARA EL FINANCIAMIENTO DE LAS PRESTACIONES BRINDADAS A SUS ASEGURADOS

CLÁUSULA VIGÉSIMOPRIMERA: SOBRE LAS TRANSFERENCIAS REALIZADAS CON ANTERIORIDAD A LA SUSCRIPCIÓN DEL CONVENIO

- 21.1 Los saldos resultantes de las liquidaciones de las prestaciones financiadas por las IAFAS del convenio del periodo anterior que tengan las UE, LAS IAFAS consideraran el saldo a las liquidaciones generadas en el presente convenio.
21.2 Los mecanismos de pago que no tengan continuidad en el presente convenio y que aun cuenten con saldos, se les realizaran los ajustes a la liquidación del mecanismo de pago que correspondan, y en el caso que esta deducción afecte al mecanismo PER cápita se aplicara a su marco presupuestal del próximo periodo.

CLÁUSULA VIGÉSIMOSEGUNDA: MECANISMOS DE PAGO, MODALIDADES Y CONDICIONES DE TRANSFERENCIA PARA EL I Y II NIVEL DE ATENCIÓN CON POBLACIÓN ADSCRITA

- 22.1. Está compuesto por dos (02) mecanismos de pago, que son: Pago Per Cápita y Pago por Prestaciones de Salud, que aplican según el nivel de atención
22.2. Pago Per Cápita: La unidad de pago es el asegurado. Este pago cubre las prestaciones de salud promocionales, preventivas, recuperativas que se brinden a los asegurados del SIS de acuerdo con su Plan de Beneficios, los cuales son brindados por las IPRESS del I y II nivel de atención con población adscrita.

- 22.2.1. Tramo I, corresponde al 80 % del monto total, el cual se transfiere según lo descrito en el cuadro N°01.
22.2.2. Tramo II, corresponde al 20 % del monto total, el cual se transfiere en función a los resultados de la evaluación del cumplimiento de las metas y porcentajes acordadas de los indicadores financieros, prestacionales y de gratuidad de la atención al afiliado, según lo descrito en el cuadro N° 01.

Cuadro N° 01

Table with 5 columns: MECANISMO DE PAGO, MODALIDAD, N° DE TRANSFERENCIA, TIPOS DE INDICADOR, PORCENTAJE DE TRANSFERENCIA, MES DE EVALUACIÓN, and CONDICIÓN GENERAL. It details the payment mechanisms for Tramo I and Tramo II, including modalities like Prospective and Retrospective, and specific conditions for each.



**CONVENIO ENTRE EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD, FONDO INTANGIBLE SOLIDARIO DE SALUD Y LA DIRECCIÓN DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA CENTRO, PARA EL FINANCIAMIENTO DE LAS PRESTACIONES BRINDADAS A SUS ASEGURADOS**

			involucrada será objeto de un descuento porcentual calculado en base al número total de FUAS considerados en la acción de verificación.	
CONDICIÓN ESPECIAL	En caso de no cumplir con los objetivos financieros al cierre del I trimestre del año fiscal (31 de marzo), de acuerdo a los plazos determinados para la recepción de la información, EL PRESTADOR perderá el derecho de evaluación y la transferencia del Tramo II (20%).	No aplica.	No aplica	No aplica.

Objetivos financieros:

- i. Incorporar el 100% del Saldo de Balance de los recursos financieros transferidos por LA IAFAS SIS de periodos precedentes en los clasificadores permitidos de acuerdo con la Directiva vigente para el control financiero.
- ii. Incorporar el 100% de las transferencias de recursos financieros realizada por LA IAFAS SIS en los clasificadores permitidos de acuerdo con la Directiva vigente para el control financiero.
- iii. Diferenciar la incorporación de los saldos de balance, recursos transferidos, y no tarifados (los procedimientos especiales tercerizados, sub componente prestacional, traslados de emergencia, asignación por alimentación en casa materna y traslado de pacientes estables con diagnóstico oncológico) por LA IAFAS SIS (UE 001 SIS), de acuerdo a la categoría presupuestal en la que se transfirió los recursos, para lo cual deben contar con secuencias funcionales exclusivas para cada tipo de recurso a diferenciar, siendo la incorporación acorde a prioridades, necesidades y finalidad de los recursos, cumpliendo con los numerales 8.12 y 8.13 del presente convenio.

Para la evaluación al cierre del primer trimestre del año fiscal de los objetivos financieros, EL PRESTADOR debe remitir como sustento la siguiente documentación:

- Anexo EP1 en formato PDF (firmado y sellado)
- Anexo PIA en formato PDF (firmado y sellado)
- Notas presupuestales en formato PDF (firmado y sellado)
- Trama financiera en formato Excel remitido vía electrónica (llenado correctamente)

22.3. **Pago por prestaciones de salud para el I nivel de atención:** La unidad de pago es la prestación de salud, que reportan las IPRESS y de acuerdo con las especificaciones que LA IAFAS SIS establezca. El financiamiento cubre determinadas prestaciones que se brinden a los asegurados al SIS de acuerdo con su plan de seguro, las cuales son brindadas en IPRESS del I nivel de atención que apliquen según norma vigente. La transferencia que realiza EL SIS es **retrospectiva** al cierre de la liquidación, la cual se realiza bajo el mecanismo de Pago por Prestación de Salud. Las prestaciones priorizadas que incluye este mecanismo son las siguientes:

- a. Consultas externas brindadas a los asegurados SIS con diagnósticos CIE 10 definitivos/repetitivos relacionados a las siguientes patologías:
 - i. Hipertensión arterial sin complicaciones.
 - ii. Diabetes mellitus sin complicaciones.
 - iii. Diagnósticos de salud mental (atendido por médico psiquiatra y/o médico de familia en los Centros de Salud Mental Comunitarios).
- b. Atenciones registradas en el código de servicio 908 correspondientes a Cuidados Paliativos Domiciliarios, según los tarifarios aprobados por el SIS.
- c. Otras prestaciones de salud según evaluación y disponibilidad presupuestal de LA IAFAS SIS.





CONVENIO ENTRE EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD, FONDO INTANGIBLE SOLIDARIO DE SALUD Y LA DIRECCIÓN DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA CENTRO, PARA EL FINANCIAMIENTO DE LAS PRESTACIONES BRINDADAS A SUS ASEGURADOS

22.4. Pago por Prestaciones de Salud realizado por médico especialista (II nivel de atención con población adscrita):

La unidad de pago es la prestación de salud, que reportan las IPRESS y corresponde a las prestaciones recuperativas que no se encuentren contenidas excluidas en el Listado de prestaciones recuperativas que se encuentren incluidas en la Capita que brindan los hospitales del II nivel de atención con población adscrita correspondiente a los servicios realizados por médico especialista, según los tarifarios aprobados por EL SIS, estas prestaciones están exceptuadas del cálculo de la cápita. El Cálculo del marco presupuestal y transferencias que realiza LA IAFAS SIS al PRESTADOR considera además lo estipulado en el numeral 7.19 del presente convenio. El presupuesto asignado se consigna por cada Unidad Ejecutora en el Acta de Compromisos, considerando los siguientes tramos y condiciones, según lo descrito en el cuadro N° 02.

Cuadro N° 02

MECANISMO DE PAGO	Tramo I		Tramo II	
	PAGO POR PRESTACIONES DE SALUD			
MODALIDAD	Prospectiva		Retrospectiva	Retrospectiva
N° DE TRANSFERENCIA	1era. Transferencia		Número de transferencias condicionado al cumplimiento de indicadores.	
TIPOS DE INDICADOR	No Aplica		Financiero, descritos en el Anexo N° 02.	Gratuidad de la atención al afiliado, descritos en el Anexo N° 02
PORCENTAJE DE TRANSFERENCIA	80%		15%	5%
MES DE EVALUACIÓN	No aplica		Al cierre de julio	Al cierre del mes de junio del 2022.
CONDICIÓN GENERAL	A la suscripción del Convenio y Acta de Compromisos		Cumplir con las metas y porcentajes de los indicadores acordados en el Acta de Compromisos. En caso de no cumplir con lo acordado, no se transfiere y se pierde el porcentaje del presupuesto asignado. La evaluación será a nivel de UE.	Para ser acreedor del 5% de la transferencia, se deben cumplir las siguientes condiciones: 1. Cumplir con las metas y porcentajes del indicador de Gratuidad acordado en el Acta de Compromisos, y 2. Las GMRs, a través de las UDRs, revisarán una muestra mínima al azar de 50 FUAS. 3. De identificarse inconsistencias de datos en las FUAS evaluadas, la Unidad Ejecutora/IPRESS involucrada será objeto de un descuento porcentual calculado en base al número total de FUAS consideradas en la acción de verificación
CONDICIÓN ESPECIAL	En caso de no cumplir con los objetivos financieros al cierre del I trimestre del año fiscal (31 de marzo), de acuerdo a los plazos determinados para la recepción de la información, EL PRESTADOR perderá el derecho de evaluación y la transferencia del Tramo II (20%).		No Aplica	No Aplica

Objetivos financieros:

- i. Incorporar el 100% del Saldo de Balance de los recursos financieros transferidos por LA IAFAS SIS de periodos precedentes en los clasificadores permitidos de acuerdo con la Directiva vigente para el control financiero.
- ii. Incorporar el 100% de las transferencias de recursos financieros realizada por LA IAFAS SIS en los clasificadores permitidos de acuerdo con la Directiva vigente para el control financiero.
- iii. Diferenciar la incorporación de los saldos de balance, recursos transferidos, y no tarifados (los procedimientos especiales tercerizados, sub componente prestacional, traslados de emergencia, asignación por alimentación en casa materna y traslado de pacientes estables con diagnóstico oncológico) por cada una de LAS IAFAS (UE 001 SIS, 002 FISSAL), de acuerdo a la categoría presupuestal en la que se transfirió los recursos, para lo cual deben contar con secuencias funcionales exclusivas para cada tipo de recurso a diferenciar, siendo la incorporación acorde a prioridades, necesidades y finalidad de los recursos, cumpliendo con los numerales 8.14 y 8.15 del presente convenio.



**CONVENIO ENTRE EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD, FONDO INTANGIBLE SOLIDARIO DE SALUD Y LA DIRECCIÓN DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA CENTRO, PARA EL FINANCIAMIENTO DE LAS PRESTACIONES BRINDADAS A SUS ASEGURADOS**

Para la evaluación al cierre del primer trimestre del año fiscal de los objetivos financieros, **EL PRESTADOR** debe remitir como sustento la siguiente documentación:

- Anexo EP1 en formato PDF (firmado y sellado)
- Anexo PIA en formato PDF (firmado y sellado)
- Notas presupuestales en formato PDF (firmado y sellado)
- Trama financiera en formato Excel remitido vía electrónica (llenado correctamente)

22.5. Una vez realizadas las transferencias anteriores y en caso de existir la necesidad de efectuar transferencias posteriores por el mecanismo de pago por prestación de salud, las mismas se realizarán previa evaluación por parte de **LAS IAFAS SIS** y según disponibilidad presupuestal.



22.6. Todas las transferencias efectuadas a las UE de **EL PRESTADOR** forman parte de la liquidación.

22.7. Si durante la vigencia del Convenio se determina otro mecanismo de pago según lo establecido en la Resolución Ministerial N° 446-2021-MINSA para las IPRESS del I nivel y/o II nivel con población adscrita, las transferencias efectuadas formarán parte de la asignación presupuestal que determine **LAS IAFAS**.

**CLÁUSULA VIGÉSIMOTERCERA: MECANISMOS DE PAGO, MODALIDADES Y CONDICIONES DE TRANSFERENCIA PARA EL II Y III NIVEL DE ATENCIÓN SIN POBLACIÓN ADSCRITA**

23.1. El mecanismo de pago que aplica para las IPRESS de II y III nivel de atención sin población adscrita es el de **"Pago por Prestación de Salud"**. La unidad de pago es la prestación de salud, la misma que incluye las prestaciones recuperativas, rehabilitación y paliativas, que se brinden a los asegurados al SIS de acuerdo con su plan de seguros y según especificaciones que **LAS IAFAS** establezcan. Incluye el pago por consumo según indica el tarifario de servicios del SIS. Para el caso de **LA IAFAS FISSAL** aplicarán las IPRESS según Anexo 01.

23.2. El Cálculo del marco presupuestal y transferencias que realiza **LAS IAFAS** al **PRESTADOR** considera además lo estipulado en el numeral 7.19 del presente convenio y el saldo balance del año previo, según corresponda. El presupuesto asignado para las Unidades Ejecutoras de **EL PRESTADOR** se consigna en el Acta de Compromisos, considerando los siguientes tramos y condiciones, según lo descrito en el Cuadro N° 03 y Cuadro N° 04.

23.2.1. LA IAFAS SIS**Cuadro N° 03**

	Tramo I	Tramo II	
MECANISMO DE PAGO		PAGO POR PRESTACIONES DE SALUD	
MODALIDAD	Prospectiva	Retrospectiva	Retrospectiva
N° DE TRANSFERENCIA	1era. Transferencia	Número de transferencias condicionado al cumplimiento de indicadores.	
TIPOS DE INDICADOR	No Aplica	Financiero, descritos en el Anexo N° 02.	Gratuidad de la atención al afiliado, descritos en el Anexo N° 02
PORCENTAJE DE TRANSFERENCIA	80%	15%	5%
MES DE EVALUACIÓN	No aplica	Al cierre de julio	Al cierre del mes de junio del 2022.



E. Muñoz



M. BAZAN L.



F. OLIVA



C. VILA



E. VALDEZ



V. ZUMARÁN



CONVENIO ENTRE EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD, FONDO INTANGIBLE SOLIDARIO DE SALUD Y LA DIRECCIÓN DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA CENTRO, PARA EL FINANCIAMIENTO DE LAS PRESTACIONES BRINDADAS A SUS ASEGURADOS

CONDICIÓN GENERAL	A la suscripción del Convenio y Acta de Compromisos	Cumplir con las metas y porcentajes de los indicadores acordados en el Acta de Compromisos. En caso de no cumplir con lo acordado, no se transfiere y se pierde el porcentaje del presupuesto asignado. La evaluación será a nivel de UE.	Para ser acreedor del 5% de la transferencia, se deben cumplir las siguientes condiciones: 1. Cumplir con las metas y porcentajes del indicador de Gratuidad acordado en el Acta de Compromisos, y 2. Las GMRs, a través de las UDRs, revisarán una muestra mínima al azar de 50 FUAS. 3. De identificarse inconsistencias de datos en las FUAS evaluadas, la Unidad Ejecutora/IPRESS involucrada será objeto de un descuento porcentual calculado en base al número total de FUAS consideradas en la acción de verificación
CONDICIÓN ESPECIAL	En caso de no cumplir con los objetivos financieros al cierre del I trimestre del año fiscal (31 de marzo), de acuerdo a los plazos determinados para la recepción de la información, EL PRESTADOR perderá el derecho de evaluación y la transferencia del Tramo II (20%).	No Aplica	No Aplica

Objetivos financieros:

- i. Incorporar el 100% del Saldo de Balance de los recursos financieros transferidos por LA IAFAS SIS de periodos precedentes en los clasificadores permitidos de acuerdo con la Directiva vigente para el control financiero.
- ii. Incorporar el 100% de las transferencias de recursos financieros realizada por LA IAFAS SIS en los clasificadores permitidos de acuerdo con la Directiva vigente para el control financiero.
- iii. Diferenciar la incorporación de los saldos de balance, recursos transferidos, y no tarifados (los procedimientos especiales tercerizados, sub componente prestacional, traslados de emergencia, asignación por alimentación en casa materna y traslado de pacientes estables con diagnóstico oncológico) por cada una de LAS IAFAS (UE 001 SIS, 002 FISSAL), de acuerdo a la categoría presupuestal en la que se transfirió los recursos, para lo cual deben contar con secuencias funcionales exclusivas para cada tipo de recurso a diferenciar, siendo la incorporación acorde a prioridades, necesidades y finalidad de los recursos, cumpliendo con los numerales 8.14 y 8.15 del presente convenio.

Para la evaluación al cierre del primer trimestre del año fiscal de los objetivos financieros, EL PRESTADOR debe remitir como sustento la siguiente documentación:

- Anexo EP1 en formato PDF (firmado y sellado).
- Anexo PIA en formato PDF (firmado y sellado).
- Notas presupuestales en formato PDF (firmado y sellado).
- Trama financiera en formato Excel remitido vía electrónica (llenado correctamente).

23.2.2. LA IAFAS FISSAL

Cuadro N° 04

	Tramo I	Tramo II
MECANISMO DE PAGO		PAGO POR PRESTACIÓN
MODALIDAD	Prospectiva	Prospectiva
N° DE TRANSFERENCIA	Única	N° de transferencias condicionado al cumplimiento de indicadores (*)
PORCENTAJE DE TRANSFERENCIA	80%	20%
MES DE EVALUACIÓN	No Aplica	Al cierre del I Semestre (junio)
CONDICIÓN	A la suscripción del convenio y acta de compromiso	Cumplir con las metas y porcentajes de los indicadores financieros acordados en el Acta de Compromiso. Si el prestador no cumpliera con los porcentajes establecidos se realizará una segunda evaluación al cierre del mes de julio. De no cumplir con la meta no se transfiere y se anula el porcentaje del presupuesto asignado.
CONDICION ESPECIAL	Transferencia del 100% a las IPRESS cuyo monto a transferir sea menor o igual a S/ 50,000.	No Aplica





CONVENIO ENTRE EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD, FONDO INTANGIBLE SOLIDARIO DE SALUD Y LA DIRECCIÓN DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA CENTRO, PARA EL FINANCIAMIENTO DE LAS PRESTACIONES BRINDADAS A SUS ASEGURADOS

(*) De realizarse alguna transferencia por Producción No Tarifada, sólo se considerará hasta el mes de mayo para evaluar los indicadores financieros al 30 de junio y al 31 de julio de 2022.

- 23.3. Una vez realizadas las transferencias anteriores, y en caso de existir la necesidad de efectuar transferencias adicionales, las mismas se realizarán previa evaluación por parte de LAS IAFAS y según disponibilidad presupuestal.
23.4. Todas las transferencias efectuadas a las UE de EL PRESTADOR, según corresponda, forman parte de la liquidación.
23.5. EL FISSAL asumirá el financiamiento de las prestaciones de salud de los asegurados a partir de establecido el "diagnóstico definitivo", de acuerdo con las coberturas determinadas en la normativa vigente.
23.6. Si durante la vigencia del Convenio y por norma expresa, se determine otro mecanismo de pago según lo establecido en la Resolución Ministerial N° 446-2021-MINSA para las IPRESS del nivel del II y III nivel sin población adscrita, las transferencias efectuadas formarán parte de la asignación presupuestal que determinen LAS IAFAS.

CLÁUSULA VIGÉSIMOCUARTA: CONTROL FINANCIERO, STOCK DISPONIBLE, PRESTACIONAL Y DE GRATUIDAD DE LA ATENCIÓN, EVALUACIÓN DE INDICADORES Y METAS APLICABLES PARA EL I, II Y III NIVEL DE ATENCIÓN

- 24.1. LAS IAFAS para el control financiero, prestacional y aseguramiento utilizará los instrumentos establecidos en la normatividad vigente u otros que se aprueben.
24.2. LAS IAFAS en caso de detectar presunción de fraude en la ejecución presupuestal reportada en el marco de este convenio, excluirá de la evaluación a realizarse por los indicadores y será reportado a los órganos de control.
24.3. LAS PARTES acuerdan que todas las transferencias financieras efectuadas por LAS IAFAS a las Unidades Ejecutoras de EL PRESTADOR son sujetas de control financiero, prestacional y de aseguramiento, así como la liquidación en el marco de la normativa vigente, debiendo priorizarse estos recursos en la adquisición de los PF, DM y PS necesarios para la atención de los asegurados de LAS IAFAS.
24.4. Las transferencias se realizarán en base a los resultados de la medición de los indicadores financieros, prestacionales y de gratuidad de la atención al afiliado con sus respectivos pesos ponderados consignados en el Anexo N° 02 y N° 03 del presente Convenio, las Fichas Técnicas de los indicadores se encuentran adjuntas en los Anexo N° 05,06,07,08 y 09 del presente convenio. Las metas de los indicadores serán consignadas en las Actas de Compromiso suscritas entre LAS PARTES.
24.5. El plazo para el registro de las prestaciones en el aplicativo informático del SIS para el cálculo del indicador prestacional y de gratuidad de la atención será de acuerdo con lo señalado en las Fichas Técnicas adjuntas al presente convenio.
24.6. De los indicadores financieros aplicados por LA IAFAS FISSAL:

24.6.1. Las transferencias otorgadas por LA IAFAS FISSAL del Tramo II, se realizarán en base a los resultados de la medición de los siguientes indicadores financieros:

Table with 7 columns: Tipo de Indicador, Código de Indicador, Indicador, Fases, Meta a Junio, Meta a Julio, Peso Ponderado. It details financial indicators SC01 and SC02, their phases (Certificado, Compromiso Anual, Devengado), and their respective targets for June and July.



**CONVENIO ENTRE EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD, FONDO INTANGIBLE SOLIDARIO DE SALUD Y LA DIRECCIÓN DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA CENTRO, PARA EL FINANCIAMIENTO DE LAS PRESTACIONES BRINDADAS A SUS ASEGURADOS**

			Porcentaje de ejecución del gasto en fuente DyT- Primer Orden	Compromiso Anual	>=50.00%	>=55.00%	
				Devengado	>=35.00%	>=40.00%	

- Para las Unidades Ejecutoras que tengan el servicio propio de hemodiálisis y diálisis peritoneal se evalúa el segundo componente a nivel de las transferencias por recursos incorporados en la actividad 5006372 Hemodiálisis por Insuficiencia Renal.

24.6.2. Las Unidades Ejecutoras de **EL PRESTADOR** podrán solicitar reconsideración respecto a la evaluación de indicadores financieros al 31/08/2022 (meta: 82%-62%-52% para ambos componentes) cuando al 31/07/2022 en cualquiera de las fases la diferencia para alcanzar la meta establecida sea menor o igual al 1%.

24.7. De los indicadores prestacionales aplicados por **LA IAFAS FISSAL**:

24.7.1. Para incentivar el cierre de brechas en la atención del asegurado con Enfermedad Renal Crónica (ERC), **LA IAFAS FISSAL** aplicará indicadores con el objeto de lograr la optimización e incremento de capacidad resolutoria para la atención del asegurado con ERC:

Sub componente (SC)	Código de Indicador	Indicador	IPRESS	Línea basal	Meta a Agosto	Peso Ponderado por SC
01 - Acceso a cirugía vascular	SC-IP-FISSAL-01-B	Tasa de asegurados en hemodiálisis crónica que fueron atendidos en cirugía vascular	IPRESS que derivan pacientes en hemodiálisis, que cuentan con oferta de cirugía vascular.	0.00%	IPRESS que derivan menos de 500 pacientes: 5.00%. IPRESS que derivan más de 500 pacientes: 4.00%.	0.40
02 - Acceso a diálisis peritoneal	SC-IP-FISSAL-02	Tasa de asegurados en hemodiálisis crónica que pasaron a diálisis peritoneal	IPRESS con oferta de diálisis peritoneal.	0.00%	7.00%	0.20
03 - Acceso a consulta cardiológica con ecocardiografía	SC-IP-FISSAL-03-B	Tasa de asegurados en hemodiálisis crónica que fueron atendidos en cardiología y ecocardiografía	IPRESS que derivan pacientes en hemodiálisis, que cuentan con oferta de ecocardiografía.	0.00%	IPRESS que derivan menos de 500 pacientes: 5.00%. IPRESS que derivan más de 500 pacientes: 4.00%.	0.40

Como resultado de la medición de los indicadores prestacionales, **LA IAFAS FISSAL** podrá otorgar el incentivo 2, de acuerdo con el numeral 24.8.2 del presente convenio.

24.8. De los incentivos otorgados por **LA IAFAS FISSAL**

24.8.1. **LA IAFAS FISSAL** podrá aplicar incentivos sujetos a evaluación y disponibilidad presupuestal, los cuales no son acumulables:

INCENTIVO 1: CUMPLIMIENTO DE INDICADORES FINANCIEROS

Incentivo del 5% del marco presupuestal (No incluye saldo de balance) con un tope de hasta S/ 50,000 (sujeto a disponibilidad presupuestal)

Criterio de evaluación: Informe de cumplimiento de indicadores financieros con corte a junio 2022. Se transfiere con el Tramo II.

24.8.2. **LA IAFAS FISSAL** podrá aplicar incentivos sujetos a la evaluación y cumplimiento de los indicadores prestacionales que consta de tres SUBCOMPONENTES descritos en el numeral 24.7 del presente convenio, los cuales son acumulables:



**CONVENIO ENTRE EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD, FONDO INTANGIBLE SOLIDARIO DE SALUD Y LA DIRECCIÓN DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA CENTRO, PARA EL FINANCIAMIENTO DE LAS PRESTACIONES BRINDADAS A SUS ASEGURADOS****INCENTIVO 2: INDICADORES SOBRE EL CIERRE DE BRECHAS EN LA ATENCIÓN DEL ASEGURADO CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA**

Incentivos del 5% del marco presupuestal (No incluye saldo de balance) con un tope de hasta S/ 50,000 por todos los SUBCOMPONENTES, (sujeto a disponibilidad presupuestal).

Criterio de evaluación: Informe del análisis de cumplimiento de indicadores prestacionales, el cual se evalúa en el mes de setiembre 2022, con corte de información a agosto 2022.

CLÁUSULA VIGESIMO QUINTA: DEL FINANCIAMIENTO DE LAS PRESTACIONES ADMINISTRATIVAS (POR EXPEDIENTE)

- 25.1. El mecanismo de pago que aplica para los procedimientos especiales tercerizados, subcomponente prestacional, traslados de emergencia y asignación por alimentación (casa materna), y traslado y/o estadía de paciente oncológico estable, es pago por expediente y la unidad de pago es el expediente.
- 25.2. La modalidad de pago para las prestaciones administrativas como traslados de emergencia y asignación por alimentación es prospectiva y retrospectiva según la transferencia financiera que corresponda. Los cálculos que realiza **LA IAFAS SIS** son en base a la producción histórica realizada por las IPRESS de I, II y III nivel de atención. Las transferencias que realizan **LA IAFAS SIS** a las UE de **EL PRESTADOR**, se dan considerando las siguientes condiciones:

25.2.1. TRASLADOS DE EMERGENCIA, que incluye las siguientes transferencias:

- 25.2.1.1. 1era. transferencia:** Es el 50% del valor establecido en el acta de compromisos, y se transfiere de manera prospectiva previo a la suscripción de la adenda y acta de compromisos, para brindar previsibilidad a **EL PRESTADOR** para el financiamiento de las prestaciones de traslados de emergencia por brindarse en el marco del presente convenio. Las Unidades Ejecutoras que cuenten con un marco presupuestal menor a S/ 5,000 se realizará la transferencia del 100% de su marco presupuestal.
- 25.2.1.2. 2da. transferencia:** Hasta el 50% restante del valor establecido en el acta de compromisos y se transfiere de manera prospectiva al término del mes de junio del año fiscal, considerando para ello la liquidación al cierre de producción de dicho mes.
- 25.2.1.3.** Una vez realizadas las transferencias anteriores, y en caso de existir la necesidad de efectuar transferencias posteriores, las mismas se realizarán previa evaluación por parte de **LAS IAFAS** y según disponibilidad presupuestal.

25.2.2. ASIGNACIÓN POR ALIMENTACIÓN (CASA MATERNA)

- 25.2.2.1. 1era. Transferencia:** Es el 50% del valor establecido en el acta de compromisos, y se transfiere de manera prospectiva previo a la suscripción de la adenda y acta de compromisos, para brindar previsibilidad a **EL PRESTADOR** para el financiamiento de las prestaciones Casas Maternas por brindarse en el marco del presente convenio. Las Unidades Ejecutoras que cuenten con un marco presupuestal menor a S/ 5,000 se realizará la transferencia del 100% de su marco presupuestal.
- 25.2.2.2. 2da. Transferencia:** Hasta el 50% restante del valor establecido en el acta de compromisos y se transfiere de manera prospectiva al término del mes de junio del año fiscal, considerando para ello la liquidación al cierre de producción de dicho mes.
- 25.2.2.3.** Una vez realizadas las transferencias anteriores, y en caso de existir la necesidad de efectuar transferencias posteriores, las mismas se realizarán previa evaluación por parte de **LAS IAFAS** y según disponibilidad presupuestal.



H. GARAVITO



C. TENGAN



E. Muñoz



M. BAZAN L.



C. VILA



V. ZÚÑIGA



E. VALDEZ

**CONVENIO ENTRE EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD, FONDO INTANGIBLE SOLIDARIO DE SALUD Y LA DIRECCIÓN DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA CENTRO, PARA EL FINANCIAMIENTO DE LAS PRESTACIONES BRINDADAS A SUS ASEGURADOS**

- 25.3. La modalidad de pago para las prestaciones de salud denominadas como procedimientos especiales tercerizados y subcomponente prestacional puede ser prospectiva y retrospectiva. Los cálculos que realiza **LA IAFAS SIS** son en base a la producción histórica realizada por las IPRESS de II y III nivel de atención. Las transferencias que realizan **LA IAFAS SIS** a las UE de **EL PRESTADOR**, se dan considerando las siguientes condiciones y disponibilidad presupuestal:

25.3.1. PROCEDIMIENTOS ESPECIALES Y SUBCOMPONENTE PRESTACIONAL, que incluye las siguientes transferencias:

25.3.1.1. 1era. transferencia: Es el 50% del valor establecido en el acta de compromisos, y se transfiere de manera prospectiva previo a la suscripción de la adenda y acta de compromisos, para brindar previsibilidad a **EL PRESTADOR** para el financiamiento de los procedimientos a brindarse en el marco del presente convenio. Las Unidades Ejecutoras que cuenten con un marco presupuestal menor a S/ 5,000 se realizará la transferencia del 100% de su marco presupuestal.

25.3.1.2. 2da. transferencia: Hasta el 50% restante del valor establecido en el acta de compromisos y se transfiere de manera prospectiva al término del mes de junio del año fiscal, considerando para ello la liquidación al cierre de producción de dicho mes.

25.3.1.3. Una vez realizadas las transferencias anteriores, y en caso de existir la necesidad de efectuar transferencias posteriores, las mismas se realizarán previa evaluación por parte de **LAS IAFAS** y según disponibilidad presupuestal.

- 25.4. La modalidad de pago para las prestaciones administrativas como traslados de paciente oncológico estable puede ser prospectiva y retrospectiva. Las transferencias financieras que se realicen a las UE es previa evaluación y disponibilidad presupuestal de **LA IAFAS FISSAL**.

25.4.1. TRASLADO DE PACIENTE ONCOLOGICO ESTABLE, LA IAFAS FISSAL asumirá el financiamiento de las prestaciones a los asegurados a partir del "diagnóstico definitivo", de acuerdo con las coberturas determinadas en la normativa vigente a las IPRESS.

La(s) Unidad(es) Ejecutora(s) (UE) que recibe(n) financiamiento por este concepto están descritas en el Anexo N° 04 del presente convenio, según corresponda. La inclusión de otras IPRESS/UE no señaladas, se realizará mediante Adenda y su transferencia estará condicionada a la disponibilidad presupuestal.

- 25.5. El financiamiento de los traslados de paciente oncológico estable está a cargo de **EL FISSAL**, el servicio será brindado únicamente a los asegurados SIS con diagnóstico oncológico definitivo establecido en el Listado de Enfermedades de Alto Costo, las transferencias serán realizadas a las UE de **EL PRESTADOR** según Anexo N° 04.

- 25.6. El mecanismo de pago que aplica para el financiamiento de los traslados de paciente oncológico estable es el pago por expediente.

- 25.7. Todas las transferencias efectuadas por **LAS IAFAS** por el concepto de no tarifados son sujetas de liquidación.

CLÁUSULA VIGESIMO SEXTA: DE LAS TARIFAS Y PRECIOS

- 26.1. Las tarifas que se aplicarán a las IPRESS de II nivel de atención sin población adscrita y a las IPRESS de III nivel, son aquellas aprobadas por **LAS IAFAS** y que se encuentren vigentes.



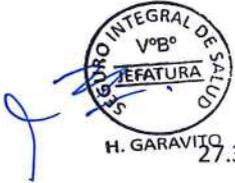


CONVENIO ENTRE EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD, FONDO INTANGIBLE SOLIDARIO DE SALUD Y LA DIRECCIÓN DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA CENTRO, PARA EL FINANCIAMIENTO DE LAS PRESTACIONES BRINDADAS A SUS ASEGURADOS

- 26.2. EL PRESTADOR podrá solicitar la inclusión de nuevos procedimientos, los cuales serán evaluados por LAS IAFAS y de acuerdo con la disponibilidad presupuestal serán incluidos en el tarifario correspondiente, para ello tendrá que remitir a LAS IAFAS la estructura de costos respectiva para su evaluación
- 26.3. Los Precios para asignar a los PF, DM y PS reportados por EL PRESTADOR serán los proporcionados por la DIGEMID, según lo estipulado en el numeral 8.4.2.

CLÁUSULA VIGÉSIMO SÉPTIMA: PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE RECLAMOS Y CONSULTAS DE LOS ASEGURADOS

- 27.1. EL PRESTADOR, se compromete a capacitar en temas relacionados con los procesos de atención del asegurado al personal que labora en la Plataforma de Atención al Usuario en Salud de las IPRESS que conforman su red de atención de salud a efectos que puedan brindar información y absolver consultas de los pacientes o usuarios de salud que así lo requieran.
- 27.2. Los reclamos que formulen los pacientes o usuarios de salud asegurados que se encuentren dentro del ámbito de aplicación del presente convenio son atendidas de conformidad con lo establecido en el Reglamento para la Gestión de Reclamos y Denuncias de los Usuarios de los Servicios de Salud de LAS IAFAS, IPRESS o UGIPRESS públicas, privadas o mixtas, aprobado con Decreto Supremo N° 002-2019-SA y sus modificatorias.
- 27.3. Sin perjuicio de lo establecido en el párrafo anterior EL PRESTADOR a través de sus Direcciones Regionales o IPRESS adscritas informan mensualmente a LAS IAFAS de la presentación, tramitación y resultados de las consultas y reclamos que presenten los asegurados comprendidos en el ámbito de aplicación del presente Convenio.



H. GARAVITO



C. TENGAN

CLÁUSULA VIGÉSIMA OCTAVA: AUDITORIA MÉDICA Y CONTROL DE LA SINIESTRALIDAD

- 28.1. LAS IAFAS tienen la facultad de efectuar auditorías médicas y control de la siniestralidad, con la finalidad de evaluar la calidad de las prestaciones de salud brindadas por la IPRESS a sus asegurados. Para tal efecto LAS IAFAS pueden efectuar acciones de supervisión y otras actividades en el marco de la normatividad vigente.
- 28.2. LAS IAFAS pueden formular observaciones sobre aspectos médicos y administrativos o de tarifas relacionadas con la prestación de salud que se haya brindado a los asegurados, las cuales serán comunicadas a EL PRESTADOR de acuerdo con el procedimiento previsto en el presente convenio, a efectos que, de ser necesario se implementen acciones correctivas.
- 28.3. Todas las observaciones que LAS IAFAS comuniquen a EL PRESTADOR, así como las respuestas de ésta, deben constar por escrito y sustentarse técnica y razonablemente, con base en evidencia científica.
- 28.4. Las observaciones a las prestaciones registradas son tramitadas conforme a lo establecido en el presente convenio. La inobservancia de las recomendaciones formuladas que afecten o pongan en grave riesgo la vida y la salud de los pacientes o usuarios de salud asegurados podrá dar lugar a la resolución del presente convenio.



CLÁUSULA VIGÉSIMA NOVENA: VALIDACIÓN Y CONFORMIDAD PRESTACIONAL

LAS IAFAS realizan las transferencias de los recursos de acuerdo con el mecanismo de pago acordado con EL PRESTADOR según procedimientos establecidos por LAS IAFAS y condiciones pactadas en el presente convenio y sus respectivas adendas. Para los efectos de la validación prestacional, conformidad prestacional y transferencias financieras, se cumplirán los procedimientos y plazos establecidos por LAS IAFAS, de acuerdo con la normativa vigente. En ninguna circunstancia, la observación a una o más prestaciones brindadas por la IPRESS adscrita a EL PRESTADOR, condiciona el pago del resto de las prestaciones que se encuentren conformes.



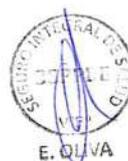
MARÁN



E. Muñoz



M. BAZAN L.



E. OLIVA



C. VILA



E. VALDEZ

**CONVENIO ENTRE EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD, FONDO INTANGIBLE SOLIDARIO DE SALUD Y LA DIRECCIÓN DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA CENTRO, PARA EL FINANCIAMIENTO DE LAS PRESTACIONES BRINDADAS A SUS ASEGURADOS****CLÁUSULA TRIGÉSIMA: FINANCIAMIENTO DE LAS PRESTACIONES ECONÓMICAS DE SEPELIO POR COVID-19**

LAS PARTES acuerdan que de manera temporal mientras dure la Emergencia Sanitaria por la COVID-19 y en el marco de la normativa vigente y los emitidos por parte del Ejecutivo para hacer frente a la pandemia, así como la relacionada a la cobertura de prestaciones económicas de sepelio a favor de los asegurados SIS que fallezcan con diagnóstico o sospecha de coronavirus (COVID-19), así como aquellos enmarcados en el Decreto de Urgencia N° 012-2021 o normatividad vigente. **LA IAFAS SIS** efectuará transferencias financieras a favor de las unidades ejecutoras que pertenezcan al **PRESTADOR**. Dichas transferencias no forman parte del marco presupuestal para el presente periodo fiscal, sin embargo, las Unidades Ejecutoras deberán cumplir con los procedimientos establecidos por **LA IAFAS SIS** y teniendo en cuenta los numerales 8.12 y 8.13 del presente convenio.

CLÁUSULA TRIGÉSIMO-PRIMERA: FINANCIAMIENTO PARA FORTALECER EL ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD EN EL MARCO DE LA EMERGENCIA NACIONAL POR LA COVID-19 CONSIDERANDO EL ARTÍCULO 39 DE LA LEY 31365 (AMPLIACIÓN DEL DU 046-2021)

31.1. **LAS IAFAS**, en el marco del artículo 39 de la Ley 31365, que amplía el Decreto de Urgencia 046-2021, financian la cobertura del PEAS y Plan Complementario de los afiliados en el marco del Decreto de Urgencia N° 017-2019, quedando exceptuados para dicho efecto de lo establecido en el artículo 2.2 del Decreto de Urgencia N° 017-2019.

31.2. **LA IAFAS SIS** afilia a toda persona de nacionalidad peruana residente en el territorio nacional que no cuente con ningún seguro de salud, independientemente de la clasificación socioeconómica, garantizando a los beneficiarios la cobertura gratuita del PEAS y de los planes complementarios, quedando exceptuados para dicho efecto de lo establecido en el artículo 2.2 del Decreto de Urgencia N° 017-2019.

31.3. **LAS PARTES** acuerdan que en el marco del Artículo 39 de la Ley 31365, de manera excepcional y temporal, hasta el 31 de diciembre de 2022, **LAS IAFAS** financian la continuidad de las políticas de Aseguramiento Universal en Salud dispuestas por los numerales 2.1, 2.2, 2.3, 2.6, 2.7 y 2.8 del artículo 2 y los numerales 3.1, 3.2, 3.3 y 3.7 del artículo 3 del Decreto de Urgencia 046-2021, Decreto de Urgencia que dicta medidas extraordinarias y urgentes en materia económica y financiera para fortalecer el Aseguramiento Universal en Salud en el marco de la Emergencia Nacional por la COVID-19.

31.4. Del numeral 31.3 del presente convenio, se deduce que en el marco de los numerales 3.1 y 3.2 del Decreto de Urgencia N° 046-2020, los Gobiernos Regionales implementarán un Plan de intervención para la atención de salud de las comunidades nativas amazónicas y altoandinas.

31.5. **LA IAFAS SIS**, de acuerdo al numeral 31.4 del presente convenio, efectuarán transferencias financieras para el financiamiento de las prestaciones de salud a favor de las Unidades Ejecutoras que cuenten con IPRESS de I nivel de atención (UE con población indocumentada de comunidades nativas amazónicas y altoandinas); éstas se realizarán de acuerdo al Plan de intervención para la atención de salud de las comunidades nativas amazónicas y altoandinas presentado por las Unidades Ejecutoras, teniendo en cuenta la disponibilidad presupuestal para esta finalidad.

31.6. **LAS IAFAS**, de acuerdo al numeral 31.3 del presente convenio, efectuarán transferencias financieras para el financiamiento de las prestaciones de salud a favor de las Unidades Ejecutoras que cuenten con IPRESS del II y III nivel de atención bajo el mecanismo de pago por prestación de servicios de salud; así como efectuarán transferencias por el mecanismo de pago por expediente según corresponda, y que formen parte del convenio vigente, considerando la disponibilidad presupuestal para esta finalidad.

31.7. Las transferencias financieras por el mecanismo de Pago por Prestaciones de Salud del II y III nivel de atención sin población adscrita, será de acuerdo con lo señalado en el numeral 23.2.1 del presente convenio, en el marco del artículo 39 de la Ley 31365.





CONVENIO ENTRE EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD, FONDO INTANGIBLE SOLIDARIO DE SALUD Y LA DIRECCIÓN DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA CENTRO, PARA EL FINANCIAMIENTO DE LAS PRESTACIONES BRINDADAS A SUS ASEGURADOS

31.8. LAS IAFAS efectuarán transferencias financieras para el financiamiento de las prestaciones por el mecanismo de pago Prestaciones Administrativas (Pago por Expediente) a favor de las Unidades Ejecutoras, de acuerdo con lo descrito en el numeral 25.1, 25.2 y 25.3 del presente convenio, en el marco del artículo 39 de la Ley 31365.

31.9. Las transferencias financieras por el mecanismo de Pago por Prestaciones de Salud para el I nivel de atención con población adscrita, será de acuerdo con lo señalado en el numeral 22.3 del presente convenio, en el marco del artículo 39 de la Ley 31365.

31.10. LAS IAFAS realizan la evaluación de los procesos de afiliación, control prestacional, supervisión y control financiero de las prestaciones realizadas por EL PRESTADOR, de acuerdo con la normativa vigente.

CLÁUSULA TRIGÉSIMO-SEGUNDA: AMBITO DE APLICACIÓN DEL CONVENIO

Las partes acuerdan que el presente convenio es de aplicación en la red de IPRESS de la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Centro, beneficiando a la población afiliada a la IAFAS.

CLÁUSULA TRIGÉSIMO-TERCERA: DOMICILIO

Para los efectos que se deriven del presente Convenio, LAS PARTES fijan como sus domicilios los señalados en la parte introductoria, donde se cursarán las comunicaciones que correspondan. Cualquier variación y/o cambio domiciliario, durante la vigencia del presente Convenio, deberá de ser comunicada a las otras partes en forma expresa con una antelación de quince (15) días de producida la variación y/o cambio. Caso contrario, toda comunicación o notificación realizada a los domicilios indicados en la introducción del presente documento se entenderá válidamente efectuada.

CLÁUSULA TRIGÉSIMOCUARTA: DECLARACIÓN DE LAS PARTES

LAS PARTES declaran que, en armonía con lo estipulado en el numeral 19.1 de la cláusula décimo novena precedente, a partir de la fecha de inicio del presente convenio, la relación entre LAS PARTES se ciñe estrictamente a los términos y condiciones estipulados en el presente documento.

En señal de conformidad se suscribe el presente convenio, en tres ejemplares de igual valor, en la ciudad de Lima, a los 28 días del mes de Febrero del 2022.



JESÚS PERCY BONILLA YARANGA
Director General
Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Centro

HECTOR MIGUEL GARAVITO FARRO
Jefe
Seguro Integral de Salud

EDITH ORFELINA MUÑOZ LANDA
Jefa
Fondo Intangible Solidario de Salud





CONVENIO ENTRE EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD, FONDO INTANGIBLE SOLIDARIO DE SALUD Y LA DIRECCIÓN DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA CENTRO, PARA EL FINANCIAMIENTO DE LAS PRESTACIONES BRINDADAS A SUS ASEGURADOS

ANEXO N° 01
RELACION DE IPRESS POR UNIDAD EJECUTORA Y SEGÚN CATEGORÍA DE EL PRESTADOR

GORE	DNTP	UNIDAD EJECUTORA	RENIPRESS	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	CATEG.	POBLAC. ADSC.	COBERT. FISSAL
DIRIS LIMA CENTRO	0143	HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA	0000006207	HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA	III-1	N	SI
DIRIS LIMA CENTRO	0144	HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO	0000006206	NACIONAL DOS DE MAYO	III-1	N	SI
DIRIS LIMA CENTRO	0145	HOSPITAL DE APOYO SANTA ROSA	0000006211	HOSPITAL DE APOYO SANTA ROSA	III-1	N	SI
DIRIS LIMA CENTRO	0146	HOSPITAL DE EMERGENCIAS CASIMIRO ULLOA	0000006213	HOSPITAL DE EMERGENCIAS JOSE CASIMIRO ULLOA	III-E	N	SI
DIRIS LIMA CENTRO	0147	HOSPITAL DE EMERGENCIAS PEDIATRICAS	0000006212	HOSPITAL DE EMERGENCIAS PEDIATRICAS	III-E	N	SI
DIRIS LIMA CENTRO	0149	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO - SAN BARTOLOME	0000006215	HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO SAN BARTOLOME	III-E	N	SI
DIRIS LIMA CENTRO	1216	HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO	0000005617	HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO	II-2	N	SI
DIRIS LIMA CENTRO	1683	DIRECCION DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA CENTRO	0000005614	CENTRO DE SALUD BAYOVAR	I-3	S	-
DIRIS LIMA CENTRO	1683	DIRECCION DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA CENTRO	0000005615	CENTRO DE SALUD SU SANTIDAD JUAN PABLO II	I-3	S	-
DIRIS LIMA CENTRO	1683	DIRECCION DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA CENTRO	0000005616	10 DE OCTUBRE	I-3	S	-
DIRIS LIMA CENTRO	1683	DIRECCION DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA CENTRO	0000005618	CENTRO DE SALUD GANIMEDES	I-3	S	-
DIRIS LIMA CENTRO	1683	DIRECCION DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA CENTRO	0000005619	AYACUCHO	I-2	S	-
DIRIS LIMA CENTRO	1683	DIRECCION DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA CENTRO	0000005620	CENTRO DE SALUD MEDALLA MILAGROSA	I-3	S	-
DIRIS LIMA CENTRO	1683	DIRECCION DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA CENTRO	0000005621	HUASCAR II	I-3	S	-
DIRIS LIMA CENTRO	1683	DIRECCION DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA CENTRO	0000005622	HUASCAR XV	I-3	S	-
DIRIS LIMA CENTRO	1683	DIRECCION DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA CENTRO	0000005623	PUESTO DE SALUD PROYECTOS ESPECIALES	I-2	S	-
DIRIS LIMA CENTRO	1683	DIRECCION DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA CENTRO	0000005624	JAIIME ZUBIETA	I-3	S	-
DIRIS LIMA CENTRO	1683	DIRECCION DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA CENTRO	0000005625	SANTA MARIA	I-3	S	-
DIRIS LIMA CENTRO	1683	DIRECCION DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA CENTRO	0000005626	TUPAC AMARU II	I-2	S	-
DIRIS LIMA CENTRO	1683	DIRECCION DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA CENTRO	0000005627	CENTRO DE SALUD CRUZ DE MOTUPE	I-3	S	-
DIRIS LIMA CENTRO	1683	DIRECCION DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA CENTRO	0000005628	JOSE CARLOS MARIATEGUI	I-3	S	-
DIRIS LIMA CENTRO	1683	DIRECCION DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA CENTRO	0000005629	ENRIQUE MONTENEGRO	I-3	S	-
DIRIS LIMA CENTRO	1683	DIRECCION DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA CENTRO	0000005630	JOSE CARLOS MARIATEGUI V ETAPA	I-2	S	-
DIRIS LIMA CENTRO	1683	DIRECCION DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA CENTRO	0000005834	LA LIBERTAD	I-3	S	-
DIRIS LIMA CENTRO	1683	DIRECCION DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA CENTRO	0000005835	LA HUAYRONA	I-3	S	-
DIRIS LIMA CENTRO	1683	DIRECCION DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA CENTRO	0000005836	CENTRO DE SALUD SANTA FE DE TOTORITA	I-3	S	-
DIRIS LIMA CENTRO	1683	DIRECCION DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA CENTRO	0000005837	SAN HILARION	I-3	S	-
DIRIS LIMA CENTRO	1683	DIRECCION DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA CENTRO	0000005838	SAN FERNANDO	I-3	S	-
DIRIS LIMA CENTRO	1683	DIRECCION DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA CENTRO	0000005839	15 DE ENERO	I-2	S	-
DIRIS LIMA CENTRO	1683	DIRECCION DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA CENTRO	0000005840	SANTA ROSA DE LIMA	I-3	S	-
DIRIS LIMA CENTRO	1683	DIRECCION DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA CENTRO	0000005841	CHACARILLA DE OTERO	I-3	S	-
DIRIS LIMA CENTRO	1683	DIRECCION DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA CENTRO	0000005844	AZCARRUNZ ALTO	I-2	S	-
DIRIS LIMA CENTRO	1683	DIRECCION DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA CENTRO	0000005845	DANIEL ALCIDES CARRION	I-2	S	-
DIRIS LIMA CENTRO	1683	DIRECCION DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA CENTRO	0000005846	CAJA DE AGUA	I-3	S	-
DIRIS LIMA CENTRO	1683	DIRECCION DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA CENTRO	0000005847	CENTRO DE SALUD MANGOMARCA	I-3	S	-
DIRIS LIMA CENTRO	1683	DIRECCION DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA CENTRO	0000005848	CAMPOY	I-3	S	-
DIRIS LIMA CENTRO	1683	DIRECCION DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA CENTRO	0000005849	CENTRO DE SALUD ZARATE	I-3	S	-
DIRIS LIMA CENTRO	1683	DIRECCION DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA CENTRO	0000006170	CENTRO DE SALUD MAX ARIAS SCHREIBER	I-3	S	-
DIRIS LIMA CENTRO	1683	DIRECCION DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA CENTRO	0000006171	CENTRO DE SALUD JUAN PEREZ CARRANZA	I-3	S	-
DIRIS LIMA CENTRO	1683	DIRECCION DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA CENTRO	0000006172	JARDIN ROSA DE SANTA MARIA	I-2	S	-
DIRIS LIMA CENTRO	1683	DIRECCION DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA CENTRO	0000006173	EL PINO	I-3	S	-
DIRIS LIMA CENTRO	1683	DIRECCION DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA CENTRO	0000006174	CLAS CERRO EL PINO	I-2	S	-
DIRIS LIMA CENTRO	1683	DIRECCION DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA CENTRO	0000006175	EL PORVENIR	I-4	S	-
DIRIS LIMA CENTRO	1683	DIRECCION DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA CENTRO	0000006176	SAN COSME	I-3	S	-
DIRIS LIMA CENTRO	1683	DIRECCION DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA CENTRO	0000006177	CENTRO DE SALUD SAN LUIS	I-3	S	-
DIRIS LIMA CENTRO	1683	DIRECCION DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA CENTRO	0000006178	CENTRO DE SALUD MATERNO INFANTIL SURQUILLO	I-4	S	-
DIRIS LIMA CENTRO	1683	DIRECCION DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA CENTRO	0000006179	CENTRO DE SALUD SAN ATANACIO DE PEDREGAL	I-3	S	-
DIRIS LIMA CENTRO	1683	DIRECCION DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA CENTRO	0000006180	VILLA VICTORIA PORVENIR	I-3	S	-
DIRIS LIMA CENTRO	1683	DIRECCION DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA CENTRO	0000006181	SAN JUAN MASIAS	I-2	S	-
DIRIS LIMA CENTRO	1683	DIRECCION DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA CENTRO	0000006183	CENTRO DE SALUD TODOS LOS SANTOS SAN BORJA	I-3	S	-
DIRIS LIMA CENTRO	1683	DIRECCION DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA CENTRO	0000006184	CENTRO DE SALUD BREÑA	I-3	S	-
DIRIS LIMA CENTRO	1683	DIRECCION DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA CENTRO	0000006185	CENTRO DE SALUD CHACRA COLORADA	I-3	S	-
DIRIS LIMA CENTRO	1683	DIRECCION DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA CENTRO	0000006186	CONDE DE LA VEGA BAJA	I-3	S	-
DIRIS LIMA CENTRO	1683	DIRECCION DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA CENTRO	0000006187	CENTRO DE SALUD MIRONES BAJO	I-3	S	-
DIRIS LIMA CENTRO	1683	DIRECCION DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA CENTRO	0000006188	PUESTO DE SALUD RESCATE	I-2	S	-
DIRIS LIMA CENTRO	1683	DIRECCION DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA CENTRO	0000006189	PUESTO DE SALUD PALERMO	I-2	S	-
DIRIS LIMA CENTRO	1683	DIRECCION DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA CENTRO	0000006190	SANTA ROSA	I-2	S	-
DIRIS LIMA CENTRO	1683	DIRECCION DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA CENTRO	0000006191	CENTRO DE SALUD SAN SEBASTIAN	I-3	S	-
DIRIS LIMA CENTRO	1683	DIRECCION DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA CENTRO	0000006192	MIRONES	I-3	S	-
DIRIS LIMA CENTRO	1683	DIRECCION DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA CENTRO	0000006193	CENTRO DE SALUD UNIDAD VECINAL N° 3 SOCORRO	I-3	S	-
DIRIS LIMA CENTRO	1683	DIRECCION DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA CENTRO	0000006194	CENTRO DE SALUD VILLA MARIA PERPETUO SOCORRO	I-3	S	-
DIRIS LIMA CENTRO	1683	DIRECCION DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA CENTRO	0000006195	CENTRO DE SALUD LINCE	I-3	S	-
DIRIS LIMA CENTRO	1683	DIRECCION DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA CENTRO	0000006196	CENTRO DE SALUD MATERNO INFANTIL MAGDALENA	I-4	S	-
DIRIS LIMA CENTRO	1683	DIRECCION DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA CENTRO	0000006197	CENTRO DE SALUD SAN ISIDRO	I-3	S	-
DIRIS LIMA CENTRO	1683	DIRECCION DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA CENTRO	0000006198	CENTRO DE SALUD SAN MIGUEL	I-3	S	-
DIRIS LIMA CENTRO	1683	DIRECCION DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA CENTRO	0000006199	PUESTO DE SALUD HUACA PANDO	I-2	S	-



**CONVENIO ENTRE EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD, FONDO INTANGIBLE SOLIDARIO DE SALUD Y LA DIRECCIÓN DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA CENTRO, PARA EL FINANCIAMIENTO DE LAS PRESTACIONES BRINDADAS A SUS ASEGURADOS**

GORE	DNTP	UNIDAD EJECUTORA	RENIPRESS	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	CATEG.	POBLAC. ADSC.	COBERT. FISSAL
DIRIS LIMA CENTRO	1683	DIRECCION DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA CENTRO	0000006200	CENTRO DE SALUD SANTA CRUZ DE MIRAFLORES	I-3	S	-
DIRIS LIMA CENTRO	1683	DIRECCION DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA CENTRO	0000006201	JESUS MARIA	I-3	S	-
DIRIS LIMA CENTRO	1683	DIRECCION DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA CENTRO	0000006202	CENTRO REF. ESP. ANTIRRABICO - ESPECIALIZADO EN ZONOSIS	I-3	S	-
DIRIS LIMA CENTRO	1683	DIRECCION DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA CENTRO	0000006203	CENTRO ESPECIALIZADO DE REFERENCIA DE ITSS Y VIH/SIDA RAUL PATRUCCO PUIG	I-3	S	-
DIRIS LIMA CENTRO	1683	DIRECCION DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA CENTRO	0000006999	PUESTO DE SALUD SAGRADA FAMILIA	I-2	S	-
DIRIS LIMA CENTRO	1683	DIRECCION DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA CENTRO	0000007046	CESAR VALLEJO	I-2	S	-
DIRIS LIMA CENTRO	1683	DIRECCION DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA CENTRO	0000007357	MARISCAL CACERES	I-2	S	-
DIRIS LIMA CENTRO	1683	DIRECCION DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA CENTRO	0000027703	CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO HONORIO DELGADO	I-3	S	-
DIRIS LIMA CENTRO	1683	DIRECCION DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA CENTRO	0000027711	Centro de Salud Mental Comunitario La Victoria	I-3	S	-
DIRIS LIMA CENTRO	1683	DIRECCION DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA CENTRO	0000027726	centro de salud mental comunitario javier mariategui chiappe	I-3	S	-
DIRIS LIMA CENTRO	1683	DIRECCION DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA CENTRO	0000027728	CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO NUEVO PERU	I-3	S	-
DIRIS LIMA CENTRO	1683	DIRECCION DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA CENTRO	0000028401	CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO UNIVERSITARIO SAN MARCOS	I-3	S	-

FUENTE: Registro Nacional de IPRESS- SUSALUD al 31.12.21.

NOTA: En caso de modificarse el número de unidades ejecutoras, IPRESS y/o cambios en la categoría de las mismas, éstas deberán ser comunicadas al SIS de manera oportuna en un plazo máximo de 10 días hábiles a través de la UDR/GMR, para corroborar en la base de datos de SUSALUD y/o MEF, a fin de incorporarlos en los aplicativos informáticos de LA IAFAS SIS.



**CONVENIO ENTRE EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD, FONDO INTANGIBLE SOLIDARIO DE SALUD Y LA DIRECCIÓN DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA CENTRO, PARA EL FINANCIAMIENTO DE LAS PRESTACIONES BRINDADAS A SUS ASEGURADOS****ANEXO N° 02****INDICADORES Y PESOS PONDERADOS PARA LA EVALUACIÓN DEL TRAMO II DEL PAGO PER CAPITA**

TIPO DE INDICADOR	CÓDIGO INDICADOR	INDICADOR	PESO PONDERADO
Financieros	IF1	Porcentaje de ejecución del gasto en fuente DyT	0.5
		Porcentaje de ejecución del gasto en fuente DyT – Primer Orden	
	IF2	Porcentaje de Stock Disponible (PF,DM y PS)	0.5
Gratuidad de la Atención	IG	Gratuidad de la Atención al Afiliado	1
Prestacional	IP 1	Porcentaje de niños/niñas menores de 1 año asegurados al SIS con 05 Controles de Crecimiento y Desarrollo (CRED).	0.2
	IP 2	Porcentaje de niños/niñas menores de 1 año asegurados al SIS con dosaje de hemoglobina.	0.2
	IP 3	Porcentaje de gestante aseguradas al SIS con paquete preventivo.	0.15
	IP 4	Porcentaje de asegurados SIS con tamizaje en salud mental.	0.15
	IP 5	Porcentajes de asegurados al SIS de 15 años a más con tamizaje en enfermedades no transmisibles (Hipertensión arterial y diabetes mellitus).	0.15
	IP 6	Porcentaje de adultos mayores aseguradas al SIS con 01 atención integral en salud.	0.15





CONVENIO ENTRE EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD, FONDO INTANGIBLE SOLIDARIO DE SALUD Y LA DIRECCIÓN DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA CENTRO, PARA EL FINANCIAMIENTO DE LAS PRESTACIONES BRINDADAS A SUS ASEGURADOS

ANEXO N° 03

INDICADORES Y PESOS PONDERADOS PARA LA EVALUACIÓN DEL PAGO POR PRESTACIONES DE SALUD

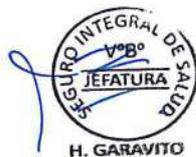
IAFAS SIS

TIPO DE INDICADOR	CÓDIGO INDICADOR	INDICADOR	PESO PONDERADO
Financieros	IF1	Porcentaje de ejecución del gasto en fuente DyT	5 % del presupuesto a transferir (Cuadro N°02 y N°03)
		Porcentaje de ejecución del gasto en fuente DyT – Primer Orden	
	IF2	Porcentaje de Stock Disponible de PF, DM y PS	10 % del presupuesto a transferir (Cuadro N°02 y N°03)
Gratuidad de la Atención	IG	Gratuidad de la Atención al Afiliado	1.0

IAFAS FISSAL

INDICADORES Y PESOS PONDERADOS PARA LA EVALUACIÓN DEL PAGO POR PRESTACION DE SALUD

TIPO DE INDICADOR	CÓDIGO INDICADOR	INDICADOR	PESO PONDERADO
Financiero	IF1	SC01	1.00
		SC02	
Prestacional	IP1	IP-FISSAL-01-B	1.00
		IP-FISSAL-02	
		IP-FISSAL-03-A	
		IP-FISSAL-03-B	





CONVENIO ENTRE EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD, FONDO INTANGIBLE SOLIDARIO DE SALUD Y LA DIRECCIÓN DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA CENTRO, PARA EL FINANCIAMIENTO DE LAS PRESTACIONES BRINDADAS A SUS ASEGURADOS

ANEXO N°04

RELACIÓN DE IPRESS/UE PARA EL FINANCIAMIENTO DE PRESTACIONES ADMINISTRATIVAS POR TRASLADO DE PACIENTE ONCOLÓGICO ESTABLE



PRESTADOR	CODIGO UE	IPRESS/UNIDAD EJECUTORA
DIRIS LIMA CENTRO	144	HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO
	143	HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA





CONVENIO ENTRE EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD, FONDO INTANGIBLE SOLIDARIO DE SALUD Y LA DIRECCIÓN DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA CENTRO, PARA EL FINANCIAMIENTO DE LAS PRESTACIONES BRINDADAS A SUS ASEGURADOS

ANEXO N° 05: FICHA TÉCNICA DEL INDICADOR DE GRATUIDAD DE LA ATENCIÓN AL AFILIADO-IG

FICHA TECNICA		Responsable
		Seguro Integral de Salud
		Gerencia del Asegurado
1. Datos de identificación del Indicador		
CÓDIGO	IG	Nombre del indicador
		Gratuidad de la Atención al Afiliado
Definición del indicador		
Expresa el porcentaje de atenciones otorgadas con gratuidad a los afiliados de la IAFAS SIS, en las IPRESS públicas de las Unidades Ejecutoras con las que el SIS mantiene Convenio vigente.		
Objetivo		Contribuir en la...
Promover el expendio gratuito y oportuno de los medicamentos en las IPRESS públicas, para hacer efectiva la protección financiera del asegurado SIS, establecida con el TUO de la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud-LMAUS.		
2. Aspectos metodológicos de la estimación del indicador		
Cálculo del Indicador		Numerador
$1 - \frac{\text{N° de FUAS con medicamentos prescritos en los servicios de consulta externa, entregados de manera parcial o no fueron entregados}}{\text{Número Total de FUAS con medicamentos prescritos en los servicios de consulta externa}} \times 100$		<p>Número de FUAs con medicamentos prescritos en los servicios de consulta externa, entregados de manera parcial o no fueron entregados, para lo cual se consideran los FUAS en donde la diferencia entre la cantidad prescrita y la cantidad entregada sea mayor a cero.</p> <p>*Los datos se extraen del FUA: columna <i>amed_icant prescrita</i> y columna <i>amed_icant entregada</i>.</p>
Precisiones		Denominador
<p>Para obtener los resultados se deberá cumplir:</p> <ol style="list-style-type: none"> Una evaluación nacional por Base de Datos, tomando únicamente FUAs - digitados y validados - de prestaciones otorgadas en los servicios de consulta externa, a los afiliados del SIS con cobertura total (se considerará los FUAS con fecha de atención desde 01 de enero hasta el 31 de mayo de 2022 y que se encuentren registradas hasta el 30 de junio de 2022 en los aplicativos informáticos del SIS). Anexo N° 01-A. El listado de medicamentos excluidos será publicado en la página Web del SIS*. Posterior a la evaluación nacional por Base de Datos**, la OGTI seleccionará de manera aleatoria una muestra no menor a 50 FUAS, por cada Unidad Ejecutora - UE que haya cumplido la meta en la evaluación por Base de Datos, las cuales serán objeto de verificación posterior por parte de las GMR/UDR que correspondan, quienes darán cuenta de los resultados a la Gerencia del Asegurado. De identificarse inconsistencias de datos en los FUAs evaluados, la Unidad Ejecutora/IPRESS involucrada será objeto de un descuento porcentual calculado en base al número total de FUAS considerados en la acción de verificación. La meta de cumplimiento del Indicador, para el periodo fiscal 2022, se establece en el Acta de compromisos suscrita entre las partes intervinientes. Las dificultades de índole externo que deriven en desabastecimiento de medicamentos en las IPRESS, no eximen de la exigencia de gratuidad en la atención a los afiliados SIS, siendo que, de acuerdo a la normativa aplicable, las Unidades Ejecutoras son responsables del abastecimiento y control de stocks de los medicamentos en las IPRESS. 		<p>Número total de FUAs con medicamentos prescritos en los servicios de consulta externa, otorgados en las IPRESS Públicas y registrados en el SIGEPS, ARFSIS y SOASIS; para lo cual se considera el total de FUAS cuya cantidad prescrita sea mayor a cero.</p> <p>*Los datos se extraen del FUA: columna <i>amed_icant prescrita</i>.</p>
Nivel de Desagregación		Frecuencia de Medición
Unidad Ejecutora		Única y cancelatoria.
3. Fuente de datos y flujo de información		
Fuente de datos		
Sistema de Información de Gestión de Prestaciones de Salud (SIGEPS), ARFSIS y SOASIS.		
Periodo de Evaluación del Indicador:		
Evaluación de cierre: Se consideran los FUAs registrados/validados de las prestaciones brindadas a los asegurados SIS, en el periodo comprendido de enero a junio de 2022, consideradas dentro de la base de datos de producción.		
Responsable de los datos e información:		
Recopilación de datos Centros de digitación de las IPRESS/UUEE. Públicas que mantienen Convenio vigente con la IAFAS SIS.		
Procesamiento de Datos Oficina General de Tecnología de la Información (OGTI) del SIS.		
Determinación de la Muestra de FUAs Oficina General de Tecnologías de la Información (OGTI) del SIS.		
<p>*Las IPRESS públicas que forman parte de los Convenios tendrán un plazo perentorio de 30 días calendario, contados a partir del día siguiente de la publicación del Anexo N° 01-A en la Página Web del SIS, para solicitar de manera sustentada que se incorporen otros medicamentos a excluir de la evaluación del Indicador de Gratuidad.</p> <p>**La UE/IPRESS que no cumpla la primera fase (evaluación por base de datos) será considerada como indicador no cumplido.</p>		
Bibliografía		
<ol style="list-style-type: none"> Decreto Supremo N° 020-2014-SA, que aprueba el Texto Único Ordenado de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud. Decreto Legislativo N° 1163, que aprueba Disposiciones para el fortalecimiento del Seguro Integral de Salud. Decreto Supremo N° 030-2014-SA, que aprueba el Reglamento del Decreto Legislativo N° 1163. Decreto Supremo N° 002-2019-SA, que aprueba el Reglamento para la Gestión de Reclamos y Denuncias de los Usuarios de las IAFAS, IPRESS y UGIPRESS, públicas, privadas o mixtas. 		
Comentarios Técnicos		
El basal esperado se determinará en base a la evaluación de los registros del SIGEPS, ARFSIS y SOASIS, correspondientes a los periodos de producción 2020 y 2021.		

SEGURO INTEGRAL DE SALUD
V°B°
JEFATURA
H. GARAVITO

SEGURO INTEGRAL DE SALUD
V°B°
Gerencia del Asegurado
M. BAZAN L.



CONVENIO ENTRE EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD, FONDO INTANGIBLE SOLIDARIO DE SALUD Y LA DIRECCIÓN DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA CENTRO, PARA EL FINANCIAMIENTO DE LAS PRESTACIONES BRINDADAS A SUS ASEGURADOS

ANEXO N° 06: FICHAS TÉCNICAS DE LOS INDICADORES FINANCIEROS -IF

IF 01- SC 01 PORCENTAJE DE EJECUCIÓN DEL GASTO EN FUENTE DYT

FICHA TÉCNICA		Área Responsable
		Seguro Integral de Salud
		Gerencia de Negocios y Financiamiento
1. Datos de identificación del indicador		
CÓDIGO	IF 01 SC 01	Nombre del indicador PORCENTAJE DE EJECUCIÓN DEL GASTO EN FUENTE DYT
Definición del indicador		
Mide el avance del gasto del certificado, compromiso anual y devengado respecto al total del Presupuesto Institucional Modificado de los recursos transferidos por la UE 001 SIS por fuente DyT		
Objetivo		
Contribuir a mejorar la ejecución del gasto a nivel decertificado, compromiso anual y devengado respecto al total del presupuesto institucional modificado de los recursos transferidos por la UE 001 SIS por fuente DyT		
2. Aspectos metodológicos de la estimación del indicador		
Cálculo del Indicador		Numerador
$\frac{\text{Monto a nivel certificado}}{\text{Monto del PIM}} \times 100$		Monto certificado: Monto que debe afectarse preventivamente a la correspondiente cadena de gasto garantizando que se cuenta con el crédito presupuestario disponible, reduciendo su importe del saldo disponible de los recursos transferidos por la UE 001 por fuente DyT
$\frac{\text{Monto a nivel de Compromiso anual}}{\text{Monto del PIM}} \times 100$		Monto compromiso anual: El compromiso refleja el monto anualizado del acto administrativo o contrato a ser atendido con cargo a los créditos presupuestarios aprobados para un determinado año fiscal de los recursos transferidos por la UE 001 SIS por fuente DyT
$\frac{\text{Monto a nivel Devengado}}{\text{Monto del PIM}} \times 100$		Monto devengado: Monto que debe afectarse a la correspondiente cadena de gasto, reduciendo su importe del saldo disponible. Registra la obligación de pago, como consecuencia del respectivo compromiso contraído de los recursos transferidos por la UE 001 SIS por fuente DyT
Precisiones		Denominador
Al momento de hacer la evaluación se aplicará hasta 02 decimales y no se redondeará.		Monto total del presupuesto institucional modificado (PIM) de los recursos transferidos por la UE 001 SIS por fuente DyT incluyendo los SB reportados al 31.03.2022
Nivel de Desagregación		Frecuencia de Medición
Unidades Ejecutoras (UE)		Única
3. Fuente de datos y flujo de información		
Fuente de datos		
SIAF de las UEs		
Periodo de Evaluación de Cumplimiento de metas:		
Evaluación cierre: Al término de julio 2022. Única evaluación cancelatoria, en caso de no aprobar pierde el porcentaje asignado. No se transfiere.		
Las metas financieras por cada unidad ejecutora se encuentran en las actas firmadas para el año 2022.		
Responsable de los datos e información		
Recopilación de datos y Procesamiento de datos:		Sub Gerencia de Financiamiento -
Supervisión Financiera		
Bibliografía		
Referencias Bibliográficas		
1. Decreto Legislativo N° 1440 Decreto Legislativo del Sistema Nacional de Presupuesto Público.		
2. R.D. N° 0022-2021-EF/50.01 Directiva Para la Ejecución Presupuestaria.		
3. Ley N° 31365 Ley de Presupuesto del Sector Público para el año fiscal 2022.		
4. RJ N°076-2021/SIS. Aprueba Directiva Administrativa N°001-2021-SIS-GNF-V.02 y sus modificatorias.		
Comentarios Técnicos		
Esta ficha corresponde a uno de los factores a evaluar del subcomponente 1er criterio: Nivel por fuente DyT.		
Tener en cuenta que la transferencia que realiza LA IAFAS SIS a las diversas UEs se incorpora por fuente DyT.		
Los Saldos de Balance a considerar en el PIM para la evaluación de cierre, se compararán con los saldos de balance reportados en la evaluación de los objetivos financieros al 31 de marzo. En caso de no coincidir, pierde la evaluación del indicador.		
La evaluación que se realiza con esta ficha es a nivel de unidad ejecutora.		
Mantener la diferenciación de secuencias funcionales a lo largo del periodo fiscal teniendo en cuenta los numerales establecidos en el convenio vigente con respecto a la diferenciación por secuencias funcionales (SECFUN).		





CONVENIO ENTRE EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD, FONDO INTANGIBLE SOLIDARIO DE SALUD Y LA DIRECCIÓN DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA CENTRO, PARA EL FINANCIAMIENTO DE LAS PRESTACIONES BRINDADAS A SUS ASEGURADOS

IF 01 - SC 02 - PORCENTAJE DE EJECUCIÓN DEL GASTO EN FUENTE DYT - PRIMER ORDEN

FICHA TECNICA		Área Responsable	
		Seguro Integral de Salud	
		Gerencia de Negocios y Financiamiento	
1. Datos de identificación del indicador			
CODIGO	IF 01 SC 02	Nombre del indicador	
		PORCENTAJE DE EJECUCIÓN DEL GASTO EN FUENTE DYT - PRIMER ORDEN	
Definición del indicador			
Mide el avance del gasto del certificado, compromiso anual y devengado respecto al total del Presupuesto Institucional Modificado de los recursos transferidos por la UE 001 SIS por fuente DyT en subcomponente PRIMER ORDEN			
Objetivo			
Contribuir en la...			
Contribuir a mejorar la ejecución del gasto a nivel de certificado, compromiso anual y devengado respecto al total del presupuesto institucional modificado de los recursos transferidos por la UE 001 SIS por fuente DyT en subcomponente PRIMER ORDEN			
2. Aspectos metodológicos de la estimación del indicador			
Cálculo del Indicador		Numerador	
$\frac{\text{Monto a nivel certificado}}{\text{Monto del PIM}} \times 100$		Monto certificado: Monto que debe afectarse preventivamente a la correspondiente cadena de gasto garantizando que se cuenta con el crédito presupuestario disponible, reduciendo su importe del saldo disponible de los recursos transferidos por la UE 001 por fuente DyT en subcomponente PRIMER ORDEN	
$\frac{\text{Monto a nivel de Compromiso anual}}{\text{Monto del PIM}} \times 100$		Monto compromiso anual: El compromiso refleja el monto anualizado del acto administrativo o contrato a ser atendido con cargo a los créditos presupuestarios aprobados para un determinado año fiscal de los recursos transferidos por la UE 001 SIS por fuente DyT en subcomponente PRIMER ORDEN	
$\frac{\text{Monto a nivel Devengado}}{\text{Monto del PIM}} \times 100$		Monto devengado: Monto que debe afectarse a la correspondiente cadena de gasto, reduciendo su importe del saldo disponible. Registra la obligación de pago, como consecuencia del respectivo compromiso contraído de los recursos transferidos por la UE 001 SIS por fuente DyT en subcomponente PRIMER ORDEN	
Precisiones		Denominador	
Al momento de hacer la evaluación se aplicará hasta 02 decimales y no se redondeará.		Monto total del presupuesto institucional modificado (PIM) de los recursos transferidos por la UE 001 SIS por fuente DyT en subcomponente PRIMER ORDEN, incluyendo los SB reportados al 31.03.2022	
Nivel de Desagregación		Frecuencia de Medición	
Unidades Ejecutoras (UE)		Única	
3. Fuente de datos y flujo de información			
Fuente de datos			
SIAF de las UEs			
Periodo de Evaluación de Cumplimiento de metas:			
Evaluación cierre: Al término de julio 2022. Única evaluación cancelatoria, en caso de no aprobar pierde el porcentaje asignado. No se transfiere. Las metas financieras por cada unidad ejecutora se encuentran en las actas firmadas del año 2022.			
Responsable de los datos e información			
Recopilación de datos y Procesamiento de datos:		Sub Gerencia de	
Financiamiento - Supervisión Financiera			
Bibliografía			
Referencias Bibliográficas			
1. Decreto Legislativo N° 1440 Decreto Legislativo del Sistema Nacional de Presupuesto Público.			
2. R.D. N° 0022-2021-EF/50.01 Directiva Para la Ejecución Presupuestaria			
3. Ley N° 31365-Ley de Presupuesto del Sector Público para el año fiscal 2022.			
4. RJ N°076-2021/SIS. Aprueba Directiva Administrativa N°001-2021-SIS-GNF-V.02 y sus modificatorias.			
Comentarios Técnicos			
Esta ficha corresponde al segundo factor a evaluar, llamado 2do criterio: PRIMER ORDEN por fuente DyT en el caso hay superado el primer factor.			
El SIS financia a través de fuente DyT prioritariamente los siguientes clasificadores: 2.3.1.8.1.2-			
Medicamentos			
2.3.1.8.2.1 - Material, Insumos, Instrumental y Accesorios médicos, Quirúrgicos, Odontológicos y de Laboratorio			
2.3.1.8.1.99 - Otros productos similares			
2.3.1.8.1.1 Vacunas			
2.3.1.99.1.2 Productos Químicos			
La evaluación que se realiza con esta ficha es a nivel de unidad ejecutora.			
Mantener la diferenciación de secuencias funcionales a lo largo del periodo fiscal teniendo en cuenta los numerales establecidos en el convenio vigente con respecto a la diferenciación por secuencias funcionales (SECFUN).			





CONVENIO ENTRE EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD, FONDO INTANGIBLE SOLIDARIO DE SALUD Y LA DIRECCIÓN DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA CENTRO, PARA EL FINANCIAMIENTO DE LAS PRESTACIONES BRINDADAS A SUS ASEGURADOS

IF 02- PORCENTAJE DE STOCK DISPONIBLE DE PF, DM Y PS

FICHA TECNICA		Área Responsable
		Seguro Integral de Salud
		Gerencia de Negocios y Financiamiento
1. Datos de identificación del indicador		
CODIGO	IF 02	Nombre del indicador
		PORCENTAJE DE STOCK DISPONIBLE DE PF, DM Y PS
Definición del indicador		
Mide % de Stock Disponible de PF, DM y PS con consumo SIS, de acuerdo a las condiciones de stock que comprenden el Stock Disponible, siendo estos: Normostock: >= 2 y <=6, Sobrestock: >6 y Sin Rotación: stock>0 y CPMA_SIS=0		
Objetivo		
Contribuir en la mejora del Stock Disponible de los Productos Farmacéuticos (PF), Dispositivos Médico (DM) y Productos Sanitarios (PS) a favor del asegurado del SIS. Asegurar que el % Stock Disponible según CPMA_SIS de acuerdo a la meta del acta de compromiso vigente%.		
2. Aspectos metodológicos de la estimación del indicador		
Cálculo del Indicador	Numerador	
$\frac{\text{Nro. de ítems en normostock+sobrestock+sin rotación}}{\text{Nro. total de ítems (normostock, sobrestock, sin rotación, desabastecido, substock)}} \times 100$	Ítems condición de Stock Disponible Es la suma de ítems que se tienen registrados en cada una de las condiciones de stock del indicador que son Normostock, Sobrestock y Sin Rotación	
Precisiones	Denominador	
Los cálculos están realizados con el CPMA_SIS. No se incluye cuando CPMA_SIS=0 y Stock=0 No se incluye cuando CPMA_SIS=0, Stock>0 y tiene clasificación como suministro centralizado.	Total ítems Es la cantidad total de ítems con los que cuenta cada unidad ejecutora en los últimos 12 meses.	
Nivel de Desagregación	Frecuencia de Medición	
Unidad Ejecutora (UE)	Única	
3. Fuente de datos y flujo de información		
Fuente de datos		
Archivos ICI de las IPRESS de cada Unidad Ejecutora		
Periodo de Evaluación de Cumplimiento de metas:		
Evaluación cierre: Al término de julio 2022. Única evaluación cancelatoria, en caso de no aprobar pierde el porcentaje asignado. No se transfiere. Las metas financieras por cada unidad ejecutora se encuentran en las actas firmadas del año 2022.		
Responsable de los datos e información		
Recopilación de datos y Procesamiento de datos: Sub-Gerencia de Financiamiento - Supervisión Financiera		
Bibliografía		
Referencias Bibliográficas		
1. Decreto Legislativo N° 1440 Decreto Legislativo del Sistema Nacional de Presupuesto Público.		
2. Ley N° 29459 Ley de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios.		
3. Ley N° 31365 Ley de Presupuesto del Sector Público para el año fiscal 2022		
4. RJ N°076-2021/SIS. Aprueba Directiva Administrativa N°001-2021-SIS-GNF-V.02. y sus modificatorias.		
Comentarios Técnicos		
Esta ficha corresponde a la evaluación del Porcentaje de Stock Disponible en las UEs en referencia al consumo SIS de acuerdo con el ICI. Tener en cuenta que el Stock Disponible comprende los ítems en condición de normostock, sobrestock y sin rotación de todas las IPRESS de cada Unidad Ejecutora. El monitoreo del Porcentaje de Stock Disponible PF, DM y PS es mensual. Cuando el causal de desabastecimiento o substock no sea atribuible a la gestión de la UE (eventos externos como el quiebre de stock o falta de oferta por parte del proveedor o desastre natural) estas no serán consideradas en la tabulación para obtener el indicador previa sustentación remitida al cierre de cada mes. La UE es responsable del seguimiento de las entregas por parte de CENARES. Si se tuviera ítems desiertos en los procesos de adquisición por parte de la compra CENARES a favor de los asegurados SIS, estos deberán ser comunicados oficialmente por CENARES a las unidades ejecutoras y estas deberán remitir al SIS la documentación correspondiente al cierre del mes para exonerar estos ítems el mes siguiente. Para el caso de PF incluidos en el Listado de Productos Farmacéuticos Vitales se considera como normostock >= 1 y <=6. Se excluye de la evaluación a los PF NO PNUME y DM NO PNUDME que tienen condición de Desabastecido y Substock con frecuencia de consumo SIS <= 3 meses en un periodo de 12 meses. Se fusionan los ítems de acuerdo al Listado de códigos fusionados publicados en la página de DIGEMID. La evaluación que se realiza con esta ficha es a nivel de unidad ejecutora.		





CONVENIO ENTRE EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD, FONDO INTANGIBLE SOLIDARIO DE SALUD Y LA DIRECCIÓN DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA CENTRO, PARA EL FINANCIAMIENTO DE LAS PRESTACIONES BRINDADAS A SUS ASEGURADOS

ANEXO N° 07: FICHAS TÉCNICAS DE INDICADORES PRESTACIONALES – IP

IP01 - PORCENTAJE DE NIÑOS/NIÑAS MENORES DE 1 AÑO ASEGURADOS AL SIS CON 05 CONTROLES DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO (CRED).

FICHA TÉCNICA		Área Responsable
		Seguro Integral de Salud
		Gerencia de Riesgos y Evaluación de las Prestaciones
11. Datos de identificación del indicador		
Código	IP01	Nombre del indicador
		Porcentaje de niños/niñas menores de 1 año asegurados al SIS con 05 Controles de Crecimiento y Desarrollo (CRED).
Definición del indicador		
Mide el porcentaje de niños/niñas menores de 1 año que han recibido al menos 05 controles de crecimientos y desarrollo realizado en las IPRESS públicas.		
Objetivo		
Contribuir a mejorar la salud, nutrición y desarrollo infantil temprano de niñas/niños menores de 1 año.		
2. Aspectos metodológicos de la estimación del indicador		
Cálculo del Indicador		Numerador
<p><u>N° niños/niñas menores de 1 año afiliados al SIS adscritos a las IPRESS de la UE con al menos 05 CRED X 100</u></p> <p>N° niños/niñas menores de 1 año asegurados al SIS adscritos a las IPRESS de la UE</p>		Números acumulado de niños y niñas afiliados al SIS adscritos a la UE que cumplen 12 meses en el periodo de evaluación y que cuente con 05 CRED brindados en el código prestacional 001 y 002. Se cuenta el CRED desde los 29 días hasta los 11 meses y 29 días de edad.
Precisiones		Denominador
<p>a) Para la evaluación se considerará los FUAS con fecha de atención desde 01 de enero hasta el 31 de mayo de 2022 y que se encuentren registradas hasta el 30 de junio de 2022 en los aplicativos informáticos del SIS.</p> <p>b) Al momento de hacer la evaluación se aplicará hasta 02 decimales y no se redondeará.</p> <p>c) Para el cálculo se considera el valor acumulado de la producción registrada considerando lo dispuesto en el literal a)</p>		Números de niños y niñas afiliados al SIS adscritos a la UE que cumplen 12 meses y cero días en el periodo de evaluación.
Nivel de Desagregación		Frecuencia de medición
La medición es desagregada por Unidad Ejecutora y por GORES/DIRIS.		La medición es única y cancelatoria.
Fuente de datos		
Base de datos SIS		
Periodo de Evaluación de cumplimiento de metas		
FUAS con fecha de atención desde 01 de enero hasta el 31 de mayo de 2022, ver literal a) de Precisiones.		
Responsable de los datos e información		
Recopilación de datos y procesamiento de datos Puntos de digitación (ARFSIS, SIASIS, SIGEPS y SOASIS) /OGTI -SIS		
Bibliografía		
Referencias Bibliográficas		
- Plan Nacional para la reducción y control de la anemia materno infantil y la desnutrición crónica infantil en el Perú: 2017-2021. - Resolución Ministerial N° 537-2017/MINSA, que aprueba la NTS N° 137-MINSA/2017/DGIESP. Norma Técnica de Salud para el Control y Desarrollo de la niña y el niño menor de cinco años.		
Comentarios Técnicos		
Oficio N° 2531-2021-DGIESP/MINSA, la DGIESP-MINSA informa al SIS que se debe de tener en cuenta que durante los años 2020 y 2021 se ha visto afectado por la pandemia por la COVID-19, el normal desarrollo de los paquetes de atención integral, por lo que se prioriza la cantidad de CREDs que un niños menor de 1 año debería de recibir como mínimo permitido. El basal mínimo y la meta se encuentran en las actas suscritas con las DIRIS/GORES. El cálculo del basal mínimo está en base a la producción 2021.		

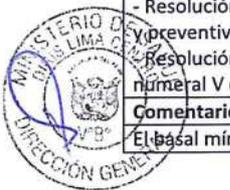




CONVENIO ENTRE EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD, FONDO INTANGIBLE SOLIDARIO DE SALUD Y LA DIRECCIÓN DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA CENTRO, PARA EL FINANCIAMIENTO DE LAS PRESTACIONES BRINDADAS A SUS ASEGURADOS

IP 02 - PORCENTAJE DE NIÑOS/NIÑAS MENORES DE 1 AÑO ASEGURADOS AL SIS CON DOSAJE DE HEMOGLOBINA

FICHA TÉCNICA		Área Responsable
		Seguro Integral de Salud
		Gerencia de Riesgos y Evaluación de las Prestaciones
11. Datos de identificación del Indicador		
Código	IPO2	Nombre del indicador
		Porcentaje de niños/niñas menores de 1 año asegurados al SIS con dosaje de hemoglobina
Definición del indicador		
Mide el porcentaje de niños/niñas menores de 1 año, aseguradas al SIS que se les ha realizado el dosaje de hemoglobina de acuerdo a su edad.		
Objetivo		
Contribuir en la reducción de anemia a través de la prevención		
2. Aspectos metodológicos de la estimación del indicador		
Cálculo del Indicador		Numerador
$\frac{\text{N}^\circ \text{ niñas/niños menores de un 1 año adscritos a las IPRESS de la UE con un dosaje de hemoglobina.} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ niños/niñas menores de 1 año asegurados al SIS adscritos a las IPRESS de la UE}}$		Números acumulado de niños y niñas afiliados al SIS adscritos a la UE que cumplen 12 meses en el periodo de evaluación y que cuente con 01 dosaje de hemoglobina. El CPMS de dosaje de hemoglobina se cuenta en el 85018 ó 85007 ó 85027 ó 85031. Se busca desde los 29 días hasta los 11 meses y 29 días de edad.
Precisiones		Denominador
a) Para la evaluación se considerará los FUAS con fecha de atención desde 01 de enero hasta el 31 de mayo de 2022 y que se encuentren registradas hasta el 30 de junio de 2022 en los aplicativos informáticos del SIS. b) Al momento de hacer la evaluación se aplicará hasta 02 decimales y no se redondeará. c) Para el cálculo se considera el valor acumulado de la producción registrada considerando lo dispuesto en el literal a)		Números de niños y niñas afiliados al SIS adscritos a la UE que cumplen 12 meses y cero días en el periodo de evaluación. La búsqueda se realizará en IPRESS del I y II nivel con población adscrita a nivel nacional e incluye solo afiliaciones directas o permanentes.
Nivel de Desagregación		Frecuencia de medición
La medición es desagregada por unidad ejecutora y por GORES/DIRIS.		La medición es única y cancelatoria.
3. Fuente de datos y flujo de la información		
Fuente de datos		
Base de datos SIS		
Periodo de Evaluación de cumplimiento de metas		
FUAS con fecha de atención desde 01 de enero hasta el 31 de mayo de 2022, ver literal a) de Precisiones.		
Responsable de los datos e información		
Recopilación de datos y procesamiento de datos		
Puntos de digitación (ARFSIS, SIASIS, SIGEPS y SOASIS)/OGTI -SIS		
Bibliografía		
Referencias Bibliográficas		
<ul style="list-style-type: none"> - Plan Nacional para la reducción y control de la anemia materno infantil y la desnutrición crónica infantil en el Perú: 2017-2021. - Resolución Ministerial N° 537-2017/MINSA, que aprueba la NTS N° 137-MINSA/2017/DGIESP, "Norma Técnica de Salud para el Control y Desarrollo de la niña y el niño menor de cinco años" - Resolución Ministerial N° 250-2017/MINSA, que aprueba la NTS N° 134 MINS/2017/DGIESP, Norma Técnica de Salud para el manejo terapéutico y preventivo de la anemia en niños, adolescente, mujeres gestantes y puerperas. - Resolución Ministerial N° 229-2020-MINSA, NTS para el manejo terapéutico y preventivo que modifica el apartado 5.3.1. del subnumeral 5.3 del numeral V de la NTS N° 134-MINSA-DGIESP 		
Comentarios Técnicos		
El basal mínimo y la meta se encuentran en las actas suscritas con las DIRIS/GOREs. El cálculo del basal mínimo esta en base a la producción 2021.		





CONVENIO ENTRE EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD, FONDO INTANGIBLE SOLIDARIO DE SALUD Y LA DIRECCIÓN DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA CENTRO, PARA EL FINANCIAMIENTO DE LAS PRESTACIONES BRINDADAS A SUS ASEGURADOS

IP 03- PORCENTAJE DE GESTANTE ASEGURADAS AL SIS CON PAQUETE PREVENTIVO

FICHA TÉCNICA		Área Responsable
		Seguro Integral de Salud
		Gerencia de Riesgos y Evaluación de las Prestaciones
11. Datos de identificación del Indicador		
Código	IP03	Nombre del indicador
		Porcentaje de gestante aseguradas al SIS con paquete preventivo
Definición del indicador		
Mide el porcentaje de gestantes que al momento de atenderse el parto tuvieron al menos 04 controles prenatales y con 03 entregas de hierro y ácido fólico durante el periodo de gestación		
Objetivo		
Fortalecer las acciones que contribuyan a la reducción de la morbilidad materno-infantil y reducción de anemia en el niño a fin de que se brinde una atención integral a la mujer durante el periodo de la gestación.		
2. Aspectos metodológicos de la estimación del indicador		
Cálculo del Indicador		Numerador
$\frac{\text{N}^\circ \text{ de gestantes adscritas a las IPRESS de las UE con 4 controles prenatales con 3 entregas de hierro y ácido fólico} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ de gestantes aseguradas al SIS adscritas a las IPRESS de las UE}}$		Del total de partos acumulados registrados, de mujeres adscritas a la UE se debe de identificar lo siguiente: a) Que tengan al menos con 4 controles prenatales en el transcurso del embarazo, registrado en el código prestacional 009 y b) Con al menos 03 entregas de hierro y ácido fólico registrado en el código prestacional 009 o 056, que sumen en total 180 tabletas. Para las entregas se consideran los siguientes códigos SISMED: 03513 ó 03512 ó 03514 ó 36195 ó ((03552 ó 3553) y (18109 ó 18119*)) (*)Para el caso del COD SISMED 18119 se considera al menos una entrega.
Precisiones		Denominador
a) Para la evaluación se considerará los FUAS con fecha de atención desde 01 de enero hasta el 31 de mayo de 2022 y que se encuentren registradas hasta el 30 de junio de 2022 en los aplicativos informáticos del SIS. b) Al momento de hacer la evaluación se aplicará hasta 02 decimales y no se redondeará. c) Para el cálculo se considera el valor acumulado de la producción registrada considerando lo dispuesto en el literal a)		Se identifica el total de gestantes adscritas a la UE que tuvieron el parto institucional registrados en las prestaciones 054 y 055 en el periodo de evaluación. La búsqueda se realizara a nivel nacional e incluye solo afiliaciones directas o permanentes.
Nivel de Desagregación		Frecuencia de medición
La medición es desagregada por unidad ejecutora y por GORES/DIRIS.		La medición es única y cancelatoria.
3. Fuente de datos y flujo de la información		
Fuente de datos		
Base de datos SIS		
Periodo de Evaluación de cumplimiento de metas		
FUAS con fecha de atención desde 01 de enero hasta el 31 de mayo de 2022, ver literal a) de Precisiones.		
Responsable de los datos e información		
Recopilación de datos y procesamiento de datos		
Puntos de digitación (ARFSIS, SIASIS, SIGEPS y SOASIS)/OGTI -SIS		
Bibliografía		
Referencias Bibliográficas		
- Norma técnica: NTS 105-MINSA/DGSP.V.01 Norma técnica de salud para la atención integral de salud materna, RM N° 827-2013/MINSA. - Resolución Ministerial N° 250-2017/MINSA, que aprueba la NTS N° 134 MINSA/2017/DGIESP, Norma Técnica de Salud para el manejo terapéutico y preventivo de la anemia en niños, adolescente, mujeres gestantes y puérperas. - Resolución Ministerial N° 229-2020-MINSA, NTS para el manejo terapéutico y preventivo que modifica el apartado 5.3.1. del subnumeral 5.3 del numeral V de la NTS N° 134-MINSA-DGIESP.		
Comentarios Técnicos		
El basal mínimo y la meta se encuentran en las actas suscritas con las DIRIS/GORES. El cálculo del basal mínimo está en base a la producción 2021.		





CONVENIO ENTRE EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD, FONDO INTANGIBLE SOLIDARIO DE SALUD Y LA DIRECCIÓN DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA CENTRO, PARA EL FINANCIAMIENTO DE LAS PRESTACIONES BRINDADAS A SUS ASEGURADOS

IP 04- PORCENTAJE DE ASEGURADOS SIS CON TAMIZAJE EN SALUD MENTAL

FICHA TÉCNICA		Área Responsable
		Seguro Integral de Salud
		Gerencia de Riesgos y Evaluación de las Prestaciones
11. Datos de identificación del Indicador		
Código	IP04	Nombre del indicador
		Porcentaje de asegurados SIS con tamizaje en salud mental
Definición del indicador		
Mide el porcentaje de prestaciones preventivas de tamizaje de salud mental en la población afiliada de la Región		
Objetivo		
Contribuir al cumplimiento del Plan Nacional de Salud Mental.		
2. Aspectos metodológicos de la estimación del indicador		
Cálculo del Indicador		Numerador
N° de asegurados al SIS con tamizaje en Salud Mental X 100		Número de asegurados al SIS adscrito a la UE tamizados en problemas de Salud Mental registrado en el código de servicio 022 ó la marca del campo "Tamizaje de Salud Mental"
N° de asegurados al SIS adscritos a las IPRESS de la UE		
Precisiones		Denominador
a) Para la evaluación se considerará los FUAS con fecha de atención desde 01 de enero hasta el 31 de mayo de 2022 y que se encuentren registradas hasta el 30 de junio de 2022 en los aplicativos informáticos del SIS.		N° total de asegurados SIS adscritos a las UE
b) Al momento de hacer la evaluación se aplicará hasta 02 decimales y no se redondeará.		
c) Para el cálculo se considera el valor acumulado de la producción registrada considerando lo dispuesto en el literal a)		
d) Se considera afiliados activos en el periodo de evaluación (Incluye a los afiliados regulares y directos)		
e) La búsqueda se realizará en IPRESS del I y II nivel con población adscrita a nivel nacional		
Nivel de Desagregación		Frecuencia de medición
La medición es desagregada por unidad ejecutora y por GORES/DIRIS.		La medición es única y cancelatoria.
3. Fuente de datos y flujo de la información		
Fuente de datos		
Base de datos SIS		
Periodo de Evaluación de cumplimiento de metas		
FUAS con fecha de atención desde 01 de enero hasta el 31 de mayo de 2022, ver literal a) de Precisiones.		
Responsable de los datos e información		
Recopilación de datos y procesamiento de datos		
Puntos de digitación (ARFSIS, SIASIS, SIGEPS y SOASIS)/OGTI -SIS		
Bibliografía		
Referencias Bibliográficas		
1. Resolución Ministerial N° 356-2018/MINSA - Plan Nacional de Fortalecimiento de Servicios de Salud Mental Comunitaria 2018-2021.		
2. Resolución Ministerial N° 946-2006/MINSA - Plan Nacional de Salud Mental.		
Comentarios Técnicos		
El basal mínimo y la meta se encuentran en las actas suscritas con las DIRIS/GOREs. El cálculo del basal mínimo esta en base a la producción 2021.		





CONVENIO ENTRE EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD, FONDO INTANGIBLE SOLIDARIO DE SALUD Y LA DIRECCIÓN DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA CENTRO, PARA EL FINANCIAMIENTO DE LAS PRESTACIONES BRINDADAS A SUS ASEGURADOS

IP 05- PORCENTAJES DE ASEGURADOS AL SIS DE 15 AÑOS A MÁS CON TAMIZAJE EN ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES (HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y DIABETES MELLITUS)

FICHA TÉCNICA		Área Responsable
		Seguro Integral de Salud
		Gerencia de Riesgos y Evaluación de las Prestaciones
11. Datos de identificación del Indicador		
Código	IPOS	Nombre del indicador
		Porcentajes de asegurados al SIS de 15 años a más con tamizaje en enfermedades no transmisibles (Hipertensión arterial y diabetes mellitus)
Definición del indicador		
El indicador mide el porcentaje de asegurados de 15 años a más años tamizados en enfermedades crónicas.		
Objetivo		
Fortalecer las acciones que contribuyan acciones preventivas a través del tamizaje para reducir la morbimortalidad relacionadas a la Diabetes e Hipertensión.		
2. Aspectos metodológicos de la estimación del indicador		
Cálculo del Indicador		Numerador
$\frac{\text{N}^\circ \text{ de asegurados de 15 años a más con tamizaje de diabetes e hipertensión arterial} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ de asegurados de 15 a más años adscritos a las IPRESS UE}}$		<p>Del total de asegurados de 15 a más años de edad, adscrito a la UE se identifica que haya recibido tamizaje para diabetes e hipertensión arterial.</p> <p>Para la búsqueda se considera en el código prestacional 071 ó 056 ó 903 ó 904 ó 017 ó 906</p> <p>-Para la búsqueda del registro de tamizaje de diabetes se considera el CPMS 82947 ó 82948</p> <p>y</p> <p>-Para la búsqueda del tamizaje asociado a hipertensión arterial se considera el registro por "Actividades preventivas" en el cód 301.</p>
Precisiones		Denominador
<p>a) Para la evaluación se considerará los FUAS con fecha de atención desde 01 de enero hasta el 31 de mayo de 2022 y que se encuentren registradas hasta el 30 de junio de 2022 en los aplicativos informáticos del SIS.</p> <p>b) Al momento de hacer la evaluación se aplicará hasta 02 decimales y no se redondeará.</p> <p>c) Para el cálculo se considera el valor acumulado de la producción registrada considerando a)</p> <p>d) Se considera afiliados activos en el periodo de evaluación (Incluye a los afiliados regulares y directos)</p> <p>e) La búsqueda se realizará en IPRESS del I y II nivel con población adscrita a nivel nacional</p> <p>f) Se excluye en el numerador y denominador los asegurados con diagnóstico definitivo/repetitivo de Diabetes (E10:E14), O24 o hipertensión arterial (I10:I15), (O10:O11).</p>		<p>Total de asegurados al SIS mayor o igual a 15 años de edad adscritos a UE.</p> <p>Se excluye a los asegurados con diagnóstico definitivo/repetitivo de Diabetes (E10:E14), O24 o hipertensión arterial (I10:I15), (O10:O11).</p>
Niveles de desagregación		Frecuencia de medición
La medición es desagregada por Unidades Ejecutoras a nivel región/DIRIS		única y cancelatoria
3. Fuente de datos y flujo de la información		
Fuente de datos		
Base de datos SIS		
Periodo de Evaluación de cumplimiento de metas		
FUAS con fecha de atención desde 01 de enero hasta el 31 de mayo de 2022, ver literal a) de Precisiones.		
Responsable de los datos e información		
Recopilación de datos y procesamiento de datos		
Puntos de digitación (ARFSIS, SIASIS, SIGEPS y SOASIS)/OGTI -SIS		
Bibliografía		
Referencias Bibliográficas		
1. Guía de Práctica Clínica para la Prevención y Control de la Enfermedad Hipertensiva en el Primer Nivel de Atención. RM N° 031-2015/MINSA.		
2. Guía Técnica: Guía de Práctica Clínica para el diagnóstico, tratamiento y control de la Diabetes Mellitus Tipo 2 en el primer nivel de atención. RM N° 719-2015/MINSA.		
Comentarios Técnicos		
El basal mínimo y la meta se encuentran en las actas suscritas con las DIRIS/GOREs. El cálculo del basal mínimo esta en base a la producción 2021		





CONVENIO ENTRE EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD, FONDO INTANGIBLE SOLIDARIO DE SALUD Y LA DIRECCIÓN DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA CENTRO, PARA EL FINANCIAMIENTO DE LAS PRESTACIONES BRINDADAS A SUS ASEGURADOS

IP 06- PORCENTAJE DE ADULTOS MAYORES ASEGURADOS AL SIS CON 01 ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD

FICHA TÉCNICA		Área Responsable
		Seguro Integral de Salud
		Gerencia de Riesgos y Evaluación de las Prestaciones
11. Datos de identificación del Indicador		
Código	IP06	Nombre del indicador
		Porcentaje de adultos mayores asegurados al SIS con 01 atención integral en salud
Definición del indicador		
El indicador mide el porcentaje de asegurados al SIS, adultos mayores que reciben al menos una atención integral acorde a su etapa de vida.		
Objetivo		
Contribuir a incentivar el acceso a salud preventiva de los asegurados del SIS de la etapa de vida adulto mayor.		
2. Aspectos metodológicos de la estimación del indicador		
Cálculo del Indicador		Numerador
$\frac{\text{N}^\circ \text{ de asegurados de 60 años a más con 01 atención en medicina preventiva}}{\text{N}^\circ \text{ de asegurados de 60 años a más adscritos a las IPRESS de las UE}} \times 100$		N° de personas de 60 años a más afiliados al SIS adscritos a la UE con inicio de atención integral registrado, según lo siguiente: Adulto mayor: De 60 a más años búsqueda en el cód. 903 (Atención integral de salud del adulto mayor)
Precisiones		Denominador
a) Para la evaluación se considerará los FUAS con fecha de atención desde 01 de enero hasta el 31 de mayo de 2022 y que se encuentren registradas hasta el 30 de junio de 2022 en los aplicativos informáticos del SIS. b) Al momento de hacer la evaluación se aplicará hasta 02 decimales y no se redondeará. c) Para el cálculo se considera el valor acumulado de la producción registrada considerando a) d) Se considera afiliados activos en el periodo de evaluación (Incluye a los afiliados regulares y directos) e) La búsqueda se realizará en IPRESS del I y II nivel con población adscrita a nivel nacional.		N° de personas de 60 a más años de edad asegurados SIS adscritos a UE
Niveles de desagregación		Frecuencia de medición
La medición es desagregadas por Unidades Ejecutoras, por GORES/DIRIS		única y cancelatoria
3. Fuente de datos y flujo de la información		
Fuente de datos		
Base de datos SIS		
Periodo de Evaluación de cumplimiento de metas		
FUAS con fecha de atención desde 01 de enero hasta el 31 de mayo de 2022, ver literal a) de Precisiones.		
Responsable de los datos e información		
Recopilación de datos y procesamiento de datos		
Puntos de digitación (ARFSIS, SIASIS, SIGEPS y SOASIS)/OGTI -SIS		
Bibliografía		
Referencias Bibliográficas		
1. NTS N°046-MINSA/DGSP-V01 Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud de la Etapa de Vida Adulto Mayor		
Comentarios Técnicos		
El basal mínimo y la meta se encuentran en las actas suscritas con las DIRIS/GORES. El cálculo del basal mínimo está en base a la producción 2021.		





CONVENIO ENTRE EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD, FONDO INTANGIBLE SOLIDARIO DE SALUD Y LA DIRECCIÓN DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA CENTRO, PARA EL FINANCIAMIENTO DE LAS PRESTACIONES BRINDADAS A SUS ASEGURADOS

ANEXO N° 08: FICHAS TÉCNICAS DE LOS INDICADORES FINANCIEROS DEL FISSAL

IF 01 – SC 01 FISSAL: PORCENTAJE DE EJECUCIÓN DEL GASTO EN FUENTE DYT

FICHA TECNICA		Área Responsable	
		Fondo Intangible Solidario de Salud	
		Dirección de Financiamiento de Prestaciones de Alto Costo	
1. Datos de identificación del indicador			
CODIGO	IF 01 SC 01	Nombre del indicador	
		PORCENTAJE DE EJECUCIÓN DEL GASTO EN FUENTE DYT	
Definición del indicador			
Mide el avance del gasto del certificado, compromiso anual y devengado respecto al total del Presupuesto Institucional Modificado de los recursos transferidos por la UE 002 FISSAL por fuente DyT			
Objetivo			
Contribuir a mejorar la ejecución del gasto a nivel decertificado, compromiso anual y devengado respecto al total del presupuesto institucional modificado de los recursos transferidos por la UE 002 FISSAL por fuente DyT			
2. Aspectos metodológicos de la estimación del indicador			
Cálculo del Indicador		Numerador	
$\frac{\text{Monto a nivel certificado}}{\text{Monto del PIM}} \times 100$		Monto certificado: Monto que debe afectarse preventivamente a la correspondiente cadena de gasto garantizando que se cuenta con el crédito presupuestario disponible, reduciendo su importe del saldo disponible de los recursos transferidos por la UE 002 FISSAL por fuente DyT	
$\frac{\text{Monto a nivel de Compromiso anual}}{\text{Monto del PIM}} \times 100$		Monto compromiso anual: El compromiso refleja el monto anualizado del acto administrativo o contrato a ser atendido con cargo a los créditos presupuestarios aprobados para un determinado año fiscal de los recursos transferidos por la UE 002 FISSAL por fuente DyT	
$\frac{\text{Monto a nivel Devengado}}{\text{Monto del PIM}} \times 100$		Monto devengado: Monto que debe afectarse a la correspondiente cadena de gasto, reduciendo su importe del saldo disponible. Registra la obligación de pago, como consecuencia del respectivo compromiso contraído de los recursos transferidos por la UE 002 FISSAL por fuente DyT	
Precisiones		Denominador	
Al momento de hacer la evaluación se aplicará hasta 02 decimales y no se redondeará.		Monto total que se tiene presupuestado (PIM) de los recursos transferidos por la UE 002 FISSAL por fuente DyT	
Nivel de Desagregación		Frecuencia de Medición	
Unidades Ejecutoras (UE)		Semestral	
3. Fuente de datos y flujo de información			
Fuente de datos			
SIAF de las UEs			
Periodo de Evaluación de Cumplimiento de metas:			
Evaluación cierre: Al término del primer semestre. Con opción de una segunda evaluación cancelatoria al 31 de julio en caso no aprobar esta evaluación cierre. Si no logra cumplir las metas de esta opción pierde el porcentaje del presupuesto asignado y no se transfiere. Las metas financieras por cada unidad ejecutora se encuentran en las adendas y actas firmadas del año 2022			
Responsable de los datos e información			
Recopilación de datos y Procesamiento de datos:			
Dirección de Financiamiento de Prestaciones de Alto Costo - Supervisión Financiera			
Bibliografía			
Referencias Bibliográficas			
1. Decreto Legislativo N° 1440 Decreto Legislativo del Sistema Nacional de Presupuesto Publico.			
2. Ley N° 30970 de Medidas Presupuestarias para coadyuvar a la calidad y la ejecución del gasto público.			
3. Directiva Para la Ejecución Presupuestaria del año fiscal 2022.			
4. Ley N° 31365 Ley de Presupuesto del Sector Público para el año fiscal 2022.			
5. RJ N° 076-2021/SIS. Aprueba Directiva Administrativa N°001-2021-SIS-GNF-V.02.			
Comentarios Técnicos			
Esta ficha corresponde al Subcomponente 01: PORCENTAJE DE EJECUCIÓN DEL GASTO EN FUENTE DYT del IF 01. Si cumple los indicadores financieros (certificado, compromiso anual y devengado) se procede a la evaluación del 2do Subcomponente. Tener en cuenta por que la transferencia que realiza el pliego SIS a las diversas UEs se incorpora por fuente DyT. Para la segunda evaluación de tipo cancelatoria el nuevo denominador será el monto del PIM por fuente DyT al 31 de julio.			

Fuente: DIF-FISSAL



E. Muñoz



H. GARAVITO



CONVENIO ENTRE EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD, FONDO INTANGIBLE SOLIDARIO DE SALUD Y LA DIRECCIÓN DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA CENTRO, PARA EL FINANCIAMIENTO DE LAS PRESTACIONES BRINDADAS A SUS ASEGURADOS

IF 01 – SC 02 FISSAL: PORCENTAJE DE EJECUCIÓN DEL GASTO EN FUENTE DYT –PRIMER ORDEN

FICHA TECNICA		Área Responsable
		Fondo Intangible Solidario de Salud
		Dirección de Financiamiento de Prestaciones de Alto Costo
1. Datos de identificación del indicador		
CODIGO	IF 01 SC 02	Nombre del indicador
		PORCENTAJE DE EJECUCIÓN DEL GASTO EN FUENTE DYT - PRIMER ORDEN
Definición del indicador		
Mide el avance del gasto del certificado, compromiso anual y devengado respecto al total del Presupuesto Institucional Modificado de los recursos transferidos por la UE 002 FISSAL por fuente DyT en subcomponente PRIMER ORDEN		
Objetivo		
Contribuir a mejorar la ejecución del gasto a nivel de certificado, compromiso anual y devengado respecto al total del presupuesto institucional modificado de los recursos transferidos por la UE 002 FISSAL por fuente DyT en subcomponente PRIMER ORDEN		
2. Aspectos metodológicos de la estimación del indicador		
Cálculo del Indicador		Numerador
$\frac{\text{Monto a nivel certificado}}{\text{Monto del PIM}} \times 100$		Monto certificado: Monto que debe afectarse preventivamente a la correspondiente cadena de gasto garantizando que se cuenta con el crédito presupuestario disponible, reduciendo su importe del saldo disponible de los recursos transferidos por la UE 002 FISSAL por fuente DyT en subcomponente PRIMER ORDEN
$\frac{\text{Monto a nivel de Compromiso anual}}{\text{Monto del PIM}} \times 100$		Monto compromiso anual: El compromiso refleja el monto anualizado del acto administrativo o contrato a ser atendido con cargo a los créditos presupuestarios aprobados para un determinado año fiscal de los recursos transferidos por la UE 002 FISSAL por fuente DyT en subcomponente PRIMER ORDEN
$\frac{\text{Monto a nivel Devengado}}{\text{Monto del PIM}} \times 100$		Monto devengado: Monto que debe afectarse a la correspondiente cadena de gasto, reduciendo su importe del saldo disponible. Registra la obligación de pago, como consecuencia del respectivo compromiso contraído de los recursos transferidos por la UE 002 FISSAL por fuente DyT en subcomponente PRIMER ORDEN
Precisiones		Denominador
Al momento de hacer la evaluación se aplicará hasta 02 decimales y no se redondeará.		Monto total que se tiene presupuestado (PIM) de los recursos transferidos por la UE 002 FISSAL por fuente DyT en subcomponente PRIMER ORDEN al 30 de junio (evaluación cierre).
Nivel de Desagregación		Frecuencia de Medición
Unidades Ejecutoras (UE)		Semestral
3. Fuente de datos y flujo de información		
Fuente de datos		
SIAF de las UEs		
Periodo de Evaluación de Cumplimiento de metas:		
Evaluación cierre: Al término del primer semestre. Con opción de una segunda evaluación cancelatoria al 31 de julio en caso no aprobar esta evaluación cierre. Si no logra cumplir las metas de esta opción pierde el porcentaje del presupuesto asignado y no se transfiere. Las metas financieras por cada unidad ejecutora se encuentra en las adendas y actas firmadas del año 2022.		
Responsable de los datos e información		
Recopilación de datos y Procesamiento de datos: Dirección de Financiamiento de Prestaciones de Alto Costo - Supervisión Financiera		
Bibliografía		
Referencias Bibliográficas 1. Decreto Legislativo N° 1440 Decreto Legislativo del Sistema Nacional de Presupuesto Publico. 2. Ley N° 30970 de Medidas Presupuestarias para coadyuvar a la calidad y la ejecución del gasto público. 3. Directiva Para la Ejecución Presupuestaria para el año fiscal 2022. 4. Ley N° 31365 Ley de Presupuesto del Sector Público para el año fiscal 2022. 5. RJ N° 076-2021/SIS. Aprueba Directiva Administrativa N°001-2021-SIS-GNF-V.02.		
Comentarios Técnicos		
Esta ficha corresponde al Subcomponente 02: PORCENTAJE DE EJECUCIÓN DEL GASTO EN FUENTE DYT - PRIMER ORDEN del IF 01, el cual se evalúa si la UE cumplió con los indicadores financieros del Subcomponente 01. Para considerar haber superado la evaluación del IF 01 deben haber superado el Subcomponente 01 y 02. Para la segunda evaluación de tipo cancelatoria el nuevo denominador será el monto del PIM por fuente DyT al 31 de julio. El SIS financia a través de fuente DyT prioritariamente los siguientes clasificadores: 2.3.1.8.1.2- Medicamentos 2.3.1.8.2.1 - Material, Insumos, Instrumental y Accesorios médicos, Quirúrgicos, Odontológicos y de Laboratorio 2.3.1.8.1.99 - Otros productos similares 2.3.1.8.1.1 Vacunas 2.3.1.99.1.2 Productos Químicos Para las Unidades Ejecutoras que tengan el servicio propio de hemodiálisis y diálisis peritoneal se evalúa el segundo componente a nivel de las transferencias por recursos incorporados en la actividad 5006372 Hemodiálisis por Insuficiencia Renal.		

Fuente: DIF-FISSAL



E. Muñoz



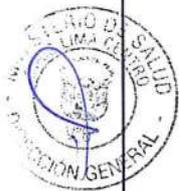


CONVENIO ENTRE EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD, FONDO INTANGIBLE SOLIDARIO DE SALUD Y LA DIRECCIÓN DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA CENTRO, PARA EL FINANCIAMIENTO DE LAS PRESTACIONES BRINDADAS A SUS ASEGURADOS

ANEXO N° 9: FICHAS TÉCNICAS DE LOS INDICADORES PRESTACIONALES DEL FISSAL

SUBCOMPONENTE 01- B: ACCESO A CIRUGÍA VASCULAR

FICHA TÉCNICA		Área Responsable
		Fondo Intangible Solidario de Salud
		Dirección de Cobertura y Evaluación de Prestaciones de Alto Costo
1. Datos de identificación del indicador		
CÓDIGO	SC-IP-FISSAL-01-B	Nombre del indicador
TASA DE ASEGURADOS EN HEMODIÁLISIS CRÓNICA QUE FUERON ATENDIDOS EN CIRUGÍA VASCULAR		
Definición del indicador		
El indicador mide la tasa de pacientes asegurados con insuficiencia renal crónica terminal (IRCT) en hemodiálisis (HD) crónica en IPRESS contratadas por el FISSAL, procedentes de IPRESS pública del Listado "IPRESS que derivan pacientes en hemodiálisis" que accedieron a una consulta de cirugía vascular.		
Objetivos		
I. Incrementar el acceso del asegurado con insuficiencia renal crónica terminal (IRCT) en hemodiálisis (HD) crónica a: (1) Evaluación de funcionalidad de fístulas arteriovenosas (FAV) y (2) Evaluación para creación de FAV en pacientes con catéter venoso central (CVC) de corta o larga permanencia. II. Incrementar el número de asegurados en HD crónica con FAV para la prevención de complicaciones asociadas al acceso vascular, con lo cual se contribuye a la reducción de la morbilidad de este grupo de pacientes		
2. Aspectos metodológicos de la estimación del indicador		
Cálculo del Indicador	Numerador	
<p>N° de asegurados en HD crónica en IPRESS contratadas por el FISSAL, procedentes de IPRESS pública del Listado "IPRESS que derivan pacientes en hemodiálisis" de Lima Metropolitana, Callao u otra región que tenga oferta de cirugía vascular, que accedieron a una consulta de cirugía vascular en alguna IPRESS Pública.</p> <p>N° de asegurados en HD crónica en IPRESS contratadas por el FISSAL, que procede de la IPRESS pública del Listado "IPRESS que derivan pacientes en hemodiálisis" de Lima Metropolitana, Callao u otra región que tenga oferta de cirugía vascular.</p>	<p>—El asegurado podrá acceder a la consulta de cirugía vascular en la misma IPRESS o en otra IPRESS pública (por el sistema de referencia y contrarreferencia). Se buscará el registro de la consulta en toda la producción de las IPRESS de II y III nivel de atención.</p> <p>—La IPRESS pública que realiza la consulta de cirugía vascular deberá registrar el FUA de atención ambulatoria con:</p> <p>(1) Código de servicio 056, intramural o extramural, no serán consideradas las atenciones por Telesalud.</p> <p>(2) Incluir los siguientes diagnósticos DEFINITIVO/REPETIDO: [N180/N188/N189] - INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA y [Z718] - OTRAS CONSULTAS ESPECIFICADAS.</p> <p>(3) El médico deberá ser especialista en cirugía vascular, contar con RNE y estar registrado en la base de datos del personal de salud del SIASIS con la especialidad "CIRUGÍA TORÁCICA Y CARDIOVASCULAR".</p> <p>—El valor del numerador al momento de la evaluación será el N° de asegurados del padrón de asegurados en HD crónica en IPRESS contratadas por el FISSAL con corte al 31.12.2021 que registren al menos una atención con los requisitos señalados, en el periodo de producción enero-agosto 2022.</p>	
	<p>Denominador</p> <p>—El padrón nominal de asegurados en HD crónica en IPRESS contratadas por el FISSAL, será remitido por el FISSAL a cada una de las IPRESS públicas del Listado "IPRESS que derivan pacientes en hemodiálisis", a través de las GMR/UDR, en base a información del SAIRC con corte al 31.12.2021.</p> <p>—El valor del denominador al momento de la evaluación será el N° de asegurados del padrón con corte al 31.12.2021.</p>	
Precisiones		
<p>— El representante de la Unidad Ejecutora del Listado "IPRESS que derivan pacientes en hemodiálisis" (excepto las UE de Lima Metropolitana y Callao) de acuerdo al análisis de su oferta de cirugía vascular, seleccionará entre el SC-IP-FISSAL-01-A ó SC-IP-FISSAL-01-B durante la firma del Acta de Compromiso.</p> <p>—El padrón nominal de asegurados en HD crónica en IPRESS contratadas por el FISSAL, será actualizado de manera mensual hasta el 31.08.2022 y remitido a través de las GMR/UDR. La actualización de la información consistirá en la sustracción de los pacientes fallecidos, para conocimiento de la IPRESS.</p>		
Listado "IPRESS que derivan pacientes en hemodiálisis"		
1.- HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA - UE 143		2.- HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO - UE 144
3.- HOSPITAL SANTA ROSA - UE 145		
Nivel de Desagregación	Frecuencia de Medicion	
Unidades Ejecutoras (UE)	Bimensual	



**CONVENIO ENTRE EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD, FONDO INTANGIBLE SOLIDARIO DE SALUD Y LA DIRECCIÓN DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA CENTRO, PARA EL FINANCIAMIENTO DE LAS PRESTACIONES BRINDADAS A SUS ASEGURADOS**

3. Fuente de datos y flujo de información
Fuente de datos
Producción registrada en el SIASIS desde el 01.01.2022 hasta el 31.08.2022 (la producción no necesita ser valorizada previo al procesamiento de datos).
Periodo de Evaluación de Cumplimiento de metas:
Setiembre 2022 con corte de información al 31.08.2022.
Responsable de los datos e información
Recopilación de datos y Procesamiento de datos: Oficina de Tecnologías de la Información del FISSAL (OTI-FISSAL)
Análisis y evaluación de la información: Dirección de Cobertura y Evaluación de Prestaciones de Alto Costo (DICOE - FISSAL)
Bibliografía
<ol style="list-style-type: none"> 1.- C.E. Lok, R. Foley. Vascular access morbidity and mortality: trends of the last decade. <i>Clín J Am Soc Nephrol.</i>, 8 (2013), pp. 1213-1219; http://dx.doi.org/10.2215/CJN.01690213 2.- Ibeas J, Roca R, Vallespin J, Moreno T, Moñux G, Martí-Montós A et al. Guía Clínica Española del Acceso Vascular para Hemodiálisis. <i>Nefrología</i> 37 (2017), Suppl.1; http://revistanefrologia.com/es-publicacion-nefrologia-articulo-guia-clinica-espanola-del-acceso-vascular-hemodialisis-50211699517302175 3.- Fariñas M. & col. Infecciones asociadas a los catéteres utilizados para la hemodiálisis y la diálisis peritoneal. <i>Enferm Infecc Microbiol Clin</i> 2008;26(8):518-26 518-526; http://www.elsevier.es/es/linksolver/ft/pii/13127459 4.- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. Guía para el establecimiento y cálculo de líneas base y metas, CONEVAL, Ciudad de México, 2019; https://www.coneval.org.mx/coordinacion/Documents/monitoreo/metodologia/guia_lineas_base_metas.pdf 5.- Ley N° 30885, Ley que establece la conformación y el funcionamiento de las Redes Integradas de Salud - RIS. 6.- Decreto Supremo N° 019-2020-SA, reglamento de la Ley N° 30885.
Comentarios Técnicos
<ol style="list-style-type: none"> 1.- Esta ficha corresponde a los indicadores prestacionales del Subcomponente 01 - Acceso a cirugía vascular, aplicados por la IAFAS FISSAL para otorgar incentivos sujetos a la evaluación y cumplimiento de metas por parte de aquellas Unidades Ejecutoras que suscriban dicho compromiso. 2.- El representante de la Unidad Ejecutora del Listado "IPRESS que derivan pacientes en hemodiálisis" (excepto las UE de Lima Metropolitana y Callao) de acuerdo al análisis de su oferta de cirugía vascular, seleccionará entre el SC-IP-FISSAL-01-A ó SC-IP-FISSAL-01-B durante la firma del Acta de Compromiso. En caso de cambio en su selección, deberá comunicarlo a través de un oficio al FISSAL, en un plazo perentorio de 15 días calendario, contado a partir de la fecha de suscripción del Acta de Compromiso. 3.- El representante de la Unidad Ejecutora del Listado "IPRESS que derivan pacientes en hemodiálisis" que seleccione el indicador SC-IP-FISSAL-01-A no podrá seleccionar el indicador SC-IP-FISSAL-01-B y viceversa. 4.- El indicador se sustenta en el supuesto de que la IPRESS pública, en el marco de la complementariedad e integración clínica, iniciará la implementación de acciones para el cierre de brechas en la atención del asegurado con IRCT, por lo que el estado actual del indicador es cero, el estándar es el 100% (acceso del 100% de los asegurados con IRCT) y la meta para el año 2022 es el 5% para las IPRESS públicas que derivan menos de 500 pacientes y 4% para las IPRESS públicas que derivan más de 500 pacientes.



E. Muñoz



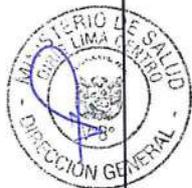
M. GARAVITO



CONVENIO ENTRE EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD, FONDO INTANGIBLE SOLIDARIO DE SALUD Y LA DIRECCIÓN DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA CENTRO, PARA EL FINANCIAMIENTO DE LAS PRESTACIONES BRINDADAS A SUS ASEGURADOS

SUBCOMPONENTE 02: ACCESO A DIÁLISIS PERITONEAL

FICHA TÉCNICA		Área Responsable
		Fondo Intangible Solidario de Salud
		Dirección de Cobertura y Evaluación de Prestaciones de Alto Costo
1. Datos de identificación del indicador		
CÓDIGO	SC-IP-FISSAL-02	Nombre del indicador
TASA DE ASEGURADOS EN HEMODIÁLISIS CRÓNICA QUE PASARON A DIÁLISIS PERITONEAL		
Definición del indicador		
El indicador mide la tasa de pacientes asegurados con insuficiencia renal crónica terminal (IRCT) en hemodiálisis (HD) crónica, procedente de IPRESS Pública del Listado "IPRESS con oferta de diálisis peritoneal" que pasaron a diálisis peritoneal (DP).		
Objetivo		
Incrementar el acceso del asegurado con insuficiencia renal crónica terminal (IRCT) en hemodiálisis (HD) crónica a información completa y opción concreta de diálisis peritoneal (DP) como terapia de reemplazo renal.		
2. Aspectos metodológicos de la estimación del indicador		
Cálculo del Indicador	Numerador	
$\frac{[(N^{\circ} \text{ de asegurados en HD crónica en IPRESS contratadas por el FISSAL}) + (N^{\circ} \text{ de asegurados en HD crónica en la IPRESS pública})] \text{ que tienen un año o menos en HD y proceden de la IPRESS pública del Listado "IPRESS con oferta de diálisis peritoneal", que pasaron a DP}}{[(N^{\circ} \text{ de asegurados en HD crónica en IPRESS contratadas por el FISSAL}) + (N^{\circ} \text{ de asegurados en HD crónica en la IPRESS pública})] \text{ que tienen un año o menos en HD y proceden de la IPRESS pública del Listado "IPRESS con oferta de diálisis peritoneal"}} \times 100$	<p>— Los asegurados en HD crónica que pasan a DP deberán tener al menos una atención que registre cualquiera de los siguientes procedimientos o medicamentos asociados al diagnóstico DEFINITIVO/REPETIDO [N180/N188/N189] - INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA:</p> <p>Procedimientos: [90952] - Diálisis peritoneal crónica ambulatoria ó [90951] - Diálisis peritoneal intermitente.</p> <p>Medicamentos: 11824, 11825, 19879, 21012, 21013, 21014, 21072, 21073, 21853, 21854, 21855, 21856, 21857, 27618, 31512, 21858 ó 23633.</p> <p>—El valor del numerador al momento de la evaluación será el N° de asegurados en HD crónica en IPRESS contratadas por el FISSAL que tienen un año o menos en HD del padrón con corte al 31.12.2021 que registren al menos una atención con los requisitos señalados, en el periodo de producción enero - agosto 2022.</p>	
		Denominador
	<p>—El padrón nominal de asegurados en HD crónica en IPRESS contratadas por el FISSAL que tienen un año o menos en HD, será remitido por el FISSAL a cada una de las IPRESS públicas del Listado "IPRESS con oferta de diálisis peritoneal" (a cada IPRESS le corresponde solo los asegurados que ha derivado a IPRESS privadas) a través de las GMR/UDR, en base a información del SAIRC con corte al 31.12.2021.</p> <p>—El padrón nominal de asegurados en HD crónica en la IPRESS pública con oferta de diálisis peritoneal, que tienen un año o menos en HD, con corte al 31.12.2021, deberá ser remitido por la misma IPRESS a través de un oficio al FISSAL, en un plazo perentorio de 15 días calendario, contados a partir de la fecha de suscripción del Acta de Compromiso. Caso contrario, no será tomado en cuenta en el cálculo del indicador.</p> <p>—El valor del denominador al momento de la evaluación será la suma del N° de asegurados de ambos padrones, con corte al 31.12.2021.</p>	
Precisiones		
— El padrón nominal de asegurados en HD crónica en IPRESS contratadas por el FISSAL que tienen un año o menos en HD, será actualizado de manera mensual hasta el 31.08.2022 y remitido a través de las GMR/UDR. La actualización de la información consistirá en la sustracción de los pacientes fallecidos, para conocimiento de la IPRESS.		
Listado "IPRESS con oferta de diálisis peritoneal"		
1.- HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA - UE 143		2.- HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO - UE 144
Nivel de Desagregación		Frecuencia de Medición
Unidades Ejecutoras (UE)		Bimensual



**CONVENIO ENTRE EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD, FONDO INTANGIBLE SOLIDARIO DE SALUD Y LA DIRECCIÓN DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA CENTRO, PARA EL FINANCIAMIENTO DE LAS PRESTACIONES BRINDADAS A SUS ASEGURADOS****3. Fuente de datos y flujo de información****Fuente de datos**

Producción registrada en el SIASIS desde el 01.01.2022 hasta el 31.08.2022 (la producción no necesita ser valorizada previo al procesamiento de datos).

Periodo de Evaluación de Cumplimiento de metas:

Setiembre 2022 con corte de información al 31.08.2022.

Responsable de los datos e información**Recopilación de datos y Procesamiento de datos:**

Oficina de Tecnologías de la Información del FISSAL (OTI-FISSAL)

Análisis y evaluación de la información:

Dirección de Cobertura y Evaluación de Prestaciones de Alto Costo (DICOE - FISSAL)

Bibliografía

- 1.- Tapia López E, García Martí S, Mengarelli C, Pichon-Riviere A, Augustovski F, Alcázar A, Bardach A, Clapponi A. Diálisis peritoneal versus hemodiálisis en enfermedad renal crónica - estadio 5. Documentos de evaluación de Tecnologías Sanitarias, Informe de Respuesta Rápida N° 578 Buenos Aires, Argentina. Agosto 2017. Disponible en: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/10/948211/dialisis-peritoneal-vs-hemodialisis-enf-renal-estadio-5.pdf>
- 2.- Ministerio de Salud del Perú. Análisis de la situación de la enfermedad renal crónica en el Perú, 2015. Lima: Dirección General de Epidemiología, MINSA; 2015. Disponible en: http://www.dge.gob.pe/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=598&Itemid=353.
- 3.- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. Guía para el establecimiento y cálculo de líneas base y metas, CONEVAL, Ciudad de México, 2019. Disponible en: https://www.coneval.org.mx/coordinacion/Documents/monitoreo/metodologia/guia_lineas_base_metas.pdf

Comentarios Técnicos

- 1.- Esta ficha corresponde a los indicadores prestacionales del Subcomponente 02 - Acceso a diálisis peritoneal, aplicados por la IAFAS FISSAL para otorgar incentivos sujetos a la evaluación y cumplimiento de metas por parte de aquellas Unidades Ejecutoras que suscriban dicho compromiso.
- 2.- El indicador se sustenta en el supuesto de que la IPRESS pública iniciará la implementación de acciones para el cierre de brechas en la atención del asegurado con IRCT que puede optar por la diálisis peritoneal como terapia de reemplazo renal en lugar de la HD, por lo que el estado actual del indicador es cero, el estándar es el 100% (acceso del 100% de los asegurados con IRCT que tienen un año o menos en HD) y la meta para el año 2022 es el 7%.



E. Muñoz



H. GARAVITO



CONVENIO ENTRE EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD, FONDO INTANGIBLE SOLIDARIO DE SALUD Y LA DIRECCIÓN DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA CENTRO, PARA EL FINANCIAMIENTO DE LAS PRESTACIONES BRINDADAS A SUS ASEGURADOS

SUBCOMPONENTE 03-A: ACCESO A CONSULTA CARDIOLÓGICA CON ECOCARDIOGRAFÍA

FICHA TÉCNICA		Área Responsable
		Fondo Intangible Solidario de Salud
		Dirección de Cobertura y Evaluación de Prestaciones de Alto Costo
1. Datos de identificación del indicador		
CÓDIGO	SC-IP-FISSAL-03-A	Nombre del indicador TASA DE ASEGURADOS EN HEMODIÁLISIS CRÓNICA QUE FUERON ATENDIDOS EN CARDIOLOGÍA Y REFERIDOS PARA ECOCARDIOGRAFÍA.
Definición del indicador		
El indicador mide la tasa de pacientes asegurados con insuficiencia renal crónica terminal (IRCT) en hemodiálisis (HD) crónica en IPRESS contratadas por el FISSAL, procedentes de IPRESS pública del Listado "IPRESS que derivan pacientes en hemodiálisis" que accedieron a una consulta de cardiología y fueron referidos para ecocardiografía.		
Objetivos		
I. Facilitar el acceso del asegurado con insuficiencia renal crónica terminal (IRCT) en hemodiálisis (HD) crónica a la detección oportuna o seguimiento de cardiopatía asociada.		
II. Reducir la morbilidad del paciente en HD crónica.		
2. Aspectos metodológicos de la estimación del indicador		
Cálculo del Indicador	Numerador	
$\frac{\text{N}^\circ \text{ de asegurados en HD crónica en IPRESS contratadas por el FISSAL, que fueron atendidos en cardiología y referidos para ecocardiografía por la IPRESS pública del Listado "IPRESS que derivan pacientes en hemodiálisis".}}{\text{N}^\circ \text{ de asegurados en HD crónica en IPRESS contratadas por el FISSAL, que procede de la IPRESS pública del Listado "IPRESS que derivan pacientes en hemodiálisis", que no cuenta con oferta de ecocardiografía.}} \times 100$	—La IPRESS pública deberá registrar (1) y (2): (1) El FUA de la atención ambulatoria con: (1.1) Código de servicio 056, intramural o extramural, no serán consideradas las atenciones por Telesalud. (1.2) Incluir los siguientes diagnósticos DEFINITIVO/REPETIDO: [N180/N188/N189] - INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA y [Z718] - OTRAS CONSULTAS ESPECIFICADAS. De corresponder, podrán registrar el o los diagnósticos de patologías cardiológicas presuntivas, definitivas o repetidas del paciente y sus consumos asociados en el reverso del FUA. (1.3) El médico deberá ser especialista en cardiología, contar con RNE y estar registrado en la base de datos del personal de salud del SIASIS con la especialidad "CARDIOLOGÍA". (1.4) destino del asegurado como "Referido" para "Apoyo al diagnóstico" (1.5) datos de la IPRESS a la que se refiere (1.6) número de la hoja de referencia (2) La referencia para ecocardiografía en el formato usual y en el sistema REFCON. —El valor del numerador al momento de la evaluación será el N° de asegurados del padrón de asegurados en HD crónica en IPRESS contratadas por el FISSAL con corte al 31.12.2021 que registren al menos una atención con los requisitos señalados, en el periodo de producción enero-agosto 2022.	
	Denominador	—El padrón nominal de asegurados en HD crónica en IPRESS contratadas por el FISSAL, será remitido por el FISSAL a cada una de las IPRESS públicas del Listado "IPRESS que derivan pacientes en hemodiálisis", a través de las GMR/UDR, en base a información del SAIRC con corte al 31.12.2021. —El valor del denominador al momento de la evaluación será el N° de asegurados del padrón con corte al 31.12.2021.
Precisiones		
—El representante de la Unidad Ejecutora del Listado "IPRESS que derivan pacientes en hemodiálisis" de acuerdo al análisis de su oferta de ecocardiografía, seleccionará entre el SC-IP-FISSAL-03-A ó SC-IP-FISSAL-03-B durante la firma del Acta de Compromiso. —El padrón nominal de asegurados en HD crónica en IPRESS contratadas por el FISSAL, será actualizado de manera mensual hasta el 31.08.2022 y remitido a través de las GMR/UDR. La actualización de la información consistirá en la sustracción de los pacientes fallecidos, para conocimiento de la IPRESS.		
Listado "IPRESS que derivan pacientes en hemodiálisis"		
1.- HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA - UE 143 2.- HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO - UE 144 3.- HOSPITAL SANTA ROSA - UE 0145		
Nivel de Desagregación	Frecuencia de Medición	
Unidades Ejecutoras (UE)	Bimensual	



E. Muñoz



**CONVENIO ENTRE EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD, FONDO INTANGIBLE SOLIDARIO DE SALUD Y LA DIRECCIÓN DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA CENTRO, PARA EL FINANCIAMIENTO DE LAS PRESTACIONES BRINDADAS A SUS ASEGURADOS****3. Fuente de datos y flujo de información**

Fuente de datos
Producción registrada en el SIASIS desde el 01.01.2022 hasta el 31.08.2022 (la producción no necesita ser valorizada previo al procesamiento de datos).
Periodo de Evaluación de Cumplimiento de metas:
Setiembre 2022 con corte de información al 31.08.2022.
Responsable de los datos e información
Recopilación de datos y Procesamiento de datos: Oficina de Tecnologías de la Información del FISSAL (OTI-FISSAL)
Análisis y evaluación de la información: Dirección de Cobertura y Evaluación de Prestaciones de Alto Costo (DICOE - FISSAL)
Bibliografía
<p>1.- NICE 2014. Cardiovascular disease: risk assessment and reduction, including lipid modification. Disponible en: www.nice.org.uk/guidance/CG181</p> <p>2.- Improving Global Outcomes (KDIGO) CKD Work Group. KDIGO 2012 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. Kidney Int. Suppl. 2013; 3:1-150. Disponible en: https://kdigo.org/wp-content/uploads/2017/02/KDIGO_2012_CKD_GL.pdf</p> <p>3.- Resolución Ministerial N° 751- 2004-MINSA, que aprueba la NT N° 018-MINSA/DGSP-V.01: "Norma Técnica del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de los Establecimientos del Ministerio de Salud".</p> <p>4.- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. Guía para el establecimiento y cálculo de líneas base y metas, CONEVAL, Ciudad de México, 2019. Disponible en: https://www.coneval.org.mx/coordinacion/Documents/monitoreo/metodologia/guia_lineas_base_metas.pdf</p>
Comentarios Técnicos
<p>1.- Esta ficha corresponde a los indicadores prestacionales del Subcomponente 03 - Acceso a consulta cardiológica con ecocardiografía, aplicados por la IAFAS FISSAL para otorgar incentivos sujetos a la evaluación y cumplimiento de metas por parte de aquellas Unidades Ejecutoras que suscriban dicho compromiso.</p> <p>2.- El representante de la Unidad Ejecutora del Listado "IPRESS que derivan pacientes en hemodiálisis" de acuerdo al análisis de su oferta de ecocardiografía, seleccionará entre el SC-IP-FISSAL-03-A ó SC-IP-FISSAL-03-B durante la firma del Acta de Compromiso. En caso de cambio en su selección, deberá comunicarlo a través de un oficio al FISSAL, en un plazo perentorio de 15 días calendario, contado a partir de la fecha de suscripción del Acta de Compromiso.</p> <p>3.- El representante de la Unidad Ejecutora del Listado "IPRESS que derivan pacientes en hemodiálisis" que seleccione el indicador SC-IP-FISSAL-03-A no podrá seleccionar el indicador SC-IP-FISSAL-03-B y viceversa.</p> <p>4.- El indicador se sustenta en el supuesto de que la IPRESS pública iniciará la implementación de acciones para el cierre de brechas en la atención del asegurado con IRCT, por lo que el estado actual del indicador es cero, el estándar es el 100% (acceso del 100% de los asegurados con IRCT) y la meta para el año 2022 es el 10% para las IPRESS públicas que derivan menos de 500 pacientes y 8% para las IPRESS públicas que derivan más de 500 pacientes.</p>



E. Muñoz





CONVENIO ENTRE EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD, FONDO INTANGIBLE SOLIDARIO DE SALUD Y LA DIRECCIÓN DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA CENTRO, PARA EL FINANCIAMIENTO DE LAS PRESTACIONES BRINDADAS A SUS ASEGURADOS

SUBCOMPONENTE 03-B: ACCESO A CONSULTA CARDIOLÓGICA CON ECOCARDIOGRAFÍA

FICHA TÉCNICA		Área Responsable
		Fondo Intangible Solidario de Salud
		Dirección de Cobertura y Evaluación de Prestaciones de Alto Costo
1. Datos de identificación del indicador		
CÓDIGO	SC-IP-FISSAL-03-B	Nombre del indicador
		TASA DE ASEGURADOS EN HEMODIÁLISIS CRÓNICA QUE FUERON ATENDIDOS EN CARDIOLOGÍA Y ECOCARDIOGRAFÍA.
Definición del indicador		
El indicador mide la tasa de pacientes asegurados con insuficiencia renal crónica terminal (IRCT) en hemodiálisis (HD) crónica en IPRESS contratadas por el FISSAL, procedentes de IPRESS pública del Listado "IPRESS que derivan pacientes en hemodiálisis" que accedieron a una consulta de cardiología y se les realizó una ecocardiografía.		
Objetivos		
I. Facilitar el acceso del asegurado con insuficiencia renal crónica terminal (IRCT) en hemodiálisis (HD) crónica a la detección oportuna o seguimiento de cardiopatía asociada.		
II. Reducir la morbimortalidad del paciente en HD crónica.		
2. Aspectos metodológicos de la estimación del indicador		
Cálculo del Indicador		Numerador
Nº de asegurados en HD crónica en IPRESS contratadas por el FISSAL, procedentes de IPRESS pública del Listado "IPRESS que derivan pacientes en hemodiálisis" que accedieron a consulta de cardiología y a ecocardiografía en alguna IPRESS Pública.		<p>—El asegurado podrá acceder a la consulta de cardiología y ecocardiografía en la misma IPRESS o en otra IPRESS pública (por el sistema de referencia y contrarreferencia). Se buscará el registro de la consulta en toda la producción de las IPRESS de II y III nivel de atención.</p> <p>—La IPRESS pública que realiza la consulta de cardiología y ecocardiografía deberá registrar el FUA de atención ambulatoria con:</p> <p>(1) Código de servicio 056, intramural o extramural, no serán consideradas las atenciones por Telesalud.</p> <p>(2) Incluir los siguientes diagnósticos DEFINITIVO/REPETIDO: [N180/N188/N189] - INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA y [Z718] - OTRAS CONSULTAS ESPECIFICADAS. De corresponder, podrán registrar el o los diagnósticos de patologías cardiológicas presuntivas, definitivas o repetidas del paciente.</p> <p>(3) En el reverso del FUA deberá registrar cualquiera de lo siguientes procedimientos 93306, 93307, 93308 asociados al diagnóstico de INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA. De corresponder, podrán registrar los consumos asociados a las patologías cardiológicas del paciente.</p> <p>(4) El médico deberá ser especialista en cirugía vascular, contar con RNE y estar registrado en la base de datos del personal de salud del SIASIS con la especialidad "CARDIOLOGÍA".</p> <p>—El valor del numerador al momento de la evaluación será el N° de asegurados del padrón de asegurados en HD crónica en IPRESS contratadas por el FISSAL con corte al 31.12.2021 que registren al menos una atención con los requisitos señalados, en el periodo de producción enero-agosto 2022.</p>
Nº de asegurados en HD crónica en IPRESS contratadas por el FISSAL, que procede de la IPRESS pública del Listado "IPRESS que derivan pacientes en hemodiálisis", que cuenta con oferta de ecocardiografía.		Denominador
		<p>—El padrón nominal de asegurados en HD crónica en IPRESS contratadas por el FISSAL, será remitido por el FISSAL a cada una de las IPRESS públicas del Listado "IPRESS que derivan pacientes en hemodiálisis", a través de las GMR/UDR, en base a información del SAIRC con corte al 31.12.2021.</p> <p>—El valor del denominador al momento de la evaluación será el N° de asegurados del padrón con corte al 31.12.2021.</p>
Precisiones		
—El representante de la Unidad Ejecutora del Listado "IPRESS que derivan pacientes en hemodiálisis" de acuerdo al análisis de su oferta de ecocardiografía, seleccionará entre el SC-IP-FISSAL-03-A ó SC-IP-FISSAL-03-B durante la firma del Acta de Compromiso.		
—El padrón nominal de asegurados en HD crónica en IPRESS contratadas por el FISSAL, será actualizado de manera mensual hasta el 31.08.2022 y remitido a través de las GMR/UDR. La actualización de la información consistirá en la sustracción de los pacientes fallecidos, para conocimiento de la IPRESS.		
Listado "IPRESS que derivan pacientes en hemodiálisis"		
1.- HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA - UE 143		
2.- HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO - UE 144		
HOSPITAL SANTA ROSA - UE 0145		
Nivel de Agregación		Frecuencia de Medición
Unidad Ejecutora (UE)		Bimensual



JEFATURA
H. GARAVITO

**CONVENIO ENTRE EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD, FONDO INTANGIBLE SOLIDARIO DE SALUD Y LA DIRECCIÓN DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA CENTRO, PARA EL FINANCIAMIENTO DE LAS PRESTACIONES BRINDADAS A SUS ASEGURADOS**

3. Fuente de datos y flujo de información	
Fuente de datos	Producción registrada en el SIASIS desde el 01.01.2022 hasta el 31.08.2022 (la producción no necesita ser valorizada previo al procesamiento de datos).
Periodo de Evaluación de Cumplimiento de metas:	Setiembre 2022 con corte de información al 31.08.2022.
Responsable de los datos e información	<p>Recopilación de datos y Procesamiento de datos: Oficina de Tecnologías de la Información del FISSAL (OTI-FISSAL)</p> <p>Análisis y evaluación de la información: Dirección de Cobertura y Evaluación de Prestaciones de Alto Costo (DICOE - FISSAL)</p>
Bibliografía	<p>1.- NICE 2014. Cardiovascular disease: risk assessment and reduction, including lipid modification. Disponible en: www.nice.org.uk/guidance/CG181</p> <p>2.- Improving Global Outcomes (KDIGO) CKD Work Group. KDIGO 2012 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. <i>Kidney Int. Suppl.</i> 2013; 3:1-150. Disponible en: https://kdigo.org/wp-content/uploads/2017/02/KDIGO_2012_CKD_GL.pdf</p> <p>3.- Ley N° 30885, Ley que establece la conformación y el funcionamiento de las Redes Integradas de Salud - RIS.</p> <p>4.- Decreto Supremo N° 019-2020-SA, reglamento de la Ley N° 30885.</p> <p>5.- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. Guía para el establecimiento y cálculo de líneas base y metas, CONEVAL, Ciudad de México, 2019. Disponible en: https://www.coneval.org.mx/coordinacion/Documents/monitoreo/metodologia/guia_lineas_base_metas.pdf</p>
Comentarios Técnicos	<p>1.- Esta ficha corresponde a los indicadores prestacionales del Subcomponente 03 - Acceso a consulta cardiológica con ecocardiografía, aplicados por la IAFAS FISSAL para otorgar incentivos sujetos a la evaluación y cumplimiento de metas por parte de aquellas Unidades Ejecutoras que suscriban dicho compromiso.</p> <p>2.- El representante de la Unidad Ejecutora del Listado "IPRESS que derivan pacientes en hemodiálisis" de acuerdo al análisis de su oferta de ecocardiografía, seleccionará entre el SC-IP-FISSAL-03-A ó SC-IP-FISSAL-03-B durante la firma del Acta de Compromiso. En caso de cambio en su selección, deberá comunicarlo a través de un oficio al FISSAL, en un plazo perentorio de 15 días calendario, contado a partir de la fecha de suscripción del Acta de Compromiso.</p> <p>3.- El representante de la Unidad Ejecutora del Listado "IPRESS que derivan pacientes en hemodiálisis" que seleccione el indicador SC-IP-FISSAL-03-A no podrá seleccionar el indicador SC-IP-FISSAL-03-B y viceversa.</p> <p>4.- El indicador se sustenta en el supuesto de que la IPRESS pública, en el marco de la complementariedad e integración clínica, iniciará la implementación de acciones para el cierre de brechas en la atención del asegurado con IRCT, por lo que el estado actual del indicador es cero, el estándar es el 100% (acceso del 100% de los asegurados con IRCT) y la meta para el año 2022 es el 5% para las IPRESS públicas que derivan menos de 500 pacientes y 4% para las IPRESS públicas que derivan más de 500 pacientes.</p>



E. Muñoz



H. GARAVITO