QUINTA ADENDA AL CONVENIO ENTRE EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD, FONDO INTANGIBLE SOLIDARIO DE SALUD Y LA DIRECCION DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA ESTE PARA EL FINANCIAMIENTO DE LAS PRESTACIONES BRINDADAS A SUS ASEGURADOS

Conste por el presente documento, la Quinta adenda al 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 ESTE,** con R.U.C. Nº 20602236596, con domicilio legal en Av. Cesar Vallejo S/N Cuadra 13, distrito de El Agustino, provincia de LIMA, departamento de LIMA, debidamente representada por su Director General, **CARLOS IVÁN LEÓN GÓMEZ,** identificado con DNI N° 40592771, acreditado mediante Resolución Ministerial N° 775-2023/MINSA, de fecha 16 de agosto del 2023, 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 Jefa, M.C. **FLOR DE MARÍA PHILIPPS CUBA,** identificada con DNI N° 08257744, designada mediante Resolución Suprema N° 011-2023-SA, de fecha 08 de abril del 2023, 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 Jefe (e), M.C. **RICARDO ALBERTO DÍAZ ROMERO**, identificado con DNI N° 08461714, designado mediante Resolución Jefatural N° 000074-SIS/J, de fecha 08 de mayo del 2023, a la cual en adelante se le denominará "**LA IAFAS FISSAL**"; sin perjuicio y por fines prácticos se les denominarán como "**LAS IAFAS**", de acuerdo a los términos y condiciones siguientes:

CLÁUSULA PRIMERA: ANTECEDENTES

Con fecha 28 de febrero del 2022, **LAS IAFAS** y **EL PRESTADOR** (en adelante LAS PARTES), suscribieron el convenio para el financiamiento de las prestaciones brindadas a sus asegurados.

Con fecha 11 de noviembre del 2022, **LAS PARTES** suscribieron la primera adenda al convenio, cuyo objeto fue incorporar el Anexo N° 04-A – Ficha técnica del indicador de gratuidad de la atención al afiliado, de la UE N° 1726 – Hospital de Emergencias Ate Vitarte.

Con fecha 9 de enero del 2023, **LAS PARTES** suscribieron la segunda adenda al convenio cuyo objeto fue modificar la base legal, así como adicionar una cláusula que permita a la IAFAS SIS realizar transferencias financieras de forma fraccionada del Tramo I, correspondiente al ejercicio fiscal vigente.

Con fecha 1 de febrero del 2023, **LAS PARTES** suscribieron la tercera adenda para incorporar el marco presupuestal del año 2023 y las condiciones de transferencia para los mecanismos de pago considerados en el convenio suscrito.

Con fecha 21 de mayo del 2023, **LAS PARTES** suscribieron la cuarta adenda la cual permitió la transferencia anticipada del Tramo II a los Prestadores. Asimismo, se modificó la ficha técnica del indicador I02- Porcentaje de Stock Disponible de PF, DM y PS.

CLÁUSULA SEGUNDA: MODIFICACIONES DE LAS CLÁUSULAS DEL CONVENIO

En el marco de lo establecido en la cláusula décimo novena de **EL CONVENIO**, **LAS PARTES** acuerdan modificar algunas cláusulas de **EL CONVENIO**, en los siguientes términos:

1) **Modificar los siguientes numerales de la CLÁUSULA PRIMERA: BASE LEGAL**

1.1. Modificar el numeral 1.11, por el siguiente texto:

"1.11 Ley N° 31953 Ley de presupuesto del sector público para el año fiscal 2024".

F. PHILIPPS
W. ASCARZA
S. HURTADO
R. DIAZ
W. CARPIO
M. BAZAN L.
G. LÓPEZ
A. SILVA

QUINTA ADENDA AL CONVENIO ENTRE EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD, FONDO INTANGIBLE SOLIDARIO DE SALUD Y LA DIRECCION DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA ESTE PARA EL FINANCIAMIENTO DE LAS PRESTACIONES BRINDADAS A SUS ASEGURADOS

1.2. Incorporar el numeral 1.59:

"Resolución Ministerial N° 1156-2023/MINSA, que aprueba el listado de equipamiento menor o básico del sector salud para el fortalecimiento de los establecimientos de salud de las categorías I-3 y I-4 del primer nivel de atención de salud".

2) Modificar el numeral 6.1, de la CLÁUSULA SEXTA: ACREDITACIÓN DEL ASEGURADO, por el siguiente texto:

*"6.1. El procedimiento de verificación para determinar el derecho a la cobertura de salud con financiamiento de **LAS IAFAS** se realiza haciendo uso de la plataforma de acreditación SITEDS Web provista por SUSALUD y sobre la base del documento nacional de identidad, carné de extranjería o los previstos por norma para el caso de las afiliaciones temporales.*

Para el caso de las IPRESS en donde aún no se encuentre implementado dicho sistema de acreditación, el procedimiento se realizará mediante el sistema de consulta en línea de la IAFAS SIS; en tanto SUSALUD implemente la plataforma SITEDS Web.

*Para tener derecho a la cobertura financiera de **LAS IAFAS**, indistintamente del régimen de financiamiento o tipo de seguro al que correspondan, la afiliación deberá encontrarse en estado ACTIVO, en los citados sistemas de consulta.*

*En caso que el solicitante del servicio tenga un asegurador diferente al de **LAS IAFAS**, **EL PRESTADOR** procederá a registrar en un FUA el nombre de este asegurador y todos los procedimientos, servicios y consumos del paciente (preventivos promocionales, recuperativos, rehabilitadores, paliativos e incluso las prestaciones financiadas por las estrategias sanitarias) que será remitido a **LA IAFAS SIS** para efectos de información mas no de pago. Esta obligación corresponde a todos las IPRESS de los 3 niveles de atención".*

3) Modificar los numerales 7.5, 7.8 y adicionar el numeral 7.21 de la CLÁUSULA SEPTIMA: OBLIGACIONES DE LAS IAFAS

3.1 Modificar el numeral 7.5, por el siguiente texto:

*"7.5 Poner a disposición de **EL PRESTADOR** los aplicativos informáticos de acuerdo a la normativa vigente y herramientas de gestión, los que les permiten registrar o enviar a **LA IAFAS SIS** las prestaciones brindadas a sus asegurados de manera oportuna".*

3.2 Modificar el numeral 7.8, por el siguiente texto:

*"7.8 Realizar visitas programadas o inopinadas a **EL PRESTADOR** a través de las GMR/UDR u otro órgano de **LAS IAFAS**, 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 o las deducciones al marco presupuestal según el presente convenio".*

3.3 Adicionar el numeral 7.21 según el siguiente texto:

"7.21 Respecto a los saldos de liquidación considerando el cierre de producción del periodo 2023, y como resultados se obtienen saldo a favor de la Unidades Ejecutoras, la IAFAS solicitará la demanda adicional correspondiente al MEF, y de ser aprobado realizar las transferencias correspondientes".

4) Modificar los siguientes numerales de la CLÁUSULA OCTAVA: OBLIGACIONES DE EL PRESTADOR:

4.1 Modificar el numeral 8.5, por el siguiente texto:

"8.5 Brindar las facilidades para la implementación de las Oficinas de Atención al Asegurado- OAA

F. PHILIPPS
W. ASCARZA
S. HURTADO
R. DIAZ
W. CARPIO
M. BAZAN L.
G. LOPEZ
A. SILVA

*y módulos de **LAS IAFAS** dentro de sus instalaciones".*

4.2 Modificar el numeral 8.6, por el siguiente texto:

*"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 del registro del FUA de **LAS IAFAS**. De existir incongruencia entre la Historia Clínica y lo reportado en el FUA la prestación no se reconoce".*

4.3 Modificar el numeral 8.7, por el siguiente texto:

*"8.7 Registrar y enviar todas las prestaciones realizadas a los asegurados, en todos los niveles de atención incluidas las atenciones financiadas por las estrategias sanitarias del MINSA, en los aplicativos informáticos que proporcionen **LAS IAFAS** dentro de los plazos establecidos por las mismas".*

4.4 Modificar el numeral 8.12 y 8.12.1, por el siguiente texto:

*"8.12 Las IPRESS tienen la obligación de incorporar el 100% del saldo de balance, antes del 31 de marzo del 2024. Diferenciar y mantener a lo largo del periodo fiscal en secuencias funcionales exclusivas (SECFUN) y/o cadenas programáticas funcionales, la incorporación de los saldos de balance (SB), los mismos que deben ser comunicados a **LAS IAFAS**, en cada incorporación y/o modificación dentro de los 5 días posteriores de incorporado el presupuesto correspondiente, de acuerdo a los siguientes criterios:*

8.12.1 LA IAFAS SIS:

- ✓ *SB Prestaciones de salud.*
- ✓ *SB ampliación DU 046 -2021 Prestaciones de Salud*
- ✓ *SB Prestaciones Administrativas: traslados de emergencia (traslados aéreos y no aéreos en condición de emergencia de prioridad I y II), procedimientos especiales tercerizados, sub componente prestacional y alimentación en casas maternas.*
- ✓ *SB ampliación DU 046-2021 Prestaciones Administrativas: traslados de emergencia (aéreos y no aéreos), procedimientos especiales tercerizados, sub componente prestacional y alimentación en casas maternas".*

4.5 Modificar el numeral 8.13 y 8.13.1, por el siguiente texto:

*"8.13 Diferenciar y mantener a lo largo del periodo fiscal en secuencias funcionales exclusivas (SECFUN) y/o cadenas programáticas funcionales, la incorporación de los recursos transferidos al presupuesto institucional. Cada incorporación y/o modificación debe ser comunicada a **LAS IAFAS**, según corresponda, dentro de los 5 días posteriores de realizada, de acuerdo a los siguientes criterios:*

8.13.1. LA IAFAS SIS:

- ✓ *Transferencia Prestaciones de salud*
- ✓ *Transferencia Prestaciones Administrativas: traslados de emergencia (traslados aéreos y no aéreos en condición de emergencia de prioridad I y II), procedimientos especiales tercerizados, subcomponente prestacional y alimentación en casas maternas.*
- ✓ *Transferencia Ley N° 31953 (Ampliación DU 046 -2021) – Prestaciones de Salud*
- ✓ *Transferencia Ley N° 31953 (Ampliación DU 046 -2021) – Prestaciones Administrativas: traslados de emergencia (aéreos y no aéreos), procedimientos especiales tercerizados, subcomponente prestacional y alimentación en casas maternas.*
- ✓ *Otras transferencias que realice **LA IAFAS SIS**".*

4.6 Modificar el numeral 8.14 por el siguiente texto:

F. PHILIPPS — W. ASCARZA — S. HURTADO — R. DIAZ — W. CARPIO — M. BAZAN L. — G. LÓPEZ

*"8.14 Diferenciar en secuencias funcionales exclusivas, los recursos transferidos por **LA IAFAS FISSAL** para prestaciones de salud, por decreto de urgencia y las prestaciones administrativas (por expediente) en específicas de gastos autorizadas, según corresponda. La incorporación de recursos transferidos debe realizarse conforme a la categoría presupuestal en la que se transfiere, las prioridades de gasto, necesidades y la finalidad de la transferencia".*

4.7 Modificar el numeral 8.20, por el siguiente texto:

*"8.20 Implementar las acciones y recomendaciones en los plazos establecidos, que correspondan a los resultados de los procesos de control y supervisión que efectúen **LAS IAFAS**. Para tal efecto, deberán remitir mediante documento formal la implementación de las recomendaciones con los sustentos respectivos, caso contrario se procederá a ejecutar las medidas correspondientes".*

4.8 Modificar el numeral 8.37, por el siguiente texto:

*"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 a su nivel y categoría. Además, de contar con médicos especialistas, deben asegurar las condiciones necesarias para que brinden atención con calidad".*

4.9 Modificar el numeral 8.39, por el siguiente texto:

*"8.39. Reportar semanalmente la data de ingresos y gastos obtenidos del SIAF por todas las fuentes de financiamiento de acuerdo con el cronograma establecido por **LAS IAFAS**, el envío de información de manera inoportuna, errónea o incompleta es responsabilidad de **EL PRESTADOR**".*

4.10 Incorporar los siguientes numerales:

*"8.52 **EL PRESTADOR** podrá hacer uso del componente de gasto de gestión hasta por el 20% de los recursos transferidos por **LA IAFAS SIS**, incluido el Saldo de Balance".*

*"8.53 **LA IAFAS SIS** financia la adquisición del equipamiento médico menor para las IPRESS del primer nivel de atención, con categoría I-3 y I-4, con los recursos que corresponden al componente del gasto de gestión. El financiamiento está sujeto al listado aprobado por el MINSA mediante Resolución Ministerial N° 1156-2023/MINSA y sus modificatorias".*

*"8.54 **EL PRESTADOR** está obligado a realizar el registro de información de infraestructura y equipamiento de sus establecimientos de salud en el aplicativo del Observatorio Nacional de Infraestructura y Equipamiento de los Establecimientos de Salud - ONIEES y actualizar la información de forma trimestral. El cumplimiento de esta meta podrá ser materia de incentivo económico por parte del SIS".*

*"8.55 **EL PRESTADOR** envía mediante documento formal a **LA IAFAS SIS**, la segunda quincena de febrero del año fiscal, la programación anual para la compra de PF, DM y PS para los pacientes SIS, esta incluye la programación CENARES, compra institucional y estrategias sanitarias. Toda modificatoria que durante el año fiscal sufra esta programación, deberá ser informada a **LA IAFAS SIS**, a los 5 días posteriores de emitida la resolución de modificación por la Unidad Ejecutora".*

*"8.56 **EL PRESTADOR** es responsable de incorporar los recursos transferidos por **LA IAFAS SIS** en la cadena funcional programática asignada para traslado aéreo de pacientes en condición de emergencia prioridad I y II, garantizando la seguridad del paciente y el traslado en modalidad cama a cama. Dichos recursos se ejecutan exclusivamente para financiar el traslado aéreo de pacientes que presenten una condición de emergencia y que no puedan ser atendidos de manera*

F. PHILIPPS
W. ASCARZA
S. HURTADO
R. DIAZ
W. CARPIO
M. BAZAN L.
G. LÓPEZ
A. SILVA

local por falta de capacidad resolutiva, bajo responsabilidad del Director de la Unidad Ejecutora. El citado traslado puede ser de carácter regional o nacional".

"8.57 ***EL PRESTADOR*** *es responsable de activar la póliza SOAT ante todos los casos de emergencia sujetos a esta cobertura y prestar los servicios de salud hasta el límite que corresponda. Concluida la cobertura SOAT, y de ser necesaria la continuidad del servicio, corresponde activar la cobertura de* ***LA IAFAS SIS****".*

F. PHILIPPS

"8.58 ***EL PRESTADOR*** *es responsable de habilitar, de manera progresiva, el centro de costos para cada Red Integrada de Salud, que se encuentre en el ámbito territorial de cada una de sus Unidades Ejecutoras. Para el presente año fiscal deberá habilitarse centros de costos al menos en el 30% de las RIS conformadas. Para el caso de las DIRIS, deberán habilitar centros de costos para el 100% de sus Redes Integradas de Salud dentro de su territorio. El cumplimiento de esta meta podrá ser materia de incentivo económico por parte de* ***LA IAFAS SIS****".*

"8.59 ***EL PRESTADOR*** *es responsable de garantizar en el primer nivel de atención, el registro correcto, en el Formato Único de Atención – FUA, de todas las prestaciones preventivas, recuperativas, de rehabilitación y paliativas brindadas a cualquier ciudadano afiliado a una IAFAS diferente del SIS. Este registro será remitido a* ***LA IAFAS SIS*** *con fines de información mas no de reconocimiento de pago".*

W. ASCARZA

"8.60 ***EL PRESTADOR*** *es responsable de implementar puntos de digitación en todas las IPRESS de nivel I-3 y I-4 de su jurisdicción y/o habilitar a cada IPRESS para su envío individual de su producción al SIS Central mediante el aplicativo oficial del SIS vigente, en un plazo no mayor al 30 de marzo del presente año".*

S. HURTADO

"8.61 ***EL PRESTADOR*** *es responsable de garantizar la correcta ejecución de los recursos transferidos por* ***LA IAFAS SIS*** *pre compra de prestaciones de salud para la atención de los asegurados SIS, debiendo destinar como mínimo el 75% en Gastos de Reposición y hasta el 25% en Gastos de Gestión".*

R. DIAZ

"8.62 Incorporar el 100% del saldo de balance (al 31 de marzo del periodo vigente), determinado al cierre del periodo fiscal por los recursos transferidos por el FISSAL, conforme a la categoría presupuestal en la que quedaron los recursos y utilizando el código de entidad de origen 001423 UE 002 FISSAL. De determinarse con posterioridad al cierre del ejercicio presupuestal un mayor saldo de balance, este debe ser incorporado considerando lo anterior, de acuerdo al marco normativo vigente".

"8.63 Realizar, de manera oportuna y conforme a los procedimientos establecidos, el registro de todas las solicitudes de autorización de cobertura y financiamiento de prestaciones de alto costo que estén bajo la cobertura de ***LA IAFAS FISSAL****. Dicho registro deberá efectuarse de forma individualizada en el Aplicativo de Solicitudes de Autorización de Procedimientos de Alto Costo (SAPAC), administrado por el FISSAL. Se establece que cualquier consumo asociado a pacientes que no posean una previa autorización registrada en el SAPAC no será reconocido ni financiado por el FISSAL. La IPRESS asume la responsabilidad de garantizar el cumplimiento de este procedimiento, asegurando así el adecuado reconocimiento y financiamiento de las prestaciones efectuadas".*

W. CARPIO

M. BAZAN L.

G. LÓPEZ

A. SILVA

*"8.64 Informar mensualmente a **LA IAFAS FISSAL** acerca de la programación y asistencia de los médicos nefrólogos y enfermeras adscritos al Servicio de Nefrología o en la Cartera de Servicios de Nefrología. Esta información deberá ser remitida en formatos Excel y PDF, debidamente validados por la oficina de recursos humanos o la que cumpla sus funciones dentro de la IPRESS. Adicionalmente, para el envío de esta información, la IPRESS se obliga a utilizar exclusivamente los medios de comunicación que sean comunicados y designados por el FISSAL para tales efectos. Esta medida asegura la estandarización y seguridad en el manejo de la información transmitida, en conformidad con los procedimientos y políticas establecidos por el **FISSAL**".*

*"8.65 Todos los servicios brindados, calificados como procedimientos especiales tercerizados, deben de contar con un contrato en el marco de la Ley de Contrataciones del Estado para ser reconocidos por **LAS IAFAS**".*

*"8.66 **EL PRESTADOR** está obligado a realizar el registro de información del personal de su establecimiento de salud en el aplicativo del INFORHUS y actualizar la información de forma mensual".*

*"8.67 La información de las devoluciones por saldos menores resultantes de transferencias financieras recibidas, será remitida en forma mensual a **LA IAFAS SIS**, para su registro y control correspondiente de acuerdo a la normativa vigente.*

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

5.1 Modificar el numeral 22.1. del convenio por el siguiente texto:

"22.1. Está compuesto por tres (03) mecanismos de pago: Pago Per Cápita, Pago por Prestaciones de Salud y Pago por Paquete quirúrgico, que aplican según el nivel de atención".

5.2 Modificar los sub numerales 22.2.1 y 22.2.2 del convenio por el siguiente texto:

"22.2.1 La IAFAS SIS realiza la transferencia financiera del 100% del presupuesto asignado por el mecanismo de pago per cápita, aplicando las deducciones de acuerdo al convenio y adenda suscrita".

5.3 Modificar el numeral 22.3 Pago por Prestaciones de Salud para el I nivel de atención, por el siguiente texto:

*"22.3 Pago por Prestaciones de Salud y Pago por Paquete Quirúrgico para las IPRESS del primer nivel de atención: La unidad de pago es la prestación de salud o el paquete quirúrgico según corresponda, que reportan las IPRESS y de acuerdo con las especificaciones que **LA IAFAS SIS** establezca. El financiamiento cubre las 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 precompra de los servicios y posterior transferencia que realiza **LA IAFAS SIS** es prospectiva, la cual se realiza bajo el mecanismo de Pago por Prestación de Salud. Para el caso del Pago por Paquete Quirúrgico, **LA IAFAS SIS** asignará el 100% de los recursos financieros de manera prospectiva a cada Unidad Ejecutora. La transferencia se hará efectiva, en tanto se apruebe y publique por el ente rector el documento normativo con las tarifas propuestas por **LA IAFAS SIS**.*

La IAFAS SIS, en relación a las Transferencias en el mecanismo de pago por Prestaciones de Salud en el Primer nivel de Atención (Prestaciones Excluidas), realizará el 100% del valor estimado a la

firma de la adenda.

Las prestaciones priorizadas que incluyen estos mecanismos son las siguientes:

a) Reconocimiento de las prestaciones realizadas por médicos especialistas en el primer nivel de atención: *Las consultas médicas especializadas brindadas por médicos especialistas que sean reportadas por las IPRESS de categorías I-1, I-2, I-3 y I-4, serán reconocidas según el tarifario aprobado por* ***LA IAFAS SIS****. Estas consultas médicas están exceptuadas del cálculo del mecanismo de Pago Per Cápita. Para ello se deberá consignar de manera obligatoria en el Formato Único de Atención (FUA) el Registro Nacional de Especialista (RNE) del médico que brindó la atención.*

EL PRESTADOR *deberá garantizar el equipamiento médico, productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios, conforme a la especialidad médica correspondiente, cumpliendo con la normatividad vigente y financiado por el mecanismo de Pago Per Cápita, para la resolución del siniestro de los asegurados SIS, de acuerdo a los diagnósticos de la atención especializada.*

b) Reconocimiento de prestaciones recuperativas asociadas a los diagnósticos de ERC: *Las Prestaciones recuperativas que reportan las IPRESS I-3 y I-4 del primer nivel de atención, con el diagnóstico de Enfermedad Renal Crónica (Estadíos 1 al 5), se reconocerán con el mecanismo de Pago por Prestaciones de Salud. Estas prestaciones están exceptuadas del cálculo del mecanismo de Pago Per Cápita.*

Para ello, se deberá consignar de manera obligatoria en el Formato Único de Atención (FUA) el Registro Nacional de Especialista (RNE) del nefrólogo o médico especialista en medicina interna que brindó la atención, así como el resultado del cálculo de la tasa de filtración glomerular y el código CIE-10 actualizado con 4 dígitos para la enfermedad renal crónica como se señala:

- *N18.1 Enfermedad Renal Crónica, etapa 1 (tasa de filtración glomerular normal o aumentada mayor de 90 ml/min).*
- *N18.2 Enfermedad Renal Crónica, etapa 2 (tasa de filtración glomerular levemente disminuida 60-89 ml/min).*
- *N18.3 Enfermedad Renal Crónica, etapa 3 (tasa de filtración glomerular moderadamente disminuida 30-59 ml/min).*
- *N18.4 Enfermedad Renal Crónica, etapa 4 (tasa de filtración glomerular severamente disminuida 15-29 ml/min).*
- *N18.5 Enfermedad Renal Crónica, etapa 5 (enfermedad renal crónica en etapa terminal).*

EL PRESTADOR *deberá garantizar el equipamiento médico, productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios, conforme a la especialidad médica y cumpliendo con la normatividad vigente, para el seguimiento de estos asegurados SIS.*

c) Reconocimiento de prestaciones recuperativas asociadas a los diagnósticos de Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus: *Las Prestaciones recuperativas que reportan las IPRESS I-3 y I-4 del primer nivel de atención, con los diagnósticos de Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus, se reconocerán con el mecanismo de Pago por Prestaciones de Salud. Estas prestaciones están exceptuadas del cálculo del mecanismo de Pago Per Cápita.*

EL PRESTADOR *deberá garantizar el equipamiento médico, productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios, cumpliendo con la normatividad vigente.*

F. PHILIPPS — W. ASCARZA — S. HURTADO — R. DIAZ — W. CARPIO — M. BAZAN L. — G. LÓPEZ — A. SIEVA

Para aquellas prestaciones con el diagnóstico de Hipertensión Arterial se debe consignar obligatoriamente en el FUA el registro de los valores de Presión Arterial (PA) y el diagnóstico según la clasificación de la PA clínica vigente. Asimismo, se deberán consignar los datos de talla, peso y perímetro abdominal, datos que también deben constar en la Historia Clínica.

Se recomienda que los pacientes hipertensos que hayan alcanzado la meta terapéutica (PA menor a 140/90 mm Hg) sean controlados cada 2 meses siguiendo lo dispuesto en el documento **"PRECISIONES PARA EL RECONOCIMIENTO DE PRESTACIONES RELACIONADAS A LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL, DIABETES MELLITUS E INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA"** elaborada por DENOT/DGIESP/MINSA/SIS *que en el Anexo N° 12 es parte integrante de este Convenio. De contar con servicio de nutrición, se recomienda que el paciente hipertenso reciba evaluación y control nutricional dos veces al año.*

Para aquellas prestaciones con el diagnóstico definitivo de Diabetes Mellitus, se deberán consignar obligatoriamente en el FUA que corresponda, los valores de Hemoglobina Glicosilada dosados cada 6 meses. Asimismo, se deberá consignar en el FUA el resultado anual del tamizaje de la función renal expresada por la medición de la tasa de filtración glomerular y albuminuria/creatinina en orina, datos que también deben constar en la Historia Clínica.

De contar con servicio de nutrición, se recomienda que tanto el paciente diabético como hipertenso reciba atención en nutrición una vez al año. Estas atenciones serán reconocidas por el mecanismo de Pago por Prestaciones de Salud.

***d) Registro de procedimientos de tamizaje en enfermedades neoplásicas: EL PRESTADOR** debe garantizar que todos los procedimientos de tamizaje en enfermedades neoplásicas, en el marco de la normativa vigente, sean registrados y reportados por las IPRESS del Primer Nivel de Atención en los Formatos Únicos de Atención - FUA, sin importar la fuente de financiamiento de estos procedimientos.*

***e) Reconocimiento de la atención de parto vaginal a través del mecanismo de Pago por Paquete Quirúrgico:** Las prestaciones de la atención de parto vaginal que registren las IPRESS I-4, así como las IPRESS I-3 (siempre que cuente con sala de parto implementada y personal profesional competente a fin de garantizar las condiciones de calidad y oportunidad, según la normatividad establecida por el MINSA). Se reconocerá el 100% de los recursos financieros de manera prospectiva; la transferencia se hará efectiva en tanto se apruebe y publique por el ente rector el documento normativo con las tarifas propuestas por **LA IAFAS SIS**.*

*Las IPRESS reportan la atención de partos vaginales por paquete quirúrgico en el Formato Único de Atención - FUA, sin incluir ningún insumo adicional. Para este propósito **LA IAFAS SIS** gestionará las condiciones necesarias para el registro de dichas prestaciones, lo que se comunicará oportunamente a **EL PRESTADOR** y se brindará la capacitación y asistencia técnica correspondiente.*

***f) Reconocimiento de la atención de Salud Mental:** En relación a las consultas externas brindadas a los asegurados SIS en los centros de salud mental comunitarios, se reconocen con el mecanismo de Pago por Prestaciones de Salud, a todas las atenciones vinculadas a los diagnósticos de salud mental y que son brindadas por médico psiquiatra y/o médico de familia. Para ello se deberá consignar de manera obligatoria en el Formato Único de Atención (FUA) el Registro Nacional de Especialista (RNE).*

F. PHILIPPS
W. ASCARZA
S. HURTADO
R. DIAZ
W. CARPIO
M. BAZAN L.
G. LÓPEZ

g) *Las atenciones registradas en el código de servicio 908 correspondientes a cuidados paliativos domiciliarios, se reconocen con el mecanismo de Pago por Prestaciones de Salud.*

5.4 Modificar el numeral 22.4 Pago por Prestaciones de Salud realizado por médico especialista (II nivel de atención con población adscrita) por el siguiente texto:

"22.4 Pago por Prestaciones de Salud y Pago por Paquete del II nivel de atención con población adscrita.

22.4.1 Pago por prestaciones de salud del II nivel de atención con población adscrita: *La unidad de pago es la prestación de salud que brindan los médicos especialistas, se reconocen según el tarifario aprobado por* ***LA IAFAS SIS****. Son las prestaciones reportadas por las IPRESS, que no se encuentran contenidas en el Anexo N° 1 de la Guía de operativización de los convenios suscritos entre el SIS, FISSAL, GORE, DIRIS e IPRESS. El cálculo del marco presupuestal y transferencias que realiza* ***LA IAFAS SIS*** *a* ***EL PRESTADOR*** *considera además lo estipulado en el numeral 7.19 del convenio vigente. La IAFAS SIS realiza la transferencia financiera del 100% del presupuesto asignado por este mecanismo de pago, aplicando los ajustes de acuerdo al convenio y adenda suscrita. El presupuesto asignado se consigna por cada Unidad Ejecutora en el Anexo N° 2.*

22.4.2 Pago por paquete quirúrgico del II nivel de atención con población adscrita: *Incluye el conjunto de procedimientos médicos y quirúrgicos, así como los productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios que correspondan. Se brinda según el plan de seguros de los afiliados al SIS y de acuerdo a las especificaciones que* ***LAS IAFAS*** *establezcan".*

Para el caso del Pago por Paquete Quirúrgico, ***LAS IAFAS SIS*** *asignará el 100% de los recursos financieros de manera prospectiva a cada Unidad Ejecutora; la transferencia se hará efectiva en tanto se apruebe y publique por el ente rector el documento normativo con las tarifas propuestas por* ***LA IAFAS SIS****. El presupuesto asignado se consigna por cada Unidad Ejecutora en el Anexo N° 2.*

Los paquetes quirúrgicos a reconocer por este mecanismo de pago son los siguientes:

- ✓ *Atención de parto vaginal,*
- ✓ *Atención de parto por cesárea,*
- ✓ *Tratamiento de catarata tipo extracapsular,*
- ✓ *Tratamiento de catarata tipo facoemulsificación,*
- ✓ *Reparación de hernia inguinal convencional en paciente adulto,*
- ✓ *Colecistectomía convencional en paciente adulto,*
- ✓ *Colecistectomía laparoscópica en paciente adulto.*

Las IPRESS reportan la atención por paquetes quirúrgicos en el Formato Único de Atención - FUA, sin incluir ningún insumo adicional, para este propósito, ***LA IAFAS SIS*** *gestionará las condiciones necesarias para el registro de dichas prestaciones, lo que se comunicará oportunamente a* ***EL PRESTADOR*** *y se brindará la capacitación y asistencia técnica correspondiente.*

En el caso de la atención de los paquetes quirúrgicos en los cuales se presentan complicaciones, esta atención se tratará como prestación de salud, para lo cual, deberá justificarse con el diagnóstico que corresponda.

F. PHILIPPS · W. ASCARZA · S. HURTADO · R. DIAZ · W. CARPIO · M. BAZAN L. · O. LÓPEZ · A. SILVA

6) Modificar la "CLÁUSULA VIGÉSIMOTERCERA: MECANISMOS DE PAGO, MODALIDADES Y CONDICIONES DE TRANSFERENCIA PARA EL II Y III NIVEL DE ATENCIÓN SIN POBLACIÓN ADSCRITA:

6.1 Modificar el numeral 23.1 y 23.2 por el siguiente texto:

"23.1 El mecanismo de pago que aplica para las IPRESS de II y III nivel de atención sin población adscrita es el Pago por Prestación de Salud y Pago por Paquete Quirúrgico.

***23.1.1 Pago por Prestaciones de Salud del II y III nivel de atención sin población adscrita:** El mecanismo de pago por prestación de salud incluye las prestaciones recuperativas, de rehabilitación y paliativas, que 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. Por otro lado, incluye el pago por procedimiento médico sanitario, según se indica en el tarifario de CPMS de **LAS IAFAS**.*

*Para el caso de la **IAFAS FISSAL** aplicarán las IPRESS según Anexo N° 01.*

*Las estimaciones financieras que realizan **LAS IAFAS** por la precompra de servicios de salud a **EL PRESTADOR,** consideran lo estipulado en el numeral 7.19 del convenio vigente y el Saldo de Balance del año 2023. Los recursos económicos destinados considerados para tal fin correspondiente a las Unidades Ejecutoras de **EL PRESTADOR** se consignan en el Anexo N° 2.*

LA IAFAS SIS

La IAFAS SIS realiza la transferencia financiera del 100% del presupuesto asignado por el mecanismo de pago por prestaciones de salud, aplicando los ajustes de acuerdo al convenio y adenda suscrita".

***23.1.2 El mecanismo de Pago por Paquete Quirúrgico**, incluye el conjunto de procedimientos médicos y quirúrgicos, así como los productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios que correspondan. Se brinda según el plan de seguros de los afiliados al SIS y de acuerdo a las especificaciones que **LA IAFAS SIS** establezca".*

***LA IAFAS SIS** asignará el 100% de los recursos financieros de manera prospectiva a cada Unidad Ejecutora; la transferencia se hará efectiva en tanto se apruebe y publique por el ente rector el documento normativo con las tarifas propuestas por **LA IAFAS SIS**, los cuales están sujetos a supervisión posterior. El presupuesto asignado se consigna por cada Unidad Ejecutora en el Anexo N° 2.*

Los paquetes quirúrgicos a reconocer por este mecanismo de pago son los siguientes:

- ✓ *Atención de parto por cesárea,*
- ✓ *Tratamiento de catarata tipo extracapsular,*
- ✓ *Tratamiento de catarata tipo facoemulsificación,*
- ✓ *Reparación de hernia inguinal convencional en paciente adulto,*
- ✓ *Colecistectomía convencional en paciente adulto,*
- ✓ *Colecistectomía laparoscópica en paciente adulto.*

*Las IPRESS reportan la atención por paquetes quirúrgicos en el Formato Único de Atención - FUA, sin incluir ningún insumo adicional. Para este propósito **LA IAFAS SIS** gestionará las condiciones necesarias para el registro de dichas prestaciones, lo que se comunicará oportunamente a **EL PRESTADOR** y se brindará la capacitación y asistencia técnica correspondiente.*

F. PHILIPPS

W. ASCARZA

S. HURTADO

R. DIAZ

W. CARPIO

M. BAZAN L.

G. LÓPEZ

A. SILVA

6.2 Modificar el numeral 23.2.2 y el respectivo cuadro N° 01 condiciones de transferencia del mecanismo de Pago por Prestaciones de Salud de **LA IAFAS FISSAL**, año 2024:

CUADRO N°01: PRECOMPRA DE SERVICIOS POR EL MECANISMO DE PAGO POR PRESTACIONES DE SALUD IAFAS FISSAL - AÑO 2024

MECANISMO DE PAGO	***PAGO POR PRESTACIONES DE SALUD***	
MODALIDAD	*Prospectiva*	*Prospectiva*
N° DE TRANSFERENCIA	***Tramo I***	***Tramo II***
PORCENTAJE DE TRANSFERENCIA	***85%***	***15%***
PLAZO DE TRANSFERENCIA	*A la suscripción de la Primera adenda del 2024 (Transferencia del 100% a las IPRESS cuyo monto a transferir sea menor o igual a S/ 100,000.00)*	*En el mes de abril 2024*

7) Modificar la 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:

7.1 Modificar el numeral 24.4,por el siguiente texto:

"24.4 ***De los incentivos: LA IAFAS SIS*** *podrá otorgar incentivos financieros alfa y/o beta siempre y cuando se cumplan todos los indicadores mencionados según corresponda y sujetos a evaluación y disponibilidad presupuestal, que se detallan en el Anexo N° 03. Dichos recursos financieros son de libre disponibilidad de acuerdo a los clasificadores de gastos considerados en la normativa vigente".*

7.2 Suprimir el numeral 24.6.2

7.3 Incorporar el numeral 24.7.2:

"24.7.2 Como parte de la estrategia para el fortalecimiento de la cobertura prestacional del paciente en diálisis peritoneal, ***LA IAFAS FISSAL*** *aplicará un indicador prestacional relacionado a las visitas de seguimiento al paciente en diálisis peritoneal "SC-IPFISSAL-06 TASA DE ASEGURADOS ERC-5 EN DIÁLISIS PERITONEAL CON SEGUIMIENTO DOMICILIARIO". Como resultado de la medición de este indicador,* ***LA IAFAS FISSAL*** *podrá otorgar el incentivo épsilon".*

7.4 Modificar el numeral 24.8.1, por el siguiente texto:

"24.8.1 ***LA IAFAS FISSAL*** *podrá aplicar incentivos sujetos a evaluación y disponibilidad presupuestal:*

INCENTIVO GAMMA: CUMPLIMIENTO DE INDICADOR FINANCIERO (IF1)

Incentivo del 10% del marco presupuestal (No incluye saldo de balance) con un tope de hasta S/ 100,000 (Sujeto a disponibilidad presupuestal).

Criterio de evaluación: *Informe de cumplimiento de indicadores financieros con corte al 30/06/2024, en base a los resultados de la evaluación del siguiente indicador financiero:*

Código de Indicador	***Indicador***		***Fases***	***Meta a Junio***
IF1	*SC01*	*Porcentaje de ejecución del gasto en fuente DyT*	*Certificado*	*>=70.00%*
			Compromiso Anual	*>=50.00%*
			Devengado	*>=35.00%*
	SC02	*Porcentaje de ejecución del gasto en fuente DyT-Primer Orden*	*Certificado*	*>=70.00%*
			Compromiso Anual	*>=50.00%*
			Devengado	*>=35.00%*

La evaluación de indicadores financieros está supeditada al cumplimiento de los objetivos financieros

7.5 Modificar el numeral 24.8.2, por el siguiente texto:

F. PHILIPPS
W. ASCARZA
S. HURTADO
R. DIAZ
W. CARPIO
M. BAZAN L.
G. LÓPEZ

"24.8.2 ***LA IAFAS FISSAL*** *podrá aplicar el siguiente incentivo sujeto a evaluación y disponibilidad presupuestal, por el cumplimiento de las metas del(los) indicador(es) prestacional(es) consignados en los Anexos. En caso de cumplimiento parcial de las metas que sea igual o superior al 50%,* ***LA IAFAS FISSAL*** *aplicará el incentivo de manera proporcional al porcentaje de la meta cumplida".*

INCENTIVO DELTA: INDICADORES SOBRE EL CIERRE DE BRECHAS EN EL MARCO DEL PLAN NACIONAL DE ATENCIÓN INTEGRAL DE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA

"Incentivo 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: Se evalúa en el mes de setiembre 2024 en base al Informe de cumplimiento de las metas anuales de los indicadores prestacionales correspondiente al periodo de producción setiembre 2023 - agosto de 2024".

7.6 Incorporar el numeral 24.8.3, por el siguiente texto:

"24.8.3 ***LA IAFAS FISSAL*** *podrá aplicar el incentivo épsilon sujeto a evaluación y disponibilidad presupuestal, por el cumplimiento de la meta del indicador prestacional "SC-IPFISSAL-06 TASA DE ASEGURADOS ERC-5 EN DIÁLISIS PERITONEAL CON SEGUIMIENTO DOMICILIARIO". En caso de cumplimiento parcial de la meta, que sea igual o superior al 50%,* ***LA IAFAS FISSAL*** *aplicará el incentivo de manera proporcional al porcentaje de la meta cumplida".*

INCENTIVO ÉPSILON: INDICADOR DE SEGUIMIENTO A LOS ASEGURADOS CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN DIÁLISIS PERITONEAL

"El Incentivo es calculado en relación con la cantidad de visitas que requieren los asegurados con enfermedad renal crónica en diálisis peritoneal del ámbito de la GERESA/DIRESA/DIRIS, según corresponda. El incremento posterior en la cantidad de pacientes no alterará el incentivo calculado. El monto máximo del Incentivo por visitas de seguimiento tiene un tope de hasta S/ 50,000 (sujeto a disponibilidad presupuestal). La asignación del incentivo se realizará a través de transferencia financiera a la GERESA/DIRESA/DIRIS, de acuerdo con el resultado de la evaluación del indicador "TASA DE ASEGURADOS ERC-5 EN DIÁLISIS PERITONEAL CON SEGUIMIENTO DOMICILIARIO".

Criterio de Evaluación: Se evalúa en el mes de setiembre 2024 en base al Informe de cumplimiento de la meta del indicador prestacional "TASA DE ASEGURADOS ERC-5 EN DIÁLISIS PERITONEAL CON SEGUIMIENTO DOMICILIARIO", correspondiente al periodo de producción enero - agosto de 2024".

7.7 Eliminar los numerales 22.5, 23.3, 25.2.1.3, 25.2.2.3, 25.3.1.3 e Incorporar el siguiente numeral:

"Una vez realizadas las transferencias pactadas, 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".*

8) Modificar los numerales 25.1, 25.2 y 25.3 de la CLÁUSULA VIGESIMO QUINTA: DEL FINANCIAMIENTO DE LAS PRESTACIONES ADMINISTRATIVAS (POR EXPEDIENTE) e integrándose en el siguiente texto:

"25.1 El mecanismo de pago que aplica para los Procedimientos Especiales Tercerizados, Subcomponente Prestacional, Traslados de Emergencia (Traslados aéreos y no aéreos en condición de emergencia prioridad I y II) y Asignación por Alimentación en Casa Materna, y Traslado y/o Estadía de Paciente Oncológico Estable, es Pago por Prestaciones Administrativas (por expediente) y la unidad de pago es la prestación. La modalidad de pago es prospectiva, para facilitar la gestión de ***EL***

F. PHILIPPS
W. ASCARZA
S. HURTADO
R. DIAZ
W. CARPIO
G. LÓPEZ
A. SILVA

PRESTADOR *en el financiamiento. Son realizadas por las IPRESS de I, II y III nivel de atención, según corresponda".*

"25.2 Para este propósito ***LA IAFAS SIS*** *acondicionará los parámetros necesarios para el registro electrónico de dichas prestaciones en el ARFSIS Web, lo que se comunicará oportunamente a* ***EL PRESTADOR*** *y se brindará la capacitación y asistencia técnica correspondiente.*

LA IAFAS SIS *realiza una transferencia única a las UE de* ***EL PRESTADOR****, del 100% del valor establecido en el Anexo N° 2 y se transfiere a la suscripción de la adenda".*

9) Modificar la "CLÁUSULA TRIGÉSIMO-PRIMERA: FINANCIAMIENTO PARA LA CONTINUIDAD DE POLÍTICAS DEL ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD, EN EL MARCO DE LA AMPLIACIÓN DEL DU 046-2021", por los siguientes textos:

9.1) Modificar los numerales 31.3, quedando redactado de la siguiente manera:

"31.3. ***LAS PARTES*** *acuerdan en el marco del Artículo 50 de la Ley N° 31953, para el año fiscal 2024, se financie la continuidad de las políticas de Aseguramiento Universal en Salud dispuestas por los numerales 2.1 y 2.2 del artículo 2 y los numerales 3.1, 3.2, 3.3 y 3.7 del artículo 3 del 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".*

9.2) Modificar los numerales 31.4 y 31.5, por el siguiente texto:

"31.4. En el marco de los numerales 3.1 y 3.2 del Decreto de Urgencia N° 046-2021 modificado mediante Decreto de Urgencia N° 078-202; así como, el financiamiento de gastos de viáticos y transporte dispuesto en el artículo 50 de la Ley N° 31953 de Presupuesto Público para el año fiscal 2024, las Unidades Ejecutoras de los Gobiernos Regionales implementarán dentro de su Plan Operativo Institucional - POI, la actividad de "Visitas de Intervención integral para la atención de las Comunidades Nativas Amazónicas y Altoandinas", la cual deberá considerar actividades que se ejecutarán de forma mensual. Las mismas que serán supervisadas por LA IAFAS SIS, para lo cual la Unidad Ejecutora remitirá de forma mensual la información del CEPLAN".

9.3) Modificar el numeral 31.6 por el siguiente texto:

"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 I, II y III nivel de atención bajo el mecanismo de Pago Per Cápita, mecanismo de Pago por Prestación de Salud y por el mecanismo de Pago por Prestaciones Administrativas (por expediente) según corresponda, y que formen parte del convenio vigente. Dichas transferencias se realizan considerando la disponibilidad presupuestal para esta finalidad, según mecanismo de pago y nivel de atención establecidos en la presente adenda".*

- **Precisar** que en el contenido de los numerales **31.1, 31.2, 31.5, 31.7, 31.8, 31.9**, el texto que haga referencia al ***"artículo 50 de la Ley 31953",*** sea considerado como ***"en el marco de la Ley de Presupuesto del sector público para el año vigente".***
- **Precisar que para el año 2024, el Marco Presupuestal se consignará en el Anexo N° 2.**

CLÁUSULA CUARTA: CONTINUIDAD DE LAS ESTIPULACIONES

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

Asimismo, **LAS PARTES** acuerdan ratificar todos los términos y condiciones de **EL CONVENIO** que no se opongan a lo acordado en el presente instrumento.

En señal de conformidad se suscribe la presente Adenda, en tres (03) ejemplares de igual valor, en la ciudad de Lima, a los 31 días del mes de Enero del 2024.

MINISTERIO DE SALUD
Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Este
MC. CARLOS IVAN LEON GOMEZ
CMP 44547

CARLOS IVAN LEÓN GÓMEZ
Director General
Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Este

MINISTERIO DE SALUD
SEGURO INTEGRAL DE SALUD
M.C. FLOR DE MARÍA PHILIPPS CUBA
Jefa

FLOR DE MARÍA PHILIPPS CUBA
Jefe
Seguro Integral de Salud

MINISTERIO DE SALUD
SEGURO INTEGRAL DE SALUD
M.C. RICARDO DIAZ ROMERO
JEFE FISSAL

RICARDO ALBERTO DÍAZ ROMERO
Jefe (e)
Fondo Intangible Solidario de Salud

SEGURO INTEGRAL DE SALUD Gerente de Negocios y Financiamiento V°B°
W. ASCARZA

SEGURO INTEGRAL DE SALUD OGPPDO V°B°
S. HURTADO

SEGURO INTEGRAL DE SALUD V°B° GERENTE GREP
W. CARPIO

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

SEGURO INTEGRAL DE SALUD V°B° OFICINA GENERAL DE ASESORÍA JURÍDICA
G. LÓPEZ

SIS SECRETARIO GENERAL V°B° MINISTERIO DE SALUD
A. SILVA

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

ANEXO N° 1: RELACIÓN DE IPRESS POR UNIDAD EJECUTORA Y SEGÚN NIVEL DE EL PRESTADOR

DNTP	UNIDAD EJECUTORA	RENIPRESS	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	CATEG.	POBLAC. ADSC.	COBERTURA FISSAL
1686	DIRECCION DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA ESTE	0000005851	FORTALEZA	I-3	S	
1686	DIRECCION DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA ESTE	0000005852	COOPERATIVA UNIVERSAL	I-3	S	
1686	DIRECCION DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA ESTE	0000005853	CHANCAS DE ANDAHUAYLAS	I-3	S	
1686	DIRECCION DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA ESTE	0000005854	CENTRO DE SALUD HUASCAR	I-3	S	
1686	DIRECCION DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA ESTE	0000005855	METROPOLITANA	I-2	S	
1686	DIRECCION DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA ESTE	0000005856	SAN CARLOS	I-3	S	
1686	DIRECCION DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA ESTE	0000005857	VIÑA SAN FRANCISCO	I-2	S	
1686	DIRECCION DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA ESTE	0000005861	MOYOPAMPA	I-3	S	
1686	DIRECCION DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA ESTE	0000005862	CHOSICA	I-3	S	
1686	DIRECCION DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA ESTE	0000005863	NICOLAS DE PIEROLA	I-3	S	
1686	DIRECCION DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA ESTE	0000005864	SAN ANTONIO DE PEDREGAL	I-3	S	
1686	DIRECCION DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA ESTE	0000005865	CHACRASANA	I-2	S	
1686	DIRECCION DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA ESTE	0000005866	YANACOTO	I-2	S	
1686	DIRECCION DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA ESTE	0000005867	MARISCAL CASTILLA	I-2	S	
1686	DIRECCION DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA ESTE	0000005868	SEÑOR DE LOS MILAGROS	I-2	S	
1686	DIRECCION DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA ESTE	0000005869	VILLA DEL SOL	I-2	S	
1686	DIRECCION DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA ESTE	0000005870	PABLO PATRON	I-2	S	
1528	HOSPITAL DE HUAYCAN	0000005883	HOSPITAL DE HUAYCAN	II-1	S	
1686	DIRECCION DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA ESTE	0000005884	HORACIO ZEVALLOS	I-3	S	
1686	DIRECCION DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA ESTE	0000005885	SEÑOR DE LOS MILAGROS	I-3	S	
1686	DIRECCION DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA ESTE	0000005897	JICAMARCA	I-4	S	
1686	DIRECCION DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA ESTE	0000005898	SANTA MARIA DE HUACHIPA	I-3	S	
1686	DIRECCION DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA ESTE	0000005899	VIRGEN DEL ROSARIO CARAPONGO	I-3	S	
1686	DIRECCION DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA ESTE	0000005900	VILLA LETICIA DE CAJAMARQUILLA	I-3	S	
1686	DIRECCION DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA ESTE	0000005901	ALTO PERU	I-2	S	
1686	DIRECCION DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA ESTE	0000005902	NIEVERIA DEL PARAISO	I-3	S	
1686	DIRECCION DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA ESTE	0000005903	LA MOLINA	I-3	S	
1686	DIRECCION DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA ESTE	0000005906	MATAZANGO	I-2	S	
1686	DIRECCION DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA ESTE	0000005907	PORTADA DEL SOL	I-2	S	
1686	DIRECCION DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA ESTE	0000005918	MADRE TERESA CALCUTA	I-3	S	
1686	DIRECCION DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA ESTE	0000005919	CATALINA HUANCA	I-3	S	
1686	DIRECCION DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA ESTE	0000005920	BETHANIA	I-3	S	
1686	DIRECCION DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA ESTE	0000005921	ANCIETA BAJA	I-3	S	
1686	DIRECCION DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA ESTE	0000005922	PRIMAVERA	I-3	S	
1686	DIRECCION DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA ESTE	0000005923	EL AGUSTINO	I-3	S	
1686	DIRECCION DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA ESTE	0000005924	NOCHETO	I-3	S	
1686	DIRECCION DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA ESTE	0000005925	SANTA ROSA DE QUIVES	I-2	S	
1686	DIRECCION DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA ESTE	0000005926	EL EXITO	I-3	S	
1686	DIRECCION DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA ESTE	0000005927	SANTA CLARA	I-3	S	
1686	DIRECCION DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA ESTE	0000005928	MANYLSA	I-3	S	
1686	DIRECCION DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA ESTE	0000005929	MICAELA BASTIDAS	I-3	S	
1686	DIRECCION DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA ESTE	0000005930	ATE	I-2	S	
1686	DIRECCION DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA ESTE	0000005931	AMAUTA	I-3	S	
1686	DIRECCION DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA ESTE	0000005932	SAN ANTONIO	I-3	S	
1686	DIRECCION DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA ESTE	0000005933	ALFA Y OMEGA	I-3	S	
1686	DIRECCION DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA ESTE	0000005935	CESAR LOPEZ SILVA	I-3	S	
1686	DIRECCION DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA ESTE	0000005936	MORON	I-3	S	
1686	DIRECCION DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA ESTE	0000005937	PROGRESO	I-3	S	
1686	DIRECCION DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA ESTE	0000005938	MIGUEL GRAU	I-4	S	
1686	DIRECCION DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA ESTE	0000005939	PERLA DEL SOL	I-2	S	
1686	DIRECCION DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA ESTE	0000005940	HUASCATA	I-3	S	
1686	DIRECCION DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA ESTE	0000005941	VILLA RICA	I-2	S	
1686	DIRECCION DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA ESTE	0000005942	TRES DE OCTUBRE	I-2	S	
1686	DIRECCION DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA ESTE	0000005943	ALTO HUAMPANI	I-2	S	
1686	DIRECCION DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA ESTE	0000005944	VIRGEN DEL CARMEN - LA ERA	I-3	S	
1217	HOSPITAL VITARTE	0000005945	HOSPITAL VITARTE	II-1	N	
132	HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE	0000005946	HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE	III-1	N	3
1138	HOSPITAL DE APOYO CHOSICA	0000005947	HOSPITAL DE MEDIANA COMPLEJIDAD JOSE AGURTO TELLO	II-2	N	3
1686	DIRECCION DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA ESTE	0000005962	GUSTAVO LANATTA	I-3	S	
1686	DIRECCION DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA ESTE	0000005964	EL BOSQUE	I-3	S	
1686	DIRECCION DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA ESTE	0000005965	SANTA MAGDALENA SOFIA	I-3	S	
1686	DIRECCION DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA ESTE	0000005966	SAN FERNANDO	I-4	S	
1652	RED DE SALUD LIMA ESTE METROPOLITANA - IGSS	0000005967	7 DE OCTUBRE	I-3	S	

MINISTERIO DE SALUD DIRIS LIMA ESTE DIGEP V°B°

SEGURO INTEGRAL DE SALUD Gerente de Negocios y Financiamiento V°B°

W. ASCARZA

SEGURO INTEGRAL DE SALUD V°B° JEFE FISSAL

R. DIAZ

SEGURO INTEGRAL DE SALUD V°B° GERENTE GREP

W. CARPIO

QUINTA ADENDA AL CONVENIO ENTRE EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD, FONDO INTANGIBLE SOLIDARIO DE SALUD Y LA DIRECCION DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA ESTE PARA EL FINANCIAMIENTO DE LAS PRESTACIONES BRINDADAS A SUS ASEGURADOS

DNTP	UNIDAD EJECUTORA	RENIPRESS	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	CATEG.	POBLAC. ADSC.	COBERTURA FISSAL
1686	DIRECCION DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA ESTE	0000005978	TAMBO VIEJO	I-4	S	
1686	DIRECCION DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA ESTE	0000005979	HUAYCAN DE CIENEGUILLA	I-2	S	
1686	DIRECCION DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA ESTE	0000005980	COLCA	I-2	S	
1686	DIRECCION DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA ESTE	0000005982	CENTRO REFERENCIAL ESPECIALIZADO EN REHABILITACION Y TERAPIA FISICA DE CHOSICA	I-3	S	
1686	DIRECCION DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA ESTE	0000006750	SANTA ANITA	I-4	S	
1686	DIRECCION DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA ESTE	0000006849	TUPAC AMARU	I-2	S	
1686	DIRECCION DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA ESTE	0000007149	LA FRATERNIDAD	I-3	S	
1686	DIRECCION DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA ESTE	0000010093	VILLA MERCEDES	I-2	S	
1686	DIRECCION DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA ESTE	0000013186	FRATERNIDAD NIÑO JESUS ZONA X	I-2	S	
1686	DIRECCION DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA ESTE	0000013261	CERRO EL AGUSTINO	I-2	S	
1686	DIRECCION DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA ESTE	0000026996	CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO DAVID TEJADA DE RIVERO	I-2	S	
1686	DIRECCION DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA ESTE	0000026999	CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO SANTA ANITA	I-2	S	
1686	DIRECCION DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA ESTE	0000027068	CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO SANTA ROSA DE HUAYCAN	I-2	S	
1686	DIRECCION DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA ESTE	0000027290	CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO EL AGUSTINO	I-2	S	
1686	DIRECCION DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA ESTE	0000027426	CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO LA MOLINA	I-2	S	
1726	HOSPITAL EMERGENCIA ATE VITARTE	0000028025	HOSPITAL EMERGENCIA ATE VITARTE	II-E	N	3
1686	DIRECCION DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA ESTE	0000028434	SALAMANCA	I-3	S	
1686	DIRECCION DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA ESTE	0000029044	CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO CIENEGUILLA	I-2	S	
1686	DIRECCION DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA ESTE	0000029117	NUEVA GALES	I-2	S	
1686	DIRECCION DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA ESTE	0000029166	CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO SANTISIMA VIRGEN DE LA CRUZ	I-2	S	
1686	DIRECCION DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA ESTE	0000030995	MUSA	I-3	S	
1686	DIRECCION DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA ESTE	0000033728	CASA HUERTA LA CAMPIÑA	I-2	S	
1686	DIRECCION DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA ESTE	0000033998	CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO LAS COLINAS	I-2	S	
1746	HOSPITAL LIMA ESTE-VITARTE	0000033381	HOSPITAL DE LIMA ESTE - VITARTE	III-E	N	3

Fuente: Registro Nacional de IPRESS – SUSALUD al 31.12.23

Nota:

1. En caso de cambios en la categoría de **EL PRESTADOR**, 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.
2. En caso de cambios a cierre temporal, baja provisional, baja definitiva de Ipress de la Unidad Ejecutora, 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.
3. Cobertura FISSAL para prestaciones de salud.
4. Financiamiento FISSAL por incentivo épsilon: UE 146-1686: DIRECCION DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA ESTE

SEGURO INTEGRAL DE SALUD – Gerencia de Negocios y Financiamiento – V°B° – W. ASCARZA

SEGURO INTEGRAL DE SALUD – V°B° – JEFE FISSAL – R. DIAZ

SEGURO INTEGRAL DE SALUD – V°B° – GERENTE GREP – W. CARPIO

QUINTA ADENDA AL CONVENIO ENTRE EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD, FONDO INTANGIBLE SOLIDARIO DE SALUD Y LA DIRECCION DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA ESTE PARA EL FINANCIAMIENTO DE LAS PRESTACIONES BRINDADAS A SUS ASEGURADOS

ANEXO N° 2: MARCO PRESUPUESTAL 2024 DE LAS IAFAS

El marco presupuestal del año fiscal 2024 establecido para EL PRESTADOR asciende a **S/ 88,964,731**, cuya distribución por Unidad Ejecutora (UE) se detalla a continuación:

IAFAS SIS

ANEXO N° 2.1: MARCO PRESUPUESTAL POR EL MECANISMO DE PAGO PER CÁPITA DE LA IAFAS SIS, AÑO 2024

DNTP	UNIDAD EJECUTORA	PAGO PER CÁPITA						
		TRANSFERENCIA RO 100%	CENARES CAPITA (-)	SALDO DE BALANCE 2023 (-)	INDICADORES 2023 (-)	DEDUCCIONES AÑOS ANTERIORES (-)	TRANSFERENCIA DU-046 100%	SUBTOTAL PC
132	HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE	0	0	0	0	0	0	0
1138	HOSPITAL DE APOYO CHOSICA	0	0	0	0	0	0	0
1528	HOSPITAL DE HUAYCAN	217,051	251,035	78,368	5,190	0	202,362	754,006
1686	DIRECCION DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA ESTE	52,617	2,075,367	6,265,617	643,793	0	7,955,112	16,992,506
1746	HOSPITAL DE LIMA ESTE - VITARTE		0	0	0	0	0	0
	Total DIRIS ESTE	**269,668**	**2,326,402**	**6,343,985**	**648,983**	**0**	**8,157,474**	**17,746,512**

MINISTERIO DE SALUD DIRIS LIMA ESTE

SEGURO INTEGRAL DE SALUD Gerencia de Negocios y Financiamiento V°B°

W. ASCARZA

a. El marco presupuestal para el mecanismo de pago per cápita cobertura las prestaciones que se brinden a los asegurados al SIS de todos sus regímenes de financiamiento, mientas que, del mecanismo de pago por prestación de salud, el cálculo solo incluye el régimen de financiamiento subsidiado (RO); toda vez que el régimen semicontributivo (RDR) su transferencia se realiza en función a la liquidación de las prestaciones.

b. El marco presupuestal asignado a cada unidad ejecutora contempla los recursos establecidos para la ampliación del Decreto de Urgencia 046-2021, en el marco del artículo 50 ° de la Ley N° 31953.

c. Los importes consignados por el concepto de CENARES, se encuentra en la Resolución Ministerial N°021-2024-MINSA/CENARES que aprueba la Directiva Administrativa Nº348-MINSA/CENARES-2024 " 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", y el Anexo Nº01: "Detalle del monto disponible para cada pliego y unidad ejecutora para la realización de compras centralizadas a través de CENARES", de conformidad con lo dispuesto en el artículo 47 de la Ley 31953 – "Ley de Presupuesto del Sector Púbico para el año fiscal 2024".

SEGURO INTEGRAL DE SALUD V°B° JEFE FISSAL

R. DIAZ

SEGURO INTEGRAL DE SALUD V°B° GERENTE GREP

W. CARPIO

QUINTA ADENDA AL CONVENIO ENTRE EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD, FONDO INTANGIBLE SOLIDARIO DE SALUD Y LA DIRECCION DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA ESTE PARA EL FINANCIAMIENTO DE LAS PRESTACIONES BRINDADAS A SUS ASEGURADOS

ANEXO N° 2.2: MARCO PRESUPUESTAL POR EL MECANISMO DE PAGO POR PRESTACIONES DE SALUD Y PAQUETE DE LA IAFAS SIS, AÑO 2024

DNTP	UNIDAD EJECUTORA	PAGO PRESTACIONES DE SALUD Primer (I) Nivel de Atención			PAGO POR PRESTACIONES DE SALUD						PAGO POR PAQUETE		
		RO Regular	RO_DU-046	TOTAL	TRANSFERENCIA RO 100%	CENARES PPS (-)	SALDO DE BALANCE 2023 (-)	INDICADORES 2023 (-)	TRANSFERENCIA DU-046 100%	SUBTOTAL PPS	PAQUETE PARTO VAGINAL (+)	PAQUETES PRESTACIONES DE SALUD (+)	SUBTOTAL PPQT
132	HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE	0	0	0	19,389,860	4,166,044	201,902	1,585,295	10,376,428	35,719,529	0	692,580	692,580
1138	HOSPITAL DE APOYO CHOSICA	0	0	0	2,707,349	796,202	145,790	2,144	1,298,320	4,949,805	0	266,948	266,948
1528	HOSPITAL DE HUAYCAN	0	0	0	1,340,729	251,035		10,319	636,195	2,238,278	1,835	165,842	167,677
1686	DIRECCION DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA ESTE	100,288	38,128	138,416	0	0		0	0	0	370,303	0	370,303
1746	HOSPITAL DE LIMA ESTE - VITARTE	0	0	0		636,418	1,385,237	14,061	5,698,218	20,074,947	0	1,050,309	1,050,309
	Total DIRIS ESTE	**100,288**	**38,128**	**138,416**	**35,778,951**	**5,849,699**	**1,732,929**	**1,611,819**	**18,009,161**	**62,982,559**	**372,138**	**2,175,679**	**2,547,817**

a. El marco presupuestal asignado a cada unidad ejecutora contempla los recursos establecidos para la ampliación del Decreto de Urgencia 046-2021, en el marco del artículo 50 ° de la Ley N° 31953.

b. Los importes consignados por el concepto de CENARES, se encuentra en la Resolución Ministerial N°021-2024-MINSA/CENARES que aprueba la Directiva Administrativa Nº348-MINSA/CENARES-2024 " 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", y el Anexo Nº01: "Detalle del monto disponible para cada pliego y unidad ejecutora para la realización de compras centralizadas a través de CENARES", de conformidad con lo dispuesto en el artículo 47 de la Ley 31953 – "Ley de Presupuesto del Sector Púbico para el año fiscal 2024".

c. El pago por prestaciones de Salud del primer nivel de atención se entrega al 100% en la primera transferencia.

V°B° V. ASCARZA

V°B° JEFE FISSAL R. DIAZ

V°B° GERENTE GMEP W. CARPIO

QUINTA ADENDA AL CONVENIO ENTRE EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD, FONDO INTANGIBLE SOLIDARIO DE SALUD Y LA DIRECCION DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA ESTE PARA EL FINANCIAMIENTO DE LAS PRESTACIONES BRINDADAS A SUS ASEGURADOS

ANEXO N° 2.3: MARCO PRESUPUESTAL POR EL MECANISMO DE PAGO POR ADMINISTRATIVAS DE LA IAFAS SIS, AÑO 2024

DNTP	UNIDAD EJECUTORA	PAGO POR EXPEDIENTE												
		TRASLADO DE EMERGENCIA				CASA MATERNA		PROCEDIMIENTOS ESPECIALES		SUB COMPONENTE PRESTACIONAL		SUB TOTAL LEY 31953 (AMPLIAC DU 046)	SUB TOTAL TRANSFERENCIA REGULAR	SUBTOTAL PPE (ADMINISTRA)
		TRANFERENCIA REGULAR		LEY 31953 (AMPLIACION DU 046)		TRANFERENCIA REGULAR	LEY 31953 (AMPLIACION DU 046)	TRANFERENCIA REGULAR	LEY 31953 (AMPLIACION DU 046)	TRANFERENCIA REGULAR	LEY 31953 (AMPLIACION DU 046)			
		AÉREO	NO AÉREO	AÉREO	NO AÉREO									
132	HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE	1,907	26,282	0	0	0	0	0	0	0	0	0	28,189	28,189
1138	HOSPITAL DE APOYO CHOSICA	0	11,990	0	1,679	0	0	0	0	0	0	1,679	11,990	13,669
1528	HOSPITAL DE HUAYCAN	0	6,516	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6,516	6,516
1686	DIRECCION DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA ESTE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1746	HOSPITAL DE LIMA ESTE - VITARTE	0	4,841	0	1,423	0	0	0	0	0	0	1,423	4,841	6,264
	Total DIRIS ESTE	**1,907**	**49,629**	**0**	**3,102**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**3,102**	**51,536**	**54,638**

El marco presupuestal asignado a cada unidad ejecutora contempla los recursos establecidos para la ampliación del Decreto de Urgencia 046-2021, en el marco del artículo 50 ° de la Ley N° 31953.

ANEXO N° 2.4: MARCO PRESUPUESTAL DE LA IAFAS FISSAL, AÑO 2024

DNTP	UNIDAD EJECUTORA	FISSAL			
		SALDO DE BALANCE 2023	MONTO PARA TRANSFERIR 2024	Tramo I	Tramo II
		(A)	(B)	85%	15%
132	HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE	195,517	4,977,021	4,230,468	746,553
1138	HOSPITAL "JOSE AGURTO TELLO DE CHOSICA"	37,475	185,727	157,868	27,859
1746	HOSPITAL DE LIMA ESTE - VITARTE (*)	2,060	96,989	96,989	-

(*) Transferencia del 100% a las IPRESS en el Tramo I.

MINISTERIO DE SALUD DIRIS LIMA ESTE

SEGURO INTEGRAL DE SALUD Gerencia de Negocios y Financiamiento V°B°

W. ASCARZA

SEGURO INTEGRAL DE SALUD V°B° JEFE FISSAL

R. DIAZ

SEGURO INTEGRAL DE SALUD V°B° GERENTE GREP

W. CARPIO

ANEXO N° 3: INDICADORES PARA INCENTIVOS FINANCIEROS DE LA IAFAS SIS

Incentivo	Indicadores	Meta	Fecha de Corte de la información	Fecha de evaluación	Periodo de evaluación	Nivel de atención
Alfa	Objetivos Financieros	Incorporado el 100% del saldo de balance 2023 y la transferencia 2024, diferenciados por SECFUN	31.03.2024	abril 2024	I semestre	En todos los niveles de atención
	Centro de Costos por cada RIS conformada	El 30% de las RIS conformadas cuentan con Centro de Costos				
	Registro de la información de infraestructura y equipamiento de los EESS en el aplicativo del ONIEES. Actualizarla cada semestre.	100% de EESS (II-1, I-4 y I-3)				
	Ejecución presupuestal	Certificado >= 68% Comprometido >= 58% Devengado >= 48% De los recursos financieros transferidos por el SIS a través de la fuente DyT y 1° Orden	30.06.2024	julio 2024		
	Porcentaje de Stock Disponible de PF	>= a 91%	31.03.2024 y 30.06.2024	abril y julio 2024		-
	Porcentaje de Stock Disponible de DM y PS					
	De cumplir con todos los indicadores descritos se hará acreedor al incentivo financiero					
Beta	Seguimiento y control de los pacientes hipertensos*	Mínimo de 2 consultas	01.01.2024 al 30.06.2024	setiembre 2024	II semestre	En el I nivel de atención
	Porcentaje de pacientes hipertensos que han alcanzado la meta terapéutica*	30% de pacientes				
	Porcentaje de pacientes diabéticos que han recibido tamizaje de función renal*	50% de pacientes				
	Porcentaje de pacientes diabéticos con dosaje de hemoglobina glicosilada*	95% de pacientes				
	Porcentaje de Stock Disponible de PF	>= a 91%	31.08.2024 y 31.10.2024	setiembre y noviembre 2024		I y II con población adscrita
	Porcentaje de Stock Disponible de DM y PS					
	Porcentaje de Stock Disponible de PF					II y III nivel sin población adscrita
	Porcentaje de Stock Disponible de DM y PS					
	De cumplir con todos los indicadores descritos se hará acreedor al incentivo financiero (*) El incentivo prestacional está condicionado a un periodo máximo de digitación del FUA de 45 días					

MINISTERIO DE SALUD DIRIS LIMA ESTE

SEGURO INTEGRAL DE SALUD Gerente de Negocios y Financiamiento V°B°

W. ASCARZA

SEGURO INTEGRAL DE SALUD V°B° JEFE FISSAL

R. DIAZ

SEGURO INTEGRAL DE SALUD V°B° GERENTE GREP

W. CARPIO

ANEXO N° 4: INDICADORES DE EVALUACIÓN PARA INCENTIVO FINANCIERO

ANEXO N° 4.1: 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 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		
2. Aspectos metodológicos de la estimación del indicador		
Cálculo del Indicador		**Numerador**
$\frac{Monto\ a\ nivel\ certificado}{Monto\ del\ PIM}\ x\ 100$		**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
$\frac{Monto\ a\ nivel\ de\ Compromiso\ anual}{Monto\ del\ PIM}\ x\ 100$		**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
$\frac{Monto\ a\ nivel\ Devengado}{Monto\ del\ PIM}\ x\ 100$		**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 en la evaluación de los objetivos financieros.
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:		
La Evaluación se realiza en el mes de julio del presente año fiscal, es una evaluación única y cancelatoria. La meta financiera se encuentra en el Anexo N° 3 de la presente Adenda.		
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° 0023-2022-EF/50.01 Directiva Para la Ejecución Presupuestaria y su modificatoria. 3. Ley N° 31953 Ley de Presupuesto del Sector Público para el año fiscal 2024. 4. RJ N°209-2022/SIS. Aprueba Directiva Administrativa N° 008-2022-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).		

MINISTERIO DE SALUD DIRECCIÓN GENERAL

SEGURO INTEGRAL DE SALUD Gerente de Negocios y Financiamiento V°B° W. ASCARZA

SEGURO INTEGRAL DE SALUD V°B° JEFE FISSAL R. DIAZ

SEGURO INTEGRAL DE SALUD V°B° GERENTE GREP W. CARPIO

ANEXO N° 4.2: IF 01 - SC 02 - PORCENTAJE DE EJECUCIÓN DEL GASTO EN FUENTE DYT – PF, DM Y PS

FICHA TECNICA		Área Responsable
		Seguro Integral de Salud
		Gerencia de Negocios y Financiamiento
1. Datos de identificación del indicador		
CÓDIGO	IF 01 SC 02	Nombre del indicador **PORCENTAJE DE EJECUCIÓN DEL GASTO EN FUENTE DYT – PF, DM Y PS**
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 PF, DM Y PS		
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 001 SIS por fuente DyT en subcomponente PRIMER ORDEN		
2. Aspectos metodológicos de la estimación del indicador		
Cálculo del Indicador		**Numerador**
$\frac{Monto\ a\ nivel\ certificado}{Monto\ del\ PIM}\ x\ 100$		**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 PF, DM Y PS.
$\frac{Monto\ a\ nivel\ de\ Compromiso\ anual}{Monto\ del\ PIM}\ x\ 100$		**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 PF, DM Y PS.
$\frac{Monto\ a\ nivel\ Devengado}{Monto\ del\ PIM}\ x\ 100$		**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 PF, DM Y PS.
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 PF, DM Y PS., incluyendo los SB reportados en la evaluación de los Objetivos Financieros.
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:		
La Evaluación se realiza en el mes de julio del presente año fiscal, es una evaluación única y cancelatoria. La meta financiera se encuentra en el Anexo N° 3 de la presente Adenda.		
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° 0023-2023-EF/50.01 Directiva Para la Ejecución Presupuestaria y su modificatoria 3 Ley N° 31953 Ley de Presupuesto del Sector Público para el año fiscal 2024. 4. RJ N°209-2022/SIS. Aprueba Directiva Administrativa N° 008-2022-SIS-GNF-V.02 y sus modificatorias.		
Comentarios Técnicos		
Esta ficha corresponde al segundo factor a evaluar, llamado **2do criterio: PF, DM y PS 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 2.3.1.99.1.2 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).		

MINISTERIO DE SALUD DIRIS LIMA ESTE

SEGURO INTEGRAL DE SALUD Gerente Negocios y Financiamiento V°B° W. ASCARZA

SEGURO INTEGRAL DE SALUD V°B° JEFE FISSAL R. DIAZ

SEGURO INTEGRAL DE SALUD V°B° GERENTE GREP W. CARPIO

ANEXO N° 4.3: IF-02 INDICADOR PORCENTAJE DE STOCK DISPONIBLE DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS

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 PRODUCTOS FARMACEUTICOS**

Definición del indicador

Mide % de Stock Disponible de Productos Farmacéuticos (PF) con consumo SIS, de acuerdo con 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 de los Productos Farmacéuticos en los establecimientos de salud, para que se encuentren accesibles en el lugar y oportunidad en que sean requeridos para la atención del asegurado SIS.
Evitar el gasto de bolsillo de los asegurados SIS.

Meta

Lograr que el % Stock Disponible de PF con CPMA_SIS sea igual o mayor al 91.00%.

2. Aspectos metodológicos de la estimación del indicador

Cálculo del Indicador	**Numerador**
$\frac{\text{Nro. de items en normosotck + sobrestock + sin rotación}}{\text{Nro. total de items (normostock, sobrestock, sin rotación, desabastecido, substock)}} \times 100$	**Ítems condición de Stock Disponible** Es la suma de ítems de Productos Farmacéuticos 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 de Productos Farmacéuticos con los que cuenta cada unidad ejecutora en los últimos 12 meses.
Nivel de Desagregación	**Frecuencia de Medición**
Unidad Ejecutora (UE)	Mensual

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 para Incentivo Financiero:

Evaluación cierre: Al término de marzo, junio, agosto y octubre del año fiscal vigente. Evaluación cancelatoria, en caso de no aprobar en los períodos correspondientes pierde el Incentivo Financiero.
Las metas financieras por cada mecanismo de pago se encuentran en las adendas firmadas del año fiscal vigente.

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° 31953 Ley de Presupuesto del Sector Público para el año fiscal 2024.
4. RJ N° 209-2022/SIS. Aprueba Directiva N°008-2022-SIS-GNF-V.02 y sus modificatorias.

Comentarios Técnicos

* Esta ficha corresponde a la evaluación del Porcentaje de Stock Disponible de PF en las UE con las que se cuenta con convenio vigente.
* Se tiene en cuenta para esta evaluación el consumo SIS remitido en el ICI mensual.
* 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.
* Se consideran los ítems que presentan consumo SIS en los últimos 12 meses.
* Para el caso de PF incluidos en el Listado de Productos Farmacéuticos Vitales se considera como Normostock >= 1 y <=6.
* Para el caso de productos NO PNUME y con clasificador SD, SC/SD se considera como Normostock >=1 y <=6.
* Se excluye de la evaluación a los PF PNUME que tienen condición de Desabastecido y Substock con frecuencia de consumo SIS <= 3 meses en un periodo de 12 meses, con la excepción de que presenten consumo en los 2 actuales meses.
* Se excluye de la evaluación a los PF NO PNUME que tienen condición de Desabastecido y Substock con frecuencia de consumo <=5 meses dentro del período de 12 meses, con la excepción de que presenten consumo en los 3 actuales meses.
* No se considera para la evaluación, PF en condición de SIN ROTACIÓN, que no presentan Consumo SIS, en un período de 3 meses desde el período actual.
* Se fusionan los ítems de acuerdo al Listado de códigos fusionados publicados en la página de DIGEMID.
* Cuando el causal de los ítems en condición de Desabastecido 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.
* 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.
* La UE es responsable del seguimiento de las entregas por parte de CENARES.
* La evaluación que se realiza con esta ficha es a nivel de Unidad Ejecutora.

W. ASCARZA

R. DIAZ

W. CARPIO

QUINTA ADENDA AL CONVENIO ENTRE EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD, FONDO INTANGIBLE SOLIDARIO DE SALUD Y LA DIRECCION DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA ESTE PARA EL FINANCIAMIENTO DE LAS PRESTACIONES BRINDADAS A SUS ASEGURADOS

ANEXO N° 4.4: IF-03 INDICADOR PORCENTAJE DE STOCK DISPONIBLE DE DISPOSITIVOS MÉDICOS Y PRODUCTOS SANITARIOS

FICHA TECNICA		Área Responsable:
		Seguro Integral de Salud
		Gerencia de Negocios y Financiamiento
1. Datos de identificación del indicador		
CODIGO	IF 03	Nombre del indicador **PORCENTAJE DE STOCK DISPONIBLE DE DISPOSITIVOS MÉDICOS Y PRODUCTOS SANITARIOS**
Definición del indicador		
Mide % de Stock Disponible de Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios (DM y PS) con consumo SIS, de acuerdo con 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 de los Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios en los establecimientos de salud, para que se encuentren accesibles en el lugar y oportunidad en que sean requeridos para la atención del asegurado SIS. Evitar el gasto de bolsillo de los asegurados SIS.		
Meta		
Lograr que el % Stock Disponible de DM y PS con CPMA_SIS sea igual o mayor al 91.00%.		
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 de Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios 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 de Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios con los que cuenta cada Unidad Ejecutora en los últimos 12 meses.
Nivel de Desagregación		**Frecuencia de Medición**
Unidad Ejecutora (UE)		Mensual
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 para Incentivo Financiero:		
Evaluación cierre: Al término de marzo, junio, agosto y octubre del año fiscal vigente. Evaluación cancelatoria, en caso de no aprobar en los períodos correspondientes pierde el Incentivo Financiero. Las metas financieras por cada mecanismo de pago se encuentran en las adendas firmadas del año fiscal vigente.		
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° 31953 Ley de Presupuesto del Sector Público para el año fiscal 2024. 4. RJ N° 209-2022/SIS. Aprueba Directiva N°008-2022-SIS-GNF-V.02 y sus modificatorias.		
Comentarios Técnicos		
* Esta ficha corresponde a la evaluación del Porcentaje de Stock Disponible de DM y PS en las UE con las que se cuenta con convenio vigente. * Se tiene en cuenta para esta evaluación el consumo SIS remitido en el ICI mensual. * 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. * Se consideran los ítems que presentan consumo SIS en los últimos 12 meses. * Para el caso de productos NO PNUDME y con clasificador SD, SC/SD se considera como Normostock >=1 y <=6. * Se excluye de la evaluación a los DM y PS PNUDME que tienen condición de Desabastecido y Substock con frecuencia de consumo SIS <= 3 meses en un periodo de 12 meses, con la excepción de que presenten consumo en los 2 actuales meses. * Se excluye de la evaluación a los DM y PS NO PNUDME que tienen condición de Desabastecido y Substock con frecuencia de consumo <=5 meses dentro del período de 12 meses, con la excepción de que presenten consumo en los 3 actuales meses. * No se considera para la evaluación, DM y PS en condición de SIN ROTACIÓN, que no presentan Consumo SIS, en un período de 3 meses desde el período actual. * Se fusionan los ítems de acuerdo al Listado de códigos fusionados publicados en la página de DIGEMID. * Cuando el causal de los ítems en condición de Desabastecido 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. * 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. * La UE es responsable del seguimiento de las entregas por parte de CENARES. * La evaluación que se realiza con esta ficha es a nivel de Unidad Ejecutora.		

MINISTERIO DE SALUD DIRECCIÓN GENERAL DE ASESORÍA JURÍDICA

SEGURO INTEGRAL DE SALUD Gerente de Negocios y Financiamiento V°B° W. ASCARZA

SEGURO INTEGRAL DE SALUD V°B° JEFE FISSAL R. DIAZ

SEGURO INTEGRAL DE SALUD V°B° GERENTE GREP W. CARPIO

ANEXO N° 5: INDICADORES PARA INCENTIVOS FINANCIEROS DE LA IAFAS FISSAL

Incentivo	Indicadores	Meta	Fecha de Corte de la información	Fecha de evaluación	Plazo de transferencia	Nivel de atención
Gamma	Objetivos Financieros	Incorporado el 100% del saldo de balance 2023 y la transferencia del Tramo I - 2024, diferenciados por SECFUN	31.03.2024	abril 2024	I Semestre	II y III nivel sin población adscrita
	Porcentaje de ejecución del gasto en fuente DyT	Certificado >= 70% Comprometido >= 50% Devengado >= 35% De los recursos financieros transferidos por la IAFAS FISSAL a través de la fuente DyT.	30.06.2024	julio 2024		
	Porcentaje de ejecución del gasto en fuente DyT-Primer Orden	Certificado >= 70% Comprometido >= 50% Devengado >= 35% De los recursos financieros transferidos por la IAFAS FISSAL a través de la fuente DyT – Primer orden				
Delta	Tasa de asegurados ERC-5 en hemodiálisis crónica que pasaron a diálisis peritoneal	7% de asegurados	31.08.2024	setiembre 2024	II Semestre	II y III nivel sin población adscrita
	Tasa de asegurados ERC-5 en hemodiálisis crónica que ingresan a diálisis peritoneal como primera terapia dialítica	5% de asegurados				
	Tasa de asegurados ERC-5 que ingresan a hemodiálisis con fístula arterio - venosa creada	20% de asegurados				
Épsilon	Tasa de asegurados ERC-5 en diálisis peritoneal con seguimiento domiciliario	80% de asegurados	31.08.2024	setiembre 2024	II Semestre	II y III nivel sin población adscrita

MINISTERIO DE SALUD DIRECCIÓN GENERAL

SEGURO INTEGRAL DE SALUD Gerente V°B°

W. ASCARZA

SEGURO INTEGRAL DE SALUD V°B° JEFE FISSAL

R. DIAZ

SEGURO INTEGRAL DE SALUD V°B° GERENTE GREP

W. CARPIO

ANEXO N° 6: IF1, SC 01, PORCENTAJE DE EJECUCIÓN DEL GASTO EN FUENTE DYT, FISSAL

FICHA TÉCNICA		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 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		
2. Aspectos metodológicos de la estimación del indicador		
Cálculo del Indicador		**Numerador**
$\frac{Monto\ a\ nivel\ certificado}{Monto\ del\ PIM} \times 100$		**Monto certificado:** Monto que debe afectarse 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
$\frac{Monto\ a\ nivel\ de\ Compromiso\ anual}{Monto\ del\ PIM} \times 100$		**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
$\frac{Monto\ a\ nivel\ Devengado}{Monto\ del\ PIM} \times 100$		**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: Única evaluación al 30 de junio del presente año fiscal. Las metas financieras por cada unidad ejecutora se encuentran en las adendas y actas firmadas del presente año fiscal.		
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 Público. 2. R.D. N° 0023-2022-EF/50.01, aprueba la Directiva N° 0005-2022-EF/50.01 "Directiva para la Ejecución Presupuestaria" y su modificatoria con la R.D. N° 0024-2023-EF/50.01 3. Ley N° 31953, Ley de Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2024 4. RJ N° 084-2022-SIS-FISSAL/J, Aprueba Directiva Administrativa N°008-2022-SIS/FISSAL "Directiva administrativa para el control financiero a IPRESS públicas de los recursos transferidos por el Fondo Intangible Solidario de Salud-FISSAL"		
Comentarios Técnicos		
Esta ficha corresponde al **Subcomponente 01: PORCENTAJE DE EJECUCIÓN DEL GASTO EN FUENTE DYT del IF 01,** Tener en cuenta que las transferencias que realiza el Fondo Intangible Solidario de Salud-FISSAL a las diversas UEs se incorpora por fuente DyT. Para considerar haber superado la evaluación del IF 01 deben haber alcanzado las metas del subcomponente 01 y 02.		

W. ASCARZA

R. DIAZ

W. CARPIO

ANEXO N° 7: IF1, SC 02, PORCENTAJE DE EJECUCIÓN DEL GASTO EN FUENTE DYT-PRIMER ORDEN, FISSAL

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**
$\frac{Monto\ a\ nivel\ certificado}{Monto\ del\ PIM} \times 100$	**Monto certificado:** Monto que debe afectarse 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
$\frac{Monto\ a\ nivel\ de\ Compromiso\ anual}{Monto\ del\ PIM} \times 100$	**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.
$\frac{Monto\ a\ nivel\ Devengado}{Monto\ del\ PIM} \times 100$	**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: Única evaluación al 30 de junio del presente año fiscal.
Las metas financieras por cada unidad ejecutora se encuentran en las adendas y actas firmadas del presente año fiscal

Responsable de los datos e información

Recopilación de datos y Procesamiento de datos:
Dirección de Financiamiento de Prestaciones de Alto Costo - Supervisión Financiera.

Bibliografía

1. Decreto Legislativo N° 1440 Decreto Legislativo del Sistema Nacional de Presupuesto Público.
2. R.D. N° 0023-2022-EF/50.01, aprueba la Directiva N° 0005-2022-EF/50.01 "Directiva para la Ejecución Presupuestaria" y su modificatoria con la R.D. N° 0024-2023-EF/50.01
3. Ley N° 31953, Ley de Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2024
5. RJ N° 084-2022-SIS-FISSAL/J, Aprueba Directiva Administrativa N°008-2022-SIS/FISSAL "Directiva administrativa para el control financiero a IPRESS públicas de los recursos transferidos por el Fondo Intangible Solidario de Salud-FISSAL"

Comentarios Técnicos

Esta ficha corresponde al **Subcomponente 02: PORCENTAJE DE EJECUCIÓN DEL GASTO EN FUENTE DYT - PRIMER ORDEN del IF 01.**
Para considerar haber superado la evaluación del IF 01 deben haber alcanzado las metas del subcomponente 01 y 02.
La IAFAS FISSAL 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
La evaluación que se realiza con esta ficha es a nivel de Unidad Ejecutora.

V°B° ASCARZA

V°B° JEFE FISSAL R. DIAZ

V°B° GERENTE GREP W. CARPIO

ANEXO N° 8: IP1, SC-IP-FISSAL 02, TASA DE ASEGURADOS ERC-5 EN HEMODIÁLISIS CRÓNICA QUE PASARON 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 ERC-5 EN HEMODIÁLISIS CRÓNICA QUE PASARON A DIÁLISIS PERITONEAL

Definición del indicador

El indicador mide la tasa de pacientes asegurados con enfermedad renal crónica 5 (ERC-5) en hemodiálisis (HD) crónica, procedente de IPRESS Pública 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
[(N° de asegurados en HD crónica en IPRESS contratadas por el FISSAL) + (N° de asegurados en HD crónica en la IPRESS pública)] que tienen un año o menos en HD y proceden de la IPRESS pública, que pasaron a DP / [(N° de asegurados en HD crónica en IPRESS contratadas por el FISSAL) + (N° de asegurados en HD crónica en la IPRESS pública)] que tienen un año o menos en HD y proceden de la IPRESS pública	X 100	— Los asegurados en HD crónica que pasan a DP deberán tener al menos una atención que registre cualquiera de los siguientes medicamentos asociados al diagnóstico DEFINITIVO/REPETIDO [N180/N188/N189/N185] - INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA: Medicamentos (códigos SISMED): **11824, 11825, 19879, 21012, 21013, 21014, 21072, 21073, 21853, 21854, 21855, 21856, 21857, 27618, 31512, 42600.** —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 31.08.2023, que registren al menos una atención con los requisitos señalados, en el periodo de producción setiembre 2023 - agosto 2024.
		Denominador —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 con oferta de diálisis peritoneal, en base a información del SAIRC con corte al 31.08.2023. —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 31.08.2023, deberá ser remitido por la misma IPRESS a través de un oficio al FISSAL, en un plazo perentorio de 30 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. —El valor del denominador al momento de la evaluación será la suma del N° de asegurados de ambos padrones.

Precisiones

— 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 la Dirección de Cobertura y Evaluación de las Prestaciones a las IPRESS con oferta de diálisis peritoneal, reconocidas como tales al 31 de agosto de 2023.
— La elaboración del padrón nominal de asegurados en HD crónica en IPRESS contratadas por el FISSAL para aquellas IPRESS con oferta de diálisis peritoneal que no asignan asegurados procedentes de su jurisdicción a las IPRESS contratadas por el FISSAL, será coordinada directamente entre la Dirección de Cobertura y Evaluación de las Prestaciones y la IPRESS con oferta de diálisis peritoneal.
- Se aplica: HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE UE 0132 y HOSPITAL LIMA ESTE-VITARTE UE 1746

Nivel de Desagregación	Frecuencia de Medición
Unidades Ejecutoras (UE)	Anual

3. Fuente de datos y flujo de información

Fuente de datos

Producción registrada en el SIASIS desde el 01.09.2023 hasta el 31.08.2024.
El responsable del análisis y evaluación podrá solicitar un reporte periódico de información a la IPRESS sobre el cumplimiento de la meta, para su respectiva verificación a través del acceso al SIASIS.

Periodo de Evaluación de Cumplimiento de metas:

Única evaluación en setiembre 2024, correspondiente a un periodo anual de producción (setiembre 2023 - agosto de 2024).

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

Documento Técnico: Plan Nacional de Atención Integral de la Enfermedad Renal Crónica aprobado mediante Resolución Ministerial N° 862-2022/MINSA.

Comentarios Técnicos

1.- Esta ficha corresponde a los indicadores prestacionales del Subcomponente 02 - Acceso a diálisis peritoneal de asegurados con un año o menos en hemodiálisis crónica, 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 pertenece al grupo de indicadores establecidos por el Ministerio de Salud para ser cumplidos por la IAFAS FISSAL en el marco del *Objetivo Estratégico 5 (OE5) - Implementar mecanismos de pago en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas, que incentiven la prevención y manejo oportuno de la Enfermedad Renal Crónica* del "Plan Nacional de Atención Integral de la Enfermedad Renal Crónica" aprobado mediante Resolución Ministerial N° 862-2022/MINSA.
3.- El estándar es el 100% (acceso del 100% de los asegurados con ERC - 5 que tienen un año o menos en HD) y **la meta para el año 2024 es el 7%.**

W. ASCARZA

R. DIAZ

W. CARPIO

QUINTA ADENDA AL CONVENIO ENTRE EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD, FONDO INTANGIBLE SOLIDARIO DE SALUD Y LA DIRECCION DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA ESTE PARA EL FINANCIAMIENTO DE LAS PRESTACIONES BRINDADAS A SUS ASEGURADOS

ANEXO N° 9: IP2, SC-IP-FISSAL 04, TASA DE ASEGURADOS ERC-5 QUE INGRESAN A DIÁLISIS PERITONEAL COMO PRIMERA TERAPIA DIALÍTICA

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-04	Nombre del indicador
		TASA DE ASEGURADOS ERC-5 QUE INGRESAN A DIÁLISIS PERITONEAL COMO PRIMERA TERAPIA DIALÍTICA

Definición del indicador

El indicador mide la tasa de pacientes asegurados con enfermedad renal crónica 5 (ERC-5) que ingresan a diálisis peritoneal (DP), como primer tratamiento dialítico en la IPRESS Pública que cuenta con oferta de diálisis peritoneal.

Objetivos

I. Facilitar el acceso del asegurado con enfermedad renal crónica etapa 5 (ERC 5) que inicia tratamiento dialítico, a diálisis peritoneal (DP), como tratamiento predominantemente domiciliario.
II. Incrementar el número de asegurados que inician terapia de reemplazo renal con DP, con lo cual se contribuye a la reducción de la morbimortalidad y mejora de calidad de vida en este grupo de pacientes.

2. Aspectos metodológicos de la estimación del indicador

Cálculo del Indicador

N° de asegurados con ERC-5 que inician DP como primer tratamiento dialítico en la IPRESS pública

X 100

N° de asegurados con ERC-5 procedentes de la IPRESS pública que inician primer tratamiento dialítico

Numerador

— Los asegurados que inician DP como primer tratamiento dialítico deberán tener al menos una atención que registre cualquiera de los siguientes medicamentos asociados al diagnóstico DEFINITIVO/REPETIDO [N180/N188/N189/N185] - INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA :
Medicamentos (códigos SISMED):
11824, 11825, 19879, 21012, 21013, 21014, 21072, 21073, 21853, 21854, 21855, 21856, 21857, 27618, 31512, 42600
— Los asegurados que inician DP como primer tratamiento dialítico, pueden haberse realizado sesiones de hemodiálisis de EMERGENCIA o durante el INTERNAMIENTO, antes de iniciar la DP.
— Los asegurados que inician DP como primer tratamiento dialítico no pueden ser los mismos que se cuentan en el numerador del indicador SC-IP-FISSAL-02 "TASA DE ASEGURADOS EN HEMODIÁLISIS CRÓNICA QUE PASARON A DIÁLISIS PERITONEAL"

Denominador

—El valor del denominador al momento de la evaluación será la suma de (1) + (2) + (3)
(1) N° acumulado de asegurados que inician DP como primer tratamiento dialítico en la IPRESS pública.
(2) N° acumulado de asegurados que inician hemodiálisis (HD) como primer tratamiento dialítico crónico en la IPRESS Pública.
(3) N° acumulado de asegurados procedentes de la jurisdicción de la IPRESS pública que inician HD como primer tratamiento dialítico crónico en IPRESS Privada.

Precisiones

Para el cálculo del denominador:
(1) N° acumulado de asegurados que inician DP como primer tratamiento dialítico en la IPRESS pública: Es igual al numerador del SC-IP-FISSAL-04.
(2) N° acumulado de asegurados que inician HD como primer tratamiento dialítico en la IPRESS Pública.
- Ingresan al conteo aquellos asegurados que tienen el FUA de la primera atención de HD ambulatoria registrado en el SIASIS entre el 01.09.2023 hasta el 31.08.2024.
- Para identificar la primera atención, se verificará que no existe registro de atenciones de HD ambulatoria en cualquier IPRESS pública o privada, en la producción enero a agosto 2023.
- El registro de una HD ambulatoria se identifica a través de los códigos CPMS de HD (90935 o 90937) o del registro por consumo de la HD, en servicios que no corresponden a EMERGENCIA o INTERNAMIENTO.
- Las IPRESS Públicas que registran la HD ambulatoria por consumo, tienen un plazo de 30 días calendario, contados a partir de la fecha de suscripción del Acta de Compromiso, para informar al FISSAL, mediante oficio, si mantiene este tipo de registro durante el periodo de producción setiembre 2023 - agosto 2024.
(3) N° acumulado de asegurados procedentes de la IPRESS pública que inician HD como primer tratamiento dialítico en IPRESS Privada.
- Ingresan al conteo aquellos asegurados que tienen el FUA de la primera atención de HD ambulatoria registrado en el SAIRC entre el 01.09.2023 hasta el 31.08.2024.
- Para identificar la primera atención, se verificará que no existe registro de atenciones de HD ambulatoria en cualquier IPRESS pública o privada, en la producción enero a agosto 2023.
- Se aplica: HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE UE 0132 y HOSPITAL LIMA ESTE-VITARTE UE 1746.

Nivel de Desagregación	Frecuencia de Medición
Unidades Ejecutoras (UE)	Anual

3. Fuente de datos y flujo de información

Fuente de datos

Producción registrada en el SIASIS desde el 01.09.2023 hasta el 31.08.2024.
Producción registrada en el SAIRC desde el 01.09.2023 hasta el 31.08.2024 (para el cálculo de N° acumulado de asegurados procedentes de la jurisdicción de la IPRESS Pública que inician HD como primer tratamiento dialítico crónico en IPRESS Privadas).
El responsable del análisis y evaluación podrá solicitar un reporte periódico de información a la IPRESS sobre el cumplimiento de la meta, para su respectiva verificación a través del acceso al SIASIS y al SAIRC.

Periodo de Evaluación de Cumplimiento de metas:

Única evaluación en setiembre 2024, correspondiente a un periodo anual de producción (setiembre 2023 - agosto de 2024).

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

Documento Técnico: Plan Nacional de Atención Integral de la Enfermedad Renal Crónica aprobado mediante Resolución Ministerial N° 862-2022/MINSA.

Comentarios Técnicos

1.- Esta ficha corresponde a los indicadores prestacionales del Subcomponente 02 - Acceso a diálisis peritoneal de asegurados con un año o menos en hemodiálisis crónica, 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 pertenece al grupo de indicadores establecidos por el Ministerio de Salud para ser cumplidos por la IAFAS FISSAL en el marco del Objetivo Estratégico 5 (OE5) - Implementar mecanismos de pago en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas, que incentiven la prevención y manejo oportuno de la Enfermedad Renal Crónica del "Plan Nacional de Atención Integral de la Enfermedad Renal Crónica" aprobado mediante Resolución Ministerial N° 862-2022/MINSA.
3.- El estándar es el 50% (acceso del 50% de los asegurados con ERC-5 que inician terapia dialítica) y la **meta para el año 2024 es el 5%.**

MINISTERIO DE SALUD DIRIS LIMA ESTE

SEGURO INTEGRAL DE SALUD V°B° W. ASCARZA

SEGURO INTEGRAL DE SALUD V°B° JEFE FISSAL

SEGURO INTEGRAL DE SALUD V°B° GERENTE GREP W. CARPIO

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

ANEXO N° 10: IP3, SC-IP-FISSAL 05, TASA DE ASEGURADOS ERC-5 QUE INGRESAN A HEMODIÁLISIS CON FÍSTULA ARTERIO VENOSA CREADA

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-05	Nombre del indicador
		TASA DE ASEGURADOS ERC-5 QUE INGRESAN A HEMODIALISIS CON FÍSTULA ARTERIO VENOSA CREADA

Definición del indicador

El indicador mide la tasa de pacientes asegurados con enfermedad renal crónica 5 (ERC-5) que inician hemodiálisis (HD) crónica con una fístula arterio venosa (FAV) creada en IPRESS pública.

Objetivos

I. Facilitar el acceso del asegurado con enfermedad renal crónica 5 (ERC 5) a la creación de un acceso vascular definitivo para hemodiálisis (HD) crónica.
II. Reducir el número de asegurados en HD crónica con accesos vasculares transitorios (como el catéter venoso central de corta y larga permanencia), con lo cual se contribuye a la reducción de la morbimortalidad de este grupo de pacientes.

2. Aspectos metodológicos de la estimación del indicador

Cálculo del Indicador	Numerador
N° de asegurados con ERC-5 que inician HD crónica con una FAV creada en IPRESS pública / N° de asegurados con ERC-5 que inician HD crónica en IPRESS pública o privada X 100	— Los asegurados que inician HD crónica con una FAV creada en IPRESS pública deberán tener: (01) Una atención que registre el procedimiento [36825] - Creación de FAV o [36821] - Anastomosis arteriovenosa abierta directa, asociado al diagnóstico DEFINITIVO/REPETIDO [N180/N188/N189/N185] - INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA. (02) Todas las atenciones de HD crónica en IPRESS públicas o privadas registradas con una fecha de atención posterior a la fecha de creación de la FAV.
	Denominador
	—El valor del denominador al momento de la evaluación será la suma de (1) + (2): (1) N° acumulado de asegurados que inician hemodiálisis (HD) como primer tratamiento dialítico crónico en la IPRESS Pública. (2) N° acumulado de asegurados procedentes de la jurisdicción de la IPRESS pública que inician HD como primer tratamiento dialítico crónico en IPRESS Privada.

Precisiones

Para el cálculo del denominador:
(1) N° acumulado de asegurados que inician HD como primer tratamiento dialítico en la IPRESS Pública.
- Ingresan al conteo aquellos asegurados que tienen el FUA de la primera atención de HD ambulatoria registrado en el SIASIS entre el 01.09.2023 hasta el 31.08.2024.
- Para identificar la primera atención, se verificará que no existe registro de atenciones de HD ambulatoria en cualquier IPRESS pública o privada, en la producción enero a agosto 2023.
- El registro de una HD ambulatoria se identifica a través de los códigos CPMS de HD (90935 o 90937) o del registro por consumo de la HD, en servicios que no corresponden a EMERGENCIA o INTERNAMIENTO.
- La IPRESS Pública que registra la HD ambulatoria por consumo, tienen un plazo de 30 días calendario, contados a partir de la fecha de suscripción del Acta de Compromiso, para informar al FISSAL, mediante oficio, si mantiene este tipo de registro durante el periodo de producción setiembre 2023 - agosto 2024.
(2) N° acumulado de asegurados procedentes de la jurisdicción de la IPRESS pública que inician HD como primer tratamiento dialítico en IPRESS Privada.
- Ingresan al conteo aquellos asegurados que tienen el FUA de la primera atención de HD ambulatoria registrado en el SAIRC entre el 01.09.2023 hasta el 31.08.2024.
- Para identificar la primera atención, se verificará que no existe registro de atenciones de HD ambulatoria en cualquier IPRESS pública o privada, en la producción enero a agosto 2023.
- Se aplica: HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE UE 0132 y HOSPITAL LIMA ESTE-VITARTE UE 1746.

Nivel de Desagregación	Frecuencia de Medición
Unidades Ejecutoras (UE)	Anual

3. Fuente de datos y flujo de información

Fuente de datos

Producción registrada en el SIASIS desde el 01.09.2023 hasta el 31.08.2024.
Producción registrada en el SAIRC desde el 01.09.2023 hasta el 31.08.2024 (para el cálculo de N° acumulado de asegurados procedentes de la IPRESS Pública que inician HD como primer tratamiento dialítico crónico en IPRESS Privadas).
El responsable del análisis y evaluación podrá solicitar un reporte periódico de información a la IPRESS sobre el cumplimiento de la meta, para su respectiva verificación a través del acceso al SIASIS y al SAIRC.

Periodo de Evaluación de Cumplimiento de metas:

Única evaluación en setiembre 2024, correspondiente a un periodo anual de producción (setiembre 2023 - agosto de 2024).

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

Documento Técnico: Plan Nacional de Atención Integral de la Enfermedad Renal Crónica aprobado mediante Resolución Ministerial N° 862-2022/MINSA.

Comentarios Técnicos

1.- Esta ficha corresponde a los indicadores prestacionales del Subcomponente 05 - Acceso del asegurado a la creación de un acceso vascular definitivo para hemodiálisis, 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 pertenece al grupo de indicadores establecidos por el Ministerio de Salud para ser cumplidos por la IAFAS FISSAL en el marco del Objetivo Estratégico 5 (OE5) - Implementar mecanismos de pago en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas, que incentiven la prevención y manejo oportuno de la Enfermedad Renal Crónica del "Plan Nacional de Atención Integral de la Enfermedad Renal Crónica" aprobado mediante Resolución Ministerial N° 862-2022/MINSA.
3.- El estándar es el 100% (acceso del 100% de los asegurados con ERC-5 que inician hemodiálisis crónica) y **la meta para el año 2024 es el 20%.**

MINISTERIO DE SALUD DIRECCIÓN GENERAL

SEGURO INTEGRAL DE SALUD Gerencia de Negocios y Financiamiento V°B° W. ASCARZA

SEGURO INTEGRAL DE SALUD V°B° JEFE FISSAL R. DIAZ

SEGURO INTEGRAL DE SALUD V°B° GERENTE GREP W. CARPIO

ANEXO N° 11: IP4, SC-IP-FISSAL 06, TASA DE ASEGURADOS ERC-5 EN DIÁLISIS PERITONEAL CON SEGUIMIENTO DOMICILIARIO

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-06	Nombre del indicador
		TASA DE ASEGURADOS ERC-5 EN DIÁLISIS PERITONEAL CON SEGUIMIENTO DOMICILIARIO

Definición del indicador

El indicador mide la tasa de pacientes asegurados con enfermedad renal crónica 5 (ERC-5) en diálisis peritoneal (DP) que reciben visitas domiciliarias de seguimiento por parte de los establecimientos del Primer Nivel de Atención o del Segundo Nivel de Atención con población adscrita.

Objetivos

I. Verificar las condiciones de los ambientes donde se realiza la DP y donde se almacenan los insumos.
II. Recuento del stock de insumos para la DP.

2. Aspectos metodológicos de la estimación del indicador

Cálculo del Indicador		Numerador
N° de asegurados con ERC-5 en DP de la región/DIRIS que reciben bimestralmente visitas de seguimiento por parte de los establecimientos del Primer Nivel de Atención o del Segundo Nivel de Atención con población adscrita.	X 100	— Cada asegurado con ERC-5 en DP de la región/DIRIS deberá tener una visita domiciliaria bimestral (cada dos meses) por parte de los establecimientos del Primer Nivel de Atención o del Segundo Nivel de Atención con población adscrita, que registre: (1) Código de servicio: 075 - Visita domiciliaria (2) Diagnóstico: N18.5 - ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA, ETAPA 5. —El valor del numerador al momento de la evaluación será el N° de asegurados ERC-5 en DP de la región/DIRIS, que registren al menos dos atenciones con los requisitos señalados, en el periodo de producción enero 2024 - agosto 2024.
N° de asegurados con ERC-5 en DP de la región/DIRIS		**Denominador** — El valor del denominador se calcula en base a la cantidad de pacientes que se encuentran en el padrón nominal de asegurados con ERC-5 en DP de la región/DIRIS con corte al 31/12/2023.

Precisiones

— El padrón nominal de asegurados con ERC-5 en DP de la región/DIRIS es elaborado en base al reporte de pacientes que las unidades de Diálisis Peritoneal de los hospitales remiten mensualmente al Equipo de Trabajo denominado "Equipo de Diálisis Peritoneal Extendida" - EDIPE.
— El valor del denominador se mantiene gracias a la reposición de los pacientes que egresan por pacientes nuevos.
— El padrón nominal de asegurados con ERC-5 en DP de la región/DIRIS será remitido mensualmente por el EDIPE a cada DIRIS/DIRESA/GERESA mediante correo electrónico a partir de enero 2024, para la identificación y búsqueda de los pacientes por parte de los establecimientos del Primer Nivel de Atención o del Segundo Nivel de Atención con población adscrita.
— El responsable de realizar la visita domiciliaria es el personal de salud no médico, que haya recibido una inducción o capacitación para el seguimiento de paciente en DP.

Nivel de Desagregación	Frecuencia de Medición
Unidades Ejecutoras (UE)	Anual

3. Fuente de datos y flujo de información

Fuente de datos

Producción registrada en el SIASIS desde el 01.01.2024 hasta el 31.08.2024.
El responsable del análisis y evaluación podrá solicitar un reporte periódico de información a la IPRESS sobre el cumplimiento de la meta, para su respectiva verificación a través del acceso al SIASIS.

Periodo de Evaluación de Cumplimiento de metas:

Única evaluación en setiembre 2024, correspondiente a un periodo de producción enero - agosto de 2024.

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

Medidas relacionadas con el adiestramiento y monitorización clínica de los pacientes: La conveniencia de que el personal que entrena efectúe, al menos, una visita al domicilio del paciente. Este tipo de actividad permite detectar situaciones de riesgo, inconsistencias y roturas de protocolo no apreciables en el centro, y se considera de utilidad. Peritoneal Dialysis International 2022, Vol. 42(2) 110–153.

Comentarios Técnicos

1.- Esta ficha corresponde a los indicadores prestacionales del Subcomponente 06 - Acceso del asegurado en diálisis peritoneal al seguimiento domiciliario, aplicado 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 estándar es el 100% (acceso del 100% de los asegurados con ERC-5 en DP al seguimiento domiciliario) y **la meta para el año 2024 es el 80%.**

MINISTERIO DE SALUD DIRIS LIMA ESTE DIRECCIÓN GENERAL

SEGURO INTEGRAL DE SALUD V°B° W. ASCARZA

SEGURO INTEGRAL DE SALUD V°B° JEFE FISSAL R. DIAZ

SEGURO INTEGRAL DE SALUD V°B° GERENTE GREP W. CARPIO

ANEXO N° 12: PRECISIONES PARA EL RECONOCIMIENTO DE PRESTACIONES RELACIONADAS A LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL, DIABETESMELLITUS E INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA DENOT-DGIESP-MINSA

1. **Rango de edad para tamizaje de Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus**

   La American College of Cardiology (ACC) y la American Heart Association (AHA) en los Estados Unidos y la Guía Técnica: Guía De Práctica Clínica para el Diagnóstico, Tratamiento y Control de la Enfermedad Hipertensiva (Resolución Ministerial N° 031-2015-MINSA), sugieren medir la presión arterial en adultos en cada visita de atención médica de rutina a partir de los 18 años.

   La American Diabetes Association (ADA) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) sugieren hacer tamizaje poblacional de diabetes mellitus a partir de los 40 años.

   Para la población adulta menor de 40 años se recomienda realizar una identificación de factores de riesgo no estandarizado o usando una calculadora de riesgo validada como el Findrisc (Finnish Diabetes Risk Score). En caso de encontrar factores de riesgo asociados, se recomienda realizar un tamizaje para Diabetes Mellitus.

   Para la población menor de edad con obesidad o sobrepeso, con al menos 1 o 2 factores de riesgo asociados a Diabetes Mellitus, se recomienda realizar un tamizaje para Diabetes Mellitus al inicio de la pubertad o al cumplir 10 años, cual sea lo que suceda primero.

2. **Los Diagnósticos y sus respectivos Códigos CIE-10 a considerar para Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus CIE-10 relacionados con Hipertensión Arterial**

   - I10.X Hipertensión esencial (primaria).
   - I11.0 Hipertensión cardiaca hipertensiva con insuficiencia cardiaca (congestiva)
   - I11.9 Hipertensión cardiaca hipertensiva con insuficiencia cardiaca (congestiva)
   - I12.0 Enfermedad renal hipertensiva con insuficiencia renal
   - I12.9 Enfermedad renal hipertensiva sin insuficiencia renal
   - I13.0 Enfermedad cardiorrenal hipertensiva con insuficiencia cardíaca (congestiva)
   - I13.1 Enfermedad cardiorrenal hipertensiva con insuficiencia renal
   - I13.2 Enfermedad cardiorrenal hipertensiva con insuficiencia cardíaca (congestiva) e insuficiencia renal
   - I13.9 Enfermedad cardiorrenal hipertensiva, no especificada
   - I15.1 Hipertensión secundaria a otros trastornos renales
   - I15.2 Hipertensión secundaria a trastornos endocrinos
   - I15.8 Otros tipos de hipertensión secundaria
   - I15.9 Hipertensión secundaria, no especificada

   CIE-10 relacionados a Diabetes Mellitus

   Diabetes Mellitus Tipo 1

   - E100 Diabetes Mellitus Insulinodependiente, Con Coma
   - E101 Diabetes Mellitus Insulinodependiente, Con Cetoacidosis
   - E102 Diabetes Mellitus Insulinodependiente, Con Complicaciones Renales
   - E103 Diabetes Mellitus Insulinodependiente, Con Complicaciones Oftálmicas
   - E104 Diabetes Mellitus Insulinodependiente, Con Complicaciones Neurológicas
   - E105 Diabetes Mellitus Insulinodependiente, Con Complicaciones Circulatorias Periféricas
   - E106 Diabetes Mellitus Insulinodependiente, Con Otras Complicaciones Especificadas
   - E107 Diabetes Mellitus Insulinodependiente, Con Complicaciones Múltiples
   - E108 Diabetes Mellitus Insulinodependiente, Con Complicaciones No Especificadas
   - E109 Diabetes Mellitus Insulinodependiente, Sin Mención De Complicación

   Diabetes Mellitus Tipo 2

   - E110 Diabetes Mellitus No Insulinodependiente, Con Coma
   - E111 Diabetes Mellitus No Insulinodependiente, Con Cetoacidosis
   - E112 Diabetes Mellitus No Insulinodependiente, Con Complicaciones Renales
   - E113 Diabetes Mellitus No Insulinodependiente, Con Complicación Oftálmicas
   - E114 Diabetes Mellitus No Insulinodependiente, Complicaciones Neurológicas
   - E115 Diabetes Mellitus No Insulinodependiente, Complicaciones Circulatorias Periféricas
   - E116 Diabetes Mellitus No Insulinodependiente, Con Otras Complicación Especificadas

MINISTERIO DE SALUD DIRIS LIMA ESTE

SEGURO INTEGRAL DE SALUD V°B° W. ASCARZA

SEGURO INTEGRAL DE SALUD V°B° JEFE FISSAL R. DIAZ

SEGURO INTEGRAL DE SALUD V°B° GERENTE GRED W. CARPIO

- E117 Diabetes Mellitus No Insulinodependiente, Con Complicaciones Múltiples
- E118 Diabetes Mellitus No Insulinodependiente, Con Complicaciones No Especificadas
- E119 Diabetes Mellitus No Insulinodependiente, Sin Mención De Complicación

Diabetes Mellitus no 1 ni 2 especificadas (Uso sólo tras confirmación, requiere pruebas especializadas)

- E130 Diabetes Mellitus Especificada, Con Coma
- E131 Diabetes Mellitus Especificada, Con Cetoacidosis
- E132 Diabetes Mellitus Especificada, Con Complicaciones Renales
- E133 Diabetes Mellitus Especificada, Con Complicaciones Oftálmicas
- E134 Diabetes Mellitus Especificada, Con Complicaciones Neurológicas
- E135 Diabetes Mellitus Especificada, Con Complicaciones Circulatorias Periféricas
- E136 Diabetes Mellitus Especificada, Con Otras Complicaciones Especificadas
- E137 Diabetes Mellitus Especificada, Con Complicaciones Múltiples
- E138 Diabetes Mellitus Especificada, Con Complicaciones No Especificadas
- E139 Diabetes Mellitus Especificada, Sin Mención De Complicación

Diabetes En Estudio, en casos de duda diagnóstica. De uso temporal

- E140 Diabetes Mellitus, No Especificada, Con Coma
- E141 Diabetes Mellitus, No Especificada, Con Cetoacidosis
- E142 Diabetes Mellitus, No Especificada, Con Complicaciones Renales
- E143 Diabetes Mellitus, No Especificada, Con Complicaciones Oftálmicas
- E144 Diabetes Mellitus, No Especificada, Con Complicaciones Neurológicas
- E145 Diabetes Mellitus, No Especificada, Con Complicaciones Circulatorias Periférica
- E146 Diabetes Mellitus, No Especificada, Con Otras Complicaciones Especificadas
- E147 Diabetes Mellitus, No Especificada, Con Complicaciones Múltiples
- E148 Diabetes Mellitus, No Especificada, Con Complicaciones No Especificadas
- E149 Diabetes Mellitus, No Especificada, Sin Mención De Complicación

Hipoglicemia por medicamentos

- E160 HIPOGLICEMIA SIN COMA, INDUCIDA POR DROGAS

DIABETES MELLITUS DURANTE LA GESTACIÓN

- O240 Diabetes Mellitus Preexistente Insulinodependiente, En El Embarazo (DM1)
- O241 Diabetes Mellitus Preexistente No Insulinodependiente, En El Embarazo (DM2)
- O243 Diabetes Mellitus Preexistente, Sin Otra Especificación, En El Embarazo
- O244 Diabetes Mellitus Que Se Origina Con El Embarazo (DIABETES GESTACIONAL
- O249 Diabetes Mellitus No Especificada, En El Embarazo

3. Los rangos para la clasificación Presión Arterial

Las Guías de Práctica Clínica de Europa (Sociedad Europea de Hipertensión y Sociedad Europea de Cardiología) y la Guía Técnica: Guía De Práctica Clínica para el Diagnóstico, Tratamiento y Control de la Enfermedad Hipertensiva de Perú (Resolución Ministerial N° 031-2015-MINSA) consideran lo siguiente:

- **Presión Arterial Normal:**
  Presión Sistólica menor a 130 mm Hg
  Presión Diastólica menor a 85 mm Hg
- **Presión Arterial Óptima:**
  Presión Sistólica menor a 120 mm Hg
  Presión Diastólica menor a 80 mm Hg
- **Presión Arterial Normal Alta (Pre-Hipertensión):**
  Presión Sistólica entre 130-139 mmHg
  Presión Diastólica entre 85-89 mmHg
- **Hipertensión Grado 1 (Leve):**
  Presión Sistólica entre 140-159 mmHg
  Presión Diastólica entre 90-99 mmHg
- **Hipertensión Grado 2 (Moderada):**
  Presión Sistólica entre 160-179 mmHg
  Presión Diastólica entre 100-109 mmHg
- **Hipertensión Grado 3 (Severa):**
  Presión Sistólica entre 180 mmHg a más

W. ASCARZA

R. DIAZ

W. CARPIO

Presión Diastólica entre 110 mm Hg a más

Cuando los pacientes están catalogados como de riesgo cardiovascular ALTO o tengan el antecedente de una enfermedad cardiovascular establecida, diabetes mellitus o insuficiencia renal crónica, se considera hipertensión arterial a una presión arterial sistólica mayor de 130mmHg.

3.1 Rangos para la valoración de la diabetes

Las Guías de Práctica Clínica de la American Diabetes Association y la OPS Hearts coinciden en los valores para diagnóstico y control. La Guía de Práctica Clínica del MINSA desaconseja el uso de la Hemoglobina Glicosilada para el diagnóstico por la falta de disponibilidad de pruebas certificadas y estandarizadas.

- **Personas con valores normales**
  - Glucosa en ayunas 70-99 mg/dl
  - Test de Tolerancia Oral a la Glucosa 2horas post ingesta <140
- **Personas en rango de Prediabetes**
  - Glucosa en ayunas entre 100-125 mg/dl
  - Test de Tolerancia Oral a la Glucosa 2horas post ingesta entre 140-199
- **Personas en rango de Diabetes**
  - Glucosa en Ayunas en rango de Diabetes >126
  - Test de Tolerancia Oral a la Glucosa 2horas post ingesta >200 mg/dl
- **Metas de tratamiento paciente controlado: Principal herramienta Hemoglobina Glicosilada**
  - Glucemia en ayunas 70 a 130 mg/dl
  - Glucemia post prandial menor de 180 mg/dl
  - Hemoglobina glucosilada menor de 7%**
- **Población con hipoglicemia grave recurrente, complicaciones graves o esperanza de vida limitada se puede tomar valores menos estrictos para control**
  - Hemoglobina glucosilada menor de 8% o incluso mayor/individualizar

—

4. Procedimientos médicos y sanitarios relacionados para el diagnóstico y monitoreo, así como su temporalidad

Diagnóstico de la Hipertensión Arterial

La toma de la Presión Arterial deberá hacerse siguiendo las recomendaciones de las guías de práctica clínica internacionales y de la Guía Técnica: Guía De Práctica Clínica para el Diagnóstico, Tratamiento y Control de la Enfermedad Hipertensiva (Resolución Ministerial N° 031-2015-MINSA). Se recomienda los siguientes requerimientos para obtener una lectura precisa de la presión arterial:

- No conversar
- Apoyar el brazo a la altura del corazón
- Colocar el manguito en el brazo sin ropa
- Usar el tamaño de manguito adecuado
- Apoyar los pies en el suelo
- No cruzar las piernas
- Tener la vejiga vacía
- Apoyar la espalda en la silla

Mediciones Iniciales de la Presión Arterial

- Aunque se puede usar cualquier tensiómetro disponible se sugiere fuertemente que se vaya migrando paulatinamente al uso exclusivo de tensiómetros digitales automatizados validados.
- Se deben realizar al menos dos mediciones de la presión arterial en visitas clínicas separadas para confirmar el diagnóstico.
- Se recomienda usar la media de al menos dos mediciones tomadas en dos o más visitas.
- Se recomienda medir la presión arterial en ambos brazos al menos en la primera visita para descartar diferencias significativas

Medición del Riesgo Cardiovascular

Si bien existen diversas herramientas para medir el riesgo cardiovascular tales como la escala de Framingham, SCORE (Sistema de Evaluación del Riesgo Europeo) o ASCVD Risk Estimator (Estimador de Riesgo de Enfermedad Cardiovascular Aterosclerótica), se recomienda usar la herramienta de HEARTS por su uso fácil y su aplicabilidad en la atención primaria de la salud. La herramienta HEARTS puede ser instalada en teléfonos inteligentes (Android o IOS) o mediante el uso de una computadora en el siguiente enlace https://www.paho.org/cardioapp/web/#/cvrisk

La herramienta de riesgo cardiovascular de HEARTS considera que los pacientes con antecedentes de enfermedad cardiovascular establecida, diabetes mellitus o insuficiencia renal crónica tienen un riesgo **ALTO.**

Monitoreo de la Hipertensión Arterial

El paciente recién diagnosticado de hipertensión arterial debe tener su primer control al mes de haber iniciado el tratamiento antihipertensivo.

MINISTERIO DE SALUD DIRIS LIMA ESTE

SEGURO INTEGRAL DE SALUD Gerente de Negocios y Financiamiento V°B°

W. ASCARZA

SEGURO INTEGRAL DE SALUD V°B° JEFE FISSAL

R. DIAZ

SEGURO INTEGRAL DE SALUD V°B° GERENTE GREP

W. CARPIO

La meta terapéutica es tener una presión arterial menor de 140/90 mmHg en caso de no tener riesgo cardiovascular ALTO.

Los pacientes con antecedentes de enfermedad cardiovascular, diabetes mellitus, enfermedad renal crónica se les considera con riesgo cardiovascular ALTO. En estos casos, la meta terapéutica es tener una presión arterial sistólica menor a 130 mmHg.

En aquellos pacientes que no alcancen la meta terapéutica, se les deberá agregar otro medicamento antihipertensivo y deberán volver a ser evaluados en un mes.

Si los pacientes en la siguiente evaluación continúan sin cumplir la meta terapéutica, se les puede agregar otro antihipertensivo y volver a ser evaluados al cabo de un mes.

Los pacientes en los que se haya indicado hasta tres antihipertensivos y continúen sin cumplir la meta terapéutica deben ser referidos a Medicina Interna o Cardiología para recibir manejo especializado.

Los pacientes que cumplan su meta terapéutica pueden ser controlados cada 3 meses.

TAMIZAJE Y DIAGNÓSTICO DE DIABETES

Las pautas internacionales para el tamizaje laboratorial se recomienda el uso de la glucemia en ayunas, el Test de Tolerancia Oral a la Glucosa 2h post ingesta (TTOG 2h) y la Hemoglobina Glicosilada (HbA1c%). Se requiere de dos pruebas en rango diagnóstico, idealmente dentro de las 72 horas entre ambas tomas. Se recomienda además el uso del mismo tipo de prueba diagnóstica. En la realidad actual del país se desaconseja usar la hemoglobina glicosilada en el diagnóstico.

La guía de ADA plantea una frecuencia del tamizaje laboratorial de mínimo cada 3 años, para personas con resultados normales.

Se considera razonable establecer como meta programar un control antes de los dos años del anterior en población identificada con factores de riesgo o mayores de 40 que mostraran valores normales. Para población en rango de Prediabetes se recomienda repetir el tamizaje en un año.

SEGUIMIENTO EN PACIENTES DIABÉTICOS

Para los pacientes que han alcanzado la meta terapéutica se acepta programar 2 controles anuales. En casos de pacientes que no han alcanzado la meta terapéutica (Hemoglobina glicosilada) se recomienda 4 controles al año, siendo uno cada 3 meses.

En pacientes estables y sin complicaciones, los ajustes de terapéutica son realizados cada 3 años.

VALORACIÓN DE RIESGO Y TAMIZAJE

Al momento del diagnóstico y una vez al año corresponde realizar tamizaje para descarte de complicaciones micro y macrovasculares.

- Examen oftalmológico anual:
  - Agudeza visual 1 vez al año
  - Fondo de ojo al Diagnóstico, en ausencia de daño control en 1 o 2 años. En caso de encontrar cualquier nivel de compromiso, un control mínimo de una vez al año
- Tamizaje de función renal: Tasa de Filtración Glomerular y Albuminuria/creatinuria mínima una vez al año. Según el estadiaje se deberá hacer un control más estricto.
- Valoración de Neuropatía diabética:
  - Valoración clínica de Neuropatía autonómica (Anual)
  - Valoración de neuropatía periférica: Diapasón y monofilamento (Anual)
- Valoración de pie diabético: Inspeccionar cada consulta
  - Una vez al año agendar examen completo con descarte de neuropatía

MANEJO DEL RIESGO CARDIOVASCULAR

La diabetes eleva considerablemente el riesgo cardiovascular, en consideración a eso el manejo que se recomienda es:

- En pacientes con diagnóstico de diabetes sin manejo de estatinas es recomendable obtener una medición inicial previo al tratamiento
- En personas de 40 a 70 años se recomienda iniciar estatinas de intensidad moderada
- En personas entre los 20 y 39 años se puede considerar uso de estatinas según Riesgo Cardiovascular
- En pacientes con Enfermedad Cardiovascular establecida o Riesgo cardiovascular muy elevado se debe evaluar uso de medicación complementaria, deben ser manejados en Cardiología

5. Listado de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios del SISMED, para la atención de las personas con enfermedad hipertensiva, diabetes mellitus y sus complicaciones.

Productos farmacéuticos para el tratamiento de la hipertensión arterial disponibles a la fecha en el PNUME

Los medicamentos disponibles son:

- Losartán 50mg
- Enalapril 10mg
- Enalapril 20mg
- Captopril 25mg

W. ASCARZA

R. DIAZ

W. CARPIO

- Hidroclorotiazida 25mg
- Amlodipino 5mg
- Amlodipino 10mg
- Nifedipino 30mg
- Carvedilol 6.25mg
- Carvedilol 12.5mg
- Carvedilol 25mg
- Atenolol 50mg
- Atenolol 100mg

Dispositivos médicos y productos sanitarios para la atención de las personas con Hipertensión arterial disponibles a la fecha en el PNUME

- **Tensiómetros manuales**
- **Tensiómetros digitales**
- **Estetoscopio**

Productos farmacéuticos para el tratamiento de la diabetes mellitus disponibles a la fecha en el PNUME

Los fármacos disponibles son:

- **Metformina 500mg Tabletas (Medicamento priorizado)**
- **Metformina 850 mg Tabletas (Medicamento priorizado)**
- Glibenclamida 5 mg Tabletas (OPS desaconseja su uso)
- **Gliclazida 30 mg Tabletas (Medicamento priorizado)**
- **Gliclazida 60 mg Tabletas (Medicamento priorizado)**
- *Glimepirida 2 mg (En Stock Autorización de uso)*
- *Glimepirida 4 mg (En Stock Autorización de uso)*
- **Insulina Humana 100UI/ml**
- **Insulina Cristalina 100UI/ml**
- **Insulina Glargina 100UI/ml**

Dispositivos médicos y productos sanitarios para la atención de las personas con diabetes mellitus disponibles a la fecha en el PNUME

- Glucómetros para uso en establecimiento
- Tiras reactivas: Para uso en establecimiento
- *Para personas con Terapia Intensiva de Insulina es razonable la entrega de glucómetro para uso personal*
- *Tiras reactivas: para pacientes con Diabetes Mellitus tipo 1 se debe brindar al menos 4 tiras por día*
- *Jeringa para administración de Insulina*

6. Listado de las especificaciones técnicas de los dispositivos médicos relacionados a la atención de Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus

6.1 Tensiómetros digitales

Se recomienda la implementación progresiva de tensiómetros digitales validados en los establecimientos de salud a nivel nacional cuyas especificaciones son las siguientes:

- Debe cumplir con estándares de fabricación y seguridad, como ISO 81060-1 o ISO 13485.
- Puede utilizar baterías recargables y ser alimentados por corriente eléctrica.
- Tiene funciones de inflado y desinflado automáticos para mayor comodidad del usuario.
- Debe tener capacidad para almacenar múltiples mediciones con fecha y hora para el seguimiento a largo plazo.
- Debería haber sido validado clínicamente según protocolos reconocidos, como por ejemplo los de la Asociación Europea para la Validación de Dispositivos Automatizados de Medición de la Presión Arterial (EHS-IP2).

Existen diferentes recursos en internet que pueden guiar la adquisición de tensiómetros digitales validados. Entre ellos tenemos:

a) **Stride BP (Sociedad Europea de Hipertensión y Sociedad Internacional de Hipertensión):** Stride es una organización científica internacional sin fines de lucro fundada por expertos en hipertensión con el propósito de mejorar la precisión de la medición de la presión arterial y el diagnóstico y manejo de la hipertensión. Stride BP proporciona orientación y herramientas basadas en la última evidencia científica para una evaluación precisa

b) de la presión arterial. Esta orientación garantiza que los dispositivos utilizados cumplan con estándares de precisión rigurosos, lo que es fundamental para una detección temprana y un manejo efectivo de la hipertensión. Se puede acceder en el siguiente enlace: https://stridebp.org/bp-monitors

c) **Medaval (Evaluación y enumeración de dispositivos de presión arterial):** Medaval es una empresa que evalúa y enumera tanto dispositivos de presión arterial validados como no validados a nivel mundial. Realiza la evaluación del estado de validación de acuerdo con protocolos científicos internacionales y proporciona certificación de validación de acuerdo con los protocolos de evaluación de precisión actuales. Esta certificación independiente garantiza la calidad y precisión de los dispositivos, lo que es esencial para una toma de presión arterial precisa y confiable. Se puede acceder en el siguiente enlace: https://medaval.ie/

d) **Sitio web dabl® Educational Trust:** El propósito de este sitio web es producir revisiones regulares de dispositivos de medir la presión arterial para guiar a los posibles compradores a través de un mercado complejo. Si bien no todos los dispositivos enumerados han sido validados independientemente, este enfoque proporciona una evaluación crítica de los dispositivos disponibles. La independencia de los patrocinadores y el proceso de revisión contribuyen a la imparcialidad en la evaluación de dispositivos. Se puede acceder en el siguiente enlace: http://www.dableducational.org/sphygmomano meters/devices_2_sbpm.html

e) **Lista de dispositivos validados (VDL) de la Asociación Médica Estadounidense (AMA):** La AMA ha desarrollado un proceso independiente para determinar qué dispositivos de medir la presión arterial cumplen con los criterios establecidos por la AMA para validar la precisión clínica. Esto resulta en una "Lista de dispositivos validados" que garantiza que los dispositivos utilizados en entornos clínicos y de atención primaria cumplen con estándares rigurosos de precisión clínica. Se puede acceder en el siguiente enlace: https://www.validatebp.org

f) ***Sociedad Británica e Irlandesa de Hipertensión (BIHS):*** Esta sociedad es reconocida por su papel en la evaluación y validación de dispositivos de medición de la presión arterial. Todos los monitores para uso doméstico ("Home") y para uso especializado ("Specialist Use") aprobados por BIHS para precisión garantiza mediciones precisas y confiables. La lista proporcionada por BIHS incluye dispositivos validados y no validados, lo que permite a los profesionales de la salud y a los usuarios finales tomar decisiones informadas sobre qué dispositivos utilizar. Aquellos dispositivos con el logo de BIHS han sido evaluados en la institución, mientras que el resto ha sido evaluado de manera independiente y ha sido revisado por pares y aprobado por BIHS. Se puede acceder en el siguiente enlace: https://bihsoc.org/bp-monitors

ESPECIFICACIONES TÉCNICAS PARA GLUCÓMETROS CAPILARES

1) Organización Mundial de la Salud: En un documento publicado en febrero 2023 indica

- Estabilidad analítica: El ensayo debe mantenerse lineal a lo largo del intervalo de medición. En el contexto de servicios de salud se recomienda realizar External Quality Assurance en intervalos regulares
- Un rango de medición mínimo entre 30 a 400 mg/dl, preferible de 20 a 500 mg/dl. La certeza debe cumplir con ISO 15197: 95% de los resultados de glucosa deben estar en el rango del 15% para valores por encima de 100mg/dl, y 15 mg/dl para valores menores a 100 mg/dl.
- Especificidad analítica: debe evaluar y demostrar no interferencia con ascorbato, lípidos, proteínas y alteraciones de hematocrito. Como mínimo la lista de interferencias del ISO 15197:2013 deben ser evaluadas.
- Mensajes de error en la prueba, baja batería, problemas de la tira reactiva y malfuncionamiento deberían aparecer. Debe tener repetibilidad con coeficiente de variación <5%
- El principio del ensayo debe ser enzimático o comprobadamente mejor
- Estabilidad de la muestra de 15 minutos, con volumen <15ul con un tiempo de procesamiento de menos de 1 minuto. Uso para pacientes recomienda menor 30 segundos
- Estable a temperaturas entre 5 y 35 °C por lo menos. Las tiras reactivas deben tener al menos 12 meses de vigencia, 2 después de abiertas
- La memoria del equipo debe poder mantenerse aún sin baterías, es preferible que las baterías sean recargables. Las baterías deben ser fáciles de reemplazar, sin uso de instrumentos adicionales. La batería debería cargar en máximo 3 horas. La batería debería durar un promedio de 600 pruebas.

MÉTODOS PARA LA DETERMINACIÓN DE LA HEMOGLOBINA GLICOSILADA

Se recomienda el uso de un método certificado y que se encuentre estandarizado al ensayo del Diabetes Control and Complications Trial (DCCT). Se recomienda que el procesamiento de la muestra sea realizado en laboratorios con capacidad para procesar pruebas de complejidad moderada o superior.

Para los estándares de calidad se debe contar con personal capacitado documentado y debe realizarse un examen de proficiencia. (Según la American Diabetes Association 3 veces al año)

W. ASCARZA

R. DIAZ

W. CARPIO

CÓDIGOS Y DIAGNÓSTICOS DE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA

Los Diagnósticos y los respectivos Códigos CIE-10 a considerar son:

N180: Insuficiencia renal terminal
N181: Enfermedad renal crónica, estadio 1
N182: Enfermedad renal crónica, estadio 2
N183: Enfermedad renal crónica, estadio 3
N184: Enfermedad renal crónica, estadio 4
N185: Enfermedad renal crónica, estadio 5
N189: Enfermedad renal crónica, no especificada

Criterios diagnósticos y estadiaje de la enfermedad renal crónica

Los criterios diagnósticos, así como el estadiaje son los siguientes:

Criterios diagnósticos:

La enfermedad renal crónica se define como la presencia de anormalidades de la estructura o función renal, caracterizada por una tasa de filtración glomerular estimada <60 mL/min/1.73m² y/o la relación albúmina/creatinina en orina >30 mg/g durante al menos 3 meses.

Estadiaje según la TFGe:

Según la guía internacional de la KDIGO 2012, para el estadiaje de la enfermedad renal crónica, se requiere la evaluación de la tasa de filtración glomerular estimada y la albuminuria medida por la relación albúmina/creatinina en orina.

Estadio				Categorías de albuminuria (mg/g)*		
				A1	A2	A3
				<30	30-300	>300
				Normal o aumento leve	Aumento moderado	Aumento severo
Categorías de tasa de filtración glomerular estimada (mL/min/1.73m²)	Normal o elevado	G1	≥90	No ERC**	G1 A2	G1 A3
	Reducción leve	G2	60 - 89	No ERC**	G2 A2	G2 A3
	Reducción leve a moderada	G3a	45 - 59	G3a A1	G3a A2	G3a A3
	Reducción moderada a severa	G3b	30 - 44	G3b A1	G3b A2	G3b A3
	Reducción severa	G4	15 - 29	G4 A1	G4 A2	G4 A3
	Falla renal	G5	<15	G5 A1	G5 A2	G5 A3

* La albuminuria es obtenida mediante la relación albúmina/creatinina en orina.
** Solo cuando no haya otros marcadores de enfermedad renal.

MINISTERIO DE SALUD DIRIS LIMA ESTE DIRECCIÓN

SEGURO INTEGRAL DE SALUD Gerencia de Negocios y Financiamiento V°B°
W. ASCARZA

SEGURO INTEGRAL DE SALUD V°B° JEFE FISSAL
R. DIAZ

SEGURO INTEGRAL DE SALUD V°B° GERENTE GREP
W. CARPI