



CUARTA ADENDA AL CONVENIO ENTRE EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD, FONDO INTANGIBLE SOLIDARIO DE SALUD Y EL GOBIERNO REGIONAL DE TACNA PARA EL FINANCIAMIENTO DE LAS PRESTACIONES BRINDADAS A SUS ASEGURADOS

Conste por el presente documento, la Cuarta adenda al convenio para el financiamiento de las prestaciones brindadas a los asegurados del Seguro Integral de Salud - SIS, que celebran de una parte el GOBIERNO REGIONAL DE TACNA, con R.U.C. N°20519752515 con domicilio legal en AV. Manuel A. Odría Nro. 1245 (VILLA Panamericana), provincia de Tacna, departamento de Tacna, debidamente representada por su Gobernador Regional, LUIS RAMÓN TORRES ROBLEDO, identificado con DNI N° 00428265, acreditado mediante Resolución N° 0138-2023-JNE, de fecha 24 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 8 de marzo 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 9 de enero del 2023, LAS PARTES suscribieron la primera 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 23 de febrero del 2023, LAS PARTES suscribieron la segunda adenda al convenio 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 9 de agosto del 2023, LAS PARTES suscribieron la tercera 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 1.12, por el siguiente texto: "1.12 Ley N° 31953 Ley de presupuesto del sector público para el año fiscal 2024".
1.2. Incorporar el numeral 1.62: "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".



R. DIAZ



A. SILVA



M. BAZAN L.



W. CARPIO



W. ASCARZA



G. LÓPEZ



S. HURTADO



F. PHILIPPS





CUARTA ADENDA AL CONVENIO ENTRE EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD, FONDO INTANGIBLE SOLIDARIO DE SALUD Y EL GOBIERNO REGIONAL DE TACNA PARA EL FINANCIAMIENTO DE LAS PRESTACIONES BRINDADAS A SUS ASEGURADOS

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".

Para el caso del Gobierno Regional de Tacna, considerando que cuentan con convenios de intercambio prestacional con la IAFAS ESSALUD, SALUPOL, FOSPEME, FOSFAP, de manera excepcional se desarrollará un plan de interoperabilidad de los sistemas de información a través de webservice para obtener la información del FUA, para este propósito LAS IAFAS y EL PRESTADOR se comprometen a presentar los resultados del citado plan en hasta 60 días de suscrita la adenda.

3) Modificar los numerales 7.5 y 7.8 de la CLÁUSULA SEPTIMA: OBLIGACIONES DE LAS IAFAS

3.1 Modificar el numeral 7.6, 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 7.9, por el siguiente texto:

7.9 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 7.24 según el siguiente texto:

7.24 Respecto a los saldos de liquidación considerando el cierre de producción del periodo 2023, y como resultados se obtienen saldo a favor de las 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 y módulos de LAS IAFAS dentro de sus instalaciones".



SEGURO INTEGRAL DE SALUD V°B° JEFE FISSAL R. DIAZ 2



CUARTA ADENDA AL CONVENIO ENTRE EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD, FONDO INTANGIBLE SOLIDARIO DE SALUD Y EL GOBIERNO REGIONAL DE TACNA PARA EL FINANCIAMIENTO DE LAS PRESTACIONES BRINDADAS A SUS ASEGURADOS

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:

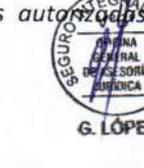
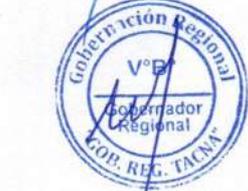
"8.13 Diferenciar y mantener a lo largo del periodo fiscal en secuencias funcionales exclusivas (SECFUN) y/o cadenas programáticas funcionales, la incorporación de los recursos transferidos al presupuesto institucional. Cada incorporación y/o modificación debe ser comunicada a LAS IAFAS, según corresponda,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

"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 autorizados, según corresponda. La incorporación de





CUARTA ADENDA AL CONVENIO ENTRE EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD, FONDO INTANGIBLE SOLIDARIO DE SALUD Y EL GOBIERNO REGIONAL DE TACNA PARA EL FINANCIAMIENTO DE LAS PRESTACIONES BRINDADAS A SUS ASEGURADOS

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 8.36, por el siguiente texto:

"8.36 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 8.38, por el siguiente texto:

"8.38. 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:

"8.51 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".

"8.52 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".

"8.53 PRESTADOR realizará 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".

"8.54 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 del PAC por la Unidad Ejecutora".

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





CUARTA ADENDA AL CONVENIO ENTRE EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD, FONDO INTANGIBLE SOLIDARIO DE SALUD Y EL GOBIERNO REGIONAL DE TACNA PARA EL FINANCIAMIENTO DE LAS PRESTACIONES BRINDADAS A SUS ASEGURADOS

"8.56 EL PRESTADOR hará efectiva 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 hacer efectiva la cobertura de LA IAFAS SIS".

"8.57 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".

"8.58 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".

Para el caso del Gobierno Regional de Tacna, considerando que cuentan con convenios de intercambio prestacional con la IAFAS ESSALUD, SALUPOL, FOSPEME, FOSFAP, de manera excepcional se desarrollará un plan de interoperabilidad de los sistemas de información a través de webservice para obtener la información del FUA, para este propósito LAS IAFAS y EL PRESTADOR se comprometen a presentar los resultados del citado plan en hasta 60 días de suscrita la adenda.

"8.59 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".

"8.60 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 80% en Gastos de Reposición y hasta el 20% en Gastos de Gestión".

"8.61 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".

"8.62 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".





CUARTA ADENDA AL CONVENIO ENTRE EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD, FONDO INTANGIBLE SOLIDARIO DE SALUD Y EL GOBIERNO REGIONAL DE TACNA PARA EL FINANCIAMIENTO DE LAS PRESTACIONES BRINDADAS A SUS ASEGURADOS



F. PHILIPPS



"8.63 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".

"8.64 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".

"8.65 EL PRESTADOR realizará el registro de información del personal de su establecimiento de salud en el aplicativo del INFORHUS y actualizar la información de forma mensual".

"8.66 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 Tramo I, corresponde al 90 % del monto total del marco presupuestal, el cual se transfiere según lo descrito en el cuadro N° 01-A, aplicando las deducciones de acuerdo al convenio y adenda suscrita".

"22.2.2 "Tramo II, corresponde al 10 % del monto total del marco presupuestal, según lo descrito en el cuadro N° 01-A".

CUADRO N° 01-A: PRECOMPRA DE SERVICIOS POR EL MECANISMO DE PAGO PER CAPITA PARA EL I NIVEL DE ATENCIÓN Y II NIVEL DE ATENCIÓN CON POBLACIÓN ADSCRITA IAFAS SIS - AÑO 2024

MECANISMO DE PAGO	PAGO PER CÁPITA	
	Prospectiva	Prospectiva
MODALIDAD	Tramo I	Tramo II
N° DE TRANSFERENCIA	90%	10%
PORCENTAJE DE TRANSFERENCIA	A la suscripción de la primera adenda del 2024	En el mes de abril 2024
PLAZO DE TRANSFERENCIA		

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 de las prestaciones que se brindan a los asegurados al SIS de



M. BAZAN L.



W. CARPIO



W. ASCARZA



G. LÓPEZ



S. HURTADO



R. DIAZ



R. DIAZ



CUARTA ADENDA AL CONVENIO ENTRE EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD, FONDO INTANGIBLE SOLIDARIO DE SALUD Y EL GOBIERNO REGIONAL DE TACNA PARA EL FINANCIAMIENTO DE LAS PRESTACIONES BRINDADAS A SUS ASEGURADOS

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.





CUARTA ADENDA AL CONVENIO ENTRE EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD, FONDO INTANGIBLE SOLIDARIO DE SALUD Y EL GOBIERNO REGIONAL DE TACNA PARA EL FINANCIAMIENTO DE LAS PRESTACIONES BRINDADAS A SUS ASEGURADOS

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).

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.

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, teniendo en cuenta los tramos y condiciones, según lo descrito en el Cuadro N° 03 y Cuadro N° 04.

LA IAFAS SIS

"Tramo I, corresponde al 90 % del monto total del marco presupuestal, el cual se transfiere según lo descrito en el cuadro N° 03, aplicando los ajustes de acuerdo al convenio y adenda suscrita".

"Tramo II, corresponde al 10 % del monto total del marco presupuestal, según lo descrito en el cuadro N° 03.

CUADRO N° 03: PRECOMPRA DE SERVICIOS POR EL MECANISMO DE PAGO POR PRESTACIONES DE SALUD PARA EL II Y III NIVEL DE ATENCIÓN SIN POBLACIÓN ADSCRITA IAFAS SIS - AÑO 2024

Table with 3 columns: MECANISMO DE PAGO, MODALIDAD, N° DE TRANSFERENCIA, PORCENTAJE DE TRANSFERENCIA, PLAZO DE TRANSFERENCIA. Rows include Prospektiva, Tramo I, Tramo II, 90%, 10%, and A la suscripción de la Primera adenda del 2024, En el mes de abril 2024.

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".





CUARTA ADENDA AL CONVENIO ENTRE EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD, FONDO INTANGIBLE SOLIDARIO DE SALUD Y EL GOBIERNO REGIONAL DE TACNA PARA EL FINANCIAMIENTO DE LAS PRESTACIONES BRINDADAS A SUS ASEGURADOS

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,
✓ Colectectomía convencional en paciente adulto,
✓ Colectectomía 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.

6.2 Modificar el numeral 23.2.2 y el respectivo cuadro N° 04 condiciones de transferencia del mecanismo de Pago por Prestaciones de Salud de LA IAFAS FISSAL, año 2024:

CUADRO N° 04: PRECOMPRA DE SERVICIOS POR EL MECANISMO DE PAGO POR PRESTACIONES DE SALUD IAFAS FISSAL - AÑO 2024

Table with 3 columns: MECANISMO DE PAGO, MODALIDAD, N° DE TRANSFERENCIA, PORCENTAJE DE TRANSFERENCIA, PLAZO DE TRANSFERENCIA. It details payment conditions for health services in Tacna for 2024, including modalities like 'Prospectiva' and 'Tramo I/II', and a transfer percentage of 85% and 15%.

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 24.9

"24.9 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 24.6.1

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





CUARTA ADENDA AL CONVENIO ENTRE EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD, FONDO INTANGIBLE SOLIDARIO DE SALUD Y EL GOBIERNO REGIONAL DE TACNA PARA EL FINANCIAMIENTO DE LAS PRESTACIONES BRINDADAS A SUS ASEGURADOS

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:

"24.8.2 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".

7.6 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:



M. BAZAN L.

W. CARPIO

W. ASCARZA

G. LÓPEZ

S. HURTADO

A. SILVA



CUARTA ADENDA AL CONVENIO ENTRE EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD, FONDO INTANGIBLE SOLIDARIO DE SALUD Y EL GOBIERNO REGIONAL DE TACNA PARA EL FINANCIAMIENTO DE LAS PRESTACIONES BRINDADAS A SUS ASEGURADOS

"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 Estadia 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 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".

- Precisar que en el contenido del numeral 25.4, el texto que haga referencia al "Anexo N° 4", se considerado como "Anexo N° 1".
- Precisar que para el año 2024, el Marco Presupuestal se consignará en el Anexo N° 2.

CLÁUSULA CUARTA: CONTINUIDAD DE LAS ESTIPULACIONES

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 13 días del mes de febrero del 2024.



Handwritten signature of Luis Ramón Torres Robledo

LUIS RAMÓN TORRES ROBLEDO
Gobernador Regional
Gobierno Regional de Tacna

MINISTERIO DE SALUD
SEGURO INTEGRAL DE SALUD

FLOR DE MARÍA PHILIPPS CUBA
M.C. FLOR DE MARÍA PHILIPPS CUBA
JEFE

Seguro Integral de Salud
MINISTERIO DE SALUD
SEGURO INTEGRAL DE SALUD

M.C. RICARDO DÍAZ ROMERO
JEFE FISSAL

RICARDO ALBERTO DÍAZ ROMERO
Jefe (e)

Fondo Intangible Solidario de Salud





CUARTA ADENDA AL CONVENIO ENTRE EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD, FONDO INTANGIBLE SOLIDARIO DE SALUD Y EL GOBIERNO REGIONAL DE TACNA 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

GORE	DNTP	UNIDAD EJECUTORA	RENIPRESS	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	CATEGORIA	POBLAC.ADSC.	COBERTURA FISSAL
TACNA	1622	GOB. REG. DE TACNA - RED DE SALUD TACNA	000002883	LA ESPERANZA	I-4	S	
TACNA	1622	GOB. REG. DE TACNA - RED DE SALUD TACNA	000002884	PUESTO DE SALUD JUAN VELASCO ALVARADO	I-2	S	
TACNA	1622	GOB. REG. DE TACNA - RED DE SALUD TACNA	000002885	CENTRO DE SALUD CIUDAD NUEVA	I-4	S	
TACNA	1622	GOB. REG. DE TACNA - RED DE SALUD TACNA	000002886	PUESTO DE SALUD CONO NORTE	I-2	S	
TACNA	1622	GOB. REG. DE TACNA - RED DE SALUD TACNA	000002887	PUESTO DE SALUD INTIORKO	I-2	S	
TACNA	1622	GOB. REG. DE TACNA - RED DE SALUD TACNA	000002888	CENTRO DE SALUD SAN FRANCISCO	I-4	S	
TACNA	1622	GOB. REG. DE TACNA - RED DE SALUD TACNA	000002889	PUESTO DE SALUD 5 DE NOVIEMBRE	I-2	S	
TACNA	1622	GOB. REG. DE TACNA - RED DE SALUD TACNA	000002890	PUESTO DE SALUD LAS BEGONIAS	I-2	S	
TACNA	1622	GOB. REG. DE TACNA - RED DE SALUD TACNA	000002918	LA NATIVIDAD	I-3	S	
TACNA	1622	GOB. REG. DE TACNA - RED DE SALUD TACNA	000002919	LEONCIO PRADO	I-3	S	
TACNA	1622	GOB. REG. DE TACNA - RED DE SALUD TACNA	000002920	CENTRO DE SALUD AUGUSTO B. LEGUIA	I-3	S	
TACNA	1622	GOB. REG. DE TACNA - RED DE SALUD TACNA	000002921	METROPOLITANO	I-3	S	
TACNA	1622	GOB. REG. DE TACNA - RED DE SALUD TACNA	000002922	PUESTO DE SALUD HABITAT	I-2	S	
TACNA	1622	GOB. REG. DE TACNA - RED DE SALUD TACNA	000002923	JESUS MARIA	I-2	S	
TACNA	1622	GOB. REG. DE TACNA - RED DE SALUD TACNA	000002924	PUESTO DE SALUD RAMON COPAJA	I-2	S	
TACNA	1622	GOB. REG. DE TACNA - RED DE SALUD TACNA	000002925	CHUCATAMANI	I-2	S	
TACNA	1622	GOB. REG. DE TACNA - RED DE SALUD TACNA	000002926	CHIPISPAYA	I-1	S	
TACNA	1622	GOB. REG. DE TACNA - RED DE SALUD TACNA	000002927	TALABAYA	I-2	S	
TACNA	1622	GOB. REG. DE TACNA - RED DE SALUD TACNA	000002928	ESTIQUE PAMPA	I-2	S	
TACNA	1622	GOB. REG. DE TACNA - RED DE SALUD TACNA	000002929	SITAJARA	I-1	S	
TACNA	1622	GOB. REG. DE TACNA - RED DE SALUD TACNA	000002930	SUSAPAYA	I-2	S	
TACNA	1622	GOB. REG. DE TACNA - RED DE SALUD TACNA	000002931	PUESTO DE SALUD YABROCO	I-1	S	
TACNA	1622	GOB. REG. DE TACNA - RED DE SALUD TACNA	000002932	TARATA	I-3	S	
TACNA	1622	GOB. REG. DE TACNA - RED DE SALUD TACNA	000002933	TARUCACHI	I-2	S	
TACNA	1622	GOB. REG. DE TACNA - RED DE SALUD TACNA	000002934	TICACO	I-2	S	
TACNA	970	REGION TACNA - HOSPITAL DE APOYO HIPOLITO UNANUE	000002864	HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA	II-2	N	3,4
TACNA	1622	GOB. REG. DE TACNA - RED DE SALUD TACNA	000002865	PUESTO DE SALUD RIO KAÑO	I-2	S	
TACNA	1622	GOB. REG. DE TACNA - RED DE SALUD TACNA	000002866	PUESTO DE SALUD ANCOMARCA	I-2	S	
TACNA	1622	GOB. REG. DE TACNA - RED DE SALUD TACNA	000002867	CENTRO DE SALUD ALTO PERU	I-3	S	
TACNA	1622	GOB. REG. DE TACNA - RED DE SALUD TACNA	000002868	CORACORANI	I-1	S	
TACNA	1622	GOB. REG. DE TACNA - RED DE SALUD TACNA	000002869	CHILUYO	I-1	S	
TACNA	1622	GOB. REG. DE TACNA - RED DE SALUD TACNA	000002870	CONCHACHIRI	I-2	S	
TACNA	1622	GOB. REG. DE TACNA - RED DE SALUD TACNA	000002871	PUESTO DE SALUD CAIRANI	I-2	S	
TACNA	1622	GOB. REG. DE TACNA - RED DE SALUD TACNA	000002872	ANCOCALA	I-1	S	
TACNA	1622	GOB. REG. DE TACNA - RED DE SALUD TACNA	000002873	CAMILACA	I-2	S	
TACNA	1622	GOB. REG. DE TACNA - RED DE SALUD TACNA	000002874	CANDARAVE	I-3	S	
TACNA	1622	GOB. REG. DE TACNA - RED DE SALUD TACNA	000002875	PUESTO DE SALUD TOTORA	I-1	S	
TACNA	1622	GOB. REG. DE TACNA - RED DE SALUD TACNA	000002876	HUAYTIRI	I-2	S	
TACNA	1622	GOB. REG. DE TACNA - RED DE SALUD TACNA	000002877	PUESTO DE SALUD SANTA CRUZ	I-2	S	
TACNA	1622	GOB. REG. DE TACNA - RED DE SALUD TACNA	000002878	CURIBAYA	I-1	S	
TACNA	1622	GOB. REG. DE TACNA - RED DE SALUD TACNA	000002879	HUANUARA	I-2	S	
TACNA	1622	GOB. REG. DE TACNA - RED DE SALUD TACNA	000002880	QUILAHUANI	I-2	S	
TACNA	1622	GOB. REG. DE TACNA - RED DE SALUD TACNA	000002881	ARICOTA	I-1	S	
TACNA	1622	GOB. REG. DE TACNA - RED DE SALUD TACNA	000002882	CENTRO DE SALUD ALTO DE LA ALIANZA	I-3	S	
TACNA	1622	GOB. REG. DE TACNA - RED DE SALUD TACNA	000002891	CENTRO DE SALUD VISTA ALEGRE	I-3	S	
TACNA	1622	GOB. REG. DE TACNA - RED DE SALUD TACNA	000002892	CALANA	I-2	S	
TACNA	1622	GOB. REG. DE TACNA - RED DE SALUD TACNA	000002893	PUESTO DE SALUD PACHIA	I-2	S	
TACNA	1622	GOB. REG. DE TACNA - RED DE SALUD TACNA	000002894	CAPLINA	I-2	S	
TACNA	1622	GOB. REG. DE TACNA - RED DE SALUD TACNA	000002895	TOQUELA	I-1	S	
TACNA	1622	GOB. REG. DE TACNA - RED DE SALUD TACNA	000002896	HIGUERANI	I-1	S	
TACNA	1622	GOB. REG. DE TACNA - RED DE SALUD TACNA	000002897	PALCA	I-2	S	
TACNA	1622	GOB. REG. DE TACNA - RED DE SALUD TACNA	000002898	VILAVILANI	I-2	S	
TACNA	1622	GOB. REG. DE TACNA - RED DE SALUD TACNA	000002899	POCOLLAY	I-3	S	
TACNA	1622	GOB. REG. DE TACNA - RED DE SALUD TACNA	000002900	ITE	I-2	S	
TACNA	1622	GOB. REG. DE TACNA - RED DE SALUD TACNA	000002901	PUESTO DE SALUD PAMPA BAJA	I-1	S	
TACNA	1622	GOB. REG. DE TACNA - RED DE SALUD TACNA	000002902	CARLOS ALBERTO JARA ALMONTE FLOR	I-2	S	
TACNA	1622	GOB. REG. DE TACNA - RED DE SALUD TACNA	000002903	VILA VILA	I-2	S	
TACNA	1622	GOB. REG. DE TACNA - RED DE SALUD TACNA	000002904	28 DE AGOSTO	I-3	S	
TACNA	1622	GOB. REG. DE TACNA - RED DE SALUD TACNA	000002905	PUESTO DE SALUD 5 Y 6 LA YARADA	I-2	S	
TACNA	1622	GOB. REG. DE TACNA - RED DE SALUD TACNA	000002906	LOS OLIVOS	I-1	S	
TACNA	1622	GOB. REG. DE TACNA - RED DE SALUD TACNA	000002907	PUESTO DE SALUD SANTA ROSA	I-1	S	
TACNA	1622	GOB. REG. DE TACNA - RED DE SALUD TACNA	000002908	LOS PALOS	I-2	S	
TACNA	1622	GOB. REG. DE TACNA - RED DE SALUD TACNA	000002909	ILABAYA	I-3	S	
TACNA	1622	GOB. REG. DE TACNA - RED DE SALUD TACNA	000002910	BOROGUENA	I-1	S	
TACNA	1622	GOB. REG. DE TACNA - RED DE SALUD TACNA	000002911	MIRAVE	I-2	S	
TACNA	1622	GOB. REG. DE TACNA - RED DE SALUD TACNA	000002912	CAMBAYA	I-1	S	
TACNA	1622	GOB. REG. DE TACNA - RED DE SALUD TACNA	000002913	CENTRO DE SALUD LOCUMBA	I-3	S	
TACNA	1622	GOB. REG. DE TACNA - RED DE SALUD TACNA	000002914	PUESTO DE SALUD INCLIAN	I-2	S	



CUARTA ADENDA AL CONVENIO ENTRE EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD, FONDO INTANGIBLE SOLIDARIO DE SALUD Y EL GOBIERNO REGIONAL DE TACNA PARA EL FINANCIAMIENTO DE LAS PRESTACIONES BRINDADAS A SUS ASEGURADOS

GORE	DNTP	UNIDAD EJECUTORA	RENIPRESS	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	CATEGORIA	POBLAC.ADSC.	COBERTURA FISSAL
TACNA	1622	GOB. REG. DE TACNA - RED DE SALUD TACNA	0000002915	CORUCA	I-2	S	
TACNA	1622	GOB. REG. DE TACNA - RED DE SALUD TACNA	0000002916	PUESTO DE SALUD LAS YARAS	I-2	S	
TACNA	1622	GOB. REG. DE TACNA - RED DE SALUD TACNA	0000002917	CENTRO DE SALUD BOLOGNESI	I-3	S	
TACNA	1622	GOB. REG. DE TACNA - RED DE SALUD TACNA	0000006724	CENTRO DE SALUD VIÑANI	I-3	S	
TACNA	1622	GOB. REG. DE TACNA - RED DE SALUD TACNA	0000025831	CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO VILLA TACNA	I-2	S	
TACNA	1622	GOB. REG. DE TACNA - RED DE SALUD TACNA	0000027064	CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO VALLE POCOLLAY	I-3	S	
TACNA	1622	GOB. REG. DE TACNA - RED DE SALUD TACNA	0000027953	CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO VILLA DEL NORTE	I-2	S	
TACNA	1622	GOB. REG. DE TACNA - RED DE SALUD TACNA	0000027954	CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO "LA HEROICA"	I-2	S	
TACNA	1622	GOB. REG. DE TACNA - RED DE SALUD TACNA	0000030609	PUESTO DE SALUD PAMPA SITANA	I-1	S	
TACNA	1622	GOB. REG. DE TACNA - RED DE SALUD TACNA	0000031651	CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO UNIVERSITARIO JORGE BASADRE	I-2	S	
TACNA	1622	GOB. REG. DE TACNA - RED DE SALUD TACNA	0000032635	CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO VILLA DEL NORTE	I-2	S	

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. Cobertura FISSAL para traslado de paciente oncológico estable.
5. Cobertura FISSAL para estadía de paciente oncológico estable.
6. Financiamiento FISSAL por incentivo épsilon: UE 400-935: REGION TACNA-SALUD.



CUARTA ADENDA AL CONVENIO ENTRE EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD, FONDO INTANGIBLE SOLIDARIO DE SALUD Y EL GOBIERNO REGIONAL DE TACNA 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/ 26,354,018, 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										SUBTOTAL PC	
		TRAMO I 90%	TRAMO II 10%	CENARES CAPITA (-)	SALDO DE BALANCE 2023 (-)	INDICADORES 2023 (-)	DEDUCCIONES AÑOS ANTERIORES (-)	LEY 31953 (AMPLIACION DU 046)			SUBTOTAL DU-046		
								TRAMO I 90%	TRAMO II 10%	TRAMO I 90%			
970	REGION TACNA- HOSPITAL DE APOYO HIPOLITO UNANUE	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1622	GOB. REG. DE TACNA - RED DE SALUD TACNA	7,701,070	855,674	843,844	154,335	22,060	6,365,417	707,269	7,072,685	7,072,685	16,649,668		
	Total Tacna	7,701,070	855,674	843,844	154,335	22,060	6,365,417	707,269	7,072,685	7,072,685	16,649,668		

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, mientras 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.

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. Los importes consignados por el concepto de CENARES, se encuentra en la Resolución Ministerial N°021-2024-MINSA/CENARES que aprueba la Directiva Administrativa N°348-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 N°01: "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 Público para el año fiscal 2024".



CUARTA ADENDA AL CONVENIO ENTRE EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD, FONDO INTANGIBLE SOLIDARIO DE SALUD Y EL GOBIERNO REGIONAL DE TACNA 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

GORE	DMTP	UNIDAD EJECUTORA	PAGO POR PRESTACIONES DE SALUD										PAGO POR PAQUETE				
			PPS I NIVEL		SUBTOTAL PPS I NIVEL	RO REGULAR		CENARES PPS (-)	SALDO DE BALANCE 2023 (+)	INDICADORES 2023 (-)	LEY 31953 (AMPLIACION DU 046)			SUBTOTAL PPS	PAQUETE PARTO VAGINAL (+)	PAQUETES PRESTACIONES DE SALUD (+)	SUBTOTAL PPQT
			RO REGULAR	DU 046		TRAMO I 90%	TRAMO II 10%				TRAMO I 90%	TRAMO II 10%	SUBTOTAL DU-046				
TACNA	970	REGION TACNA - HOSPITAL DE APOYO HIPOLITO	-	-	0	3,386,757	376,306	1,812,677	320,507	-	2,374,823	263,869	2,638,692	8,534,939	-	188,454	188,454
TACNA	1622	GOB. REG. DE TACNA - RED DE SALUD TACNA	64,289	20,511	84,800	-	-	-	-	-	-	-	-	84,800	133,221	-	133,221
Total TACNA			64,289	20,511	84,800	3,386,757	376,306	1,812,677	320,507	0	2,374,823	263,869	2,638,692	8,619,739	133,221	188,454	321,675

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. Los importes consignados por el concepto de CENARES, se encuentra en la Resolución Ministerial N°021-2024-MINSA/CENARES que aprueba la Directiva Administrativa N°348-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 N°01: "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 Público para el año fiscal 2024".

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

CUARTA ADENDA AL CONVENIO INTEGRAL DE SALUD, FONDO INTANGIBLE SOLIDARIO DE SALUD Y EL GOBIERNO REGIONAL DE TACNA PARA EL FINANCIAMIENTO DE LAS PRESTACIONES BRINDADAS A SUS ASEGURADOS

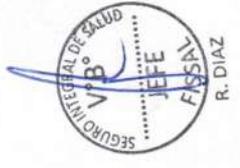
ANEXO N° 2.3: MARCO PRESUPUESTAL POR EL MECANISMO DE PAGO POR ADMINISTRATIVAS DE LA IAFAS SIS, AÑO 2024

UNIDAD EJECUTORA	PAGO POR EXPEDIENTE												SUBTOTAL PPE (ADMINISTRA)		
	TRASLADO DE EMERGENCIA				CASA MATERNA				PROCEDIMIENTOS ESPECIALES					SUB TOTAL LEY 31953 (AMPLIACION DU 046)	SUBTOTAL TRANSFERENCIA REGULAR
	LEY 31953 (AMPLIACION DU 046)		NO AÉREO		LEY 31953 (AMPLIACION)		REGULAR		LEY 31953 (AMPLIACION)		REGULAR				
	AÉREO	NO AÉREO	AÉREO	NO AÉREO	TRANSFERENCIA REGULAR	AMPLIACION	TRANSFERENCIA REGULAR	AMPLIACION	TRANSFERENCIA REGULAR	AMPLIACION					
REGION TACNA - HOSPITAL DE APOYO HIPOLITO UNANUE	117,557	57,449	3,687	11,152	-	4,560	-	-	-	-	-	14,839	179,566	194,405	
1622 GOB. REG. DE TACNA - RED DE SALUD TACNA	-	77,429	-	4,592	-	-	-	-	-	-	-	4,592	77,429	82,021	
Total TACNA	117,557	134,878	3,687	15,744	-	4,560	-	-	-	-	-	19,431	256,995	276,426	

IAFAS FISSAL

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

DNTP	UNIDAD EJECUTORA	FISSAL			
		SALDO DE BALANCE 2023 (A)		MONTO PARA TRANSFERIR 2024 (B)	
		Tramo I	Tramo II	Tramo I	Tramo II
970	REGION TACNA - HOSPITAL DE APOYO HIPOLITO UNANUE	18,166	468,344	398,092	70,252
				85%	15%



W. CARPIO
 W. ASCARZA



CUARTA ADENDA AL CONVENIO ENTRE EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD, FONDO INTANGIBLE SOLIDARIO DE SALUD Y EL GOBIERNO REGIONAL DE TACNA PARA EL FINANCIAMIENTO DE LAS PRESTACIONES BRINDADAS A SUS ASEGURADOS

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 del Tramo I - 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)	30.06.2024	julio 2024				
	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						
	Porcentaje de Stock Disponible de PF	>= a 90%					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 90%	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							
	Porcentaje de Stock Disponible de DM y PS					II y III nivel sin población adscrita		
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								











 GERENTE REGIONAL
 GOB. REG. TACNA


 GERENTE GREP
 W. CARPIO


 Gerente de Negocios y Financiamiento
 V°B°
 W. ASCARZA


 V°B°
 JEFE FISSAL
 R. DIAZ



CUARTA ADENDA AL CONVENIO ENTRE EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD, FONDO INTANGIBLE SOLIDARIO DE SALUD Y EL GOBIERNO REGIONAL DE TACNA PARA EL FINANCIAMIENTO DE LAS PRESTACIONES BRINDADAS A SUS ASEGURADOS

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	
$\frac{\text{Monto a nivel certificado}}{\text{Monto del PIM}} \times 100$		Monto certificado: Monto que debe afectarse preventivamente a la correspondiente cadena de gasto garantizando que se cuenta con el crédito presupuestario disponible, reduciendo su importe del saldo disponible de los recursos transferidos por la UE 001 por fuente DyT	
$\frac{\text{Monto a nivel de Compromiso anual}}{\text{Monto del PIM}} \times 100$		Monto compromiso anual: El compromiso refleja el monto anualizado del acto administrativo o contrato a ser atendido con cargo a los créditos presupuestarios aprobados para un determinado año fiscal de los recursos transferidos por la UE 001 SIS por fuente DyT	
$\frac{\text{Monto a nivel Devengado}}{\text{Monto del PIM}} \times 100$		Monto devengado: Monto que debe afectarse a la correspondiente cadena de gasto, reduciendo su importe del saldo disponible. Registra la obligación de pago, como consecuencia del respectivo compromiso contraído de los recursos transferidos por la UE 001 SIS por fuente DyT	
Precisiones		Denominador	
Al momento de hacer la evaluación se aplicará hasta 02 decimales y no se redondeará.		Monto total del presupuesto institucional modificado (PIM) de los recursos transferidos por la UE 001 SIS por fuente DyT incluyendo los SB reportados 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).			





CUARTA ADENDA AL CONVENIO ENTRE EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD, FONDO INTANGIBLE SOLIDARIO DE SALUD Y EL GOBIERNO REGIONAL DE TACNA PARA EL FINANCIAMIENTO DE LAS PRESTACIONES BRINDADAS A SUS ASEGURADOS

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
$\frac{\text{Monto a nivel certificado}}{\text{Monto del PIM}} \times 100$		Monto certificado: Monto que debe afectarse preventivamente a la correspondiente cadena de gasto garantizando que se cuenta con el crédito presupuestario disponible, reduciendo su importe del saldo disponible de los recursos transferidos por la UE 001 por fuente DyT en subcomponente PF, DM Y PS.
$\frac{\text{Monto a nivel de Compromiso anual}}{\text{Monto del PIM}} \times 100$		Monto compromiso anual: El compromiso refleja el monto anualizado del acto administrativo o contrato a ser atendido con cargo a los créditos presupuestarios aprobados para un determinado año fiscal de los recursos transferidos por la UE 001 SIS por fuente DyT en subcomponente PF, DM Y PS.
$\frac{\text{Monto a nivel Devengado}}{\text{Monto del PIM}} \times 100$		Monto devengado: Monto que debe afectarse a la correspondiente cadena de gasto, reduciendo su importe del saldo disponible. Registra la obligación de pago, como consecuencia del respectivo compromiso contraído de los recursos transferidos por la UE 001 SIS por fuente DyT en subcomponente 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).		



W. CARPIO



W. ASCARZA

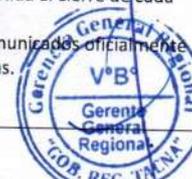




CUARTA ADENDA AL CONVENIO ENTRE EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD, FONDO INTANGIBLE SOLIDARIO DE SALUD Y EL GOBIERNO REGIONAL DE TACNA PARA EL FINANCIAMIENTO DE LAS PRESTACIONES BRINDADAS A SUS ASEGURADOS

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 90.00%.			
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 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 periodos 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 que tienen condición de Desabastecido y Substock con frecuencia de consumo SIS <= 3 meses en un periodo de 12 meses. * 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 periodo 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 periodo de 3 meses desde el periodo 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



W. CARPIO





CUARTA ADENDA AL CONVENIO ENTRE EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD, FONDO INTANGIBLE SOLIDARIO DE SALUD Y EL GOBIERNO REGIONAL DE TACNA 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: Normstock: >= 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 90.00%.		
2. Aspectos metodológicos de la estimación del indicador		
Cálculo del Indicador		Numerador
$\frac{\text{Nro. de ítems en normosotck + sobrestock + sin rotación}}{\text{Nro. total de ítems (normosotck, sobrestock, sin rotación, desabastecido, substock)}} \times 100$		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 Normstock, 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 periodos 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		
<ol style="list-style-type: none"> Decreto Legislativo N° 1440 Decreto Legislativo del Sistema Nacional de Presupuesto Público. Ley N° 29459 Ley de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios. Ley N° 31953 Ley de Presupuesto del Sector Público para el año fiscal 2024. RJ N° 209-2022/SIS. Aprueba Directiva N°008-2022-SIS-GNF-V.02 y sus modificatorias. 		
Comentarios Técnicos		
<ul style="list-style-type: none"> * 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 Normstock, 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 Normstock >=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 periodo 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 periodo de 3 meses desde el periodo 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. 		





CUARTA ADENDA AL CONVENIO ENTRE EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD, FONDO INTANGIBLE SOLIDARIO DE SALUD Y EL GOBIERNO REGIONAL DE TACNA PARA EL FINANCIAMIENTO DE LAS PRESTACIONES BRINDADAS A SUS ASEGURADOS

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				
Epsilon	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





CUARTA ADENDA AL CONVENIO ENTRE EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD, FONDO INTANGIBLE SOLIDARIO DE SALUD Y EL GOBIERNO REGIONAL DE TACNA PARA EL FINANCIAMIENTO DE LAS PRESTACIONES BRINDADAS A SUS ASEGURADOS

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

		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
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
$\frac{\text{Monto a nivel certificado}}{\text{Monto del PIM}} \times 100$		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
$\frac{\text{Monto a nivel de Compromiso anual}}{\text{Monto del PIM}} \times 100$		Monto compromiso anual: El compromiso refleja el monto anualizado del acto administrativo o contrato a ser atendido con cargo a los créditos presupuestarios aprobados para un determinado año fiscal de los recursos transferidos por la UE 002 FISSAL por fuente DyT
$\frac{\text{Monto a nivel Devengado}}{\text{Monto del PIM}} \times 100$		Monto devengado: Monto que debe afectarse a la correspondiente cadena de gasto, reduciendo su importe del saldo disponible. Registra la obligación de pago, como consecuencia del respectivo compromiso contraído de los recursos transferidos por la UE 002 FISSAL por fuente DyT
Precisiones		Denominador
Al momento de hacer la evaluación se aplicará hasta 02 decimales y no se redondeará.		Monto total que se tiene presupuestado (PIM) de los recursos transferidos por la UE 002 FISSAL por fuente DyT
Nivel de Desagregación		Frecuencia de Medición
Unidades Ejecutoras (UE)		Semestral
3. Fuente de datos y flujo de información		
Fuente de datos		
SIAF de las UEs		
Periodo de Evaluación de Cumplimiento de metas:		
Evaluación cierre: 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.		

Gobierno Regional Tacna
V°B°
Gobernador Regional
Gerencia General Regional
V°B°
Gerente General Regional
G.O.B. REG. TACNA
Asesoría Jurídica
Jefe
Dirección Regional de Asesoría Jurídica
G.O.B. REG. TACNA

DIRECCIÓN EJEC. SALUD DE LAS REGIONES
DIRECTOR EJECUTIVO
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD TACNA
G.O.B. REG. TACNA
AUTORIDAD
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD TACNA
DIRECCIÓN REGIONAL SEC. SALUD TACNA
G.O.B. REG. TACNA

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

GOBIERNO REGIONAL DE TACNA
AUTORIDAD
DIRECCIÓN REGIONAL SEC. SALUD TACNA
G.O.B. REG. TACNA

GERENCIA REGIONAL DE ASESORIA JURÍDICA
V°B°
GERENTE REGIONAL
G.O.B. REG. TACNA

GERENCIA REGIONAL DE PLANEAMIENTO PRESUPUESTARIO Y ACONC.
V°B°
GERENTE REGIONAL
G.O.B. REG. TACNA

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

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



CUARTA ADENDA AL CONVENIO ENTRE EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD, FONDO INTANGIBLE SOLIDARIO DE SALUD Y EL GOBIERNO REGIONAL DE TACNA PARA EL FINANCIAMIENTO DE LAS PRESTACIONES BRINDADAS A SUS ASEGURADOS

ANEXO N° 7: IF1, SC 02, PORCENTAJE DE EJECUCIÓN DEL GASTO EN FUENTE DYT-PRIMER ORDEN, 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 02	Nombre del indicador
Definición del indicador		
Mide el avance del gasto del certificado, compromiso anual y devengado respecto al total del Presupuesto Institucional Modificado de los recursos transferidos por la UE 002 FISSAL por fuente DyT en subcomponente PRIMER ORDEN.		
Objetivo		
Contribuir a mejorar la ejecución del gasto a nivel de certificado, compromiso anual y devengado respecto al total del presupuesto institucional modificado de los recursos transferidos por la UE 002 FISSAL por fuente DyT en subcomponente PRIMER ORDEN.		
2. Aspectos metodológicos de la estimación del indicador		
Cálculo del Indicador	Numerador	
$\frac{\text{Monto a nivel certificado}}{\text{Monto del PIM}} \times 100$	Monto certificado: Monto que debe afectarse a la correspondiente cadena de gasto garantizando que se cuenta con el crédito presupuestario disponible, reduciendo su importe del saldo disponible de los recursos transferidos por la UE 002 FISSAL por fuente DyT en subcomponente PRIMER ORDEN	
$\frac{\text{Monto a nivel de Compromiso anual}}{\text{Monto del PIM}} \times 100$	Monto compromiso anual: El compromiso refleja el monto anualizado del acto administrativo o contrato a ser atendido con cargo a los créditos presupuestarios aprobados para un determinado año fiscal de los recursos transferidos por la UE 002 FISSAL por fuente DyT en subcomponente PRIMER ORDEN.	
$\frac{\text{Monto a nivel Devengado}}{\text{Monto del PIM}} \times 100$	Monto devengado: Monto que debe afectarse a la correspondiente cadena de gasto, reduciendo su importe del saldo disponible. Registra la obligación de pago, como consecuencia del respectivo compromiso contraído de los recursos transferidos por la UE 002 FISSAL por fuente DyT en subcomponente PRIMER ORDEN	
Precisiones	Denominador	
Al momento de hacer la evaluación se aplicará hasta 02 decimales y no se redondeará.	Monto total que se tiene presupuestado (PIM) de los recursos transferidos por la UE 002 FISSAL por fuente DyT en subcomponente PRIMER ORDEN al 30 de junio (evaluación cierre).	
Nivel de Desagregación	Frecuencia de Medición	
Unidades Ejecutoras (UE)	Semestral	
3. Fuente de datos y flujo de información		
Fuente de datos		
SAF 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		
Ley N° 31953, Ley de Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2024		
Ley 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.		





CUARTA ADENDA AL CONVENIO ENTRE EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD, FONDO INTANGIBLE SOLIDARIO DE SALUD Y EL GOBIERNO REGIONAL DE TACNA PARA EL FINANCIAMIENTO DE LAS PRESTACIONES BRINDADAS A SUS ASEGURADOS

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

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
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	
$\frac{\text{N}^\circ \text{ de asegurados con ERC-5 en DP de la región/DIRIS que reciben bimestralmente visitas de seguimiento por parte de los establecimientos del Primer Nivel de Atención o del Segundo Nivel de Atención con población adscrita.}}{\text{N}^\circ \text{ de asegurados con ERC-5 en DP de la región/DIRIS}} \times 100$	— 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.	
	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%.		





CUARTA ADENDA AL CONVENIO ENTRE EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD, FONDO INTANGIBLE SOLIDARIO DE SALUD Y EL GOBIERNO REGIONAL DE TACNA PARA EL FINANCIAMIENTO DE LAS PRESTACIONES BRINDADAS A SUS ASEGURADOS

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 Findrisk (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 cardiorenal hipertensiva con insuficiencia cardíaca (congestiva)
• I13.1 Enfermedad cardiorenal hipertensiva con insuficiencia renal
• I13.2 Enfermedad cardiorenal hipertensiva con insuficiencia cardíaca (congestiva) e insuficiencia renal
• I13.9 Enfermedad cardiorenal 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

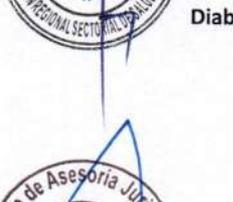
CIE-10 relacionados a Diabetes Mellitus

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





CUARTA ADENDA AL CONVENIO ENTRE EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD, FONDO INTANGIBLE SOLIDARIO DE SALUD Y EL GOBIERNO REGIONAL DE TACNA PARA EL FINANCIAMIENTO DE LAS PRESTACIONES BRINDADAS A SUS ASEGURADOS

- 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):**

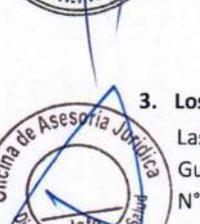
Presión Sistólica entre 130-139 mmHg
Presión Diastólica entre 85-89 mmHg

● **Hipertensión Grado 1 (Leve):**

Presión Sistólica entre 140-159 mmHg
Presión Diastólica entre 90-99 mmHg

● **Hipertensión Grado 2 (Moderada):**

Presión Sistólica mayor a 160 mmHg
Presión Diastólica mayor a 100 mmHg



CUARTA ADENDA AL CONVENIO ENTRE EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD, FONDO INTANGIBLE SOLIDARIO DE SALUD Y EL GOBIERNO REGIONAL DE TACNA PARA EL FINANCIAMIENTO DE LAS PRESTACIONES BRINDADAS A SUS ASEGURADOS

Presión Sistólica entre 160-179 mmHg
Presión Diastólica entre 100-109 mmHg

● Hipertensión Grado 3 (Severa):

Presión Sistólica entre 180 mmHg a más
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 glicosilada menor de 7%**

● Población con hipoglicemia grave recurrente, complicaciones graves o esperanza de vida limitada se puede tomar valores menos estrictos para control

- Hemoglobina glicosilada menor de 8% o incluso mayor/individualizar

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 GEARTS por su uso fácil y su aplicabilidad en la atención primaria de la salud. La herramienta



CUARTA ADENDA AL CONVENIO ENTRE EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD, FONDO INTANGIBLE SOLIDARIO DE SALUD Y EL GOBIERNO REGIONAL DE TACNA PARA EL FINANCIAMIENTO DE LAS PRESTACIONES BRINDADAS A SUS ASEGURADOS

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.

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 estadije 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



CUARTA ADENDA AL CONVENIO ENTRE EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD, FONDO INTANGIBLE SOLIDARIO DE SALUD Y EL GOBIERNO REGIONAL DE TACNA PARA EL FINANCIAMIENTO DE LAS PRESTACIONES BRINDADAS A SUS ASEGURADOS

Los medicamentos disponibles son:

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





CUARTA ADENDA AL CONVENIO ENTRE EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD, FONDO INTANGIBLE SOLIDARIO DE SALUD Y EL GOBIERNO REGIONAL DE TACNA PARA EL FINANCIAMIENTO DE LAS PRESTACIONES BRINDADAS A SUS ASEGURADOS

- 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 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>

b) **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/>

c) **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_sbp.html

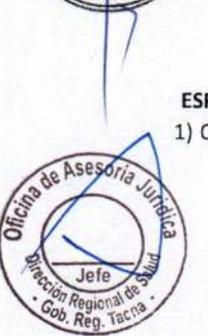
d) **Lista de dispositivos validados (VDL) de la Asociación Médica Estadounidense (AMA):** La AMA ha desarrollado un proceso independiente para determinar qué dispositivos de medir la presión arterial cumplen con los criterios establecidos por la AMA para validar la precisión clínica. Esto resulta en 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>

e) **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

- o 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
- o 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.
- o 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.
- o 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%
- o El principio del ensayo debe ser enzimático o comprobadamente mejor
- o 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
- o 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
- o 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.





CUARTA ADENDA AL CONVENIO ENTRE EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD, FONDO INTANGIBLE SOLIDARIO DE SALUD Y EL GOBIERNO REGIONAL DE TACNA PARA EL FINANCIAMIENTO DE LAS PRESTACIONES BRINDADAS A SUS ASEGURADOS

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)

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 anomalías 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.

Table with columns for 'Estadio' and 'Categorías de albuminuria (mg/g)*'. It details stages G1 through G5 and albuminuria levels A1, A2, and A3, including estimated glomerular filtration rate (eGFR) ranges and corresponding codes.

* La albuminuria es obtenida mediante la relación albúmina/creatinina en orina.

** Solo cuando no haya otros marcadores de enfermedad renal

