



PERÚ

Ministerio de Salud

Seguro Integral de Salud  
Gerencia Macro Regional Norte  
UDR TUMBES



DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERU  
"AÑO DEL BUEN SERVICIO AL CIUDADANO"

**OFICIO N° 0175-2017-SIS/GMR NOR-UDR-TUM**

Tumbes, 08 de Junio del 2017

Señor Arq.  
**RICARDO FLORES DIOSES**  
Gobernador Regional de Tumbes  
Presente.-

GOBIERNO REGIONAL TUMBES	
ADMINISTRACIÓN GENERAL	
RECEPCIONADO	
N° DOC:	114912
N° EXP:	99682
FECHA:	08/06/17
HORA:	3:05
FOLIO:	22
FIRMA:	

**Asunto : Remisión de Convenio de Financiamiento de las Prestaciones de Salud Brindadas a sus Asegurados en Hospitales y/o Institutos Especializados.**

De mi especial consideración:

Es grato dirigirme a usted, para saludarlo cordialmente y a la vez alcanzar Copia del Convenio de Financiamiento de los Servicios o Prestaciones de Salud Brindadas a sus Asegurados en Hospitales y/o Institutos Especializados suscrito entre el Gobierno Regional de Tumbes y el Seguro Integral de Salud, debidamente visado y firmado por ambas partes, el convenio en original estará siendo enviado por el nivel central vía Courier.

Cabe indicar que el presente convenio es para conocimiento, el cual se encuentra colgado en la Página del Seguro Integral de Salud en el Link: <http://www.sis.gob.pe/nuevoPortal/index.html>; en la ruta: Prestadores; Mundo IPRESS; Convenios

Sin otro particular, aprovecho la oportunidad para expresarle la muestra de mi especial consideración y estima.

Atentamente,

MINISTERIO DE SALUD  
SEGURO INTEGRAL DE SALUD  
UDR - TUMBES

Mg. Edilbrando Alberca Guerrero  
DIRECTOR

GOBIERNO REGIONAL TUMBES	
GERENCIA GENERAL	
RECIBIDO	
09 JUN. 2017	
N° Reg.:	
Hora:	7:50 AM
Firma:	

EAG/ycs  
Se adjunta 22 folios.

GOBIERNO REGIONAL TUMBES  
SECRETARIA GENERAL REGIONAL

RECIBIDO

Fecha: 2 JUN 2017

Folio: \_\_\_\_\_ Hora: 11:48

Firma: 1054



PERÚ

Ministerio  
de Salud

Seguro Integral de Salud

"Año del Buen Servicio al Ciudadano"

**CONVENIO ENTRE EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD Y EL  
GOBIERNO REGIONAL DE TUMBES PARA EL  
FINANCIAMIENTO DE LAS PRESTACIONES DE SALUD  
BRINDADAS A SUS ASEGURADOS EN HOSPITALES Y/O  
INSTITUTOS ESPECIALIZADOS**

2017



**CONVENIO ENTRE EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD Y EL GOBIERNO REGIONAL DE TUMBES PARA EL FINANCIAMIENTO DE LAS PRESTACIONES DE SALUD BRINDADAS A SUS ASEGURADOS EN HOSPITALES Y/O INSTITUTOS ESPECIALIZADOS**

Conste por el presente documento el Convenio para el Financiamiento de las Prestaciones de Salud brindadas a sus asegurados en Hospitales y/o Institutos Especializados que celebra de una parte el **SEGURO INTEGRAL DE SALUD** con RUC N° 20505208626, con domicilio legal en la Av. Carlos Gonzales N° 212, Urb. Maranga, distrito de San Miguel, provincia y departamento de Lima, con Registro de IAFAS SUSALUD N° 10001, representado por su Jefe Institucional, **Sr. MOISES ERNESTO ROSAS FEBRES**, identificado con DNI N° 29251147, designado mediante Resolución Suprema N° 008-2017-SA de fecha 23/05/2017, a quien en adelante se le denominará **SIS**; y de otra parte, el Gobierno Regional de TUMBES, con R.U.C. N° 20484003883, con domicilio en Av. La Marina N° 200, Distrito de Tumbes, Provincia Tumbes, Departamento de Tumbes, debidamente representado por su Gobernador Regional, **Sr. RICARDO ISIDRO FLORES DIOSES**, identificado con DNI N° 00211800, y acreditado mediante Resolución N° 3801-2014-JNE del 29 de Diciembre del 2014 quien, al amparo de lo dispuesto en el Artículo 20° de la Ley N° 27867, Ley Orgánica de Gobiernos Regionales, procede en ejercicio de las atribuciones establecidas en el Artículo 21° del mismo cuerpo legal, al que en adelante se denominará **LA REGIÓN**.

Para efectos del presente Convenio y para el caso de mencionar conjuntamente a **LA REGIÓN** y el **SIS**, se les denominará **LAS PARTES**.

**CLÁUSULA PRIMERA: ANTECEDENTES**

- 1.1. Con fecha 30 de abril del año 2014, el SIS y la Unidad Ejecutora 0940 de su GORE, celebraron el Convenio de Gestión para el Financiamiento de Servicios de Salud, vínculo que se ha mantenido vigente a través de la suscripción de 1 adenda.
- 1.2. Con fecha 30 de abril del año 2014, el SIS y la Unidad Ejecutora 1436 de su GORE, celebraron el Convenio de Gestión para el Financiamiento de Servicios de Salud, vínculo que se ha mantenido vigente a través de la suscripción de 2 adenda.

**CLÁUSULA SEGUNDA: DEFINICIONES Y LISTA DE SIGLAS Y ACRÓNIMOS**

**LAS PARTES** convienen que, para los efectos del presente Convenio, las siguientes definiciones tendrán los significados que a continuación se indican:

**Afiliación**

Es la incorporación de un asegurado a alguno de los regímenes de financiamiento del Seguro Integral de Salud (SIS).

**Asegurado**

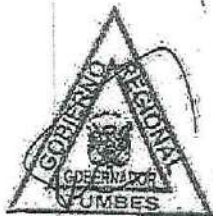
Toda persona beneficiaria residente en el país, que se encuentre bajo la cobertura prestacional de alguno de los regímenes de financiamiento del SIS.

**Cobertura prestacional**

Protección contra pérdidas específicas por problemas de salud y prestaciones preventivas terciarias, recuperativas y de rehabilitación, contenidas en el PEAS y los planes complementarios.

**Cobros indebidos**

Requerimiento de pago por indicación de la IPRESS a los asegurados del SIS, representantes y/o familiares por concepto de medicamentos, insumos y/o procedimientos u otros conceptos.



W. ASCARZA

R. MELGAREJO

L. ORELLANA

J. P. P. P.



**CONVENIO ENTRE EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD Y EL GOBIERNO REGIONAL DE TUMBES PARA EL FINANCIAMIENTO DE LAS PRESTACIONES DE SALUD BRINDADAS A SUS ASEGURADOS EN HOSPITALES Y/O INSTITUTOS ESPECIALIZADOS**

administrativos que se requieren para la atención del asegurado a pesar de encontrarse dentro de la cobertura prestacional y que resulte, en consecuencia, en un gasto indebido del asegurado.

**Componente de reposición**

Corresponde a la valorización del consumo de prestaciones que incluye medicamentos, insumos, procedimientos médico quirúrgicos y estomatológicos y servicios administrativos incurridos en la prestación.

**Current Procedural Terminology (CPT)**

Lista de términos descriptivos y códigos de identificación para informar de manera estandarizada los procedimientos realizados por los profesionales de salud, proporcionando un lenguaje uniforme para la descripción precisa de los servicios médicos y quirúrgicos.

**Formato Único de Atención**

Es el instrumento en el que se registra en físico o en medio magnético, los datos requeridos por el SIS, tanto de la prestación brindada por la IPRESS, como del asegurado que la recibe. Se caracteriza por tener una numeración única que lo identifica y se utiliza como fuente de información para los registros informáticos del SIS, así como los procesos de validación prestacional y como comprobante de pago de prestaciones.

**Guías de Práctica Clínica**

Documento técnico de recomendaciones desarrolladas sistemáticamente acerca de un problema clínico específico para asistir tanto al personal de salud como a los pacientes en el proceso de toma de decisiones para una apropiada y oportuna atención de salud.

**Pago adelantado**

Es la transferencia financiera que realiza el SIS a las Unidades Ejecutoras del Gobierno Regional en forma adelantada sobre la base de producción de los meses previos, de acuerdo con la metodología establecida por norma.

**Prestación de Salud**

Son atenciones de salud otorgadas a los asegurados del SIS en los establecimientos de salud intramural autorizados según su categoría o fuera del establecimiento extramural teniendo en cuenta los escenarios familia, vivienda, instituciones educativas y comunidad, en la etapa de vida correspondiente. Pueden ser preventivos, recuperativos y de rehabilitación.

**Proceso de Control Prestacional**

Proceso de validación médica de las prestaciones de salud brindadas por las IPRESS a los asegurados, para dar conformidad a su valorización y pago, y se realiza conforme al marco normativo aplicable.

**Proceso de Control Económico - Financiero**

Proceso de validación económico-financiera de los recursos transferidos por el SIS a las Unidades Ejecutoras sobre aspectos tales como calidad de gasto, precios unitarios, entre otros, para la aplicación de aplicación de medidas correctivas, los penalidades y descuentos que correspondan, y se realiza conforme al marco normativo aplicable.





CONVENIO ENTRE EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD Y EL GOBIERNO REGIONAL DE TUMBES PARA EL FINANCIAMIENTO DE LAS PRESTACIONES DE SALUD BRINDADAS A SUS ASEGURADOS EN HOSPITALES Y/O INSTITUTOS ESPECIALIZADOS

LISTA DE SIGLAS Y ACRÓNIMOS

ARFSIS:	Aplicativo de Registro de Formatos del Seguro Integral de Salud
AUS:	Aseguramiento Universal en Salud.
CE:	Carné de Extranjería.
CUI:	Código Único de Identificación.
CECONAR:	Centro de Conciliación y Arbitraje de la Superintendencia Nacional de Salud
CPT:	Current Procedural Terminology
DIRESA:	Dirección Regional de Salud.
DISA:	Dirección de Salud.
DNI:	Documento Nacional de Identidad.
FTP:	File Transfer Protocol
FUA:	Formato Único de Atención.
GERESA:	Gerencia Regional de Salud
PME:	Procedimientos Médico quirúrgicos y estomatológicos
IAFAS:	Institución Administradora de Fondos de Aseguramiento en Salud
IPRESS:	Institución Prestadora de Servicios de Salud
MEF:	Ministerio de Economía y Finanzas.
MINSAL:	Ministerio de Salud.
OGTI:	Oficina General de Tecnología de la Información.
OCI:	Oficina de Control Institucional
PGA:	Programación de Compromiso Anual
PEA:	Proceso de Evaluación Automática de Prestaciones
PEAS:	Plan Esencial de Aseguramiento en Salud.
SIAP:	Sistema Integrado de Administración Financiera (MEF).
SIASIS:	Sistema Integrado de Aseguramiento del Seguro Integral de Salud.
SIGA:	Sistema Integrado de Gestión Administrativa (MEF).
SIS:	Seguro Integral de Salud.
SUSALUD:	Superintendencia Nacional de Salud
UE:	Unidad Ejecutora

CLÁUSULA TERCERA: MARCO INSTITUCIONAL Y PERSONERÍA JURÍDICA DE LAS PARTES

3.1 LA REGIÓN, conforme a lo dispuesto en el artículo 191 de la Constitución Política, tiene autonomía política, económica y administrativa en los asuntos de su competencia; las que además se encuentran precisadas en los artículos 192 del mismo cuerpo constitucional, enmarcando salud como una de ellas. En ese contexto, según la Ley N° 27867, Ley Orgánica de Gobiernos Regionales, todo gobierno regional tiene como una de sus finalidades esenciales el fomento del desarrollo integral sostenible, así como el ejercicio pleno de los derechos de sus habitantes, entre ellos, el derecho a la salud; en razón a ello, es que en el artículo 49 de la referida Ley, se establecen cuáles son las funciones que esta entidad debe cumplir en dicha materia, siendo la suscripción de este tipo de convenios una de las facultades reconocidas en el artículo 21 del citado marco legal, compatible además con su rol constitucionalmente reconocido.

3.2 El SIS es un Organismo Público Ejecutor adscrito al Ministerio de Salud que goza de autonomía económica y administrativa, de conformidad con el Decreto Supremo N° 034-2008-PCM y de acuerdo con la actualización de la calificación de acuerdo a lo dispuesto en Decreto Supremo N° 058-2011-PCM. Asimismo, se encuentra inscrito en el Registro Nacional de Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud





CONVENIO ENTRE EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD Y EL GOBIERNO REGIONAL DE TUMBES PARA EL FINANCIAMIENTO DE LAS PRESTACIONES DE SALUD BRINDADAS A SUS ASEGURADOS EN HOSPITALES Y/O INSTITUTOS ESPECIALIZADOS

Prestadoras de Servicios de Salud de la Superintendencia Nacional de Salud mediante Resolución N° 10001 de la Intendencia de Regulación, Autorización y Registro, cuyas actividades están reguladas por la Ley General de Salud (Ley N° 26842).

CLÁUSULA CUARTA: BASE LEGAL

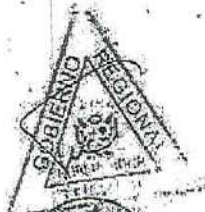
- 4.1. Ley N° 30518, Ley de Presupuesto del Sector Público para el año fiscal 2017.
- 4.2. Decreto Legislativo N° 1163, que aprueba disposiciones para el fortalecimiento del Seguro Integral de Salud.
- 4.3. Ley N° 29733, Ley de Protección de Datos Personales.
- 4.4. Decreto Legislativo N° 1346, que establece disposiciones para optimizar los servicios que son financiados a través del Seguro Integral de Salud (SIS).
- 4.5. Decreto Supremo N° 016-2009-SA, que Aprueba el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud - (PEAS).
- 4.6. Decreto Supremo N° 020-2014-SA, Aprueba el Texto Único Ordenado de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.
- 4.7. Decreto Supremo N° 304-2012-EF, que aprueba el Texto Único Ordenado de la Ley N° 28411, Ley General del Sistema Nacional de Presupuesto.
- 4.8. Decreto Supremo N° 003-2013-JUS, que aprueba el Reglamento de la Ley N° 29733, Todas aquellas normas aplicables y vigentes que el Ministerio de Salud y el Seguro Integral de Salud hayan emitido o emitan en el marco de sus competencias.
- 4.9. Decreto Supremo N° 030-2014-SA, Aprueba el Reglamento del Decreto Legislativo N° 1163 que aprueba disposiciones para el fortalecimiento del Seguro Integral de Salud.
- 4.10. Decreto Supremo N° 007-2012-SA, que autoriza al Seguro Integral de Salud la sustitución del Listado Priorizado de Intervenciones Sanitarias (LPIS) por el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS).
- 4.11. Decreto Supremo N° 030-2016-SA, que aprueba el Reglamento para la Atención de Reclamos y Quejas de los Usuarios de las Instituciones Administradoras de Aseguramiento en Salud - IAFAS, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPRESS y Unidades de Gestión de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - UGIPRESS, públicas, privadas o mixtas.
- 4.12. Resolución de Superintendencia N° 080-2014-SUSALUD/S, Aprueba disposiciones relativas a las Condiciones Mínimas de los Convenios o Contratos suscritos entre las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS) e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) y sus modificatorias.
- 4.13. Todas aquellas normas aplicables y vigentes que el Ministerio de Salud y el Seguro Integral de Salud hayan emitido o emitan en el marco de sus competencias.

CLÁUSULA QUINTA: OBJETO DEL CONVENIO

Establecer el mecanismo, modalidad y condiciones de pago que garanticen la atención integral de los asegurados del SIS en los Hospitales e Institutos Especializados a cargo de la REGIÓN.

CLÁUSULA SEXTA: ACREDITACIÓN DEL ASEGURADO

Para la prestación del servicio será requisito obligatorio que el asegurado titular o derechohabiente presente su Documento Nacional de Identidad o Carne de Extranjería, al personal de admisión de los Hospitales e Institutos Especializados, a fin que éste verifique su condición de asegurado según la información proporcionada por el SIS, excepto en los casos de afiliación temporal y de acuerdo a la normatividad vigente.





CONVENIO ENTRE EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD Y EL GOBIERNO REGIONAL DE TUMBES PARA EL FINANCIAMIENTO DE LAS PRESTACIONES DE SALUD BRINDADAS A SUS ASEGURADOS EN HOSPITALES Y/O INSTITUTOS ESPECIALIZADOS

En el caso de tratarse de afiliados al Seguro Independiente, es necesario verificar que éste no se encuentre comprendido dentro del periodo de carencia, de acuerdo a las condiciones establecidas en sus contrato.

CLÁUSULA SÉPTIMA: OBLIGACIONES DE LA REGIÓN E IPRESS

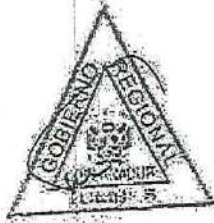
Constituyen obligaciones:

7.1 DE LA REGIÓN

- 7.1.1 Garantizar, a través de sus UE, que los Hospitales e Institutos Especializados del ámbito de su competencia, brinden los servicios o prestaciones de salud a los asegurados, velando por el cumplimiento de la normatividad que regula el funcionamiento de los establecimientos de salud.
- 7.1.2 Aprobar correcta y oportunamente la incorporación y modificaciones de las Transferencias Financieras que efectúe el saldo de balance) y asignar el PCA correspondiente, evaluando que se destinen única y exclusivamente a aquellos conceptos y clasificadores señalados en el Numeral 7.2.18 del presente convenio.
- 7.1.3 Promover las economías de escala en las compras nacionales y regionales de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios.
- 7.1.4 Facilitar al SIS la ejecución de los Procesos de Control Prestacional y Económico-Financiero en la UE y/o IPRESS de su ámbito.

7.2. DE LA IPRESS

- 7.2.1 Mantener vigente sus autorizaciones, licencia de apertura, funcionamiento y demás permisos que de acuerdo a la Ley, le sean requeridos. Asimismo, se obliga a mantener vigente su registro ante SUSALUD.
- 7.2.2 Brindar los servicios de salud con calidad y oportunidad al asegurado del SIS, priorizando la utilización de recursos físicos para su atención y verificando que la persona cuente con una afiliación vigente en el SIS.
- 7.2.3 Mantener una Historia Clínica única por paciente donde deberá constar todas sus atenciones y deberá cumplir con todos los requisitos y condiciones dispuestas o permitidas por las normas aplicables para tal propósito, la cual se constituirá como el respaldo de los registros en el FUA del SIS.
- 7.2.4 Contar con guías de práctica clínica para los diversos procedimientos de hospitalización y atención ambulatoria, utilizando medicamentos aprobados en el petitorio único nacional e institucional y evaluar periódicamente la adherencia.
- 7.2.5 Garantizar el nivel de operación considerando los recursos humanos, equipamiento operativo y materiales de acuerdo al nivel de resolución correspondiente en el otorgamiento de las prestaciones.
- 7.2.6 No referir a una IPRESS privada la atención de los asegurados, excepto que no se cuente con oferta pública accesible a nivel regional, en cuyo caso será necesario la autorización previa del SIS.
- 7.2.7 Contar con la disponibilidad óptima y oportuna de los productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios, de acuerdo a la normatividad vigente y buenas prácticas de almacenamiento, para su entrega a los asegurados del SIS, según su régimen de financiamiento.



M. LENGUA

M. ROSAVAL DE SALUD  
Secretaría General  
L. ORELLANA





**CONVENIO ENTRE EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD Y EL GOBIERNO REGIONAL DE TUMBES PARA EL FINANCIAMIENTO DE LAS PRESTACIONES DE SALUD BRINDADAS A SUS ASEGURADOS EN HOSPITALES Y/O INSTITUTOS ESPECIALIZADOS**



- 7.2.8. Utilizar de manera obligatoria el SIASIS para el registro de la información de las prestaciones de salud y, excepcionalmente según coordinación y aprobación del SIS, el ARFSIS.
- 7.2.9. Verificar la identidad del paciente y su condición de asegurado SIS, en la forma determinada por ésta, según la normatividad vigente.
- 7.2.10. Solicitar la creación de usuarios que tendrán el acceso al SIASIS/ARFSIS, y comunicar la baja inmediata cada vez que se produzca el cese de dichos usuarios, asimismo garantizar la consistencia de la información registrada en dichos sistemas.
- 7.2.11. Implementar las acciones administrativas correctivas de acuerdo a los resultados de los procesos de control que efectúe el SIS y/o los órganos competentes.
- 7.2.12. Garantizar el cumplimiento de los Indicadores hospitalarios establecidos en el anexo 2 del presente convenio.
- 7.2.13. Garantizar que no se realicen cobros indebidos a los asegurados del SIS por concepto alguno por las prestaciones que se encuentran dentro de los planes de cobertura prestacional del SIS. De realizarse este tipo de cobros, la IPRESS deberá hacer la respectiva devolución al asegurado.
- 7.2.14. Permitir y otorgar las facilidades que correspondan al SIS, a fin que pueda realizar acciones de supervisión sobre la atención a sus asegurados, auditoría y validación prestacional que correspondan.
- 7.2.15. Guardar estricta confidencialidad y reserva, respecto a la información de los asegurados SIS y de aquella que se genere en la IPRESS, respetando lo previsto en la Ley N° 29414, Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud y su Reglamento, así como la Ley N° 29733 Ley de Protección de Datos Personales y su Reglamento.
- 7.2.16. Informar de inmediato a la Unidad Desconcentrada Regional correspondiente del SIS sobre cualquier evento extraordinario o inusual que pudiera afectar la debida y oportuna atención a sus asegurados.
- 7.2.17. Garantizar que los recursos transferidos por el SIS, en el marco del presente convenio, de acuerdo a las específicas de gastos y conceptos que se indican a continuación:

Tipo de Gasto	Prioridad	Detalle	Clasificador	Detalle de Clasificador
Reposición	Prioridad I	Productos Farmacéuticos, Dispositivos médicos y Productos Sanitarios (PF, DM y PS) (*) Casos de emergencia sanitaria no cubiertos por el MINSA	2.3.1.8.1.1	VACUNAS (*)
			2.3.1.8.1.2	MEDICAMENTOS
			2.3.1.8.1.99	OTROS PRODUCTOS SIMILARES
			2.3.1.9.2.1	MATERIAL, INSUMOS, INSTRUMENTAL Y ACCESORIOS MEDICOS QUIRURGICOS, ODONTOLOGICOS Y DE LABORATORIO
			2.3.1.99.1.2	PRODUCTOS QUIMICOS
	Otros gastos de Reposición	Gastos administrativos inherentes a la prestación de salud (*) Solo Casas Maternas	2.3.1.1.1.1	ALIMENTOS Y BEBIDAS PARA CONSUMO HUMANO
			2.3.1.2.1.2	TEXTILES Y ACABADOS TEXTILES
			2.3.1.3.1.2	GASES (*)
			2.3.1.5.3.1	ASEO, LIMPIEZA Y TOSADOR
			2.3.1.99.4.3	LIBROS, DIARIOS, REVISTAS Y OTROS BIENES IMPRESOS NO VINCULADOS A ENSEÑANZA
	Prestaciones de Salud a tarifas del SIS		2.3.2.6.4.1	GASTOS POR PRESTACIONES DE SALUD
			2.3.1.3.1.1	COMBUSTIBLES Y CARBURANTES
			2.3.2.1.2.1	PASAJES Y GASTOS DE TRANSPORTE





**CONVENIO ENTRE EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD Y EL GOBIERNO REGIONAL DE TUMBES PARA EL FINANCIAMIENTO DE LAS PRESTACIONES DE SALUD BRINDADAS A SUS ASEGURADOS EN HOSPITALES Y/O INSTITUTOS ESPECIALIZADOS**

Gestión	Primer Orden	por referencias y actividades exclusivas del SIS (*) Solo para traslados de pacientes e IPRESS que no cuenten con ambulancia - sujeto a revisión exhaustiva	2.3.2 1.2 2	VIATICOS Y ASIGNACIONES POR COMISION DE SERVICIO
			2.3.2 5.1 2	DE VEHICULOS (*)
		Gastos para actividades de la Oficina de Seguros (*) Acondicionamiento y/o alquiler de ambiente para la Unidad de Seguros	2.3.1 5.1 1	REPUESTOS Y ACCESORIOS
			2.3.1 5.1 2	PAPELERIA EN GENERAL, UTILES Y MATERIALES DE OFICINA
			2.3.2 2.2 2	SERVICIO DE TELEFONIA FIJA
			2.3.2 2.2 3	SERVICIO DE INTERNET
	2.3.2 2.4 4		SERVICIO DE IMPRESIONES, ENCUADERNACION Y EMPASTADO	
	2.3.2 4.1 1		DE EDIFICACIONES, OFICINAS Y ESTRUCTURAS (*)	
	2.3.2 5.1 1	DE EDIFICIOS Y ESTRUCTURAS (*)		
	2.6.3 2.1 2	MOBILIARIO		
	2.6.3 2.3 1	EQUIPOS COMPUTACIONALES Y PERIFERICOS		
	Segundo Orden	Gastos de la Oficina de Seguros y/o actividades exclusivas del SIS (Incluye el Servicio de Farmacia) (*) Limpieza de salas de operación y Unidad de Seguros	2.3.2 1.2 99	OTROS GASTOS
2.3.2 7.10 1			SEMINARIOS, TALLERES Y SIMILARES ORGANIZADOS POR LA INSTITUCION	
		2.3.2 3.1 1	SERVICIOS DE LIMPIEZA E HIGIENE (*)	
Gastos para actividades de la Oficina de Seguros o los que hagan sus veces (Digitadores de FUA, Médicos Auditores y Personal asistencial para casos de declaratoria en emergencia mediante D.S.)		2.3.2 7.11 99	SERVICIOS DIVERSOS	
		Gastos de mantenimiento de ambulancias y equipos relacionados a la prestación y/o Unidad de Seguros	2.3.2 4.1 6	DE VEHICULOS
			2.3.2 4.1 5	DE MAQUINARIAS Y EQUIPOS

Nota: Las específicas contemplan casas, maternas y los clasificadores de la R.J. N° 212-2013/SIS, deben adecuarse a las específicas de este Convenio

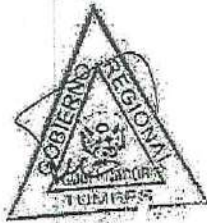
7.2.18. Incorporar los recursos transferidos por el SIS en las categorías presupuestarias que correspondan según las resoluciones del SIS o dispositivo legal emitido, destinando como mínimo un 75% de las transferencias para la adquisición productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios.

7.2.19. La IPRESS deberá atender el 80% de las referencias solicitadas por los establecimientos de salud del I y II nivel de atención, ciñéndose a normas y protocolos, que el establecimiento debe adecuar para mejorar su uso y aplicabilidad, tomando en cuenta los lineamientos del Órgano Rector y los demás que corresponden.





CONVENIO ENTRE EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD Y EL GOBIERNO REGIONAL DE TUMBES PARA EL FINANCIAMIENTO DE LAS PRESTACIONES DE SALUD BRINDADAS A SUS ASEGURADOS EN HOSPITALES Y/O INSTITUTOS ESPECIALIZADOS



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



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

Constituyen obligaciones y atribuciones del SIS



8.1. Realizar la previsión presupuestal de recursos para la UE de LA REGIÓN para el financiamiento de las prestaciones de salud de los asegurados del SIS del ejercicio presupuestal siguiente, conforme el marco normativo vigente.

8.2. Realizar la transferencia oportuna de recursos a las UE de LA REGIÓN para el financiamiento de las prestaciones de salud de los asegurados del SIS, conforme al marco normativo vigente y a las condiciones establecidas en el presente convenio.

8.3. Garantizar el buen funcionamiento del SIASIS/ARFSIS a fin de que las UE de LA REGIÓN puedan informar en el aplicativo las prestaciones y afiliaciones realizadas a los asegurados, y hacer uso de los reportadores en los horarios establecidos por el SIS.

8.4. Poner a disposición de las IPRESS el acceso al servicio web para consulta de asegurados del SIS, previa solicitud formal y evaluación técnica por parte del SIS a fin de garantizar la debida protección de los datos personales en concordancia a lo establecido en la Ley N° 29733, Ley de Protección de Datos Personales.

8.5. Informar al órgano de Control Institucional y/o Superintendencia Nacional de Salud en caso de incumplimiento de la Unidad Ejecutora, el incumplimiento de las obligaciones establecidas en el marco del presente convenio.

8.6. Realizar el monitoreo, seguimiento y supervisión del cumplimiento de las metas definidas en el presente convenio.

8.7. Ejecutar las actividades previstas en el proceso de control prestacional y económico-financiero conforme el marco normativo vigente.

8.8. Poner en conocimiento de la UNIDAD EJECUTORA y de las IPRESS los resultados de las actividades señaladas en el numeral anterior, y las recomendaciones para que se adopten las medidas correctivas correspondientes.



M. LENGUA



G. MOSQUEIRA

**CLÁUSULA NOVENA: MECANISMO Y MODALIDAD DE PAGO**

El SIS financia las prestaciones de sus asegurados bajo el mecanismo de pago por prestación, que utiliza la codificación denominada *Current Procedural Terminology (CPT)*.

El financiamiento de las prestaciones se realiza mediante pagos adelantados, según disponibilidad presupuestal, conforme el procedimiento establecido en las normas competentes, el que se realizará de la siguiente manera:

- a) El 90% del valor neto de la producción estimada;
- b) Hasta un 10% del valor neto de la producción por el cumplimiento de indicadores de eficiencia y calidad establecidos en el Anexo N° 02 y N° 03 del presente convenio.



W. ASCARZA



L. ORELLANA





CONVENIO ENTRE EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD Y EL GOBIERNO REGIONAL DE TUMBES PARA EL FINANCIAMIENTO DE LAS PRESTACIONES DE SALUD BRINDADAS A SUS ASEGURADOS EN HOSPITALES Y/O INSTITUTOS ESPECIALIZADOS

Las transferencias financieras se realizarán a las Unidades Ejecutoras enlistadas en el Anexo N° 01.

CLÁUSULA DÉCIMA: RECURSOS PARA EL FINANCIAMIENTO DEL CONVENIO

El financiamiento autorizado por el SIS a la UNIDAD EJECUTORA del GORE en el marco del presente convenio, está conformado por:

- a) Los saldos que resulten de las liquidaciones de la producción realizada en el marco de convenios y adendas anteriores.
- b) Créditos presupuestarios disponibles para tal fin por el SIS para el presente ejercicio presupuestal.

CLÁUSULA DÉCIMO PRIMERA: TARIFA

Las tarifas que regirán el presente convenio son las aprobadas por la Resolución Jefatural N° 083-2017-SIS, sus modificatorias posteriores y normas complementarias.

CLÁUSULA DÉCIMO SEGUNDA: PENALIDADES

Si la REGION y/o IPRESS incumplen las obligaciones establecidas en el presente convenio, se aplicarán las siguientes penalidades:

- 12.1 El incumplimiento de lo dispuesto en la Cláusula Séptima (referida al cuadro de financiamiento) se descontará a la REGION por la suma de los importes indebidamente ejecutados y será comunicado por el SIS a los órganos de control correspondientes y/o Procuraduría Pública del Ministerio de Salud, según corresponda.
- 12.2 Respecto de las prestaciones observadas mediante los procesos de control prestacional no levantadas conforme con lo establecido en el marco normativo vigente, se aplicará el descuento a la REGION el 1.1 equivalente a las prestaciones no validadas conforme a lo determinado por los órganos técnicos del SIS.
- 12.3 De identificarse en el desarrollo de los procesos de control prestacional, FUAS adulteradas, no conformes, y/o sin historia clínica de respaldo, entre otros, el SIS comunicará a los órganos de control pertinentes y sin perjuicio de la aplicación inmediata de una penalidad equivalente a 1.1 del valor de la prestación falseada.
- 12.4 En caso de detectarse cobros indebidos, debidamente acreditados, efectuados a los asegurados SIS, se aplicará el descuento respectivo en el proceso de valorización de la producción correspondiente, conforme a lo determinado por los órganos técnicos del SIS. Adicionalmente, la IPRESS deberá hacer la respectiva devolución al asegurado.
- 12.5 En caso se verifique que un reclamo presentado por el asegurado o su representante, no ha sido atendido de acuerdo a la normatividad vigente, la prestación de salud objeto del reclamo no será valorizada por el SIS, en tanto no se resuelva el mismo.
- 12.6 De detectarse que los cobros indebidos al asegurado son ingresados en la FUA y remitidos al SIS para su valorización, se pondrá en conocimiento de la interposición de las entidades de control correspondiente para las acciones que corresponda. En estos casos se aplicará una penalidad similar a la determinada en el punto 12.3.
- 12.7 Los importes registrados como órdenes de compra/Servicio y Planilla de viáticos en el SIGA deben reflejarse en la fase de compromiso del SIAF. De existir discordancias identificadas durante las supervisiones presenciales realizadas por el SIS entre los





CONVENIO ENTRE EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD Y EL GOBIERNO REGIONAL DE TUMBES PARA EL FINANCIAMIENTO DE LAS PRESTACIONES DE SALUD BRINDADAS A SUS ASEGURADOS EN HOSPITALES Y/O INSTITUTOS ESPECIALIZADOS

Importes registrados en el SIAF en comparación con los importes registrados en el SIGA, se descontará el monto equivalente a dicha diferencias en las posteriores transferencias.

CLÁUSULA DÉCIMO TERCERA: DE LA VIGENCIA

- 13.1 Por acuerdo entre las partes, el presente Convenio tendrá vigencia desde el día 1 de mayo del 2017 hasta el 31 de diciembre de 2017.
- 13.2 El presente Convenio se renovará en forma automática por un periodo anual sucesivo, salvo disposición en contrario de LAS PARTES, en cuyo caso deberán comunicar su voluntad de no renovarlo, por escrito y con una anticipación no menor de treinta (30) días calendario a la fecha de su vencimiento.
- 13.3 Con posterioridad a la vigencia del Convenio subsistirán las obligaciones de la Unidad Ejecutora de reportar información vinculada a la transferencia de recursos que se realiza en mérito del presente Convenio hasta su total liquidación.

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

Son causales de resolución del presente Convenio:

- 14.1. Por acuerdo entre LAS PARTES.
- 14.2. Por caso fortuito o fuerza mayor que hagan imposible el cumplimiento de los fines y objetivos del presente Convenio. En caso de impedimento temporal comprobado, LAS PARTES podrán solicitar la suspensión temporal del Convenio, con anticipación no menor de quince (15) días calendario sobre la fecha del siguiente desempeño, a fin que dicha causal sea evaluada por la contraparte para que dé su conformidad y se establezca el periodo de dicha suspensión.

En caso de suspensión temporal del presente Convenio, LAS PARTES se comprometen a garantizar la continuidad de la prestación de servicios a los asegurados que estuvieran en un proceso de atención, estando el SIS obligado a garantizar la transferencia financiera correspondiente.

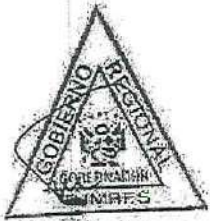
CLÁUSULA DÉCIMO QUINTA: DE LA PREVALENCIA DE NORMAS

En caso de discrepancia entre lo previsto en el presente Convenio y lo establecido por disposiciones legales de carácter imperativo, aplicables en relación al objeto y contenido, prevalecerán éstas últimas sobre el presente Convenio.

Asimismo, cualquier interpretación que sea necesaria deberá realizarse teniendo en consideración las disposiciones legales vigentes que resulten aplicables al presente convenio.

CLÁUSULA DÉCIMO SEXTA: DE LA SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

En el caso en que surgiera cualquier divergencia sobre la interpretación o cumplimiento del Convenio que devenga en un perjuicio para su ejecución, LAS PARTES se comprometen a resolverlo mediante una coordinación directa entre ellas, siguiendo las reglas de la buena fe y común intención, comprometiéndose a brindar sus mejores esfuerzos para lograr una solución.



M. LENGUA



G. MOSQUEIRA



W. ASCARZA



M. ROSAS



L. ORELLANA



**CONVENIO ENTRE EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD Y EL GOBIERNO REGIONAL DE TUMBES PARA EL FINANCIAMIENTO DE LAS PRESTACIONES DE SALUD BRINDADAS A SUS ASEGURADOS EN HOSPITALES Y/O INSTITUTOS ESPECIALIZADOS**

armoniosa; teniendo en cuenta los principios que inspiran este Convenio y a suscribir un Acta en la que plasmen los acuerdos logrados y que se incorporarán como Adenda;

No obstante, en caso de no llegar a un acuerdo LAS PARTES se comprometen a someterse a la Conciliación Extrajudicial a fin de disminuir las controversias surgidas en el desarrollo del mismo;

Si no se logra una solución satisfactoria para ambas partes en la conciliación extrajudicial, cualquiera de ellas podrá solicitar un arbitraje de derecho al Centro de Conciliación y Arbitraje de la Superintendencia Nacional de Salud, a fin de disminuir las controversias surgidas en el desarrollo del mismo;

**CLÁUSULA DÉCIMO SÉPTIMA: DE LAS MODIFICACIONES**

LAS PARTES podrán de mutuo acuerdo, modificar este Convenio mediante la suscripción de adendas, cuando lo estimen conveniente para el cumplimiento de los fines del presente Convenio.

**CLÁUSULA DÉCIMO OCTAVA: DECLARACIÓN DE LAS PARTES**

LAS PARTES declaran que, a partir de la fecha de suscripción del presente Convenio, la relación entre LAS PARTES se rige estrictamente a los términos y condiciones estipulados en el referido documento, dejando sin efecto, desde ese momento, el convenio y adendas suscritos con anterioridad.

En fe de lo cual, los representantes legalmente autorizados, firman el presente Convenio en tres ejemplares de igual tenor y validez legal, en la ciudad de Lima, a los 02 días del mes de Junio del 2017.



**RICARDO ISIDRO FLORES DIOSES**  
Gobernador Regional  
Gobierno Regional de TUMBES



**MOISÉS ERNESTO ROSAS FEBRES**  
Jefe  
Seguro Integral de Salud





CONVENIO ENTRE EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD Y EL GOBIERNO REGIONAL DE TUMBES PARA EL FINANCIAMIENTO DE LAS PRESTACIONES DE SALUD BRINDADAS A SUS ASEGURADOS EN HOSPITALES Y/O INSTITUTOS ESPECIALIZADOS

ANEXO N° 01

RELACION DE HOSPITALES Y/O INSTITUTOS ESPECIALIZADOS SEGUN CATEGORIA Y POR UNIDAD EJECUTORA

DNTP	NOMBRE DE LA UNIDAD EJECUTORA	NOMBRE DEL HOSPITAL Y/O INSTITUTO ESPECIALIZADO	II-1	II-2	TOTAL
0940	REGION TUMBES - SALUD	SAUL GARRIDO ROSILLO	1	1	2
1436	GOB. REG. TUMBES HOSP. REGIONAL JOSE ALFREDO MENDOZA OLAVARRIA - JAMO II-2 TUMBES	HOSPITAL REGIONAL JOSE ALFREDO MENDOZA OLAVARRIA JAMO II-2		1	1
Total TUMBES			1	1	2



J. PACHECO



MELGAREJO



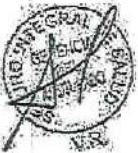
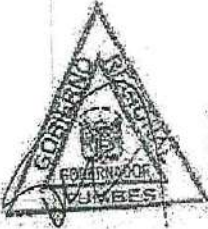


CONVENIO ENTRE EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD Y EL GOBIERNO REGIONAL DE TUMBES PARA EL FINANCIAMIENTO DE LAS PRESTACIONES DE SALUD BRINDADAS A SUS ASEGURADOS EN HOSPITALES Y/O INSTITUTOS ESPECIALIZADOS.

ANEXO N° 02

INDICADORES HOSPITALARIOS

N°	INDICADOR	VARIABLE	META
<b>A. INDICADORES DE ACCESO</b>			
101	Concentración de Consulta Médica	N° de consultas médicas	4
		N° de atendidos (nuevos y ingresos)	
<b>B. INDICADORES DE HOSPITALIZACIÓN</b>			
102	Porcentaje de Ocupación de Camas	N° Pacientes - Día x 100	80%
		N° Días Cama Disponibles	
103	Rendimiento Cama	N° Egresos Hospitalarios	36 3 mes
		N° Camas Disponibles Promedio	
<b>C. INDICADORES DE CALIDAD</b>			
105	Porcentaje de ingresos a servicio de hospitalización en menos de 07 días	N° de ingresos a hospitalización en menos de 7 días x 100	< 3%
		Número de egresos hospitalarios	
106	Tasa de Cesárea	N° Total de Cesáreas Realizadas	35%
		N° Total de Partos Atendidos	
107	Porcentaje de Infecciones Intrahospitalarias	Total de pacientes con Infecciones Intrahospitalarias x 100	< 0.7%
		N° de Egresos Hospitalarios	
108	N° de Guías de Práctica Clínicas Aprobadas	a) N° GPC aprobadas de 05 daños priorizados en Consulta externa	5
		b) N° de GPC aprobadas de 05 daños priorizados en Hospitalización	5



J. PACHECO



K. ROEDEL



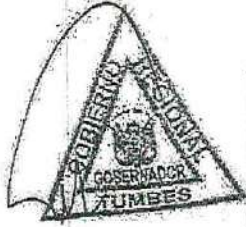
W. ASCARZA



CONVENIO ENTRE EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD Y EL GOBIERNO REGIONAL DE TUMBES PARA EL FINANCIAMIENTO DE LAS PRESTACIONES DE SALUD BRINDADAS A SUS ASEGURADOS EN HOSPITALES Y/O INSTITUTOS ESPECIALIZADOS

ANEXO N° 03

FICHAS TÉCNICAS DE LOS INDICADORES HOSPITALARIOS



FICHA TÉCNICA MATRIZ DE INDICADORES ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD		Área Responsable Seguro Integral de Salud Gerencia de Riesgos y Evaluación de las Prestaciones
1. Datos de Identificación del Indicador		
Código	I.P.O.I	Nombre del Indicador
		Concentración de Consulta Médica
Definición del indicador: Indicador que establece el promedio de consultas médicas por paciente que acude a la IPRESS durante un periodo de tiempo.		
2. Relevancia del Indicador		
Propósito: Conocer el grado de uso de atenciones en consulta médica.		
Justificación: Al ser una IAFA, el SIS debe realizar control a las prestaciones a fin de salvaguardar la calidad de la atención.		
3. Aspectos metodológicos de la construcción del indicador		
Cálculo del indicador:		Numerador:
N° de consultas médicas*		Número de consultas médicas a usuarios SIS en una IPRESS de I, II o III nivel de atención en un periodo de tiempo.
N° de atendidos (nuevos y ingresos)*		Denominador: Número de atendidos en consulta médica a usuarios SIS en una IPRESS de I o II nivel de atención.
* Considerar solo atenciones médicas.		Frecuencia de medición: Monitoreo Trimestral y Evaluación Anual.
Niveles de desagregación: Por región y por IPRESS de I y III nivel de atención.		
4. Fuente de datos y tipo de información		
Fuente de datos: SIASIS- MINSA/IPRESS I y III nivel.		
Responsable de los datos o información: Recopilación de datos: GRER/GRM/UDR. Procesamiento de datos: OGPI-SIS		
5. Determinación de valores y referencias adicionales		
Comentarios Técnicos: Este indicador puede ser influenciado por el campo clínico de la IPRESS (en los casos de atención especializada), ya que una IPRESS de atención general tiene diferente promedio que una IPRESS con atención especializada. Estandar: HOSPITAL: Entre 3 y 4 INSTITUTO: Entre 4 y 5		





**CONVENIO ENTRE EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD Y EL GOBIERNO REGIONAL DE TUMBES PARA EL FINANCIAMIENTO DE LAS PRESTACIONES DE SALUD BRINDADAS A SUS ASEGURADOS EN HOSPITALES Y/O INSTITUTOS ESPECIALIZADOS**



G. MOSQUEIRA



M. LENGUA



M. ROSAS



J. PACHECO



L. ORELLANA



FICHA TÉCNICA MATRIZ DE INDICADORES ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD		Área Responsable Seguro Integral de Salud Gerencia de Riesgos y Evaluación de las Prestaciones
<b>1. Datos de identificación del indicador</b>		
Código	I.P. 02	Nombre del indicador Porcentaje de Ocupación de Camas
Definición del indicador Conocido también como grado de uso o índice ocupacional. Es un índice que mide el porcentaje de camas ocupadas, en relación al total de las disponibles en un determinado periodo.		
<b>2. Relevancia del indicador</b>		
Propósito Evaluar el nivel de ocupación de las camas.		
Justificación Es un índice que mide el porcentaje de camas ocupadas, en relación al total de las disponibles en un determinado periodo.		
<b>3. Aspectos metodológicos de la estimación del indicador</b>		
Cálculo del indicador:		Numerador Número de pacientes hospitalizados por día
Número Pacientes/día x 100		Denominador Número de días camas disponibles
Número de Días camas disponibles		
Niveles de desagregación Por establecimiento de salud de II y III nivel de atención.		Frecuencia de medición Monitoreo Trimestral y Evaluación Anual
<b>4. Fuente de datos y flujo de la información</b>		
Fuente de datos SIASIS - MINSAPRESS II y III nivel		
Responsable de los datos e información		
Recopilación de datos GREP/GMRIUDR		
Procesamiento de datos OGTI-SIS		
<b>5. Determinación de valores y referencias adicionales</b>		
Comentarios técnicos Estandar: Hospital e Institutos II-III: 85 - 90%		







**CONVENIO ENTRE EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD Y EL GOBIERNO REGIONAL DE TUMBES PARA EL FINANCIAMIENTO DE LAS PRESTACIONES DE SALUD BRINDADAS A SUS ASEGURADOS EN HOSPITALES Y/O INSTITUTOS ESPECIALIZADOS**



<b>FICHA TÉCNICA</b> <b>MATRIZ DE INDICADORES</b> <b>ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD</b>		Área Responsable: Seguro Integral de Salud Gerencia de Riesgos y Evaluación de las Prestaciones
<b>1. Datos de identificación del Indicador</b>		
<b>Código</b>	<b>IP 03</b>	<b>Nombre del indicador:</b> Rendimiento cama
<b>Definición del indicador:</b> Sirve para mostrar el número de enfermos tratados en cada cama hospitalaria, es decir, los egresos que dicha cama ha producido durante un periodo.		
<b>2. Relevancia del Indicador</b>		
<b>Propósito:</b> Conocer el promedio de uso de cada cama		
<b>Justificación:</b> El valor representa el número de pacientes que usaron una misma cama en un periodo determinado.		
<b>3. Aspectos metodológicos de la estimación del indicador</b>		
<b>Cálculo del indicador:</b>		<b>Numerador:</b> El número de egresos es la sumatoria diaria de todos los pacientes que salen de la IPRESS a ego de haber ocupado una cama de hospitalización.  <b>Denominador:</b> Camas disponibles promedio. Para su obtención se suma todas las camas existentes para hospitalización por cada día del mes y se divide entre el número total de días del mes. Una cama existente se define como aquella cama hospitalaria ocupada o libre, que puede prestar servicio durante las 24 horas del día.
$\frac{\text{Número de egresos hospitalarios}}{\text{Número de camas disponibles promedio}}$		<b>Frecuencia de medición:</b> Monitoreo Trimestral y Evaluación Anual
<b>Niveles de desagregación:</b> Por establecimiento de salud de II y III nivel de atención.		
<b>4. Fuente de datos y flujo de la información</b>		
<b>Fuente de datos:</b> SIASIS - MINSAPRESS II y III nivel		
<b>Responsable de los datos e información:</b>		
<b>Recopilación de datos:</b> GREP/GMR/UDR		
<b>Procesamiento de datos:</b> OGTI-SIS		
<b>5. Determinación de valores y referencias adicionales</b>		
<b>Comentarios Técnicos:</b>		
<b>Estandar:</b> HOSPITAL: No menos de 48 egresos al año y un promedio de 04 al mes. INSTITUTO: No menos de 40 egresos al año.		

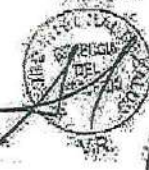




**CONVENIO ENTRE EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD Y EL GOBIERNO REGIONAL DE TUMBES PARA EL FINANCIAMIENTO DE LAS PRESTACIONES DE SALUD BRINDADAS A SUS ASEGURADOS EN HOSPITALES Y/O INSTITUTOS ESPECIALIZADOS**



<b>FICHA TÉCNICA</b> <b>MATRIZ DE INDICADORES</b> <b>ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD</b>		Área Responsable: Seguro Integral de Salud Gerencia de Riesgos y Evaluación de las Prestaciones
<b>1. Datos de identificación del Indicador</b>		
Código:	IP.05	Nombre del Indicador: Porcentaje de reingresos a servicio de hospitalización en menos de 7 días
Definición del Indicador: Es el porcentaje de pacientes que reingresan al servicio de hospitalización afectado por la misma patología.		
<b>2. Relevancia del Indicador</b>		
Propósito: Sirve para evaluar la calidad de la atención hospitalaria.		
Justificación: Al ser una IAFA, el SIS debe realizar control de calidad a las prestaciones recuperativas a fin de garantizar la eficiencia de los recursos administrados en términos de resultados en salud del individuo. Se quiere contribuir a la generación de adecuada y oportuna información del indicador propuesto, como parte del monitoreo de calidad de las prestaciones hospitalarias financiadas por el SIS.		
<b>3. Aspectos metodológicos de la estimación del Indicador</b>		
Cálculo del Indicador:		Numerador: Número de reingresos menores de 7 días, es el número de pacientes que reingresan a los servicios de hospitalización afectados por la misma patología que ocasionó su primer ingreso.  Denominador: Número de egresos de hospitalización.
$\frac{\text{Nº de Reingresos a hospitalización en menos de 7 días} \times 100}{\text{Número de egresos hospitalarios}}$		
<b>Supuestos</b>		
Se considera egreso de hospitalización respecto a aquella atención, que no tenga como destino de egreso al fallecimiento.		
Niveles de desagregación: Por región y por establecimiento de salud de I, II y III nivel de atención.		Frecuencia de medición: Monitoreo Trimestral y Evaluación Anual
<b>4. Fuente de datos y flujo de la información</b>		
Fuente de datos: SISAS - MINSAPRESS II y III nivel		
Responsable de los datos e información:		
Recopilación de datos: GREP/GMR/ODR		
Procesamiento de datos: OGT/SIS		
Comentarios técnicos: Estandar: Hospital I - 1-1% Hospital II - 2-2% Hospital III - 1-3%		





**CONVENIO ENTRE EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD Y EL GOBIERNO REGIONAL DE TUMBES PARA EL FINANCIAMIENTO DE LAS PRESTACIONES DE SALUD BRINDADAS A SUS ASEGURADOS EN HOSPITALES Y/O INSTITUTOS ESPECIALIZADOS**



<b>FICHA TÉCNICA</b> <b>MATRIZ DE INDICADORES</b> <b>ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD</b>		Área Responsable: Seguro Integral de Salud Gerencia de Riesgos y Evaluación de las Prestaciones
<b>1. Datos de identificación del Indicador</b>		
Código:	I.P. 06	Nombre del Indicador: Tasa de Cesáreas
Definición del Indicador: Es un indicador que relaciona la cantidad de cesáreas que se realizan en relación al total de partos atendidos en una Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPRESS) del II ó III nivel de atención.		
<b>2. Relevancia del Indicador</b>		
Propósito: Es un indicador que nos permite conocer la proporción de cesáreas que ocurren por parto atendido en una IPRESS nivel II ó III nivel de atención.		
Justificación: Al ser una AFEAS, el SIS debe realizar control a las prestaciones a fin de salvaguardar la calidad de la atención al binomio madre-niño.		
<b>3. Aspectos metodológicos de la estimación del indicador</b>		
Cálculo del Indicador:  $\frac{\text{Número total de cesáreas realizadas} \times 100}{\text{Número total de partos atendidos}}$	Numerador: Número de cesáreas realizadas a pacientes afiliadas SIS	Denominador: Número de partos ocurridos en la IPRESS en pacientes afiliadas SIS.
Supuestos: Este indicador está relacionado a un bajo porcentaje por un buen control prenatal y una correcta asistencia del parto. Es preciso mencionar que las IPRESS con unidades neonatales de referencia como son el INMP, HNSR o el HONADOMANI pueden justificar un mayor porcentaje de cesáreas realizadas. Se considera cumplimiento del indicador cuando se encuentra en los valores del estándar propuesto.		
Niveles de desagregación: Por establecimiento de salud de II y III nivel de atención.	Frecuencia de medición: Monitoreo Trimestral y Evaluación Anual.	
<b>4. Fuente de datos y flujo de la información</b>		
Fuente de datos: SIASIS - MINSAL/IPRESS II y III nivel		
Responsable de los datos e información: GREP/GMRUDR		
Procesamiento de datos: OCTI-SIS		
<b>5. Determinación de valores y referencias adicionales</b>		
Comentarios Técnicos: Si bien el indicador es de medición mensual, para un mejor seguimiento del indicador, debe hacerse todo lo posible para realizar cesáreas a todas las mujeres que lo necesitan en lugar de intentar alcanzar una tasa determinada.		
Estándar: Hospitales: 20 - 25% Institutos: 25 - 35%		

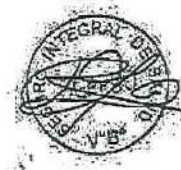




**CONVENIO ENTRE EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD Y EL GOBIERNO REGIONAL DE TUMBES PARA EL FINANCIAMIENTO DE LAS PRESTACIONES DE SALUD BRINDADAS A SUS ASEGURADOS EN HOSPITALES Y/O INSTITUTOS ESPECIALIZADOS**



<b>FICHA TECNICA</b> <b>MATRIZ DE INDICADORES</b> <b>ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD</b>		Área Responsable: Seguro Integral de Salud Gerencia de Riesgos y Evaluación de las Prestaciones
<b>Código:</b>	<b>I.P. 07</b>	<b>Nombre del indicador:</b> Porcentaje de Infecciones Intrahospitalarias
<b>Definición del indicador:</b> Este indicador puede aplicarse de manera global o específica para cada una de las complicaciones que se presentan en el hospital o en los servicios de especialidades. También se incluye infecciones que se manifiestan hasta 30 días después del alta y excluye las que se encuentran presentes o en incubación al momento del ingreso.		
<b>2. Relevancia del Indicador</b>		
<b>Propósito:</b> Evaluar la calidad de la atención hospitalaria y medir la magnitud y causas que originan las infecciones asociadas a la atención sanitaria.		
<b>Justificación:</b> Este indicador permite evaluar la calidad de la atención hospitalaria desde la dimensión de la Seguridad del Paciente y contribuye a identificar, evaluar y medir las causas que originan las infecciones nosocomiales. Se puede aplicar de manera global o específica, es decir a todo el hospital o en algún determinado servicio.		
<b>3. Aspectos metodológicos de la estimación del indicador</b>		
<b>Cálculo del indicador:</b>  $\frac{\text{Total de pacientes con Infecciones Intrahospitalarias} \times 100}{\text{N}^{\circ} \text{ de Egresos Hospitalarios}}$		<b>Numerador:</b> Es el número de infecciones intrahospitalarias contempladas en los Reportes Epidemiológicos, Formatos de registros de Infecciones Intrahospitalarias.  <b>Denominador:</b> Es el número de egresos consignado en los Reportes de Egresos.
<b>Niveles de desagregación:</b> Por establecimiento de salud de I y III nivel de atención.		<b>Frecuencia de medición:</b> Monitoreo Trimestral y Evaluación Anual
<b>4. Fuente de datos y flujo de la información</b>		
<b>Fuente de datos:</b> SIASIS - MINSA/ PRESSU y III nivel		
<b>Responsable de los datos e información:</b> Recopilación de datos: GREP/GMRUDR Procesamiento de datos: OGTI-SIS		
<b>Comentarios técnicos:</b> Es el porcentaje de pacientes que presentan un proceso infeccioso adquirido luego de las 48 horas de permanecer hospitalizados, el mismo que no portaba a su ingreso. Escalar: Hospital: I: 0 a 0,7% II: 0 a 0,7% III: 0 a 0,7%		





**CONVENIO ENTRE EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD Y EL GOBIERNO REGIONAL DE TUMBES PARA EL FINANCIAMIENTO DE LAS PRESTACIONES DE SALUD BRINDADAS A SUS ASEGURADOS EN HOSPITALES Y/O INSTITUTOS ESPECIALIZADOS**



<b>FICHA TÉCNICA</b> <b>MATRIZ DE INDICADORES</b> <b>ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD</b>		<b>Área Responsable:</b> Seguro Integral de Salud Gerencia de Riesgos y Evaluación de las Prestaciones
<b>Código:</b>	<b>F.R. 08:</b>	<b>Nombre del Indicador:</b>
		Número de Guías de Práctica Clínica Aprobadas
<b>Definición del Indicador:</b> Es la proporción de daños (Diagnósticos CIE10) priorizados que cuentan con Guía de Práctica Clínica aprobada y vigente en la IPRESS.		
<b>2. Relevancia del Indicador</b>		
<b>Propósito:</b> Medir la implementación de herramientas de calidad en las IPRESS.		
<b>Justificación:</b> En la prestación de servicios, el acto y el procedimiento médico con los procesos principales que impactan en la salud de las personas. Actualmente, existen esfuerzos a escala que han intentado estandarizar a través de diversos documentos, la práctica asistencial; sin embargo, existen profesionales que aun aplican un formato independiente sus criterios y experiencia personal, existiendo gran variabilidad de criterios diagnósticos y de tratamiento.		
<b>3. Aspectos metodológicos de la estimación del Indicador</b>		
<b>Número:</b>		a) Número de Guías de Práctica Clínica aprobadas y vigente de daños en el periodo para los 05 daños priorizados en consulta externa. b) Número de Guías de Práctica Clínica aprobadas y vigente de daños en el periodo para los 05 daños priorizados en hospitalización.
a) N° GPC aprobadas de 05 daños priorizados en Consulta externa b) N° de GPC aprobadas de 05 daños priorizados en Hospitalización		
<b>Niveles de desagregación:</b>		<b>Frecuencia de medición:</b> Monitoreo: Trimestral y Evaluación Anual
Para establecimiento de salud de II y III nivel de atención.		
<b>SUPUESTOS:</b> Guías de Práctica Clínica: Recomendaciones desarrolladas sistemáticamente acerca de un problema clínico específico por el equipo al personal de la salud como a los pacientes en el proceso de toma de decisiones para una apropiada y oportuna atención a la salud. Debe tener validez, fiabilidad, reproducibilidad y aplicación clínica. Daños Priorizados: Establecidos según el perfil epidemiológico de la IPRESS, es la expresión de la carga de enfermedad (estado de salud) que sufre la población, y cuya descripción requiere de la identificación de las características que la definen. Entre estas características están la morbilidad, la mortalidad y la calidad de vida. (DGE)		
<b>4. Fuente de datos y flujo de la información</b>		
<b>Fuente de datos:</b> Denominador: Perfil Epidemiológico Oficial Institucional		
<b>Responsable de los datos e información:</b> Recopilación de datos: GREP/GMR/DRP Procesamiento de datos: OGTI-SIS		
<b>Comentarios Técnicos:</b> Estandar: S.G.P.C.		

