

**SEGUNDA ADENDA AL CONVENIO DE GESTIÓN SUSCRITO ENTRE EL GOBIERNO REGIONAL DE CALLAO Y EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD EN EL MARCO DEL ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD**

Conste por el presente documento, la Segunda Adenda al **Convenio de Gestión suscrito entre el Gobierno Regional del Callao y el Seguro Integral de Salud en el marco del Aseguramiento Universal en Salud**, que celebran de una parte el **GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO**, con R.U.C. N° 20505703554, con domicilio en la calle Elmer Faucett Nro. 3970 Provincia Constitucional del Callao departamento de Lima, debidamente representado por su Presidente Regional, **FELIX MANUEL MORENO CABALLERO**, identificado con DNI N° 25835925, con credencial extendida por el Jurado Nacional de Elecciones en fecha 20 de diciembre del año 2010, quien procede en uso de sus atribuciones conferidas por el artículo 21° y lo dispuesto en el artículo 20° de la Ley N° 27867, al que en adelante se denominará **GOBIERNO REGIONAL**; y, de la otra parte, el **SEGURO INTEGRAL DE SALUD**, con R.U.C. N° 20505208626, con domicilio en la Av. Carlos Gonzáles 212, Urb. Maranga, San Miguel, Lima, representado por su Jefe Institucional (e), **PEDRO GRILLO ROJAS**, identificado con Documento Nacional de Identidad N° 09644064, encargado mediante Resolución Suprema N° 022-2012-SA, que en adelante se denominará **SIS**; de acuerdo a los términos y condiciones siguientes:

**CLÁUSULA PRIMERA: ANTECEDENTES**

Con fecha 17 de abril del 2012, el **SIS** y el **GOBIERNO REGIONAL**, celebraron el **Convenio de Gestión suscrito entre el Gobierno Regional del Callao y el Seguro Integral de Salud en el marco del Aseguramiento Universal en Salud**, con el Objeto de:

- Garantizar que la transferencia de recursos que realice el **SIS** a las Unidades Ejecutoras dependientes del GOBIERNO REGIONAL, sea destinada única y exclusivamente a los fines que se establece en el Convenio, en cuanto al pago prospectivo de prestaciones de los atendidos con lo cual podrán disponer de recursos que les permita implementar, desarrollar y ejecutar el AUS, conforme a lo establecido por las normas que regulen dicho proceso. Se da como fecha de inicio del financiamiento de las prestaciones del primer nivel bajo mecanismo de pago capitado, el 01 de abril del 2012.
- El GOBIERNO REGIONAL garantizará que la cobertura de las prestaciones financiadas por el SIS, se brinden de manera oportuna, completa y de calidad en los establecimientos de salud de primer nivel de atención pertenecientes al ámbito jurisdiccional del GOBIERNO REGIONAL, de acuerdo a las Garantías Explicitas establecidas en el presente convenio para la implementación del PEAS.

Que, con fecha 30 de noviembre del 2012 el **SIS** y el **GOBIERNO REGIONAL**, celebraron la **Primera Adenda** al Convenio de Gestión en el marco del Aseguramiento Universal en Salud, con el objeto de incluir como parte integrante del Convenio de Gestión suscrito entre el Gobierno Regional del Callao y el Seguro Integral de Salud en el Marco del Aseguramiento Universal en Salud, las siguientes cláusulas:

- Incluir el numeral 10.7 el cual establece que la población asegurada podrá atenderse en prestaciones recuperativas en los establecimientos de salud de adscripción de cada asegurado, en cambio podrán atenderse en prestaciones preventivas en cualquiera de los establecimientos de salud del primer nivel y del segundo nivel de atención con población adscrita.
- Modificar la fórmula, valor basal y las metas trimestrales de los siguientes indicadores: a) "Porcentaje de prestaciones de salud bucal", b) "Porcentaje de Prestaciones de Profilaxis Antiparasitaria" y c) "Porcentaje de Prestaciones de Salud Reproductiva".
- Modificar los criterios técnicos y las metas del indicador "Porcentaje de ejecución del componente de reposición".

## CLÁUSULA SEGUNDA: OBJETO DE LA ADENDA

La presente Adenda tiene por objeto, conforme lo declaran las partes contratantes, modificar las cláusulas del **Convenio de Gestión suscrito entre el Gobierno Regional del Callao y el Seguro Integral de Salud en el Marco del Aseguramiento Universal en Salud**, en los siguientes términos:

- Adicionar a la “**CLÁUSULA SEGUNDA: DEFINICIONES Y ACRÓNIMOS**”, las siguientes definiciones:
  - “**Cobros Indevidos.**- Son los cobros que realiza el prestador a un asegurado del SIS, en relación a las prestaciones financiadas por el SIS a través del pago de la cápita. Están incluidos los medicamentos (contemplados dentro del Petitorio Nacional, o aprobados por el Comité Farmacológico, o aquellos que el establecimiento los tenga en stock), insumos y procedimientos asistenciales y administrativos (referentes al SIS exclusivamente) que la prestación demande”.
  - “**Parámetros de Negociación.**- Son los términos de referencia que serán tomados en cuenta para la celebración de los convenios entre el SIS, en su calidad de IAFAS y las IPRESS públicas y comprenden los siguientes elementos básicos: coeficiente de ajuste de riesgo, mecanismo de pago, tarifas y/o costos involucrados en la prestación y metas y resultados nacionales y regionales”.
  - “**Comité de Gestión Ampliado de la Unidad Ejecutora.**- Grupo de trabajo conformado por el Director de la Unidad Ejecutora, su equipo técnico, Jefes de Redes, de Microrredes, Coordinador de los CLAS (si hubiera) y Directores de los Hospitales (si estuvieran incluidos en el pago capitado). El Comité de Gestión Ampliado está encargado de la distribución de los recursos transferidos por el SIS en el marco de este convenio y de la autorización de cualquier gasto que se quiera realizar en un rubro diferente a la compra de insumos y medicamentos; se consideran como principios fundamentales para la asignación la equidad, la calidad, la eficiencia y el acceso a la salud de la población vulnerable y excluida”.
  - “**Paciente transeúnte.**- Es aquel asegurado, (afiliado o inscrito), que se encuentra temporalmente fuera del ámbito de la Región a la que pertenece el establecimiento al cual está adscrito y que requiere recibir prestaciones preventivas y recuperativas sin Hoja de Referencia. El paciente es considerado transeúnte sólo por tres meses a partir de la primera consulta que realiza en un establecimiento de salud fuera de su región. Si va a permanecer un tiempo mayor en ese lugar, debe tramitar su cambio de adscripción”.
- Modificar en la “**CLÁUSULA SEGUNDA: DEFINICIONES Y ACRÓNIMOS**”, las siguientes definiciones:
  - “**Plan de Beneficios SIS para Régimen Subsidiado.**- Son las prestaciones financiadas por el Seguro Integral de Salud a todos los asegurados al Régimen Subsidiado, incluye al PEAS y Planes Complementarios al PEAS”.
  - “**Transferencia de Recursos Financieros.**- Es el traslado de recursos de naturaleza corriente que realiza el SIS, en dinero y sin recibir por ello contraprestación directa alguna; está condicionado a la consecución de objetivos de política de salud regional y bajo normas específicas de gasto”.
- Adicionar a la “**CLÁUSULA SEGUNDA: DEFINICIONES Y ACRÓNIMOS**”, los siguientes acrónimos:
  - GA: Gerencia del Asegurado
  - GNF: Gerencia de Negocios y Financiamiento
  - GREP: Gerencia de Riesgos y Evaluación de las Prestaciones
  - OGTI: Oficina General de Tecnología de la Información
  - PCPP: Proceso de Control Presencial Posterior

SEGUNDA ADENDA AL CONVENIO DE GESTIÓN SUSCRITO ENTRE EL GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO  
Y EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD EN EL MARCO DEL ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD

- PEA: *Proceso de Evaluación Automática de Prestaciones*
- CGAUE: *Comité de Gestión Ampliado de Unidad Ejecutora*
- Adicionar a la **“CLÁUSULA CUARTA: BASE LEGAL”** la siguiente normatividad:
  - 4.43. *Ley N° 29951 Ley de Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2013.*
  - 4.44. *Decreto Supremo N° 007-2012-SA. Autoriza al Seguro Integral de Salud la sustitución del Listado Priorizado de Intervenciones Sanitarias (LPIS) por el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS) y Planes Complementarios del SIS.*
  - 4.45. *Resolución Ministerial N° 540-2011/MINSA. Aprueba "Norma Técnica de Salud para la Utilización de Medicamentos No Considerados en el Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales".*
  - 4.46. *Resolución Ministerial N° 991-2012/MINSA. Aprueba los parámetros de negociación para la celebración de convenios entre el Seguro Integral de Salud y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) Públicas.*
  - 4.47. *Resolución Jefatural N° 170-2012/SIS. Aprueba Directiva N° 002-2012-SIS/GREP "Directiva que establece el Proceso de Control Presencial Posterior de las Prestaciones de Salud Financiadas por el Seguro Integral de Salud.*
  - 4.48. *Resolución Jefatural N° 056-2011/SIS. Aprueba la Directiva N° 002-2011-SIS/GO, "Directiva que regula los Procesos de Validación Prestacional del Seguro Integral de Salud" y sus Anexos, que forman parte integrante de la presente Resolución.*
  - 4.49. *Resolución Jefatural N° 149-2012/SIS. Aprueba la Guía Técnica N° 002-2012-SIS/GNF "Guía Técnica para el Cálculo del Cápita".*
  - 4.50. *Resolución Jefatural N° 190-2012/SIS. Aprueba la Directiva N° 001-2012-SIS/GA "Directiva que regula el proceso de afiliación al Régimen de Financiamiento Subsidiado del Seguro Integral de Salud" y sus Anexos.*
  - 4.51. *Resolución Jefatural N° 197-2012/SIS. Aprueba la Directiva Administrativa N° 003-2012-SIS-GREP "Directiva que Regula la Cobertura Prestacional del Régimen de Financiamiento Subsidiado del Seguro Integral de Salud" y sus Anexos.*
  - 4.52. *Resolución Jefatural N° 210-2012/SIS. Rectifica el error material consignado en el punto 4 del literal a) del numeral 6.3.2 de la Directiva Administrativa N° 003-2012-SIS-GREP "Directiva que Regula la Cobertura Prestacional del Régimen de Financiamiento Subsidiado del Seguro Integral de Salud" aprobada con Resolución Jefatural N° 197-2012/SIS.*
- Modificar la **“CLÁUSULA SEXTA: OBLIGACIONES DEL GOBIERNO REGIONAL”** en los siguientes términos:
  - Modificar el numeral 6.1 Del Gobierno Regional en su contenido por los siguientes términos:
    - ✓ Adicionar el numeral 6.1.8 *“Aprobación oportuna del adelanto de los “Saldos de Balance” de los recursos transferidos por el SIS; para los meses de enero y febrero del 2014”.*
    - ✓ Adicionar el numeral 6.1.9 *“Garantizar su compromiso respecto de llevar a cabo acciones inmediatas en caso de desabastecimiento debido a compras nacionales con ítems desiertos”.*
  - Modificar el numeral 6.2 De la DIRESA en su contenido por los siguientes términos:
    - ✓ Modificar el numeral 6.2.1 en su contenido por el texto siguiente: *“Es la responsable de operativizar los procesos de supervisión, monitoreo, control y capacitación que resulten necesarios para la implementación, desarrollo y ejecución del presente convenio”.*

SEGUNDA ADENDA AL CONVENIO DE GESTIÓN SUSCRITO ENTRE EL GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO  
Y EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD EN EL MARCO DEL ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD

- ✓ Modificar el numeral 6.2.2 en su contenido por el texto siguiente: *“Es la responsable de implementar las acciones y recomendaciones administrativas y correctivas, según sea el caso, que correspondan a los resultados de los Procesos de validación y supervisión que efectúe el SIS”*.
- ✓ Modificar el numeral 6.2.8 en su contenido por el texto siguiente: *“Es la responsable de informar obligatoriamente y de forma trimestral a la UDR correspondiente la evaluación de los Indicadores de Estructura establecidos en el presente convenio. El plazo para informar será hasta los primeros 15 días de concluido el trimestre. El no cumplimiento en el plazo acordado, hace que el indicador sea no evaluable; por tanto, así haya sido cumplido en la práctica, no se efectuará el pago del bono sin fuente de verificación, salvo que la UDR considere que el retraso es justificable”*.
- ✓ Modificar el numeral 6.2.15 en su contenido por el texto siguiente: *“El proceso sanitario, estará orientado por protocolos y guías de práctica clínica, realizando intervenciones con alta efectividad, implementando la estrategia de atención primaria e integral en salud, basada en las actividades realizadas por el Equipo Básico de Atención en Salud”*.
- ✓ Adicionar el numeral 6.2.20: *“Fortalecer e implementar a su Unidad de Seguros para el cumplimiento de sus funciones”*.
- ✓ Adicionar el numeral 6.2.21: *“Velar que las atenciones brindadas por los equipos itinerantes sean registradas en los Formatos Únicos de Atención y luego digitalarlo en un plazo de 60 días en los sistemas informáticos del SIS, cabe resaltar que adicionalmente se debe marcar los campos “Lugar de atención”: Extramural y “Personal que atiende”: Itinerante, del FUA a registrar.*
- ✓ Adicionar el numeral 6.2.22 *“Transparentar la asignación de recursos a sus establecimientos para garantizar la ejecución de la prestación (medicamentos, insumos, recursos humanos, equipos, etc.) e informar de ello a la UDR correspondiente en forma trimestral”*.
- ✓ Adicionar el numeral 6.2.23 *“Informar mensualmente al SIS sobre el número de prestaciones efectuadas y la cantidad de inscritos o asegurados atendidos, según lo establecido”*.
- ✓ Adicionar el numeral 6.2.24 *“La DIRESA deberá remitir a la UDR el padrón nominal (Anexo N° 09) con la relación de pacientes afectados de tuberculosis y que van a iniciar tratamiento (cualquier esquema) en el trimestre, El plazo para informar será hasta los primeros 15 días de concluido el trimestre”*.
- ✓ Adicionar el numeral 6.2.25 *“Conformar el Comité de Gestión Ampliado de la Unidad Ejecutora y convocar a las reuniones de trabajo en forma periódica”*.
- ✓ Eliminar el numeral 6.2.7 referido a *“Es responsable de remitir mensualmente al SIS, a través de un informe con carácter de declaración jurada dirigido a la UDR Callao, las referencias producidas por los establecimientos de menor capacidad resolutive a otros de mayor capacidad resolutive, que se encuentren fuera del ámbito del presente convenio”*.
- Modificar el numeral 6.3 De los Establecimientos de Salud de primer nivel de atención en su contenido por los siguientes términos
  - ✓ Modificar el numeral 6.3.1 por el texto siguiente: *“Brindar las prestaciones de salud con calidad, oportunidad, calidez y centrado en el asegurado, cumpliendo progresivamente con las metas de los indicadores, adjunto al presente convenio. La cobertura de prestaciones se determina en el Plan*

SEGUNDA ADENDA AL CONVENIO DE GESTIÓN SUSCRITO ENTRE EL GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO Y EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD EN EL MARCO DEL ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD

*de Beneficios SIS y para efectos del Pago Capitado cubre a los asegurados del Régimen Subsidiado del SIS”.*

- ✓ *Modificar el numeral 6.3.2 por el texto siguiente: “Realizar las afiliaciones de las personas que reúnan los requisitos para ser asegurados del SIS: tener DNI, las condiciones de elegibilidad del SISFOH y no tener otro tipo de seguro”.*
- ✓ *Modificar el numeral 6.3.7 por el texto siguiente: “No realizar cobros indebidos a los asegurados del SIS en el marco del presente convenio”.*
- ✓ *Adicionar el numeral 6.3.9 con el siguiente texto: “El establecimiento de salud es responsable de que las prestaciones registradas en el sistema informático para efectos del pago capitado, se deben haber realizado cumpliendo la normativa vigente; en caso que el SIS detecte falsedad en la información reportada y/o en la documentación presentada, se informará a la SUNASA y al Órgano de Control Institucional de la Unidad Ejecutora o de la DIRESA para que tomen las acciones correspondientes”.*
- Adicionar a la **“CLÁUSULA SÉPTIMA: OBLIGACIONES Y ATRIBUCIONES DEL SEGURO INTEGRAL DE SALUD”** las siguientes obligaciones:
  - Respecto del numeral 7.1 Del SIS Central, adicionar el numeral 7.1.4 *“Remitir una copia del convenio suscrito a la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud”.*
  - Respecto del numeral 7.2 De la UDR, adicionar el numeral 7.2.5 *“Informar al SIS Central los resultados obtenidos de la evaluación de los indicadores evaluados por la UDR, de acuerdo a lo estipulado en el numeral 11.5 del presente convenio”.*
- Modificar la **“CLÁUSULA OCTAVA: MECANISMO DE PAGO”** en los siguientes términos:
  - Modificar el nombre de la Cláusula Octava “Mecanismo de Pago” por el siguiente: *“Mecanismos de Pago, Coeficiente de Ajuste de Riesgo y Tarifas y Costos”.*
  - Modificar el numeral 8.3 por el siguiente texto: *“Los gastos de las prestaciones administrativas de Traslados de Emergencia de establecimientos de primer nivel de atención ya están incluidos en el cálculo de la cápita, así como los traslados por contrarreferencia efectuados por los establecimientos del primer nivel de atención. Los traslados realizados por los establecimientos del segundo nivel (II-1, II-2) al nivel que corresponda, están fuera de pago por cápita”.*
  - Adicionar el numeral 8.4 *“En relación al coeficiente de ajuste de riesgo, se ha realizado el ajuste de riesgo por edad y sexo en los siguientes grupos etarios”:*
    - ✓ Niños menores de 5 años
    - ✓ Niños de 6 a 11 años
    - ✓ Mujeres en Edad Fértil
    - ✓ Población de 15 a 24 años.
  - Adicionar el numeral 8.5. *“En relación a las tarifas y costos, establecer que el sistema de tarifas en el marco del convenio será de común acuerdo con el Gobierno Regional o de acuerdo a normas legales vigentes”.*
- Modificar la **“CLÁUSULA NOVENA: DE LA TRANSFERENCIA”** en los siguientes términos:
  - Modificar su primer párrafo en su contenido y cuadro por el siguiente texto: *“El SIS realizará la transferencia de recursos a la Unidad Ejecutora N° 1316 Dirección Regional de Salud I Callao del GOBIERNO REGIONAL por un monto de S/. 13,954,153 nuevos soles (Trece millones novecientos cincuenta y cuatro mil ciento cincuenta y tres nuevos soles), en este monto se incluye los S/. 4,926,614 (Cuatro*

SEGUNDA ADENDA AL CONVENIO DE GESTIÓN SUSCRITO ENTRE EL GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO Y EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD EN EL MARCO DEL ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD

millones novecientos veintiséis mil seiscientos catorce nuevos soles) transferidos por ajuste dado por edad y sexo para realizar actividades PPR; estos fondos son para el financiamiento de las prestaciones de salud contenidas en el Plan de Beneficios del SIS a la población asegurada de la Región Callao, conforme al siguiente cuadro:

FACTORES DE VALOR DE PRODUCCIÓN	COMPROMISO
Meta de afiliación 2013	0%
Cobertura Prestaciones Preventivas	50%
Intensidad Prestaciones Preventivas	50%

- Modificar el numeral 9.1 en su contenido por el siguiente texto: *“El monto del cápita inicial sin ajuste por edad y sexo será dividido en cuatro partes correspondientes a un trimestre, siendo las entregas trimestrales. La cápita será entregada en un 80% y el 20% restante será entregado al final de cada trimestre luego de haber verificado el cumplimiento de los indicadores, según el siguiente cuadro:*

TRANSFERENCIAS SIS POR CAPITA SIN AJUSTE POR EDAD Y SEXO 2013	
Transferencia por 12 meses (1)	S/. 9,027,539.00
Transferencia trimestral (2)	S/. 1,805,507.75
Transferencia trimestral por cumplimiento de metas (3)	S/. 451,377.00

(1) Importe anual. Incluye ajustes por Salud Escolar, por Programa de Atención del Adulto Mayor y Soporte del Paciente Terminal – ADAMO y por Servicio Itinerante Especializado.

(2) Transferencia del 80% de los trimestres respectivos.

(3) Transferencia del 20% del capitado trimestral, el cual corresponde al incentivo por buen desempeño y que será transferida luego de haber verificado el cumplimiento de indicadores establecidos en el convenio.

- Modificar el numeral 9.3 en su *“Anexo N° 01 Pesos ponderados y factores de ajuste de indicadores”*.
- Modificar el numeral 9.5 en su contenido por el siguiente texto: *“Se financiarán las intervenciones y prestaciones del Plan de Beneficios del SIS que se realicen en los establecimientos de salud del ámbito que corresponda al **GOBIERNO REGIONAL**”*.
- Adicionar al numeral 9.6 el siguiente párrafo: *“Asimismo, la DIRESA deberá asegurar las acciones correspondientes que permitan la oportunidad de las atenciones de salud mental en forma priorizada a la población escolar y adulto mayor; asimismo, se compromete a que las farmacias de sus establecimientos de salud tengan en stock medicamentos para la atención de salud mental del primer nivel de atención.*
- Modificar el numeral 9.7.1 referido a NO utilizar el monto transferido en su contenido por el texto siguiente: *“Contratación de recursos humanos bajo la modalidad según Decreto Legislativo N° 728 y Decreto Legislativo N° 276”*.
- Adicionar al contenido del numeral 9.8 el texto siguiente: *“El término incentivo para los efectos del presente Convenio, entendiéndose que rige a partir de la suscripción del convenio, no significa capacidad del Gobierno Regional o de su DIRESA para otorgar a sus trabajadores, sea cual fuere su régimen laboral o contractual, asignaciones, retribuciones, estímulos, incentivos y beneficios de cualquier índole,*

SEGUNDA ADENDA AL CONVENIO DE GESTIÓN SUSCRITO ENTRE EL GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO Y EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD EN EL MARCO DEL ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD

*cualquiera sea su forma, modalidad, periodicidad y mecanismo para que sean usados a su libre disposición. La DIRESA podrá utilizar el incentivo a que se refiere el Convenio en capacitación al personal que tenga como objeto temas vinculados al aseguramiento universal en salud, así como en el equipamiento de los establecimientos que permitan un mejor desempeño laboral. Así mismo, el plan de utilización del incentivo a que se refiere la presente Cláusula deberá ser remitido previamente al **SIS Central** a través de la UDR para aprobación”.*

- Adicionar el numeral 9.9 *“El monto transferido por ajuste por edad y sexo para realizar actividades PPR será entregado en un 70% inicialmente y el 30% restante será transferido sólo si han alcanzado la meta negociada previamente”.*
- Adicionar el numeral 9.10 *“Todos los cobros indebidos realizados a asegurados del SIS detectados durante el trimestre de evaluación en los establecimientos de salud incluidos en el pago per cápita, serán devueltos al asegurado por el establecimiento de salud infractor, caso contrario será descontado de la siguiente remesa de la cápita correspondiente al 80”.*
- Adicionar el numeral 9.11 *“Las atenciones PREVENTIVAS y RECUPERATIVAS que se realicen a los Pacientes Transeúntes serán reportadas a través del SIASIS para su respectivo pago según tarifa”.*
- Adicionar el numeral 9.12 *“El Hospital II-1 Ventanilla ya no tiene población adscrita, por lo que se retira del presente convenio”.*
- Adicionar el numeral 9.13 *“Cada pliego/Gobierno Regional/UE podrá hacer las modificaciones presupuestales que le permitan alcanzar las metas requeridas en los convenios de acuerdo a normatividad vigente”.*
- Modificar la **“CLÁUSULA DÉCIMA: DEL CONTROL PRESTACIONAL”** en los siguientes términos:
  - Modificar el numeral 10.6 de la siguiente manera:
 

*“Dado que las prestaciones de primer nivel ya están calculadas y financiadas por la cápita, las prestaciones que correspondan ser atendidas en el primer nivel de atención y hayan sido realizadas por el **Hospital de Referencia sea de segundo o tercer nivel de atención**, con diagnósticos CIE-10 correspondientes al primer nivel de atención de Consulta Externa y de Emergencia **que hayan sido referidos del primer nivel de atención**, serán valorizadas y descontadas de la siguiente transferencia programada por cápita. Asimismo, adicionar los siguientes recuadros de Consulta Externa y Emergencia. Por otro lado, se elimina el código CIE-10 O80.1 de la prestación 054 “Atención de Parto Vaginal”, quedando de la siguiente manera”:*

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

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

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

- Modificar la “**CLÁUSULA DÉCIMA PRIMERA: DE LA EVALUACIÓN DE INDICADORES**” en los siguientes términos:
  - Modificar el nombre de la Cláusula Décima Primera “De la Evaluación de Indicadores” por el siguiente: “*De la Evaluación de Indicadores, Metas y Resultados*”
  - Modificar la correlación numérica de los numerales repetidos por los siguientes: “11.1 a 11.3 y 11.2 a 11.4”.
  - Adicionar al numeral 11.2 el párrafo siguiente: “*Las atenciones PREVENTIVAS de **CRED** y de **Controles prenatales** que se realicen a los Pacientes Transeúntes, serán consideradas para el cálculo de los indicadores respectivos de la región de origen, sólo si para CRED y Controles prenatales se realizan por lo menos cinco (05) atenciones y tres (03) controles en la región de origen respectivamente*”.
  - Modificar el numeral 11.3, estableciendo que los indicadores del convenio para el segundo año son:
    - *EESS nivel I-3 cuenta con 02 Equipos Básicos de Atención en Salud (Médico, Lic. Enfermería, Lic. Obstetricia, Técnico en Enfermería y Odontólogo).*
    - *Satisfacción de la dispensación de la receta médica prescrita.*
    - *Personal del EESS de primer nivel que conoce el convenio.*
    - *Porcentaje de asegurados atendidos en el Primer Nivel de Atención.*
    - *Porcentaje de prestaciones preventivas en el Primer Nivel de Atención.*
    - *Porcentaje niños con esquema CRED cumplido.*
    - *Porcentaje de mujeres parturientas con 6 controles prenatales y más.*
    - *Porcentaje de prestaciones de salud bucal.*
    - *Porcentaje de prestaciones de profilaxis antiparasitaria.*
    - *Porcentaje de prestaciones de salud reproductiva.*
    - *Porcentaje de personas afectadas por tuberculosis (PAT) con evaluación de laboratorio inicial completos.*
    - *Porcentaje de referencias justificadas en emergencia.*
    - *Porcentaje de prestaciones observadas por PEA.*
    - *Porcentaje de prestaciones rechazadas por PCPP*
    - *Porcentaje de disponibilidad de medicamentos esenciales.*
    - *Porcentaje de ejecución del componente de reposición.*
  - Adicionar el numeral 11.5 “*El equipo de la UDR realiza el monitoreo de los indicadores de la siguiente manera:*
    - 11.5.1. *Durante el trimestre realiza las siguientes funciones:*
      - 1. *Monitoriza los indicadores:*

- *Personal de EESS del primer nivel que conoce el Convenio*
  - *Satisfacción de la dispensación de las recetas médicas prescritas (Anexo N° 06).*
2. *Solicita información a la DIRESA de los indicadores de Estructura.*
- 11.5.2. *Después de pasado el trimestre monitoriza los indicadores:*
1. *En base a la información remitida por la DIRESA:*
    - *EESS nivel I-3 cuenta con 02 Equipos Básicos de Atención en Salud (Médico, Lic. Enfermería, Lic. Obstetricia, Técnico en Enfermería y Odontólogo)*
  2. *En base a la Información remitida por la GREP*
    - *Porcentaje rechazadas por PCPP del trimestre de evaluación*
    - *Porcentaje de referencias justificadas en emergencia (Anexo N° 08)*
  3. *Monitoreo de Garantías Explícitas, aplicando el instrumento correspondiente (Anexo N° 03)*

*Al término del siguiente trimestre de evaluación, la UDR remite a la GREP el resultado de la medición de los indicadores que le corresponde evaluar en magnético y en físico, en un plazo no mayor de 15 días útiles.*

- *Adicionar el numeral 11.6 “La Oficina General de Tecnologías de la Información (OGTI), al término de los 60 días posteriores al trimestre, procesa la información de los siguientes indicadores:*

**De Proceso:**

*Porcentaje de asegurados atendidos en el Primer Nivel de Atención*  
*Porcentaje de prestaciones preventivas en el Primer Nivel de Atención*  
*Porcentaje de niños con esquema CRED cumplido*  
*Porcentaje de mujeres parturientas con 6 controles prenatales y más*  
*Porcentaje de prestaciones bucales*  
*Porcentaje de prestaciones de profilaxis antiparasitaria*  
*Porcentaje de prestaciones de salud reproductiva*  
*Porcentaje de personas afectadas por tuberculosis (PAT) con evaluación de laboratorio inicial completos.*  
*Porcentaje de referencias justificadas en emergencia*

**De Resultado:**

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

*Al término del siguiente trimestre de evaluación, la OGTI pone a disposición de la GREP el resultado de la medición de los indicadores señalados en 11.6, en un plazo no mayor de 15 días útiles.*

- *Adicionar el numeral 11.7 “El equipo de la GREP realiza las siguientes funciones”:*
  - *Consolida y analiza los resultados de los indicadores evaluados e informados por la UDR.*
  - *Analiza los resultados obtenidos por la OGTI, luego de lo cual remite la información a la OGTI, la que a su vez publicará los resultados en la página web institucional, asimismo remitirá copia a GNF.*

SEGUNDA ADENDA AL CONVENIO DE GESTIÓN SUSCRITO ENTRE EL GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO  
Y EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD EN EL MARCO DEL ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD

- Adicionar el numeral 11.8 *“El equipo de GNF realiza las siguientes funciones:*
  - *Realiza la medición del indicador “Porcentaje de ejecución del Componente de Reposición” y “Porcentaje de disponibilidad de medicamentos esenciales” y comunica el resultado a OGTI para su publicación en la página web del SIS.*
  - *De acuerdo a los resultados reportados por la GREP, realiza el cálculo del monto a pagar por cada indicador.*

*Lo expuesto en los numerales 11.5, 11.6 y 11.7 se grafica en el Anexo N° 05.*

- Modificar la **“CLÁUSULA DÉCIMO TERCERA: DE LA COORDINACIÓN”** en los siguientes términos:
  - Adicionar al contenido del numeral 13.3.1 el párrafo siguiente: *“La GREP realizará las coordinaciones con OGTI para la implementación de la diferenciación del registro de las prestaciones realizadas por Equipos itinerantes y Equipos AISPED; de modo tal que, en el momento de la digitación se incorpore un campo que permita esta distinción”.*
  - Adicionar el numeral 13.3.4. con el texto siguiente: *“La Gerencia del Asegurado, será la encargada de informar a la Gerencia de Negocios y Financiamiento en forma periódica los montos correspondientes a descontar por cobros indebidos detectados en los establecimientos de salud incluidos en el pago per cápita, así como la evaluación de la satisfacción del surtimiento de la receta médica”.*
  - Adicionar el numeral 13.4 *“El Comité de Gestión Ampliado de la Unidad Ejecutora debe enviar a las UDRs una copia de las actas de las reuniones realizadas”.*
  - Adicionar el numeral 13.5 con el texto siguiente: *“La Unidad Desconcentrada del Seguro Integral de Salud será el órgano encargado de:*
    - a. *Monitorizar el cumplimiento de los indicadores de acuerdo a lo dispuesto en el numeral 11.5.*
    - b. *Monitorizar el cumplimiento de las garantías explícitas y la satisfacción del surtimiento de la receta médica (Anexos N° 03 y 06).*
    - c. *Detectar cobros indebidos aplicando el instrumento del Anexo N° 07.*
    - d. *Remitir a la GREP el padrón nominal de casos de tuberculosis reportados en el trimestre (Anexo N° 09)”.*

**CLÁUSULA TERCERA: DECLARACIÓN DE LAS PARTES:**

El **SIS** y el **GOBIERNO REGIONAL** declaran que los demás términos y condiciones del contrato de financiamiento suscrito entre las mismas partes se mantienen vigentes e inalterables en cuanto no se opongan a la presente adenda.

En fe de lo cual, los representantes legalmente autorizados, firman la presente Adenda, en dos ejemplares de igual tenor y validez legal, en la ciudad de Lima a los quince días del mes de marzo del año 2013.

---

**FELIX MANUEL MORENO CABALLERO**  
Presidente Regional  
Gobierno Regional del Callao

---

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

SEGUNDA ADENDA AL CONVENIO DE GESTIÓN SUSCRITO ENTRE EL GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO Y EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD EN EL MARCO DEL ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD

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

N°	TIPO DE INDICADOR	NOMBRE DEL INDICADOR	INCENTIVO AL 20%	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE METAS	PESOS PONDERADOS	FACTOR DE AJUSTE
1	ESTRUCTURA	EESS nivel I-3 cuenta con <b>02 Equipos Básicos de Atención en Salud</b> (Médico, Lic. Enfermería, Lic. Obstetricia, Técnico en Enfermería y Odontólogo)	S/. 90,275.40		0.05	0.7
2		Satisfacción de la dispensación de la receta médica prescrita	S/. 126,385.56		0.07	0.7
3		Personal del EESS I nivel atención que conoce del convenio	S/. 90,275.40		0.05	0.7
4	PROCESO	Porcentaje de asegurados atendidos en el I Nivel de Atención	S/. 126,385.56		0.07	0.7
5		Porcentaje de Prestaciones Preventivas en el Primer Nivel de Atención .	S/. 126,385.56		0.07	0.7
6		Porcentaje niños con esquema CRED cumplido	S/. 126,385.56		0.07	0.7
7		Porcentaje de mujeres parturientas con 6 controles prenatales y más	S/. 126,385.56		0.07	0.7
8		Porcentaje de prestaciones de salud bucal	S/. 108,330.48		0.06	0.7
9		Porcentaje de prestaciones de profilaxis antiparasitaria	S/. 108,330.48		0.06	0.7
10		Porcentaje de prestaciones de salud reproductiva	S/. 108,330.48		0.06	0.7
11		Porcentaje de Referencias justificadas en Emergencia	S/. 90,275.40		0.05	0.7
12		Porcentaje de personas afectadas por tuberculosis (PAT) con evaluación de laboratorio inicial completo	S/. 126,385.56		0.07	0.7
13		RESULTADOS	Porcentaje de prestaciones observadas por PEA	S/. 90,275.40		0.05
14	Porcentaje de prestaciones rechazadas por PCPP		S/. 126,385.56		0.07	0.7
15	Porcentaje de Disponibilidad de Medicamentos Esenciales		S/. 126,385.56		0.07	0.7
16	Porcentaje de ejecución del Componente de Reposición		S/. 108,330.48		0.06	0.7

SEGUNDA ADENDA AL CONVENIO DE GESTIÓN SUSCRITO ENTRE EL GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO Y EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD EN EL MARCO DEL ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD

**ANEXO N° 02: INDICADORES DEL CONVENIO**

N°	TIPO DE INDICADOR	NOMBRE DEL INDICADOR	VALOR BASAL	I	II	III	IV
				TRIMESTRE	TRIMESTRE	TRIMESTRE	TRIMESTRE
				META	META	META	META
1	ESTRUCTURA	EESS nivel I-3 cuenta con <b>02 Equipos Básicos de Atención en Salud</b> (Médico, Lic. Enfermería, Lic. Obstetricia, Técnico en Enfermería y Odontólogo)	50%	50%	50%	100%	100%
2		Satisfacción del Dispensación de la receta medica prescrita	Se medirán en el 1º trimestre				
3		Personal del EESS I nivel atención que conoce del convenio	Se medirán en el 1º trimestre				
4	PROCESO	Porcentaje de asegurados atendidos en el I Nivel de Atención	10%	13%	15%	20%	25%
5		Porcentaje de Prestaciones Preventivas en el Primer Nivel de Atención .	52%	52.0%	55%	60%	65%
6		Porcentaje niños con esquema CRED cumplido	4%	6%			
			2%		8%		
			1%			10%	
			1%				20%
7		Porcentaje de mujeres parturientas con 6 controles prenatales y mas	28%	28%	36%	42%	50%
8		Porcentaje de prestaciones de salud bucal	4%	6%	10%	15%	20%
9		Porcentaje de prestaciones de profilaxis antiparasitaria	2%	6%	8%	10%	20%
10		Porcentaje de prestaciones de salud reproductiva	3%	6%	8%	10%	20.00
11	Porcentaje de Referencias justificadas en Emergencia	37%	40%	45%	50%	55%	
12	Porcentaje de personas afectadas por tuberculosis (PAT) con evaluación de laboratorio inicial completo	Se medirán en el 1º trimestre					
13	RESULTADOS	Porcentaje de prestaciones observadas por PEA	0.76%	0.9%	0.9%	0.9%	0.9%
14		Porcentaje de prestaciones rechazadas por PCPP	62%	60%	55%	50%	40%
15		Porcentaje de Disponibilidad de Medicamentos Esenciales	85%	85%	86%	90%	80%
16		Porcentaje de ejecución del Componente de Reposición	171.40%	40%	60%	150%	20%

SEGUNDA ADENDA AL CONVENIO DE GESTIÓN SUSCRITO ENTRE EL GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO Y EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD EN EL MARCO DEL ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD

ANEXO 03: INSTRUMENTO DE MONITOREO DEL CUMPLIMIENTO DE LAS GARANTÍAS EXPLÍCITAS*				
FECHA DE VERIFICACIÓN:				
MÉDICO SUPERVISOR GREP/ODSIS/MÉDICO AUDITOR ESTABLECIMIENTO	Dr(a)			
ESTABLECIMIENTO DE SALUD:	Dr(a)			
CATEGORÍA:	MÉDICO DEL EESS/RESPONSABLE DE OFICINA DE SEGUROS			
	SI	NO	OBSERVACIONES	FUENTE DE VERIFICACIÓN
<b>I) POBLACIÓN SANA</b>				
<b>RECIÉN NACIDO</b>				
Oportunidad				
1			El primer control del Recién Nacido se programará entre los 7 y 15 días de vida	
<b>NIÑA/O SANO</b>				
Oportunidad				
2			El tamizaje de Anemia será realizado en todo menor de 3 años, una vez al año.	
Calidad				
3			Los controles de crecimiento y desarrollo y la administración de vacunas serán realizados por personal de salud capacitado.	
<b>II) CONDICIONES OBSTETRICAS</b>				
<b>HEMORRAGIA DE LA SEGUNDA MITAD DEL EMBARAZO</b>				
Oportunidad				
4			En establecimientos de primer nivel de atención a la gestante con diagnóstico de hemorragia de la segunda mitad del embarazo, se deberá canalizar vía endovenosa, estabilizará e iniciará la referencia al establecimiento de mayor complejidad en un lapso que no excederá los 30 MINUTOS.	
5			En establecimientos de segundo y tercer nivel de atención la culminación de la gestación por hemorragia de la segunda mitad del embarazo y con alteraciones hemodinámicas, será por cesárea y el tiempo para el inicio de la misma no excederá los 30 MINUTOS	
<b>III) CONDICIONES PEDIATRICAS</b>				
<b>CONDICIONES QUE AFECTAN AL MENOR DE 12 AÑOS</b>				
<b>ENFERMEDAD DIARREICA</b>				
Oportunidad				
6			A todo niña/niño con deshidratación sin shock se le administrará terapia de rehidratación.	

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

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

SEGUNDA ADENDA AL CONVENIO DE GESTIÓN SUSCRITO ENTRE EL GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO Y EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD EN EL MARCO DEL ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD

<b>FICHA TECNICA MATRIZ DE INDICADORES</b>		Area Responsable
		Seguro Integral de Salud
		Gerencia de Riesgos y Evaluación de las Prestaciones
<b>1. Datos de identificación del Indicador</b>		
<b>Codigo</b>	1.2	<b>Nombre del indicador</b>
		Satisfacción de la Dispensación de la receta medica prescrita
<b>Definición del indicador</b>		
Mide el acceso a los medicamentos e insumos prescritos durante la atención médica, los mismos que deben ser entregados de manera completa por la Farmacia y de esta manera se evalúa la integridad de la atención.		
<b>2. Relevancia del Indicador</b>		
<b>Propósito</b>		
Mide la entrega de medicamentos e insumos a los asegurados SIS, que en caso de no ser completa revela el desabastecimiento de farmacia, lo que genera desprotección financiera en nuestros asegurados al incrementar su gasto de bolsillo en salud por la compra de medicamentos e insumos.		
<b>Justificación</b>		
Impulsar el abastecimiento adecuado de Farmacias y la entrega completa de medicamentos e insumos prescritos a fin de contribuir a la atención de calidad de los asegurados SIS.		
<b>3. Aspectos metodológicos de la estimación del indicador</b>		
<b>Cálculo del Indicador</b>		<b>Numerador</b>
$\frac{\text{N}^\circ \text{ Recetas atendidas al } 100\% \times 100}{\text{N}^\circ \text{ total de Recetas Evaluadas}}$		Nº Recetas atendidas al 100% x 100, tanto en medicamentos como en insumos.
		<b>Denominador</b>
		Nº total de Recetas Evaluadas
<b>Supuestos</b>		<b>Representatividad</b>
Los establecimientos reciben oportunamente los medicamentos e insumos adquiridos por compra Nacional y que no hayn ítems desiertos en ésta.		En su ambito de evaluación.
<b>Niveles de desagregación</b>		<b>Frecuencia de medición</b>
Regional, establecimientos de primer nivel de atención.		Trimestral
<b>4. Fuente de datos y flujo de la información</b>		
<b>Fuente de datos</b>		
Encuestas realizadas por personal de la UDR a los pacientes asegurados SIS en los EESS seleccionados, de acuerdo al instrumento diseñado para tal fin.		
<b>Responsable de los datos e información</b>		
<b>Recopilación de datos</b>		
UDR		
<b>Procesamiento de datos</b>		
UDR		
<b>5. Determinación de valores y referencias adicionales</b>		
Valor basal: Se determinará con los resultados de las encuestas realizadas durante el 1° trimestre de ejecución del Convenio.		
Ver ANEXO N° 02 INDICADORES DEL CONVENIO		
<b>Referencias Bibliográficas</b>		
RM N° 746-2012-MINSA que aprueba el Listado de Productos Farmacéuticos para la compra corporativa de Productos Farmacéuticos para el abastecimiento del año 2013.		
RM N° 1753-2002 Directiva SISMED.		
RM N° 367-2005-MINSA-Modificatoria SISMED		
<b>Comentarios Técnicos</b>		
Para la medición de los resultados no se tomará en cuenta los medicamentos e insumos que no hayan sido abastecidos por Compra Nacional.		
No hay valor basal, el I trimestre se comportará como valor basal y las metas de los trimestres venideros se negociaran por medio de adenda.		

SEGUNDA ADENDA AL CONVENIO DE GESTIÓN SUSCRITO ENTRE EL GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO Y EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD EN EL MARCO DEL ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD

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

SEGUNDA ADENDA AL CONVENIO DE GESTIÓN SUSCRITO ENTRE EL GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO Y EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD EN EL MARCO DEL ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD

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

SEGUNDA ADENDA AL CONVENIO DE GESTIÓN SUSCRITO ENTRE EL GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO Y EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD EN EL MARCO DEL ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD

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

SEGUNDA ADENDA AL CONVENIO DE GESTIÓN SUSCRITO ENTRE EL GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO Y EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD EN EL MARCO DEL ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD

<b>FICHA TECNICA MATRIZ DE INDICADORES ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD</b>		Area Responsable
		Seguro Integral de Salud
		Gerencia de Riesgos y Evaluación de las Prestaciones
1. Datos de identificación del Indicador		
<b>Codigo</b>	1.6	<b>Nombre del indicador</b>
		Porcentaje niños con esquema CRED cumplido
<b>Definición del indicador</b>		
Este indicador mide la cantidad de niños protegidos con CRED en la Región.		
2. Relevancia del Indicador		
<b>Propósito</b>		
Fortalecer la atención preventiva en los niños menores de 1 año a través de la realización de los CREDs.		
<b>Justificación</b>		
La atención CRED contribuye a la disminución de la morbilidad infantil. Se considera un indicador proxy para medir la evolución de la desnutrición crónica.		
3. Aspectos metodológicos de la estimación del indicador		
<b>Cálculo del Indicador</b>		<b>Numerador</b>
Niños de 1 a 11 meses, con N° de CREDs de acuerdo al esquema X 100 Niños de 1 a 11 meses, afiliados al SIS		Niños de menores de 01 año nacidos con un mes de anterioridad a la vigencia del convenio, contabilizando las prestaciones a partir de la fecha de vigencia del Convenio que reciben los niños/as menores de 1 año de acuerdo al
		<b>Denominador</b>
		Total de niños menores de 01 año nacidos desde un mes antes de la vigencia del Convenio Capitado.
<b>Supuestos</b>		<b>Representatividad</b>
Para identificar a los asegurados incluidos en el numerador, se considerará a los nacidos desde 01 mes antes de la vigencia del Convenio Los niños son mayores a 1 mes y menores de 12m que sean residentes de la region y tengan minimo 5 controles en su region, completando 11 controles a nivel nacional. Fecha de Atención : el trimestre de evaluación. Fecha de Producción: el trimestre más 02 meses después de culminado éste. Se considera tambien a los EESS de II nivel de atención con población adscrita que ha sido considerados dentro de la cápita. Los controles deben ser oportuno		En el ambito de evaluación
<b>Frecuencia de medición</b>		
Trimestral		
4. Fuente de datos y flujo de la información		
<b>Fuente de datos</b>		
SIASIS		
<b>Responsable de los datos e información</b>		
<b>Recopilación de datos</b>		
Establecimientos de salud que realizan la atención de los pacientes y que registran en los aplicativos informaticos (ARFSIS Y SIASIS).		
<b>Procesamiento de datos</b>		
OGTI- SIS		
5. Determinación de valores y referencias adicionales		
Ver ANEXO N° 02 INDICADORES DEL CONVENIO		
<b>Referencias Bibliográficas</b>		
RM N° 990-2010-MINSA, que aprueba la NTS N° 087-MINSA/DGSP V01 Norma Técnica de Salud para el Control del Crecimiento y Desarrollo de la niña y el niño menor de cinco años. 		
<b>Comentarios Técnicos</b>		
Para el cálculo del valor basal se ha tomado como referencia las prestaciones realizadas en los trimestres Diciembre 2011 a Febrero 2012 y Marzo a Mayo 2012.		

SEGUNDA ADENDA AL CONVENIO DE GESTIÓN SUSCRITO ENTRE EL GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO Y EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD EN EL MARCO DEL ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD

<b>FICHA TECNICA MATRIZ DE INDICADORES ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD</b>		Area Responsable
		<b>Seguro Integral de Salud</b>
		Gerencia de Riesgos y Evaluación de las Prestaciones
<b>1. Datos de identificación del Indicador</b>		
<b>Codigo</b>	I.7	<b>Nombre del indicador</b>
		<b>Porcentaje de mujeres parturientas con 6 controles prenatales y mas</b>
<b>Definición del indicador</b>		
El indicador mide el porcentaje de mujeres que al momento de atenderse el parto tiene mayor o igual de 6 controles prenatales.		
<b>2. Relevancia del Indicador</b>		
<b>Propósito</b>		
Medir el cumplimiento de los controles prenatales en las gestantes.		
<b>Justificación</b>		
Mide el acceso de las gestantes a los servicios de atención prenatal. Una medida para contribuir a disminuir los factores de riesgo de la mortalidad materna.		
<b>3. Aspectos metodológicos de la estimación del indicador</b>		
<b>Cálculo del Indicador</b>		<b>Numerador</b>
$\frac{\text{Gestantes con parto registrado y con 6 controles prenatales y mas durante su embarazo} \times 100}{\text{Partos registrados en el trimestre, de mujeres afiliadas en la Región}}$		Gestantes con parto registrado en la Región y con 6 controles prenatales y mas durante su embarazo X 100
		<b>Denominador</b>
		Partos registrados en el trimestre, de mujeres afiliadas en la Región
<b>Supuestos</b>		<b>Representatividad</b>
Las gestantes residentes de la region y que tengan parto en TODO EL PAIS y que tengan minimo 3 controles en su region, completando 6 controles a nivel nacional.		En el ambito de evaluación
<b>Frecuencia de medición</b>		
Trimestral		
<b>4. Fuente de datos y flujo de la información</b>		
<b>Fuente de datos</b>		
SIASIS		
<b>Responsable de los datos e información</b>		
<b>Recopilación de datos</b>		
Establecimientos de salud que realizan la atención de los pacientes y que registran en los aplicativos informaticos (ARFSIS Y SIASIS)..		
<b>Procesamiento de datos</b>		
OGTI - SIS		
<b>5. Determinación de valores y referencias adicionales</b>		
Ver ANEXO N° 02 INDICADORES DEL CONVENIO		
<b>Referencias Bibliográficas</b>		
		
<b>Comentarios Técnicos</b>		
Para el cálculo del valor basal se ha tomado como referencia las prestaciones realizadas en los trimestres Diciembre 2011 a Febrero 2012 y Marzo a Mayo 2012.		

SEGUNDA ADENDA AL CONVENIO DE GESTIÓN SUSCRITO ENTRE EL GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO Y EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD EN EL MARCO DEL ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD

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

SEGUNDA ADENDA AL CONVENIO DE GESTIÓN SUSCRITO ENTRE EL GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO Y EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD EN EL MARCO DEL ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD

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

SEGUNDA ADENDA AL CONVENIO DE GESTIÓN SUSCRITO ENTRE EL GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO Y EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD EN EL MARCO DEL ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD

<b>FICHA TECNICA MATRIZ DE INDICADORES ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD</b>		Area Responsable
		Seguro Integral de Salud
		Gerencia de Riesgos y Evaluación de las Prestaciones
<b>1. Datos de identificación del Indicador</b>		
<b>Código</b>	I.10	<b>Nombre del indicador</b>
		Porcentaje de Prestaciones de Salud Reproductiva
<b>Definición del indicador</b>		
El indicador mide la cobertura de prestaciones preventivas de Salud Reproductiva que se realiza respecto los asegurados de 12 a 60 años de la Región.		
<b>2. Relevancia del Indicador</b>		
<b>Propósito</b>		
Fortalecer las acciones de Salud Reproductiva en la población.		
<b>Justificación</b>		
Mide el acceso de los asegurados a la prestación preventiva de salud reproductiva.		
<b>3. Aspectos metodológicos de la estimación del indicador</b>		
<b>Cálculo del Indicador</b>		<b>Numerador</b>
$\frac{\text{N}^\circ \text{ de prestaciones de Salud Reproductiva}}{\text{N}^\circ \text{ de asegurados entre 12 y 60 años de la Región.}}$		N° de prestaciones de Salud Reproductiva de los códigos prestacionales 018
		<b>Denominador</b>
		Número de asegurados de 12 a 60 años de la Región, promedio de los trimestres Diciembre 2011 a Febrero 2012 y Marzo a Mayo 2012, que se mantendrá constante durante todo el año.
<b>Supuestos</b>		<b>Representatividad</b>
Que no se cambien condiciones de las prestaciones preventivas establecidas por el MINSA.		En el ámbito de evaluación
<b>Frecuencia de medición</b>		
Trimestral		
<b>4. Fuente de datos y flujo de la información</b>		
<b>Fuente de datos</b>		
SIASIS		
<b>Responsable de los datos e información</b>		
<b>Recopilación de datos</b>		
Establecimientos de salud que realizan la atención de los pacientes.		
<b>Procesamiento de datos</b>		
OGTI		
<b>5. Determinación de valores y referencias adicionales</b>		
Ver ANEXO N° 02 INDICADORES DEL CONVENIO		
<b>Referencias Bibliográficas</b>		
		
<b>Comentarios Técnicos</b>		
Para el cálculo del valor basal se ha tomado como referencia las prestaciones realizadas en el periodo de Diciembre 2011 a Mayo 2012. Se consideró población asegurada de ambos sexos de 12 a 60 años		

SEGUNDA ADENDA AL CONVENIO DE GESTIÓN SUSCRITO ENTRE EL GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO Y EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD EN EL MARCO DEL ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD

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

SEGUNDA ADENDA AL CONVENIO DE GESTIÓN SUSCRITO ENTRE EL GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO Y EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD EN EL MARCO DEL ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD

FICHA TECNICA MATRIZ DE INDICADORES		Area Responsable
		Seguro Integral de Salud
		Gerencia de Riesgos y Evaluación de las Prestaciones
Codigo	I.12	Nombre del indicador
		Porcentaje de personas afectadas por tuberculosis (PAT) con evaluación de laboratorio inicial completos (*)
Definición del indicador		
Mide la cobertura de exámenes auxiliares iniciales realizados a los PAT asegurados SIS.		
Propósito		
Verificar que los EESS brinden la atención integral a los PAT , incluyendo los exámenes auxiliares de acuerdo a la		
Justificación		
En el marco del AUS constituye una medida que permitirá cuantificar la proporción de PAT que acceden al PEAS y se		
Cálculo del Indicador		Numerador
$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ PAT con evaluación de laboratorio inicial completa en el trimestre} \times 100}{\text{N}^{\circ} \text{ total de PAT(casos nuevos) reportados en el trimestre}}$		Nº personas que inician tratamiento de
		Denominador
		Nº total de PAT reportados en el trimestre ala Estrategia Nacional de TBC mediante padron nominal estandarizado por la ESNPCT
Supuestos		Representatividad
Niveles de desagregación		Frecuencia de medición
Regional, establecimientos de primer nivel.		Trimestral
Fuente de datos		
SIASIS		
Responsable de los datos e información		
Recopilación de datos		
Establecimientos de salud que realizan la atención de los pacientes.		
Procesamiento de datos		
OGTI		
Valor basal: Se determinará con los resultados de las encuestas realizadas durante el 1º trimestre de ejecución del Ver ANEXO N° 02 INDICADORES DEL CONVENIO		
Referencias Bibliográficas		
RM N° 579-2010-MINSA, que modifica el subnumeral 7 TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS de la R.M. N° 383-2006/MINSA que aprueba la NTS N° 041-MINSA/DGSP-V.01 "NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA EL CONTROL DE LA TUBERCULOSIS"		
Comentarios Técnicos		
(*) Evaluación clínica y de laboratorio inicial completo, Incluye: Hemograma completo, Glicemia, Creatinina, Perfil hepático completo, serología para VIH 1-2, Prueba de embarazo (MEF), Radiografía de tórax frontal.		
No hay valor basal, el I trimestre se comportará como valor basal y las metas de los trimestres venideros se negociaran por medio de adenda.		

SEGUNDA ADENDA AL CONVENIO DE GESTIÓN SUSCRITO ENTRE EL GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO Y EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD EN EL MARCO DEL ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD

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

SEGUNDA ADENDA AL CONVENIO DE GESTIÓN SUSCRITO ENTRE EL GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO Y EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD EN EL MARCO DEL ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD

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

SEGUNDA ADENDA AL CONVENIO DE GESTIÓN SUSCRITO ENTRE EL GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO Y EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD EN EL MARCO DEL ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD

FICHA TECNICA MATRIZ DE INDICADORES		Area Responsable	
		Dirección General de Medicamentos Insumos y Drogas	
		Dirección de Acceso y Uso de Medicamentos	
<b>1. Datos de identificación del Indicador</b>			
<b>Codigo</b>	I.15	<b>Nombre del indicador</b>	
		INDICADOR DEL PORCENTAJE DE DISPONIBILIDAD DE MEDICAMENTOS ESENCIALES	
<b>Definición del indicador</b>			
Este indicador mide el porcentaje de ítems de medicamentos esenciales no vencidos, existentes físicamente y en la cantidad suficiente para atender en forma completa y oportuna a los usuarios que demanden un tratamiento farmacológico en los establecimientos de salud.			
<b>2. Relevancia del Indicador</b>			
<b>Propósito</b>			
El indicador de disponibilidad mide el nivel de abastecimiento de medicamentos en los establecimientos de salud, lo que constituye uno de los elementos fundamentales para garantizar el acceso por parte de la población.			
<b>Justificación</b>			
La medición de la disponibilidad de medicamentos permiten evaluar la eficiencia de la gestión de los sistemas de suministro y el nivel de acceso, ya que la falta de medicamentos constituye un problema crítico de impacto negativo en la recuperación salud de la población.			
<b>3. Aspectos metodológicos de la estimación del indicador</b>			
<b>Cálculo del Indicador (Indicador regional)</b>		<b>Numerador</b>	
$\frac{\sum \text{ítems de medicamentos esenciales con disponibilidad } >1 \text{ mes existentes en todos los EESS}}{\sum \text{N}^\circ \text{ Total de ítems medicamentos esenciales utilizados en los EESS}} \times 100$		Sumatoria de todos los ítems de medicamentos esenciales con stock vigente y disponible para cubrir una demanda de consumo(*) mayor de 1 mes existentes en todos los establecimientos de salud de la DIRESA, en el periodo evaluado.	
		<b>Denominador</b>	
		Sumatoria del N° Total de ítems de medicamentos esenciales utilizados(**) en el semestre anterior en cada uno de los establecimientos de salud de la DIRESA, en el periodo evaluado.	
<b>Supuestos</b>		<b>Representatividad</b>	
El valor objetivo está representado por la situación ideal de disponibilidad de los medicamentos esenciales en el establecimiento de salud.		En su ámbito de evaluación.	
<b>Niveles de desagregación</b>		<b>Frecuencia de medición</b>	
Se incluyen a todos los establecimientos de salud públicos del primer nivel de atención (Centros y Puestos de Salud) dependientes del Gobierno Regional.		Mensual	
<b>4. Fuente de datos y flujo de la información</b>			
<b>Fuente de datos</b>			
La información es extraída desde la base de datos del SISMED, la misma que consolida los datos de stock y consumos(*) mensuales reportados en el Informe de Consumo Integrado (ICI) de los establecimientos de salud de las DISA/DIRESA/GERESA.			
<b>Responsable de los datos e información:</b>			
<b>Recopilación de datos</b>			
DIGEMID			
<b>Procesamiento de datos</b>			
DIGEMID			
<b>5. Determinación de valores y referencias adicionales</b>			
Valor basal: Callao = 85%			
Metas: 1er Trim. 85%, 2do Trim. 86%, 3er Trim. 90%, 4to Trim. 80%.			
<b>Referencias Bibliográficas</b>			
Ley N° 29549 Ley de los Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios			
RM N° 062-2010/MINSA Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales			
RM N° 1753-2002-SA-DM Directiva SISMED.			
RM N° 367-2005-MINSA-Modificatoria SISMED			
Manual de indicadores de Gestión y Uso de Medicamentos del SISMED 2002			
<b>Comentarios Técnicos</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>- La Disponibilidad se calcula dividiendo el stock disponible del medicamento evaluado entre su consumo promedio mensual ajustado.</li> <li>- El Stock Disponible es el saldo disponible, al mes de evaluación, de los medicamentos esenciales vigentes considerados en el PNUME.</li> <li>- El Consumo Promedio Mensual Ajustado es la cantidad promedio de consumo mensual en un periodo determinado que registra un medicamento, descartando aquellos meses que no registran salidas. Para el cálculo de nuestro indicador se deben considerar los 6 meses anteriores al periodo evaluado.</li> </ul>			
(*) Entiéndase por consumos a todas las salidas mensuales reportadas en el Formato ICI y registradas en el sistema informático del SISMED correspondientes a los componentes Ventas, SIS, Intervenciones Sanitarias, Exoneraciones, Defensa Nacional, SOAT y Otros Convenios.			
(**) Entiéndase por medicamentos utilizados a la cantidad total de medicamentos que presentaron un consumo promedio ajustado del semestre anterior, mayor a cero, de cada establecimiento de salud.			

SEGUNDA ADENDA AL CONVENIO DE GESTIÓN SUSCRITO ENTRE EL GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO Y EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD EN EL MARCO DEL ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD

FICHA TECNICA MATRIZ DE INDICADORES ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD		Area Responsable <b>Seguro Integral de Salud</b> Gerencia de Negocios y Financiamiento
<b>1. Datos de identificación del Indicador</b>		
<b>Codigo</b>	I.16	<b>Nombre del indicador</b> <b>Porcentaje de ejecución del Componente de Reposición</b>
<b>Definición del indicador</b>		
Indicador mide que los niveles de reposición de los materiales e insumos médicos usados en las prestaciones realizadas.		
<b>2. Relevancia del Indicador</b>		
<b>Propósito</b>		
Este indicador mide que los establecimientos repongan los materiales e insumos médicos usados en las prestaciones realizadas y eviten el desabastecimiento.		
<b>Justificación</b>		
El Aseguramiento Universal en salud es un proceso orientado a lograr que toda la población residente en el territorio nacional disponga de un seguro de salud que le permita acceder a un conjunto de prestaciones de salud de carácter preventivo, promocional, recuperativo y de rehabilitación, en condiciones adecuadas de eficiencia, equidad, oportunidad, calidad y dignidad, sobre la base del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS). Las observaciones de las normas aprobadas en el reglamento de la Ley 29344 dispone que las entidades prestadoras del AUS se organicen y funcionen como IPRESS; para este efecto es necesario definir las brechas de demanda y oferta de servicios de salud; redefinir la organización y funcionamiento de las redes y microredes y definir la cartera de servicios de cada red en su conjunto y de cada establecimiento de salud. Sobre esta base se pretende optimizar la gestión de recursos humanos, infraestructura y equipamiento; medicamentos; informática; acciones para lograr la mejora de la calidad de la atención que posibilite el inicio del intercambio de prestaciones entre los actores del AUS.		
<b>3. Aspectos metodológicos de la estimación del indicador</b>		
<b>Cálculo del Indicador</b>		<b>Numerador</b>
<u>Ejecución de Gasto realizado en medicamentos e insumos y material médico X100</u> Consumo total reportado		Ejecución de gasto realizado en medicamentos, insumos y material médico por la UE.
		<b>Denominador</b>
		Consumo total reportado por UE.
<b>Supuestos</b>		<b>Representatividad</b>
La información debe ser registrada en los aplicativos del SIS, que las Unidades Ejecutoras informen los gastos de ejecución de las transferencias SIS en el anexo 1 y/o se tenga acceso a la información del SIAF-MEF de las Unidades Ejecutoras.		Los datos tendrán representatividad en su ambito de evaluación, para la condición asegurable específica.
<b>Niveles de desagregación</b>		<b>Frecuencia de medición</b>
Unidad Ejecutora y establecimiento de salud		Trimestral.
<b>4. Fuente de datos y flujo de la información</b>		
<b>Fuente de datos</b>		
ARFSIS, SIASIS, SIAF-MEF		
<b>Responsable de los datos e información</b>		
<b>Recopilación de datos</b>		
EESS que realizan la atención de pacientes y/o Unidades Ejecutoras		
<b>Procesamiento de datos</b>		
El procesamiento de información debe ser realizado en el SIS (UDR, OGTI, GNF)		
<b>5. Determinación de valores y referencias adicionales</b>		
<b>Estandares internacionales o valores de referencia</b>		
<b>Valor basal: 171.4%</b>		
Meta 1° Trimestre: 40%		
Meta 2° Trimestre: 60%		
Meta 3° Trimestre: 150%		
Meta 4° Trimestre: 20%		
<b>Referencias Bibliográficas</b>		
1. Ministerio de Salud. Plan de implementación del Aseguramiento Universal en Salud. Perú 2010. 2010, pp 48.		
2. Ley N° 29344. Ley Marco del Aseguramiento Universal en Salud.		
3. RM. N° 422-2007-SA, RM N° 612-2010-SA		
<b>Comentarios Técnicos</b>		
<u>Ejecución del gasto realizado en medicamentos e insumos y material médico:</u> Se refiere al gasto evidenciado según data del SIAF-MEF según clasificador correspondiente a la compra de vacunas, medicamentos, productos similares, material médico, insumos, instrumental y accesorios médicos, quirúrgicos, odontológicos y de laboratorio. El gasto es en fase devengado.		
<u>Consumo total reportado:</u> Se refiere al consumo en medicamentos, insumos, procedimientos médico quirúrgicos y estomatológicos, gastos de hotelería y servicios administrativos incluidos en la prestación y que han sido reportados en los formatos únicos de atención digitados en el ARFSIS o SIASIS. Cabe señalar, que los gastos de hotelería y servicios administrativos corresponden exclusivamente a los EESS que cuentan con hospitalización. Incluye también los gastos en que pudieran incurrir los EESS para cubrir las prestaciones de procedimientos de ayuda al diagnóstico por terceros.		

ANEXO N° 05

GUIA DE ACTIVIDADES

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

**ANEXO N° 06**

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

ANEXO N° 07

INSTRUMENTO DE DETECCIÓN DE COBROS INDEBIDOS

<b>SEGURO INTEGRAL DE SALUD</b>			
<b>GERENCIA DEL ASEGURADO</b>			
EESS VISITADO		FECHA	
HORA:			
<b>N° DE ENCUESTA</b>			
ASEGURADO	<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>	REPRESENTANTE DE ASEGURADO	<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>
DNI/Carnet de Extranjería de asegurado	<input style="width: 180px; height: 30px;" type="text"/>	DNI/Carnet de Extranjería de Representante	<input style="width: 180px; height: 30px;" type="text"/>
Lugar donde recibió la atención:	CONSULTA EXTERNA	<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>	EMERGENCIA <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>
APOYO AL DIAGNOSTICO	<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>	OTRO <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>	¿Cuál?
¿Usted ha efectuó algún pago para ser atendido?	SI <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>	NO <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>	
De ser SI ¿Qué pagó?			
¿Se identificó como asegurado SIS al momento de pagar?			
¿Qué pagó?	Consulta <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>	Análisis de laboratorio <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>	
	Apoyo al diagnóstico <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>	Otro <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/>	
¿Monto pagado?			
¿Cuenta con las boletas respectivas?	SI	NO	
Nota: De contar con las boletas, sacar fotocopia y adjuntar a la encuesta.			

**ANEXO N° 08**

**FICHA DE RECOLECCION DE INFORMACIÓN DEL INDICADOR REFERENCIAS JUSTIFICADAS EN EMERGENCIA EN EL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN**

N° FUA \_\_\_\_\_ N° HISTORIA CLINICA:

Código CIE 10 DEL PRIMER DIAGNÓSTICO DE LA PRESTACIÓN

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

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

**ANEXO N° 09**

**PADRÓN NOMINAL DEL INDICADOR DE TUBERCULOSIS**

<b>Nº</b>	<b>NOMBRES (1)</b>	<b>APELLIDOS (2)</b>	<b>Doc. Identidad (3)</b>	<b>EESS (4)</b>	<b>DISTRITO (5)</b>	<b>PROVINCIA (6)</b>	<b>REGION (7)</b>	<b>CODIGO DE AFILIACION (8)</b>

Leyenda:  
(1): Colocar Nombres  
(2): Colocar Apellidos  
(3): Colocar DNI o Carné de extranjería  
(4): Colocar el nombre del establecimiento de salud  
(8): Colocar Código de afiliación SIS