



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 CAJAMARCA PARA EL  
FINANCIAMIENTO DE LAS PRESTACIONES DE SALUD  
BRINDADAS A SUS ASEGURADOS EN HOSPITALES Y/O  
INSTITUTOS ESPECIALIZADOS**

2017



R. ALVARADO



J. PACHECO



J. Torres E.



Y MARTEL M.



M. LENGUA



M. ROSAS



L. ORELLANA



R. MELGAREJO



**CONVENIO ENTRE EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD Y EL GOBIERNO REGIONAL DE CAJAMARCA 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, Sr. MOISES ERNESTO ROSAS FEBRES, identificado con D.N.I. 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 CAJAMARCA, con R.U.C. N° 20453744168, con domicilio en Jr. Santa Teresa de Journet N° 351 - Urb. La Alameda, Distrito de Cajamarca, Provincia Cajamarca, Departamento de Cajamarca, debidamente representado por su Gobernador Regional, Sr. HILARIO PORFIRIO, MEDINA VASQUEZ, identificado con DNI N° 27283081, y acreditado mediante Resolución N° 3735-2014-JNE del 15 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 0785 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 786 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.
- 1.3. Con fecha 30 de abril del año 2014, el SIS y la Unidad Ejecutora 787 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.
- 1.4. Con fecha 30 de abril del año 2014, el SIS y la Unidad Ejecutora 788 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.
- 1.5. Con fecha 30 de abril del año 2014, el SIS y la Unidad Ejecutora 999 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.
- 1.6. Con fecha 30 de abril del año 2014, el SIS y la Unidad Ejecutora 1047 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.
- 1.7. Con fecha 6 de mayo del año 2015, el SIS y la Unidad Ejecutora 1539 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 0 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:

  
M. ROSAS

  
L. ORELLANA

  
R. MELGAREJO

  
M. LENGUA

  
J. Torres E.

  
Y MARTEL M.

  
R. ALVARADO

  
J. PACHECO



















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

### 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 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 autorizado en





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

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 medidas correctivas, los penalidades y descuentos que correspondan, y se realiza conforme al marco normativo aplicable.

**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	<i>Current Procedural Terminology</i>
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.
MINSA:	Ministerio de Salud.
OGTI:	Oficina General de Tecnología de la Información.
OCI:	Oficina de Control Institucional
PCA:	Programación de Compromiso Anual
PEA:	Proceso de Evaluación Automática de Prestaciones
PEAS:	Plan Esencial de Aseguramiento en Salud.
SIAF:	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



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

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 ésta 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 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.





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

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 Carné 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.

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 7.2.17 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





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

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 y de la oportunidad de las entregas que están supeditadas a las compras nacionales, de acuerdo a la disponibilidad presupuestal.
- 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, según realidad de las IPRESS de la Región.
- 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 Dirección Regional de Salud y 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, sean ejecutados, de acuerdo a las específicas de gastos y conceptos que se indican a continuación:





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

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 8.2 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	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 TOCADOR
			2.3.1 99.1 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
		Traslado de asegurados del SIS por referencias y actividades exclusivas del SIS (*) Solo para traslados de pacientes e IPRESS que no cuentan con ambulancia disponible - sujeto a revisión exhaustiva	2.3.1 3.1 1	COMBUSTIBLES Y CARBURANTES
			2.3.2 1.2 1	PASAJES Y GASTOS DE TRANSPORTE
			2.3.2 1.2 2	VIATICOS Y ASIGNACIONES POR COMISION DE SERVICIO
			2.3.2 5.1 2	DE VEHICULOS (*)
Gestión	Primer Orden	Gastos para actividades de la Oficina de Seguros (*) Acondicionamiento y/o alquiler de ambiente para la Unidad de Seguros y Farmacia	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
	Segundo Orden	Gastos de la Oficina de Seguros y/o actividades exclusivas del SIS (Incluye el Servicio de Farmacia) (*) Limpieza de salas de operación, Emergencia y Unidad de Seguros	2.6.3 2.3 1	EQUIPOS COMPUTACIONALES Y PERIFERICOS
			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 (*)
			2.3.2 7.11 99	SERVICIOS DIVERSOS

SEGURO INTEGRAL DE SALUD  
GREP  
V°B°  
M. LENGUA

SEGURO INTEGRAL DE SALUD  
V°B°  
JEFATURA  
M. ROSAS

SEGURO INTEGRAL DE SALUD  
V°B°  
Secretaría General  
L. ORELLANA

SEGURO INTEGRAL DE SALUD  
V°B°  
Oficina General de Asesoría Jurídica  
R. MELGAREJO





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

Tipo de Gasto	Prioridad	Detalle	Clasificador	Detalle de Clasificador
		de FUA, Médicos Auditores y Personal asistencial (previa autorización del SIS)		
		Gastos de mantenimiento de ambulancias y equipos relacionados a la prestación y/o Unidad de Seguros	2.3.2 4.1 3	DE VEHICULOS
			2.3.2 4.1 5	DE MAQUINARIAS Y EQUIPOS
			2.3.2 4.1.9.9	DE OTROS BIENES Y ACTIVOS
		Gastos por los servicios prestados por personas naturales y jurídicas para el transporte y traslado de carga, bienes y materiales	2.3.2 7.11 2	DE TRASLADO DE CARGA, BIENES Y MATERIALES RELACIONADOS A LAS PRESTACIONES SIS
		Gastos por reposición de mobiliarios, equipos y aparatos médicos (Prevía Autorización del SIS)	2.6.3 2.4.1	MOBILIARIO MÉDICO
			2.6.3 2.4.2	EQUIPO MÉDICO

- 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 70% de las transferencias para la adquisición de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios.
- 7.2.19. La IPRESS deberá atender 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.
- 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**

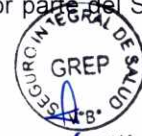
- 8.1. Realizar la previsión presupuestal de recursos para la UE de **LA REGIÓN** para el financiamiento de las prestaciones de salud de los asegurados del SIS del ejercicio presupuestal siguiente, conforme el marco normativo vigente.
- 8.2. Realizar la transferencia oportuna de recursos a las UE de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



L. ORELLANA



R. MELGAREJO



M. LENGUA



J. Torres E.



Y MARTEL M.



J. PACHECO



R. ALVARADO





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

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. Realizar el monitoreo, seguimiento y supervisión del cumplimiento de las metas definidas en el presente convenio.
- 8.6. Ejecutar las actividades previstas en el proceso de control prestacional y económico-financiero conforme el marco normativo vigente.
- 8.7. 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.

**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 97% del valor neto de la producción estimada.
- b) Hasta un 3% 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.

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 normativa vigente, sus modificatorias posteriores y normas complementarias.

**CLAUSULA 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



M. ROSAS



L. ORELLANA



R. MELGAREJO



M. LENGUA



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

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 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 al 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 (excluye los gastos de Planilla de viáticos por traslado de paciente) 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 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 calendarios 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 desembolso, a fin



R. MELGAREJO



M. LENGUA



J. PACHECO



J. Torres E.



Y MARTEL M.



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

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 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 dirimir 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 dirimir 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 ciñe estrictamente a los términos y condiciones estipulados en el referido documento, dejando sin efecto, desde ese momento, el convenio y adendas suscritos con anterioridad.





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

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 08 días del mes  
de Junio de 2017.



**HILARIO PORFIRIO, MEDINA VASQUEZ**  
Gobernador Regional  
Gobierno Regional de CAJAMARCA

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



R. ALVARADO



J. PACHECO



J. Torres E.



Y MARTEL M.



M. ROSAS



L. ORELLANA



M. LENGUA



R. MELGAREJO



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

ANEXO N° 01

RELACIÓN DE HOSPITALES Y/O INSTITUTOS ESPECIALIZADOS SEGÚN CATEGORÍA Y POR UNIDAD EJECUTORA

DNTP	NOMBRE DE LA UNIDAD EJECUTORA	NOMBRE DEL HOSPITAL Y/O INSTITUTO ESPECIALIZADO	II-1	II-2	TOTAL
0785	REGION CAJAMARCA - SALUD CAJAMARCA	DE APOYO CELENDIN	1	-	1
0785	REGION CAJAMARCA - SALUD CAJAMARCA	DE APOYO CAJABAMBA	1	-	1
0786	REGION CAJAMARCA - SALUD CHOTA	BAMBAMARCA - TITO VILLAR CABEZAS	1	-	1
0787	REGION CAJAMARCA - SALUD CUTERVO	SANTA MARIA DE CUTERVO	1	-	1
0788	REGION CAJAMARCA - SALUD JAEN	SAN JAVIER BELLAVISTA	1	-	1
0999	REGION CAJAMARCA - HOSPITAL CAJAMARCA	HOSPITAL REGIONAL CAJAMARCA	-	1	1
1047	REGION CAJAMARCA - HOSPITAL GENERAL DE JAEN	GRAL. JAEN	1	-	1
1539	GOB. REG. CAJAMARCA - HOSPITAL JOSE H. SOTO CADENILLAS - CHOTA	HOSPITAL DE APOYO CHOTA - JOSE SOTO CADENILLAS	1	-	1
<b>Total CAJAMARCA</b>			<b>7</b>	<b>1</b>	<b>8</b>

SEGURO INTEGRAL DE SALUD  
V°B°  
JEFATURA  
M. ROSAS

SEGURO INTEGRAL DE SALUD  
Secretaría General  
V°B°  
L. ORELLANA

SEGURO INTEGRAL DE SALUD  
GREP  
V°B°  
M. LENGUA

SEGURO INTEGRAL DE SALUD  
Oficina General de Asesoría Jurídica  
V°B°  
R. MELGAREJO

GOBIERNO REGIONAL CAJAMARCA  
V°B°  
GRPPAT

SEGURO INTEGRAL DE SALUD  
OGPPBO  
V°B°  
R. ALVARADO

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

SEGURO INTEGRAL DE SALUD  
Director General de la OGT  
V°B°  
J. Torres E.

SEGURO INTEGRAL DE SALUD  
GERENCIA DE ASESORIA  
V°B°  
MARTEL M.



**CONVENIO ENTRE EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD Y EL GOBIERNO REGIONAL DE CAJAMARCA 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	METAS HOSPITAL REGIONAL CAJAMARCA	METAS HOSPITAL GENERAL JAEN	METAS HOSPITAL SOTO CADENILLAS	METAS HOSPITAL DE APOYO CELENDIN	METAS HOSPITAL SANTA MARÍA DE CUTERVO	METAS HOSPITAL BAMBAMARCA	METAS HOSPITAL SAN JAVIER DE BELLAVISTA	METAS HOSPITAL CAJABAMBA
A. INDICADORES DE ACCESO										
101	Concentración de Consulta Médica	N° de consultas médicas	3.6	3.6	3.6	3.6	3.6	3.6	3.6	3.6
		N° de atendidos (nuevos y reingresos)								
B. INDICADORES DE HOSPITALIZACIÓN										
102	Porcentaje de Ocupación de Camas	N° Pacientes - Día x 100	75%	75%	60%	60%	60%	60%	60%	60%
		N° Días Cama Disponibles								
C. INDICADORES DE CALIDAD										
103	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	-	-	-	-	-	-	-





**CONVENIO ENTRE EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD Y EL GOBIERNO REGIONAL DE CAJAMARCA 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**

<b>FICHA TECNICA</b> <b>MATRIZ DE INDICADORES</b> <b>ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD</b>		Area Responsable <b>Seguro Integral de Salud</b> <b>Gerencia de Riesgos y Evaluación de las Prestaciones</b>
<b>1. Datos de identificación del Indicador</b>		
<b>Codigo</b>	<b>I.P. 01</b>	<b>Nombre del Indicador</b>
		<b>Concentración de Consulta Medica</b>
<b>Definición del indicador</b>		
Indicador que establece el promedio de consultas medicas por paciente que acudió a la IPRESS durante un período de tiempo.		
<b>2. Relevancia del Indicador</b>		
<b>Propósito</b>		
Conocer el grado de uso de atenciones en consulta medica		
<b>Justificación</b>		
Al ser una IAFA, el SIS debe realizar control a las prestaciones a fin de salvaguardar la calidad de la atención.		
<b>3. Aspectos metodológicos de la estimación del indicador</b>		
<b>Cálculo del Indicador</b>		<b>Numerador</b>
N° de consultas médicas*		Número de consultas medicas a afiliados SIS en una IPRESS de II ó III nivel de atención en un periodo de tiempo
N° de atendidos (nuevos y reingresos)*		<b>Denominador</b>
		Número de atendidos en consulta médica afiliados al SIS en una IPRESS de II ó III nivel de atención
* Considerar solo atenciones médicas		<b>Frecuencia de medición</b>
<b>Niveles de desagregación</b>		Monitoreo Trimestral y Evaluación Anual
Por región y por IPRESS de II y III nivel de atención		
<b>4. Fuente de datos y flujo de la información</b>		
<b>Fuente de datos</b>		
SIASIS - MINSA/IPRESS 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>		
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 CAJAMARCA PARA EL FINANCIAMIENTO DE LAS PRESTACIONES DE SALUD BRINDADAS A SUS ASEGURADOS EN HOSPITALES Y/O INSTITUTOS ESPECIALIZADOS**

<b>FICHA TECNICA MATRIZ DE INDICADORES ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD</b>		Area Responsable <b>Seguro Integral de Salud</b> <b>Gerencia de Riesgos y Evaluación de las Prestaciones</b>
<b>1. Datos de identificación del Indicador</b>		
<b>Código</b>	<b>I.P. 02</b>	<b>Nombre del indicador</b> <b>Porcentaje de Ocupación de Camas</b>
<b>Definición del indicador</b> 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>		
<b>Propósito</b> Evaluar el nivel de ocupación de las camas		
<b>Justificación</b> 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>		
<b>Cálculo del Indicador</b>		<b>Numerador</b> Número de pacientes hospitalizados por día
Número Pacientes - día x 100		<b>Denominador</b> Número de días camas disponibles
Número de Días camas disponibles		
<b>Niveles de desagregación</b> Por establecimiento de salud de II 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/IPRESS 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> Estandar: Hospital e Institutos II-III : 85 - 90%		

**GOBIERNO REGIONAL DE CAJAMARCA**  
V°B°  
JEFATURA  
M. ROSAS

**GOBIERNO REGIONAL DE CAJAMARCA**  
V°B°  
OGPPDD  
R. ALVARADO

**GOB. REG. CAL.**  
DIRECCIÓN  
M. RIVERA

**HOSPITAL REGIONAL DOCTOR CALDERÓN**  
V°B°  
PLANEAMIENTO ESTRATÉGICO

**DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD**  
DIRECCIÓN GENERAL

**GOBIERNO REGIONAL DE CAJAMARCA**  
V°B°  
DIRECCIÓN GENERAL

**GOBIERNO REGIONAL DE CAJAMARCA**  
V°B°  
GRPPAT

**GOBIERNO REGIONAL DE CAJAMARCA**  
V°B°  
DIRECCIÓN REGIONAL ASesoría Jurídica

**SEGURO INTEGRAL DE SALUD**  
Gerencia de Negocios y Financiamiento  
V°B°  
J. PACHECO

**SEGURO INTEGRAL DE SALUD**  
Dirección General de la OGTI  
V°B°  
J. Torres E.

**SEGURO INTEGRAL DE SALUD**  
GERENCIA DEL ASEGURAMIENTO  
V°B°  
Y MARTEL M.

**SEGURO INTEGRAL DE SALUD**  
Oficina General de Asesoría Jurídica  
V°B°  
R. MELGAREJO

**SEGURO INTEGRAL DE SALUD**  
Secretaría General  
V°B°  
L. ORELLANA

**SEGURO INTEGRAL DE SALUD**  
GREP  
V°B°  
M. LENGUA



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

<b>FICHA TECNICA</b>		<b>Area Responsable</b>	
<b>MATRIZ DE INDICADORES</b>		<b>Seguro Integral de Salud</b>	
<b>ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD</b>		<b>Gerencia de Riesgos y Evaluación de las Prestaciones</b>	
<b>Codigo</b>	<b>I.P. 08</b>	<b>Nombre del indicador</b>	
		<b>Número de Guías de Práctica Clínica Aprobadas</b>	
<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 son los procesos principales que impactan en la salud de las personas. Actualmente, existen esfuerzos aislados que han intentado estandarizar a través de diversos documentos, la práctica asistencial; sin embargo, existen profesionales que aun aplican en forma 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)	N° GPC aprobadas de 05 daños priorizados en Consulta externa	a) Número de Guías de Práctica Clínica aprobadas y vigente de daños en el periodo para los 05 daños priorizados en consulta externa	
b)	N° de GPC aprobadas de 05 daños priorizados en Hospitalización	b) Número de Guías de Práctica Clínica aprobadas y vigente de daños en el periodo para los 05 daños priorizados en hospitalización	
<b>Niveles de desagregación</b>		<b>Frecuencia de medición</b>	
Por establecimiento de salud de II y III nivel de atención.		Monitoreo Trimestral y Evaluación Anual	
<b>SUPUESTOS</b>			
<b>Guías de Práctica Clínica:</b> Recomendaciones desarrolladas sistemáticamente acerca de un problema clínico específico para asistir tanto 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.			
<b>Daños Priorizados:</b> 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 mortalidad, la morbilidad 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>			
<b>Recopilación de datos</b>			
GREP/GMR/UDR			
<b>Procesamiento de datos</b>			
OGTI-SIS			
<b>Comentarios Técnicos</b>			
Estandar: 5 GPCs			



R. ALVARADO

J. Torres E.

Y MARTEL M.

R. MELGAREJO

L. ORELLANA

M. LENGUA