

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN DE LA DIRECCIÓN  
DE SEGUROS PÚBLICOS Y PRIVADOS EN EL MARCO DEL  
CONVENIO ENTRE EL SIS Y EL GOBIERNO REGIONAL APURÍMAC-  
ABANCAY. 2014 – 2016**

**TRABAJO ACADÉMICO**  
**INFORME DE EXPERIENCIA LABORAL PROFESIONAL PARA OPTAR  
EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN  
SALUD PÚBLICA Y COMUNITARIA**

**MARCELINO FLORES MIRANDA**

**Callao, 2017**  
**PERÚ**



## HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

### MIEMBROS DEL JURADO:

- LIC. ESP. YRENE ZENAIDA BLAS SANCHO      PRESIDENTA
- MG. ROSARIO MIRAVAL CONTRERAS      SECRETARIA
- MG. INÉS LUISA ANZUALDO PADILLA      VOCAL

ASESOR: MG. JOSÉ LUIS SALAZAR HUAROTE

Nº de Libro: 04

Nº de Acta de Sustentación: 486

Fecha de Aprobación del Informe de Experiencia Laboral: 09/11/2017

Resolución Decanato N° 3077-2017-D/FCS de fecha 07 de Noviembre del 2017 donde se designan Jurado Examinador del Trabajo Académico para optar el Título de Segunda Especialización Profesional

## ÍNDICE

	Pág.
<b>INTRODUCCIÓN</b>	2
<b>I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	5
1.1 Descripción de la Situación Problemática	5
1.2 Objetivo	7
1.3 Justificación	7
<b>II. MARCO TEÓRICO</b>	10
2.1 Antecedentes	10
2.2 Marco Conceptual	19
2.3 Definición de Términos	30
<b>III. EXPERIENCIA PROFESIONAL</b>	35
3.1 Recolección de Datos	35
3.2 Experiencia Profesional	36
3.3 Procesos Realizados del Informe	39
<b>IV. RESULTADOS</b>	42
<b>V. CONCLUSIONES</b>	55
<b>VI. RECOMENDACIONES</b>	56
<b>VII. REFERENCIALES</b>	57
<b>ANEXOS</b>	59

## INTRODUCCIÓN

El presente informe titulado: **"EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN DE LA DIRECCIÓN DE SEGUROS PÚBLICOS Y PRIVADOS EN EL MARCO DEL CONVENIO ENTRE EL SIS Y EL GOBIERNO REGIONAL DE APURÍMAC, 2014 - 2017.** Tiene como objetivo describir el sistema de información para la toma de decisiones en el marco del convenio entre el SIS y el Gobierno Regional de Apurímac, en los tres últimos años (2014 - 2016 ), consta de siete capítulos y un anexo, los cuales se detallan a continuación. .

En el capítulo I. se describe la situación problemática del sistema de información, como herramienta indispensable para la toma de decisiones en el marco del convenio entre el SIS y Gobierno Regional. Desde el año 2012, el SIS viene transfiriendo presupuesto a los gobiernos regionales a través de la firma de convenios para atender a las personas asegurados al SIS. La transferencia presupuestal se realiza a través de dos modalidades o mecanismos: tramo fijo y tramo variable. Tramo fijo es a sola firma del convenio y el tramo variable se condiciona al cumplimiento de meta de indicadores y algunos acuerdos dentro del convenio. Cabe aclarar que, cada año la denominación del convenio y los indicadores son distintos, por lo que en el capítulo de resultados los cuadros serán por cada año con sus respectivas interpretaciones.

Este informe tiene por objetivo describir la evaluación del sistema de información de la Dirección de Seguros Públicos y Privados en el marco del Convenio entre el SIS y Gobierno Regional de Apurímac.

La justificación del presente trabajo está basada en la descripción de la carencia regional del sistema de información para la toma de decisiones

oportunamente en el cumplimiento de la meta de los indicadores prestacionales y planteamiento de un sistema de información regional, lo cual debe beneficiar a los directivos, coordinadores regionales y profesionales de la parte operativa para la intervención oportuna de los indicadores prestacionales.

En el capítulo II se describe los siguientes aspectos: antecedentes, marco conceptual y definición de términos.

Al revisar el repositorio de información no se encontró ningún trabajo de investigación relacionado al tema materia de informe de experiencia profesional a nivel local, por lo que se menciona algunos trabajos de investigación similares a lo que se trata en el presente informe; pero también se menciona la historia del SIS como parte de antecedentes. Lo mismo en el marco conceptual se describe las diversas normativas vigentes emitidos por el SIS y para su mejor comprensión se definió algunos términos resaltantes en el marco del convenio.

El capítulo III, describe la recolección de los datos, lo mismo narra la experiencia profesional en la Dirección de Seguros Públicos y Privados y en la parte de procesos realizados se resalta la implementación de un nuevo sistema de información vía Web: "REPFUAS-DIRESA Apurímac" aprobado con la Resolución Directoral N° 493-2017-DG-DIRESA-AP" como aporte de innovación principal para que se beneficien todos los trabajadores asistenciales y administrativos de la Región Apurímac.

En el capítulo IV de resultados, se presenta cuadros diferentes para cada año, debido a que la denominación de los indicadores prestacionales es distinta para cada año, los mismos llevan una pequeña interpretación respectiva.

El capítulo V, concluye los principales hechos relacionados al sistema de información de la Dirección de Seguros Públicos y Privados de la DIRESA en el marco del convenio entre el SIS y Gobierno Regional de Apurímac.

El capítulo VII, cumple con dejar las recomendaciones según los detalles de las conclusiones. Finalmente como referencia bibliográfica se ha utilizado las normativas propias del SIS.

Dentro de las tecnologías de la información se encuentran los sistemas web los cuales se consideran una gran tendencia en el futuro de todas las organizaciones ya que permiten la comunicación y el intercambio de información entre los diferentes componentes de una corporación y tienen como objetivos principales: automatizar los procesos, brindar información que permita la toma de decisiones y lograr ventajas competitivas a la empresa. (1)

En este contexto, uno de los problemas más resaltantes encontradas en la Región de Apurímac es la limitada y deficiencia en el sistema de información regional y/o en la interpretación de las herramientas (reglas de consistencia y validación) que desde el nivel central van actualizando constantemente lo cual se desconoce por la parte operativa, establecimientos de salud más lejanos, por la carencia de un sistema de información adecuada que permita registrar correctamente el FUA para el cumplimiento de las metas de los indicadores del SIS.

El sistema de información oficial que se utiliza son solo los aplicativos web del SIS (ARFSIS y SIASIS) con lo cual validan la información de prestación de servicio realizados en todas las IPRESS; en este proceso de validación muchas atenciones son observadas incluso algunas son rechazadas. Dichos resultados son publicados mensualmente en la página web: [www.sis.gob.pe](http://www.sis.gob.pe)

Cabe mencionar que, el aplicativo ARFSIS sirve para ingresar los datos registrados en el FUA y es de manejo y conocimiento del personal informático, es decir, el personal operativo desconoce, por lo que se limita realizar análisis del avance de los indicadores prestacionales y de seguimiento de atenciones preventivas, de acuerdo a las normas técnicas vigentes del SIS.



## **1.2 OBJETIVOS,**

Describir la Evaluación del Sistema de Información de la Dirección de Seguros Públicos y Privados en el marco del convenio entre el SIS y Gobierno Regional 2014 -2016.

## **1.3 JUSTIFICACIÓN**

El presente informe se ha planteado en el marco de los diversos problemas del sistema de información de reporte de resultados de los indicadores para la segunda transferencia (tramo variable), con la finalidad de describir los detalles identificados en el problema, con lo cual los profesionales de las IPRES mejoren la generación de información con menos errores.

El estado peruano bajo el principio de la equidad ha implementado políticas públicas en beneficio de la población más vulnerable, a parte de los programas sociales, el aseguramiento favorece el acceso a los servicios de salud en general, también es cierto que esto no asegura que los más pobres sean quienes se beneficien más en relación al acceso a servicios de salud.

La sola creación de un sistema de aseguramiento gratuito para la población más vulnerable no asegura una mejora en el acceso a servicios de salud si existen otras barreras tales como las de origen cultural, educativo, geográfico. A pesar de que las afiliaciones en el SIS han venido incrementándose en forma sostenido (En el año 2015 350,855 personas aseguradas; en el año

2016: 389,389 personas aseguradas) y son de tipo contributivo. El SIS transfiere presupuesto en función al total de afiliados, baja la denominación de “capitado”.

Sin embargo, al finalizar el año no se cumplió con todas las metas suscritas en el convenio, es decir, del total de indicadores negociados solo se cumplió con algunas.

Por lo expuesto, es justificable realizar un minucioso análisis e interpretación del logro de los indicadores, tomando como herramienta el sistema de información correspondiente.

Cabe agregar que, la Dirección de Seguros Públicos y Privados ha visto por conveniente diseñar un sistema de información vía web, “REPFUA-DIRESA Apurímac”, a fin de facilitar a todas las IPRESS el análisis y oportuna intervención; para lo cual se valió de trabajos de investigación realizado en otros países, como se detalla a continuación, “El sistema (SICAR) utilizó tecnología de servidor web Apache, programado en PHP, HTML, JavaScript y Ajax, con un manejador de base de datos Postgre SQL 8.0. La aplicación se encuentra conformada por siete módulos que permiten controlar las operaciones que se llevan a cabo en la planta de tratamiento de agua para facilitar las labores.

Cabe destacar que los usuarios de SICAR por ser esta una aplicación web, pueden conectarse desde cualquier lugar de PDVSA Distrito Morichal e ingresar al sistema a través de su intranet sin ningún problema, ya sea para ingresar, consultar, editar, eliminar datos o generar reportes de las operaciones de la planta. Adicionalmente el sistema cuenta con mecanismos de autenticación que impiden que personas no autorizadas puedan entrar y alterar la información almacenada sin antes estar registrado como usuarios del sistema y

haber sido validado con el ingreso su indicador y contraseña, lo que garantiza la confiabilidad de la información” (1)

Con los resultados y sugerencias emitidas en este informe se beneficiaran los profesionales que laboran en la parte operativa y los decisores de la parte administrativa de la Dirección Regional de Salud Apurímac. A los que laboran en los diferentes establecimientos de salud les permitirá monitorizar sus actividades y lo mismo actualizarse en los diferentes normativas del MINSA y del SIS, los cuales serán colgados en el aplicativo web REPFUAS-DIRESA-Apurímac; y, los decisores a través de este aplicativo verificara la evolución de los indicadores prestacionales del convenio.

## II.- MARCO TEÓRICO

En el Perú existen los siguientes tipos de aseguramiento: el seguro integral de salud (SIS), el seguro social (EsSalud), la sanidad de las fuerzas armadas (F.F.A.A.) y policiales (F.F.P.P) y los seguros privados. En el año 2004, el 36.9 % de la población contaba con algún tipo de seguro, aumentando ligeramente para el año 2007 a 41.8% de la población, y en los últimos años 2015 se llegó a 92%. El MINSA fue el principal proveedor de servicios de salud para todos los grupos socioeconómicos, especialmente para los grupos más pobres (quintiles Q1 y Q2). En el caso de los más pobres (quintil Q1), el MINSA fue prácticamente el único proveedor sanitario.

El objetivo del Seguro Integral de salud es proteger a la población que no cuenta con ningún seguro y así constituirse en la principal herramienta para eliminar las barreras que impiden a los más pobres a acceder a los servicios de salud.

### 2.1. ANTECEDENTES:

**Diana Victoria García Gil. (2012)**, en su informe de pasantía “Desarrollo de un Sistema Web Bajo Estándares de Software libre para el control de operaciones en la planta de tratamiento de agua, gerencia de servicios logísticos, distrito morichal, PDVSA”, cuyo objetivo fue desarrollar un sistema Web bajo estándares de Software Libre para el Control de Operaciones en la Planta de Tratamiento de Agua, Gerencia de Servicios Logísticos, Distrito Morichal, PDVSA; empleando como metodología de trabajo, GRAY WATCH cuya división en etapas dedicadas a operaciones específicas del proceso de inicio y constitución, análisis, diseño e implementación permiten un desarrollo

confiable en lo que ha modelado de sistemas se refiere. En apoyo a esta metodología se utiliza el lenguaje de modelado UML y para el desarrollo de la aplicación se utilizan herramientas de software libre en conformidad al decreto Presidencial 3390; finalmente llegó a las siguientes conclusiones:

- 1) Mediante las técnicas de recolección de datos (entrevistas no estructuradas, revisión documental y observación directa) se pudo conocer el funcionamiento que se llevaba en la planta de tratamiento de agua, en donde se encontró que algunos de los problemas presentes era el manejo de información que se encontraban archivadas físicamente lo que hace difícil llevar el seguimiento y control de las actividades que realizan los operadores de la planta, por la pérdida de tiempo en los procesos de búsquedas.
- 2) El diseño del sistema utilizando el lenguaje unificado de modelado UML permitió tener una visión detallada y explicativa de los requisitos definidos, especificando su funcionamiento de acuerdo al estudio realizado.
- 3) La construcción del sistema propuesto acorde con las necesidades de los usuarios fue posible gracias a la arquitectura que se realizó en la etapa de diseño de la metodología. Lo cual implicó la programación y generación del código fuente de la aplicación.
- 4) Con el desarrollo del nuevo sistema el personal de la planta podrá registrar, consultar las operaciones que realizan de forma dinámica y sencilla lo cual les permitirá llevar un mejor control y seguimiento de la información que estos manejan.

Como aporte principal de este sistema de información fue otorgar a PDVSA Morichal, un mayor crecimiento, debido a los avances tecnológicos y mejoramiento de los procesos que se llevan a cabo en una de las entidades que la conforman. (1)

**Diana V. Bautista Sánchez, María E. Herrera Nava y otros (2013)**, Tesis: “Sistema de Información Hospitalario” el presente tesis tiene por objetivo implementar un Sistema de Información Hospitalario acorde a las características y necesidades de un hospital infantil que se encuentra dividido en módulos de acuerdo a las funcionalidades y roles que juega cada área dentro del hospital, éste abarcará el módulo de admisión de los pacientes y el de hospitalización, lo anterior utilizando un ambiente de desarrollo web que tenga la ventaja de un crecimiento a futuro para incorporar el resto de los módulos que conforman la totalidad de un Sistema de Información Hospitalario, que se desarrollará en un entorno web el cual tendrá una alta disponibilidad ya que será accesible dentro del hospital desde cualquier computadora que se encuentre conectada a la red y fuera de él en cualquier parte donde se tenga acceso a internet, además de que estará disponible a cualquier hora del día.

Los beneficios obtenidos por la implantación de un Sistema de Información Hospitalario se ven reflejados principalmente en el incremento de la productividad al minimizar el personal del archivo en expedientes físicos, eliminando el extravío de expedientes y en el ahorro de papelería, se tendrá una mejor comunicación entre los empleados implicados en la atención médica del paciente ya que se tendrá acceso a la información en tiempo real , por otro lado al contar con toda la información centralizada será posible procesarla de manera que brinde a las direcciones de la institución datos precisos y oportunos que apoyen en la toma de decisiones para beneficio de la institución, con lo que habrá un incremento en la calidad del servicio prestado por la institución, mejorando la atención de los pacientes y por consecuencia la satisfacción de un servicio más rápido y eficiente.

Finalmente ha llegado a las siguientes conclusiones:

- 1) El sistema de información hospitalario permite centralizar la información para diferentes áreas, eliminando de esta forma información duplicada o pérdida de datos entre servicios diferentes.
- 2) La implementación de este sistema agiliza la generación de reportes, registros y actualizaciones en tiempo real para cuando así sea requerido.
- 3) El sistema de información hospitalario cuenta con una interfaz gráfica web que lo hace muy fácil de utilizar para cualquier tipo de personal (médico o administrativo) que labore en el hospital.
- 4) Las herramientas utilizadas son las adecuadas para resolver el problema ya que se puede acceder prácticamente desde cualquier computadora que cuente con un navegador de internet. La aplicación web diseñada para el hospital aumenta la eficiencia y productividad de los empleados.
- 5) El sistema automatiza el proceso de la información reduciendo la pérdida de datos importantes. (2)

**Carmen Cynthia Elizabeth Ramos Arca (2015)** en su Tesis, titulada: Propuesta de un plan de auditoría informática para el "sistema de información en salud" y el "aplicativo para el registro de formatos SIS" en los establecimientos de salud de la unidad ejecutora 400 en la Región Piura en el año 2015, cuyo objetivo fue Proponer un plan de auditoría informática en los establecimientos de salud de la Unidad Ejecutora 400 en la Región Piura para el Sistema de Información en Salud y el Aplicativo para el Registro de Formatos SIS en el año 2015; donde utilizo como metodología netamente descriptivo al sistema de auditoría que abarca la revisión y evaluación de todos los aspectos (o de cualquier porción de ellos) de los sistemas automáticos de procesamiento de la información, incluidos los procedimientos no

automáticos relacionados con ellos y las interfaces correspondientes; con lo cual llego a la siguiente conclusión:

- 1) Se ha identificado que la Guía para la implementación del Sistema de Control Interno de las entidades del estado emitida por la Contraloría General de la República establece que para poder establecer controles relacionados a las tecnologías de la información y comunicaciones debe tomarse en cuenta estándares o buenas prácticas internacionales, entre las cuales se encuentra la ISO/IEC 27001 que permita desarrollar un marco propio adaptable a la realidad de cada entidad perteneciente al sector público peruano. En ese sentido, considerando que la Contraloría General de la República no ha emitido normatividad explícita que permita guiar las auditorías de sistemas informáticos en entidades del sector público peruano, se hace necesario el uso de dichos estándares o buenas prácticas internacionales en las auditorías gubernamentales enfocadas a los sistemas informáticos, permitiendo de esta manera evaluar controles que podrían ser utilizados en los procesos informáticos de las entidades públicas con el fin de minimizar riesgos que puedan afectar el logro de los objetivos y metas institucionales.
- 2) Se ha determinado que para poder hacer uso de la propuesta del plan de auditoría informática, se debe tener conocimiento de la normativa emitida por la Contraloría General de la República, Oficina Nacional de Gobierno Electrónico e Informática, estándares internacionales como la ISO/IEC 27001, así como normatividad propia emitida por la entidad que se está auditando, con el fin de tener una base adecuada que permita aplicar adecuadamente los temas abordados en la propuesta metodológica.



- 3) Se ha determinado los documentos a aplicar en el plan de auditoría informática para que el auditor solo los aplique en la auditoría informática, es decir ya está listo el plan de auditoría informática para su ejecución netamente.
- 4) El aporte principal de este trabajo ha beneficiado al Control Interno de la Dirección Regional de Salud Piura, debido a que tendrán un modelo de auditoría informática a seguir para una posterior ejecución de este plan en cada Establecimiento de Salud de la Unidad Ejecutora 400. (3)

**C. Longaray Chau, Lima 2010.** "Impacto del Seguro Integral de Salud en el acceso a los servicios de salud", cuyo objetivo fue determinar el impacto del Seguro Integral de Salud en el acceso a los servicios de salud en los grupos poblacionales correspondientes a los dos quintiles más pobres de Perú (Q1 y Q2), durante el año 2007, según ENAHO2007. Para lo cual utilizo la metodología de un estudio descriptivo, transversal que mide atribución, peso del Seguro Integral de Salud en el acceso a servicios de salud en los grupos poblacionales correspondientes a los dos quintiles más pobres de Perú, año 2007. Arribando a las siguientes conclusiones:

- 1) El Seguro Integral de Salud tiene impacto positivo en el acceso a los servicios de salud en todos los niveles socioeconómicos, especialmente en los grupos poblacionales correspondientes a los dos quintiles más pobres (Q1 y Q2). Una persona tiene el 27.82% de probabilidad de acceder a un servicio de salud pero si toda la población estuviese afiliada al SIS, la probabilidad de acceso aumentaría en un 19.93%.
- 2) Casi un tercio del total de personas que accedieron a algún servicio de salud (29.8%), se atendió usando la cobertura del seguro integral de salud (SIS). Del total de personas que usaron el

SIS para atenderse, 38.6% pertenecía a Q1 y 32.4% a Q2; es decir, el 29% restante formaría parte de la población infiltrada en el SIS.

- 3) Pertenecer a un nivel socioeconómico inferior al quintil 5 (más ricos) afecta significativamente en forma negativa el acceso; siendo más acentuado este efecto en el quintil 1 y quintil 2.
- 4) Demuestran influencia negativa estadísticamente significativa sobre el acceso a los servicios de salud: El residir en área urbana, el ser varón, el no contar con servicios higiénicos adecuados (red de desagüe pública dentro o fuera de la vivienda o pozo séptico).
- 5) La edad influye significativamente en el acceso servicios de salud. En el grupo de menores de 3 años de edad, la afecta positivamente; mientras que en aquellos de 3 a 65 años, la edad afecta negativamente el acceso.
- 6) El nivel educativo del jefe del hogar tiene impacto significativo negativo sobre el acceso a los servicios de salud en los dos grupos con menor nivel educativo. El resto de niveles educativos no mostraron ser significativos.
- 7) El residir en alguna región natural en particular, el sexo del jefe del hogar, la presencia de hacinamiento y la fuente de abastecimiento de agua no ejercieron influencia significativa sobre el acceso.
- 8) El principal proveedor de servicios de salud fue el Ministerio de Salud con 63.7% de los atendidos, el segundo proveedor fue EsSalud con 18.3% de los atendidos. En tercer y cuarto lugar, el sector privado atendió al 16.6% y las Fuerzas Armadas/Policiales atendieron al 1.3% de los que accedieron a un establecimiento de salud. La población que pertenece al quintil 1 y quintil 2 dependen casi totalmente de establecimientos del Ministerio de Salud para satisfacer su demanda de atención; el 95.6% y 85.4%, respectivamente, se atendieron en el MINSA.

9) La mayor parte de la población accedió a servicios de salud por percibir un malestar (48.1%); la segunda causa de atención fueron las enfermedades no crónicas (37.8%), la tercera causa fueron las enfermedades crónicas (12.1%) y finalmente, los accidentes constituyeron solo el 2% de la demanda de atención. (4)

Finalmente, es necesario mencionar como antecedente la historia del Seguro Integral en Salud

(SIS) en el Perú.

En 1997, las autoridades de salud pusieron en marcha un programa de subsidio a la demanda, denominado Seguro Escolar Gratuito (SEG), que debía cubrir a los escolares matriculados en escuelas públicas a escala nacional. Sin embargo, el mecanismo de focalización en función de las escuelas públicas tuvo importantes limitaciones, produciéndose considerable filtración, aunque una alta cobertura de ese grupo.

Adicionalmente, por la asimetría de información, los recursos remesados no favorecieron particularmente a los más pobres del país.

Durante 1998 se creó otro programa de subsidio, denominado Seguro Materno Infantil, el que cubría a gestantes y niños menores de 5 años. Como estrategia piloto, se implementó en sólo 5 regiones del país, ampliándose luego a 8 regiones durante el año 2000. De acuerdo a las evaluaciones efectuadas, tuvo menor filtración que el SEG, pero baja cobertura.

Ambos programas se fusionaron el año 2001 en el Seguro Integral de Salud, previa conformación de una instancia transitoria denominada Unidad de Seguro Público.

Una de las primeras acciones tomadas luego de la fusión fue la ampliación del componente materno infantil a todas las regiones aun no cubiertas, incorporando de este modo a un grupo de gran magnitud y vulnerabilidad.

Otro de los cambios más importantes lo constituyó el cambio del mecanismo de adscripción territorial de los derechohabientes del componente escolar, que se basaba en la ubicación geográfica de la escuela donde estudiaban, a una adscripción basada en el lugar donde estaba ubicado su domicilio, el que muchas veces quedaba muy lejos de sus escuelas. Ello llevó a un reordenamiento importante de la demanda, lo que llevó a su vez a un reordenamiento paulatino de la oferta. El componente materno infantil mantuvo su adscripción domiciliaria.

Adicionalmente, al independizar a las escuelas públicas del proceso de adscripción, permitió que la cobertura se ampliase a todo niño menor de 18 años, sea escolar o no, en cuanto pudiese probar su condición de pobre o extremadamente pobre. Para distinguir dicha condición, se implementó un sistema de focalización mediante inscripción universal en distritos con más de

65% de familias pobres, mientras que en los distritos con porcentaje menor de pobres, se aplicó el Sistema de Identificación de Usuarios (SIU), que estima la capacidad de pago de cada inscrito.

Posteriormente el 29 de enero del 2002 se emite la Ley N° 27657, Ley del Ministerio de Salud, la misma que crea el Seguro Integral de Salud como Organismo Público Descentralizado del Ministerio de Salud, siendo posteriormente calificado como Organismos Público Ejecutor mediante Decreto Supremo N° 034-2008-PCM.

A partir del año 2011, el Estado peruano opto favorecer más a las personas y mejorar el estado de salud de los mismos, para lo cual transfiere presupuesto a través de convenios y estímulos al logro de desempeño (5)

## **2.2. MARCO CONCEPTUAL**

En este capítulo se menciona aspectos importantes relacionados al Sistema de Información que se utiliza en la Dirección de Seguros Públicos y Privados de la DIRESA, entre ellos desarrollados por el SIS y propio de la DIRESA: ARFSIS, SIASIS, REPFUAS-DIRESA-Apurímac

El aplicativo ARFSIS, se refiere al programa informático de escritorio para usuarios sin acceso a internet, el cual permite el registro de los formatos de inscripción y afiliación de los asegurados del componente subsidiado y de los formatos de atención de todos los asegurados del SIS. (6)

Procesos formales de los sistemas de información ARFSIS (Aplicativo de Registro de Formatos del Seguro Integral de Salud) que es un aplicativo informático de la Gerencia de Operaciones y ha sido desarrollado por la Oficina de Informática y Estadística del Seguro Integral de Salud (SIS) Central. (7)

**EI ARFSIS** ha sido diseñado principalmente en base a la siguiente normativa: Resolución Jefatural N° 157-2008/SIS, Resolución Jefatural N° 216-2008/SIS, Resolución Ministerial N° 240-2009/MINSA, Resolución Jefatural N° 185-2009/SIS. (7)

Para este fin se han elaborado imágenes para ver cómo se sustenta las diversas operaciones en el llenado de los Formatos de Atención acordes con la normativa vigente del ARFSIS. La finalidad de este proceso es controlar el eficiente y racional uso de los fondos del SIS destinados a financiar las atenciones de nuestros asegurados. (7)

**El ARFSIS** o el Aplicativo de Registro de Formatos del Seguro Integral de Salud es un aplicativo que gestiona las operaciones de los usuarios en salud con cobertura del SIS. Según la DIRECTIVA N°. 004-2004/SIS-J: DIRECTIVA QUE ESTABLECE PROCEDIMIENTOS PARA LA ADMINISTRACIÓN DEL SOFTWARE LEGAL DEL SEGURO INTEGRAL DE SALUD, establece las políticas para el uso de este software en cuanto a creación de usuarios para la digitación, enlace de los servidores de los establecimientos de salud con el servidor central, las políticas de uso del personal que maneja el software entre otros. Así también esta Directiva va de la mano con la Ley N°. 27658, Ley Marco de la modernización de la Gestión del Estado, El Decreto Legislativo N° 822, Ley sobre el derecho de autor, el Decreto Supremo N° 013-2003-PCM, por el que dictan medidas para garantizar la legalidad de la adquisición de programas de software en entidades y dependencias del sector público. (7)

Es así que la DIRECTIVA N°. 004 2004/SIS-J DIRECTIVA QUE ESTABLECE PROCEDIMIENTOS PARA LA ADMINISTRACIÓN DEL SOFTWARE LEGAL DEL SEGURO INTEGRAL DE SALUD en el numeral 9 resalta que los procedimientos a seguir sobre el uso del software legal del SIS en las supervisiones médicas electrónicas realizadas por la ODSIS. Seguirán el siguiente procedimiento: ingreso al sistema ARFSIS, digitación del USUARIO y CLAVE DE ACCESO. Según la DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N°. 002-2012-SIS/GNF-V0.2

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA QUE ESTABLECE EL PROCESO DE VALORIZACIÓN DE PRESTACIONES DE SALUD DEL SEGURO INTEGRAL DE SALUD, establece el proceso de valorización de las prestaciones de salud que son reportados a través del aplicativo ARFSIS, dicho esto en el numeral 5 las disposiciones generales definen al Formato Único de Atención (FUA) como el formato aprobado por el SIS que sirve de sustento para el pago de la prestación correspondiente y en el que se registran los datos de la atención y prescripción (procedimientos médicos, quirúrgicos y estomatológicos; medicamentos e insumos) así como los datos de afiliación del asegurado/inscrito que recibe la prestación de salud. Los procedimientos médicos quirúrgicos incluyen procedimientos de ayuda diagnóstica y procedimientos de tratamiento médico y quirúrgico. (7)

Para el llenado de las hojas FUA al ARFSIS se considera las siguientes normativas: LEY N°

29344: LEY MARCO DE ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD – AUS en su artículo 3 establece: Del Aseguramiento Universal en Salud: Proceso orientado a lograr que toda la Población residente en el Perú disponga de un seguro de salud que le permita acceder a un conjunto de prestaciones sobre la base del PEAS.

Así como también REGLAMENTO DE LEY N° 29344 (D.S. 008-2010/SA) en su artículo: 76° “Sistema de Identificación de Asegurados” El Documento Nacional de Identidad es el documento a partir del cual se reconoce la condición de asegurado bajo el AUS. El artículo 78° “Regímenes y Criterios de Afiliación” Afiliación a los regímenes subsidiado y semicontributivo estará condicionada a la calificación Socioeconómica del Sistema de Focalización de hogares SISFOH, excepto en las zonas determinadas por normas. (7)

Según el INSTRUCTIVO N°. 009-2008-SIS-J/GO PARA EL LLENADO DEL FORMATO ÚNICO DE ATENCIÓN SIS PARA TODOS LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD (CATEGORÍA I-1, I-2, I-3, I-4, II-1, II-2, III-1 Y III-2) en el numeral F PROCEDIMIENTO PARA EL LLENADO DEL FORMATO ÚNICO DE ATENCIÓN SIS dice: El número de formato, es el número que indicara la atención brindada por el establecimiento de salud (E.S.) y debe estar pre-impreso en el formato antes de su distribución. (7)

El número de formato consta de tres campos: el primer campo, conformado por tres primeros dígitos, identifican a la DISA, DIRESA o la que haga sus veces (código numérico) a la cual pertenece el establecimiento de salud; el segundo campo, conformado por dos dígitos numéricos, corresponde al lote, que son los dígitos finales del año de impresión de los formatos; el tercer campo, corresponde al número correlativo, el cual constará de ocho dígitos, para lo cual la DISA, DIRESA o la que haga sus veces asignara un rango de números correlativos para atender la demanda de los E.S. en coordinación con la ODSIS correspondiente, a fin de evitar su duplicación. (7)

Según el INSTRUCTIVO N°. 009-2008-SIS-J/GO PARA EL LLENADO DEL FORMATO ÚNICO DE ATENCIÓN SIS PARA TODOS LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD (CATEGORÍA I-1, I-2, I-3, I-4, II-1, II-2, III-1 Y III-2) en el numeral PROCEDIMIENTO PARA EL LLENADO DEL FORMATO ÚNICO DE ATENCIÓN SIS, EL DIAGNOSTICO DE INGRESO CIE 10 registra el código correspondiente a cada diagnóstico según la clasificación internacional de enfermedades en su décima versión (CIE-10). Se registran las patologías que se atiende o la actividad preventiva promocional que se realiza. En el primer diagnóstico se registra el más relevante según criterio médico, que más recursos demande o el motivo de la consulta. Con el enfoque



de atención integral indagar si hubiere evidencias de otras patologías y registrar los diagnósticos según el orden de importancia. El registro de los 5 diagnósticos es opcional y fundamentalmente para pacientes hospitalizados. FIRMAS, SELLOS Y HUELLA DIGITAL (7)

Firma y sello del responsable de la atención: al finalizar la atención se registrara la firma y sello personal con el logo o nombre del establecimiento. Firma y huella digital del afiliado o apoderado: el responsable de la atención solicitará que el afiliado o su apoderado firme y coloque su huella digital en el anverso del formato.

Decreto Supremo N° 004-2007-SA, efectuó el reordenamiento de los planes de beneficio a cargo del SIS, a través de sus componentes subsidiado y semisub subsidiado. El artículo 12° de la Ley N° 29626 - Ley del Presupuesto del sector público para el año fiscal 2011, señala "A partir del año

2011, para la incorporación de nuevos beneficiarios en todos los programas sociales o de subsidios del Estado que se vengán ejecutando en el marco de las disposiciones legales vigentes, es necesario que se identifiquen con el Documento Nacional de Identidad (DNI) y se aleccionen tomando en cuenta la evaluación de elegibilidad realizada por el Sistema de Focalización de Hogares (SISFOH)" (7)

Según el INSTRUCTIVO N°. 009-2008-SIS-J/GO PARA EL LLENADO DEL FORMATO ÚNICO DE ATENCIÓN SIS PARA TODOS LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD (CATEGORÍA I-1, I-2, I-3, I-4, II-1, II-2, III-1 Y III-2) en el numeral F PROCEDIMIENTO PARA EL LLENADO DEL FORMATO ÚNICO DE ATENCIÓN SIS en el numeral 11 ATENCIÓN corresponde a tipos de atención mediante el

cual el asegurado entra en contacto con el establecimiento de salud para ser atendido.

1. **Ambulatoria:** es la atención de consulta externa o extramural brindada por el establecimiento de salud que afilio al asegurado.
2. **Referido:** es la atención de asegurados referidos por un E.S. de menor capacidad resolutive para una atención ambulatoria o por emergencia. En este caso, se marcara con un aspa el recuadro "referencia" y se especificará el destino de atención del mismo: "ambulatorio" o "emergencia".
3. **Emergencia:** Atención de daños que pone en riesgo la vida y/o pueden producir lesiones permanentes. Corresponde a las atenciones de emergencia que son atendidas por el E.S. sin una referencia previa. (7)

Según DIRECTIVA N°. 03-2008-SIS-J COBERTURA Y PROCESOS DE PRESTACIÓN DE SALUD DEL SIS precisa la cobertura y regula los procesos de prestaciones de salud financiadas por el SIS, que son brindados por los prestadores de salud a sus asegurados. En tal caso se definen como el listado priorizado de intervenciones sanitarias (LPIS), como el conjunto de intervenciones preventivas, recuperativas y de rehabilitación, de aplicación obligatoria en los establecimientos de salud que reciban financiamiento del SIS, y a las que tienen acceso todos los asegurados del SIS, e incluye a los componentes Subsidiado y Semisubsidiado, como se muestra: actividades preventivas. (7)

Según RESOLUCIÓN JEFATURAL N°. 217-2009/SIS VISTOS: el memorando N°. 918-2009- SIS-GO de la gerencia de Operaciones y el informe N° 305-2009-SIS-OAJ de la oficina de asesoría jurídica,

Este aplicativo ofrece muchas bondades, entre las más importantes:

- Reporte nominal de usuarios de servicios de salud,
- Seguimiento y evaluación de la oportunidad del paquete completo de atención integral del niño y de la gestante.
- Productividad de registro de FUA de los profesionales de salud.
- Monitoreo de la calidad de llenado de FUA por prestación de servicios de salud
- Medición oportuna de la evolución de los indicadores prestacionales.
- Cualquier reporte se puede obtener por EESS, Micro Redes, Redes de Salud, Distritos y Provincias.
- Entre Otros Reportes más.

Este aplicativo debe ser operativo las 24 horas del día, para que los profesionales de los diferentes establecimientos de salud se evalúen el progreso de sus diferentes indicadores prestacionales y los paquetes de atención integral del niño y de la gestante, lo mismo de otras actividades necesarias desde el lugar y la hora donde se encuentren, con tal que se disponga de la línea de internet.

Estructura del convenio cápita entre el SIS y Gobierno Regional y los indicadores prestacionales negociados 2014, 2015 y 2016, materia del presente informe laboral:

1.- La firma de los convenios ha iniciado como piloto el año 2011, en el mes de junio con la Región Huancavelica; posteriormente, fue ampliándose a otras regiones en el año 2012 se firmó en el mes de abril con las regiones Apurímac, Ayacucho y Callao, y el mismo año en el mes de octubre con Amazonas; finalmente el año 2013 el convenio fue a nivel nacional, lo que continua hasta la fecha.

La modalidad de pago es a través de la firma de convenios y por cumplimiento de acuerdos de gestión y de las metas de cada indicador. La modalidad de cálculo en los convenios cápita, era por cada asegurado en dos mecanismos: Tramo Fijo (a sola firma del convenio) y el Tramo Variable (según cumplimiento de meta de indicadores)

Cuadro N° 01: Indicadores Prestacionales negociados en el marco del convenio cápita 2014

Denominación de indicadores, 2014		Meta Negociada en
1	Porcentaje de niños menores de 1 año con 7 CRED y suplementados con 2250 mg de hierro	50
2	Porcentaje de mujeres parturientas con 6 controles prenatales o más	60
3	Porcentaje de Atendidos en Prestaciones Bucales	30
4	Porcentaje de atendidos con profilaxis antiparasitaria	40
5	Porcentaje de Atendidos con Prestaciones de Salud Reproductiva	30
6	Porcentaje de mujeres de 25 a 64 años con despistaje de Cáncer de cuello uterino	30
7	Porcentaje de tamizados en problemas de salud mental.	30
8	Porcentaje de escolares de instituciones educativas públicas del ámbito Qaliwarma con tamizaje de PSE	90
9	Porcentaje de referencias justificadas	70
10	Porcentaje de prestaciones rechazadas por PCPP	10

Cuadro N° 02: Indicadores Prestacionales negociados en el marco del convenio cápita 2015

N°	Denominación de Indicadores 2015	Meta Negociada en %
1	Gestante con paquete preventivo completo (I trim) (4CPN, Exámenes auxiliares I Trim, y Sofe 4 entregas y 120 tab	25
2	Gestante con paquete preventivo completo (III Trim) (4 entregas de He y 120 tab. y dosaje de Hemoglobina en el III Trim.	50
3	Prestaciones de Salud Reproductiva ( Afiliados de 12 a 60 años con consejería y/ o MAC)	40
4	Recién Nacidos con controles de Crecimiento y Desarrollo (2 CRED antes de los 15 días de nacido)	50
5	Atenciones preventivas de salud en niños < 1 año ( 11 CRED y 2250 mg He)	40
6	Atenciones preventivas de salud en niños de 1 año (6 CRED y 2250 mg de He)	40
7	Atenciones preventivas de salud en niños de 2 años (4 CRED y 2250 mg de He)	40
8	Atenciones preventivas de salud en niños < 3 años. (Afiliados menores a 36 meses con He (2250 mg.) y dosaje de hemoglobina)	20
9	Tamizaje en Plan de Salud Escolar (antropometría, agudeza visual, dosaje Hb).	NA
	Paciente PAT evaluación de laboratorio completo.(Hgrama, Glic, Creatinina, Perfil Hepático, Serología VIH, Prueba de embarazo	20
11	Tamizaje de Enfermedades No Transmisibles (>18a)	10

Cuadro N° 03: Indicadores Prestacionales negociados en el marco del convenio cápita 2016

Denominación de Indicadores, 2016		Meta Negociada en %
1	% de Gestante con paquete preventivo (I trim) (4CPN, 4 Exámenes auxiliares I Trim, y 4 entregas y 120 tab de SoFe y Ac. Fólico )	33.35
2	% de Gestante con paquete preventivo (III Trim) (4 entregas y 120 tab. de SoFe y Ac. Fólico y dosaje de Hemoglobina en el III Trim	55.9
3	% de Prestaciones de Salud Reproductiva en adolescentes ( 12 a 17 años con consejería y/ o MAC)	52.6
4	% de Recién Nacidos con controles de Crecimiento y Desarrollo (2 CRED antes de los 15 días de nacido)	60.1
5	% de Atenciones preventivas de salud en niños < 1 año ( 11 CRED y 2250 mg He)	17.5
6	% de Atenciones preventivas de salud en niños de 1 año (6 CRED y 2250 mg de He)	31.4
7	% de Atenciones preventivas de salud en niños de 2 años (4 CRED y 2250 mg de He)	41.9
8	% de Atenciones preventivas de salud en niños < 3 años. (< 36 meses suplementado y dosaje de hemoglobina)	29.2
9	% de prestaciones preventivas en el Primer Nivel de Atención.	63.3
10	% de Paciente PAT evaluación de laboratorio completo.	78.6
11	% de Tamizaje de Enfermedades No Transmisibles (>18a)	5.7
12	% de Despistaje de Cáncer de cuello uterino	25.8
13	% de Tamizaje en Salud Mental	49.8
14	% de Afiliación temprana (DNI antes de 30 días)	41.7

### **2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS**

#### **Prestaciones de Salud**

Son atenciones de salud otorgadas a los asegurados SIS en las IPRESS Públicas de acuerdo a su categoría y según la etapa de vida correspondiente de acuerdo a normatividad vigente. Pueden ser preventivos, recuperativos o de rehabilitación y se desarrollan de forma intramural (dentro de la IPRESS) o extramural (en la comunidad). (8)

#### **Atendido en consulta externa**

Es aquel afiliado que acude a Consulta externa de una IPRESS en la que recibe atención médica o no médica por una causa específica. (8)

#### **Extensión de Uso**

Es la proporción de la población que hace uso de los servicios de salud durante un periodo de tiempo determinado. (8)

#### **Intensidad de uso**

Es el promedio de servicios recibidos por cada usuario durante un periodo de tiempo determinado (8)

#### **Indicadores**

Los indicadores son expresiones de las variables cuantitativas y cualitativas mediante las cuales se pueden medir los logros alcanzados, observar los cambios vinculados con una intervención o analizar los resultados de una intervención para el desarrollo. (8)

#### **Metas**

Las metas son la expresión concreta y cuantificable de lo que se quiere alcanzar en un período definido, trátase de impactos, efectos o productos. (8)

### **Evaluación de Indicadores**

Evaluación que realiza el SIS en el marco de la Gestión por Resultados, con respecto al cumplimiento de las metas establecidas, esta puede ser de manera presencial o mediante análisis de información de bases de datos del SIASIS, del MEF u otra entidad según corresponda. Los resultados se harán llegar al IGSS/GORE a través de las GMR/ UDR del SIS. (8)

### **Compromisos de Gestión**

Son responsabilidades que se desprenden de la negociación entre el SIS y los representantes del IGSS o GORE, según sea el caso, por el cual se comprometen a cumplir las metas institucionales, los indicadores de desempeño y los compromisos de mejora de servicios, así como la entrega de información requerida, relacionado al cumplimiento del convenio suscrito. Para ello, el SIS implementará un sistema informativo para el seguimiento de las metas institucionales, indicadores de desempeño y compromisos de mejora de servicios. (8)

### **Definiciones relacionadas a la persona asegurada al SIS Asegurado/Afiliado**

Es toda persona beneficiaria residente en el país, que esté bajo cobertura de alguno de los regímenes de aseguramiento del Seguro Integral de Salud. Para reconocimiento de los beneficios de un asegurado, deberá cumplir con los requisitos de afiliación, la cual deberá estar activa y vigente. (8)

### **Adscripción**

Procedimiento mediante el cual se determina el establecimiento en el cual el asegurado es incorporado como población asignada, de acuerdo a lo establecido por la autoridad competente y hacia donde deberá acudir en primera instancia en caso de requerir atención. (8)



### **Centro de Digitación**

Oficina, Institución, Unidad Estructural o Funcional y/o Establecimiento de Salud con acceso óptimo a internet, previamente autorizada por el SIS para ingresar datos requeridos para el proceso de afiliación u otros procedimientos complementarios del mismo, sobre aseguramiento. Los establecimientos de salud que no cuenten con internet serán asignados por el IGSS, DIRESA o GERESA a un centro de digitación. (8)

### **Definiciones relacionadas al mecanismo de pago**

#### **Pago Capitado**

Es el mecanismo de pago que se realiza de forma prospectiva, mediante el cual los proveedores de salud reciben un pago fijo por cada persona afiliada al SIS asignada a su jurisdicción. En retribución, los prestadores brindan a la población asegurada un paquete de atenciones preventivas y recuperativas durante un periodo establecido contractualmente. (8)

**Ajuste Positivo;** prestaciones que se pagarán de manera adicional al monto capitado realizadas por establecimientos de II nivel con población adscrita o establecimientos de salud de I nivel que brinden atenciones especializadas de acuerdo a sustentos técnicos previamente aprobados por el SIS.

### **Definiciones relacionadas al Registro y digitación del Formato Único de Atención**

#### **Formato Único de Atención (FUA)**

Es el instrumento en el que se registra, en físico o en magnético, la información de atenciones de salud individual requerida por el SIS que son brindadas por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS). Contiene un código único de registro de las prestaciones de

salud realizadas que servirán para el proceso de evaluación prestacional y para la extracción de los indicadores incluidos en los convenios. (8)

### **Formato de Atenciones Colectivas (FAC)**

Es el instrumento en el que se registra, en físico o en magnético, la información de actividades colectivas brindadas por las IPRESS. Contiene numeración única de identificación del FAC y se utiliza como fuente de información para los registros informáticos del SIS. (8)

### **Puntos de Digitación**

Son todas aquellas instancias que digitan los formatos de atención en los aplicativos autorizados por el SIS. (8)

### **Centros de Digitación**

Son todos los puntos de digitación que además cuenten con internet para operativizar los diferentes procesos informáticos del SIS. (8)

### **FTP; (File Transfer Protocol)**

Es un protocolo de red para la transferencia de archivos entre sistemas interconectados o enlazados a Internet, basado en la arquitectura cliente-servidor. Desde un equipo cliente se puede conectar a un servidor para descargar archivos desde él o para enviarle archivos, independientemente del sistema operativo utilizado en cada equipo. (8)

### **Definiciones relacionadas a los procesos de control del SIS Proceso de Control Prestacional**

Es el macro proceso que realiza el SIS para determinar la validez de la prestación para efectos de pago. Incluyen: Proceso de Evaluación Automática, Proceso de Reconsideración, Proceso de Control Presencial Posterior y otros que pueden implementarse. (8)

### **Reglas de Consistencia**

Criterios mínimos de registro de las prestaciones que actúan como un filtro de control para permitir el ingreso de datos en el aplicativo informático web SIASIS. (8)

### **Reglas de Validación**

Son criterios técnicos que verifican el cumplimiento del adecuado registro, estándares de calidad de atención, oportunidad e integralidad de acuerdo a la normatividad vigente que deben cumplir las prestaciones financiadas por el SIS. Es preciso mencionar que en el convenio cápita del presente año 2016 no aplica la Regla de Validación N° 01. (8)

### **Proceso de Control Prestacional Posterior de las Prestaciones de Salud**

Consiste en la evaluación y verificación documentaria in situ de las prestaciones de salud financiadas por el SIS y registradas en sus aplicativos informáticos por los establecimientos de salud. (8)

### III.- EXPERIENCIA PROFESIONAL

#### 3.1. RECOLECCIÓN DE DATOS:

Para el presente trabajo los datos fueron recolectados de la fuente del SIS: [www.sis.gob.pe](http://www.sis.gob.pe) del icono MUNDO IPRESS, específicamente de la "producción por IPRESS". (5)



En esta página web se encuentran diferentes informaciones entre ellas las normas legales emitidos por el SIS, información para el IPRESS, los convenios de cada año, Producción por IPRESS, servicios de salud, Transferencias realizadas y el mirador GREP en donde se detallan las observaciones, es decir, los FUAS que no superaron la regla de validación en forma mensual.

Cabe aclarar que, a nivel regional no existía un sistema de información adecuada como en otras regiones; por tal motivo para este año 2017 se ha construido un aplicativo web "REPFUAS- DIRESA-Apurímac" (Reporteador de los Formatos Únicos de Atención), aprobado con la Resolución Directoral N°. 493-2017-DIRESA-AP, que está operativo con

el siguiente link: [dspp.diresaapurimac.gob.pe](http://dspp.diresaapurimac.gob.pe) que más abajo se describirá detalladamente.



### 3.2. EXPERIENCIA PROFESIONAL

El autor del presente informe laboral es un profesional, Licenciado en Enfermería, de condición nombrado en la Dirección Regional de Salud Apurímac, con más de 20 años de servicio en administración pública, durante este tiempo ha ocupado diversas coordinaciones regionales y como Director de Seguros Públicos y Privados desde hace 4 años. A continuación se mencionan algunos detalles como parte de la experiencia profesional.

**Descripción del Área Laboral**, la Dirección de Seguros Públicos y Privados actualmente viene funcionando en un ambiente compartido con la secretaria de la Dirección Ejecutiva de Salud de las Personas, ubicado en el segundo nivel del primer edificio de la DIRESA, actualmente cuenta con siguientes **recursos humanos**: 01 Director, 01 contador, 01 ing, de Sistemas, 01 técnico Informático, 01 medico auditor, cada uno cumple sus funciones específicas según el MOF de la institución.

Orgánicamente, depende de la Dirección Ejecutiva de salud de las Personas, cumpliendo las siguientes funciones de carácter administrativo y de docencia (capacitando en las normativas del SIS vigentes, a los profesionales de la parte operativa):

- Monitoreo permanente de los indicadores del convenio a nivel de las unidades ejecutoras.
- Asistencia técnica sobre las normativas vigentes del SIS (Resoluciones jefaturales, documentos técnicos, normas técnicas de salud, etc.)
- Coordinación permanente con la Unidad Desconcentrada Regional Abancay (UDR)
- Organizar reuniones de evaluación regional del SIS
- Elaborar y elevar documentos técnicos e informes de gestión a las instancias correspondientes según sea el caso
- Hacer cumplir los acuerdos y compromisos del convenio de intercambio prestacional con EsSalud a nivel regional.

Es más, la Dirección de Seguros Públicos y Privados es una oportunidad para desarrollar experiencias en el campo de salud pública, por permitir gerenciar a las Unidades Ejecutoras en la producción de servicios y manejo de los recursos económicos

transferidos por el SIS en beneficio de la población más vulnerable de la Región.

Como parte del desarrollo de las experiencias son las acciones comunes que se ejecuta periódicamente: monitoreo y supervisión, evaluación de los indicadores en el marco del convenio que concluye en la emisión de acta de acuerdos y compromisos.

Cabe aclarar que, las acciones comunes desarrolladas están basadas en las actividades clasificadas en componentes y sus procesos respectivos:

1.- componente de gestión, que comprende los procesos de:

- ✓ Planificación,
- ✓ Dirección,
- ✓ Organización
- ✓ Ejecución

2.- Componente de indicadores prestacionales, que comprende los procesos:

- ✓ Programa Articulado Nutricional
- ✓ Salud Materno Neonatal
- ✓ Enfermedades Transmisibles, TB-VIH
- ✓ Enfermedades No transmisibles y Plan de Salud Escolar
- ✓ Metaxenicas y Zoonoticas
- ✓ Salud Mental
- ✓ Transversales

De la misma forma, se ha encontrado profesionales con experiencias en los componentes mencionados, los cuales han contribuido en la resolución de dudas, debido a que poseen

conocimientos prácticos, especialmente las que trabajan en la parte operativa; y, a través de la UDR y DIRESA llegan las normativas para su implementación (teoría), lo que finalmente permite mejorar y fortalecer conocimientos y competencias técnicas en el marco del SIS.

Finalmente, como parte de gestión, se ha solicitado a la Alta Dirección de la DIRESA implementar con Recursos Humanos, para completar equipos técnicos de la Dirección de Seguros Públicos y Privados.

Entre los logros obtenidos, se detalla a continuación:

- ✓ Monitoreo de la ejecución presupuestal, a través de SIGA, SIAF.
- ✓ Evaluación Regional de los indicadores del convenio cápita
- ✓ Capacitación en los aplicativos de prestación 111: Casas maternas
- ✓ Fortalecimiento de las competencias técnicas de las personas que trabajan en los diferentes puntos de digitación
- ✓ Renovación del convenio del Intercambio prestacional

### **3.3. PROCESOS REALIZADOS EN EL TEMA DEL INFORME**

Durante estos últimos tres años hubo diversas limitaciones e inconvenientes básicamente en el manejo del sistema de información propios de la Dirección de Seguros Públicos y Privados de la DIRESA Apurímac, entre ellas:

- Desabastecimiento de recursos humanos: a pesar de CAP institucional programado con profesionales multidisciplinarios, durante los años 2015 y 2016 funcionó con un solo personal (Director de Seguros Públicos y Privados), carente de un equipo mínimo: informático, médico auditor, contador.
- Como consecuencia, hubo débil seguimiento y monitoreo oportuno de los indicadores prestacionales precisados en el convenio entre el SIS y



Gobierno Regional, tal como se observa en el capítulo de resultados, con lo cual, pérdida de presupuesto en el tramo variable.

Ante esta situación se tuvo que insistir implementación de la Dirección de Seguros Públicos y Privados con un equipo técnico multidisciplinario, sustentado en los hechos anteriores. Esta petición fue implementada con la Resolución Directoral N°.111-2017-DG-DIRESA-AP, conformado por un Ing, de Sistemas, 01 técnico informático, 01 contador, 01 médico.

A partir de esta implementación, previo análisis histórico de los indicadores prestacionales, se presentó a la Dirección General y a la Oficina de Estadística e Informática un proyecto de mejora del sistema de información regional. Previa autorización de la Dirección General se inició a diseñar o construir un aplicativo regional, basado con todos los datos del Formato Único de Atención a la cual se le puso de nombre: "REPFUAS-DIRESA Apurímac", este aplicativo web actualmente está operativo con el link: **[dspp.diresaapurimac.gob.pe](http://dspp.diresaapurimac.gob.pe)**. Aprobado con la resolución directoral N° 493-2017-DG- DIRESA-AP.

Este aplicativo, está construido en un lenguaje PHP, soportado en SERVER SQL, con la base de datos de FTP del SIS. Ofrece muchas bondades, entre ellas, permite visualizar producción por tipo de profesionales, seguimiento de atención a los asegurados al SIS (control oportuno de CRED, Control prenatal, diversos tamizajes y entre otros), resultados de los indicadores prestacionales por establecimientos de salud, Micro Redes y Redes de salud.

Esta innovación tecnológica del sistema de información ha constituido un aporte muy valioso a todo nivel; los directivos y coordinadores de las Redes de Salud y de la DIRESA ya toman decisiones de manera oportuna en el monitoreo y seguimiento de los indicadores sanitarios y a nivel de los establecimientos de salud para verificar la ubicación de las personas, es decir, el lugar donde recibió una atención anterior y de qué patología o alguna prestación preventiva.

## V.- RESULTADOS

Para este análisis se tomó en cuenta solo los indicadores prestacionales del primer nivel de atención precisados en los convenios de los años 2014, 2015 y 2016. No incluye los datos de ejecución financiera. Cabe aclarar las siguientes definiciones que explican los cuadros:

**Denominación de Indicador:** es la relación de indicadores que se negocian durante la firma del convenio entre el SIS y el Gobierno Regional, cada año son diferentes denominaciones, se enfatiza etapa de vida niña y materna neonatal.

**Meta Negociada:** se expresa en números enteros, que representa a la cantidad de personas. **Meta Ejecutada:** es la cantidad de personas que han recibido el paquete mínimo de atención integral de salud, lo cual se precisa en la guía técnica del convenio.

**Meta Negociada en Porcentaje:** durante la firma del convenio, ambas partes fijan una proporción de la población, quienes recibirán el paquete mínimo de atención integral, lo cual será medido para su transferencia económica, bajo la denominación tramo variable.

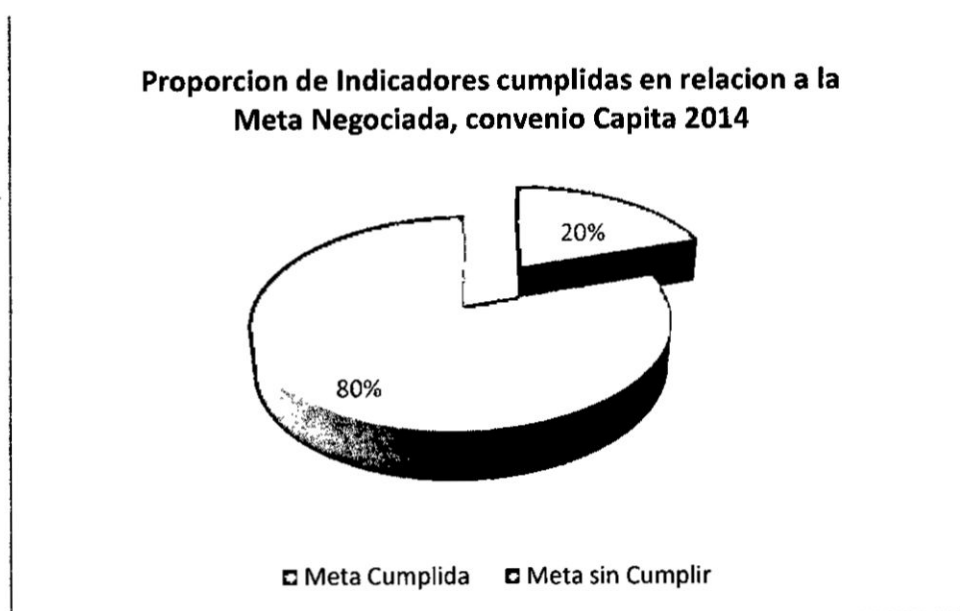
**Numerador:** Número de asegurados que han recibido el servicio especificado en cada indicador. **Denominador:** Número de asegurados al SIS según condición o grupo etario especificado por cada indicador negociado.

**Cobertura porcentual** por cada indicador, respecto a la población objetivo para ese indicador. **Porcentaje de cumplimiento** negociado en el convenio cápita para el Trimestre o Semestre respectivo

El segundo indicador: "Porcentaje de mujeres parturientas con 6 controles prenatales o más" logró tener la cobertura más alta, por superar a la meta física negociada, es decir, de 5,505 parturientas el 60% debían tener 6 controles prenatales, este año 3,730 (67.76%) parturientas tuvieron 6 CPN.

Cabe aclarar sobre el indicador N° 10: "Porcentaje de prestaciones rechazadas por PCPP" que tiene una cobertura 49.88% en relación a la meta negociada que era el 10%. En este indicador el acuerdo era no superar el 10% de rechazos durante la auditoria de los FUAS e historias clínicas realizados en los diferentes establecimientos de salud, sin embargo tuvo rechazos muy altos.

Gráfico N° 02.



**Fuente: SIASIS-Mirador GREP 2014**

Este gráfico representa el número de indicadores que superaron la meta negociada en relación al número total de indicadores precisados en el convenio del presente año; es decir, de 10 solo se cumplió con 2 indicadores (20%).

Cuadro N° 06:

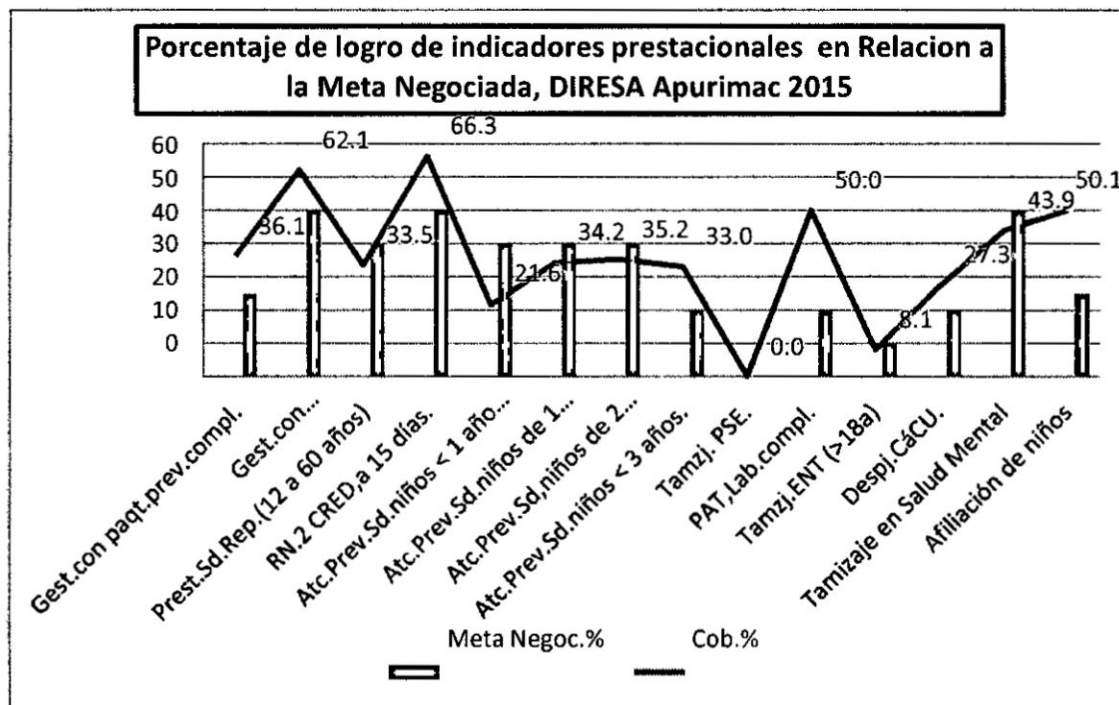
**META NEGOCIADA Y COBERTURA LOGRADA DE INDICADORES PRESTACIONALES CAPITA 2015.**

<b>Nº</b>	<b>DENOMINACION DEL INDICADOR PRESTACIONAL, CAPITA 2015</b>	<b>Avance Acumulado/meta física</b>	<b>Meta Negociada %</b>	<b>Cobertura Acumulada %</b>
<b>1</b>	Gestante con paquete preventivo completo (I trim.) (4CPN, Exámenes auxiliares I Trim, y Sofe 4 entregas y 120 tab	2132	25	36.12
		5902		
<b>2</b>	Gestante con paquete preventivo completo (III Trim) ( 4 entregas de He y 120 tab. y dosaje de Hemoglobina en el III Trim.	3664	50	62.08
		5902		
<b>3</b>	Prestaciones de Salud Reproductiva ( Afiliados de	72716	40	33.51
		216980		
<b>4</b>	Recién Nacidos con controles de Crecimiento y Desarrollo (2 CRED antes de los 15 días	4145	50	66.32
		6250		
<b>5</b>	Atenciones preventivas de salud en niños < 1 año	1290	40	21.55
		5985		
<b>6</b>	Atenciones preventivas de salud en niños de 1 año	2222	40	34.19
		6499		
<b>7</b>	Atenciones preventivas de salud en niños de 2 años (4 CRED y 2250 mg de He)	2762	40	35.18
		7850		
<b>8</b>	Atenciones preventivas de salud en niños < 3 años. (Afiliados menores a 36 meses con	6703	20	32.96
		20334		
<b>9</b>	Tamizaje en Plan de Salud Escolar	50537	NA	00
		49470		
<b>10</b>	Paciente PAT evaluación de laboratorio completo.(Hgrama, Glic, Creatinina,	33	20	50.00
		66		
<b>11</b>	Tamizaje de Enfermedades No Transmisibles	17024	10	8.09
		210421		
<b>12</b>	Despistaje de Cáncer de cuello uterino	18869	20	27.27
		69202		
<b>13</b>	Tamizaje en Salud Mental	153660	50	43.91
		349950		
<b>14</b>	Afilación de niños	2954	25	50.05
		5902		

Fuente: SIASIS-Mirador GREP 2015

La interpretación detallada del presente cuadro esta detallada a continuación del grafico N° 07

Grafico N° 03:



Fuente: SIASIS-Mirador GREP 2015

**Interpretación del logro de Indicadores Prestacionales del convenio cápita 2015:**

En el año 2015, el indicador con la cobertura más baja fue el N° 11: "Tamizaje de Enfermedades No Transmisibles (>18a), solo se alcanzó el 8.09% en relación a la meta negociado (10%) de la población mayores de 18 años, es decir, solo se tamizo a 17,024 personas para descartar enfermedades no transmisibles de 21,0421 personas de ambos sexos.

En cambio, en el indicador N° 04: "Recién Nacidos con controles de Crecimiento y Desarrollo (2 CRED antes de los 15 días de nacido)" se logró superar la meta negociada (50%) coberturando con 66.32% de 6250 Recién Nacidos.

Los indicadores que no cumplió con la cobertura negociada se debió a:

Ind. 3. Prestaciones de Salud Reproductiva (Afiliados de 12 a 60 años con consejería y/ o MAC), se logró solamente 33.5% de 40% (negociado), hubo dificultades en algunos Establecimientos

de salud en registrar correctamente la prestación 018, en el FUA, por desconocimiento en las reglas de consistencia.

Ind. 5. Atenciones preventivas de salud en niños < 1 año (11 CRED y 2250 mg He), se cobertura 21.5% de 40%(negociado)

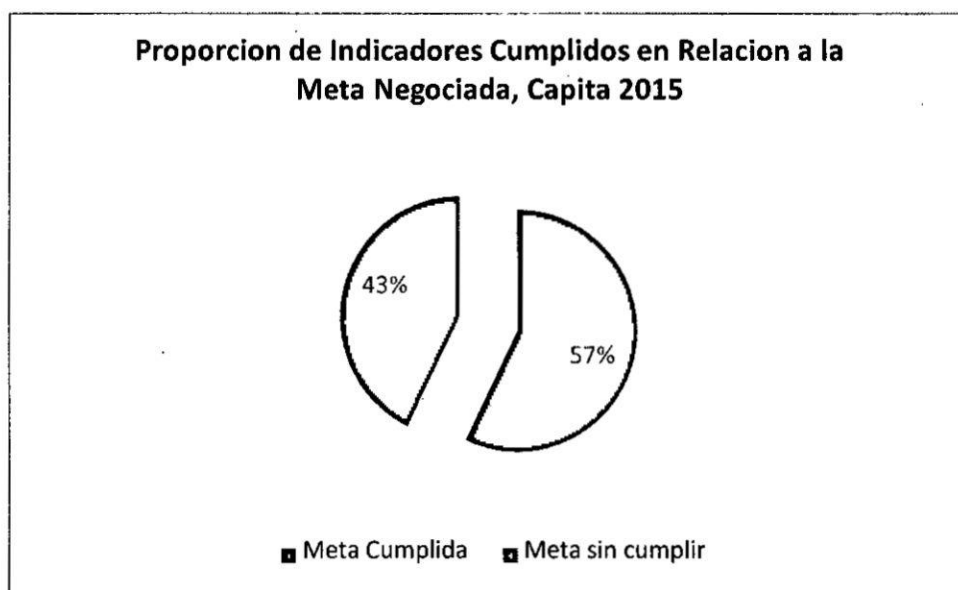
Ind. 6. Atenciones preventivas de salud en niños de 1 año (6 CRED y 2250 mg de He); 34.1% de 40% (negociado)

Ind. 7. Atenciones preventivas de salud en niños de 2 años (4 CRED y 2250 mg de He), se cobertura en 32.9% de 40% (negociado); los indicadores 5,6 y 7 son similares en su criterio de medición, los niños solo debió de recibir control de crecimiento y desarrollo, los mismos recibir suplementación con sulfato ferroso de 2250 mg, de acuerdo a la norma técnica vigente del MINSA; sin embargo, en estos indicadores no hubo la oportunidad de entrega de sulfatos ferroso a los niños, motivo por el cual no se calificó.

Ind. 11. Tamizaje de Enfermedades No Transmisibles (>18a), se logró 8.09% de 10% (negociado), se debió al abastecimiento inoportuno de insumos laboratoriales para descarte de colesterol y triglicérido.

Ind. 13. Tamizaje en Salud Mental, 43.9% de 50% (negociado), para este indicador hubo dificultades en el registro correcto en FUA y brecha de recursos humanos.

Grafico N° 04



**Fuente: SIASIS-Mirador GREP 2015**

**Interpretación:** Durante el año 2015 se ha negociado 14 Indicadores prestacionales en el convenio cápita, para la transferencia del tramo variable, de los cuales solo se cumplió con 7 (54%) indicadores. Cabe aclarar que el indicador Plan Salud Escolar tiene medición particular. y el 46% de los indicadores no se cumplió por las razones expuesta más arriba.



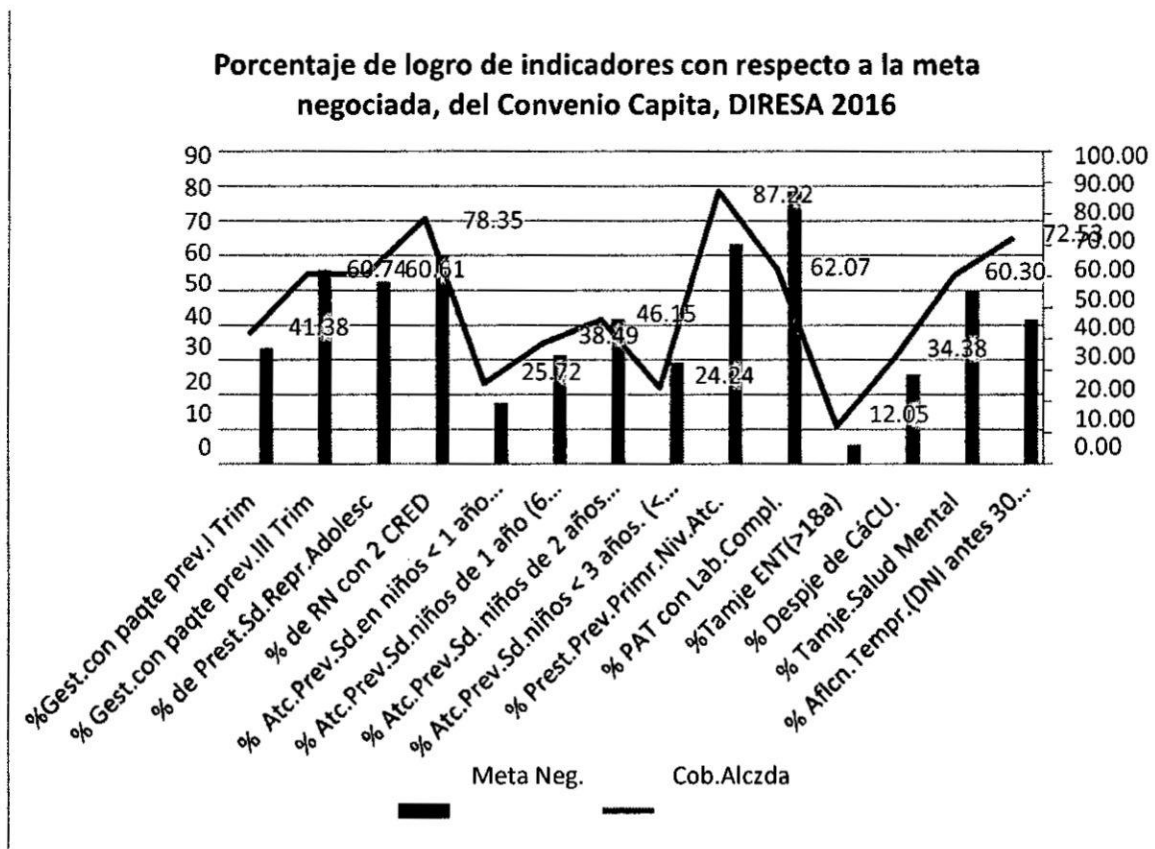
Cuadro N° 07

**META NEGOCIADA Y COBERTURA LOGRADA DE INDICADORES PRESTACIONALES  
CAPITA 2016.**

<b>DENOMINACION DE INDICADORES PRESTACIONALES DEL CAPITA 2016</b>		<b>Meta Negoc. / Resultado Acumldo</b>	<b>Meta Negocia da en %</b>	<b>Cobertur a alcanzad a %</b>
<b>1</b>	% de Gestante con paquete preventivo (I trim) (4CPN, 4 Exámenes auxiliares I Trim, y 4 entregas y 120 tab de SoFe y Ac. Fólico )	2636	33.35	41.38
		6370		
<b>2</b>	% de Gestante con paquete preventivo (III Trim) (4 entregas y 120 tab. de SoFe y Ac. Fólico y dosaje de Hemoglobina en el III Trim	3869	55.9	60.74
		6370		
<b>3</b>	% de Prestaciones de Salud Reproductiva en adolescentes ( 12 a 17 años con consejería y/ o MAC)	28298	52.6	60.61
		46691		
<b>4</b>	% de Recién Nacidos con controles de Crecimiento y Desarrollo (2 CRED antes de los 15 días de nacido)	5360	60.1	78.35
		6841		
<b>5</b>	% de Atenciones preventivas de salud en niños < 1 año ( 11 CRED y 2250 mg He)	1862	17.5	25.72
		7240		
<b>6</b>	% de Atenciones preventivas de salud en niños de 1 año (6 CRED y 2250 mg de He)	2599	31.4	38.49
		6753		
<b>7</b>	% de Atenciones preventivas de salud en niños de 2 años (4 CRED y 2250 mg de He)	3032	41.9	46.15
		6570		
<b>8</b>	% de Atenciones preventivas de salud en niños < 3 años. (< 36 meses suplementado y dosaje de hemoglobina)	4985	29.2	24.24
		20563		
<b>9</b>	% de prestaciones preventivas en el Primer Nivel de Atención.	1771412	63.3	87.22
		2030869		
<b>10</b>	% de Paciente PAT evaluación de laboratorio completo.	36	78.6	62.07
		58		
<b>11</b>	% de Tamizaje de Enfermedades No Transmisibles (>18a)	25221	5.7	12.05
		209277		
<b>12</b>	% de Despistaje de Cáncer de cuello uterino	23795	25.8	34.38
		69217		
<b>13</b>	% de Tamizaje en Salud Mental	209773	49.8	60.30
		347863		
<b>14</b>	% de Afiliación temprana (DNI antes de 30 días)	4620	41.7	72.53
		6370		

Fuente: SIASIS-Mirador GREP 2016

Grafico N° 05.



Fuente: SIASIS-Mirador GREP 2016

**Interpretación:** según los cuadro N° 08 y el grafico N° 05, se obtuvo los siguientes resultados:

Ind. 8. "% de Atenciones preventivas de salud en niños < 3 años. (< 36 meses suplementado y dosaje de hemoglobina)" muestra resultado final por debajo de la meta negociado, 24.24% de 29.2% (negociado); se debió a que no todos los suplementados fueron dosados con hemoglobina, para descartar anemia.

Ind. 10. % de Paciente PAT evaluación de laboratorio completo. 62.02% de 78.6% (negociado); se debe a que muchos pacientes afectados por tuberculosis fueron diagnosticados en otras regiones, los cuales no tuvieron registro en FUA los resultados de la batería completa de laboratorio antes de iniciar el tratamiento.

En cambio el indicador N° 09, "porcentaje de prestaciones preventivas en el Primer Nivel de Atención" se logró 87.22% en relación a la meta negociada 63.3%

En términos generales los indicadores que no lograron superar la meta negociada se debió a lo siguiente:

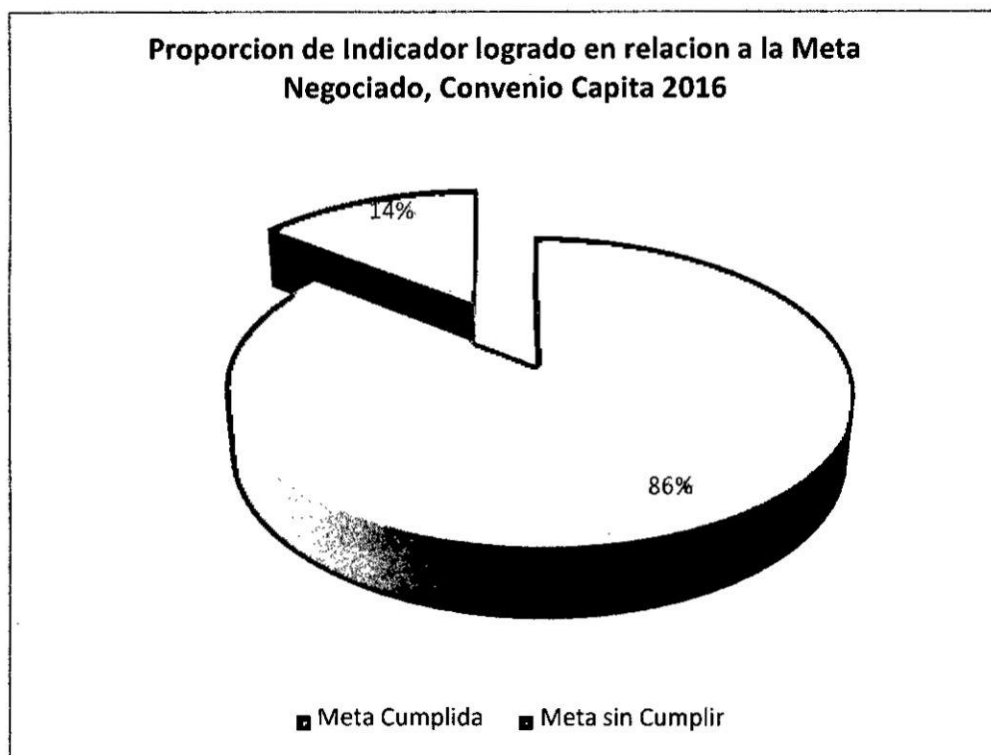
Brecha de recurso humano en algunas U.E., inadecuado manejo del plan de atención integral, débil seguimiento y monitoreo, débil trabajo en equipo, insuficiente dotación de material impreso (monitores, H.C.), distribución inoportuna de insumos, débil monitoreo del consumo y stock de los multimicronutrientes, inadecuado registro de FUAS, HIS, SIEN, HC. Carnet de CRED sumado a que los familiares no acuden oportunamente a la cita para el control CRED a pesar de haber sido informados por el personal del establecimiento de salud sumado la información incorrecta de la UDR con las fechas de control.

Desabastecimiento de reactivos de laboratorio en los establecimientos I-3 y I-4 e insumos de tiras reactivas para batería completa en niño, gestante y MER en niveles I-1 y I-2, además la captación tardía de la gestante, déficit de personal para garantizar examen de laboratorio y ecografía en el primer trimestre en los EE.SS. I – 3

Inadecuada información vertida por la UDR/SIS sobre la elaboración del FUA con resultado de Papanicolaou, sumado a ello las limitaciones del anatómico patólogo y la cultura de la población para la toma de la muestra

Dentro de las limitaciones existente se atribuye a la actitud del personal por no consignar datos de Anamnesis, Examen Físico, Exámenes auxiliares, no colocar copia de la referencia en las H.C. incongruencia del diagnóstico y el tratamiento, aspectos que evalúa la UDR/SIS para el cumplimiento del indicador.

**Grafico N° 06**



**Fuente: SIASIS-Mirador GREP 2016**

**INTERPRETACION:**

Según el grafico N° 06, el 86% de Indicadores negociados logró cumplir con las metas establecidas o negociadas en el convenio cápita 2016; solamente, el 14% no logró cumplir con la meta negociada, que equivale a dos Indicadores: 8 y 10.

## VI.- CONCLUSIONES

1. Sistema de información del SIS, los denominados ARFSIS y SIASIS, es de manejo exclusivo de la UDR, SIS y los digitadores a nivel de las Unidades Ejecutoras para ingresar los datos del FUA. Este sistema de información es desconocido por los profesionales de la parte operativa, por lo que hay deficiencias en el monitoreo de los indicadores prestacionales
2. La Dirección de Seguros Públicos y Privados de la DIRESA ha implementado un aplicativo web REPFUA-DIRESA Apurímac, aprobado con la Resolución Directoral N° 493-2017- DG-DIRESA/AP. Lo cual permite a los profesionales de salud de los diferentes establecimientos de salud monitorizar y hacer seguimiento oportuno de los indicadores prestacionales de manera oportuna.
3. Durante los años 2014 y 2015 la gran mayoría de indicadores prestacionales no cumplió con la meta negociada, pero en el año 2016 se llegó a cumplir con 12 de 14 indicadores, debido a débil monitoreo y seguimiento de los mismos, por desconocimiento de un sistema de información por parte los profesionales de la salud.

## VII.- RECOMENDACIONES

1. Los aplicativos web AFSIS y SIASIS deberían ser conocidos por los profesionales que laboran en la parte operativa
2. Los funcionarios, gerentes de la Unidades Ejecutoras y los profesionales de los diferentes establecimientos de salud deberán utilizar adecuadamente el aplicativo web REPFUAS-DIRESA Apurímac para monitorizar y hacer seguimiento oportuno de los indicadores prestacionales para garantizar el cumplimiento de metas negociadas en los convenios.
3. Los indicadores prestacionales negociadas se debe cumplir en su totalidad, para lo cual utilizar el aplicativo web implementado por la DIRESA, a fin de garantizar la transferencia total del tramo variable.

## VIII.- REFERENCIALES

1. García Gil V. Desarrollo de un Sistema Web bajo Estandares de Software libre para Control de Operaciones en la Planta de Tratamiento de Agua, Gerencia de Servicios Logísticos, Distrito Morichal, PDVSA. Informe de Pasantía de Grado presentado ante Comisión de Trabajos de Grado, como requisito para optar al título de Ingeniero de Sistemas. Monaga: Universidad de Oriente, Ingeniería de Sistemas, Maturin; 2012.
2. Bautista Sanchez V, Herrera Nava ME, Jimenez Pereira CU, Milian Garcia DM, Suastegui Espinosa CC. Sistema de Informacion Hospitalario. Tesis. Mexico: Universiada Nacional Automa de Mexico, Mexico; 2013.
3. Ramos Arca CCE. Propuesta de un Plan de Auditoria Informatica para el Sistema de Informacion en Salud y el Aplicativo para el Registro de Formatos SIS en los Establecimientos de Salud de la Unidad Ejecutora 400 en la Region Piura 2015. Tesis. Piura: Universidad Nacional de Piura, Piura; 2015.
4. Longaray Chau CFE. Impacto del Seguro Integral de Salud en el acceso a los servicios de salud. Tesis. Lima: UNMSM, Lima; 2010.
5. Salud Sld. Mundo IPRES. [Online].; 2017 [cited 2017 Agosto 28. Available from:  
[http://www.sis.gob.pe/Portal/quienes\\_somos/antecedentes.html](http://www.sis.gob.pe/Portal/quienes_somos/antecedentes.html).
6. Salud Sld. Directiva N° 004-2008/SIS-J: Directiva que regula el uso de las aplicaciones informaticas de registro de formatos del Seguro Integral de Salud. 2008..

7. Valdez H, Valverde J, Rosales Espinoza M. Auditoria de Sistemas. 2013. Procesos Formales del Sistema Informatico ARFSIS.
8. GUÍA TÉCNICA PARA LA ESTANDARIZACIÓN DEL REGISTRO Y CÁLCULO DE LOS INDICADORES PRESTACIONALES EN EL MARCO DE LOS CONVENIOS DE GESTIÓN CELEBRADOS ENTRE EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD Y LOS GOBIERNOS REGIONALES E IGSS Lima; 2016.
9. Salud Sld. Guía Técnica para Estandarización del Registro y Cálculo de los Indicadores
10. Prestacionales en el Marco de los Convenios de Gestión Suscritos entre el SIS y GORE. 2016.



# **ANEXOS**



**IP N° 02. PORCENTAJE DE GESTANTES ASEGURADAS AL SIS SUPLEMENTADAS CON HIERRO Y ÁCIDO FÓLICO, CON DOSAJE DE HEMOGLOBINA**

<b>FOHIA TÉCNICA</b>		Area Responsable
<b>MATRIZ DE INDICADORES PRESTACIONALES</b>		Seguro Integral de Salud
		Gerencia de Riesgos y Evaluación de las Prestaciones
<b>11. Datos de identificación del Indicador</b>		
Código	IP 02	Nombre del indicador
		Porcentaje de Gestantes aseguradas al SIS suplementadas con hierro y ácido fólico y dosaje de hemoglobina
<b>Definición del indicador</b>		
El indicador mide el porcentaje de mujeres suplementadas con hierro y ácido fólico con dosaje de hemoglobina		
<b>2. Relevancia del Indicador</b>		
<b>Propósito</b>		
Medir un resultado sanitario como es el tener madres suplementadas con dosaje de hemoglobina y con ello contribuir a disminuir anemia en recién nacidos.		
<b>Justificación</b>		
En el marco del Plan para reducir la Desnutrición Crónica Infantil - Anemia se ha considerado una intervención basada en la evidencia la suplementación con hierro y ácido fólico por que mejora la nutrición materna, reducen el riesgo de retardo del crecimiento intrauterino y los nacimientos de bebés pequeños para la edad gestacional. A través del Indicador se pretende incentivar al prestador a que no solo entregue el suplemento sino que también tome acciones de promoción del consumo.		
<b>3. Aspectos metodológicos de la estimación del indicador</b>		
<b>Cálculo del indicador</b>		<b>Numerador</b>
N° acumulado de partos registrados, de mujeres adscritas a la Región/IGSS suplementadas con hierro y ácido fólico y con dosaje de hemoglobina		1) 4 entrega de suplementación de ácido fólico y hierro con un mínimo de 120 tabletas; se utilizará el código SISMED 03513, 03512, 03514, ((03552 ó 3553) y (18109 ó 18119)), en los servicios 009 y 056 y 2) Cuenten con valor de dosaje de hemoglobina (prioritariamente CPT 85018 o CPT 85027 ó 85007 ó 85031) en el III trimestre.)  Para contar los cantidad de tabletas de sulfato ferroso más ácido fólic. 3513 Suma la cantidad entregada según FUA. 3512 Suma la cantidad entregada según FUA 3514 Suma la cantidad entregada según FUA Mínimo 30 tab 3552 + Mínimo 3 tab 18109 ó Suma la cantidad entregada según FUA del Sulfato (3552). Mínimo 30 tab 3552 + Mínimo 1 tab 18119. Suma la cantidad entregada según FUA del Sulfato (3552). Mínimo 30 tab 3553 + Mínimo 3 tab 18109 ó Suma la cantidad entregada según FUA del Sulfato (3553). Mínimo 30 tab 3553 + Mínimo 1 tab 18119. Suma la cantidad entregada según FUA del Sulfato (3553).
N° acumulado de partos registrados a nivel nacional, de mujeres adscritas a la Región/IGSS		<b>Denominador</b>
		N° acumulado de partos registrados a nivel nacional, de mujeres adscritas en la Región/IGSS (Subsidiado y NRUS) en el periodo de evaluación. Se mantiene fijo durante el año, para efectos de evaluación del III componente.
<b>Precisiones</b>		<b>Representatividad</b>
* Para el cálculo del indicador el III Trimestre se considera a partir de las 28 semanas de gestación. * Para el cálculo del 1er criterio del indicador se considerará todas las variedades de hierro en tabletas de compra nacional. * La búsqueda se realizará a nivel nacional e incluye a las afiliadas regulares y directos (forma temporal y permanente).		En el ámbito de evaluación
<b>Frecuencia de medición</b>		
<b>MENSUAL</b>		
<b>5. Determinación de valores y referencias adicionales</b>		
<b>Referencias Bibliográficas</b>		
Plan para reducir la Desnutrición Crónica Infantil - Anemia 2014 - 2016 Nuevo modelo de control prenatal de la OMS . Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva, Aprobada con Resolución Ministerial N° 668-2004/MINSA NT. N° 105 - MINSA/DGSP.V.01 Aprobada con Resolución Ministerial N° 827-2013/MINSA El resultado de la hemoglobina se monitorizará de manera mensual.		

**IP N° 03. PORCENTAJE DE POBLACIÓN ASEGURADA AL SIS ATENDIDOS CON PRESTACIONES DE SALUD REPRODUCTIVA**

<b>FICHA TÉCNICA</b>		Area Responsable	
<b>MATRIZ DE INDICADORES PRESTACIONALES</b>		Seguro Integral de Salud	
		Gerencia de Riesgos y Evaluación de las Prestaciones	
<b>11. Datos de identificación del Indicador</b>			
Codigo	IP 03	Porcentaje	Nombre del indicador
<b>Definición del Indicador</b>			
El indicador mide el acceso de los asegurados de 12 - 17 años de la región/IGSS, a prestaciones preventivas de Salud Sexual y Reproductiva.			
<b>Justificación</b>			
En el marco del quinto Objetivo del Milenio propuesto para el año 2016, se promueve el acceso a la Planificación Familiar y al uso de métodos anticonceptivos.			
<b>3. Aspectos metodológicos de la estimación del indicador</b>			
<b>Cálculo del Indicador</b>		<b>Numerador</b>	
N° de asegurados entre 12 y 17 años en la Región/IGSS atendidos en Salud Reproductiva x 100		N° acumulado de atendidos en Salud Reproductiva (incluye varones y mujeres) en el periodo de evaluación.	
		<b>Denominador</b>	
N° de población asegurados SIS entre 12 y 17 años adscritos a la Región/IGSS		N° acumulado de asegurados Subsidado y NRUS. Se mantiene fijo durante el año.	
<b>Precisiones</b>		<b>Representatividad</b>	
Que no se cambien condiciones de las prestaciones preventivas establecidas por el MINSA. Se considera atendido en Salud Sexual y reproductiva al asegurado que accede alguna vez al servicio 018 que obligatoriamente consigne el CIE 10: Z30.0 ó todos los códigos de servicios con el CPT 99402. Se considera también a los EESS de II nivel de atención con población adscrita que ha sido considerados dentro de la cápita. La búsqueda se realizara a nivel nacional e incluye a los afiliados regulares y directos (forma temporal y permanente).		En el ámbito de evaluación	
<b>Frecuencia de medición</b>			
Mensual			
<b>4. Fuente de datos y flujo de la información</b>			
<b>Flujo de datos</b>			
SIASIS			
<b>Periodo de Evaluación:</b> Enero a Diciembre 2016 en forma trimestral acumulado (3, 6, 9 y 12 meses).			
<b>Responsable de los datos e información</b>			
<b>Recopilación de datos</b>			
Establecimientos de salud que realizan la atención de los pacientes. El código prestacional es el 018, incluyendo la consejería de salud sexual y reproductiva para varones y mujeres.			
<b>Procesamiento de datos</b>			
OGTI			
<b>5. Determinación de valores y referencias adicionales</b>			
<b>Referencias Bibliográficas</b>			
Documento Técnico Definiciones Operacionales y Criterios de Programación de los Programas Presupuestales para el año fiscal 2013. R.M. 289-2013			
Plan Estratégico Nacional para la Reducción de Mortalidad Materna y Perinatal 2009 - 2016 Norma Técnica de salud para la atención integral de Salud Materna, R.M. 827-2013			
<b>Comentarios Técnicos</b>			
Se consideró población asegurada de ambos sexos de 12 a 60 años			

**IP N° 04. PORCENTAJE DE RECIÉN NACIDOS ASEGURADOS AL SIS CON 2 CONTROLES DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO HASTA LOS 15 DÍAS DE NACIDO**

<b>FICHA TÉCNICA</b>		Area Responsable	
<b>MATRIZ DE INDICADORES PRESTACIONALES</b>		Seguro Integral de Salud	
		Gerencia de Riesgos y Evaluación de las Prestaciones	
<b>Nombre del Indicador</b>			
<b>Definición del indicador</b>			
Está referido al porcentaje de recién nacidos que han recibido el Servicio Preventivo de Crecimiento y Desarrollo 2 Controles de Crecimiento y Desarrollo hasta los 15 días de nacido, según normatividad nacional vigente.			
<b>Propósito</b>			
como la presencia de enfermedades, facilitando su diagnóstico e intervención oportuna disminuyendo deficiencias y discapacidades.			
<b>Justificación</b>			
Reducir la probabilidad que tiene el niño y la niña por sus antecedentes pre, peri o postnatales, condiciones del medio ambiente o su entorno (factores de riesgo), de presentar en el primer año de vida, problemas de desarrollo, ya sean cognitivos, motores, sensoriales o de comportamiento y atenderlos de forma oportuna en caso sean detectados.			
<b>Cálculo del Indicador</b>		<b>Numerador</b>	
N° acumulado de niños asegurados (Subsidiado y NRUS) adscritos a la Región/IGSS que en el periodo de evaluación cumplieron 28 días de edad y que, cuentan con 2 CRED antes de cumplir 16 días de edad. x 100		N° acumulado de niños asegurados al SIS (Subsidiado y NRUS) adscritos a la Región/IGSS que en el periodo de evaluación cumplieron 28 días y que cuenten con 2 CRED brindados en los servicios 001, 002, 060 y 075 a nivel nacional antes de los 16 días de edad.	
N° acumulado de niños que cumplen 28 días de edad asegurados SIS (Subsidiado y NRUS) adscritos a la Región /IGSS		<b>Denominador</b>	
		N° acumulado de niños que cumplen 28 días de edad asegurados al SIS (Subsidiado y NRUS) adscritos a la Región /IGSS	
<b>Precisiones</b>		<b>Representatividad</b>	
Se hará la búsqueda en los Formatos de Atención y el aplicativo informático del SIS en IPRESS del I nivel de atención y II nivel con población adscrita (II sin población adscrita y III nivel sólo para la prestación 002). El intervalo a considerar entre los controles debe ser de dos días. La OGTI debe considerar para el análisis de cada afiliado las prestaciones realizadas desde la inscripción y/o afiliación. La búsqueda se realizará a nivel nacional e incluye a los afiliados regulares y directos (forma temporal y permanente).		En el ámbito de evaluación	
<b>Niveles de desagregación</b>		<b>Frecuencia de medición</b>	
Regional		MENSUAL	
<b>4. Fuente de datos y flujo de la información</b>			
Fuente de datos: Base de datos del Seguro Integral de Salud -SIASIS			
Periodo de Evaluación: Enero a Diciembre 2016 en forma trimestral acumulado (3,6, 9 Y 12 MESES)			
<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 informáticos (ARFSIS Y SIASIS).			
<b>Procesamiento de datos</b>			
Oficina General de Tecnología de la Información - SIS			
<b>5. Determinación de valores de referencia</b>			
<b>Estandares internacionales o valores de referencia</b>			
En el año 2013 la anemia afectó al 48,4% de niñas y niños menores de 36 meses y para el I Semestre del año 2014 se estima según las tendencias que este porcentaje se incremente al 50% (ENDES 2014). En relación con la Desnutrición Crónica Infantil en niños menores de 5 años el 17.5% se vieron afectados en el año 2013 y se estima que para el I Semestre del año 2014 se cuente con el 14,1% (ENDES 2014). En relación con las EDA e IRA, para el año 2013 se vieron afectados el 13.7% y 14.8% niños menores de 36 meses, respectivamente, y para el I Semestre del año 2014 se estima el 16.1% para los dos condiciones (ENDES 2014).			
<b>Referencias Bibliográficas</b>			
1. WHO. Iron Deficiency Anaemia. Assesment, Prevention and Control. A Guide for Programme Managers. WHO/NHDH0.13. Ginebra 2001.			
2. NORMA TECNICA N° 087-MINSA/DGSP-V. 01 "Norma Técnica Sanitaria para el control del crecimiento y desarrollo de la niña y el niño menor de cinco años", aprobado mediante la R.M. 990-2010. Ministerio de Salud.			
3. Definiciones operacionales del PPR aprobado con R.M. 289-2013-MINSA.			
4. Resolución Ministerial N° 258-2014/MINSA, que aprueba el Plan Nacional para la Reducción de la Desnutrición Crónica Infantil y la Prevención de la Anemia en el País, período 2014 - 2016			
5. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Módulos para la prevención y manejo integral de las enfermedades orales: NIÑOS DE 0 A 5 AÑOS DE EDAD. Washington, D.C. 2011. Pg. 9			
5.2. NORMA TECNICA N° 106-MINSA/DGSP-V. 01 Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Neonatal, aprobado mediante la R.M. 828-2013. Ministerio de Salud			
<b>Comentarios Técnicos</b>			
Fuentes Investigaciones demuestran la importancia del desarrollo en la primera infancia con respecto a la formación de la inteligencia, la personalidad y el comportamiento social. En ese sentido, si los niños y niñas de corta edad no reciben en esos años formados la atención y el cuidado que necesitan, las consecuencias son acumulativas y profundas. Por lo tanto, brindar al niño oportunidades para que tenga un crecimiento y desarrollo adecuado es una de las prioridades de la familia, los gobiernos, organizaciones, y comunidad en general.			

# IP N° 05. PORCENTAJE DE NIÑOS/AS ASEGURADOS AL SIS MENORES DE 1 AÑO QUE HAN RECIBIDO ATENCIONES PREVENTIVAS DE SALUD PARA LA EDAD

Area Responsable  
Seguro Integral de Salud

MATRIZ DE INDICADORES PRESTACIONALES	
	<p>Definición de Riesgos y Evaluación de las Prestaciones</p> <p>Nombre del Indicador</p> <p><b>Porcentaje de niños/as asegurados al SIS menores de 1 año de edad que han recibido atenciones preventivas de salud para la edad.</b></p>
<p><b>Definición del indicador</b></p> <p>Está referido a las niñas y niños menores de 1 año que han culminado la suplementación preventiva de anemia con 2250 mg de hierro elemental, cuentan con atenciones de CRED de forma integral y completa</p>	
<p><b>Propósito</b></p> <p>Contribuir con la reducción de la anemia y desnutrición crónica infantil incidiendo en los niños de 1 año, a través de: a) del fortalecimiento el cuidado integral y la vigilancia adecuada del niño mediante el seguimiento periódico, obteniendo resultados oportunos para una intervención adecuada en el tratamiento de los niños con anemia y desnutrición crónica detectados oportunamente, disminuyendo deficiencias y discapacidades; b) administración de Hierro en el niño menor de 12 meses y verificar el seguimiento del consumo del mismo incentivando al prestador para una búsqueda más activa de los niños; c) la vacunación contra rotavirus y neumococo;</p>	
<p><b>Justificación</b></p> <p>Reducir la probabilidad que tiene el niño y la niña por sus antecedentes pre, peri o postnatales, condiciones del medio ambiente o su entorno (factores de riesgo), de presentar en los primeros años de vida, problemas de desarrollo, ya sean cognitivos, motores, sensoriales o de comportamiento y atenderlos de forma oportuna en caso sean detectados; suplementación preventiva con la administración de hierro desde el hogar con el alimento principal de la niña y el niño según norma técnica, con énfasis en la promoción de prácticas saludables en la familia y cuidadores, sobre lactancia materna, consejería integral y nutricional, lavado de manos, etc; administración de inmunizaciones necesarias para prevenir la anemia y la desnutrición en los niños y niñas como son las vacunas contra rotavirus y neumococo;</p>	
<p><b>Cálculo del indicador</b></p>	<p><b>Numerador</b></p> <p>N° acumulado de niños asegurados (Subsidiado y NRUS) adscritos a la Región/GSS que en el periodo de evaluación cumplieron 1 año de edad y han recibido:</p> <p>paquete 11-2</p> <p>1) Que hayan recibido como mínimo 2250 mg de hierro elemental (6 entregas) entre los 29 días hasta los 11 meses y 29 días de edad, a nivel nacional en los códigos de servicio 001,002, 007, 005, 075, 060 y 906 con las diferentes presentaciones de hierro (S0001 ó 20575 y otras presentaciones de hierro en frascos y solución).</p> <p>2) Que cuenten con 11 CRED brindados en los servicios 001 y 002 a nivel nacional desde los 29 días hasta las 11 meses y 29 días de edad.</p> <p><b>Denominador</b></p> <p>N° acumulado de niños que cumplen 1 año de edad asegurados al SIS (Subsidiado y NRUS) adscritos a la Región GSS</p>
<p>N° acumulado de niños asegurados (Subsidiado y NRUS) adscritos a la Región/GSS que en el periodo de evaluación cumplieron 1 año de edad y que en su primer año de vida han recibido suplementación completa de hierro elemental y cuentan 11 CRED</p> <p style="text-align: right;">x 100</p> <p>N° acumulado de niños que cumplen 1 año de edad asegurados SIS (Subsidiado y NRUS) adscritos a la Región AGSS</p>	
<p><b>Precisiones</b></p> <p>La administración de hierro elemental es registrada por los prestadores en los diferentes códigos de prestación en los Formatos de Atención y el aplicativo informático del SIS.</p> <p>La OGTI debe considerar para el análisis de cada afiliado las prestaciones realizadas desde la inscripción y/o afiliación.</p> <p>La búsqueda se realizará a nivel nacional e incluye a los afiliados regulares y directos (forma temporal y permanente).</p> <p>Se hará la búsqueda en los Formatos de Atención y el aplicativo informático del SIS en IPRESS del I nivel de atención y II nivel con población adscrita (II sin población adscrita y III nivel sólo para 002).</p> <p>Se considerará todas las variedades de hierro en frasco o gotas de compra</p> <p><b>Niveles de desagregación</b></p> <p>Regional</p>	<p><b>Representatividad</b></p> <p>En el ámbito de evaluación</p> <p><b>Frecuencia de medición</b></p> <p>MENSUAL</p>
<p><b>Fuente de datos:</b> Base de datos del Seguro Integral de Salud - SIADIC</p> <p><b>Período de Evaluación:</b> Enero a Diciembre 2016 en forma trimestral acumulada (I, II, III y IV SEMESTRE)</p> <p><b>Responsable de los datos e Información</b></p> <p><b>Recopilación de datos</b></p> <p>Establecimientos de salud que realizan la atención de los pacientes y que registran en los aplicativos informáticos (ARFIS y SIASIS)</p> <p><b>Procesamiento de datos</b></p> <p>Oficina General de Tecnología de la Información - SIS</p>	
<p><b>Estandares internacionales o valores de referencia</b></p> <p>En el año 2013 la anemia afectó al 46,4% de niñas y niños menores de 36 meses y para el I Semestre del año 2014 se estima según las tendencias que este porcentaje se incremente al 50% (ENDES 2014). Según los avances de la entrega de MMM (Fuente: Sistema de Información de Consulta Externa - HIS) el 17% a recibido MMM en el I Semestre del año 2014. En relación con la Desnutrición Crónica Infantil en niños menores de 5 años el 17,5% se vieron afectados en el año 2013 y se estima que para el I Semestre del año 2014 se cuente con el 14,1% (ENDES 2014). En relación con las EDA e IRA, para el año 2013 se vieron afectados el 13,7% y 14,8% niños menores de 36 meses, respectivamente, y para el I Semestre del año 2014 se estima el 16,1% para las dos afecciones (ENDES 2014).</p> <p>En relación con las inmunizaciones para Rotavirus y Neumococo, la proporción de niños que las tuvieron (las dos) según su etapa de vida fue de 70% para el año 2013 y se estima que para el I Semestre del año 2014 se cuente con una proporción de 71,7 (ENDES 2014).</p>	
<p><b>Referencias Bibliográficas</b></p> <p>WHO. Guideline: Use of multiple micronutrient powders for home fortification of foods consumed by infants and children 6–23 months of age. Geneva, World Health Organization, 2011</p> <p>Ministerio de Salud. NORMA TÉCNICA N° 087-MINSA/DGSP-V. 01 "Norma Técnica Sanitaria para el control del crecimiento y desarrollo de la niña y el niño menor de cinco años". Ministerio de Salud. DIRECTIVA SANITARIA N° 056-MINSA/DGSP-V. 01 "Directiva Sanitaria que establece la suplementación preventiva con Hierro en las niñas y niños menores de tres años". Definiciones operacionales del PPR aprobado con R.M. 289-2013-MINSA.</p> <p>Resolución Ministerial N° 258-2014/MINSA, que aprueba el Plan Nacional para la Reducción de la Desnutrición Crónica Infantil y la Prevención de la Anemia en el País, periodo 2014 – 2016</p> <p>Organización Panamericana de la Salud (OPS). Módulos para la prevención y manejo integral de las enfermedades orales. NIÑOS DE 0 A 5 AÑOS DE EDAD. Washington, D.C. 2011. Pg. 13</p>	
<p><b>Comentarios Técnicos</b></p> <p>No es conocido en la actualidad el número de niños peruanos que tienen retraso en el desarrollo mental, motor, social y emocional como consecuencia del deficiente estado de salud y nutrición y del ambiente físico desfavorable que rodea la gestación, el nacimiento y los primeros años de vida en condiciones de exclusión. Sin embargo, de acuerdo a los resultados de la última encuesta ENDES 2014, se sabe que el 16,48% de los menores de 2 años presenta desnutrición crónica y el 55,5% de las niñas y niños menores de 36 meses presentó anemia nutricional. Estos datos son suficientes para asumir que esta proporción de niños tendrá deficiencias en el desarrollo, puesto que el retraso en el crecimiento físico y la presencia de anemia son dos marcadores importantes de ambientes desfavorables para el crecimiento y desarrollo. Varios estudios basados en evidencia estiman que entre un cuarto y un tercio del déficit total de crecimiento es atribuible a enfermedades infecciosas gastrointestinales.</p>	
<p><b>OBSERVACIONES:</b></p> <p>En caso de vacunas se monitorizará durante el año las dos dosis de acuerdo a edad</p>	

# IP N° 06. PORCENTAJE DE NIÑOS/AS ASEGURADOS AL SIS DE 1 AÑO DE EDAD QUE HAN RECIBIDO ATENCIONES PREVENTIVAS DE SALUD PARA LA EDAD

Area Responsable	
Seguro Integral de Salud	
Serencia de Riesgos y Evaluación de las Prestaciones	
Nombre del indicador	
Porcentaje de niños/as asegurados al SIS de 1 año de edad que han recibido atenciones preventivas de salud para la edad	
Definición del indicador	Está referido a las niñas y niños de 2 años de edad que han culminado la suplementación preventiva de hierro elemental y cuentan con atenciones de CRED.

## Propósito

Contribuir con la reducción de la anemia y desnutrición crónica infantil iniciando en los niños de 1 año, a través: a) del fortalecimiento el cuidado integral y la vigilancia adecuada del niño mediante el seguimiento periódico, obteniendo resultados oportunos para una intervención adecuada en el tratamiento de los niños con anemia y desnutrición crónica detectados oportunamente, disminuyendo deficiencias y discapacidades y b) administración de Hierro en el menor de 24 meses y verificar el seguimiento del consumo del mismo incentivando al prestador para una búsqueda más activa de los

## Justificación

Reducir la probabilidad que tiene el niño y la niña por sus antecedentes pre, peri o postnatales, condiciones del medio ambiente o su entorno (factores de riesgo), de presentar en los primeros años de vida, problemas de desarrollo, ya sean cognitivos, motores, sensoriales o de comportamiento y atenderlos de forma oportuna en caso sean detectados; suplementación preventiva con la administración desde el hogar con el alimento principal de la niña y el niño según norma técnica, con énfasis en la promoción de prácticas saludables en la familia y cuidadores, sobre

### 3. Aspectos metodológicos de la estimación del indicador

Cálculo del Indicador	Numerador	Denominador
$\frac{\text{N}^{\circ} \text{acumulado de niños asegurados (Subsidiado y NRUS) adscritos a la Región /IGSS que en el periodo de evaluación cumplieron 2 años, que han recibido suplementación completa de hierro elemental y cuentan 6 CRED cumplidos}}{\text{N}^{\circ} \text{acumulado de niños que cumplieron 2 años de edad asegurados (Subsidiado y NRUS) adscritos a la Región /IGSS}} \times 100$	<p>N° acumulado de niños que cumplieron 2 años de edad asegurados (Subsidiado y NRUS) adscritos a la Región /IGSS y que cumplen con los siguientes criterios: paquete -&gt; [1+2] 1) Que hayan recibido como mínimo 2250 mg de hierro elemental desde los 29 días hasta 23 meses y 29 días de edad, a nivel nacional en los códigos de servicio 001, 002, 007, 005, 060, 075 y 906, con las diferentes presentaciones de hierro (S0001 ó 20575 y otras presentaciones de hierro en frascos y solución) 2) Que cuenten con 6 CRED brindados en los servicios 001 a nivel nacional desde los 12 meses hasta los 23 meses y 29 días de edad.</p>	<p>N° acumulado de niños que cumplieron 2 años de edad asegurados (Subsidiado y NRUS) en la Región /IGSS</p>
<p><b>Preclaciones</b> La administración de hierro elemental es registrada por lo prestadores en los diferentes códigos de prestación en los Formatos de Atención y el aplicativo informático del SIS. La OGTI debe considerar para el análisis de cada afiliado las prestaciones realizadas desde la inscripción y/o afiliación. La búsqueda se realizará a nivel nacional e incluye a los afiliados regulares y directos (forma temporal y permanente). Se hará la búsqueda en los Formatos de Atención y el aplicativo informático del SIS en IPRESS del I nivel de atención y II nivel con población adscrita (II sin población adscrita y III nivel sólo para 002). Se considerará todas las variedades de hierro en frasco o gotas de compra</p>	<p><b>Representatividad</b> En el ámbito de evaluación</p>	
<p><b>Niveles de desagregación</b> Regional</p>	<p><b>Frecuencia de medición</b> MENSUAL</p>	

## Fuente de datos: Base de datos del Seguro Integral de Salud -SIASIS

Periodo de Evaluación: Enero a Diciembre 2016 en forma trimestral acumulado (3,6,9 Y 12 MESES)

## Responsable de los datos e información

### Recopilación de datos

Establecimientos de salud que realizan la atención de los pacientes y que registran en los aplicativos informáticos (ARFSIS Y SIASIS).

### Procesamiento de datos

Oficina General de Tecnología de la Información - SIS

Periodo de Producción: 01 de enero al 31 de diciembre 2016

## Estándares internacionales o valores de referencia

En el año 2013 la anemia afectó al 45.4% de niñas y niños menores de 36 meses y para el I Semestre del año 2014 se estima según las tendencias que este porcentaje se incrementa al 50% (ENDES 2014). Según los avances de la entrega de MMM (Fuente: Sistema de Información de Consulta Externa - HIS) el 17% a recibido MMM en el I Semestre del año 2014. En relación con la Desnutrición Crónica Infantil en niños menores de 5 años el 17.5% se vieron afectados en el año 2013 y se estima que para el I Semestre del año 2014 se cuente con el 14.1% (ENDES 2014). En relación con las EDA e IRA, para el año 2013 se vieron afectados el 13.7% y 14.8% niños menores de 36 meses, respectivamente, y para el I Semestre del año 2014 se estima el 16.1% para las dos afecciones (ENDES 2014).

## Referencias Bibliográficas

WHO. Guideline: Use of multiple micronutrient powders for home fortification of foods consumed by infants and children 6–23 months of age. Geneva, World Health Organization, 2011.

Ministerio de Salud. NORMA TECNICA N° 087-MINSA/DGSP-V. 01 "Norma Técnica Sanitaria para el control del crecimiento y desarrollo de la niña y el niño menor de cinco años".

Ministerio de Salud. DIRECTIVA SANITARIA N° 056-MINSA/DGSP-V. 01 "Directiva Sanitaria que establece la suplementación preventiva con Hierro en las niñas y niños menores de tres años". Definiciones operacionales del PPR aprobado con R.M. 289-2013-MINSA.

Resolución Ministerial N° 258-2014/MINSA, que aprueba el Plan Nacional para la Reducción de la Desnutrición Crónica Infantil y la Prevención de la Anemia en el País, periodo 2014 — 2016

Ministerio de Salud. Resolución Ministerial N° 453-2005/MINSA. Guías de práctica Clínica estomatológica.

Organización Panamericana de la Salud (OPS). Módulos para la prevención y manejo integral de las enfermedades orales: Niños de 0 a 5 años de edad. Washington, D.C. 2011. Pg. 13

## Comentarios Técnicos

No es conocido en la actualidad el número de niños peruanos que tienen retraso en el desarrollo mental, motor, social y emocional como consecuencia del deficiente estado de salud y nutrición y del ambiente físico desfavorable que rodea la gestación, el nacimiento y los primeros años de vida en condiciones de exclusión. Sin embargo, de acuerdo a los resultados de la última encuesta ENDES 2014, se sabe que el 16.48% de los menores de 2 años presenta desnutrición crónica y el 55.5% de las niñas y niños menores de 36 meses presentó anemia nutricional. Estos datos son suficientes para asumir que esta proporción de niños tendrá deficiencias en el desarrollo, puesto que el retraso en el crecimiento físico y la presencia de anemia son dos marcadores importantes de ambientes desfavorables para el crecimiento y desarrollo. Varios estudios basados en evidencia estiman que entre un cuarto y un tercio del déficit total de crecimiento es atribuible a enfermedades infecciosas gastrointestinales.

**IP N° 07. PORCENTAJE DE NIÑOS/AS ASEGURADOS AL SIS DE 2 AÑOS DE EDAD QUE HAN RECIBIDO ATENCIONES PREVENTIVAS DE SALUD PARA LA EDAD**

Área Responsable <b>Seguro Integral de Salud</b>	
Gerencia de Riesgos y Evaluación de las Prestaciones	
Nombre del Indicador	
<b>Porcentaje de niños/as asegurados al SIS de 2 años de edad que han recibido atenciones preventivas de</b>	
<b>Definición del Indicador</b> Está referido a las niñas y niños de 2 años de edad que cuenten con suplementación completa para la edad.	CRED de forma completa de acuerdo a su
<b>Propósito</b> mediante el seguimiento periódico, obteniendo resultados oportunos para una intervención adecuada en el tratamiento de los niños con anemia y desnutrición crónica detectados oportunamente, disminuyendo deficiencias y discapacidades y b) administración de Hierro en el menor de 36 meses y verificar el seguimiento del consumo del mismo incentivando al prestador para una búsqueda más activa de los niños.	
<b>Justificación</b> Reducir la probabilidad que tiene el niño y la niña por sus antecedentes pre, peri o postnatales, condiciones del medio ambiente o su entorno (factores de riesgo) de presentar en los primeros años de vida, problemas de desarrollo, ya sean cognitivos, motores, sensoriales o de comportamiento y atenderlos de forma oportuna en caso sean detectados; suplementación preventiva con la administración desde el hogar con el alimento principal de la niña y el niño según norma técnica, con énfasis en la promoción de prácticas saludables en la familia y cuidadores, sobre lactancia materna, consejería integral y nutricional y lavado de manos.	
<b>Cálculo del Indicador</b>	
Numerador	
<p style="text-align: center;"> <math display="block">\frac{\text{N}^\circ \text{acumulado de niños asegurados (Subsidiado y NRUS) adscritos a la Región/IGSS que en el período de evaluación cumplieron 3 años de edad, que han recibido suplementación completa de hierro elemental, con 4 CRED cumplidos.}}{\text{N}^\circ \text{acumulado de niños que cumplieron 3 años asegurados (Subsidiado y NRUS) adscritos a la Región IGSS}} \times 100</math> </p> <p style="text-align: center;"> <b>Precisiones</b>                      La administración de hierro elemental es registrada por lo prestadores en los diferentes códigos de prestación en los Formatos de Atención y el aplicativo informático del SIS.                      La OGTI debe considerar para el análisis de cada prestación realizadas desde la inscripción y/o afiliación.                      La búsqueda se realizará a nivel nacional e incluye a regulares y directos (forma temporal y permanente).                      Se hará la búsqueda en los Formatos de Atención y el aplicativo informático del SIS en IPRESS del I nivel de atención y II nivel con población adscrita (II sin población adscrita y III nivel sólo para 002).                      Se considerará todas las variedades de hierro en frasco o gotas de compra nacional.                 </p> <p style="text-align: center;"> <b>Niveles de desagregación</b>                      Regional                 </p>	<p>                     adscritos en la Región/IGSS, cumplieron 3 años de edad y que cumplan con los siguientes criterios:                      paquete → [1+2]                      1) Que hayan recibido como mínimo 2250 mg de hierro elemental desde los 29 días hasta 35 meses y 29 días de edad, a nivel nacional en los códigos de servicio 001, 002, 007, 005, 060, 075 y 906 diferentes presentaciones de hierro, (S0001 ó 20575 presentaciones de hierro en frascos y solución).                      2) Que cuenten con 4 CRED brindados en los servicios 001 nacional desde los 24 meses hasta los 35 meses y 29 días de edad.                 </p> <p style="text-align: center;"> <b>Denominador</b>                      N° acumulado de niños que han cumplido 3 años de edad asegurados (Subsidiado y NRUS) en la Región IGSS                 </p> <p style="text-align: center;"> <b>Representatividad</b>                      En el ámbito de evaluación                 </p> <p style="text-align: center;"> <b>Frecuencia de medición</b>                      MENSUAL                 </p>
<b>Fuente de datos:</b> Base de datos del Seguro Integral de Salud -SIASIS	
<b>Responsable de los datos e Información</b> Recopilación de datos Establecimientos de salud que realizan la atención de los pacientes y que registran en los aplicativos informáticos (ARF/SIS Y SIASIS). Procesamiento de datos Oficina General de Tecnología de la Información - SIS Período de Producción: 01 de enero al 31 de diciembre 2016	
<b>Estandares Internacionales o valores de referencia</b> 70% (ENDES 2014). Según los avances de la entrega de hierro (Punto Sistema de Información de Consulta Externa - PISC) el 77% a recibido hierro en el semestre del año 2014. En relación con la Desnutrición Crónica Infantil en niños menores de 5 años el 17.5% se vieron afectados en el año 2013 y se estima que para el I Semestre del año 2014 se cuente con el 14.1% (ENDES 2014)	
<b>Referencias Bibliográficas</b> WHO. Guideline: Use of multiple micronutrient powders for home fortification of foods consumed by infants and children 6-23 months of age. Geneva, World Health Organization, 2011. Ministerio de Salud. NORMA TECNICA N° 087-MINSA/DGSP-V. 01 "Norma Técnica Sanitaria para el control del crecimiento y desarrollo de la niña y el niño menor de cinco años". Ministerio de Salud. DIRECTIVA SANITARIA N° 056-MINSA/DGSP-V. 01 "Directiva Sanitaria que establece la suplementación preventiva con Hierro en las niñas y niños menores de tres años". Definiciones operacionales del PPR aprobado con R.M. 289-2013-MINSA. Resolución Ministerial N° 258-2014/MINSA, que aprueba el Plan Nacional para la Reducción de la Desnutrición Crónica Infantil y la Prevención de la Anemia en el País, período 2014 — 2016 Ministerio de Salud. Resolución Ministerial N° 453-2005/MINSA. Guía de Práctica de práctica clínica estomatológica. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Módulos para la prevención y manejo integral de las enfermedades de la boca.	
<b>Comentarios Técnicos</b> No es conocido en la actualidad el número de niños peruanos que tienen retraso en el desarrollo mental, motor, social y emocional como consecuencia del deficiente estado de salud y nutrición y del ambiente físico desfavorable que rodea la gestación, el nacimiento y los primeros años de vida en condiciones de exclusión. Sin embargo, de acuerdo a los resultados de la última encuesta ENDES 2014, se sabe que el 16.48% de los menores de 2 años presenta desnutrición crónica y el 55.5% de las niñas y niños menores de 36 meses presentó anemia nutricional. Estos datos son suficientes para asumir que esta proporción de niños tendrá deficiencias en el desarrollo, puesto que el retraso en el crecimiento físico y la presencia de anemia son dos marcadores importantes de ambientes desfavorables para el crecimiento y desarrollo.	



**IP N° 08. PORCENTAJE DE NIÑOS/AS ASEGURADOS AL SIS MENORES DE 36 MESES DE EDAD SUPLEMENTADOS CON HIERRO Y CON DOSAJE DE HEMOGLOBINA**

Area Responsable  
Seguro Integral de Salud

Gerencia de Riesgos y Evaluación de las Prestaciones

Datos de identificación	
Nombre del indicador	
<b>Porcentaje de niños/as asegurados al SIS menores de 36 meses suplementado con hierro y dosaje de hemoglobina</b>	
Definición del indicador	
Está referido a las niñas y niños menores de 36 meses que han culminado la suplementación preventiva de anemia con 2250 mg de hierro elemental, se ha realizado el dosaje de hemoglobina.	
Propósito	
Anemias detectadas oportunamente. Contribuir con la administración de hierro en el menor de 12 meses y verificar el seguimiento del consumo del mismo incentivando al prestador para una búsqueda más activa de los niños y contribuir a reducir la anemia con la administración de hierro.	
Justificación	
A través de la medición de los niveles de hemoglobina, luego de la suplementación preventiva de 2250 mg de hierro y ampliando la intervención de niño, con énfasis en la promoción de prácticas saludables en la familia y cuidadores, se pretende contribuir a reducir la anemia en el país en niños menores de 36 meses, a través del fortalecimiento de intervenciones efectivas en el ámbito intrasectorial e intersectorial con la verificación del resultados.	
Cálculo del indicador	Numerador
$\frac{\text{N}^{\circ} \text{acumulado de niñas y niños menores de 36 meses de edad (que cumplen 15 meses, 2 años y 3 años) asegurados SIS en la Región/IGSS, afiliados al SIS (Subsidiado y NRUS) que han recibido hierro elemental de acuerdo a la edad, con dosaje de hemoglobina}}{\text{N}^{\circ} \text{acumulado de niñas y niños menores de 36 meses de edad (que cumplen 15 meses, 2 años y 3 años) asegurados SIS (Subsidiado y NRUS) adscritos a la Región/IGSS, afiliados al SIS (Subsidiado y NRUS)}} \times 100$	<p>afiliados al SIS (Subsidiado y NRUS), que cumplen los siguientes criterios: Paquete 1+2</p> <p>1) Que hayan recibido por lo menos 2.250mg de hierro elemental en el menor de 1 año, niños de 1 año y niños de 2 años (desde los 29 días hasta los 35 meses y 29 días) a nivel nacional en las prestaciones con códigos de servicio 001, 002, 007, 906, 005, 075, 060 con los diferentes presentaciones de hierro (S0001 ó 20575 y otras presentaciones de hierro en frascos y solución).</p> <p>2) que cuente con los diferentes procedimientos con valor de dosaje de hemoglobina (CPT 85018 ó CPT 85007 ó CPT 85027 ó 85031) de acuerdo a edad en todos los códigos de servicio una vez que haya cumplido con la suplementación:          * Menor de 1 año: Buscar niño que cumple 15 meses buscar entre los 12 y 15 meses (3 meses).          * Niño que cumple 24 meses buscar el dosaje de hemoglobina desde que cumple la suplementación hasta un periodo de 3 meses.          * Niño que cumple 36 meses buscar el dosaje de hemoglobina una vez que haya cumplido los 2250 mg de hierro hasta un periodo de 3 meses.</p>
	Denominador
	N° Acumulado de niñas y niños que han cumplido 36 meses (que cumplen 15 meses, 2 años y 3 años) asegurados SIS (Subsidiado y NRUS) adscritos a la Región/IGSS
Precisiones	Representatividad
<p>* La administración de hierro elemental es registrada por lo prestadores en los diferentes códigos de prestación en los formatos de atención y el aplicativo informático del SIS, (001, 906, 007, 005, 075, 060 y 002) en el I, II y III nivel de atención. Los resultados de Hemoglobina se consignarán en la cara posterior del FUA, al el procedimiento de Hemograma se debe consignar el resultado de Hemoglobina.</p> <p>La OGTI debe considerar para el análisis de cada afiliado las prestaciones realizadas desde la inscripción y/o afiliación.</p> <p>La búsqueda se realizara a nivel nacional e incluye a los afiliados regulares y directos (forma temporal y permanente).</p>	En el ámbito de evaluación
Niveles de desagregación	Frecuencia de medición
Regional	MENSUAL
Fuente de datos: Base de datos del Seguro Integral de Salud -SIASIS	
Periodo de Evaluación: Enero a Diciembre 2016 en forma trimestral acumulado (3, 6, 9 y 12 MESES)	
Recopilación de datos	
Establecimientos de salud que realizan la atención de los pacientes y que registran en los aplicativos informáticos (ARF/SIS y SIASIS).	
Procesamiento de datos	
Oficina General de Tecnología de la Información - SIS	
Periodo de Producción: 01 de enero al 31 de diciembre 2016	
Estandares internacionales o valores de referencia	
En el año 2013 la anemia afectó al 46.4% de niñas y niños menores de 36 meses y para el I Semestre del año 2014 se estima según las tendencias que este porcentaje se incrementa a el 50% (ENDES 2014). Según los avances de la entrega de MAM (Fuente: Sistema de Información de Consulta Externa - HES) el 17% a recibido MAM en el I	
1. WHO. Iron Deficiency Anemia: Assessment, Prevention and Control. A Guide for Programme Managers. WHO/UNICEF/13. Ginebra 2001.	
2. WHO. Guidelines: Use of multiple micronutrient powders for home fortification of foods: constituted by infants and children <= 23 months of age. Geneva, World Health Organization, 2011.	
3. Ministerio de Salud. NORMA TÉCNICA N° 087-MINSA/DGSP-V. 01 "Norma Técnica Sanitaria para el control del crecimiento y desarrollo de la niña y el niño menor de cinco años"	
4. Ministerio de Salud. DIRECTIVA SANITARIA N° 056-MINSA/DGSP-V. 01 "Directiva Sanitaria que establece la suplementación preventiva con Hierro en las niñas y niños menores de tres años".	
5. Definiciones operacionales del PPR aprobado con R.M. 260-2013-MINSA	
Comentarios Técnicos	
No es conocido en la actualidad el número de niños peruanos que tienen retraso en el desarrollo mental, motor, social y emocional como consecuencia del deficiente estado de salud y nutrición y del ambiente físico desfavorable que rodea la gestación, el nacimiento y los primeros años de vida en condiciones de exclusión. Sin embargo, de acuerdo a los resultados de la última encuesta ENDES 2013, se sabe que el 16.48% de los menores de 2 años presenta desnutrición crónica y el 55.5% de las niñas y niños menores de 36 meses presentó anemia nutricional. Estos datos son suficientes para asumir que esta proporción de niños tendrá deficiencias en el desarrollo, puesto que el retardo en el crecimiento físico y la presencia de anemia son dos marcadores importantes de ambientes desfavorables para el crecimiento y desarrollo	
Los niveles de hemoglobina deben ajustarse según los niveles de ajuste de hemoglobina según norma técnica vigente.	

**IP N° 09. PORCENTAJE DE PRESTACIONES PREVENTIVAS EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN**

<b>FICHA TÉCNICA</b>		Area Responsable
<b>MATRIZ DE INDICADORES PRESTACIONALES</b>		Seguro Integral de Salud
		Gerencia de Riesgos y Evaluación de las Prestaciones
<b>11. Datos de identificación del Indicador</b>		
<b>Código</b>	IP.09	<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 afiliada al SIS respecto al total de prestaciones brindadas en la Región /DISA en el periodo.		
<b>Propósito</b> Medir la proporción de servicios preventivos que brindamos EESS en primer nivel de atención y no se brindan en población adscrita.		
<b>Justificación</b> En el marco de Atención Integral de Salud, es mandatorio que todos los EESS del primer nivel de atención y aquellos del II nivel con población adscrita, 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>
$\frac{\text{N}^\circ \text{ acumulado de prestaciones preventivas del I nivel de Atención} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ acumulado de Atenciones del Primer Nivel de Atención}}$		N° acumulado de Atenciones preventivas registradas en los EESS incluidos dentro del Convenio capita de acuerdo a la normatividad vigente en los servicios 001,005,118,119,002,903,904,902,906,029,016,007,008,017,015,009,011,013,020,021,022,024,018,019,010, S02,060,075 y 071
		<b>Denominador</b>
		N° acumulado de Atenciones registradas en los EESS incluidos en la capita. (Todos los servicios)
<b>Precisiones</b>		<b>Representatividad</b>
Se considerará para el cálculo de este indicador también a los EESS de nivel II con población adscrita. Que no se cambien condiciones de las prestaciones preventivas establecidas por el MINSA. Se considera como atención todos los servicios registrados en los FUAS (códigos principales y adicionales)		En su ámbito de evaluación
<b>Frecuencia de medición</b> Anual con monitoreo mensual		
<b>Fuente de datos</b>		
<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> OGTJ - SIS		
<b>Ver ANEXO N° 02 INDICADORES DEL CONVENIO</b>		
<b>Referencias Bibliográficas</b> RM N° 464-2011/MINSA, que aprueba el Modelo de Atención Integral basado en familia y comunidad. RM N° 111-2005/MINSA, que aprueba los "Lineamientos de Política de Promoción de la Salud". RM N° 520-2010/MINSA, Fortalecimiento del Primer Nivel de Atención y Descentralización en Salud con énfasis en la atención primaria en salud renovada.		
<b>Comentarios Técnicos</b> Para el cálculo del valor basal se ha tomado como referencia las prestaciones realizadas en el año 2013		



**IP N° 10. PORCENTAJE DE PERSONAS AFECTADAS POR TUBERCULOSIS (PAT) ASEGURADAS AL SIS CON EVALUACIÓN DE LABORATORIO INICIAL COMPLETA**

<b>FIGURA TÉCNICA</b>		Área Responsable
<b>MATRIZ DE INDICADORES PRESTACIONALES</b>		Seguro Integral de Salud
		Gerencia de Riesgos y Evaluación de las Prestaciones
<b>11. Datos de identificación del Indicador</b>		
Código	IP 10	Nombre del Indicador
<b>Definición del Indicador</b>		
Mide la cobertura de exámenes auxiliares iniciales realizados a los PAT asegurados SIS.		
<b>2. Relevancia del Indicador</b>		
<b>Propósito</b>		
Verificar que los EESS brinden la atención integral a los PAT, incluyendo los exámenes auxiliares de acuerdo a la normatividad vigente.		
<b>Justificación</b>		
El 2012, la OMS publicó el reporte sobre la situación de la tuberculosis en el mundo siendo el Perú el segundo país en América del Sur con la mayor tasa de tuberculosis (TBC), concentra el 25% de los casos de la región y comparte con Haití el primer lugar en TB Multidrogoresistente, con altas tasas de incidencia y morbilidad. En el marco del AUS constituye una medida que permitirá cuantificar la proporción de PAT que acceden al PEAS y se les brinda las garantías explícitas de calidad y oportunidad en la Región.		
<b>3. Aspectos metodológicos de la estimación del indicador</b>		
<b>Cálculo del Indicador</b>		<b>Numerador</b>
$\frac{\text{N}^\circ \text{ acumulado de PAT con evaluación de laboratorio inicial completa en el trimestre de evaluación} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ acumulado de PAT (casos nuevos) reportados en el trimestre de evaluación adscritos a la Región/IGSS}} \times 100$		N° total de PAT nuevos o reincidentes reportados en el trimestre de evaluación que cumplen con la batería de laboratorio con los siguientes códigos CPT: Paquete: a+b+c+d+f, solo si es mujer se adiciona e a) Hemograma (85031 ó 85007 ó 85027) b) Glicemia (82947b ó 82947) c) Creatinina (82565 ó 82570) d) Perfil Hepático completo (80076) e)
		serología para VIH 1-2(86703 ó 86701 ó 86702 ó 86689) en cualquier código de servicio.
<b>Precisiones</b>		<b>Denominador</b>
El padrón nominal será entregado trimestralmente por el prestador hasta los primeros 5 días hábiles culminado cada trimestre. La búsqueda se realizará a nivel nacional e incluye a los afiliados regulares y directos (forma temporal y permanente). Se contarán a los asegurados subsidiado y NRUS. El registro de los procedimientos se buscan en todos los códigos de servicio principalmente en los servicios de apoyo al Dx y consulta externa.		N° acumulado de PAT nuevos reportados en el trimestre de evaluación al SIS mediante padrón nominal estandarizado por la ESNPCT Según el período de evaluación. El denominador varía en función al reporte del padrón nominal, el cual se validará con la información del aplicativo de la ESNFCT.
		<b>Representatividad</b>
		En el ámbito de evaluación
<b>Niveles de desagregación</b>		<b>Frecuencia de medición</b>
Regional		TRIMESTRAL
<b>Fuente de datos</b>		
Período de Evaluación: Enero a Diciembre 2016 en forma trimestral acumulado (3,6, 9 y 12 MESES)		
<b>Responsable de los datos e información</b>		
Recopilación de datos		
Establecimientos de salud que realizan la atención de los pacientes.		
Procesamiento de datos		



**Gobierno Regional de Apurímac**  
**Dirección Regional de Salud de Apurímac**  
 "Año del Buen Servicio al Ciudadano"



Nº 111- 2017 · DG · DIRESA · AP.

**Resolución Directoral**

Abancay, 17 de Abril del 2017

**VISTO:**



El Oficio N° 073-2017-DESP-DIRESA-AP, de fecha 31 de marzo del 2017 y el Oficio N° 081-2017-DESP-DIRESA-AP, de fecha 07 de abril del 2017; el Director Ejecutivo de Salud de las Personas, solicita emitir resolución directoral de conformación de Equipo Técnico de la Dirección de Seguros Públicos y Privados de la Dirección Regional de Salud Apurímac, y;

**CONSIDERANDO:**



Que, los artículos I y II del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud disponen que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, y que la protección de la salud es de interés público;



Que, el literal a) del artículo 5° del Decreto Legislativo N° 1161, que aprueba la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, establece como función rectora del Ministerio de Salud, formular, planear, dirigir, coordinar, ejecutar, supervisar y evaluar la política nacional y sectorial de promoción de la salud, prevención de enfermedades, recuperación y rehabilitación en salud, bajo la adecuada ejecución y supervisión de las políticas nacionales y sectoriales, conducir el sistema nacional coordinado y descentralizado de salud, realizar el seguimiento y evaluación respecto del desempeño y obtención de resultados alcanzados de las políticas, planes y programas en materia de su competencia en los niveles nacionales, regionales y locales;

Que, el numeral 06.4.5 del Reglamento de Organización y Funciones-ROF de la Dirección Regional de Salud Apurímac, aprobado mediante Ordenanza Regional N° 022-2012-GR-APURIMAC/CR, de fecha 21 de setiembre del 2012, establece que la Dirección de Seguros Públicos y Privados, es una unidad orgánica que depende de la Dirección Ejecutiva de Salud de las Personas;



Que, estando al Oficio N° 073-2017-DESP-DIRESA-AP, de fecha 01 de Marzo del 2017, y el Oficio N° 081-2017-DESP-DIRESA-AO, de fecha 07 de abril del 2017, emitido por el Director Ejecutivo de Salud de las Personas de la Dirección Regional de Salud de Apurímac, mediante el cual se solicita resolución directoral de conformación de Equipo Técnico de la Dirección de Seguros Públicos y Privados, que tiene por finalidad garantizar el cumplimiento de las metas establecidas en el convenio del SIS-GORE del presente año y minimizar la aplicación de penalidades; en consecuencia visto el proveído del Director Regional de Salud Apurímac y estando a las normas legales vigentes es procedente emitir el acto resolutorio;

Que, en mérito a las atribuciones y facultades conferidas por la Ley N° 27867 y su modificatoria Ley N° 27902, Ley Orgánica de Gobiernos Regionales, Ley N° 27444, Ley de Procedimiento Administrativo General, Resolución Ministerial N° 701-2004/MINSA y la Resolución Ejecutiva Regional N° 525-2016-GR-APURIMAC/GR, y;

Av. Daniel Alcides Carrión S/N Abancay - Apurímac - Perú Teléfono (083) 321117 - 323690  
 www.diresaapurimac.gob.pe - Facebook: DIRESA Apurímac





**Gobierno Regional de Apurímac**  
**Dirección Regional de Salud de Apurímac**  
 "Año del Buen Servicio al Ciudadano"



Nº 111- 2017 - DG - DIRESA - AP.

**Resolución Directoral**

Abancay, 17 de enero del 2017.



Con el visto bueno del Director Ejecutivo de Administración, Director Ejecutivo de Gestión y Desarrollo de Recursos Humanos, Director Ejecutivo de Planeamiento Estratégico y el Director de Asesoría Legal de la Dirección Regional de Salud Apurímac;

**SE RESUELVE:**

**ARTÍCULO 1°.- CONFORMAR** al Equipo Técnico de la Dirección de Seguros Públicos y Privados de la Dirección Ejecutiva de Salud de las Personas de la Dirección Regional de Salud Apurímac, de acuerdo al siguiente detalle:



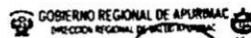
NOMBRES Y APELLIDOS	CARGO
Lic. Marcelino Flores Miranda	Director de Seguros Públicos y Privados
Ing. Sist. Iván Yerny Cervantes Juro	Informático, responsable de los indicadores Prestacionales del convenio SIS-GORE y otros
Servidor Giannino Pierre Bertini Sosa	Técnico Informático
M.C. Fanny Cárdenas Cardenas	Médico Auditor
C.P.C. Franklin Condon Flores	Responsable de la Ejecución Financiera de Donaciones y Transferencias



Mario  
 Dirección General

**ARTÍCULO 2°.- TRANSCRIBIR**, la presente Resolución Directoral a los órganos administrativos pertinentes de la DIRESA, integrantes y responsables inmersos en la presente resolución directoral para su conocimiento y fines pertinentes.

**REGÍSTRESE Y COMUNÍQUESE**



M.C. Elio Mauro Vidal Robles  
 CMP 26586  
 DIRECTOR GENERAL

C.c.  
 Archivo  
 DIRESA  
 DESP  
 DSPP.

Av. Daniel Alcides Carrión S/N Abancay - Apurímac - Perú Teléfono (083) 321117 - 323690  
 www.diresaapurimac.gob.pe - Facebook: DIRESA Apurímac





**Resolución Directoral**

Abancay, 16 de AGOSTO del 2017

**VISTO:**



El informe N° 062-DESP-2017-DIRESA-AP, de fecha 21 de julio del 2017, mediante el cual el Director Ejecutivo de Salud de las Personas, solicita el reconocimiento vía acto resolutorio del aplicativo Reporteador de Formatos Únicos de Atención de la DIRESA Apurímac "REPFUAS - DIRESA APURÍMAC"; y demás documentos conexos;

**CONSIDERANDO:**



Que, con Resolución Jefatural N° 157-2008/SIS, del 20 de agosto del 2008, se aprobó entre otros documentos de aplicación para las atenciones de salud de los beneficiarios del SIS, el Formato Único de Atención;

Que, mediante Resolución Jefatural N° 216-2008/SIS, del 19 de noviembre del 2008, se aprobó el instructivo N° 009-2008-SIS-J/GO, para el llenado del Formato Único de Atención para los establecimientos de salud de las categorías I-1, I-2, I-3, I-4, II-1, II-2; III-1, y III-2, modificado posteriormente por Resolución Jefatural N° 207-2014/SIS, del 29 de setiembre del 2014;



Que, el Reporteador de Formatos Únicos de Atención de la Dirección Regional de Salud Apurímac, es un aplicativo vía web, construido en el lenguaje de programación PHP, soportado en base de datos SQL y SERVER, cuya finalidad es dar la retroalimentación a todos los establecimientos de salud generadoras de FUAS por prestación de servicios de salud validadas por el nivel central del SIS; en este aplicativo se visualiza todos los indicadores prestacionales por establecimientos de salud, micro redes y redes de salud, la población afiliada, producción mensual de FUAS por cada profesional además se cargará los indicadores del FED de fuente SIS;



Que, en el marco de la mejora de la gestión pública y por ende en la innovación de aplicativos estadísticos que nos permitan hacer más eficiente la gestión de salud; el Director Ejecutivo de Salud de las Personas, mediante el documento del visto, solicita la aprobación y reconocimiento del aplicativo Reporteador de Formatos Únicos de Atención de la Dirección Regional de Salud Apurímac, en mérito al informe N° 051-2017-DSP-DIRESA-AP, de fecha 21 de julio del 2017, emitido por el Director de Seguros Públicos y Privados, en el que hace conocer entre otras cosas que el "REPFUAS", tendrá su operatividad a nivel de las Unidades Ejecutoras de la Dirección Regional de Salud Apurímac; por lo que estando dentro de la normatividad vigente antes citada, es procedente emitir el acto resolutorio de aprobación y reconocimiento del REPFUAS-DIRESA;

Que, en mérito a las atribuciones y facultades conferidas por la Ley N° 27867 y su modificatoria Ley N° 27909, Ley Orgánica de Gobiernos Regionales, Ley N° 27444,





**Gobierno Regional de Apurímac**  
**Dirección Regional de Salud de Apurímac**



Nº 493-2017-DG-DIRESA-AP

**Resolución Directoral**

Abancay, 16 de AGOSTO del 2017

Ley de Procedimiento Administrativo General y la Resolución Ejecutiva Regional Nº 525-2016-GR-APURIMAC/PR;



Con el visto bueno de la Dirección Ejecutiva de Gestión y Desarrollo de Recursos Humanos, Dirección Ejecutiva de Administración, Dirección Ejecutiva de Planeamiento Estratégico y de la Dirección de Asesoría Legal de la Dirección Regional de Salud Apurímac, y;

**SE RESUELVE:**

**ARTÍCULO PRIMERO.- APROBAR y RECONOCER, el aplicativo Reporteador de Formatos Únicos de Atención de la DIRESA Apurímac "REPFUAS - DIRESA APURÍMAC"; por las consideraciones expuestas en la presente Resolución Directoral.**



**ARTÍCULO SEGUNDO.- El aplicativo Reporteador de Formatos Únicos de Atención de la DIRESA Apurímac "REPFUAS - DIRESA APURÍMAC", tendrá alcance a nivel de los establecimientos de salud, micro redes de salud y redes de salud de la Jurisdicción de la Dirección Regional de Salud Apurímac.**

**ARTICULO TERCERO.- TRANSCRIBIR, la presente Resolución Directoral a los órganos administrativos de la DIRESA y redes de salud para su conocimiento y fines consiguientes.**



**REGISTRESE Y COMUNIQUESE**

GOBIERNO REGIONAL DE APURÍMAC  
 DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD APURÍMAC  
 M.C. Elío Mauro Vidal Robles  
 C.M.P. 75550  
 DIRECTOR GENERAL



Cc  
 DEGDRH  
 Archivo Central  
 Intersado  
 EMVR.

