



ESCUELA DE POSGRADO
UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

Plan de asistencia técnica y su impacto en la gestión del
pago capitado de las Unidades Ejecutoras de Lima
Metropolitana, 2015-2016

TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE:
Maestra en Gestión de los Servicios de la Salud

AUTOR:

Br. Basilio Chiappe Minerva

ASESOR:

Dr. Joaquín Vértiz Osoreo

SECCIÓN:

Gestión de calidad de servicios

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Gestión de servicios de salud

PERÚ - 2017

Dra. Juana Yris Díaz Mujica
Presidente

Dra. Josefa María Silva Calderón
Secretario

Dr. Joaquin Vértiz Osores
Vocal

Dedicatoria

A mis amados padres Azucena y Jorge, por su apoyo y amor incondicional, a mi hermana Azucena por estar siempre conmigo en las buenas y malas, dando todo el empuje, a mi familia que siempre han confiado en mí, a todos mis amigos que dieron su granito de arena para cumplir con esta meta y a los amigos de la maestría por darnos aliento hasta el final.

Agradecimiento

A Dios, por darme fuerza para terminar mi informe de tesis, a mis padres por haberme forjado como la persona que soy en la actualidad; a mi mamá que me empujaba a terminar con la maestría, a mi hermana que me acompañaba a estudiar, al Dr. Vértiz, maestro y amigo por tenerme paciencia, a mis tíos, primos y amigos que siempre confiaron en mí.

Declaratoria de autenticidad

Yo, Basilio Chiappe, Minerva estudiante del Programa Gestión de Salud de la Escuela de Postgrado de la Universidad César Vallejo, identificado con DNI. 43421163 con la tesis titulada “Plan de asistencia técnica y su incidencia en la gestión del pago capitado de las Unidades Ejecutoras de Lima Metropolitana, 2015-2016” Declaro bajo juramento que:

- 1) La tesis es de mi autoría.
- 2) He respetado las normas internacionales de citas y referencias para las fuentes consultadas. Por tanto, la tesis no ha sido plagiada ni total ni parcialmente.
- 3) La tesis no ha sido autoplagiada; es decir, no ha sido publicada ni presentada anteriormente para obtener algún grado académico previo o título profesional.
- 4) Los datos presentados en los resultados son reales, no han sido falseados, ni duplicados, ni copiados y por tanto los resultados que se presenten en la tesis se constituirán en aportes a la realidad investigada.

De identificarse la falta de fraude, plagio, autoplagio, piratería o falsificación asumo las consecuencias y sanciones que de mi acción se deriven, sometiéndome a la normatividad vigente de la Universidad César Vallejo.

Lima, 3 de Diciembre del 2016

Basilio Chiappe, Minerva

DNI: 43421163

Presentación

Señores miembros del jurado

En cumplimiento del Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad César Vallejo presentamos ante ustedes la Tesis titulada “Plan de asistencia técnica y su incidencia en la gestión del pago capitado de las Unidades Ejecutoras de Lima Metropolitana, 2015-2016”, la misma que someto a vuestra consideración esperando que cumpla con los requisitos de aprobación para obtener el Grado de Magister en Gestión de los servicios de la Salud.

Los contenidos que se desarrollan son: **I: Introducción:** se hace una panorámica sobre el tema describiendo la situación problemática y la intencionalidad del proyecto de investigación ubicada descrita en los objetivos. Se narran los antecedentes y el marco teórico. **II: Marco Metodológico:** Se precisa el tipo de investigación, diseño, variables, su operacionalización, método y técnica de obtención de datos, define la población, determina la muestra y se concluye señalando el tipo de análisis de los datos. **III: Resultados:** Se presentan de acuerdo a los objetivos propuestos, se utilizaron gráficos y tablas donde se sistematizaron los datos obtenidos de la investigación. **IV: Discusión:** Se comparan los resultados obtenidos con otros investigadores, citados en los antecedentes. **V: Conclusiones:** Se sintetizan los resultados y se formulan a manera de respuestas a los problemas planteados en la introducción. **VI: Recomendaciones:** Orientado a las autoridades del sector y también a los investigadores que continuarían en esta temática, de la discusión del estudio. **VII: Referencias Bibliográficas:** contiene la lista de todas las citaciones contenidas en el cuerpo de la tesis.

Espero señores miembros del jurado que esta investigación se ajuste a las exigencias establecidas por la Universidad y merezca su aprobación.

La autora

Índice

	Pág.
Página del jurado	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iv
Declaratoria de autenticidad	v
Presentación	vi
Índice	vii
Índice de tablas	ix
Índice de figuras	x
Resumen	xii
Abstract	xiii
I. Introducción	
1.1 Antecedentes	15
1.2 Fundamentación científica, técnica	16
1.3 Justificación	22
1.4 Problema	23
1.5 Hipótesis	26
1.6 Objetivos	26
II. Marco metodológico	
2.1. Variables	29
2.2. Operacionalización de variables	40
2.3. Método	41
2.4. Tipo de estudio	41
2.5. Diseño	42
2.6. Población, muestra y muestreo	42
2.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	43
2.8. Métodos de análisis de datos	43
III. Resultados	44
IV. Discusión	55

V. Conclusiones	60
VI. Recomendaciones	63
VII. Referencias bibliográficas	66
Anexos	69
Anexo 1. Matriz de consistencia	
Anexo 2. Ficha técnica	
Anexo 3. Plan de socialización	
Anexo 4. Plan de capacitación anual	
Anexo 5. Plan de capacitación anual	
Anexo 6. Plan de socialización	
Anexo 7. Programación	
Anexo 8. Participantes de la unidad ejecutora	
Anexo 9. Artículo científico	

Índice de tablas

	Pág.
Tabla 1. Operacionalización de la variable Gestión del pago capitado	40
Tabla 2. Indicadores Prestacionales del Convenio de Gestión capitado	45
Tabla 3. Dimensión 1. Estrategia Salud Sexual y Reproductiva	46
Tabla 4. Dimensión 2. Estrategia Etapa Niño	47
Tabla 5. Dimensión 3. Estrategia de Prevención y Control de la Tuberculosis	49
Tabla 6. Dimensión 4. Estrategia de Enfermedades no Transmisibles - Hipertensión Arterial, Diabetes y Obesidad	50
Tabla 7. Dimensión 5. Estrategia de Enfermedades no Transmisibles - Prevención y Detección de Cáncer	52
Tabla 8. Dimensión 6. Estrategia de Salud Mental	53

Índice de figuras

	Pág.
Figura 1. Definiciones relacionadas a la prestación del servicio de salud	17
Figura 2. Guía técnica para la estandarización del registro y cálculo de los indicadores prestacionales en el marco de los convenios de gestión suscritos entre el Seguro Integral de Salud y los Gobiernos Regionales e IGSS. Seguro Integral de salud. 2016	20
Figura 3. Guía técnica para la estandarización del registro y cálculo de los indicadores prestacionales en el marco de los convenios de gestión suscritos entre el Seguro Integral de Salud y los Gobiernos Regionales e IGSS. Seguro Integral de salud. 2016	20
Figura 4. Guía técnica para la estandarización del registro y cálculo de los indicadores prestacionales en el marco de los convenios de gestión suscritos entre el Seguro Integral de Salud y los Gobiernos Regionales e IGSS. Seguro Integral de salud. 2016	21
Figura 5. Indicadores Prestacionales de la Dimensión 1: Estrategia Salud Sexual y Reproductiva	30
Figura 6. Ficha técnica Indicador Prestacional 01	31
Figura 7. Ficha técnica Indicador Prestacional 02	31
Figura 8. Indicadores Prestacionales de la Dimensión 2	32
Figura 9. Ficha técnica Indicador Prestacional 04	32
Figura 10. Ficha técnica Indicador Prestacional 05	33
Figura 11. Ficha técnica Indicador Prestacional 06	33
Figura 12. Ficha técnica Indicador Prestacional 07,	34
Figura 13. Ficha técnica Indicador Prestacional 08	34
Figura 14. Ficha técnica Indicador Prestacional 14	35
Figura 15. Indicadores Prestacionales de la Dimensión 3	35
Figura 16. Ficha técnica Indicador Prestacional 10	36
Figura 17. Indicadores Prestacionales de la Dimensión 4.	36
Figura 18. Ficha técnica Indicador Prestacional 11	37
Figura 19. Indicadores Prestacionales de la Dimensión 5	37
Figura 20. Ficha técnica Indicador Prestacional 12	38
Figura 21. Indicadores Prestacionales de la Dimensión 6	38

Figura 22. Ficha técnica Indicador Prestacional 11	39
Figura 23. Unidades ejecutoras en el Convenio Capita 2016	42
Figura 24. Dimensión 1. Estrategia Salud Sexual y Reproductiva	46
Figura 25. Dimensión 2. Estrategia Etapa Niño	48
Figura 26. Dimensión 3. Estrategia de Prevención y Control de la Tuberculosis	49
Figura 27. Dimensión 4. Estrategia de Enfermedades no Transmisibles - Hipertensión Arterial, Diabetes y Obesidad.	51
Figura 28. Dimensión 5. Estrategia de Enfermedades no Transmisibles - Prevención y Detección de Cáncer	52
Figura 29. Dimensión 6. Estrategia de Salud Mental	54

Resumen

La presente investigación titulada “Plan de asistencia técnica y su impacto en la gestión del pago capitado de las Unidades Ejecutoras de Lima Metropolitana, 2015-2016.” tuvo como objetivo dilucidar cuál es el impacto del Plan de asistencia técnica en la gestión del pago capitado de las Unidades Ejecutoras de Lima Metropolitana, 2015-2016.

El tipo de investigación fue cuantitativa con un nivel exploratorio, el diseño fue no experimental de corte transeccional. La población estuvo conformada por el equipo técnico de las Unidades Ejecutoras que se encuentran dentro del Convenio de Gestión para el Primer Nivel de Atención, no se tuvo muestra, se empleó la totalidad de la población. Para la recolección de datos se utilizó el formato único de atención estandarizado por el Seguro Integral de salud (SIS).

El presente estudio no tiene hipótesis por ser un trabajo de tipo exploratorio, ya que el propósito fue dilucidar cuál es el impacto del Plan de asistencia técnica en la gestión del pago capitado de las Unidades Ejecutoras de Lima Metropolitana, 2015-2016. Se concluyó respecto al Impacto del Plan de asistencia técnica en la gestión del pago capitado de las Unidades Ejecutoras de Lima Metropolitana se evidenciaron valores globales mayores en el año 2016 (13,0%) comparados con el año 2015 (8,5%) en los 12 indicadores prestacionales de salud.

Palabras clave: Plan de Asistencia técnica, Convenio de Gestión, Convenio Capita, indicadores Prestacionales.

Abstract

The present research entitled "Technical assistance plan and its impact on the management of the capitalized payment of the Executing Units of Metropolitan Lima, 2015-2016" was aimed at elucidating the impact of the Technical Assistance Plan on payment management Capitalized from the Executing Units of Metropolitan Lima, 2015-2016.

The type of research was quantitative with an exploratory level, the design was non-experimental with transectional cut. The population was conformed by the technical team of the Executing Units that are within the Agreement of Management for the First Level of Attention, it was not had sample, the totality of the population was used. For the collection of data the unique format of care standardized by the Comprehensive Health Insurance (SIS) was used.

The present study has no hypothesis because it is an exploratory type, since the purpose was to elucidate the impact of the Technical Assistance Plan on the management of the capitalized payment of the Executing Units of Metropolitan Lima, 2015-2016. The conclusion was reached regarding the Impact of the Technical Assistance Plan on the management of the capitalized payment of the Executing Units of Metropolitan Lima. Overall, overall values were higher in 2016 (13.0%) than in 2015 (8.5%) in The 12 health indicators.

Key words: Technical Assistance Plan, Management Agreement, Capita Agreement, health Indicators.

I. Introducción

1.1. Antecedentes

Internacionales

Carrera (2015) *“Experiencias exitosas de cooperación sur: asistencia técnica de Argentina a Ecuador en el sector cárnico”*, cuyo objetivo fue Identificar el proyecto de cooperación técnica para el sector cárnico, se realizó un análisis teórico histórico, para evaluar la realidad de los establecimientos frigoríficos en el Ecuador y proponer alternativas de solución. Se concluyó con la elaboración de informes en los cuales se describió el beneficio de la metodología empleada, el cual permitirá la implementación de establecimientos frigoríficos autosustentables en el Ecuador.

Inga y López (2013), *“Diseño del proceso de control interno aplicado a la estrategia de asistencia técnica a las Cooperativas de Ahorro y Crédito pertenecientes al segmento uno filiales a la Red Nacional de Finanzas Populares y Solidarias del Ecuador”*. Tuvo como objetivo la estructuración del proceso de control interno de las Cooperativas de Ahorro y Crédito aplicando la estrategia de asistencia técnica. El análisis consistió en la comprensión y percepción, sobre el enfoque de control interno al momento de las evaluaciones sociales y financieras de las Cooperativas de Ahorro y Crédito (COAC`S). del equipo técnico. La metodología empleada fue de tipo cualitativo, transversal, descriptivo y observacional. Los resultados del análisis que el equipo técnico concluyó que los procesos de control interno permiten a las instituciones diseñar, planificar, ejecutar y monitorear actividades de acuerdo a sus objetivos, permitiendo tener una mayor seguridad en las acciones tomadas por cada situación.

Nacionales

Pisconte (2015) *“Liderazgo y planeamiento estratégico y su influencia en la mejora continua en una empresa de servicios. Caso: Ariana publicidad SAC”*. El objetivo fué determinar el impacto del liderazgo y el planeamiento estratégico en la mejora continua de la empresa de servicios Ariana Publicidad SAC. Para la investigación se utilizaron herramientas estadísticas y de recolección de datos por fuentes primarias y secundarias, se empleó una lista de verificación de Liderazgo y de Planeamiento Estratégico, se realizó un cuestionario de 24 preguntas. Los

resultados comprobaron que el liderazgo y el planeamiento estratégico contribuyen a la mejora continua de la empresa de servicios Ariana Publicidad SAC.

Logaray (2010) *“Impacto del Seguro Integral de Salud en el acceso a los servicios de salud”*. El Estado implementó el Seguro Integral de Salud (SIS) como un sistema de aseguramiento público subsidiado. Tenía por objetivo determinar el impacto del SIS 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. Se empleó como fuente secundaria los datos de la Encuesta Nacional de Hogares (ENAHÓ), desarrollada por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), encuesta anualizada del año 2007. Para medir el impacto del SIS en el acceso a los servicios de salud se empleó un análisis multinivel con el modelo Probit, empleando el software de análisis estadísticos de data STATA 10. Se tuvo como resultados que el SIS tuvo impacto positivo en el acceso a los servicios de salud; el nivel socioeconómico, edad menor de 3 años influyó significativamente sobre el acceso a los servicios de salud, así como también el pertenecer a un nivel económico inferior a Q5, residir en zona urbana, ser de sexo masculino, tener 3-17 años y de 18-65 años, menor nivel educativo del jefe del hogar, no contar con servicios higiénicos afectó negativamente el acceso. Se concluye que el SIS 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), y si toda la población estuviera afiliada al SIS el acceso se incrementaría en 19.93%.

1.2. Fundamentación científica, técnica o humanística

Seguro Integral de Salud

Dentro del Decreto Supremo N° 011-2011-SA, una de las funciones del Seguro Integral de Salud es contratar los servicios de las IPRESS públicas, privadas o mixtas, para garantizar la cobertura de los servicios de salud ofertados a los afiliados. El Seguro Integral de Salud es una IAFAS pública que tiene como misión administrar fondos y gestionar riesgos de salud. Según la RJ 148-2012-SIS, se tiene las siguientes definiciones:

Es un Organismo Público Ejecutor del Ministerio de Salud, que tiene como misión captar y administrar los recursos destinados al financiamiento de las prestaciones de salud individual, incluidas en los planes de beneficios, con la finalidad de coberturar los riesgos en salud de la población asegurada a nivel nacional.

Tiene una directiva administrativa que regula el proceso de pago para las prestaciones del Seguro Integral de Salud; mediante la cual establece, que las atenciones que son brindadas a la población asegurada son liquidadas de forma mensual, y estas son pagadas a través de transferencias financieras, las cuales son programadas por el SIS, a fin de que se garantice su oportuno financiamiento, los establecimientos deberán conocer su producción de servicios mediante reporte generado por el sistema de información.

Definiciones operativas

Para el siguiente trabajo se utilizar las definiciones operacionales que propone el Seguro Integral de Salud (2016) en la Guía técnica para la estandarización del registro y cálculo de los indicadores prestacionales en el marco de los convenios de gestión suscritos entre el Seguro Integral de Salud y los Gobiernos Regionales e IGSS.

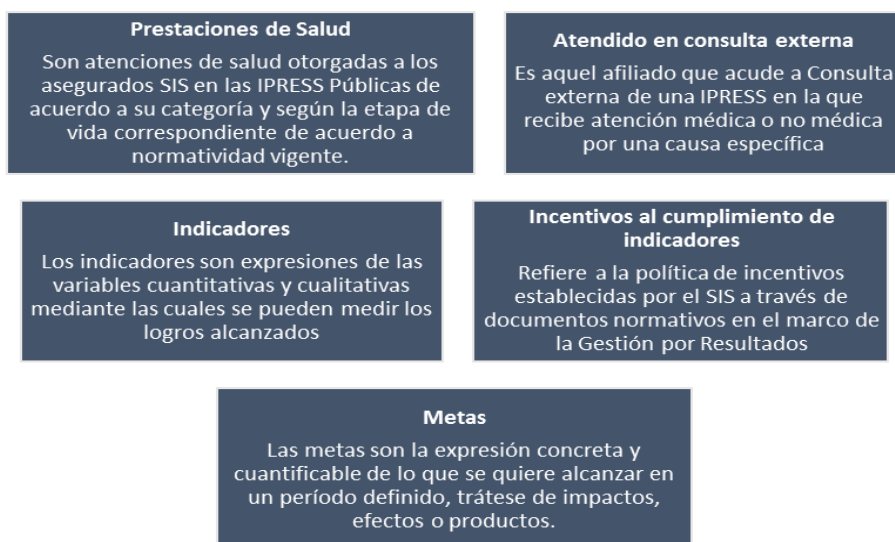


Figura 1. Definiciones relacionadas a la prestación del servicio de salud. , Guía técnica para la estandarización del registro y cálculo de los indicadores prestacionales en el marco de los convenios de gestión suscritos entre el Seguro Integral de Salud y los Gobiernos Regionales e IGSS.

(...) Definiciones relacionadas a la persona asegurada al SIS**Afiliado/Asegurado**

Es toda persona domiciliada en el país que está bajo la cobertura de alguno de los regímenes de financiamiento del SIS (Ref. D. N° 003-2010-SIS-GO). (...)

(...) 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.

Estudio actuarial

Estudio Técnico que permite proyectar, a partir de información estadística, el Costo Unitario Actuarial, el cual incluye el costo de siniestralidad, costo de adquisición y el costo administrativo por atendido en los establecimientos de primer nivel de atención.

Componente I

Es el Monto Cápita Basal que forma parte del total que será transferido al IGSS/GORE para la cobertura de las atenciones brindadas en primer nivel de atención y en el segundo nivel con población adscrita. Se obtiene de la multiplicación del Costo Total (Costo Único SIS obtenido del estudio actuarial por el número de afiliados de cada región) por el porcentaje de cobertura prestacional por cumplimiento de meta.

Componente II

Monto que forma parte del total que será transferido a favor del IGSS/GORE para la cobertura de las atenciones brindadas en el primer y segundo nivel con población adscrita. Resulta de la aplicación de variables Prestacionales (Ajuste Epidemiológico) y Variables Financieras (Índice de Desarrollo Humano, Ámbito VRAEM, Ámbito DATEM, Zona de Frontera, Dispersión Geográfica, Cuencas de

Loreto y Amazónicas). Este monto estará condicionado al cumplimiento de Compromisos de Gestión asumidos por el IGSS/GORE.

Componente III

Monto que forma parte del total que será transferido a favor del IGSS/GORE para la cobertura de las atenciones de primer y segundo nivel con población adscrita.

Este monto estará condicionado al cumplimiento de metas respecto a los indicadores prestacionales, las que deberán reflejar un incremento de cobertura en relación al año previo; según el escenario negociado por el IGSS/GORE en la reunión sostenida con el SIS. A fin de verificar el cumplimiento de las metas prestacionales, el SIS realizará un monitoreo de manera permanente, lo que permitirá implementar estrategias para mejorar los resultados. Para efectos de pago se realiza la evaluación del cumplimiento de las metas al tercer trimestre del año fiscal 2016.

Tramo Fijo Cápita

Monto que forma parte del Componente I y consiste en el financiamiento económico requerido por las Unidades Ejecutoras para alcanzar las metas definidas en el Convenio Cápita. Para el año fiscal 2016 equivale al ejecutado en la contratación de personal bajo el Régimen Laboral Especial CAS al 31 de diciembre de 2015, no debiendo superar el 30% de la suma de los Componentes I y II. Su transferencia será efectuada vía Decreto Supremo, de conformidad con lo dispuesto por la Ley de Presupuesto del Sector Público para el año fiscal 2016.

Ajuste positivo

Las 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.

Ajuste negativo

Es el procedimiento de deducción de la Cápita a la Región de adscripción del asegurado para financiar el pago por servicio de los establecimientos de salud de II Nivel con población adscrita.(...)(pp. 3-12)



Figura 2. Guía técnica para la estandarización del registro y cálculo de los indicadores prestacionales en el marco de los convenios de gestión suscritos entre el Seguro Integral de Salud y los Gobiernos Regionales e IGSS. Seguro Integral de salud. 2016.

ETAPAS DE VIDA	EDAD	
	DE	A
Recién Nacido	0 días	28 días
Niño	29 días	11 años, 11 meses y 29 días
Adolescente	12 años	17 años, 11 meses y 29 días
Joven	18 años	29 años, 11 meses y 29 días
Adulto	30 años	59 años, 11 meses y 29 días
Adulto Mayor	60 años	a más

Figura 3. Guía técnica para la estandarización del registro y cálculo de los indicadores prestacionales en el marco de los convenios de gestión suscritos entre el Seguro Integral de Salud y los Gobiernos Regionales e IGSS. Seguro Integral de salud. 2016.

N°	INDICADORES PRESTACIONALES DE EVALUACIÓN
1	Porcentaje de Gestante con paquete preventivo completo en el primer trimestre, 04 Controles Prenatales y 04 entregas de Hierro en el transcurso del embarazo.
2	Porcentaje de Gestante suplementadas con hierro, ácido fólico y dosaje de hemoglobina en el tercer Trimestre.
3	Porcentaje de población adolescente atendida con Prestaciones de Salud Reproductiva (Consejería y/ o métodos anticonceptivos).
4	Porcentaje de Recién Nacidos con 2 controles de Crecimiento y Desarrollo hasta los 15 días de nacido.
5	Porcentaje de niños/as menores de 1 año que han recibido atenciones preventivas de salud para la edad (11 controles y 2250 mg de Hierro).
6	Porcentaje de niños/as de 1 año de edad que han recibido atenciones preventivas de salud para la edad (06 controles y 2250 mg de Hierro).
7	Porcentaje de niños/as de 2 años de edad que han recibido atenciones preventivas de salud para la edad (04 controles y 2250 mg de Hierro).
8	Porcentaje de niños/as menores de 36 meses (Menores de 1 año, 1 año y 2 años) suplementados con 2250 mg de hierro.
9	Porcentaje de prestaciones preventivas en el Primer Nivel de Atención.
10	Porcentaje de personas afectadas por tuberculosis (PAT) con evaluación de laboratorio inicial completos (Hemograma, Glicemia, Creatinina, Perfil Hepático completo, Prueba de embarazo "sólo en mujeres" y serología para VIH 1-2).
11	Porcentaje de población de 18 años a más, tamizados en Diabetes, Hipertensión Arterial, Dislipidemias y Sobrepeso/Obesidad (Glucosa, Colesterol, Triglicéridos o Perfil lipídico).
12	Porcentaje de mujeres de 25 a 64 años con despistaje de Cáncer de cuello uterino.
13	Porcentaje de población tamizada en problemas de salud mental.
14	Porcentaje de niños/as asegurados SIS afiliados antes de los 30 días (DNI)

Figura 4, Guía técnica para la estandarización del registro y cálculo de los indicadores prestacionales en el marco de los convenios de gestión suscritos entre el Seguro Integral de Salud y los Gobiernos Regionales e IGSS. Seguro Integral de salud. 2016.

Así como los 14 indicadores los cuales se pueden apreciar en los apéndices.

1.3. Justificación

Justificación teórica

El presente estudio investigado teóricamente se justifica debido que no existe literatura correspondiente al impacto que tiene la implementación de planes de asistencia técnica y el cumplimiento de los diferentes indicadores prestacionales o correspondientes al área de la salud.

Justificación metodológica

Para lograr los objetivos de esta investigación, se han extraído los datos publicados anuales de los años 2015 y 2016 de 12 indicadores prestaciones, los cuales se encuentran publicados en su página Web del SIS, como acceso público, así mismo a través del software Excel, se realizaron las tablas y gráficos que se muestran en las diferentes tablas en los siguientes capítulos.

Estos resultados que se muestran a través de la página Web del SIS, son producto de la recolección de datos a través del formato único de atención (FUA) estandarizado y validado por el SIS de las atenciones que se brindan a los pacientes afiliados al SIS, los cuales a través de sus aplicativos que tiene, se digitaliza este formato, transformándolo en datos y resultado de indicadores prestacionales.

Justificación social

El presente estudio se justifica socialmente, porque es importante tomar en cuenta que este trabajo servirá de insumo para la elaboración de futuros trabajos de asistencia técnica que se le brinde a los diferentes recursos humanos en salud, para que el desarrollo y ejecución del cumplimiento de los indicadores prestacionales sea eficiente.

Justificación práctica

La contribución de este trabajo de investigación es importante, porque se podrá utilizar de insumo, para que en el futuro se tenga de referencia en la elaboración de planes de mejora con respecto a potenciar las competencias técnicas del

recurso humano a través del aprendizaje de asistencia técnica en las Unidades Ejecutoras de Lima Metropolitana que se encuentran suscritas en el Convenio de Pago Cápita, además con la implementación de estos planes correspondientes al correcto registro de las atenciones brindadas a los pacientes con afiliación al Seguro Integral de Salud (SIS) mejorarían la liquidez de las atenciones prestadas.

1.4. Problema

Descripción de la realidad problemática

El proceso de las atenciones en salud para los pacientes que tienen Seguro Integral de Salud (SIS) son registradas en historias clínicas y en formatos únicos de atención (FUA) que posteriormente son auditadas por profesionales de la salud y luego digitadas en los aplicativos del SIS, lo cual termina en una transferencia económica por parte de la IAFAS, en este sector el SIS.

En las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) de Lima Metropolitana se tiene la siguiente problemática, las atenciones que se les brinda a los pacientes no son registradas de manera correcta en las historias clínicas y los FUAS, por ende a la hora de realizar las auditorias no se encuentran los procedimientos realizados, y otro de los puntos es que cuando se encuentran en la historia clínica no son colocados en los FUA por desconocimiento por parte de los profesionales de la salud que auditan las prestaciones, y esto recae a que las actividades que se realizan en los establecimientos de salud no sean reconocidas por el SIS .

La importancia del tema, es que mediante el presente trabajo se pretende mejorar las competencias en el recurso humano que registran las atenciones de salud en las historias clínicas y en los FUA, tener así mejor liquidez en las transferencias económicas con respecto a las prestaciones brindadas a los pacientes asegurados al SIS.

En las diferentes IPRESS del I nivel de atención, a través de las Unidades Ejecutoras (UE) e IPRESS de nivel II con población adscrita, se firman diferentes

convenios con el SIS, para realizar transferencias económicas por parte del SIS a las UE, para que de esta manera utilicen las transferencias en mejorar las atenciones de los pacientes afiliados al SIS.

Estos convenios están sujetos a transferencias en dos (2) tramos; uno (1) fijo que es un porcentaje aproximadamente el 60% del total de la transferencia, para que se realicen los requerimientos de las diferentes actividades que se vayan a ser empleados por los pacientes afiliados al SIS, y el otro tramo que es el variable, que viene hacer el resto del porcentaje para completar el 100% la cual está condicionada al cumplimiento de los indicadores prestacionales suscritos en el convenio.

En las diferentes UE de Lima Metropolitana se firmó el Convenio de Gestión para el pago capitado desde el año 2013 al 2016, de las cuales como la transferencia económica del tramo variable estaba sujeta al cumplimiento de indicadores prestacionales, no se podía solicitar la transferencia de este tramo, debido a que no se cumplía con lo solicitado en las metas de los convenios.

Ante la problemática descrita, la presente investigación tiene como propósito implementar un plan de asistencia técnica para mejorar la gestión del convenio suscrito entre las UE de Lima Metropolitana del I nivel de Atención y el II nivel con población adscrita y el SIS, para mejorar las competencias de los diferentes profesionales para el correcto registro de las atenciones y del personal de salud que digitaliza las prestaciones en los diferentes aplicativos del SIS, de las atenciones que son brindadas a los pacientes afiliados al SIS.

Esto debido a que el cumplimiento de indicadores era reflejado a través de la correcta digitación del ingreso de los FUAS en el aplicativo del SIS, que los diferentes profesionales realizaban a la hora de la atención con los pacientes afiliados al SIS. Este aplicativo transforma los ingresos de los datos en códigos, de los cuales en la confluencia de los códigos, a través de unos logaritmos arrojaba resultados numerales por cada indicador.

Formulación del problema

Problema general

¿Cuál es el impacto del Plan de asistencia técnica en la gestión del pago capitado de las Unidades Ejecutoras de Lima Metropolitana, 2015-2016?

Problemas específicos

Problema específico 1

¿Cuál es el impacto del Plan de asistencia técnica en la gestión de la Estrategia Salud Sexual y Reproductiva del pago capitado de las Unidades Ejecutoras de Lima Metropolitana, 2015-2016?

Problema específico 2

¿Cuál es el impacto del Plan de asistencia técnica en la gestión de la Estrategia Etapa Niño del pago capitado de las Unidades Ejecutoras de Lima Metropolitana, 2015-2016?

Problema específico 3

¿Cuál es el impacto del Plan de asistencia técnica en la gestión de la Estrategia de Prevención y Control de la Tuberculosis del pago capitado de las Unidades Ejecutoras de Lima Metropolitana, 2015-2016?

Problema específico 4

¿Cuál es el impacto del Plan de asistencia técnica en la gestión de la Estrategia de Enfermedades no Transmisibles-Hipertensión Arterial, Diabetes y Obesidad del pago capitado de las Unidades Ejecutoras de Lima Metropolitana, 2015-2016?

Problema específico 5

¿Cuál es el impacto del Plan de asistencia técnica en la gestión de la Estrategia de Enfermedades no Transmisibles-Prevención y Detección de Cánceres del pago capitado de las Unidades Ejecutoras de Lima Metropolitana, 2015-2016?

Problema específico 6

¿Cuál es el impacto del Plan de asistencia técnica en la gestión de la Estrategia de Salud Mental del pago capitado de las Unidades Ejecutoras de Lima Metropolitana, 2015-2016?

1.5. Hipótesis

Según *Hernández, Fernández y Baptista*, (2014) “No aplica por ser un trabajo de alcance exploratorio. No puede presuponerse (afirmando) algo que apenas va a explorarse” (p. 116).

1.6. Objetivos

Objetivo general

Dilucidar cuál es el impacto del Plan de asistencia técnica en la gestión del pago capitado de las Unidades Ejecutoras de Lima Metropolitana, 2015-2016.

Objetivos específicos

Objetivo específico 1

Dilucidar el impacto al aplicarse el Plan de asistencia técnica en la gestión de la Estrategia Salud Sexual y Reproductiva del pago de las Unidades Ejecutoras de Lima Metropolitana, 2015-2016.

Objetivo específico 2

Dilucidar cuál es el impacto al aplicarse el Plan de asistencia técnica en la gestión de la Estrategia Etapa Niño del pago capitado de las Unidades Ejecutoras de Lima Metropolitana, 2015-2016.

Objetivo específico 3

Dilucidar cuál es el impacto al aplicarse el Plan de asistencia técnica en la gestión de la Estrategia de Prevención y Control de la Tuberculosis del pago capitado de las Unidades Ejecutoras de Lima Metropolitana, 2015-2016.

Objetivo específico 4

Dilucidar cuál es el impacto al aplicarse el Plan de asistencia técnica en la gestión de la Estrategia de Enfermedades no Transmisibles – Hipertensión Arterial, Diabetes y Obesidad del pago capitado de las Unidades Ejecutoras de Lima Metropolitana, 2015-2016.

Objetivo específico 5

Dilucidar cuál es el impacto al aplicarse el Plan de asistencia técnica en la gestión de la Estrategia de Enfermedades no Transmisibles - Prevención y Detección de Cánceres del pago capitado de las Unidades Ejecutoras de Lima Metropolitana, 2015-2016.

Objetivo específico 6

Dilucidar cuál es el impacto al aplicarse el Plan de asistencia técnica en la gestión de la Estrategia de Salud Mental del pago capitado de las Unidades Ejecutoras de Lima Metropolitana, 2015-2016.

II. Marco metodológico

2.1. Variable

Asistencia Técnica

Definición conceptual

Es el servicio independiente que puede ser suministrado desde el exterior o en el país, por el cual el prestador se compromete a utilizar sus habilidades, mediante la aplicación de ciertos procedimientos, artes o técnicas, con el objeto de proporcionar conocimientos especializados, no patentables, que sean necesarios en el proceso productivo, de comercialización, de prestación de servicios o cualquier otra actividad realizada por el usuario, también comprende el adiestramiento de personas para la aplicación de los conocimientos especializados (Ministerio de Salud, MINS, 2004).

Definición Operacional

Es el cálculo del impacto sobre los prestadores de servicios de salud luego de la aplicación del conocimiento especializado.

Gestión del pago capitado

Definición conceptual

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. (Guía técnica para la estandarización del registro y cálculo de los indicadores prestacionales en el marco de los convenios de gestión suscritos entre el seguro integral de salud y los gobiernos regionales e IGSS, 2016).

Definición operacional

Es el cálculo de indicadores prestacionales de salud atenciones preventivas y recuperativas durante un periodo establecido contractualmente, el cual determinaría el pago que recibirían en forma retrospectiva, el cual se medirá a

través de 12 indicadores prestacionales, los cuales han sido agrupados en 06 dimensionados.

Dimensiones estratégicas de análisis de las prestaciones de salud por indicador

Se ha dimensionado los 12 indicadores prestacionales del convenio de gestión, tomando en cuenta la relación que guardan como objetivo los indicadores con respecto a una estrategia sanitaria nacional.

Dimensión 01. Estrategia salud sexual y reproductiva

Tiene como propósito mejorar la salud sexual y reproductiva de la población peruana concentrando el mayor esfuerzo en la reducción de la mortalidad materna y perinatal a través de las siguientes líneas de intervención (Ministerio de Salud, MINSA, 2015).

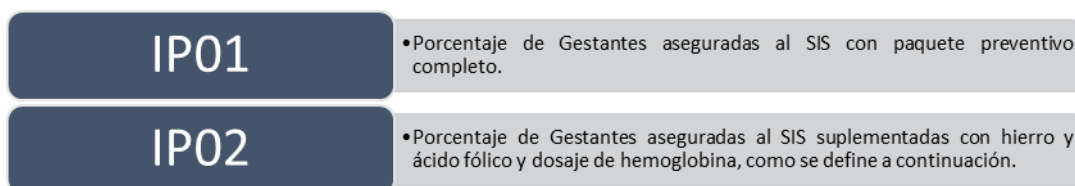


Figura 5. Indicadores Prestacionales de la Dimensión 1: Estrategia Salud Sexual y Reproductiva

Se describe a continuación los componentes de cada indicador, como es la definición, el propósito, la finalidad y la forma de cálculo.

IP01: Porcentaje de Gestantes aseguradas al SIS paquete preventivo completo	de	El indicador mide el porcentaje de mujeres que al momento de atenderse el parto tuvieron un paquete de atención preventiva completo.
	al	Tiene como propósito fortalecer las acciones para reducir la morbilidad materno-infantil y la anemia en el niño; brindando una atención integral a la mujer durante el periodo concepcional.
	con	La OMS considera que el cuidado materno es una prioridad que forma parte de las políticas públicas como estrategia para optimizar los resultados del embarazo y prevenir la mortalidad materna y perinatal.
		Se calcula dividiendo el N° acumulado de partos registrados, de mujeres adscritas a la Región/IGSS con 4 exámenes de laboratorio en el primer trimestre, y al menos 4 controles prenatales con suplementación de hierro y ácido fólico X 100 sobre N° acumulado de partos registrados a nivel nacional, de mujeres adscritas a la Región/IGSS.

Figura 6. Ficha técnica Indicador Prestacional 01, (Seguro Integral de Salud, SIS, 2016)

IP02: Porcentaje de Gestantes aseguradas al SIS suplementadas con hierro y ácido fólico y dosaje de hemoglobina.	de	El indicador mide el porcentaje de mujeres suplementadas con hierro y ácido fólico con dosaje de hemoglobina.
	al	Tiene como propósito medir un resultado sanitario como es el tener madres suplementadas y con dosaje de hemoglobina y con ello contribuir a disminuir anemia en recién nacidos.
	con	En el marco del Plan para reducir la Desnutrición Crónica Infantil - Anemia; se consideró la intervención basada en evidencia, en la que la madre que es suplementada con hierro y ácido fólico reduce el riesgo de retardo del crecimiento intrauterino y los nacimientos de bebés pequeños para la edad gestacional.
		Se calcula dividiendo N° acumulado de partos registrados, de mujeres adscritas a la Región/IGSS suplementadas con hierro y ácido fólico y con dosaje de hemoglobina x 100 sobre N° acumulado de partos registrados a nivel nacional, de mujeres adscritas a la Región/IGSS.

Figura 7. Ficha técnica Indicador Prestacional 02, (Seguro Integral de Salud, SIS, 2016)

Dimensión 02. Estrategia etapa niño

Esta estrategia lo componen las estrategias y/o actividades que se desarrollan en personas menores de 28 días, de 29 días a 11 meses 29 días, de 1 a 4 años y de 5 a 9 años, que se orientan a promover la salud, previniendo enfermedades, siempre de una forma integral. (Ministerio de Salud, MINSAL, 2005)

IP04	• Porcentaje de Recién Nacidos asegurados al SIS con 2 controles de Crecimiento y Desarrollo hasta los 15 días de nacido.
IP05	• Porcentaje de niños asegurados al SIS menores de 1 año de edad, que han recibido atenciones preventivas de salud para la edad.
IP06	• Porcentaje de niños asegurados al SIS de 1 año de edad que han recibido atenciones preventivas de salud para la edad.
IP07	• Porcentaje de niños asegurados al SIS de 2 años de edad que han recibido atenciones preventivas de salud para la edad.
IP08	• Porcentaje de niños asegurados al SIS menores de 36 meses suplementado con 2250 mg de hierro y con resultado de hemoglobina.
IP14	• Porcentaje de Afiliación Temprana.

Figura 8. Indicadores Prestacionales de la Dimensión 2. Estrategia etapa Niño

Se describe a continuación los componentes de cada indicador, como es la definición, el propósito, la finalidad y la forma de cálculo.

IP04: Porcentaje de Recién Nacidos asegurados al SIS con 2 controles de Crecimiento y Desarrollo hasta los 15 días de nacido.	<p>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.</p> <p>El propósito es el de contribuir con la vigilancia adecuada y oportuna del crecimiento y desarrollo del Recién nacido, detectar de manera precoz y oportuna riesgos, alteraciones o trastornos, así como la presencia de enfermedades, facilitando su diagnóstico e intervención oportuna disminuyendo deficiencias y discapacidades.</p> <p>La finalidad es la de reducir la probabilidad 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.</p> <p>Se calcula dividiendo N° acumulado de niños asegurados (Subsidiado y NRUS) adscritos a la Región/IGSS que en el periodo de evaluación cumplieron 28 días edad y que, cuentan con 2 CRED antes de cumplir 16 días de edad x 100 sobre N° acumulado de niños que cumplen 28 días de edad asegurados SIS (Subsidiado y NRUS) adscritos a la Región /IGSS.</p>
--	---

Figura 9. Ficha técnica Indicador Prestacional 04, (Seguro Integral de Salud, SIS, 2016)

<p>IP05: Porcentaje de niños asegurados al SIS menores de 1 año de edad, que han recibido atenciones preventivas de salud para la edad.</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>El propósito es el de contribuir con la reducción de la anemia y desnutrición crónica infantil incidiendo en los niños de 1 año, a través: del fortalecimiento el cuidado integral y la vigilancia adecuada del niño mediante el seguimiento periodico; administración de Hierro en el niño menor de 12 meses y verificar el seguimiento del consumo del mismo y la vacunación contra rotavirus y neumococo.</p>
	<p>Tiene como finalidad la de reducir la probabilidad que tiene el niño y la niña por sus factores de riesgo de presentar en los primeros años de vida, problemas de desarrollo, ya sean cognitivos, motores, sensoriales o de comportamiento.</p>
	<p>Se calcula dividiendo N° acumulado de niños asegurados (Subsidiado y NRUS) adscritos a la Región/IGSS que en el periodo de evaluación cumplieron 12 meses de edad y que en su primer año de vida han recibido suplementación completa de hierro elemental y cuentan 11 CRED x 100 sobre N° acumulado de niños que cumplen 1 año de edad asegurados SIS (Subsidiado y NRUS) adscritos a la Región /IGSS.</p>

Figura 10. Ficha técnica Indicador Prestacional 05, (Seguro Integral de Salud, SIS, 2016)

<p>IP06: Porcentaje de niños asegurados al SIS de 1 año de edad que han recibido atenciones preventivas de salud para la edad.</p>	<p>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.</p>
	<p>El propósito es el de contribuir con la reducción de la anemia y desnutrición crónica infantil incidiendo en los niños de 1 año, a través del fortalecimiento del cuidado integral y la vigilancia adecuada; administración de Hierro en el menor de 24 meses y verificar el seguimiento del consumo del mismo.</p>
	<p>Tiene como finalidad de reducir la probabilidad que tiene el niño y la niña por sus factores de riesgo presentar en los primeros años de vida, problemas de desarrollo, cognitivos, motores, sensoriales o de comportamiento y atenderlos de forma oportuna en caso sean detectados.</p>
	<p>Se calcula dividiendo N° 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 x 100 sobre N° acumulado de niños que cumplieron 2 años de edad asegurados (Subsidiado y NRUS) adscritos a la Región /IGSS.</p>

Figura 11. Ficha técnica Indicador Prestacional 06, (Seguro Integral de Salud, SIS, 2016)

<p>IP07: Porcentaje de niños asegurados al SIS de 2 años de edad que han recibido atenciones preventivas de salud para la edad.</p>	<p>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 edad.</p>
	<p>El propósito es el de contribuir con la reducción de la anemia y desnutrición crónica infantil incidiendo en los niños de 2 años, a través del fortalecimiento el cuidado integral y la vigilancia adecuada del niño y la administración de hierro en el menor de 36 meses.</p>
	<p>Tiene como finalidad reducir la probabilidad que tiene el niño y la niña por sus antecedentes y factores de riesgo de presentar en los primeros años de vida, problemas de desarrollo, cognitivos, motores, sensoriales o de comportamiento y atenderlos de forma oportuna. así como también el de emplear la suplementación preventiva desde el hogar</p>
	<p>Se calcula dividiendo N° acumulado de niños asegurados (Subsidiado y NRUS) adscritos a la Región/IGSS que en el periodo de evaluación cumplieron 3 años de edad, que han recibido suplementación completa de hierro elemental, con 4 CRED cumplidos x 100 sobre N° acumulado de niños que cumplieron 3 años asegurados (Subsidiado y NRUS) adscritos a la Región /IGSS.</p>

Figura 12. Ficha técnica Indicador Prestacional 07, (Seguro Integral de Salud, SIS, 2016)

<p>IP08: Porcentaje de niños asegurados al SIS menores de 36 meses suplementado con 2250 mg de hierro y con resultado de hemoglobina.</p>	<p>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 han realizado el dosaje de hemoglobina.</p>
	<p>Tiene como propósito, fortalecer el cuidado integral infantil mediante el seguimiento periodico, con resultados oportunos pra el tratamiento en niños con anemia. detectados oportunamente. Contribuir con la administración de Hierro en el menor de 12 meses.</p>
	<p>Tiene como finalidad, contribuir a la 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.</p>
	<p>Se calcula dividiendo N° acumulado de niñas y niños menores de 36 meses (que cumplen 15, 27 y 39 meses) asegurados SIS en la Región/IGSS que han recibido hierro elemental de acuerdo a la edad, con dosaje de hemoglobina x 100 sobre N° acumulado de niñas y niños menores de 36 meses de edad (que cumplen 15, 27 y 39 meses) asegurados SIS adscritos a la Región/IGSS, afiliados al SIS (Subsidiado y NRUS)</p>

Figura13. Ficha técnica Indicador Prestacional 08, (Seguro Integral de Salud, SIS, 2016)

IP14: Porcentaje de Afiliación Temprana.	Está referido al porcentaje de niños con afiliación permanente con DNI antes de los 30 días de nacido, según normatividad vigente
	Tiene el propósito de contribuir con la afiliación temprana de los Recién Nacidos para que tengan acceso al Plan de Beneficios del SIS de forma ininterrumpida.
	Tiene como finalidad en en el marco del Aseguramiento Universal en Salud, los Recién Nacidos con su documento de identidad y afiliación permanente les permitirá el acceso al Plan de Beneficios y se contribuirá a garantizar la atención oportuna, eficaz y gratuita.
	Se calcula dividiendo Número acumulado de niños que cuenten con afiliación permanente al SIS (Subsidiado y NRUS) antes de los 30 días de nacido x 100 sobre N° acumulado de partos adscritos a la Región/IGSS.

Figura 14 Ficha técnica Indicador Prestacional 14, (Seguro Integral de Salud, SIS, 2016)

Dimensión 03. Estrategia de prevención y control de la tuberculosis

Tiene como objetivo disminuir progresiva y sostenidamente la incidencia mediante la detección, diagnóstico, tratamiento gratuito oportuno y supervisado de las personas con Tuberculosis (TB) en todo el país, con la finalidad de disminuir la morbimortalidad y sus repercusiones sociales y económicas. (Ministerio de Salud, MINSA, 2006)

IP10

- Porcentaje de PAT con batería de laboratorio completa.

Figura 15. Indicadores Prestacionales de la Dimensión 3. Estrategia de Prevención y Control de la Tuberculosis

El cual se detalla a continuación.

<p>IP10: Porcentaje de PAT con batería de laboratorio completa.</p>	<p>Mide la cobertura de exámenes auxiliares iniciales realizados a los PAT asegurados SIS.</p>
	<p>Tiene el propósito de verificar que los EESS brinden la atención integral a los PAT , incluyendo los exámenes auxiliares de acuerdo a la normatividad vigente.</p>
	<p>Tiene como finalidad cuantificar la proporción de PAT que acceden al PEAS y se les brinda las garantías explícitas de calidad y oportunidad en la Región. El cual según la OMS en el 2012 la situación de la tuberculosis en el mundo, el Perú era el segundo de América del Sur con la mayor tasa de tuberculosis (TBC), 25% de los casos de la región y con Haití el primer lugar en TB Multidrogorresistente,.</p>
	<p>Se calcula dividiendo N° acumulado de PAT con evaluación de laboratorio inicial completa en el trimestre de evaluación x 100 sobre N° acumulado de PAT(casos nuevos) reportados en el trimestre de evaluación adscritos a la Región/IGSS</p>

Figura 16. Ficha técnica Indicador Prestacional 10, (Seguro Integral de Salud, SIS, 2016)

Dimensión 04. Estrategia de Enfermedades no Transmisibles - Hipertensión Arterial, Diabetes y Obesidad

El Ministerio de Salud, MINSA (2016) señaló que la estrategia tiene como finalidad “Contribuir a la mejora de la calidad de vida de la población peruana a través de la disminución de la carga de morbilidad, discapacidad prevenible, así como la mortalidad prematura debido a enfermedades no transmisibles” (p. 7).

IP11

- Porcentaje de atendidos asegurados al SIS con 18 años a mas tamizados de Diabetes, Hipertensión Arterial, Dislipidemias y Sobrepeso/Obesidad.

Figura 17. Indicadores Prestacionales de la Dimensión 4. Estrategia de Enfermedades no Transmisibles - Hipertensión Arterial, Diabetes y Obesidad.

El cual se detalla a continuación.

IP11: Porcentaje de atendidos asegurados al SIS con 18 años a mas tamizados de Diabetes, Hipertensión Arterial, Dislipidemias y Sobrepeso/Ob esidad.	El indicador mide el porcentaje de asegurados de 18 años a mas años tamizados en enfermedades crónicas.
	Tiene el propósito de fortalecer acciones preventivas para reducir la morbimortalidad relacionadas a la Diabetes, Hipertensión, Dislipidemias y Obesidad.
	Debido a que las Enfermedades metabólicas como la Diabetes Mellitus, la Hipertensión Arterial, la Obesidad, el Sobrepeso y las Dislipidemias son hoy en día un problema creciente de salud,; son condiciones que afectan la salud individual y que repercuten en la Salud Pública.
Se calcula dividiendo N° acumulado de asegurados SIS a partir de 18 años con tamizaje de Diabetes e Hipertensión Arterial, Dislipidemias y Sobrepeso/Obesidad x 100 sobre N° acumulado de asegurados SIS a partir de 18 años adscritos a la Región/IGSS	

Figura 18. Ficha técnica Indicador Prestacional 11, (Seguro Integral de Salud, SIS, 2016)

Dimensión 05. Estrategia de Enfermedades no Transmisibles - Prevención y Detección de Cáncer

El Ministerio de Salud, MINSA (2012) señala que “En la detección temprana, el tamizaje mediante la prueba de Papanicolaou para detección de lesiones sospechosas de cáncer de cuello uterino” (p. 14), forman parte de las acciones claves, colectivas y multisectoriales de los servicios oncológicos de las acciones a desarrollar para la prevención del Cáncer.

IP12

- Porcentaje de mujeres aseguradas al SIS de 25 a 64 años con despistaje de Cáncer de cuello uterino.

Figura 19. Indicadores Prestacionales de la Dimensión 5. Estrategia de Enfermedades no Transmisibles - Prevención y Detección de Cáncer.

El cual se detalla a continuación.

<p>IP12: Porcentaje de mujeres aseguradas al SIS de 25 a 64 años con despistaje de Cancer de cuello uterino.</p>	<p>Mide el porcentaje de mujeres entre 25 a 64 años (mujeres objetivo) que se han realizado el examen de Papanicolaou (PAP).</p>
	<p>Tiene como propósito el de fortalecer las acciones que contribuyan a realizar la detección temprana del Cancer de cérvix, en el marco del Plan Esperanza.</p>
	<p>En el Perú, el cáncer de cérvix constituye la patología oncológica más notificada y la citología por papanicolaou permite captar los casos de cáncer en etapas tempranas; Por ello el objetivo es lograr incrementar el número de mujeres con la finalidad de obtener impacto en la cobertura poblacional.</p>
	<p>Se calcula dividiendo N° acumulado de mujeres entre 25 a 64 años aseguradas al SIS en la Región/IGSS, que se realizaron el examen de PAP x 100 sobre N° total de mujeres entre 25 a 64 años aseguradas al SIS en la Región/IGSS</p>

Figura 20. Ficha técnica Indicador prestacional 12, (Seguro Integral de Salud, SIS, 2016)

Dimensión 06, Estrategia de Salud Mental

El Ministerio de Salud, MINSa (2013) define el *tamizaje de salud mental* como:

Un proceso que permite identificar oportunamente personas en riesgo de presentar problemas y/o trastornos de salud mental. Es un procedimiento breve que consiste en la aplicación de una ficha por un personal de salud con competencias, según lo establecido en las guías de práctica clínica reconocida por el Ministerio de Salud. El tiempo de aplicación es de 10 minutos” (p. 302). (Ministerio de Salud, MINSa, 2013)

IP13

- Porcentaje de asegurados al SIS tamizados en salud mental.

Figura 21. Indicadores prestacionales de la Dimensión 6. Estrategia de Enfermedades no Transmisibles - Prevención y Detección de Cáncer.

El cual se detalla a continuación.

<p>IP13: Porcentaje de asegurados al SIS tamizados en salud mental.</p>	<p>El indicador mide la cobertura de prestaciones preventivas de Tamizaje de Salud Mental en la población asegurada de la Región/IGSS.</p>
	<p>Fortalecer las acciones para contribuir al cumplimiento del Plan Nacional de Salud Mental.</p>
	<p>En el Perú, la principal causa de carga de enfermedad lo constituyen enfermedades neuropsiquiátricas (17.9% de los AVISA). Dentro de esta categoría destacan las dos subcategorías más prevalentes: Depresión unipolar que es más frecuente en mujeres (13.7 x 1000 habitantes), y el Abuso de Alcohol que es más frecuente en hombres (16.3 x 1000 habitantes).</p>
	<p>Se calcula dividiendo N° acumulado de asegurados al SIS adscritos en la Región/IGSS tamizados en problemas de Salud Mental x 100 sobre N° total de asegurados al SIS adscritos en la Región/IGSS</p>

Figura 22. Ficha técnica indicador prestacional 11, (Seguro Integral de Salud, SIS, 2016)

2.2. Operacionalización de variables

Tabla 1

Operacionalización de la variable gestión del pago capitado

DIMENSIONES	INDICADORES CONVENIO CÁPITA 2016	ITEMS	TIPO/ESCALA
Estrategia Salud Sexual y Reproductiva	IP01. Porcentaje de Gestantes aseguradas al SIS con paquete preventivo completo. IP02. Porcentaje de Gestantes aseguradas al SIS suplementadas con hierro y ácido fólico, y dosaje de hemoglobina.	Ficha de recolección de indicadores	Cuantitativa discreta.
Estrategia Etapa Niño	IP04. Porcentaje de Recién Nacidos asegurados al SIS con 2 controles de Crecimiento y Desarrollo hasta los 15 días de nacido IP05. Porcentaje de niños asegurados al SIS menores de 1 año de edad, que han recibido atenciones preventivas de salud para la edad. IP06. Porcentaje de niños asegurados al SIS de 1 año de edad que han recibido atenciones preventivas de salud para la edad. IP07. Porcentaje de niños asegurados al SIS de 2 años de edad que han recibido atenciones preventivas de salud para la edad. IP08. Porcentaje de niños asegurados al SIS menores de 36 meses suplementado con 2250 mg de hierro y con resultado de hemoglobina. IP14. Porcentaje de Afiliación Temprana.		Cuantitativa discreta.
Estrategia de Prevención y Control de la Tuberculosis	IP10. Porcentaje de PAT con batería de laboratorio completa.		Cuantitativa discreta.
Estrategia de Enfermedades no Transmisibles - Hipertensión Arterial, Diabetes y Obesidad	IP11. Porcentaje de atendidos asegurados al SIS con 18 años a más tamizados de Diabetes, Hipertensión Arterial, Dislipidemias y Sobrepeso/Obesidad.		Cuantitativa discreta.
Estrategia de Enfermedades no Transmisibles - Prevención y Detección de Cáncer	IP12. Porcentaje de mujeres aseguradas al SIS de 25 a 64 años con despistaje de Cáncer de cuello uterino.		Cuantitativa discreta.
Estrategia de Salud Mental	IP13. Porcentaje de asegurados al SIS tamizados en salud mental.		Cuantitativa discreta.

2.3. Metodología

La recolección de los datos se realizaron a través del llenado del FUA en las consultas diarias que el recurso humano realiza en las atenciones que se le brinda al paciente afiliado al SIS en los diferentes establecimientos de las Unidades Ejecutoras de Lima Metropolitana y que se encuentran inmersas dentro del Convenio de Gestión.

Estas FUAS son digitalizadas en los diferentes aplicativos que tiene el SIS en los puntos de digitación, los cuales posterior a su digitación son procesados, almacenados en la base central del SIS donde luego a través de un lenguaje informático son extraídos los resultados y publicados en su página Web del SIS.

Hernández; Fernández y Baptista (2014) manifiestan que la investigación cuantitativa debe ser lo más “objetiva” posible, intentando generalizar los resultados encontrados ya sea en una muestra o en una población, además se busca que puedan ser replicados, finalmente con estos estudios se pretende formular y demostrar teorías (p. 6).

2.4. Tipo de estudio

El estudio que se realizó fue de tipo exploratorio, que tiene como objetivo examinar un tema o problema de investigación poco estudiado, del cual se tienen muchas dudas o no se ha abordado antes (Hernández, Fernández y Baptista, 2014, p.91)

Valor: Estos estudios exploratorios nos sirven para familiarizarnos con temas relativamente desconocidos, investigar nuevos problemas, establecer conceptos o variables futuras, determinar prioridades para investigaciones venideras o proponer afirmaciones y postulados. (Hernández, Fernández y Baptista, 2014, p.91)

2.5. Diseño

La estrategia de investigación que se realizó fue el no experimental transeccional exploratorio.

No experimental, debido a que no se manipulo en la investigación la variable, ni se realizo ningún experimento (Hernández et al., 2014, p. 149)

Transeccionales exploratorios, debido a que se realizó una exploración inicial en un momento específico, se emplea a problemas de investigación nuevos o poco conocidos; constituyen el preludeo de otros estudios. (Hernández et al, 2014, p. 155)

2.6. Población y muestra

Población

La población lo conformó la base de datos mensual de los reportes del SIS de cada Unidad ejecutora de Lima metropolitana de los años 2015 y 2016, haciendo un total de 2880 datos.

Unidad Ejecutora que se encontraban dentro del Concenio capita 2016
Red de Salud San Juan de Lurigancho
Red de Salud Rimac-San Martin de Porres-Los Olivos
Red de Salud Tupac Amaru
Red de Servicios de Salud Barranco-Chorrillos-Surco
Red de Servicios de Salud San Juan de Miraflores - Villa Maria del Triunfo
Red de Servicios de Salud Villa El Salvador-Lurin-Pachacamac-Pucusana
Red de Salud Lima Ciudad
Hospital de Huaycan
Red de Salud Lima Norte IV
Red de Salud Lima Este Metropolitana

Figura 23. Unidades ejecutoras en el convenio Capita 2016

Se está considerando 12(doce) de los indicadores prestacionales, de los últimos dos años para el 2015 y 2016, de manera anual, debido a que dos de estos indicadores cambiaron el rango de edad a ser evaluados entre el año 2015 y el 2016.

Muestra

Se consideró a la totalidad de la población para el análisis sistemático.

2.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Se aplicó un plan de asistencia técnica a la población descrita, así como también se estandarizó la forma de registro de cada prestación que se desarrollaba en los diferentes establecimientos de las unidades ejecutoras de Lima Metropolitana que se encontraban dentro del Convenio Capita.

Además se estandarizó el formato único de atención (FUA), para el mejor registro y facilidad del llenado de las atenciones que son brindadas por los prestadores de salud.

Para la medición de los indicadores de la variable gestión del pago capitado se usó la técnica de recolección a través del FUA, que previamente han sido digitalizado en los puntos de digitación de cada establecimiento de Salud donde se brindó la atención, datos que el programa ARFSIS emite al SIS, y realiza los cálculos de cumplimiento por cada indicador.

Validación y confiabilidad del instrumento

La confiabilidad del instrumento de recolección está basado en la información que proporciona el sistema de información del SIS, que está a disponibilidad del ciudadano para evaluar los indicadores de gestión, en el portal Web, así como en los documentos normativos del Convenio Capita 2016, Resultados de Indicadores Capita 2015-2016, Mundo IPRESS. (Seguro Integral de Salud, SIS, 2015)

2.8. Métodos de análisis de datos

Para el análisis de los datos obtenidos serán presentados en tablas y gráficos de acuerdo a las variables y dimensiones, para luego analizarlo e interpretarlos considerando el marco teórico.

III. Resultados

3.1. Impacto del Plan de asistencia técnica en la gestión del pago capitado de las Unidades Ejecutoras de Lima Metropolitana, 2015-2016

Tabla 2

Indicadores prestacionales del convenio de gestión capitado

Indicadores Prestaciones	Detalle	IP 01		IP 02		IP 04		IP 05		IP 06		IP 07		IP 08		IP 10		IP 11		IP 12		IP 13		IP 14		Total	
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
2015	N° total de casos atendidos	6720	11,5	12897	22,0	2653	4,4	239	0,8	2454	8,3	1327	4,3	7219	4,8	251	2,5	55859	3,0	81024	11,0	321371	11,5	5443	9,3	497457	8,5
	Poblacion total base	58631		58631		60541		29499		29475		31023		150081		10169		1843123		739915		2782470		58631		5852189	
2016	N° total de casos atendidos	14838	21,2	23234	33,2	10761	15,4	582	0,8	2662	4,4	2190	3,6	7958	4,1	2872	40,6	71915	3,7	104609	13,4	564073	19,1	18328	26,2	824022	13,0
	Poblacion total base	69924		69924		69991		71993		60428		61403		193824		7075		1937440		782751		2956172		69924		6350849	

Según la tabla 2, Indicadores Prestacionales del Convenio de Gestión capitado, se tiene la comparación de los 12 Indicadores Prestacionales con valores anuales correspondiente a los años 2015 y 2016, se evidencian valores globales mayores en el año 2016 (13,0%) comparados con el año 2015 (8,5%).

3.2. Impacto al aplicarse el Plan de asistencia técnica en la gestión de la Estrategia Salud Sexual y Reproductiva del pago de las Unidades Ejecutoras de Lima Metropolitana, 2015-2016

Tabla 3

Dimensión 1. Estrategia salud sexual y reproductiva

Dimensión 1. Estrategia Salud Sexual y Reproductiva	Detalle	IP 01		IP 02		Total	
		N°	%	N°	%	N°	%
2015	N° total de casos atendidos	6720	11,5	12897	22,0	19617	16,7
	Población total base	58631		58631		117262	
2016	N° total de casos atendidos	14838	21,2	23234	33,2	38072	27,2
	Población total base	69924		69924		139848	

Según la tabla 3, se tiene la dimensión 1. Estrategia Salud Sexual y Reproductiva, para los indicadores IP01: Porcentaje de Gestantes aseguradas al SIS con paquete preventivo completo y IP02: Porcentaje de Gestantes aseguradas al SIS suplementadas con hierro y ácido fólico, y dosaje de hemoglobina, donde por cada indicador para las anualidades 2016 y 2015, se evidencian valores mayores en el año 2016 (21,2%) y (33,2%) respectivamente para cada indicador, así también en el dato global la mayor cifra corresponde al año 2016 (27,2%).

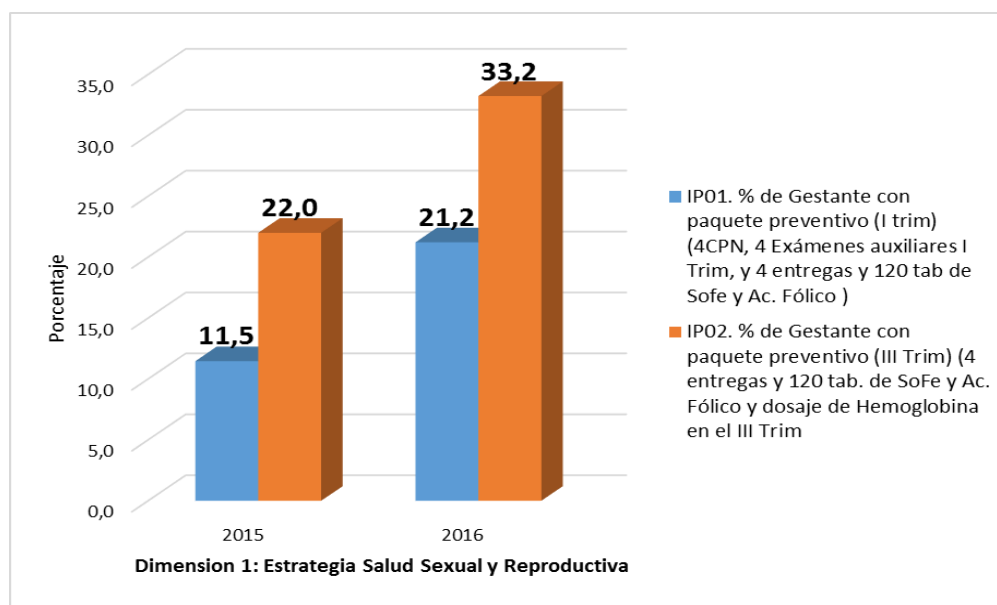


Figura 24. Dimensión 1. Estrategia salud sexual y reproductiva.

Según la figura 24, se tiene la dimensión 1. Estrategia Salud Sexual y Reproductiva, para los indicadores IP01: Porcentaje de Gestantes aseguradas al SIS con paquete preventivo completo y IP02: Porcentaje de Gestantes aseguradas al SIS suplementadas con hierro y ácido fólico, y dosaje de hemoglobina, donde se tiene la distribución anual por cada indicador para los años 2016 y 2015, encontrándose valores mayores en el año 2016.

3.3. Impacto al aplicarse el Plan de asistencia técnica en la gestión de la Estrategia Etapa Niño del pago capitado de las Unidades Ejecutoras de Lima Metropolitana, 2015-2016.

Tabla 4

Dimensión 2. Estrategia etapa niño

Dimensión 2: Estrategia Etapa Niño	Detalle	IP 04		IP 05		IP 06		IP 07		IP 08		IP 14		Total	
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
2015	N° total de casos atendidos	2653	4.4	239	0.8	2454	8.3	1327	4.3	7219	4.8	5443	9.3	19335	5.4
	Poblacion total base	60541		29499		29475		31023		150081		58631		359250	
2016	N° total de casos atendidos	10761	15.4	582	0.8	2662	4.4	2190	3.6	7958	4.1	18328	26.2	42481	8.1
	Poblacion total base	69991		71993		60428		61403		193824		69924		527563	

Según la tabla 4, se tiene la dimensión 2. Estrategia Etapa Niño, para los 06 indicadores; IP04: Porcentaje de Recién Nacidos asegurados al SIS con 2 controles de Crecimiento y Desarrollo hasta los 15 días de nacido, IP05: Porcentaje de niños asegurados al SIS menores de 1 año de edad, que han recibido atenciones preventivas de salud para la edad, IP06: Porcentaje de niños asegurados al SIS de 1 año de edad que han recibido atenciones preventivas de salud para la edad, IP07: Porcentaje de niños asegurados al SIS de 2 años de edad que han recibido atenciones preventivas de salud para la edad, IP08: Porcentaje de niños asegurados al SIS menores de 36 meses suplementado con 2250 mg de hierro y con resultado de hemoglobina, IP14: Porcentaje de Afiliación Temprana, donde por cada indicador se evidencia valores mayores absolutos en el año 2016, mientras que en valores porcentuales se observan valores mayores en el IP04 (15.4%), IP14 (26.2%), así también observando los porcentajes anuales la mayor cifra corresponde al año 2016 (8.1%) versus 2015 (5.4%).

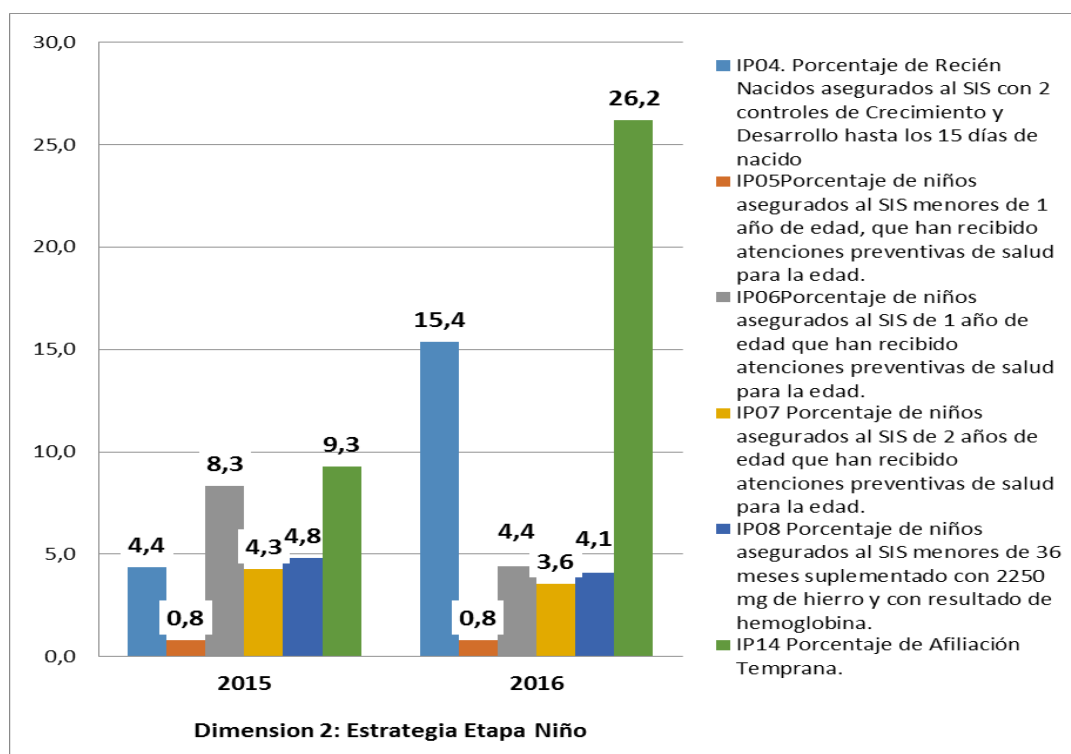


Figura 25. Dimensión 2. Estrategia Etapa Niño.

Según la figura 25, se tiene la dimensión 2. Estrategia Etapa Niño, para los IP04: Porcentaje de Recién Nacidos asegurados al SIS con 2 controles de Crecimiento y Desarrollo hasta los 15 días de nacido, IP05: Porcentaje de niños asegurados al SIS menores de 1 año de edad, que han recibido atenciones preventivas de salud para la edad, IP06: Porcentaje de niños asegurados al SIS de 1 año de edad que han recibido atenciones preventivas de salud para la edad, IP07: Porcentaje de niños asegurados al SIS de 2 años de edad que han recibido atenciones preventivas de salud para la edad, IP08: Porcentaje de niños asegurados al SIS menores de 36 meses suplementado con 2250 mg de hierro y con resultado de hemoglobina, IP14: Porcentaje de Afiliación Temprana, donde se tiene la distribución anual por cada indicador para los años 2016 y 2015, encontrándose valores mayores en el año 2016, en el IP04 (15.4%), IP14 (26.2%), valores iguales para el IP05 (0.8%).

3.4. Impacto al aplicarse el Plan de asistencia técnica en la gestión de la Estrategia de Prevención y Control de la Tuberculosis del pago capitado de las Unidades Ejecutoras de Lima Metropolitana, 2015-2016.

Tabla 5

Dimensión 3. Estrategia de Prevención y Control de la Tuberculosis.

Dimensión 3: Estrategia de Prevención y Control de la Tuberculosis.	Detalle	IP 10	
		N°	%
2015	N° total de casos atendidos	251	2.5
	Población total base	10169	
2016	N° total de casos atendidos	2872	40.6
	Población total base	7075	

Según la tabla 5, se tiene la dimensión 3. Estrategia de Prevención y Control de la Tuberculosis, para el indicador IP10. Porcentaje de PAT con batería de laboratorio completa, donde se evidencia valores mayores absolutos en el año 2016, así como también en valores porcentuales (40.6%) versus 2015 (2.5%).

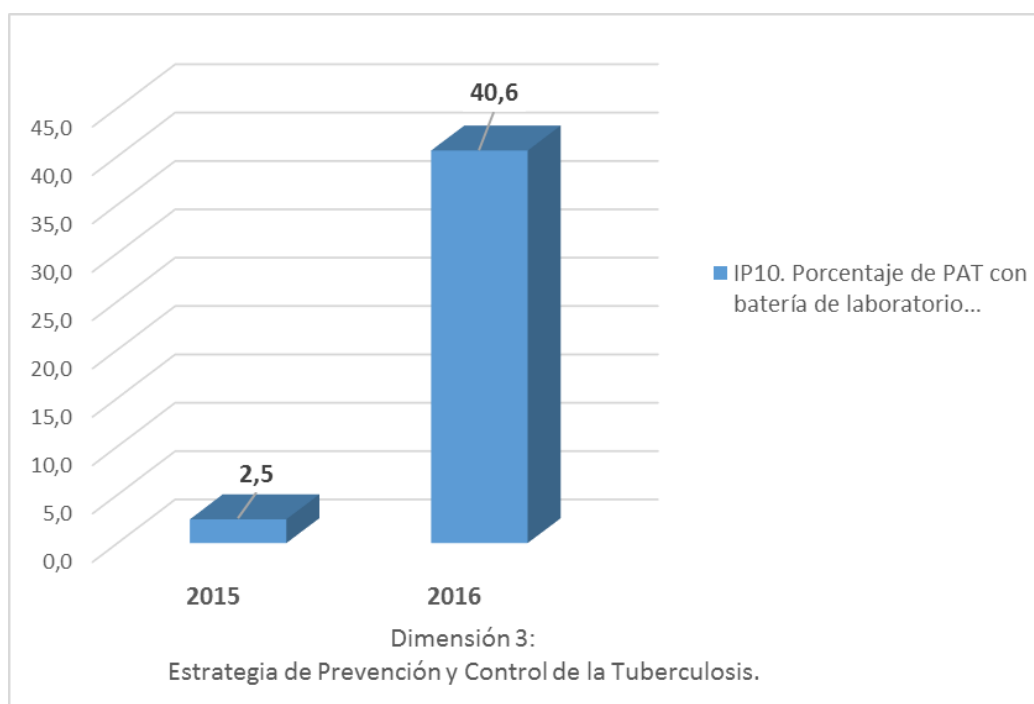


Figura 26. Dimensión 3. Estrategia de prevención y control de la tuberculosis.

Según la figura 26, se tiene la dimensión 3. Estrategia de Prevención y Control de la Tuberculosis, para el indicador IP10. Porcentaje de PAT con batería de laboratorio completa, se observa que en la anualidad en los valores porcentuales comparando 2015 y 2016, los valores mayores corresponden al año 2016 con (40.6%).

3.5. Impacto al aplicarse el Plan de asistencia técnica en la gestión de la Estrategia de Enfermedades no Transmisibles – Hipertensión Arterial, Diabetes y Obesidad del pago capitado de las Unidades Ejecutoras de Lima Metropolitana, 2015-2016.

Tabla 6

Dimensión 4. Estrategia de Enfermedades no Transmisibles - Hipertensión Arterial, Diabetes y Obesidad.

Dimensión 4: Estrategia de Enfermedades no Transmisibles - Hipertensión Arterial, Diabetes y Obesidad	Detalle	IP 11	
		N°	%
2015	N° total de casos atendidos	55859	3,0
	Población total base	1843123	
2016	N° total de casos atendidos	71915	3,7
	Población total base	1937440	

Según la tabla 6, se tiene la dimensión 4. Estrategia de Enfermedades no Transmisibles - Hipertensión Arterial, Diabetes y Obesidad, para el indicador IP11: Porcentaje de atendidos asegurados al SIS con 18 años a más tamizados de Diabetes, Hipertensión Arterial, Dislipidemias y Sobrepeso/Obesidad, donde se evidencia valores mayores absolutos en el año 2016, así como también en valores porcentuales (3.7%) versus 2015 (3.0%).

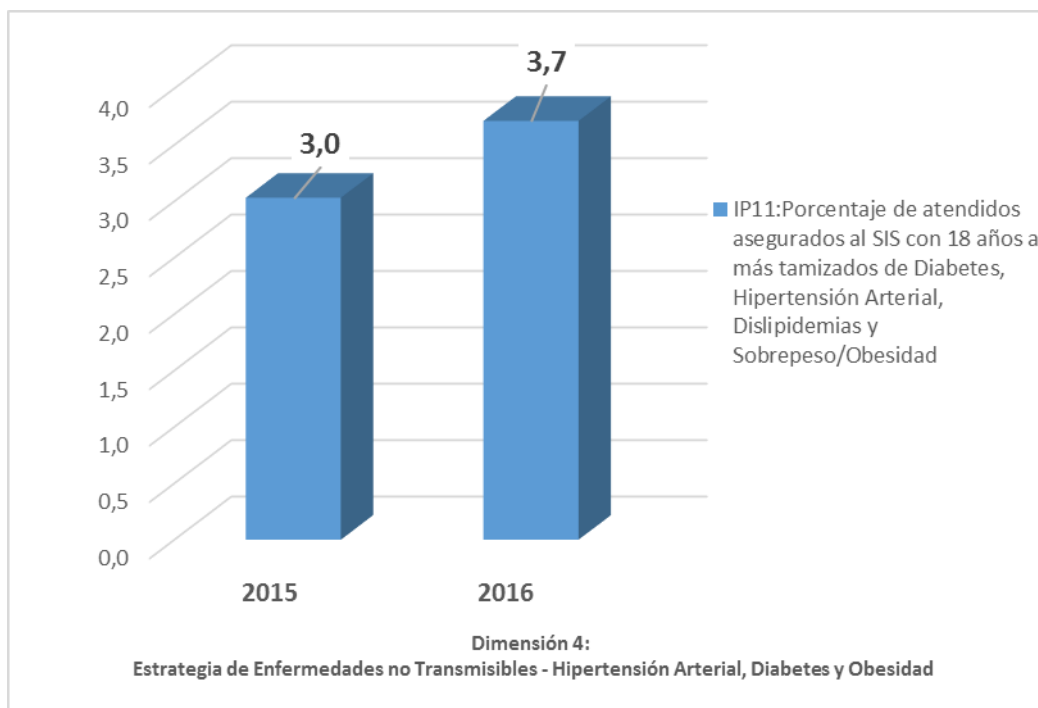


Figura 27. Dimensión 4. Estrategia de Enfermedades no Transmisibles - Hipertensión Arterial, Diabetes y Obesidad.

Según la figura 27, se tiene la dimensión 4. Estrategia de Enfermedades no Transmisibles - Hipertensión Arterial, Diabetes y Obesidad, para el indicador IP11: Porcentaje de atendidos asegurados al SIS con 18 años a más tamizados de Diabetes, Hipertensión Arterial, Dislipidemias y Sobrepeso/Obesidad, se observa que en la anualidad en los valores porcentuales comparando 2015 y 2016, los valores mayores corresponden al año 2016 con (3.7%).

3.6. Impacto al aplicarse el Plan de asistencia técnica en la gestión de la Estrategia de Enfermedades no Transmisibles - Prevención y Detección de Cánceres del pago capitado de las Unidades Ejecutoras de Lima Metropolitana, 2015-2016.

Tabla 7

Dimensión 5. Estrategia de Enfermedades no Transmisibles - Prevención y Detección de Cáncer

Dimensión 5: Estrategia de Enfermedades no Transmisibles - Prevención y Detección de Cáncer		Detalle	IP 12	
			N°	%
2015		N° total de casos atendidos	81024	11,0
		Población total base	739915	
2016		N° total de casos atendidos	104609	13,4
		Población total base	782751	

Según la tabla 7, se tiene la dimensión 5. Estrategia de Enfermedades no Transmisibles - Prevención y Detección de Cáncer, para el indicador IP12 Porcentaje de mujeres aseguradas al SIS de 25 a 64 años con despistaje de Cáncer de cuello uterino, donde se evidencia valores mayores absolutos en el año 2016, así como también en valores porcentuales (13.4%) versus 2015 (11.0%).

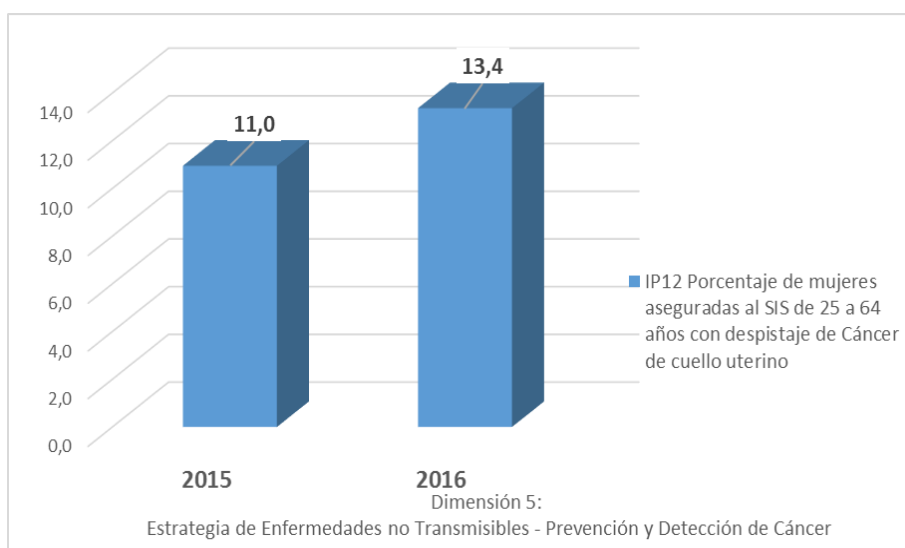


Figura 28. Dimensión 5. Estrategia de Enfermedades no Transmisibles - Prevención y Detección de Cáncer

Según la figura 28, se tiene la dimensión 5. Estrategia de Enfermedades no Transmisibles - Prevención y Detección de Cáncer, para el indicador IP12 Porcentaje de mujeres aseguradas al SIS de 25 a 64 años con despistaje de Cáncer de cuello uterino, se observa que en la anualidad en los valores porcentuales comparando 2015 y 2016, los valores mayores corresponden al año 2016 con (13.4%).

3.7. Impacto al aplicarse el Plan de asistencia técnica en la gestión de la Estrategia de Salud Mental del pago capitado de las Unidades Ejecutoras de Lima Metropolitana, 2015-2016.

Tabla 8

Dimensión 6. Estrategia de Salud Mental

Dimensión 6: Estrategia de Salud Mental	Detalle	IP 13	
		N°	%
2015	N° total de casos atendidos	321371	11,5
	Población total base	2782470	
2016	N° total de casos atendidos	564073	19,1
	Población total base	2956172	

Según la tabla 8, se tiene la dimensión 6. Estrategia de Salud Mental, para el indicador IP13 Porcentaje de asegurados al SIS tamizados en salud mental, donde se evidencia valores mayores absolutos en el año 2016, así como también en valores porcentuales (19.1%) versus 2015 (11.5%).

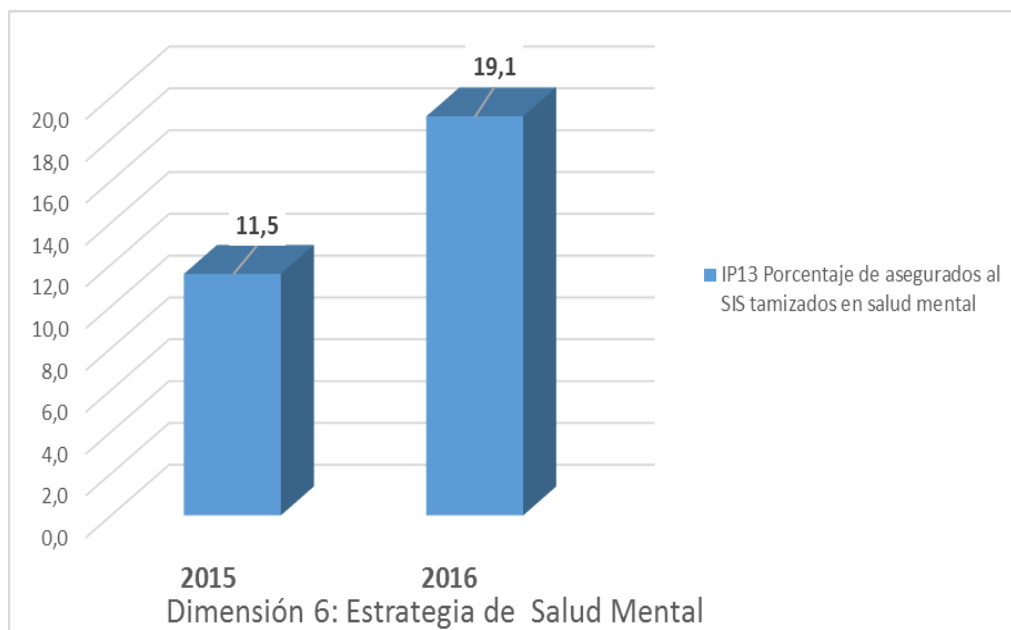


Figura 29. Dimensión 6. Estrategia de salud mental

Según la figura 29, se tiene la dimensión 6. Estrategia de Salud Mental, para el indicador IP13 Porcentaje de asegurados al SIS tamizados en salud mental, se observa que en la anualidad en los valores porcentuales comparando 2015 y 2016, los valores mayores corresponden al año 2016 con (19.1%).

IV. Discusión

El presente trabajo de investigación tuvo como objetivo general, dilucidar cuál es el impacto del Plan de asistencia técnica en la gestión del pago capitado de las Unidades Ejecutoras de Lima Metropolitana, 2015-2016, a continuación, se estarán discutiendo los principales hallazgos de este estudio.

En los resultados obtenidos, respecto al Impacto del Plan de asistencia técnica en la gestión del pago capitado de las Unidades Ejecutoras de Lima Metropolitana se evidenciaron valores globales mayores en el año 2016 (13,0%) comparados con el año 2015 (8,5%) en los 12 indicadores prestacionales de salud. Estos resultados refrendan lo esperado, dado el trabajo realizado durante el 2016 y, aunque no se realizó un trabajo comparativo debido a la incertidumbre de la recolección de datos en el 2015, no deja de ser importante la información obtenida puesto que la diferencia es considerable (Ver tabla 3 en los resultados). Por otro lado, de acuerdo al enfoque proporcionado por Carrera (2015), esta investigación resulta importante para la implementación de informes y reportes que servirán de insumos para la comparación posterior de los niveles de efectividad de la implementación de este plan de asistencia técnica.

Esto se podría deber a que durante el año 2016 se aplicó un plan de asistencia técnica con respecto a la Guía técnica para la estandarización del registro y cálculo de los indicadores prestacionales en el marco de los convenios de gestión suscritos entre el Seguro Integral de Salud y los gobiernos regionales e IGSS 2016, se estandarizó el FUA, se brindó asistencia técnica con respecto al llenado correcto y se entregó diferentes modelos para el correcto llenado del FUA para los diferentes grupos ocupacionales que desarrollan atenciones para los pacientes afiliados al SIS.

Luego de realizar una búsqueda de evidencia científica disponible hasta la fecha, no se han encontrado datos sobre la asociación del Plan de Asistencia Técnica y el convenio de Gestión para Pago Capitado, ni trabajos similares que se hayan desarrollado en el territorio peruano; Por lo que este trabajo constituiría un aporte, como dato referencial para las posibles futuras investigaciones comparativas.

Respecto al Impacto al aplicarse el Plan de asistencia técnica en la gestión de la Estrategia Salud Sexual y Reproductiva del pago de las Unidades Ejecutoras de Lima Metropolitana, se evidenciaron valores mayores en el año 2016 (27,2%), (Ver tabla 4 en los resultados). Inga y López (2013), manifiestan que es importante realizar procesos de control interno los cuales nos permitirán una toma de decisiones con mayor seguridad, y la posibilidad del cambio de estrategias para el cumplimiento de los indicadores prestacionales en caso no se estén cumpliendo las metas según lo planificado.

Los resultados del Impacto al aplicarse el Plan de asistencia técnica en la gestión de la Estrategia Etapa Niño del pago capitado de las Unidades Ejecutoras de Lima Metropolitana, se obtuvieron porcentajes anuales mayores en el año 2016 (8.1%) comparando con el año 2015 (5.4%), probablemente se debería a que esta estrategia 5/6 indicadores prestacionales son indicadores que vienen arrastrando resultados de años atrás, aproximadamente 2 años, (Ver tabla 5 en los resultados)., por lo que no se podría evidenciar los resultados en el tiempo inmediato, en contraste con el IP14 donde se evidencia un valor mayor en el año 2016 (26,2%) comparado con el año 2015 (9,3%), probablemente debido a que los resultados se pueden observar en el mes de nacido el paciente y por ende en el año que recibieron las diferentes capacitaciones el personal de salud. Como lo manifiesta Pisconte (2015) el liderazgo y el planeamiento estratégico contribuyen a la mejora continua de la empresa y por ende a la institución donde pertenece el recurso humano que ha sido capacitado para el desarrollando de las atenciones.

Los resultados del impacto al aplicarse el Plan de asistencia técnica en la gestión de la Estrategia de Prevención y Control de la Tuberculosis del pago capitado de las Unidades Ejecutoras de Lima Metropolitana, se obtuvieron porcentajes anuales mayores en el año 2016 (40,6%) comparando con el año 2015 (2,5%), probablemente se debería a que esta estrategia tiene el seguimiento en el mes al paciente y por lo tanto como se mencionó en el párrafo anterior, se evidencia el resultado en el año de haber recibido la capacitación, (Ver tabla 6 en los resultados), esto es favorable tanto para la patología como para el desarrollo de los indicadores prestacionales, ya que como histórico se tiene que del total de

los pacientes con diagnóstico de tuberculosis solo el 80% completa toda su batería de análisis y de estos el 1,1% dentro del primer trimestre de detectada la enfermedad (véase ficha técnica IP 10, Determinación de valores y referencias adicionales).

Los resultados del Impacto al aplicarse el Plan de asistencia técnica en la gestión de la Estrategia de Enfermedades no Transmisibles – Hipertensión Arterial, Diabetes y Obesidad del pago capitado de las Unidades Ejecutoras de Lima Metropolitana, se evidenciaron valores mayores en el año 2016 (3,7%), comparado con el año 2015 (3.0%), probablemente sea que la población no está acostumbrada a realizarse exámenes preventivos para patologías no transmisibles, ya que los países en vías de desarrollo están en incremento en estas patologías, así mismo el rango etario al que hace mención este indicador es la población económicamente activa que no acude con regularidad a los establecimientos de salud, solo en las oportunidades que son por atenciones recuperativas o los domingos cuando los establecimientos públicos no están aperturados para consultas externas. A pesar de tener estas dificultades, las diferentes Unidades Ejecutoras desarrollaron diferentes campañas de atención durante los fines de semana, con el fin de que población económicamente activa pueda acudir a realizarse estas atenciones preventivas.

Respecto a los resultados del Impacto al aplicarse el Plan de asistencia técnica en la gestión de la Estrategia de Enfermedades no Transmisibles - Prevención y Detección de Cánceres del pago capitado de las Unidades Ejecutoras de Lima Metropolitana, se evidenciaron valores mayores en el año 2016 (13,4%). comparado con el año 2015 (11.0%), como también se puede observar el resultado del Impacto al aplicarse el Plan de asistencia técnica en la gestión de la Estrategia de Salud Mental del pago capitado de las Unidades Ejecutoras de Lima Metropolitana, se evidenciaron valores mayores en el año 2016 (19,1%), comparado con el año 2015 (11.5%), como lo manifestó Logaray (2010), en su trabajo el SIS 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), y si

toda la población estuviera afiliada al SIS el acceso se incrementaría en 19.93%, motivo por el cual se incrementó en los últimos años la cantidad de afiliados al SIS, por diferentes modalidades de subvención.

V. Conclusiones

- Primera:** Respecto al Impacto del Plan de asistencia técnica en la gestión del pago capitado de las Unidades Ejecutoras de Lima Metropolitana se evidenciaron valores globales mayores en el año 2016 (13,0%) comparados con el año 2015 (8,5%) en los 12 indicadores prestacionales de salud.
- Segunda:** Respecto al Impacto al aplicarse el Plan de asistencia técnica en la gestión de la Estrategia Salud Sexual y Reproductiva del pago de las Unidades Ejecutoras de Lima Metropolitana se evidenciaron valores globales mayores en el año 2016 (27,2%), correspondiente a la dimensión 1, para los indicadores IP01 e IP02 con (21,2%) y (33,2%) respectivamente para cada indicador prestacional.
- Tercera:** Respecto al Impacto al aplicarse el Plan de asistencia técnica en la gestión de la Estrategia Etapa Niño del pago capitado de las Unidades Ejecutoras de Lima Metropolitana, se evidenciaron valores globales mayores en el año 2016 (8,1%).correspondiente a la dimensión 2, para los 06 indicadores; IP04 (15,4%), IP05 (0,8%), IP06 (4,4%), IP07 (3,6%), IP08 (4,1%) e IP14 (26,2%).
- Cuarta:** Respecto al Impacto al aplicarse el Plan de asistencia técnica en la gestión de la Estrategia de Prevención y Control de la Tuberculosis del pago capitado de las Unidades Ejecutoras de Lima Metropolitana, se evidenciaron valores mayores en el año 2016 (40,6%).correspondiente a la dimensión 3, para el IP10, comparado con el año 2015 (2.5%).
- Quinta:** Respecto al Impacto al aplicarse el Plan de asistencia técnica en la gestión de la Estrategia de Enfermedades no Transmisibles – Hipertensión Arterial, Diabetes y Obesidad del pago capitado de las Unidades Ejecutoras de Lima Metropolitana, se evidenciaron valores mayores en el año 2016 (3,7%).correspondiente a la dimensión 4, para el IP11 comparado con el año 2015 (3.0%).

Sexta: Respecto al Impacto al aplicarse el Plan de asistencia técnica en la gestión de la Estrategia de Enfermedades no Transmisibles - Prevención y Detección de Cánceres del pago capitado de las Unidades Ejecutoras de Lima Metropolitana, se evidenciaron valores globales mayores en el año 2016 (13,4%).correspondiente a la dimensión 5, para el IP12 comparado con el año 2015 (11.0%).

Séptima: Respecto al Impacto al aplicarse el Plan de asistencia técnica en la gestión de la Estrategia de Salud Mental del pago capitado de las Unidades Ejecutoras de Lima Metropolitana, se evidenciaron valores mayores en el año 2016 (19,1%).correspondiente a la dimensión 6, para el IP13, comparado con el año 2015 (11.5%).

VI. Recomendaciones

- Primera:** A las Direcciones Ejecutivas de las diferentes Unidades Ejecutoras de Lima Metropolitana en coordinación con sus órganos de apoyo considerar aplicar como base el plan de asistencia técnica para el fortalecimiento de las competencias del recurso humano que desarrollará los diferentes indicadores prestacionales.
- Segunda:** A las Direcciones Ejecutivas de las diferentes Unidades Ejecutoras de Lima Metropolitana en coordinación con sus órganos de apoyo, fortalecer con talleres sobre la importancia del correcto llenado del Formato único de Atención, para el cumplimiento de los Indicadores prestacionales del Convenio de Gestión de la Estrategia Salud Sexual y Reproductiva.
- Tercera:** A las Direcciones Ejecutivas de las diferentes Unidades Ejecutoras de Lima Metropolitana en coordinación con sus órganos de apoyo, fortalecer con talleres sobre la importancia del correcto llenado del Formato único de Atención, para el cumplimiento de los Indicadores prestacionales del Convenio de Gestión de la Estrategia Etapa Niño.
- Cuarta:** A las Direcciones Ejecutivas de las diferentes Unidades Ejecutoras de Lima Metropolitana en coordinación con sus órganos de apoyo, fortalecer con talleres sobre la importancia del correcto llenado del Formato único de Atención, para el cumplimiento de los Indicadores prestacionales del Convenio de Gestión de la Estrategia de Prevención y Control de la Tuberculosis.
- Quinta:** A las Direcciones Ejecutivas de las diferentes Unidades Ejecutoras de Lima Metropolitana en coordinación con sus órganos de apoyo, fortalecer con talleres sobre la importancia del correcto llenado del Formato único de Atención, para el cumplimiento de los Indicadores prestacionales del Convenio de Gestión de la Estrategia de Enfermedades no Transmisibles- Hipertensión Arterial, Diabetes y Obesidad.
- Sexta:** A las Direcciones Ejecutivas de las diferentes Unidades Ejecutoras de Lima Metropolitana en coordinación con sus órganos de apoyo, fortalecer

con talleres sobre la importancia del correcto llenado del Formato único de Atención, para el cumplimiento de los Indicadores prestacionales del Convenio de Gestión de la Estrategia de Enfermedades no Transmisibles-Prevención y Detección de Cánceres.

Séptima: A las Direcciones Ejecutivas de las diferentes Unidades Ejecutoras de Lima Metropolitana en coordinación con sus órganos de apoyo, fortalecer con talleres sobre la importancia del correcto llenado del Formato único de Atención, para el cumplimiento de los Indicadores prestacionales del Convenio de Gestión de la Estrategia de Salud Mental.

Octava: Implementar programas de capacitación de planes de mejora continua, para el fortalecimiento de los planes de asistencia técnica para el recurso humano del sector salud.

Novena: A los investigadores llevar a cabo investigaciones complementarias mediante un enfoque cualitativo y/o cuantitativo, experimental, tomando como base el presente trabajo, ya que existiría un punto referencial, para investigaciones futuras, las cuales posibilitaran tener una visión mucho más amplia de la problemática motivo de nuestra investigación.

VII. Referencias

- Carrera, F. (2015). *Experiencias exitosas de cooperación sur: asistencia técnica de Argentina a Ecuador en el sector cárnico*. Argentina-Ecuador: Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador. Obtenido de <http://hdl.handle.net/10644/4830>
- Echegoyen, J. (s.f.). *Diccionario de Psicología Científica y Filosófica*. Obtenido de <http://www.e-torredebabel.com/Psicologia/Vocabulario/Metodo-Hipotetico-Deductivo.htm>
- Hernández, R.; Fernández, C.; Baptista, P. (2014). *Metodología de la Investigación* (Sexta ed.). México: McGraw-Hill / Interamericana Editores, S.A. DE C.V.
- Inga, M. y López, D. (2013). *Diseño del proceso de control interno aplicado a la estrategia de asistencia técnica a las Cooperativas de Ahorro y Crédito pertenecientes al segmento uno filiales a la Red Nacional de Finanzas Populares y Solidarias del Ecuador*. Universidad Politécnica Salesiana, Sede Cuenca. Universidad Politécnica Salesiana, Sede Cuenca. Obtenido de <http://dspace.ups.edu.ec/handle/123456789/5129>
- Longaray, C. (2010). *Impacto del Seguro Integral de Salud en el acceso a los servicios de salud*. Maestría Facultad de Ciencias Económicas, Universidad Mayor de San Marcos. Obtenido de <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/2307>
- Ministerio de Salud, MINSA. (2004). *Decreto Supremo N° 086-2004-EF*, Modifican el Reglamento de la Ley del impuesto a la Renta. Lima: El Peruano.
- Ministerio de Salud, MINSA. (28 de junio de 2005). *Norma Técnica de Atención Integral de Salud de Niño*. Lima.
- Ministerio de Salud, MINSA. (2006). *Norma Técnica de Salud para el Control de la tuberculosis*. Lima: Editora Comercializadora CARTOLAN EIRL.
- Ministerio de Salud, MINSA. (2012). *Decreto Supremo N° 009-2012-SA*, Declaran de interés nacional la Atención Integral del Cáncer y Mejoramiento del Acceso a los Servicios Oncológicos en el Perú y dictan otras medidas. Lima.
- Ministerio de Salud, MINSA. (2013). *Definiciones Operacionales y Criterios de Programación 2013*. Lima: MINSA.

Ministerio de Salud, MINSA. (2015). *Portal Web del Ministerio de Salud- Estrategia Sanitaria Salud Sexual y Reproductiva*. Recuperado el 20 de marzo de 2017, de Portal Web del Ministerio de Salud- Estrategia Sanitaria Salud Sexual y Reproductiva:

https://www.minsa.gob.pe/portalweb/06prevencion/prevencion_2.asp?sub5=10

Ministerio de Salud, MINSA. (2016). *R.M. N° 229-2016/MINSA Lineamientos de Políticas y Estrategias para la Prevención y Control de Enfermedades No Transmisibles 2016-2020*. Lima: MINSA.

Pisconte, M. (2015). *Liderazgo y planeamiento estratégico y su influencia en la mejora continua en una empresa de servicios. Caso: Ariana publicidad SAC*. Universidad Mayor de San Marcos. Obtenido de <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/4380>

Seguro Integral de Salud, SIS. (Mayo de 2015). *Portal Web, Mundo IPRESS*. Obtenido de <http://www.sis.gob.pe/ipresspublicas/>

Seguro Integral de Salud, SIS. (06 de JULIO de 2016). *Guía Técnica para la estandarización del registro y cálculo de los indicadores prestacionales en el marco de los convenios de gestión suscritos entre el Seguro Integral de Salud y los Gobiernos Regionales e IGSS*. LIMA: Seguro Integral de Salud.

Seguro Integral de Salud, SIS. (2016). *Guía Técnica para la estandarización del registro y cálculo de los indicadores prestacionales en el marco de los convenios de gestión suscritos entre el Seguro Integral de Salud y los Gobiernos Regionales e IGSS*. Lima: Seguro Integral de Salud.

Anexos

Anexo1

MATRIZ DE CONSISTENCIA

Título: Plan de asistencia técnica y su impacto en la gestión del pago capitado de las Unidades Ejecutoras de Lima Metropolitana, 2015-2016.			
Autor: Minerva Basilio Chiappe			
Línea: Gestión de servicios de salud			
Problema	Objetivos	Hipótesis	Variables
Problema General	Objetivo General	No aplica	Plan de Asistencia Técnica
¿Cuál es el impacto del Plan de asistencia técnica en la gestión del pago capitado de las Unidades Ejecutoras de Lima Metropolitana, 2015-2016?	Dilucidar cuál es el impacto del Plan de asistencia técnica en la gestión del pago capitado de las Unidades Ejecutoras de Lima Metropolitana, 2015-2016.		Definición Operacional
			Es el cálculo del impacto sobre los prestadores de servicios de salud luego de la aplicación del conocimiento especializado.
Problemas Específicos	Objetivos Específicos		Gestión del pago capitado
¿Cuál es el impacto del Plan de asistencia técnica en la gestión de la Estrategia Salud Sexual y Reproductiva del pago capitado de las Unidades Ejecutoras de Lima Metropolitana, 2015-2016?	Dilucidar el impacto al aplicarse el Plan de asistencia técnica en la gestión de la Estrategia Salud Sexual y Reproductiva del pago de las Unidades Ejecutoras de Lima Metropolitana, 2015-2016.		Dimensiones
¿Cuál es el impacto del Plan de asistencia técnica en la gestión de la Estrategia Etapa Niño del pago capitado de las Unidades Ejecutoras de Lima Metropolitana, 2015-2016?	Dilucidar cuál es el impacto al aplicarse el Plan de asistencia técnica en la gestión de la Estrategia Etapa Niño del pago capitado de las Unidades Ejecutoras de Lima Metropolitana, 2015-2016.		Estrategia Salud Sexual y Reproductiva
¿Cuál es el impacto del Plan de asistencia técnica en la gestión de la Estrategia de Prevención y Control de la Tuberculosis del pago capitado de las Unidades Ejecutoras de Lima Metropolitana, 2015-2016?	Dilucidar cuál es el impacto al aplicarse el Plan de asistencia técnica en la gestión de la Estrategia de Prevención y Control de la Tuberculosis del pago capitado de las Unidades Ejecutoras de Lima Metropolitana, 2015-2016.		Estrategia Etapa Niño
¿Cuál es el impacto del Plan de asistencia técnica en la gestión de la Estrategia de Enfermedades no Transmisibles-Hipertensión Arterial, Diabetes y Obesidad del pago capitado de las Unidades Ejecutoras de Lima Metropolitana, 2015-2016?	Dilucidar cuál es el impacto al aplicarse el Plan de asistencia técnica en la gestión de la Estrategia de Enfermedades no Transmisibles – Hipertensión Arterial, Diabetes y Obesidad del pago capitado de las Unidades Ejecutoras de Lima Metropolitana, 2015-2016.		
¿Cuál es el impacto del Plan de asistencia técnica en la gestión de la Estrategia de Enfermedades no Transmisibles-Prevención y Detección de Cánceres del pago capitado de las Unidades Ejecutoras de Lima Metropolitana, 2015-2016?	Dilucidar cuál es el impacto al aplicarse el Plan de asistencia técnica en la gestión de la Estrategia de Enfermedades no Transmisibles - Prevención y Detección de Cánceres del pago capitado de las Unidades Ejecutoras de Lima Metropolitana, 2015-2016.		
• ¿Cuál es el impacto del Plan de asistencia técnica en la gestión de la Estrategia de Salud Mental del pago capitado de las Unidades Ejecutoras de Lima Metropolitana, 2015-2016?	Dilucidar cuál es el impacto al aplicarse el Plan de asistencia técnica en la gestión de la Estrategia de Salud Mental del pago capitado de las Unidades Ejecutoras de Lima Metropolitana, 2015-2016.		
			Indicadores
			IP01. Porcentaje de Gestantes aseguradas al SIS con paquete preventivo completo. IP02. Porcentaje de Gestantes aseguradas al SIS suplementadas con hierro y ácido fólico, y dosaje de hemoglobina.
			IP04. Porcentaje de Recién Nacidos asegurados al SIS con 2 controles de Crecimiento y Desarrollo hasta los 15 días de nacido IP05. Porcentaje de niños asegurados al SIS menores de 1 año de edad, que han recibido atenciones preventivas de salud para la edad. IP06. Porcentaje de niños asegurados al SIS de 1 año de edad que han recibido atenciones preventivas de salud para la edad. IP07. Porcentaje de niños asegurados al SIS de 2 años de edad que han recibido atenciones preventivas de salud para la edad. IP08. Porcentaje de niños asegurados al SIS menores de 36 meses suplementado con 2250 mg de hierro y con resultado de hemoglobina. IP14. Porcentaje de Afiliación Temprana.
			Estrategia de Prevención y Control de la Tuberculosis
			IP10. Porcentaje de PAT con batería de laboratorio completa.
			Estrategia de Enfermedades no Transmisibles - Hipertensión Arterial, Diabetes y Obesidad
			IP11. Porcentaje de atendidos asegurados al SIS con 18 años a más tamizados de Diabetes, Hipertensión Arterial, Dislipidemias y Sobrepeso/Obesidad.
			Estrategia de Enfermedades no Transmisibles - Prevención y Detección de Cáncer
			IP12. Porcentaje de mujeres aseguradas al SIS de 25 a 64 años con despistaje de Cáncer de cuello uterino.
			Estrategia de Salud Mental
			IP13. Porcentaje de asegurados al SIS tamizados en salud mental.

Anexo 2
FICHA TECNICA

FICHA TECNICA MATRIZ DE INDICADORES PRESTACIONALES		Area Responsable
		Seguro Integral de Salud
		Gerencia de Riesgos y Evaluación de las Prestaciones
1. Datos de identificación del Indicador		
Codigo	IP 01	Nombre del indicador
		Porcentaje de Gestantes aseguradas al SIS con paquete preventivo completo
Definición del indicador		
El indicador mide el porcentaje de mujeres que al momento de atenderse el parto tuvieron un paquete de atención preventiva completo		
2. Relevancia del Indicador		
Propósito		
Fortalecer las acciones que contribuyan a la reducción de la morbilidad materno-infantil y reducción de anemia en el niño; brindando una atención integral a la mujer durante el periodo concepcional.		
Justificación		
En el marco del quinto Objetivo del Milenio propuesto para el año 2016, se promueve la mejora de la salud materna a través del acceso al cuidado prenatal. La OMS considera que el cuidado materno es una prioridad que forma parte de las políticas públicas como estrategia para optimizar los resultados del embarazo y prevenir la mortalidad materna y perinatal. A través del indicador se pretende fortalecer las acciones que contribuyan a disminuir los factores de riesgo de la mortalidad materna y reducir la anemia infantil		
3. Aspectos metodológicos de la estimación del indicador		
Cálculo del Indicador		Numerador
N° acumulado de partos registrados, de mujeres adscritas a la Región/IGSS con 4 exámenes de laboratorio en el primer trimestre, y al menos 4 controles prenatales con suplementación de hierro y ácido fólico. X100	N° acumulado de partos registrados a nivel nacional, de mujeres adscritas a la Región/IGSS	1) 4 controles prenatales en el servicio 009 y 2) 4 entrega de suplementación de ácido fólico y hierro con un mínimo de 120 tabletas; se utilizara el código SIMED 03513, 03512, 03514, ((03552 ó 3553) y (18109 ó 18119)) en los servicios 009 y 056 y 3) Que cuente con 4 exámenes auxiliares en prestaciones con los códigos de servicios 009, 056, 011 y 071 en el I trimestre de gestación (15 semanas de gestación) según el siguiente detalle: Paquete: [a + b + c + d] ó [e] a) Dosaje y Resultado de Hb (85018) O Hemograma (Hemograma completo o 3ra. generación "Nº, Fórmula, Hb, Hto, Constantes corpusculares, Plaquetas") (85031 ó 85007 ó 85027) + ; b) Examen de Orina 81000 Examen de orina con tira reactiva, 81001 Examen de orina automatizado con microscopía, 81003 Examen de orina no automatizado con microscopía, 81005 Análisis de orina cualitativo o semicuantitativo, excepto inmunoensayos, 81007 Tira reactiva para bacteriuria, 81015 Examen microscópico de sedimento urinario 81099 sedimento urinario") + c) Prueba de sífilis cualitativa (VDRL, RPR, ART) (86592) + d) Tamizaje de VIH (Test de Elisa o prueba rápida para HIV 1 ó HIV 2 o Detección de anticuerpos para HIV-1 ó HIV -2) (86703 ó 86701 ó 86702 ó 86689) ó e) Registro de Perfil prenatal que incluye hemograma de tercera generación, grupo sanguíneo, glucosa, VDRL, HIV, examen de orina, rubeola) (80055) , así como registro de resultado de Hb/hto, examen de orina , VDRL y HIV. Para contar los cantidad de tabletas de sulfato ferroso más ácido fólico. 3513 Suman la cantidad entregada según FUA. 3512 Suman la cantidad entregada según FUA 3514 Suman 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).
Precisiones		Denominador
* Se considera 15 semanas gestación, hasta las 15 semanas y 6 días. * Para el cálculo del 2do criterio del indicador se considerará todas las variedades de hierro en tabletas de compra nacional. * La búsqueda se realizara a nivel nacional e incluye a las afiliadas regulares y directos (forma temporal y permanente).		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.
Frecuencia de medición		Representatividad
MENSUAL		En el ambito de evaluación
4. Fuente de datos y flujo de la información		
Fuente de datos		
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 informaticos (ARFISIS Y SIASIS)..		
Procesamiento de datos		
OGTI - SIS		
5. Determinación de valores y referencias adicionales		
Referencias Bibliográficas		
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		

FICHA TECNICA MATRIZ DE INDICADORES PRESTACIONALES		Area Responsable
		Seguro Integral de Salud
		Gerencia de Riesgos y Evaluación de las Prestaciones
1. Datos de identificación del Indicador		
Codigo	IP 02	Nombre del indicador
		Porcentaje de Gestantes aseguradas al SIS suplementadas con hierro y ácido fólico y dosaje de hemoglobina
Definición del indicador		
El indicador mide el porcentaje de mujeres suplementadas con hierro y acido folico con dosaje de hemoglobina		
2. Relevancia del Indicador		
Propósito		
Medir un resultado sanitario como es el tener madres suplementadas y con dosaje de hemoglobina y con ello contribuir a disminuir anemia en recién nacidos.		
Justificación		
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.		
3. Aspectos metodológicos de la estimación del indicador		
Cálculo del Indicador		Numerador
		1) 4 entrega de suplementación de ácido fólico y hierro con un mínimo de 120 tabletas; se utilizara 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 fólico. 3513 Suman la cantidad entregada según FUA. 3512 Suman la cantidad entregada según FUA 3514 Suman 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, de mujeres adscritas a la Región/IGSS suplementadas con hierro y ácido fólico y con dosaje de hemoglobina		
N° acumulado de partos registrados a nivel nacional, de mujeres adscritas a la Región/IGSS		Denominador
		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.
Precisiones		Representatividad
* 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 realizara a nivel nacional e incluye a las afiliadas regulares y directos (forma temporal y permanente).		En el ámbito de evaluación
Frecuencia de medición		
MENSUAL		
4. Fuente de datos y flujo de la información		
Fuente de datos		
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		
OGTI - SIS		
5. Determinación de valores y referencias adicionales		
Referencias Bibliográficas		
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.		

FICHA TECNICA MATRIZ DE INDICADORES PRESTACIONALES		Area Responsable
		Seguro Integral de Salud
		Gerencia de Riesgos y Evaluación de las Prestaciones
1. Datos de identificación del Indicador		
Codigo	IP 03	Nombre del indicador
		Porcentaje de población afiliada al SIS Atendidos con Prestaciones de Salud Reproductiva
Definición del indicador		
El indicador mide el acceso de los asegurados de 12 - 17 años de la región/IGSS, a prestaciones preventivas de Salud Sexual y Reproductiva.		
2. Relevancia del Indicador		
Propósito		
Fortalecer las acciones de Salud Sexual y Reproductiva en la población asegurada al SIS.		
Justificación		
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.		
3. Aspectos metodológicos de la estimación del indicador		
Cálculo del Indicador		Numerador
$\frac{\text{N}^\circ \text{ de asegurados entre 12 y 17 años en la Región/IGSS atendidos en Salud Reproductiva} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ de población asegurados SIS entre 12 y 17 años adscritos a la Región/IGSS}}$		N° acumulado de atendidos en Salud Reproductiva (incluye varones y mujeres) en el periodo de evaluación.
		Denominador
		N° acumulado de asegurados Subsidiado y NRUS. Se mantiene fijo durante el año.
Precisiones		Representatividad
<p>Que no se cambien condiciones de las prestaciones preventivas establecidas por el MINSA.</p> <p>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.</p> <p>Se considera también a los EESS de II nivel de atención con población adscrita que ha sido considerados dentro de la cápita.</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
Frecuencia de medición		
Mensual		
4. Fuente de datos y flujo de la información		
Fuente de datos		
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. El código prestacional es el 018, incluyendo la consejería de salud sexual y reproductiva para varones y mujeres.		
Procesamiento de datos		
OGTI		
5. Determinación de valores y referencias adicionales		
Ver ANEXO N° 02 INDICADORES DEL CONVENIO		
Referencias Bibliográficas		
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		
Comentarios Técnicos		
Se consideró población asegurada de ambos sexos de 12 a 60 años.		

FICHA TECNICA MATRIZ DE INDICADORES PRESTACIONALES		Area Responsable Seguro Integral de Salud Gerencia de Riesgos y Evaluación de las Prestaciones
1. Datos de identificación del Indicador		
Codigo	IP 04	Nombre del indicador Porcentaje de Recién Nacidos asegurados al SIS con 2 controles de Crecimiento y Desarrollo hasta los 15 días de nacido
Definición del indicador		
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.		
2. Relevancia del Indicador		
Propósito		
Contribuir con la vigilancia adecuada y oportuna del crecimiento y desarrollo del Recién nacido, detectar de manera precoz y oportuna riesgos, alteraciones o trastornos, así como la presencia de enfermedades, facilitando su diagnóstico e intervención oportuna disminuyendo deficiencias y discapacidades.		
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 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.		
3. Aspectos metodológicos de la estimación del indicador		
Cálculo del Indicador		Numerador
N° acumulado de niños asegurados (Subsidiado y NRUS) adscritos a la Región/IGSS que en el periodo de evaluación cumplieron 28 días 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 cuentan 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		Denominador
		N° acumulado de niños que cumplen 28 días de edad asegurados al SIS (Subsidiado y NRUS) adscritos a la Región /IGSS
Precisiones		Representatividad
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 (III 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 realizara a nivel nacional e incluye a los afiliados regulares y directos (forma temporal y permanente).		En el ambito de evaluación
Niveles de desagregación		Frecuencia de medición
Regional		MENSUAL
4. Fuente de datos y flujo de la información		
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 informaticos (ARFSIS Y SIASIS).		
Procesamiento de datos		
Oficina General de Tecnología de la Información - SIS		
5. Determinación de valores y referencias adicionales		
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 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 las dos afecciones (ENDES 2014).		
Referencias Bibliográficas		
1. WHO. Iron Deficiency Anaemia. Assesment, Prevention and Control. A Guide for Programme Managers. WHO/NDH/0.13. 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. 13		
6. 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.		
Comentarios Técnicos		
Recientes 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 formativos la atención y el cuidado que necesitan, las consecuencias son acumulativas y prolongadas. 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.		

FICHA TECNICA MATRIZ DE INDICADORES PRESTACIONALES		Area Responsable
		Seguro Integral de Salud
		Gerencia de Riesgos y Evaluación de las Prestaciones
1. Datos de identificación del Indicador		
Codigo	IP 05	Nombre del indicador
Porcentaje de niños/as asegurados al SIS menores 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 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.		
2. Relevancia del Indicador		
Propósito		
Contribuir con la reducción de la anemia y desnutrición crónica infantil incidiendo 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; 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;		
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 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;		
3. Aspectos metodológicos de la estimación del indicador		
Cálculo del Indicador	Numerador	
N° acumulado de niños asegurados (Subsidiado y NRUS) adscritos a la Región/IGSS que en el periodo de evaluación cumplieron 1 año de edad y han recibido: paquete -> [1+2] 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 con las diferentes presentaciones de hierro (S0001 ó 20575 y otras presentaciones de hierro en frascos y solución). 2) Que cuenten con 11 CRED brindados en los servicios 001 y 002 a nivel nacional desde los 29 días hasta los 11 meses y 29 días de edad.		
N° acumulado de niños asegurados (Subsidiado y NRUS) adscritos a la Región/IGSS que en el periodo de evaluación cumplieron 12 meses de edad y que en su primer año de vida han recibido suplementación completa de hierro elemental y cuentan 11 CRED x 100		
N° acumulado de niños que cumplen 1 año de edad asegurados SIS (Subsidiado y NRUS) adscritos a la Región /IGSS	Denominador	
	N° acumulado de niños que cumplen 1 año de edad asegurados al SIS (Subsidiado y NRUS) adscritos a la Región /IGSS	
Precisiones	Representatividad	
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 notas de compra.	En el ámbito de evaluación	
Niveles de desagregación	Frecuencia de medición	
Regional	MENSUAL	
4. Fuente de datos y flujo de la información		
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		
5. Determinación de valores y referencias adicionales		
Estándares 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 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 cuenta 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). 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 cuenta con una proporción de 71.7 (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		
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.		
OBSERVACIONES:		
En caso de vacunas se monitorizará durante el año las dos dosis de acuerdo a edad		

FICHA TECNICA MATRIZ DE INDICADORES PRESTACIONALES		Area Responsable
		Seguro Integral de Salud
		Gerencia de Riesgos y Evaluación de las Prestaciones
1. Datos de identificación del Indicador		
Codigo	IP 06	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.		
2. Relevancia del Indicador		
Propósito		
Contribuir con la reducción de la anemia y desnutrición crónica infantil incidiendo 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 lactancia materna, consejería integral y nutricional y lavado de manos.		
3. Aspectos metodológicos de la estimación del indicador		
Cálculo del Indicador	Numerador	
$\frac{\text{N}^\circ \text{ acumulado de niños asegurados (Subsidiado y NRUS) adscritos a la Región/IGSS que en el período de evaluación cumplieron 2 años, que han recibido suplementación completa de hierro elemental y cuentan 6 CRED cumplidos}}{\text{N}^\circ \text{ acumulado de niños que cumplieron 2 años de edad asegurados (Subsidiado y NRUS) adscritos a la Región /IGSS}} \times 100$	N° acumulado de niños que cumplieron 2 años de edad asegurados (Subsidiado y NRUS) adscritos a la Región /IGSS 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 23 meses y 29 días de edad, a nivel nacional en los códigos de servicio 001, 002, 007, 005, 060 y 075 , 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.	
	Denominador	
	N° acumulado de niños que cumplieron 2 años de edad asegurados (Subsidiado y NRUS) en la Región /IGSS	
Precisiones	Representatividad	
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 notas de compra.	En el ámbito de evaluación	
Niveles de desagregación	Frecuencia de medición	
Regional	MENSUAL	
4. Fuente de datos y flujo de la información		
Fuente de datos: Base de datos del Seguro Integral de Salud -SIASIS		
Período 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 (ARFISIS Y SIASIS).		
Procesamiento de datos		
Oficina General de Tecnología de la Información - SIS		
Período de Producción: 01 de enero al 31 de diciembre 2016		
5. Determinación de valores y referencias adicionales		
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 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).		
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, período 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.		

FICHA TECNICA MATRIZ DE INDICADORES PRESTACIONALES		Area Responsable Seguro Integral de Salud Gerencia de Riesgos y Evaluación de las Prestaciones
1. Datos de identificación del Indicador		
Codigo	IP 07	Nombre del indicador Porcentaje de niños/as asegurados al SIS de 2 años 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 cuenten con suplementación completa para la edad, CRED de forma completa de acuerdo a su edad.		
2. Relevancia del Indicador		
Propósito		
Contribuir con la reducción de la anemia y desnutrición crónica infantil incidiendo en los niños de 2 años, a través: a) del fortalecimiento el cuidado integral y la vigilancia adecuada del niño mediante el seguimiento periodico, 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.		
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 practicas saludables en la familia y cuidadores, sobre lactancia materna, consejería integral y nutricional y lavado de manos.		
3. Aspectos metodológicos de la estimación del indicador		
Cálculo del Indicador		Numerador
$\frac{\text{N}^\circ \text{ acumulado de niños asegurados (Subsidiado y NRUS) adscritos a la Región/IGSS que en el periodo de evaluación cumplieron 3 años de edad, que han recibido suplementación completa de hierro elemental, con 4 CRED cumplidos.}}{\text{N}^\circ \text{ acumulado de niños que cumplieron 3 años asegurados (Subsidiado y NRUS) adscritos a la Región /IGSS}} \times 100$		Número acumulado de niños asegurados (Subsidiado y NRUS), 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 y 075 con las diferentes presentaciones de hierro, (S0001 ó 20575 y otras presentaciones de hierro en frascos y solución). 2) Que cuenten con 4 CRED brindados en los servicios 001 a nivel nacional desde los 24 meses hasta los 35 meses y 29 días de edad.
		Denominador
		Nº acumulado de niños que han cumplido 3 años de edad asegurados (Subsidiado y NRUS) en la Región /IGSS
Precisiones		Representatividad
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 realizara a nivel nacional e incluye a los afiliados regulares y directos (forma temporal y permanente). Se hara 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.		En el ambito de evaluación
Niveles de desagregación		Frecuencia de medición
Regional		MENSUAL
4. Fuente de datos y flujo de la información		
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 informaticos (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		
5. Determinación de valores y referencias adicionales		
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 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).		
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. Guía de Práctica 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. Pp.		
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 retardo en el crecimiento físico y la presencia de anemia son dos marcadores importantes de ambientes desfavorables para el crecimiento y desarrollo.		

FICHA TECNICA MATRIZ DE INDICADORES PRESTACIONALES		Area Responsable Seguro Integral de Salud Gerencia de Riesgos y Evaluación de las Prestaciones
1. Datos de identificación del Indicador		
Codigo	IP 08	Nombre del indicador Porcentaje de niños/as asegurados al SIS menores de 36 meses suplementado con hierro y dosaje de hemoglobina
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 han realizado el dosaje de hemoglobina.		
2. Relevancia del Indicador		
Propósito		
Fortalecer el cuidado integral infantil mediante el seguimiento periódico, obteniendo resultados oportunos para una intervención adecuada en el tratamiento de los niños con anemia detectados 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 practicas 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.		
3. Aspectos metodológicos de la estimación del indicador		
Cálculo del Indicador		Numerador
$\frac{\text{N}^\circ \text{ acumulado de niñas y niños menores de 36 meses (que cumplen 1 año, 2 años y 3 años) asegurados SIS en la Región/IGSS que han recibido hierro elemental de acuerdo a la edad, con dosaje de hemoglobina}}{\text{N}^\circ \text{ acumulado de niñas y niños menores de 36 meses de edad (que cumplen 1 año, 2 años y 3 años) asegurados SIS adscritos a la Región/IGSS, afiliados al SIS (Subsidiado y NRUS)}} \times 100$		<p>Nº acumulado de niñas y niños menores de 36 meses de edad (que cumplen 1 año, 2 años y 3 años) asegurados SIS adscritos a la Región/IGSS, afiliados al SIS (Subsidiado y NRUS), que cumplan los siguientes criterios: Paquete 1+2</p> <p>1) Que hayan recibido por lo menos 2250mg 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). Y</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), en el periodo de 6 meses a 12 meses para el menor de 1 año y para el de 1 y 2 años en los últimos 12 meses).</p>
Precisiones		Denominador
<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, 056, 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, si el procedimiento es 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>		<p>Nº Acumulado de niñas y niños que han cumplido 36 meses (que cumplen 1 año, 2 años y 3 años) asegurados SIS (Subsidiado y NRUS) adscritos a la Región/IGSS</p>
		Representatividad
		En el ambito de evaluación
Niveles de desagregación		Frecuencia de medición
Regional		MENSUAL
4. Fuente de datos y flujo de la información		
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 informaticos (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		
5. Determinación de valores y referencias adicionales		
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 incremente a el 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		
Referencias Bibliográficas		
1. WHO. Iron Deficiency Anaemia. Assesment, Prevention and Control. A Guide for Programme Managers. WHO/NDH/0.13. Ginebra 2001.		
2. 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.		
3. Ministerio de Salud. NORMA TECNICA Nº 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 Nº 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. 289-2013-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.		

FICHA TECNICA MATRIZ DE INDICADORES PRESTACIONALES		Area Responsable
		Seguro Integral de Salud
		Gerencia de Riesgos y Evaluación de las Prestaciones
1. Datos de identificación del Indicador		
Codigo	IP 10	Nombre del indicador
		Porcentaje de personas afectadas por tuberculosis (PAT) aseguradas al SIS con evaluación de laboratorio inicial completos.
Definición del indicador		
Mide la cobertura de exámenes auxiliares iniciales realizados a los PAT asegurados SIS.		
2. Relevancia del Indicador		
Propósito		
Verificar que los EESS brinden la atención integral a los PAT , incluyendo los exámenes auxiliares de acuerdo a la normatividad vigente.		
Justificación		
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 Multidrogorresistente, 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.		
3. Aspectos metodológicos de la estimación del indicador		
Cálculo del Indicador		Numerador
Nº acumulado de PAT con evaluación de laboratorio inicial completa en el trimestre de evaluación x 100		Nº 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 o 82947) c) Creatinina (82565 o 82570) d) Perfil Hepático completo (80076) e) Prueba de embarazo (81025 o 84702 "sólo en mujeres") f) serología para VIH 1-2(86703 ó 86701 ó 86702 ó 86689) en cualquier código de servicio
X 100		
Nº acumulado de PAT(casos nuevos) reportados en el trimestre de evaluación adscritos a la Región/IGSS		
Precisiones		Denominador
El padrón nominal será entregado trimestralmente por el prestador hasta los primeros 5 días hábiles culminado cada trimestre. La búsqueda se realizara 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		Nº acumulado de PAT nuevos reportados en el trimestre de evaluación al SIS mediante padrón nominal estandarizado por la ESNPCT Según el periodo de evaluación. El denominador varía en función al reporte del padrón nominado, el cual se validará con la información del aplicativo de la ESNPCT.
		Representatividad
		En el ambito de evaluación
Niveles de desagregación		Frecuencia de medición
Regional.		TRIMESTRAL
4. Fuente de datos y flujo de la información		
Fuente de datos		
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.		
Procesamiento de datos		
OGTI		
5. Determinación de valores y referencias adicionales		
Valor basal: 80% de pacientes con TBC sin atenciones al SIS, de los cuales sólo el 1.1% cuentan con la batería completa según norma		
Referencias Bibliográficas		
1.RMNº 579-2010-MINSA, que modifica el sub numeral 7º tratamiento de la tuberculosis 2. R.M. N° 383-2006/MINSA que aprueba la NTS N° 041-MINSA/DGSP-V.01 "Norma técnica de salud para el control de la tuberculosis" 3. Definiciones operacionales del PPR aprobado con R.M. 289-2013 MINSA		
Comentarios Técnicos		
Según las estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en 2009 se produjeron un total de 9,4 millones de casos nuevos (137 casos por 100.000 habitantes), (*) Evaluación clínica y de laboratorio inicial completo, Incluye: Hemograma completo, Glicemia, Creatinina, Perfil hepático completo, serología para VIH 1-2, Prueba de embarazo (MER).		

FICHA TECNICA MATRIZ DE INDICADORES PRESTACIONALES		Area Responsable
		Seguro Integral de Salud
		Gerencia de Riesgos y Evaluación de las Prestaciones
1. Datos de identificación del Indicador		
Codigo	IP 11	Nombre del indicador
		Porcentaje de población de 18 años a más, afiliados al SIS, tamizados en Diabetes, Hipertensión Arterial, Dislipidemias y Sobrepeso/Obesidad
Definición del indicador		
El indicador mide el porcentaje de asegurados de 18 años a mas años tamizados en enfermedades cronicas.		
2. Relevancia del Indicador		
Propósito		
Fortalecer las acciones que contribuyan acciones preventivas a traves del tamizaje para reducir la morbimortalidad relacionadas a la Diabetes, Hipertension, Dislipidemias y Obesidad		
Justificación		
Las Enfermedades metabólicas como la Diabetes Mellitus, la Hipertensión Arterial, la Obesidad, el Sobrepeso y las Dislipidemias son hoy en día un problema creciente de salud tanto para los países desarrollados como los que están en vías de desarrollo; son condiciones que afectan la salud individual y que repercuten en la Salud Pública. Estas patologías (Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial, Dislipidemias, Obesidad) representan por sí mismas un factor de riesgo importante para otras patologías, fundamentalmente para la Cardiopatía Isquémica, Insuficiencia Cardíaca, Enfermedad Cerebro Vascular, Insuficiencia Renal, Retinopatía, entre otras.		
3. Aspectos metodológicos de la estimación del indicador		
Cálculo del Indicador	Numerador	
$\frac{\text{N}^\circ \text{ acumulado de asegurados SIS a partir de 18 años con tamizaje de Diabetes e Hipertensión Arterial, Dislipidemias y Sobrepeso/Obesidad}}{\text{N}^\circ \text{ acumulado de asegurados SIS a partir de 18 años adscritos a la Región/IGSS}} \times 100$	N° acumulado de asegurados SIS a partir de 18 años atendidos en los servicios 056, 071, 903, 904 con todos los siguientes exámenes Paquete: [a+b+c+e+f] ó [a +d+e +f] a) Dosaje de Glucosa.(CPT : 82947 o 82947b) y b) Dosaje de Colesterol (CPT : 82465) y c) Dosaje de Triglicéridos (CPT : 84478) d) Perfil lipídico (CPT:80061) que reemplaza al dosaje de colesterol y dosaje de triglicéridos] y e) registro de la Presión arterial P/A Y f) registro del índice de masa corporal - IMC.	
	Precisiones	Denominador
En todos los niveles de atención de los establecimientos de salud. La búsqueda se realizara a nivel nacional e incluye a los afiliados regulares y directos (forma temporal y permanente).	N° acumulado de asegurados SIS a partir de 18 años adscritos a la Región/IGSS Subsidiado y NRUS Se mantiene fijo durante el año	
Frecuencia de medición	Representatividad	
MENSUAL	En el ambito de evaluación	
4. Fuente de datos y flujo de la información		
Fuente de datos		
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 informaticos (ARFSIS Y SIASIS)..		
Procesamiento de datos		
OGTI - SIS		
5. Determinación de valores y referencias adicionales		
Referencias Bibliográficas		
DS N° 016-2009-SA, que Aprueba el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud.		
Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud de la Etapa de Vida Adulto Varón y Mujer, aprobada con Resolución Ministerial N° 626-2006/MINSA		
Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud para las Personas Adultas Mayores aprobada con Resolución Ministerial N° 529-2006/MINSA		
Comentarios Técnicos		
El prestador debe registrar de manera obligatoria la Presion Arterial y el IMC.		

FICHA TECNICA MATRIZ DE INDICADORES PRESTACIONALES		Area Responsable	
		Seguro Integral de Salud	
		Gerencia de Riesgos y Evaluación de las Prestaciones	
1. Datos de identificación del Indicador			
Codigo	IP 12	Nombre del indicador	
		Porcentaje de mujeres aseguradas al SIS de 25 a 64 años con despistaje de Cancer de cuello uterino.	
Definición del indicador			
Mide el porcentaje de mujeres entre 25 a 64 años (mujeres objetivo) que se han realizado el examen de Papanicolaou (PAP).			
2. Relevancia del Indicador			
Propósito			
Fortalecer las acciones que contribuyan a realizar la detección temprana del Cancer de cérvix, en el marco del Plan Esperanza.			
Justificación			
En el Perú, el cáncer de cérvix constituye la patología oncológica más notificada y la citología por papanicolaou constituye una de las estrategias de tamizaje poblacional más difundidas en la población y permite captar los casos de cáncer en etapas tempranas; su difusión y práctica a nivel global es un indicador importante del proceso destinado a disminuir la mortalidad por cáncer de cuello uterino en el Perú. La evidencia muestra que el factor más importante para lograr el impacto del tamizaje en la reducción de la incidencia y mortalidad por cáncer de cuello uterino es lograr una amplia cobertura poblacional en las mujeres más susceptibles, que para nuestro país se ha definido en un rango de 25 a 64 años. Por ello el objetivo es lograr incrementar el número de mujeres tamizadas con PAP sobre el total de mujeres de 25 a 64 años de un territorio determinado con la finalidad de obtener impacto en la cobertura poblacional. Es necesario medir este indicador a nivel nacional, regional y local.			
3. Aspectos metodológicos de la estimación del indicador			
Cálculo del Indicador		Numerador	
$\frac{\text{N}^\circ \text{ acumulado de mujeres entre 25 a 64 años aseguradas al SIS en la Región/IGSS, que se realizaron el examen de PAP}}{\text{N}^\circ \text{ total de mujeres entre 25 a 64 años aseguradas al SIS en la Región/IGSS}} \times 100$		N° acumulado de mujeres atendidas entre 25 a 64 años que se realizaron PAP en el periodo de evaluación. El registro del procedimiento 88141 de PAP se registra en el código de servicio 024 o en las prestaciones 018, 009, 071, 011, 056	
		Denominador	
		N° Total de aseguradas entre 25 a 64 años adscritos a la Región/IGSS (Subsidiado y NRUS) El denominador se mantiene fijo durante el año.	
Precisiones		Representatividad	
Que no se cambien condiciones de las prestaciones preventivas establecidas por el MINSA. Se considera todos los EE.SS a los EESS de I, II y III nivel de atención. La búsqueda se realizara a nivel nacional e incluye a las afiliadas regulares y directos (forma temporal y permanente).		En su ámbito de evaluación	
Niveles de desagregación		Frecuencia de medición	
Nacional y Regional.		MENSUAL	
4. Fuente de datos y flujo de la información			
Fuente de datos			
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 PAP de sus aseguradas al SIS, de 25 - 64 años.			
Procesamiento de datos OGTI - SIS			
5. Determinación de valores y referencias adicionales			
Estandares internacionales o valores de referencia			
La OMS establece que para lograr una reducción de al menos un 42% en la tasa acumulada de cáncer de cuello uterino en un país se debe lograr una cobertura de 80% en las mujeres que tuvieron al menos un PAP cada 10 años, se obtienen mayor reducción de la tasa si el PAP es bianual en 61%, trianual 60% y cada 5 años en un 55%. Por lo tanto la meta de cobertura es de llegar a un 80% de manera acumulativa. De tal manera que el lograr al menos un 20% anual, de manera acumulativa puede lograr una mejora ostensible de la cobertura de PAP y reducir la tasa de cáncer de cuello uterino			
Valor basal			
Ver ANEXO N° 02 INDICADORES DEL CONVENIO			
Referencias Bibliográficas			
DS N° 016-2009-SA, que Aprueba el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud. Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud de la Etapa de Vida Adulto Varón y Mujer, aprobada con Resolución Ministerial N° 626-2006/MINSA. Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud para las Personas Adultas Mayores aprobada con Resolución Ministerial N° 529-2006/MINSA. Definiciones operacionales del PPR aprobado con R.M. 289-2013-MINSA. Decreto Supremo N° 009-2012-SA, Declaran de interés nacional la Atención Integral del Cáncer y Mejoramiento del acceso a los Servicios Oncológicos en el Perú y dictan otras medidas. Resolución Jefatural N° 326-2012-J/INEN que aprueba la "Guía Nacional para la Implementación y Funcionamiento de los preventorios del cáncer y otras enfermedades crónicas".			
Comentarios Técnicos			
Las prestaciones de tamizaje con PAP podrán ser pasibles de evaluación por PCPP, por lo que el registro del resultado deberá constar en la historia clínica obligatoriamente, en un tiempo determinado.			

FICHA TECNICA MATRIZ DE INDICADORES PRESTACIONALES		Area Responsable
		Seguro Integral de Salud
		Gerencia de Riesgos y Evaluación de las Prestaciones
1. Datos de identificación del Indicador		
Codigo	IP 13	Nombre del indicador
		Porcentaje de población afiliada al SIS tamizada en problemas de salud mental
Definición del indicador		
El indicador mide la cobertura de prestaciones preventivas de Tamizaje de Salud Mental en la población asegurada de la Región/IGSS.		
2. Relevancia del Indicador		
Propósito		
Fortalecer las acciones para contribuir al cumplimiento del Plan Nacional de Salud Mental.		
Justificación		
En el Perú, la principal causa de carga de enfermedad lo constituyen las enfermedades No Transmisibles (60.1%), y dentro de ellas la categoría de enfermedades neuropsiquiátricas (17.9% de los AVISA). Dentro de esta categoría destacan las dos subcategorías más prevalentes: Depresión unipolar que es más frecuente en mujeres (13.7 x 1000 habitantes), y el Abuso de Alcohol que es más frecuente en hombres (16.3 x 1000 habitantes). Por lo que se hace importante la realización de prestaciones preventivas de tamizaje de salud mental		
3. Aspectos metodológicos de la estimación del indicador		
Cálculo del Indicador		Numerador
N° acumulado de asegurados al SIS adscritos en la Región/IGSS tamizados en problemas de Salud Mental x 100		N° acumulado de tamizados en problemas de Salud Mental en el periodo de evaluación, registrado en el código de servicio 022 ó la marca del campo "Tamizaje de Salud Mental" del FUA en los códigos de servicio.
N° total de asegurados al SIS adscritos en la Región/IGSS		Denominador
		N° Total de asegurados adscritos a la Región/IGSS (Subsidiado y NRUS). El denominador se mantiene fijo durante el año.
Precisiones		Representatividad
Que no se cambien condiciones de las prestaciones preventivas establecidas por el MINSA. Se considera tamizado en problemas de Salud Mental al asegurado que por lo menos una vez tiene registrado en la prestación "022" o marcado el campo "Tamizaje de Salud Mental" del FUA en todos los códigos de servicio. La búsqueda se realizara a nivel nacional e incluye a los afiliados regulares y directos (forma temporal y permanente).		En su ámbito de evaluación
Niveles de desagregación		Frecuencia de medición
Nacional y Regional.		MENSUAL
4. Fuente de datos y flujo de la información		
Fuente de datos		
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, con los siguientes códigos CIE 10: Examen de pesquisa especial para trastornos mentales y del comportamiento (Z13.3), y de ser positivo, cualquiera de los siguientes; Trastorno mental no especificado (F99.X); Episodio depresivo no especificado (F32.9), Trastorno de ansiedad no especificado (F41.9), Otros síndromes del maltrato (T748), Problemas relacionados al uso de alcohol (Z72.1) y violencia física (R45.6).		
Procesamiento de datos		
OGTI - SIS		
5. Determinación de valores y referencias adicionales		
Estándares internacionales o valores de referencia		
En un estudio realizado por la OMS sobre trastornos mentales en América Latina y el Caribe, se identificó como principales causas de morbilidad mental a Abuso de Dependencia de Alcohol, Depresión Mayor y Trastornos de Ansiedad, respectivamente. Sin embargo, existe una gran brecha de tratamiento para estas patologías, es decir, existe un porcentaje de personas con trastornos mentales que no reciben tratamiento alguno; en los casos de las enfermedades mencionadas, las brechas de tratamiento son 71.4% y 58.9% y 63.1%, respectivamente.		
Valor basal		
Ver ANEXO N° 02 INDICADORES DEL CONVENIO		
Referencias Bibliográficas		
1. Estudio de Carga de Enfermedad en el Perú - 2004. Dirección General de Epidemiología. 2. Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la Ciudad de Abancay 2010. Informe General. Anales de Salud Mental, suplemento 1, volumen XXVII, año 2011. 3. WHO-AIMS: informe sobre los sistemas de salud mental en América Latina y el Caribe. Organización Mundial de la Salud, año 2013. 4. DS N° 016-2009-SA, que Aprueba el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud. 5. Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud de la Etapa de Vida Adulto Varón y Mujer, aprobada con Resolución Ministerial N° 626-2006/MINSA. 6. Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud para las Personas Adultas Mayores aprobada con Resolución Ministerial N° 529-2006/MINSA. 7. Definiciones operacionales del PPR aprobado con R.M. 289-2013-MINSA. 8. Resolución Ministerial N° 226-2011/MINSA.		
Comentarios Técnicos		
Para el cálculo del valor basal se ha tomado como referencia los atendidos durante el año 2014. Se aceptará Tamizaje de Salud Mental realizado por personal de salud con competencias.		

FICHA TECNICA MATRIZ DE INDICADORES PRESTACIONALES		Area Responsable
		Seguro Integral de Salud
		Gerencia Del Asegurado
1. Datos de identificación del Indicador		
Codigo	IP 14	Nombre del indicador
		Porcentaje de niños/as asegurados SIS afiliados antes de los 30 días
Definición del indicador		
Está referido al porcentaje de niños con afiliación permanente con DNI antes de los 30 días de nacido, según normatividad vigente		
2. Relevancia del Indicador		
Propósito		
Contribuir con la afiliación temprana de los Recién Nacidos con la finalidad de que tengan de manera oportuna acceso al Plan de Beneficios del SIS de forma ininterrumpida.		
Justificación		
En el marco del Aseguramiento Universal en Salud, es necesario fortalecer la Afiliación Temprana de los Recién Nacidos con su documento de identidad que permita el acceso al Plan de Bneficios y se contribuya a garantizar la atención oportuna, eficaz y gratuita. Este proceso de afiliación permanente, debe prevalecer sobre la afiliación temporal para los Recién Nacidos, con el objeto de que los niños no queden desprotegidos en algun período de tiempo.		
3. Aspectos metodológicos de la estimación del indicador		
Cálculo del Indicador	Numerador	
$\frac{\text{Número acumulado de niños que cuenten con afiliación permanente al SIS (Subsidiado y NRUS) antes de los 30 días de nacido} \times 100}{\text{Numero acumulado de partos adscritos a la Región/IGSS}}$	Número acumulado de niños que cuenten con afiliación permanente (con DNI al SIS Subsidiado y NRUS) antes de los 30 días de nacido adscritos a la Región/IGSS en el periodo de evaluacion	
	Denominador	
	Numero acumulado de partos adscritos a la Región/IGSS de aseguradas SIS (Subsidiado y NRUS)	
Precisiones	Representatividad	
.-La vinculación de los partos y el RN se realiza a partir de los datos de la madre. .-La fecha de parto se reemplazará por la fecha de nacimiento luego de la vinculación del parto con el RN. .-La búsqueda del parto se realizara a nivel nacional e incluye a los afiliados regulares y directos (forma temporal y permanente). .-No incluye la afiliación masiva que realiza el SIS para efectos de pago.	En el ambito de evaluación	
Niveles de desagregación	Frecuencia de medición	
Nacional y Regional	MENSUAL	
4. Fuente de datos y flujo de la información		
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		
Centros de Digitación autorizados para realizar el proceso de afiliación		
Procesamiento de datos		
Oficina General de Tecnología de la Información - SIS		
5. Determinación de valores y referencias adicionales		
Valor basal		
Ver ANEXO N° 02 INDICADORES DEL CONVENIO		
Referencias Normativas		
1. Ley 29344. 2. Decreto Legislativo 1164 / DS.305-2014/EF. 3. Resolución Jefatural N° 157-2013/SIS y N°216-2015/SIS 4. Convenios FED (MEF- MIDIS - MINSa) 5. Convenios SIS - MEF		

Anexo 3

PLAN DE SOCIALIZACIÓN

I. TITULO

PLAN DE SOCIALIZACIÓN DEL CONVENIO CAPITADO 2016 IGSS - SIS

II. MARCO LEGAL

- Ley 29344 Ley Marco del Aseguramiento Universal en Salud.
- D.S. N° 008-2010-SA Aprueba el Reglamento de la Ley N° 29344, Ley de Marco de Aseguramiento Universal de Salud.
- D.S. N° 016-2009-SA Aprueba el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS).
- D.S. N° 016-2014-SA Aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Instituto de Gestión de Servicios de Salud.
- R.M. N°934-2010/MINSA, modifica R.M. N° 872-2009/MINSA, estableciéndose que el Seguro Integral de Salud tiene la facultad de utilizar los mecanismos o las modalidades de pago mas adecuados para el financiamiento de las prestaciones en el marco del AUS.
- D.L N° 1163. Decreto Legislativo que aprueba disposiciones para el fortalecimiento del Seguro Integral de Salud.
- D.L N° 1167. Decreto Legislativo que crea el Instituto de Gestión de Servicios de Salud.
- Convenio Cápita 2015, firmado entre el Instituto de Gestión de Servicios de Salud y Seguro Integral de Salud.
- R.J. N° 246-2015/IGSS, que conforma la Unidad Funcional de Seguros del IGSS.
- R.J N° 195 – 2015/SIS, regula el monitoreo de la ejecución de las transferencias financieras a unidades ejecutoras que reciben financiamiento del Seguro Integral de Salud – SIS.
- RJ N° 126-2015/SIS, Directiva Administrativa que regula el Proceso de afiliación al Régimen de Financiamiento Subsidiado del Seguro Integral de Salud.
- RJ N° 06-2016/SIS, Directiva Administrativa que establece el Proceso de Control Presencial Posterior de las Prestaciones de Salud Financiadas por el Seguro Integral de Salud".

- RJ N° 241-2015/SIS, Directiva Administrativa que regula el Proceso de Evaluación Automática de las prestaciones del Seguro Integral de Salud".

III. FINALIDAD

- Fortalecer la identidad y gestión de las competencias del IGSS, en función de su compromiso a garantizar el ejercicio pleno del derecho a la salud de todo paciente dentro del territorio nacional, en el marco del Convenio Cápita 2016.

IV. JUSTIFICACION

- Garantizar que la transferencia de recursos por pago prospectivo de prestaciones de los asegurados que realice el SIS a las Unidades Ejecutoras dependientes del IGSS, sea destinada única y exclusivamente a los fines que se establece en el convenio suscrito.

V. OBJETIVO GENERAL

- Garantizar que la cobertura de las prestaciones financiadas por el SIS, se brinden de manera oportuna, completa y de calidad en los establecimientos de salud que se encuentren suscritos en el Convenio Cápita 2016.

VI. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Coberturar las prestaciones financiadas por el SIS, con oportunidad y calidad en los establecimientos de salud.
- Fortalecer una integración intersectorial de todos los sectores involucrados.
- Fortalecer una cultura de salud en la población del ámbito IGSS.
- Incorporar en la conducta de las personas el reconocimiento de sus derechos de los asegurados como parte de su comportamiento diario.
- Integrar y coordinar los esfuerzos de promoción de la salud y prevención entre todos los niveles, sectores y actores implicados.

VII. ACTIVIDAD A DESARROLLAR

- Recibido el MEMORANDUM CIRCULAR N°012-2016-UFS/IGSS, en el cual se dan a conocer las fichas técnicas y Metas de los indicadores Prestacionales del Convenio Cápita 2016.

- Por encargo del Coordinador Técnico de la Unidad Funcional de Seguros, se programará la Socialización de los Indicadores del Convenio Cápita 2016 con los Órganos Desconcentrados.
- Se iniciará a las 8:00 a 8:30 am la recepción y firma de asistencia en las aulas del tercer piso del Instituto Niño San Borja, con las delegaciones designadas de los Órganos Desconcentrados, con la finalidad de dar a conocer y garantizar la cobertura de las prestaciones financiadas por el SIS, en el marco del convenio Cápita 2016, labor que viene desarrollando el IGSS con respecto a los pacientes adscritos a su ámbito, según cronograma.

Hora	Actividad	A cargo
8:00-8:30 hrs	Recepción y registro de asistentes.	Comité Organizador
8:30-8:40 hrs	Palabras de bienvenida.	Jefe Institucional del IGSS,
8:40-8:50 hrs	Palabras de Apertura.	Coordinador Técnico de la Unidad Funcional de Seguros del IGSS,
8:50-10:30hrs	Exposición de Convenio Capita 2016 – Parte 1	Representante del SIS
10:30-11:00hrs	Break	Comité Organizador
11:00-12:50hrs	Exposición de Convenio Capita 2016 – Parte 2	Representante del SIS
12:50-13:00hrs	Firma de acuerdos, palabras de término.	Equipo Técnico UFS

- La invitación se hace extensiva para que cada órgano desconcentrado del IGSS participe con:
 - **Pliego IGSS**
 - Dirección de Servicios de Salud Hospitalarios e Investigación
 - Dirección del Cuidado Integral de la Salud y Redes Integradas
 - Coordinador de Área Niño
 - Coordinador del Área de Salud Sexual y Reproductiva
 - Coordinador de Tuberculosis
 - Dirección de Recursos Estratégicos en Salud
 - Coordinador de Medicamentos
 - Oficina de Planeamiento Presupuesto
 - Oficina de Tecnología de la Información
 - Unidad Funcional de Estadística

- **Hospital Huaycan**
 - Director Ejecutivo
 - Jefe de Desarrollo Institucional
 - Coordinador de Seguros
 - Encargado de Medicamentos

- **Redes de Salud**
 - Director Ejecutivo
 - Jefe de Desarrollo Institucional
 - Coordinador de Seguros
 - Encargado de Medicamentos

VIII. RECURSOS HUMANOS Y LOGISTICOS PARA EL TALLER DE SOCIALIZACIÓN

❖ RECURSOS HUMANOS

- **Representantes de las Oficinas Institucionales**
 - Director de la Dirección General de Cuidado Integral de la Salud y Redes Integradas y equipo técnico (5).
 - Director de la Oficina de Servicio de Salud Hospitalarios e Investigación y equipo técnico (2).
 - Coordinador de la Unidad Funcional de Seguros y Equipo Técnico (8).
 - Director de Servicios de Salud Hospitalarios e Internamiento y Equipo Técnico (2).

- **Personal de los Órganos Desconcentrados del Instituto de Gestión de los Servicios de la Salud.**
 - Primer Nivel de atención, Director Ejecutivo, Jefe de Desarrollo Institucional, Coordinador de Seguros, Encargado de Medicamentos de cada Unidad Ejecutora.
 - Hospital Huaycan, Director Ejecutivo, Jefe de Desarrollo Institucional, Coordinador de Seguros, Encargado de Medicamentos.

❖ **RECURSOS LOGISTICOS**

- **Alquiler del Ambiente (auditorio o aula) para la socialización**
 - Para 80 personas por 05 horas.

- **Refrigerio (Servicio de Coffee break)**
 - Cantidad de asistentes: 80 personas (sándwich + jugo de frutas)

IX. COSTOS Y FINANCIAMIENTO

N°	ITEM	ESPECIFICACIONES TECNICAS	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA
01	01	Alquiler de ambiente para la socialización. (Uso de un Aula o auditorio por 5 horas) <ul style="list-style-type: none"> • 80 personas 	01	servicio
02	01	Servicio de Coffee break (para 80 personas) <ul style="list-style-type: none"> • Sándwich + jugo de frutas) 	01	servicio
COSTO TOTAL DE LA ACTIVIDAD				

Anexo 4

PLAN DE CAPACITACION ANUAL

I. TITULO

PLAN DE MONITOREO 2016 IGSS

II. INTRODUCCION

El Monitoreo constituye el proceso sistemático de recolectar, analizar y utilizar información para hacer seguimiento al progreso de un programa en pos de la consecución de sus objetivos y metas contenidas en su Plan Operativo Institucional (POI), y para guiar las decisiones de gestión.

En el marco de la promulgación del D.L N° 1167, que crea el Instituto de Gestión de Servicios de Salud – IGSS se establecieron disposiciones normativas que tenían como finalidad el fortalecer las acciones orientadas a la gestión de operaciones y prestación de los servicios de salud de los Hospitales, Institutos Especializados y centros de salud del ámbito jurisdiccional de Lima metropolitana. Esto significó una reestructuración de los procesos administrativos internos, y una reingeniería de los mismos; orientados al cumplimiento de los objetivos institucionales como pliego.

En tal sentido, como parte de la reestructuración de estos procesos, se establece como una de sus funciones complementarias; el brindar asistencia técnica en las fases del proceso de control y la aplicación de las normas técnicas a las unidades ejecutoras a su cargo.

Bajo ese escenario, se firma el Convenio de Gestión entre el Seguro Integral de Salud (SIS) y el Instituto de Gestión de Servicios de Salud (IGSS) con el fin de financiar las actividades prestacionales del SIS en los establecimientos del primer nivel de atención y nivel II con población adscrita en Lima Metropolitana, el cual consta de 10 Unidades Ejecutoras: 01 hospital con población adscrita (Hospital Huaycan) y 9 redes de salud (Red de Salud Lima Ciudad, Red de Salud Lima Este Metropolitana, Red de Salud San Juan de Lurigancho, Red de Salud Túpac Amaru, Red de

Salud Rímac-San Martín de Porres-Los Olivos, Red de Salud Lima Norte IV, Red de Salud San Juan de Miraflores-Villa María del Triunfo, Red de Salud Barranco-Chorrillos-Surco, Red de Salud Villa el Salvador- Lurín – Pachacamac – Pucusana), en el marco de la política del Aseguramiento en Salud; así mismo, en el presente convenio se incluyen acuerdos y compromisos (Acuerdos de Gestión) que condicionan la transferencia de recursos por el SIS a las Unidades Ejecutoras.

El presente plan de monitoreo tiene por objeto detectar cualquier problema que haga probable que el proceso no se logre, y está relacionado a la gestión oportuna y eficiente de los recursos que son transferidos por el Seguro Integral de Salud hacia las Unidades Ejecutoras del Pliego IGSS.

Para ello la Unidad Funcional de Seguros de IGSS enmarcado en la reforma en Salud, fortalecerá el cumplimiento de la Ley 29344 "Ley Marco del Aseguramiento Universal en Salud", a través de acciones que permitan garantizar la calidad de gasto de los recursos que son utilizados en las prestaciones de salud que se brindan a los asegurados al SIS.

III. MARCO LEGAL

- Ley 29344 Ley Marco del Aseguramiento Universal en Salud.
- D.S. N° 008-2010-SA Aprueba el Reglamento de la Ley N° 29344, Ley de Marco de Aseguramiento Universal de Salud.
- D.S. N° 016-2009-SA Aprueba el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS).
- D.S. N° 016-2014-SA Aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Instituto de Gestión de Servicios de Salud.
- D.L N° 1163. Decreto Legislativo que aprueba disposiciones para el fortalecimiento del Seguro Integral de Salud.
- D.L N° 1167. Decreto Legislativo que crea el Instituto de Gestión de Servicios de Salud.
- R.M. N°934-2010/MINSA, modifica R.M. N° 872-2009/MINSA, estableciéndose que el Seguro Integral de Salud tiene la facultad de

utilizar los mecanismos o las modalidades de pago más adecuados para el financiamiento de las prestaciones en el marco del AUS.

- R.J. N° 246-2015/IGSS, que conforma la Unidad Funcional de Seguros del IGSS.
- Convenio Cápita 2015, firmado entre el Instituto de Gestión de Servicios de Salud y Seguro Integral de Salud.
- RJ N° 126-2015/SIS, Directiva Administrativa que regula el Proceso de afiliación al Régimen de Financiamiento Subsidiado del Seguro Integral de Salud.
- R.J N° 195 – 2015/SIS, regula el monitoreo de la ejecución de las transferencias financieras a unidades ejecutoras que reciben financiamiento del Seguro Integral de Salud – SIS.
- RJ N° 241-2015/SIS, Directiva Administrativa que regula el Proceso de Evaluación Automática de las prestaciones del Seguro Integral de Salud".
- RJ N° 06-2016/SIS, Directiva Administrativa que establece el Proceso de Control Presencial Posterior de las Prestaciones de Salud Financieras por el Seguro Integral de Salud".

IV. DISEÑO METODOLOGICO

a. ANALISIS PROSPECTIVO

- Las acciones descritas en el presente plan permitirán una evaluación real de las capacidades de la gestión administrativa de las Unidades Ejecutoras del pliego IGSS, fortaleciendo la capacidad técnica de aquellos nudos críticos evidenciados en las actividades de intervención realizadas en cada una de las Unidades Ejecutoras; estableciendo procesos más sólidos y acordes a los escenarios establecidos en cada ámbito jurisdiccional; con lo cual se podrá evidenciar mejoras en la capacidad de acción y respuesta en relación a futuros cambios relacionados a los procesos prestacionales.
- La IAFAS SIS es uno de nuestros aliados estratégicos, por ser la aseguradora con más afiliados que acuden a nuestros establecimientos. Y en vista que existe una tendencia creciente en la

incorporación de afiliados, es necesario continuar con el trabajo articulado en beneficio del paciente asegurado al SIS.

- Las relaciones con nuestro ente rector, el Ministerio de Salud, deberán ser fortalecidas, que conlleven a un trabajo y coordinación oportuna para la implementación de nuevos proyectos o estrategias en bien de nuestra población.

b. ANALISIS ESTRATEGICO

- La visión del IGSS es promover en las personas, a través de un efectivo liderazgo, estilos de vida saludables, gestionando, conduciendo y articulando eficientemente los servicios de salud, con infraestructura y equipamiento apropiados, recursos humanos calificados, actualizados permanentemente y comprometidos en brindar un cuidado integral, con calidad y calidez, potenciando la docencia e investigación científica que identifique los problemas de salud y brinde soluciones, a fin de garantizar el ejercicio pleno del derecho fundamental a la salud de la personas, familias y comunidades en paz.

- Los objetivos estratégicos a nivel del IGSS son:

1. Organizar e implementar un modelo de cuidado integral de la salud para todos y por todos.
2. Fortalecer y mejorar la Oferta de Servicios de Salud en todos sus niveles, en lo pre hospitalario (emergencias y urgencias médicas) y en el sistema de referencias y contra referencias.
3. Fortalecer permanentemente las competencias del IGSS, en función de sus finalidades institucionales.
4. Fortalecer la gestión basada en la experiencia directa, el conocimiento e innovación científica y tecnológica.
5. Fortalecer la promoción de salud fomentando estilos de vida saludables, la prevención de enfermedades, accidentes y daños.
6. Brindar asistencia técnica en la organización de la prestación de servicios de salud en regiones.

c. ANALISIS INSTITUCIONAL

- La Misión del IGSS es ser un organismo público que conduce y articula la más importante, moderna y efectiva red de prestación de cuidado integral de la salud para todos y por todos, contribuyendo a fortalecer un sistema nacional de salud, que tenga como principios: universalidad, equidad, solidaridad, integralidad, accesibilidad y calidad, para avanzar en el logro del máximo grado de bienestar de la sociedad como parte del desarrollo del país.

V. ANALISIS FODA

FORTALEZAS	OPORTUNIDADES	DEBILIDADES	AMENAZAS
La consolidación de IGSS como ente gestor y conductor mejora los procesos en las unidades ejecutoras.	Apropiada relación y coordinación con el SIS, Gerencia Macroregional Centro Medio y sus Unidades Desconcentradas.	Diversidad de competencias del Personal de las Oficinas de Seguros en Unidades Ejecutoras.	Falta de Coordinación de IGSS y sus entes superiores (MINSA), Ejm. Los Centros de Salud Mental Comunitarios.
IGSS posee personal capacitado y experto en los Procesos de Gestión Pública, Aseguramiento en Salud, Procesos SIS.	Trabajo articulado con los Actores Sociales (Gobiernos locales, Instituciones Educativas, Instituciones Privadas, ONG, etc).	Desconocimiento en el personal asistencial y administrativo de las Unidades Ejecutoras sobre los compromisos asumidos en el convenio de Gestión para pago Capitado.	Firma Tardía del Convenio Cápita 2016.
Personal del IGSS comprometido, identificado y motivado en el desempeño de sus funciones y objetivos institucionales.		Inadecuada coordinación y retroalimentación de las Unidades Ejecutoras a los Establecimientos de Salud.	Implementación de nuevas reglas de consistencia y validación, sin coherencia en el aplicativo ARFSIS.
Se cuenta con documentos y herramientas de Gestión que permite un adecuado monitoreo y evaluación de sus Órganos Desconcentrados.			Carencia de Convenios Interinstitucionales con RENIEC, que impide cumplimiento de nuestras funciones.
Creación de la Unidad Funcional de Seguros del IGSS, que ostenta funciones inherentes a la conducción de Procesos SIS.		Las Oficinas de Seguros no se incluyen en el Organigrama Institucional de las Unidades Ejecutoras.	
Adecuada coordinación, articulación y retroalimentación con nuestras Unidades Ejecutoras.		Desconocimiento de algunas ejecutoras adscritas al pliego IGSS de la rectoría de IGSS.	

VI. OBJETIVO GENERAL

- Garantizar que la cobertura de las prestaciones financiadas por el Seguro Integral de Salud, se brinden de manera oportuna, completa y de calidad en los establecimientos de salud que se encuentren suscritos en el Convenio Cápita 2016, a través de procesos de mejora de la capacidad técnica en la gestión administrativa.

VII. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Fortalecer una integración intersectorial de todos los sectores involucrados.
- Monitorear los Recursos Humanos asistenciales y administrativos para brindar una atención de calidad y oportunidad en los establecimientos de salud.
- Fortalecer la promoción de la Cartera de Servicios de las IPRES.
- Monitorear los Servicios Tercearizados que cuentan las IPRES para garantizar la atención con calidad y oportunidad.
- Fortalecer una cultura de salud en la población del ámbito IGSS.
- Incorporar en la conducta de las personas el reconocimiento de sus derechos de los asegurados como parte de su comportamiento diario.
- Integrar y coordinar los esfuerzos de promoción de la salud y prevención entre todos los niveles, sectores y actores implicados.

VIII. ALCANCE DE APLICACIÓN (AMBITO)

El presente plan de Monitoreo será de aplicación para las Direcciones del Pliego IGSS involucradas y todas las Unidades Ejecutoras implicadas en el Convenio Capita 2016 del ámbito IGSS.

Para ello se buscará la participación de todos los actores que intervienen en los procesos administrativos, presupuestales y/o logísticos de la Unidad ejecutora, en ese sentido para el desarrollo del presente plan se espera contar con la presencia de los representantes de las siguientes áreas:

- Pliego IGSS
 - Dirección de Servicios de Salud Hospitalarios e Investigación
 - Dirección del Cuidado Integral de la Salud y Redes Integradas

- Coordinador de Área Niño
 - Coordinador del Área de Materno Neonatal
 - Coordinador de Tuberculosis
 - Coordinador de Referencias y Contrareferencias.
-
- Dirección de Recursos Estratégicos en Salud
 - Coordinador de Medicamentos
-
- Oficina de Planeamiento Presupuesto
-
- Oficina de Tecnología de la Información
 - Unidad Funcional de Estadística
-
- Hospital Huaycan (01)
 - Director Ejecutivo
 - Jefe de Desarrollo Institucional
 - Administración
 - Coordinador de Seguros
 - Encargado de Medicamentos
-
- Redes de Salud (09)
 - Director Ejecutivo
 - Jefe de Desarrollo Institucional
 - Coordinador de Seguros
 - Encargado de Medicamentos
 - Para el mejor desarrollo de las actividades, es necesario articular con las diferentes direcciones de IGSS para tratar temas en común referentes al Cápita:
 - Abastecimiento de medicamentos (Dirección de Recursos Estratégicos).
 - Cumplimiento de metas (Dirección del Cuidado Integral de la Salud y Redes Integradas).

- Contar con Recurso Humanos para el desarrollo de las Actividades con respecto al Cumplimiento de Metas (Oficina de Recursos Humanos)
- Incorporación presupuestal (Oficina de planeamiento y presupuesto), etc.

Así mismo se convocará a reuniones de Gestión en donde participarán las diferentes Direcciones de las Unidades Ejecutoras involucradas en el Convenio Cápita 2016 como es la Oficina de Desarrollo Institucional (ODI), Administración (Unidad de Logística), Recursos Humanos y Oficinas de Seguros.

IX. FINALIDAD

- Fortalecer la capacidad técnica de los actores involucrados en los procesos administrativos y financieros del IGSS, en función de los compromisos asumidos para el fortalecimiento de la gestión en Seguros, en el marco del Convenio Cápita 2016.

X. META

- Monitoreo Trimestral de los ítems del anexo N° 01-C.

XI. SUGERENCIAS

- Se trabajará de manera articulada con la Jefatura de la IPRESS y oficina de Seguros.
- Para el cumplimiento del presente Plan se socializará el requerimiento de la información solicitada a cada Unidad Ejecutora y su comité de Gestión, tanto a nivel de Red como de Microred.

XII. LOGISTICOS PARA DESARROLLAR EL PLAN DE MONITOREO 2016

a. Hojas Bond

- Tamaño A-4 80 gr.
- Cantidad 2000.

b. Toner para Impresora Laser

- 02 Toner para LaserJet Pro 400 MFP M425dn

c. Lapicero Publicitario

- Material: plástico
- Cantidad 1000 unidades
- Color: Blanco
- Estampados en COORDINACION con la OFICINA DE LA UNIDAD FUNCIONAL DE COMUNICACIONES.

d. Folder Publicitario

- Cantidad 1000 unidades
- Color Celeste pastel
- Impresión en COORDINACION con la OFICINA DE LA UNIDAD FUNCIONAL DE COMUNICACIONES

e. Refrigerio

- Cantidad 1000 unidades de Jugo de fruta.
- Cantidad 1000 panes con pollo.

XIII. COSTO Y FINANCIAMIENTO

N°	ITEM	ESPECIFICACIONES TECNICAS	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA
01	Papel Bond	Tamaño A-4 80 gr.	04	Millar
02	Toner para Impresora Laser	Cartucho de toner HP 80A, tecnología láser, color negro para impresoras HP Laserjet Pro 400 M401 / MFP M425.	03	Unidad
03	Lapiceros Publicitarios	Tamaño: Según modelo a escoger. Impresión: Logotipo y texto serigrafiado según modelo elegido por la UF Comunicaciones en coordinación con la UF Seguros Acabado: Embolsado individual. Empaque: Paquete de docena. La cantidad total se efectuará en una sola entrega.	10	Ciento

04	Folder Publicitarios	Material: Folcote c14 Plástico mate (tira y retira) Impresión: full color externo e interno Bolsillo: según diseño adjunto Tamaño: Folder (cerrado) 32cm de alto x 23 cm ancho, medidas de 20 cm de ancho y 10 cm de largo. Folder (abierto) 32 cm de alto x 46 cm de ancho	1000	Unidad
05	Servicio de Coffee Break	Incluye: Panes con pollo. Jugo de fruta.	1000	personas

XIV. DIAGRAMA DE GANTT

Actividad	U.M	META ANUAL	I TRIMESTRE	II TRIMESTRE	III TRIMESTRE	IV TRIMESTRE
Socialización del Componente II del Cápita. Equipo de Gestión de la Unidad Ejecutora.	ACTA – LISTA DE ASISTENCIA	10	10			
Envío de correos electrónicos solicitando Información	CORREO ELECTRÓNICO	80	20	20	20	20
Seguimiento del Envío de la Información solicitada.	CORREO ELECTRÓNICO	80	20	20	20	20
Socialización del componente II al Equipo de Gestión de Cada Microred de Salud.	ACTA – LISTA DE ASISTENCIA	10	10			
Reuniones de Gestión- Coordinadores de Seguros.	ACTA – LISTA DE ASISTENCIA	05	02	01	01	01
Envío de Información consolidada por Unidad Ejecutora	CORREO ELECTRÓNICO	04	01	01	01	01
Consolidación de la Información – Informe de Monitoreo	INFORME	04	01	01	01	01
Remisión de consolidado a las Direcciones de IGSS Involucradas en el convenio Cápita y al SIS.	NOTA INFORMATIVA-OFICIO	04	01	01	01	01

Actividad	UNIDADES EJECUTORAS	FE B	MA R	AB R	MA Y	JUN	JUL	AG O	SE T	OCT	NOV	DIC
Socialización del Componente II del Cápita. Equipo de Gestión de la Unidad Ejecutora.	10	X										
Envío de correos electrónicos solicitando Información	10	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Seguimiento del Envío de la Información solicitada.	10	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Socialización del componente II al Equipo de Gestión de Cada Microred de Salud.	10	X	X									
Reuniones de Gestión- Coordinadores de Seguros.	10		X			X			X			X
Envío de Información consolidada por Unidad Ejecutora	04		X			X			X			X
Consolidación de la Información – Informe de Monitoreo	04		X			X			X			X
Remisión de consolidado a las Direcciones de IGSS Involucradas en el convenio Cápita y al SIS.			X			X			X			X

Anexo 5

PLAN DE CAPACITACION ANUAL

I. INTRODUCCION

En el marco de la promulgación del D.L N° 1167, que crea el Instituto de Gestión de Servicios de Salud – IGSS se establecieron disposiciones normativas que tenían como finalidad el fortalecer las acciones orientadas a la gestión de operaciones y prestación de los servicios de salud de los Hospitales, Institutos Especializados y centros de salud del ámbito jurisdiccional de Lima metropolitana.

El Instituto de Gestión de Servicios de Salud, elabora su Plan Estratégico Institucional, cuya misión es ser un organismo público que conduce y articula la más importante, moderna y efectiva red de prestación de cuidado integral de la salud para todos y por todos, contribuyendo a fortalecer un sistema nacional de salud, que tenga como principios: universalidad, equidad, solidaridad, integralidad, accesibilidad y calidad, para avanzar en el logro del máximo grado de bienestar de la sociedad como parte del desarrollo del país.

Además, a visión del IGSS es promover en las personas, a través de un efectivo liderazgo, estilos de vida saludables, gestionando, conduciendo y articulando eficientemente los servicios de salud, con infraestructura y equipamiento apropiados, recursos humanos calificados, actualizados permanentemente y comprometidos en brindar un cuidado integral, con calidad y calidez, potenciando la docencia e investigación científica que identifique los problemas de salud y brinde soluciones, a fin de garantizar el ejercicio pleno del derecho fundamental a la salud de la personas, familias y comunidades en paz.

Los objetivos estratégicos a nivel del IGSS son:

1. Organizar e implementar un modelo de cuidado integral de la salud para todos y por todos.

2. Fortalecer y mejorar la Oferta de Servicios de Salud en todos sus niveles, en lo pre hospitalario (emergencias y urgencias médicas) y en el sistema de referencias y contra referencias.
3. Fortalecer permanentemente las competencias del IGSS, en función de sus finalidades institucionales.
4. Fortalecer la gestión basada en la experiencia directa, el conocimiento e innovación científica y tecnológica.
5. Fortalecer la promoción de salud fomentando estilos de vida saludables, la prevención de enfermedades, accidentes y daños.
6. Brindar asistencia técnica en la organización de la prestación de servicios de salud en regiones.

Los Objetivos Estratégicos Institucionales, enmarcan una reestructuración de los procesos administrativos internos, y una reingeniería de los mismos; orientados al cumplimiento de las metas y compromisos como pliego.

En tal sentido, como parte de la reestructuración de los procesos, se establece como una de sus funciones complementarias; el brindar asistencia técnica en las fases del proceso de control y la aplicación de las normas técnicas a las unidades ejecutoras a su cargo.

Bajo ese escenario, se firma el Convenio de Gestión entre el Seguro Integral de Salud (SIS) y el Instituto de Gestión de Servicios de Salud (IGSS) con el fin de financiar las actividades prestacionales del SIS en los establecimientos del primer nivel de atención y nivel II con población adscrita en Lima Metropolitana, el cual consta de 10 Unidades Ejecutoras: 01 hospital con población adscrita (Hospital Huaycán) y 9 redes de salud (Red de Salud Lima Ciudad, Red de Salud Lima Este Metropolitana, Red de Salud San Juan de Lurigancho, Red de Salud Túpac Amaru, Red de Salud Rímac-San Martín de Porres-Los Olivos, Red de Salud Lima Norte IV, Red de Salud San Juan de Miraflores-Villa

María del Triunfo, Red de Salud Barranco-Chorrillos-Surco, Red de Salud Villa el Salvador- Lurín – Pachacamac – Pucusana), en el marco de la política del Aseguramiento en Salud; así mismo, en el presente convenio se incluyen acuerdos y compromisos (Acuerdos de Gestión) que condicionan la transferencia de recursos por el SIS a las Unidades Ejecutoras.

Las acciones descritas en el presente plan permitirán una evaluación real de las capacidades de la gestión administrativa de las Unidades Ejecutoras del pliego IGSS, fortaleciendo la capacidad técnica de aquellos nudos críticos evidenciados en las actividades de intervención realizadas en cada una de las Unidades Ejecutoras; estableciendo procesos más sólidos y acordes a los escenarios establecidos en cada ámbito jurisdiccional; con lo cual se podrá evidenciar mejoras en la capacidad de acción y respuesta en relación a futuros cambios relacionados a los procesos prestacionales.

La IAFAS SIS es uno de nuestros aliados estratégicos, por ser la aseguradora con más afiliados que acuden a nuestros establecimientos. Y en vista que existe una tendencia creciente en la incorporación de afiliados, es necesario continuar con el trabajo articulado en beneficio del paciente asegurado al SIS.

El fortalecimiento con nuestro ente Rector, el Ministerio de Salud, conllevará a un trabajo coordinado y oportuno, obteniendo como resultado la implementación de nuevos proyectos o estrategias en bien de nuestra población.

El IGSS cumplirá con los compromisos de gestión y con metas propuestas, en medida que el personal que labora en los órganos desconcentrados tenga el conocimiento y voluntad de cumplir con los acuerdos, que conllevará a un adecuado reconocimiento y transferencia financiera por parte del Seguro Integral de Salud.

El presente plan tiene como objetivo programar capacitaciones dirigidas a los equipos de gestión de las Unidades Ejecutoras involucradas en el marco del Convenio Cápita. Tal actividad implicara proporcionarle al trabajador las herramientas y conocimientos que lo hagan más apto y diestro en la ejecución de su trabajo y que este se refleje en el cumplimiento de las metas establecidas.

II. MARCO LEGAL

- Ley 29344 Ley Marco del Aseguramiento Universal en Salud.
- D.S. N° 016-2009-SA Aprueba el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS).
- D.S. N° 008-2010-SA Aprueba el Reglamento de la Ley N° 29344, Ley de Marco de Aseguramiento Universal de Salud.
- D.S. N° 016-2014-SA Aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Instituto de Gestión de Servicios de Salud.
- D.L N° 1163. Decreto Legislativo que aprueba disposiciones para el fortalecimiento del Seguro Integral de Salud.
- D.L N° 1167. Decreto Legislativo que crea el Instituto de Gestión de Servicios de Salud.
- R.M. N°934-2010/MINSA, modifica R.M. N° 872-2009/MINSA, estableciéndose que el Seguro Integral de Salud tiene la facultad de utilizar los mecanismos o las modalidades de pago más adecuados para el financiamiento de las prestaciones en el marco del AUS.
- Convenio Cápita 2015, firmado entre el Instituto de Gestión de Servicios de Salud y Seguro Integral de Salud.
- R.J. N° 246-2015/IGSS, que conforma la Unidad Funcional de Seguros del IGSS.
- R.J N° 195 – 2015/SIS, regula el monitoreo de la ejecución de las transferencias financieras a unidades ejecutoras que reciben financiamiento del Seguro Integral de Salud – SIS.
- RJ N° 126-2015/SIS, Directiva Administrativa que regula el Proceso de afiliación al Régimen de Financiamiento Subsidiado del Seguro Integral de Salud.

- RJ N° 241-2015/SIS, Directiva Administrativa que regula el Proceso de Evaluación Automática de las prestaciones del Seguro Integral de Salud".
- RJ N° 06-2016/SIS, Directiva Administrativa que establece el Proceso de Control Presencial Posterior de las Prestaciones de Salud Financiadas por el Seguro Integral de Salud".

III. ANALISIS FODA

FORTALEZAS	OPORTUNIDADES	DEBILIDADES	AMENAZAS
La consolidación de IGSS como ente gestor y conductor mejora los procesos en las unidades ejecutoras.	Apropiada relación y coordinación con el SIS, Gerencia Macroregional Centro Medio y sus Unidades Desconcentradas.	Diversidad de competencias del Personal de las Oficinas de Seguros en Unidades Ejecutoras.	Falta de comunicación oportuna de las medidas y estrategias implementadas en los órganos desconcentradas del IGSS por parte de la IAFA SIS y MINSA.
IGSS posee personal capacitado y experto en los Procesos de Gestión Pública, Aseguramiento en Salud, Procesos SIS.	Trabajo articulado con los Actores Sociales (Gobiernos locales, Instituciones Educativas, Instituciones Privadas, ONG, etc).	Desconocimiento y resistencia en el personal asistencial y administrativo de las Unidades Ejecutoras sobre los compromisos asumidos en el convenio de Gestión para pago Capitado.	Remisión Tardía de los Convenios de Gestión y adendas para la suscripción por IGSS.
Personal del IGSS comprometido, identificado y motivado en el desempeño de sus funciones y objetivos institucionales.		Inadecuada coordinación y retroalimentación de las Unidades Ejecutoras a los Establecimientos de Salud.	Carencia de Convenios Interinstitucionales con RENIEC, que impide cumplimiento de nuestras funciones.
Se cuenta con documentos y herramientas de Gestión que permite un adecuado monitoreo y evaluación de sus Órganos Desconcentrados.		Las Oficinas de Seguros no se incluyen en el Organigrama Institucional de las Unidades Ejecutoras, lo que genera desconcierto y falta de empoderamiento, así como ausencia de delimitación de sus funciones.	Contratación de IPRESS Privadas para la atención de servicios que ofrecen las IPRESS Públicas.
Creación de la Unidad Funcional de Seguros del IGSS, que ostenta funciones inherentes a la conducción de Procesos SIS.		Resistencia y disconformidad del personal de los Establecimientos de Salud al financiamiento por el Seguro Integral de Salud, por insuficiente costo de la prestación y la falta de transparencia de la forma de distribución de las transferencias económicas.	Insuficiente financiamiento para la contratación de recurso humano que realice las atenciones a los pacientes.
Adecuada coordinación, articulación y retroalimentación con nuestras Unidades Ejecutoras.		Falta de infraestructura, equipamiento y recurso humano en los Establecimientos de Salud, que impide una adecuada atención y cumplimiento de metas.	

IV. OBJETIVO GENERAL

Fortalecer el conocimiento en los equipos de gestión de las unidades ejecutoras y sus micro redes sobre la negociación cápita y Guía de Operativización Cápita 2016, publicada por el Seguro Integral de Salud.

V. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Socializar, sensibilizar y capacitar a los Órganos Desconcentrados del IGSS, la Guía de Operativización Cápita 2016 y los indicadores prestacionales, de control y los trazadores.
- Reducir la brecha de desconocimiento sobre el Convenio de Gestión Cápita, entre el SIS y el IGSS, en los equipos de gestión de las unidades ejecutoras y sus micro redes.
- Retroalimentar los avances de cumplimiento de indicadores prestacionales.
- Capacitar sobre los compromisos de gestión financieros del II Componente del Convenio.
- Fortalecer la capacidad técnica de gestión administrativa a nivel de la unidad de seguros y demás oficinas involucradas en los procesos presupuestal y/o financieros (logísticos), en base a las necesidades identificadas por cada Unidad.
- Mejorar las competencias del personal que labora en los establecimientos, con respecto al correcto llenado del Formato Único de atención.
- Fortalecer la articulación y coordinación de los servicios inmersos en la atención de pacientes asegurados al SIS.
- Promover el fortalecimiento de los procesos orientados al uso de los recursos; para brindar prestaciones conforme a los planes de beneficios financiados por las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento, con énfasis en el Seguro Integral de Salud.

VI. ALCANCE DE APLICACIÓN (AMBITO)

El presente plan de capacitación será de aplicación en los Equipos de Gestión de IGSS Central, Equipos de Gestión de las Unidades Ejecutoras y

sus micro redes implicadas en el Convenio Cápita 2016 del ámbito IGSS. A continuación se detalla los integrantes de cada Equipo de Gestión:

Equipo de Gestión de IGSS:

- Dirección General del Cuidado Integral y Redes Integradas
- Dirección General de Servicios Hospitalarios
- Dirección de Recursos Estratégicos de Salud
- Oficina de Planeamiento y Presupuesto
- Unidad Funcional de Seguros

Equipo de Gestión de las Unidades Ejecutoras:

- Director Ejecutivo
- Director Administrativo
- Jefe de la Oficina de Desarrollo Institucional
- Coordinador de la Unidad de Seguros
- Jefe de Atención Integral
- Responsables de la E. de Salud Sexual y Reproductiva
- Responsable de Etapa Vida Nino
- Responsable de la E. de Danos no transmisibles
- Responsable del Programa de TBC
- Responsable de Salud Mental

Equipo de Gestión de las Micro redes:

- Jefe de la Micro Red
- Coordinador de la Oficina de Seguros de la Micro red
- Responsable de la E. de Salud Sexual y Reproductiva
- Responsable de Etapa Vida Nino
- Responsable de la E. de Danos no transmisibles
- Responsable del Programa de TBC
- Responsable de Salud Mental

El IGSS cuenta con 9 Redes de Salud y 1 Hospital nivel II con población adscrita involucrados en el Convenio Cápita, asimismo cada Red de Salud cuenta con micro redes que apoyan en el monitoreo y supervisión de los compromisos y procesos de Gestión.

Nº	EJECUTORA	MICRO REDES
1	Red de Salud Lima Ciudad	4
2	Red de Salud Lima Norte IV	2
3	Red de Salud San Juan de Lurigancho	5
4	Red de Salud Lima Este Metropolitana	9
5	Red de Salud San Juan de Miraflores - Villa María del Triunfo	7
6	Red de Salud Barranco Chorrillos-Surco	3
7	Red de Salud Villa el Salvador - Lurín - Pachacamac	8
8	Red de Salud Rímac-SMP-LO	3
9	Red de Salud Túpac Amaru	4
10	Hospital Huaycán	1
	Total	46

VII. ACTIVIDADES A DESARROLLAR

1.- Se realizará la convocatoria de los equipos de gestión de acuerdo al cronograma adjunto (ANEXO 1).

Los temas de capacitación elegidos, están de acuerdo a los compromisos asumidos por el IGSS ante el Seguro Integral de Salud, y se utilizara para las actividades los lineamientos otorgados por esta IAFA: Guía de Operativización Cápita, modelos y requisitos para cumplimiento de Compromisos de Gestión del Componente II, Resolución Jefatural N° 107-2015/SIS y 241-2015/SIS.

VIII. META

Capacitar el 100 % de los equipos de gestión de las unidades ejecutoras y sus micro redes implicadas en el Convenio Cápita 2016.

IX. LOGISTICOS PARA DESARROLLAR EL PLAN

- a. Formatería impresa
 - Color Blanco y negro.
 - Cantidad 4000.

b. Lapiceros Publicitarios

- Material: plástico
- Cantidad 2000 unidades
- Color: Blanco
- Estampados con el nombre del IGSS, en coordinación con la Oficina de Comunicaciones.

c. Folder Publicitario

- Cantidad 2000 unidades
- Color Celeste pastel
- Estampados con el nombre del IGSS, en coordinación con la Oficina de Comunicaciones

d. Refrigerios

- Cantidad 2000 unidades de jugos de fruta de 250 ml.
- Cantidad 2000 unidades de sandwich.

X. PRESUPUESTO

N°	ITEM	ESPECIFICACIONES TECNICAS	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA
1	Lapiceros Publicitarios	Tamaño: Según modelo a escoger. Impresión: Logotipo y texto serigrafiado según modelo elegido. Acabado: Embolsado individual. Empaque: Paquete por docena. La cantidad total se efectuará en una sola entrega.	20	Ciento
2	Folder Publicitarios	Material: Folder A4, plastificado mate (tira y retira) Impresión: full color externo e interno Bolsillo: según diseño adjunto Tamaño: Folder cerrado 32cm de alto x 23 cm ancho, Folder abierto 32 cm de alto x 46 cm de ancho, bolsillo medidas de 20 cm de ancho y 10 cm de largo.	2000	Unidad
3	Servicio de Coffee Break	Incluye: Sandwichs Jugo de fruta.	2000	personas
4	Papel Bond	Tamaño A-4 80 gr.	08	Millar

5	Tóner para Impresora Laser	Cartucho de tóner HP 80A, tecnología láser, color negro para impresoras HP Laserjet Pro 400 M401 / MFP M425.	04	Unidad
6	Alquiler de auditorio	Auditorio con aire acondicionado para 250 personas	02	Salón

XI. SUGERENCIAS

- Coordinar con las áreas competentes del IGSS a fin de disponer del presupuesto para el desarrollo de las actividades señaladas.
- Remitir el presente plan a las Unidades Desconcentradas del Seguro Integral de Salud, a fin que se articule y unifique el contenido de las capacitaciones que se realicen a las Unidades Ejecutoras.

Anexo 6

PLAN DE SOCIALIZACIÓN

I. TITULO

PLAN DE SOCIALIZACIÓN DEL CORRECTO LLENADO DEL FORMATO ÚNICO DE ATENCIÓN

II. MARCO LEGAL

- Ley 29344 Ley Marco del Aseguramiento Universal en Salud.
- D.S. N° 008-2010-SA Aprueba el Reglamento de la Ley N° 29344, Ley de Marco de Aseguramiento Universal de Salud.
- D.S. N° 016-2009-SA Aprueba el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS).
- D.S. N° 016-2014-SA Aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Instituto de Gestión de Servicios de Salud.
- R.M. N°934-2010/MINSA, modifica R.M. N° 872-2009/MINSA, estableciéndose que el Seguro Integral de Salud tiene la facultad de utilizar los mecanismos o las modalidades de pago mas adecuados para el financiamiento de las prestaciones en el marco del AUS.
- D.L N° 1163. Decreto Legislativo que aprueba disposiciones para el fortalecimiento del Seguro Integral de Salud.
- D.L N° 1167. Decreto Legislativo que crea el Instituto de Gestión de Servicios de Salud.
- Convenio Cápita 2015, firmado entre el Instituto de Gestión de Servicios de Salud y Seguro Integral de Salud.
- R.J. N° 246-2015/IGSS, que conforma la Unidad Funcional de Seguros del IGSS.
- R.J N° 195 – 2015/SIS, regula el monitoreo de la ejecución de las transferencias financieras a unidades ejecutoras que reciben financiamiento del Seguro Integral de Salud – SIS.
- RJ N° 126-2015/SIS, Directiva Administrativa que regula el Proceso de afiliación al Régimen de Financiamiento Subsidiado del Seguro Integral de Salud.

- RJ N° 06-2016/SIS, Directiva Administrativa que establece el Proceso de Control Presencial Posterior de las Prestaciones de Salud Financiadas por el Seguro Integral de Salud".
- RJ N° 241-2015/SIS, Directiva Administrativa que regula el Proceso de Evaluación Automática de las prestaciones del Seguro Integral de Salud".

III. OBJETIVO GENERAL

Fortalecer el conocimiento en los equipos de gestión de las unidades ejecutoras y sus microredes sobre el correcto llenado del Formato Único de Atención.

IV. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Socializar, sensibilizar y capacitar a los Órganos Desconcentrados del IGSS, en el Correcto Llenado del Formato Único de Atención.
- Reducir la brecha de desconocimiento correspondiente al Correcto Llenado del Formato Único de Atención, en los equipos de gestión de las unidades ejecutoras y sus microredes.
- Retroalimentar los avances de cumplimiento de indicadores prestacionales.
- Mejorar las competencias del personal que labora en los establecimientos, con respecto al correcto llenado del Formato Único de atención.
- Fortalecer la articulación y coordinación de los servicios inmersos en la atención de pacientes asegurados al SIS.
- Promover el fortalecimiento de los procesos orientados al uso de los recursos; para brindar prestaciones conforme a los planes de beneficios financiados por las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento, con énfasis en el Seguro Integral de Salud.

V. ALCANCE DE APLICACIÓN (AMBITO)

El presente plan de capacitación será de aplicación en los Equipos de Gestión de IGSS Central, Equipos de Gestión de las Unidades Ejecutoras y

sus microredes implicadas en el Convenio Cápita 2016 del ámbito IGSS. A continuación se detallan los participantes:

Equipo de Gestión de IGSS:

- Dirección General del Cuidado Integral y Redes Integradas
- Dirección General de Servicios Hospitalarios
- Dirección de Recursos Estratégicos de Salud
- Oficina de Planeamiento y Presupuesto
- Unidad Funcional de Seguros

Equipo de Gestión de las Unidades Ejecutoras:

- Director Ejecutivo
- Director Administrativo
- Jefe de la Oficina de Desarrollo Institucional
- Coordinador de la Unidad de Seguros
- Jefe de Atención Integral
- Responsables de la E. de Salud Sexual y Reproductiva
- Responsable de Etapa Vida Niño
- Responsable de la E. de Danos no transmisibles
- Responsable del Programa de TBC
- Responsable de Salud Mental

Equipo de Gestión de las Micro redes:

- Jefe de la Micro Red
- Coordinador de la Oficina de Seguros de la Micro red (Anexo N° 02)
- Responsable de la E. de Salud Sexual y Reproductiva
- Responsable de Etapa Vida Niño
- Responsable de la E. de Danos no transmisibles
- Responsable del Programa de TBC
- Responsable de Salud Mental

El IGSS cuenta con 9 Redes de Salud y 1 Hospital nivel II con población adscrita involucrados en el Convenio Cápita, asimismo cada Red de Salud cuenta con micro redes que apoyan en el monitoreo y supervisión de los compromisos y procesos de Gestión.

Nº	EJECUTORA	MICRO REDES
1	Red de Salud Lima Ciudad	4
2	Red de Salud Lima Norte IV	2
3	Red de Salud San Juan de Lurigancho	5
4	Red de Salud Lima Este Metropolitana	9
5	Red de Salud San Juan de Miraflores - Villa María del Triunfo	7
6	Red de Salud Barranco Chorrillos-Surco	3
7	Red de Salud Villa el Salvador - Lurín - Pachacamac	8
8	Red de Salud Rímac-SMP-LO	3
9	Red de Salud Túpac Amaru	4
10	Hospital Huaycán	1
	Total	46

VI. ACTIVIDADES A DESARROLLAR

1.- Se realizará la convocatoria de los equipos de gestión de acuerdo al cronograma adjunto (ANEXO 1).

Los temas de capacitación elegidos, están de acuerdo a los compromisos asumidos por el IGSS ante el Seguro Integral de Salud, y se utilizara para las actividades los lineamientos otorgados por esta IAFA: Guía de Operativización Cápita, modelos y requisitos para cumplimiento de Compromisos de Gestión del Componente II, Resolución Jefatural N° 107-2015/SIS y 241-2015/SIS.

VII. META

Capacitar el 100 % de los equipos de gestión de las unidades ejecutoras y sus médicos auditores/profesionales que realicen la labor de auditoria encargado de micro redes implicadas en el Convenio Cápita 2016.

VIII. LOGISTICOS PARA DESARROLLAR EL PLAN

a. Fotocopia a Blanco y Negro de 74 páginas.

- Cantidad 120 juegos

b. Anillados, de juegos de 38 hojas

- Cantidad: 120 unidades

- c. Lapiceros Publicitarios
- Material: plástico
 - Cantidad 200 unidades
 - Color: Blanco
 - Estampados con el nombre del IGSS, en coordinación con la Oficina de Comunicaciones.
- d. Folder Publicitario
- Cantidad 200 unidades
 - Color Celeste pastel
 - Estampados con el nombre del IGSS, en coordinación con la Oficina de Comunicaciones
- e. Refrigerios distribuido en el piso 15 del Edificio Chocavento (Anexo N°01)
- Cantidad 120 unidades de jugos de fruta de 250 ml.
 - Cantidad 120 unidades de sandwich.

IX. PRESUPUESTO

N°	ITEM	ESPECIFICACIONES TECNICAS	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA
1	Fotocopia a Blanco y Negro	74 paginas	120	Juego
2	Anillados	Anilla de 38 hojas, con tapa y contratapa	120	Unidad
3	Folder Publicitarios	Material: Folder A4, plastificado mate (tira y retira) Impresión: full color externo e interno Bolsillo: según diseño adjunto Tamaño: Folder cerrado 32cm de alto x 23 cm ancho, Folder abierto 32 cm de alto x 46 cm de ancho, bolsillo medidas de 20 cm de ancho y 10 cm de largo.	200	Unidad
4	Servicio de Coffee Break	Incluye: Sandwichs Jugo de fruta.	120	Personas

X. RECOMENDACIONES

- a. Remitir el presente informe a la Oficina de Administración, para solicitud de disponibilidad presupuestal

Atentamente

Anexo 7

PROGRAMACION

PROGRAMACION DE CAPACITACIONES LLENADO CORRECTO DEL FUA

Nº	EJECUTORA	Microredes	Audidores/ Responsables de Mr.	Unidad Ejecutora	Total de Participantes	Fecha de Capacitación
1	Red de Salud Lima Ciudad	4	3	6	9	26-abr
2	Red de Salud Lima Norte IV	2	2	6	8	20-abr
3	Red de Salud San Juan de Lurigancho	5	5	6	11	19-abr
4	Red de Salud Lima Este Metropolitana	9	9	6	15	21-abr
5	Red de Salud San Juan de Miraflores - Villa María del Triunfo	7	8	6	14	25-abr
6	Red de Salud Barranco Chorrillos-Surco	3	3	6	9	29-abr
7	Red de Salud Villa el Salvador - Lurín - Pachacamac	8	9	6	15	28-abr
8	Red de Salud Rímac-SMP-LO	3	3	6	9	22-abr
9	Red de Salud Túpac Amaru	4	4	6	10	18-abr
10	Hospital Huaycán	1	3	6	9	27-abr
Total		46	49	60	109	

Anexo 8

PARTICIPANTES DE LA UNIDAD EJECUTORA

Participantes de la Unidad Ejecutora

Cargo	Cantidad de Participantes
Encargado de la Oficina de Desarrollo Institucional	1
Encargado de la Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva	1
Encargado de la Estrategia de Etapa Niño	1
Encargado de la Estrategia de No Transmisibles	1
Encargado de la Estrategia de Tuberculosis	1
Encargado de la Estrategia de Salud Mental	1
Total	6

Anexo 9

ARTICULO CIENTÍFICO



ESCUELA DE POSGRADO
UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

“Plan de asistencia técnica y su impacto en la gestión del pago capitado de las Unidades Ejecutoras de Lima Metropolitana, 2015-2016.”

Br. Basilio Chiappe Minerva

Escuela de Posgrado

Universidad César Vallejo Filial Lima

Resumen

La presente investigación titulada “Plan de asistencia técnica y su impacto en la gestión del pago capitado de las Unidades Ejecutoras de Lima Metropolitana, 2015-2016.” tuvo como objetivo dilucidar cuál es el impacto del Plan de asistencia técnica en la gestión del pago capitado de las Unidades Ejecutoras de Lima Metropolitana, 2015-2016. El tipo de investigación fue cuantitativa con un nivel exploratorio, el diseño fue no experimental de corte transeccional. La población estuvo conformada por el equipo técnico de las Unidades Ejecutoras que se encuentran dentro del Convenio de Gestión para el Primer Nivel de Atención, no se tuvo muestra, se empleó la totalidad de la población. Para la recolección de datos se utilizó el formato único de atención estandarizado por el Seguro Integral de salud (SIS). El presente estudio no tiene hipótesis por ser un trabajo de tipo exploratorio, ya que el propósito fue dilucidar cuál es el impacto del Plan de asistencia técnica en la gestión del pago capitado de las Unidades Ejecutoras de Lima Metropolitana, 2015-2016.

Palabras clave: Plan de Asistencia técnica, Convenio de Gestión, Convenio Capita, indicadores Prestacionales.

Abstract

The present investigation entitled "Technical assistance plan and its impact on the management of the capitalized payment of the Executing Units of Metropolitan Lima, 2015-2016." Had as its objective to elucidate what is the impact of the Technical Assistance Plan in the payment management capitalized from the Executing Units of Metropolitan Lima, 2015-2016. The type of research was quantitative with an exploratory level, the design was non-experimental of a transectional nature. The population was conformed by the technical team of the Executing Units that are within the Management Agreement for the First Level of Attention, there was no sample, the entire population was employed. For the collection of data, the single standardized care format was used by the Comprehensive Health Insurance (SIS). The present study does not have hypothesis because it is an exploratory type work, since the purpose was to elucidate what is the impact of the Technical Assistance Plan in the management of the capitalized payment of the Executing Units of Metropolitan Lima, 2015-2016.

Key words: Technical Assistance Plan, Management Agreement, Capita Agreement, Prestational indicators.

Antecedentes

La tesis titulada Factores asociados a la adherencia en los padres al tratamiento farmacológico del hijo con cardiopatía crónica – Instituto Nacional Cardiovascular Carlos Alberto Peschiera Carrillo EsSalud – 2016, tiene como finalidad El comportamiento de adherencia en el tratamiento farmacológico, es uno de los indicadores más importantes a evaluar en los padres de hijos con cardiopatía crónica, ya que la no adherencia conlleva a mantener altos índices de morbimortalidad para sus hijos, lo cual tiene repercusiones a nivel social, económico, individual y familiar, que afectan la calidad de vida de la sociedad. En el servicio de hospitalización y de la unidad de cuidados intermedios de Cardiopediatría del Instituto Nacional Cardiovascular; la responsable de la preparación de las tomas de cada medicamento lo realiza la enfermera del área;

pero la administración del tratamiento lo viene realizando los padres como plan de adiestramiento a cada uno de ellos, para cuando sean dados de alta estén instruidos en la administración del tratamiento y el cuidado de sus niños. La adherencia en los padres al tratamiento farmacológico del hijo con cardiopatía crónica se puede estudiar desde diferentes áreas del saber cómo la enfermería, la medicina, la psicología, la farmacología, entre otras ciencias. Estas diversas formas de concebir el conocimiento de este fenómeno multifactorial conllevan distintos abordajes que dan soporte a la práctica de cada una de las áreas y en éste caso específicamente al cuidado de enfermería.

Antecedentes del problema

La presente investigación se respalda en los antecedentes internacionales Inga y López (2013), *“Diseño del proceso de control interno aplicado a la estrategia de asistencia técnica a las Cooperativas de Ahorro y Crédito pertenecientes al segmento uno filiales a la Red Nacional de Finanzas Populares y Solidarias del Ecuador”*. Asimismo tenemos Carrera (2015) *“Experiencias exitosas de cooperación sur: asistencia técnica de Argentina a Ecuador en el sector cárnico”*

Método

El estudio que se realizó fue de tipo exploratorio, que tiene como objetivo examinar un tema o problema de investigación poco estudiado, del cual se tienen muchas dudas o no se ha abordado antes, La estrategia de investigación que se realizó fue el no experimental transeccional exploratorio. La población lo conformó la base de datos mensual de los reportes del SIS de cada Unidad ejecutora de Lima metropolitana de los años 2015 y 2016, haciendo un total de 2880 datos. Con respecto a la muestra se consideró a la totalidad de la población para el análisis sistemático.

Problema

Problema general es: ¿Cuál es el impacto del Plan de asistencia técnica en la gestión del pago capitado de las Unidades Ejecutoras de Lima Metropolitana, 2015-2016?. Como problema específico: ¿Cuál es el impacto del Plan de asistencia técnica en la gestión de la Estrategia Salud Sexual y Reproductiva del

pago capitado de las Unidades Ejecutoras de Lima Metropolitana, 2015-2016? ¿Cuál es el impacto del Plan de asistencia técnica en la gestión de la Estrategia Etapa Niño del pago capitado de las Unidades Ejecutoras de Lima Metropolitana, 2015-2016? ¿Cuál es el impacto del Plan de asistencia técnica en la gestión de la Estrategia de Prevención y Control de la Tuberculosis del pago capitado de las Unidades Ejecutoras de Lima Metropolitana, 2015-2016? ¿Cuál es el impacto del Plan de asistencia técnica en la gestión de la Estrategia de Enfermedades no Transmisibles-Hipertensión Arterial, Diabetes y Obesidad del pago capitado de las Unidades Ejecutoras de Lima Metropolitana, 2015-2016? ¿Cuál es el impacto del Plan de asistencia técnica en la gestión de la Estrategia de Enfermedades no Transmisibles-Prevención y Detección de Cánceres del pago capitado de las Unidades Ejecutoras de Lima Metropolitana, 2015-2016? ¿Cuál es el impacto del Plan de asistencia técnica en la gestión de la Estrategia de Salud Mental del pago capitado de las Unidades Ejecutoras de Lima Metropolitana, 2015-2016?

Objetivo

Dilucidar cuál es el impacto del Plan de asistencia técnica en la gestión del pago capitado de las Unidades Ejecutoras de Lima Metropolitana, 2015-2016. Y objetivo específico es: Dilucidar el impacto al aplicarse el Plan de asistencia técnica en la gestión de la Estrategia Salud Sexual y Reproductiva del pago de las Unidades Ejecutoras de Lima Metropolitana, 2015-2016. Dilucidar cuál es el impacto al aplicarse el Plan de asistencia técnica en la gestión de la Estrategia Etapa Niño del pago capitado de las Unidades Ejecutoras de Lima Metropolitana, 2015-2016. Dilucidar cuál es el impacto al aplicarse el Plan de asistencia técnica en la gestión de la Estrategia de Prevención y Control de la Tuberculosis del pago capitado de las Unidades Ejecutoras de Lima Metropolitana, 2015-2016. Dilucidar cuál es el impacto al aplicarse el Plan de asistencia técnica en la gestión de la Estrategia de Enfermedades no Transmisibles – Hipertensión Arterial, Diabetes y Obesidad del pago capitado de las Unidades Ejecutoras de Lima Metropolitana, 2015-2016. Dilucidar cuál es el impacto al aplicarse el Plan de asistencia técnica en la gestión de la Estrategia de Enfermedades no Transmisibles - Prevención y Detección de Cánceres del pago capitado de las Unidades Ejecutoras de Lima Metropolitana, 2015-2016. Dilucidar cuál es el

impacto al aplicarse el Plan de asistencia técnica en la gestión de la Estrategia de Salud Mental del pago capitado de las Unidades Ejecutoras de Lima Metropolitana, 2015-2016.

Discusión

En los resultados obtenidos, respecto al Impacto del Plan de asistencia técnica en la gestión del pago capitado de las Unidades Ejecutoras de Lima Metropolitana se evidenciaron valores globales mayores en el año 2016 (13,0%) comparados con el año 2015 (8,5%) en los 12 indicadores prestacionales de salud. Estos resultados refrendan lo esperado, dado el trabajo realizado durante el 2016 y, aunque no se realizó un trabajo comparativo debido a la incertidumbre de la recolección de datos en el 2015. Esto se podría deber a que durante el año 2016 se aplicó un plan de asistencia técnica con respecto a la Guía técnica para la estandarización del registro y cálculo de los indicadores prestacionales en el marco de los convenios de gestión suscritos entre el Seguro Integral de Salud y los gobiernos regionales e IGSS 2016, se estandarizó el FUA, Luego de realizar una búsqueda de evidencia científica disponible hasta la fecha, no se han encontrado datos sobre la asociación del Plan de Asistencia Técnica y el convenio de Gestión para Pago Capitado, ni trabajos similares que se hayan desarrollado en el territorio peruano; Por lo que este trabajo constituiría un aporte, como dato referencial para las posibles futuras investigaciones comparativas. Respecto a los resultados del Impacto al aplicarse el Plan de asistencia técnica en la gestión de la Estrategia de Enfermedades no Transmisibles - Prevención y Detección de Cánceres del pago capitado de las Unidades Ejecutoras de Lima Metropolitana, se evidenciaron valores mayores en el año 2016 (13,4%).comparado con el año 2015 (11.0%), como también se puede observar el resultado del Impacto al aplicarse el Plan de asistencia técnica en la gestión de la Estrategia de Salud Mental del pago capitado de las Unidades Ejecutoras de Lima Metropolitana, se evidenciaron valores mayores en el año 2016 (19,1%), comparado con el año 2015 (11.5%),

Referencias bibliográficas

- Carrera, F. (2015). *Experiencias exitosas de cooperación sur: asistencia técnica de Argentina a Ecuador en el sector cárnico*. Argentina-Ecuador: Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador. Obtenido de <http://hdl.handle.net/10644/4830>
- Echegoyen, J. (s.f.). *Diccionario de Psicología Científica y Filosófica*. Obtenido de <http://www.e-torredebabel.com/Psicologia/Vocabulario/Metodo-Hipotetico-Deductivo.htm>
- Hernández, R.; Fernández, C.; Baptista, P. (2014). *Metodología de la Investigación* (Sexta ed.). México: McGraw-Hill / Interamericana Editores, S.A. DE C.V.
- Inga, M. y López, D. (2013). *Diseño del proceso de control interno aplicado a la estrategia de asistencia técnica a las Cooperativas de Ahorro y Crédito pertenecientes al segmento uno filiales a la Red Nacional de Finanzas Populares y Solidarias del Ecuador*. Universidad Politécnica Salesiana, Sede Cuenca. Universidad Politécnica Salesiana, Sede Cuenca. Obtenido de <http://dspace.ups.edu.ec/handle/123456789/5129>
- Longaray, C. (2010). *Impacto del Seguro Integral de Salud en el acceso a los servicios de salud*. Maestría Facultad de Ciencias Económicas, Universidad Mayor de San Marcos. Obtenido de <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/2307>
- Ministerio de Salud, MINSA. (2004). *Decreto Supremo N° 086-2004-EF*, Modifican el Reglamento de la Ley del impuesto a la Renta. Lima: El Peruano.
- Ministerio de Salud, MINSA. (28 de junio de 2005). *Norma Técnica de Atención Integral de Salud de Niño*. Lima.
- Ministerio de Salud, MINSA. (2006). *Norma Técnica de Salud para el Control de la tuberculosis*. Lima: Editora Comercializadora CARTOLAN EIRL.
- Ministerio de Salud, MINSA. (2012). *Decreto Supremo N° 009-2012-SA*, Declaran de interés nacional la Atención Integral del Cáncer y Mejoramiento del

Acceso a los Servicios Oncológicos en el Perú y dictan otras medidas.
Lima.

DECLARACIÓN JURADA DE AUTORÍA Y AUTORIZACIÓN PARA LA PUBLICACIÓN DEL ARTÍCULO CIENTÍFICO

Yo, Basilio Chiappe, Minerva estudiante del Programa Gestión de Salud de la Escuela de Postgrado de la Universidad César Vallejo, identificado con DNI. 43421163 con el artículo titulado “Plan de asistencia técnica y su incidencia en la gestión del pago capitado de las Unidades Ejecutoras de Lima Metropolitana, 2015-2016” Declaro bajo juramento que:

- 1) El artículo pertenece a mi autoría compartida.
- 2) El artículo no ha sido plagiado ni total ni parcialmente.
- 3) El artículo no ha sido autoplagiado; es decir, no ha sido publicada ni presentada anteriormente para alguna revista.
- 4) De identificarse la falta de fraude (datos falsos), plagio (información sin citar a autores), autoplagio (presentar como nuevo algún trabajo de investigación propio que ya ha sido publicado), piratería (uso ilegal de información ajena) o falsificación (representar falsamente las ideas de otros), asumo las consecuencias y sanciones que de mi acción se deriven, sometiéndome a la normatividad vigente de la Universidad César Vallejo.

Si, el artículo fuese aprobado para su publicación en la Revista u otro documento de difusión, cedo mis derechos patrimoniales y autorizo a la Escuela de Postgrado, de la Universidad César Vallejo, la publicación y divulgación del documento en las condiciones, procedimientos y medios que disponga la Universidad.

Lima, 3 de Diciembre del 2016

Basilio Chiappe, Minerva

DNI: 43421163