

2º del Decreto Supremo N° 130-2003-RE, Reglamento de la Ley del Servicio Diplomático de la República; el artículo 5º del Decreto Ley N° 26112, Ley Orgánica del Ministerio de Relaciones Exteriores; y el numeral 1 de la Resolución Ministerial N° 0370-RE, de 31 de agosto de 1983;

SE RESUELVE:

Artículo Único.- Incorporar al Consejo Asesor del señor Ministro de Relaciones Exteriores para Asuntos Económicos Internacionales e Integración al señor Eduardo Aranda La Madrid.

Regístrese, comuníquese y publíquese.

OSCAR MAÚRTUA DE ROMAÑA
Ministro de Relaciones Exteriores

16600

SALUD

Amplían vigencia y aprueban Tarifas del Seguro Integral de Salud (SIS)

RESOLUCIÓN MINISTERIAL
N° 725-2005/MINSA

Lima, 23 de setiembre del 2005

Visto el Expediente N° 527309-05, que contiene el Oficio N° 3148-04-SIS-GO y el Oficio N° 1568-2005-SIS-J, del Jefe del Seguro Integral de Salud (SIS);

CONSIDERANDO:

Que, el artículo 6º del Decreto Supremo N° 003-2002-SA, dispuso que las Tarifas del SIS por tipo de prestación y por nivel de complejidad del establecimiento de salud, será aprobado y actualizado por Resolución Ministerial del Sector Salud;

Que, por Resolución Ministerial N° 602-2003-SA/DM, de fecha 27 de mayo del 2003, se aprobaron las Tarifas del Seguro Integral de Salud (SIS) para el año 2003, estableciéndose asimismo que estas tarifas se expresan en nuevos soles y tendrán vigencia hasta el 31 de diciembre de 2003, excepto actualizaciones periódicas que se aprobarán mediante Resolución Ministerial;

Que, habiéndose continuado con la aplicación de dichas tarifas, es necesario aprobar la ampliación de su vigencia, así como también aprobar la actualización de las Tarifas del SIS para el año 2005;

Estando a lo propuesto por el Seguro Integral de Salud y con las visaciones de la Dirección General de Salud de las Personas y de la Oficina General de Asesoría Jurídica;

Con la visación del Viceministro de Salud; y,
De conformidad con lo dispuesto en el literal l) del artículo 8º de la Ley N° 27657 - Ley del Ministerio de Salud;

SE RESUELVE:

Artículo 1º.- Ampliar la vigencia de las Tarifas del Seguro Integral de Salud (SIS), aprobadas mediante Resolución Ministerial N° 602-2003-SA/DM, a efecto de formalizar su aplicación hasta la fecha de publicación de la presente Resolución.

Artículo 2º.- Aprobar las Tarifas del Seguro Integral de Salud (SIS) para el año 2005 y las Definiciones Operacionales, según se detalla en los Anexos N°s. 1, 2 y 3 que forman parte integrante de la presente Resolución. Dichas tarifas se pagarán a los establecimientos de salud por las prestaciones brindadas a los beneficiarios del SIS, a partir del día siguiente de publicada la presente Resolución.

Artículo 3º.- Los establecimientos de salud,

prestadores de servicios de salud a cargo del SIS, deben contar con los formatos actualizados del SIS, a efecto de cumplir con lo dispuesto en la presente Resolución.

Regístrese, comuníquese y publíquese.

PILAR MAZZETTI SOLER
Ministra de Salud

16555

TRABAJO Y PROMOCIÓN DEL EMPLEO

Aprueban Reglamento de Seguridad y Salud en el Trabajo

DECRETO SUPREMO
N° 009-2005-TR

EL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA

CONSIDERANDO:

Que, el artículo 7º de la Constitución Política reconoce el derecho a la salud de toda persona en cualquier ámbito, incluido el laboral;

Que, la seguridad y salud en el trabajo es una condición básica para la protección social y el desarrollo de las relaciones de trabajo decentes;

Que, el Decreto Legislativo N° 910, Ley General de Inspección del Trabajo y Defensa del Trabajador, en su séptima disposición complementaria, establece la creación de una comisión que se encargue de elaborar un proyecto de reglamento en materia de Seguridad y Salud en el Trabajo;

Que, la Ley N° 28385, que modifica la Ley N° 27711, Ley del Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo, establece que es competente para definir, concertar, coordinar, dirigir, supervisar y evaluar la política de higiene y seguridad ocupacional, y establecer las normas de prevención y protección contra riesgos ocupacionales que aseguren la salud integral de los trabajadores, en aras del mejoramiento de las condiciones y el medio ambiente de trabajo;

Que, mediante Decreto Supremo N° 007-2001-TR se constituyó una Comisión Multisectorial conformada por el Ministerio de Trabajo y Promoción Social o su representante, el Ministerio de Salud, el Ministerio de Energía y Minas, el Ministerio de Pesquería, el Ministerio de Transportes, Comunicaciones, Vivienda y Construcción, el Ministerio de Agricultura, el Seguro Social de Salud - ESSALUD, dos representantes de los trabajadores, y dos representantes de los empleadores, encargada de elaborar un proyecto de reglamento de Seguridad y Salud en el Trabajo;

Que, el proyecto elaborado por la referida comisión fue objeto de prepublicación en el Diario Oficial El Peruano el 21 de julio de 2005, a fin de contar con la participación de la ciudadanía, habiéndose recibido aportes, que han sido analizados y valorados por la Autoridad de Trabajo;

De conformidad con lo regulado en el numeral 8) del artículo 118º de la Constitución Política del Perú, en el artículo 3º del Decreto Legislativo N° 560, Ley del Poder Ejecutivo, Ley N° 28385 y en la Ley N° 27711, Ley del Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo;

SE DECRETA:

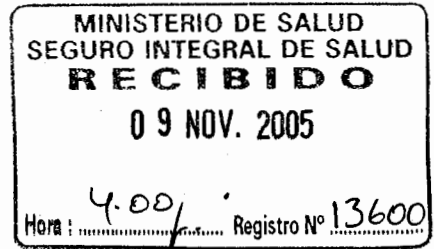
Artículo 1º.- Apruébese el Reglamento de Seguridad y Salud en el Trabajo que consta de un (1) Título Preliminar, seis (6) títulos, Disposiciones Complementarias y Transitorias, un (1) Glosario y cinco (5) anexos.

Artículo 2º.- El presente Decreto Supremo es refrendado por el Ministro de Trabajo y Promoción del Empleo.

Dado en la Casa de Gobierno, en Lima, a los veintiocho días del mes de setiembre del año dos mil cinco.

ALEJANDRO TOLEDO
Presidente Constitucional de la República

JUAN SHEPUT MOORE



Resolución Ministerial

Lima, 23 de SEPTIEMBRE del 2005

Visto el Expediente N° 527309-05, que contiene el OFICIO N° 3148-04-SIS-GO y el OFICIO N° 1568-2005-SIS-J, del Jefe del Seguro Integral de Salud (SIS);

CONSIDERANDO:

Que, el artículo 6° del Decreto Supremo N° 003-2002-SA, dispuso que las Tarifas del SIS por tipo de prestación y por nivel de complejidad del establecimiento de salud, será aprobado y actualizado por Resolución Ministerial del Sector Salud;

Que, por Resolución Ministerial N° 602-2003-SA/DM, de fecha 27 de Mayo del 2003, se aprobaron las Tarifas del Seguro Integral de Salud (SIS) para el año 2003, estableciéndose asimismo que estas tarifas se expresan en nuevos soles y tendrán vigencia hasta el 31 de diciembre de 2003, excepto actualizaciones periódicas que se aprobarán mediante Resolución Ministerial;

Que, habiéndose continuado con la aplicación de dichas tarifas, es necesario aprobar la ampliación de su vigencia, así como también aprobar la actualización de las Tarifas del SIS para el año 2005;

Estando a lo propuesto por el Seguro Integral de Salud y con las visaciones de la Dirección General de Salud de las Personas y de la Oficina General de Asesoría Jurídica;

Con la visación del Viceministro de Salud; y,

De conformidad con lo dispuesto en el literal l) del artículo 8° de la Ley N° 27657 - Ley del Ministerio de Salud;

SE RESUELVE:

Artículo 1°.- Ampliar la vigencia de las Tarifas del Seguro Integral de Salud (SIS), aprobadas mediante Resolución Ministerial N° 602-2003-SA/DM, a efecto de formalizar su aplicación hasta la fecha de publicación de la presente Resolución.

J.C. Del Carme

L.E. PODESTA G.

D. Céspedes M.

A.M. Holgado S.



Artículo 2°.- Aprobar las Tarifas del Seguro Integral de Salud (SIS) para el año 2005 y las Definiciones Operacionales, según se detalla en los Anexos Nos. 1, 2 y 3 que forman parte integrante de la presente Resolución. Dichas tarifas se pagarán a los establecimientos de salud por las prestaciones brindadas a los beneficiarios del SIS, a partir del día siguiente de publicada la presente Resolución.



Artículo 3°.- Los establecimientos de salud, prestadores de servicios de salud a cargo del SIS, deben contar con los formatos actualizados del SIS, a efecto de cumplir con lo dispuesto en la presente Resolución.

Regístrese, comuníquese y publíquese




Pilar MAZZETTI SOLER
 Ministra de Salud



ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

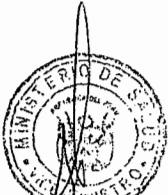
 Dra. ANA MARIA HOLGADO SALAMANCA
 Secretaría General
 Ministerio De Salud

**ANEXO N° 01
TARIFA POR AFILIACIÓN Y PRESTACIÓN EN NUEVOS SOLES**

AFILIACIÓN	HOSPITAL II-2 ⁽¹⁾	HOSPITAL II-1, CENTRO DE SALUD I-4 ⁽²⁾	C. de SALUD I-3, PUESTO S. I-2 ⁽³⁾	PUESTO DE SALUD I-1 ⁽⁴⁾
Persona Afiliada	Nc ⁽⁵⁾	1 ⁽⁸⁾	1 ⁽⁸⁾	1 ⁽⁸⁾
PRESTACIONES	HOSPITAL II-2 ⁽¹⁾	HOSPITAL II-1, CENTRO DE SALUD I-4 ⁽²⁾	C. de SALUD I-3, PUESTO S. I-2 ⁽³⁾	PUESTO DE SALUD I-1 ⁽⁴⁾
COMPONENTE MATERNO INFANTIL				
PLAN A: Niños de 0 - 4 años	S/.	S/.	S/.	S/.
Atención Inmediata del Recién Nacido (RN) Normal	25.00	25.00	25.00	12.50
Internamiento del RN con patología	150.00	150.00	Nc ⁽⁵⁾	Nc ⁽⁵⁾
Internamiento con intervención quirúrgica RN	160.00	160.00	Nc ⁽⁵⁾	Nc ⁽⁵⁾
Control del RN bajo peso al nacer	15.00	15.00	15.00	Nc ⁽⁵⁾
Exámen inmunológico RN madre VIH positivo	38.00	38.00	38.00	Nc ⁽⁵⁾
Exámen inmunológico RN madre RPR positivo	12.00	12.00	12.00	Nc ⁽⁵⁾
Atención Integral de Salud del niño	Nc ⁽⁵⁾	3.00	3.00	3.00
Consejería nutricional niños en riesgo	1.00	1.00	1.00	1.00
Examen Odontostomatológico	Nc ⁽⁵⁾	0.50	0.50	Nc ⁽⁵⁾
Suplemento de Hierro	Nc ⁽⁵⁾	1.60	1.60	1.60
Tratamiento Antiparasitario	Nc ⁽⁵⁾	1.00	1.00	1.00
Tratamiento de VIH-SIDA en niños ⁽⁶⁾	⁽⁶⁾	Nc	Nc ⁽⁵⁾	Nc ⁽⁵⁾
Consulta Externa	12.00	12.00	12.00	8.00 / 6.00 ⁽⁴⁾
Obturación y Curación Dental Simple	4.00	4.00	4.00	Nc ⁽⁵⁾
Obturación y Curación Dental Compuesta	8.00	8.00	8.00	Nc ⁽⁵⁾
Extracción Dental	5.00	5.00	5.00	Nc ⁽⁵⁾
Trabajo Extramural (Visita Domiciliaria)	Nc ⁽⁵⁾	6.00	6.00	10.00
Atención en Tópico	3.00	4.00	4.00	4.00
Atención de Emergencia	15.00	15.00	15.00	10.00
Atención de Emergencia con Observación	25.00	25.00	25.00	Nc ⁽⁵⁾
Intervención Médico - Quirúrgica Ambulatoria	50.00	50.00	50.00	Nc ⁽⁵⁾
Internamiento en Establecimiento de Salud	70.00	70.00	Nc ⁽⁵⁾	Nc ⁽⁵⁾
Internamiento con Intervención Quirúrgica Menor	90.00	90.00	Nc ⁽⁵⁾	Nc ⁽⁵⁾
Internamiento con Intervención Quirúrgica Mayor	160.00	160.00	Nc ⁽⁵⁾	Nc ⁽⁵⁾
Internamiento en Cuidados Intensivos (UCI)	400.00	400.00	Nc ⁽⁵⁾	Nc ⁽⁵⁾
Transfusión Sanguínea en Emergencia (1 ó más unidades)	120.00	120.00	Nc ⁽⁵⁾	Nc ⁽⁵⁾
Traslado de Emergencia Periurbano	15.00	15.00	15.00	15.00
Traslado de Emergencia Rural Costa	45.00	45.00	45.00	45.00
Traslado de Emergencia Rural Sierra-Selva	90.00	90.00	90.00	90.00
Traslado Nacional de Emergencia (niño y acompañante)	1260.00	1491.00	1491.00	1491.00
Sepelio ⁽⁷⁾	⁽⁷⁾	⁽⁷⁾	⁽⁷⁾	⁽⁷⁾



P. Mazzetti S.



I.C. Del Carmen S.



A.M. Holgado S.



L.E. PODESTA G.



D. Céspedes



SECRETARÍA GENERAL DE SALUD

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL



Dra. ANA MARIA HOLOGADO SALAMANCA
Secretaría General
Ministerio De Salud

Atención Odontológica Especializada	35.00	Nc ⁽⁵⁾	Nc ⁽⁵⁾	Nc ⁽⁵⁾
-------------------------------------	-------	-------------------	-------------------	-------------------

⁽¹⁾ En ex H. Regionales y/o H. Apoyo, algunos daños se pagarán por Tarifa Mixta

⁽²⁾ Incluye Hospitales Locales, H. Rurales, C.S. Materno Infantil y CS con Internamiento, autorizados para afiliar.

⁽³⁾ Incluye Puestos de Salud con Médico.

⁽⁴⁾ Con Técnico de Enfermería o Sanitario (Cons. Ext. S/. 6) . Enfermera u Obstetiz. (C. Externa: S/. 8) La consulta realizada por médico se pagará S/12.00.

⁽⁵⁾ Nc: No corresponde por el nivel de atención.

⁽⁶⁾ No Tarifada. Según R.M. N° 084-2005/MINSA y Norma Técnica N° 024-2005-MINSA/DGSP-V.01

⁽⁷⁾ No Tarifado. Tiene un monto límite según Directiva y requiere sustentación de gasto.

⁽⁸⁾ El pago de la prima de afiliación lo hace el beneficiario y su uso es determinado por Resolución Ministerial.



PRESTACIONES	HOSPITAL II-2 ⁽¹⁾	HOSPITAL II-1, CENTRO DE SALUD I-4 ⁽²⁾	C. de SALUD I-3, PUESTO S. I-2 ⁽³⁾	PUESTO DE SALUD I-1 ⁽⁴⁾
Pan C: Gestantes y Puérperas	S/.	S/.	S/.	S/.
Control Prenatal (Consejería en salud, nutrición, higiene y PP.FF.; Suplem. Fe)	15.00	15.00	15.00	15.00
Atención de Parto Normal	100.00	100.00	100.00	Nc ⁽⁹⁾
Cesárea	140.00	140.00	Nc (5)	Nc ⁽⁵⁾
Control de Puerperio	10.00	10.00	10.00	10.00
Examen de Laboratorio Completo del Embarazo con HIV	25.00	25.00	25.00	Nc ⁽⁵⁾
Examen de Laboratorio Completo del Embarazo sin HIV	15.00	15.00	15.00	Nc ⁽⁵⁾
Examen de HIV	12.00	12.00	12.00	Nc ⁽⁵⁾
Prueba Diagnóstica del Embarazo a mayores 18 años (Pregnoticón en Orina)	4.00	4.00	4.00	4.00
Ecografía	10.00	10.00	10.00	Nc ⁽⁵⁾
Consulta Externa	12.00	12.00	12.00	8.00 / 6.00 ⁽⁴⁾
Obturbación y Curación Dental Simple	4.00	4.00	4.00	Nc ⁽⁵⁾
Obturbación y Curación Dental Compuesta	8.00	8.00	8.00	Nc ⁽⁵⁾
Extracción Dental	5.00	5.00	5.00	Nc ⁽⁵⁾
Trabajo Extramural (Visita Domiciliaria)	Nc ⁽⁵⁾	6.00	6.00	10.00
Atención en Tópico	3.00	4.00	4.00	4.00
Atención de Emergencia	15.00	15.00	15.00	10.00
Atención de Emergencia con Observación	25.00	25.00	25.00	Nc ⁽⁵⁾
Intervención Médico - Quirúrgica Ambulatoria	50.00	50.00	50.00	Nc ⁽⁵⁾
Internamiento en Establecimiento de Salud	70.00	70.00	Nc ⁽⁵⁾	Nc ⁽⁵⁾
Internamiento con Intervención Quirúrgica Menor	90.00	90.00	Nc ⁽⁵⁾	Nc ⁽⁵⁾
Internamiento con Intervención Quirúrgica Mayor	160.00	160.00	Nc ⁽⁵⁾	Nc ⁽⁵⁾
Internamiento en Cuidados Intensivos (UCI)	400.00	400.00	Nc ⁽⁵⁾	Nc ⁽⁵⁾
Transfusión Sanguínea en Emergencia (1 ó más unidades)	120.00	120.00	Nc ⁽⁵⁾	Nc ⁽⁵⁾
Traslado de Emergencia Periurbano	15.00	15.00	15.00	15.00
Traslado de Emergencia Rural Costá	45.00	45.00	45.00	45.00
Traslado de Emergencia Rural Sierra-Selva	90.00	90.00	90.00	90.00
Traslado Nacional de Emergencia	630.00	630.00	630.00	630.00
Sepelio ⁽⁷⁾	(7)	(7)	(7)	(7)
Atención Odontológica Especializada	35.00	Nc ⁽⁵⁾	Nc ⁽⁵⁾	Nc ⁽⁵⁾



ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

 Dra. ANA MARIA HOLGADO SALAMANCA
 Secretaria General
 Ministerio De Salud

OTROS COMPONENTES

Plan B: Niños, Adolescentes y Jóvenes de 5 - 17 años	S/.	S/.	S/.	S/.
Tratamiento Antiparasitario	Nc ⁽⁵⁾	1.00	1.00	1.00
Tratamiento de VIH-SIDA en niños ⁽⁶⁾	(6)	Nc	Nc ⁽⁵⁾	Nc ⁽⁵⁾
Consulta Externa	12.00	12.00	12.00	8.00 / 6.00 ⁽⁴⁾
Obturación y Curación Dental Simple	4.00	4.00	4.00	Nc ⁽⁵⁾
Obturación y Curación Dental Compuesta	8.00	8.00	8.00	Nc ⁽⁵⁾
Extracción Dental	5.00	5.00	5.00	Nc ⁽⁵⁾
Trabajo Extramural (Visita Domiciliaria)	Nc ⁽⁵⁾	6.00	6.00	10.00
Atención en Tópico	3.00	4.00	4.00	4.00
Atención de Emergencia	15.00	15.00	15.00	10.00
Atención de Emergencia con Observación	25.00	25.00	25.00	Nc ⁽⁵⁾
Intervención Médico - Quirúrgica Ambulatoria	50.00	50.00	50.00	Nc ⁽⁵⁾
Internamiento en Establecimiento de Salud	70.00	70.00	Nc ⁽⁵⁾	Nc ⁽⁵⁾
Internamiento con Intervención Quirúrgica Menor	90.00	90.00	Nc ⁽⁵⁾	Nc ⁽⁵⁾
Internamiento con Intervención Quirúrgica Mayor	160.00	160.00	Nc ⁽⁵⁾	Nc ⁽⁵⁾
Internamiento en Cuidados Intensivos (UCI)	400.00	400.00	Nc ⁽⁵⁾	Nc ⁽⁵⁾
Transfusión Sanguínea en Emergencia (1 ó más unidades)	120.00	120.00	Nc ⁽⁵⁾	Nc ⁽⁵⁾
Traslado de Emergencia Periurbano	15.00	15.00	15.00	15.00
Traslado de Emergencia Rural Costa	45.00	45.00	45.00	45.00
Traslado de Emergencia Rural Sierra-Selva	90.00	90.00	90.00	90.00
Traslado Nacional de Emergencia	630.00	630.00	630.00	630.00
Sepelio ⁽⁷⁾	(7)	(7)	(7)	(7)
Atención Odontológica Especializada	35.00	Nc ⁽⁵⁾	Nc ⁽⁵⁾	Nc ⁽⁵⁾

(1) En ex H. Regionales y/o H. Apoyo, algunos daños se pagarán por Tarifa Mixta

(2) Incluye Hospitales Locales, H. Rurales, C.S. Materno Infantil y CS con Internamiento, autorizados para afiliar.

(3) Incluye Puestos de Salud con Médico.

(4) Con Técnico de Enfermería o Sanitario (Cons. Ext. S/. 6) . Enfermera u Obstetriz. (C. Externa: S/. 8) . La consulta realizada por médico se pagará S/12.00.

(5) No corresponde por el nivel de atención. El uso de la prima de afiliación es determinado por Resolución Ministerial.

(6) No Tarifada. Según R.M. N° 084-2005/MINSA y Norma Técnica N° 024-2005-MINSA/DGSP-V.01

(7) El pago de la prima de afiliación lo hace el beneficiario y su uso es determinado por Resolución Ministerial.

(8) Procede si el parto es inminente.

PRESTACIONES	HOSPITAL II-2 ⁽¹⁾	HOSPITAL II-1, CENTRO DE SALUD I-4 ⁽²⁾	C. de SALUD I-3, PUESTO S. I-2 ⁽³⁾	PUESTO DE SALUD I-1 ⁽⁴⁾
Plan D: Adulto en situación de Emergencia	S/.	S/.	S/.	S/.
Atención de Emergencia	15.00	15.00	15.00	10.00
Atención de Emergencia con Observación	25.00	25.00	25.00	Nc ⁽⁵⁾
Internamiento en Establecimiento de Salud	70.00	70.00	Nc ⁽⁵⁾	Nc ⁽⁵⁾
Internamiento con Intervención Quirúrgica Mayor	160.00	160.00	Nc ⁽⁵⁾	Nc ⁽⁵⁾
Internamiento en Cuidados Intensivos (UCI)	400.00	400.00	Nc ⁽⁵⁾	Nc ⁽⁵⁾
Transfusión Sanguínea en Emergencia (1 ó más unidades)	120.00	120.00	Nc ⁽⁵⁾	Nc ⁽⁵⁾



ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

Ana María Holgado Salamanca
 Dra. ANA MARIA HOLGADO SALAMANCA
 Secretaria General
 Ministerio De Salud

Traslado de Emergencia Periurbano	15.00	15.00	15.00	15.00
Traslado de Emergencia Rural Costa	45.00	45.00	45.00	45.00
Traslado de Emergencia Rural Sierra-Selva	90.00	90.00	90.00	90.00
Traslado Nacional de Emergencia	630.00	630.00	630.00	630.00
Sepelio ⁽⁷⁾	(7)	(7)	(7)	(7)
Plan E: Adulto Focalizado (determinado por Ley)				
Plan E: Adulto Focalizado (determinado por Ley)	S/.	S/.	S/.	S/.
Consulta Externa	12.00	12.00	12.00	8.00 / 6.00 ⁽⁴⁾
Atención en Tópico	3.00	4.00	4.00	4.00
Atención de Emergencia	15.00	15.00	15.00	10.00
Atención de Emergencia con Observación	25.00	25.00	25.00	Nc ⁽⁵⁾
Internamiento en Establecimiento de Salud	70.00	70.00	Nc ⁽⁵⁾	Nc ⁽⁵⁾
Internamiento con Intervención Quirúrgica Menor	90.00	90.00	Nc ⁽⁵⁾	Nc ⁽⁵⁾
Internamiento con Intervención Quirúrgica Mayor	160.00	160.00	Nc ⁽⁵⁾	Nc ⁽⁵⁾
Internamiento en Cuidados Intensivos (UCI)	400.00	400.00	Nc ⁽⁵⁾	Nc ⁽⁵⁾
Transfusión Sanguínea en Emergencia (1 ó más unidades)	120.00	120.00	Nc ⁽⁵⁾	Nc ⁽⁵⁾
Traslado de Emergencia Periurbano	15.00	15.00	15.00	15.00
Traslado de Emergencia Rural Costa	45.00	45.00	45.00	45.00
Traslado de Emergencia Rural Sierra-Selva	90.00	90.00	90.00	90.00
Traslado Nacional de Emergencia	630.00	630.00	630.00	630.00
Sepelio ⁽⁷⁾	(7)	(7)	(7)	(7)



M. C. Del Carmen S.



M. C. Del Carmen S.

- (1) En ex H. Regionales y/o H. Apoyo, algunos daños se pagarán por Tarifa Mixta
 (2) Incluye Hospitales Locales, H. Rurales, C.S. Materno Infantil y CS con Internamiento, autorizados para afiliarse.
 (3) Incluye Puestos de Salud con Médico.
 (4) Con Técnico de Enfermería o Sanitario (Cons. Ext. S/. 6) . Enfermera u Obstetiz. (C. Externa: S/. 8) .La consulta realizada por médico se pagará S/12.00.
 (5) No corresponde por el nivel de atención. El uso de la prima de afiliación es determinado por Resolución Ministerial.
 (6) No Tarifada. Según R.M. N° 084-2005/MINSA y Norma Técnica N° 024-2005-MINSA/DGSP-V.01
 (7) No Tarifado. Tiene un monto límite según Directiva y requiere sustentación de gasto.
 (8) El pago de la prima de afiliación lo hace el beneficiario y su uso es determinado por Resolución Ministerial.



L.E. PODESTA



D. Céspedes M.



A.M. Holgado S.

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

Dra. ANA MARIA HOLGADO SALAMANCA
 Secretaria General
 Ministerio De Salud

ANEXO N° 02

TARIFAS POR CARGO FIJO
A HOSPITALES NACIONALES E INSTITUTOS ESPECIALIZADOS



F. Mazzetti S.



A. Holgado S.



L. PODESTA G.



D. Céspedes M.



J.C. Del Carmen S.

PRESTACION	TARIFA
Consulta externa	5.5
Atención de Emergencia	5.5
Atención de Parto Normal	21.5
Cesárea	53
Intervención Médico-Quirúrgica Ambulatoria	11
Internamiento sin intervención quirúrgica	11
Internamiento con intervención quirúrgica menor	21.5
Internamiento con intervención quirúrgica mayor	53
Internamiento en Unidad de Cuidados Intensivos	53
Atención odontológica especializada	5.5
Traslado Urbano	16

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

Ana María Holgado Salamanca
Dra. ANA MARÍA HOLGADO SALAMANCA
Secretaría General
Ministerio De Salud

DEFINICIONES OPERACIONALES

BENEFICIO.-

Es la cobertura de prestaciones de salud al que tiene derecho un usuario(a) según el Plan que corresponda. Para el usuario afiliado el beneficio dura un año y rige desde el momento en que se afilió. Para el usuario inscrito el beneficio es de un mes como máximo y sólo es para las atenciones de emergencia.

TARIFA.-

Es el monto máximo, que se paga por las prestaciones otorgadas en el establecimiento prestador de servicios de salud y que no están financiadas por otra fuente. Cubre el gasto variable y no el acto médico. El SIS establecerá tarifas diferenciadas dependiendo del responsable de la atención.

AFILIACIÓN.-

Es un acto jurídico por el cual se adquieren los derechos y deberes que del mismo se derivan y busca dar acceso a un Plan de Beneficios del Seguro Integral de Salud (SIS).

La afiliación como proceso se refiere a la identificación, categorización y registro de potenciales usuarios/as del SIS, personas en situación de pobreza y pobreza extrema que carecen de un seguro de salud, sea público o privado. Comprende los siguientes sub procesos: Inscripción, Evaluación Socio Económica y Afiliación. Este proceso puede durar máximo 30 días.

a) **Inscripción:** Subproceso donde el potencial beneficiario es registrado en uno de los Planes de Beneficios del SIS, para su evaluación posterior. Documentos que se deben llenar:

- Ficha de evaluación socio-económica familiar (FESE).
- Formato de Inscripción

La inscripción tiene una validez máxima de 30 días y mientras no se hayan afiliado, los inscritos al SIS podrán acceder sólo a atenciones en situación de emergencia, salvo el Plan "C" donde se brindara de manera inmediata la prueba de pregnosticón confirmatoria del embarazo.

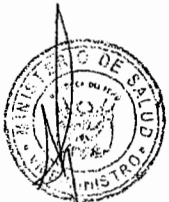
b) **Evaluación Socio Económica:** Se realiza en el establecimiento de salud a cuya jurisdicción pertenece el domicilio fiscal del inscrito. Con este sub proceso y el Sistema de Evaluación Socio Económica (SESE-SIS) vigente se categoriza a los potenciales beneficiarios. Acceden al SIS sólo los categorizados como pobres extremos (C) o pobres (B).

Se utilizará la Metodología adoptada por el SIS: Índice de Bienestar Económico de Hogares (IBEH), la Ficha de Evaluación Socio Económica (FESE SIS), así como el Aplicativo Informático SESE SIS.

c) **Afiliación:** Es el sub proceso a través del cual, las personas categorizadas como pobres (B) ó pobres extremos (C), cumplen con los requisitos verificables y formalizan su relación con el SIS mediante la firma del Contrato de Afiliación. La emisión, entrega y firma del contrato está a cargo de los establecimientos de salud autorizados para afiliar. Al afiliado/a se le informa la cobertura de su Plan de



J.C. Del Carmen S.,



L.E. PODESTA G.



D. Céspedes M.



A.M. Holgado S.

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

 Dra. ANA MARIA HOLGADO SALAMANCA
 Secretaria General
 Ministerio De Salud

Beneficios, así como sus derechos, deberes y restricciones que de este acto se desprenden.

PAGO POR CONCEPTO DE AFILIACIÓN.- Constituyen fondos complementarios del SIS.

Procedimiento de Pago:

- Toda persona afiliada al SIS pagará en forma anual a través del establecimiento de salud que suscribió el contrato de afiliación.
- El pago será cada vez que se realice una nueva afiliación o en caso de cambio de Plan.
- El establecimiento de salud dispondrá de un registro para que cada afiliado o su apoderado firme y ponga su huella digital por el concepto de "Afiliación al Seguro Integral de Salud".
- El SIS establece el monto del pago y, de variar, comunicará oportunamente la fecha a partir de la cual entra en vigencia.

Recaudación y Depósito de los Pagos:

- a) El Contrato de Afiliación acredita la afiliación y pertenencia a un Plan de Beneficio del SIS y documenta la captación de ingresos por concepto de pagos de afiliación.
- b) Los establecimientos que capten Pagos por Afiliación, son responsables del registro contable de los ingresos y el respectivo depósito a la Cuenta Corriente Recaudadora del SIS y de enviar a la ODSIS, la Ficha Resumen de la Recaudación de Pagos por Afiliación, Copia de Formatos de Contrato de Afiliación y copia de la Papeleta de Depósitos.
- c) El depósito de lo recaudado se efectuará en la cuenta abierta en el Banco de la Nación, dentro de los plazos establecidos por la Directiva de Tesorería del MEF y las normas complementarias que haya emitido la DIRESA/DISA para tal fin.

Uso de los Pagos:

Los pagos por concepto de afiliación son fondos que pertenecen al SIS, y su uso debe contribuir a la capacidad de aseguramiento del SIS.

Exoneración de Pagos: Solo será autorizado por jefatura del SIS.

PENALIDADES POR AFILIACIONES IRREGULARES:


Del Usuarios/as

El usuario perderá temporalmente su condición de afiliado al SIS si comete las siguientes faltas:

- Si se afilia en más de un establecimiento de salud a la vez.
- Si no comunica oportunamente el cambio de domicilio.
- Hace uso indebido del SIS.
- Otros estipulados en la normatividad vigente.

El usuario perderá definitivamente su condición de afiliado al SIS si comete las siguientes faltas:

- Brinda información falsa sobre su situación socio económica.
- Si es beneficiario de otros seguros de salud, sean públicos o privados.
- Falsifica o adultera documentación personal o formatos oficiales del SIS.

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

7
Dra. ANA MARIA HOLGADO SALAMANCA
Secretaría General
Ministerio De Salud

- No estar en situación de pobreza extrema o pobreza.
- Otros estipulados en la normatividad vigente.

FESE.- La Ficha de Evaluación Socio Económica Familiar es un instrumento de recolección de información geográfica, demográfica y socio económica de las familias potencialmente beneficiarias del SIS, cuya unidad de medida es el hogar doméstico.

La FESE es un documento formal y oficial, que tiene carácter de Declaración Jurada; por lo tanto, la información que proporciona el beneficiario está sujeta a verificación y auditoría. De encontrarse irregularidades se procederá la anulación o revocatoria de FESE, sin perjuicio de las acciones legales que se pudiera tomar. Su uso es obligatorio por todos los establecimientos de salud de la Red MINSA

La FESE será aplicada por el (la) profesional de Trabajo Social. Donde no hubiera dicho profesional, el Jefe del establecimiento designará al personal de salud encargada de recoger dicha información.

En el caso de Trabajadoras del Hogar menores de 18 años, con cama adentro, al aplicar la FESE se considerará sólo los activos que sean de su propiedad, y al empleador como declarante no pariente.

En el caso de las gestantes (madres solteras) que se encuentran en condición de alojadas en casa de sus padres o de algún familiar, al aplicar la FESE, se debe tener en cuenta sólo la tenencia de activos que son de ella; igual en el caso de una familia que alquila un cuarto dentro de una vivienda, se debe considerar si los servicios están dentro de la pieza alquilada o de lo contrario son de uso común.

Excepciones a la aplicación del FESE: A personas albergadas e indigentes, víctimas de violaciones de derechos humanos y según normatividad vigente.

PERSONAS ALBERGADAS.- Son personas pobres en situación de abandono y vulnerabilidad social que son acogidas por una institución pública o privada de carácter social. A éstas personas no se les aplicará la FESE, su afiliación o inscripción será directa, según el grupo etéreo y Plan de Beneficios correspondiente. En este caso las instituciones deberán presentar una declaración con la relación de todos los albergados en el establecimiento de salud el mismo que a través de la DIRESA/DISA deberá ser remitido a la ODSIS correspondiente.

PERSONAS INDIGENTES.- Son personas en situación de abandono que viven sin ningún tipo de protección social. A éstas personas no se les deberá aplicar la FESE, tendrán afiliación o inscripción directa, según el grupo etéreo correspondiente, para lo cual se tomará como referencia la certificación que por intermedio del registro de ocurrencias se realiza en el establecimiento de salud o de la institución o persona que se haya hecho cargo de la persona en el momento de su traslado al establecimiento de salud.

PRESTACIONES.-

Es el servicio o conjunto de servicios brindados por el establecimiento prestador que resuelve la necesidad de atención integral de salud del beneficiario. Comprende las atenciones de salud individual, preventivas, promocionales y recuperativas otorgadas a los beneficiarios del SIS, en los establecimientos autorizados según nivel de complejidad y de acuerdo al Plan de Beneficios que pertenezca. Incluye los



ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

 Dra. ANA MARIA HOLGADO SALAMANCA
 Secretaría General
 Ministerio De Salud

medicamentos, insumos médico-quirúrgicos, materiales, servicios de apoyo al diagnóstico, hotelería y alimentación utilizados durante la atención.

Sólo se reconocerán prestaciones preventivas y de capa simple en establecimientos que afilian; en los que no afilian sólo se reconocerán prestaciones de emergencia y referencia. Se aceptarán reportes de atenciones hasta de dos meses de producción. No se aceptarán para reembolso atenciones (regulares, casos especiales, casos excepcionales) que excedan los 60 días.



Se reconocerán las prestaciones donde se resuelve el episodio, donde existe consumo de medicamentos e insumos médicos-quirúrgicos de los procedimientos (gasto variable) y que son brindadas por personal de salud autorizado y en el ámbito de su competencia. En algunas prestaciones preventivas (Control Prenatal, Control de Puerperio y Atención Integral de Salud del Niño) no necesariamente habrá siempre consumo de medicamentos o insumos. No se reconocerán atenciones por médico con sólo diagnóstico sindrómico; tampoco si sólo se hace la referencia sin haber realizado ningún gasto variable.



Sólo en zonas rurales y en Puestos de Salud donde no haya el personal idóneo asignado se reconocerán prestaciones brindadas por otro profesional de salud fuera del ámbito de su competencia o por un personal no profesional.

El SIS establecerá una tarifa diferenciada según el tipo de profesional o personal técnico que brinde la atención. Donde no exista asignado médico o profesional no médico, las prestaciones recuperativas se reconocerán hasta el 70% del valor de la tarifa para Profesionales No Médicos y hasta el 50% para No Profesionales, la que considera el tipo de patología y el gasto variable en el manejo de los mismos.

EPISODIO RESUELTO:

El SIS paga por episodio resuelto. Comprende todos los servicios necesarios hasta solucionar el problema motivo de la consulta y/o diagnóstico. Un mismo daño (básicamente patologías crónicas) podrá tener varios episodios resueltos. Sólo en caso de emergencia se podrá reconocer más de una prestación en el día.

PRESTACIONES IRREGULARES:

Son las atenciones brindadas por el establecimiento que no se ajustan a la normatividad vigente en su ejecución y/o reporte. No serán reconocidas para pago y se informarán a los niveles correspondientes para la toma de decisiones.

PRESTACIONES EXTEMPORANEAS:

Son aquellas que exceden los 60 días entre la atención y el reporte (físico o magnético). Se reconocen hasta un máximo de 2 meses; considerando desde que se brindó la atención en el mes de producción hasta que se entregó la data consolidada mensual a la ODSIS.

PRESTACIONES RECONSIDERADAS:

Son prestaciones rechazadas en primera instancia por el SIS y que el establecimiento solicita (a través de la OLSIS) su reconsideración en el plazo previsto, presentando las evidencias (copias de Historia Clínica, Formato de Atención, recetas, Contrato de Afiliación, FESE, etc.). Pueden ser levantadas o no, dependiendo del motivo y de las evidencias.



ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

Dra. ANA MARÍA HOLGADO SALAMANCA
Secretaría General
Ministerio De Salud

DAÑO POR TERCEROS:

Son los daños o lesiones causadas por otra persona utilizando cualquier medio; no son cubiertas por el SIS. Ej. Accidentes de tránsito, agresiones, etc.

ACCIDENTE DE TRABAJO.-

Es todo accidente que se produce en el lugar de trabajo, en el horario establecido para el mismo y desempeñando la labor para la cual ha sido contratado. El SIS paga bajo convenio y previa notificación a las Unidades Ejecutoras. Solamente para convenios específicos suscritos por el SIS como A Trabajar Urbano, Municipalidades.

RECIÉN NACIDO.- Comprende el rango de edad desde el nacimiento hasta 28 días de vida.

NIÑOS(as) Y MENORES DE 18 AÑOS.-

Comprende el grupo de beneficiarios del SIS en el rango de edad desde los 29 días de nacido hasta los 17 años, 11 meses y 29 días.

GESTANTES Y PUÉRPERAS.-

Comprende el grupo de mujeres en estado de gestación y de puerperio, hasta los 42 días posteriores al parto.

ADULTOS.- Es el grupo de beneficiarios del SIS mayores de 18 años. Comprende a los adultos focalizados determinados por ley y a los adultos en situación de emergencia que estén en situación de extrema pobreza o pobreza.

ADULTOS FOCALIZADOS.-

Son los adultos determinados por ley. Incluye: lustradores de calzado y su cónyuge, indultados inocentes acusados injustamente por delitos de terrorismo y víctimas de violación de derechos humanos y mujeres víctimas de esterilizaciones forzadas, así como sus familiares directos; mujeres integrantes de las organizaciones sociales de base que prestan servicios no remunerados y en forma directa y permanente en los programas de apoyo alimentario; y las que laboran en iguales condiciones en los Wawa Wasis.

ADULTOS EN SITUACION DE EMERGENCIA.-

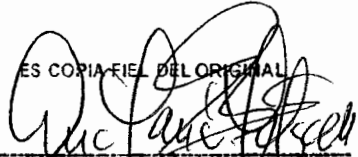
Son los adultos categorizados como pobres o pobres extremos en situación de emergencia, entendiéndose ésta como "toda condición repentina o inesperada que requiere atención inmediata al poner en peligro inminente la vida, la salud o que puede dejar secuelas invalidantes en el paciente" (definido en la Ley General de Salud N° 26842). El SIS cubre hasta la remisión del episodio agudo.

PRESTACIONES COMUNES.- Comprende aquellos servicios que son comunes para más de un Plan de Beneficio.

PRESTACIONES DEL RECIEN NACIDO:



ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL


Dra. ANA MARIA HOGGADO SALAMANCA
Secretaría General
Ministerio De Salud

10

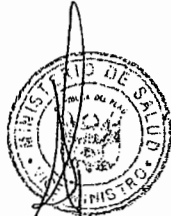
- a) **Atención inmediata al recién nacido.**- Se refiere a las prestaciones o servicios consumidos por el recién nacido normal, proveídas en el establecimiento de salud hasta el alta. La tarifa cubre el costo de los materiales, medicamentos e insumos consumidos y otros costos incurridos hasta el alta. En caso de nacimientos múltiples se paga por cada niño nacido vivo. Se paga por una sola vez la prestación por el producto del parto atendido en el establecimiento de salud. El SIS sólo pagará una prestación adicional si el recién nacido es atendido por una patología antes del alta.



P. Mazzetti S.

No se reconoce en Centros de Salud y Hospitales si la prestación es realizada y reportada por el mismo profesional que atendió el Parto o si es realizada por un no profesional.

- b) **Internamiento del RN con patología (no quirúrgica).**- Comprende el internamiento por más de 24 horas del recién nacido en caso presente una patología. La tarifa cubre los medicamentos, exámenes auxiliares, materiales y otros servicios consumidos durante la estancia en el establecimiento de salud. Es realizada por profesional médico.



J.C. Del Carmen S.

- c) **Internamiento con intervención quirúrgica del RN.**- Comprende la prestación hospitalaria del Recién Nacido que requiera intervención quirúrgica. La tarifa cubre el costo de los materiales, medicamentos e insumos médicos-quirúrgicos de los procedimientos y otros servicios intermedios como exámenes de apoyo al diagnóstico, hotelería y alimentación utilizados por el neonato durante su estancia. Es realizada por médico.



A.M. Holgado S.

- d) **Control del Recién Nacido de Bajo Peso al Nacer.**- Se refiere a la evaluación ambulatoria y al tratamiento del recién nacido con menos de 2,500 gramos. Es brindada sólo por profesional médico.

- e) **Examen inmunológico de Recién Nacido de madre VIH positivo.**- Comprende el Test de ELISA – VIH, realizado al recién nacido de madre VIH positivo, por una sola vez.

- f) **Examen inmunológico en Recién Nacido de madre RPR positivo.**- Comprende el Test de RPR, realizado al recién nacido de madre RPR positivo, por una sola vez.



L.E. FOLBETA G.

PRESTACIONES DE LOS NIÑOS(as) Y MENORES DE 18 AÑOS:

- a) **Atención Integral de Salud del Niño (a).**- Se refiere a la atención integral del niño sano (inmunizaciones, control del crecimiento y desarrollo). El número de controles que se pagan depende del grupo etáreo, según las Normas Técnicas del Programa. La tarifa cubre los materiales e insumos consumidos en dichas atenciones. El SIS sólo reconoce el pago de una prestación mensual, así el control sea en fecha distinta al de la vacunación.

- b) **Consejería Nutricional de Niños(as) en Riesgo.**- Comprende la atención brindada por un profesional médico, enfermera ó nutricionista al familiar de todo niño nutricionalmente vulnerable o con desnutrición aguda o crónica. El SIS reconoce 3 atenciones anuales en el Plan A, pero no en el mismo mes.

- c) **Examen Odonto-Estomatológico.**- Comprende la atención a menores de 5 años, realizada por Odontólogo, para el diagnóstico y seguimiento preventivo por



D. Céspedes M.



ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

Dra. ANA MARIA HOLGADO SALAMANCA
Secretaría General
Ministerio De Salud

fluorización tópica o colutoria. El SIS reconoce hasta 2 exámenes anuales, con un intervalo semestral.

d) **Suplemento de Hierro.**- Se refiere a la prestación del suplemento de hierro a los asegurados del Plan A, como preventivo. Se reconocerá hasta 4 atenciones anuales pero no en el mismo mes. Como recuperativo, está considerada dentro de la prestación de Consulta Externa. No se aceptará si en el mismo mes tiene previamente una Consulta Externa.

e) **Tratamiento Antiparasitario.**- Se refiere a la prestación del tratamiento farmacológico. Se reconocerá dos atenciones anuales, brindadas con un intervalo de seis meses. Se aplica como preventivo en los Planes A y B.

f) **Tratamiento de VIH-SIDA en niños(as).**- Comprende el tratamiento farmacológico mensual para los beneficiarios del Plan A y B. Para el recién nacido comprende además del tratamiento preventivo (monodosis), el suplemento alimenticio (leche artificial, por ser parte del esquema terapéutico) por 6 meses, según RM N° 084-2005/MINSA y Norma Técnica N° 024-2005-MINSA/DGSP-V.01. El SIS reconoce el diagnóstico, exámenes, tratamiento y seguimiento (acciones intra y extramural). "Tratamiento antiretroviral en los niños infectados por el VIH" (transmisión vertical).

PRESTACIONES DE GESTANTES Y PUERPERAS:

a) **Control Prenatal.**- Comprende la atención de seguimiento preventivo de la gestante durante el periodo de embarazo. Con fines de control el SIS reconoce el pago de hasta 10 controles prenatales. La tarifa reconoce los materiales e insumos utilizados en la atención integral de la gestante de acuerdo al protocolo, especialmente incluye el costo de la provisión de Acido Fólico, Sulfato ferroso y Vacuna antitetánica según Normas Técnicas. Incluye la Consejería sobre planificación familiar.

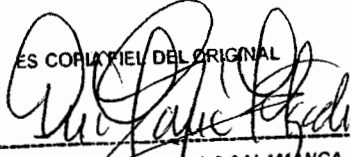
Sólo en el 8° mes de embarazo se reconocerán hasta 2 CPN por mes. En el 9no mes de embarazo según la norma hasta 4 CPN por mes. No se reconocerá Consulta Externa para provisión sólo de sulfato ferroso, pues el medicamento está comprendido en el CPN. Tampoco se reconocerá CPN en el mismo día del parto.

Las gestantes diagnosticadas de alto riesgo obstétrico durante el CPN, serán referidas al Médico para su evaluación en Consulta Externa. Los ARO por antecedentes podrán retornar a su CPN por el profesional de Obstetricia hasta una nueva atención por el Médico. Posterior al diagnóstico de ARO y de la 1ª C. Externa, en el mismo mes no se reconocerán C. externa por ARO y CPN. Las prestaciones con diagnóstico de Embarazo ARO, deberán especificar necesariamente la causa del ARO.

b) **Atención de Parto Normal.**- Se refiere a la atención del parto normal cuyo producto es un parto vaginal. La tarifa cubre el costo de los medicamentos, materiales e insumos consumidos durante la atención del parto. Además incluye los insumos de la episiorrafia, alimentación y hotelería hasta 48 horas.

Para gestantes con HIV + detectados durante el trabajo de parto, se le dará profilácticamente tratamiento farmacológico según la normatividad vigente, para proteger al Recién Nacido.

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL


Dra. ANA MARÍA BOLGADO SALAMANCA
Secretaría General
Ministerio De Salud

Durante el periodo que dure el internamiento por el parto no se admite otras prestaciones como control prenatal, consulta externa, atención de emergencia, internamiento y control de puerperio. Esta prestación es sólo para los partos institucionales.

- c) **Cesárea.-** Se refiere a la intervención quirúrgica mayor requerida para extraer el producto de la gestación. La tarifa cubre el costo de los medicamentos, exámenes auxiliares, materiales e insumos consumidos durante la intervención quirúrgica y hasta tres días de estancia en el establecimiento de salud (incluye hotelería y alimentación).

Durante el periodo que dure el internamiento por cesárea no se admite otras prestaciones como CPN, consulta externa, atención de emergencia, internamiento y control de puerperio. Debe registrarse como un 2º diagnóstico la causa de la cesárea.

Para gestantes con HIV + detectados durante el trabajo de parto, se le dará profilácticamente tratamiento farmacológico según la normatividad vigente, para proteger al Recién Nacido.

- d) **Control de Puerperio.-** Se refiere a la atención médica durante los 42 días posteriores al parto o después de interrumpirse el embarazo, con la finalidad de verificar la recuperación de los cambios gestacionales. Se reconoce un máximo de dos controles posteriores al alta (espaciadas según las Normas Técnicas).

La tarifa reconoce los materiales, medicamentos e insumos utilizados en la atención integral e incluye el costo del Sulfato ferroso a las púerperas que lo requieran. No se reconocerá Consulta Externa sólo para provisión de sulfato ferroso.

- e) **Prueba Diagnóstica del Embarazo a mayores de 18 años (Pregnosticón)**

La tarifa cubre la Prueba del Pregnosticón realizada a las mujeres mayores de 18 años con sospecha de embarazo y probable beneficiaria. Previamente se realizará la inscripción y de la evaluación socio-económica.

- f) **Exámenes de Laboratorio Completo del Embarazo sin VIH.-** La tarifa cubre el set completo de exámenes de laboratorio que debe tener una gestante, como son: Hemograma, Hemoglobina, Grupo sanguíneo y Factor RH, Orina completa, Serología (RPR o VDRL) y Glicemia.

Se reconoce por una sola vez. Al ser transferido a otro establecimiento deberá adjuntarse los resultados De presentar una intercurencia y requerirse algún análisis, el costo está incluido en la nueva prestación (ej. Consulta Externa). En hospitales se reconoce sólo si es realizado por un profesional. No se acepta si no se realizó el set completo.

- g) **Exámenes de Laboratorio Completo del Embarazo con VIH.-** La tarifa cubre el set completo de exámenes de laboratorio que debe tener una gestante, además del Test de ELISA – VIH.

Se reconoce por una sola vez. Al ser transferido a otro establecimiento deberá adjuntarse los resultados De presentar una intercurencia y requerirse algún análisis, el costo está incluido en la nueva prestación (ej. Consulta Externa). En hospitales se reconoce sólo si es realizado por un profesional. No se acepta si no se realizó el set completo.



C. Del Carmen S.



A. M. Holgado S.



L. F. C. S. S.



D. Céspedes M.



ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

Dra. ANA MARÍA HÓLGADO SALAMANCA
Secretaría General
Ministerio De Salud

h) **Examen de VIH.-** La tarifa cubre el Test de ELISA-VIH realizada a una gestante como parte del set de laboratorio completo del embarazo. Se acepta diferenciada del "Examen Completo del Embarazo sin VIH" sólo como atención de referencia. No se reconoce en establecimientos de salud que lo pueden realizar dentro de la prestación Examen de Laboratorio Completo del Embarazo con VIH.

i) **Ecografía (obstétrica).-** La tarifa cubre los materiales e insumos utilizados para realizar el examen de ecografía (obstétrica), además cubre una fracción para el mantenimiento de equipos. Se reconoce hasta dos ecografías durante la gestación de bajo riesgo obstétrico (BRO) y tres en gestantes ARO si la causa lo justifica, en los establecimientos de mayor complejidad será de acorde al caso. En caso de ser transferido a otro establecimiento deberá adjuntarse los resultados.

PRESTACIONES COMUNES:

a) **Consulta Externa.-** Brindada por un profesional de salud de acuerdo a ley y en el ámbito de su competencia, para atender patologías cuya solución es ambulatoria y que es ofrecida por el establecimiento de salud. La tarifa cubre los medicamentos, insumos médicos, apoyo al diagnóstico y otros servicios utilizados en la prestación.

No se reconocerá cuando no resuelve el episodio o cuando los diagnósticos realizados por profesional médico son sólo sindrómicos (ej. Cefalea, Fiebre, Dolor abdominal); o cuando no hay gasto variable; o cuando se desdobra y no se atiende con un enfoque integral, registrando sólo diagnóstico(s) que puede detectarse o presumirse que en la atención anterior estaba presente (ej. Parasitosis, Anemia, Micosis).

No se reconocerá otra prestación de consulta externa (por el mismo episodio) para apoyo al diagnóstico en un establecimiento de referencia, el cual debe ser considerado como "un tercero". La DIRESA/DISA organizará este sistema de "terceros" en la red o micro red para efecto de diferenciar el pago.

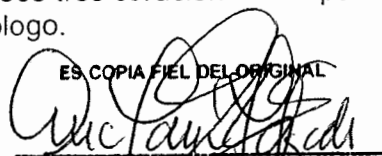
En Gestantes ARO, el intervalo de las C. Externas por el médico deberá estar acorde con el 2º diagnóstico que es la causa del ARO. Si es ARO por antecedentes, el médico determinará su seguimiento en CPN por la obstetrix hasta una nueva consulta médica; si es ARO por alguna patología el manejo es exclusivo del médico. En esta prestación el médico también realizará el control prenatal y es válida incluso si no tienen consumo variable.

En zonas rurales se reconoce la atención por Equipos Itinerantes que no tienen otra fuente de financiamiento. Se reconocen las atenciones por un Técnico de Enfermería sólo si se ajustan a patologías con un manejo protocolizado por el MINSa. Los otros daños deberán ser referidos. La tarifa a pagar será el 50% de la tarifa vigente para profesional médico.

b) **Obturación y Curación Dental Simple.-** La tarifa cubre los materiales utilizados en la atención dental así como una proporción para la reposición de los equipos y el instrumental utilizado. Se reconoce tres curaciones simples al año o durante la gestación, realizada por Odontólogo.

c) **Obturación y Curación Dental Compuesta.-** La tarifa cubre los materiales utilizados en la atención dental así como una proporción para la reposición de los equipos y el instrumental utilizado. Se reconoce tres curaciones compuestas al año o durante la gestación, realizada por Odontólogo.

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL


Dra. ANA MARIA HOLSADO SALAMANCA
Secretaría General
Ministerio De Salud

d) **Extracción dental.**- La tarifa cubre los materiales utilizados en la extracción dental así como una proporción para la reposición de los equipos y el instrumental utilizado. Se reconoce dos extracciones al año o durante la gestación, realizada por Odontólogo.

e) **Atención Odontológica Especializada.**- La tarifa cubre los materiales utilizados en la atención dental así como una proporción para el mantenimiento o reposición de los equipos y el instrumental utilizado. Se reconoce tres atenciones al año o durante la gestación; es realizada por Odontólogo. Se reconoce los daños complejos identificados por el SIS.

f) **Trabajo Extramural (Visita domiciliaria).**- Comprende actividades preventivo – promocionales y recuperativas de primer nivel de complejidad efectuadas en el domicilio del beneficiario. Se dará prioridad a las visitas de familias o beneficiarios de zonas rurales de difícil acceso o que vivan alejados de los establecimientos de salud.

La tarifa cubre el registro y verificación de la información de toda la familia en la ficha de evaluación socio-económica, la inscripción y afiliación de los niños y adolescentes de 0 a 17 años así como de las gestantes. Es prioritario para los planes A y C. No se reconocerá si el afiliado tuvo prestaciones regulares en el mes y el diagnóstico no lo justifique o cuando la visita no fue efectiva.

g) **Atención en Tópico.**- Es la actividad realizada de manera ambulatoria, comprende atenciones de baja complejidad, como son: Suturas menores, Curaciones, Debridamiento de abscesos, Retiro de puntos, Onicectomías, Cauterizaciones, Retiro de yeso, Lavado de oídos Extracción de cuerpo extraño, etc.; es decir, procedimientos que se realicen sin mediar prestaciones como Consulta Externa, Atención de Emergencias, Internamientos o atenciones preventivas (cuyas tarifas ya comprenden los insumos de los procedimientos).

Los insumos de procedimientos como inyectables, venoclisis, nebulización, etc., son parte de la atención de un evento o episodio y están comprendidos dentro de otras prestaciones como Consulta Externa o Atención de Emergencia y no se reconocen si se realizan el mismo día. En días posteriores a la atención podría reconocerse para nebulización, curación.

h) **Atención de Emergencia.**- Se refiere a la atención iniciada por el Servicio de Emergencia. "Emergencia" es aquella situación en la que está en riesgo la vida del paciente o algún órgano vital, y requiere atención inmediata y adecuada. Dependiendo de su evolución, el paciente puede ser dado de alta, derivado a salas de internamiento o referido a otro establecimiento de mayor complejidad. La tarifa cubre el costo de los medicamentos, exámenes auxiliares, materiales e insumos consumidos durante la atención por emergencia.

No se acepta para el mismo o similar diagnóstico en el mismo día con Atención de Tópico o Consulta Externa o Atención de Emergencia con Observación. El internamiento es una nueva prestación. Se cubre atenciones de urgencia en Planes A, B y C, sólo si el diagnóstico y el manejo lo justifican. En el Plan D sólo se reconocerán diagnósticos de emergencia médica y no las de urgencia.

Sólo para el Plan A se reconocerán los diagnósticos de **Urgencia** (si brindan el tratamiento completo y en horario donde no funciona Consultorio Externo). Son patologías de inicio agudo donde no está en riesgo la vida y requiere atención



ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

DRA. ANA MARÍA HOLGADO SALAZAR
Secretaría General
Ministerio De Salud

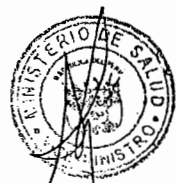
inmediata. Generalmente cursa con fiebre alta o dolor agudo. Para efectos de pago se considerarán como prestación de Atención de Emergencia.

- i) **Atención de Emergencia con Observación.-** Comprende la atención por profesional médico en el Servicio de Emergencia y que luego del manejo inicial (medicamento o apoyo al diagnóstico), es necesario observar su evolución, mayor a 6 horas y hasta 24 horas.



Dependiendo de su evolución, el paciente puede ser dado de alta, hospitalizado o referido a otro establecimiento de mayor complejidad. La tarifa cubre el costo de los medicamentos, exámenes auxiliares, materiales e insumos consumidos durante la atención de emergencia.

La permanencia para observación, el internamiento o la referencia deberá ser justificada con el diagnóstico. La "observación" no es por la espera para el resultado de un examen, sino para tomar decisiones sobre el manejo médico o quirúrgico, dependiendo de su evolución y de la respuesta al tratamiento brindado. No se reconocerá simultáneamente con "Atención de Emergencia" o "Consulta Externa". El internamiento es una nueva prestación.



Intervención Médico-Quirúrgica Ambulatoria.- Es la atención por profesional médico. Se refiere al conjunto de procedimientos y actividades acordes con un diagnóstico o tratamiento médico establecido. La tarifa reconoce el costo de los medicamentos, exámenes auxiliares, materiales e insumos consumidos durante la intervención quirúrgica y durante la estancia del paciente en el establecimiento de salud.

Ej. de procedimientos quirúrgicos ambulatorios: Limpieza quirúrgica de heridas operatorias, Extirpación de tumores de partes blandas, Circuncisión, Cura quirúrgica de hernia umbilical, Reducción de fracturas y/o luxaciones y Tratamiento quirúrgico de quemaduras de I y II grado, etc.



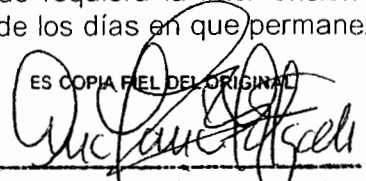
- k) **Internamiento en Establecimiento de Salud.-** Es la atención profesional médica no quirúrgica, de un beneficiario con patología cuya solución requiere del internamiento del paciente por un periodo superior a 24 horas. Se paga por paciente egresado. La tarifa cubre el costo de los materiales e insumos consumidos, los medicamentos utilizados, los gastos de hotelería y alimentación del paciente durante la estancia en el establecimiento de salud.

No se reconocerá si se reporta dentro del periodo de la hospitalización por el parto, cesárea o intervenciones quirúrgicas. Tampoco serán validas cuando el diagnóstico no lo justifica (ej. diarrea, bronquitis, asma, infección urinaria, falso trabajo de parto, hiperemesis gravídica leve); para reconocer la prestación deberá existir un 2ª diagnóstico o ser más específico (ej. depleción de volumen, neumonía, estado asmático, insuficiencia respiratoria, pielonefritis, hiperemesis gravídica moderada)

- l) **Internamiento con Intervención Quirúrgica Menor.-** Es la atención profesional médica Comprende los casos en los que el paciente luego de una intervención quirúrgica menor requiere de un internamiento superior a 24 horas. La tarifa cubre los exámenes auxiliares y los medicamentos consumidos durante el procedimiento quirúrgico y los gastos incurridos durante la estancia del paciente (hotelería y alimentación, etc.). Incluye todos los días que requiera la intervención y el post quirúrgico, y no se reconocerá por cada uno de los días en que permanezca hasta el alta.



ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL


Dr. ANA MARIA HOLGADO SALAMANCA
Secretaría General
Ministerio De Salud

Ej. Limpieza quirúrgica de heridas operatorias, orquidopexia uni o bilateral, hernioplastia umbilical, tratamiento quirúrgico de quemaduras de II grado, etc.

- m) **Internamiento con Intervención Quirúrgica Mayor (no Cesárea).**- es la atención profesional médica. Comprende los casos de beneficiarios que presentan daños cuya solución requiere de una intervención quirúrgica mayor, por lo tanto, tendrán un período de control postoperatorio bajo internamiento mayor a 24 horas. La tarifa cubre los medicamentos, materiales, exámenes auxiliares utilizados, previos, durante y posterior a la operación, además de los gastos de hotelería y alimentación durante la estancia del paciente.

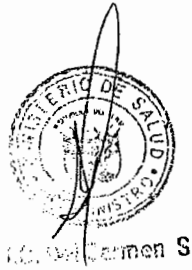


P. Mazzetti S.

En esta prestación no debe considerarse la cesárea. Incluye todos los días que requiera la intervención y el post quirúrgico y no se reconocerá por cada uno de los días en que permanezca hasta el alta.

Ej. Laparotomía exploratoria, herniorrafias complicadas/ recidivantes, resección, reparación y enterostomías y otras del intestino, resección de tumores abdomino-pélvicos, apendicectomía, etc.

- n) **Internamiento en Cuidados Intensivos (UCI).**- La tarifa reconoce el costo de los materiales e insumos consumidos en dichos procedimientos y de los medicamentos requeridos durante su estancia en la UCI. El SIS sólo pagará por esta prestación a los establecimientos en los que se puede verificar este Servicio y esté acreditado por la DGSP/ MINSA. Esta prestación incluye todos los días que permanece en UCI y no se reconocerá por periodos ante un mismo daño.



M. M. C. C. C.

o) **Transfusión sanguínea en caso de Emergencia (una o más unidades).**- La tarifa cubre parcialmente los costos para la reposición de materiales e insumos utilizados en el tamizaje y almacenamiento de sangre. Con fines de control el SIS paga por paciente transfundido. de ser necesario más de una unidad de transfusión será evaluado por el SIS. La tarifa no cubre el derivado sanguíneo.



A. M. C. C. C.

- p) **Traslado de Emergencia Rural en la Costa.**- Se refiere a todo traslado de emergencia de un beneficiario del SIS y que ocurre en el ámbito rural de los departamentos de la costa peruana (no incluye zonas urbano marginales o periurbanos). La tarifa cubre el costo del traslado de una persona entre 10 y 30 Km.

Sólo se reconocerá cuando el diagnóstico lo justifique y cuando sea de un establecimiento a otro de mayor nivel de complejidad. El SIS no reconocerá el traslado para exámenes de ayuda al diagnóstico en pacientes ambulatorios. En caso contrario, el gasto será asumido por el establecimiento que originó la referencia.

- q) **Traslado de Emergencia Rural en la Sierra y Selva.**- Se refiere a todo traslado terrestre de emergencia de un beneficiario del SIS que ocurre en las zonas rurales de los departamentos de la sierra y selva peruana (no incluye zonas urbano marginales o periurbanos). La tarifa cubre el costo de traslado de una persona para distancias mayores de 30 Km. a 150 km.; por encima de este kilometraje se pagará por consumo de combustible documentado. El SIS no reconocerá el traslado para exámenes de ayuda al diagnóstico en pacientes ambulatorios.

Sólo se reconocerá cuando el diagnóstico lo justifique y cuando sea de un establecimiento a otro de mayor nivel de complejidad. El SIS no reconocerá el traslado, para exámenes de ayuda al diagnóstico En caso contrario, el gasto será asumido por el establecimiento que originó la referencia. Solo si existiese otra vía



D. C. C. C. C.



ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

Dra. ANA MARÍA HOLGADO SALAMANCA
Secretaría General
Ministerio De Salud

de traslado (fluvial, aérea) las tarifas serán establecidas para cada caso en particular y evaluada por el SIS.

- r) **Traslado de Emergencia Periurbano.**- La tarifa cubre el traslado de emergencia del beneficiario desde una zona periurbana al hospital de Referencia más cercano.

Sólo se reconocerá cuando el diagnóstico lo justifique y cuando sea de un establecimiento a otro de mayor nivel de complejidad, o cuando trasladen al paciente del establecimiento al Aeropuerto o viceversa. No se reconoce para exámenes de ayuda al diagnóstico en pacientes ambulatorios. En caso contrario, el gasto será asumido por el EE.SS. que originó la referencia.

- s) **Traslado Nacional de Emergencia.**- Se refiere al traslado del beneficiario de cualquier región a Lima. En caso de asegurado menor de 5 años, se considera un pago adicional con la misma tarifa por un familiar acompañante.

Se realizará cuando la capacidad resolutive de la Región no pueda resolver el daño o no cuente con el apoyo al diagnóstico. El SIS no reconocerá el traslado para exámenes de ayuda al diagnóstico en pacientes ambulatorios. Sólo se reconocerá cuando el diagnóstico lo justifique y cuando el establecimiento de destino de la referencia es un establecimiento de mayor nivel de complejidad, y cumplan con la normatividad vigente del MINSA sobre los procedimientos del Sistema de Referencia y Contrarreferencia. En caso contrario, el gasto será asumido por el establecimiento que originó la referencia.

- t) **Sepelio.**- Reconocimiento de parte de los gastos producidos como consecuencia del fallecimiento del beneficiario del SIS. Cubre los servicios de capilla ardiente, nicho para el paciente fallecido, ataúd y el traslado del fallecido al lugar de donde fue referido. Prestación válida para los inscritos y afiliados. Se reconoce la prestación si cumple los requisitos de la Directiva de Sepelio.



ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

Dra. ANA MARÍA HOLGADO SALAMANCA
Secretaría General
Ministerio De Salud