

ADENDA N° 1 AL CONVENIO DE COOPERACION INTERINSTITUCIONAL EN SALUD ENTRE EL SEGURO SOCIAL DE SALUD – RED ASISTENCIAL PIURA Y LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE PIURA – HOSPITAL UNIVERSITARIO

Conste por el presente documento, la **Adenda N° 1 al Convenio de Cooperación Interinstitucional en Salud entre el Seguro Social de Salud – Red Asistencial Piura y la Universidad Nacional de Piura – Hospital Universitario**, que celebran de una parte el **SEGURO SOCIAL DE SALUD – ESSALUD – Red Asistencial Piura**, con RUC N° 20131257750, con domicilio legal en Jr. Domingo Cueto N° 120, distrito de Jesús María, departamento y provincia de Lima, con registro en SUSALUD N° 10002, representada por el Gerente General Dr. Walter Efraín Borja Rojas, identificado con DNI N° 22493873, con facultades de representación mediante la Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 847-PE-ESSALUD-2023 y autorizado para la suscripción del presente convenio mediante Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 49-PE-ESSALUD-2022, a quien en adelante se le denominará **LA IAFAS**, y de otra parte la **UNIVERSIDAD NACIONAL DE PIURA, a través de su Establecimiento de Salud – Hospital Universitario**, con RUC N° 20172606777, con domicilio legal en Campus Universitario s/n, Urbanización Miraflores, Distrito de Castilla, Provincia de Piura y Departamento de Piura, con registro en SUSALUD N° 00023087, representado por su Rector, Dr. Santos Leandro Montaña Roalcaba, con DNI N° 17825138, acreditado mediante Resolución del Comité Electoral N° 0035-P.E.R.yVCR-CEUNP-2019, a quien en adelante se le denominará **LA IPRESS**, en los términos y condiciones siguientes:

CLÁUSULA PRIMERA: ANTECEDENTES

Con fecha 30 de octubre del 2019, las partes suscribieron el Convenio de Cooperación Interinstitucional en Salud entre el Seguro Social de Salud – Red Asistencial Piura y la Universidad Nacional de Piura – Hospital Universitario, en adelante **EL CONVENIO**, el cual tiene por objeto que **LA IPRESS** brinde los servicios de salud de acuerdo a lo establecido en los Anexos N° 02, 07 y 08, que forman parte de **EL CONVENIO**, a los asegurados de LA IAFAS, que se encuentran debidamente acreditados, de acuerdo a su Plan de Salud, pertenecientes al ámbito detallado en el Anexo N° 10, que forman parte de **EL CONVENIO**.

Adicionalmente, **EL CONVENIO** establece en su Cláusula Vigésima Primera: De la Vigencia del Convenio, que se celebra por el plazo de tres (03) años, a cuyo término podrá renovarse mediante la suscripción de la respectiva adenda y que **EL CONVENIO** comienza a regir a partir del día siguiente a su suscripción.

Por otro lado, la Cláusula Vigésima Tercera: De las modificaciones del Convenio, establece que **EL CONVENIO** podrá ser ampliado en su vigencia, modificado y/o interpretado en sus alcances mediante Adendas, las que debidamente suscritas por los representantes de cada una de las partes intervinientes, formarán parte integrante del Convenio, las cuales estarán sujetas a la normatividad legal vigente.

CLÁUSULA SEGUNDA: OBJETO DE LA ADENDA

De conformidad con lo establecido en la Cláusula Vigésima Tercera del **CONVENIO**, por la presente Adenda, **LAS PARTES** acuerdan:

- 2.1 **PRORROGAR** la vigencia del **CONVENIO**, a partir del 31 de octubre 2022 hasta el 31 de diciembre del 2023, pudiendo ser ampliado, modificado y/o interpretado por acuerdo de **LAS PARTES**, de ser necesario mediante la suscripción de una Adenda.
- 2.2 **MODIFICAR** el nombre del convenio a partir del 31 de octubre 2022, debiéndose denominar: *“Convenio de Intercambio Prestacional en Salud entre el Seguro Social de Salud – EsSalud, Red*

Asistencial Piura y la Universidad Nacional de Piura – Hospital Universitario, en el marco del Decreto Legislativo N° 1302”.

- 2.3 **ESTABLECER** que, a partir del 31 de octubre 2022, las Cláusulas del Convenio de Intercambio Prestacional en Salud entre el Seguro Social de Salud – EsSalud, Red Asistencial Piura y la Universidad Nacional de Piura – Hospital Universitario, en el marco del Decreto Legislativo N° 1302, las mismas que han sido adecuadas en virtud a las disposiciones establecidas en la Resolución de Superintendencia N° 004-2020-SUSALUD/S, quedarán redactadas de la siguiente manera:

CLÁUSULA PRIMERA: DE LOS ANTECEDENTES

1. Mediante Ley N° 29344 se aprobó la "Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud" con el objeto de garantizar el derecho pleno y progresivo de toda persona a la Seguridad Social en Salud, estableciéndose en su Primera Disposición Complementaria que el Ministerio de Salud queda autorizado a iniciar el proceso de aseguramiento en salud a través de la implementación en regiones piloto del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS).
2. Mediante Decreto Supremo N° 020-2014-SA, se aprueba el Texto Único Ordenado TUO de la Ley N° 29344 Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, cuyo objeto es establecer el marco normativo del aseguramiento universal en salud, a fin de garantizar el derecho pleno y progresivo de toda persona a la seguridad social en salud. así como normar el acceso y las funciones de regulación, financiamiento, prestación y supervisión del aseguramiento.
3. El Decreto Legislativo N° 1302, que "optimiza el Intercambio Prestacional en Salud en el Sector Público, establece en su Artículo 1° que su objeto es dictar disposiciones destinadas a optimizar el intercambio prestacional en salud en el sector público, con el fin de brindar servicios de salud para sus asegurados con accesibilidad, equidad y oportunidad. mediante la articulación de la oferta pública existente en el país. Asimismo, establece en su Artículo 4° que el intercambio prestacional en Salud es obligatorio para las IAFAS. UGIPRESS y las IPRESS públicas en todo el país, siempre que la capacidad de atención de las IAFAS públicas que la requiera no pueda ser satisfecha por su red propia y preferente, conforme a la normativa, y que la institución pública requerida cuente con la capacidad de oferta para proceder al intercambio prestacional en Salud, siendo aplicable las reglas especiales y procedimientos establecidos en el presente Decreto Legislativo y su Reglamento.

CLÁUSULA SEGUNDA: BASE LEGAL

1. Constitución Política del Perú
2. Decreto Legislativo N° 295, Código Civil,
3. Ley N° 26842, Ley General de Salud y sus modificatorias.
4. Ley N° 26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud, y sus modificatorias.
5. Ley N° 27056, Ley de Creación del Seguro Social de Salud (ESSALUD).
6. Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, cuyo Texto Único Ordenado fue aprobado por el Decreto Supremo N° 020-2014-SA.
7. Ley N° 29414, Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud, y su Reglamento, aprobado por Decreto Supremo N° 027-2015-SA, y sus modificatorias.
8. Ley N° 29733, Ley de protección de datos personales y sus modificatorias, así como su Reglamento, aprobado por Decreto Supremo N° 003-2013-JUS.
9. Ley N° 30024, Ley que crea el Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas, y sus modificatorias, así como Reglamento aprobado por Decreto Supremo N° 009-2017-SA.

10. Ley N° 30895, Ley que fortalece la función rectora del Ministerio de Salud.
11. Decreto Supremo N° 082-2019-EF, Decreto Supremo **que aprueba el Texto Único Ordenado de la Ley N° 30225, Ley de Contrataciones del Estado**, y su Reglamento, aprobado por Decreto Supremo N° 344-2018-EF, y sus modificatorias.
12. Decreto Legislativo N° 1158 Decreto Legislativo que dispone medidas destinadas al fortalecimiento y cambio de denominación de la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud y su modificatoria.
13. Decreto Legislativo N° 1289, que dicta Disposiciones destinadas a optimizar el Funcionamiento y los servicios de la Superintendencia Nacional de Salud.
14. Decreto Legislativo N° 1306, Decreto Legislativo que optimiza procesos vinculados al Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas.
15. Decreto Legislativo N° 1302, que Optimiza el Intercambio Prestacional en Salud en el sector público.
16. Decreto de Urgencia N° 017-2019, Decreto de Urgencia que establece medidas para la Cobertura Universal de Salud.
17. Decreto de Urgencia N° 007-2019, Decreto de Urgencia que declara a los medicamentos, productos biológicos y dispositivos médicos como parte esencial del derecho a la salud y dispone medidas para garantizar su disponibilidad, y sus modificatorias, así como su Reglamento, aprobado por Decreto Supremo N° 026-2019-SA.
18. Decreto Supremo N° 016-2002-SA, aprueba el Reglamento de Ley N° 27604 que modifica la Ley General de Salud N° 26842, respecto de la obligación de los establecimientos de salud a dar atención médica en caso de emergencias y partos.
19. Decreto Supremo N° 002-2019-SA, Aprueba el Reglamento para la Gestión de Reclamos y Denuncias de los Usuarios de las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud - IAFAS, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPRESS y Unidades de Gestión de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud -UGIPRESS, públicas, privadas y mixtas.
20. Decreto Supremo N° 010-2016-SA, Disposiciones para las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud Públicas.
21. Decreto Supremo N° 006-2020-SA, Mecanismos para el pago de las prestaciones convenidas o contratadas que efectúa la IAFAS-SIS a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS).
22. Decreto Supremo N° 023-2021-SA, Decreto Supremo que aprueba la actualización del Plan Esencial de Aseguramiento de Salud.
23. Decreto Supremo N° 009-97-SA, aprueba el Reglamento de la Ley de Modernización de la Seguridad Social de Salud.
24. Decreto Supremo N° 002-99-TR, aprueba el Reglamento de la Ley N° 27056, Ley de Creación del Seguro Social de Salud, y modificatorias.
25. Decreto Supremo N° 008-2010-SA, aprueba el Reglamento de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.
26. Decreto Supremo N° 012-2019-SA, Decreto Supremo que aprueba Reglamento del Decreto Legislativo N° 1302, que optimiza el intercambio prestacional en salud en el sector público.
27. Resolución Ministerial N° 751-2004-MINSA, Aprueban "Norma Técnica del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de los Establecimientos del Ministerio de Salud".
28. Resolución Ministerial N° 386-2006-MINSA, Aprueban la "Norma Técnica de Salud de los Servicios de Emergencia.
29. Resolución Ministerial N° 527-2011/MINSA, Resolución Ministerial que aprueba la "Guía Técnica para la Evaluación de la Satisfacción del Usuario Externo en los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".
30. Resolución Ministerial N° 099-2014-MINSA, Aprueban la Directiva Administrativa que establece la Cartera de Servicios de Salud.
31. Resolución Ministerial N° 902-2017-MINSA, que aprueba el Documento técnico "Catalogo de Procedimientos Médicos y Sanitarios de Sector Salud", y sus respectivas actualizaciones,



- 
- 
32. Resolución Ministerial N° 214-2018/MINSA, que aprueba la NTS N° 139-MINSA/2018/DGAIN: "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica", y su modificatoria.
 33. Resolución Ministerial N° 657-2019-MINSA, Resolución Ministerial que dispone implementar el Observatorio Nacional de Tarifas de Procedimientos Médicos y Sanitarios (ONT-PMS).
 34. Resolución Ministerial N° 688-2020/MINSA que aprueba la Directiva Administrativa N° 294-MINSA/2020OGTI, Directiva Administrativa que establece el tratamiento de los datos personales relacionados con la salud o datos personales en salud.
 35. Resolución de Superintendencia N° 004-2020-SUSALUD/S, Resolución de Superintendencia que aprueba las "Cláusulas Mínimas de los Contratos o Convenios suscritos entre las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS), Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) o las Unidades de Gestión de IPRESS (UGIPRESS)".

CLÁUSULA TERCERA: DEFINICIONES

Para los efectos del presente convenio y sin perjuicio de otras definiciones comprendidas en las normas se consideran las siguientes definiciones:

- 
- 
- 
- 
1. **Acreditación de asegurados:** Es el procedimiento de verificación de los requisitos que debe cumplir el asegurado para tener derecho a la cobertura de salud brindada por la IAFAS.
 2. **Alta:** Es el egreso de un paciente vivo de la IPRESS cuando culmina el proceso de hospitalización. La razón del alta puede ser por haber concluido el proceso de tratamiento, por traslado a otra IPRESS o a solicitud de paciente o persona responsable, requiriendo en todos los casos de la decisión del profesional médico. En concordancia con la R.M N° 265-2018/MINSA NTS-139-DGAIN/MINSA.
 3. **Asegurado:** Es el beneficiario directo de los servicios y beneficios de ESSALUD, de acuerdo con los requisitos exigidos y los derechos otorgados por la Ley (Ley N° 26790, Decreto Supremo N° 009-97-SA y normas complementarias).
 4. **Atención de salud:** Es toda actividad desarrollada por el personal de la salud para la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, que se brinda a la persona familia y comunidad, es integral considerando las Unidades Productoras de Servicios de Salud -UPSS y la cartera de servicios del establecimiento de la IPRESS.
 5. **Cartera de servicios de salud:** Es el conjunto de diferentes prestaciones de salud que brindan las IPRESS en los tres (3) niveles de atención de acuerdo a su capacidad resolutive y capacidad de oferta Incluye prestaciones de salud en promoción de la salud, prevención del riesgo o enfermedad, recuperación y rehabilitación de la salud.
 6. **Cobertura:** Protección financiera contra pérdidas específicas por problemas de salud, extendida bajo los términos de un contrato o convenio de aseguramiento.
 7. **Cobros indebidos:** Requerimiento de pago por indicación de la IPRESS a los asegurados, sus representantes y/o familiares, por concepto de medicamentos, insumos, procedimientos u otros conceptos administrativos que se requieren para la atención del asegurado, a pesar de encontrarse dentro de la cobertura de salud del asegurado.
 8. **Corrupción:** Es el mal uso del poder público o privado para obtener un beneficio indebido económico, no económico, ventaja, directa o indirecta; por agentes públicos privados o ciudadanos, vulnerando principios y deberes éticos, normas y derechos fundamentales.
 9. **Exclusiones:** Conjunto de intervenciones, prestaciones o gastos no cubiertos por las IAFAS a sus asegurados, detallados en el plan de salud o producto.
 10. **Gestión de Riesgos de Corrupción:** Es el conjunto de actividades coordinadas que permiten a la entidad identificar, analizar, evaluar, mitigar, eliminar o aceptar la ocurrencia de riesgos de corrupción en los procesos de su gestión. El resultado de todas estas actividades se materializa en el Mapa de Riesgos de Corrupción.

11. **Guías de práctica clínica:** Conjunto de recomendaciones desarrolladas de forma sistemática y basadas en la mejor evidencia científica disponible, para ayudar a profesionales y a pacientes a tomar decisiones sobre la atención sanitaria más apropiada, y a seleccionar las opciones diagnosticadas o terapéuticas más adecuadas a la hora de abordar un problema de salud o una condición clínica específica
12. **Mecanismo de Pago:** Es la forma en la que la IAFAS pública estructura y organiza la retribución económica al proveedor de servicios de salud por las prestaciones convenidas o contratadas, para generar distintos incentivos para la eficacia y la calidad para atender las necesidades de salud de la población.
13. **Modalidad de Pago Retrospectivo:** Es el pago que se realiza con posterioridad a la entrega de la prestación de salud, siempre que se considere válida.
14. **Planes de Aseguramiento en Salud:** Son listas de condiciones asegurables e intervenciones y prestaciones de salud que son financiadas por las IAFAS y se clasifican en los siguientes grupos: Plan Esencial de Aseguramiento en Salud – PEAS, Planes Complementarios y Planes Específicos.
15. **Procedimiento médico o sanitario:** Es la unidad básica de la prestación de salud que se otorga de manera individual a la población usuaria con fines preventivos, diagnósticos, terapéuticos y/o rehabilitación, la cual es realizada por el personal de salud en las IPRESS.
16. **Riesgo:** Aquella posibilidad de que suceda algún evento incierto que tendrá un impacto sobre los objetivos de la entidad
17. **Riesgo de corrupción:** Aquella posibilidad que, por acción u omisión, se use el poder para desviar la gestión de lo público hacia un beneficio privado.
18. **Prestación de Salud:** Es la unidad básica que describe los procedimientos realizados para la atención de las condiciones de salud de los asegurados.

CLÁUSULA CUARTA: DE LAS PARTES

DE LA IAFAS:

El Seguro Social de Salud – ESSALUD, inscrito en el Registro de Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud de la Superintendencia Nacional de Salud mediante Resolución N° 00102-2012-SUNASA/IRAR de la Intendencia de Regulación, Autorización y Registro, con Código único de IAFAS N° 10002; es una entidad administradora de fondos intangibles de la seguridad social, con personería jurídica de derecho público interno, adscrita al sector Trabajo y Promoción del Empleo, cuya finalidad es dar cobertura a los asegurados y derechohabientes, a través del otorgamiento de prestaciones de prevención, promoción, recuperación, rehabilitación, prestaciones económicas y prestaciones sociales que corresponden al Régimen Contributivo de la Seguridad Social en Salud, así como otros seguros de riesgos humanos; a quien en adelante se le denominará LA IAFAS, que, de conformidad con el marco legal vigente ha identificado una brecha de demanda insatisfecha respecto a sus asegurados en la Región de Piura.

DE LA IPRESS:

LA IPRESS ("ESTABLECIMIENTO DE SALUD - HOSPITAL UNIVERSITARIO"), es una unidad impulsada por la Oficina de Bienestar Universitario (OCBU) con la finalidad de brindar a la población universitaria y piurana servicios médicos de calidad orientados al cumplimiento de su lema: ciencia, salud y servicio, cimentado en valores como el compromiso, asistencia y solidaridad; y se encuentra inscrita en el Registro de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de la Superintendencia Nacional de Salud con Código de IPRESS N° 00023087. Los datos de la IPRESS se encuentran detallados en el Anexo N° 01.



La IPRESS es una Institución Prestadora de Servicios de Salud, a quien en adelante se le denominará LA IPRESS que, de conformidad con el marco legal vigente, ha determinado que cuenta con capacidad de oferta para atender la demanda insatisfecha de la IAFAS.

LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE PIURA, es propietaria del Hospital Universitario, es una institución que cuenta con personería jurídica de derecho público, que tiene autonomía normativa, de gobierno, académica, administrativa y económica de conformidad con lo establecido en la Constitución y el artículo 8° de la Ley N° 30220, Ley Universitaria.

CLÁUSULA QUINTA: DEL OBJETO DEL CONVENIO

Por el presente convenio y de conformidad con el marco legal que regula el Intercambio Prestacional en Salud, LA IPRESS se obliga a brindar los servicios de salud de conformidad con la Cartera de Servicios de Salud establecida en el Anexo N° 02 y según lo establecido en los Anexos N° 07 y 08 que forman parte del convenio, en beneficio de los asegurados de LA IAFAS que se encuentren debidamente acreditados, de acuerdo a su Plan de Aseguramiento de Salud.

La IAFAS se obliga a pagar a LA IPRESS por los servicios de salud que se presten a los asegurados según el mecanismo de pago, tarifas y demás condiciones acordadas entre ambas partes, según la Cláusula Novena y Anexos N° 03, 04, 05 y 09 que forman parte del Convenio..

LA IPRESS se obliga a garantizar una prestación de salud en condiciones óptimas de calidad y oportunidad a los asegurados, disponiendo para ello del personal idóneo, infraestructura y equipamiento adecuado para tal fin, según las normas vigentes.

CLÁUSULA SEXTA: DEL ÁMBITO DE APLICACIÓN DEL CONVENIO

Las partes acuerdan que el presente Convenio es de aplicación en el ámbito de la Red Asistencial Piura, beneficiando a población asegurada de LA IAFAS, reconocidos como demanda insatisfecha, con el propósito de optimizar la capacidad instalada e incrementar la oferta de servicios de salud, para el logro de los siguientes objetivos específicos.

- Brindar prestaciones de salud a los asegurados de **LA IAFAS** en la IPRESS interviniente en el presente convenio, para mejorar las condiciones de prestaciones asistenciales y ampliar la oferta asistencial, reduciendo la necesidad de salud de sus asegurados en términos de cantidad, calidad y oportunidad.
- Cumplir con lo establecido normativamente en materia de Intercambio Prestacional en Salud y cobertura universal en salud.

CLÁUSULA SÉPTIMA: DE LA ACREDITACIÓN DEL ASEGURADO

Para acceder a la prestación de salud es requisito obligatorio que el asegurado titular o derechohabiente presente: en el caso de ciudadanos peruanos, el Documento Nacional de Identidad (DNI) y en el caso de extranjeros el Carnet de Extranjería o pasaporte, Permiso Temporal de Permanencia, Carnet de solicitante de refugio u otro documento que permita acreditar su identidad, salvo las excepciones establecidas por Ley, al personal de admisión de la IPRESS, a fin de verificar su condición de asegurado y el contenido de su Plan de Salud, según la información proporcionada por La IAFAS financiadora de acuerdo al Modelo de Transacción Electrónica del Proceso de Acreditación de Asegurados en el Aseguramiento Universal en Salud

– Modelo SITEDS establecido por SUSALUD; excepcionalmente, de no contarse con este sistema, en el registro o sistema de acreditación que se encuentre habilitado por LA IAFAS.

De no actualizarse la información en línea o no reportarse novedades, se entenderá que continúa vigente la última información disponible del padrón de acreditados reportada por LA IAFAS financiadora.



CLÁUSULA OCTAVA: DE LAS PRESTACIONES DE SALUD

La cartera de servicios de salud y procedimientos de salud contratados en virtud del presente Convenio, corresponde a la Cartera de Servicios de Complejidad Creciente del Seguro Social de Salud (ESSALUD) aprobada mediante Resolución de Gerencia General N° 487-GG-ESSALUD-2014, la misma que se encuentra detallada en el Anexo N° 2 que forma parte del convenio y serán brindados según el Plan de Salud de la persona beneficiaria.



La IPRESS se obliga a brindar las prestaciones de salud contratadas en condiciones óptimas de calidad, seguridad y oportunidad; cumpliendo con el marco normativo, protocolos, guías de práctica clínica y estándares establecidos por la Autoridad Sanitaria Nacional, y disponiendo del personal idóneo, de infraestructura y equipamiento adecuado para cumplir tal fin.



La IPRESS se obliga a garantizar la disponibilidad de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios, según lo establecido por el Ministerio de Salud; cumpliendo como mínimo con el uso del Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales del Sector Salud – PNUME.

Los responsables de cada Institución establecerán de común acuerdo la programación y cupos correspondientes de cada prestación a intercambiar.

Las partes de común acuerdo podrán incrementar las prestaciones de salud a intercambiar, a través de la suscripción de la adenda correspondiente.



CLÁUSULA NOVENA: DE LAS MODALIDADES Y MECANISMOS DE PAGO

LA IAFAS se obliga a pagar a LA IPRESS mediante la modalidad de pago retrospectivo, bajo el mecanismo Per cápita, acordado por las partes según las condiciones establecidas en el Anexo N° 3 que forma parte del convenio, tarifa contenida en el Anexo N° 4 que forma parte del convenio, y según lo acordado en la Cláusula Décima del presente convenio.

Por las prestaciones brindadas en el marco del presente Convenio, LA IPRESS se obliga a no realizar ningún cobro directo o indirecto a los asegurados de LA IAFAS.

CLÁUSULA DECIMA: DE LA RECEPCIÓN, VALIDACIÓN Y CONFORMIDAD PRESTACIONAL

La IPRESS, garantiza que las prestaciones de salud otorgadas a los pacientes o usuarios de salud asegurados, se registran y comunican a la IAFAS y a SUSALUD de acuerdo al modelo de transacción electrónica de datos estandarizados establecido por SUSALUD.

La IPRESS tiene un plazo de hasta 25 días calendario, contados a partir del cierre del periodo prestacional, para remitir y asegurar la recepción de la solicitud del pago por parte de LA IAFAS.



LA IAFAS se obliga a pagar la contraprestación a LA IPRESS mediante el mecanismo de pago acordado entre LAS PARTES, luego de la recepción formal, oportuna y completa de la documentación correspondiente. La recepción, admisibilidad, validación y conformidad de la citada documentación es responsabilidad de la Oficina de Coordinación de Prestaciones y Atención Primaria de la Red Asistencial Piura.

Para los efectos de la validación y conformidad de la documentación que sustenta la prestación de salud, LA IAFAS no podrá excederse de diez (10) días calendario contados a partir del día siguiente de recibido el expediente con las liquidaciones y facturas de las prestaciones de salud brindadas durante el mes anterior. La IPRESS remitirá de manera mensual las liquidaciones y facturas por las prestaciones brindadas, culminada la prestación de salud y/o procedimiento.

De presentarse observaciones en relación a la recepción o conformidad debe consignarse en un acta indicándose claramente el sentido de éstas, en un plazo no mayor de 10 días calendarios, y debe otorgarse a la IPRESS un plazo no mayor a diez (10) días calendario para las subsanaciones correspondientes, en función a la complejidad del servicio. Todas las observaciones se deben realizar en un solo acto, no pudiendo presentarse después nuevas observaciones. De no cumplir la IPRESS con levantar las observaciones dentro del plazo acordado, se dará por aceptada la observación no pudiendo incluirse dicha prestación en la facturación correspondiente.

La IPRESS podrá presentar un recurso de reconsideración de las prestaciones observadas, el cual será canalizado y absuelto por la Oficina de Coordinación de Prestaciones y Atención Primaria (OCPyAP), para lo cual se otorgará un plazo de 07 días calendario a partir de la presentación del mismo, para determinar si procede o no su planteamiento y otorgar la conformidad.

Luego de otorgada la conformidad, LA IAFAS se compromete a efectuar el pago correspondiente, para el mecanismo de pago retrospectivo acordado, en los siguientes quince (15) días calendario respetando las condiciones establecidas en el convenio. El plazo se computa a partir del día siguiente de otorgada la conformidad.

En caso de exceder el plazo convenido para el pago, salvo caso fortuito o fuerza mayor debidamente justificado, la IPRESS tendrá derecho al pago de los intereses (Interés legal/tasa acordada), las mismas que han sido plenamente acordadas entre las partes previa a la suscripción del presente convenio.

Si alguna de las partes considera necesario realizar el reajuste de una tasa o costo, esta debe ser adecuadamente sustentada. Luego de la evaluación y de común acuerdo, se procede al reajuste respectivo mediante una adenda.

De no cumplir la IAFAS con comunicar las prestaciones observadas a la IPRESS dentro del plazo acordado, se tendrá por válida la prestación brindada.

Bajo ninguna circunstancia, la observación a una o más prestaciones brindadas por la IAFAS condiciona el pago del resto de las prestaciones que se encuentren conformes.

LA IAFAS no podrá retener el pago por las prestaciones brindadas a **LA IPRESS** por deudas ajenas al convenio.



CLÁUSULA DÉCIMA PRIMERA: DEL SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA QUE GARANTICE LA CONTINUIDAD DE LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD

En caso la IPRESS no cuente con capacidad resolutoria suficiente para atender las necesidades de salud del paciente o usuario de salud ésta comunica en forma inmediata a la IAFAS a efectos que adopte las acciones necesarias para salvaguardar la vida y la salud del paciente o usuario de salud asegurado.

La contraprestación pactada en la Clausula novena del presente convenio incluye los costos que implique el traslado del paciente o usuarios de salud.

En este caso, los costos que demanden el traslado y la atención de salud del paciente o usuario de salud son deducidos, en lo que corresponda, a la IPRESS en dicho periodo.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA: DEL PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE LOS RECLAMOS Y CONSULTAS DE LOS ASEGURADOS

La IPRESS, se compromete a capacitar al personal que labora en la Plataforma de Atención al Usuario en Salud, sobre el contenido del presente Convenio de Intercambio Prestacional en Salud a efectos que puedan brindar información y absolver consultas de los pacientes y usuarios que así lo requieran.

Las denuncias y reclamos que formulen los pacientes o usuarios de salud asegurados que se encuentren dentro del ámbito de aplicación del presente convenio son atendidas de conformidad con lo establecido en el Reglamento para la Gestión de Reclamos y Denuncias de los Usuarios de las IAFAS, IPRESS y UGIPRESS, públicas, privadas o mixtas, aprobado mediante Decreto Supremo N° 002-2019-SA.

Sin perjuicio de lo establecido en el párrafo anterior la IPRESS informa mensualmente a la IAFAS de la presentación, tramitación y resultados de las consultas y reclamos que presenten los asegurados comprendidos en el ámbito de aplicación del presente Convenio.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCERA: DE LAS OBLIGACIONES DE LAS IAFAS

Son obligaciones de LA IAFAS:

1. Informar a sus asegurados sobre el alcance de los servicios de salud contratados o convenidos con LA PRESS.
2. Implementar procedimientos de afiliación y desafiliación que incluyan la notificación oportuna al asegurado, para efectos del acceso a los servicios de salud contratados o convenidos con LA IPRESS.
3. Brindar oportunamente información a LA IPRESS sobre los asegurados con derecho a la atención de servicios de salud, coberturas y beneficios que les resulten aplicables.
4. Coordinar y asumir directamente la referencia de los asegurados a otras IPRESS, cuando corresponda.
5. Informar a la IPRESS sobre los procedimientos administrativos para la acreditación y atención de los asegurados y aquellos que se derivan en su relación con LA IAFAS, así como las modificaciones que se susciten.
6. Verificar que las IPRESS que conforman su red prestacional de salud cumplan con los procedimientos, protocolos y estándares de calidad y oportunidad de las prestaciones de salud que brindan de acuerdo a su nivel resolutorio. Para tal efecto, la IAFAS debe garantizar



que los recursos humanos, tecnológicos, de infraestructura, suministros, y en general todos sus parámetros de operación y entrega de servicios, cumplan con los estándares mínimos vigentes y la normatividad aplicable para tales efectos.

7. Pagar a la IPRESS por las prestaciones de salud brindadas a sus asegurados, según el mecanismo de pago, estructura de costos o tarifa concordada y demás condiciones acordadas entre las partes
8. Contar, para el desempeño de las funciones o actividades de auditoría médica, con personal que tenga como mínimo el Registro de Auditor Médico del Colegio Médico del Perú o con certificado de capacitación en auditoría prestacional para el caso de los otros profesionales de la salud.
9. Informar en forma detallada a los asegurados y a la IPRESS con la cual se tiene convenio, sobre cualquier modificación que se introduzca en los Planes de Salud con una anticipación no menor a cinco (5) días hábiles a su implementación en la IPRESS.
10. Establecer las condiciones particulares de las coberturas, de acuerdo a los Planes de Aseguramiento en Salud que oferten en el régimen que corresponda, concordante con el TULO de la Ley Marco de Aseguramiento en Salud y su Reglamento y demás disposiciones complementarias y conexas.
11. Implementar los aplicativos informáticos de acreditación, autorización, atención, validación conformidad, facturación, pago, así como lo dispuesto en el artículo 11 del Decreto Supremo N° 012-2019-SA, de manera progresiva, de acuerdo a lo establecido en la Primera disposición Complementaria Transitoria del citado Decreto Supremo.
12. Conformar el Comité de Supervisión que estará a cargo de las visitas inopinadas a la IPRESS a fin de evaluar el cumplimiento de las condiciones del Convenio.
13. Poner a disposición de los usuarios el Libro de Reclamaciones en Salud, de conformidad con las normas vigentes.
14. Otras que se deriven de las demás cláusulas del convenio y de la normatividad vigente

CLÁUSULA DÉCIMA CUARTA: DE LAS OBLIGACIONES DE LA IPRESS

Son obligaciones de LA IPRESS:

1. Brindar las prestaciones de salud establecidas en el presente Convenio con la IAFAS, según la Cartera de Servicios y Catálogo de Procedimientos Médicos y Sanitarios contratado.
2. Mantener vigente sus autorizaciones, licencias de apertura, funcionamiento y demás permisos que de acuerdo a ley le sean requeridos. Asimismo, se obliga a mantener vigente su registro ante SUSALUD.
3. Garantizar la verificación de la acreditación, identidad del paciente o usuario de salud y su condición de asegurado.
4. No realizar cobros indebidos, a los asegurados de LA IAFAS, por los servicios de salud que son objeto del presente convenio.
5. Permitir y otorgar las facilidades que correspondan a LA IAFAS, a fin que pueda realizar las intervenciones de auditoría médica y control prestacional que correspondan.
6. Cumplir con los procedimientos, protocolos y estándares de calidad y oportunidad de las prestaciones de salud que brindan de acuerdo a su nivel resolutivo, Para tal efecto, debe garantizar que los recursos humanos, tecnológicos, de infraestructura, suministros, y en general todos sus parámetros de operación y entrega de servicios, cumplan con los estándares mínimos vigentes y la normatividad aplicable para tales efectos.
7. No discriminar en su atención de salud a los asegurados de LA IAFAS por motivos de raza, sexo, religión, opiniones políticas, nacionalidad origen social, capacidad de pago o riesgo, discapacidad o de cualquier otra índole, en el marco de la normatividad vigente.

8. Guardar estricta confidencialidad y reserva respecto a la información de los asegurados de LA IAFAS y de aquella que se genere en LA IPRESS, respetando lo previsto en la Ley N° 29414, Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud y la Ley N° 29733, Ley de Protección de Datos Personales, así como en sus respectivos reglamentos.
9. No ceder a terceros, total o parcialmente los derechos y obligaciones de este Convenio que no hayan sido previamente acordado entre las partes.
10. Garantizar que las atenciones de salud se realicen de acuerdo a las orientaciones contenidas en protocolos y guías de práctica clínica vigentes, así como al llenado de los formatos de atención según los requerimientos de LA IAFAS.
11. Mantener una Historia Clínica única por paciente o usuario de salud, donde consta toda su atención de salud, sean ambulatorias, hospitalarias o de emergencia. La Historia Clínica cumple con todos los requisitos y condiciones dispuestas o permitidas por las normas aplicables para tal propósito. La IPRESS debe poner a disposición y/o entregar a la IAFAS la historia Clínica ya sea en medio físico o electrónico de los pacientes que se atiende en mérito del contrato. La Historia Clínica, deberá cumplir con todos los requisitos y condiciones dispuestas o permitidas en la Norma Técnica Salud N° 139-MINSA/2018/DGAIN: "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica", aprobada por la Resolución Ministerial N° 214-2018-MINSA, y la Directiva N° 001-GG-ESSALUD-2014, "Gestión de la Historia Clínica en los Centros Asistenciales del Seguro Social de Salud - ESSALUD", aprobada por la Resolución de Gerencia General N° 107-GG-ESSALUD-2014, o las que se encuentren vigentes.
12. Informar a la IAFAS, en los casos que corresponda, sobre asegurados con contingencias que exceden la cobertura contratada o la capacidad resolutoria de LA IPRESS, para su respectiva referencia a otra IPRESS, según corresponda, garantizando la continuidad de la atención de salud y la seguridad del asegurado durante su traslado a otra IPRESS, de acuerdo a la normatividad vigente.
13. Brindar oportunamente información a LA IAFAS, al paciente o usuario de salud y/o a su familiar, cuando la cobertura esté por culminar a fin de indagar si cuenta con algún otro tipo de seguro de salud y de esta manera, la IPRESS realice las gestiones que corresponda con la nueva IAFAS para que esta brinde la cobertura de las prestaciones cuando la cobertura de la primera IAFAS se haya agotado.
14. Presentar a LA IAFAS toda la información necesaria para el control y validación de los servicios de salud, así como los indicadores prestacionales y demás información requerida por SUSALUD.
15. Informar de inmediato a LA IAFAS sobre cualquier evento extraordinario o inusual que pudiera afectar la debida y oportuna atención de salud a los asegurados.
16. Otorgar certificados de incapacidad temporal para el trabajo, cuando corresponda, de acuerdo a la Directiva N° 15 -GG-ESSALUD-2014, "Normas y Procedimientos para la Emisión, Registro y Control de las Certificaciones Médicas por Incapacidad y Maternidad en ESSALUD", aprobada con Resolución de Gerencia General N° 1311-GG-ESSALUD-2014¹, y según Manual de Procedimientos para la Validación de los Certificados Médicos por el Certificado de Incapacidad Temporal para el Trabajo (CITT), o la que se encuentre vigente.
17. Asumir la responsabilidad por los daños y perjuicios ocasionados por las acciones u omisiones en la prestación del servicio o como consecuencia de ello, así como de las acciones penales y administrativas que se originen por dichas acciones u omisiones.
18. Implementar los aplicativos informáticos de acreditación, autorización, atención, validación conformidad, facturación, pago, así como lo dispuesto en el artículo 11 del Decreto Supremo N° 012-2019-SA, de manera progresiva, de acuerdo a lo establecido en la Primera disposición Complementaria Transitoria del citado Decreto Supremo.



19. La IPRESS se compromete a utilizar los siguientes sistemas y aplicativos informáticos: EsSalud Sistema de Servicios Inteligente (ESSI), Sistema de Referencias y Contrarreferencias, Sistema Integrado de Atención al Asegurado (RIAS), el aplicativo de Registro Informático de Intervención defensorial – RIIS, Sistema de Vigilancia de Salud Renal y otros softwares de ESSALUD necesarios.
20. Poner a disposición de los usuarios el Libro de Reclamaciones en Salud, de conformidad con las normas vigentes. LA IPRESS debe garantizar la implementación de una plataforma de atención al asegurado con la disponibilidad de un "libro de reclamaciones físico o virtual" y el flujo correspondiente, para la atención de consultas, quejas y reclamos de los usuarios, de acuerdo a las especificaciones técnicas y señalética de la Oficina de Defensoría del Asegurado de LA IAFAS y en articulación con el Decreto Supremo N° 030-2016-SA, debiendo garantizar el cumplimiento de las etapas de atención del proceso (Admisión y Registro, Investigación, Resultado - Notificación, Archivo y Custodia del Expediente). Siendo el plazo máximo de atención de los reclamos no debe exceder de los treinta (30) días hábiles, contados desde el día siguiente de su recepción por la IPRESS.
21. La programación asistencial de cupos de atención de todos los grupos ocupacionales en los sistemas de información ESSI debe estar abierto como mínimo durante cuatro meses, acorde a lo establecido en la Resolución de Gerencia General N°417-GG-ESALUD-2016 que actualiza la Directiva de Gerencia General N° 012-GG-ESSALUD-2015, o la que se encuentre vigente.
22. Cumplir con las demás obligaciones que se deriven del presente Convenio o establecidas en la Ley General de Salud, reglamento de establecimientos de Salud y Servicios, médicos de apoyo, y demás normas aplicables.
23. Otras que se deriven de las demás cláusulas del presente convenio.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA: AUDITORÍA MÉDICA Y CONTROL DE LA SINIESTRALIDAD

LA IAFAS tiene la facultad de efectuar auditorías médicas de validez prestacional y/o control de la siniestralidad, con la finalidad de verificar las prestaciones de salud brindadas por LA IPRESS, a sus asegurados. Para tal efecto LA IAFAS podrá efectuar, indistintamente, lo siguiente:

- a) Verificación de las condiciones de la infraestructura y equipamiento de acuerdo a estándares consensuados y normativa vigente, a través de las visitas inopinadas y acciones de supervisión, tomando como instrumentos de evaluación la NTS N° 021-MINSA/DGSP-V.03 Norma Técnica de Salud "Categorías de Establecimientos del Sector Salud", aprobada por Resolución Ministerial N° 546-2011-MINSA, y la Directiva N° 18-GG-ESSALUD-2013 "Definición, características y funciones de los establecimientos de salud del Seguro Social de Salud ESSALUD".
- b) Aplicación de Encuestas de Satisfacción de Asegurados, según normas técnicas del ente rector (semestral), según la "Guía Técnica para la Evaluación de la Satisfacción del Usuario Externo en los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo", aprobada por Resolución Ministerial N° 527-2011-MINSA.
- c) Efectuar Auditoría y/o control de calidad de registro de las historias clínicas de los asegurados, cumplimiento de la Directiva N° 10-GCPS-ESSALUD-2014 "Normas y Procedimientos de Auditoría Médica de Prestaciones de Salud de EsSalud"
- d) Verificar y evaluar los procesos administrativos y financieros referidos al reconocimiento de la cobertura de las prestaciones de salud.
- e) Realizar otras actividades de control que los auditores consideren pertinentes durante el desarrollo del presente convenio.

La IAFAS puede formular observaciones sobre aspectos médicos y administrativos o de tarifas relacionadas con la prestación de salud que se haya brindado a los asegurados, las cuales serán

comunicadas a la IPRESS de acuerdo al procedimiento previsto en el presente Convenio, a efectos que, de ser necesario se implementen acciones correctivas.

Debe considerarse que no todas las observaciones que plantee la IAFAS obligatoriamente deben conllevar a la implementación de medidas correctivas, siendo que cada una de ellas debe ser estudiada, analizada y comprobada para que de ser necesario se admitan o no las medidas correctivas.

Todas las observaciones que LA IAFAS comunique a LA IPRESS, así como las respuestas de ésta deben constar por escrito y sustentarse técnica y razonablemente, con base en evidencia científica.

Si como consecuencia de la auditoría a las prestaciones de salud, LA IAFAS detectase alguna prestación que no ha sido realizada, el valor de la misma será deducido del monto a pagar

Las observaciones a las prestaciones registradas son tramitadas conforme a lo establecido en el presente Convenio. La inobservancia de las recomendaciones formuladas que afecten o pongan en grave riesgo la vida y la salud de los pacientes o usuarios de salud asegurados podrá dar lugar a la resolución del presente Convenio.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA: GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

LA IPRESS aplicará guías de práctica clínica en las prestaciones de salud convenidas, en concordancia con las normas emitidas por el MINSA. En caso de no disponer de Guías Nacionales, la IPRESS podrá optar por evidencia científica disponible.

Las guías de diagnóstico y tratamiento no sustituyen el juicio médico en los casos en que, por circunstancias particulares debidamente fundamentadas, sea necesario apartarse de las mismas.

CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA: CÓDIGOS Y ESTÁNDARES

En la remisión de información entre LA IAFAS y la IPRESS, se utilizan obligatoriamente los códigos y estándares establecidos normativamente por la Superintendencia Nacional de Salud y el MINSA, así como los formatos aprobados por estas instituciones.

Las partes se comprometen a implementar los aplicativos informáticos de acreditación, autorización, atención, validación, conformidad, facturación, pago, así como lo dispuesto en el artículo 11 del Decreto Supremo N° 012-2019-SA, de manera progresiva, de acuerdo a lo establecido en la Primera disposición Complementaria Transitoria del citado Decreto Supremo.

CLÁUSULA DECIMA OCTAVA: RESOLUCIÓN O CONCLUSIÓN DEL CONVENIO

Son causales de resolución o conclusión del presente convenio las siguientes:

- De común acuerdo entre ambas partes. Cualquiera de las partes puede resolver el convenio, sin responsabilidad de ninguna de ellas, en caso fortuito o fuerza mayor que imposibilite de manera definitiva la continuidad del mismo. Para dicho efecto, se deberá comunicar de forma escrita a los domicilios señalados por las partes, con una anticipación no menor de treinta (30) días hábiles previos



- b) Incumplimiento o el cumplimiento parcial, tardío o defectuoso de cualquier obligación de una de las partes. Para tal efecto la parte que se perjudica con el incumplimiento debe requerir por escrito notarialmente a la otra parte el cumplimiento de la obligación esencial contemplada en el presente convenio en el plazo de quince (15) días calendario, bajo apercibimiento de resolución del convenio. Si la prestación no se cumple dentro del plazo señalado, el convenio queda automáticamente resuelto.
- c) Cancelación de autorización de funcionamiento otorgada por la Superintendencia Nacional de Salud a la IAFAS o la cancelación de la inscripción de la IPRESS en el Registro Nacional de IPRESS - RENIPRESS.



Cuando se resuelva el convenio, por causas imputables a alguna de las partes, se debe resarcir los daños y perjuicios ocasionados a través de la indemnización correspondiente. Cualquiera de las partes podrá resolver el Convenio, sin responsabilidad de ninguna de ellas, en caso fortuito o fuerza mayor que imposibilite de manera definitiva la continuación del Convenio.

En el caso de un paciente o usuario de salud asegurado que esté recibiendo atenciones de salud por hospitalización al momento de la resolución del convenio, LA IAFAS a través de LA IPRESS que forma parte de su red de prestaciones de salud, garantizará la continuidad de su atención, hasta su recuperación, alta o transferencia autorizada a otra IPRESS, lo que ocurra primero. LA IAFAS debe cubrir con el pago de dichas atenciones según las condiciones pactadas en el presente convenio.

LAS PARTES quedan obligadas al cumplimiento de sus obligaciones hasta el momento en que se haga efectiva la resolución.



CLÁUSULA DÉCIMA NOVENA: RESPONSABILIDAD POR DEFECTOS O VICIOS OCULTOS

La conformidad del servicio por parte de LA IAFAS no enerva su derecho a reclamar posteriormente por defectos o vicios ocultos, conforme a lo dispuesto en la normativa que rige la materia. El plazo máximo de responsabilidad de LA IPRESS es de un (01) año.



CLÁUSULA VIGÉSIMA: DE LAS PENALIDADES

De común acuerdo las partes establecen que se aplicarán las penalidades descritas en el Anexo N° 05, ante el incumplimiento de las obligaciones asumidas por LA IPRESS, las cuales regirán a partir de la suscripción del convenio.

Cuando una de las partes no ejecute injustificadamente las obligaciones asumidas, debe resarcir a la otra parte por los daños y perjuicios ocasionados, a través de la indemnización correspondiente.

Ello no impide la aplicación de las sanciones administrativas y/o penales a que dicho incumplimiento diere lugar, en el caso que éstas correspondan, sin que ello las exima del cumplimiento de las demás obligaciones previstas en el presente convenio.



CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMERA: SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

En caso de controversias entre las partes firmantes del presente convenio se preferirá el trato directo.

En caso de persistir la controversia, las partes se someten de común acuerdo a la competencia del Centro de Conciliación o Arbitraje de servicio de conciliación y arbitraje en salud que consideren pertinente, en el marco de la normatividad vigente.

En caso las partes no alcancen un acuerdo sobre el centro de arbitraje competente, dentro de un plazo máximo de quince (15) días hábiles de suscitada la controversia, se entenderá como centro competente al Centro de Conciliación y Arbitraje (CECONAR) de la SUSALUD.

CLÁUSULA VIGÉSIMA SEGUNDA: ANTICORRUPCIÓN

Las partes reconocen, garantizan y certifican que todas las actividades a ser desarrolladas en cumplimiento de este convenio, serán realizadas en estricto cumplimiento de las disposiciones legales aplicables en materia anti-corrupción.

Las partes declaran y se comprometen a que sus representantes legales, funcionarios, servidores, las personas naturales y jurídicas con las que tiene relaciones directa o indirecta, no han ofrecido entregado, autorizado, negociado o efectuado, cualquier pago solicitado o aceptado alguna ventaja ilícita pecuniaria, económica o similar, o, en general, cualquier beneficio o incentivo en relación al convenio de Intercambio Prestacional en Salud.

Asimismo, declaran que no ofrecerán, entregarán, ni autorizarán o aceptarán ninguna ventaja ilícita pecuniaria, económica o similar durante la ejecución del presente convenio.

Las partes se comprometen a comunicar a la otra parte inmediatamente de haber tomado conocimiento de la ocurrencia de algunos de los supuestos antes contemplados a efectos de que se adopten las medidas preventivas y correctivas necesarias; comunicando asimismo a las instancias competentes a efectos que se determinen las responsabilidades disciplinarias, civiles o penales que pudieran corresponder.

El incumplimiento del deber de comunicación antes señalado constituye causal de nulidad del presente convenio.

CLÁUSULA VIGÉSIMA TERCERA: VIGENCIA DEL CONVENIO

El presente Convenio entra en vigencia desde su suscripción y puede ser prorrogado a través de Adendas.

CLÁUSULA VIGÉSIMA CUARTA: DE LA COORDINACIÓN

Para coadyuvar la ejecución e implementación del Convenio las partes designan como coordinadores a los siguientes:

Coordinador de **LA IAFAS**: La Oficina de Coordinación de Prestaciones y Atención Primaria de la Red Asistencial Piura.



Coordinador del **LA IPRESS**: La Dirección del Hospital Universitario.

Los coordinadores son responsables de verificar el cumplimiento de los requisitos y condiciones para la ejecución del convenio, así como de la correcta ejecución del convenio, debiendo, además, implementar medios y mecanismos para la Gestión del Riesgo de Corrupción, que puedan surgir como consecuencia de su suscripción.

De ser necesario, para la adecuación e implementación los sistemas informáticos, se considerará un periodo máximo de 60 días calendarios para que las partes efectúen las acciones correspondientes. Durante dicho periodo no existirá un compromiso de pago por parte de LA IAFAS.

CLÁUSULA VIGÉSIMA QUINTA: DEL DOMICILIO DE LAS PARTES

Las partes declaran el siguiente domicilio para efecto de las notificaciones que se realicen durante la ejecución del presente convenio:

- Domicilio de **LA IAFAS**: Av. Independencia S/N, Urb. Miraflores, Distrito de Castilla, Provincia y Región Piura.

- Domicilio de **LA IPRESS**: Esquina Av. Luis Montero y Av. Andrés Avelino Cáceres, Urb. Miraflores, Distrito de Castilla, Provincia y Región Piura.

La variación del domicilio de alguna de las partes debe ser notificada a la otra parte, formalmente y por escrito, con una anticipación no menor de quince (15) días calendario.

CLÁUSULA VIGÉSIMA SEXTA: DE LAS MODIFICACIONES AL CONVENIO

El presente convenio podrá ser ampliado, modificado y/o interpretado en sus alcances mediante Adenda, las que debidamente suscritas por los representantes de cada una de las instituciones intervinientes, formarán parte integrante del presente convenio, las cuales estarán sujetas a la normatividad legal vigente.

CLÁUSULA VIGÉSIMA SÉPTIMA: ANEXOS

Se establecen los siguientes Anexos que forman parte del convenio:

- ANEXO N° 1: RELACIÓN EESS DE LA IPRESS
- ANEXO N° 2: CARTERA DE SERVICIOS DE SALUD
- ANEXO N° 3: MECANISMO Y FORMA DE PAGO
- ANEXO N° 4: TARIFA DEL CONVENIO
- ANEXO N° 5: PENALIDADES
- ANEXO N° 6: DE LAS SUPERVISIONES POR PARTE DE LA RED ASISTENCIAL PIURA
- ANEXO N° 7: PROCEDIMIENTOS Y LINEAMIENTOS ESPECIFICOS
- ANEXO N° 8: LISTADO MÍNIMO DE MEDICAMENTOS
- ANEXO N° 9: INDICADORES SANITARIOS
- ANEXO N° 10: DELIMITACIÓN DE ZONA O SECTOR SANITARIO



CLÁUSULA TERCERA: DE LA CONFORMIDAD DE SERVICIOS

La Oficina de Coordinación de Prestaciones y Atención Primaria de la Red Asistencial Piura, en su condición de área usuaria de **LA IAFAS**, es responsable de otorgar la conformidad para el pago, previa evaluación del cumplimiento de los servicios efectivamente realizados durante el periodo de vigencia de la presente Adenda.

Estando conforme las partes en todas y cada una de las cláusulas, suscriben la presente Adenda en la ciudad de LIMA, a los 26 días del mes de OCTUBRE del 2023.



WALTER EFRAÍN BORJA ROJAS
Gerente General
SEGURO SOCIAL DE SALUD



SANTOS LEANDRO MONTAÑO ROALCABA
Rector
UNIVERSIDAD NACIONAL DE PIURA



ANEXO N° 1: RELACIÓN EESS DE LA IPRESS

N°	Nombre EESS	Región	Provincia	Distrito	Código RIPRESS	Nivel y Categoría
1	Hospital Universitario de la Universidad Nacional de Piura	Piura	Piura	Castilla	00023087	I-4



LEYENDA:

N°: Número de orden correlativo de Establecimientos de Salud

Nombre EESS: Nombre del establecimiento consignado en la Resolución de Creación o Categorización

Región, Provincia y Distrito: Ubicación Geopolítica del Establecimiento de Salud

Código RIPRES: Número de Código de Registro en el Registro de IPRESS – SUSALUD

Nivel y Categoría: Según RM 546-2011- NTS 021-DGSP V.03 Categorización MINSALUD



ANEXO N° 2: CARTERA DE SERVICIOS DE SALUD

01. ACTIVIDADES PREVENTIVO PROMOCIONALES

Las actividades preventivo promocionales, deben ser realizadas, siguiendo los lineamientos establecidos en la Cartera de Servicios de Complejidad Creciente del Seguro Social de Salud (ESSALUD), que se estructura en prestaciones por etapa de vida, dirigidas a la persona, a la familia e intervenciones a la comunidad, y comprende el listado mínimo de intervenciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, y fue aprobada mediante Resolución de Gerencia General N° 487-GG-ESSALUD-2014.

Actividades Preventivas Promocionales por Etapas de Vida

Niño (a) menor de 1 año

CÓDIGO	Niño menor de 1 año	META ²
99381.03	Atención preventiva de enfermedades prevalentes en el menor de 1 año	30%
99214	Evaluación médica	30%
99381	Atención Integral de salud del Niño (CRED) menor de 1 año	30%
D0140	Consulta estomatológica no especializada	15%
90713	Vacuna contra la poliovirus, inactivada (IPV) para su uso subcutáneo o intramuscular	55%
90723	Difteria, toxoide tetánico, vacuna contra pertusis acelular, hepatitis B, y vacuna poliovirus, inactivada (DtaPHepB-IPV) para uso intramuscular	55%
90669	Vacuna conjugada para neumococo, heptavalente, para uso intramuscular	55%
90681	Vacuna para rotavirus humano, atenuada, esquema de 2 dosis, vivo, para uso oral	55%
90744	Vacuna de la hepatitis B, dosis pediátrica o pediátrica/adolescente (esquema de 3 dosis) para uso intramuscular	55%
90657	Vacuna del virus de la influenza, trivalente, virus aislado, cuando se administra a niños de 6-35 meses de edad, para inyección intramuscular	55%
99411.01	Atención Temprana del Desarrollo. Áreas: Lenguaje, motora, de coordinación y social/Sesión. En menor de 1 año	30%
99401.05	Consejería en atención temprana del desarrollo	2%
99199.17	Suplementación con hierro	15%
99341	Consulta a domicilio para la evaluación y manejo de un paciente nuevo de no gravedad	10%
83051	Dosaje de hemoglobina en plasma	30%
85014	Hematocrito	30%
D1206	Aplicación de Flúor Barniz	15%



² META, se refiere a lo mínimo esperado en COBERTURA

Niño (a) de 1 a menos de 5 años

CÓDIGO	Niño de 1 a menos 2 años	META
99382.01	Atención preventiva de enfermedades prevalentes 1 a 4 años	30%
99214	Evaluación médica	30%
99382	Atención Integral de Salud del Niño (CRED) de 1 a 4 años	30%
D0140	Consulta estomatológica no especializada	10%
99411.02	Atención Temprana del Desarrollo. Áreas: Lenguaje, motora, de coordinación y social/Sesión.	30%
99401.05	Consejería en atención temprana del desarrollo	2%
90707	Vacuna viva de los virus del sarampión, parotiditis y rubeola (MMR), para inyección subcutánea	55%
90717	Vacuna viva de la fiebre amarilla, para uso subcutáneo	55%
90669	Vacuna conjugada para neumococo, heptavalente, para uso intramuscular	55%
90701	Administración de DPT	55%
99341	Consulta a domicilio para la evaluación y manejo de un paciente nuevo de no gravedad	10%
83051	Dosaje de Hemoglobina en plasma	30%
87211	Parasitológico – sedimentación en copa	30%
D1206	Aplicación de Flúor barniz	15%
99199.17	Suplementación con hierro	15%
85014	Hematocrito	30%



CÓDIGO	Niño de 2 a menos 5 años	META
99214	Evaluación médica	30%
99382	Atención Integral de Salud del Niño (CRED) de 1 a 4 años	30%
D0140	Consulta estomatológica no especializada	10%
99411.02	Atención Temprana del Desarrollo. Áreas: Lenguaje, motora, de coordinación y social/Sesión. 2 a 5 años	30%
99401.05	Consejería en atención temprana del desarrollo	2%
90701	Administración de DPT	35%
90707	Vacuna viva de los virus del sarampión, parotiditis y rubeola (SPR), para inyección subcutánea 4 años.	35%
99341	Consulta a domicilio para la evaluación y manejo de un paciente nuevo de no gravedad	10%
83051	Dosaje de Hemoglobina en plasma	30%
87211	Parasitológico – sedimentación en copa	30%
D1206	Aplicación de Flúor barniz	15%
85014	Hematocrito	30%

Niño (a) de 5 a menos de 12 años

CÓDIGO	Niño de 5 a menos 12 años	META ³
99383.01	Atención preventiva de enfermedades prevalentes 5 a 11 años	30%
99383	Atención Integral de Salud del Niño (CRED) de 5 a 11 años	30%
99214	Evaluación médica	30%
D0140	Consulta estomatológica no especializada	15%
83051	Dosaje de Hemoglobina en plasma	30%
85014	Hematocrito	30%
87211	Parasitológico – sedimentación en copa	30%
D1206	Aplicación flúor barniz	10%
D1208	Aplicación tópica de flúor gel	10%
D0415	Recolección de muestra de microorganismo para cultivo y prueba de sensibilidad	15%
D4322	Fijación y/o ferulización de piezas dentales con resina fotocurable	10%
D1351	Aplicación de Sellante por diente	10%
D4355	Raspaje dental; destartraje dental	10%

Adolescente de 12 a menos de 18 años

CÓDIGO	Adolescente de 12 a menos 18 años	META
99384.01	Atención preventiva de enfermedades prevalentes para el adolescente	30%
99384	Atención inicial y exhaustiva de medicina preventiva para el adolescentes (12 a 17 años)	30%
D0140	Consulta estomatológica no especializada	10%
90714	Toxoide tetánico y diftérico (Td) adsorbido, libre de preservante, cuando se administra en individuos de 7 años o mayores, para uso intramuscular	10%
99208	Atención en planificación familiar y salud reproductiva	30%
99402.05	Orientación/consejería en prevención de ITS, VIH, hepatitis B	10%
83051	Dosaje de Hemoglobina en plasma	30%
82947	Dosaje de glucosa en sangre, cuantitativo (excepto cinta reactiva)	30%
82465	Dosaje de Colesterol total en sangre completa o suero	30%
86703.01	Detección cualitativa de anticuerpo por inmunocromatografía para VIH 1-2	30%
87211	Parasitológico – sedimentación en copa	30%
D0415	Recolección de muestra de microorganismo para cultivo y prueba de sensibilidad	15%
D1206	Aplicación Tópica de Flúor barniz	15%
D4355	Raspaje dental; destartraje dental	15%

³ META, se refiere a lo mínimo esperado en COBERTURA

Adulto(a) de 18 a menos de 30 años

CÓDIGO	Adulto de 18 a menos 30 años	META
99385.01	Atención preventiva de enfermedades prevalentes para el joven	25%
D0140	Consulta estomatológica no especializada	15%
90714	Toxoide tetánico y diftérico (Td) adsorbido, libre de preservante, cuando se administra en individuos de 7 años o mayores, para uso intramuscular	10%
99402.03	Orientación/consejería en salud sexual y reproductiva	30%
99208	Atención en planificación familiar y salud reproductiva	30%
88141	Citopatología, vaginal o cervical (en cualquier sistema de información) requiriendo interpretación por un médico	27%
82465	Dosaje de Colesterol total en sangre completa o suero	25%
82947	Dosaje de glucosa en sangre, cuantitativo (excepto cinta reactiva)	25%
86703.01	Detección cualitativa de anticuerpo por inmunocromatografía para VIH 1-2	25%
82044	Dosaje de Albumina en orina, microalbumina semicuantitativa (p ej ensayo con tira reactiva)	25%
82570.01	Creatinina en orina simple	25%
D0415	Recolección de muestra de microorganismo para cultivo y prueba de sensibilidad	15%
D1206	Aplicación Tópica de Flúor barniz	15%
D4355	Raspaje dental, destartraje dental	15%

Adulto (a) de 30 a menos de 60 años

CÓDIGO	Adulto de 30 a menos 60 años	META ⁴
99386.01	Atención preventiva de enfermedades prevalentes para el adulto	25%
99403.01	Consejería nutricional: alimentación saludable	25%
D0140	Consulta estomatológica no especializada	15%
90714	Toxoide tetánico y diftérico (Td) adsorbido, libre de preservante, cuando se administra en individuos de 7 años o mayores, para uso intramuscular	15%
99402.03	Control / Orientación/consejería en salud sexual y reproductiva	30%
99402.05	Orientación/consejería en prevención de ITS, VIH, hepatitis B	10%
82465	Dosaje de Colesterol total en sangre completa o suero	25%
84478	Triglicéridos	25%
82947	Dosaje de glucosa en sangre, cuantitativo (excepto cinta reactiva)	25%
86703.01	Detección cualitativa de anticuerpo por inmunocromatografía para VIH 1-2	25%
82044	Dosaje de Albumina en orina, microalbumina semicuantitativa (p ej ensayo con tira reactiva)	25%
82570.01	Creatinina en orina simple	25%
82270	Determinación cualitativa de sangre oculta en heces por actividad peroxidasa (prueba de guayacol), con muestras recolectadas	25%

⁴ META, se refiere a lo mínimo esperado en COBERTURA

	consecutivamente para medición única, como parte de tamizaje de neoplasia colorrectal	
D0415	Recolección de muestra de microorganismo para cultivo y prueba de sensibilidad	15%
D1206	Aplicación flúor barniz	15%
D4355	Raspaje dental; destartraje dental	15%
77055	Mamografía unilateral	21%
88141	Citopatología, vaginal o cervical (en cualquier sistema de información) requiriendo interpretación por un médico	27%

Adulto (a) mayor de 60 años

CÓDIGO	Adulto Mayor, más de 60 años	META
99387.01	Atención preventiva de enfermedades prevalentes para el adulto mayor	25%
D0160	Consulta estomatológica especializada	15%
99214	Evaluación médica	25%
90661	Vacuna de virus de influenza derivado de cultivo celulares, subunidad libre de preservantes y antibióticos para uso intramuscular	40%
99341	Consulta a domicilio para la evaluación y manejo de un paciente nuevo de no gravedad	10%
99402.05	Orientación/consejería en prevención de ITS, VIH, hepatitis B	1%
82270	Determinación cualitativa de sangre oculta en heces por actividad peroxidasa (prueba de guayacol), con muestras recolectadas consecutivamente para medición única, como parte de tamizaje de neoplasia colorrectal	25%
82465	Dosaje de Colesterol total en sangre completa o suero	25%
84478	Triglicéridos	25%
82947	Dosaje de glucosa en sangre, cuantitativo (excepto cinta reactiva)	25%
82044	Dosaje de Albumina en orina, microalbumina semicuantitativa (p. ej. Ensayo con tira reactiva)	25%
82570.01	Creatinina en orina simple	25%
88141	Citopatología, vaginal o cervical (en cualquier sistema de información) requiriendo interpretación por un médico	27%
78351	Densitometría ósea (contenido mineral óseo) en uno o más lugares absorciometría con doble fotón	15%
77055	Mamografía unilateral	21%
D0415	Recolección de muestra de microorganismo para cultivo y prueba de sensibilidad	15%
D1206	Aplicación flúor barniz	15%
D1208	Aplicación Tópica de Flúor gel	15%
D4355	Raspaje dental; destartraje dental	15%



Gestante

CÓDIGO	Gestante	META ⁵
59401	Atención prenatal	75%
99412.02	Consejería en medicina preventiva y/o provisión de intervenciones de reducción de factores de riesgo, proporcionados a individuos en grupo durante aproximadamente 60 minutos. Psicoprofilaxis Obstetrica	60%
90714	Toxoide tetánico y diftérico (Td) adsorbido, libre de preservante, cuando se administra en individuos de 7 años o mayores, para uso intramuscular	60%
99403.01	Consejería nutricional: alimentación saludable	75%
59401.02	Atención prenatal: atenciones posteriores	75%
D0160	Consulta estomatológica especializada	15%
88141	Citopatología, vaginal o cervical (en cualquier sistema de información) requiriendo interpretación por un médico	100%
76830	Ecografía transvaginal	75%
83051	Dosaje de Hemoglobina en plasma	75%
86901	Tipificación de sangre; Rh (D)	75%
86900	Tipificación de sangre; ABO	75%
85031	Hemograma completo, 3era generación (Nº, formula, Hb, Hto, Constantes corpusculares, plaquetas)	75%
87086	Urocultivo con recuento de colonias cuantitativo	75%
82947	Dosaje de glucosa en sangre, cuantitativo (excepto cinta reactiva)	75%
82565	Dosaje de Creatinina en sangre	75%
86703	Detección de anticuerpos HIV 1-2	75%
86703.01	Detección cualitativa de anticuerpo por inmunocromatografía para VIH 1-2	75%
86592	Prueba de sífilis; anticuerpo no treponemico; cualitativo (p ej: VDRL, RPR, ART)	75%
D1206	Aplicación flúor barniz	15%
D1208	Aplicación Tópica de Flúor gel	15%
D0415	Recolección de muestra de microorganismo para cultivo y prueba de sensibilidad	15%
D1110	Profilaxis Dental	15%
D4355	Raspaje dental; destartraje dental	15%



⁵ META, se refiere a lo mínimo esperado en COBERTURA

Actividades Colectivas

Charlas (al 1% de los consultantes de consulta externa de prevención)

CÓDIGO	Actividad colectiva	Charlas	
C2041	Charla en comunicación y educación para la salud	Alimentación y Nutrición	1%
		Higiene y Salud Ambiental	1%
		Actividad física	1%
		Salud sexual y reproductiva	1%
		Salud Mental, Buen trato y Cultura de paz	1%
		Habilidades para la vida	1%
		Seguridad vial y Cultura de Tránsito	1%

Talleres (al 1% de los consultantes de consulta externa de prevención)

CÓDIGO	Actividad colectiva	Talleres	
C0006	Taller para la Comunidad	Alimentación y Nutrición	1%
		Higiene y Salud Ambiental	1%
		Actividad física	1%
		Salud sexual y reproductiva	1%
		Salud Mental, Buen trato y Cultura de paz	1%

Las IPRESS obligatoriamente deberá programar diariamente Charlas de Educación en Salud y al menos un (01) Taller de Educación en Salud mensualmente. La programación y contenido de ambas actividades deberá ser coordinada con la Oficina de Coordinación de Prestación y Atención Primaria de Red Asistencial Piura.

El rol de programación de actividades de promoción de la salud (Charlas, talleres de Educación en Salud y otros) deberá estar publicado en lugar visible del local y ser difundida a la población asegurada adscrita a las IPRESS.

En el caso de los talleres deberá entregar una ficha técnica de cada sesión y/o taller realizado, el cual deberá contener como mínimo los siguientes componentes

- a) Título del Taller
- b) Título de la(s) sesión(es)
- c) Nombre del (los) especialista(s)
- d) Horario
- e) Contenido del taller
- f) Objetivo General
- g) Objetivo Específico(s)
- h) Metodología
- i) Listado de Materiales empleados de cada sesión
- j) Listado de participantes, que deberá contener:
 - Nombres completos
 - Tipo de Documento de Identidad
 - Número de Documento de Identidad
 - Edad
 - Sexo
 - Hora de Entrada / salida – Taller / Sesión
 - Firma – Taller / Sesión

k) Observaciones

02.B ACTIVIDADES RECUPERATIVAS

1. Servicio de Consulta Ambulatoria

1.1. Consulta Médica

1.1.1. Consulta Externa de Medicina General,

1.1.2. Consulta Externa de Especialidades Médicas

1.1.2.1. Medicina Interna

1.1.2.2. Medicina Familiar

1.1.2.3. Ginecología y Obstetricia

1.1.2.4. Pediatría

1.1.2.5. Cardiología

1.1.2.6. Gastroenterología

1.1.2.7. Otorrinolaringología.

1.1.2.8. Medicina Física y Rehabilitación

1.1.2.9. Oftalmología

1.1.3. Consulta Médica de Atención Inmediata

1.2. Consulta Externa de Odontología

1.3. Atención de Enfermería

✓ Enfermedades Trasmisibles

✓ Enfermedades Crónicas No Trasmisibles

✓ Estimulación Temprana

✓ Suplementación con Multimicronutrientes

✓ Atención y Consejería en Medicina Complementaria

1.4. Atención de Nutrición

1.5. Atención de Psicología

1.6. Atención de Obstetiz/Obstetra

✓ Atención Prenatal

✓ Atención en Planificación Familiar

✓ Otras actividades complementarias

1.7. Atención Asistencia Social



2. Servicio de Radiología
3. Servicio de Patología Clínica
4. Servicio de Terapia Física
5. Servicio de Farmacia
6. Servicio de Procedimientos Médicos
7. Tópico de Medicina y Enfermería
 - TOPICO MEDICO
 - ✓ Curaciones.
 - ✓ Extracción de cuerpo extraño (que no requiera sala de operaciones).
 - ✓ Suturas
 - ✓ Desbridamiento de abscesos.
 - ✓ Extracción de lipomas superficiales menores de 2 cm.
 - ✓ Retiro de puntos.
 - ✓ Retiro de yeso.
 - ✓ Otras actividades.
 - TOPICO ENFERMERÍA
 - ✓ Terapia de rehidratación oral.
 - ✓ Aerosolterapia antiasmática.
 - ✓ Nebulizaciones.
 - ✓ Inyectables
 - ✓ Otras Actividades.



ACTIVIDADES DE SALUD A DESARROLLAR EN ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES (A DEMANDA)

i. Hipertensión.

Código	Actividad de Salud	Daño Crónico
99211.02	Consulta ambulatoria para la evaluación y manejo de un paciente continuador, nivel I (control y seguimiento de daños crónicos).	Hipertensión

ii. Diabetes.

Código	Actividad de Salud	Daño Crónico
--------	--------------------	--------------

99211.02	Consulta ambulatoria para la evaluación y manejo de un paciente continuador, nivel I (control y seguimiento de daños crónicos)	Diabetes
----------	--	----------

iii. Nefroprotección.

Código	Actividad de Salud	Daño Crónico
99211.02	Consulta ambulatoria para la evaluación y manejo de un paciente continuador, nivel I (control y seguimiento de daños crónicos).	Nefroprotección, ERC (Renal)



CUADRO DE ACTIVIDADES PARA EL ABORDAJE DEL SÍNDROME METABÓLICO

Condiciones para el abordaje	Asegurados de 18 años a más que laboran en empresas aseguradas a EsSalud
	Sin diagnóstico previo de hipertensión arterial y/o diabetes mellitus
Tamizaje	Evaluación médica integral: antecedentes, medida de la presión arterial.
	Exámenes auxiliares y entrega de resultados: glicemia, HDL, triglicéridos.
	Medición antropométrica
Intervención	A los portadores de Síndrome metabólico pre mórbido.
	Sesiones de intervención: 19 sesiones
Evaluación del impacto	Se realiza al concluirse 19 sesiones de intervención.
	Medición de antropometría control.
	Solicitud de los mismos exámenes auxiliares con los que se realizó el tamizaje.



Síndrome metabólico pre mórbido controlado: asegurado que ha normalizado por lo menos uno de los 3 criterios con los que se hizo el diagnóstico.

CUADRO DE EXAMENES AUXILIARES Y PROCEDIMIENTOS DE LA CARTERA RECUPERATIVA (A DEMANDA)

Pruebas de Ayuda al Diagnóstico de Radiología

1	74020	Examen radiológico de abdomen, completo, incluyendo incidencias de pie y/o de decúbito
2	70150	Examen radiológico, huesos faciales; completo, mínimo de 3 incidencias
3	70110	Examen radiológico, maxilar inferior; completo, mínimo de 4 incidencias
4	70130	Examen radiológico, mastoides; completo, mínimo de de tres incidencias por lado
5	70160	Examen radiológico, huesos nasales; completo, mínimo de 3 incidencias

6	70200	Examen radiológico; órbitas, completo, mínimo de 4 incidencias
7	70210	Examen radiológico; senos paranasales, menos de 3 incidencias
8	70260	Examen radiológico, cráneo; completa, mínimo de 4 incidencias
9	70330	Examen radiológico, articulación temporomandibular, boca abierta y cerrada; bilateral
10	72050	Examen radiológico de columna vertebral cervical; 4 o 5 incidencias
11	72072	Examen radiológico, columna vertebral; torácica, 3 incidencias
12	72082	Examen radiológico de columna dorsolumbar, 4 incidencias
13	72110	Examen radiológico, columna vertebral lumbosacra; mínimo de 4 incidencias
14	72170	Examen radiológico, pelvis; incidencia anteroposterior, 1 o 2 incidencias
15	72202	Examen radiológico, articulaciones sacroilíacas; tres o más vistas
16	73510	Examen radiológico, cadera, unilateral; completo, mínimo de dos vistas
17	73550	Examen radiológico de fémur, 2 incidencias
18	73560	Examen radiológico de rodilla, 1 o 2 incidencias
19	73590	Examen radiológico, tibia y peroné, 2 vistas
20	73600	Examen radiológico, tobillo; 2 incidencias
21	73630	Examen radiológico, pie; completo, mínimo de tres vistas
22	73650	Examen radiológico, calcáneo, mínimo de dos vistas
23	73000	Examen radiológico de clavícula, completo
24	73010	Examen radiológico de escápula, completo
25	73030	Examen radiológico, hombro; completo, mínimo de dos vistas
26	73060	Examen radiológico de húmero, mínimo de 2 incidencias
27	73080	Examen radiológico, codo; completo, mínimo de tres vistas
28	73090	Examen radiológico de antebrazo cada lado, 2 incidencias
29	73100	Examen radiológico de muñeca; 2 incidencias
30	73120	Examen radiológico, mano; dos incidencias
31	71010	Examen radiológico de tórax; incidencia frontal
32	71100	Examen radiológico, costillas, unilateral; 2 incidencias
33	71120	Examen radiológico de esternón, mínimo de 2 incidencias
34	71110	Examen radiológico, costillas, bilateral; tres vistas
35	77072	Estudios de edad ósea
36	77073	Estudios de longitud ósea (Ortoentgenograma, scanograma)



37	D0220	Radiografía intraoral periapical
38	74249	Examen radiológico, tracto gastrointestinal superior contraste de aire, con bario específico de alta densidad, agente efervescente, con o sin glucagón; con seguimiento de tránsito en intestino delgado

Pruebas de Ayuda al Diagnóstico de Ecografía

01	76700	Ecografía abdominal completa, tiempo real con documentación de imagen
02	76775	Ecografía retroperitoneal (renal, aorta, ganglios), en tiempo real con imágenes documentadas, limitada
03	76536	Ecografía de partes blandas de cabeza y cuello (Ejemplo: tiroides, paratiroides, parótida), tiempo real con documentación de la imagen
04	93922	Estudios fisiológicos no invasivos bilaterales limitados de arterias de miembros superiores o inferiores, (Ejemplo: para extremidad inferior: índices tobillo/braquial en arterias tibial posterior distal y tibial anterior/dorsal pedia más registro bidireccional de ondas Doppler y análisis en 1-2 niveles, o índices tobillo/braquial en arterias tibial posterior distal y tibial anterior/arteria dorsal pedia más pletismografía de volumen en 1-2 niveles, o índices tobillo/braquial en arterias tibial posterior distal y tibial anterior/arterias dorsales pedias con, medición de tensión de oxígeno transcutánea en 1-2 niveles)
05	76885	Ecografía, caderas de lactante, imágenes en tiempo real con documentación de imágenes; dinámica (que requiere manipulación médica o de otro profesional calificado)
06	76870	Ecografía, escroto y contenido
07	76872	Ecografía transrectal
08	76801	Ecografía, útero grávido, tiempo real con documentación de la imagen, evaluación fetal y materna, 1er trimestre (<14 semanas 0 días), abordaje transabdominal; gestación única o primera
09	76817	Ecografía, útero grávido, tiempo real con documentación de imágenes, vía transvaginal
10	76830	Ecografía transvaginal
11	76856	Ecografía pélvica (no obstétrica), tiempo real con documentación de imágenes; completa
12	76604	Ecografía de tórax (incluyendo mediastino), tiempo real con documentación de imagen
13	76645	Ecografía de mama(s) (unilateral o bilateral), tiempo real con documentación de imagen
14	93998	Ecografía doppler (dúplex) de región no especificada
15	76814	Ultrasonido, útero grávido, en tiempo real con imagen, medición de la translucencia de nuca en primer trimestre fetal, abordaje transabdominal o transvaginal; cada gestación adicional (Listar por separado, además del código de procedimiento primario)

Pruebas de Ayuda al Diagnostico de Patología Clínica

01	84550	Ácido úrico; en sangre
02	86406	Aglutinación de partículas; título, cada anticuerpo



03	82044	Dosaje de Albúmina en orina, microalbúmina semicuantitativa (p. ej. ensayo con tira reactiva)
04	80058	Perfil de hepatitis: Antígeno de superficie de la hepatitis B (HBsAg), Anticuerpo contra el antígeno de superficie de la hepatitis B (HBsAb), Anticuerpo contra el antígeno de la nucleocápside de la hep
05	86803	Anticuerpo contra la hepatitis C
06	86708	Anticuerpo contra la hepatitis A (HAAb); total
07	82150	Dosaje de Amilasa
08	80076	Perfil de la función hepática, este perfil debe incluir lo siguiente: albúmina (82040), total de bilirrubina (82247), bilirrubina directa (82248), alcalina fosfatasa (84075), proteínas totales (84155), alanino amino transferasa (ALT) (SGPT) (84460), aspartato aminotransferasa (AST) (SGOT) (84450)
09	82784	Dosaje de Gammaglobulina; IgA, IgD, IgG, IgM, cada una
10	84153	Dosaje de Antígeno prostático específico total (PSA)
11	82247	Dosaje de Bilirrubina; total
12	87115	Baciloscopia: BK
13	87116	Cultivo de bacilos de tubérculo o cualquier otro bacilo ácido-resistente (p. ej. tuberculosis, AFB, micobacteria); cualquier fuente, con aislamiento e identificación presuntiva de aislamientos
14	87190	Estudios de sensibilidad antibiótica para micobacterias, método proporcional, cada agente
15	82310	Dosaje de Calcio; total
16	82465	Dosaje de Colesterol total en sangre completa o suero
17	83718	Determinación directa de Lipoproteína de alta densidad (HDL colesterol)
18	83721	Determinación directa de lipoproteína de baja densidad (LDL colesterol)
19	83719	Determinación directa de Lipoproteína de muy baja densidad (VLDL colesterol)
20	87045	Cultivo bacteriano, en heces, aeróbico, con aislamiento e examen preliminar (Ejemplo: KIA, LIA) de especies de Salmonella y Shigella
21	87179	Examen coprológico funcional (Parasitológico) seriado
22	82565	Dosaje de Creatinina en sangre
23	85031	Hemograma completo, 3ra. generación (Nº, Fórmula, Hb, Hto, Constantes corpusculares, Plaquetas)
24	82607	Dosaje de Cianocobalamina (vitamina B-12)
25	86430	Factor reumatoideo; cualitativo
26	84075	Dosaje de Fosfatasa, alcalina
27	87070	Cultivo bacteriano, en cualquier fuente excepto orina, sangre o heces, con aislamiento e identificación presuntiva de cepas
28	87162	Cultivo de secreciones (faringea, uretral, faginal, esputo, heridas, otros)



29	87060	Cultivo bacteriano definitivo; garganta o nariz
30	85007	Frotis de sangre con examen microscópico con fórmula diferencial manual de leucocitos
31	82977	Dosaje de Glutamil transferasa, gamma (GGT)
32	82947	Dosaje de Glucosa en sangre, cuantitativo (excepto cinta reactiva)
33	82951	Dosaje de Glucosa; prueba de tolerancia (GTT), tres muestras (incluye glucosa)
34	84704	Gonadotropina, coriónica (hCG); subunidad beta libre
35	86900	Tipificación de sangre; ABO
36	85014	Hematocrito
37	83051	Dosaje de Hemoglobina; en plasma
38	83036	Dosaje de Hemoglobina; glucosilada (A1C)
39	84443	Hormona estimulante de la tiroides (TSH)
40	84479	Captación de las hormonas tiroideas (T3 o T4), o proporción de captación de hormona tiroidea (THBR)
41	84481	Triyodotironina T3; libre
42	87220	Examen con KOH de muestras de la piel, pelo, o uñas para hongos, huevos de ectoparásito o acaros (Ejemplo: sarna)
43	81015	Análisis de orina, solamente microscópico
44	86140	Proteína C Reactiva
45	84156	Proteína total, excepto por refractometría, orina
46	84155.01	Proteínas totales y fraccionadas
47	84180	Proteinuria de 24 horas
48	82270	Determinación cualitativa de sangre oculta en heces por actividad peroxidasa (prueba de guayacol); con muestras recolectadas consecutivamente para medición única, como parte de tamizaje de neoplasia colorrectal (se le provee al paciente de tres recipientes para recolección consecutiva)
49	85652	Velocidad de sedimentación de eritrocitos; automatizada
50	86592	Prueba de sífilis; anticuerpo no treponémico; cualitativo (p. ej. VDRL, RPR, ART)
51	87178	Test de Graham
52	85347	Tiempo de coagulación; activado
53	85610	Tiempo de Protrombina
54	85002	Tiempo de Sangría
55	84450	Aspartato amino transferasa (AST) (SGOT)
56	84460	Transferasa; amino alanina (ALT) (SGPT)



57	84478	Triglicéridos
58	84526	Urea en sangre capilar (dispositivo portátil)
59	87087	Urocultivo y antibiograma
60	86703.01	Detección cualitativa de anticuerpo por inmunocromatografía para VIH 1-2
61	86689	Anticuerpos; anticuerpo contra HTLV o HIV, prueba de confirmación (Ejemplo: Western blot)
62	87116	Cultivo de bacilos de tubérculo o cualquier otro bacilo ácido-resistente (p. ej. tuberculosis, AFB, micobacteria); cualquier fuente, con aislamiento e identificación presuntiva de aislamientos
63	86703	Anticuerpos; HIV-1 y HIV-2, análisis único
64	84153	Dosaje de Antígeno prostático específico total (PSA)
65	87206	Frotis de fuente primaria con interpretación; tinción fluorescente y/o ácido-resistente para bacterias, hongos, parásitos, virus o tipos celulares
66	86038	Anticuerpos Antinucleares (ANA)



Pruebas de Ayuda al Diagnóstico de Anatomía Patológica

01	88141	Citopatología, vaginal o cervical (en cualquier sistema de información), requiriendo interpretación por un médico
----	-------	---

Pruebas de Ayuda al Diagnóstico de Endoscopia

01	43258	Endoscopia gastrointestinal alta incluyendo esófago, estómago, y ya sea el duodeno y/o el yeyuno, según corresponda; con ablación de tumores, pólipos, u otras lesiones no factibles de ser extirpadas con pinza de biopsia de electrocoagulación, cauterio bipolar o técnica con asa. Realizado con videoendoscopia.
----	-------	---

Pruebas de Ayuda al Diagnóstico de Cardiología

01	93015	Prueba de esfuerzo ("stress") cardiovascular máximo o submáximo en banda rodante o en bicicleta, control electrocardiográfico continuo, y/o estímulo farmacológico; con supervisión médica, con interpretación e informe.
02	93000	Electrocardiograma, ECG de rutina con por lo menos 12 electrodos; con interpretación e informe
03	93224	Registro electrocardiográfico externo hasta 48 horas mediante registro y almacenamiento continuo; incluye registro, análisis del registro con reporte, revisión e interpretación por médico u otro profesional de la salud calificado/Registro Electrocardiográfico externo (monitoreo Holter) de 24 horas.

Otras Pruebas de Ayuda al Diagnóstico y Tratamiento

01	94010	Espirometría, incluyendo reporte gráfico, capacidad vital total y por tiempo, mediciones de flujo espiratorio, con o sin ventilación voluntaria máxima.
----	-------	---



02	78351	Densitometría ósea (contenido mineral óseo), en uno o más lugares, absorciómetro con doble fotón.
03	92553	Audiometría de tonos puros transmitidos por aire y hueso

Pruebas de Ayuda al Tratamiento de Terapia Física

Terapia Física (a)	97022	Aplicación de modalidad de terapia física a 1 o más áreas; hidroterapia de remolino
	97150	Procedimiento(s) terapéutico(s), grupal (2 o más personas)
Taller RBC t	C3121	Sesiones educativas en derechos de las personas con discapacidad en adaptaciones arquitectónicas y otros
	C3131	Sesiones educativas para el empoderamiento de los derechos en salud de la población
	C3151	Sesión de entrenamiento a agentes comunitarios en salud
Actividades Masivas De Comunicación	C3141	Sesiones educativas para la participación de la familia y comunidad para el cuidado de las personas con discapacidad (RBC)
Charla	C2041	Charla en comunicación y educación para la salud



PROCEDIMIENTOS DE ODONTOESTOMATOLOGIA



01	D0120	Evaluación oral periódica; paciente continuador
02	D0170	Reevaluación oral: limitada, centrada en el problema; paciente continuador (no visita postoperatoria)
03	D0220	Radiografía intraoral periapical
04	D0240	Radiografía intraoral oclusal
05	D1110	Profilaxis dental
06	D1206	Aplicación flúor barniz
07	D1204	Aplicación tópica de flúor gel
08	D1310	Asesoría nutricional para el control de enfermedades dentales
09	D1330	Instrucción de higiene oral (IHO)
10	D1351	Aplicación de sellante - por diente
11	D2330	Restauración fotocurable de una superficie con resina en piezas dentarias anteriores (primarias o permanentes)
12	D2331	Restauraciones fotocurables de dos superficies con resina en piezas dentarias anteriores (primarias o permanentes)
13	D2332	Restauraciones fotocurables de tres superficies con resina en piezas dentarias anteriores (primarias o permanentes)
14	D2940	Relleno sedante (eugenato)
15	D2999	Procedimiento de restauración no específica, con informe
16	D4211	Gingivectomía - gingivoplastia de 1 a 3 dientes contiguos o espacios dentales vecinos por cuadrante o sextantes

PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES

i. Actividades de programación y ejecución diaria:

- Consulta Externa de Medicina General,
- Consulta Externa de Medicina Familiar
- Consulta Externa de Medicina Interna.
- Consulta Externa de Ginecología y Obstetricia
- Consulta Externa de Pediatría
- Servicio de Radiología
- Consulta Externa de Odontología
- Atención de Nutrición
- Atención de Psicología
- Servicio de patología clínica.

ii. Actividades de programación y ejecución diaria, en turnos mañana y tarde (12 horas)

- Control de Crecimiento y Desarrollo
- Inmunizaciones
- Programa de Control de TB con DOTS

- Programa VIH/SIDA
- Programa de Prevención de Cáncer Ginecológico (toma PAP / Mamografía)
- Programa de Salud Renal
- Programa de Enfermedades Crónicas
- Tópico de Medicina y Enfermería
- Consulta de Atención Inmediata
- Atención de Obstetricia
- Servicio de Farmacia

iii. Actividades de programación y ejecución mínima de tres (03) veces por semana:

- Consulta Externa Cardiología
- Consulta Externa Gastroenterología
- Consulta Externa Otorrinolaringología
- Consulta Externa de Neumología
- Consulta Externa Oftalmología
- Consulta Externa de Cirugía General.
- Consulta Externa Medicina Física y Rehabilitación

**sujeto a perfiles de demanda.

iv. El horario de atención de la IPRESS contratada es de lunes a sábado de 8:00 a 20:00 horas, en los diferentes servicios a prestar, pudiendo reajustarse en función de criterios de accesibilidad, seguridad u otros, mediante acuerdo de partes. Para el caso de los días feriados regulares y/o feriados largos establecidos por el Gobierno Central, el horario de atención estará sujeto a las mismas consideraciones que EsSalud ha establecido para sus Centros Asistenciales que prestan servicios similares. En caso de incumplimiento, los turnos o días de no atención injustificados serán descontados de manera proporcional del pago mensual, teniendo como referencia de cálculo que un día no laborado equivale a un descuento de un treintavo menos del pago del mes en el cual se realizó la no atención y que para estos efectos un turno equivale a 12 horas de atención continua y 6 horas a medio turno de atención.

v. El turno de atención diaria, estará dividido en dos turnos de seis horas; la misma que según normativa se considerará de la siguiente forma : "La Jornada laboral en horario ordinario del Personal Profesional y No Profesional de la Salud es de ciento cincuenta (150) horas por mes laboral"; el tiempo mínimo de consulta externa médica deberá ser de cuatro (04) horas debiendo completar la jornada diaria de seis (06) horas realizando actividades sanitarias de procedimientos médicos y actividades de promoción de la salud, esto último solo en el caso de profesionales de medicina general, odontología, psicología, medicina familiar, obstetricia, enfermería y nutrición; en los casos de los profesionales que no realizan procedimientos médicos y/o actividades de promoción de la salud, deberán programarse y ejecutarse seis horas de consulta por turno.

RECURSOS HUMANOS

Especialidades Médicas:

- Medicina Familiar
- Medicina Interna
- Pediatría
- Ginecología
- Radiología
- Otorrinolaringología
- Gastroenterología
- Medicina de Rehabilitación
- Neumología
- Oftalmología
- Patología Clínica
- Anatomía Patológica

Otras especialidades dentro de la estructura y soporte de la Red Asistencial y de acuerdo a demanda.

Otros profesionales:

- Médico General
- Odontología
- Enfermería
- Obstetricia
- Tecnólogo médico en radiología
- Tecnólogo médico en terapia física
- Tecnólogo médico en laboratorio
- Nutricionista
- Psicólogo
- Químico farmacéutico
- Trabajadora social

Personal Técnico y Administrativo

- Personal técnico o auxiliar en enfermería
- Técnico de radiología
- Técnico de laboratorio
- Técnico de farmacia
- Técnico en optometría
- Técnico administrativo
- Técnico de estadística
- Personal administrativo
- Personal de admisión
- Personal informático
- Personal de servicios generales.



ANEXO N° 3: MECANISMO Y FORMA DE PAGO

MECANISMO DE PAGO	FORMA DE PAGO
<p>PAGO PER CAPITA</p> <p>Aplica para el caso en el que se adscribe población a la IPRESS Incluye las prestaciones de acuerdo a la Cartera de Servicios de Salud vigente.</p> <p>El monto mensual a pagar resulta de multiplicar la cantidad de asegurados adscritos y acreditados del mes por el valor de la cápita anual dividido entre doce meses.</p>	<p><u>PAGO MENSUAL</u>, equivalente al 75% del monto capitado para dicho periodo, se paga al final de cada mes previa conformidad del servicio mensual.</p> <p><u>PAGO TRIMESTRAL</u>, equivalente al 25% de cada mes retenido hasta el cierre del trimestre, cuya liquidación se llevará a cabo de manera acumulada trimestral, previa evaluación del cumplimiento de indicadores de desempeño obtenidos por cada IPRESS.</p> <p>Para el pago trimestral se debe acreditar un puntaje igual o mayor a 60 puntos.</p>



ANEXO N° 4: TARIFA DEL CONVENIO

Código de IAFAS	Código de IPRESS con quien se acuerda la tarifa(1)	Nombre de la Unidad de Gestión de IPRESS	Código del Convenio (2)	Fecha de Suscripción del Convenio	Mecanismo de pago (3)	Código del ITEM tarifado (4)	Nombre del ITEM tarifado (5)	Tarifa (6)	Unidad
	00023087	Hospital Universitario de la Universidad Nacional de Piura		30 – 10 - 2019	Capitado			s/. 185.00 soles (incluye IGV)	

(1) Código de IPRESS Asignado por el RENIPRESS. De ser un Gobierno Regional, Unidad Ejecutora y Red Asistencial, se consignará el RUC, de no tener se consignará el código de Unidad Ejecutora.

(2) Código asignado al convenio.

(3) Mecanismo de pago acordado: capitado o pago por servicios.

(4) Código del capitado o por servicios.

(5) Nombre del capitado o por servicios.

(*) Tarifa de Cápita Anual, sin fines de lucro, determinada en soles y en base a costos operativos

Las partes, de estimarlo conveniente y sustentado técnica y financieramente, podrán efectuar el ajuste de la tarifa de las prestaciones establecidas en el convenio. Dicha modificación se debe realizar conforme a la normativa vigente y se establecerá mediante la suscripción de una adenda.



ANEXO N° 5: PENALIDADES

El presente anexo contiene las infracciones, penalidades y criterios de aplicación por incumplimiento de las obligaciones asumidas por **LA IPRESS**, las cuales regirán a partir del inicio de operaciones.

1. **LA IAFAS** está facultado para establecer infracciones y subsecuentemente aplicar penalidades. En ese sentido, en la Tabla A anexa, se establecen los hechos y omisiones catalogables como infracción. **LA IAFAS** a través de la Red Asistencial Usuaria mediante el órgano que esta disponga, será la responsable de imponer las infracciones y penalidades.
2. **LA IPRESS** podrá reclamar por escrito con el respectivo sustento, la imposición de la penalidad ante **LA IAFAS**, en un plazo máximo de quince (15) días hábiles contados a partir del día siguiente a la fecha de notificación de la penalidad. Vencido el plazo antes indicado se considerará como aceptada la penalidad.
3. Ante la reclamación de **LA IPRESS**, **LA IAFAS** contará con un plazo de diez (10) días hábiles para emitir su pronunciamiento debidamente sustentado.
4. En tanto dure el pronunciamiento, si la penalidad fuera pecuniaria, no será descontada en el mes de la ocurrencia. La penalidad será descontada en el siguiente pago a **LA IPRESS**.
5. De no haber acuerdo en la imposición de las penalidades ésta puede ser cuestionada empleando el mecanismo de solución de controversias del presente convenio.
6. Las penalidades serán de aplicación sin perjuicio de la obligación de resarcimiento de los daños y perjuicios u otra acción legal que pudieran tener lugar y de las deducciones en los pagos a cargo de **LA IAFAS** de acuerdo con lo pactado.
7. Con la finalidad de evitar la aplicación de penalidades o consecuencias legales mayores, **LA IPRESS** solo podrá aplicar un supuesto de fuerza mayor, caso fortuito, acuerdo entre las partes u otro pactado en el presente convenio, no siendo posible alegar como eximente de responsabilidad los incumplimientos pactados derivados de contratos que celebre con terceros.
8. Las obligaciones afectadas por estos supuestos, así como el plazo del presente convenio quedarán automáticamente suspendidas desde la ocurrencia del evento de caso fortuito o fuerza mayor y mientras dure dicho evento, prorrogándose el plazo del presente convenio previo acuerdo de las PARTES, sin embargo, el pago de los conceptos correspondientes a las retribuciones ya generadas conforme a los mecanismos establecidos en el presente convenio seguirá ejecutándose.



**TABLA A
INFRACCIONES Y PENALIDADES**

N°	Clausulas	Infracción	Nivel	Frecuencia de medición	Penalidad
1	Novena (numerales 5 y 13) Decima Primera	Resistir, obstruir, impedir u obstaculizar de cualquier forma la realización y/o desarrollo de la diligencia de supervisión, vigilancia, o investigación de quejas, reclamos o denuncias. En el caso de visitas inopinadas se admitirá una demora razonable de hasta un (1) día hábil, cuando se sustente en causas de fuerza mayor	Muy Grave	Por cada caso	3 UIT
2	Anexo N° 02	Brindar el servicio de salud con personal no autorizado por la normatividad vigente.	Grave	Por cada caso	2 UIT
3	Anexo N° 07 (numeral 1.1.8)	Registrar y/o informar prestaciones de salud, que no han sido otorgadas a los asegurados.	Grave	Por cada caso	2 UIT
4	Anexo N° 07 (numeral 1.1.9)	Presentar referencias no pertinentes mayores al 1% del total de referencias realizadas, en el trimestre de evaluación.	Grave	Trimestral	2 UIT
5	Novena (numeral 19)	No realizar la programación asistencial y ejecución conforme a las normativas vigentes.	Grave	Por servicio / especialidad	2 UIT
6	Anexo N° 07 (numeral 1.2.2.)	No realizar el control de los stocks o no realizar el abastecimiento oportuno de productos farmacéuticos o no dar la baja respectiva a los productos farmacéuticos, sanitarios o dispositivos médicos vencidos, deteriorados, sustraídos o robados	Grave	Mensual	2 UIT
7	Anexo N° 07 (numeral 1.2.6.)	Entregar productos farmacéuticos o dispositivos médicos vencidos o deteriorados o falsificados o sin registro sanitario.	Grave	Por cada caso	2 UIT
8	Anexo N° 07 (numeral 1.1.4.)	Otorgar las citas en consulta externa en tiempos que sobrepase lo establecido en el Convenio.	Grave	Mensual	2 UIT
9	Novena (numeral 4)	Realizar cobros a los asegurados adscritos por las prestaciones de salud otorgadas	Leve	Por cada caso	1 UIT
10	Novena (numeral 11)	No cumplir con las disposiciones vigentes sobre la administración y gestión de la historia clínica	Leve	Por cada caso	1 UIT
11	Novena (numeral 11)	No cumplir con las disposiciones vigentes sobre el contenido de la historia clínica	Leve	Por cada caso	1 UIT



12	Novena (numeral 17)	No realizar el registro de las actividades sanitarias en los sistemas informáticos exigidos por ESSALUD, así como el registro de la estadística de producción en los sistemas correspondientes.	Leve	Mensual	1 UIT
13	Novena (numeral 15) Anexo N° 07 /numeral 1.4	No otorgar los Certificados de Incapacidad Temporal para el Trabajo, de acuerdo con las normas aprobadas por ESSALUD.	Leve	Por cada caso	1 UIT
14	Novena (numeral 1.1.8.)	No contar o no cumplir oportunamente con el procedimiento de derivación, referencia o contrarreferencia de pacientes para garantizar la continuidad de la atención	Leve	Por cada caso	1 UIT
15	Novena (numeral 18)	No contar con una Plataforma de Atención al Usuario para la atención de reclamos, consultas y/o sugerencias, de acuerdo a la normatividad vigente, o no permitir la implementación de una plataforma por parte de ESSALUD	Leve	Mensual	1 UIT



ANEXO N° 6: DE LAS SUPERVISIONES POR PARTE DE LA RED ASISTENCIAL PIURA

La Jefatura de la Oficina de Coordinación de Prestaciones y Atención Primaria de la Red Asistencial PIURA, es la responsable de llevar a cabo los procedimientos y actividades, de control prestacional, supervisión, auditoría, seguimiento y monitoreo continuo de la ejecución contractual, del cumplimiento de las obligaciones y otros que estime pertinentes, para el desempeño de sus funciones.



Los procedimientos y actividades de control prestacional, supervisión, auditoría, seguimiento y monitoreo, se realizarán de manera continua con una periodicidad mínima de una semana.

En caso de apreciar cualquier deficiencia con relación al servicio o atención de consulta externa, el médico Supervisor efectuará la observación pertinente, la que será anotada en el Libro de Ocurrencias. La anotación será firmada por los supervisores de EsSalud y el director de la IPRESS.



Culminada la supervisión se suscribirá un Acta en la que constará las observaciones y/o hallazgos encontrados y las recomendaciones tanto para la IPRESS, como para EsSalud, además de los plazos a cumplir.

LA IPRESS se obliga a implementar las recomendaciones y/o levantar las observaciones, que proponga la Red Asistencial como resultado de los procesos de supervisión y/o auditoría.

ANEXO N° 7: PROCEDIMIENTOS Y LINEAMIENTOS ESPECIFICOS

PROCEDIMIENTOS Y LINEAMIENTOS ESPECIFICOS

1. LINEAMIENTOS ESPECIFICOS

1.1. PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD.

1.1.1. El horario de atención es de lunes a sábado de 8:00 a 20:00 horas, en los diferentes servicios a prestar, pudiendo reajustarse en función de criterios de accesibilidad, seguridad u otros, mediante acuerdo de partes. Para el caso de los días feriados regulares y/o feriados largos establecidos por el Gobierno Central, el horario de atención estará sujeto a las mismas consideraciones que ESSALUD ha establecido para sus Centros Asistenciales que prestan servicios similares. En caso de incumplimiento, los turnos o días de no atención injustificados serán descontados de manera proporcional del pago mensual, teniendo como referencia de cálculo que un día no laborado equivale a un descuento de un treintavo menos del pago del mes en el cual se realizó la no atención y que para estos efectos un turno equivale a 12 horas de atención continua y 6 horas a medio turno de atención.

1.1.2. La IPRESS garantiza que los médicos y/u otros profesionales prestadores del servicio no podrán solicitar, insinuar, proponer y/o realizar exámenes de ayuda al diagnóstico y/o procedimientos médicos o quirúrgicos u odontológicos, a los pacientes que acuden a hacer uso del servicio contratado, en lugares particulares diferentes a los contratados por ESSALUD o los que brinda ESSALUD en sus propios establecimientos, del mismo modo está terminantemente prohibido realizar cobros o formalizar contratos por atenciones médicas, quirúrgicas, odontológicas o de ayuda al diagnóstico o lentes o aparatos de ortopedia, a los pacientes que acuden a recibir atención; en aquellos casos que se detecte de manera fehaciente los hechos antes descritos, la IPRESS se compromete a separar del servicio al profesional responsable de manera inmediata y definitiva durante la ejecución del contrato y asumirá las responsabilidades legales derivadas del acto cometido.

1.1.3. Las citas a los asegurados adscritos serán brindadas directamente por la IPRESS o a través de ESSALUD en Línea de acuerdo a la Programación asistencial mensual de la IPRESS.

1.1.4. La cita otorgada en las consultas externas de servicios que se brindan diariamente no debe tener un diferimiento mayor a tres (3) días útiles. Para el caso de servicios programados 02 veces por semana su diferimiento no debe exceder los cinco (5) días útiles. Para procedimientos < 5. Los controles posteriores se encuentran supeditados a la indicación o criterio médico.

1.1.5. Las gestantes deben ser referidas luego de cumplir las 30 semanas de gestación al Hospital Jorge Reategui Delgado y o Cayetano Heredia, así mismo las gestantes de alto riesgo. En ambos casos el estado de salud de la paciente y la patología subyacente que hubiere, determina el nivel de complejidad del Hospital de destino.

1.1.6. Para las prestaciones de salud la IPRESS tomará en cuenta las Guías de Práctica Clínica aprobadas por ESSALUD, del Ministerio de Salud o las Guías de Práctica Clínica de la literatura médica debidamente actualizada, en ese orden de jerarquía; no deberá tomar en cuenta en este aspecto artículos individuales de revistas médicas, opiniones de editores u otras fuentes no mencionadas.

1.1.7. La IPRES debe garantizar que los profesionales competentes registren información veraz y en tiempo real, en los aplicativos informáticos instalados para cada fin. El registro de información fraudulenta o ambigua, estará sujeta a la aplicación de penalidades.

1.1.8. La IPRESS deberá brindar las prestaciones de salud, hasta su techo de resolución de acuerdo a lo estipulado en su cartera de servicios y petitorio farmacológico, para las patologías o casos que superen su techo resolutivo deberá referir a los asegurados a una IPRESS de la Red Asistencial, de mayor capacidad resolutiva, previa coordinación con la Oficina de Referencias de la IPRESS de mayor nivel de atención y/o la OCPyAP de la Red Asistencial Piura, en cumplimiento de la Normativa Institucional vigente.

1.1.9. La IPRESS no deberá referir casos o patologías que se encuentren dentro de su techo resolutivo, de hacerlo, dichas referencias serán consideradas no pertinentes, y estará sujeto a la aplicación de penalidades.



1.2. MEDICAMENTOS E INSUMOS

- 1.2.1. LA IPRESS asume el costo de todos los medicamentos e insumos prescritos a los asegurados para la realización de todas las prestaciones de salud estipuladas en el Convenio.
- 1.2.2. LA IPRESS debe garantizar una adecuada gestión de stock de medicamentos e insumos médicos, en cumplimiento de la normativa vigente al respecto.
- 1.2.3. LA IPRESS, debe contar con stock mínimo equivalente a dos meses de consumo promedio de todos los medicamentos del listado de medicamentos establecidos en el Anexo N° 08.
- 1.2.4. La IPRESS no debe tener en stock medicamentos de propiedad de ESSALUD que no hayan sido entregados por la misma oficialmente. Este hecho será penalizado y denunciado en las instancias correspondientes.
- 1.2.5. Para los casos que corresponda, La IPRESS dispensará los medicamentos entregados por EsSalud a los pacientes que lo requieran sin costo adicional, previa contra referencia por corresponder medicamentos al 2do o 3er nivel.
- 1.2.6. La dispensación de todos los medicamentos, deberá ser efectuada obligatoriamente el mismo día que recibió la prestación y dentro de las instalaciones de la IPRESS en la cual fue atendido el asegurado (a), cumpliendo la normativa vigente respecto a la Dispensación.

1.3. MATERIALES, EQUIPOS E INSTALACIONES

- 1.3.1. Los ambientes de la IPRESS deben contar con información visual y escrita con carácter eminentemente preventiva promocional.
- 1.3.2. La IPRESS debe garantizar la suficiente dotación de equipos informáticos capaces de albergar la instalación y funcionamiento de los softwares informáticos proporcionados por ESSALUD que permitan el registro de las prestaciones de salud y los procesos relacionados con las mismas.
- 1.3.3. La IPRESS debe desarrollar y ejecutar un Plan de Mantenimiento Preventivo y Correctivo para garantizar la continuidad de la oferta de prestaciones de salud.
- 1.3.4. La IPRESS debe contar con la acreditación por parte del MINSA del servicio de TBC (promoción, prevención y administración de DOTS).
- 1.3.5. La IPRESS debe contar con la acreditación por parte del MINSA del servicio de Inmunizaciones (Administración de vacunas de acuerdo al Calendario de Inmunizaciones vigente). En caso de no tener la acreditación, tiene un plazo máximo de seis meses para conseguirlo.
- 1.3.6. La IPRESS deberá implementar y cumplir las normas institucionales de Bioseguridad, Seguridad y Salud en el Trabajo.
- 1.3.7. La IPRESS debe implementar la señalética institucional, las cuales deben incluir el logo y los colores oficiales de ESSALUD.
- 1.3.8. En aquellos casos que la infraestructura tenga más de un piso, deberá garantizar el acceso de personas con discapacidad, limitaciones en la marcha y de aquellas personas que por su estado de salud así lo requieran, en cumplimiento de la Ley General de la Persona con Discapacidad N° 29973.

1.4. CERTIFICADOS DE INCAPACIDAD TEMPORAL PARA EL TRABAJO (CITT):

- 1.4.1. En el caso que un paciente asegurado requiera un descanso médico, los profesionales de la salud de LA IPRESS otorgarán un Certificado de Incapacidad Temporal para el Trabajo (CITT) de acuerdo a las normas y procedimientos establecidos por la Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas de LA IAFAS.
- 1.4.2. Los CITT otorgados por LA IPRESS deberán ser visados por un Médico de Control CITT, de no tenerlo será asumido por el Director, previa gestión para su registro en la Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas de LA IAFAS.
- 1.4.3. En el caso que el descanso médico haya sido otorgado aun asegurado (a) adscrita a la IPRESS, por un médico particular, se le indicará al asegurado (a) que debe acercarse al Médico de Control de CITT del Centro Asistencial de Referencia que corresponde.
- 1.4.4. Los profesionales de la salud de LA IPRESS acreditados y autorizados, utilizarán obligatoriamente los Criterios de la "Guía de Calificación del Tiempo de Incapacidad Temporal para el Trabajo" a fin de expedir el CITT correspondiente.

1.5. INFORMACIÓN PARA EL ASEGURADO

LA IPRESS deberá implementar estrategias de comunicación para difundir los servicios de salud brindados en el marco del convenio, en la que se consideren los siguientes aspectos:

- 1.5.1. Difusión masiva de los derechos y obligaciones, y de los servicios de salud que brinda, dirigidos a los asegurados adscritos a LA IPRESS, las cuales debe realizarse en forma permanente.
- 1.5.2. Brindar información a los asegurados sobre la Oficina de Atención al Asegurado de EsSalud y las propias de la IPRESS, difundiendo por diferentes medios de comunicación, los puntos de contacto (números telefónicos y pagina Web de LA IAFAS) que les permita a los asegurados canalizar sus quejas y reclamos sobre los servicios de salud que brindará LA IPRESS a la que se encuentran adscritos.
- 1.5.3. La programación del horario de actividades de LA IPRESS será elaborada con un periodo de anticipación no menor de 15 días, siendo su cumplimiento de carácter obligatorio y será comunicada a la Red Asistencial Piura.
- 1.5.4. La programación del horario de actividades es publicada en una zona visible y de fácil acceso en las instalaciones sanitarias de las IPRESS para conocimiento de sus asegurados adscritos (tipo cartera de servicio).

1.6. ACTIVIDADES DE GESTIÓN SANITARIA

- 1.6.1. La IPRESS coordinará con la Oficina de Coordinación de Prestación y Atención Primaria de Red Asistencial Piura los aspectos técnico administrativos que permitan el desarrollo de las siguientes actividades:
 - a) Procesos de abastecimiento y suministro de insumos para Inmunizaciones, programas y estrategias sanitarias nacionales.
 - b) Actividades de salud de los Programas Verticales de EsSalud (Estrategias Sanitarias Nacionales).
 - c) Funcionamiento del Sistema de Referencias y Contrarreferencia.
 - d) Proceso de acreditación, vigencia, cobertura, adscripción de asegurados.
 - e) Actividades de Control a ser ejecutadas por EsSalud.

2. PROCEDIMIENTOS



PROCEDIMIENTO DE PAGO MENSUAL A LA IPRESS EXTRAINSTITUCIONAL EN

CONVENIO

1. Remisión Expediente para pago

La IPRESS deriva a la Oficina de Coordinación de Prestaciones y Atención Primaria (OCPyAP) de la Red Asistencial Piura, hasta 10 días posteriores al mes evaluado, el correspondiente Expediente de Pago, y adjunta la siguiente documentación:

- Plan Anual de Actividades, además del ASIS y/o Plan Operativo (solo al 1° mes de inicio del Convenio)
- Un informe sobre las prestaciones de salud otorgadas por la IPRESS durante el mes, acorde a la Cartera de Servicios consignado en el Convenio.
- Copia de programación personal (grabado en un CD).
- Copia de programación de servicios y personal de charlas y talleres (grabado en un CD)
- Avance mensual % acumulado de indicadores (formato Excel grabado en un CD, debe incluir gráficos)
- Producción mensual de servicios de salud (formato Excel grabado en un CD)
- Avance mensual del Plan de Calidad (formato Excel grabado en un CD, debe incluir gráficos)



2. Evaluación de Expediente

La OCPyAP, desarrolla acciones de verificación del contenido del expediente, así como acciones de auditoría a una determinada muestra de la información de las atenciones otorgadas por las IPRESS durante el mes, las cuales están consignadas en el CD de Producción Mensual de Servicios de Salud, remitido por la IPRESS.

De modo ulterior, el área usuaria la OCPyAP se constituye a las dependencias de la IPRESS, a efectos de contrastar las prestaciones de salud otorgadas por la IPRESS, pudiendo requerir y emplear para dicha actividad de auditoría, las siguientes fuentes de información:

- Historia Clínica física y/o virtual,
- Essalud Sistema de Salud Inteligente (ESSI),
- Sistema de Referencias y Contrarreferencias,
- Informes de visitas de supervisión realizadas,
- Informes operacionales de actividades preventivas y recuperativas,
- Otros instrumentos documentarios, informáticos o equivalentes que sustenten el servicio prestado.

Como resultado de la evaluación del expediente, así como de las acciones de auditoría, la OCPyAP debe determinar de modo preliminar, el monto mensual a pagar a la IPRESS, asimismo debe determinar si existen infracciones que ameritan la aplicación de penalidades y el monto a aplicar por Penalidades.

En caso que el expediente mensual, presente incongruencias y observaciones, la OCPyAP procede a devolver el expediente a la IPRESS adjuntado un informe al respecto, con la finalidad que la misma proceda a levantar las observaciones. La IPRESS tiene un plazo de 02 a 10 días de plazo, posteriores a la recepción del informe de auditoría, para subsanar las observaciones.

Asimismo, y de corresponder, se debe comunicar a LA IPRESS, sobre las penalidades a aplicar; la IPRESS puede presentar una apelación a las penalidades aplicadas a través de un informe sustentado. La apelación es admitida por única vez.

Si la IPRESS no finaliza con la subsanación de las observaciones o, de ser el caso, apela las penalidades aplicadas, no es factible el pago del mes en curso ni el mes subsiguiente.



3. Conformidad

La OCPyAP emite el Informe de Conformidad si el expediente presentado por LA IPRESS no presenta inconsistencias, incongruencias y/u observaciones, asimismo valida el monto preliminar o reformula el monto a pagar a la IPRESS, que deviene finalmente en el presupuesto requerido.

4. Solicita liberación presupuestaria de pago mensual

La OCPyAP remite el Informe de Conformidad (incluye los montos actualizados o presupuesto requerido para pago a LA IPRESS), a la Oficina de Administración de la Red Asistencial, quien a su vez lo deriva a la Oficina de Logística. Esta última, solicita a la Oficina de Finanzas, vía correo electrónico, el presupuesto requerido para pagar a las IPRESS.



La Oficina de Finanzas del área usuaria solicita vía correo electrónico a la Gerencia de Presupuesto, de la Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto, el presupuesto⁶ requerido para pagar las prestaciones otorgadas por la IPRESS en el mes en curso.

5. Gerencia de Presupuesto de la Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto, libera el presupuesto solicitado.

La Gerencia de Presupuesto, vía correo electrónico, comunica a la Oficina de Finanzas del área usuaria, la asignación (liberación) del presupuesto solicitado.



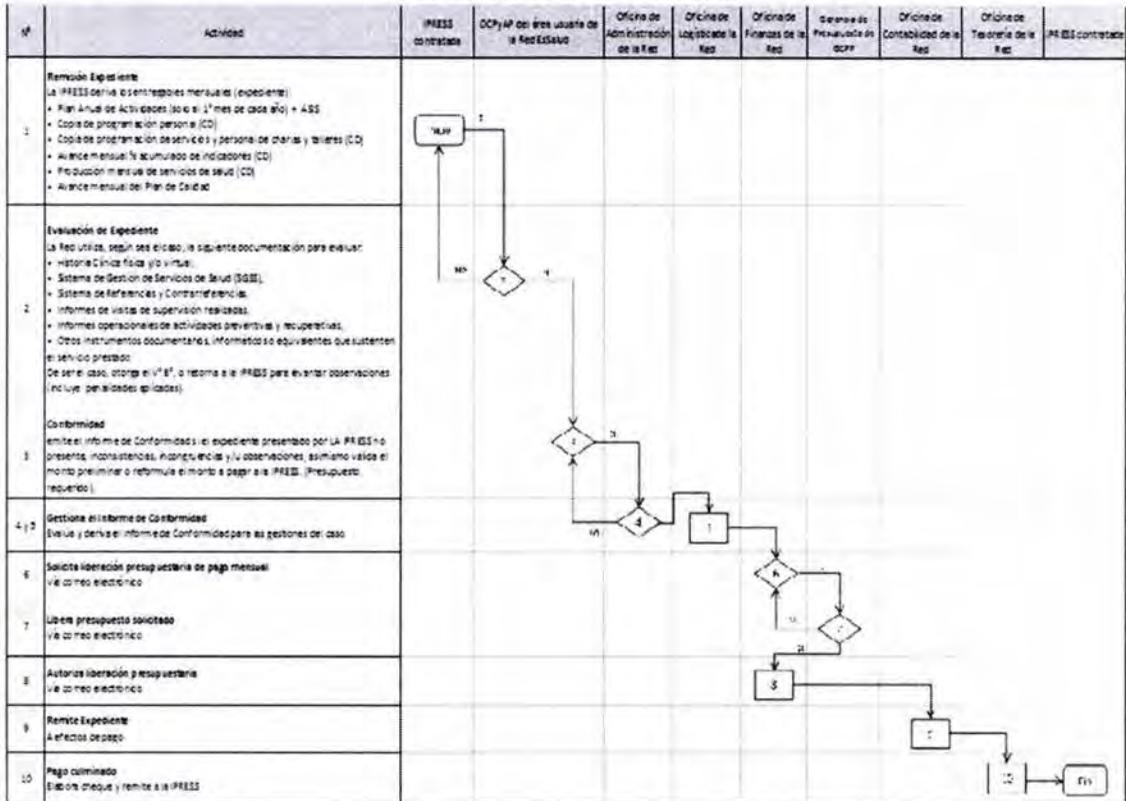
6. Oficina de Finanzas del área usuaria

La Oficina de Finanzas de la Red Asistencial, remite, vía correo electrónico, el monto del presupuesto liberado a la Oficina de Contabilidad de la Red y esta a su vez a la Oficina de Tesorería de la Red. La Oficina de Tesorería con el sustento del expediente y el presupuesto autorizado, emite el cheque de pago, el mismo que remite a la IPRESS contratada.

7. IPRESS

Recibe el respectivo cheque de pago.

⁶ El monto final de pago a la IPRESS es determinado por la OCPyAP y solicitado, vía correo electrónico, por la Oficina de Logística a la Oficina de Finanzas, del área usuaria.

PROCEDIMIENTO DE PAGO MENSUAL A LA IPRESS EXTRAINSTITUCIONAL EN CONVENIO


PROCEDIMIENTO DE PAGO TRIMESTRAL A LA IPRESS EXTRAINSTITUCIONAL EN CONVENIO.

1. Remisión de la trama de datos para pago.

La IPRESS, a través de una carta dirigida a la Oficina de Coordinación de Prestaciones y Atención Primaria (OCPyAP) del área usuaria, remite CD con la trama de datos⁷ en formato Excel. La trama en mención consolida las prestaciones otorgadas, en concordancia a las variables utilizadas en las fórmulas de cálculo de los indicadores sanitarios consignados en el Convenio, de modo tal que, cada hoja del Excel muestra la información requerida para el cálculo de cada indicador.

La IPRESS, debe consignar, asimismo, la propuesta de puntaje alcanzado, acorde a los resultados de los indicadores considerados en el Convenio; y de corresponder, con la carta LA IPRESS debe adjuntar la evidencia física de los indicadores que lo requieran.

2. Evaluación de la trama de datos

La OCPyAP del área usuaria desarrolla acciones de verificación y/o auditoría al total de la información sobre las atenciones otorgadas por las IPRESS durante el trimestre sujeto a evaluación, las cuales se encuentran consignadas en la trama de datos remitida en CD por la IPRESS.

De modo ulterior, la OCPyAP del área usuaria se constituye a las dependencias de la IPRESS, a efectos de contrastar la información sobre las prestaciones de salud otorgadas por la IPRESS, pudiendo requerir para dicha actividad de auditoría, las siguientes fuentes de información:

- Historia Clínica física y/o virtual,
- ESSALUD Sistema de Salud Inteligente (ESSI),
- Sistema de Referencias y Contrarreferencias,
- Informes de visitas de supervisión realizadas,
- Informes operacionales de actividades preventivas y recuperativas,
- Otros instrumentos documentarios, informáticos o equivalentes que sustenten el servicio prestado.

3. Conformidad

La OCPyAP emite un Informe de Conformidad del Tramo Variable, y de corresponder, en el mismo, valida los puntajes propuestos por la IPRESS por el resultado obtenido de cada indicador y el puntaje global alcanzado, o en su defecto consigna los puntajes alcanzados por la IPRESS, informando de dicho puntaje a la IPRESS.

Asimismo, la OCPyAP debe determinar el monto del tramo variable que corresponde pagar a la IPRESS, de acuerdo al puntaje obtenido.

En casos muy excepcionales y sustentados técnicamente, la OCPyAP, procede a comunicar a la IPRESS, las razones u observaciones que determinaron un puntaje menor al propuesto en su carta, con la finalidad que la misma proceda a levantar las observaciones. La IPRESS tiene hasta 15 días de plazo, posteriores a la recepción del informe de levantamiento de observaciones.

4. Solicita liberación presupuestaria de pago trimestral

La OCPyAP deriva copia del Informe de Conformidad del Tramo Variable a la Oficina de Administración de la Red Asistencial, quien a su vez deriva el expediente a la Oficina de Logística. Esta última, solicita a la Oficina de Finanzas, vía correo electrónico, el monto de presupuesto a pagar a la IPRESS.

⁷ La trama de datos comprende información vinculada a la medición de cada indicador, entre otros, a saber:

número de indicador, trimestre de evaluación, nombre de la IPRESS, nombre y apellidos del paciente atendido, edad, DNI, actividad asistencial, número de consulta externa, etc.

La Oficina de Finanzas, solicita vía correo electrónico a la Gerencia de Presupuesto, de la Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto, el monto requerido para pagar las prestaciones otorgadas por la IPRESS en el trimestre evaluado.

5. Gerencia de Presupuesto de la Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto, libera el presupuesto solicitado.

La Gerencia de Presupuesto, vía correo electrónico, comunica a la Oficina de Finanzas del área usuaria, la asignación (liberación) del presupuesto solicitado.

6. Oficina de Finanzas

La Oficina de Finanzas de la Red Asistencial, remite, vía correo electrónico, el monto del presupuesto liberado a la Oficina de Contabilidad de la Red, y esta a su vez a la Oficina de Tesorería de la Red. La Oficina de Tesorería con el sustento de la copia del Informe de Conformidad y el presupuesto autorizado, emite el cheque de pago, el mismo que remite a la IPRESS contratada.

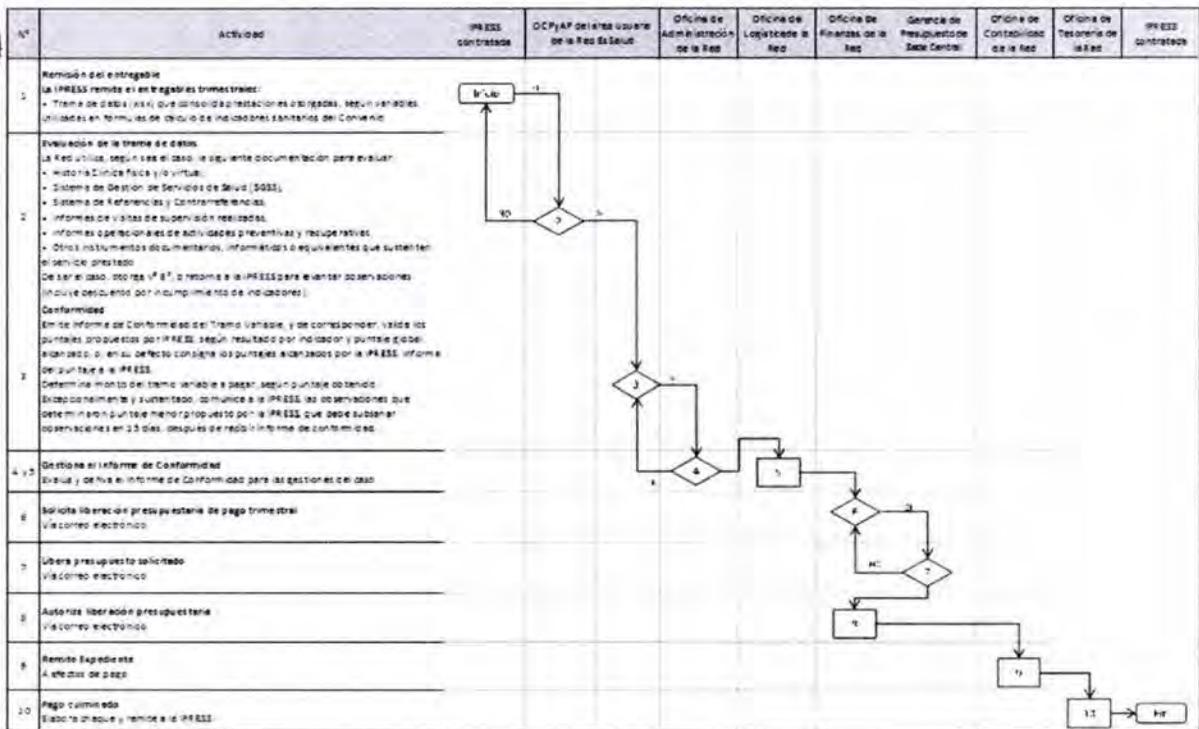


7. IPRESS

Recibe el respectivo cheque de pago.



PROCESO DE PAGO TRIMESTRAL A LA IPRESS EXTRAINSTITUCIONAL EN CONVENIO



ANEXO N° 8: LISTADO MÍNIMO DE MEDICAMENTOS

Petitorio mínimo correspondiente al primer nivel de atención I-3, según directivas vigentes del listado de medicamentos.

N°	Material	DENOMINACION	ESPECIFICACIONES TECNICAS	UNIDAD DE MANEJO
1	10900001	ACETAZOLAMIDA	250mg	TB
2	10200012	ACETILCISTEINA	200 mg	SOB
3	10250159	ACICLOVIR	400 mg	TB
4	10900002	ACICLOVIR	3 % x 3.5- 5 g Ungüento Oftálmico	TU
5	10400001	ACIDO ACETILSALICILICO	100 mg	TB
6	10250259	ACIDO FUSIDICO	2% ó 2g/100g x 15g	TU
7	10700001	ACIDO FOLICO	0.5 mg	TB
8	10700003	ACIDO TRANEXAMICO	250 mg	TB
9	10850043	VALPROATO SODICO	500 mg (Liberación retardada)	TB
10	11050008	AGUA DESTILADA	5 ML	AM
11	10300002	ALBENDAZOL	200 mg	TB
12	10300001	ALBENDAZOL	100 mg / 5mL x 20 mL. Líquido Oral	FR
13	10750053	ALENDRONICO ACIDO (SAL SÓDICA)	70 mg	TB
14	10050002	ALOPURINOL	100 mg	TB
15	10050078	ALOPURINOL	300 mg	TB
16	11000001	ALPRAZOLAM	0.5 mg	TB
17	10250008	AMIKACINA	500MG	AMP
18	10250007	AMIKACINA (COMO SULFATO)	100 mg / mL x 2 mL	AM
19	10400004	AMIODARONA		TB
20	11000002	AMITRIPTILINA	25MG	TB
21	10400110	AMLODIPINO (COMO BESILATO)	10 mg	TB
22	10250013	AMOXICILINA	500 mg	TB
23	10250012	AMOXICILINA	250 mg/ 5 mL . Suspensión Oral o polvo para suspensión oral x 60 a 100 mL	FR



24	10250014	AMOXICILINA / ACIDO CLAVULANICO	500 mg / 125 mg	TB
25	10250197	AMOXICILINA + ACIDO CLAVULANICO	250 mg + 62.5mg / 5mL x 60mL+dosificador	FR
26	10800004	ANTITOXINA TETANICA HUMANA	250 UI	AM
27	10400006	ATENOLOL	100 mg	TB
28	10400064	ATORVASTATINA	10 mg	TB
29	10400119	ATORVASTATINA (COMO SAL CÁLCICA)	40mg	TB
30	10400118	ATORVASTATINA (COMO SAL CÁLCICA)	20mg	TB
31	10450005	ATROPINA SULFATO	0.25 mg o 250 mcg/ mL x 1 mL	AM
32	10250022	AZITROMICINA	500 mg	TB
33	10250266	AZITROMICINA	200 mg / 5mL x 30mL + dosificador. Suspensión Oral	FR
34	10500004	BECLOMETASONA DIPROPIONATO	250 mcg / dosis x 200-250 dosis Aerosol para inhalación	FR
35	10500005	BECLOMETASONA DIPROPIONATO	50 mcg /dosis x 200-250 dosis Aerosol para inhalación	FR
36	10250026	BENCILPENICILINA BENZATINICA o Penicilina Benzatina	1, 200 000 UI (con diluyente)	AM
37	10250024	BENCILPENICILINA PROCAINICA o Penicilina G Procaínica	1, 000 000 UI (con diluyente)	AM
38	10250025	BENCILPENICILINA SODICA o Penicilina G Sódica	1, 000 000 UI (con diluyente)	AM
39	10550040	BENZOATO DE BENCILO	25 % Loción o Emulsión Tópica x 120mL	FR
40	10550006	BETAMETASONA (DIPROPIONATO)	0.05 % Crema x 20 a 30 g	TU
41	10850005	BIPERIDENO	2 mg	TB
42	10450044	BISACODILO	5 mg (Liberación retardada)	TB



43	10450045	BISMUTO SUBSALICILATO	87.33 - 87.50 mg / 5mL. Suspensión Oral x 240 a 340 mL	FR
44	10400091	BISOPROLOL FUMARATO	5 mg	TB
45	10650002	BROMOCRIPTINA (como mesilato)	2,5 mg	TB
46	10400009	CAPTOPRIL	25 mg	TB
47	10850008	CARBAMAZEPINA	200 mg	TB
48	10900057	CARBÓMERO	0.1 a 0.3 % Gel Oftálmico Mínimo 5 g	TU
49	10750041	CARBONATO DE CALCIO	500 mg o más de ión Ca	TB
50	10400075	CARVEDILOL	12.5 MG	TB
51	10250031	CEFALEXINA	500 mg	TB
52	10250268	CEFALEXINA	250mg/5mL x 60mL + dosificador Suspensión Oral	FR
53	10150018	CETIRIZINA	5 mg / 5 mL Jarabe x 60 mL a 100 mL	FR
54	10150019	CETIRIZINA	10 mg	TB
55	10900008	CIPROFLOXACINO (COMO CLORHIDRATO)0.3 % x 5 mL Gotas Oftálmicas	0.3 % gotas oftálmicas	FR
56	10250047	CIPROFLOXACINO (COMO CLORHIDRATO)	500 mg	TB
57	10250049	CLARITROMICINA	500mg	TB
58	10250269	CLARITROMICINA	250mg/5mL x 100mL + dosificador. Suspensión Oral	FR
59	10250175	CLINDAMICINA (COMO CLORHIDRATO)	300 mg	CP
60	10550009	CLOBETASOL (PROPIONATO)	0.05 % Crema x 20 a 25 g	TU
61	10850010	CLONAZEPAM	2 mg	TB
62	10400076	CLOPIDOGREL	75 mg	TB
63	10900009	CLORANFENICOL	0.5 % ó 5mg /mL 10 mL Gotas Oftálmicas	FR
64	10250055	CLORANFENICOL	500 mg	CP



65	10250148	CLORANFENICOL (COMO PALMITATO)	250 mg / 5 ml x 60 mL Líquido Oral	FR
66	10150002	CLORFENAMINA	2MG/5ML X 120ML	FR
67	10150003	CLORFENAMINA MALEATO	4 mg	TB
68	10150001	CLORFENAMINA MALEATO	10 mg / mL x 1 mL	AM
69	11050068	CLORURO DE SODIO ó SUERO FISIOLOGICO	0.9 % x 100 mL	FR
70	11050016	CLORURO DE SODIO ó SUERO FISIOLOGICO	0.9 % x 1 L	FR
71	10650005	CLOTRIMAZOL	500 mg	TAB/VAG
72	10550012	CLOTRIMAZOL	1% crema x 20 a 30 g	TU
73	10550013	CLOTRIMAZOL	1% Solución Tópica x 20 a 30mL	FR
74	10900011	DERIVADOS DE METILCELULOSA	15 mL Gotas oftálmicas	FR
75	10150023	DEXAMETASONA	4mg	TB
76	10150005	DEXAMETASONA	4MG	AMP
77	10150004	DEXAMETASONA	0.5 mg	TB
78	10150025	DEXAMETASONA (COMO FOSFATO SÓDICO)	2mg /5 mL x 100mL + dosificador Líquido Oral	FR
79	10500011	DEXTROMETORFANO BROMHIDRATO	15 mg / 5 mL x 120 mL Jarabe	FR
80	11050026	DEXTROSA ó GLUCOSA EN AGUA	33.3 % x 20mL	AM
81	11000008	DIAZEPAM	5 mg x mL x 2 mL	AM
82	11000009	DIAZEPAM	10 mg	TB
83	10050012	DICLOFENACO SODICO	25 mg /mL x 3 mL	AM
84	10900013	DICLOFENACO SODICO 0.1 % x 5 mL Gotas oftálmicas	1 % x 5 mL Gotas oftálmicas	FR
85	10250061	DICLOXACILINA	500 mg	TB
86	10250060	DICLOXACILINA	250 mg / 5 mL polvo para suspensión x 60 a 100 mL	FR
87	10400015	DIGOXINA	0.25 mg	TB
88	10400016	DILTIAZEM CLORHIDRATO	60 mg	TB



89	10450010	DIMENHIDRINATO	50 mg	TB
90	10450011	DIMENHIDRINATO	10 mg /mL x 5 mL	AM
91	10950006	DIMETICONA ACTIVADA (SIMETICONA)	80 mg ó más / mL Gotas Orales x 10 mL a 15mL	FR
92	10900045	DORZOLAMIDA	2 % x 5 mL Gotas oftálmicas	FR
93	10250065	DOXICICLINA (COMO CLORHIDRATO)	100 mg	TB
94	10400021	ENALAPRIL MALEATO	10 mg	TB
95	10500012	EPINEFRINA (COMO CLORHIDRATO ó ÁCIDO TARTRATO)	1mg / mL x 1 mL	AM
96	10850045	ERGOTAMINA (TARTRATO) + CAFEINA, C/S ANALGESICO	1 mg + 100 mg c/s analgésico	TB
97	10250070	ERITROMICINA (BASE, ESTEARATO, ETILSUCCINATO)	500 mg	TB
98	10250069	ERITROMICINA (BASE, ESTEARATO, ETILSUCCINATO)	200-250 mg / 5 mL Suspensión Oral o Polvo para suspensión oral o Granulado para suspensión oral x 60 a 100mL	FR
99	10450015	ESCOPOLAMINA BUTILBROMURO	10 mg	TB
100	10450016	ESCOPOLAMINA BUTILBROMURO	20 mg / mL x 1 mL	AM
101	10400023	ESPIRONOLACTONA	25 mg	TB
102	10400022	ESPIRONOLACTONA	100 mg	TB
103	10650016	ESTROGENOS	0.1% x 15 g Crema	TU
104	10250077	ETAMBUTOL CLORHIDRATO	400 mg	TB
105	10650053	ETINILESTRADIOL + LEVONORGESTREL	30 µg + 150 µg x ciclo (21 tabletas +7 tabletas con sustancias sin efecto terapéutico)	BLISTER
106	10850018	FENITOINA	125 mg / 5 mL x 120mL	FR
107	10850073	FENITOINA (SAL SÓDICA)	100 mg	TB
108	10850063	FENITOINA (SAL SÓDICA)	50mg/mL x 2mL	AM
109	10850021	FENOBARBITAL	100 mg	TB



110	10500013	FENOTEROL GOTAS (FENOTEC)	5MG/ML	GT
111	10700021	FITOMENADIONA	10 mg / mL x 1 mL	AM
112	10250247	FLUCONAZOL	150mg	TB
113	10400029	FUROSEMIDA	40 mg	TB
114	10400028	FUROSEMIDA	10 mg / mL x 2 MI	AM
115	10850023	GABAPENTINA	300 mg	TB
116	10400030	GEMFIBROZILO	600 mg	TB
117	10900017	GENTAMICINA	0.3 % ó 3 mg/ mL x 5 mL Gotas Oftálmicas	FR
118	10900018	GENTAMICINA	0.3 % x 5g Ungüento Oftálmico	TU
119	10250086	GENTAMICINA (COMO SULFATO)	40 mg / mL x 2 mL	AM
120	10750011	GLIBENCLAMIDA	5 mg	TB
121	10400111	HIDROCLOROTIAZIDA	25 mg	TB
122	10150006	HIDROCORTISONA (SUCCINATO)	250 mg / 2mL	AM
123	10550017	HIDROCORTISONA (COMO ACETATO)	1 % crema x 20 a 30 g	TU
124	10450019	HIDROXIDO DE ALUMINIO + HIDROXIDO DE MAGNESIO (C/S DIMETICONA)	400 mg + 400 mg. Suspensión Oral x 120 a 150mL	FR
125	10700031	HIDROXOCOBALAMINA	1 mg / mL x 1 MI	AM
126	10900060	HIPROMELOSA	0.3% x 10 mL.Solución Oftálmica	FR
127	10050018	IBUPROFENO	400 mg	TB
128	10050017	IBUPROFENO	100 mg/5 mL x 60 mL Líquido Oral	FR
129	10050019	INDOMETACINA	25 mg	TB
130	10750016	INSULINA HUMANA ADN RECOMBINANTE	100 UI / mL x 10 mL	AM
131	10750018	INSULINA NPH HUMANA	100 UI / mL x 10 mL	AM
132	10500017	IPRATROPIO BROMURO	20 µg P/ dosis x 200 dosis Aerosol para inhalación	FR
133	10400109	IRBESARTAN	150 mg	TB
134	10250093	ISONIAZIDA	100 mg	TB
135	10400036	ISOSORBIDA DINITRATO	10 mg	TB



136	10400037	ISOSORBIDA DINITRATO	5 mg Sublingual	TB
137	10250096	KETOCONAZOL	200 mg	TB
138	10900047	LATANOPROST	0.005 % x 2.5 mL Gotas Oftálmicas	FR
139	10850028	LEVODOPA + CARBIDOPA	250 mg + 25 mg	TB
140	10750021	LEVOTIROXINA SODICA	0.1 mg	TB
141	10100022	LIDOCAINA CLORHIDRATO SIN EPINEFRINA	2 % x 20 mL (Sin Preservante)	AM
142	10100020	LIDOCAINA CLORHIDRATO + EPINEFRINA	2% 1:80 000 carpula	CAD
143	10250098	LOPERAMIDA	2 mg	TB
144	10150020	LORATADINA	10 mg	TB
145	10400092	LOSARTÁN	50 mg	TB
146	10300006	MEBENDAZOL	100 mg	FR
147	10300005	MEBENDAZOL	100 mg	TB
148	10650026	MEDROXIPROGESTERONA ACETATO	150 mg /mL x 1 mL (de depósito)	AM
149	10650025	MEDROXIPROGESTERONA ACETATO	5 mg	TB
150	10050023	METAMIZOL SODICO	500mg/ mL X 2 mL	AM
151	10750025	METFORMINA CLORHIDRATO	850 mg	TB
152	10400042	METILDOPA	250 mg	TB
153	10450022	METOCLOPRAMIDA CLORHIDRATO	10 mg	TB
154	10450023	METOCLOPRAMIDA CLORHIDRATO	5 mg /mL x 2 mL	AM
155	10250100	METRONIDAZOL	125 mg / 5 mL Suspensión Oral x 120 mL	FR
156	10250101	METRONIDAZOL	500 mg	TB
157	10550035	MUPIROCINA	2 % Ungüento tópico x 15 g	TU
158	10900024	NAFAZOLINA	0.1 % ó 1 mg/ mL 15 mL Gotas Oftálmicas	FR
159	10050031	NAPROXENO	250 mg (base) ó 275 mg (sal sódica)	TB



160	10050082	NAPROXENO (COMO SAL SÓDICA)	500mg	TB
161	10400043	NIFEDIPINO	10 mg	TB
162	10250106	NISTATINA	100 000 UI/mL Gotas Orales x 12 mL	FR
163	10250107	NISTATINA	500 000 UI	TB
164	10650028	NISTATINA	25 000 UI / g x 60 g Crema vaginal	TU
165	10250109	NITROFURANTOÍNA	100 mg	TB
166	10250110	NITROFURANTOÍNA	25 mg / 5 mL Suspensión x 100 mL ó más	FR
167	10250114	NORFLOXACINO	400 mg	TB
168	10450025	OMEPRAZOL	20 mg	TB
169	10050086	ORFENADRINA CITRATO	100mg (Liberación prolongada)	TB
170	10050032	ORFENADRINA CITRATO	30 mg / mL x 2mL	AM
171	10050034	PARACETAMOL	120 mg / 5 mL Jarabe x 60mL	FR
172	10050035	PARACETAMOL	500 mg	TB
173	10050033	PARACETAMOL	100 mg / mL Gotas Orales x 15 mL	FR
174	10250117	PENICILINA CLEMIZOL	1, 000 000 UI (con diluyente)	AM
175	10900028	PILOCARPINA	2 % x 10-15 mL Solución Oftálmicas	FR
176	10250118	PIRAZINAMIDA	500 mg	TB
177	11100037	PIRIDOXINA CLORHIDRATO	50 mg	TB
178	10900030	PREDNISOLONA ACETATO	1 % x 5mL Gotas Oftálmicas	FR
179	10150010	PREDNISONA	5 mg	TB
180	10050041	PREDNISONA	50 mg	TB
181	10150009	PREDNISONA	20 mg	TB
182	10050089	PREDNISONA5mg/5mL	5mg/5mL x 120mL + dosificador Jarabe/Suspensión Oral	FR
183	10400050	PROPAFENONA CLORHIDRATO	150 mg	TB



184	10400052	PROPRANOLOL CLORHIDRATO	40 mg	TB
185	10450032	RANITIDINA (COMO CLORHIDRATO)	300 mg	TB
186	10450033	RANITIDINA (Como clorhidrato)	25 mg/mL x 2 mL	AM
187	11100038	RETINOL (PALMITATO O ACETATO)	50 000 UI	TB
188	10250123	RIFAMPICINA 300 mg	300 mg	CP
189	10250122	RIFAMPICINA	100 mg / 5 mL Suspensión Oral o jarabe x 60 a 100mL.	FR
190	10700037	SAL FERROSA	15 mg de Fe elemental / 5 mL Jarabe x 180 mL	FR
191	10700038	SAL FERROSA	60 mg de Fe elemental	TB
192	10500020	SALBUTAMOL (COMO SULFATO)	100 µg / dosis x 200 dosis Aerosol para inhalación	FR
193	10500022	SALBUTAMOL (SULFATO)	4 mg	TB
194	10450061	SALES DE REHIDRATACION ORAL (FORMULA OMS)	20.5 g para disolver en 1 L	SOB
195	10400082	SIMVASTATINA	20 mg	TB
196	10900034	SULFACETAMIDA	10 - 15 % x 10 - 15 mL Gotas Oftálmicas	FR
197	10550029	SULFADIAZINA DE PLATA	1 % Crema Tópica x 400 -500 g	POT
198	10250134	SULFAMETOXAZOL + TRIMETOPRIMA	800 mg + 160 mg	TB
199	10250132	SULFAMETOXAZOL + TRIMETOPRIMA	(200 mg + 40 mg) /5 mL Suspensión Oral x 60mL	FR
200	10600013	TAMSULOSINA	0.4 mg (liberación prolongada)	CP
201	10500027	TEOFILINA	250 mg Liberación Extendida o Liberación Prolongada o Liberación Sostenida	TB
202	10500025	TEOFILINA	27 mg a 30 mg / 5 mL jarabe x 120mL	FR



203	10900036	TETRACICLINA CLORHIDRATO	1 % x 5 g Ungüento Oftálmico	TU
204	10750037	TIAMAZOL	5 mg	TB
205	11100050	TIAMINA CLORHIDRATO	100 mg	TB
206	10900038	TIMOLOL (COMO MALEATO)	0.5 % x 5 mL Gotas oftálmicas	FR
207	10050044	TRAMADOL (CLORHIDRATO)	50 mg	TB
208	10550031	TRIAMCINOLONA (ACETONIDO) 0.025 % Loción Tópica x 60mL	0.025 % Loción Tópica x 60mL	FR
209	10150021	TRIAMCINOLONA (acetenido)	40 mg / mL x 1mL	AM
210	10900040	TROPICAMIDA	1 % x 15 mL Gotas Oftálmicas	FR
211	10400063	VERAPAMILO CLORHIDRATO	80 mg	TB
212	10700039	WARFARINA SODICA	5 mg	TB



MEDICAMENTOS PNA.

Adicionalmente se consideran como mínimo el uso de lo siguiente **sin modificación del costo**:

- Aquellos materiales e insumos necesarios para las atenciones recuperativas en los tópicos o en caso de urgencias, ejemplo, uso de suturas, guantes quirúrgicos, cristaloides, jeringas, etc.
- Aquellos medicamentos, materiales e insumos necesarios para las atenciones de planificación familiar.
- Aquellos materiales e insumos necesarios para las inmunizaciones.
- Aquellos materiales e insumos necesarios para las curaciones de heridas, retiro de uñeros y de cirugía menor.

ANEXO N° 9: INDICADORES SANITARIOS

INDICADOR SANITARIO N° 01		
PORCENTAJE DE ASEGURADOS MENORES DE 1 AÑO DE EDAD CON TERCERA DOSIS DE VACUNA PENTAVALENTE		
Objetivo	Determinar el índice de niños asegurados, menores de 1 año, protegidos con tercera dosis de vacuna pentavalente.	
Definición	Mide el porcentaje de niños asegurados, menores de 1 año, vacunados con tercera dosis de vacuna pentavalente, a la fecha de evaluación / Número de niños menores de 1 año. <u>N° de niños menores de un año con tercera dosis pentavalente:</u> Es el número de niños asegurados, adscritos y acreditados, menores de un año con esquema de vacunación completa de dosis pentavalente. Meta anual: 96%.	
Cálculo del Indicador	Numerador: N° de asegurados menores de un año de edad adscritos y acreditados a la IPRESS, vacunados con tercera dosis de vacuna pentavalente a trimestre de evaluación x 100. Denominador: N° de asegurados adscritos y acreditados menores de un año a al IPRES trimestre del último mes de evaluación.	
Valor del Indicador	PRIMER TRIMESTRE	
	Mayor o igual a 24.00% = 10 puntos Menor a 24.00% a mayor o igual a 20.00% = 8 puntos Menor a 20.00% a mayor o igual a 16.00% = 6 puntos Menor a 16.00% a mayor o igual a 12.00% = 4 puntos Menor a 12.00% = 0 puntos	
	SEGUNDO TRIMESTRE	
	Mayor o igual a 48.00% = 10 puntos Menor a 48.00% a mayor o igual a 44.00% = 8 puntos Menor a 44.00% a mayor o igual a 40.00% = 6 puntos Menor a 40.00% a mayor o igual a 36.00% = 4 puntos Menor a 36.00% = 0 puntos	
	TERCER TRIMESTRE	
	Mayor o igual a 72.00% = 10 puntos Menor a 72.00% a mayor o igual a 66.00% = 8 puntos Menor a 66.00% a mayor o igual a 60.00% = 6 puntos Menor a 60.00% a mayor o igual a 54.00% = 4 puntos Menor a 54.00% = 0 puntos	
	CUARTO TRIMESTRE	
	Mayor o igual a 96.00% = 10 puntos Menor a 96.00% a mayor o igual a 90.00% = 8 puntos Menor a 90.00% a mayor o igual a 84.00% = 6 puntos Menor a 84.00% a mayor o igual a 78.00% = 4 puntos Menor a 78.00% = 0 puntos	
	Frecuencia de Medición	Trimestral
	Fuente	Historias Clínicas, ESSI, Módulo de inmunizaciones institucional, Padrón nominal de registro diario de vacunación, Reporte de población asegurada adscrita y acreditada proporcionado por GCSyPE.
	Responsable	Gerencia Red Asistencial



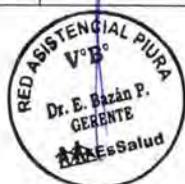
Comentarios Técnicos (criterios)	Se validará esta prestación con copia del carnet de vacunación en niños menores de 1 año y registrados en el ESSI (vacunados en el trimestre evaluado). Se considerará para este indicador los niños vacunados en la propia IPRESS y los vacunados en otros establecimientos debidamente documentado en el período evaluado. Los informes deben ser firmados por la enfermera responsable de inmunizaciones y la jefatura de enfermería de la IPRESS. Las vacunas vigentes se establecen de acuerdo a la NTS N° 141-MINSA/2018/DGIESP. "Norma Técnica de Salud que establece el Esquema Nacional de Vacunación".
--	--

INDICADOR SANITARIO N° 02	
PORCENTAJE DE NIÑOS DE 6 A 35 MESES CON DESCARTE DE ANEMIA	
Objetivo	Determinar el número total de niños asegurados de 06 a 35 meses de edad, el riesgo de anemia con el primer tamizaje de hemoglobina.
Definición	Mide el porcentaje de niños asegurados, de 06 a 35 meses de edad, con atención integral del niño, con primer tamizaje de hemoglobina a la fecha de evaluación / Número de niños de 06 a 35 meses. Número de niños de 6 a 35 meses con primer tamizaje de hemoglobina: Es el número de niños asegurados adscritos y acreditados de 6 a 35 meses de edad con primer tamizaje de hemoglobina. Meta anual: 80%.
Cálculo del Indicador	Numerador: N° de asegurados de 6 a 35 meses de edad adscritos y acreditados a la IPRESS, atendidos integralmente con primer tamizaje de hemoglobina al trimestre de evaluación x 100.
	Denominador: N° de asegurados de 6 a 35 meses de edad adscritos y acreditados a la IPRESS del último trimestre de evaluación.
Puntaje del Indicador	PRIMER TRIMESTRE
	Mayor o igual a 20.00% = 10 puntos
	Menor a 20.00% a mayor o igual a 15.00% = 8 puntos
	Menor a 15.00% a mayor o igual a 10.00% = 6 puntos
	Menor a 10.00% a mayor o igual a 5.00% = 4 puntos
	Menor a 5.00% = 0 puntos
	SEGUNDO TRIMESTRE
	Mayor o igual a 40.00% = 10 puntos
	Menor a 40.00% a mayor o igual a 35.00% = 8 puntos
	Menor a 35.00% a mayor o igual a 30.00% = 6 puntos
	Menor a 30.00% a mayor o igual a 25.00% = 4 puntos
	Menor a 25% = 0 puntos
	TERCER TRIMESTRE
	Mayor o igual a 60.00% = 10 puntos
	Menor a 60.00% a mayor o igual a 55.00% = 8 puntos
	Menor a 55.00% a mayor o igual a 50.00% = 6 puntos
Menor a 50.00% a mayor o igual a 45.00% = 4 puntos	
Menor a 45.00% = 0 puntos	
CUARTO TRIMESTRE	
Mayor o igual a 80.00% = 10 puntos	
Menor a 80.00% a mayor o igual a 75.00% = 8 puntos	
Menor a 75.00% a mayor o igual a 70.00% = 6 puntos	
Menor a 65.00% a mayor o igual a 60.00% = 4 puntos	
Menor a 60.00% = 0 puntos	
Frecuencia de Medición	Trimestral
Fuente	Aplicativo "Infancia de Hierro Sin Anemia", ESSI - Central de Monitoreo de Anemia -GCPS
Responsable	Gerencia de Red Asistencial



Comentarios Técnicos (criterios)	Según la NTS N° 134-MINSA/2017/DGIESP. Norma Técnica de Salud para el manejo terapéutico y preventivo de la anemia en niños, adolescentes, mujeres gestantes y puérperas" y la Resolución N°32GCPs-ESSALUD-2018; se considerarán como criterio: Consulta médica integral (optativo) Resultado de hemoglobina Se considerará en el denominador del indicador el promedio de la población asegurada en el trimestre de evaluación.
--	---

INDICADOR SANITARIO N° 03	
COBERTURA DE ASEGURADAS CON RESULTADO DE FROTIS PAP DE CERVIX UTERINO	
Objetivo	"Identificar oportunamente a las mujeres aseguradas entre 30 a 64 años con lesiones precursoras de cáncer de cérvix en estadios tempranos para implementar un tratamiento oportuno y limitar el daño".
Definición	Mide el porcentaje de atención de mujeres de 30 a 64 años con resultado entregado de muestra procesada de PAP cérvico-vaginal. Meta: 70%.
Cálculo del Indicador	Numerador: N° de Mujeres de 30 a 64 años adscritas y acreditadas a la IPRESS, atendidas (tamizadas) que recibieron el resultado de frotis PAP de cuello uterino al trimestre de evaluación.
	Denominador: Total de mujeres asegurados adscritas y acreditadas en la IPRESS de 30 a 64 años al periodo de evaluación.
Puntaje del Indicador	PRIMER TRIMESTRE
	Mayor o igual a 18.00% = 10 puntos
	Menor a 18.00% a mayor o igual a 14.00% = 8 puntos
	Menor a 14.00% a mayor o igual a 10.00% = 6 puntos
	Menor a 10.00% a mayor o igual a 6.00% = 2 puntos
	Menor a 6.00% = 0 puntos
	SEGUNDO TRIMESTRE
	Mayor o igual a 36.0% = 10 puntos
	Menor a 36.00% a mayor o igual a 32.00% = 8 puntos
	Menor a 32.00% a mayor o igual a 28.00% = 6 puntos
	Menor a 28.00% a mayor o igual a 24.00% = 2 puntos
	Menor a 24.00% = 0 puntos
	TERCER TRIMESTRE
	Mayor o igual a 54% = 10 puntos
	Menor a 54.00% a mayor o igual a 50.00% = 8 puntos
	Menor a 50.00% a mayor o igual a 46.00% = 6 puntos
	Menor a 46.00% a mayor o igual a 42.00% = 2 puntos
	Menor a 42.00% = 0 puntos
	CUARTO TRIMESTRE
	Mayor o igual a 70.00% = 10 puntos
Menor a 70.00% a mayor o igual a 66.00% = 8 puntos	
Menor a 66.00% a mayor o igual a 62.00% = 6 puntos	
Menor a 62.00% a mayor o igual a 58.00% = 2 puntos	
Menor a 58.00% = 0 puntos	
Frecuencia de Medición	Trimestral
Fuente	Data enviada por la IPRESS, ESSI, Historias Clínicas, reporte de población asegurada adscrita y acreditada proporcionado por GCSyPE, Informes Operacionales de Salud Sexual y Reproductiva.
Responsable	Gerencia Red Asistencial



Comentarios Técnicos (criterios)	<p>Los informes deben ser firmados por Médico Anatómo-Patólogo (los que serán verificados en las visitas inopinadas). La Información de resultados se hace con el Sistema Bethesda, de acuerdo a Documento Técnico "Procedimientos de Citología Cervical en EsSalud" con Resolución N° 04-GCPS-ESSALUD-2018. (Anexo N° 06). Asimismo, se desarrollarán los indicadores de la normativa (porcentaje de ASC-US y ASC-H respecto a número de láminas satisfactorias: <5% y porcentaje de ASC-US y ASC-H respecto al total de LIE-BG y LIE-AG: <3%)</p> <p>La entrega de resultados al paciente previa consejería, la misma que será verificado con la recepción (firma y huella de la paciente) en la copia del informe.</p> <p>Las edades de tamizaje son de acuerdo a la Directiva 02-GG-EsSalud-2016. Asimismo, deberá implementarse la Resolución Ministerial N° 440-2017/MINSA, que aprobó el Documento Técnico: Plan Nacional de Prevención y Control de Cáncer de Cuello Uterino 2017-2021, que recomienda la citología convencional anualmente.</p> <p>Se considerará para este indicador las mujeres tamizadas en la propia IPRESS y las tamizadas en otros establecimientos debidamente documentado en el periodo evaluado.</p>
	<p>Se considerará en el denominador del indicador a la población asegurada de 30 a 64 años, en el trimestre evaluado.</p>

INDICADOR SANITARIO N° 04 COBERTURA DE ASEGURADAS CON RESULTADO DE EXAMEN DE MAMOGRAFIA		
Objetivo	Identificar oportunamente a las mujeres aseguradas entre 50 a 69 años con lesiones precursoras de cáncer de mama en estadios tempranos para implementar un tratamiento oportuno y limitar el daño.	
Definición	Mide el porcentaje de atención de mujeres de 50 a 69 años con resultado entregado de mamografía de tamizaje. La prueba debe realizarse a las aseguradas cada dos años, según lo establecido en la cartera de salud de complejidad creciente. Meta 50%.	
Cálculo del Indicador	<p>Numerador: Número de aseguradas de 50 años a menos de 69 años adscritas y acreditadas a la IPRESS, atendidas (tamizadas) que recibieron el resultado de Mamografía al trimestre de evaluación</p> <p>Denominador: Es el número de aseguradas de 50 años a menos de 69 años de edad adscritas y acreditadas a la IPRESS al periodo de evaluación.</p>	
Puntaje del Indicador	PRIMER TRIMESTRE	
	Mayor o igual a 10%	= 10 puntos
	Menor a 10% a mayor o igual a 8.5%	= 8 puntos
	Menor a 8.5% a mayor o igual a 7.5%	= 6 puntos
	Menor a 7.5% a mayor o igual a 7.0%	= 2 puntos
	Menor a 7.0%	= 0 puntos
	SEGUNDO TRIMESTRE	
	Mayor o igual a 20%	= 10 puntos
	Menor a 20.0% a mayor o igual a 17.0%	= 8 puntos
	Menor a 17.0% a mayor o igual a 15.0%	= 6 puntos
	Menor a 15.0% a mayor o igual a 14.0%	= 2 puntos
	Menor a 14.0%	= 0 puntos
	TERCER TRIMESTRE	
	Mayor o igual a 30%	= 10 puntos
	Menor a 30% a mayor o igual a 25%	= 8 puntos
	Menor a 25% a mayor o igual a 22.5%	= 6 puntos
Menor a 22.5% a mayor o igual a 20.5%	= 2 puntos	
Menor a 20.5%	= 0 puntos	
CUARTO TRIMESTRE		
Mayor o igual a 50%	= 10 puntos	



	Menor a 50.0% a mayor o igual a 40.0%	= 8 puntos
	Menor a 40.0% a mayor o igual a 35.0%	= 6 puntos
	Menor a 35.0% a mayor o igual a 30.0%	= 2 puntos
	Menor a 30.0%	= 0 puntos
Frecuencia de Medición	Trimestral	
Fuente	Data enviada por la IPRESS, ESSI, Historias Clínicas, reporte de población asegurada adscrita y acreditada proporcionado por GCSyPE, Informes Operacionales de Salud Sexual y Reproductiva.	
Responsable	Gerencia Red Asistencial	
Comentarios Técnicos (criterios)	<p>Se considerará como criterio: El informe debe estar firmado y sellado por Médico Radiólogo. La entrega de resultados la misma que será verificado con la recepción (firma y huella de la paciente) en la copia del informe. Se considerará para este indicador las mujeres tamizadas en la propia IPRESS y las tamizadas en otros establecimientos debidamente documentado en el periodo evaluado. Se considerará en el denominador del indicador a la población asegurada de 50 a menos de 69 años en el trimestre de evaluación. Las edades son de acuerdo a la Resolución Ministerial N° 442-2017/MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Plan Nacional para la Prevención y Control de Cáncer de Mama en el Perú (2017-2021)" Se desarrollarán los indicadores de la Directiva N° 03-GG-ESSALUD-2016 "Detección Temprana de Cáncer de Mama en EsSalud", (porcentaje de número de mujeres adscritas y acreditadas con resultado de mamografía de tamizaje BI-RADS 0 respecto a total de resultados de mamografía de tamizaje <15-20%) Los BI-RADS 0 deben tener ecografía complementaria y estar consignado en la historia clínica.</p>	



INDICADOR SANITARIO N° 05	
COBERTURA DE GESTANTES CON ATENCIÓN PRENATAL INTEGRAL	
Objetivo	Garantizar la salud y desarrollo del Binomio madre/niño previniendo precozmente las enfermedades recurrentes.
Definición	Mide el porcentaje de consulta médica integral de gestantes (Basada en la atención de la primera consulta antes de las 14 semanas de gestación, y con valoración del riesgo obstétrico) Indicando todos los exámenes de ayuda diagnóstica de acuerdo a la cartera de servicios de complejidad creciente y normativa institucional. Meta: 75%
Cálculo del Indicador	<p>Numerador: Es el número de aseguradas gestantes adscritas y acreditadas a La IPRESS, atendidas que recibieron consulta médica de control prenatal antes de las 14 semanas de gestación, con todos los exámenes de ayuda diagnóstica que le corresponde por edad gestacional, en el periodo de evaluación.</p> <p>Denominador: Número de Gestantes Aseguradas Esperadas (6% de las aseguradas entre 15 a 49 años adscritas a la IPRESS)</p>
Puntaje del Indicador	I TRIMESTRE
	Mayor o igual a 19.00% = 10 puntos
	Menor a 19.00% a mayor o igual 15.00% Menor a 15.00% a mayor o igual 11.00% = 8 puntos
	Menor a 11.00% a mayor o igual 7.00% = 6 puntos
	Menor a 7.00% = 2 puntos
	Menor a 7.00% = 0 puntos
	II TRIMESTRE
	Mayor o igual a 38.00% = 10 puntos
	Menor a 38.00% a mayor o igual 34.00% = 8 puntos
	Menor a 34.00% a mayor o igual 30.00% = 6 puntos
Menor a 30.00% a mayor o igual 26.00% = 2 puntos	
Menor a 26.00% = 0 puntos	



INDICADOR SANITARIO N° 06 PORCENTAJE DE REFERENCIAS NO PERTINENTES	
Objetivos:	Mejorar la oportunidad de atención de los pacientes que requieren ser referidos a centros asistenciales de mayor complejidad.
Definición:	Mide el porcentaje de referencias no pertinentes de la IPRESS de Origen. Meta: ≤5%.
Cálculo indicador:	<p>del</p> <p>Numerador: Número de referencias No Pertinentes</p> <p>Denominador: Número total de referencias emitidas.</p>
Fórmula	$\frac{\text{Número total de referencias no pertinentes enviadas desde los establecimientos de salud de I Nivel por período evaluado} \times 100}{\text{Número total de referencias realizadas en el establecimiento de salud de I Nivel por período evaluado}}$
Puntaje Indicador	I TRIMESTRE
	Menor o igual a 5% 10 puntos
	II TRIMESTRE
	Menor o igual a 5% 10 puntos
	III TRIMESTRE
	Menor o igual a 5% 10 puntos
	IV TRIMESTRE
	Menor o igual a 5% 10 puntos
Frecuencia medición	de Trimestral.
Fuente Evaluación	de Sistema de Referencias y Contrarreferencias. ESSI, Medios de verificación: Historia Clínica, parte diario de atenciones.
Responsable	Jefe o responsable de la Unidad de Referencias y Contrarreferencias / Gerente de Red Desconcentrada/Red Asistencial, Oficina de Gestión y Desarrollo de la Red/ Oficinas de Planificación/ Unidad Estadística, Director de Operaciones Prestacionales, Director de EESS/ Oficinas de Planificación / Unidades de Estadística, Director de IPRESS y Gerencia de Operaciones Territoriales de la Gerencia Central de Operaciones.
Comentarios Técnicos	<p>Fuente: Directiva N° 014-GG-ESSALUD-2015, aprobado mediante Resolución de Gerencia General N° 1517-GG-ESSALUD-2015 de fecha 31 de diciembre del 2015. Se consideran las referencias por documento, es decir la fecha con que el médico tratante emitió la orden de referencia, independientemente del registro en el sistema.</p> <p>Se considera la fecha de Creación de las referencias en un periodo dado</p> <p>N° de referencias no pertinentes: Referencias que en el momento de la medición se encuentran observadas o que fueron anuladas estando observadas.</p>



INDICADOR SANITARIO N° 07 DIFERIMIENTO DE CITAS	
Objetivo	Medir la accesibilidad para una cita médica por consulta externa, solicitada por el usuario en días.
Definición	Es la suma del número de días de diferimiento de las citas otorgadas en la IPRESS en un periodo establecido, entre el total de citas otorgadas. <u>Diferimiento:</u> Es la resta numérica en días entre la Fecha de la Cita solicitada por el usuario o médico menos la fecha asignada por la IPRESS.
Cálculo del Indicador	$\frac{\sum \text{del N}^\circ \text{ de días de diferimiento de las citas otorgadas en la IPRESS}}{\text{Total de citas otorgadas en la IPRESS}}$
Puntaje del Indicador	I TRIMESTRE
	Especialidades Básicas (Medicina Familiar, Medicina Integral, Medicina General, Medicina Interna, Ginecología y Pediatría) = Menor o igual de 03 días Otras Especialidades = Menor o igual de 05 días Procedimientos = Menor o igual de 05 días. = 10 puntos
	II TRIMESTRE
	Especialidades Básicas (Medicina Familiar, Medicina Integral, Medicina General, Medicina Interna, Ginecología y Pediatría) = Menor o igual de 03 días Otras Especialidades = Menor o igual de 05 días Procedimientos = Menor o igual de 05 días. = 10 puntos
	III TRIMESTRE
Puntaje del Indicador	Especialidades Básicas (Medicina Familiar, Medicina Integral, Medicina General, Medicina Interna, Ginecología y Pediatría) = Menor o igual de 03 días Otras Especialidades = Menor o igual de 05 días Procedimientos = Menor o igual de 05 días. = 10 puntos
	IV TRIMESTRE
Frecuencia de Medición	Mensual
Fuente	ESSI, Gerencia Central de Atención al Asegurado.
Responsable	Gerencia Red Asistencial.
Comentarios Técnicos (criterios)	Para valorar diferimiento, será en forma mensual en el ESSI (Se tomará en cuenta el promedio de las citas voluntaria, recita e interconsulta). En caso supere los valores establecidos en el puntaje se considerará 0 puntos. <u>Fecha solicitada:</u> Solicitada por el paciente si es primera consulta o en lo sucesivo la fecha indicada por el médico.



INDICADOR SANITARIO N° 08 PORCENTAJE DE PACIENTES CON TB TAMIZADOS PARA VIH		
Objetivo	Garantizar el diagnóstico oportuno de la Confección VIH/TB	
Definición	Mide el porcentaje de pacientes con diagnóstico de tuberculosis tamizados para VIH. Meta 100%	
Cálculo del Indicador	Numerador: Número de pacientes asegurados con diagnóstico de tuberculosis adscritos y acreditados a la IPRESS tamizados para VIH, en el periodo de evaluación. Denominador: Número de pacientes asegurados con diagnóstico de tuberculosis adscritos y acreditados a la IPRESS	
Puntaje del Indicador	I TRIMESTRE	
	Mayor o igual a 25.00% = 10 puntos Menor a 25.00% a mayor o igual a 20.00% = 8 puntos Menor a 20.00% a mayor o igual a 15.00% = 6 puntos Menor a 15.00% a mayor o igual a 10.00% Menor a 10.00% = 4 puntos = 0 puntos	
	II TRIMESTRE	
	Mayor o igual a 50.00% = 10 puntos Menor a 50.00% a mayor o igual a 45.00% = 8 puntos Menor a 45.00% a mayor o igual a 40.00% = 6 puntos Menor a 40.00% a mayor o igual a 35.00% = 4 puntos Menor a 35.00% = 0 puntos	
	III TRIMESTRE	
	Mayor o igual a 75.00% = 10 puntos Menor a 75.00% a mayor o igual a 70.00% = 8 puntos Menor a 70.00% a mayor o igual a 65.00% = 6 puntos Menor a 65.00% a mayor o igual a 60.00% = 4 puntos Menor a 60.00% = 0 puntos	
	IV TRIMESTRE	
	Mayor o igual a 100.00% = 10 puntos Menor a 100.00% a mayor o igual a 95.00% = 8 puntos Menor a 95.00% a mayor o igual a 90.00% = 6 puntos Menor a 90.00% a mayor o igual a 85.00% = 4 puntos Menor a 85.00% = 0 puntos	
	Frecuencia de Medición	Trimestral
	Fuente	Data, ESSI, Historias Clínicas, reporte de población asegurada adscrita y acreditada, Libro de registro de pacientes con tuberculosis, libro de registro de pacientes que recibieron consejería en ITS-VIH/SIDA y Hepatitis B, tarjeta de Tratamiento del paciente con Tuberculosis.
	Responsable	Oficina Coordinación de prestaciones y atención primaria de la Red Asistencial Piura
	Comentarios Técnicos	Para considerar la atención esta debe contar con el registro de la actividad y resultado de análisis: Pruebas de tamizaje para VIH previa consejería.



INDICADOR SANITARIO N° 09 PORCENTAJE DE GESTANTES TAMIZADAS PARA VIH (1ER TAMIZAJE)	
Objetivo	Garantizar el diagnóstico oportuno de la Gestante con Infección por VIH y brindar profilaxis preventiva para disminuir el riesgo de transmisión vertical.
Definición	Mide el porcentaje de pacientes gestantes atendidas tamizadas para VIH. Meta 100%
Cálculo del Indicador	Numerador: Número de pacientes gestantes aseguradas adscritas y acreditadas a la IPRESS tamizadas para VIH, en el periodo de evaluación.
	Denominador: Pacientes gestantes atendidas aseguradas adscritas y acreditadas a la IPRESS.
Puntaje del Indicador	I TRIMESTRE
	Mayor o igual a 25.00% = 10 puntos
	Menor a 25.00% a mayor o igual a 20.00% = 8 puntos
	Menor a 20.00% a mayor o igual a 15.00% = 6 puntos
	Menor a 15.00% a mayor o igual a 10.00% Menor a 10.00% = 4 puntos
	Menor a 10.00% = 0 puntos
	II TRIMESTRE
	Mayor o igual a 50.00% = 10 puntos
	Menor a 50.00% a mayor o igual a 45.00% = 8 puntos
	Menor a 45.00% a mayor o igual a 40.00% = 6 puntos
	Menor a 40.00% a mayor o igual a 35.00% = 4 puntos
	Menor a 35.00% = 0 puntos
	III TRIMESTRE
	Mayor o igual a 75.00% = 10 puntos
	Menor a 75.00% a mayor o igual a 70.00% = 8 puntos
	Menor a 70.00% a mayor o igual a 65.00% = 6 puntos
Menor a 65.00% a mayor o igual a 60.00% = 4 puntos	
Menor a 60.00% = 0 puntos	
IV TRIMESTRE	
Mayor o igual a 100.00% = 10 puntos	
Menor a 100.00% a mayor o igual a 95.00% = 8 puntos	
Menor a 95.00% a mayor o igual a 90.00% = 6 puntos	
Menor a 90.00% a mayor o igual a 85.00% = 4 puntos	
Menor a 85.00% = 0 puntos	
Frecuencia de Medición	Trimestral
Fuente	Data, ESSI, Historias Clínicas, reporte de población asegurada adscrita y acreditada, libro de registro de pacientes que recibieron consejería en ITS-VIH/SIDA y Hepatitis B, tarjeta de Control Prenatal.
Responsable	Oficina Coordinación de prestaciones y atención primaria de la Red Asistencial Piura
Comentarios Técnicos	Para considerar la atención esta debe contar con el registro de la actividad y resultado de análisis: Pruebas de tamizaje para VIH previa consejería.



INDICADOR SANITARIO N° 10 COBERTURA DE ASEGURADOS CON ATENCION DE TB SENSIBLE	
Objetivo	Brindar atención integral a los asegurados, con énfasis en la detección, diagnóstico y tratamiento de la Tb Sensible.
Definición	Mide el porcentaje de atención de asegurados con diagnóstico de Tb sensible, según lo establecido en la cartera de salud de complejidad creciente y norma técnica de TB de ESSALUD/MINSA. Meta: 100%
Cálculo del Indicador	Numerador: Número de asegurados adscritos y acreditados a la IPRESS, que reciben tratamiento completo para Tb Sensible al trimestre de evaluación. Denominador: Número total de asegurados con diagnóstico de Tb Sensible al trimestre de evaluación.
Puntaje del Indicador	I TRIMESTRE
	Igual a 100% = 10 puntos Menor a 90% = 0 puntos
	II TRIMESTRE
	Igual a 100% = 10 puntos Menor a 90% = 0 puntos
	III TRIMESTRE
	Igual a 100% = 10 puntos Menor a 90% = 0 puntos
	IV TRIMESTRE
	Igual a 100% = 10 puntos Menor a 90% = 0 puntos
Frecuencia de Medición	Trimestral.
Fuente	Data enviada por la IPRESS, ESSI, Historias Clínicas, reporte de población asegurada adscrita y acreditada proporcionado por GCSyPE, Informes Operacionales de TB en el SIGTB
Responsable	Gerencia Red Asistencial
Comentarios Técnicos	Para considerar la atención esta debe contar con todas las actividades contenidas en: <ul style="list-style-type: none"> • "Manual de Normas y Procedimientos para la Prevención y Control de la Tuberculosis" Res GCPS N° 60-GCPS-ESSALUD-2013 • NTS N° 104-MINSA/DGSP V.01 " Norma Técnica de Salud para la Atención de la personas afectadas por Tuberculosis" <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Detección de Sintomático Respiratorio en la IPRESS <input type="checkbox"/> Diagnostico Bacteriológico : Baciloscopia, cultivo <input type="checkbox"/> Diagnóstico Clínico Radiológico <input type="checkbox"/> Tratamiento Esquema para Tb Sensible <input type="checkbox"/> Estudio de Contacto <input type="checkbox"/> Tamizaje a asegurados con comorbilidad Diabetes <input type="checkbox"/> Tamizaje a asegurados con confección VIH



**INDICADORES PARA LA EVALUACION TRIMESTRAL
TABLA DE PUNTAJE**

N°	INDICADORES SANITARIOS	Puntaje	1T	2T	3T	4T
			META	META	META	META
1	PORCENTAJE DE ASEGURADOS MENORES DE 1 AÑO DE EDAD CON TERCERA DOSIS DE VACUNA PENTAVALENTE	10	24%	48%	72%	96%
2	PORCENTAJE DE NIÑOS DE 6 A 35 MESES CON DESCARTE DE ANEMIA	10	20%	40%	60%	80%
3	COBERTURA DE ASEGURADAS CON RESULTADO DE FROTIS PAP DE CERVIX UTERINO	10	18%	36%	54%	70%
4	COBERTURA DE ASEGURADAS CON RESULTADO DE EXAMEN DE MAMOGRAFIA	10	10%	20%	30%	50%
5	COBERTURA DE GESTANTES CON ATENCIÓN PRENATAL INTEGRAL	10	19%	38%	57%	75%
6	PORCENTAJE DE REFERENCIAS NO PERTINENTES	10	5%	5%	5%	5%
7	DIFERIMENTO DE CITAS	10	<=3 <= 5	<=3 <= 5	<=3 <= 5	<=3 <= 5
8	PORCENTAJE DE PACIENTES CON TB TAMIZADOS PARA VIH	10	25%	50%	75%	100%
9	PORCENTAJE DE GESTANTES TAMIZADAS PARA VIH (1ER TAMIZAJE)	10	25%	50%	75%	100%
10	COBERTURA DE ASEGURADOS CON ATENCION DE TB SENSIBLE	10	100%	100%	100%	100%

TOTAL □ 100 Puntos





ANEXO N° 10: DELIMITACIÓN DE ZONA O SECTOR SANITARIO

RED	UBICACIÓN	EESS DE ORIGEN	UBIGEO	DISTRITO	POBLACION APROXIMADA MENSUAL A ASIGNAR
PIURA	PIURA	CAP METROPOLITANO (CASTILLA 2) + CASTILLA 1		CASTILLA	45,000

