

CONVENIO DE INTERCAMBIO PRESTACIONAL EN SALUD ENTRE EL SEGURO SOCIAL DE SALUD Y EL GOBIERNO REGIONAL DE CUSCO

Conste por el presente documento, el Convenio de Intercambio Prestacional en Salud, que celebran de una parte el **SEGURO SOCIAL DE SALUD - ESSALUD**, 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 (e) Abog. Roland Alex Iparraguirre Vargas**, identificado con DNI N° 07966083, con facultades de representación mediante la Resolución de Presidencia Ejecutiva N.º 1046-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 el **GOBIERNO REGIONAL DE CUSCO**, con RUC N° 20527147612, con domicilio legal en Av. Tomasa Tito Condemayta S/N- Wanchaq, distrito de Wanchaq, provincia de Cusco y departamento de Cusco, representado por su **Gobernador Regional Werner Máximo Salcedo Álvarez** con DNI N° 40160380, acreditado mediante Resolución N° 0005-2023-JNE, de fecha 13 de enero de 2023, a quien en adelante se le denominará **GOBIERNO REGIONAL**, y en representación de **LAS IPRESS** (considerando como "LA IPRESS" en caso se mencione de forma singular) adscritas a la Gerencia Regional de Salud de Cusco (en adelante "GERESA"), precisando que cuando se haga alusión de forma conjunta a "LA IAFAS" y "GOBIERNO REGIONAL" en adelante se les denominará "LAS PARTES", en los términos y condiciones siguientes:

CLÁUSULA PRIMERA: BASE LEGAL

LAS PARTES suscriben el presente convenio en aplicación de lo dispuesto en el siguiente marco normativo:

1. Ley N° 26842, Ley General de Salud y sus modificatorias.
2. Ley N° 26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud, y sus modificatorias.
3. Ley N° 27056, Ley de Creación del Seguro Social de Salud (ESSALUD) y sus modificatorias.
4. Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud y sus modificatorias.
5. Ley N° 30895, Ley que fortalece la función rectora del Ministerio de Salud, y sus modificatorias.
6. Ley N° 27867, Ley Orgánica de Gobiernos Regionales y sus modificaciones.
7. Ley N° 29733, Ley de Protección de Datos Personales y su modificatoria.
8. Decreto Legislativo N° 295, Código Civil.
9. 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.
10. Decreto Legislativo N° 1289, Decreto Legislativo que dicta disposiciones destinadas a optimizar el funcionamiento y los servicios de la Superintendencia Nacional de Salud, y sus modificatorias.
11. Decreto Legislativo N° 1302, Decreto Legislativo que optimiza el intercambio Prestacional en salud en el sector Público.
12. Decreto Supremo N° 009-97-SA, aprueba el Reglamento de la Ley de Modernización de la Seguridad Social de Salud.
13. Decreto Supremo N° 002-99-TR, aprueba el Reglamento de la Ley de Creación del Seguro Social de Salud, y modificatorias.
14. Decreto Supremo N° 008-2010-SA, aprueba el Reglamento de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.
15. Decreto Supremo N° 020-2014-SA, aprueba el Texto Único Ordenado de la Ley N° 29344, Ley Marco Aseguramiento Universal en Salud, y sus modificatorias.
16. Decreto Supremo N° 012-2019-SA Decreto Supremo que aprueba el Reglamento del



Decreto Legislativo N° 1302, Decreto Legislativo que optimiza el intercambio prestacional en salud en el sector público.

17. Resolución de Superintendencia N° 121-2019-SUSALUD/S, Aprueban Disposiciones del Modelo de Transacción Electrónica del Proceso de Acreditación de Asegurados en el Aseguramiento Universal en Salud – Modelo SITEDS y dictan otras disposiciones.
18. Resolución de Superintendencia N° 004-2020-SUSALUD/S, Aprueban 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)”.
19. Resolución Ministerial N° 688-2020/MINSA que aprueba la Directiva Administrativa N° 294-MINSA/2020OGTI que establece el tratamiento de los datos personales relacionados con la salud o datos personales en salud.
20. Resolución de Superintendencia N° 002-2023-SUSALUD/S que aprueba el “Reglamento del Modelo de Transacción Electrónica de Datos Estandarizados de Facturación para el Intercambio Prestacional en Salud – Modelo TEDEF – IP”.

CLÁUSULA SEGUNDA: DEFINICIONES

Para los efectos del presente convenio, sin perjuicio de otras definiciones comprendidas en las normas vigentes, 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 de cobertura de salud brindada por LA IAFAS.
2. **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.
3. **Cartera de servicios de salud:** Es el conjunto de diferentes prestaciones de salud que brindan LAS IPRESS en los tres (3) nivel 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.
4. **Cobertura:** Protección financiera contra pérdidas específicas por problemas de salud, extendida bajo los términos de un contrato o convenio de aseguramiento.
5. **Cobro Indebido:** 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.
6. **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.
7. **Exclusiones:** Conjunto de intervenciones, prestaciones o gastos no cubiertos por LA IAFAS a sus asegurados, detallados en el plan de salud o producto.
8. **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.





9. **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.



10. **Mecanismo de Pago:** Es la forma en que se asigna al prestador del servicio de salud el dinero proveniente del gobierno, la empresa de seguros u otro organismo financiador. Distintos sistemas de pago generan distintos incentivos para la eficacia, la calidad y la utilización de la infraestructura de salud y estos incentivos pueden variar según se trate del prestador, el paciente o el pagador.



11. **Riesgo:** Aquella posibilidad de que suceda algún evento incierto que tendrá un impacto sobre los objetivos de la entidad.

12. **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.



13. **Planes de Aseguramiento en Salud:** Son listas de condiciones asegurables e intervenciones y prestaciones de salud que son financiadas por LA IAFAS y se clasifican en los siguientes grupos: Plan Esencial de Aseguramiento en Salud – PEAS, Planes Complementarios y Planes Específicos.

14. **Prestación de Salud:** Es la unidad básica que describe los procedimientos realizados para la atención de las condiciones de salud de los asegurados.



CLÁUSULA TERCERA: DE LAS PARTES

DEL GOBIERNO REGIONAL:

El **GOBIERNO REGIONAL** de acuerdo a la Ley N° 27867, “Ley Orgánica de Gobiernos Regionales”, es una persona jurídica de derecho público, con autonomía política, económica y administrativa en asuntos de su competencia, constituyendo para su administración económica y financiera, un Pliego Presupuestal. El **GOBIERNO REGIONAL** emana de la voluntad popular y ejerce su jurisdicción en el ámbito de su respectiva circunscripción territorial, conforme a ley. Tiene como misión organizar y conducir la gestión pública regional, de acuerdo a sus competencias exclusivas, compartidas y delegadas, en el marco de las políticas nacionales y sectoriales para contribuir al desarrollo integral y sostenible de la Región.

El **GOBIERNO REGIONAL**, a través de la **GERESA**, formula y evalúa las políticas de alcance regional en materia de salud y supervisa su cumplimiento; norma las actividades de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, asimismo formula los planes y programas que le corresponden en las materias de su competencia.

La **GERESA** garantiza que la cobertura de las prestaciones de salud se brinde de manera oportuna, completa y con calidad en los establecimientos de salud del ámbito jurisdiccional del Gobierno Regional de Cusco de acuerdo a las exigencias establecidas, siendo la **GERESA** la encargada de ejecutar el presente Convenio en coordinación con sus Unidades Ejecutoras.



DE LAS IPRESS ADSCRITAS:

Son organismos públicos adscritos a las Unidades Ejecutoras de la **GERESA**, las cuales se encuentran detalladas en el Anexo N° 1 del presente convenio, responsables de operativizar las políticas del sector salud en la Región. Están encargadas de promover la salud y proveer una atención integral de salud con calidad, para lo cual se constituyen en instituciones que tienen por objetivo satisfacer las necesidades de salud de la Región.

DE LA IAFAS:

El Seguro Social de Salud – **ESSALUD**, 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; **LA IAFAS**, de conformidad con el marco legal vigente, ha identificado una brecha de demanda insatisfecha respecto a sus asegurados en la Región Cusco.

CLÁUSULA CUARTA: OBJETO DEL CONVENIO

Por el presente convenio y de conformidad con el marco legal que regula el Intercambio Prestacional en Salud, el Gobierno Regional de Cusco a través de la **GERESA** y **LA IAFAS** acuerdan colaborar mutuamente e intercambiar prestaciones de salud de conformidad con la Cartera de Servicios de Salud establecido en el Anexo N° 2 que forma parte del presente Convenio, a 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 por los servicios de salud que se brindan a sus asegurados según el mecanismo de pago, tarifas y demás condiciones acordadas entre ambas partes, según la Cláusula Novena: Tarifas y Anexo N° 3 que forma parte del presente convenio.

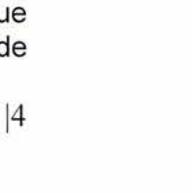
Las prestaciones de salud que se brindan a los asegurados de **LA IAFAS** se realizan en las instalaciones y servicios de **LAS IPRESS** detalladas en el Anexo N° 1 que forma parte del presente Convenio, adscritas a las Unidades Ejecutoras de la **GERESA** de manera oportuna, completa y de calidad a los asegurados, en los diferentes servicios e instalaciones de **LAS IPRESS** adscritas, de acuerdo a lo establecido en el presente Convenio.

CLÁUSULA QUINTA: DEL ÁMBITO DE APLICACIÓN DEL CONVENIO

LAS PARTES acuerdan que la ejecución del presente Convenio se circunscribe al ámbito de la población de la Red Asistencial Cusco, dentro del ámbito regional, asegurada a **LA IAFAS**, reconocida como demanda insatisfecha, las prestaciones de salud se brindan a través de **LAS IPRESS** de la **GERESA** con el propósito de optimizar la capacidad instalada e incrementar la oferta de servicios de salud.

CLÁUSULA SEXTA: 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 Carné de Extranjería, pasaporte, Permiso Temporal de Permanencia (PTP), Carné de solicitante de refugio u otro documento que permita acreditar su identidad, salvo las excepciones establecidas por Ley, al personal de



admisión de **LAS IPRESS** de la **GERESA**, a fin de verificar su condición de asegurado y el contenido de su Plan de Salud, según la información proporcionada por **LA IAFAS**, de acuerdo al Modelo de Transacción Electrónica del Proceso de Acreditación de Asegurados en el Aseguramiento Universal en Salud – Modelo SITEDS establecido por SUSALUD.

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

Excepcionalmente, de no contarse el Modelo SITEDS establecido por SUSALUD, la acreditación de la vigencia del seguro de la persona que requiera de una prestación de servicios de salud en **LAS IPRESS** de la **GERESA** se realiza en el sistema de acreditación proporcionado por **LA IAFAS** (consulta virtual DONDE ME ATIENDO del portal web del Seguro Social de Salud – ESSALUD).

CLÁUSULA SÉPTIMA: DE LAS PRESTACIONES DE SALUD

La cartera de servicios de salud convenida en virtud del presente Convenio se encuentra detallada en Anexo N° 2, que forma parte del presente Convenio y son brindadas según el Plan de Salud de la persona beneficiaria.

LAS IPRESS de la **GERESA** mencionados en el Anexo N° 1 del presente Convenio, se obligan a brindar las prestaciones de salud convenidas 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, la infraestructura y el equipamiento adecuado para cumplir tal fin.

LAS IPRESS de la **GERESA** mencionadas en el Anexo N° 1 del presente Convenio se obligan a garantizar la disponibilidad de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios, según lo establecido por el Ministerio de Salud, en el Marco del Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales del Sector Salud – PNUME.

LAS PARTES de común acuerdo pueden incrementar las prestaciones de salud a intercambiar, a través de adendas.

CLÁUSULA OCTAVA: MODALIDAD Y MECANISMO DE PAGO

LAS PARTES acuerdan establecer la siguiente modalidad y mecanismo de pago por las prestaciones de salud otorgadas:

- La modalidad de pago de la contraprestación por las prestaciones de salud brindadas en virtud del presente convenio es pago retrospectivo.
- El mecanismo de pago de la contraprestación por las prestaciones de salud brindadas en virtud del presente convenio es pago por *prestaciones, procedimientos, productos farmacéuticos y dispositivos médicos*, acordado entre **LAS PARTES** según las tarifas contenidas en el Anexo N° 3 y lo establecido en la Cláusula Novena del presente Convenio.

Los procesos de control y conciliación se realizan de manera periódica de acuerdo al cronograma acordado por **LAS PARTES**.

LA IAFAS realiza el pago de las prestaciones validadas y conformes a las Unidades Ejecutoras a las que se encuentren adscritas **LAS IPRESS** que brindan la prestación.



CLÁUSULA NOVENA: TARIFAS

Las tarifas se encuentran estipuladas en el Anexo N° 03, que forma parte del presente convenio, las mismas que han sido establecidas de acuerdo a lo dispuesto por el Ministerio de Salud en los documentos normativos "Metodología para la Estimación de Costos estándar de Procedimientos médicos o Procedimientos sanitarios en las instituciones Prestadoras de Servicios de Salud" y "Metodología para la Estimación de Tarifas de Procedimientos médicos o Procedimientos sanitarios en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud" para el Sistema de Salud; las mismas que pueden ser actualizadas por acuerdo de **LAS PARTES** mediante la suscripción de una adenda.

Las tarifas de las prestaciones de salud, las cuales no consideran IGV y están detalladas en el Anexo N° 03, en el marco del Acta de Trabajo firmado por el Seguro Social de Salud - ESSALUD y el MINSA que forma parte del convenio en el Anexo N° 07, no tienen fines de lucro y han sido establecidas de mutuo acuerdo entre **LAS PARTES** según el marco legal vigente. Los medicamentos y dispositivos médicos se financian por consumo, cuya tarifa es establecida según los precios de operación reportados en el Sistema Integrado de Suministro de Medicamentos - SIMED.

CLÁUSULA DÉCIMA: RECEPCIÓN, VALIDACIÓN Y CONFORMIDAD PRESTACIONAL

LA GERESA garantiza que las prestaciones de salud otorgadas a través de **LAS IPRESS** a los asegurados, se registran y comunican a **LA IAFAS** y a **SUSALUD** de acuerdo al Modelo de Transacción Electrónica de Datos Estandarizados de Facturación - TEDEF establecido por **SUSALUD**; excepcionalmente, de no contarse con este sistema, se emplea el sistema de registro, validación prestacional y facturación acordado entre **LAS PARTES** o los medios alternativos disponibles para tal fin.

LA IAFAS realiza la transferencia de recursos de acuerdo al mecanismo de pago acordado con la **GERESA** del **GOBIERNO REGIONAL**, según la normatividad vigente y las condiciones pactadas en el presente Convenio, luego de la recepción formal 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 Cusco** o quien haga sus veces.

Para los efectos de la validación y conformidad de la documentación que sustenta la prestación de salud, **LAS IPRESS**, a través de sus Unidades Ejecutoras, elaboran el expediente y lo remiten a **LA IAFAS** considerando en su contenido lo detallado en el Anexo N° 06, que forma parte de este Convenio, el plazo máximo para la presentación de los expedientes es de treinta (30) días calendario contados a partir del último día del mes de atención, **LA IAFAS** no puede excederse de treinta (30) días calendario contados a partir del día siguiente de su recepción para la validación y otorgar la conformidad. De presentarse observaciones en relación a la recepción o conformidad, debe consignarse en un documento suscrito por **LA IAFAS** y otorgarse a la Unidad Ejecutora a la cual pertenece **LA IPRESS**, un plazo no mayor a treinta (30) 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.

Si pese al plazo otorgado, **LA IPRESS** de la **GERESA** no cumpliera a cabalidad con la subsanación, **LA IAFAS** da por aceptada la observación y puede rechazar el pago de lo observado, sin perjuicio del total de la prestación.

Luego de otorgada la conformidad, **LA IAFAS** se compromete a efectuar la transferencia correspondiente dentro de los treinta (30) días calendario y el mecanismo de pago acordado



respetando las condiciones establecidas en el Convenio. El plazo se computa a partir del día siguiente de otorgada la conformidad.

La excepción para el pago aplica únicamente cuando el servicio convenido, en su conjunto, no cumpla con las características y condiciones ofrecidas.

Excepcionalmente si alguna de **LAS PARTES** corriera el riesgo de no cumplir con los plazos establecidos, se comunica mediante oficio hasta un día antes de su vencimiento, solicitando una ampliación no mayor de quince (15) días calendario.

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.

En caso de retraso en el pago, salvo que se deba a caso fortuito o fuerza mayor, **LA IPRESS** de la **GERESA**, tiene derecho al pago de los intereses (0.001% diario), los que han sido plenamente acordados entre **LAS PARTES** previa a la suscripción del presente convenio.

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

CLÁUSULA DÉCIMO PRIMERA: DEL SISTEMA DE REFERENCIA QUE GARANTICE LA CONTINUIDAD DE LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD

En el caso que, debido a razones de fuerza mayor o caso fortuito **LA IPRESS** de la **GERESA** no cuente con oferta disponible o Cartera de Servicio o capacidad resolutive suficiente para atender las necesidades de salud del asegurado, procede a referirlo a otra **IPRESS** del mismo nivel de atención con cartera de servicio detalladas en el Anexo N° 1 y por las prestaciones detalladas en el Anexo N° 2 que forman parte del presente Convenio.

CLÁUSULA DÉCIMO SEGUNDA: PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE LOS RECLAMOS Y CONSULTAS DE LOS ASEGURADOS.

LAS IPRESS de la **GERESA** se comprometen 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 asegurados que así lo requieran.

Las denuncias y reclamos que formulen los 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 la IAFAS, IPRESS y UGIPRESS, públicas, privadas o mixtas, aprobado mediante Decreto Supremo N° 002-2019-SA.

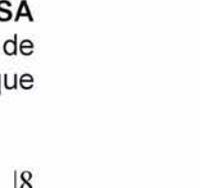
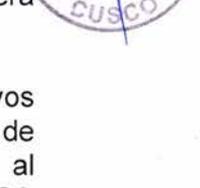
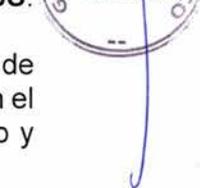
CLÁUSULA DÉCIMO TERCERA: OBLIGACIONES DE LA IAFAS

Son obligaciones de **LA IAFAS**:

1. Informar a sus asegurados sobre el alcance de los servicios de salud convenidos con el **GOBIERNO REGIONAL**.
2. Implementar procedimientos de afiliación y desafiliación que incluyan la notificación oportuna al asegurado, para efectos del acceso a los servicios de salud convenidos con la **GERESA** del **GOBIERNO REGIONAL**.



3. Brindar oportunamente información a la **GERESA** del **GOBIERNO REGIONAL** 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 que conforman otra red de atención de salud cuando el estado de salud determinado por el médico así lo requiera, o cuando la Dirección Regional o unidad ejecutora no haya podido referirlo a otra IPRESS de su red, según las condiciones de salud pactadas en el marco de la normatividad vigente, a fin de asegurar la continuidad de la atención de las necesidades de la salud de los asegurados, con la debida oportunidad, eficacia y eficiencia y de acuerdo a las disposiciones establecidas en la normas sanitaria correspondientes.
5. Informar a la **GERESA** del **GOBIERNO REGIONAL** sobre los procedimientos administrativos para la acreditación y atención de salud de los asegurados y aquellos que se derivan en su relación con **LA IAFAS**, así como las modificaciones que se susciten.
6. Efectuar, por parte de la Red Asistencial Cusco, la transferencia de recursos a las Unidades Ejecutoras de la **GERESA**, por las prestaciones de salud brindadas a sus asegurados de acuerdo a la disposición presupuestaria correspondiente y según el mecanismo de pago, tarifas y demás condiciones acordadas entre **LAS PARTES**.
7. Comunicar a la **GERESA**, sobre la normatividad vinculada con las prestaciones de salud, apoyando en la difusión de las mismas, en las adecuaciones que fueran necesarias para su cumplimiento y en la capacitación del personal.
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 **GERESA**, 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 **LAS 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 Texto Único Ordenado de la Ley Marco de Aseguramiento en Salud, su Reglamento y demás disposiciones complementarias y conexas.
11. Implementar los aplicativos informáticos de acreditación, autorización, atención, validación, conformidad, facturación y pago, así como lo dispuesto en el artículo 11 del Reglamento del Decreto Legislativo N° 1302, Decreto Legislativo que optimiza el intercambio prestacional en salud en el sector público, aprobado por Decreto Supremo N° 012-2019-SA, de manera progresiva, de acuerdo a lo establecido en la Primera Disposición Complementaria Transitoria del citado Reglamento.
12. Poner a disposición de la **GERESA** del **GOBIERNO REGIONAL** los aplicativos informáticos que les permitan registrar las prestaciones de salud para fines de reconocimiento financiero, así como su buen funcionamiento. **LA IAFAS** capacita al personal encargado del soporte informático de las Unidades Ejecutoras de la **GERESA** sobre el uso, soporte, mantenimiento y administración del aplicativo en la etapa de implementación. De no contar con el aplicativo informático se utilizará el mecanismo que convengan **LAS PARTES**.



- 
- 
13. Realizar, por parte de la Red Asistencial Cusco, el seguimiento, monitoreo y supervisión sobre el nivel de ejecución del presupuesto asignado.
 14. Realizar visitas inopinadas para verificar la gratuidad, calidad y oportunidad de las prestaciones de salud, según se considere necesario.
 15. Poner a disposición de los asegurados el Libro de Reclamaciones en Salud, de conformidad con las normas vigentes.
 16. Otras que se deriven de las demás cláusulas del Convenio y de la normatividad vigente.

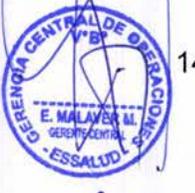
CLÁUSULA DÉCIMO CUARTA: OBLIGACIONES DE LA GERESA DEL GOBIERNO REGIONAL

Son obligaciones de **GERESA** del **GOBIERNO REGIONAL**:

- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 
1. Brindar las prestaciones de salud establecidas en el presente Convenio con **LA IAFAS**, según la Cartera de Servicios y Catálogo de Procedimientos Médico y Sanitarios convenido
 2. Mantener vigente las autorizaciones, licencias de apertura, funcionamiento y demás permisos que de acuerdo a ley le sean requeridos a **LAS IPRESS** de la **GERESA**, detalladas en el Anexo N° 1 el cual forma parte del presente Convenio. Asimismo, se obliga a mantener vigente el registro de sus IPRESS ante SUSALUD.
 3. Supervisar la correcta y oportuna ejecución de los recursos transferidos o los montos pagados por **LA IAFAS**, para los fines del presente convenio y de la normativa correspondiente.
 4. Garantizar la verificación de la acreditación, identidad del paciente o usuario de salud y su condición de asegurado acreditado a la Red Asistencial Cusco de **LA IAFAS**.
 5. Garantizar que **LAS IPRESS** que forman parte de su red de prestaciones de salud, no realizan cobros indebidos a los asegurados de **LA IAFAS**, por los servicios de salud que son objeto del presente convenio.
 6. Garantizar que **LAS IPRESS** de la **GERESA** utilicen el sistema informático que **LA IAFAS** ponga a disposición para el registro de la atención de sus asegurados. El intercambio de información e interoperabilidad de los sistemas es progresivo y gradual, según la normativa vigente.
 7. 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.
 8. 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, **LA IPRESS** 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.

Verificar que **LAS IPRESS** de la **GERESA** no discriminen 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 u otras, en el marco de la normatividad vigente.



10. Guardar estricta confidencialidad y reserva respecto a la información de los asegurados de **LA IAFAS** y de aquella que se generen en **LAS IPRESS** de la **GERESA** 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.

11. No ceder a terceros, total o parcialmente los derechos y obligaciones de este convenio que no hayan sido previamente acordados entre **LAS PARTES**.

12. Garantizar que las atenciones de salud se realicen de acuerdo a las orientaciones contenidas en protocolos y guías de práctica clínica vigentes.

13. Garantizar que **LAS IPRESS** de la **GERESA**, mantengan una Historia Clínica única por asegurado de salud, donde conste todas sus atenciones de salud, sean ambulatorias, hospitalarias o de emergencia. La Historia Clínica debe cumplir con todos los requisitos y condiciones dispuestos o permitidos por las normas aplicables para tal propósito. **LAS IPRESS** de la **GERESA**, deben poner a disposición y/o entregar a **LA IAFAS** la Historia Clínica ya sea en medio físico o electrónico de los asegurados que se atiendan en mérito del presente convenio.

14. Brindar oportunamente información al asegurado y/o derechohabiente, cuando la cobertura haya culminado, 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.

15. Presentar a **LA IAFAS** toda la información necesaria para el control y validación de los servicios de salud brindados.

16. Implementar los aplicativos informáticos de acreditación, autorización, atención, validación, conformidad, facturación y pago, así como lo dispuesto en el artículo 11 del Reglamento del Decreto Legislativo N° 1302, Decreto Legislativo que optimiza el intercambio prestacional en salud en el sector público, aprobado por Decreto Supremo N° 012-2019-SA, de manera progresiva, de acuerdo a lo establecido en la Primera Disposición Complementaria Transitoria del citado Reglamento.

17. Implementar a nivel de las Unidades Ejecutoras de la **GERESA** el aplicativo proporcionado por **LA IAFAS** para el registro de las prestaciones de salud, garantizando los requerimientos técnicos para el uso del aplicativo en el punto de digitación como son internet y equipos informáticos.

18. 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.

19. Poner a disposición de los usuarios el Libro de Reclamaciones en Salud, de conformidad con las normas vigentes.

20. Otras que se deriven de las demás cláusulas del convenio y de la normatividad vigente



CLÁUSULA DÉCIMO QUINTA: AUDITORÍA MÉDICA Y CONTROL DE LA SINIESTRALIDAD

LA IAFAS tiene la facultad de efectuar auditorías médicas y control de la siniestralidad, con la finalidad de verificar las prestaciones de salud brindadas por LAS IPRESS de la GERESA, a los asegurados de LA IAFAS. Para tal efecto LA IAFAS, previa comunicación a la GERESA, puede efectuar indistintamente lo siguiente:

1. Verificar las condiciones de la infraestructura y equipamiento de acuerdo a estándares convenidos y la normativa vigente, a través de las visitas inopinadas y acciones de supervisión.
2. Realizar encuestas de satisfacción de asegurados.
3. Realizar auditoría y/o control de las historias clínicas de los asegurados que reciban las prestaciones de salud.
4. Verificar y evaluar los procesos administrativos y financieros referidos al reconocimiento de la cobertura de las prestaciones de salud.
5. Efectuar otras actividades de control que los auditores consideren pertinentes durante el desarrollo del presente Convenio.

Producto de estas acciones, 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 son comunicadas a LA IPRESS a través de la GERESA y la Unidad Ejecutora de acuerdo al procedimiento previsto en el presente Convenio, a efectos que se implementen las acciones que correspondan.

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 asegurados puede dar lugar a la resolución del presente convenio.

CLÁUSULA DÉCIMO SEXTA: GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

LA GERESA del GOBIERNO REGIONAL garantiza que LAS IPRESS previstas en el Anexo N° 1 del presente convenio, apliquen las Guías de Práctica Clínica y los protocolos de atención en las prestaciones de salud convenidas, en concordancia con las normas emitidas por el MINSA.

En caso de no disponer de Guías Nacionales, LAS IPRESS pueden 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 DÉCIMO SÉPTIMA: CÓDIGOS Y ESTÁNDARES

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

CLÁUSULA DÉCIMO OCTAVA: RESOLUCIÓN DEL CONVENIO

Son causales de resolución 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 convenio.
 - 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 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.
 - La cancelación de autorización de funcionamiento otorgada por la Superintendencia Nacional de Salud a **LA IAFAS** o la cancelación de la inscripción de **LAS IPRESS** en el Registro Nacional de IPRESS - RENIPRESS.

Quando 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.

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

En el caso que un asegurado de **LA IAFAS** esté recibiendo atenciones de salud por hospitalización al momento de la resolución del Convenio, **LA IPRESS** garantiza la continuidad de su atención, hasta su recuperación, alta o su transferencia autorizada a otra IPRESS, lo que ocurra primero. **LA IAFAS** debe cubrir el pago de dichas atenciones según las condiciones pactadas en el presente Convenio.

CLÁUSULA DÉCIMA NOVENA: SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

Toda controversia derivada de la ejecución e interpretación del presente Convenio puede someterse de común acuerdo a la competencia del Centro de Conciliación o Arbitraje de servicio de conciliación y arbitraje en salud que consideren pertinente, ya sea el establecido en el propio Convenio o una vez suscitada la controversia, en el marco de la normatividad vigente.

En caso que **LAS PARTES** hayan acordado el sometimiento a arbitraje y no alcancen un acuerdo sobre el centro, se entiende como centro competente al CECONAR.

CLÁUSULA VIGÉSIMA: ANTICORRUPCIÓN

LAS PARTES reconocen, garantizan y certifican que todas las actividades a ser desarrolladas en cumplimiento de este convenio, son realizadas en estricto cumplimiento de las disposiciones legales aplicables en materia anticorrupción.

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 indirectamente, 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, **LAS PARTES** 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 y debidamente comprobado, constituye causal de nulidad del presente convenio.

CLÁUSULA VIGÉSIMO PRIMERA: VIGENCIA DEL CONVENIO

El presente convenio se celebra por el plazo de tres (03) años, a cuyo término puede renovarse previa evaluación y con la suscripción de la respectiva adenda. El presente convenio empieza a regir a partir del día siguiente de su suscripción.

CLÁUSULA VIGÉSIMO SEGUNDA: COORDINACIONES

Para coadyuvar la ejecución e implementación del presente Convenio **LAS PARTES** designan como coordinadores a los siguientes:

Coordinador de **LA IAFAS**: Oficina de Coordinación de Prestaciones y Atención Primaria; así como, la Oficina de Seguros y Prestaciones Económicas de la Red Asistencial Cusco o quien haga sus veces.

Coordinador del **GOBIERNO REGIONAL**: Gerente Regional de Salud de Cusco, Dirección Ejecutiva de Servicios de Salud y Calidad Sanitaria y Dirección de Seguros, Direcciones Ejecutivas de las Unidades Ejecutoras comprendidas en el presente convenio.

LAS PARTES conforman equipos de trabajo liderados por los coordinadores para que, de manera conjunta, desarrollen, adecuen, definan e implementen los sistemas informáticos y procesos operativos y de control necesarios, que permitan el inicio de las operaciones. Asimismo, son los responsables del seguimiento y control de la adecuada ejecución del Convenio. Los equipos de trabajo firman un acta con todo lo definido para la implementación e inicio de operaciones.

Los coordinadores son los responsables de verificar el cumplimiento de los requisitos y condiciones para la ejecución del convenio; así como coordinar la implementación de los sistemas informáticos y elaboración de los procedimientos de atención, validación y conformidad, facturación y pago de las prestaciones para la ejecución del convenio.

De ser necesario, para la adecuación e implementación de los sistemas informáticos y elaboración de procedimientos de atención, validación y conformidad, pago; se considera un periodo máximo de treinta (30) días calendario, a partir de la suscripción del convenio, para que **LAS PARTES** efectúen las acciones correspondientes para el inicio de la ejecución del convenio. Durante dicho periodo no existe un compromiso de pago por parte de **LA IAFAS**.

Asimismo, para efectos de operativizar y facilitar las disposiciones acordadas en el presente convenio, la Red Asistencial de **LA IAFAS** y la **GERESA** del Gobierno Regional pueden suscribir las actas que consideren pertinentes.

CLÁUSULA VIGÉSIMO TERCERA: DE LA AMPLIACIÓN, MODIFICACIÓN Y/O INTERPRETACIÓN DEL CONVENIO

El presente Convenio puede ser ampliado, modificado y/o interpretado en sus alcances mediante Adendas, que deben ser acordadas y suscritas por los representantes de cada una de las instituciones intervinientes; forman parte integrante del presente Convenio, y se deben encontrar sujetas a la normatividad legal vigente.

En caso de ampliación, el coordinador institucional de cualquiera de **LAS PARTES** comunica dicha intención a su contraparte con un plazo de anticipación razonable.

CLÁUSULA VIGÉSIMO CUARTA: 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**: Red Asistencial Cusco Av. Anselmo Álvarez s/n distrito Wanchaq, Provincia de Cusco y departamento de Cusco.
- Domicilio del **GOBIERNO REGIONAL DE CUSCO**: Domicilio legal en Av. Tomasa Tito Condemayta s/n, distrito de Wanchaq, provincia de Cusco y departamento de Cusco.

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 de producida la variación. Caso contrario, toda comunicación o notificación realizada a los domicilios indicados se entiende válidamente efectuada.

CLÁUSULA VIGÉSIMO QUINTA: ANEXOS

Anexo N° 1: Relación de **IPRESS** de **LA GERESA** del **GOBIERNO REGIONAL**.

Anexo N° 2: Relación de prestaciones de salud a brindar por **LAS IPRESS** de la **GERESA** del Gobierno Regional.

Anexo N° 3: Tarifas de las prestaciones de salud del primer, segundo y tercer nivel de atención a brindar por **LAS IPRESS** de la **GERESA** del Gobierno Regional.

Anexo N° 4: Procedimientos en el marco del Convenio de Intercambio Prestacional en salud:

- 4.1 De la atención del asegurado:
 - 4.1.1 En **IPRESS** de primer nivel de atención del Gobierno Regional.
- 4.2 De la validación prestacional de las atenciones brindadas en el marco del Convenio de Intercambio Prestacional en salud al asegurado de **ESSALUD**.
- 4.3 Del pago de las atenciones validadas en el marco del Convenio de Intercambio prestacional en salud al asegurado de **ESSALUD**.

Anexo N° 5: Estructura de datos nominal de los asegurados atendidos en el marco del Convenio de Intercambio Prestacional en salud.

Anexo N° 6: Requisitos del expediente para la solicitud de pago por la prestación de salud.



Anexo N° 7: Acta de acuerdo de tarifarios.

Estando conforme **LAS PARTES** en todas y cada una de las cláusulas, la suscriben en la ciudad de Lima, a los 12 días del mes de febrero del 2024.



[Handwritten signature]

Abog. Roland Alex Iparraguirre Vargas
Gerente General (e)
ESSALUD



[Handwritten signature]

Ing. Werner Máximo Salcedo Alvarez
Gobernador Regional
GOBIERNO REGIONAL DE CUSCO



ANEXO N° 1

Relación de IPRESS de LA GERESA del Gobierno Regional de Cusco

N°	Nombre EESS	Provincia	Distrito	Código RENIPRESS	Nivel y Categoría
1	POMACANCHI	ACOMAYO	POMACANCHI	2321	I-4
2	LARES	CALCA	LARES	2347	I-3
3	LA QUEBRADA	CALCA	YANATILE	2355	I-4
4	PUTUCUSI	CALCA	YANATILE	2359	I-3
5	ANTA	ANTA	ANTA	2326	I-4
6	MOLLEPATA	ANTA	MOLLEPATA	2338	I-3
7	LIMATAMBO	ANTA	LIMATAMBO	2336	I-4
8	MACHUPICCHU	URUBAMBA	MACHUPICCHU	2546	I-4
9	CHINCHERO	URUBAMBA	CHINCHERO	2543	I-4
10	MARAS	URUBAMBA	MARAS	2548	I-4
11	OLLANTAYTAMBO	URUBAMBA	OLLANTAYTAMBO	2549	I-4
12	PALMA REAL	LA CONVENCION	ECHARATE	2439	I-4
13	SANTA TERESA	LA CONVENCION	SANTA TERESA	2476	I-4
14	QUELLOUNO	LA CONVENCION	QUELLOUNO	2465	I-4
15	OCCOBAMBA	LA CONVENCION	OCOBAMBA	2462	I-3
16	CAMISEA	LA CONVENCION	MEGANTONI	2448	I-4
17	PICHARI	LA CONVENCION	PICHARI	2494	I-4
18	PARURO	PARURO	PARURO	2499	I-4
19	ACCHA	PARURO	ACCHA	2500	I-3
20	YURISQUE	PARURO	YURISQUE	2509	I-3
21	CHALLABAMBA	PAUCARTAMBO	CHALLABAMBA	2514	I-3
22	QUIQUIJANA	QUISPICANCHIS	QUIQUIJANA	2538	I-4
23	OCONGATE	QUISPICANCHI	OCONGATE	2536	I-4
24	CCATCCA	QUISPICANCHI	CCATCA	2528	I-4
25	YANAOCA	CANAS	YANAOCA	2364	I-4
26	EL DESCANSO	CANAS	KUNTURKANKI	7700	I-4
27	LAYO	CANAS	LAYO	2371	I-3
28	CCAPACMARCA	CHUMBIVILCAS	CAPACMARCA	2401	I-3
29	COLQUEMARCA	CHUMBIVILCAS	COLQUEMARCA	2404	I-3
30	LIVITACA	CHUMBIVILCAS	LIVITACA	2406	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

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

Código RENIPRES: 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

Relación de las prestaciones de salud de LAS IPRESS

N°	Código CPMS	Denominación Procedimiento Medico y Sanitario	Tipo de prestación	Unidad de medida
1	59401	Atención Prenatal	Preventiva	Atención
2	76811	Ecografía, útero grávido, tiempo real con documentación de la imagen, evaluación fetal y materna más examen anatómico fetal detallado, abordaje transabdominal; gestación única o primera	Preventiva	Atención
3	76830	Ecografía transvaginal		
4	81001	Análisis de orina por tira de análisis o reactivo en tableta, para bilirrubina, glucosa, hemoglobina, cetonas, leucocitos, nitrito, pH, proteínas, gravedad específica, urobilinógeno, cualquier número de estos componentes; automatizado, con microscopia	Preventiva	Atención
5	81015	Análisis de orina, solamente microscópico	Preventiva	Atención
6	82565	Dosaje de creatinina en sangre	Preventiva	Atención
7	82947	Dosaje de glucosa en sangre, cuantitativo (excepto cinta reactiva)	Preventiva	Atención
8	82948	Dosaje de Glucosa en sangre, tira reactiva	Preventiva	Atención
9	83540	Dosaje de Hierro	Preventiva	Atención
10	84520	Nitrógeno ureico; cuantitativo	Preventiva	Atención
11	85014	Hematocrito	Preventiva	Atención
12	85018	Hemoglobina	Preventiva	Atención
13	85027	Recuento sanguíneo completo automatizado (hemoglobina, hematocrito, eritrocitos, leucocitos y plaquetas)	Preventiva	Atención
14	85651	Velocidad de sedimentación de eritrocitos; no automatizada	Preventiva	Atención
15	87115	Baciloscopia: BK	Preventiva	Atención
16	87177	Examen de frotis directo y de concentración para identificación de huevos y parásitos	Preventiva	Atención
17	87177.01	Estudio parasitológico en heces por 3	Preventiva	Atención
18	87178	Test de Graham	Preventiva	Atención
19	88150.01	Toma de muestra de Papanicolau	Preventiva	Atención
20	99201	Consulta ambulatoria para la evaluación y manejo de un paciente nuevo nivel de atención I	Recuperativa	Atención
21	99205	Atención de enfermería en I nivel de atención		
22	99211	Consulta ambulatoria para la evaluación y manejo de un paciente continuador, nivel I	Recuperativa	Atención
23	99284	Consulta en emergencia para evaluación y manejo de un paciente que requiere de estos tres componentes: historia focalizada extendida del problema, examen clínico detallado-extendido del problema decisión medica de moderada complejidad usualmente el problema es de alta severidad y requiere de evaluación urgente por el médico, pero no pone en riesgo inmediato a la vida. (Prioridad II)	Recuperativa	Atención



N°	Código CPMS	Denominación Procedimiento Medico y Sanitario	Tipo de prestación	Unidad de medida
24	99381	Atención Integral de Salud del Niño-CRED menor de 1 año	Preventiva	Atención
25	D0140	Consulta estomatológica no especializada	Recuperativa	Atención
26	D1110	Profilaxis dental	Preventiva	Atención
27	D1206	Aplicación flúor barniz	Preventiva	Atención
28	D1208	Aplicación tópica de flúor gel	Preventiva	Atención
29	D1351	Aplicación de sellante - por diente	Recuperativa	Atención
30	D7111	Exodoncia, remanente coronal-diente deciduo	Recuperativa	Atención
31	D7176	Extracción dental simple, un diente	Recuperativa	Atención
32	D2330	Restauración fotocurable de una superficie con resina en piezas dentarias anteriores (primarias o permanentes)	Recuperativa	Atención
33	D2331	Restauración fotocurable de dos superficies con resina en piezas dentarias anteriores (primarias o permanentes)	Recuperativa	Atención
34	D2332	Restauración fotocurable de tres superficies con resina en piezas dentarias anteriores (primarias o permanentes)	Recuperativa	Atención



ANEXO N° 3

Tarifas de las prestaciones de salud a brindar por LAS IPRESS de la GERESA del Gobierno Regional de Cusco

N°	CÓDIGO CPMS	DENOMINACIÓN DE PROCEDIMIENTO MÉDICO Y SANITARIO	TARIFA PRIMER NIVEL (*)
1	59401	Atención Prenatal	46.51
2	76811	Ecografía, útero grávido, tiempo real con documentación de la imagen, evaluación fetal y materna más examen anatómico fetal detallado, abordaje transabdominal; gestación única o primera	45.23
3	76830	Ecografía transvaginal	64.43
4	81001	Análisis de orina por tira de análisis o reactivo en tableta, para bilirrubina, glucosa, hemoglobina, cetonas, leucocitos, nitrito, pH, proteínas, gravedad específica, urobilinógeno, cualquier número de estos componentes; automatizado, con microscopia	13.46
5	81015	Análisis de orina, solamente microscópico	8.88
6	82565	Dosaje de creatinina en sangre	9.25
7	82947	Dosaje de glucosa en sangre, cuantitativo (excepto cinta reactiva)	9.21
8	82948	Dosaje de Glucosa en sangre, tira reactiva	7.06
9	83540	Dosaje de Hierro	11.45
10	84520	Nitrógeno ureico; cuantitativo	10.54
11	85014	Hematocrito	13.83
12	85018	Hemoglobina	15.67
13	85027	Recuento sanguíneo completo automatizado (hemoglobina, hematocrito, eritrocitos, leucocitos y plaquetas)	15.67
14	85651	Velocidad de sedimentación de eritrocitos; no automatizada	20.12
15	87115	Baciloscopia: BK	10.00
16	87177	Examen de frotis directo y de concentración para identificación de huevos y parásitos	10.26
17	87177.01	Estudio parasitológico en heces por 3	11.17
18	87178	Test de Graham	9.17
19	88150.01	Toma de muestra de Papanicolau	12.91
20	99201	Consulta ambulatoria para la evaluación y manejo de un paciente nuevo nivel de atención I	19.24
21	99205	Atención de enfermería en I nivel de atención	15.39
22	99211	Consulta ambulatoria para la evaluación y manejo de un paciente continuador, nivel I	18.44
23	99284	Consulta en emergencia para evaluación y manejo de un paciente que requiere de estos tres componentes: historia focalizada extendida del problema, examen clínico detallado-extendido del problema decisión medica de moderada complejidad usualmente el problema es de alta severidad y requiere de evaluación urgente por el médico, pero no pone en riesgo inmediato a la vida. (Prioridad II)	64.37



(*) Sin fines de lucro y sin IGV.

N°	CÓDIGO CPMS	DENOMINACIÓN DE PROCEDIMIENTO MÉDICO Y SANITARIO	TARIFA PRIMER NIVEL (*)
24	99381	Atención Integral de Salud del Niño-CRED menor de 1 año	44.44
25	D0140	Consulta estomatológica no especializada	22.82
26	D1110	Profilaxis dental	28.99
27	D1206	Aplicación flúor barniz	35.10
28	D1208	Aplicación tópica de flúor gel	29.79
29	D1351	Aplicación de sellante - por diente	38.52
30	D7111	Exodoncia, remanente coronal-diente deciduo	40.12
31	D7176	Extracción dental simple, un diente	40.14
32	D2330	Restauración fotocurable de una superficie con resina en piezas dentarias anteriores (primarias o permanentes)	41.84
33	D2331	Restauración fotocurable de dos superficies con resina en piezas dentarias anteriores (primarias o permanentes)	56.54
34	D2332	Restauración fotocurable de tres superficies con resina en piezas dentarias anteriores (primarias o permanentes)	65.61



ANEXO N° 4

Procedimientos en el marco del Convenio de Intercambio Prestacional en salud

4.1. De la atención del asegurado

4.1.1. En IPRESS de primer nivel de atención del Gobierno Regional

 Gerencia Central de Operaciones - GCOP		PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DEL ASEGURADO DE ESSALUD EN IPRESS DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DEL GOBIERNO REGIONAL	Versión: 01 Mes Año: 01-2024 Página: 1
Objetivo: Establecer el procedimiento para la atención del asegurado de EsSalud en IPRESS del Gobierno Regional, para prestaciones de salud del primer nivel de atención establecidas en el convenio.			
Alcance: Asegurado de EsSalud, Área de Atención - IPRESS del GORE y Área de Admisión - IPRESS del GORE.			
N° Paso	Descripción de Actividades	Responsable	
1	Solicita atención de prestaciones de salud en la IPRESS del Gobierno Regional, presentando su Documento Nacional de Identidad (DNI) o Carné de Extranjería (CE), Permiso Temporal de Permanencia (PTP), Carné de solicitante de refugio, salvo las excepciones establecidas por Ley.	Asegurado de EsSalud	
2	Verifica la acreditación, adscripción, identidad del paciente o usuario de salud en el aplicativo de consulta proporcionado por ESSALUD, en el marco del convenio de intercambio prestacional.	Área de Admisión - IPRESS del GORE	
3	Otorga la cita al asegurado de EsSalud para su atención, según cartera de prestaciones de salud establecidas en el convenio y disponibilidad de la prestación requerida.		
4	Brinda atención al asegurado de EsSalud en la fecha y hora programada en su cita, y registra todas las atenciones brindadas al asegurado de EsSalud en el sistema acordado entre las partes.	Área de Atención - IPRESS del GORE	
5	Remite copia de las Historias clínicas de los asegurados atendidos a la Unidad Ejecutora a la cual esta adscrita.	IPRESS del GORE	

ESSALUD: Seguro Social de Salud
 GERESA: Gerencia Regional de Salud
 GORE: Gobierno Regional
 IP: Intercambio Prestacional



4.2. De la validación prestacional de las atenciones brindadas en el marco del Convenio de Intercambio Prestacional en salud al asegurado de ESSALLUD

 Gerencia Central de Operaciones - GCOP	PROCEDIMIENTO PARA LA VALIDACIÓN PRESTACIONAL DE LAS ATENCIONES BRINDADAS EN EL MARCO DEL CONVENIO DE INTERCAMBIO PRESTACIONAL AL ASEGURADO DE ESSALLUD	Versión: 01 Mes Año: 01-2024 Página: 1
Objetivo: Establecer el procedimiento para la validación prestacional de las atenciones brindadas al asegurado de EsSalud en el marco del convenio de Intercambio Prestacional Decreto Legislativo N° 1302.		
Alcance: DIRESA/GERESA/DIRIS y Oficina de Atención Primaria de la Red EsSalud		
N° Paso	Descripción de Actividades	Responsable
1	Revisa y consolida los expedientes que remiten las IPRESS de su jurisdicción bajo convenio de Intercambio Prestacional con EsSalud y registra las atenciones en el Sistema de EsSalud IP, o el sistema acordado entre las partes.	Unidad Ejecutora a la que esta adcrita la IPRESS que brindo el servicio
2	Remite solicitud de pago a la Red de EsSalud por las atenciones brindadas en el marco del convenio de Intercambio Prestacional, conteniendo: •De manera física: Expedientes consolidados (Preliquidación, Historia Clínica u otros que acuerden las partes).	
3	Recibe la solicitud de pago de la Unidad Ejecutora por las atenciones brindadas en el mes, bajo convenio de Intercambio Prestacional.	Oficina de Coordinación y Atención Primaria de la Red EsSalud
4	Realiza el proceso de validación y conformidad que sustenta la prestaciones de salud, lo cual no podrá excederse de treinta (30) días calendario contados a partir del día siguiente de su recepción. •En el caso de las prestaciones validadas sin observaciones, otorga conformidad a través de un Informe técnico de validación prestacional con la valorización de las prestaciones validadas conformes y comunica a la Unidad Ejecutora de la IPRESS que brindo la atención vía correo electrónico y conducto regular, solicitando la emisión de la factura. (FIN: Ir al Proceso de Pago) •En el caso de las prestaciones validadas con observaciones, elabora un Informe técnico de las observaciones encontradas y lo remite a la Unidad Ejecutora de la IPRESS que brindo la atención vía correo electrónico y por conducto regular, dentro del plazo acordado entre las partes. (*) De contar con el Sistema de registro de atenciones, la validación prestacional será realizada en dicho aplicativo, debiendo comunicar la culminación de la misma a través de correo electrónico a la Unidad Ejecutora de la IPRESS que brindo la atención, según el plazo antes mencionado.	
5	Evalúa las observaciones informadas por EsSalud y remite el sustento de la subsanación a la Red de EsSalud, vía correo electrónico y por conducto regular en un plazo de 30 días calendario. (*) De contar con el Sistema de EsSalud IP, la subsanación deberá ser realizada en dicho aplicativo, debiendo comunicar la culminación de la misma a través de correo electrónico a la IAFAS y a la GERESA.	Unidad Ejecutora a la que esta adcrita la IPRESS que brindo el servicio
6	Revisa el levantamiento de observaciones en un plazo de 20 días calendario: •De otorgar conformidad, elabora un informe técnico con la valorización de las prestaciones validadas conformes e informa a la Unidad Ejecutoras a la que esta edcrita la IPRESS que brindo la atención. (FIN: Ir al Proceso de Pago) . •De advertir que no fue levantada las observaciones u observación, la dará por aceptada y podrá rechazar el pago de lo observado sin perjuicio del total de la prestacion.	Oficina de Coordinación y Atención Primaria de la Red EsSalud

ESSALLUD: Seguro Social de Salud
 GERESA: Gerencia Regional de Salud
 IP: Intercambio Prestacional



4.3. Del pago de las atenciones validadas en el marco del Convenio de Intercambio prestacional en salud al asegurado de ESSALUD

 Comprometidos contigo Gerencia Central de Operaciones - GCOP	PROCEDIMIENTO PARA EL PAGO DE LAS ATENCIONES VALIDADAS EN EL MARCO DEL CONVENIO DE INTERCAMBIO PRESTACIONAL AL ASEGURADO DE ESSALUD	Versión: 01
		Mes Año: 01-2024
		Página: 1
Objetivo: Establecer el procedimiento para el pago de las atenciones validadas que fueron brindadas al asegurado de EsSalud bajo el convenio de Intercambio Prestacional en el marco del DL N° 1302.		
Alcance: Oficina de Atención Primaria de la Red EsSalud, Área de Finanzas de la Red y GERESA.		
N° Paso	Descripción de Actividades	Responsable
1	Emite factura, aplicando el Impuesto General a las Ventas (IGV), salvo que exista una exoneración al respecto, en el marco de las normas tributarias vigentes, en base a la valorización de las prestaciones validadas conformes, consignando en la descripción: "Pago de prestaciones brindadas a los asegurados de ESSALUD bajo convenio de Intercambio Prestacional en el marco del DL 1302"; y remite a EsSalud mediante correo electrónico y conducto regular para el pago correspondiente de acuerdo a los plazos establecidos en el convenio, luego de haber recibido la conformidad. (*) De contar con el Sistema de EsSalud IP, realiza la carga de la factura en el Aplicativo IP, debiendo comunicar dicha acción a través de correo electrónico a la Red.	Unidad Ejecutora a la que esta adcrita la IPRESS que brindo el servicio
2	Elabora expediente de solicitud de pago y remite al Área de Finanzas, de acuerdo a los plazos establecidos en el convenios, luego de haber recibido la factura por parte de la Unidad Ejecutora a la que pertenece la IPRESS que brindo el servicio, el cual debe contener: •La conformidad del servicio con el Informe de Validación Prestacional final que contiene la valorización de las prestaciones validadas conformes. •La factura de la Unidad Ejecutora a la que pertenece la IPRESS que brindo la prestacion . •Certificación Presupuestal del convenio suscrito.	Oficina Coordinación y de Atención Primaria de la Red EsSalud
3	Gestiona el pago con cargo a la Certificación Presupuestal en el Fondo Financiero N° 005604 de Intercambio Prestacional DL 1302, a través de la emisión de un cheque a la Unidad Ejecutora a la que pertenece la IPRESS que brindo la prestacion y coordina su entrega, de acuerdo a los plazos acordados entre las partes. FIN. (*) De contar con el Sistema de EsSalud IP, realiza la actualización del estado del pago en el Aplicativo IP.	Área de Finanzas de la Red

ESSALUD: Seguro Social de Salud
 GERESA: Gerencia Regional de Salud
 IP: Intercambio Prestacional



ANEXO N° 6

REQUISITOS DEL EXPEDIENTE PARA LA SOLICITUD DE PAGO POR LA PRESTACIÓN DE SALUD

1. Solicitud de pago por la prestación de salud al asegurado (Una solicitud por prestación)
2. PRE - Liquidación de la prestación brindada al detalle, considerando la liquidación de procedimientos y apoyo al diagnóstico; así como, la liquidación de productos farmacéuticos, debidamente valorizada.
3. Comprobante de pago de acuerdo a la normatividad tributaria (después de la validación prestacional y financiera de la prestación)
4. Copia de la historia clínica de la prestación brindada según detalle:
 - Copia de hoja de atención de consulta externa, atención por emergencia, consulta especializada y observación según corresponda.
 - Copia de resultado de apoyo al diagnóstico de corresponder.
 - Copia de la receta con la firma del asegurado.



ANEXO N° 7

ACTA DE ACUERDOS DE TRABAJO

Costos y Tarifas de procedimientos médicos y sanitarios consensuados para su inclusión en los convenios de Intercambio Prestacional en Salud – IPS entre el Seguro Social de Salud – ESSALUD, la RED Prestacional Ministerio de Salud – MINSA y Gobiernos Regionales - GORES

Fecha: 17 de febrero de 2023

Hora: 12:00 p.m.

MARCO NORMATIVO:

- Decreto Legislativo N°1302, que optimiza el Intercambio Prestacional en Salud en el Sector Público, y su Reglamento aprobado mediante Decreto Supremo N°012-2019-SA.
- Resolución Ministerial N°539-2022/MINSA, que aprueba la actualización del Listado de los procedimientos médicos y sanitarios contenidos en el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud – PEAS vigente y su costo estándar, publicada mediante Resolución Ministerial N°243-2020/MINSA.
- Resolución Ministerial N°1032-2019/MINSA, que aprueba la Metodología para la estimación de costos estándar de procedimientos médicos o procedimientos sanitarios en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.
- Resolución Ministerial N°951-2019/MINSA, que aprueba la Directiva Administrativa N°276-MINSA/2019/DGAIN, Metodología para la estimación de las tarifas de procedimientos médicos o procedimientos sanitarios en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

AGENDA:

Proceso de revisión, validación y aprobación de las Estructuras de Costos y Tarifas de 478 procedimientos médicos y sanitarios, para su inclusión en los convenios de Intercambio Prestacional en Salud – IPS entre el Seguro Social de Salud – ESSALUD, la RED Prestacional del Ministerio de Salud – MINSA y Gobiernos Regionales – GORES, en atención al oficio N° 157-GCPP-ESSALUD-2022, remitido por ESSALUD.

SESIONES DE TRABAJO: 18, 25, 31 de enero, 13, 14 y 15 de febrero 2023 (06 sesiones)

PARTICIPANTES:

Ministerio de Salud - MINSA

1. M.C. Carlos Alberto Alvarado Chico – Director General de la Dirección de Aseguramiento e Intercambio Prestacional DGAIN
2. M.C. Edward Cruz Sánchez – Director Ejecutivo de la Dirección de Intercambio Prestacional, Organización en Salud DIPOS.
3. Ing. Juan Cárnica Canales - Dirección de Aseguramiento en Salud DAS
4. Lic. Rosario Sánchez Valdez - Dirección de Aseguramiento en Salud DAS

Seguro Social de Salud - EsSalud

1. M.C. Aldo Balbin Sotomayor – Gerente de Políticas de Normas de Atención Integral de Salud
2. M.C. Milton David Ramírez Espinola - Subgerente de Normas de Servicio de Salud
3. C.P.C Walter Tejada Campos - Subgerente de Costos
4. Doctor © en Ciencias de la Salud - Juan Vidal Rodríguez Terrones - Gerente de Financiamiento de las Prestaciones de Salud
5. Econ. Patricia Ximena Arias Espinoza – Sub Gerente de Gestión del Financiamiento de Salud.

DESARROLLO DE LA AGENDA:

1. MINSA presentó las estructuras de costos actualizadas de los 478 procedimientos médicos y sanitarios, solicitados por ESSALUD mediante Oficio N°157-GCPP-ESSALUD-2022, para su inclusión en los convenios de Intercambio Prestacional en el marco de la Resolución Ministerial N°539-2022/MINSA y el Decreto Legislativo N°1302.
2. MINSA revisó las observaciones remitidas por ESSALUD mediante Oficio N°157-GCPP-ESSALUD-2022 sobre las estructuras de costos de los procedimientos médicos y sanitarios para la implementación del Intercambio Prestacional, cuyas observaciones fueron:
 - o En los procedimientos médicos y sanitarios se observó el protector facial debido a que ya no era obligatorio su uso.
 - o En el procedimiento médico y sanitario de Tomografía y Resonancia, se observó el número de RRHH que interviene y tiempo de duración.
 - o En los procedimientos médicos y sanitarios de Diagnóstico por Imágenes, observó el uso de películas en los equipos en todos los niveles de atención, considerando que hay equipos que usan películas y el resto no.
 - o También observó el precio de algunos insumos de la estructura de costo que son relativamente más alto que el que maneja ESSALUD.
3. Revisión y levantamiento de observaciones a cargo de los equipos técnicos de MINSA y ESSALUD, para lo cual se adjuntaron los documentos de sustento, como es: Catálogo de Precios CATPREC 2017-2021 a nivel nacional remitido por DIGEMID y Normativa vigente que han sido utilizadas para la construcción de las estructuras de costo.
4. La DAS-DGAIN-MINSA, remitió vía WhatsApp la actualización de los costos y tarifas consensuados de los 478 procedimientos médicos y sanitarios (Anexo 01), después de haber subsanado los siguientes puntos:
 - Retirar los protectores faciales de las estructuras de costos.
 - Realizar el cambio en las medidas del sobre manilla de las resonancias magnéticas y tomografías.
 - Realizar el cambio del insumo (material de contraste) en el Kit Resonancia Magnética con contraste.
 - Realizar el cambio en el Kit Resonancia Magnética con contraste de:
Kit descartable dos jeringas 200ml + conector para bomba inyectora de contraste por los siguientes materiales conector de baja presión en T para jeringa de inyector de equipo de resonancia y kit de material médico para inyector automático en RM.
 - En el Kit Tomografía con Contraste se incluyó inyector y el conector.

ACUERDOS:

1. Los representantes de MINSA y ESSALUD, concuerdan y aprueban el primer listado de las estructuras de costos y tarifas actualizadas de 478 procedimientos médicos y sanitarios para su inclusión en los convenios de Intercambio Prestacional en Salud - IPS entre el Seguro Social de Salud - ESSALUD, la RED Prestacional del Ministerio de Salud - MINSA y Gobiernos Regionales - GORES, según anexo adjunto.
2. MINSA y ESSALUD se comprometen a utilizar las estructuras de costos de los 478 PMS consensuados para los convenios de Intercambio Prestacional entre ellos.
3. MINSA se compromete, en un plazo no mayor a un año de la firma de la presente acta de trabajo, a actualizar los precios de los insumos de acuerdo con el Catálogo de Precios CATPREC 2022/2023 vigente remitido por DIGEMID.
4. Considerando que los indicadores de rendimiento del primer listado pueden presentar actualizaciones por MINSA y/o ESSALUD; de presentarse, ambos equipos deberán evaluar la incorporación de dichas actualizaciones.

Se suscribe la presente acta en señal de conformidad.

f
f
D
f
f
f
f

f

2