

P. Mazzetti S.

J.C. Del Canto

Resolución Ministerial

Lima, 13 de JUNIO del 2006

Visto el Expediente 06-031496;

CONSIDERANDO:



A.M. Holgado S.

Que, los Lineamientos de Política Sectorial para el periodo 2002-2012, aprobados por Resolución Suprema N° 014-2002-SA, incluyen entre otros aspectos, la modernización del Ministerio de Salud, el fortalecimiento de su rol en la conducción sectorial y la conducción del financiamiento interno y externo hacia los sectores más pobres de la sociedad;



Que, con Resolución Ministerial N° 1214-2004/MINSA de fecha 15 de diciembre de 2004, se conformó un Comité Técnico de Tarifas, con la finalidad de diseñar e implementar las acciones necesarias para el desarrollo de una Política Tarifaria en el Sector Salud, el que elaboró su respectivo Plan de Trabajo y fue aprobado con Resolución Vice Ministerial N° 075-2005-SA-DVM de fecha 11 de abril de 2005;



V.J. Scarsi H.

Que, de acuerdo a las acciones encomendadas, el referido Comité elaboró el documento técnico "Lineamientos de Política Tarifaria en el Sector Salud", que fue aprobado con Resolución Ministerial N° 246-2006/MINSA de fecha 13 de marzo del 2006; con el objetivo de establecer el marco de referencia regulatorio para la definición de tarifas de servicios de salud;

Que, dentro del proceso de implementación de dichos lineamientos se ha establecido el **Tarifario Nacional Referencial de Servicios Materno Infantiles**, con enfoque de equidad en el acceso a los servicios de salud, por lo que corresponde su aprobación;

Estando a lo informado por la Dirección General de Salud de las Personas;

Con la visación del Viceministro de Salud, del Director General de Salud de las Personas, del Director General de la Oficina General de Planeamiento y Presupuesto, del Jefe del Seguro Integral de Salud y del Director General de la Oficina General de Asesoría Jurídica;



D. Céspedes H.

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

SE RESUELVE:

Artículo 1°.- Aprobar el documento “**Tarifario Nacional Referencial de Servicios Materno Infantiles**”, el mismo que forma parte integrante de la presente resolución.

Artículo 2°.- El presente Tarifario Nacional Referencial no incluye las tarifas de reembolso por las prestaciones del Seguro Integral de Salud para los diversos planes de beneficios, las cuales se registrarán según la normatividad vigente.

Artículo 3°.- Las Direcciones Regionales de Salud y las Direcciones de Salud deben adecuar las tarifas de sus establecimientos de salud en el marco de la presente Resolución Ministerial, según el cronograma siguiente:

1. En un plazo de diez días hábiles a partir de la publicación en el diario oficial, las tarifas de las prestaciones de salud y procedimientos médico quirúrgicos de Servicios Materno Infantiles de lo siguiente:
 - 1.1. Atención en Consulta Externa
 - 1.2. Atención Estomatológica
 - 1.3. Atención en Emergencia
 - 1.4. Hospitalización / Internamiento por día paciente
 - 1.5. Procedimientos / Intervenciones quirúrgicas (incluyen procedimientos de anestesia y medicamentos)
2. En forma progresiva a partir de la fecha de publicación de la presente Resolución Ministerial en el diario oficial y acorde a la Directiva de Implementación, lo siguiente:
 - 2.1. Paquetes de Hospitalización / Internamiento

Artículo 4°.- La Dirección General de Salud de las Personas y la Oficina General de Planeamiento y Presupuesto tendrán un plazo de treinta (30) días hábiles posteriores a la fecha de publicación, para elaborar la Directiva de Implementación de lo considerado en el Artículo 3°, numeral 2.

Artículo 5°.- El Tarifario Nacional Referencial de Servicios Materno Infantiles será revisado anualmente a partir de la fecha de publicación, encargándose a la Dirección General de Salud de las Personas y la Oficina General de Planeamiento y Presupuesto su correspondiente revisión y actualización.

Artículo 6°.- Encargar a la Oficina General de Comunicaciones, la publicación del citado documento técnico, en el Portal de Internet del Ministerio de Salud.

Regístrese, comuníquese y publíquese.



Pilar MAZZETTI SOLER
Ministra de Salud

A.M. Holgado S.

V. Scarsi H.

D. Céspedes M.

TARIFARIO NACIONAL REFERENCIAL DE SERVICIOS
MATERNO INFANTILES
MAYO 2006



P. Mazzetti S.

PILAR MAZZETTI SOLER
Ministra de Salud

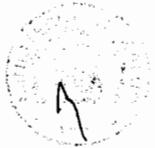


JOSÉ DEL CARMEN SARA
Vice Ministro de Salud

A.M. Holgado S.



M. Caspedez M.



L.E. PODESTÁ G.

Comité de Trabajo

LUIS ENRIQUE PODESTÁ GAVILANO
Director General
Dirección General de Salud de las Personas

VILMA SCARSI HURTADO
Directora General
Oficina General de Planeamiento y Presupuesto

MOISES ACUÑA DIAZ
Jefe del Seguro Integral de Salud



V.I. Scarsi H.



**MINISTERIO DE SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD DE LAS PERSONAS
OFICINA GENERAL DE PLANEAMIENTO Y PRESUPUESTO**

Equipo técnico



P. Mazzetti S.

Dirección General de Salud de las Personas

Luz María Loo de Li
Teresa Suárez Cárdenas
Jessica Graña Espinoza
Luis Infantes Oblitas – apoyo informático
José Marcani Villegas – apoyo informático

Oficina General de Planeamiento y Presupuesto

Flor García Grados
José Chauca Delgado

Seguro Integral de Salud

Julio Medina Alfaro
Javier Pacheco Linares

Equipo de apoyo

Hospital Nacional Cayetano Heredia

Arminda Navarro Vega
Rosario del Pilar Sánchez Váldez



A.M. Holgado S.

Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé

Luis Ayulo Jara
Guillermo Alcántara Ulloa
Juan Cuya Valderrama

Hospital San José

Javier Humberto Matos Morales
Marco Arroyo Chalco



D. Céspedes M.

Hospital Rezola de Cañete

Marco Cuadros Talatino
Sorely Sanchez Vicente

Hospital de Huacho

Edelmira Lopez Meléndez

Hospital María Auxiliadora

Jores Thornberry Valdez

Instituto Nacional Materno Perinatal

Ricardo Obregón Aysanoa
Victor Cruz Boullosa

Instituto Nacional del Niño

Edgard Muñoz Vásquez

DISA Callao

María Cairampoma Gago
José Martín Ricaldi Maita
Jose Luis Espinoza Alonso



V.I. Scarsi H.



MINISTERIO DE SALUD
 DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD DE LAS PERSONAS
 OFICINA GENERAL DE PLANEAMIENTO Y PRESUPUESTO



P. Mazzetti S.

ÍNDICE

Pág.

Antecedentes y justificación	04
Plan de Acción	05
Desarrollo del plan de acción	05
Conclusiones y recomendaciones	07
A.M. Holgado S. Cuadro Tarifario Nacional Referencial de Servicios Materno Infantiles 2006	08
Leyenda	31
Definiciones operacionales	32
Anexo 01	46



A.M. Holgado S.



D. Céspedes H.



V. Scarsi H



TARIFARIO NACIONAL REFERENCIAL DE SERVICIOS MATERNO INFANTILES
MAYO 2006



P. Mazzetti S.

Antecedentes y justificación:

1. El Estado Peruano tiene un compromiso en el marco del préstamo de "Libre disponibilidad de Reformas de Programas de Superación de la Pobreza y Desarrollo de Capital Humano" II tramo del préstamo, suscrito el 20 diciembre del 2004 con el Banco Interamericano de Desarrollo (BID).

De acuerdo al compromiso asumido por el Ministerio de Salud (MINSa), a mayo del 2006 debe presentarse las siguientes evidencias de avance:

- Al menos el 80% de los establecimientos de salud de 1er. y 2do. nivel de atención, así como los hospitales regionales, aplican las tarifas de servicios materno infantiles establecidas por el MINSa.
- Al menos el 50% de los hospitales nacionales aplican las tarifas de servicios materno infantiles establecidas por el MINSa.

J.C. de Santos



A.M. Holgado S.

2. El Ministerio de Salud durante los años 2005 y 2006 ha desarrollado diversos documentos técnicos, que han sido elaborados por sus Direcciones y Oficinas Generales, los cuales contribuyen al objetivo de fijar criterios estándares en la definición de tarifas en el sector salud, entre ellos tenemos:

- Documento Técnico: "Catálogo de Servicios Médicos y Estomatológicos del Ministerio de Salud" aprobado mediante Resolución Ministerial N° 436-2005-SA/MINSa.
- Documento Técnico: "Unidades Relativas de Valor del Catálogo de Servicios Médicos Estomatológicos del Ministerio de Salud" aprobado mediante Resolución Ministerial N° 450-2005-SA/MINSa.
- Documento Técnico: "Lineamientos de Política Tarifaria en el Sector Salud" aprobado mediante Resolución Ministerial N° 246-2006/MINSa.

En el marco de los Lineamientos de Política Tarifaria, actualmente el MINSa está desarrollando las siguientes actividades:

- Adecuación de Tarifas SIS del componente Materno Infantil (Plan A y C) a los Lineamientos de Política Tarifaria.
- Definición de tarifas referenciales para servicios materno infantiles a nivel nacional.
- Definición de tarifas referenciales para los convenios MINSa-EsSALUD.
- Definición del plan de implementación de mediano plazo de los Lineamientos de Política Tarifaria.

3. Con fecha 27 de abril del presente año, se publicó en el Diario Oficial El Peruano el Informe Defensorial N° 105 "El Derecho a la Salud y a la Seguridad Social: Segunda Supervisión Nacional" el cual tiene como principal objetivo velar por los derechos a la salud de la población. En el Artículo 3° de la parte resolutoria del Informe, resuelven instar al Ministerio de Salud, Direcciones Regionales de Salud y a los establecimientos de Salud a adoptar los mecanismos necesarios para implementar los Lineamientos de la Política Tarifaria en el Sector Salud, de acuerdo a lo establecido en la Resolución Ministerial N° 246-2006/MINSa.



D. Córdova H.

V.I. Scarsi H.



V.I. Scarsi H.



MINISTERIO DE SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD DE LAS PERSONAS
OFICINA GENERAL DE PLANEAMIENTO Y PRESUPUESTO

4. El Seguro Integral de Salud actualmente utiliza como Sistema de Identificación de Usuarios la Ficha de Evaluación Socio Económica - FESE.
5. Existe experiencia previa de definición de tarifarios a nivel de establecimientos de salud a nivel nacional, tomando en cuenta los Lineamientos de Política Tarifaria aún cuando éstos no se habían aprobado.
6. La necesidad de implementar los Lineamientos de Política Tarifaria, fomentando la eficiencia en los prestadores, el compartir riesgos, el generar mayor acceso a los servicios de salud con calidad.



P. Mazzetti S.

Plan de acción:

Durante el mes de abril del 2006, se convocó al equipo de trabajo de la Oficina General de Planeamiento y Presupuesto (OGPP), al Seguro Integral de Salud (SIS), a la Dirección General de Salud de las Personas (DGSP) y representantes de los prestadores de diversos niveles de complejidad de la ciudad de Lima (Hospital Nacional Cayetano Heredia, Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Hospital Nacional Hipólito Unanue, Hospital Rezola de Cañete, Hospital de Huacho, Hospital San José del Callao, Instituto Materno Perinatal, Dirección de Salud del Callao); con quienes se estableció un plan de trabajo, cuyo objetivo fue:

- Definir las Tarifas Referenciales de los Servicios Materno Infantiles a nivel nacional teniendo como marco los Lineamientos de Política Tarifaria del Sector Salud y contribuyendo a la equidad y acceso a los servicios de salud.

Desarrollo del plan de acción

- Reuniones de trabajo del equipo técnico.
- Definición de la cartera de servicios materno infantiles al que se le determinaron las tarifas referenciales a nivel nacional.
 - Se utilizaron como referencias:
 - Catálogo de Servicios Médicos y Estomatológicos del MINSA,
 - Unidades Relativas de Valor del Catálogo de Servicios Médicos y Estomatológicos del MINSA
 - Prestaciones de salud de los Planes de Beneficios A y C del Seguro Integral de Salud (SIS) en el que se consideran mayormente paquetes de atención.
- Revisión de la información de producción y reembolsos del SIS.
- Revisión de la información de costos de servicios de salud de establecimientos de diversa complejidad, así como según la pertinencia se realizó el costeo de procedimientos y de paquetes.
- Trabajo en la matriz del Documento Técnico de Lineamientos de Política Tarifaria Nacional, que considera los siguientes aspectos:
 - Código del Catálogo de Servicios Médicos y Estomatológicos del MINSA, así como denominación del procedimiento médico de acuerdo al Catálogo.
 - Definición de propuesta de tarifa referencial acorde con los diversos financiadores de los servicios de salud y usuarios:
 - Se determinó los financiadores:
 - Usuario individual directo (clasificado por quintiles).
 - Seguro Integral de Salud.



D. Céspedes M.



LE. P. P. P.



V. I. Scarsi H.



V. I. Scarsi H.



GERENCIA REGIONAL DE SALUD INTEGRAL DE SALUD



MINISTERIO DE SALUD
SEGURO INTEGRAL DE SALUD

**MINISTERIO DE SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD DE LAS PERSONAS
OFICINA GENERAL DE PLANEAMIENTO Y PRESUPUESTO**



P. Mazzetti S.



J.C. Sotelo S.



A.M. Holgado S.



Céspedes M.



C. Mendieta



Y.I. Scarsi H.



- Otros prestadores públicos.
 - Fuerzas Armadas y Policiales.
 - EsSALUD.
 - Otras instituciones públicas.
- Prestadores privados.
- Se acordó establecer las tarifas según los niveles de complejidad establecidos en la Norma de Categorización de Establecimientos de Salud del MINSA.
- Se determinaron las prestaciones que incorporan el costo de hospitalización, procedimientos, insumos, materiales y medicamentos.
- Se determinaron los procedimientos médico quirúrgicos acorde al Catálogo de Servicios Médicos y Estomatológicos del MINSA que incluyen el costo del procedimiento con anestesia.
- Se determinaron los costos de las prestaciones y de los procedimientos considerando:
 - Costo de recursos humanos en función a tiempo dedicado en cada procedimiento y paquete de atención.
 - Costo de insumos, materiales, bienes, servicios, depreciación de equipamiento y de infraestructura.
 - Costo de medicamentos.
 - La estructura de costos fijos, variables, directos, indirectos y totales, según categorización de establecimientos de salud y acorde a los Lineamientos de Política Tarifaria del sector salud.
- Se definieron tarifas referenciales para:
 - Financiadores en general según los niveles de categorización de los establecimientos, considerando las prestaciones y los procedimientos con y sin medicamentos, según los Lineamientos de Política Tarifaria del sector salud.
 - Para los financiadores individuales (usuarios individuales), se identificaron cinco niveles de pago, basados en la metodología de quintiles de pobreza, lo cual permitió definir diversos grados de subsidio sobre el costo total, determinado en el contexto actual de las prestaciones establecidas en el presente tarifario referencial nacional de servicios materno infantiles.
 - Para los prestadores de servicios de salud público, establecimientos prestadores del MINSA:
 - Se determinó que la tarifa de cobro para los usuarios individuales estará en función de la ubicación geográfica del establecimiento y su correspondiente quintil de pobreza.
 - Se definieron tarifas de cobro referenciales para facilitar el proceso de intercambio de servicios con EsSalud, Fuerzas Armadas y Policiales, ONG y privados; con y sin medicamentos, según los Lineamientos de Política Tarifaria del sector salud (Criterios orientadores para la definición de Tarifas, punto 6.4.1, 6.4.2, 6.4.3, 6.4.4).
- En el caso del Seguro Integral de Salud (SIS) se considerarán las tarifas de reembolso vigentes según normatividad (no están incluidas en el cuadro de Tarifas Nacionales Referenciales) y acorde a la Norma de Técnica No. 021-MINSADGSP/V.01, denominada Categorías de Establecimientos del Sector Salud, del 26 de julio del 2004, (Hospitales e Institutos III-1 y III-2, Hospitales II-2, Hospitales II-1 y CS. I-4, CS. I-3, PS. I-2, PS I-1, y Equipo AISPED). Ver anexo 01.

**MINISTERIO DE SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD DE LAS PERSONAS
OFICINA GENERAL DE PLANEAMIENTO Y PRESUPUESTO**



P. Mazzetti C.

- Los Costos referenciales fueron subdivididos en:
 - Costos referenciales con medicamentos.
 - Costos referenciales sin medicamentos.

Los costos fueron establecidos en función al estudio de costos de prestadores y del nivel central.

- Cobro a usuario individual directo: no incluye medicamentos ni material médico quirúrgico considerado en una receta.
 - En el cobro a usuario individual directo en el rubro de hospitalización / internamiento por día paciente solo están considerados los costos de hotelería, no incluyendo medicamentos y material médico quirúrgico considerado en una receta, ni exámenes auxiliares.
- Se considera tarifas iguales para los quintiles III y IV con fines de evitar filtración de un quintil a otro.
- En las tarifas nacionales referenciales para otros prestadores públicos (EsSALUD, Fuerzas Armadas y Policiales, otras instituciones públicas) y prestadores privados, en el rubro de hospitalización / internamiento no se considera el día paciente con medicamentos, teniendo que considerarse la receta médica según la pertinencia y correspondencia acorde a la patología.



A.M. Holgado S.

Conclusiones y Recomendaciones:

1. El Tarifario Referencial de Servicios Materno Infantiles está acorde a lo dispuesto en la Resolución Ministerial N° 246-2006/MINSA, "Lineamientos de Política Tarifaria en el Sector Salud".
2. Es de observación obligatoria en los establecimientos de salud del MINSA para la definición de sus tarifas de servicios materno infantiles.
3. Constituye tarifas referenciales para el proceso de intercambio de servicios con los demás financiadores en el marco de la descentralización y de los Lineamientos de Política Tarifaria del sector salud (EsSALUD, Sanidad de las Fuerzas Armadas y Policiales, aseguradoras privadas, usuarios individuales y otros).
4. En el caso del Seguro Integral de Salud (SIS), las tarifas de reembolso están enmarcadas en los Lineamientos de Política Tarifaria y se ciñen a la normatividad vigente.
5. Los procedimientos médicos empleados para la elaboración del presente tarifario no abarcan el total de procedimientos existentes para este componente materno infantil pero son los más frecuentes, situación que será regularizada en el desarrollo de la implementación de la Política Tarifaria Nacional, en el plan de trabajo de mediano y largo plazo.
6. El presente Tarifario Referencial es el inicio de un proceso de definición de tarifas referenciales nacionales en el marco de implementación de los Lineamientos de Política Tarifaria y que es dinámica, por lo tanto se requiere su actualización anual por los órganos de línea correspondientes del Ministerio de Salud.



D. Abadías M.



V.I. Scarsi H.



MINISTERIO DE SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD DE LAS PERSONAS
OFICINA GENERAL DE PLANEAMIENTO Y PRESUPUESTO



P. Mazzetti S.



J. C. ...



A.M. Holgado S.

CUADRO DE TARIFARIO NACIONAL REFERENCIAL DE
SERVICIOS MATERNO INFANTILES



D. Casperetti M.



...



V.I. Sears H.



TARIFARIO NACIONAL REFERENCIAL DE SERVICIOS MATERNO INFANTILES
ESTABLECIMIENTOS DE NIVEL III, II y I
(En Nuevos Soles)

Código	Prestaciones de Salud (Atenciones y paquetes de servicios) y Procedimientos Médico Quirúrgicos de los Servicios Materno Infantiles	UNIDAD RELATIVA DE VALOR (URV)		EESS NIVEL III				
		URV sin medicamentos III NIVEL	Costos referenciales sin medicamentos	Cobro a usuario individual directo NIVEL III: Tarifas referenciales				
				No incluye medicamentos ni material médico quirúrgico considerado en una receta				
				Quintil I	Quintil II	Quintil III	Quintil IV	Quintil V
Atención en Consulta Externa								
S/N	Atención inmediata del Recién Nacido (RN) Normal	1.60	30	0	6	12	12	24
S/N	Atención Integral de Salud del niño	1.00	19	0	4	8	8	15
S/N	Consejería nutricional niños en riesgo	0.61	11	0	2	5	5	9
S/N	Control del RN bajo peso al nacer	1.00	19	0	4	8	8	15
S/N	Control Prenatal (Consejería en salud, nutrición, higiene y PP.FF.: Suplem. Fe) / Atención obstétrica de rutina control prenatal	0.67	13	0	3	5	5	10
S/N	Control de Puerperio	1.00	19	0	4	8	8	15
S/N	Consulta Externa Niños	1.00	19	0	4	8	8	15
S/N	Consulta Externa Gestantes	1.00	19	0	4	8	8	15
99209	Control de Nutrición	0.61	11	0	2	5	5	9
99201	Consulta médica no especializada	1.00	19	0	4	8	8	15
99203	Consulta médica especializada	1.00	19	0	4	8	8	15
Atención Estomatológica								
	Examen Odontostomatológico	0.80	15	0	3	6	6	12
	Obturación y Curación Dental Simple	1.53	29	0	6	12	12	23
D0120	Consulta estomatológica no especializada	1.00	19	0	4	8	8	15
D2110	Restauración de una superficie, con amalgama de plata, en piezas dentarias deciduas (simple) - 2 sesiones	3.07	58	0	12	23	23	46
D2140	Restauración de una superficie, con amalgama de plata, en piezas dentarias permanentes (simple) - 2 sesiones	3.07	58	0	12	23	23	46
D2330	Restauración de una superficie, con resina, en piezas dentarias permanentes, anteriores (simple) - 1 sesión	1.53	29	0	6	12	12	23
D2380	Restauración de una superficie, con resina, en piezas dentarias deciduas, posteriores (simple) - 1 sesión	1.53	29	0	6	12	12	23
D2385	Restauración de una superficie, con resina, en piezas dentarias permanentes, posteriores (simple) - 1 sesión	1.53	29	0	6	12	12	23
D2390	Restauración de una superficie con ionómero de vidrio en piezas dentarias deciduas - 1 sesión	1.53	29	0	6	12	12	23
D2392	Restauración de una superficie con ionómero de vidrio en piezas dentarias permanentes - 1 sesión	1.53	29	0	6	12	12	23
S/N	Obturación y Curación Dental Compuesta	1.53	29	0	6	12	12	23
D0161	Consulta estomatológica especializada (considera elaboración de modelos para el diagnóstico)	1.27	24	0	5	10	10	19
D2120	Restauración de dos superficies, con amalgama de plata, en piezas dentarias deciduas (compuesta) - 2 sesiones	3.07	58	0	12	23	23	46
D2150	Restauración de dos superficies, con amalgama de plata, en piezas dentarias permanentes (compuesta) - 2 sesiones	3.07	58	0	12	23	23	46
D2381	Restauración de dos superficies, con resina, en piezas dentarias deciduas, posteriores (compuesta) - 1 sesión	1.53	29	0	6	12	12	23
D2331	Restauración de dos superficies, con resina, en piezas dentarias permanentes, anteriores (compuesta) - 1 sesión	1.53	29	0	6	12	12	23
D2386	Restauración de dos superficies, con resina, en piezas dentarias permanentes, posteriores (compuesta) - 1 sesión	1.53	29	0	6	12	12	23
S/N	Atención Odontológica Especializada	0.93	18	0	13	25	25	50
D2130	Restauración de tres superficies, con amalgama de plata, en piezas dentarias deciduas (compleja) - 2 sesiones	3.33	63	0	13	25	25	50
D2160	Restauración de tres superficies, con amalgama de plata, en piezas dentarias permanentes (compleja) - 2 sesiones	3.33	63	0	13	25	25	50
D2382	Restauración de tres o más superficies, con resina, en piezas dentarias deciduas, posteriores (compleja) - 1 sesión	1.67	31	0	6	13	13	25
D2387	Restauración de tres superficies, con resina, en piezas dentarias permanentes, posteriores (compleja) - 1 sesión	1.67	31	0	6	13	13	25
D2391	Restauración compuesta con ionómero de vidrio en piezas dentarias deciduas (2 ó más superficies) - 1 sesión	1.67	31	0	6	13	13	25
D2395	Restauración compuesta con ionómero de vidrio en piezas dentarias permanentes (2 ó más superficies) - 1 sesión	1.67	31	0	6	13	13	25
D2332	Restauración de tres superficies, con resina, en piezas dentarias permanentes, anteriores (compleja) - 1 sesión	1.67	31	0	6	13	13	25
D2335	Restauración de cuatro superficies, o compromiso del ángulo incisal, con resina, en piezas dentarias permanentes, anteriores	1.80	34	0	7	14	14	27
D7176	Extracción dental simple	1.60	30	0	6	12	12	24
Atención en Emergencia								
S/N	Atención en Tópico	0.42	8	0	2	3	3	6
S/N	Atención de Emergencia niños	1.26	24	0	5	7	7	19
S/N	Atención de Emergencia gestantes	1.26	24	0	5	7	7	19
S/N	Atención de Emergencia con Observación Niños	6.59	124	0	25	35	35	99
S/N	Atención de Emergencia con Observación Gestantes	6.59	124	0	25	35	35	99
99234	Atención en Sala de Observación, menor de 12 horas	5.33	100	0	20	28	28	80
99235	Atención en Sala de Observación, de 12 horas a 24 horas	6.40	120	0	24	34	34	96
99281	Consulta de emergencia - Prioridad	1.26	24	0	5	7	7	19



P. Mazzetti S.



D. Caspodes M.



V.I. Scarsi H.



A.M. Holgado S.

**TARIFARIO NACIONAL REFERENCIAL DE SERVICIOS MATERNO INFANTILES
ESTABLECIMIENTOS DE NIVEL III, II y I
(En Nuevos Soles)**

Código	Prestaciones de Salud (Atenciones y paquetes de servicios) y Procedimientos Médico Quirúrgicos de los Servicios Materno Infantiles	UNIDAD RELATIVA DE VALOR (URV)		EESS NIVEL III				
		URV sin medicamentos III NIVEL	Costos referenciales sin medicamentos	Cobro a usuario individual directo NIVEL III: Tarifas referenciales				
				Quintil I	Quintil II	Quintil III	Quintil IV	Quintil V
Paquetes de Hospitalización / Internamiento								
S/N	Internamiento del RN con patología (*)		475	0	95	133	133	380
S/N	Internamiento con intervención quirúrgica RN (*) (S)		700	0	140	196	196	560
S/N	Internamiento en Establecimiento de Salud Niños (*)		438	0	88	123	123	350
S/N	Internamiento en Establecimiento de Salud Gestantes (*)		438	0	88	123	123	350
S/N	Internamiento con Intervención Quirúrgica Menor (**) (S)		300	0	60	84	84	240
S/N	Internamiento con Intervención Quirúrgica Menor Gestantes (**)		300	0	60	84	84	240
S/N	Internamiento con Intervención Quirúrgica Mayor niño (***) (S)		763	0	153	214	214	610
S/N	Internamiento con Intervención Quirúrgica Mayor gestantes (***)		763	0	153	214	214	610
S/N	Intervención Médico - Quirúrgica Ambulatoria Niños (S)		213	0	43	60	60	170
S/N	Intervención Médico - Quirúrgica Ambulatoria Gestantes		213	0	43	60	60	170
S/N	Atención de Parto Normal (incluye 2 días de hospitalización)		363	0	73	102	102	290
S/N	Atención de Parto por Cesárea (incluye 3 días de hospitalización)		500	0	100	140	140	400
Hospitalización / Internamiento por día paciente								
99221	Atención en hospitalización general, día paciente	4.67	88	0	18	25	25	70
99295	Atención en hospitalización de unidad de cuidados intensivos pediátricos, día paciente	33.33	625	0	125	175	175	500
99297	Atención en hospitalización de unidad de cuidados intensivos neonatal, día paciente	33.33	625	0	125	175	175	500
99293	Atención de hospitalización en unidad de cuidados intensivos del adulto, día paciente	33.33	625	0	125	175	175	500
Procedimientos / Intervenciones quirúrgicas (incluyen procedimiento de anestesia y medicamentos)								
S/N	AMEU aspiración manual endouterina	4.00	75	0	15	30	30	60
59409	Atención de parto vaginal solamente	10.00	188	0	38	75	75	150
59410	Atención de parto vaginal, incluyendo atención postparto	11.00	206	0	41	83	83	165
57700	Cerclaje del cervix, durante el embarazo; vaginal	4.07	76	0	15	31	31	61
59510	Atención obstétrica de rutina incluyendo atención preparto, parto por cesárea, y atención postparto	27.67	519	0	104	208	208	415
S/N	Cesárea más ligadura de trompas	16.00	300	0	60	120	120	240
59514	Cesárea solamente	12.67	238	0	48	95	95	190
59515	Cesárea, incluyendo atención postparto	13.67	256	0	51	103	103	205
59525	Cesárea + histerectomía subtotal o total	28.67	500	0	100	200	200	400
57000	Colpoptomía; con exploración y/o drenaje de absceso pélvico	6.72	126	0	25	50	50	101
57020	Colpocentesis	0.84	16	0	3	6	6	13
57061	Dstrucción de lesiones vaginales	1.26	24	0	5	9	9	19
S/N	Episiorrafia o corrección vaginal, que no sea por el médico de cabecera	1.26	24	0	5	9	9	19
59870	Evacuación uterina y curetaje por mola hidatiforme	4.67	88	0	18	35	35	70
59872	Evacuación uterina de óbito fetal y legrado uterino	20.00	375	0	75	150	150	300
59414	Extracción de placenta retenida (procedimiento separado)	3.36	63	0	13	25	25	50
58180	Histerectomía abdominal supracervical	33.33	625	0	125	250	250	500
58260	Histerectomía vaginal	18.67	350	0	70	140	140	280
59100	Histerotomía abdominal	5.04	95	0	19	38	38	76
59350	Histerorrafia de útero roto	16.67	313	0	63	125	125	250
57022	Incisión y drenaje de hematoma vaginal	1.26	24	0	5	9	9	19
59812	Legrado uterino	4.00	75	0	15	30	30	60
58611	Ligadura o sección de trompas de Falopio, durante la cesárea u otra cirugía abdominal	1.86	35	0	7	14	14	28
S/N	Ligadura o sección de trompas de Falopio, post parto	3.53	66	0	13	27	27	53
56440	Marsupialización de quiste de glándula de Bartholino	5.67	106	0	21	43	43	85
S/N	Excisión de quiste o glándula de Bartholino	4.93	93	0	19	37	37	74



P. Mazzetti S.

[Handwritten signature]

J. Delgado S.



D. Caspeñas M.



V.I. Scarsi H.



A.M. Holgado S.

**TARIFARIO NACIONAL REFERENCIAL DE SERVICIOS MATERNO INFANTILES
ESTABLECIMIENTOS DE NIVEL III, II y I
(En Nuevos Soles)**

Código	Prestaciones de Salud (Atenciones y paquetes de servicios) y Procedimientos Médico Quirúrgicos de los Servicios Materno Infantiles	UNIDAD RELATIVA DE VALOR (URV)		EESS NIVEL III					Cobro a usuario individual directo NIVEL III: Tarifas referenciales				
		URV sin medicamentos III NIVEL	Costos referenciales sin medicamentos	No incluye medicamentos ni material médico quirúrgico considerado en una receta					Quintil I	Quintil II	Quintil III	Quintil IV	Quintil V
				Quintil I	Quintil II	Quintil III	Quintil IV	Quintil V					
S/N	Monitorización fetal durante el trabajo de parto por parte de un médico de consulta (es decir, no el médico de cabecera) con informe escrito, supervisión e interpretación	1.68	32	0	6	13	13	25					
S/N	Tratamiento quirúrgico de embarazo ectópico; tubárico u ovárico, abordaje abdominal o vaginal	6.93	130	0	26	52	52	104					
59150	Tratamiento laparoscópico de embarazo ectópico; con salpingectomía y/u ooforectomía	10.13	190	0	38	76	76	152					
59150	Tratamiento laparoscópico de embarazo ectópico	6.93	130	0	26	52	52	104					
	Exámenes de apoyo al diagnóstico y tratamiento												
	Laboratorio												
S/N	Examen inmunológico RN madre VIH positivo	1.20	23	0	5	11	11	18					
S/N	Examen inmunológico RN madre RPR positivo	0.47	9	0	2	4	4	7					
S/N	Examen de Laboratorio Completo del Embarazo con HIV	4.93	93	0	19	44	44	74					
S/N	Examen de Laboratorio Completo del Embarazo sin HIV	2.33	44	0	9	21	21	35					
S/N	Examen de HIV	1.20	23	0	5	11	11	18					
S/N	Prueba Diagnóstica del Embarazo a mayores 18 años (Pregnotición en Orina)	0.27	5	0	1	2	2	4					
80057	Perfil Preoperatorio: hemograma de tercera generación, grupo sanguíneo, factor Rh, tiempo de coagulación y sangría, tiempo de protrombina, glucosa, HIV, VDRL, examen completo de orina	4.00	75	0	15	30	30	60					
86689	Examen confirmatorio para anticuerpo contra HTLV o HIV	1.20	23	0	5	9	9	18					
86592	Test cualitativo para sífilis (VDRL, RPR, ART)	0.47	9	0	2	4	4	7					
80090	Perfil TORCH	6.00	113	0	23	45	45	90					
80055	Perfil Prenatal: hemograma de tercera generación, Grupo sanguíneo, glucosa, VDRL, HIV, examen de orina, rubéola	4.93	93	0	19	37	37	74					
86689	Examen confirmatorio para anticuerpo contra HTLV o HIV	1.20	23	0	5	9	9	18					
S/N	Perfil de Neonato: hematócrito, glucosa, grupo sanguíneo y RH, TSH	2.00	38	0	8	15	15	30					
S/N	Prueba diagnóstica de embarazo en orina (pregnotición)	0.27	5	0	1	2	2	4					
S/N	Dosaje de subunidad beta	1.00	19	0	4	8	8	15					
	Ultrasonido												
92286	Ecografía	0.84	16	0	3	8	8	13					
76801	Ultrasonido de Útero Grávido en 1er Trimestre	0.84	16	0	3	8	8	13					
76802	Ultrasonido de Útero Grávido en 1er Trimestre, Embarazo Múltiple	0.84	16	0	3	8	8	13					
76805	Ultrasonido de Útero Grávido, posterior al 1er Trimestre	0.84	16	0	3	8	8	13					
76810	Ultrasonido de Útero Grávido, posterior al 1er Trimestre, Embarazo Múltiple	1.01	19	0	4	9	9	15					
76811	Ultrasonido de Útero Grávido, Evaluación Fetal Detallada, Producto Único	0.84	16	0	3	8	8	13					
76812	Ultrasonido de Útero Grávido, Evaluación Fetal Detallada, Embarazo Múltiple	1.01	19	0	4	9	9	15					
76815	Ultrasonido de Útero Grávido, Examen Limitado	0.76	14	0	3	7	7	11					
76816	Ultrasonido de Útero Grávido, Examen de Seguimiento	0.76	14	0	3	7	7	11					
76817	Ultrasonido de Útero Grávido, Vía Transvaginal	0.84	16	0	3	8	8	13					
76818	Perfil Biofísico Fetal, con Test No Estresante	1.67	31	0	6	20	20	25					
76819	Perfil Biofísico Fetal, sin Test No Estresante	1.01	19	0	4	8	8	15					


P. Mazzetti S.


A.M. Holgado S.


D. Céspedes M.


D. Céspedes M.


V.I. Scarsi H.


GERENCIA OPERACIONES
SEGURO INTEGRAL DE SALUD


MINISTERIO DE SALUD
SEGURO INTEGRAL DE SALUD

**TARIFARIO NACIONAL REFERENCIAL DE SERVICIOS MATERNO INFANTILES
ESTABLECIMIENTOS DE NIVEL III, II y I
(En Nuevos Soles)**



P. Mazzetti S.

[Handwritten signature]



A.M. Holgado S.



D. Obispo H.

[Handwritten signature]



V.I. Scarsi H.



Código	Prestaciones de Salud (Atenciones y paquetes de servicios) y Procedimientos Médico Quirúrgicos de los Servicios Materno Infantiles	UNIDAD RELATIVA DE VALOR (URV)		EESS NIVEL II		Cobro a usuario individual directo NIVEL II: Tarifas referenciales					
		URV sin medicamentos II NIVEL	Costos referenciales sin medicamentos	Quintil I	Quintil II	Quintil III	Quintil IV	Quintil V	No incluye medicamentos ni material médico quirúrgico considerado en una receta		
Atención en Consulta Externa											
S/N	Atención Inmediata del Recién Nacido (RN) Normal	1.25	21	0	4	9	9	18			
S/N	Atención Integral de Salud del niño	0.93	16	0	3	7	7	13			
S/N	Consejería nutricional niños en riesgo	0.57	10	0	2	4	4	8			
S/N	Control del RN bajo peso al nacer	0.93	16	0	3	7	7	13			
S/N	Control Prenatal (Consejería en salud, nutrición, higiene y PP.FF.; Suplem. Fe) / Atención obstétrica de rutina control prenatal	0.64	11	0	2	5	5	9			
S/N	Control de Puerperio	0.93	16	0	3	7	7	13			
S/N	Consulta Externa Niños	0.93	16	0	3	7	7	13			
S/N	Consulta Externa Gestantes	0.93	16	0	3	7	7	13			
99209	Control de Nutrición	0.57	10	0	2	4	4	8			
99201	Consulta médica no especializada	1.00	17	0	4	7	7	14			
99203	Consulta médica especializada	1.00	17	0	4	7	7	14			
Atención Estomatológica											
	Examen Odontoestomatológico	0.79	13	0	3	6	6	11			
	Obluración y Curación Dental Simple	1.50	25	0	5	11	11	21			
D0120	Consulta estomatológica no especializada	0.93	16	0	3	7	7	13			
D2110	Restauración de una superficie, con amalgama de plata, en piezas dentarias deciduas (simple) - 2 sesiones	3.00	50	0	11	21	21	42			
D2140	Restauración de una superficie, con amalgama de plata, en piezas dentarias permanentes (simple) - 2 sesiones	3.00	50	0	11	21	21	42			
D2330	Restauración de una superficie, con resina, en piezas dentarias permanentes, anteriores (simple) - 1 sesión	1.50	25	0	5	11	11	21			
D2380	Restauración de una superficie, con resina, en piezas dentarias deciduas, posteriores (simple) - 1 sesión	1.50	25	0	5	11	11	21			
D2385	Restauración de una superficie, con resina, en piezas dentarias permanentes, posteriores (simple) - 1 sesión	1.50	25	0	5	11	11	21			
D2390	Restauración de una superficie con ionómero de vidrio en piezas dentarias deciduas - 1 sesión	1.50	25	0	5	11	11	21			
D2392	Restauración de una superficie con ionómero de vidrio en piezas dentarias permanentes - 1 sesión	1.50	25	0	5	11	11	21			
S/N	Obluración y Curación Dental Compuesta	1.50	25	0	5	11	11	21			
D0161	Consulta estomatológica especializada (considera elaboración de modelos para el diagnóstico)	1.21	20	0	4	9	9	17			
D2120	Restauración de dos superficies, con amalgama de plata, en piezas dentarias deciduas (compuesta) - 2 sesiones	3.00	50	0	11	21	21	42			
D2150	Restauración de dos superficies, con amalgama de plata, en piezas dentarias permanentes (compuesta) - 2 sesiones	3.00	50	0	11	21	21	42			
D2381	Restauración de dos superficies, con resina, en piezas dentarias deciduas, posteriores (compuesta) - 1 sesión	1.50	25	0	5	11	11	21			
D2331	Restauración de dos superficies, con resina, en piezas dentarias permanentes, anteriores (compuesta) - 1 sesión	1.50	25	0	5	11	11	21			
D2386	Restauración de dos superficies, con resina, en piezas dentarias permanentes, posteriores (compuesta) - 1 sesión	1.50	25	0	5	11	11	21			
S/N	Atención Odontológica Especializada	0.86	14	0	3	6	6	12			
D2130	Restauración de tres superficies, con amalgama de plata, en piezas dentarias deciduas (compleja) - 2 sesiones	3.29	55	0	12	23	23	46			
D2160	Restauración de tres superficies, con amalgama de plata, en piezas dentarias permanentes (compleja) - 2 sesiones	3.29	55	0	12	23	23	46			
D2382	Restauración de tres o más superficies, con resina, en piezas dentarias deciduas, posteriores (compleja) - 1 sesión	1.64	28	0	6	12	12	23			
D2387	Restauración de tres superficies, con resina, en piezas dentarias permanentes, posteriores (compleja) - 1 sesión	1.64	28	0	6	12	12	23			
D2391	Restauración compuesta con ionómero de vidrio en piezas dentarias deciduas (2 ó más superficies) - 1 sesión	1.64	28	0	6	12	12	23			
D2395	Restauración compuesta con ionómero de vidrio en piezas dentarias permanentes (2 ó más superficies) - 1 sesión	1.64	28	0	6	12	12	23			
D2332	Restauración de tres superficies, con resina, en piezas dentarias permanentes, anteriores (compleja) - 1 sesión	1.64	28	0	6	12	12	23			
D2335	Restauración de cuatro superficies, o compromiso del ángulo incisal, con resina, en piezas dentarias permanentes, anteriores	1.79	30	0	6	13	13	25			
D7176	Extracción dental simple	1.50	25	0	5	11	11	21			
Atención en Emergencia											
S/N	Atención en Tópico	0.39	7	0	1	3	3	6			
S/N	Atención de Emergencia niños	1.18	20	0	4	6	6	17			
S/N	Atención de Emergencia gestantes	1.18	20	0	4	6	6	17			
S/N	Atención de Emergencia con Observación Niños	6.04	101	0	21	30	30	85			
S/N	Atención de Emergencia con Observación Gestantes	6.04	101	0	21	30	30	85			
99234	Atención en Sala de Observación, menor de 12 horas	4.86	82	0	17	24	24	68			
99235	Atención en Sala de Observación, de 12 horas a 24 horas	5.83	98	0	20	29	29	82			
99281	Consulta de emergencia - Prioridad 2	1.18	20	0	4	6	6	17			

**TARIFARIO NACIONAL REFERENCIAL DE SERVICIOS MATERNO INFANTILES
ESTABLECIMIENTOS DE NIVEL III, II y I
(En Nuevos Soles)**

Código	Prestaciones de Salud (Atenciones y paquetes de servicios) y Procedimientos Médico Quirúrgicos de los Servicios Materno Infantiles	UNIDAD RELATIVA DE VALOR (URV)		EESS NIVEL II					Cobro a usuario individual directo NIVEL II: Tarifas referenciales				
		URV sin medicamentos II NIVEL	Costos referenciales sin medicamentos	No incluye medicamentos ni material médico quirúrgico considerado en una receta									
				Quintil I	Quintil II	Quintil III	Quintil IV	Quintil V					
Paquetes de Hospitalización / Internamiento													
S/N	Internamiento del RN con patología (*)		264	0	55	77	77	220					
S/N	Internamiento con intervención quirúrgica RN (*) (S)		384	0	80	112	112	320					
S/N	Internamiento en Establecimiento de Salud Niños (*)		264	0	55	77	77	220					
S/N	Internamiento en Establecimiento de Salud Gestantes (*)		264	0	55	77	77	220					
S/N	Internamiento con Intervención Quirúrgica Menor (**) (S)		198	0	41	58	58	165					
S/N	Internamiento con Intervención Quirúrgica Menor Gestantes (**)		198	0	41	58	58	165					
S/N	Internamiento con Intervención Quirúrgica Mayor niño (***) (S)		480	0	100	140	140	400					
S/N	Internamiento con Intervención Quirúrgica Mayor gestantes (***)		486	0	101	142	142	405					
S/N	Intervención Médico - Quirúrgica Ambulatoria Niños (S)		150	0	31	44	44	125					
S/N	Intervención Médico - Quirúrgica Ambulatoria Gestantes		150	0	31	44	44	125					
S/N	Atención de Parto Normal (incluye 2 días de hospitalización)		286	0	60	83	83	238					
S/N	Atención de Parto por Cesárea (incluye 3 días de hospitalización)		386	0	81	113	113	322					
Hospitalización / Internamiento por día paciente													
99221	Atención en hospitalización general, día paciente	3.14	53	0	11	15	15	44					
99295	Atención en hospitalización de unidad de cuidados intensivos pediátricos, día paciente	31.43	528	0	110	154	154	440					
99297	Atención en hospitalización de unidad de cuidados intensivos neonatal, día paciente	31.43	528	0	110	154	154	440					
99293	Atención de hospitalización en unidad de cuidados intensivos del adulto, día paciente	31.43	528	0	110	154	154	440					
Procedimientos / Intervenciones quirúrgicas (incluyen procedimiento de anestesia y medicamentos)													
S/N	AMEU aspiración manual endouterina	3.93	66	0	14	28	28	55					
59409	Atención de parto vaginal solamente	9.29	156	0	33	65	65	130					
59410	Atención de parto vaginal, incluyendo atención postparto	10.36	174	0	36	73	73	145					
57700	Cerclaje del cervix, durante el embarazo; vaginal	3.70	62	0	13	26	26	52					
59510	Atención obstétrica de rutina incluyendo atención preparto, parto por cesárea, y atención postparto	23.93	402	0	84	168	168	335					
S/N	Cesárea más ligadura de trompas	14.57	245	0	51	102	102	204					
59514	Cesárea solamente	11.79	198	0	41	83	83	165					
59515	Cesárea, incluyendo atención postparto	12.86	216	0	45	90	90	180					
59525	Cesárea + histerectomía subtotal o total	24.29	408	0	85	170	170	340					
57000	Colpotomía, con exploración y/o drenaje de absceso pélvico	6.12	103	0	21	43	43	86					
57020	Colpocentesis	0.86	14	0	3	6	6	12					
57061	Dstrucción de lesiones vaginales	1.15	19	0	4	8	8	16					
S/N	Episiorrafia o corrección vaginal, que no sea por el médico de cabecera	1.18	20	0	4	8	8	17					
59870	Evacuación uterina y curetaje por mola hidatiforme	4.25	71	0	15	30	30	60					
59872	Evacuación uterina de óbito fetal y legrado uterino	18.21	306	0	64	128	128	255					
59414	Extracción de placenta retenida (procedimiento separado)	3.06	51	0	11	21	21	43					
58180	Histerectomía abdominal supracervical	30.36	510	0	106	213	213	425					
58260	Histerectomía vaginal	17.00	286	0	60	119	119	238					
59100	Histerotomía abdominal	4.71	79	0	17	33	33	66					
59350	Histerorrrafia de útero roto	15.18	255	0	53	106	106	213					
57022	Inciisión y drenaje de hematoma vaginal	1.18	20	0	4	8	8	17					
59812	Legrado uterino	3.57	60	0	13	25	25	50					
58611	Ligadura o sección de trompas de Falopio, durante la cesárea u otra cirugía abdominal	1.70	29	0	6	12	12	24					
S/N	Ligadura o sección de trompas de Falopio, post parto	3.22	54	0	11	23	23	45					
56440	Marsupialización de quiste de glándula de Bartholino	5.16	87	0	18	36	36	72					
S/N	Excisión de quiste o glándula de Bartholino	4.49	75	0	16	31	31	63					



P. Mazzetti S.



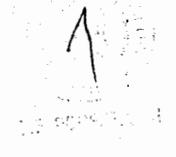
...



A.M. Holgado S.



D. Caspedes M.



V.I. Scarsi H.



TARIFARIO NACIONAL REFERENCIAL DE SERVICIOS MATERNO INFANTILES
ESTABLECIMIENTOS DE NIVEL III, II y I
(En Nuevos Soles)

Código	Prestaciones de Salud (Atenciones y paquetes de servicios) y Procedimientos Médico Quirúrgicos de los Servicios Materno Infantiles	UNIDAD RELATIVA DE VALOR (URV)		EESS NIVEL II					Cobro a usuario individual directo NIVEL II: Tarifas referenciales						
		URV sin medicamentos II NIVEL	Costos referenciales sin medicamentos	Quintil I	Quintil II	Quintil III	Quintil IV	Quintil V	No incluye medicamentos ni material médico quirúrgico considerado en una receta						
S/N	Monitorización fetal durante el trabajo de parto por parte de un médico de consulta (es decir, no el médico de cabecera) con informe escrito; supervisión e interpretación	1.57	26	0	6	11	11	22							
S/N	Tratamiento quirúrgico de embarazo ectópico; tubárico u ovárico, abordaje abdominal o vaginal	6.31	106	0	22	44	44	88							
59150	Tratamiento laparoscópico de embarazo ectópico; con salpingectomía y/o ooforectomía	9.23	155	0	32	65	65	129							
59150	Tratamiento laparoscópico de embarazo ectópico	6.31	106	0	22	44	44	88							
	Exámenes de apoyo al diagnóstico y tratamiento														
	Laboratorio														
S/N	Examen inmunológico RN madre VIH positivo	1.29	22	0	5	9	9	18							
S/N	Examen inmunológico RN madre RPR positivo	0.50	8	0	2	4	4	7							
S/N	Examen de Laboratorio Completo del Embarazo con HIV	5.29	89	0	19	37	37	74							
S/N	Examen de Laboratorio Completo del Embarazo sin HIV	2.50	42	0	9	18	18	35							
S/N	Examen de HIV	1.29	22	0	5	9	9	18							
S/N	Prueba Diagnóstica del Embarazo a mayores 18 años (Pregnotición en Orina)	0.29	5	0	1	2	2	4							
80057	Perfil Preoperatorio: hemograma de tercera generación, grupo sanguíneo, factor Rh, tiempo de coagulación y sangría, tiempo de protrombina, glucosa, HIV, VDRL, examen completo de orina	4.29	72	0	15	30	30	60							
86689	Examen confirmatorio para anticuerpo contra HTLV o HIV	1.29	22	0	5	9	9	18							
86592	Test cualitativo para sífilis (VDRL, RPR, ART)	0.50	8	0	2	4	4	7							
80090	Perfil TORCH	6.43	108	0	23	45	45	90							
80055	Perfil Prenatal: hemograma de tercera generación, Grupo sanguíneo, glucosa, VDRL, HIV, examen de orina, rubéola	5.29	89	0	19	37	37	74							
86689	Examen confirmatorio para anticuerpo contra HTLV o HIV	1.29	22	0	5	9	9	18							
S/N	Perfil de Neonato: hemalocrito, glucosa, grupo sanguíneo y RH, TSH	2.14	36	0	8	15	15	30							
S/N	Prueba diagnóstica de embarazo en orina (pregnotición)	0.29	5	0	1	2	2	4							
S/N	Dosaje de subunidad beta	1.07	18	0	4	8	8	15							
	Ultrasonido														
92286	Ecografía	0.90	15	0	3	8	8	13							
76801	Ultrasonido de Útero Grávido en 1er Trimestre	0.90	15	0	3	8	8	13							
76802	Ultrasonido de Útero Grávido en 1er Trimestre, Embarazo Múltiple	0.90	15	0	3	8	8	13							
76805	Ultrasonido de Útero Grávido, posterior al 1er Trimestre	0.90	15	0	3	8	8	13							
76810	Ultrasonido de Útero Grávido, posterior al 1er Trimestre, Embarazo Múltiple	1.08	18	0	4	9	9	15							
76811	Ultrasonido de Útero Grávido, Evaluación Fetal Detallada, Producto Único	0.90	15	0	3	8	8	13							
76812	Ultrasonido de Útero Grávido, Evaluación Fetal Detallada, Embarazo Múltiple	1.08	18	0	4	9	9	15							
76815	Ultrasonido de Útero Grávido, Examen Limitado	0.81	14	0	3	7	7	11							
76816	Ultrasonido de Útero Grávido, Examen de Seguimiento	0.81	14	0	3	7	7	11							
76817	Ultrasonido de Útero Grávido, Vía Transvaginal	0.90	15	0	3	8	8	13							
76818	Perfil Biofísico Fetal, con Test No Estresante	1.57	26	0	6	13	13	22							
76819	Perfil Biofísico Fetal, sin Test No Estresante	0.94	16	0	3	8	8	13							



P. Mazzelti S.



A.M. Holgado S.



D. Caspeiro M.



V.I. Scarsi H.



**TARIFARIO NACIONAL REFERENCIAL DE SERVICIOS MATERNO INFANTILES
ESTABLECIMIENTOS DE NIVEL III, II y I
(En Nuevos Soles)**

Código	Prestaciones de Salud (Atenciones y paquetes de servicios) y Procedimientos Médico Quirúrgicos de los Servicios Materno Infantiles	UNIDAD RELATIVA DE VALOR (URV)		EESS NIVEL I				
		URV sin medicamentos I NIVEL	Costos referenciales sin medicamentos	Cobro a usuario individual directo NIVEL I: Tarifas referenciales				
				No incluye medicamentos ni material médico quirúrgico considerado en una receta				
				Quintil I	Quintil II	Quintil III	Quintil IV	Quintil V
Atención en Consulta Externa								
S/N	Atención Inmediata del Recién Nacido (RN) Normal	1.19	17	0	4	8	8	16
S/N	Atención Integral de Salud del niño	0.85	12	0	3	6	6	11
S/N	Consejería nutricional niños en riesgo	0.56	8	0	2	4	4	7
S/N	Control del RN bajo peso al nacer	0.85	12	0	3	6	6	11
S/N	Control Prenatal (Consejería en salud, nutrición, higiene y PP.FF.; Suplem. Fe) / Atención obstétrica de rutina control prenatal	0.62	9	0	2	4	4	8
S/N	Control de Puerperio	0.85	12	0	3	6	6	11
S/N	Consulta Externa Niños	0.85	12	0	3	6	6	11
S/N	Consulta Externa Gestantes	0.85	12	0	3	6	6	11
99209	Control de Nutrición	0.56	8	0	2	4	4	7
99201	Consulta médica no especializada	1.00	14	0	3	7	7	13
99203	Consulta médica especializada	1.00	14	0	3	7	7	13
Atención Estomatológica								
	Examen Odontoeslomatólogo	0.77	11	0	3	5	5	10
	Obturación y Curación Dental Simple	1.00	14	0	3	7	7	13
D0120	Consulta estomatológica no especializada	0.85	12	0	3	6	6	11
D2110	Restauración de una superficie, con amalgama de plata, en piezas dentarias deciduas (simple) - 2 sesiones	2.77	40	0	9	18	18	36
D2140	Restauración de una superficie, con amalgama de plata, en piezas dentarias permanentes (simple) - 2 sesiones	2.77	40	0	9	18	18	36
D2330	Restauración de una superficie, con resina, en piezas dentarias permanentes, anteriores (simple) - 1 sesión	1.00	14	0	3	7	7	13
D2380	Restauración de una superficie, con resina, en piezas dentarias deciduas, posteriores (simple) - 1 sesión	1.00	14	0	3	7	7	13
D2385	Restauración de una superficie, con resina, en piezas dentarias permanentes, posteriores (simple) - 1 sesión	1.00	14	0	3	7	7	13
D2390	Restauración de una superficie con ionómero de vidrio en piezas dentarias deciduas - 1 sesión	1.00	14	0	3	7	7	13
D2392	Restauración de una superficie con ionómero de vidrio en piezas dentarias permanentes - 1 sesión	1.00	14	0	3	7	7	13
S/N	Obturación y Curación Dental Compuesta	1.00	14	0	3	7	7	13
D0161	Consulta estomatológica especializada (considera elaboración de modelos para el diagnóstico)	1.15	17	0	4	8	8	15
D2120	Restauración de dos superficies, con amalgama de plata, en piezas dentarias deciduas (compuesta) - 2 sesiones	2.77	40	0	9	18	18	36
D2150	Restauración de dos superficies, con amalgama de plata, en piezas dentarias permanentes (compuesta) - 2 sesiones	2.77	40	0	9	18	18	36
D2381	Restauración de dos superficies, con resina, en piezas dentarias deciduas, posteriores (compuesta) - 1 sesión	1.00	14	0	3	7	7	13
D2331	Restauración de dos superficies, con resina, en piezas dentarias permanentes, anteriores (compuesta) - 1 sesión	1.00	14	0	3	7	7	13
D2386	Restauración de dos superficies, con resina, en piezas dentarias permanentes, posteriores (compuesta) - 1 sesión	1.00	14	0	3	7	7	13
S/N	Atención Odontológica Especializada	0.77	11	0	3	5	5	10
D2130	Restauración de tres superficies, con amalgama de plata, en piezas dentarias deciduas (compleja) - 2 sesiones	3.08	44	0	10	20	20	40
D2160	Restauración de tres superficies, con amalgama de plata, en piezas dentarias permanentes (compleja) - 2 sesiones	3.08	44	0	10	20	20	40
D2382	Restauración de tres o más superficies, con resina, en piezas dentarias deciduas, posteriores (compleja) - 1 sesión	1.15	17	0	4	8	8	15
D2387	Restauración de tres superficies, con resina, en piezas dentarias permanentes, posteriores (compleja) - 1 sesión	1.15	17	0	4	8	8	15
D2391	Restauración compuesta con ionómero de vidrio en piezas dentarias deciduas (2 ó más superficies) - 1 sesión	1.15	17	0	4	8	8	15
D2395	Restauración compuesta con ionómero de vidrio en piezas dentarias permanentes (2 ó más superficies) - 1 sesión	1.15	17	0	4	8	8	15
D2332	Restauración de tres superficies, con resina, en piezas dentarias permanentes, anteriores (compleja) - 1 sesión	1.15	17	0	4	8	8	15
D2335	Restauración de cuatro superficies, o compromiso del ángulo incisal, con resina, en piezas dentarias permanentes, anteriores	1.31	19	0	4	9	9	17
D7176	Extracción dental simple	1.38	20	0	5	9	9	18
Atención en Emergencia								
S/N	Atención en Tópico	0.36	6	0	1	3	3	5
S/N	Atención de Emergencia niños	1.15	17	0	4	8	8	15
S/N	Atención de Emergencia gestantes	1.15	17	0	4	8	8	15
S/N	Atención de Emergencia con Observación Niños	5.77	83	0	19	26	26	75
S/N	Atención de Emergencia con Observación Gestantes	5.77	83	0	19	26	26	75
99234	Atención en Sala de Observación, menor de 12 horas	4.62	66	0	15	21	21	60
99235	Atención en Sala de Observación, de 12 horas a 24 horas	5.54	79	0	18	25	25	72
99281	Consulta de emergencia - Prioridad 2	1.15	17	0	4	8	8	15



P. Mazzei S.



A. C. ...



A.M. Holgado S.



D. Céspedes M.

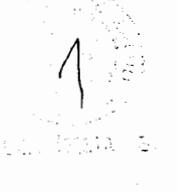


V.I. Scarsi H.



**TARIFARIO NACIONAL REFERENCIAL DE SERVICIOS MATERNO INFANTILES
ESTABLECIMIENTOS DE NIVEL III, II y I
(En Nuevos Soles)**

Código	Prestaciones de Salud (Atenciones y paquetes de servicios) y Procedimientos Médico Quirúrgicos de los Servicios Materno Infantiles	UNIDAD RELATIVA DE VALOR (URV)	EESS NIVEL I	Cobro a usuario Individual directo NIVEL I: Tarifas referenciales				
				No incluye medicamentos ni material médico quirúrgico considerado en una receta				
				URV sin medicamentos I NIVEL	Costos referenciales sin medicamentos	Quintil I	Quintil II	Quintil III
Paquetes de Hospitalización / Internamiento								
S/N	Internamiento del RN con patología (*)		165	0	38	53	53	150
S/N	Internamiento con intervención quirúrgica RN (*) (S)		242	0	55	77	77	220
S/N	Internamiento en Establecimiento de Salud Niños (*)		165	0	38	53	53	150
S/N	Internamiento en Establecimiento de Salud Gestantes (*)		165	0	38	53	53	150
S/N	Internamiento con Intervención Quirúrgica Menor (**) (S)		121	0	28	39	39	110
S/N	Internamiento con Intervención Quirúrgica Menor Gestantes (**)		121	0	28	39	39	110
S/N	Internamiento con Intervención Quirúrgica Mayor niño (***) (S)		319	0	73	102	102	290
S/N	Internamiento con Intervención Quirúrgica Mayor gestantes (***)		319	0	73	102	102	290
S/N	Intervención Médico - Quirúrgica Ambulatoria Niños (S)		88	0	20	28	28	80
S/N	Intervención Médico - Quirúrgica Ambulatoria Gestantes		88	0	20	28	28	80
S/N	Atención de Parto Normal (incluye 2 días de hospitalización)		231	0	53	74	74	210
S/N	Atención de Parto por Cesárea (incluye 3 días de hospitalización)		308	0	70	98	98	280
Hospitalización / Internamiento por día paciente								
99221	Atención en hospitalización general, día paciente	2.31	33	0	8	15	15	30
99295	Atención en hospitalización de unidad de cuidados intensivos pediátricos, día paciente			0	0	0	0	0
99297	Atención en hospitalización de unidad de cuidados intensivos neonatal, día paciente			0	0	0	0	0
99293	Atención de hospitalización en unidad de cuidados intensivos del adulto, día paciente			0	0	0	0	0
Procedimientos / Intervenciones quirúrgicas (incluyen procedimiento de anestesia y medicamentos)								
S/N	AMEU aspiración manual endouterina	3.85	55	0	13	25	25	50
59409	Atención de parto vaginal solamente	8.85	127	0	29	58	58	115
59410	Atención de parto vaginal, incluyendo atención postparto	9.62	138	0	31	63	63	125
57700	Cerclaje del cervix, durante el embarazo, vaginal	3.52	50	0	11	23	23	46
59510	Atención obstétrica de rutina incluyendo atención preparto, parto por cesárea, y atención postparto	22.69	325	0	74	148	148	295
S/N	Cesárea más ligadura de trompas	13.85	198	0	45	90	90	180
59514	Cesárea solamente	11.15	160	0	36	73	73	145
59515	Cesárea, incluyendo atención postparto	12.31	176	0	40	80	80	160
59525	Cesárea + histerectomía subtotal o total	23.08	330	0	75	150	150	300
57000	Colpomatía; con exploración y/o drenaje de absceso pélvico	5.82	83	0	19	38	38	76
57020	Colpocentesis	0.85	12	0	3	6	6	11
57061	Dstrucción de lesiones vaginales	1.09	16	0	4	7	7	14
S/N	Episiorrafia o corrección vaginal, que no sea por el médico de cabecera	1.15	17	0	4	8	8	15
59870	Evacuación uterina y curetaje por mola hidatiforme	4.04	56	0	13	26	26	53
59872	Evacuación uterina de óbito fetal y legrado uterino	17.31	248	0	56	113	113	225
59414	Extracción de placenta retenida (procedimiento separado)	2.91	42	0	9	19	19	38
58180	Histerectomía abdominal supracervical	28.85	413	0	94	188	188	375
58260	Histerectomía vaginal	16.15	231	0	53	105	105	210
59100	Histerotomía abdominal	3.85	55	0	13	25	25	50
59350	Histerorrafia de útero rolo	14.42	206	0	47	94	94	188
57022	Incisión y drenaje de hematoma vaginal	1.15	17	0	4	8	8	15
59812	Legrado uterino	3.46	50	0	11	23	23	45
58611	Ligadura o sección de trompas de Falopio, durante la cesárea u otra cirugía abdominal	1.61	23	0	5	10	10	21
S/N	Ligadura o sección de trompas de Falopio, post parto	3.06	44	0	10	20	20	40
56440	Marsupialización de quiste de glándula de Bartholino	4.90	70	0	16	32	32	64
S/N	Excisión de quiste o glándula de Bartholino	4.27	61	0	14	28	28	56



**TARIFARIO NACIONAL REFERENCIAL DE SERVICIOS MATERNO INFANTILES
ESTABLECIMIENTOS DE NIVEL III, II y I
(En Nuevos Soles)**

Código	Prestaciones de Salud (Atenciones y paquetes de servicios) y Procedimientos Médico Quirúrgicos de los Servicios Materno Infantiles	UNIDAD RELATIVA DE VALOR (URV)		EESS NIVEL I					Cobro a usuario individual directo NIVEL I: Tarifas referenciales				
		URV sin medicamentos I NIVEL	Costos referenciales sin medicamentos	No incluye medicamentos ni material médico quirúrgico considerado en una receta									
				Quintil I	Quintil II	Quintil III	Quintil IV	Quintil V					
S/N	Monitorización fetal durante el trabajo de parto por parte de un médico de consulta (es decir, no el médico de cabecera) con informe escrito, supervisión e interpretación	1.54	22	0	5	10	10	20					
S/N	Tratamiento quirúrgico de embarazo ectópico; tubárico u ovárico, abordaje abdominal o vaginal	6.00	86	0	20	39	39	78					
59150	Tratamiento laparoscópico de embarazo ectópico; con salpingectomía y/u ooforectomía	8.77	125	0	29	57	57	114					
59150	Tratamiento laparoscópico de embarazo ectópico	6.00	86	0	20	39	39	78					
	Exámenes de apoyo al diagnóstico y tratamiento												
	Laboratorio												
S/N	Exámen inmunológico RN madre VIH positivo	1.38	20	0	5	9	9	18					
S/N	Exámen inmunológico RN madre RPR positivo	0.54	8	0	2	4	4	7					
S/N	Examen de Laboratorio Completo del Embarazo con HIV	5.69	81	0	19	37	37	74					
S/N	Examen de Laboratorio Completo del Embarazo sin HIV	2.69	39	0	9	18	18	35					
S/N	Examen de HIV	1.38	20	0	5	9	9	18					
S/N	Prueba Diagnóstica del Embarazo a mayores 18 años (Pregnosticón en Orina)	0.31	4	0	1	2	2	4					
80057	Perfil Preoperatorio: hemograma de tercera generación, grupo sanguíneo, factor Rh, tiempo de coagulación y sangría, tiempo de protrombina, glucosa, HIV, VDRL, examen completo de orina	4.62	66	0	15	30	30	60					
86689	Examen confirmatorio para anticuerpo contra HTLV o HIV	1.38	20	0	5	9	9	18					
86592	Test cualitativo para sífilis (VDRL, RPR, ART)	0.54	8	0	2	4	4	7					
80090	Perfil TORCH	6.92	99	0	23	45	45	90					
80055	Perfil Prenatal: hemograma de tercera generación, Grupo sanguíneo, glucosa, VDRL, HIV, examen de orina, rubéola	5.69	81	0	19	37	37	74					
86689	Examen confirmatorio para anticuerpo contra HTLV o HIV	1.38	20	0	5	9	9	18					
S/N	Perfil de Neonato: hematócrito, glucosa, grupo sanguíneo y RH, TSH	2.31	33	0	8	15	15	30					
S/N	Prueba diagnóstica de embarazo en orina (pregnosticón)	0.31	4	0	1	2	2	4					
S/N	Dosaje de subunidad beta	1.15	17	0	4	8	8	15					
	Ultrasonido												
92286	Ecografía	0.77	11	0	3	6	6	10					
76801	Ultrasonido de Útero Grávido en 1er Trimestre	0.77	11	0	3	6	6	10					
76802	Ultrasonido de Útero Grávido en 1er Trimestre, Embarazo Múltiple	0.77	11	0	3	6	6	10					
76805	Ultrasonido de Útero Grávido, posterior al 1er Trimestre	0.77	11	0	3	6	6	10					
76810	Ultrasonido de Útero Grávido, posterior al 1er Trimestre, Embarazo Múltiple	0.92	13	0	3	7	7	12					
76811	Ultrasonido de Útero Grávido, Evaluación Fetal Detallada, Producto Único	0.77	11	0	3	6	6	10					
76812	Ultrasonido de Útero Grávido, Evaluación Fetal Detallada, Embarazo Múltiple	0.92	13	0	3	7	7	12					
76815	Ultrasonido de Útero Grávido, Examen Limitado	0.69	10	0	2	5	5	9					
76816	Ultrasonido de Útero Grávido, Examen de Seguimiento	0.69	10	0	2	5	5	9					
76817	Ultrasonido de Útero Grávido, Vía Transvaginal	0.77	11	0	3	6	6	10					
76818	Perfil Biofísico Fetal, con Test No Estresante	1.54	22	0	5	12	12	20					
76819	Perfil Biofísico Fetal, sin Test No Estresante	0.92	13	0	3	7	7	12					



P. Mazzetti S.

[Handwritten signature]



A.M. Holgado S.



D. [Signature]



V. Scarsi H.



TARIFARIO NACIONAL REFERENCIAL DE SERVICIOS MATERNO INFANTILES
ESTABLECIMIENTOS DE NIVEL III, II Y I
(En Nuevos Soles)

Código	Prestaciones de Salud (Atenciones y paquetes de servicios) y Procedimientos Médico Quirúrgicos de los Servicios Materno Infantiles	UNIDAD RELATIVA DE VALOR (URV)			EESS NIVEL III			EESS NIVEL II			EESS NIVEL I			Otros Prestadores públicos					
		URV sin medicamentos III NIVEL	URV sin medicamentos II NIVEL	URV sin medicamentos I NIVEL	Costos referencial medicam entos	Tarifas referencial medicam entos													
		1.80	1.25	1.19	33	30	21	19	17	33	30	23	21	19	17	33	30	23	21
SIN	Atención en Consulta Externa																		
SIN	Atención Inmediata del Recién Nacido (RN) Normal	1.00	0.93	0.85	25	19	22	16	18	12	25	19	22	16	18	12	25	19	
SIN	Atención Integral de Salud del niño	0.81	0.57	0.56	11	11	10	8	8	11	11	10	10	8	8	11	10	10	
SIN	Consejería nutricional niños en riesgo	1.00	0.93	0.85	25	19	22	16	18	12	25	19	22	16	18	12	25	19	
SIN	Control del RN bajo peso al nacer	0.67	0.64	0.62	18	13	15	11	13	9	18	13	15	11	13	9	18	13	
SIN	Control Prenatal (Consejería en salud, nutrición, higiene y PP.FF., Suplem. Fe.) Atención obstétrica de rutina control prenatal	1.00	0.93	0.85	25	19	22	16	18	12	25	19	22	16	18	12	25	19	
SIN	Control de Puerperio	1.00	0.93	0.85	25	19	22	16	18	12	25	19	22	16	18	12	25	19	
SIN	Consulta Externa Niños	1.00	0.93	0.85	25	19	22	16	18	12	25	19	22	16	18	12	25	19	
SIN	Consulta Externa Gestantes	1.00	0.93	0.85	25	19	22	16	18	12	25	19	22	16	18	12	25	19	
99209	Control de Nutrición	0.61	0.57	0.56	11	11	10	8	8	11	11	10	10	8	8	11	10	10	
99201	Consulta médica no especializada	1.00	1.00	1.00	28	19	25	17	22	14	28	19	25	17	22	14	28	19	
99203	Consulta médica especializada	1.00	1.00	1.00	35	19	28	17	22	14	35	19	28	17	22	14	35	19	
	Atención Estomatológica	0.80	0.79	0.77	15	15	13	13	11	11	15	15	13	13	11	11	15	15	
	Examen Odontostomatológico	1.53	1.50	1.00	40	29	35	25	27	14	40	29	35	25	27	14	40	29	
	Obturación y Curación Dental Simple	1.00	0.93	0.85	25	19	22	16	18	12	25	19	22	16	18	12	25	19	
D0120	Consulta estomatológica no especializada	3.07	3.00	2.77	68	58	59	50	50	40	68	58	59	50	50	40	68	58	
D2110	Restauración de una superficie, con amalgama de plata, en piezas dentarias deciduas (simple) - 2 sesiones	3.07	3.00	2.77	68	58	59	50	50	40	68	58	59	50	50	40	68	58	
D2140	Restauración de una superficie, con amalgama de plata, en piezas dentarias permanentes (simple) - 2 sesiones	3.07	3.00	2.77	68	58	59	50	50	40	68	58	59	50	50	40	68	58	
D2330	Restauración de una superficie, con resina, en piezas dentarias permanentes, anteriores (simple) - 1 sesión	1.53	1.50	1.00	48	29	41	25	32	14	48	29	41	25	32	14	48	29	
D2380	Restauración de una superficie, con resina, en piezas dentarias deciduas, posteriores (simple) - 1 sesión	1.53	1.50	1.00	48	29	41	25	32	14	48	29	41	25	32	14	48	29	
D2385	Restauración de una superficie, con resina, en piezas dentarias permanentes, posteriores (simple) - 1 sesión	1.53	1.50	1.00	48	29	41	25	32	14	48	29	41	25	32	14	48	29	
D2390	Restauración de una superficie con ionómero de vidrio en piezas dentarias deciduas - 1 sesión	1.53	1.50	1.00	43	29	38	25	26	14	43	29	38	25	26	14	43	29	
D2392	Restauración de una superficie con ionómero de vidrio en piezas dentarias permanentes - 1 sesión	1.53	1.50	1.00	43	29	38	25	26	14	43	29	38	25	26	14	43	29	
SIN	Obturación y Curación Dental Compuesta	1.53	1.50	1.00	48	29	41	25	32	14	48	29	41	25	32	14	48	29	
D0161	Consulta estomatológica especializada (considera elaboración de modelos para el diagnóstico)	1.27	1.21	1.15	38	24	36	20	33	17	38	24	36	20	33	17	38	24	
D2120	Restauración de dos superficies, con amalgama de plata, en piezas dentarias deciduas (compuesta) - 2 sesiones	3.07	3.00	2.77	70	58	61	50	52	40	70	58	61	50	52	40	70	58	
D2150	Restauración de dos superficies, con amalgama de plata, en piezas dentarias permanentes (compuesta) - 2 sesiones	3.07	3.00	2.77	70	58	61	50	52	40	70	58	61	50	52	40	70	58	
D2381	Restauración de dos superficies, con resina, en piezas dentarias deciduas, posteriores (compuesta) - 1 sesión	1.53	1.50	1.00	48	29	41	25	32	14	48	29	41	25	32	14	48	29	



A.M. Holgado S.



D. Céspedes M.



V.J. Scarsi H.



[Handwritten signature]

TARIFARIO NACIONAL REFERENCIAL DE SERVICIOS MATERNO INFANTILES
ESTABLECIMIENTOS DE NIVEL III, II Y I
(En Nuevos Soles)

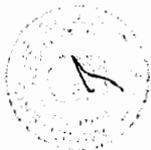
Codigo	UNIDAD RELATIVA DE VALOR (URV)				EESS NIVEL III			EESS NIVEL II			EESS NIVEL I			Otros Prestadores públicos								
	URV sin medicamentos III NIVEL	URV sin medicamentos II NIVEL	URV sin medicamentos I NIVEL	URV sin medicamentos	Costos referencial		Costos referencial	Costos referencial		Costos referencial	Costos referencial		Costos referencial		NIVEL III		NIVEL II		NIVEL I			
					medicamentos	entos		medicamentos	entos		medicamentos	entos	medicamentos	entos	medicamentos	entos	medicamentos	entos				
D2331	1.53	1.50	1.00	1.00	48	29	41	25	32	14	48	29	41	25	32	14	48	29	41	25	32	14
D2386	1.53	1.50	1.00	1.00	48	29	41	25	32	14	48	29	41	25	32	14	48	29	41	25	32	14
S/N	0.93	0.86	0.77	0.77	30	18	26	14	22	11	30	18	26	14	22	11	30	18	26	14	22	11
D2130	3.33	3.29	3.08	3.08	73	63	64	55	54	44	73	63	64	55	54	44	73	63	64	55	54	44
D2160	3.33	3.29	3.08	3.08	73	63	64	55	54	44	73	63	64	55	54	44	73	63	64	55	54	44
D2382	1.67	1.64	1.15	1.15	50	31	43	28	34	17	50	31	43	28	34	17	50	31	43	28	34	17
D2387	1.67	1.64	1.15	1.15	50	31	43	28	34	17	50	31	43	28	34	17	50	31	43	28	34	17
D2391	1.67	1.64	1.15	1.15	45	31	41	28	29	17	45	31	41	28	29	17	45	31	41	28	29	17
D2395	1.67	1.64	1.15	1.15	45	31	41	28	29	17	45	31	41	28	29	17	45	31	41	28	29	17
D2332	1.67	1.64	1.15	1.15	50	31	43	28	34	17	50	31	43	28	34	17	50	31	43	28	34	17
D2335	1.80	1.79	1.31	1.31	50	34	43	30	34	19	50	34	43	30	34	19	50	34	43	30	34	19
D7176	1.60	1.50	1.38	1.38	30	30	25	25	20	20	30	30	25	25	20	20	30	30	25	25	20	20
S/N	0.42	0.39	0.38	0.38	13	8	11	7	9	6	13	8	11	7	9	6	13	8	11	7	9	6
S/N	1.26	1.18	1.15	1.15	38	24	32	20	28	17	38	24	32	20	28	17	38	24	32	20	28	17
S/N	1.26	1.18	1.15	1.15	38	24	32	20	28	17	38	24	32	20	28	17	38	24	32	20	28	17
S/N	6.59	6.04	5.77	5.77	138	124	116	101	94	83	138	124	116	101	94	83	138	124	116	101	94	83
S/N	6.59	6.04	5.77	5.77	138	124	116	101	94	83	138	124	116	101	94	83	138	124	116	101	94	83
99234	5.33	4.86	4.62	4.62	119	100	97	82	78	66	119	100	97	82	78	66	119	100	97	82	78	66
99235	6.40	5.83	5.54	5.54	143	120	116	98	94	79	143	120	116	98	94	79	143	120	116	98	94	79
99281	1.26	1.18	1.15	1.15	38	24	32	20	28	17	38	24	32	20	28	17	38	24	32	20	28	17



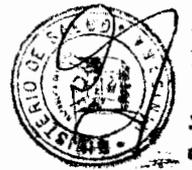
A. M. Hidalgo S.



D. Caspedes M.



VII. Scarsi H.



P. Mazetti S.



M. D. C. C. C. C. C.

TARIFARIO NACIONAL REFERENCIAL DE SERVICIOS MATERNO INFANTILES
ESTABLECIMIENTOS DE NIVEL III, II y I
(En Nuevos Soles)

Codigo	Prestaciones de Salud (Atenciones y paquetes de servicios) y Procedimientos Médico Quirúrgicos de los Servicios Materno Infantiles	UNIDAD RELATIVA DE VALOR (URV)			EESS NIVEL III			EESS NIVEL II			EESS NIVEL I			Otros Prestadores públicos									
		URV sin medicamentos NIVEL III	URV sin medicamentos II NIVEL	URV sin medicamentos I NIVEL	Costos referencial		Costos referencial		Costos referencial		Costos referencial		Costos referencial		Tarifas referencial		Tarifas referencial		Tarifas referencial		Tarifas referencial		
					ales con medicam	entos	ales con medicam	entos	ales con medicam	entos	ales con medicam	entos	ales con medicam	entos	ales con medicam	entos	ales con medicam	entos	ales con medicam	entos	ales con medicam	entos	ales con medicam
	Paquetes de Hospitalización / Internamiento																						
S/N	Internamiento del RN con patología (*)				750	475	480	264	275	165	750	475	480	264	275	165	750	475	480	264	275	165	
S/N	Internamiento con intervención quirúrgica RN (*) (S)				1,054	700	720	384	462	242	1,054	700	720	384	462	242	1,054	700	720	384	462	242	
S/N	Internamiento en Establecimiento de Salud Niños (*)				938	438	684	264	440	165	938	438	684	264	440	165	938	438	684	264	440	165	
S/N	Internamiento en Establecimiento de Salud Gestantes (*)				625	438	384	264	275	165	625	438	384	264	275	165	625	438	384	264	275	165	
S/N	Internamiento con Intervención Quirúrgica Menor Gestantes (**)				550	300	420	198	303	121	550	300	420	198	303	121	550	300	420	198	303	121	
S/N	Internamiento con Intervención Quirúrgica Menor Gestantes (**)				425	300	318	198	224	121	425	300	318	198	224	121	425	300	318	198	224	121	
S/N	Internamiento con Intervención Quirúrgica Mayor niño (***) (S)				1,379	763	1,055	480	820	319	1,379	763	1,055	480	820	319	1,379	763	1,055	480	820	319	
S/N	Internamiento con Intervención Quirúrgica Mayor gestantes (***)				1,284	763	978	486	759	319	1,284	763	978	486	759	319	1,284	763	978	486	759	319	
S/N	Intervención Médico - Quirúrgica Ambulatoria Niños (S)				450	213	342	150	242	88	450	213	342	150	242	88	450	213	342	150	242	88	
S/N	Intervención Médico - Quirúrgica Ambulatoria Gestantes				363	213	276	150	198	88	363	213	276	150	198	88	363	213	276	150	198	88	
S/N	Atención de Parto Normal (incluye 2 días de hospitalización)				400	363	322	286	264	231	400	363	322	286	264	231	400	363	322	286	264	231	
S/N	Atención de Parto por Cesárea (incluye 3 días de hospitalización)				613	500	494	386	407	308	613	500	494	386	407	308	613	500	494	386	407	308	
	Hospitalización / Internamiento por día paciente																						
99221	Atención en hospitalización general, día paciente	4.67	3.14	2.31					53	72	33									88	53	72	33
99295	Atención en hospitalización de unidad de cuidados intensivos pediátricos, día paciente	33.33	31.43						528											625	528		
99297	Atención en hospitalización de unidad de cuidados intensivos neonatal, día paciente	33.33	31.43						528											625	528		
99293	Atención de hospitalización en unidad de cuidados intensivos del adulto, día paciente	33.33	31.43						528											625	528		
	Procedimientos / Intervenciones quirúrgicas (incluyen procedimiento de anestesia y medicamentos)																						
S/N	AMEU aspiración manual endouiterna	4.00	3.93	3.85	88	75	78	66	66	55	88	75	78	66	66	55	88	75	78	66	66	55	
59409	Atención de parto vaginal solamente	10.00	9.29	8.85	225	188	174	156	149	127	225	188	174	156	149	127	225	188	174	156	149	127	
59410	Atención de parto vaginal, incluyendo atención postparto	11.00	10.36	9.62	244	206	192	174	161	138	244	206	192	174	161	138	244	206	192	174	161	138	





M. H. H. H. H. H.



D. C. C. C. C. C.



V. Scarsi H



MINISTERIO DE SALUD
DIRECCION GENERAL DE SALUD DE LAS PERSONAS
OFICINA GENERAL DE PLANEAMIENTO Y PRESUPUESTO

TARIFARIO NACIONAL REFERENCIAL DE SERVICIOS MATERNO INFANTILES ESTABLECIMIENTOS DE NIVEL III, II Y I (En Nuevos Soles)

Código	Prestaciones de Salud (Atenciones y paquetes de servicios) y Procedimientos Médico Quirúrgicos de los Servicios Materno Infantiles	UNIDAD RELATIVA DE VALOR (URV)				EESS NIVEL III			EESS NIVEL II			EESS NIVEL I			Otros Prestadores públicos					
		URV sin medicamentos III NIVEL	URV sin medicamentos II NIVEL	URV sin medicamentos I NIVEL	Costos referencial medicam entos	Tarifas referencial entos	Tarifas referencial medicam entos													
		4.07	3.70	3.52	96	76	62	64	50	96	76	62	64	50	96	76	62	64	50	96
57700	Cerciaje del cervix, durante el embarazo; vaginal																			
59510	Atención obstétrica de rutina incluyendo atención preparto, parto por cesárea, y atención postparto	27.67	23.93	22.69	631	519	402	418	325	631	519	402	418	325	631	519	402	418	325	631
SIN	Cesárea más ligadura de trompas	16.00	14.57	13.85	413	300	337	245	198	413	300	337	245	198	413	300	337	245	198	413
59514	Cesárea solamente	12.67	11.79	11.15	350	238	288	198	231	350	238	288	198	231	350	238	288	198	231	350
59515	Cesárea, incluyendo atención postparto	13.67	12.86	12.31	369	256	306	216	248	369	256	306	216	248	369	256	306	216	248	369
59525	Cesárea + histerectomía subtotal o total	26.67	24.29	23.08	688	500	564	408	451	688	500	564	408	451	688	500	564	408	451	688
57000	Coelotomía; con exploración y/o drenaje de absceso pélvico	6.72	6.12	5.82	225	126	184	103	149	225	126	184	103	149	225	126	184	103	149	225
57020	Coipocentesis	0.84	0.86	0.85	25	16	22	14	19	25	16	22	14	19	25	16	22	14	19	25
57061	Destrucción de lesiones vaginales	1.26	1.15	1.09	36	24	29	19	24	36	24	29	19	24	36	24	29	19	24	36
SIN	Episiomatía o corrección vaginal, que no sea por el médico de cabecera	1.26	1.18	1.15	38	24	32	20	28	38	24	32	20	28	38	24	32	20	28	38
59870	Evacuación uterina y curetaje por mola hidatiforme	4.67	4.25	4.04	104	88	85	71	68	104	88	85	71	68	104	88	85	71	68	104
59872	Evacuación uterina de óbito fetal y legrado uterino	20.00	18.21	17.31	406	375	332	306	268	406	375	332	306	268	406	375	332	306	268	406
59414	Extracción de placenta retenida (procedimiento separado)	3.36	3.06	2.91	75	63	61	51	50	75	63	61	51	50	75	63	61	51	50	75
58180	Histerectomía abdominal supracervical	33.33	30.36	28.85	744	625	607	510	491	744	625	607	510	491	744	625	607	510	491	744
58280	Histerectomía vaginal	18.67	17.00	16.15	413	350	337	286	272	413	350	337	286	272	413	350	337	286	272	413
59100	Histerotomía abdominal	5.04	4.71	3.85	150	95	130	79	105	150	95	130	79	105	150	95	130	79	105	150
59350	Histerorrafia de útero roto	16.67	15.18	14.42	372	313	303	255	245	372	313	303	255	245	372	313	303	255	245	372
57022	Incisión y drenaje de hematoma vaginal	1.26	1.18	1.15	31	24	28	20	23	31	24	28	20	23	31	24	28	20	23	31
59812	Legrado uterino	4.00	3.57	3.46	94	75	78	60	62	94	75	78	60	62	94	75	78	60	62	94
58611	Ligadura o sección de trompas de Falopio, durante la cesárea u otra cirugía abdominal	1.86	1.70	1.61	54	35	44	29	35	54	35	44	29	35	54	35	44	29	35	54
SIN	Ligadura o sección de trompas de Falopio, post parto	3.53	3.22	3.06	81	66	66	54	54	81	66	66	54	54	81	66	66	54	54	81
56440	Marsupialización de quiste de glándula de Bartholino	5.67	5.16	4.90	125	106	102	87	83	125	106	102	87	83	125	106	102	87	83	125
SIN	Exisión de quiste o glándula de Bartholino	4.93	4.49	4.27	105	93	86	75	69	105	93	86	75	69	105	93	86	75	69	105
SIN	Monitorización fetal durante el trabajo de parto por parte de un médico de consulta (es decir, no el médico de cabecera) con informe escrito; supervisión e interpretación	1.68	1.57	1.54	50	32	43	26	37	50	32	43	26	37	50	32	43	26	37	50
SIN	Tratamiento quirúrgico de embarazo ectópico; tubántico u ovárico, abordaje abdominal o vaginal	6.93	6.31	6.00	214	130	174	106	141	214	130	174	106	141	214	130	174	106	141	214
59150	Tratamiento laparoscópico de embarazo ectópico; con salpingectomía y/u ooforectomía	10.13	9.23	8.77	289	190	236	155	191	289	190	236	155	191	289	190	236	155	191	289
59150	Tratamiento laparoscópico de embarazo ectópico	6.93	6.31	6.00	214	130	174	106	141	214	130	174	106	141	214	130	174	106	141	214



TARIFARIO NACIONAL REFERENCIAL DE SERVICIOS MATERNO INFANTILES
ESTABLECIMIENTOS DE NIVEL III, II y I
(En Nuevos Soles)

Código	Prestaciones de Salud (Atenciones y paquetes de servicios) y Procedimientos Médico Quirúrgicos de los Servicios Materno Infantiles	UNIDAD RELATIVA DE VALOR (URV)			EESS NIVEL III			EESS NIVEL II			EESS NIVEL I			Otros Prestadores públicos									
		URV sin medicamentos III NIVEL	URV sin medicamentos II NIVEL	URV sin medicamentos I NIVEL	Costos referencial		Tarifas referencial		Tarifas referencial		Tarifas referencial		Tarifas referencial										
					ales con medicam entos	ales con medicam entos	ales con medicam entos	ales con medicam entos	ales con medicam entos	ales con medicam entos	ales con medicam entos	ales con medicam entos	ales con medicam entos	ales con medicam entos									
	Exámenes de apoyo al diagnóstico y tratamiento																						
	Laboratorio																						
S/N	Examen inmunológico RN madre VIH positivo	1.20	1.29	1.38	23	23	23	22	22	20	20	20	23	23	23	22	22	22	22	20	20	20	20
S/N	Examen inmunológico RN madre RPR positivo	0.47	0.50	0.54	9	9	9	8	8	8	8	8	9	9	9	8	8	8	8	8	8	8	8
S/N	Examen de Laboratorio Completo del Embarazo con HIV	4.93	5.29	5.69	93	93	93	89	89	81	81	81	93	93	93	89	89	89	89	81	81	81	81
S/N	Examen de Laboratorio Completo del Embarazo sin HIV	2.33	2.50	2.69	44	44	44	42	42	39	39	39	44	44	44	42	42	42	42	39	39	39	39
S/N	Examen de HIV	1.20	1.29	1.38	23	23	23	22	22	20	20	20	23	23	23	22	22	22	22	20	20	20	20
S/N	Prueba Diagnóstica del Embarazo a mayores 18 años (Pregnosticon en Orina)	0.27	0.29	0.31	5	5	5	5	5	4	4	4	5	5	5	5	5	5	4	4	4	4	4
80057	Perfil Preoperatorio: hemograma de tercera generación, grupo sanguíneo, factor Rh, tiempo de coagulación y sangría, tiempo de protrombina, glucosa, HIV, VDRL, examen completo de orina	4.00	4.29	4.62	75	75	75	72	72	66	66	66	75	75	75	72	72	72	72	66	66	66	66
86689	Examen confirmatorio para anticuerpo contra HTLV o HIV	1.20	1.29	1.38	23	23	23	22	22	20	20	20	23	23	23	22	22	22	22	20	20	20	20
86592	Test cualitativo para sífilis (VDRL, RPR, ART)	0.47	0.50	0.54	9	9	9	8	8	8	8	8	9	9	9	8	8	8	8	8	8	8	8
80090	Perfil TORCH	6.00	6.43	6.92	113	113	113	108	108	99	99	99	113	113	113	108	108	108	108	99	99	99	99
80055	Perfil Prenatal: hemograma de tercera generación, Grupo sanguíneo, glucosa, VDRL, HIV, examen de orina, rubéola	4.93	5.29	5.69	93	93	93	89	89	81	81	81	93	93	93	89	89	89	89	81	81	81	81
86689	Examen confirmatorio para anticuerpo contra HTLV o HIV	1.20	1.29	1.38	23	23	23	22	22	20	20	20	23	23	23	22	22	22	22	20	20	20	20
S/N	Perfil de Neonato: hematocrito, glucosa, grupo sanguíneo y RH, TSH	2.00	2.14	2.31	38	38	38	36	36	33	33	33	38	38	38	36	36	36	36	33	33	33	33
S/N	Prueba diagnóstica de embarazo en orina (pregnosción)	0.27	0.29	0.31	5	5	5	5	5	4	4	4	5	5	5	5	5	5	5	4	4	4	4
S/N	Dosaje de subunidad beta	1.00	1.07	1.15	19	19	19	18	18	17	17	17	19	19	19	18	18	18	18	17	17	17	17
	Ultrasonido																						
92286	Ecografía	0.84	0.90	0.77	16	16	16	15	15	11	11	11	16	16	16	15	15	15	15	11	11	11	11
76801	Ultrasonido de Útero Grávido en 1er Trimestre	0.84	0.90	0.77	16	16	16	15	15	11	11	11	16	16	16	15	15	15	15	11	11	11	11
76802	Ultrasonido de Útero Grávido en 1er Trimestre, Embarazo Múltiple	0.84	0.90	0.77	16	16	16	15	15	11	11	11	16	16	16	15	15	15	15	11	11	11	11
76805	Ultrasonido de Útero Grávido, posterior al 1er Trimestre	0.84	0.90	0.77	16	16	16	15	15	11	11	11	16	16	16	15	15	15	15	11	11	11	11



VI. Scarsi H.

TARIFARIO NACIONAL REFERENCIAL DE SERVICIOS MATERNO INFANTILES
ESTABLECIMIENTOS DE NIVEL III, II y I
(En Nuevos Soles)

Código	Prestaciones de Salud (Atenciones y paquetes de servicios) y Procedimientos Médico Quirúrgicos de los Servicios Materno Infantiles	UNIDAD RELATIVA DE VALOR (URV)			EESS NIVEL III			EESS NIVEL II			EESS NIVEL I			Otros Prestadores públicos					
		URV sin medicamentos III NIVEL	URV sin medicamentos II NIVEL	URV sin medicamentos I NIVEL	Costos referenciales con medicamentos entos	Tarifas referenciales con medicamentos entos	Tarifas referenciales con medicamentos entos	Tarifas referenciales con medicamentos entos	NIVEL III	NIVEL II	NIVEL I	NIVEL III	NIVEL II	NIVEL I					
76810	Ultrasonido de Útero Grávido, posterior al 1er Trimestre, Embarazo Múltiple	1.01	1.08	0.92	19	19	18	13	13	13	13	13	19	19	18	13	19	18	13
76811	Ultrasonido de Útero Grávido, Evaluación Fetal Detallada, Producto Único	0.84	0.90	0.77	16	16	15	11	11	11	11	11	16	16	15	11	16	15	11
76812	Ultrasonido de Útero Grávido, Evaluación Fetal Detallada, Embarazo Múltiple	1.01	1.08	0.92	19	19	18	13	13	13	13	13	19	19	18	13	19	18	13
76815	Ultrasonido de Útero Grávido, Examen Limitado	0.76	0.81	0.69	14	14	14	10	10	10	10	10	14	14	14	10	14	14	10
76816	Ultrasonido de Útero Grávido, Examen de Seguimiento	0.76	0.81	0.69	14	14	14	10	10	10	10	10	14	14	14	10	14	14	10
76817	Ultrasonido de Útero Grávido, Vía Transvaginal	0.84	0.90	0.77	16	16	15	11	11	11	11	11	16	16	15	11	16	15	11
76818	Perfil Biofísico Fetal, con Test No Estresante	1.67	1.57	1.54	31	31	26	22	22	22	22	22	31	31	26	22	31	26	22
76819	Perfil Biofísico Fetal, sin Test No Estresante	1.01	0.94	0.92	19	19	16	13	13	13	13	13	19	19	16	13	19	16	13



M. C. C. C. C. C. M.



M. Scarsi H.



P. Mazzetti S.

[Handwritten signature]



A.M. Hologado S.

TARIFARIO NACIONAL REFERENCIAL DE SERVICIOS MATERNO INFANTILES
ESTABLECIMIENTOS DE NIVEL III, II Y I
(En Nuevos Soles)

Codigo	Prestaciones de Salud (Atenciones y paquetes de servicios) y Procedimientos Médico Quirúrgicos de los Servicios Materno Infantiles	UNIDAD RELATIVA DE VALOR (URV)			EESS NIVEL III			EESS NIVEL II			EESS NIVEL I			Privados		
		URV sin medicamentos III NIVEL	URV sin medicamentos II NIVEL	URV sin medicamentos I NIVEL	Costos referencial medicamentos entos	Tarifas referencial medicamentos entos										
		1.60	1.25	1.19	33	30	23	21	19	17	44	41	29	26	22	20
SIN	Atención Inmediata del Recién Nacido (RN) Normal	1.00	0.93	0.85	25	19	22	16	18	12	34	25	27	20	15	
SIN	Atención Integral de Salud del niño	0.81	0.57	0.56	11	11	10	10	8	8	15	16	12	9	10	
SIN	Consejería nutricional niños en riesgo	1.00	0.93	0.85	25	19	22	16	18	12	34	25	27	20	15	
SIN	Control del RN bajo peso al nacer	0.67	0.64	0.62	18	13	15	11	13	9	24	17	19	14	11	
SIN	Control Prenatal (Consejera en salud, nutrición, higiene y PP.FF.; Suplem. Fe) / Atención obstétrica de rutina control prenatal	1.00	0.93	0.85	25	19	22	16	18	12	34	25	27	20	15	
SIN	Control de Puerperio	1.00	0.93	0.85	25	19	22	16	18	12	34	25	27	20	15	
SIN	Consulta Externa Niños	1.00	0.93	0.85	25	19	22	16	18	12	34	25	27	20	15	
SIN	Consulta Externa Gestantes	0.61	0.57	0.56	11	11	10	10	8	8	15	16	12	9	10	
99209	Control de Nutrición	1.00	1.00	1.00	28	19	25	17	22	14	37	25	32	21	26	
99201	Consulta médica no especializada	1.00	1.00	1.00	35	19	28	17	22	14	47	25	35	21	26	
99203	Consulta médica especializada	0.80	0.79	0.77	15	15	13	13	11	11	20	20	17	13	13	
	Examen Otorrinolaringológico	1.53	1.50	1.00	40	29	35	25	27	14	55	39	43	32	33	
	Otorrinolaringología y Curación Dental Simple	1.00	0.93	0.85	25	19	22	16	18	12	34	25	27	20	15	
D0120	Consulta estomatológica no especializada	3.07	3.00	2.77	68	58	59	50	50	40	91	78	74	63	59	
D2110	Restauración de una superficie, con amalgama de plata, en piezas dentarias deciduas (simple) - 2 sesiones	3.07	3.00	2.77	68	58	59	50	50	40	91	78	74	63	59	
D2140	Restauración de una superficie, con amalgama de plata, en piezas dentarias permanentes (simple) - 2 sesiones	1.53	1.50	1.00	48	29	41	25	32	14	64	39	51	32	38	
D2330	Restauración de una superficie, con resina, en piezas dentarias permanentes, anteriores (simple) - 1 sesión	1.53	1.50	1.00	48	29	41	25	32	14	64	39	51	32	38	
D2380	Restauración de una superficie, con resina, en piezas dentarias deciduas, posteriores (simple) - 1 sesión	1.53	1.50	1.00	48	29	41	25	32	14	64	39	51	32	38	
D2385	Restauración de una superficie, con resina, en piezas dentarias permanentes, posteriores (simple) - 1 sesión	1.53	1.50	1.00	48	29	41	25	32	14	64	39	51	32	38	
D2390	Restauración de una superficie con ionómero de vidrio en piezas dentarias deciduas - 1 sesión	1.53	1.50	1.00	43	29	38	25	26	14	57	39	48	32	32	
D2392	Restauración de una superficie con ionómero de vidrio en piezas dentarias permanentes - 1 sesión	1.53	1.50	1.00	43	29	38	25	26	14	57	39	48	32	32	
SIN	Otorrinolaringología y Curación Dental Compuesta	1.53	1.50	1.00	48	29	41	25	32	14	64	39	51	32	38	
D0181	Consulta estomatológica especializada (considera elaboración de modelos para el diagnóstico)	1.27	1.21	1.15	38	24	36	20	33	17	51	32	45	26	40	
D2120	Restauración de dos superficies, con amalgama de plata, en piezas dentarias deciduas (compuesta) - 2 sesiones	3.07	3.00	2.77	70	58	61	50	52	40	95	78	77	63	62	
D2150	Restauración de dos superficies, con amalgama de plata, en piezas dentarias permanentes (compuesta) - 2 sesiones	3.07	3.00	2.77	70	58	61	50	52	40	95	78	77	63	62	
D2381	Restauración de dos superficies, con resina, en piezas dentarias deciduas, posteriores (compuesta) - 1 sesión	1.53	1.50	1.00	48	29	41	25	32	14	64	39	51	32	38	



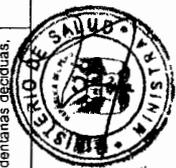
A.M. Holgado S.



D. Cisneros M.



Vt. Scarsi H.



Handwritten signature.

**TARIFARIO NACIONAL REFERENCIAL DE SERVICIOS MATERNO INFANTILES
ESTABLECIMIENTOS DE NIVEL III, II Y I
(En Nuevos Soles)**

Código	Prestaciones de Salud (Atenciones y paquetes de servicios) y Procedimientos Médico Quirúrgicos de los Servicios Materno Infantiles	UNIDAD RELATIVA DE VALOR (URV)			EESS NIVEL III			EESS NIVEL II			EESS NIVEL I			Privados		
		URV sin medicamentos III NIVEL	URV sin medicamentos II NIVEL	URV sin medicamentos I NIVEL	Costos referenciales con medicamentos entos	Tarifas referenciales con medicamentos entos										
		1.53	1.50	1.00	48	29	41	25	32	14	64	39	51	32	38	17
D2331	Restauración de dos superficies, con resina, en piezas dentarias permanentes, anteriores (compuesta) - 1 sesión	1.53	1.50	1.00	48	29	41	25	32	14	64	39	51	32	38	17
D2386	Restauración de dos superficies, con resina, en piezas dentarias permanentes, posteriores (compuesta) - 1 sesión	1.53	1.50	1.00	48	29	41	25	32	14	64	39	51	32	38	17
S/N	Atención Odontológica Especializada	0.93	0.86	0.77	30	18	26	14	22	11	41	24	33	18	26	13
D2130	Restauración de tres superficies, con amalgama de plata, en piezas dentarias deciduas (compleja) - 2 sesiones	3.33	3.29	3.08	73	63	64	55	54	44	98	84	80	69	65	53
D2160	Restauración de tres superficies, con amalgama de plata, en piezas dentarias permanentes (compleja) - 2 sesiones	3.33	3.29	3.08	73	63	64	55	54	44	98	84	80	69	65	53
D2382	Restauración de tres o más superficies, con resina, en piezas dentarias deciduas, posteriores (compleja) - 1 sesión	1.67	1.64	1.15	50	31	43	28	34	17	68	42	54	35	41	20
D2387	Restauración de tres superficies, con resina, en piezas dentarias permanentes, posteriores (compleja) - 1 sesión	1.67	1.64	1.15	50	31	43	28	34	17	68	42	54	35	41	20
D2391	Restauración compuesta con ionómero de vidrio en piezas dentarias deciduas (2 ó más superficies) - 1 sesión	1.67	1.64	1.15	45	31	41	28	29	17	61	42	51	35	34	20
D2395	Restauración compuesta con ionómero de vidrio en piezas dentarias permanentes (2 ó más superficies) - 1 sesión	1.67	1.64	1.15	45	31	41	28	29	17	61	42	51	35	34	20
D2332	Restauración de tres superficies, con resina, en piezas dentarias permanentes, anteriores (compleja) - 1 sesión	1.67	1.64	1.15	50	31	43	28	34	17	68	42	54	35	41	20
D2335	Restauración de cuatro superficies, o compromiso del ángulo incisal, con resina, en piezas dentarias permanentes, anteriores	1.80	1.79	1.31	50	34	43	30	34	19	68	46	54	38	41	22
D7176	Extracción dental simple	1.60	1.50	1.38	30	30	25	25	20	20	41	41	32	32	24	24
S/N	Atención en Emergencia	0.42	0.39	0.38	13	8	11	7	9	6	17	11	14	8	11	7
S/N	Atención en Tópico	1.26	1.18	1.15	38	24	32	20	28	17	51	32	41	25	34	20
S/N	Atención de Emergencia gestantes	1.26	1.18	1.15	38	24	32	20	28	17	51	32	41	25	34	20
S/N	Atención de Emergencia con Observación Niños	6.59	6.04	5.77	138	124	116	101	94	83	186	167	146	127	113	99
S/N	Atención de Emergencia con Observación Gestantes	6.59	6.04	5.77	138	124	116	101	94	83	186	167	146	127	113	99
99234	Atención en Sala de Observación, menor de 12 horas	5.33	4.86	4.62	119	100	97	82	78	66	160	135	121	102	94	79
99235	Atención en Sala de Observación, de 12 horas a 24 horas	6.40	5.83	5.54	143	120	118	98	94	79	192	162	145	122	113	95
99281	Consulta de emergencia - Prioridad 2	1.26	1.18	1.15	38	24	32	20	28	17	51	32	41	25	34	20



P. Mazzetti S.

Handwritten signature and date: 10.00.2023



MINISTERIO DE SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD DE LAS PERSONAS
OFICINA GENERAL DE PLANEAMIENTO Y PRESUPUESTO

**TARIFARIO NACIONAL REFERENCIAL DE SERVICIOS MATERNO INFANTILES
ESTABLECIMIENTOS DE NIVEL III, II y I
(En Nuevos Soles)**

A.M. Hoigado S.



D. Casapedes M.



V.I. Scarsi H.



Código	Prestaciones de Salud (Atenciones y paquetes de servicios) y Procedimientos Médico Quirúrgicos de los Servicios Materno Infantiles	UNIDAD RELATIVA DE VALOR (URV)			EESS NIVEL III			EESS NIVEL II			EESS NIVEL I			Privados					
		URV sin medicamentos III NIVEL	URV sin medicamentos II NIVEL	URV sin medicamentos I NIVEL	Costos referencial medicam. entos	Tarifas referencial medicam. entos													
	Exámenes de apoyo al diagnóstico y tratamiento																		
	Laboratorio																		
S/N	Exámen inmunológico RN madre VIH positivo	1.20	1.29	1.38	23	23	23	22	22	20	20	30	30	30	27	27	24	24	24
S/N	Exámen inmunológico RN madre RPR positivo	0.47	0.50	0.54	9	9	9	8	8	8	8	12	12	11	11	11	9	9	9
S/N	Exámen de Laboratorio Completo del Embarazo con HIV	4.93	5.29	5.69	93	93	93	89	89	81	81	125	125	111	111	111	98	98	98
S/N	Exámen de Laboratorio Completo del Embarazo sin HIV	2.33	2.50	2.69	44	44	44	42	42	39	39	59	59	53	53	53	46	46	46
S/N	Exámen de HIV	1.20	1.29	1.38	23	23	23	22	22	20	20	30	30	27	27	27	24	24	24
S/N	Prueba Diagnóstica del Embarazo a mayores 18 años (Pregñosción en Orina)	0.27	0.29	0.31	5	5	5	5	5	4	4	7	7	6	6	6	5	5	5
80057	Perfil Preoperatorio: hemograma de tercera generación, grupo sanguíneo, factor Rh, tiempo de coagulación y sangría, tiempo de protrombina, glucosa, HIV, VDRL, examen completo de orina	4.00	4.29	4.62	75	75	75	72	72	66	66	101	101	90	90	90	79	79	79
86689	Examen confirmatorio para anticuerpo contra HTLV o HIV	1.20	1.29	1.38	23	23	23	22	22	20	20	30	30	27	27	27	24	24	24
86592	Test cualitativo para sífilis (VDRL, RPR, ART)	0.47	0.50	0.54	9	9	9	8	8	8	8	12	12	11	11	11	9	9	9
80090	Perfil TORCH	6.00	6.43	6.92	113	113	113	108	108	99	99	152	152	135	135	135	119	119	119
80055	Perfil Prenatal: hemograma de tercera generación, Grupo sanguíneo, glucosa, VDRL, HIV, examen de orina, rubéola	4.93	5.29	5.69	93	93	93	89	89	81	81	125	125	111	111	111	98	98	98
86689	Examen confirmatorio para anticuerpo contra HTLV o HIV	1.20	1.29	1.38	23	23	23	22	22	20	20	30	30	27	27	27	24	24	24
S/N	Perfil de Neonato: hematocrito, glucosa, grupo sanguíneo y RH, TSH	2.00	2.14	2.31	38	38	38	36	36	33	33	51	51	45	45	45	40	40	40
S/N	Prueba diagnóstica de embarazo en orina (pregñosción)	0.27	0.29	0.31	5	5	5	5	5	4	4	7	7	6	6	6	5	5	5
S/N	Dosaje de subunidad beta	1.00	1.07	1.15	19	19	19	18	18	17	17	25	25	23	23	23	20	20	20
	Ultrasonido																		
92286	Ecografía	0.84	0.90	0.77	16	16	16	15	15	11	11	22	21	19	19	19	13	13	13
76801	Ultrasonido de Útero Grávido en 1er Trimestre	0.84	0.90	0.77	16	16	16	15	15	11	11	21	21	19	19	19	13	13	13
76802	Ultrasonido de Útero Grávido en 1er Trimestre, Embarazo Múltiple	0.84	0.90	0.77	16	16	16	15	15	11	11	21	21	19	19	19	13	13	13
76805	Ultrasonido de Útero Grávido, posterior al 1er Trimestre	0.84	0.90	0.77	16	16	16	15	15	11	11	21	21	19	19	19	13	13	13



V.I. Scarsi H.

13.03.2010

TARIFARIO NACIONAL REFERENCIAL DE SERVICIOS MATERNO INFANTILES
ESTABLECIMIENTOS DE NIVEL III, II y I
(En Nuevos Soles)

Código	Prestaciones de Salud (Atenciones y paquetes de servicios) y Procedimientos Médico Quirúrgicos de los Servicios Materno Infantiles	UNIDAD RELATIVA DE VALOR (URV)			EESS NIVEL III			EESS NIVEL II			EESS NIVEL I			Privados					
		URV sin medicamentos III NIVEL	URV sin medicamentos II NIVEL	URV sin medicamentos I NIVEL	Costos referenciales con medicamentos entos	Tarifas referenciales con medicamentos entos													
		1.01	1.08	0.92	19	19	18	18	13	13	13	26	26	23	23	23	23	23	23
76810	Ultrasonido de Útero Grávido, posterior al 1er Trimestre, Embarazo Múltiple	0.84	0.90	0.77	16	16	15	11	11	11	21	21	19	19	19	19	19	19	13
76811	Ultrasonido de Útero Grávido, Evaluación Fetal Detallada, Producto Único	1.01	1.08	0.92	19	19	18	13	13	13	26	26	23	23	23	23	23	23	16
76812	Ultrasonido de Útero Grávido, Evaluación Fetal Detallada, Embarazo Múltiple	0.76	0.81	0.69	14	14	14	10	10	10	19	19	17	17	17	17	17	17	12
76815	Ultrasonido de Útero Grávido, Examen Limitado	0.76	0.81	0.69	14	14	14	10	10	10	19	19	17	17	17	17	17	17	12
76816	Ultrasonido de Útero Grávido, Examen de Seguimiento	0.84	0.90	0.77	16	16	15	11	11	11	21	21	19	19	19	19	19	19	13
76817	Ultrasonido de Útero Grávido, Vía Transvaginal	1.67	1.57	1.54	31	31	26	22	22	22	42	42	33	33	33	33	33	33	26
76818	Perfil Biofísico Fetal, con Test No Estresante	1.01	0.94	0.92	19	19	16	13	13	13	26	26	20	20	20	20	20	20	16
76819	Perfil Biofísico Fetal, sin Test No Estresante																		



A. M. Hoigado S.



D. Céspedes M.



A. I. Scarsi H.



P. Mazzetti S.



Leyenda

- (*) Considera 5 días de hospitalización en promedio
- (**) Considera 2 días de hospitalización
- (***) Considera 7 días de hospitalización
- (+) Internamiento en UCI niños incluye también la prestación de UCI Neonatal
- (S) Las intervenciones quirúrgicas en niños considera uso de Sevorane como anestésico



A.M. Holgado S.



P. Caspones M.



P. Mazzetti S.



M.I. Scarsi H



J.C. del Corral S.

F. Mazzetti S.

DEFINICIONES OPERACIONALES

TARIFA REFERENCIAL.-

La tarifa referencial corresponde al equivalente monetario que se propone para todos los servicios de salud que se brindan en los establecimientos. Los valores máximos corresponden a los costos estándares.

Permite a los prestadores de servicios de salud y financiadores negociar según el entorno sin generar subsidio cruzado en salud teniendo en cuenta los Lineamientos de Política Tarifaria del sector salud (R.M. No. 246-2006/MINSA, del 13 de marzo del 2006).

TARIFARIO NACIONAL REFERENCIAL DE SERVICIOS MATERNO INFANTILES.-

El Tarifario incluye tarifas para:

- Atenciones en consulta externa.
- Atenciones estomatológicas.
- Atenciones de emergencia.
- Paquetes de hospitalización / Internamiento (incluye la prestación, medicamentos, insumos y exámenes auxiliares).
- Procedimientos / Intervenciones quirúrgicas (incluyen procedimiento de anestesia y medicamentos).
- Exámenes de apoyo al diagnóstico y tratamiento.
 - Laboratorio
 - Ultrasonido



A.M. Holgado S.

Este tarifario define tarifas para diversos usuarios:

- Tarifa de cobro para usuario directo.
- Tarifa de cobro para prestadores públicos:
 - EsSalud.
 - Fuerzas Armadas y Policiales.
 - Otras instituciones públicas.
- Tarifa de cobro para prestadores privados.



D. Céspedes M.

En cuanto a las tarifas:

- La tarifa referencial de cobro a usuario directo corresponde a cada atención y no incluye medicamentos, insumos médicos de una receta, ni exámenes de apoyo al diagnóstico y otros servicios utilizados en la prestación.
 - En el caso de paquetes de hospitalización incluye medicamentos e insumos (no especializados).
 - En el caso de los procedimientos e intervenciones quirúrgicas incluyen la intervención de anestesiología.
- La tarifa de cobro referencial definida para cobro a otros prestadores públicos corresponde a cada atención y tiene dos tarifas:
 - Tarifa que incluye medicamentos e insumos médicos.
 - Tarifa que no incluye medicamentos, insumos médicos de una receta.
 - Los exámenes de apoyo al diagnóstico y otros servicios utilizados en la prestación se consideran aparte.



V.I. Scarsi H.



P. Mazzetti S.

**MINISTERIO DE SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD DE LAS PERSONAS
OFICINA GENERAL DE PLANEAMIENTO Y PRESUPUESTO**

- La tarifa de cobro referencial definida para cobro a prestadores privados corresponde a cada atención y se tiene dividido en:
 - Tarifa que incluye medicamentos e insumos médicos.
 - Tarifa que no incluye medicamentos, insumos médicos.
 - Los exámenes de apoyo al diagnóstico y otros servicios utilizados en la prestación se consideran aparte.

La tarifa cubre el costo de los medicamentos, exámenes auxiliares, materiales e insumos consumidos en los procedimientos y durante la atención por emergencia.

TARIFA SIS.-

Es el monto máximo, que paga el Seguro Integral de Salud (SIS) por las prestaciones otorgadas en el establecimiento prestador de servicios de salud y mediante la oferta móvil que no están financiadas por otra fuente. Solo cubre el gasto variable.

EVALUACIÓN SOCIO ECONÓMICA.-

Se realiza por el personal del establecimiento de salud a cuya jurisdicción pertenece el domicilio fiscal del inscrito. Con este subproceso, Sistema de Evaluación Socio Económica y con la metodología vigente y validada por la Presidencia del Consejo de Ministros (PCM) se categoriza a los potenciales beneficiarios.

Actualmente acceden al Seguro Integral de Salud (SIS) sólo los categorizados como pobres extremos (C) o pobres (B).

FESE.-

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

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


P. Mazzetti S.

LISTADO DE LAS PRESTACIONES DE SALUD (ATENCIÓNES Y PAQUETES DE SERVICIOS) Y PROCEDIMIENTOS MÉDICO QUIRÚRGICOS DE LOS SERVICIOS MATERNO INFANTILES

A. ATENCIÓN EN CONSULTA EXTERNA

- a) **Atención Inmediata del recién nacido Normal.**- Se refiere a las prestaciones o servicios recibidos por el recién nacido normal, provistas en el establecimiento de salud hasta el alta.

La tarifa cubre el costo de los materiales, medicamentos e insumos, y otros costos incurridos hasta el alta, según normatividad vigente. En caso de nacimientos múltiples se paga por cada niño nacido vivo. Se paga por una sola vez la prestación por el producto del parto atendido en el establecimiento de salud según norma de atención Integral del niño y guía de práctica clínica específica.

- b) **Atención Integral de Salud del Niño.**- Se refiere a la atención preventiva integral al niño según las Normas Técnicas vigentes. La tarifa cubre los materiales e insumos consumidos en dichas atenciones.

- c) **Control de Nutrición**

Comprende la atención brindada por un profesional médico, enfermera ó nutricionista al paciente o usuario.

- d) **Consejería Nutricional de Niños en Riesgo.**- Comprende la atención brindada por un profesional médico, enfermera ó nutricionista al familiar de todo niño nutricionalmente vulnerable o con desnutrición aguda o crónica.

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

- f) **Control Prenatal.**- Es la vigilancia y evaluación integral de la gestante y el feto durante el período de embarazo. La tarifa corresponde a cada evaluación.

- g) **Control de Puerperio.**- Se refiere a la atención médica durante los 42 días posteriores al parto vaginal o por cesárea o después de interrumpirse el embarazo, con la finalidad de verificar la recuperación de los cambios gestacionales. La tarifa corresponde a cada evaluación.

- h) **Consulta Externa.**- Brindada por un profesional de salud de acuerdo a ley y en el ámbito de su competencia, para atender patologías cuya solución es ambulatoria y que es ofrecida por el establecimiento de salud, Se incluye el manejo sindrómico según guías nacionales vigentes.

- i) **Consulta médica no especializada**

Brindada por un profesional de salud, médico general, de acuerdo a ley y en el ámbito de su competencia, para atender patologías cuya solución es ambulatoria y que es ofrecida por el establecimiento de salud, Se incluye el manejo sindrómico según guías nacionales vigentes.

j) **Consulta médica especializada**

Brindada por un profesional de salud, médico especialista, de acuerdo a ley y en el ámbito de su competencia, para atender patologías cuya solución es ambulatoria y que es ofrecida por el establecimiento de salud.

B. ATENCION ESTOMATOLOGICA

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

b) **Consulta estomatológica no especializada**

Brindada por un profesional de salud, odontólogo, de acuerdo a ley y en el ámbito de su competencia, para atender patologías cuya solución es ambulatoria y que es ofrecida por el establecimiento de salud, Se incluye el manejo sindrómico según guías nacionales vigentes.

c) **Obturación y Curación Dental Simple.-** La tarifa cubre los materiales utilizados en la atención dental así como una proporción para la reposición de los equipos y el instrumental utilizado. Corresponde a una sesión.

d) **Restauración de una superficie, con amalgama de plata, en piezas dentarias deciduas (simple) – 2 sesiones.-** Restauración de la lesión cariosa de un diente de leche posterior, en una de sus caras, utilizando como material restaurador definitivo la amalgama de plata. Se consideran dos sesiones.

e) **Restauración de una superficie, con amalgama de plata, en piezas dentarias permanentes (simple) – 2 sesiones.-** Restauración de la lesión cariosa de un diente permanente posterior, en una de sus caras, utilizando como material restaurador definitivo la amalgama de plata. Se consideran dos sesiones.

f) **Restauración de una superficie, con resina, en piezas dentarias permanentes, anteriores (simple) – 1 sesión.-** Restauración de la lesión cariosa de un diente permanente anterior, en una de sus caras, utilizando como material restaurador definitivo la resina autocurable o fotocurable.

g) **Restauración de una superficie, con resina, en piezas dentarias deciduas, posteriores (simple) - 1 sesión.-** Restauración de la lesión cariosa de un diente de leche posterior, en una de sus caras, utilizando como material restaurador definitivo la resina autocurable o fotocurable.

h) **Restauración de una superficie, con resina, en piezas dentarias permanentes, posteriores (simple) - 1 sesión.-** Restauración de la lesión cariosa de un diente permanente posterior, en una de sus caras, utilizando como material restaurador definitivo la resina autocurable o fotocurable.

i) **Restauración de una superficie con ionómero de vidrio en piezas dentarias deciduas - 1 sesión.-** Restauración de la lesión cariosa de un diente de leche anterior o posterior, en una de sus caras, utilizando como material restaurador definitivo el ionomero de vidrio autocurable o fotocurable.



A.M. Holgado S.



D. Céspedes M.



V.I. Scarsi H.



P. Mazzetti S.

MINISTERIO DE SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD DE LAS PERSONAS
OFICINA GENERAL DE PLANEAMIENTO Y PRESUPUESTO

- j) **Restauración de una superficie con ionómero de vidrio en piezas dentarias permanentes - 1 sesión.-** Restauración de la lesión cariosa de un diente permanente anterior o posterior, en una de sus caras, utilizando como material restaurador definitivo el ionomero de vidrio autocurable o fotocurable.
- k) **Obtención y Curación Dental Compuesta.-** La tarifa cubre los materiales utilizados en la atención dental así como una proporción para la reposición de los equipos y el instrumental utilizado. Corresponde a una sesión.
- l) **Restauración de dos superficies, con amalgama de plata, en piezas dentarias deciduas (compuesta) - 2 sesiones.-** Restauración de la lesión cariosa de un diente de leche posterior, en dos de sus caras, utilizando como material restaurador definitivo la amalgama de plata.
- m) **Restauración de dos superficies, con amalgama de plata, en piezas dentarias permanentes (compuesta) - 2 sesiones.-** Restauración de la lesión cariosa de un diente permanente posterior, en dos de sus caras, utilizando como material restaurador definitivo la amalgama de plata.
- n) **Restauración de dos superficies, con resina, en piezas dentarias deciduas, posteriores (compuesta) - 1 sesión.-** Restauración de la lesión cariosa de un diente de leche posterior, en dos de sus caras, utilizando como material restaurador definitivo la resina autocurable o fotocurable.
- o) **Restauración de dos superficies, con resina, en piezas dentarias permanentes, anteriores (compuesta) - 1 sesión.-** Restauración de la lesión cariosa de un diente permanente anterior, en dos de sus caras, utilizando como material restaurador definitivo la resina autocurable o fotocurable.
- p) **Restauración de dos superficies, con resina, en piezas dentarias permanentes, posteriores (compuesta) - 1 sesión.-** Restauración de la lesión cariosa de un diente permanente posterior, en dos de sus caras, utilizando como material restaurador definitivo la resina autocurable o fotocurable.
- q) **Atención Odontológica Especializada.-** La tarifa cubre los materiales utilizados en la atención dental así como una proporción para el mantenimiento o reposición de los equipos y el instrumental utilizado. Corresponde a una sesión.
- r) **Restauración de tres superficies, con amalgama de plata, en piezas dentarias deciduas (compleja) - 2 sesiones.-** Restauración de la lesión cariosa de un diente de leche posterior, en más de dos de sus caras, utilizando como material restaurador definitivo la amalgama de plata.
- s) **Restauración de tres superficies, con amalgama de plata, en piezas dentarias permanentes (compleja) - 2 sesiones.-** Restauración de la lesión cariosa de un diente permanente posterior, en más de dos de sus caras, utilizando como material restaurador definitivo la amalgama de plata.
- t) **Restauración de tres o más superficies, con resina, en piezas dentarias deciduas, posteriores (compleja) - 1 sesión.-** Restauración de la lesión cariosa de un diente de leche posterior, en más de dos de sus caras, utilizando como material restaurador definitivo la resina autocurable o fotocurable.



A. Del Campo S.



A.M. Holgado S.



J. Sepúlveda M.



V. Scarsi H.



P. Mazzetti S.

MINISTERIO DE SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD DE LAS PERSONAS
OFICINA GENERAL DE PLANEAMIENTO Y PRESUPUESTO

- u) **Restauración de tres superficies, con resina, en piezas dentarias permanentes, posteriores (compleja) - 1 sesión.-** Restauración de la lesión cariosa de un diente permanente posterior, en más de dos de sus caras, utilizando como material restaurador definitivo la resina autocurable o fotocurable.
- v) **Restauración compuesta con ionómero de vidrio en piezas dentarias deciduas (2 ó más superficies) - 1 sesión.-** Restauración de la lesión cariosa de un diente de leche anterior o posterior, en más de una de sus caras, utilizando como material restaurador definitivo el ionomero de vidrio autocurable o fotocurable.
- w) **Restauración compuesta con ionómero de vidrio en piezas dentarias permanentes (2 ó más superficies) - 1 sesión.-** Restauración de la lesión cariosa de un diente permanente anterior o posterior, en más de una de sus caras, utilizando como material restaurador definitivo el ionomero de vidrio autocurable o fotocurable.
- x) **Restauración de tres superficies, con resina, en piezas dentarias permanentes, anteriores (compleja) - 1 sesión.-** Restauración de la lesión cariosa de un diente permanente anterior, en su ángulo incisal o en cuatro de sus caras, utilizando como material restaurador definitivo la resina autocurable o fotocurable.
- y) **Restauración de cuatro superficies, o compromiso del ángulo incisal, con resina, en piezas dentarias permanentes, anteriores.-** Restauración de la lesión cariosa de un diente permanente anterior, en más de dos de sus caras, utilizando como material restaurador definitivo la resina autocurable o fotocurable.
- z) **Extracción dental simple.-** La tarifa cubre los materiales utilizados en la extracción dental así como una proporción para la reposición de los equipos y el instrumental utilizado. Corresponde a la atención.

C. ATENCIÓN EN EMERGENCIA

- a) **Atención en Tópico.-** Es la actividad realizada de manera ambulatoria, comprende atenciones de baja complejidad, como son: suturas menores, curaciones, debridamiento de abscesos, retiro de puntos, onicectomías, cauterizaciones, retiro de yeso, lavado de oídos, extracción de cuerpo extraño, entre otras. La tarifa corresponde a una atención.
- b) **Atención de Emergencia.-** Se refiere a la atención del paciente en situación de Emergencia. La tarifa corresponde a una atención.
- "Emergencia" es aquella situación en la que está en riesgo la vida del paciente o algún órgano vital, y requiere atención inmediata y adecuada. Dependiendo de su evolución, el paciente puede ser dado de alta, derivado a salas de internamiento o referido a otro establecimiento de mayor complejidad.
- c) **Atención de Emergencia con Observación.-** Comprende la atención por profesional médico en el Servicio de Emergencia y que luego del manejo inicial (medicamento o apoyo al diagnóstico), es necesario observar su evolución, mayor a 6 horas y hasta 24 horas.

**MINISTERIO DE SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD DE LAS PERSONAS
OFICINA GENERAL DE PLANEAMIENTO Y PRESUPUESTO**

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

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

- 
- d) Atención en sala de observación, menor de 12 horas**
Es la permanencia en la sala de observación menor de 12 horas.
 - e) Atención en sala de observación, de 12 horas a 24 horas**
Es la permanencia en sala de observación entre 12 y 24 horas.

D. PAQUETES DE HOSPITALIZACIÓN/ INTERNAMIENTO

- 
- a) Internamiento del RN con patología (no quirúrgica).-** Comprende el internamiento por más de 24 horas del recién nacido en caso presente una patología.

La tarifa cubre los medicamentos, exámenes auxiliares, materiales y otros servicios de apoyo al diagnóstico, materiales, e insumos de los procedimientos consumidos durante la estancia en el establecimiento de salud.

No incluye procedimientos especializados ni altamente especializados según el Catálogo de Procedimientos médicos y estomatológicos, no incluye hemodiálisis, ni procedimientos de diagnóstico como tomografía o resonancia magnética.

- 
- b) Internamiento con intervención quirúrgica del RN.-** Comprende la prestación hospitalaria del Recién Nacido que requiera intervención quirúrgica.

La tarifa cubre el costo de los materiales, medicamentos e insumos médicos-quirúrgicos, los procedimientos y otros servicios intermedios como exámenes de apoyo al diagnóstico, consumidos por el neonato durante su estancia. 3

No incluye procedimientos especializados ni altamente especializados según el Catálogo de Procedimientos médicos y estomatológicos, no incluye hemodiálisis, ni procedimientos de diagnóstico como tomografía o resonancia magnética.

- 
- c) Internamiento con Intervención Quirúrgica Menor.-** Es la atención profesional médica Comprende los casos en los que el paciente luego de una intervención quirúrgica menor requiere de un internamiento superior a 24 horas. La tarifa cubre los exámenes auxiliares, procedimientos y los medicamentos consumidos durante el procedimiento quirúrgico y los gastos incurridos durante la estancia del paciente. Incluye todos los días que requiera la intervención y el post quirúrgico.



**MINISTERIO DE SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD DE LAS PERSONAS
OFICINA GENERAL DE PLANEAMIENTO Y PRESUPUESTO**

No incluye procedimientos especializados ni altamente especializados según el Catálogo de Procedimientos médicos y estomatológicos, no incluye hemodiálisis, ni procedimientos de diagnóstico como tomografía o resonancia magnética.

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

No incluye procedimientos especializados ni altamente especializados según el Catálogo de Procedimientos médicos y estomatológicos, no incluye hemodiálisis, ni procedimientos de diagnóstico como tomografía o resonancia magnética.

- e) **Intervención Médico-Quirúrgica Ambulatoria.**- Es la atención por profesional médico. Se refiere al conjunto de procedimientos y actividades acordes con un diagnóstico o tratamiento médico establecido.

La tarifa reconoce el costo de los medicamentos, procedimientos, exámenes auxiliares, materiales e insumos consumidos durante la intervención quirúrgica y durante la estancia del paciente en el establecimiento de salud (se considera un día de hospitalización).

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

- f) **Atención de parto normal.**- Se refiere al proceso de atención del parto para extraer el producto de la gestación considerando dos días de hospitalización.

La tarifa cubre el costo de los medicamentos, exámenes auxiliares, materiales e insumos consumidos, incluyendo la estancia hospitalaria.

- g) **Atención de Parto por Cesárea.**- Se refiere a la intervención quirúrgica mayor requerida para extraer el producto de la gestación considerando tres días de hospitalización.

La tarifa cubre el costo de los medicamentos, exámenes auxiliares, materiales e insumos consumidos durante la intervención quirúrgica y hasta tres días de estancia en el establecimiento de salud.

E. HOSPITALIZACION/ INTERNAMIENTO POR DÍA PACIENTE

- h) **Atención en hospitalización general, día paciente**

Es la atención de hotelaría, no incluye procedimientos de apoyo al diagnóstico ni tratamiento. No incluye medicamentos e insumos considerados en una receta, procedimientos especializados ni altamente especializados según el Catálogo de Procedimientos médicos y estomatológicos, no incluye hemodiálisis, ni procedimientos de diagnóstico como tomografía o resonancia magnética.

i) **Atención en hospitalización de unidad de cuidados intensivos neonatal, día paciente.**

Es la atención de hotelería, por cada día, no incluye procedimientos de apoyo al diagnóstico ni tratamiento. No incluye medicamentos e insumos considerados en una receta, procedimientos especializados ni altamente especializados según el Catálogo de Procedimientos médicos y estomatológicos, no incluye hemodiálisis, ni procedimientos de diagnóstico como tomografía o resonancia magnética.

j) **Atención en hospitalización de unidad de cuidados intensivos pediátricos, día paciente.**

Es la atención de hotelería, por cada día, no incluye procedimientos de apoyo al diagnóstico ni tratamiento. No incluye medicamento e insumos considerados en una receta, procedimientos especializados ni altamente especializados según el Catálogo de Procedimientos médicos y estomatológicos, no incluye hemodiálisis, ni procedimientos de diagnóstico como tomografía o resonancia magnética.

k) **Atención en hospitalización de unidad de cuidados intensivos adulto, día paciente.**

Es la atención de hotelería, por cada día, no incluye procedimientos de apoyo al diagnóstico ni tratamiento. No incluye medicamentos e insumos considerados en una receta, procedimientos especializados ni altamente especializados según el Catálogo de Procedimientos médicos y estomatológicos, no incluye hemodiálisis, ni procedimientos de diagnóstico como tomografía o resonancia magnética.



A.M. Hoigado S.F.

F. **PROCEDIMIENTOS/ INTERVENCIONES QUIRURGICAS**

(Incluyen procedimiento de anestesia y medicamentos; no incluyen hospitalización)

a) **AMEU - Aspiración Manual Endouterina.-**

Es el procedimiento.

b) **Atención de Parto Vaginal.-** Se refiere al conjunto de actividades y procedimientos dirigidos a la atención materna y perinatal durante los períodos de dilatación, expulsión y alumbramiento de acuerdo a la guía nacional de atención integral de salud sexual y reproductiva.

La tarifa cubre el costo de los medicamentos, materiales e insumos consumidos y los procedimientos durante la atención del parto y puerperio hasta el alta. Además incluye los insumos de la episiorrafia.

c) **Atención parto vaginal, incluyendo atención post parto**

No incluye hospitalización en Obstetricia.

d) **Cerclaje del cérvix, durante el embarazo.-** Tratamiento de la incompetencia del cérvix uterino durante el embarazo.

e) **Cesárea más ligadura de trompas**

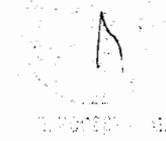
En el mismo acto quirúrgico.

f) **Cesárea solamente**

Es el acto quirúrgico, no incluye hospitalización en Obstetricia ni control puerperal.



D. Casperes M.



M. Scarsini



P. Mazzetti S.

MINISTERIO DE SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD DE LAS PERSONAS
OFICINA GENERAL DE PLANEAMIENTO Y PRESUPUESTO

- g) **Cesárea incluyendo atención post parto**
No incluye hospitalización en Obstetricia.
- h) **Cesárea + histerectomía subtotal o total**
En el mismo acto quirúrgico.
- i) **Colpotomía; con exploración y/o drenaje de absceso pélvico.-** Sección quirúrgica de la vagina, que se hace en la colpoperineorrafia, la colpoplastia y la colporrafia.
- j) **Colpocentesis.-** También llamado CULDOCENTESIS, consiste en penetrar a la cavidad abdominal por punción del Douglas, con el objetivo de investigar la colección sanguínea, citológica o bacteriológica y/ o drenaje.
- k) **Destrucción de lesiones vaginales**
Es el procedimiento.
- l) **Episiorrafia o corrección vaginal, que no sea por el médico de cabecera**
Es el procedimiento fuera de la atención del parto.
- m) **Evacuación uterina y curetaje por mola hidatiforme**
Es el procedimiento.
- n) **Evacuación uterina de óbito fetal y legrado uterino**
Es el procedimiento.
- o) **Extracción de placenta retenida**
Es el procedimiento.
- p) **Histerectomía abdominal supracervical**
Es el procedimiento.
- q) **Histerectomía vaginal**
Es el procedimiento.
- r) **Histerotomía abdominal.-** Apertura o sección del útero vía abdominal.
Es el procedimiento.
- s) **Histerorrafia de útero roto.-** Operación que se practica con el fin de suturar una herida uterina producida por perforación, ruptura o dehiscencia de cicatriz anterior.
- t) **Incisión y drenaje de hematoma vaginal**
Es el procedimiento.
- u) **Legrado uterino**
Es el procedimiento.
- v) **Ligadura o sección de trompas de Falopio, durante la cesárea u otra cirugía abdominal**
Es el procedimiento, en un mismo acto operatorio.
- w) **Ligadura o sección de trompas de Falopio post parto**
Es el procedimiento.

G. ...



A.M. Holgado



L. Céspedes



V. Scarsi H.



P. Mazzetti S.

MINISTERIO DE SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD DE LAS PERSONAS
OFICINA GENERAL DE PLANEAMIENTO Y PRESUPUESTO

- x) **Marsupialización de quiste de glándula de Bartholino.**- Sutura de los bordes de un quiste abierto a la piel o mucosa circundante para impedir su cierre en falso.
- y) **Monitorización fetal durante el trabajo de parto por parte de un médico de consulta,** es decir, no el médico de cabecera, con informe escrito, supervisión e interpretación.
- z) **Tratamiento quirúrgico de embarazo ectópico; tubárico u ovárico, abordaje abdominal o vaginal.**
Es el procedimiento.
- aa) **Tratamiento laparoscópico de embarazo ectópico, con salpinguectomía y/ u ooforectomía**
Es el procedimiento.
- bb) **Tratamiento laparoscópico de embarazo ectópico.**
Es el procedimiento.

F. EXAMENES DE APOYO AL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO / LABORATORIO

a) **Perfil preoperatorio**

Incluye:

- Hemograma de 24 horas.
- Grupo sanguíneo ABO.
- Tiempo de coagulación.
- Tiempo de sangría.
- Tiempo de protrombina.
- Glucosa.
- VIH 1-2.
- VDRL.
- Examen de orina.

b) **Examen confirmatorio para anticuerpos con HTLV o HIV**

Prueba de Western Blot.

c) **Examen inmunológico al niño nacido de madre VIH positivo.**- Comprende el Test de PCR realizado al niño mayor de 6 meses hasta los 18 meses o Test de Elisa o prueba rápida para VIH al niño mayor de 18 meses, según norma técnica vigente de transmisión vertical.

d) **Test cualitativo para Sífilis (VDRL o RPR o ART)**

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

f) **Perfil TORCH.**- Prueba sanguínea que detecta infecciones como Toxoplasmosis, Rubéola, Herpes simple, Sífilis y Citomegalovirus.

**MINISTERIO DE SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD DE LAS PERSONAS
OFICINA GENERAL DE PLANEAMIENTO Y PRESUPUESTO**

g) **Exámenes de Laboratorio Completo del Embarazo con VIH.-** La tarifa cubre el set completo de exámenes de laboratorio que debe tener una gestante, además del Test de ELISA – VIH y/o prueba rápida para VIH. Se reconoce por una sola vez. Al ser transferido a otro establecimiento deberá adjuntarse los resultados. En hospitales se reconoce sólo si es realizado por un profesional. No se acepta si no se realizó el set completo.

h) **Perfil pre natal**

Incluye:

- Hemograma de 24 parámetros.
- Grupo sanguíneo y Factor RH.
- Glucosa.
- HIV.
- VDRL.
- Examen de orina.
- Rubéola.

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

j) **Examen de VIH.-** La tarifa cubre el Test de ELISA-VIH y/o prueba rápida para VIH, realizada a una gestante que no haya tenido tamizaje previo durante el embarazo y post parto de no haber sido tamizada. Cualquier establecimiento Puesto de salud, centro de salud u hospital puede hacer una prueba para descarte de VIH con prueba rápida.

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

l) **Perfil del Neonato.-** La tarifa cubre lo siguiente: hematocrito, glucosa, grupo sanguíneo y RH, dopaje de TSH.

m) **Prueba Diagnóstica del Embarazo en orina (Pregnosticón en orina)**

n) **Dosaje de sub unidad beta .-** Prueba de embarazo en sangre.

**G. EXAMENES DE APOYO AL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO /
ULTRASONIDO**

a) **Ultrasonido de Útero Grávido en 1er Trimestre.-** Se refiere a la ecografía ginecológica tomada durante el primer trimestre de la gestación (12 Semanas). En el primer trimestre se usa para:

- establecer el tiempo de gravidez y diagnóstico de embarazo.
- determinar la cantidad de fetos e identificar las estructuras de la placenta.
- diagnosticar un embarazo ectópico o un aborto espontáneo.
- examinar el útero y la anatomía de la pelvis.

MINISTERIO DE SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD DE LAS PERSONAS
OFICINA GENERAL DE PLANEAMIENTO Y PRESUPUESTO

- En algunos casos, para detectar anomalías del feto.

b) **Ultrasonido de Útero Grávido en 1er Trimestre, Embarazo Múltiple.**-Se refiere a la ecografía ginecológica tomada durante el primer trimestre de la gestación (12 Semanas) en el caso de un embarazo múltiple.

c) **Ultrasonido de Útero Grávido, posterior al 1er Trimestre.**- Se refiere a la ecografía ginecológica tomada después del primer trimestre de la gestación (después de las 12 Semanas). Se utiliza:

- Para confirmar las fechas del embarazo.
- Para determinar la cantidad de fetos y examinar las estructuras de la placenta.
- Como ayuda en pruebas prenatales, como la amniocentesis.
- Para examinar la anatomía del feto y determinar la presencia de alguna anomalía.
- Para verificar la cantidad de líquido amniótico.
- Para examinar los patrones de flujo sanguíneo.
- Para observar el comportamiento conducta y la actividad fetal.
- Para examinar la placenta.
- Para medir la longitud del cuello uterino.
- Para controlar el crecimiento del feto.

d) **Ultrasonido de Útero Grávido, posterior al 1er Trimestre, Embarazo Múltiple.**- Se refiere a la ecografía ginecológica tomada después del primer trimestre de la gestación (después de las 12 Semanas) en el caso de un embarazo múltiple.

e) **Ultrasonido de Útero Grávido, Evaluación Fetal Detallada, Producto Único.**- Una evaluación detallada por ultrasonido se refiere a un ecocardiograma fetal, evaluación de la estructura del corazón fetal. Se realiza en embarazos con un solo producto donde hay un riesgo aumentado de enfermedad cardíaca congénita. Los ecocardiogramas fetales pueden detectar la mayoría de los casos de anomalías cardíacas congénitas que amenazan gravemente la vida.

f) **Ultrasonido de Útero Grávido, Evaluación Fetal Detallada, Embarazo Múltiple.**- Se refiere a un ecocardiograma fetal, evaluación de la estructura del corazón fetal. Se realiza en embarazos múltiples donde hay un riesgo aumentado de enfermedad cardíaca congénita. Los ecocardiogramas fetales pueden detectar la mayoría de los casos de anomalías cardíacas congénitas que amenazan gravemente la vida.

g) **Ultrasonido de Útero Grávido, Examen Limitado.**- Examina un sistema específico de órganos o una parte del cuerpo. Se utiliza en embarazos donde existe un riesgo aumentado de anomalías genéticas o físicas específicas, para intentar detectar cualquier problema antes del nacimiento.

h) **Ultrasonido de Útero Grávido, Examen de Seguimiento.**- Utilizado para hacer seguimiento a un problema específico, principalmente evalúa crecimiento fetal y cantidad de líquido amniótico.

i) **Ultrasonido de Útero Grávido, Vía Transvaginal.**- En una ecografía transvaginal, se inserta un pequeño transductor de ultrasonido más pequeño dentro de la vagina, el cual se coloca contra la parte posterior de la misma para crear la imagen.

MINISTERIO DE SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD DE LAS PERSONAS
OFICINA GENERAL DE PLANEAMIENTO Y PRESUPUESTO

j) **Perfil Biofisico Fetal, sin Test No Estresante.**- El Perfil Biofísico Fetal es una prueba que se realiza con la ayuda del ultrasonido y el monitor cardíaco fetal, mediante la cual se estudia el bienestar del feto dentro del útero, durante los movimientos fetales.

k) **Perfil Biofisico Fetal, con Test No Estresante.**- El Perfil Biofísico Fetal es una prueba que se realiza con la ayuda del ultrasonido y el monitor cardíaco fetal, mediante la cual se estudia el bienestar del feto dentro del útero. Tiene cinco componentes, cada uno con un valor de 0 o 2 puntos, que al final son sumados para obtener puntajes de 0, 2, 4, 6, 8 o 10 puntos. A menor puntuación peor pronóstico. Los componentes de la prueba son los siguientes:

- Monitoreo fetal no estresante, donde se estudia el ritmo cardíaco del feto.
- Movimientos fetales.
- Tono muscular del feto (viendo al feto extender los brazos o piernas y devolverlos hacia el cuerpo).
- Movimientos respiratorios fetales.
- La medida de la cantidad de líquido amniótico.

l) **Ecografía (obstétrica).**- La tarifa cubre los materiales e insumos utilizados para realizar el examen de ecografía (obstétrica), además cubre una fracción para el mantenimiento de equipos. Se reconoce hasta dos ecografías durante la atención de la gestación sin patología, y las que sean necesarias en caso contrario. En caso de ser transferido a otro establecimiento deberá adjuntarse los resultados.



A.M. Holgado S.



J. Caspedes M.



M. Scarsi H.



P. Mazzetti S.



Anexo 01

Fuentes consultadas

1. Información de costos de:

- Dirección de Salud del Callao.
- Dirección Regional de Salud de La Libertad.
- Dirección Regional de Salud de Ayacucho.
- Dirección Regional de Salud de Ancash.
- Dirección Regional de Salud de San Martín.
- Hospital San José del Callao.
- Hospital Rezola de Cañete.
- Hospital Maria Auxiliadora.
- Hospital Nacional Cayetano Heredia.
- Hospital Nacional Hipólito Unanue.
- Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé".
- Instituto de Salud del Niño.
- Instituto Materno Perinatal.
- Seguro Integral de Salud (SIS).

2. Estudios de costos estándares de procedimientos del Catálogo de Procedimientos Médicos y Estomatológicos del Ministerio de Salud (trabajo en DISA de la ciudad de Lima y establecimientos de diverso nivel de complejidad).

3. Costeo de procedimientos y paquetes del Ministerio de Salud.

4. Catálogo de Servicios Médicos y Estomatológicos del Ministerio de Salud.

5. Unidades Relativas de Valor del Catálogo de Servicios Médicos y Estomatológicos del Ministerio de Salud.

6. Planes de Beneficios (A y C) del Seguro Integral de Salud – SIS.

7. Lineamientos de Política Tarifaria del Sector Salud.



A.M. Holgado S.



J. Céspedes M.



V.I. Scarsi H.



P. Mazzetti S.

