



Huacho, 02 OCT. 2024

## Resolución Directoral

## VISTO:

El Memorando N° 1008 -2024-GRL-GRDS-DIRESA LIMA-OEPP y Proveído N° 037-2024-DIRESA LIMA-OEPP-OOCCI y el Informe Técnico N° 018-2024-GRL-GRDS-DIRESA LIMA OEPP/OOCCI/UFC, de fecha 12 de setiembre del 2024, suscrito por el Director Ejecutivo de Planeamiento y Presupuesto de la Dirección Regional de Salud Lima, remite para su aprobación de Tarifario de Procedimientos Médicos y Sanitarios PMyS del Segundo Nivel de Atención de la Unidad Ejecutora N° 401 Hospital de Huacho Huaura Oyon y Servicio Básico de Salud.

## CONSIDERANDO:

Que, los artículos 7° y 8° de la Constitución Política del Perú señalan que todos tienen derecho a la protección de su salud, la del medio familiar y de la comunidad, y que el estado determina la política nacional de salud, correspondiendo al Poder Ejecutivo normar y supervisar su aplicación, siendo responsable de diseñarla y conducirla en forma plural y descentralizadora para facilitar a todos, el acceso equitativo a los servicios de salud;

Que, mediante la Ley N° 29414, Ley que establece los derechos de la persona de los servicios de salud, se modificó la Ley General de Salud en cuanto al acceso a los servicios de salud, acceso a la información, se modificó la Ley General de Salud, atención y recuperación de salud; así como las incompatibilidades, limitaciones y prohibiciones y vulneración de los derechos en los servicios de salud;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 899-2019/MINSA, de fecha 27 de setiembre del 2019, se aprobó el documento técnico "Lineamientos de Política Tarifaria de Salud";

Que, mediante Resolución Ministerial N° 1032-2019/MINSA, que aprueba el documento técnico: "Metodología para la estimación de los costos estándar de procedimientos médicos o procedimientos sanitarios en las instituciones prestadoras de servicios de salud", se establece la metodología para la estimación de los costos de los procedimientos médicos o procedimientos sanitarios en las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPRESS), con la finalidad de contribuir con la mejora de gestión en el uso eficiente de los recursos públicos que son utilizados por las IPRESS para brindar servicios de salud a la población usuaria;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 1044-2020/MINSA, se aprobó la actualización del anexo N° 01: Listado de procedimientos médicos y sanitarios del sector salud del documento técnico "Catálogo de Procedimientos Médicos y Sanitarios del Sector Salud", aprobado con Resolución Ministerial N° 902-2017/MINSA;

Que, conforme a los literales d) del Reglamento de Organización y Funciones de la Dirección Regional de Salud Lima, aprobado mediante Ordenanza Regional N° 014-2008-CR-RL, la Oficina Ejecutiva de Planeamiento y Presupuesto tiene como funciones, entre otras, implantar y mantener la supervisión y evaluación de los costos y tarifas por servicios de salud en sus órganos desconcentrados;

Que, las tarifas de los procedimientos médicos para el tarifario del Segundo Nivel de Atención de la Unidad Ejecutora N° 401 Hospital Huacho Huaura Oyon y SBS, comprende un total de 110 Procedimientos Médicos y Sanitarios, las cuales están sustentadas bajo estructuras de costos, en marco de la metodología para la estimación de costos estándar de los procedimientos médicos o procedimientos sanitarios en las instituciones prestadoras de servicios de salud, aprobada con Resolución Ministerial N° 1032/MINSA;



N°	UPS/UPSS	CANTIDAD
1	CONSULTA EXTERNA	1
2	PATOLOGIA CLINICA	109

Que, el equipo de trabajo de cada Unidad Ejecutora de Salud, se encargará de validar las tarifas de los Tarifarios Institucionales de Procedimientos Médicos y Procedimientos Sanitarios, mediante Informe Técnico o Acta, para su posterior remisión a la DIRESA LIMA, a través de un expediente con Informe Técnico por la Oficina de Planeamiento y Presupuesto, y oficio firmado por el Director Ejecutivo de la Unidad Ejecutora, solicitando la aprobación.

Que, las tarifas de los procedimientos médicos de la Unidad Ejecutora N° 401 Hospital Huacho Huaura Oyon y SBS, están determinadas de acuerdo con los lineamientos de política tarifaria establecida por el Ministerio de Salud y de acuerdo a la normatividad vigente;

Que, con Informe Técnico N° 018-2024-GRL-GRDS-DIRESA LIMA-OEPP-OOCCI, con fecha 12 de setiembre del 2024, la Oficina de Organización, Costos y Cooperación Internacional de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento y Presupuesto remite para su aprobación el Tarifario de Procedimientos Médicos y Sanitarios PMyS del Segundo Nivel de Atención de la Unidad Ejecutora N° 401 Hospital Huacho Huaura Oyon y SBS, recomendando se emita el acto resolutorio de aprobación;

Con el visado del Director de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento y Presupuesto y del Director de la Oficina de Asesoría Jurídica de la Dirección Regional de Salud de Lima y , de conformidad con el Reglamento de Organización y Funciones de la DIRESA LIMA, aprobado por la Ordenanza Regional N° 014-2008-CR-RL; y, la Resolución Gerencial General Regional N° 183-2023-GRL-GGR, que designa al Director General de la Dirección Regional de Salud;

**SE RESUELVE:**

**ARTÍCULO PRIMERO. - APROBAR** el documento tarifario, "Tarifario de Procedimientos Médicos y Sanitarios de la Unidad Ejecutora N° 401 Hospital Huacho Huaura Oyon y Servicio Básicos de Salud, que comprende un total de 110 procedimientos médicos y sanitarios del Segundo Nivel de Atención, los cuales son definidos en el anexo que se adjunta y forma parte de la presente resolución.

**ARTÍCULO SEGUNDO. - ENCARGAR** a la Secretaria General, elabore los oficios y/o memorandos y notifique el presente acto resolutorio a los interesados y a las unidades orgánicas que correspondan a esta entidad, conforme al TUO de la ley N° 27444 "Ley de Procedimiento Administrativo General".

**ARTÍCULO TERCERO. - DISPONER** a la Oficina de Estadística, Informática y Telecomunicaciones de la Dirección Ejecutiva de Inteligencia Sanitaria de la Dirección Regional de Salud Lima, la publicación de la presente Resolución Directoral en el portal web institucional.

Regístrese y comuníquese.

GOBIERNO REGIONAL DE LIMA  
GERENCIA REGIONAL DE DESARROLLO SOCIAL  
DIRECCION REGIONAL DE SALUD DE LIMA

*José Guillermo Murales De la Cruz*

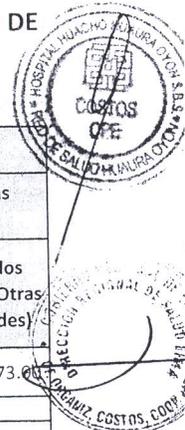
Dr. José Guillermo Murales De la Cruz  
CMP 4504 RNE 044095 RNA A0558  
DIRECTOR GENERAL

JGMC/FGM  
c.c. DIRECCIÓN GENERAL  
c.c. OAJ.  
c.c. HOSPITAL DE HUACHO –HUAURA-OYON Y SBS  
c.c. OEPP  
c.c. OEA  
CC. DESI  
CC. DEGCS  
CC. OOCCI  
c.c. Archivo



ANEXO I

LISTADO DE TARIFAS DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS Y SANITARIOS DEL SEGUNDO NIVEL DE ATENCION DE LA IPRESS HOSPITAL HUACHO HUAURA OYON Y SBS



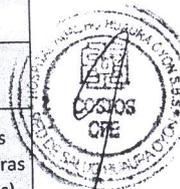
Departamento de Consultas Externas

N°	Código CPMS	Procedimiento	Tarifas Referenciales (Tr)	Tarifas Específicas			
				Población usuaria de los servicios de salud no adscrita a un seguro de salud	Venta de servicios - IAFAS y otras entidades		
					SIS	ESSALUD, FFAA, Policía	Privados (IAFAS/Otras entidades)
1	92553	Audiometría de tonos puros transmitidos por aire y hueso	56.41	56.00		56.00	73.00

Departamento de Patología y Anatomía Patológica

N°	Código CPMS	Procedimiento	Tarifas Referenciales (Tr)	Tarifas Específicas			
				Población usuaria de los servicios de salud no adscrita a un seguro de salud	Venta de servicios - IAFAS y otras entidades		
					SIS	ESSALUD, FFAA, Policía	Privados (IAFAS/Otras entidades)
1	80061	Perfil lipídico: colesterol, suero total (82465), medición directa de lipoproteína, colesterol de alta densidad (HDL) (83718) y triglicéridos (84478)	31.77	32.00		32.00	38.00
2	82020	Dosaje de ADA (Adenosinadeaminasa)	27.35	27.00		27.00	33.00
3	82043	Dosaje de Albúmina en orina, microalbúmina, cuantitativa	9.42	9.00		9.00	11.00
4	82150	Dosaje de Amilasa	13.59	14.00		14.00	16.00
5	82232	Dosaje de Beta-2-microglobulina	36.63	37.00		37.00	44.00
6	82247	Dosaje de Bilirrubina; total	9.88	10.00		10.00	12.00
7	82248	Dosaje de Bilirrubina; directa	9.88	10.00		10.00	12.00
8	82310	Dosaje de Calcio; total	13.48	13.00		13.00	16.00
9	82310.01	Calcio en orina 24 horas	12.53	13.00		13.00	15.00
10	82465	Dosaje de colesterol total en sangre completa o suero	13.39	13.00		13.00	16.00
11	82550	Dosaje de Creatina quinasa (CK), (CPK); total	21.26	21.00		21.00	26.00
12	82553	Dosaje de Creatina quinasa (CK), (CPK); fracción MB solamente	18.65	19.00		19.00	22.00
13	82565	Dosaje de creatinina en sangre	13.64	14.00		14.00	16.00
14	82575	Dosaje de Creatinina; depuración	22.80	23.00		23.00	27.00
15	82803.01	Dosaje de gases arteriales y electrolitos (dispositivo portátil)	38.04	38.00		38.00	46.00
16	82947	Dosaje de glucosa en sangre, cuantitativo (excepto cinta reactiva)	12.78	13.00		13.00	15.00
17	82950	Dosaje de Glucosa; después de una dosis de glucosa (incluye glucosa)	20.15	20.00		20.00	24.00
18	82951	Dosaje de Glucosa; prueba de tolerancia (GTT), tres muestras (incluye glucosa)	28.46	28.00		28.00	34.00
19	83615	Dosaje de Lactato deshidrogenasa (LD), (LDH)	16.74	17.00		17.00	20.00
20	83718	Determinación directa de lipoproteína de alta densidad (HDL colesterol)	23.46	23.00		23.00	28.00
21	84075	Dosaje de fosfatasa, alcalina	13.57	14.00		14.00	16.00
22	84100	Dosaje de Fosforo inorgánico (fosfato)	13.61	14.00		14.00	16.00
23	84105	Dosaje de Fosforo inorgánico (fosfato); en orina	13.61	14.00		14.00	16.00
24	84155.01	Proteínas totales y fraccionadas	14.24	14.00		14.00	17.00
25	84180	Proteinuria de 24 horas	13.52	14.00		14.00	16.00
26	84450	Aspartato amino transferasa (AST) (SGOT)	13.59	14.00		14.00	16.00
27	84460	Transferasa; amino alanina (ALT) (SGPT)	13.59	14.00		14.00	16.00
28	84478	Triglicéridos	17.04	17.00		17.00	20.00
29	84520	Nitrogeno ureico; cuantitativo	13.09	13.00		13.00	16.00
30	84550	Ácido úrico; en sangre	13.54	14.00		14.00	16.00
31	84560.01	Ácido úrico en orina 24 horas	13.47	13.00		13.00	16.00
32	85380	Medición de los productos de la degradación del fibrina, dimero D, ultrasensible (p.ej. Evaluación por tromboembolismo venoso), cualitativo o semicuantitativo	52.20	52.00		52.00	63.00
33	86140	Proteína C-reactiva	14.92	15.00		15.00	18.00

N°	Código CPMS	Procedimiento	Tarifas Referenciales (Tr)	Tarifas Específicas			
				Población usuaria de los servicios de salud no adscrita a un seguro de salud	Venta de servicios - IAFAS y otras entidades		
					SIS	ESSALUD, FFAA, Policía	Privados (IAFAS/Otras entidades)
34	81003	Análisis de orina por tira de análisis o reactivo en tableta, para bilirrubina, glucosa, hemoglobina, cetonas, leucocitos, nitrato, pH, proteínas, gravedad específica, urobilinogeno, cualquier número de estos componentes; automatizado, sin microscopía	14.57	15.00		15.00	17.00
35	87040.01	Hemocultivo con MIC	38.21	38.00		38.00	46.00
36	87045	Cultivo bacterial, en heces, aerobico, con aislamiento e examen preliminar (pej: KIA, LIA) de especies de Salmonella y Shiguelia	36.83	37.00		37.00	44.00
37	87070	Cultivo bacterial, en cualquier fuente excepto orina, sangre o heces, con aislamiento e Identificación presuntativa de cepas	36.69	37.00		37.00	44.00
38	87088	Urocultivo con aislamiento e Identificación presuntiva de cada aislamiento	36.94	37.00		37.00	44.00
39	87101	Cultivo de hongos (espora o levadura), aislamiento (con o sin Identificación presuntiva); piel, pelo o uñas	35.25	35.00		35.00	42.00
40	87162	Cultivo de secreciones (faríngea, uretral, vaginal, esputo, heridas, otros)	39.95	40.00		40.00	48.00
41	87163	Cultivo de líquidos corporales (LCR, pleural, ascítico, pericárdico, amniótico, otros)	40.78	41.00		41.00	49.00
42	87177	Examen de frotis directo y de concentración para Identificación de huevos y parásitos	10.65	11.00		11.00	13.00
43	87178	Test de Graham	9.71	10.00		10.00	12.00
44	87179	Examen coprológico funcional	25.84	26.00		26.00	31.00
45	87205	Frotis de fuente primaria con interpretación, con coloración Gram o Giemsa o Wright para bacterias, hongos o tipos de células	14.05	14.00		14.00	17.00
46	87211	Parasitológico - sedimentación en copa	17.40	17.00		17.00	21.00
47	87220	Examen con KOH de muestras de la piel, pelo, o uñas para hongos, huevos de ectoparásito o ácaros (pej: sarna)	10.39	10.00		10.00	12.00
48	87340	Detección de antígenos de agente infeccioso mediante técnica de inmunoensayo enzimático, cualitativo o semicuantitativo, método de varios pasos; hepatitis B - antígeno de superficie (HBsAg)	31.71	32.00		32.00	38.00
49	89055	Evaluación de leucocitos, en heces, cualitativo o semicuantitativo	12.78	13.00		13.00	15.00
50	89060.01	Test de Fern (prueba de hehecho)	13.06	13.00		13.00	16.00
51	91055.01	Citología de Espudo	20.26	20.00		20.00	24.00
52	81025	Prueba de embarazo en orina, por el método de comparación visual de color	10.65	11.00		11.00	13.00
53	82270	Determinación cualitativa de sangre oculta en heces por actividad peroxidasa (prueba de guayacol); con muestras recolectadas consecutivamente para medición única, como parte de tamizaje de neoplasia colorrectal (se le provee al usuario de salud de tres recipientes para Rectolección consecutiva)	15.14	15.00		15.00	18.00
54	82378	Dosaje de Antígeno carcinoembrionario (CEA)	35.50	36.00		36.00	43.00
55	82607	Dosaje de Cianocobalamina (vitamina B-12)	40.50	41.00		41.00	49.00
56	82728	Dosaje de Ferritina	43.40	43.00		43.00	52.00
57	82746	Dosaje de Acido fólico; sérico	42.66	43.00		43.00	51.00
58	83001	Dosaje de Gonadotropina; hormona foliculoestimulante (FSH)	37.60	38.00		38.00	45.00
59	83002	Dosaje de Gonadotropina; hormona luteinizante (LH)	37.60	38.00		38.00	45.00
60	83036	Dosaje de hemoglobina; glucosilada (A1C)	35.10	35.00		35.00	42.00
61	83525	Dosaje de Insulina; total	40.55	41.00		41.00	49.00
62	84146	Dosaje de Prolactina	37.60	38.00		38.00	45.00
63	84152	Dosaje de Antígeno prostático específico (PSA); complejos (medición directa)	33.23	33.00		33.00	40.00
64	84439	Tiroxina; libre	32.87	33.00		33.00	39.00
65	84443	Hormona estimulante de la tiroides (TSH)	30.11	30.00		30.00	36.00
66	84512	Troponina, cualitativa	32.79	33.00		33.00	39.00
67	84702	Gonadotropina corionica (hCG); cuantitativa	31.50	31.00		31.00	38.00
68	84703	Gonadotropina corionica (hCG); cualitativa	13.93	14.00		14.00	17.00
69	85378	Medición de los productos de la degradación del fibrina, dimero D, cualitativo o semicuantitativo	48.34	48.00		48.00	58.00



N°	Código CPMS	Procedimiento	Tarifas Referenciales (Tr)	Tarifas Específicas			
				Población usuaria de los servicios de salud no adscrita a un seguro de salud	Venta de servicios - IAFAS y otras entidades		
					SIS	ESSALUD, FFAA, Policía	Privados (IAFAS/Otras entidades)
70	86008	Estudio de Brucella: Aglutinaciones, bloqueadores	12.23	12.00		12.00	15.00
71	86009	Estudio de Brucella: Rosa de bengala	13.05	13.00		13.00	16.00
72	86060	Antiestreptolisina O; título	13.89	14.00		14.00	17.00
73	86141	Medicion de proteína C-reactiva de alta sensibilidad	21.71	22.00		22.00	26.00
74	86406	Aglutinacion de partículas; título, cada anticuerpo	16.94	17.00		17.00	20.00
75	86431	Factor reumatoideo; cuantitativo	17.36	17.00		17.00	21.00
76	86687	Anticuerpos; HTLV-I	32.64	33.00		33.00	39.00
77	86780	Detección de Anticuerpo; Treponema pallidum	26.91	27.00		27.00	32.00
78	86703	Detección de anticuerpos HIV 1-2	30.09	30.00		30.00	36.00
79	86704	Detección de anticuerpo contra el antígeno de la nucleocápside de la hepatitis B (HBcAb); total	35.33	35.00		35.00	42.00
80	86706	Anticuerpo contra el antígeno de superficie de la hepatitis B (HBsAb)	26.96	27.00		27.00	32.00
81	87445	Chagas ELISA	33.57	34.00		34.00	40.00
82	86790.01	Anticuerpo contra; dengue	32.52	33.00		33.00	39.00
83	86803	Detección de anticuerpos hepatitis C	35.88	36.00		36.00	43.00
84	86880	Prueba de antiglobulina humana (prueba de Coombs); directa, cada antisuero	17.57	18.00		18.00	21.00
85	86886	Prueba de antiglobulina humana (prueba de Coombs); indirecta, cada título de anticuerpo	17.49	17.00		17.00	21.00
86	86592	Prueba de sífilis; anticuerpo no treponémico; cualitativo (p ej VDRL, RPR, ART)	14.63	15.00		15.00	18.00
87	85002	Tiempo de sangría	4.93	5.00		5.00	6.00
88	85007	Frotis de sangre con examen microscopico con formula diferencial manual de leucocitos	18.14	18.00		18.00	22.00
89	85013	Microhematocrito por centrifugacion	11.58	12.00		12.00	14.00
90	85018	Hemoglobina	17.22	17.00		17.00	21.00
91	85023	hemograma y recuento de plaquetas automatizados, y recuento manual diferencial de leucocitos (CBC)	20.00	20.00		20.00	24.00
92	85031	Hemograma completo, 3ra generacion (Nº, Formula, Hb, Hto, Constantes corpusculares, Plaquetas)	20.00	20.00		20.00	24.00
93	85044	Recuento manual de reticulocitos	13.04	13.00		13.00	16.00
94	85049	Recuento automatizado de plaquetas	17.20	17.00		17.00	21.00
95	85060	Extendido de sangre periférica, interpretación e informe escrito por médico	21.93	22.00		22.00	26.00
96	85345	Tiempo de coagulación; Lee y White	11.86	12.00		12.00	14.00
97	85384	Medicion de actividad de fibrinogeno	17.45	17.00		17.00	21.00
98	85590	Recuento de plaquetas	14.59	15.00		15.00	18.00
99	85599	Detección de Celulas LE	20.71	21.00		21.00	25.00
100	85610	Tiempo de protrombina	15.72	16.00		16.00	19.00
101	85652	Velocidad de sedimentacion de eritrocitos; automatizada	15.54	16.00		16.00	19.00
102	85730	Tiempo de tromboplastina parcial (PTT); en plasma o sangre entera	17.53	18.00		18.00	21.00
103	86906	Tipificacion de sangre; fenotipificacion Rh, completa	12.28	12.00		12.00	15.00
104	89051	Recuento celular en líquidos corporales varios (p. ej. líquido cefalorraquídeo, líquido de articulaciones), excepto sangre; con recuento diferencial	20.20	20.00		20.00	24.00
105	89320	Análisis de semen; completo (volumen, recuento, motilidad y diferencial)	20.51	21.00		21.00	25.00
106	86985.04	Paquete Globular fraccionado	277.78	278.00		278.00	306.00
107	86989	Plasma Fresco Congelado - Reparación y conservacion de plasma	25.75	26.00		26.00	31.00
108	86990	Concentrado de Plaquetas - Reparación y conservacion de plaquetas	27.51	28.00		28.00	33.00
109	86922	Prueba de compatibilidad para cada unidad; técnica de antiglobulina	15.28	15.00		15.00	18.00

GOBIERNO REGIONAL DE LIMA  
HOSPITAL HUACHO HUAURA OVON Y S.B.S.  
Econ. ADRIANA DENISSA CHACON SALAMANMUD  
JEFA DEL AREA DE COSTOS DE LA  
OFICINA DE PLANEAMIENTO ESTRATEGICO

