



Resolución Ministerial

Lima, 28 de ABRIL del 2026

Visto, el Expediente N° DM-GAAD20260000209, que contiene el Memorandum N° D001432-2026-OGPPM-MINSA de la Oficina General de Planeamiento, Presupuesto y Modernización y el Informe N° D000440-2026-OGAJ-MINSA emitido por la Oficina General de Asesoría Jurídica; y,

CONSIDERANDO:

Que, los numerales I, II y VI del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, establecen que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo; que la protección de la salud es de interés público, por tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla; y, que es de interés público la provisión de servicios de salud, cualquiera sea la persona o institución que los provea, así como es responsabilidad del Estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad;

Que, el artículo 123 de la citada Ley N° 26842, determina que el Ministerio de Salud es la Autoridad de Salud de nivel nacional, que como organismo del Poder Ejecutivo tiene a su cargo la formulación, dirección y gestión de la política de salud y actúa como la máxima autoridad normativa en materia de salud;

Que, el artículo 4 del Decreto Legislativo N° 1161, Decreto Legislativo que aprueba la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud (LOF del MINSA), establece que el Sector Salud, está conformado por el Ministerio de Salud, como organismo rector, las entidades adscritas a él y aquellas instituciones públicas y privadas de nivel nacional, regional y local, y personas naturales que realizan actividades vinculadas a las competencias establecidas en la presente Ley, y que tienen impacto directo o indirecto en la salud, individual o colectiva;

Que, asimismo, el acápite 4-A2 del artículo 4-A del LOF del MINSA precisa que el Ministerio de Salud, ente rector del Sistema Nacional de Salud, y dentro del ámbito de sus competencias, determina la política, regula y supervisa la prestación de los servicios de salud, a nivel nacional, en las siguientes instituciones: Essalud, Sanidad de la Policía Nacional del Perú, Sanidad de las Fuerzas Armadas, instituciones de salud del gobierno nacional y de los gobiernos regionales y locales, y demás instituciones públicas, privadas y público-privadas;



Que, los literales a) y b) del artículo 5 del LOF del MINSA señalan que son funciones rectoras del Ministerio de Salud conducir, regular y supervisar el Sistema Nacional de Salud; y, formular, planear, dirigir, coordinar, ejecutar, supervisar y evaluar la política nacional y sectorial de promoción de la salud, vigilancia, prevención y control de las enfermedades, recuperación, rehabilitación en salud, tecnologías en salud y buenas prácticas en salud, bajo su competencia, aplicable a todos los niveles del gobierno;

Que, el artículo 1 de la Ley N° 29230, Ley que impulsa la inversión pública regional y local con participación del sector privado, indica que el objetivo de la referida Ley es impulsar la ejecución de proyectos de inversión pública de impacto regional y local, inversiones de optimización, de ampliación marginal, de reposición y de rehabilitación (IOARR), las IOARR de Estado de Emergencia Nacional y el mantenimiento de infraestructura que hubiera sido ejecutada bajo la presente Ley u otra modalidad, con la participación del sector privado, mediante la suscripción de convenios con los gobiernos regionales y/o locales;

Que, al respecto, la Vigésimo Quinta Disposición Complementaria y Final de la indicada Ley N° 29230, autoriza a las entidades públicas del Gobierno Nacional, del gobierno local, del gobierno regional y a las universidades públicas para gestionar y ejecutar servicios en materia de salud, saneamiento y educación en zonas rurales o de frontera, o de emergencia, mediante los procedimientos establecidos en la precitada Ley y su Reglamento; asimismo, señala que para efectos de la aplicación de la referida disposición, se entiende como servicios a todas aquellas actividades que no constituyen inversión, operación o mantenimiento, pero que resultan necesarias para garantizar la atención oportuna de las necesidades de los beneficiarios en las materias antes mencionadas, precisando que los sectores responsables funcionalmente de las materias señaladas aprueban, mediante acto resolutivo, el listado de servicios que pueden ser gestionados en el marco de la invocada disposición;

Que, por su parte, el numeral 26.1 del artículo 26 del Reglamento de la Ley N° 29230, aprobado por Decreto Supremo N° 038-2026-EF, prescribe que las Entidades Públicas pueden priorizar y ejecutar servicios que resulten necesarios para garantizar la atención oportuna de las necesidades de los beneficiarios en zonas rurales, de frontera o de emergencia, mediante los procedimientos establecidos en la citada Ley y en el precitado Reglamento en las siguientes materias: i) Salud, ii) Educación y iii) Saneamiento;

Que, aunado a lo anterior, el numeral 26.5 del artículo 26 del Reglamento de la Ley N° 29230 establece que los servicios que son financiados con recursos del presupuesto institucional deben estar considerados en el Cuadro Multianual de Necesidades aprobado o, en su defecto, deben ser incluidos a través de modificaciones, conforme a las disposiciones de la Directiva de Programación Multianual de Bienes, Servicios y Obras del Sistema Nacional de Abastecimiento;

Que, de otro lado, el numeral 27.1 del artículo 27 del Reglamento de la Ley N° 29230 señala que, previo a la inclusión en el Cuadro Multianual de Necesidades en el marco de la Programación Multianual de Bienes, Servicios y Obras, los servicios señalados en el numeral 26.1 del artículo 26 del citado Reglamento, la Entidad verifica que el Servicio se encuentra alineado al listado de servicios de salud, educación, saneamiento en zonas rurales o de frontera o de emergencia, aprobado por el titular del sector o a quien se le haya delegado tal función, según corresponda. Asimismo, indica que la lista incluye un contenido mínimo para cada caso, precisando que el Ministerio de Salud, el Ministerio de Educación y el Ministerio de Vivienda Construcción y Saneamiento aprueban la lista y su contenido mínimo dentro del plazo de treinta (30) días hábiles desde la entrada en vigencia del Reglamento y puede ser actualizada al inicio de cada año;





Resolución Ministerial

Lima, 28 de ABRIL del 2026



J. NIÑO

Que, conforme a lo señalado en el numeral 27.2 del artículo 27 antes referido, la lista y su contenido mínimo debe ser remitida a la Agencia de Promoción de la Inversión Privada (PROINVERSIÓN) para su publicación, dentro de los tres (3) días hábiles siguientes de su aprobación;



H. REBAZA

Que, el literal e) del artículo 30 del Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud (ROF del MINSA), aprobado por Decreto Supremo N° 008-2017-SA, establece que es función de la Oficina de Planeamiento y Estudios Económicos de la Oficina General de Planeamiento, Presupuesto y Modernización el formular y definir la priorización de los objetivos, metas, estrategias y programas sectoriales e institucionales, sobre la base de diagnósticos y estudios realizados e Información estadística en salud, en el marco de sus funciones;



A. ERAZO

Que, mediante Memorándum N° D001432-2026-OGPPM-MINSA la Oficina General de Planeamiento, Presupuesto y Modernización remite el Informe N° D000089-2026-OGPPM-OPEE-MINSA, a través del cual la Oficina de Planeamiento y Estudios Económicos remite la lista de servicios de salud priorizados en zonas rurales, de frontera o de emergencia, en el marco de lo dispuesto en el artículo 27 del Reglamento de la Ley N° 29230, a fin que se continúe con el trámite respectivo para su aprobación. Cabe señalar que, de conformidad al Memorándum N° D000545-2026-DVMSP-MINSA y Proveído N° D018356-2026-SG-MINSA, el Despacho Viceministerial de Salud Pública y la Secretaría General solicitaron atender la aprobación de los citados servicios, acción recaída sobre la base de los fundamentos expuestos por la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública y la Oficina General de Tecnologías de la Información por intermedio de la Nota Informativa N° D001043-2026-DGIESP-MINSA y Nota Informativa N° D000456-2026-OGTI-MINSA, respectivamente;



S. OCHOA

Con el visado de la Oficina General de Planeamiento, Presupuesto y Modernización, de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública, de la Oficina General de Tecnologías de la Información, de la Oficina General de Asesoría Jurídica, de la Secretaría General y del Despacho Viceministerial de Salud Pública; y,



C. VILA



M. MARAVI

De conformidad con lo dispuesto en la Ley N° 29230, Ley que impulsa la inversión pública regional y local con participación del sector privado; el Decreto Legislativo N° 1161, Decreto Legislativo que aprueba la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud; el Decreto Supremo N° 038-2026-EF que aprueba el Reglamento de la Ley N° 29230; y, el Decreto Supremo N° 008-2017-SA que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud;



J. NIÑO



H. REBAZA



A. ERAZO

SE RESUELVE:

Artículo 1.- Aprobar la lista de servicios de salud priorizados en zonas rurales, de frontera o de emergencia, en el marco de lo dispuesto en el artículo 27 del Reglamento de la Ley N° 29230, aprobado por Decreto Supremo N° 038-2026-EF, que como anexo forma parte integrante de la presente Resolución Ministerial.

Artículo 2.- Dentro de los tres (3) días hábiles siguientes de aprobada la presente Resolución Ministerial, remitir la misma y su anexo a la Agencia de Promoción de la Inversión Privada (PROINVERSIÓN), de conformidad a lo dispuesto en el numeral 27.2 del artículo 27 del Reglamento de la Ley N° 29230, aprobado por Decreto Supremo N° 038-2026-EF.



J.F. OCEDA

Artículo 3.- Encargar a la Oficina de Transparencia y Anticorrupción de la Secretaría General la publicación de la presente Resolución Ministerial y su anexo en la sede digital del Ministerio de Salud (www.minsa.gob.pe).

Regístrese y comuníquese.



C. VILA



M. MARAVI


JUAN CARLOS VELASCO GUERRERO
Ministro de Salud





PERÚ

Ministerio
de Salud

ANEXO

1	FT Sxl-2026-001-SA. Atención integral del niño, adolescente y gestante para la prevención y control de la anemia y la malnutrición
2	FT Sxl-2026-002-SA. Atención en Salud y Nutrición para la Prevención y Control de Anemia y Malnutrición
3	FT Sxl-2026-003-SA. Atención nutricional en el niño, adolescente y gestante para la prevención y control de la anemia y la malnutrición
4	FT Sxl-2026-004-SA. Servicio de traslado y alojamiento oportuno de pacientes oncológicos afiliados a la Unidad Ejecutora SIS para atención externa en establecimientos de mayor capacidad resolutive
5	FT Sxl-2026-005-SA. Nebulización espacial en viviendas en situaciones de brotes o epidemias por arbovirosis
6	FT Sxl-2026-006-SA. Implementación de unidades de observación para pacientes febriles (UF) en Establecimientos de Salud I-2 a I-4, II-1 y II-2
7	FT Sxl-2026-007-SA. Acondicionamiento de una Unidad de Vigilancia Clínica (UVICLIN) en Establecimientos de Salud I-4, II-1, II-2 y III-1
8	FT Sxl-2026-008-SA. Atención de pacientes con Síndrome Febril en las Unidades de observación para pacientes febriles (UF) en Establecimientos de Salud I-2 a I-4, II-1 y II-2
9	FT Sxl-2026-009-SA. Atención de Pacientes con Dengue en Unidades de Vigilancia Clínica (UVICLIN) en Establecimientos de Salud I-4, II-1, II-2 y III-1
10	FT Sxl-2026-010-SA. Servicio de Laboratorio para determinar la causa de los síndromes febriles
11	FT Sxl-2026-011-SA. Servicio de mamografía móvil para la detección temprana del cáncer de mama
12	FT Sxl-2026-012-SA. Servicio de traslado asistido a gestantes y neonatos en riesgo de zonas rurales, de frontera y dispersas priorizadas
13	FT Sxl-2026-013-SA. Atención integral itinerante para la reducción de la morbilidad materno-infantil en zonas rurales y de frontera, con pertinencia cultural
14	FT Sxl-2026-014-SA. Atención integral con salud digital y pertinencia cultural en favor de personas residentes en zonas de frontera





**FICHA TÉCNICA DE CONTENIDOS MÍNIMOS DE SERVICIOS POR IMPUESTOS
(Decreto Supremo N° 038-2026-EF)**

CÓDIGO	FT SxI-2026-001-SA	
DENOMINACIÓN DEL SERVICIO	Atención integral del niño, adolescente y gestante para la prevención y control de la anemia y la malnutrición.	
I. DIAGNÓSTICO		
1.1 Identificación del problema	<p>Miles de peruanos no acceden a servicios básicos de salud, a pesar de que más del 99 % estén afiliados a un seguro médico. Aumentar la cantidad de personas con seguros o construir más centros de atención no es suficiente; es imperativo que la red actual de centros de salud garantice la calidad y disponibilidad de atención¹.</p> <p>De acuerdo con el INFORHUS a diciembre del 2025, se cuenta con 872 profesionales nutricionistas en el primer nivel de atención, conformado por aproximadamente 8,639 establecimientos de salud.</p> <p>La situación nutricional evidencia la presencia de anemia en niños de 6 a 35 meses, desnutrición crónica en menores de 5 años, así como sobrepeso y obesidad en adolescentes, además de anemia en gestantes. Estos problemas se ven agravados por condiciones de pobreza, inseguridad alimentaria, limitado acceso a servicios básicos y la dispersión geográfica.</p> <p>Esta situación incrementa la vulnerabilidad de los niños, las adolescentes y gestantes a las enfermedades o al manejo insuficiente o inexistente de las mismas, que constituyen factores causales para anemia y los desórdenes de malnutrición, incluida la desnutrición crónica infantil, el crecimiento inadecuado, el sobrepeso y la obesidad, que a su vez afecta el desarrollo físico, cognitivo y social de la población objetivo.</p>	
1.2. Enunciado del problema	<p>Los niños, adolescentes y gestantes de las localidades cuyos establecimientos de salud no tienen un equipo multidisciplinario y no reciben de manera oportuna, continua e integral los servicios de prevención, detección temprana, atención, tratamiento, seguimiento y recuperación de la anemia y los desórdenes de malnutrición, incluida la desnutrición crónica infantil, el crecimiento inadecuado, el sobrepeso y la obesidad. Como consecuencia, los niños no acceden al monitoreo adecuado y oportuno de su crecimiento y presentan mayor riesgo de desnutrición crónica y anemia; las adolescentes se ven afectadas por anemia y otras formas de malnutrición y las gestantes no reciben el seguimiento necesario, lo que limita la detección oportuna de riesgos en salud y nutrición.</p>	
II. INFORMACIÓN DEL SERVICIO		
2.1 OBJETIVO DEL SERVICIO	Garantizar el acceso oportuno, continuo y de calidad a servicios integrales de salud y nutrición en niños, adolescentes mujeres	



¹ BANCO MUNDIAL. <https://blogs.worldbank.org/es/latinamerica/cobertura-salud-peru>



	<p>y gestantes que permita la prevención, detección temprana, tratamiento y seguimiento de la anemia y los desórdenes de malnutrición, contribuyendo a la mejora sostenible de los resultados sanitarios y nutricionales de la población en zonas rurales y fronterizas.</p>
<p>2.2 MARCO NORMATIVO</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Decreto Supremo N° 002-2024-SA, Decreto Supremo que aprueba el Plan Multisectorial para la Prevención y Reducción de la Anemia Materno Infantil en el Perú. Periodo 2024-2030. ▪ Resolución Ministerial N° 030-2020/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: Modelo de Cuidado Integral de Salud por Curso de Vida para la Persona, Familia y Comunidad (MCI). ▪ Resolución Ministerial N° 220-2021/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: Manual de Implementación del Modelo de Cuidado Integral de Salud por Curso de Vida para la Persona, Familia y Comunidad (MCI). ▪ Resolución Ministerial N° 251-2024/MINSA, que aprueba la NTS N° 213-MINSA/DGIESP-2024, Norma Técnica de Salud: Prevención y control de la anemia por deficiencia de hierro en el niño y la niña, adolescentes, mujeres en edad fértil, gestantes y puérperas. ▪ Resolución Ministerial N° 682-2025/MINSA, que aprueba la NTS N° 238-MINSA/DGIESP-2025, Norma Técnica de Salud para el control de crecimiento y desarrollo del niño.
<p>2.3 DEFINICIÓN OPERACIONAL DEL SERVICIO</p>	<p>El servicio de atención integral del niño, adolescente y gestante para la prevención y control de la anemia y malnutrición comprende la entrega de un paquete básico de atenciones a través de la oferta móvil, que comprende:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La/el nutricionista realizará: <ul style="list-style-type: none"> - Valoración antropométrica y nutricional del niño y gestante - Medición de Hemoglobina - Atención Nutricional - Seguimiento de los niños y gestantes con suplementación y/o con problemas de malnutrición - Sesiones demostrativas de preparación de alimentos a niños menores de 23 meses y gestantes. 2. El médico realizará: <ul style="list-style-type: none"> - Atención médica general - Inicio de suplementación preventiva y tratamiento de anemia en niños, adolescentes y gestantes; según corresponda. - Seguimiento de los niños, adolescentes y gestantes con anemia, - Identificación de otros riesgos en el niño y gestante para la referencia oportuna al EESS más cercano. 3. La enfermera realizará: <ul style="list-style-type: none"> - Triage, toma de signos vitales - Administración de medicamentos, curaciones - Tamizajes de VIH y glucosa - Control de CRED de acuerdo a normatividad vigente. - Monitoreo del crecimiento y desarrollo e identificación de riesgos en el crecimiento.





- Vacunación de acuerdo a esquema nacional
 - Brinda educación sobre hábitos saludables, prevención de enfermedades y autocuidado.
4. La obstetra realizará:
- Atención obstétrica a las adolescentes y gestantes.
 - Consejería en planificación familiar y entrega de métodos anticonceptivos.
 - Detección de ITS
 - Monitoreo de la suplementación preventiva de la adolescente y gestante.
5. El técnico de enfermería realizará:
- Procedimientos de apoyo a los profesionales.

El servicio se entrega a través de oferta móvil en todos los centros poblados o comunidades rural y/o frontera que conforman el distrito demandante del servicio.

Este servicio es entregado por un equipo de profesionales de la salud: 1 médico, 1 nutricionista, 1 obstetra, 1 enfermera y 1 técnico de enfermería por cada 1000 habitantes que tenga el distrito.

El equipo de profesionales responsable del servicio realiza acciones estratégicas de coordinación con el gobierno local y el establecimiento de salud de la zona orientadas a favorecer la captación de la población, y con instituciones del territorio para promover la mayor participación de la población y que se cumpla la meta de atención.

El servicio se entrega en un espacio físico habilitado para la provisión de servicios cuando las condiciones geográficas o de desplazamiento de la población lo permite, como podrán ser el establecimiento de salud, centros comunales, centro de vigilancia comunitaria, comedores, instituciones educativas, entre otros que permita la atención de la población, también podrá ser entregado individualmente en el domicilio, cuando haya limitaciones para el desplazamiento.

La frecuencia mínima para la provisión de este servicio es mensual, es decir que los niños, adolescentes y gestantes de la localidad deben recibir al menos 12 atenciones en el año.

Los profesionales de la salud registran la información en los formatos de Historia Clínica, el HIS del Minsa y la FUA, en las herramientas tecnológicas de las que se disponen para tal fin.

2.4 RESULTADO	Mejora significativa y sostenible del estado de salud y nutrición de la población objetivo, evidenciada por la reducción de la prevalencia de anemia y malnutrición, así como por el incremento de la cobertura, la adherencia al tratamiento, el seguimiento y la continuidad del cuidado en el primer nivel de atención
2.5 UNIDAD DE MEDIDA	Persona atendida con el paquete integral de acuerdo a la edad y condición
2.6 META FÍSICA	Número de niños, adolescentes y gestantes atendidos que reciben las atenciones para la prevención y control de la anemia y malnutrición a través de la oferta móvil.





2.7 DENOMINACIÓN DEL INDICADOR	Porcentaje de niños, adolescentes y gestantes del ámbito priorizado que reciben el paquete de atención integral para la prevención y control de la anemia y desórdenes de la malnutrición.
2.8 CÁLCULO DEL INDICADOR	Indicador = (Número de niños, adolescentes y gestantes del ámbito priorizado que reciben el paquete integral / Total de niños, adolescentes y gestantes programados en la población objetivo del ámbito priorizado) x 100.
2.9 FUENTE DE DATOS	HIS-MINSA
2.10 META DEL INDICADOR	Meta referencial del indicador: Lograr una cobertura igual o mayor al 80% de la población objetivo priorizada durante el periodo de intervención
2.11 LÍNEA DE BASE DEL INDICADOR	<p>Línea de base referencial: 53% de niños menores de 1 año que reciben paquete de atención integral para reducción de anemia y desnutrición 41% de niños con anemia que completan tratamiento y alcanzan la recuperación 29.3% de niños menores de 3 años con crecimiento inadecuado que presentan mejora tras seguimiento realizado. Fuente HIS MINSA</p>
2.12 INSUMOS	<p>Recursos humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Médico - Nutricionista - Enfermera - Obstetra - Técnico(a) de enfermería <p>Medicamentos y suplementos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Suplementos de hierro en gotas, jarabe, pastillas. - Tiras reactivas para bacteriuria. - Pruebas rápidas de Sífilis VIH. <p>Equipos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Estetoscopio de adulto - Estetoscopio pediátrico - Termómetro - Tensiómetro de adulto - Glucómetro - Equipo de atención de parto - Tallímetro de madera móvil - Una balanza digital madre/niño - Una cintra métrica flexible, no elástica y de fibra de vidrio (medición perímetro abdominal) - Hemoglobímetro portátil (debe cumplir con las especificaciones técnicas establecidas en las fichas de homologación vigentes aprobadas por el Ministerio de Salud) <p>Materiales e insumos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Microcubetas compatibles con el hemoglobímetro - Lancetas descartables de tres niveles de profundidad - Insumos médicos (gasa, algodón, alcohol, guantes descartables, campos) - Bata y gorro descartable





	<ul style="list-style-type: none"> - Pack de alimentos e insumos para sesión demostrativa de preparación de alimentos para niños - Pack de alimentos e insumos para sesión demostrativa de preparación de alimentos para gestantes - Material educativo nutricional - Tablets para el registro digital en campo <p>Recursos operativos: Material educativo, kits para consejería y sesiones demostrativas, transporte para acciones extramurales, conectividad y formatos de registro. Recursos para el desplazamiento terrestre, fluvial, marítimo o aéreo según corresponda el distrito del equipo de profesionales que brindan el servicio. Alimentación y hospedaje de los profesionales de la salud que brindan el servicio.</p>
III. ÁMBITO TERRITORIAL:	
3.1 CRITERIOS DE PRIORIZACIÓN:	<p>Distritos rurales y zonas fronterizas.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alta Prevalencia de la anemia en niños de 6-35 meses en zona rural. - Acceso geográfico limitado a los servicios públicos, especialmente en salud. - Localidades cuyos establecimientos de salud tienen únicamente profesional de enfermería o personal técnico. - Localidades con alta dispersión geográfica y/o dispersión poblacional que dificultan la provisión de servicios.
3.2 DEPARTAMENTO	
3.3 PROVINCIA	
3.4 DISTRITO	
3.5 LOCALIDAD	Localidades adscritas a los distritos priorizados, definidas en la programación territorial del servicio.
3.6 RIS	RIS, redes o microredes de salud que tienen distritos rurales dentro de su jurisdicción.
3.7 ESTABLECIMIENTO DE SALUD	IPRESS del primer nivel de atención, establecimientos de apoyo y oferta móvil o telesalud de la red prestadora priorizada.
IV. ALINEAMIENTO ESTRATÉGICO DEL SERVICIO	
4.1 PNMS	<p>OBJETIVO PRIORITARIO 1: Mejorar los hábitos, conductas y estilos de vida saludables</p> <p>Contribución: Reduce la morbilidad y mortalidad prematura por enfermedades crónicas (diabetes, hipertensión) y transmisibles mediante la promoción de factores protectores como la lactancia materna, el lavado de manos y la alimentación saludable.</p>
4.2 PESEM	La reducción de la morbilidad y mortalidad en el Perú se vincula directamente con el Objetivo Estratégico Sectorial 01 (OES 01) del Plan Estratégico Sectorial Multianual (PESEM) 2024-2030 del Sector Salud
V. SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN	
5.1 SEGUIMIENTO DE LA EJECUCIÓN DEL SERVICIO	El seguimiento de la ejecución del servicio se realizará en base a los reportes del registro HIS.





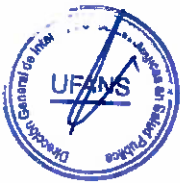
	El responsable de atención integral de la MICRORED coordinará con el alcalde del distrito para verificar la entrega de los servicios.
5.2 SUPERVISIÓN	La Microred incorpora la supervisión del equipo de profesionales que brinda el servicio en su programación de supervisiones en campo.
VI. RESPONSABLES	
6.1 RESPONSABLE TÉCNICO	Ministerio de Salud, a través de la unidad de organización técnica competente en salud pública y nutrición: UFANS. GERESA/DIRESA/DIRIS/RIS/UE o la instancia territorial que haga sus veces: Responsable de adecuar, implementar, programar, monitorear y supervisar el servicio en su jurisdicción, así como de consolidar metas, indicadores y abastecimiento.
6.2 RESPONSABLE TERRITORIAL	Gobierno local, provincial y regional
6.3 RESPONSABLE DE BRINDAR EL SERVICIO	El Gobierno local es responsable de la provisión del servicio a través de los proveedores correspondientes. El establecimiento de salud contribuye con la articulación a fin de promover la demanda de los servicios y la capacitación de la población.





FICHA TÉCNICA DE CONTENIDOS MÍNIMOS DE SERVICIOS POR IMPUESTOS
(Decreto Supremo N° 038-2026-EF)

CÓDIGO	FT Sxl-2026 -002- SA
DENOMINACIÓN DEL SERVICIO	Atención en Salud y Nutrición para la Prevención y Control de Anemia y Malnutrición
I. DIAGNÓSTICO	
1.1 Identificación del problema	<p>De acuerdo con el Banco Mundial en el Perú, el 52% de los centros de atención primaria del Ministerio de Salud y gobiernos regionales carece de médicos¹.</p> <p>Según INFORHUS a diciembre del 2025, se cuenta con 872 profesionales nutricionistas en el primer nivel de atención, conformado por 8639² establecimientos.</p> <p>En el ámbito rural persiste una elevada carga de anemia y malnutrición que afecta a niños, adolescentes y gestantes en un contexto marcado por pobreza, inseguridad alimentaria, limitado acceso a servicios básicos y alta dispersión geográfica.</p> <p>En el área rural, la anemia en niños de 6 a 35 meses alcanza el 44,7%, superando ampliamente el promedio nacional. De manera similar, la desnutrición crónica en menores de 5 años presenta un comportamiento preocupante, con una prevalencia de 20,9%³. Entre los adolescentes atendidos en establecimientos del MINSA, el 26,1% presenta sobrepeso u obesidad, mientras que el 17,3 % de las gestantes tiene anemia⁴.</p> <p>El acceso efectivo a los servicios continúa siendo insuficiente: sólo el 41% de los niños con anemia completa el tratamiento y recuperación (indicadores de desempeño 2025), y apenas el 29,3% de los menores de 3 años con crecimiento inadecuado mejora tras el seguimiento. En gestantes, el exceso de peso alcanza el 55,8% y la anemia el 15,7% durante el primer semestre de 2025.</p> <p>La limitada detección temprana y atención oportuna de los desórdenes nutricionales incrementa la vulnerabilidad de la población objetivo y contribuye a la persistencia de anemia, desnutrición crónica, crecimiento inadecuado, sobrepeso y obesidad, afectando su desarrollo físico, cognitivo y social.</p>
1.2. Enunciado del problema	<p>Los niños, adolescentes y gestantes que residen en localidades cuyos establecimientos de salud cuentan únicamente con personal de enfermería o técnico presentan un acceso limitado a servicios de atención médica y nutricional. Esta situación dificulta el manejo oportuno del tratamiento de la anemia y otros trastornos de malnutrición, afectando la adecuada recuperación y la posibilidad de realizar referencias oportunas cuando la etiología lo requiere.</p> <p>Como consecuencia, se incrementa el riesgo de problemas de malnutrición y anemia en los principales grupos priorizados: niños, adolescentes mujeres y gestantes.</p>



¹ BANCO MUNDIAL. <https://blogs.worldbank.org/es/latinamerica/cobertura-salud-peru>

² <https://www.minsa.gob.pe/reunis/?op=3&niv=4&tbl=1>

³ Encuesta Nacional Demográfica de salud ENDES 2024

⁴ SIEN-HIS MINSA 2025



II. INFORMACION DEL SERVICIO	
<p>2.1 OBJETIVO DEL SERVICIO</p>	<p>Incrementar el acceso oportuno, continuo y de calidad a servicios de salud y nutrición mediante un modelo móvil, orientado a la prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la anemia y malnutrición en niños, adolescentes mujeres y gestantes de zonas rurales y fronterizas.</p>
<p>2.2 MARCO NORMATIVO</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Decreto Supremo N° 237-2019-EF, Decreto Supremo que aprueba el Plan Nacional de Competitividad y Productividad. ▪ Decreto Supremo N° 002-2024-SA, Decreto Supremo que aprueba el Plan Multisectorial para la Prevención y Reducción de la Anemia Materno Infantil en el Perú. Periodo 2024-2030. ▪ Resolución Ministerial N° 827-2013/MINSA, que aprueba la Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Materna. ▪ Resolución Ministerial N° 325-2019/MINSA, que aprueba la Guía Técnica para la Valoración Nutricional Antropométrica de la Gestante. ▪ Resolución Ministerial N° 834-2019-MINSA, que aprueba la Directiva Sanitaria N° 086-MINSA-2019-DGIESP-V.01 "Directiva Sanitaria para la Implementación de la Visita Domiciliaria por parte del Personal de la Salud para la Prevención, Reducción y Control de la Anemia Materno Infantil y Desnutrición Crónica Infantil". ▪ Resolución Ministerial N° 967-2020/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: Guías Alimentarias para niñas y niños menores de 2 años de edad. ▪ Resolución Ministerial N° 251-2024/MINSA, que aprueba la NTS N° 213-MINSA/DGIESP-2024, Norma Técnica de Salud: Prevención y control de la anemia por deficiencia de hierro en el niño y la niña, adolescentes, mujeres en edad fértil, gestantes y puérperas. ▪ Resolución Ministerial N° 200-2025/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: "Sesiones Demostrativas de Preparación de Alimentos para Población Materno Infantil". ▪ Resolución Ministerial N° 664-2025/MINSA, que aprueba la NTS N° 235-MINSA/DIGTEL/2025, "Norma Técnica de Salud en Telesalud". ▪ Resolución Ministerial N° 682-2025/MINSA, que aprueba la NTS N° 238-MINSA/DGIESP-2025, Norma Técnica de Salud para el control de crecimiento y desarrollo del niño.
<p>2.3 DEFINICION OPERACIONAL DEL SERVICIO</p>	<p>El servicio de atención médica y nutricional para la prevención y control de la anemia y malnutrición comprende la entrega de un paquete básico de atenciones a través de la oferta móvil, que comprende:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. La/el nutricionista realizará: <ul style="list-style-type: none"> - Valoración antropométrica y nutricional del niño y gestante - Medición de Hemoglobina - Atención Nutricional - Seguimiento de los niños y gestantes con suplementación preventiva y/o con problemas de malnutrición - Sesiones demostrativas de preparación de alimentos a madres/cuidadoras de niños menores de 23 meses y gestantes. b. El médico realizará: <ul style="list-style-type: none"> - Atención médica general - Inicio de suplementación preventiva y tratamiento de anemia en niños, adolescentes y gestantes, según corresponda.





	<ul style="list-style-type: none"> - Seguimiento de los niños, adolescentes y gestantes con anemia - Identificación de otros riesgos en el niño, adolescente y gestante para la referencia oportuna al EESS más cercano o de mayor capacidad resolutive. <p>c. El técnico de enfermería realizará:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Procedimientos de apoyo a los profesionales. <p>La modalidad del servicio es “oferta móvil” brindado por un equipo (un médico, un nutricionista y un técnico de enfermería, se desplaza a los centros poblados y/o comunidades ubicadas en la zonas rural y fronteriza que necesitan atención de salud y nutrición y que, por razones de difícil acceso, dispersión geográfica u otros, el establecimiento de salud no desarrolla acciones de salud de forma regular o permanente.</p> <p>El equipo realiza acciones de coordinación con el gobierno local, el establecimiento de salud y otras instituciones del territorio, con el fin de organizar las intervenciones, facilitar la participación de la población en las acciones de promoción, prevención, recuperación de la salud en el territorio, desarrollando inclusive sinergia con otros actores a fin de ejercer algún tipo de control en las determinantes sociales.</p> <p>La prestación del servicio se desarrolla en espacios físicos habilitados para tal fin como: establecimientos de salud, centros comunales, centros de vigilancia comunitaria, comedores populares o instituciones educativas; siempre que las condiciones geográficas lo permitan. Cuando existan limitaciones para el desplazamiento, la atención puede realizarse de manera individual en el domicilio o por micro concentración en espacios estratégicos.</p> <p>La frecuencia mínima de provisión del servicio es mensual, garantizando que los niños, adolescentes y gestantes de cada localidad reciban al menos 12 atenciones al año.</p> <p>Los profesionales registran la información en la Historia Clínica, el HIS - MINSa y la FUA, utilizando además las herramientas tecnológicas disponibles para asegurar la adecuada gestión de la historia clínica electrónica (SIHCE).</p>
2.4 RESULTADO	Reducción significativa de la anemia y malnutrición en la población objetivo, mediante la ampliación efectiva de cobertura, mejora de la adherencia al tratamiento y fortalecimiento del seguimiento en el ámbito rural y fronterizo de los establecimientos de salud priorizados.
2.5 UNIDAD DE MEDIDA	<p>Conformado por subindicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Niño con atención médica. - Niño con atención nutricional - Adolescente mujer con atención médica. - Adolescente mujer con atención nutricional. - Gestante con atención médica. - Gestante con atención nutricional.
2.6 META FÍSICA	Número de niños, adolescentes mujeres y gestantes atendidos*





	<p><i>*El niño, adolescente mujer y la gestante atendida, por lo menos, 1 atención médica, 1 atención nutricional en el mes. En caso del niño y gestante recibe al menos 1 sesión demostrativa de preparación de alimentos.</i></p>
<p>2.7 DENOMINACIÓN DEL INDICADOR</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Porcentaje de niñas y niños de 6 a 11 meses que iniciaron suplementación preventiva con hierro, culminan el esquema completo de 6 meses y se mantienen sin anemia. 2. Porcentaje de niñas y niños de 12 a 18 meses, con diagnóstico de anemia entre los 6 y 11 meses, que se han recuperado. 3. Porcentaje de niñas y niños menores de 2 años en condición de crecimiento inadecuado que luego de un periodo de seguimiento mejoran sus condiciones nutricionales. 4. Porcentaje de Gestantes atendidas que reciben 5 entregas de suplemento de hierro con ácido fólico
<p>2.8 CÁLCULO DEL INDICADOR</p>	<p>Indicador N° 01: Porcentaje de niñas y niños de 6 a 11 meses que iniciaron suplementación preventiva con hierro, culminan el esquema completo de 6 meses y se mantienen sin anemia Niñas/niños del denominador que iniciaron la suplementación preventiva entre los 6 y 11 meses, cumplen con el control de hemoglobina a los 3 meses del inicio, registran al menos tres entregas de hierro, registran término de la suplementación y su respectivo dosaje de hemoglobina. Ausencia de diagnóstico de anemia en el control realizado entre los 180 y 209 días posteriores a la finalización del esquema.</p> <p>----- X 100</p> <p>Niñas/niños de 6 a 11 meses en el período de evaluación, con SIS, sin datos de seguro y sin seguro, registrados en el padrón nominal con DNI, que cumplen hasta 209 días a partir del primer dosaje de hemoglobina en el periodo de evaluación.</p> <p>Indicador N° 02: Porcentaje de niñas y niños de 12 a 18 meses, con diagnóstico de anemia entre los 6 y 11 meses, que se han recuperado. Niñas/niños del denominador con diagnóstico definitivo de anemia, iniciaron oportunamente tratamiento y registran en HIS su recuperación con dosaje de hemoglobina entre 180 y 209 días a partir del diagnóstico.</p> <p>----- X 100</p> <p>Niñas/niños de 12 a 18 meses en el período de evaluación, con SIS, sin datos de seguro y sin seguro, registrados en el padrón nominal con DNI, que cumplen hasta 209 días a partir del primer diagnóstico de anemia en el periodo de evaluación. Se excluye casos con código CIEX: D649 y Lab: RF dentro de los 6 meses de tratamiento.</p> <p>Indicador N° 03: Niños y niñas menores de 2 años con adecuado crecimiento Niñas y niños del denominador, que durante un periodo de seguimiento de hasta 100 días posteriores a la detección de la condición de crecimiento inadecuado recobran la condición de normalidad</p> <p>----- X 100</p> <p>Niñas y niños menores de 730 días que en el período de evaluación, acuden al establecimiento de salud por cualquier motivo de consulta registrados con DNI en HIS y que han sido detectados en condición de crecimiento inadecuado.</p> <p>Indicador N° 04: Gestantes atendidas Mujeres del denominador que reciben 05 entregas de suplemento (compuesto por sulfato ferroso + ácido fólico) en el transcurso del embarazo</p>





	----- X 100 Número de partos institucionales de mujeres cuya edad gestacional es mayor o igual a 37 semanas, en un establecimiento de salud del Minsa o Gobierno regional, en el periodo de evaluación registrados con DNI en la base de datos del CNV en línea.
2.9 FUENTE DE DATOS	HIS MINSA
2.10 META DEL INDICADOR	<ul style="list-style-type: none"> - 53% de niñas y niños de 6 a 11 meses que iniciaron suplementación preventiva con hierro, culminaron el esquema de 6 meses y se mantienen sin anemia. - 46% de niñas y niños de 12 a 18 meses diagnosticados con anemia entre los 6 y 11 meses, que se han recuperado - 31% de niñas y niños menores de 2 años con crecimiento inadecuado que mejoran su condición nutricional tras el seguimiento. - 78% de Gestantes atendidas que reciben 5 entregas de suplemento de hierro y ácido fólico. <p>Las metas son medibles asegurando los registros, seguimiento y controles</p>
2.11 LÍNEA DE BASE DEL INDICADOR	<p>A los fines del 2025 se cuenta con:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 48.7% de niñas y niños de 6 a 11 meses que iniciaron suplementación preventiva con hierro, culminaron el esquema de 6 meses y se mantienen sin anemia. - 41.9% de niñas y niños de 12 a 18 meses diagnosticados con anemia entre los 6 y 11 meses, que se han recuperado - 26.7% de niñas y niños menores de 2 años con crecimiento inadecuado que mejoran su condición nutricional tras el seguimiento. - 73.6% de Gestantes atendidas que reciben 5 entregas de suplemento de hierro y ácido fólico.
2.12 INSUMOS	<p>Recursos necesarios para operar (materiales, personal, equipos)</p> <p>Recursos Humanos</p> <ul style="list-style-type: none"> - 01 nutricionista - 01 médico - 01 técnico de enfermería <p>Equipos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Un Tallímetro de madera móvil - Una balanza digital madre/niño - Una cintra métrica flexible, no elástica y de fibra de vidrio (medición perímetro abdominal) - Hemoglobinómetro portátil (debe cumplir con las especificaciones técnicas establecidas en las fichas de homologación vigentes aprobadas por el Ministerio de Salud) - Estetoscopio de adulto - Estetoscopio pediátrico - Estetoscopio de pinard - Tensiómetro de adulto - Equipo de curaciones - Tablets para el registro digital en campo





	<p>Materiales e insumos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Microcubetas compatibles con el hemoglobímetro - Lancetas descartables de tres niveles de profundidad - Insumos médicos (gasa, algodón, alcohol, guantes descartables, campos) - Bata y gorro descartable - Pack de alimentos e insumos para sesión demostrativa de preparación de alimentos para niños - Pack de alimentos e insumos para sesión demostrativa de preparación de alimentos para gestantes - Material educativo nutricional 									
III. ÁMBITO TERRITORIAL:										
3.1 CRITERIOS DE PRIORIZACIÓN:	<p>Distritos rurales y zonas fronterizas.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alta Prevalencia de la anemia en niños de 6-35 meses en zona rural. - Acceso geográfico limitado a los servicios públicos, especialmente en salud. - Localidades cuyos establecimientos de salud no cuentan con médico ni nutricionista. - Localidades con alta dispersión geográfica y/o dispersión poblacional que dificultan la provisión de servicios. 									
3.2 DEPARTAMENTO										
3.3 PROVINCIA										
3.4 DISTRITO										
3.5 LOCALIDAD										
3.6 RIS										
3.7 ESTABLECIMIENTO DE SALUD										
IV. ALINEAMIENTO ESTRATÉGICO DEL SERVICIO										
4.1 PNMS	<p>OBJETIVO PRIORITARIO 1: Mejorar los hábitos, conductas y estilos de vida saludables Contribución: Reduce la morbilidad y mortalidad prematura por enfermedades crónicas (diabetes, hipertensión) y transmisibles mediante la promoción de factores protectores como la lactancia materna, el lavado de manos y la alimentación saludable.</p> <p>OBJETIVO PRIORITARIO 2: Asegurar el acceso a servicios integrales de salud de calidad y oportunos a la población</p>									
4.2 PESEM	<p>Vinculación con el/los Objetivos y Acciones Estratégicas Sectoriales del Plan Estratégico Sectorial Multianual de Salud se alinea el servicio sector salud</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Variable Estratégica de Salud</th> <th>Objetivos Estratégicos Sectoriales (OES)</th> <th>Acciones Estratégicas Sectoriales (AES)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>V1: Estado de salud de las personas.</td> <td>OES 1: Mejorar el estado de salud de las personas que habitan en el territorio peruano.</td> <td>AES 1.1 Incrementar la adopción de hábitos, conductas y estilos de vida saludables en la población</td> </tr> <tr> <td>V2: Acceso a Servicios de Salud</td> <td>OES 1: Mejorar el estado de salud de las personas que habitan en el territorio peruano.</td> <td>AES 1.2 Reducir los riesgos modificables atribuidos a la carga de enfermedad en la población</td> </tr> </tbody> </table>	Variable Estratégica de Salud	Objetivos Estratégicos Sectoriales (OES)	Acciones Estratégicas Sectoriales (AES)	V1: Estado de salud de las personas.	OES 1: Mejorar el estado de salud de las personas que habitan en el territorio peruano.	AES 1.1 Incrementar la adopción de hábitos, conductas y estilos de vida saludables en la población	V2: Acceso a Servicios de Salud	OES 1: Mejorar el estado de salud de las personas que habitan en el territorio peruano.	AES 1.2 Reducir los riesgos modificables atribuidos a la carga de enfermedad en la población
Variable Estratégica de Salud	Objetivos Estratégicos Sectoriales (OES)	Acciones Estratégicas Sectoriales (AES)								
V1: Estado de salud de las personas.	OES 1: Mejorar el estado de salud de las personas que habitan en el territorio peruano.	AES 1.1 Incrementar la adopción de hábitos, conductas y estilos de vida saludables en la población								
V2: Acceso a Servicios de Salud	OES 1: Mejorar el estado de salud de las personas que habitan en el territorio peruano.	AES 1.2 Reducir los riesgos modificables atribuidos a la carga de enfermedad en la población								





V. SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN	
5.1 SEGUIMIENTO DE LA EJECUCIÓN DEL SERVICIO	El seguimiento de la ejecución del servicio se realizará en base a los reportes del registro HIS. El responsable de atención de la MICRORED coordinará con el alcalde del distrito para verificar la entrega de los servicios.
5.2 SUPERVISIÓN	La Microred incorpora la supervisión del equipo de profesionales que brinda el servicio en su programación de supervisiones en campo.
VI. RESPONSABLES	
6.1 RESPONSABLE TÉCNICO	Ministerio de Salud, a través de la unidad de orgánica técnica competente en salud pública y nutrición: UFANS GERESA/DIRESA/DIRIS/RIS/UE o la instancia territorial que haga sus veces: Responsable de adecuar, implementar, programar, monitorear y supervisar el servicio en su jurisdicción, así como de consolidar metas, indicadores y abastecimiento.
6.2 RESPONSABLE TERRITORIAL	Gobierno local, provincial y regional
6.3 RESPONSABLE DE BRINDAR EL SERVICIO	El Gobierno local es responsable de la provisión del servicio a través de los proveedores correspondientes. El establecimiento de salud contribuye con la articulación a fin de promover la demanda de los servicios y la capacitación de la población.





FICHA TÉCNICA DE CONTENIDOS MÍNIMOS DE SERVICIOS POR IMPUESTOS
(Decreto Supremo N° 038-2026-EF)

CÓDIGO	FT SxI-2026 -003- SA	
DENOMINACIÓN DEL SERVICIO	Atención nutricional en el niño, adolescente y gestante para la prevención y control de la anemia y la malnutrición	
I. DIAGNÓSTICO	<p>Miles de peruanos no acceden a servicios básicos de salud, a pesar de que más del 99 % estén afiliados a un seguro médico. Aumentar la cantidad de personas con seguros o construir más centros de atención no es suficiente; es imperativo que la red actual de centros de salud garantice la calidad y disponibilidad de atención ¹.</p> <p>De acuerdo con el INFORHUS a diciembre del 2025, hay 872 profesionales nutricionistas en el primer nivel de atención, conformado por 8, 639 establecimientos.</p> <p>En el ámbito rural persiste una elevada carga de anemia y malnutrición en niños, adolescentes y gestantes. La situación nutricional muestra anemia en niños de 6 a 35 meses, desnutrición crónica en menores de 5 años, sobrepeso y obesidad en adolescentes, y anemia en gestantes; todo ello agravado por pobreza, inseguridad alimentaria, acceso limitado a servicios básicos y dispersión geográfica.</p> <p>El INEI, reporta para el ámbito rural, que uno de cada dos niños (44.7%) entre 6 y 35 meses tiene anemia, que es 9.4 puntos porcentuales por encima del porcentaje nacional (35.3%). Respecto del retraso en el crecimiento, el 20.9% de los niños menores de 5 años padecen desnutrición crónica, que representa 8.8 puntos porcentuales por encima del porcentaje nacional (12.1%). Respecto de los adolescentes, el CENAN² reporta que el 26.1% de los adolescentes de zona rural que han sido atendidos por los establecimientos de salud del Ministerio de Salud tienen sobrepeso y obesidad y el 17.3 % de gestantes tiene anemia.</p> <p>El acceso efectivo a los servicios continúa siendo insuficiente: solo el 41 % de los niños con anemia completa el tratamiento y recuperación (indicadores de desempeño 2025). En gestantes, el exceso de peso alcanza el 55,8 % y la anemia el 15,7 % durante el primer semestre de 2025.</p> <p>Asimismo, como ya se ha observado, los niños, adolescentes y gestantes no reciben atención nutricional para la detección temprana y atención oportuna de los desórdenes por malnutrición, debido a la alta brecha de nutricionistas.</p> <p>La limitada detección temprana y atención oportuna de los problemas nutricionales incrementa la vulnerabilidad de la población objetivo y contribuye a la persistencia de anemia, desnutrición crónica, crecimiento inadecuado, sobrepeso y</p>	
1.1 Identificación del problema		



¹ BANCO MUNDIAL. <https://blogs.worldbank.org/es/latinamerica/cobertura-salud-peru>

² SIEN-HIS MINSA 2025



PERÚ

Ministerio
de Salud

	obesidad, afectando su desarrollo físico, cognitivo, psicológico y social.
1.2. Enunciado del problema	Los niños, adolescentes mujeres y gestantes de las localidades rurales y fronterizas, cuyos establecimientos de salud cuentan con un profesional de enfermería o solo un técnico no acceden a una atención especializada de nutrición limitándose la detección oportuna, tratamiento nutricional y el adecuado seguimiento de los desórdenes de malnutrición incluida la anemia, desnutrición aguda, desnutrición crónica infantil, sobrepeso y obesidad, lo cual se convierte en riesgos potenciales para la salud en general del niño, adolescente mujer y gestante. A esto se suma las determinantes sociales, la falta de educación alimentario nutricional, el acceso y disponibilidad de alimentos de alto valor biológico, lo que impacta en el estado de salud y nutrición, incrementándose los problemas de malnutrición.
II. INFORMACIÓN DEL SERVICIO	
2.1 OBJETIVO DEL SERVICIO	Garantizar el acceso oportuno, continuo y de calidad a servicios especializados de atención nutricional en niños, adolescentes mujeres y gestantes de zonas rurales y fronterizas, que permita la detección temprana, tratamiento nutricional, seguimiento y adopción de prácticas alimentarias saludables, contribuyendo a la reducción sostenible de la anemia y los desórdenes de malnutrición y la mejora del estado nutricional de la población, centrado en el cuidado integral por curso de vida
2.2 MARCO NORMATIVO	<ul style="list-style-type: none">▪ Decreto Supremo N° 002-2024-SA, Decreto Supremo que aprueba el Plan Multisectorial para la Prevención y Reducción de la Anemia Materno Infantil en el Perú. Periodo 2024-2030.▪ Resolución Ministerial N° 283-2015-MINSA, que aprueba la Guía Técnica para la Valoración Nutricional Antropométrica de la Persona Adolescente.▪ Resolución Ministerial N° 1353-2018/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: Guías Alimentarias para la Población Peruana.▪ Resolución Ministerial N° 325-2019/MINSA, que aprueba la Guía Técnica para la Valoración Nutricional Antropométrica de la Gestante.▪ Resolución Ministerial N° 834-2019-MINSA, que aprueba la Directiva Sanitaria para la Implementación de la Visita Domiciliaria por parte del Personal de la Salud para la Prevención, Reducción y Control de la Anemia Materno Infantil y Desnutrición Crónica Infantil.▪ Resolución Ministerial N° 927-2020/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: Guías Alimentarias para niñas y niños menores de 2 años de edad.▪ Resolución Ministerial N° 034-2024/MINSA, que aprueba la Guía Técnica para la Valoración Nutricional Antropométrica de la Niña y el Niño de 0 a 11 Años.▪ Resolución Ministerial N° 184-2024/MINSA, que aprueba las Prioridades Nacionales en Salud 2024-2030.





	<ul style="list-style-type: none">▪ Resolución Ministerial N° 251-2024/MINSA, que aprueba la NTS N° 213-MINSA/DGIESP-2024, Norma Técnica de Salud: Prevención y control de la anemia por deficiencia de hierro en el niño y la niña, adolescentes, mujeres en edad fértil, gestantes y puérperas.▪ Resolución Ministerial N° 200-2025/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: “Sesiones Demostrativas de Preparación de Alimentos para Población Materno Infantil”.
<p>2.3 DEFINICIÓN OPERACIONAL DEL SERVICIO</p>	<p>El servicio de la atención nutricional está dirigido a la promoción, prevención, recuperación y control del estado nutricional de niños, adolescentes y gestantes en zonas rurales y fronterizas.</p> <p>La consulta nutricional tiene el objetivo de identificar el problema o daño nutricional y lograr su recuperación. Asimismo, constituye un componente del manejo terapéutico de patologías que requieren del manejo clínico multidisciplinario. El manejo nutricional y la continuación del seguimiento posterior al alta, es de acuerdo a la condición del paciente.</p> <p>La/el nutricionista realizará:</p> <ul style="list-style-type: none">- Elaboración de la Historia Clínica nutricional- Elaboración de la anamnesis alimentaria y nutricional- Evaluación nutricional antropométrica.- Estimación del requerimiento de macro y micronutrientes.- Prescripción nutricional y plan de alimentación nutricional.- Seguimiento de los parámetros antropométricos y bioquímicos, la verificación del cumplimiento del plan de alimentación nutricional y la adopción de prácticas orientadas a la mejora del estado nutricional- Mediciones de hemoglobina a través de hemoglobímetro portátil.- Sesiones demostrativas de preparación de alimentos a niños menores de 23 meses y gestantes.- Consulta en lactancia materna.- Seguimiento de los niños y gestantes con suplementación y/o con problemas de malnutrición- Teleconsulta, telemonitoreo y teleorientación según corresponda el caso y la evolución del paciente y de las condiciones que se disponga para esta actividad.- Coordinar las interconsultas con el establecimiento de salud o la Microred según corresponda, en el marco de manejo multidisciplinario.- Referencia a establecimientos de salud de mayor complejidad para atención especializada según corresponda. <p>El servicio de atención nutricional del niño, adolescente y gestante para la prevención y control de la anemia y malnutrición, comprende la entrega a través de la oferta fija y móvil.</p>





	<p>El nutricionista responsable del servicio realiza acciones estratégicas de coordinación con el gobierno local y el establecimiento de salud de la zona orientadas a favorecer la captación de la población y la atención respectiva, según necesidad.</p> <p>La prestación del servicio se desarrolla en espacios físicos habilitados para tal fin —como establecimientos de salud, centros comunales, centros de vigilancia comunitaria, comedores populares o instituciones educativas— siempre que las condiciones físicas y geográficas lo permitan. Cuando existan limitaciones para el desplazamiento, la atención puede realizarse de manera individual en el domicilio.</p> <p>La frecuencia mínima para la provisión de este servicio es mensual, es decir que los niños, adolescentes y gestantes de la localidad deben recibir al menos 12 atenciones en el año.</p> <p>Los profesionales registran la información en la Historia Clínica, el HIS del MINSA y la FUA, utilizando las herramientas tecnológicas disponibles para asegurar la adecuada gestión de la historia clínica electrónica.</p>
2.4 RESULTADO	Mejora significativa y sostenible del estado nutricional de los niños, adolescentes mujeres y gestantes, evidenciada por la reducción de la anemia y los diferentes tipos de malnutrición, así como el incremento de la cobertura, la adherencia a las intervenciones nutricionales y la adopción de prácticas alimentarias saludables en el ámbito rural y zonas fronterizas
2.5 UNIDAD DE MEDIDA	<p>Persona atendida con atención nutricional.</p> <p>Estará conformada por subindicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Niño que recibe atención nutricional. - Adolescente que recibe atención nutricional. - Gestante que recibe atención nutricional.
2.6 META FÍSICA	Número de niños, adolescentes y gestantes que reciben las atenciones para la prevención y control de la anemia y malnutrición a través de la oferta fija y móvil.
2.7 DENOMINACIÓN DEL INDICADOR	Porcentaje de niños, adolescentes y gestantes del ámbito priorizado que reciben la atención nutricional.
2.8 CÁLCULO DEL INDICADOR	Indicador = (Número de niños, adolescentes y gestantes del ámbito priorizado que reciben la atención nutricional / Total de niños, adolescentes y gestantes programados en la población objetivo del ámbito priorizado) x 100.
2.9 FUENTE DE DATOS	HIS-MINSA
2.10 META DEL INDICADOR	<p>Meta referencial del indicador: Lograr una cobertura igual o mayor al 80% de la población objetivo priorizada durante el periodo de intervención, sujeta a validación territorial y disponibilidad presupuestal.</p> <p>31% de niñas y niños menores de 2 años con crecimiento inadecuado que mejoran su condición nutricional tras el seguimiento.</p> <p>79% de Gestantes atendidas que reciben 5 entrega de suplemento de hierro con ácido fólico.</p>
2.11 LÍNEA DE BASE DEL INDICADOR	A fines del 2025 se cuenta con:





	<ul style="list-style-type: none"> - 26.7% de niñas y niños menores de 2 años con crecimiento inadecuado que mejoran su condición nutricional tras el seguimiento. - 73.6% de Gestantes atendidas que reciben 5 entregas de suplemento de hierro y ácido fólico
<p>2.12 INSUMOS</p>	<p>Recursos humanos: Nutricionista.</p> <p>Medicamentos y suplementos: Suplementos de hierro en gotas, jarabe, pastillas.</p> <p>Equipos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Un Tallímetro de madera móvil - Una balanza digital madre/niño - Una cintra métrica flexible, no elástica y de fibra de vidrio (medición perímetro abdominal) - Hemoglobímetro portátil (debe cumplir con las especificaciones técnicas establecidas en las fichas de homologación vigentes aprobadas por el Ministerio de Salud) <p>Materiales e insumos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Microcubetas compatibles con el hemoglobímetro - Lancetas descartables de tres niveles de profundidad - Insumos médicos (gasa, algodón, alcohol, guantes descartables, campos) - Bata y gorro descartable - Pack de alimentos e insumos para sesión demostrativa de preparación de alimentos para niños - Pack de alimentos e insumos para sesión demostrativa de preparación de alimentos para gestantes - Material educativo nutricional - Tablets para el registro digital en campo <p>Recursos operativos: Material educativo (dípticos, recetarios, laminarios), kits para consejería y kit de sesiones demostrativas de preparación de alimentos, movilidad para acciones extramurales, conectividad y formatos de registro. Recursos para el desplazamiento terrestre, fluvial, marítimo o aéreo según corresponde el distrito del equipo de profesionales que brindan el servicio. Alimentación y Hospedaje de los profesionales de la salud que brindan el servicio.</p>
<p>III. ÁMBITO TERRITORIAL:</p>	
<p>3.1 CRITERIOS DE PRIORIZACIÓN:</p>	<p>Distritos rurales y zonas fronterizas.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alta Prevalencia de la anemia en niños de 6-35 meses en zona rural. - Acceso geográfico limitado a los servicios en salud. - Localidades cuyos establecimientos de salud tienen únicamente profesional de enfermería o personal técnico.





	- Localidades con alta dispersión geográfica y/o dispersión poblacional que dificultan la provisión de servicios.
3.2 DEPARTAMENTO	
3.3 PROVINCIA	
3.4 DISTRITO	
3.5 LOCALIDAD	Localidades adscritas a los distritos priorizados, definidas en la programación territorial del servicio.
3.6 RIS	RIS, redes o microrredes de salud que tienen distritos rurales dentro de su jurisdicción.
3.7 ESTABLECIMIENTO DE SALUD	IPRESS del primer nivel de atención, establecimientos de apoyo y oferta fija y móvil o telesalud de la red prestadora priorizada.
IV. ALINEAMIENTO ESTRATÉGICO DEL SERVICIO	
4.1 PNMS	OBJETIVO PRIORITARIO 1: Mejorar los hábitos, conductas y estilos de vida saludables Contribución: Reduce la morbilidad y mortalidad prematura por enfermedades crónicas (diabetes, hipertensión) y transmisibles mediante la promoción de factores protectores como la lactancia materna, el lavado de manos y la alimentación saludable.
4.2 PESEM	La reducción de la morbilidad y mortalidad en el Perú se vincula directamente con el Objetivo Estratégico Sectorial 01 (OES 01) del Plan Estratégico Sectorial Multianual (PESEM) 2024-2030 del Sector Salud
V. SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN	
5.1 SEGUIMIENTO DE LA EJECUCIÓN DEL SERVICIO	El seguimiento de la ejecución del servicio, se realizará en base a los reportes del registro HIS. El responsable de atención de la MICRORED coordinará con el alcalde del distrito para verificar la entrega de los servicios.
5.2 SUPERVISIÓN	La Microred incorpora la supervisión del equipo de profesionales que brinda el servicio en su programación de supervisiones en campo.
VI. RESPONSABLES	
6.1 RESPONSABLE TÉCNICO	Ministerio de Salud, a través de la unidad de organización técnica competente en salud pública y nutrición: UFANS GERESA/DIRESA/DIRIS/RIS/UE o la instancia territorial que haga sus veces: Responsable de adecuar, implementar, programar, monitorear y supervisar el servicio en su jurisdicción, así como de consolidar metas, indicadores y abastecimiento.
6.2 RESPONSABLE TERRITORIAL	Gobierno local, provincial y regional
6.3 RESPONSABLE DE BRINDAR EL SERVICIO	El Gobierno local es responsable de la provisión del servicio a través de los proveedores correspondientes. El establecimiento de salud contribuye con la articulación a fin de promover la demanda de los servicios y la capacitación de la población.





FICHA TÉCNICA DE CONTENIDOS MÍNIMOS DE SERVICIOS POR IMPUESTOS
(Decreto Supremo N° 038-2026-EF)

CODIGO	FT SxI-2026 -004- SA
DENOMINACIÓN DEL SERVICIO	Servicio de traslado y alojamiento oportuno de pacientes oncológicos afiliados a la Unidad Ejecutora SIS para atención externa en establecimientos de mayor capacidad resolutive
I. DIAGNÓSTICO	
1.1 Identificación del problema	<p>El cáncer constituye una de las principales causas de morbimortalidad en el Perú, constituyéndose como un problema de salud pública prioritario de atención. Su abordaje requiere garantizar un acceso continuo, oportuno e integral a los servicios de salud, incluyendo diagnóstico, tratamiento y seguimiento especializado.</p> <p>Al respecto, según GLOBOCAN 2022, en el Perú se registraron 72,827 nuevos casos de cáncer y 35,934 defunciones por esta enfermedad, es decir, genera gran morbilidad y mortalidad a nivel de la población, siendo el riesgo acumulado de desarrollar cáncer de un 16,8% antes de los 75 años de edad, lo cual indica que aproximadamente 1 de cada 6 peruanos enfrentará esta enfermedad en su vida¹.</p> <p>Así mismo en cuanto se refiere a cáncer infantil en nuestro país, estima que 1931 menores de 19 años serán diagnosticados con cáncer cada año, con una tasa de incidencia de 17.9 por cada 100,000 habitantes y una tasa de mortalidad de 7.4 por cada 100,000 habitantes, siendo las leucemias y los tumores sólidos las neoplasias con más frecuencia en esta población¹.</p> <p>En el país, la oferta de servicios oncológicos especializados se encuentra concentrada en establecimientos de mayor complejidad, ubicados principalmente en ciudades capitales, lo que obliga a los pacientes de zonas rurales, de frontera y de difícil acceso a desplazarse largas distancias para recibir atención.</p> <p>Así mismo el comportamiento de la morbilidad y mortalidad por cáncer infantil está relacionado a la detección temprana, la capacidad resolutive de diagnóstico y tratamiento del sistema de salud y de la descentralización de los servicios de oncohematología, actualmente contamos con once (11) unidades de oncohematología a nivel nacional ubicados en cuatro departamentos como son Lima (5), La Libertad (2), Arequipa (2) y Cusco (2), por lo tanto todos los casos de cáncer infantil para diagnóstico y tratamiento de los 21 departamentos restantes deben ser trasladados hacia estos departamentos de manera oportuna, con un tiempo de espera para la referencia no mayor a 72 horas², esto se debe a que en los casos de la Leucemia Linfoblástica Aguda (LLA) se caracteriza por una rápida proliferación de células inmaduras (blastos) en la médula ósea y avanza en cuestión de semanas,</p>



¹ International Agency for Research on Cancer. Global Cancer Observatory [Internet]. Lyon: IARC; 2022 [cited 2025 Ago 27]. Available from: <https://gco.iarc.fr/today/en>.

² NTS N°218-DGIESP/MINSA/2024. Norma Técnica de Salud Sobre el Acceso a la Cobertura Oncológica



desplazando a las células sanguíneas sanas y requiriendo intervención urgente, con el inicio de tratamiento en menos de 15 días desde los signos y síntomas iniciales, los casos que se traten tardíamente tienen un alto riesgo de complicaciones y mortalidad en los días posteriores.

En este contexto, se identifica una brecha crítica en el acceso al traslado sanitario de pacientes oncológicos con cobertura del Seguro Integral de Salud (SIS), ya que actualmente el financiamiento de este seguro cubre únicamente traslados en situaciones de emergencia, excluyendo a los pacientes que requieren atención en consulta externa programada, controles, quimioterapia ambulatoria u otros servicios esenciales para la continuidad del tratamiento.

Asimismo, muchos de estos pacientes requieren permanecer más de un día fuera de su lugar de origen para completar su atención médica, evidenciándose la ausencia de alternativas de alojamiento temporal seguro y accesible, lo cual incrementa la carga económica con gasto de bolsillo catastrófico y social en las familias.

Esta situación genera:

- Retrasos en el inicio y continuidad del tratamiento oncológico.
- Incremento del abandono terapéutico.
- Mayor progresión de la enfermedad por interrupciones en la atención.
- Diagnósticos en estadios avanzados (III y IV)
- Deterioro en la calidad de vida de los pacientes y sus familias.
- Inequidad en el acceso a servicios especializados de salud.
- Gasto de bolsillo catastrófico

La falta de un sistema organizado de traslado y alojamiento para pacientes oncológicos constituye una barrera estructural para la continuidad de la atención en salud.

De acuerdo con la normativa vigente de Obras por Impuestos y la Ley N° 29230, es posible implementar servicios específicos, no permanentes y orientados a garantizar la atención oportuna de los beneficiarios, sin constituir gasto corriente ni financiar la operación regular de las entidades, permitiendo cerrar brechas críticas de acceso.

En este sentido, resulta necesario implementar un servicio de traslado y alojamiento temporal para pacientes oncológicos afiliados a la unidad ejecutora SIS, que permita asegurar la continuidad del tratamiento, mejorar el control de la enfermedad y contribuir significativamente a la calidad de vida de los pacientes.

1.2. Enunciado del problema

Limitado acceso al traslado y alojamiento oportuno de pacientes oncológicos afiliado a la unidad ejecutora SIS para





	atención en consulta externa en establecimientos de mayor capacidad resolutive.
II. INFORMACIÓN DEL SERVICIO	
2.1 OBJETIVO DEL SERVICIO	<p>Garantizar el acceso oportuno y continuo de los pacientes oncológicos afiliados a la unidad ejecutora SIS a servicios de consulta externa especializada mediante la implementación de un servicio de traslado y alojamiento temporal.</p> <ul style="list-style-type: none">- Reducir las barreras de acceso geográfico y económico a la atención oncológica.- Disminuir el abandono del tratamiento oncológico.- Mejorar la adherencia a citas, controles y terapias.- Contribuir al control de la enfermedad oncológica.- Mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familias.- Reducir el gasto de bolsillo
2.2 MARCO NORMATIVO	<ul style="list-style-type: none">- Ley N° 31336, Ley Nacional del Cáncer.- Ley N° 31041, Ley de urgencia médica para la detección oportuna y atención integral del cáncer del niño y del adolescente.- Ley N° 29230, Ley que impulsa la inversión pública regional y local con participación del sector privado.- Decreto Supremo N° 024-2021-SA, que aprueba el Reglamento de la Ley N° 31041, Ley de urgencia médica para la detección oportuna y atención integral del cáncer del niño y del adolescente.- Decreto Supremo N° 004-2022-SA, que aprueba el Reglamento de la Ley N° 31336, Ley Nacional del Cáncer y sus modificatorias.- Decreto Supremo N° 016-2025-SA, que aprueba el Plan Nacional Multisectorial para la lucha contra el cáncer 2025-2030.- Decreto Supremo N° 038-2026-EF, que aprueba el Reglamento de la Ley N° 29230, Ley que impulsa la inversión pública regional y local con participación del sector privado- Resolución Ministerial N° 149-2020-MINSA, que aprueba la Directiva Sanitaria N° 090-MINSA/2020/DGIESP, Directiva Sanitaria para la detección temprana y atención de cáncer en niño y adolescente.- Resolución Ministerial N° 876-2024/MINSA, que aprueba la NTS N° 218-MINSA/DGIESP-2024, Norma Técnica de Salud sobre el acceso a la cobertura oncológica.- Resolución Ministerial N° 060-2026/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: "Líneas Priorizadas de la Gestión para el Sector Salud 2026".





	<ul style="list-style-type: none">- Resolución Ministerial N° 073-2026/MINSA, que aprueba la NTS N° 241-MINSA/DGIESP-2026, Norma Técnica de Salud para la gestión de la Red Oncológica Nacional.
2.3 DEFINICIÓN OPERACIONAL DEL SERVICIO	<p>Servicio integral que comprende:</p> <ul style="list-style-type: none">- Traslado terrestre y/o fluvial de pacientes oncológicos afiliados al SIS, desde su establecimiento de origen hacia establecimientos de mayor capacidad resolutive.- Traslado de retorno a su lugar de origen.- Alojamiento temporal (hospedaje) cuando la atención médica requiera permanencia fuera del domicilio.- Apoyo logístico básico durante el traslado (coordinación, programación y acompañamiento cuando corresponda).- El servicio se brindará de manera programada, en función de citas médicas en consulta externa, durante un periodo de 11 meses.
2.4 RESULTADO	Pacientes oncológicos con acceso efectivo a atención especializada mediante traslado y alojamiento oportuno.
2.5 UNIDAD DE MEDIDA	Paciente oncológico trasladado y alojado para atención en consulta externa.
2.6 META FÍSICA	Número de traslados y alojamientos realizados.
2.7 DENOMINACIÓN DEL INDICADOR	Porcentaje de pacientes oncológicos que acceden oportunamente a su atención especializada mediante el servicio.
2.8 CÁLCULO DEL INDICADOR	Numerador: Número de pacientes oncológicos trasladados y atendidos en consulta externa especializada. Denominador: Total de pacientes oncológicos referidos que requieren traslado para atención en consulta externa.
2.9 FUENTE DE DATOS	HIS MINSA Sistema de Referencias y Contrarreferencias
2.10 META DEL INDICADOR	> 80% que representa a 507 000 habitantes de las zonas de riesgo (40 % casos de cáncer infantil y 60 % casos de cáncer de adultos)
2.11 LÍNEA DE BASE DEL INDICADOR	Pacientes oncológicos afiliados a la unidad ejecutora SIS sin acceso a financiamiento para traslado en atención ambulatoria.
2.12 INSUMOS	<p>Recursos Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none">- 01 Coordinador del servicio- 01 Personal administrativo- 02 Conductores- 01 Personal de apoyo logístico <p>Recursos Logísticos:</p> <ul style="list-style-type: none">- Vehículos adecuados para traslado de pacientes- Convenios con servicios de transporte- Convenios con hospedajes cercanos a establecimientos de salud





	- Sistema de programación y seguimiento de pacientes
III. ÁMBITO TERRITORIAL:	
3.1 CRITERIOS DE PRIORIZACIÓN:	Rural <input checked="" type="checkbox"/> Frontera <input checked="" type="checkbox"/> Emergencia <input type="checkbox"/>
3.2 DEPARTAMENTO	Madre de Dios, Apurímac, Huancavelica, Ucayali, Loreto, San Martín, Amazonas, Tumbes, Ancash, Pasco, Huánuco, Puno, Pasco
3.3 PROVINCIA	Puerto Maldonado, Andahuaylas, Huancavelica, Pucallpa, Yurimaguas, Lamas, Chachapoyas, Tumbes, Chimbote, Huaraz, Oxapampa, Huánuco, Melgar, Chucuito, Huancané, Lampa, Sandia, Juliaca, Puno, Pasco.
3.4 DISTRITO	Puerto Maldonado, Andahuaylas, Huancavelica, Pucallpa, Yurimaguas, Lamas, Chachapoyas, Tumbes, Chimbote, Huaraz, Villa Rica, Amarilis, Ayaviri, Juli, Huancané, Lampa, Sandia, Juliaca, Puno y Pasco.
3.5 LOCALIDAD	
3.6 RIS	
3.7 ESTABLECIMIENTO DE SALUD	Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado, Hospital Regional de Abancay, Hospital Departamental de Huancavelica, Hospital Regional de Pucallpa, Hospital regional de Loreto, Hospital de Lamas, Hospital de Moyobamba, Hospital JAMO de Tumbes, Hospital Eleazar Guzmán Barrón y Hospital Víctor Ramos Guardia, Hospital Regional de Puno, Hospital Departamental de Cusco, Hospital Lorena de Cusco, Hospital Belen de Trujillo, Hospital Goyeneche, IREN Norte, IREN Sur, IREN Centro, INSN San Borja, INSN Breña, Hospital Nacional Dos de Mayo, Hospital Nacional Cayetano Heredia, Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, Hospital Nacional Loayza, Hospital Nacional María Auxiliadora, Hospital Nacional Hipólito Unanue, Hospital San Juan de Lurigancho, Hospital de Emergencias Villa el Salvador.
IV. ALINEAMIENTO ESTRATÉGICO DEL SERVICIO	
4.1 PNMS	OBJETIVO PRIORITARIO 2: Asegurar el acceso a servicios integrales de salud de calidad y oportunos a la población
4.2 PESEM	OES 2: Mejorar el Acceso a servicios de salud a la población. AES 2.1 Garantizar la disponibilidad de bienes y servicios en salud para la población AES 2.2 Mejorar la accesibilidad a los servicios de salud para la población
V. SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN	
5.1 SEGUIMIENTO DE LA EJECUCIÓN DEL SERVICIO	Monitoreo constante de que los servicios se realicen a tiempo a cargo de la DIRESA/GERESA/RIS y/o Establecimiento de Salud
5.2 SUPERVISIÓN	Verificación técnica y presencial de la calidad del servicio entregado a cargo del MINSA/DIRESA/GERESA/RIS MINSA/DIRESA/GERESA/DIRIS/RIS (MINSA/DIRESA/RIS)
VI. RESPONSABLES	
6.1 RESPONSABLE TÉCNICO	Jefe del establecimiento y/o de la RIS





PERÚ

Ministerio
de Salud

6.2 RESPONSABLE TERRITORIAL	Representante del Gobierno Local o Regional
6.3 RESPONSABLE DE BRINDAR EL SERVICIO	Empresa o su representante





PERÚ

Ministerio
de Salud

FICHA TÉCNICA DE CONTENIDOS MÍNIMOS DE SERVICIOS POR IMPUESTOS
(Decreto Supremo N° 038-2026-EF)

CODIGO	FT Sxl-2026-005-SA
DENOMINACIÓN DEL SERVICIO	Nebulización espacial en viviendas en situaciones de brotes o epidemias por arbovirosis
I. DIAGNÓSTICO	
1.1 Identificación del problema	<p>La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2024), menciona que el riesgo de aparición y resurgimiento de arbovirosis (dengue, zika, chikungunya, fiebre amarilla) con potencial pandémico ha aumentado como amenaza para la salud pública mundial y seguirá haciéndolo en los próximos años; y que el área de distribución geográfica de los arbovirus seguirá ampliándose debido al aumento del movimiento humano, la urbanización, la adaptación ambiental de los mosquitos vectores debido al cambio climático y la expansión descontrolada de las poblaciones de mosquitos vectores. Asimismo, que reducir la densidad vectorial continúa siendo la base del control de estas arbovirosis. Hasta junio de 2024, la OMS reporta que se habían notificado más de 10,9 millones de casos (5,6 millones confirmados), incluidos más de 24,000 casos graves y 6,500 muertes, en las seis regiones de la OMS. La mayoría de los casos se han notificado en la Región de las Américas; con transmisión verificada en 99 países o territorios. El dengue es una de las principales enfermedades transmitidas por vectores que afectan la salud pública en el Perú, con un incremento significativo de casos en los últimos dos años. Según el Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades, hasta la semana epidemiológica 52 de 2024, se han registrado un total de 280,726 casos de dengue y 262 defunciones, lo que representa un incremento respecto del año 2023, donde hubo 247,719 casos. Este incremento en el número de casos refleja la necesidad de intensificar las medidas de prevención y control.</p> <p>El control de vectores dirigido contra <i>Aedes aegypti</i> es el pilar de la lucha contra la transmisión de las enfermedades de dengue en países endémicos. Las actividades de control vectorial, incluyen dos principales acciones que son, el control del vector en su estadio larvario, consistente en la inspección de las viviendas para la identificación de recipientes de agua de cualquier tipo que contengan larvas de este vector y aplicando un larvicida; y el control del vector en estado adulto o mosquitos en vuelo mediante nebulizaciones espaciales, cuando se enfrenta brotes o epidemias de dengue.</p> <p>Este tipo de control se realiza en situaciones de brote o epidemias; en el área delimitada para la intervención. Se aplica casa por casa en el intradomicilio y peridomicilio, con equipos portátiles calibrados para uso en salud pública que producen nebulización en frío o nebulización en caliente.</p>
1.2. Enunciado del problema	Control vectorial para enfrentar brotes o epidemias por arbovirosis (dengue, zika, chikungunya).





II. INFORMACIÓN DEL SERVICIO	
2.1 OBJETIVO DEL SERVICIO	<p>Objetivo General: Control vectorial mediante nebulización espacial en situación de brotes o epidemias por arbovirosis.</p> <p>Objetivos específicos:</p> <ul style="list-style-type: none">• Ejecutar un ciclo completo de nebulización con 3 vueltas en cada una de las viviendas de las jurisdicciones afectadas, con intervalos de 3 a 5 días entre cada vuelta.• Cortar la cadena de transmisión evitando la extensión del brote o epidemia por arbovirosis a nuevas jurisdicciones.
2.2 MARCO NORMATIVO	<ul style="list-style-type: none">• Resolución Ministerial N° 228-2023/MINSA, que aprueba la NTS N° 198-MINSA/DIGESA-2023, Norma Técnica de Salud para la Vigilancia Entomológica y Control de Aedes aegypti, vector de Arbovirosis y la Vigilancia del Ingreso de Aedes albopictus en el territorio nacional.• Resolución Ministerial N° 053-2026/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: Plan de prevención y control del dengue para el año 2026.• Resolución Ministerial N° 060-2026/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: "Líneas Priorizadas de la Gestión para el Sector Salud 2026".
2.3 DEFINICIÓN OPERACIONAL DEL SERVICIO	<p>Control vectorial mediante nebulización espacial en situaciones de brotes o epidemias por arbovirosis. Son las acciones en las áreas de transmisión de arbovirosis, con el objetivo de aplicar insecticidas de uso en salud pública para la nebulización espacial, de efecto instantáneo, de efectividad comprobada utilizando equipos generadores de nieblas frías y calientes.</p> <p>Este tipo de control se realiza en situaciones de brote o epidemias; se aplica casa por casa con equipos portátiles que producen nebulización en frío o nebulización en caliente.</p> <p>En general para una aplicación espacial o nebulización con plaguicida, se debe tomar en cuenta que:</p> <ol style="list-style-type: none">a) Se programa tres vueltas de nebulización con intervalos de tres a cinco días entre ellas en las zonas donde se ha declarado el brote por la Dirección de epidemiología regional o quien haga sus veces.b) Se considera el comportamiento del vector y la temperatura ambiental, los horarios de intervención son en dos turnos, que dura entre cuatro (4) a cinco (5) horas cada uno. Evitar que la nebulización se realice entre las 10:00 y las 16:00 horas. Por cada equipo portátil se debe considerar un nebulizador y su registrador de vivienda nebulizada.c) Promedio de viviendas nebulizadas por turno es de 50 a 60 viviendas por cada motopulverizadora o termonebulizadora respectivamente.d) Un jefe de brigada por cada cinco o seis equipos portátiles.e) Un abastecedor de mezcla y combustible por cada brigada





	<p>f) Mecánico para el mantenimiento de los equipos de nebulización</p> <p>g) Medios de transporte para el desplazamiento del personal</p>
2.4 RESULTADO	Viviendas protegidas con nebulización espacial (3 vueltas) de la jurisdicción del Establecimiento de Salud que notifica brote de arbovirosis, con una cobertura de viviendas nebulizadas \geq al 95%.
2.5 UNIDAD DE MEDIDA	Vivienda nebulizada con tres vueltas de nebulización
2.6 META FÍSICA	N° de viviendas protegidas con un ciclo completo (tres vueltas) de nebulización de la localidad o jurisdicción de brote o epidemia por cada Establecimientos de Salud.
2.7 DENOMINACIÓN DEL INDICADOR	Porcentaje viviendas protegidas con tres vueltas de nebulización en la jurisdicción del Establecimiento de Salud que notifica brote o epidemia de arbovirosis.
2.8 CÁLCULO DEL INDICADOR	<p>Numerador: Número de Viviendas nebulizadas con tres vueltas de nebulización en la jurisdicción del Establecimiento de Salud que notifica brote o epidemia de arbovirosis</p> <p>Denominador: Número de Viviendas programadas en la jurisdicción del Establecimiento de Salud que notifica brote o epidemia de arbovirosis</p>
2.9 FUENTE DE DATOS	Formato de registro diario, consolidado general.
2.10 META DEL INDICADOR	\geq 95%
2.11 LÍNEA DE BASE DEL INDICADOR	EESS que notifican brotes de arbovirosis en las últimas 4 semanas
2.12 INSUMOS	<p>El Recurso Humano:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un nebulizador y un registrador de las viviendas intervenidas por cada equipo portátil, el cual debe estar implementado con equipos de bioseguridad (respirador de cara completa o media cara con doble filtro para gases y vapores orgánicos diseñado para aplicación de insecticidas líquidos; lentes de seguridad anti empañantes, protectores auditivos) y vestuario (calzado de seguridad, vestuario de faena que cubra brazos y piernas, gorro tipo legionario que proteja el cuello). • Jefe de brigada (por cada cinco o seis equipos portátiles) implementado con equipo de bioseguridad y vestuario. • Abastecedor de combustible y mezcla por cada brigada, implementado con vestuario. • Mecánico para el mantenimiento de equipos de nebulización implementado con vestuario. <p>Requisito: Tener capacitación en control de vectores, manejo de equipos de nebulización espacial (mínimo 16 horas académicas).</p> <p>Insecticida: Organofosforado (malathion) o neonicotinoide de uso de insecticida de uso en salud pública con autorización sanitaria vigente emitida por la DIGESA. La cantidad será definida según el cálculo del número de viviendas a ser intervenidas con 3 vueltas de nebulización.</p> <p>Combustible: Petróleo para ser utilizado como solvente en la mezcla para la aplicación La cantidad será definida según el</p>





	<p>cálculo del número de viviendas a ser intervenidas con 3 vueltas de nebulización.</p> <p>Equipos de nebulización espacial: contar con equipos de nebulización espacial de aplicación fría o caliente, los que deben estar calibrados según tipo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Termonebulizadora: Boquilla de 0.8 con una descarga de 250 ml/min • Motopulverizadora: Con dosificador ULV y boquilla de 0.8 con una descarga de 30 A 40 ml/min
III. ÁMBITO TERRITORIAL:	
3.1 CRITERIOS DE PRIORIZACIÓN:	Rural <input checked="" type="checkbox"/> Frontera <input checked="" type="checkbox"/> Emergencia <input checked="" type="checkbox"/>
3.2 DEPARTAMENTO	
3.3 PROVINCIA	
3.4 DISTRITO	
3.5 LOCALIDAD	
3.6 RIS	
3.7 ESTABLECIMIENTO DE SALUD	
IV. ALINEAMIENTO ESTRATÉGICO DEL SERVICIO	
4.1 PNMS	OBJETIVO PRIORITARIO 2: Asegurar el acceso a servicios integrales de salud de calidad y oportunos a la población
4.2 PESEM	OES 2: Mejorar el acceso a servicios de salud a la población. AES 2.5: Incrementar la cobertura en el cuidado integral de salud de la población.
V. SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN	
5.1 SEGUIMIENTO DE LA EJECUCIÓN DEL SERVICIO	DIRESA/GERESA/ RIS o Red de Salud local o Autoridad sanitaria local.
5.2 SUPERVISIÓN	DIRESA/GERESA/RIS o Autoridad Sanitaria Local
VI. RESPONSABLES	
6.1 RESPONSABLE TECNICO	Autoridad Sanitaria Local
6.2 RESPONSABLE TERRITORIAL	RED DE SALUD /RIS
6.3 RESPONSABLE DE BRINDAR EL SERVICIO	Empresa que brinda el servicio





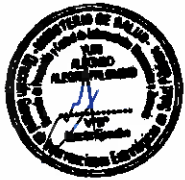
FICHA TÉCNICA DE CONTENIDOS MÍNIMOS DE SERVICIOS POR IMPUESTOS
(Decreto Supremo N° 038-2026-EF)

CÓDIGO	FT SxI-2026-006-SA
DENOMINACIÓN DEL SERVICIO	Implementación de unidades de observación para pacientes febriles (UF) en Establecimientos de Salud I-2 a I-4, II-1 y II-2
I. DIAGNÓSTICO	
1.1 Identificación del problema	<p>Las enfermedades infecciosas de interés para la salud pública, cuya evolución natural en la mayoría de los casos se caracterizan por un cuadro febril asociado a sintomatología inespecífica. Entre estas enfermedades febriles causadas por agentes infecciosos se encuentran algunas altamente endémicas y otras en brotes, como el dengue, la malaria, fiebre amarilla, OAV, leptospirosis, Influenza, Hepatitis y otras causas infecciosas.</p> <p>El dengue es una enfermedad viral transmitida por el mosquito <i>Aedes aegypti</i>, endémica en el Perú, que presenta patrones de brote o epidémicos estacionales, los cuales suelen intensificarse entre los meses de noviembre a mayo, lo cual está variando por el cambio climático.</p> <p>Los pilares para el control consisten en tener una buena inteligencia sanitaria, una atención de calidad y un control vectorial con apoyo multisectorial.</p> <p>En el Perú, los años 2023 y 2024 constituyeron periodos de alta transmisión de dengue, con cifras históricas de notificación, superándose los 250 000 casos por año. Esta elevada transmisión y la recurrencia de ciclos epidémicos estuvieron influenciadas por factores climáticos. Así mismo se tiene la mayor tasa de letalidad (>0.05%), que es reflejo de una demora en la atención y de poca calidad.</p> <p>Cuando se presente el incremento de casos de febriles, saturan los servicios existentes, por lo que se requiere fortalecerlos con una Unidad de Observación para pacientes febriles (UF).</p>
1.2. Enunciado del problema	Servicio de emergencia colapsado por incremento de pacientes
II. INFORMACIÓN DEL SERVICIO	
2.1 OBJETIVO DEL SERVICIO	<p>Optimizar la atención y cuidado integral del paciente con dengue con enfoque de calidad y seguridad, en los Establecimientos de Salud con Unidad de Febriles.</p> <ul style="list-style-type: none">• Mejorar el ambiente de atención de los pacientes febriles• Optimizar los recursos (personal e insumos y medicamentos)
2.2 MARCO NORMATIVO	<ul style="list-style-type: none">• Decreto Supremo N° 019-2024-SA, que aprueba el Reglamento de la Ley N° 30885, Ley que establece la conformación y el funcionamiento de las Redes Integradas de Salud – RIS.• Resolución Ministerial N° 175-2024/MINSA, que aprueba la NTS N° 211-MINSA/DGIESP-2024, Norma Técnica de Salud para la atención integral de pacientes con dengue en el Perú.





	<ul style="list-style-type: none"> Resolución Ministerial N° 053-2026/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: Plan de prevención y control del dengue para el año 2026. Alerta epidemiológica nacional o local, relacionado al cuadro febril a implementar. (describir el documento) Resolución Ministerial N° 060-2026/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: "Líneas Priorizadas de la Gestión para el Sector Salud 2026".
2.3 DEFINICIÓN OPERACIONAL DEL SERVICIO	Es un ambiente que permite la atención y seguimiento de casos de dengue en establecimientos de salud del primer y segundo nivel de atención, con las condiciones adecuadas. Horario: La atención es de 12 horas (de 7am a 7pm), Todos los días, por un periodo de 2 a 4 meses.
2.4 RESULTADO	Unidades de observación para pacientes febriles (UF) en Establecimientos de Salud I-2 a I-4, II-1 y II-2 implementadas
2.5 UNIDAD DE MEDIDA	Unidad Febril (UF)
2.6 META FÍSICA	80% de los EESS en brote
2.7 DENOMINACIÓN DEL INDICADOR	Porcentaje de Establecimientos de Salud en brote que brindan atención adecuada y oportuna del paciente con dengue, mediante una UF
2.8 CÁLCULO DEL INDICADOR	Numerador: Establecimientos de Salud con Unidades de Febriles. Denominador: Establecimientos de Salud del distrito o jurisdicción (I-2, I-3, I-4, II-1 y II-2) que se encuentran en brote.
2.9 FUENTE DE DATOS	HIS, NOTI WEB, Net LAB
2.10 META DEL INDICADOR	80%
2.11 LÍNEA DE BASE DEL INDICADOR	Establecimientos de Salud (I-2, I-3, I-4, II-1 y II-2) con atención de casos de dengue en las últimas 4 semanas
2.12 INSUMOS	Un Consultorio: Con un equipo de cómputo, escritorio, sillas (3), camilla, escalinata. El cual debe estar ubicado en el interior del EESS o a 100 mt del EESS. Un espacio para Triage: Con un equipo de cómputo, mesa de trabajo, sillas (3), balanza, tensiómetro adulto y niño. El cual debe estar ubicado en el interior del EESS o a 100 mt del EESS. Área de Observación: Mínimo 2 camas, con mosquiteros (2) y monitor (2), escalinata, chatas y papagayo. El cual debe estar ubicado en el interior del EESS o a 100 mt del EESS. Baño portátil (opcional)
III. ÁMBITO TERRITORIAL:	
3.1 CRITERIOS DE PRIORIZACIÓN:	Rural <input checked="" type="checkbox"/> Frontera <input checked="" type="checkbox"/> Emergencia <input checked="" type="checkbox"/>
3.2 DEPARTAMENTO	
3.3 PROVINCIA	
3.4 DISTRITO	
3.5 LOCALIDAD	
3.6 RIS	
3.7 ESTABLECIMIENTO DE SALUD	
IV. ALINEAMIENTO ESTRATÉGICO DEL SERVICIO	





4.1 PNMS	OBJETIVO PRIORITARIO 2: Asegurar el acceso a servicios integrales de salud de calidad y oportunos a la población
4.2 PESEM	OES 2: Mejorar el acceso a servicios de salud a la población. AES 2.5: Incrementar la cobertura en el cuidado integral de salud de la población.
V. SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN	
5.1 SEGUIMIENTO DE LA EJECUCIÓN DEL SERVICIO	DIRESA/GERESA/DIRIS/RIS
5.2 SUPERVISIÓN	MINSA/DIRESA/GERESA/DIRIS/RIS
VI. RESPONSABLES	
6.1 RESPONSABLE TÉCNICO	Jefe del establecimiento y/o de la RIS
6.2 RESPONSABLE TERRITORIAL	Representante del Gobierno Local o Regional
6.3 RESPONSABLE DE BRINDAR EL SERVICIO	Empresa o su representante





FICHA TÉCNICA DE CONTENIDOS MÍNIMOS DE SERVICIOS POR IMPUESTOS
(Decreto Supremo N° 038-2026-EF)

CÓDIGO	FT SxI-2026 -007- SA	
DENOMINACIÓN DEL SERVICIO	Acondicionamiento de una Unidad de Vigilancia Clínica (UVICLIN) en Establecimientos de Salud I-4, II-1, II-2 y III-1	
I. DIAGNÓSTICO		
1.1 Identificación del problema	del	<p>El dengue representa uno de los mayores desafíos para la salud pública a nivel global y nacional. Su comportamiento endémico-epidémico en nuestra jurisdicción impone una carga significativa sobre el sistema sanitario, afectando la salud de la población y el desarrollo socioeconómico. La complejidad de su transmisión, impulsada por factores interrelacionados como la urbanización no planificada, la variabilidad climática y la persistente presencia del vector <i>Aedes aegypti</i>, demanda una evolución constante y un fortalecimiento de nuestras estrategias de respuesta.</p> <p>Los 3 pilares de un control del dengue radican en la inteligencia sanitaria con las alertas tempranas y respuesta a brotes; la calidad de la atención, mediante la adherencia a la norma técnica y así disminuir la letalidad, y finalmente el control vectorial, que requiere la participación desde el comité distrital de salud y la comunidad.</p> <p>En el Perú, los años 2023 y 2024 constituyeron periodos de alta transmisión de dengue, con cifras históricas de notificación, superándose los 250 000 casos por año.</p> <p>Así mismo se tiene la mayor tasa de letalidad (>0.05%).</p> <p>Cuando se presente el incremento de casos de febriles, se incrementa los pacientes con dengue con signos de alarma; que requieren de una unidad de vigilancia clínica (UVICLIN) para evitar complicaciones y muertes. La función de la UVICLIN es crítica y se centra directamente en la reducción de la mortalidad. Al recibir a los pacientes referidos desde las Unidades Febriles (Grupos B1 de alto riesgo y B2), esta unidad proporciona el monitoreo estricto y el manejo clínico especializado (principalmente la fluidoterapia endovenosa) necesarios para prevenir la evolución hacia el choque por dengue y otras complicaciones graves (Grupo C). La implementación de UVICLIN es mandataria para establecimientos de categoría I-4, II y III, y constituye el eslabón fundamental en zonas alejadas y de frontera.</p>
1.2. Enunciado del problema	del	Ambientes no implementados para la atención de casos con dengue con signos de alarma.
II. INFORMACIÓN DEL SERVICIO		
2.1 OBJETIVO DEL SERVICIO	DEL	<p>Objetivo General: Reducir la mortalidad y carga de enfermedad por dengue en el ámbito.</p> <p>Objetivo Específicos</p> <ul style="list-style-type: none">• Implementar con equipamiento básico el ambiente destinado para la UVICLIN





<p>2.2 MARCO NORMATIVO</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Decreto Supremo N° 019-2024-SA, Decreto Supremo que aprueba el Reglamento de la Ley N° 30885, Ley que establece la conformación y el funcionamiento de las Redes Integradas de Salud – RIS. • Resolución Ministerial N° 175-2024/MINSA, que aprueba la NTS N° 211-MINSA/DGIESP-2024, Norma Técnica de Salud para la atención integral de pacientes con dengue en el Perú. • Resolución Ministerial N° 053-2026/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: Plan de prevención y control del dengue para el año 2026. • Alerta epidemiológica regional o local por dengue. • Resolución Ministerial N° 060-2026/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: “Líneas Priorizadas de la Gestión para el Sector Salud 2026”.
<p>2.3 DEFINICIÓN OPERACIONAL DEL SERVICIO</p>	<p>Es la implementación de un ambiente que permita acondicionar 10 camas. PERIODOS: 2 a 4 meses (renovable).</p>
<p>2.4 RESULTADO</p>	<p>60 pacientes internados x mes</p>
<p>2.5 UNIDAD DE MEDIDA</p>	<p>Pacientes internados</p>
<p>2.6 META FÍSICA</p>	<p>Unidad de Vigilancia Clínica implementada</p>
<p>2.7 DENOMINACIÓN DEL INDICADOR</p>	<p>% de camas ocupadas.</p>
<p>2.8 CÁLCULO DEL INDICADOR</p>	<p>Numerador: Número total de pacientes-día del mes calculado como la sumatoria de los pacientes-día censados diariamente durante el mes. Un paciente-día se define como cada paciente que ocupa una cama de hospitalización en un día calendario. Denominador: Número total de camas-día operativas durante el mes, obtenido sumando las camas operativas por cada día del mes. Cama operativa: cama en condiciones de uso, calculada como la suma de camas disponibles más camas ocupadas al cierre del reporte diario. Exclusiones: No se incluirán en el cálculo las camas ocupadas por pacientes dados de alta por abandono voluntario debido a problemas judiciales o sociales.</p>
<p>2.9 FUENTE DE DATOS</p>	<p>Actas, Informe, Registro hospitalario</p>
<p>2.10 META DEL INDICADOR</p>	<p>60%</p>
<p>2.11 LÍNEA DE BASE DEL INDICADOR</p>	<p>Casos con Dengue las últimas 8 semanas Referencias de pacientes en las últimas 8 semanas.</p>
<p>2.12 INSUMOS</p>	<p>Camas hospitalarias: 10 Mosquiteros: 10 Monitor: 10 Escalinata: 10 Chatas: 03 Papagayos: 03 Mesita de noche: 10 Sillas: 10 Portasuero: 10 Balanza: 01</p>





	Mesa de trabajo y dos sillas Escritorio, sillón y dos sillas Computadoras: 02 Coche de Paro con insumos. Pulsioxímetro: 10 Tensiómetros pediátricos: 02 Tensiómetros adultos: 02 Baño portátil (opcional)
III. ÁMBITO TERRITORIAL:	
3.1 CRITERIOS DE PRIORIZACIÓN:	Rural <input checked="" type="checkbox"/> Frontera <input checked="" type="checkbox"/> Emergencia <input checked="" type="checkbox"/>
3.2 DEPARTAMENTO	
3.3 PROVINCIA	
3.4 DISTRITO	
3.5 LOCALIDAD	
3.6 RIS	
3.7 ESTABLECIMIENTO DE SALUD	
IV. ALINEAMIENTO ESTRATÉGICO DEL SERVICIO	
4.1 PNMS	OBJETIVO PRIORITARIO 2: Asegurar el acceso a servicios integrales de salud de calidad y oportunos a la población
4.2 PESEM	OES 2: Mejorar el acceso a servicios de salud a la población. AES 2.5: Incrementar la cobertura en el cuidado integral de salud de la población.
V. SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN	
5.1 SEGUIMIENTO DE LA EJECUCIÓN DEL SERVICIO	DIRESA/GERESA/DIRIS/RIS
5.2 SUPERVISIÓN	MINSA/DIRESA/GERESA/DIRIS/RIS
VI. RESPONSABLES	
6.1 RESPONSABLE TÉCNICO	Jefe del establecimiento y/o de la RIS
6.2 RESPONSABLE TERRITORIAL	Representante del Gobierno Local o Regional
6.3 RESPONSABLE DE BRINDAR EL SERVICIO	Empresa o su representante





FICHA TÉCNICA DE CONTENIDOS MÍNIMOS DE SERVICIOS POR IMPUESTOS
(Decreto Supremo N°038-2026-EF)

CÓDIGO	FT SxI-2026-008-SA
DENOMINACIÓN DEL SERVICIO	Atención de pacientes con Síndrome Febril en las Unidades de observación para pacientes febriles (UF) en Establecimientos de Salud I-2 a I-4, II-1 y II-2
I. DIAGNOSTICO	
1.1 Identificación del problema	<p>Las enfermedades infecciosas de interés para la salud pública, cuya evolución natural en la mayoría de los casos se caracterizan por un cuadro febril asociado a sintomatología inespecífica. Entre estas enfermedades febriles causadas por agentes infecciosos se encuentran algunas altamente endémicas y en otras en brotes, como el dengue, la malaria, fiebre amarilla, OAV, leptospirosis, Influenza, Hepatitis y otras causas infecciosas.</p> <p>El dengue es una enfermedad viral transmitida por el mosquito <i>Aedes aegypti</i>, endémica en el Perú, que presenta patrones de brote o epidémicos estacionales, los cuales suelen intensificarse entre los meses de noviembre a mayo, lo cual está variando por el cambio climático.</p> <p>Los pilares para el control consisten en tener una buena Inteligencia sanitaria, una atención de calidad y un Control vectorial con apoyo multisectorial.</p> <p>En el Perú, los años 2023 y 2024 constituyeron periodos de alta transmisión de dengue, con cifras históricas de notificación, superándose los 250 000 casos por año. Esta elevada transmisión y la recurrencia de ciclos epidémicos estuvieron influenciadas por factores climáticos. Así mismo se tiene la mayor tasa de letalidad (>0.05%), que es reflejo de una demora en la atención y de poca calidad.</p> <p>Cuando se presente el incremento de casos de febriles, saturan los servicios existentes, por lo que ese requiere fortalecerlos con una Unidad de Observación para pacientes febriles (UF).</p>
1.2. Enunciado del problema	Incremento de Febriles (Incremento de casos de Dengue)
II. INFORMACIÓN DEL SERVICIO	
2.1 OBJETIVO DEL SERVICIO	<p>Optimizar la atención y cuidado integral del paciente con dengue con enfoque de calidad y seguridad, en los Establecimientos de Salud con Unidad de Febriles.</p> <ul style="list-style-type: none">• Mejorar el diagnóstico temprano y tratamiento oportuno.• Mejorar el control de las enfermedades endémicas.• Mejorar el seguimiento de los pacientes con dengue.
2.2 MARCO NORMATIVO	<ul style="list-style-type: none">• Resolución Ministerial N° 175-2024/MINSA, que aprueba la NTS N° 211-MINSA/DGIESP-2024, Norma Técnica de Salud para la atención integral de pacientes con dengue en el Perú.• Resolución Ministerial N° 053-2026/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: Plan de prevención y control del Dengue para el año 2026.





	<ul style="list-style-type: none"> Alerta epidemiológica regional o local, relacionado al cuadro febril a implementar. (documento a describir) Resolución Ministerial N.º 060-2026-MINSA, que aprueba el Documento Técnico: "Líneas Priorizadas de la Gestión para el Sector Salud 2026". Decreto Supremo N° 019-2024-SA, Decreto Supremo que aprueba el Reglamento de la Ley N° 30885, Ley que establece la conformación y el funcionamiento de las Redes Integradas de Salud – RIS.
2.3 DEFINICIÓN OPERACIONAL DEL SERVICIO	<p>Atención y seguimiento de casos de dengue en establecimientos de salud del primer y segundo nivel de atención, que cuentan con Unidad de Febriles (UF).</p> <p>Atención: Consiste en que un paciente con fiebre es evaluado mediante una historia clínica, se le realiza un diagnóstico, se solicita exámenes de laboratorio y se da un tratamiento (receta).</p> <p>Seguimiento: Los apacientes que fueron atendidos, son evaluados cada 24 a 48 horas, sea en forma presencial o por llamada telefónica, mediante una ficha o cartilla de seguimiento, hasta ser dados de alta.</p> <p>Horario: La atención es 12 horas (de 7am a 7pm), Todos los días, por un periodo de 2 a 4 meses.</p>
2.4 RESULTADO	Pacientes atendidos y dados de alta
2.5 UNIDAD DE MEDIDA	Casos de dengue
2.6 META FÍSICA	1,200 atenciones x mes.
2.7 DENOMINACIÓN DEL INDICADOR	Porcentaje de Pacientes atendidos por dengue en una UF
2.8 CÁLCULO DEL INDICADOR	Numerador: Pacientes con dengue Denominador: Pacientes febriles (I-2, I-3, I-4, II-1 y II-2)
2.9 FUENTE DE DATOS	HIS, NOTI WEB, Net LAB
2.10 META DEL INDICADOR	50% de los febriles corresponden a Dengue.
2.11 LINEA DE BASE DEL INDICADOR	Casos de dengue en las últimas 8 semanas
2.12 INSUMOS	<p>El Recurso Humano:</p> <p>02 Médicos: Médico Familiar, Infectólogo o Medico General. 02 Licenciado en Enfermera. 02 Técnico de enfermería.</p> <p>Requisito: Tener capacitación en Dengue en el último año (2 créditos)</p>
III. ÁMBITO TERRITORIAL:	
3.1 CRITERIOS DE PRIORIZACIÓN:	Rural <input checked="" type="checkbox"/> Frontera <input checked="" type="checkbox"/> Emergencia <input checked="" type="checkbox"/>
3.2 DEPARTAMENTO	
3.3 PROVINCIA	
3.4 DISTRITO	
3.5 LOCALIDAD	
3.6 RIS	
3.7 ESTABLECIMIENTO DE SALUD	





IV. ALINEAMIENTO ESTRATEGICO DEL SERVICIO	
4.1 PNMS	OBJETIVO PRIORITARIO 2: Asegurar el acceso a servicios integrales de salud de calidad y oportunos a la población
4.2 PESEM	OES 2: Mejorar el Acceso a servicios de salud a la población. AES 2.5: Incrementar la cobertura en el cuidado integral de la población.
V. SEGUIMIENTO Y EVALUACION	
5.1 SEGUIMIENTO DE LA EJECUCIÓN DEL SERVICIO	DIRESA/GERESA/DIRIS/RIS
5.2 SUPERVISIÓN	MINSA/DIRESA/GERESA/DIRIS/RIS
VI. RESPONSABLES	
6.1 RESPONSABLE TECNICO	Jefe del establecimiento y/o de la RIS
6.2 RESPONSABLE TERRITORIAL	Representante del Gobierno Local o Regional
6.3 RESPONSABLE DE BRINDAR EL SERVICIO	Empresa o su representante





FICHA TÉCNICA DE CONTENIDOS MÍNIMOS DE SERVICIOS POR IMPUESTOS
(Decreto Supremo N°038-2026-EF)

CÓDIGO	FT SxI-2026-009-SA	
DENOMINACIÓN DEL SERVICIO	DEL	Atención de Pacientes con Dengue en Unidades de Vigilancia Clínica (UVICLIN) en Establecimientos de Salud I-4, II-1, II-2 y III-1
I. DIAGNÓSTICO		
1.1 Identificación del problema		<p>El dengue representa uno de los mayores desafíos para la salud pública a nivel global y nacional. Su comportamiento endémico-epidémico en nuestra jurisdicción impone una carga significativa sobre el sistema sanitario, afectando la salud de la población y el desarrollo socioeconómico. La complejidad de su transmisión, impulsada por factores interrelacionados como la urbanización no planificada, la variabilidad climática y la persistente presencia del vector <i>Aedes aegypti</i>, demanda una evolución constante y un fortalecimiento de nuestras estrategias de respuesta.</p> <p>Los 3 pilares de un control del dengue radican en la inteligencia sanitaria con las alertas tempranas y respuesta a brotes; la calidad de la atención, mediante la adherencia a la norma técnica y así disminuir la letalidad, y finalmente el control vectorial, que requiere la participación desde el comité distrital de salud y la comunidad.</p> <p>En el Perú, los años 2023 y 2024 constituyeron periodos de alta transmisión de dengue, con cifras históricas de notificación, superándose los 250 000 casos por año.</p> <p>Así mismo se tiene la mayor tasa de letalidad (>0.05%).</p> <p>Cuando se presente el incremento de casos de febriles, se incrementa los pacientes con Dengue con signos de alarma; que requieren de una unidad de vigilancia clínica (UVICLIN) para evitar complicaciones y muertes. La función de la UVICLIN es crítica y se centra directamente en la reducción de la mortalidad. Al recibir a los pacientes referidos desde las Unidades Febriles (Grupos B1 de alto riesgo y B2), esta unidad proporciona el monitoreo estricto y el manejo clínico especializado (principalmente la fluidoterapia endovenosa) necesarios para prevenir la evolución hacia el choque por dengue y otras complicaciones graves (Grupo C). La implementación de UVICLIN es mandataria para establecimientos de categoría I-4, II y III, y constituye el eslabón fundamental en zonas alejadas y de frontera.</p>
1.2. Enunciado del problema	del	Incremento de casos con dengue con signos de alarma
II. INFORMACIÓN DEL SERVICIO		
2.1 OBJETIVO DEL SERVICIO	DEL	<p>Objetivo General: Reducir la mortalidad y carga de enfermedad por dengue en el ámbito.</p> <p>Objetivos Específicos:</p> <ul style="list-style-type: none">• Optimizar la atención y cuidado integral del paciente con dengue con enfoque de calidad y seguridad.





	<ul style="list-style-type: none"> • Disminuir complicaciones y referencias a la UCI. • Atenciones con una adherencia a la norma > al 95%. • Fortalecer las competencias del personal de salud en el manejo integral de Dengue.
2.2 MARCO NORMATIVO	<ul style="list-style-type: none"> • Resolución Ministerial N° 175-2024/MINSA, que aprueba la NTS N°211-MINSA/DGIESP-2024, Norma Técnica de Salud para la atención integral de pacientes con dengue en el Perú. • Resolución Ministerial N° 053-2026/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: Plan de prevención y control del Dengue para el año 2026. • Alerta epidemiológica regional o local por Dengue. • Resolución Ministerial N° 060-2026-MINSA, que aprueba el Documento Técnico; "Líneas Priorizadas de la Gestión para el Sector Salud 2026". • Decreto Supremo N° 019-2024-SA, Decreto Supremo que aprueba el Reglamento de la Ley N° 30885, Ley que establece la conformación y el funcionamiento de las Redes Integradas de Salud – RIS.
2.3 OPERACIONAL DEFINICIÓN DEL SERVICIO	<p>Son las atenciones que desarrolla el profesional médico, de enfermería y técnico de enfermería a los pacientes internados por Dengue (B1 y B2) en las Unidades de Vigilancia clínica (UVICLIN) permitiendo un adecuado monitoreo para evitar complicaciones o referencias a una Unidad de Cuidados Intensivos.</p> <p>Dengue con signos de alarma (B2). Dengue sin signos de alarma con comorbilidad, gestante o saso social (B1).</p> <p>Esta unidad (UVICLIN) no debe ser vista como una solución aislada, sino como un componente de un sistema de respuesta integrada y escalable.</p> <p>La UVICLIN funciona como el nivel de atención intermedio especializado, recibiendo las referencias de las UF y previniendo la sobrecarga hospitalaria al manejar expertamente a los pacientes con dengue.</p> <p>Horario: La atención es 24 horas, todos los días, por un periodo de 2 a 4 meses (renovable). En cada turno debe haber un médico, una enfermera y un técnico en enfermería.</p> <p>Camas: 10 camas</p>
2.4 RESULTADO	Pacientes con dengue (B1 y B2) atendidos al 100%
2.5 UNIDAD DE MEDIDA	Paciente con Dengue Con signos Alarma (Grupo B2) Pacientes con Dengue sin signos de alarma (Grupo B1)
2.6 META FÍSICA	Pacientes atendidos con Dengue dados de alta
2.7 DENOMINACIÓN DEL INDICADOR	<ol style="list-style-type: none"> 1. Porcentaje de Pacientes con Dengue con signos de alarma 2. Tasa de letalidad por dengue 3. Porcentaje de Pacientes referidos
2.8 CÁLCULO DEL INDICADOR	<ol style="list-style-type: none"> 1. Porcentaje de Pacientes con Dengue con signos de alarma Numerador: Pacientes con Dengue (B1 y B2) x 100 Denominador: Pacientes con dengue 2. Tasa de letalidad por dengue Numerador: Pacientes Fallecidos x 100,000





	Denominador: Pacientes con dengue 3. Porcentaje de Pacientes referidos Pacientes Referidos x 100/ Pacientes internados
2.9 FUENTE DE DATOS	HIS, NOTI WEB, Net LAB, registros hospitalarios.
2.10 META DEL INDICADOR	15 % 0.05%
2.11 LINEA DE BASE DEL INDICADOR	Casos con Dengue las últimas 8 semanas Referencias de pacientes en las últimas 8 semanas.
2.12 INSUMOS	El Recurso Humano: 1. Médicos: 05 (Médico Familiar, Infectólogo o Medico General) 2. Licenciado en Enfermera: 05 3. Técnico de enfermería: 05 Requisito: Tener capacitación en Dengue en el último año (2 créditos)
III. AMBITO TERRITORIAL:	
3.1 CRITERIOS DE PRIORIZACIÓN:	Rural <input checked="" type="checkbox"/> Frontera <input checked="" type="checkbox"/> Emergencia <input checked="" type="checkbox"/>
3.2 DEPARTAMENTO	
3.3 PROVINCIA	
3.4 DISTRITO	
3.5 LOCALIDAD	
3.6 RIS	
3.7 ESTABLECIMIENTO DE SALUD	
IV. ALINEAMIENTO ESTRATEGICO DEL SERVICIO	
4.1 PNMS	OBJETIVO PRIORITARIO 2: Asegurar el acceso a servicios integrales de salud de calidad y oportunos a la población
4.2 PESEM	OES 2: Mejorar el Acceso a servicios de salud a la población. AES 2.5: Incrementar la cobertura en el cuidado integral de la población.
V. SEGUIMIENTO Y EVALUACION	
5.1 SEGUIMIENTO DE LA EJECUCIÓN DEL SERVICIO	DIRESA/GERESA/DIRIS/RIS
5.2 SUPERVISIÓN	MINSA/DIRESA/GERESA/DIRIS/RIS
VI. RESPONSABLES	
6.1 RESPONSABLE TECNICO	Jefe del establecimiento y/o de la RIS
6.2 RESPONSABLE TERRITORIAL	Representante del Gobierno Local o Regional
6.3 RESPONSABLE DE BRINDAR EL SERVICIO	Empresa o su representante





FICHA TÉCNICA DE CONTENIDOS MÍNIMOS DE SERVICIOS POR IMPUESTOS
(Decreto Supremo N°038-2026-EF)

CÓDIGO	FT SxI-2026-010-SA
DENOMINACIÓN DEL SERVICIO	Servicio de Laboratorio para determinar la causa de los síndromes febriles.
I. DIAGNÓSTICO	
1.1 Identificación del problema	<p>Las enfermedades infecciosas de interés para la salud pública, cuya evolución natural en la mayoría de los casos se caracterizan por un cuadro febril asociado a sintomatología inespecífica. Entre estas enfermedades febriles causadas por agentes infecciosos se encuentran algunas altamente endémicas y en otras en brotes, como el dengue, la malaria, fiebre amarilla, OAV, leptospirosis, Influenza, Hepatitis y otras causas infecciosas. En el contexto del conocimiento progresivo de las enfermedades emergentes y reemergentes en nuestro país, se ha propuesto la atención temprana y la vigilancia del Síndrome Febril como una estrategia para el diagnóstico temprano y tratamiento oportuno; reduciendo el tiempo entre sospecha y confirmación, lo cual es clave porque el diagnóstico temprano disminuye complicaciones y mortalidad; de esta manera se resuelve el 90 % de los casos tempranamente.</p> <p>El dengue es una enfermedad viral transmitida por el mosquito <i>Aedes aegypti</i>, endémica en el Perú, que presenta patrones de brote o epidémicos estacionales, los cuales suelen intensificarse entre los meses de noviembre a mayo, lo cual está variando por el cambio climático.</p> <p>En el Perú, los años 2023 y 2024 constituyeron periodos de alta transmisión de dengue, con cifras históricas de notificación, superándose los 250 000 casos por año. Esta elevada transmisión y la recurrencia de ciclos epidémicos estuvieron influenciadas por factores climáticos. Así mismo se tiene la mayor tasa de letalidad (>0.05%).</p> <p>Los febriles que se presentan en una jurisdicción, la gran mayoría no tiene una etiología, por lo que es mandatorio tener un servicio que ayude a la toma de decisiones.</p> <p>El incremento de casos de febriles, pueden retardar el diagnóstico por lo que se requiere tener plataformas que en menos tiempo nos ayuden con el diagnóstico.</p>
1.2. Enunciado del problema	Incremento de Febriles de etiología a determinar.
II. INFORMACIÓN DEL SERVICIO	
2.1 OBJETIVO DEL SERVICIO	<p>Optimizar la vigilancia de paciente con síndrome febril en los Establecimientos de Salud.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mejorar la vigilancia epidemiológica, identificación de focos activos y toma de decisiones tempranas. • Mejorar el diagnóstico inmediato y monitoreo en tiempo real. • Reducir el subregistro en zonas rurales de difícil acceso. • Mejorar el control de las enfermedades endémicas.
2.2 MARCO NORMATIVO	<ul style="list-style-type: none"> • Resolución Ministerial N° 175-2024/MINSA, que aprueba la NTS N° 211-MINSA/DGIESP-2024, Norma Técnica de Salud para la atención integral de pacientes con dengue en el Perú.





	<ul style="list-style-type: none"> Resolución Ministerial N° 053-2026/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: Plan de prevención y control del Dengue para el año 2026. Alerta epidemiológica regional o local, relacionado al cuadro febril a implementar. Resolución Ministerial N° 060-2026-MINSA, que aprueba el Documento Técnico: "Líneas Priorizadas de la Gestión para el Sector Salud 2026". Resolución Ministerial N° 473-2025/MINSA, que aprueba la NTS N° 230-MINSA/CDC-2025 Norma Técnica de Salud para la Vigilancia Epidemiológica y Diagnóstico de Laboratorio de Dengue, Chikungunya, Zika, Oropouche, Mayaro y otras arbovirosis en el Perú. Decreto Supremo N° 019-2024-SA, Decreto Supremo que aprueba el Reglamento de la Ley N° 30885, Ley que establece la conformación y el funcionamiento de las Redes Integradas de Salud – RIS. Vigilancia del Síndrome Febril en áreas de alto riesgo de transmisión de enfermedades infecciosas de impacto en salud pública en el Perú, CDC-2001. https://www.dge.gob.pe/publicaciones/pub_invepi/iepi05.pdf
2.3 DEFINICIÓN OPERACIONAL DEL SERVICIO	Mediante el examen de una muestra de sangre o hisopado en los pacientes febriles, según una plataforma de medición de PCR, lo cual permita una pronta atención etiológica de los pacientes atendidos, en el horario de 7am a 7pm, por un tiempo de 2 a 4 meses.
2.4 RESULTADO	Casos Febriles con diagnostico etiológico.
2.5 UNIDAD DE MEDIDA	Casos de Síndrome Febril.
2.6 META FÍSICA	Equipos de medición de examen de laboratorio con plataforma
2.7 DENOMINACIÓN DEL INDICADOR	Pruebas positivas
2.8 CÁLCULO DEL INDICADOR	Numerador: Pacientes febriles positivos Denominador: Pacientes febriles
2.9 FUENTE DE DATOS	Net LAB
2.10 META DEL INDICADOR	> 50%
2.11 LINEA DE BASE DEL INDICADOR	Establecimiento de Salud con atención de casos de síndrome febril (Dengue, Malaria, Influenza, OAV u otra patología) en las últimas 4 semanas
2.12 INSUMOS	El Recurso Humano: 1 Técnico de laboratorio y 1 profesional de la salud Biólogo u otro profesional para Laboratorio. Área de laboratorio: Uso de plataformas de diagnóstico molecular en Punto de Atención tipo M10 (tipo qPCR / multiplex automatizado), tipo Alethia (basada en LAMP), Plataforma tipo GenDx (tecnología isotérmica ERA / molecular POCT) y/o Plataforma tipo NexGene M8 (tecnología molecular POCT) Plataforma tipo M10 (qPCR / multiplex automatizado) Permite diagnóstico sindrómico (clave en zonas con coinfecciones: dengue + respiratorios + TB). Alta automatización → menor error humano.





Ideal para centros de referencia (DIRESA, hospitales de mayor complejidad).
Útil en vigilancia de brotes múltiples (arbovirus endémicos en Amazonía).
Permitiría detección temprana y descentralizada de enfermedades febriles (malaria, dengue, leptospirosis, influenza, tos ferina, hepatitis, sarampión, fiebre amarilla, zika)
Plataforma tipo Alethia (tecnología LAMP)
Alta portabilidad y bajo requerimiento técnico → ideal para brigadas y puestos de salud rurales.
Resultados rápidos con mínima preparación de muestra (≈2 min)
Muy útil en enfermedades prioritarias como la malaria (endémica amazónica) y tosferina (vigilancia en brotes respiratorios).
Tecnología LAMP:
No requiere termociclador.
Funciona adecuadamente en entornos con recursos limitados.

Plataforma tipo GenDx (tecnología isotérmica ERA / molecular POCT)

Permite diagnóstico molecular rápido en el punto de atención (POC), basado en amplificación isotérmica con detección en tiempo real.

Alta portabilidad y flexibilidad operativa → aplicable en establecimientos de salud de primer nivel (I-2, I-3) y unidades móviles o brigadas en zonas rurales y de frontera.

Resultados en tiempos cortos (≈10–20 minutos), favoreciendo la toma de decisiones clínicas oportunas y el manejo inmediato del paciente febril.

Permite diagnóstico sindrómico mediante paneles específicos para enfermedades febriles y vectoriales, incluyendo combinaciones de patógenos como dengue, malaria (*Plasmodium falciparum/vivax*), zika, chikungunya, fiebre amarilla y otros agentes de importancia epidemiológica.

Posibilidad de uso de muestra directa (por ejemplo, sangre total), reduciendo la necesidad de procesamiento complejo y facilitando su implementación en entornos con limitada infraestructura.

Útil para vigilancia epidemiológica activa en escenarios de brote, permitiendo diferenciación etiológica rápida en zonas endémicas (Amazonía y regiones tropicales).

Complementa el enfoque de diagnóstico descentralizado, contribuyendo a reducir el tiempo entre sospecha clínica y confirmación etiológica.

Tecnología isotérmica (ERA):

No requiere termociclador convencional.

Permite operación con equipamiento compacto y de bajo consumo energético.

Adecuada para entornos con limitaciones de infraestructura y conectividad.

Plataforma tipo NexGene M8 (tecnología molecular POCT)

Tecnología y Diagnóstico: Permite diagnóstico molecular automatizado en el punto de atención (POC), basado en tecnología



	<p>qPCR (PCR en tiempo real) con detección dinámica para una alta sensibilidad y especificidad.</p> <p>Portabilidad y Flexibilidad: Alta portabilidad (equipo de 8 kg) y flexibilidad operativa → sistema modular que permite configurar de 1 a 8 módulos de detección independientes, adaptable a diversos entornos clínicos y laboratorios móviles.</p> <p>Velocidad de Respuesta: Resultados en tiempos cortos (30–45 minutos), optimizando el flujo de trabajo "muestra en - resultado fuera" (sample in & result out) con un solo paso manual.</p> <p>Capacidad Multiplex y Sindrómica: Permite diagnóstico sindrómico mediante microchips de 4 cámaras que detectan hasta 16 objetivos simultáneamente, incluyendo paneles para patógenos respiratorios, de transmisión sexual, arbovirales y malaria.</p> <p>Automatización y Simplicidad: Sistema totalmente cerrado y automatizado que integra la extracción de ácidos nucleicos (basada en membrana de sílice) y la qPCR en un solo dispositivo, eliminando la necesidad de laboratorios de PCR convencionales y reduciendo el riesgo de contaminación.</p> <p>Vigilancia Epidemiológica: Herramienta clave para la vigilancia activa y diferenciación etiológica de patógenos de importancia epidemiológica, como Dengue (tipos 1-4), Zika, Chikungunya, Fiebre Amarilla y Malaria (<i>Plasmodium spp.</i>).</p> <p>Descentralización del Diagnóstico: Facilita el diagnóstico descentralizado gracias a su diseño compacto y requerimientos de almacenamiento de consumibles a temperatura ambiente (4-28°C), ideal para zonas con infraestructura limitada.</p> <p>Especificaciones Técnicas:</p> <p>Canales de Fluorescencia: 4 canales (FAM, ROX, CY5, VIC) para detección múltiple.</p> <p>Control Térmico: Alta precisión en el control de temperatura (<0.5°C).</p> <p>Conectividad: Interfaces USB y Ethernet (RJ45) para la gestión de datos.</p>
III. ÁMBITO TERRITORIAL:	
3.1 CRITERIOS DE PRIORIZACIÓN:	Rural <input checked="" type="checkbox"/> Frontera <input checked="" type="checkbox"/> Emergencia <input checked="" type="checkbox"/>
3.2 DEPARTAMENTO	
3.3 PROVINCIA	
3.4 DISTRITO	
3.5 LOCALIDAD	
3.6 RIS	
3.7 ESTABLECIMIENTO DE SALUD	
IV. ALINEAMIENTO ESTRATEGICO DEL SERVICIO	
4.1 PNMS	OBJETIVO PRIORITARIO 2: Asegurar el acceso a servicios integrales de salud de calidad y oportunos a la población
4.2 PESEM	OES 2: Mejorar el Acceso a servicios de salud a la población. AES 2.5: Incrementar la cobertura en el cuidado integral de la población.
V. SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN	



5.1 SEGUIMIENTO DE LA EJECUCIÓN DEL SERVICIO	INS-DIRESA/GERESA/DIRIS/RIS
5.2 SUPERVISIÓN	MINSA-INS/DIRESA/GERESA/DIRIS/RIS
VI. RESPONSABLES	
6.1 RESPONSABLE TECNICO	Jefe del establecimiento y/o de la RIS
6.2 RESPONSABLE TERRITORIAL	Representante del Gobierno Local o Regional
6.3 RESPONSABLE DE BRINDAR EL SERVICIO	Empresa o su representante





FICHA TÉCNICA DE CONTENIDOS MÍNIMOS DE SERVICIOS POR IMPUESTOS
(Decreto Supremo N°038-2026-EF)

CÓDIGO	FT SxI-2026-011-SA
DENOMINACIÓN DEL SERVICIO	Servicio de mamografía móvil para la detección temprana del cáncer de mama
I. DIAGNÓSTICO	
1.1 Identificación del problema	<p>El cáncer de mama es la neoplasia maligna más frecuente en las mujeres del país, habiéndose reportado 7 797 nuevos casos y 1 951 muertes por cáncer de mama cada año; según fuente GLOBOCAN 2022. Es decir, se estima que cada día 21 mujeres son diagnosticadas con cáncer de mama y 5 mujeres fallecen; y, más del 60% de las mujeres diagnosticadas en el Perú son detectadas en estadios avanzados de la enfermedad (III y/o IV) con pobre sobrevida, siendo una causa importante de carga de enfermedad, que produce un gran impacto económico y pobre sobrevida por su diagnóstico tardío.</p> <p>Por lo que, la detección temprana es la medida más importante para prevenir la morbilidad y mortalidad por cáncer de mama, el cual puede ser detectado tempranamente con una mamografía bilateral en los Establecimientos de Salud que cuentan con mamógrafo, a cargo de un equipo multidisciplinario (tecnólogo médico en radiología realiza la toma de la mamografía bilateral, médico radiólogo realiza la lectura, médico cirujano u obstetra realiza la entrega del resultado); no obstante, la insuficiente cantidad de mamógrafos operativos limita el acceso oportuno de mujeres de 40 a 69 años a la mamografía bilateral de tamizaje a nivel nacional.</p> <p>En el año 2024, se alcanzó una cobertura del 15.1% de mujeres de 40 a 69 años con mamografía en los últimos 24 meses, según fuente ENDES-INEI; por lo expuesto, existe una brecha importante para el acceso oportuno de mujeres a 40 a 69 años a la mamografía bilateral de tamizaje de más del 80% (84.9%) para la detección temprana del cáncer de mama.</p> <p>Por lo expuesto, resulta indispensable la contratación de Servicio de mamografía móvil para mejorar el acceso oportuno de las mujeres de 40 a 69 años de la mamografía bilateral de tamizaje para la detección temprana del cáncer de mama.</p>
1.2. Enunciado del problema	Falta de acceso oportuno de las mujeres de 40 a 69 años a la mamografía bilateral de tamizaje para la detección temprana del cáncer de mama.
II. INFORMACIÓN DEL SERVICIO	
2.1 OBJETIVO DEL SERVICIO	<p>Mejorar el acceso oportuno de las mujeres de 40 a 69 años de la mamografía bilateral de tamizaje para la detección temprana del cáncer de mama.</p> <ul style="list-style-type: none">• Contratar el servicio de mamografía móvil para la detección temprana del cáncer de mama.• Incrementar el porcentaje de mujeres de 40 a 69 años con acceso a la mamografía bilateral de tamizaje.
2.2 MARCO NORMATIVO	<ul style="list-style-type: none">• Ley N° 31336, Ley Nacional del Cáncer.





	<ul style="list-style-type: none"> Decreto Supremo N° 004-2022-SA, Decreto Supremo que aprueba el Reglamento de la Ley N° 31336, Ley Nacional del Cáncer, y sus modificatorias. Decreto Supremo N° 016-2025-SA, Decreto Supremo que aprueba el Plan Nacional Multisectorial para la lucha contra el cáncer 2025-2030. Resolución Ministerial N° 876-2024/MINSA, que aprueba la NTS N°218-MINSA/DGIESP-2024, Norma Técnica de Salud sobre el acceso a la cobertura oncológica. Resolución Ministerial N° 725-2025-MINSA, que aprueba la Guía Técnica: Guía de Práctica Clínica para el Tamizaje y Diagnóstico de Cáncer de Mama. Resolución Ministerial N° 060-2026-MINSA, que aprueba el Documento Técnico: "Líneas Priorizadas de la Gestión para el Sector Salud 2026".
2.3 DEFINICIÓN OPERACIONAL DEL SERVICIO	<p>Servicio de mamografía móvil para la detección temprana del cáncer de mama que incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> Traslado ida y vuelta de las usuarias desde sus puntos de origen (Puestos de Salud o Centros de Salud) hacia el lugar donde se ubicará el servicio de mamografía móvil (ámbito del establecimiento de salud de categoría I-4). Toma de mamografía bilateral de tamizaje y entrega de resultados a mujeres de 40 a 69 años del ámbito de las zonas rurales de las 24 regiones del país, registradas en el HIS-MINSA.
2.4 RESULTADO	Mujeres de 40 a 69 años con entrega de resultados de mamografía bilateral de tamizaje para la detección temprana del cáncer de mama.
2.5 UNIDAD DE MEDIDA	Persona atendida
2.6 META FÍSICA	N° de Mujeres de 40 a 69 años con mamografía bilateral de tamizaje para la detección temprana del cáncer de mama. Se espera realizar mínimo 24 mamografías a mujeres de 40 a 69 años por día de atención.
2.7 DENOMINACIÓN DEL INDICADOR	Porcentaje de mujeres de 40 a 69 años con mamografía bilateral de tamizaje reciben sus resultados
2.8 CÁLCULO DEL INDICADOR	<p>Indicador porcentual: Numerador / Denominador X 100</p> <ul style="list-style-type: none"> Numerador. Número de mujeres del denominador reciben su entrega de resultado de mamografía bilateral de tamizaje, registradas en el HIS-MINSA. Denominador: Cantidad de Mujeres de 40 a 69 años con mamografía bilateral de tamizaje para la detección temprana del cáncer de mama, registradas en el HIS-MINSA.
2.9 FUENTE DE DATOS	Sistema de Información en Salud HIS-MINSA
2.10 META DEL INDICADOR	100% de Mujeres de 40 a 69 años con mamografía bilateral de tamizaje para la detección temprana del cáncer de mama reciben su resultado.
2.11 LINEA DE BASE DEL INDICADOR	Valor actual del indicador antes de iniciar la intervención: No aplica.





2.12 INSUMOS	<ul style="list-style-type: none">Recursos humanos: Tecnólogo médico en radiología, médico cirujano especialista en radiología, médico cirujano y/u obstetra.Equipo: mamógrafo móvil.Traslado: Unidad de transporte, chofer, ingeniero y/o técnico para verificar el funcionamiento eléctrico y calibración del mamógrafo móvil.Insumos: Guantes descartables, batas descartables, jabón líquido, alcohol gel.Mobiliario: Mesa, escritorio, sillas, biombo.Material de escritorio: Papel bond, lapiceros, formato de mamografía e informe mamográfico.
III. AMBITO TERRITORIAL:	
3.1 CRITERIOS DE PRIORIZACIÓN:	Rural <input type="checkbox"/> Frontera <input type="checkbox"/> Emergencia <input type="checkbox"/>
3.2 DEPARTAMENTO	
3.3 PROVINCIA	
3.4 DISTRITO	
3.5 LOCALIDAD	
3.6 RIS	
3.7 ESTABLECIMIENTO DE SALUD	
IV. ALINEAMIENTO ESTRATEGICO DEL SERVICIO	
4.1 PNMS	OBJETIVO PRIORITARIO 2: Asegurar el acceso a servicios integrales de salud de calidad y oportunos a la población
4.2 PESEM	OES 2: Mejorar el Acceso a servicios de salud a la población. AES 2.1 Garantizar la disponibilidad de bienes y servicios en salud para la población. AES 2.2 Mejorar la accesibilidad a los servicios de salud para la población.
V. SEGUIMIENTO Y EVALUACION	
5.1 SEGUIMIENTO DE LA EJECUCIÓN DEL SERVICIO	Monitoreo constante de que los servicios se realicen a tiempo a cargo de la DIRESA/GERESA/RIS y/o Establecimiento de Salud
5.2 SUPERVISIÓN	Verificación técnica y presencial de la calidad del servicio entregado a cargo del MINSA/DIRESA/GERESA/RIS
VI. RESPONSABLES	
6.1 RESPONSABLE TÉCNICO	Representante del Programa Presupuestal 0024: Prevención y Control del Cáncer del MINSA/DIRESA/GERESA/DIRIS
6.2 RESPONSABLE TERRITORIAL	Representante del Gobierno Local o Regional
6.3 RESPONSABLE DE BRINDAR EL SERVICIO	Empresa o su representante





FICHA TÉCNICA DE CONTENIDOS MÍNIMOS DE SERVICIOS POR IMPUESTOS
(Decreto Supremo N°038-2026-EF)

CÓDIGO	FT Sxl-2026-012- SA
DENOMINACIÓN DEL SERVICIO	Servicio de traslado asistido a gestantes y neonatos en riesgo de zonas rurales, de frontera y dispersas priorizadas
I. DIAGNOSTICO	
1.1 IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA	<p>Existe una Alta incidencia de morbilidad y mortalidad materna y neonatal¹ en zonas rurales, de frontera y dispersas, debido a la demora en el diagnóstico e identificación del riesgo, o de la complicación. El difícil acceso geográfico, la limitada capacidad resolutoria del primer nivel de atención de salud, la escasez de medios de comunicación y la ausencia de medios de transporte para una referencia y traslado asistido oportuno a un establecimiento de salud con capacidad resolutoria para la atención de emergencias materno neonatales.²</p> <p>El comportamiento de la mortalidad materna directa hasta la SE 11 evidencia que los mayores incrementos y concentraciones de casos se presentan en departamentos como Loreto (8 muertes), Ucayali (2 muertes), Amazonas (1 muerte) y Cajamarca (2 muertes), territorios caracterizados por alta ruralidad y, en el caso de Loreto, Ucayali y Amazonas, condición de frontera amazónica. La distribución observada muestra que estos departamentos no solo concentran un número significativo de muertes, sino que además presentan incrementos o persistencia respecto al año previo, lo que evidencia fallas en el acceso oportuno a servicios de salud. Un elemento crítico común es la limitación en el traslado efectivo de gestantes con emergencias obstétricas, donde los tiempos de referencia superan frecuentemente las 6–12 horas, debido a la dependencia de transporte fluvial o multimodal. Esta demora condiciona que las pacientes lleguen fuera de la ventana terapéutica en causas directas como hemorragia o trastornos hipertensivos, incrementando la probabilidad de desenlace fatal. En particular, la carga observada en Loreto y Ucayali refuerza que la tercera demora (traslado) constituye un determinante estructural persistente, mientras que en Cajamarca y Amazonas la dispersión poblacional y la limitada conectividad terrestre replican este mismo patrón de riesgo. En conjunto, la evidencia confirma que la mortalidad materna en estos departamentos está directamente asociada a brechas críticas en accesibilidad geográfica y logística sanitaria, consolidando el traslado oportuno como el principal cuello de botella en ámbitos rurales y de frontera.</p>



¹ La madre y del recién nacido son un binomio inseparable, por lo que un porcentaje crítico de las muertes neonatales tiene su origen en condiciones maternas no detectadas o mal gestionadas durante el embarazo y el parto.

² Los retrasos en la atención de la gestante se clasifican en:

Retraso tipo I: demora para reconocer el problema y la necesidad de atención en salud, relacionada con falta de información sobre complicaciones del embarazo, señales de peligro y desconocimiento de deberes y derechos en salud sexual y reproductiva.

Retraso tipo II: demora en la toma de decisiones para la búsqueda de atención por parte de la gestante y su familia relacionada con barreras educativas, sociales, culturales o económicas o con experiencias previas negativas frente a los servicios de salud.

Retraso tipo III: demora para acceder a una atención oportuna, relacionada con vías, transporte, sistemas de referencia de pacientes entre la comunidad y los proveedores de servicios de salud, y retraso en la referencia cuando la gestante accede a los servicios de salud, Relacionado con escasez o nulo medio de transporte; también con aspectos administrativos para la referencia (formatos, asegurada/afiliada o no etc.)

Retraso tipo IV: asociado con todos los eventos que determinan una calidad de atención deficiente en los servicios de salud incluyendo, además del acto médico, todas las actividades de tipo administrativo que inciden en la óptima prestación del servicio desde la pre-concepción, la atención prenatal, el parto y puerperio

Fuente: Ministerio de Protección social. Manual de vigilancia de la morbilidad materna extrema. Documento técnico y conceptual sobre la metodología y análisis de la información para la auditoría de la calidad de la atención materna. Bogotá UNFPA Colombia, 2010.



1.2 ENUNCIADO DEL PROBLEMA	Alta morbilidad materna y neonatal por la demora del acceso a servicios de salud de las gestantes en zonas rurales, de frontera y dispersas con necesidad de referencia y traslado asistido oportuno.
II. INFORMACION DEL SERVICIO	
2.1 OBJETIVO DEL SERVICIO	Brindar provisión continua (24/7) de un sistema integrado de respuesta, estabilización y traslado asistido de gestantes y neonatos en emergencia , desde el punto de ocurrencia hasta un establecimiento con capacidad resolutive (II-1 o superior), mediante transporte multimodal (terrestre, fluvial y/o aéreo), según normativas del MINSA. ³
2.2 MARCO NORMATIVO	<ul style="list-style-type: none"> • Resolución Ministerial N°668 -2004-MINSA, que aprueba el documento denominado "Guías Nacionales de Atención Integral de Salud Sexual y Reproductiva. • Resolución Ministerial N° 751-2004/MINSA, que aprueba la NT N° 018-MINSA/DGSP- V.01, "Norma Técnica del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de los Establecimientos del Ministerio de Salud". • Resolución Ministerial N.°518-2016/MINSA, que aprueba la NTS N° 121-MINSA/DGIESP- V.01, "Norma Técnica de Salud para la atención del parto vertical en el Marco de los Derechos Humanos con Pertinencia Intercultural" • Resolución Ministerial 695-2006/MINSA que aprueba la "Guía Técnica: Guías de Práctica Clínica para la Atención de las Emergencias Obstétricas según Nivel de Capacidad Resolutiva y sus 10 Anexos". • Resolución Ministerial N° 953-2006/MINSA, que aprueba la NTS N° 051 - MINSAs / OGDN V.01, "Norma Técnica de Salud para el Transporte Asistido de Pacientes por Vía Terrestre". • Resolución Ministerial N° 1041-2006/MINSA que aprueba "Trece Guías Técnicas (Doce Guías de Práctica Clínica y una Guía de Procedimientos) relacionadas a la calidad de atención del Recién Nacido en los establecimientos de salud". • Resolución Ministerial N.° 142-2007/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: "Estándares e indicadores de la Calidad de atención materna perinatal en los establecimientos que cumplen con funciones Obstétricas y Neonatales". • Resolución Ministerial N°336-2008/MINSA, que aprueba la NTS N° 065-MINSAs/DGSP V.01, "Norma Técnica de Salud para Transporte Asistido de Pacientes por Vía Aérea- Ambulancias Aéreas". • Resolución Ministerial N°337-2008/MINSA, que aprueba la NTS N° 066-MINSAs/DGSP V.01, que aprueba la "Norma Técnica de Salud para Transporte Asistido de Pacientes por Vía Acuática". • Resolución Ministerial N° 707-2010/MINSA, que aprueba la Norma Técnica de Salud N° 084-MINSAs/DGSP-V.01, "Norma Técnica de Salud de Atención del Recién Nacido Pre término con riesgo de Retinopatía del Prematuro". • Resolución Ministerial N° 546-2011/MINSA, que aprueba la NTS N° 021-MINSAs/DGSP-V.03, Norma Técnica de Salud "Categorías de Establecimientos del Sector Salud". • Resolución Ministerial N°853-2012/MINSA que aprueba la Directiva Sanitaria N°001-MINSAs/DGSP-V.02, "Directiva Sanitaria para la Evaluación

³ **Finalidad:** "Contribuir a reducir la morbilidad materna y neonatal facilitando el acceso oportuno, seguro y continuo a servicios de salud especializados mediante la atención, referencia, traslado asistido y recepción de gestantes y neonatos en riesgo, en zonas rurales, de frontera y dispersa, en el marco de las redes integradas de salud".





	<p>de las Funciones Obstétricas y Neonatales en los Establecimientos de Salud”.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Resolución Ministerial N°827-2013/MINSA que aprueba la NTS N° 105-MINSA/DGSP-V.01 "Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Materna". • Resolución Ministerial N°653-2021/MINSA, que aprueba la NTS N°174-MINSA/2021/CDC, “Norma Técnica de Salud para la Vigilancia Epidemiológica de la Morbilidad Materna Extrema”. • Resolución Ministerial N°184-2024/MINSA que aprueba las “Prioridades Nacionales en Salud 2024-2030”. • Resolución Ministerial N°545-2024/MINSA que aprueba la NTS N° 214-MINSA/DGIESP-2024 "Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Neonatal". • Resolución Ministerial N°664-2025-MINSA, que aprueba la NTS N° 235-MINSA/DIGTEL/2025, “Norma Técnica de Salud en Telesalud”.
<p>2.3 DEFINICIÓN OPERACIONAL DEL SERVICIO</p>	<p>El Servicio de Traslado Asistido de Gestantes y Neonatos en Riesgo en Zonas Rurales, de Frontera y Dispersas Priorizadas se organiza en cuatro fases integradas, que garantizan continuidad asistencial, oportunidad y seguridad:</p> <p>I. ATENCIÓN INICIAL Y ESTABILIZACIÓN EN EL PUNTO DE ORIGEN Corresponde a la identificación temprana, evaluación clínica y estabilización inicial de la gestante o neonato en el establecimiento de salud de origen o en el lugar de atención. Incluye:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Valoración del estado clínico: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Identificación de signos de alarma en gestantes y neonatos. ✓ Evaluación clínica integral y clasificación del riesgo. 2. Intervenciones de estabilización según capacidad resolutive: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Manejo de vía aérea, ventilación y oxigenación. ✓ Control hemodinámico. ✓ Manejo de emergencias obstétricas y neonatales. ✓ Prevención de hipotermia en neonatos. 3. Preparación del paciente para el traslado (aseguramiento de condiciones mínimas de seguridad: vías venosas, inmovilización si aplica, abrigo térmico). 4. Registro clínico y llenado de formatos iniciales. <p>II. COORDINACIÓN DE LA REFERENCIA Y GESTIÓN DEL TRASLADO Fase orientada a la articulación del sistema de referencia y contra referencia, asegurando que el paciente sea aceptado y recibido oportunamente en un establecimiento de mayor capacidad. Incluye:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Comunicación del establecimiento de origen con el de destino de mayor capacidad resolutive. Envío y validación de la información clínica. 2. Confirmación de disponibilidad (cama, equipo, especialidad requerida). 3. Activación del sistema de transporte asistido (ambulancia u otro medio adecuado al territorio). 4. Gestión administrativa y documental (formatos de referencia, consentimientos, informado y seguros si aplica). 5. Coordinación interinstitucional (redes de salud, SAMU u otros).





	<p>III. TRASLADO ASISTIDO SEGURO Ejecución del transporte sanitario con acompañamiento de personal capacitado, garantizando la continuidad del cuidado durante el trayecto. Incluye:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Verificación de condiciones del transporte (ambulancia, transporte fluvial o aéreo según contexto); y consideración de condiciones geográficas (rutas rurales, fluviales, aéreas) y cambios climáticos existentes y futuros durante el traslado. 2. Monitoreo continuo de signos vitales del paciente. 3. Soporte clínico durante el traslado (manejo de emergencias, medicación, soporte vital). 4. Uso de equipamiento adecuado (incubadora de transporte, oxígeno, monitor multiparámetro, etc.). 5. Comunicación permanente con el establecimiento receptor ante cambios clínicos. 6. Registro de incidencias durante el traslado. <p>IV. RECEPCIÓN CLÍNICA Y CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN EN EL ESTABLECIMIENTO DE DESTINO Corresponde a la entrega formal del paciente y la continuidad inmediata de la atención especializada. Incluye:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Recepción por el equipo de salud del establecimiento destino. 2. Transferencia de información clínica (reporte verbal y entrega de documentación). 3. Reevaluación inmediata del paciente. 4. Inicio o continuidad del manejo especializado. 5. Registro del ingreso y activación de la contra referencia cuando corresponda.
<p>2.4 RESULTADO</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Disminución de la morbilidad materna y neonatal en zonas rurales, de frontera y dispersas. ➤ Aumento de Partos institucionales.
<p>2.5 UNIDAD DE MEDIDA</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Gestante /puérpera trasladada. 2. Recién nacido trasladado.
<p>2.6 META FÍSICA</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 80% Gestantes de Zonas Rurales, de Frontera y Dispersas con complicaciones trasladadas a establecimientos de salud con capacidad resolutive. 2. 80% Porcentaje de recién nacidos de Zonas Rurales, de Frontera y Dispersas con complicaciones que fueron trasladados a establecimientos de salud con capacidad resolutive.
<p>2.7 DENOMINACIÓN DEL INDICADOR</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Gestantes o puérperas con complicaciones trasladadas oportunamente a establecimientos de salud. 2. Recién nacidos con complicaciones trasladados oportunamente a establecimientos de salud.
<p>2.8 CÁLCULO DEL INDICADOR</p>	<p>Número de gestantes o puérperas con complicaciones trasladadas a establecimientos de salud con mayor capacidad resolutive / Total, de gestantes o puérperas con complicaciones de Zonas Rurales, de Frontera y Dispersas que necesitaron traslado asistido X 100</p>





	<p>Número de recién nacidos con complicaciones trasladados a establecimientos de salud con mayor capacidad resolutive / Total, de recién nacidos con complicaciones de Zonas Rurales de Frontera y Dispersas que necesitaron traslado asistido X 100</p>
<p>2.9 FUENTE DE DATOS</p>	<p>HIS, FUA: Formatos únicos de atención del SIS, Formatos de referencia y contra referencia.</p>
<p>2.10 META DEL INDICADOR</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 80% de Gestantes puérperas y/o recién nacidos con complicaciones son referidos al 1er año. ➤ 100% de Gestantes puérperas y/o recién nacidos con complicaciones son referidos al 2do año
<p>2.11 LÍNEA DE BASE DEL INDICADOR</p>	<p>Valor actual del indicador antes de iniciar la intervención: No aplica.</p>
<p>2.12 INSUMOS</p>	<p>1. Recursos Humanos competentes para el traslado asistido: requisitos según normas técnicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Resolución Ministerial N.º 827-2013/MINSA, que aprueba la NTS N.º 105-MINSA/DGSP-V.01 "Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Materna". b) Resolución Ministerial N.º 545-2024/MINSA que aprueba la NTS N.º 214-MINSA/DGIESP-2024, "Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Neonatal". <p>Incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Médico especialista en medicina familiar capacitado en manejo de Gineco-Obstetricia y atención al recién nacido. Médico cirujano capacitado en manejo de Gineco-Obstetricia atención al recién nacido. Médico Especialista en Ginecología y Obstetricia. b) Profesional Obstetra. c) Profesional de Enfermería. d) Técnico de enfermería. <ul style="list-style-type: none"> ➤ De acuerdo a emergencia : Médico Pediatra o Médico neonatólogo. <p>2. Kits de atención:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Kit de Emergencia Obstétrica (Claves de Vida) <ul style="list-style-type: none"> • Clave Roja (Hemorragia): Traje Antichoque No Neumático (TANP), oxitocina, misoprostol, líquidos endovenosos y equipos de venoclisis. • Clave Azul (Preclamsia/Eclampsia): Sulfato de magnesio, gluconato de calcio, nifedipina y fenitoína. • Clave Amarilla (Sepsis): Antibióticos de amplio espectro para administración inmediata. • Aspirador de secreciones manual: Para el recién nacido o la madre. • Ambú pediátrico y de adulto: Con máscaras de diferentes tamaños para reanimación. b. Kit de parto: Para emergencias donde el traslado no sea posible. <p>3. Tele asistencia En Traslado (Obligatorio)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comunicación en tiempo real con hospital receptor • Uso de:





- o Celular (voz/datos)
- o Tablet (si aplica)
- o Radio (fallback)

4. Articulación con Redes: RIS y Hospitales

- Coordinación directa con: Hospital II-1 o superior
- Confirmación previa de:
 - o Disponibilidad de cama.
 - o Capacidad resolutive.

5. Central de coordinación 24/7/365:

a) Call center regional: Activación por:

- El Puesto de salud en cada comunidad.
- Agente comunitario
- Familia

b) Telefonía convencional + satelital. Celular

c) Radio HF (alta frecuencia), UHF (ultra alta frecuencia) y VHF (muy alta frecuencia), según necesidad, en zonas sin cobertura.

6. Transporte obstétrico y neonatal según lo establecido en normativa:

a) La NTS N° 051-MINSA/OGDN V.01, "Norma Técnica de Salud para el Transporte Asistido de Pacientes **por Vía Terrestre**"⁴, define requisitos estrictos tanto para el vehículo como para el personal que debe ir a bordo, según la complejidad del servicio.

➤ **Requisitos del Recurso Humano**

El personal mínimo necesario varía según el tipo de ambulancia para garantizar una atención adecuada durante el traslado:

–**Ambulancia Tipo I (Traslado simple):**

- ✓ Piloto: Con capacitación en primeros auxilios y reanimación básica.
- ✓ Personal Asistencial: Un Técnico en Enfermería o Técnico en Urgencias Médicas.

–**Ambulancia Tipo II (Soporte Básico de Vida):**

- ✓ Piloto: Con capacitación en reanimación y apoyo en emergencias.
- ✓ Personal Asistencial: Un Médico Cirujano y un Licenciado en Enfermería (o dos técnicos especializados si se cuenta con supervisión médica) y/o un Obstetra.

–**Ambulancia Tipo III (Soporte Vital Avanzado / UCI):**

- ✓ Piloto: Personal entrenado para apoyo en maniobras críticas.
- ✓ Personal Asistencial: Un Médico Cirujano Especialista (Emergencia y Desastres o Medicina Intensiva) y un Licenciado en Enfermería con especialidad en cuidados críticos o emergencias.

➤ **Requisitos del Transporte (Vehículo)**

Las unidades deben cumplir con especificaciones técnicas de diseño y seguridad según el Ministerio de Transportes (MTC) y el MINSA:



⁴ Aprobada con Resolución Ministerial N° 953-2006/MINSA.



- Identificación Externa: Debe llevar la palabra "AMBULANCIA" en reversa en la parte frontal y laterales, además de rótulos que indiquen su nivel de complejidad (Tipo I, II o III) en puertas y techo.
- Cabina Médica: Espacio suficiente para que el personal trabaje de pie, iluminación adecuada, sistema de aire acondicionado y superficies lavables/desinfectables.
- Señalización y Luces: Equipadas con circulinas de alta intensidad y sirena con tonos seleccionables para emergencias.
- Sistemas de Seguridad: Cinturones de seguridad en todos los asientos (incluyendo la camilla), anclajes para equipos médicos y sistema porta-balones de oxígeno con correas de seguridad.

➤ **Equipamiento Médico Mínimo**

Dependiendo de la clasificación, deben incluir dispositivos específicos:

Tipo y Equipamiento Destacado (mínimo).

- ✓ Tipo I: Camilla telescópica, maletín de soporte básico, balón de oxígeno.
- ✓ Tipo II: Añade: Monitor desfibrilador portátil, oxímetro de pulso y equipo de aspiración.
- ✓ Tipo III: Añade: Ventilador mecánico portátil, bombas de infusión y monitor multiparámetro.

- La lista **detaillada** de medicamentos e insumos que debe portar cada unidad según su nivel se encuentra en norma vigente.
- Los procedimientos administrativos de referencia son según norma.

b) La NTS N° 066 - MINSa / DGSP V.01 Norma Técnica de Salud para Transporte Asistido de Pacientes por Vía Acuática⁵, establece los requisitos para el transporte asistido de pacientes por vía acuática se dividen principalmente en las condiciones de la embarcación y el perfil del recurso humano.

➤ **Requisitos del Recurso Humano**

La tripulación mínima varía según el tipo de atención que se brinde (Básica o Medicalizada):

- ✓ Tripulación de Navegación: Compuesta por un Marinero o jefe de embarcación con licencia vigente expedida por la autoridad marítima correspondiente.
- ✓ Personal Asistencial (Ambulancia Básica): Un profesional de la salud (enfermero o médico) capacitado en reanimación y transporte de pacientes.
- ✓ Personal Asistencial (Ambulancia Medicalizada): Un médico especialista o capacitado en atención de pacientes críticos (gestantes y/o niños) y un enfermero con experiencia en emergencias.

⁵ Aprobada con Resolución Ministerial N° 337-2008/MINSA





➤ **Requisitos de la Embarcación (Transporte)**

La norma define a la ambulancia acuática como una embarcación autopulsada diseñada para la navegación segura. Debe cumplir con:

- ✓ Seguridad y Navegación:
- ✓ Radio teléfono y espejo de señales.
- ✓ Una vara con gancho de bronce ("bichero") y cuerdas de amarre.
- ✓ Baldes de achique de sentina y tanque de agua potable de al menos 2 galones.
- ✓ Identificación: Pintada de un color que permita su rápida identificación (generalmente blanco con distintivos rojos o azules según la entidad) y con la palabra "Ambulancia" visible.
- ✓ Espacio Interior: Debe permitir alojar al menos a un paciente en camilla y al personal asistencial sentado con libertad de movimiento para realizar maniobras médicas.

➤ **Clasificación del Transporte**

Según la norma, el traslado se categoriza por la prioridad del paciente:

- ✓ Emergencia: Pacientes con riesgo inminente de muerte.
- ✓ Prioritario: Pacientes que requieren atención rápida pero no inmediata.
- ✓ Rutinario: Traslados programados de pacientes estables.

La lista detallada de medicamentos, insumos y el equipo biomédico específico que debe llevar cada tipo de ambulancia acuática está especificada según norma.

- Los procedimientos administrativos de referencia son según norma.

c) La NTS N° 065-MINSA/DGSP V.01, "Norma Técnica de Salud para Transporte Asistido de Pacientes por Vía Aérea-Ambulancias Aéreas"⁶, define los requisitos para el transporte y el recurso humano en **ambulancias aéreas** se dividen en los siguientes puntos clave:

➤ **Requisitos del Recurso Humano**

El personal debe estar debidamente acreditado y capacitado para las condiciones de vuelo:

- ✓ Médico Responsable: Debe ser un médico cirujano colegiado con capacitación o experiencia en medicina aeronáutica o transporte Aero médico.
- ✓ Enfermero(a): Profesional con capacitación en transporte asistido de pacientes y manejo de emergencias.
- ✓ Capacitación Específica: El personal de salud debe acreditar formación en cursos de soporte vital avanzado (como ACLS, PALS o similares) y fisiología de vuelo.
- ✓ Tripulación de Vuelo: El piloto y personal técnico deben cumplir con las licencias vigentes exigidas por la Dirección General de Aeronáutica Civil (DGAC).

⁶ Aprobada con Resolución Ministerial N° 336-2008/MINSA.





	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Adicionalmente el Médico debe estar capacitado para atención de emergencias obstétricas. ➤ Requisitos del Transporte (Aeronave) La aeronave debe estar acondicionada para funcionar como una unidad de cuidados médicos: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Configuración Interna: Espacio suficiente para permitir el acceso al paciente y la realización de maniobras de reanimación. ✓ Sistemas de Soporte: ✓ Suministro de oxígeno medicinal con autonomía suficiente para la ruta. ✓ Fuentes de energía eléctrica compatibles con el equipo biomédico. ✓ Sistemas de succión y ventilación adecuados. ✓ Seguridad del Paciente: Sistemas de anclaje certificados para la camilla y equipos médicos para evitar desplazamientos durante turbulencias. ✓ Comunicación: Equipos de radio para mantener contacto constante con la base y el establecimiento de salud de destino. ➤ Equipamiento Biomédico Mínimo <ul style="list-style-type: none"> ✓ Monitor multiparámetros (ECG, presión no invasiva). ✓ Desfibrilador portátil con monitor. ✓ Oxímetro de pulso. ✓ Ventilador mecánico de transporte (según complejidad del paciente). ✓ Bombas de infusión y maletín de medicamentos de emergencia. <p>El detalle de los medicamentos e insumos obligatorios según norma.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Los procedimientos administrativos de referencia son según norma. <p>7. Atención Con Enfoque Intercultural Obligatorio:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Personal con dominio de lengua local (según zona) - Respeto a prácticas culturales (ej. parto vertical) - Consentimiento informado adecuado ➤ Empatía y respeto.
<p>III. AMBITO TERRITORIAL:</p>	
<p>3.1 CRITERIOS DE PRIORIZACIÓN:</p>	<p>1. Criterios Geográficos y de Accesibilidad El factor más crítico en la mortalidad materna es la "demora en llegar" al establecimiento de salud.⁷</p>

⁷ (7) Interpretación del tiempo de traslado asistido

- >6 horas **alto riesgo** → prioridad máxima de intervención
- 3-6 horas **riesgo moderado** → fortalecer referencia
- <3 horas **menor riesgo** → optimizar capacidad resolutive





	<ul style="list-style-type: none"> • Tiempo de traslado asistido: Zonas donde el tiempo de viaje a un establecimiento de salud que pueda resolver una hemorragia del III trimestre normalmente supera como mínimo las 2 horas, hasta más de 24 a 48 horas en zonas de frontera. • Geografía accidentada: Comunidades en ceja de selva, selva baja o zonas altoandinas por encima de los 3,500 m.s.n.m. donde el clima afecta el transporte; es así que en meses de sequía de ríos no se puede navegar. • Vías de comunicación: Predominio de transporte fluvial (en la Amazonía) o caminos de herradura y trochas carrozables que se vuelven intransitables en época de lluvias. • Dispersión física: Viviendas ubicadas a grandes distancias entre sí, lo que dificulta el censo y seguimiento nominal de las gestantes. <p>2. Factores Demográficos y Socioculturales</p> <p>La dispersión no es solo distancia, sino también barreras estructurales, y todas ellas están presentes en zonas de frontera, especialmente, rurales y dispersas, como son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Definición del INEI: 2 tipos de centros poblados rurales: <ul style="list-style-type: none"> a. El centro poblado rural con 500 a menos de 2 mil habitantes, sus viviendas generalmente están agrupadas en forma contigua formando manzanas y calles. b. El centro poblado rural, aldea, campamento, unidad agropecuaria, etc. con menos de 500 habitantes, una de sus principales características es que tiene sus viviendas dispersas. Las categorías de centro poblado rural son: pueblos, anexo, caserío, comunidad. • Barrera lingüística: Poblaciones donde el idioma predominante es el quechua, aimara o lenguas amazónicas, lo que requiere personal hablante en esas lenguas y atención con enfoque intercultural. • Autoidentificación étnica: Comunidades campesinas y nativas que mantienen prácticas de parto vertical o medicina tradicional, y que requieren adecuación de los servicios. <p>3. Criterios de Capacidad Resolutiva</p> <p>La vulnerabilidad aumenta si el puesto de salud local es limitado o no tiene capacidad resolutiva para la atención de complicaciones o emergencias en las gestantes.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Categoría del establecimiento: Predominio de puestos de salud (I-1 y I-2) que no cuentan con médicos permanentes, habiendo en muchos casos ni siquiera enfermeras u obstetras ni técnicos, sino que curiosos o ACS que desconocen sobre atenciones médicas. • Falta de conectividad: Zonas "silenciosas" sin cobertura de telefonía móvil o internet para realizar tele consultas o activar la "Clave Roja" (emergencia obstétrica). • Ausencia de Casas Maternas: Lugares donde no existen albergues para que la gestante se aloje días antes del parto cerca de un hospital.
3.2 DEPARTAMENTO	
3.3 PROVINCIA	
3.4 DISTRITO	
3.5 LOCALIDAD	
3.6 RIS	



3.7 ESTABLECIMIENTO DE SALUD													
IV. ALINEAMIENTO ESTRATEGICO DEL SERVICIO													
4.1 PNMS	<p>Objetivo Prioritario de la Política Nacional Multisectorial de Salud al que contribuyen</p> <p>OP2: Asegurar el acceso a servicios integrales de salud de calidad y oportunos a la población.</p> <p>Contribución: Reduce la mortalidad al garantizar atención médica a tiempo, especialmente en emergencias, salud materna y neonatal, y busca cerrar brechas de acceso geográfico y económico.</p>												
4.2 PESEM	<p>La reducción de la morbilidad y mortalidad en el Perú se vincula directamente con el Objetivo Estratégico Sectorial 01 (OES 01) del Plan Estratégico Sectorial Multianual (PESEM) 2024-2030 del Sector Salud.</p>												
V. SEGUIMIENTO Y EVALUACION													
5.1 SEGUIMIENTO DE LA EJECUCIÓN DEL SERVICIO	<p><u>Monitoreo constante de que los servicios se realicen a tiempo</u></p> <p>📌 Indicadores de seguimiento</p> <table border="0"> <thead> <tr> <th data-bbox="564 869 671 898">Indicador</th> <th data-bbox="1002 869 1145 898">Meta exigida</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="564 898 1018 927">➤ Tiempo respuesta a la comunicación</td> <td data-bbox="1018 898 1150 927">≤ 10 min</td> </tr> <tr> <td data-bbox="564 927 852 956">➤ Tiempo salida unidad</td> <td data-bbox="1018 927 1155 956">≤ 30–60 min</td> </tr> <tr> <td data-bbox="564 956 852 985">➤ Tiempo total traslado</td> <td data-bbox="1018 956 1342 985">≤ 2 h (ideal) / según geografía</td> </tr> <tr> <td data-bbox="564 985 799 1014">➤ Traslado efectivo</td> <td data-bbox="1098 985 1171 1014">≥ 80%</td> </tr> <tr> <td data-bbox="564 1014 868 1043">➤ Mortalidad en traslado</td> <td data-bbox="1018 1014 1129 1043">0 evitable</td> </tr> </tbody> </table>	Indicador	Meta exigida	➤ Tiempo respuesta a la comunicación	≤ 10 min	➤ Tiempo salida unidad	≤ 30–60 min	➤ Tiempo total traslado	≤ 2 h (ideal) / según geografía	➤ Traslado efectivo	≥ 80%	➤ Mortalidad en traslado	0 evitable
Indicador	Meta exigida												
➤ Tiempo respuesta a la comunicación	≤ 10 min												
➤ Tiempo salida unidad	≤ 30–60 min												
➤ Tiempo total traslado	≤ 2 h (ideal) / según geografía												
➤ Traslado efectivo	≥ 80%												
➤ Mortalidad en traslado	0 evitable												
5.2 SUPERVISIÓN	<p><u>Verificación técnica y presencial de la calidad del servicio entregado.</u></p> <p>a. Supervisión Concurrente (en tiempo real)</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Monitoreo desde la Central de Coordinación ➤ Seguimiento por GPS o llamada ➤ Confirmación con: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Centro Poblado o Establecimiento origen ✓ Equipo en traslado ✓ Hospital receptor <p>b. Supervisión de Campo (presencial)</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Frecuencia: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Mensual (zonas críticas) ✓ Bimestral (zonas intermedias) <p>c. Supervisión Retrospectiva (auditoría)</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Frecuencia: Mensual (mínimo 10–20% de casos) 												
VI. RESPONSABLES													
6.1 RESPONSABLE TECNICO	<p>MINISTERIO DE SALUD: DIRECCIÓN GENERAL DE INTERVENCIONES ESTRATÉGICAS EN SALUD PÚBLICA (DGIESP):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dirección de Salud Sexual y Reproductiva (DSARE): Para las Intervenciones Maternas. 2. Dirección de Intervenciones por Curso de Vida y Cuidado Integral (DVICI): Para las Intervenciones Neonatales. 												





6.2 RESPONSABLE TERRITORIAL	1. GOBIERNO LOCAL: PROVINCIAL Y/O DISTRITAL 2. GOBIERNO REGIONAL: DIRESA/ GERESA.
6.3 RESPONSABLE DE BRINDR EL SERVICIO	Operador privado contratado bajo Servicios por Impuestos





FICHA TÉCNICA DE CONTENIDOS MÍNIMOS DE SERVICIOS POR IMPUESTOS
(Decreto Supremo N°038-2026-EF)

CÓDIGO	FT SxI-2026-013-SA
DENOMINACIÓN DEL SERVICIO	Atención integral itinerante para la reducción de la morbilidad materna-infantil en zonas rurales y de frontera, con pertinencia cultural
I. DIAGNOSTICO	
1.1 Identificación del problema	<p>Las poblaciones dispersas en cuencas fluviales y zonas rurales de frontera enfrentan barreras geográficas y económicas que limitan drásticamente su acceso a los servicios de salud del primer nivel de atención. En estos ámbitos, la población general y las gestantes enfrentan múltiples barreras para recibir atención oportuna y continua. Esto genera, por un lado, la agudización de morbilidades comunes (infecciones agudas, enfermedades crónicas no transmisibles, afecciones bucodentales y desnutrición/anemia) y, por otro, profundiza los retrasos en la atención obstétrica. y neonatos lleguen a establecimientos fijos (CAPS o Hospitales) a tiempo. Se presenta un elevado Costo de Oportunidad para las familias en extrema pobreza que pierden jornadas laborales y gastan en transporte montos que superan sus ingresos diarios para acceder a una atención, control básico preventivo y de atención a sus problemas de salud.</p> <p>La mayoría de las muertes maternas en zonas rurales ocurren por causas prevenibles (hemorragias, hipertensión, sepsis) debido a la demora en la detección.</p> <p>Desnutrición y Anemia: La falta de seguimiento integral en los primeros 1,000 días de vida (etapa neonatal e infantil) perpetúa el ciclo de pobreza y afecta el desarrollo cognitivo.</p> <p>En zonas de frontera, muchos nacimientos y complicaciones no se reportan, lo que invisibiliza la magnitud real del problema ante el Estado. La infraestructura de esas zonas es insuficiente, muchos de los establecimientos de salud locales son de nivel I-1 o I-2, con equipamiento insuficiente, obsoleto y sin capacidad resolutoria para emergencias obstétricas o neonatales</p> <p>La falta de diagnóstico temprano, tamizaje laboratorial y la brecha de recursos humanos especializados (médicos, odontólogos, enfermeros y obstetras) elevan la tasa de morbilidad prevenible.</p> <p>El traslado de pacientes con complicaciones desde estas comunidades suele ser tardío y costoso, por lo que se requiere desplegar servicios itinerantes multidisciplinarios con alta capacidad resolutoria que actúen directamente en la comunidad.</p>
1.2. Enunciado del problema	Alta morbilidad general, materna, neonatal e infantil por falta de atención oportuna e integral (preventiva, recuperativa y de manejo de emergencias) y limitada capacidad resolutoria in situ para poblaciones dispersas de zonas rurales y de frontera.
II. INFORMACIÓN DEL SERVICIO	
2.1 OBJETIVO DEL SERVICIO	<p>Objetivo General:</p> <ul style="list-style-type: none"> Reducir la morbilidad general, materno-neonatal e infantil en poblaciones de difícil acceso, mediante un sistema de atención de salud móvil multidisciplinarias de atención integral que proporcione prevención, diagnóstico, tratamiento de morbilidades prevalentes,





	<p>y el manejo y traslado oportuno de emergencias médicas y obstétricas con Pertinencia Cultural.</p> <p>Objetivos Específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Brindar diagnóstico y tratamiento oportuno de morbilidades prevalentes (agudas y crónicas) en la población infantil, adulta y adulta mayor, evitando complicaciones severas. • Asegurar la identificación temprana y estratificación de riesgo obstétrico: $\geq 90\%$ de gestantes captadas antes de las 12 semanas con control prenatal y apoyo tecnológico (ecografía). • Estratificación de riesgo en primer contacto. $\geq 95\%$ de gestantes con clasificación de riesgo obstétrico documentada. • Cobertura de intervenciones clave. Tamizaje de anemia, ITS, HTA, preeclampsia $\geq 90\%$. Infección a gestantes febriles (malaria, dengue, ITU), revisión dental como potencial fuente infecciosa. • Reducir la prevalencia de enfermedades bucodentales mediante atenciones odontológicas preventivo-promocionales y recuperativas básicas. • Fortalecer la prevención y el diagnóstico temprano en la población pediátrica mediante la aplicación de la ficha clínica de evaluación para la detección precoz del cáncer infantil durante los controles de salud. • Fortalecer la prevención mediante el cierre de brechas en el esquema regular de vacunación y el control de crecimiento y desarrollo (CRED) en la población infantil. • Disminuir la prevalencia de anemia y apoyar el diagnóstico clínico general mediante tamizaje de laboratorio rápido en gestantes y población vulnerable. • Atención médica general: El médico familiar atiende a la persona en su totalidad, considerando su entorno y su ciclo vital. Salud Materno-Perinatal, infantil, diversas patologías por ciclo de vida.
<p>2.2 MARCO NORMATIVO</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Resolución Ministerial 695-2006/MINSA, que aprueba la "Guía Técnica: Guías de Práctica Clínica para la Atención de las Emergencias Obstétricas según Nivel de Capacidad Resolutiva y sus 10 Anexos". • Resolución Ministerial N° 142-2007/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: "Estándares e indicadores de la Calidad de atención materna perinatal en los establecimientos que cumplen con funciones Obstétricas y Neonatales" • Resolución Ministerial N° 827-2013-MINSA, que aprueba la NTS N° 105-MINSA/DGSP-V.01 "Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Materna". • Resolución Ministerial N° 653-2021/MINSA, que aprueba la NTS N° 174-MINSA/2021/CDC, "Norma Técnica de Salud para la Vigilancia Epidemiológica de la Morbilidad Materna Extrema". • Resolución Ministerial N° 184-2024-MINSA, que aprueba las "Prioridades Nacionales en Salud 2024-2030" • Resolución Ministerial N° 664-2025/MINSA, que aprueba la NTS N° 235-MINSA/DIGTEL/2025, Norma Técnica de Salud en Telesalud.
<p>2.3 DEFINICION OPERACIONAL DEL SERVICIO</p>	<p>Despliegue de equipos multidisciplinarios itinerantes (servicios móviles compuestas por Médico, Obstetra, Enfermero, Odontólogo y Laboratorista) organizados por cuencas y valles durante campañas</p>





	continuas de 15 a 30 días. Se entrega un paquete de atenciones integrales: medicina general para morbilidades prevalentes, control prenatal con ecografía portátil, inmunizaciones, aplicación de la ficha de tamizaje para la detección precoz del cáncer infantil, tamizaje de laboratorio rápido (proteínuria, hemoglobina, glucosa, VIH, sífilis) y atención odontológica. Incluye capacidad resolutive móvil para el manejo de emergencias mediante Claves Obstétricas y médicas. Se cuenta con conectividad satelital portátil activa para interconsultas con médicos especialistas y la activación de la Red de Referencia y Contrarreferencia.
2.4 RESULTADO	<p>Población general y gestantes evaluadas y tratadas de forma integral, con una reducción significativa de complicaciones por morbilidades comunes y disminución de muertes prevenibles, garantizando estabilización y traslado oportuno hacia establecimientos de mayor complejidad.</p> <p>Flujo simplificado</p> <ul style="list-style-type: none"> • Captación comunitaria: Registro nominal. • Tamizaje inicial: Clasificación de riesgo (Alto RO, Riesgo medio). • Bajo riesgo: Sistema seguimiento comunitario. • Alto riesgo: Alerta + referencia planificada. • Complicación: Estabilización + referencia inmediata. • Contrarreferencia: Seguimiento post evento. • Reducción de casos de morbilidad materna grave. • Disminución de las muertes maternas directas en las regiones intervenidas. • Incremento en el porcentaje de partos institucionales con pertinencia cultural. <p>Empoderamiento de las comunidades dispersas en el reconocimiento de signos de alarma.</p>
2.5 UNIDAD DE MEDIDA	Persona o gestante atendida de forma integral (Paquete de atención completo según ciclo de vida o condición obstétrica).
2.6 META FÍSICA	Número de Equipos de Atención Móvil multidisciplinarias desplegadas y N° de atenciones integrales realizadas durante el período de intervención.
2.7 DENOMINACIÓN DEL INDICADOR	Porcentaje de población objetivo que recibe el paquete de atención integral completado y porcentaje de emergencias médicas/obstétricas estabilizadas y trasladadas oportunamente.
2.8 CALCULO DEL INDICADOR	<p>Numerador: Número de pobladores que recibieron el paquete de atención integral en la campaña.</p> <p>Denominador: Población total objetivo programada en la comunidad intervenida x 100.</p>
2.9 FUENTE DE DATOS	Sistema de Información HIS MINSa, Reportes Net LAB y Actas comunitarias de intervención.
2.10 META DEL INDICADOR	<ul style="list-style-type: none"> • > 80% de la población objetivo programada.
2.11 LINEA DE BASE DEL INDICADOR	Porcentaje de cobertura de atenciones integrales en la comunidad durante el año fiscal anterior (Dato a proveer por la Dirección de Inteligencia Sanitaria de la RIS correspondiente).
2.12 INSUMOS	<p>A. PERFILES PROFESIONALES Y EQUIPAMIENTO MÍNIMO POR EQUIPO DE ATENCIÓN MOVIL:</p> <p>1. Médico Cirujano:</p>





- Perfil: Profesional colegiado y habilitado, con resolución SERUMS, certificación en la toma de ecografías. Experiencia comprobable en atención clínica en zonas rurales o tropicales.
- Equipamiento a cargo: Estetoscopio, tensiómetro, oxímetro de pulso, linterna clínica, equipo básico de cirugía menor, otoscopio y ecógrafo portátil.
- Laptop de alta gama: Para gestión administrativa, reporte de morbilidades y teleconsultas sincrónicas.

2. Licenciado(a) en Enfermería:

- Perfil: Profesional colegiado y habilitado. Experiencia comprobada en área emergencia, pediatría u hospitalización (especialmente en pacientes con accesos venosos difíciles), manejo estricto de cadena de frío y dominio del Programa Articulado Nutricional y PAI.
- Control de Crecimiento y Desarrollo (CRED), inmunizaciones de esquema regular y aplicación de la ficha de evaluación clínica para la detección precoz de cáncer infantil. Manejo de accesos venosos en emergencias generales.
 - Equipamiento a cargo: Kits completos para terapia intravenosa (abocaths de distintos calibres, volutrol, equipos de venoclisis), termos porta vacunas (KST) calibrados y equipamiento antropométrico (tallímetro, balanza portátil).
- Tablet de alta resistencia: Para registro nominal de vacunación y control de crecimiento (CRED) offline.

3. Licenciado(a) en Obstetricia:

- Perfil: Profesional colegiado y habilitado. Capacitación certificada y experiencia práctica en atención de parto vertical con adecuación cultural.
- Equipamiento a cargo: doppler fetal portátil, caja de atención de parto inminente, cintas métricas obstétricas, instrumental para revisión (espéculos de diversos tamaños). Ecógrafo Portátil (Sistema Laptop): Integrado para evaluación obstétrica y abdominal inmediata.

4. Cirujano Dentista:

- Perfil: Profesional colegiado y habilitado. Experiencia en salud bucal comunitaria e intervenciones extramurales preventivo-promocionales.
- Equipamiento a cargo: Unidad dental portátil completa (incluye silla plegable, módulo rodante, compresora silenciosa y lámpara LED), instrumental esterilizado para exodoncias y curaciones, insumos preventivos (flúor, sellantes).
- Tablet: Para registro de atenciones odontológicas e historia clínica digital bucal.

5. Técnico(a) de Laboratorio:

- Perfil: Profesional técnico titulado. Experiencia en toma de muestras en condiciones de campo y procesamiento de pruebas rápidas (inmunocromatográficas) de enfermedades endémicas.
- Equipamiento a cargo: Plataforma portátil de diagnóstico molecular automatizado (validada para campo, que no requiera termociclador)





externo para su operatividad), centrífuga portátil, microscopio de campo con iluminación LED autónoma, conservadoras de muestras.

- Tablet / Dispositivo móvil: Para ingreso inmediato de resultados de pruebas rápidas al sistema.

6. Coordinador de Equipo Móvil:

- Perfil: Profesional de la salud. Es requisito indispensable contar con dominio a nivel intermedio o avanzado de al menos una lengua originaria predominante en la cuenca de intervención. Experiencia en liderazgo y gestión de equipo de salud extramural.

7. Técnico(a) de Enfermería:

- Perfil: Profesional técnico titulado. Experiencia en triaje rápido y apoyo asistencial en zonas rurales.

- Equipamiento a cargo: Termómetros infrarrojos y digitales, insumos de desinfección, material para curación básica de heridas. Tablet: Para registro de triaje (funciones vitales) y sincronización de datos HIS.

8. Gestor Intercultural / Enlace Indígena:

- Perfil: Agente comunitario, líder o comunicador indígena reconocido por su comunidad o federación, encargado de la sensibilización y facilitación del diálogo intercultural.

B. LOGÍSTICA Y EQUIPAMIENTO DE EMBARCACIONES FLUVIALES:

Para garantizar la operatividad del equipo móvil de salud itinerante, el medio de transporte debe ser de uso exclusivo y cumplir obligatoriamente con las siguientes características técnicas y logísticas:

Kit de Emergencias e Insumos Médicos

- Claves Obstétricas: Clave Roja (Traje Antichoque No Neumático, oxitocina, misoprostol), Clave Azul (Sulfato de magnesio, gluconato de calcio) y Clave Amarilla (Antibióticos).
- Botiquín de Morbilidades: Medicamentos esenciales para el tratamiento de infecciones respiratorias, gastrointestinales, dermatológicas y control de enfermedades crónicas (hipertensión, diabetes).
- Soporte General: Suplementos de hierro, ácido fólico, calcio, métodos anticonceptivos, analgésicos, antipiréticos y sales de rehidratación oral.
- Capacidad e Infraestructura: Capacidad mínima para 18 pasajeros. Asientos reclinables para el descanso del personal durante trayectos largos. Servicios higiénicos operativos.
- Equipamiento Sanitario a Bordo: Congelador o equipo refrigerante operativo para garantizar la cadena de frío de medicamentos y biológicos, respaldado con barras de hielo.
- Energía y Conectividad: Generador de energía alterna con reserva de 50 galones de combustible. Conexión de internet satelital portátil activa durante todo el recorrido para tele consultas de emergencia.
- Seguridad y Navegación: 2 Motoristas con documentos vigentes, combustible (84/90 octanos) para toda la ruta, 18 chalecos salvavidas, faro pirata, remos, motosierra y extintor.





PERÚ

Ministerio
de Salud

III. AMBITO TERRITORIAL:	
3.1 CRITERIOS DE PRIORIZACIÓN:	Zonas rurales, de frontera y/o de alta dispersión geográfica, caracterizadas por tiempos de traslado mayores a 2 horas hacia un establecimiento con capacidad de resolver emergencias médicas/obstétricas y carencia de profesionales de la salud permanentes.
3.2 DEPARTAMENTO	Tumbes, Loreto, Ucayali, Amazonas, San Martín, Madre de Dios, Junín, Pasco, Puno, Cajamarca, Tacna, y Huancavelica
3.3 PROVINCIA	
3.4 DISTRITO	
3.5 LOCALIDAD	
3.6 RIS	
3.7 ESTABLECIMIENTO DE SALUD	
IV. ALINEAMIENTO ESTRATEGICO DEL SERVICIO	
4.1 PNMS	OBJETIVO PRIORITARIO 2: Asegurar el acceso a servicios integrales de salud de calidad y oportunos a la población.
4.2 PESEM	OES 2: Mejorar el Acceso a servicios de salud a la población. AES 2.5: Incrementar la cobertura en el cuidado integral de la población.
V. SEGUIMIENTO Y EVALUACION	
5.1 SEGUIMIENTO DE LA EJECUCIÓN DEL SERVICIO	Unidad Ejecutora de Salud / DIRIS / DIRESA / GERESA correspondiente.
5.2 SUPERVISIÓN	MINSA / DIRESA / Autoridad Sanitaria Local.
VI. RESPONSABLES	
6.1 RESPONSABLE TECNICO	Jefe de la IPRESS o jefe de la Red Integrada de Salud (RIS) de la jurisdicción.
6.2 RESPONSABLE TERRITORIAL	Representante del Gobierno Regional o Gobierno Local (Municipalidad Provincial o Distrital).
6.3 RESPONSABLE DE BRINDAR EL SERVICIO	La Empresa Privada financista o el Operador Logístico/Salud contratado como su representante.





FICHA TECNICA DE CONTENIDOS MINIMOS DE SERVICIOS POR IMPUESTOS
(Decreto Supremo N°038-2026-EF)

CÓDIGO	FT Sxl-2026-014- SA
DENOMINACIÓN DEL SERVICIO	Atención integral con salud digital y pertinencia cultural en favor de personas residentes en zonas de frontera
I. DIAGNÓSTICO	<p>Según el Informe OCDE sobre los Sistemas de Salud: Perú 2025, en nuestro país persisten personas de regiones que manifiestan tener necesidades médicas no satisfechas mayores que las asentadas en Lima metropolitana, con mayor predominio en mujeres y desigualdades étnicas y regionales; lo cual se infiere debe infiere es mayor aún las zonas de frontera, las personas no tienen posibilidades de acceder a servicios de salud, por los propios determinantes sociales tales como geografía, cercanía física a establecimientos de salud, posibilidad de que brigadas de salud lleguen de manera sostenida a los lugares donde se asientan de manera regular, o que estando próximos a un establecimiento de salud, estos no cuenten con la cartera de servicios o capacidad resolutive suficiente, menos aún suficiente capacidad instalada requerida para garantizar la atención de salud con la pertinencia cultural que requieren los conciudadanos que se encuentran situados en zonas de frontera.</p> <p>La oferta de salud que llega a dichas personas es escasa y discontinua, proyectada desde la lógica del prestador, y en la mayoría de los casos se registra de manera manuscrita e incompleta. La revisión de las anotaciones en los formatos de atención muchas veces no es legible entre profesionales y dificultan la continuidad de la atención, lo que desencadena el subregistro de las condiciones de salud, que imposibilita tomar mejores decisiones que eleven la calidad de vida de dicha población. A ello se suma la dificultad que implica el temor o rechazo a la atención que ocasiona el que el personal no conozca las costumbres o lengua/ dialecto de la zona.</p> <p>Conocidos son los intentos del estado, así como de iniciativas privadas por proveer servicios de salud, pero en ocasiones solo como intervenciones de salud inconexas, sin la suficiente sostenibilidad, ni adecuada gestión de la información que genere impacto real en la calidad de vida y condiciones de salud de las personas. Sumado a ello, dichas atenciones sin posibilidad de ser potenciadas con las ventajas que al día de hoy ofrecen las tecnologías de la información, incrementan la brecha digital en dichas zonas, incrementando las inequidades en salud además de dificultar el dar continuidad a la atención, haciendo imposible el pensar en proveer cuidado integral de la salud, ni por oferta fija, móvil o por telesalud.</p> <p>La limitada capacidad tecnológica instalada en las zonas de frontera radica en la necesidad de contar con ambientes y equipamiento informático suficiente en establecimientos de salud de primer nivel de atención suficientes para brindar</p>

1.1 Identificación del problema





	<p>atenciones de salud de calidad y producto del mismo, realizar el registro adecuado de los actos médicos y actos de salud que correspondan ejecutar de acuerdo a la categoría del establecimiento de salud; además incluye la necesidad de contar con la suficiente conectividad que permita dar la continuidad al cuidado de la atención, y con personal de salud con las competencias digitales y habilidades blandas, en particular pertinencia cultural, conocimiento y respeto de los diferentes niveles de alfabetización digital y sociocultural; lo que dificulta operar desde la organización en Redes Integradas de Salud si es que el caso clínico así lo amerita.</p> <p>Siendo que aún existen zonas de frontera donde la presencia del estado aún no es permanente, y se dificulta el llevar oferta de salud sea presencial, o por telemedicina, aún las intervenciones estratégicas de salud públicas resultan ser insuficientes; por lo que al día de hoy conocido es que existen personas en zonas de frontera que no logran recibir los servicios de salud que requieren, y que tal vez a través de la salud digital, podrían tener una posibilidad de mejorar sus condiciones de vida.</p>
<p>1.2. Enunciado del problema</p>	<p>Persisten personas residentes en territorios de frontera que no tienen la oportunidad de acceder a servicios de salud, que podrían encontrar en la salud digital la posibilidad de mejorar sus condiciones de vida al ser atendidos sea de manera presencial, por telemedicina o de manera itinerante, siempre que el servicio se brinde con pertinencia cultural para ir cerrando la brecha tecnológica.</p>
<p>II. INFORMACION DEL SERVICIO</p>	
<p>2.1 OBJETIVO DEL SERVICIO</p>	<p>Objetivo General Brindar atención integral con salud digital y pertinencia cultural a las personas asentadas en zonas de frontera utilizando el SIHCE del MINSa y servicios complementarios.</p> <p>Objetivos específicos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mejorar el acceso a turnos de atención presencial y de telemedicina con difusión multicanal con apoyo de tecnológico con el SIHCE del MINSa en establecimientos de salud de zonas de frontera. • Mejorar la cobertura de vacunación en zonas de frontera utilizando el SIHCE del MINSa y servicios complementarios. • Asegurar la provisión del servicio de consulta externa mediante salud digital con registro en los componentes del SIHCE del MINSa en establecimientos de salud de zonas de frontera. • Mejorar la percepción de las personas respecto a los servicios de salud mediante la provisión de salud digital con pertinencia cultural en zonas de frontera
<p>2.2 MARCO NORMATIVO</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Decreto Supremo N° 085-2023-PCM, Decreto Supremo que aprueba la Política Nacional de Transformación Digital al 2030.





	<ul style="list-style-type: none"> • Decreto Supremo N° 005-2025-SA, Decreto Supremo que aprueba la Agenda Digital del Sector Salud hacia el 2030. • Resolución Ministerial N° 553-2025-MINSA, que dispone que el Sistema de Información de Historias Clínicas Electrónicas - SIHCE del MINSA, sea implementado y usado de manera obligatoria en los establecimientos de salud del primer nivel de atención del Ministerio de Salud y de los gobiernos regionales. • Resolución Ministerial N° 053-2026/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: Plan de prevención y control del Dengue para el año 2026. • Resolución Ministerial N° 060-2026-MINSA, que aprueba el Documento Técnico: "Líneas Priorizadas de la Gestión para el Sector Salud 2026"
<p>2.3 DEFINICION OPERACIONAL DEL SERVICIO</p>	<p>Salud digital, servicios de salud provista utilizando tecnologías digitales como la historia clínica electrónica tanto en modalidad de atención presencial como por telesalud, sea por oferta fija o móvil. Mínimo atenciones de inmunizaciones, consulta externa médica, atenciones prenatales, telemonitoreo, teleorientación y/o teleinterconsultas registradas en SIHCE del MINSA (intramurales y extramurales).</p> <p>Capacidad tecnológica digital instalada: se refiere a las condiciones en materia de competencias digitales básicas, equipamiento informático tipo laptop y Tablet para personal de salud usuario y conectividad satelital requeridas para la provisión de citas de atención, difusión de mensajes de recordación de citas, y el uso del SIHCE del MINSA que deben ser garantizados. Incluye además las condiciones de infraestructura y seguridad mínimas requeridas al ambiente donde se brinda la atención de salud; y telefonía adecuada para funcionamiento de servicio de call center y mensajería para provisión de citas y envío de mensajes. Se recomienda además considerar la incorporación de personal que se comunica con conocimiento de la lengua y costumbres del lugar, cuando se requiera.</p> <p>Establecimientos de salud de primer nivel de atención de categorías I-2, 1-3 y 1-4 ubicados en zonas de frontera.</p> <p>Difusión multicanal que incluya la provisión de citas mediante servicio en línea garantizados por conectividad suficiente, por call center para citas, difusión de atenciones extramurales en la lengua nativa (de corresponder) y con los mensajes que la población de la zona entienda.</p> <p>SIHCE del MINSA: Sistema de Información de Historias Clínicas Electrónicas del Ministerio de Salud, que debe ser utilizado de manera obligatoria y gratuita por establecimientos de salud del primer nivel de atención de MINSA y gobiernos regionales; otros establecimientos de salud que pudiese habilitar el proveedor pueden también hacer uso de este previo convenio específico.</p>
<p>2.4 RESULTADO</p>	<p>Personas reciben servicio de salud digital, desde una lógica de cuidado integral de la salud.</p>





2.5 UNIDAD DE MEDIDA	Personas atendidas con servicios de salud digital con pertinencia cultural
2.6 META FISICA	N° de Personas atendidas con salud digital a través del SIHCE del MINSa
2.7 DENOMINACIÓN DEL DEL INDICADOR	Porcentaje de personas satisfechas con el servicio de salud digital recibido que se gestiona a partir de un servicio multicanal que incluye citas en línea y el call center, registradas en el SIHCE del MINSa en zonas de frontera.
2.8 CALCULO DEL INDICADOR	<p>Numerador: Número de Personas satisfechas con el servicio de salud digital en zonas de frontera en el mismo periodo de tiempo</p> <p>Denominador: Número de personas que recibieron el servicio de salud digital en zonas de frontera en un periodo de tiempo</p> <p>Nota. -</p> <p>Las personas a que se hace referencias son mayores de edad que autorizan participar de la encuesta de satisfacción. Para el número de personas del denominador se considera la determinación de un tamaño muestral equivalente al 20% del total de atendidos.</p> <p>Servicio de salud digital: incluye atenciones de inmunizaciones, consulta externa médica, atenciones prenatales, telemonitoreo y teleorientación registradas en los componentes del SIHCE del MINSa. Incluye registros realizados tanto a atenciones realizadas mediante atenciones intramurales como extramurales.</p>
2.9 FUENTE DE DATOS	DIRESA
2.10 META DEL INDICADOR	60%
2.11 LINEA DE BASE DEL INDICADOR	NR
2.12 INSUMOS	<p>Conectividad. Mediante servicio de internet satelital, el cual servirá de medio para la conectividad y operatividad del call center.</p> <p>Infraestructura: equipamiento mínimo para la funcionalidad del call center (servidores, switch, ups, NAS)</p> <p>Sistema. Uso obligatorio del SIHCE del MINSa, de acuerdo con categoría del establecimiento de salud. De tener pensado usar.</p> <p>Condiciones del establecimiento de salud: local propio o de la comunidad u otro definido para actividades intramurales durante la provisión del servicio.</p> <p>Recurso Humano: Personal de salud y operadores en número suficiente para operar los componentes del SIHCE del MINSa según cartera de servicios (A coordinar con la DIRESA y representantes de la comunidad de modo tal)</p> <p>Incorporar a personal de la comunidad y de corresponder con conocimiento de lengua nativa o de la zona (considerar dicho detalle para atención directa y en el perfil del personal de call center).</p> <p>Requisito: Tener capacitación en uso del SIHCE del MINSa; y para el caso del call center de servicio al cliente, manejo de habilidades blandas.</p>





	Ambientes: Mínimo de ambientes destinados a uso de componentes asistenciales de SIHCE del MINSA. Ambiente destinado a labores de programación de turnos y/ o ventanilla única(admisión)
III. AMBITO TERRITORIAL:	
3.1 CRITERIOS DE PRIORIZACIÓN:	Rural <input type="checkbox"/> Frontera <input checked="" type="checkbox"/> Emergencia <input type="checkbox"/>
3.2 DEPARTAMENTO	
3.3 PROVINCIA	
3.4 DISTRITO	
3.5 LOCALIDAD	
3.6 RIS	
3.7 ESTABLECIMIENTO DE SALUD	
IV. ALINEAMIENTO ESTRATEGICO DEL SERVICIO	
4.1 PNMS	OBJETIVO PRIORITARIO 2: Asegurar el acceso a servicios integrales de salud de calidad y oportunos a la población
4.2 PESEM	OES 2: Mejorar el Acceso a servicios de salud a la población. AES 2.5: Incrementar la cobertura en el cuidado integral de la población.
V. SEGUIMIENTO Y EVALUACION	
5.1 SEGUIMIENTO DE LA EJECUCIÓN DEL SERVICIO	RIS
5.2 SUPERVISIÓN	DIRESA/GERESA/DIRIS/MINSA
VI. RESPONSABLES	
6.1 RESPONSABLE TECNICO	Alcalde o Gobernador, o su representante
6.2 RESPONSABLE TERRITORIAL	Jefe del Establecimiento
6.3 RESPONSABLE DE BRINDAR EL SERVICIO	Jefe del Establecimiento.

