



Nº 299 -2020/GOB.REG.PIURA-DRSP-HAPCSR-II-2-DIR-OA-OPE

## RESOLUCIÓN DIRECTORAL

Veintiséis de octubre,

20 NOV 2020

**VISTO:** El Informe N°104-2020/ HAPCSRPII-2-430020177 de fecha 13 de Octubre del 2020 y el Memorándum N° 808-2020/HAPCSRPII-2-430020177 de fecha 07 Septiembre del 2020, Memorando N° 0022-2020/MFYR/HAPCSRPII-2 de fecha 02 de Septiembre del 2020 Memorando N° 146-2020-HAPCSRPII-24300201720 de fecha 30 de Setiembre del 2020 en que se solicita la incorporación del costo de Tarifario Institucional de Cuarenta y uno (41) procedimientos especializados que realiza el Servicio de Medicina Física y Rehabilitación y densitometría ósea del Departamento de Diagnóstico por Imágenes del Hospital de la Amistad Perú Corea Santa Rosa II-2.

### CONSIDERANDO:

Que, mediante Resolución Ministerial N° 246-2006/MINSA de fecha 13 de marzo del 2006 ,se aprobó el Documento Técnico “ Lineamientos de Política Tarifaria en el Sector Salud; cuya finalidad es mejorar el acceso a los servicios de Salud, la Guía Metodológica de Determinación de Costos de Servicios en los establecimientos del Sector Salud, el Catalogo de Unidades productoras de Servicios en los Establecimientos del Sector Salud, documentos que permiten definir y aplicar correctamente los aspectos conceptuales de algunos términos en Salud ”;

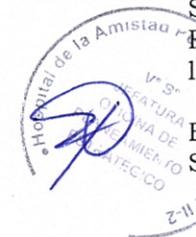
Que, mediante Resolución Ministerial N° 704-2006/MINSA de fecha 26 de julio de 2006, se aprueba el Documento Técnico Glosario de Términos en el Marco de los Lineamientos de Política Tarifaria para la Gestión de servicios de Salud, la Guía Metodológica de Determinación de Costos de Servicios en los establecimientos del Sector Salud, el catálogo de Unidades Productoras de Servicios en los Establecimientos del Sector Salud, documentos que permitan definir y aplicar correctamente los aspectos conceptuales de algunos términos en salud.

Que, el artículo 2° de la Resolución Ministerial N° 704-2006/MINSA, aprueba el Documento Técnico: “Guía metodológica de determinación de Costos de Servicios de Salud para el Sector Salud”; la cual constituye herramienta para uniformizar criterios de costeo de servicio de salud y de este modo contar con la metodología que permita comparar resultados de costos a nivel de los prestadores y financiadores del Sistema de Salud;

Que, mediante la Resolución Ministerial N° 195-2009/MINSA se aprueba el documento Técnico: “Metodología para la Estimación de Costo Estándar en los Establecimientos de Salud y con el objetivo de proporcionar una herramienta de ayuda al usuario del sistema de salud y uniformizar métodos estándar, en todos los establecimientos de salud;

Que mediante Memorándum N° 808-2020/HAPCSRPII-2-430020177 de fecha 07 Septiembre del 2020, Memorando N° 0022-2020/MFYR/HAPCSRPII-2 de fecha 02 de Septiembre del 2020 y Memorando N° 146-2020-HAPCSRPII-24300201720 de fecha 30 de Setiembre del 2020 se solicita la incorporación del costo de los procedimientos de Medicina Física y Rehabilitación y de Densitometría Ósea, al Tarifario Institucional del Hospital de la Amistad Perú Corea Santa Rosa II-2.

Estando a lo propuesto por el Jefe del Departamento de Diagnóstico por Imágenes y el Servicio de Medicina Física y Rehabilitación;





N° 299-2020/GOB.REG.PIURA-DRSP-HAPCSR-II-2-DIR-OA-OPE

## RESOLUCIÓN DIRECTORAL

Veintiséis de octubre,

Con las visaciones de la Oficina de Planeamiento Estratégico, Oficina de Administración y Asesoría Legal del Hospital de la Amistad Perú Corea Santa Rosa II-2-Piura;

En uso de las facultades conferidas por la Resolución Ministerial N° 963-2017/MINSA del 31 de Octubre del 2017; Ordenanza Regional N° 254-2012 /GRP-CR que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital de la Amistad Perú- Corea Santa Rosa II-2; Ordenanza Regional N° 429-2018/GRP-CR que aprueba el CAP-P ; y Resolución Ejecutiva Regional N° 451 - 2019/GOBIERNO REGIONAL PIURA-GR de fecha 29/05/2019 que designa al Director Ejecutivo del Hospital de la Amistad Perú Cora Santa Rosa II-2.

### SE RESUELVE:

**Artículo 1°.- APROBAR la incorporación del costo al Tarifario Institucional de Cuarenta (40) procedimientos especializados del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación y un (01) procedimiento especializado del Departamento de Diagnóstico por imágenes del Hospital de la Amistad Perú Corea Santa Rosa II-2 - Piura. Según anexo adjunto de dos (2) páginas que es parte integrante de la presente resolución.**

**Artículo 2°.-** Disponer que la Jefatura de la Oficina de Economía de cabal cumplimiento a la presente resolución directoral.

**Artículo 3°.-** Autorizar al responsable del portal de transparencia la publicación de la presente resolución en el portal web de la entidad.

Regístrese, comuníquese y archívese;

EVCHP/DPA/whc.



GOBIERNO REGIONAL PIURA  
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD PIURA  
HOSPITAL DE LA AMISTAD PERÚ COREA SANTA ROSA II-2

MD. EDWIN VALDEMAR CHINGUEL PASACHE  
DIRECTO EJECUTIVO

## MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN

CODIGO CPT	DESCRIPCION	TARIFA S/.
20610	ARTROCENTESIS CON ASPIRACIÓN Y/O INYECCIÓN DE ARTICULACIÓN O BOLSA SINOVIOL MAYOR(P.EJ. HOMBRO, CADERA ,ARTICULACION DE LA RODILLA, BOLSA SUB ACROMIAL)	50.00
62271	APLICACIÓN DE TÓXINA BOTULINICA	50.00
64418	INYECCIÓN DE AGENTE ANESTÉSICO EN NERVIOS SUPRAESCAPULAR	20.00
64494	INYECCIONES DE AGENTE DIAGNÓSTICO O TERAPÉUTICO, EN CARILLA DE ARTICULACIÓN PARAVERTEBRAL (CIGAPOFISIARIA)(O NERVIOS QUE INERVAN DICHA ARTICULACIÓN) CON GUÍA POR IMÁGENES (FLUOROSCOPIA O TOMOGRAFIA COMPUTARIZADA ) LUMBAR O SACRO, SEGUNDO NIVEL (REGISTRAR SEPARADAMENTE ADEMÁS DEL CÓDIGO PARA EL PROCEDIMIENTO PRINCIPAL)	35.00
90806	PSICOTERAPIA INDIVIDUAL	10.00
90863	PSICOTERAPIA GRUPAL	10.00
92507	TRATAMIENTO DE ENFERMEDAD DEL HABLA, LENGUAJE, VOZ COMUNICACIÓN Y/O PROCESAMIENTO AUDITIVO INDIVIDUAL (TERAPIA DE LENGUAJE)	12.00
97001	EVALUACIÓN DE FISIOTERAPIA ( del médico rehabilitador)	20.00
97002	REEVALUACIÓN DE TERAPIA FÍSICA	15.00
97005	SESIÓN: COMPRESAS FRIAS	10.00
97007	SESIÓN: HIDROTERAPIA: TANQUE DE WHIRLPOOL+PROCEDIMIENTO TERAPEUTICO (Kinesioterapia)	18.00
97008	SESIÓN: TERAPIA DEL COMPLEJO OROFACIAL	31.00
97010	APLICACIÓN DE AGENTES TERMICOS O FRIOS	6.00
97012	APLICACIÓN DE TRACCIÓN MECÁNICA	10.00
97014	ESTIMULACIÓN ELECTRICA NO ASISTIDA (Aplicación de modalidad de terapia física 1 o más áreas).	5.00
97018	APLICACIÓN DE BAÑO DE PARAFINA	11.00
97026	APLICACIÓN DE RAYOS INFRAROJOS	6.00
97028	APLICACIÓN DE LUZ ULTRAVIOLETA	6.00
97032	APLICACIÓN DE ESTIMULACION ELECTRICA (MANUAL)MINUTOS	34.00
97035	APLICACIÓN DE ULTRASONIDO	10.00
97036	APLICACIÓN DE TANQUE HUBBARD	38.00
97110	PROCEDIMIENTO TERAPEUTICO PARA DESARROLLAR FUERZA Y RESISTENCIA AL EJERCICIO , ARCO DE MOVIMIENTO Y FLEXIBILIDAD	16.00
97112	PROCEDIMIENTO TERAPEUTICO PARA REEDUCACIÓN NEUROMUSCULAR DEL MOVIMIENTO ,EQUILIBRIO,COORDINACIÓN,SENTIDO QUINESTÉSICO,POSTURA Y PROPRIOCEPCIÓN	16.00
97116	PROCEDIMIENTO TERAPÉUTICO PARA ENTRENAMIENTO DE LA MARCHA	10.00
97124	PROCEDIMIENTO TERAPÉUTICOS INDIVIDUALES	13.00
97125	TECNICAS DE TERAPIA MANUAL	18.00



MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN		
CODIGO CPT	DESCRIPCION	TARIFA S/.
97139	PROCEDIMIENTO TERAPÉUTICO ( QUINESIOTERAPIA)+ AGENTES FÍSICOS	25.00
97150	PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS EN GRUPO	10.00
97532	DESARROLLO DE HABILIDADES COGNITIVAS PARA MEJORAR LA ATENCIÓN, MEMORIA, RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS,(INCLUYE ENTRENAMIENTO COMPENSATORIO), CONTACTO DIRECTO CON EL PACIENTE (CARA A CARA) CADA 15 MINUTOS.	10.00
97535	TERAPIA OCUPACIONAL: ACTIVIDADES TERAPEUTICAS DE AUTOVALIMIENTO,(USO DE ACTIVIDADES DINÁMICAS PARA MEJORAR INDEPENDENCIA EN AVD) y CAPACITACIÓN PARA EL MANEJO AUTÓNOMO EN EL HOGAR (p.Ej. ACTIVIDADES COTIDIANAS, PREPARACIÓN DE COMIDAS, ETC.)	11.00
97760	MANEJO Y ENTRENAMIENTO ORTÉTICO(INCLUYENDO EVALUACIÓN Y ADECUACIÓN CUANDO NO SE HAGA MENCIÓN EN OTRA PARTE) DE EXTREMIDADES SUPERIORES ,INFERIORES Y /O TRONCO CADA 15 MINUTOS	8.00
	ENTRENAMIENTO PROTÉTICO, EXTREMIDADES SUPERIORES, INFERIORES, CADA 15 MINUTOS	12.00
97770	DESARROLLO DE HABILIDADES COGNITIVAS PARA MEJORAR LA ATENCIÓN, MEMORIA, RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS, INCLUYENDO LA CAPACITACIÓN Y/O ACTIVIDADES DE INTEGRACIÓN SENSORIAL; CONTACTO DIRECTO (UNO A UNO) ENTRE EL PACIENTE Y LA PERSONA ENCARGADA.	11.00
97780	BLOQUEO PARAVERTEBRAL	15.00
97785	DESGATILLAMIENTO MUSCULAR	35.00
97799	SERVICIO O PROCEDIMIENTO DE MEDICINA FÍSICA/ REHABILITACIÓN NO LISTADO	35.00
97810	ACUPUNTURA ,UNA O MÁS AGUJAS,SIN ESTIMULACIÓN ELÉCTRICA,15 MINUTOS INICIALES DE CONTACTO PERSONAL UNO A UNO CON EL PACIENTE	20.00
98925	TRATAMIENTO DE MANIPULACIÓN OSTEPÁTICA; INVOLUCRA 1 o 2 REGIONES CORPORALES	30.00
99193	INFILTRACIONES INTRAARTICULARES MAYORES	25.00
99194	INFILTRACIONES INTRAARTICULARES MENORES	20.00
<b>SERVICIO DE DENSITOMETRIA OSEA</b>		<b>TARIFA S/.</b>
77080	DENSITOMETRÍA OSEA (DXA) ( No incluye Medicamentos e insumos de farmacia)	70.00

