

# *BASES ESTÁNDAR DE CONCURSO PÚBLICO PARA LA CONTRATACIÓN DE SERVICIOS EN GENERAL*

*Aprobado mediante Directiva N° 001-2019-OSCE/CD*



**SUB DIRECCIÓN DE NORMATIVIDAD – DIRECCIÓN TÉCNICO NORMATIVA**  
ORGANISMO SUPERVISOR DE LAS CONTRATACIONES DEL ESTADO - OSCE

**SIMBOLOGÍA UTILIZADA:**

N°	Símbolo	Descripción
1	[ABC] / [.....]	La información solicitada dentro de los corchetes sombreados debe ser completada por la Entidad durante la elaboración de las bases.
2	[ABC] / [.....]	Es una indicación, o información que deberá ser completada por la Entidad con posterioridad al otorgamiento de la buena pro para el caso específico de la elaboración de la PROFORMA DEL CONTRATO; o por los proveedores, en el caso de los ANEXOS de la oferta.
3	<b>Importante</b> • Abc	Se refiere a consideraciones importantes a tener en cuenta por el comité de selección y por los proveedores.
4	<b>Advertencia</b> • Abc	Se refiere a advertencias a tener en cuenta por el comité de selección y por los proveedores.
5	<b>Importante para la Entidad</b> • Xyz	Se refiere a consideraciones importantes a tener en cuenta por el comité de selección y deben ser eliminadas una vez culminada la elaboración de las bases.

**CARACTERÍSTICAS DEL DOCUMENTO:**

Las bases estándar deben ser elaboradas en formato WORD, y deben tener las siguientes características:

N°	Características	Parámetros
1	Márgenes	Superior : 2.5 cm      Inferior: 2.5 cm Izquierda: 2.5 cm      Derecha: 2.5 cm
2	Fuente	Arial
3	Estilo de Fuente	Normal: Para el contenido en general Cursiva: Para el encabezado y pie de página Para las Consideraciones importantes (Ítem 3 del cuadro anterior)
4	Color de Fuente	Automático: Para el contenido en general Azul : Para las Consideraciones importantes (Ítem 3 del cuadro anterior)
5	Tamaño de Letra	16 : Para las dos primeras hojas de las Secciones General y Específica 11 : Para el nombre de los Capítulos. 10 : Para el cuerpo del documento en general 9 : Para el encabezado y pie de página Para el contenido de los cuadros, pudiendo variar, según la necesidad 8 : Para las Notas al pie
6	Alineación	Justificada: Para el contenido en general y notas al pie. Centrada : Para la primera página, los títulos de las Secciones y nombres de los Capítulos)
7	Interlineado	Sencillo
8	Espaciado	Anterior : 0 Posterior : 0
9	Subrayado	Para los nombres de las Secciones y para resaltar o hacer hincapié en algún concepto

**INSTRUCCIONES DE USO:**

- Una vez registrada la información solicitada dentro de los corchetes sombreados en gris, el texto deberá quedar en letra tamaño 10, con estilo normal, sin formato de negrita y sin sombrear.
- La nota **IMPORTANTE** no puede ser modificada ni eliminada en la Sección General. En el caso de la Sección Específica debe seguirse la instrucción que se indica en dicha nota.

**BASES ESTÁNDAR DE CONCURSO PÚBLICO PARA LA  
CONTRATACIÓN DE SERVICIOS EN GENERAL**

**CONCURSO PÚBLICO N° 13-2022-ESSALUD-RPA-1**

**CONTRATACIÓN DEL SERVICIO DE TERAPIA  
RESPIRATORIA A DOMICILIO.**

**2022**

## **DEBER DE COLABORACIÓN**

La Entidad y todo proveedor que se someta a las presentes Bases, sea como participante, postor y/o contratista, deben conducir su actuación conforme a los principios previstos en la Ley de Contrataciones del Estado.

En este contexto, se encuentran obligados a prestar su colaboración al OSCE y a la Secretaría Técnica de la Comisión de Defensa de la Libre Competencia del INDECOPI, en todo momento según corresponda a sus competencias, a fin de comunicar presuntos casos de fraude, colusión y corrupción por parte de los funcionarios y servidores de la Entidad, así como los proveedores y demás actores que participan en el proceso de contratación.

De igual forma, deben poner en conocimiento del OSCE y a la Secretaría Técnica de la Comisión de Defensa de la Libre Competencia del INDECOPI los indicios de conductas anticompetitivas que se presenten durante el proceso de contratación, en los términos del Decreto Legislativo N° 1034, "Ley de Represión de Conductas Anticompetitivas", o norma que la sustituya, así como las demás normas de la materia.

La Entidad y todo proveedor que se someta a las presentes Bases, sea como participante, postor y/o contratista del proceso de contratación deben permitir al OSCE o a la Secretaría Técnica de la Comisión de Defensa de la Libre Competencia del INDECOPI el acceso a la información referida a las contrataciones del Estado que sea requerida, prestar testimonio o absolución de posiciones que se requieran, entre otras formas de colaboración.

## **SECCIÓN GENERAL**

### **DISPOSICIONES COMUNES DEL PROCEDIMIENTO DE SELECCIÓN**

(ESTA SECCIÓN NO DEBE SER MODIFICADA EN NINGÚN EXTREMO, BAJO SANCIÓN DE NULIDAD)

## CAPÍTULO I ETAPAS DEL PROCEDIMIENTO DE SELECCIÓN

### 1.1. REFERENCIAS

Cuando en el presente documento se mencione la palabra Ley, se entiende que se está haciendo referencia a la Ley N° 30225, Ley de Contrataciones del Estado, y cuando se mencione la palabra Reglamento, se entiende que se está haciendo referencia al Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado aprobado por Decreto Supremo N° 344-2018-EF.

Las referidas normas incluyen sus respectivas modificaciones, de ser el caso.

### 1.2. CONVOCATORIA

Se realiza a través de su publicación en el SEACE de conformidad con lo señalado en el artículo 54 del Reglamento, en la fecha señalada en el calendario del procedimiento de selección, debiendo adjuntar las bases y resumen ejecutivo.

### 1.3. REGISTRO DE PARTICIPANTES

El registro de participantes se realiza conforme al artículo 55 del Reglamento. En el caso de un consorcio, basta que se registre uno (1) de sus integrantes.

#### Importante

- *Para registrarse como participante en un procedimiento de selección convocado por las Entidades del Estado Peruano, es necesario que los proveedores cuenten con inscripción vigente y estar habilitados ante el Registro Nacional de Proveedores (RNP) que administra el Organismo Supervisor de las Contrataciones del Estado (OSCE). Para obtener mayor información, se puede ingresar a la siguiente dirección electrónica: [www.rnp.gob.pe](http://www.rnp.gob.pe).*
- *Los proveedores que deseen registrar su participación deben ingresar al SEACE utilizando su Certificado SEACE (usuario y contraseña). Asimismo, deben observar las instrucciones señaladas en el documento de orientación "Guía para el registro de participantes electrónico" publicado en <https://www2.seace.gob.pe/>.*
- *En caso los proveedores no cuenten con inscripción vigente en el RNP y/o se encuentren inhabilitados o suspendidos para ser participantes, postores y/o contratistas, el SEACE restringirá su registro, quedando a potestad de estos intentar nuevamente registrar su participación en el procedimiento de selección en cualquier otro momento, dentro del plazo establecido para dicha etapa, siempre que haya obtenido la vigencia de su inscripción o quedado sin efecto la sanción que le impuso el Tribunal de Contrataciones del Estado.*

### 1.4. FORMULACIÓN DE CONSULTAS Y OBSERVACIONES A LAS BASES

La formulación de consultas y observaciones a las bases se efectúa de conformidad con lo establecido en los numerales 72.1 y 72.2 del artículo 72 del Reglamento.

### 1.5. ABSOLUCIÓN DE CONSULTAS, OBSERVACIONES E INTEGRACIÓN DE BASES

La absolución de consultas, observaciones e integración de las bases se realizan conforme a las disposiciones previstas en los numerales 72.4 y 72.5 del artículo 72 del Reglamento.

**Importante**

- *No se absolverán consultas y observaciones a las bases que se presenten en forma física.*
- *Cuando exista divergencia entre lo indicado en el pliego de absolución de consultas y observaciones y la integración de bases, prevalece lo absuelto en el referido pliego; sin perjuicio, del deslinde de responsabilidades correspondiente*

**1.6. ELEVACIÓN AL OSCE DEL PLIEGO DE ABSOLUCIÓN DE CONSULTAS Y OBSERVACIONES E INTEGRACIÓN DE BASES**

Los cuestionamientos al pliego de absolución de consultas y observaciones así como a las bases integradas por supuestas vulneraciones a la normativa de contrataciones, a los principios que rigen la contratación pública u otra normativa que tenga relación con el objeto de la contratación, pueden ser elevados al OSCE de acuerdo a lo indicado en los numerales del 72.8 al 72.11 del artículo 72 del Reglamento.

La solicitud de elevación para emisión de Pronunciamiento se presenta ante la Entidad, la cual debe remitir al OSCE el expediente completo, de acuerdo a lo señalado en el artículo 124 del TUO de la Ley 27444, aprobado por Decreto Supremo N° 004-2019-JUS, al día hábil siguiente de recibida dicha solicitud.

**Advertencia**

*La solicitud de elevación al OSCE de los cuestionamientos al pliego de absolución de consultas y observaciones, así como a las Bases integradas, se realiza de manera electrónica a través del SEACE, a partir de la oportunidad en que establezca el OSCE mediante comunicado.*

**Importante**

*Constituye infracción pasible de sanción según lo previsto en el literal n) del numeral 50.1 del artículo 50 de la Ley, presentar cuestionamientos maliciosos o manifiestamente infundados al pliego de absolución de consultas y/u observaciones.*

**1.7. FORMA DE PRESENTACIÓN DE OFERTAS**

Las ofertas se presentan conforme lo establecido en el artículo 59 del Reglamento.

Las declaraciones juradas, formatos o formularios previstos en las bases que conforman la oferta deben estar debidamente firmados por el postor (firma manuscrita). Los demás documentos deben ser visados por el postor. En el caso de persona jurídica, por su representante legal, apoderado o mandatario designado para dicho fin y, en el caso de persona natural, por este o su apoderado. No se acepta el pegado de la imagen de una firma o visto. Las ofertas se presentan foliadas.

**Importante**

- *Los formularios electrónicos que se encuentran en el SEACE y que los proveedores deben llenar para presentar sus ofertas, tienen carácter de declaración jurada.*
- *En caso la información contenida en los documentos escaneados que conforman la oferta no coincida con lo declarado a través del SEACE, prevalece la información declarada en los documentos escaneados.*
- *No se tomarán en cuenta las ofertas que se presenten en físico a la Entidad.*

## 1.8. PRESENTACIÓN Y APERTURA DE OFERTAS

El participante presentará su oferta de manera electrónica a través del SEACE, desde las 00:01 horas hasta las 23:59 horas del día establecido para el efecto en el cronograma del procedimiento; adjuntando el archivo digitalizado que contenga los documentos que conforman la oferta de acuerdo a lo requerido en las bases.

El participante debe verificar antes de su envío, bajo su responsabilidad, que el archivo pueda ser descargado y su contenido sea legible.

### Importante

*Los integrantes de un consorcio no pueden presentar ofertas individuales ni conformar más de un consorcio en un procedimiento de selección, o en un determinado ítem cuando se trate de procedimientos de selección según relación de ítems.*

En la apertura electrónica de la oferta, el comité de selección, verifica la presentación de lo exigido en la sección específica de las bases, de conformidad con el numeral 73.2 del artículo 73 del Reglamento y determina si las ofertas responden a las características y/o requisitos y condiciones de los Términos de Referencia, detallados en la sección específica de las bases. De no cumplir con lo requerido, la oferta se considera no admitida.

## 1.9. EVALUACIÓN DE LAS OFERTAS

La evaluación de las ofertas se realiza conforme a lo establecido en el artículo 74 del Reglamento.

El desempate mediante sorteo se realiza de manera electrónica a través del SEACE.

## 1.10. CALIFICACIÓN DE OFERTAS

La calificación de las ofertas se realiza conforme a lo establecido en los numerales 75.1 y 75.2 del artículo 75 del Reglamento.

## 1.11. SUBSANACIÓN DE LAS OFERTAS

La subsanación de las ofertas se sujeta a lo establecido en el artículo 60 del Reglamento. El plazo que se otorgue para la subsanación no puede ser inferior a un (1) día hábil.

La solicitud de subsanación se realiza de manera electrónica a través del SEACE y será remitida al correo electrónico consignado por el postor al momento de realizar su inscripción en el RNP, siendo su responsabilidad el permanente seguimiento de las notificaciones a dicho correo. La notificación de la solicitud se entiende efectuada el día de su envío al correo electrónico.

La presentación de las subsanaciones se realiza a través del SEACE. No se tomará en cuenta la subsanación que se presente en físico a la Entidad.

## 1.12. RECHAZO DE LAS OFERTAS

Previo al otorgamiento de la buena pro, el comité de selección revisa las ofertas económicas que cumplen los requisitos de calificación, de conformidad con lo establecido para el rechazo de ofertas, previsto en el artículo 68 del Reglamento, de ser el caso.

De rechazarse alguna de las ofertas calificadas, el comité de selección revisa el cumplimiento de los requisitos de calificación de los postores que siguen en el orden de prelación, en caso las hubiere.

### **1.13. OTORGAMIENTO DE LA BUENA PRO**

Definida la oferta ganadora, el comité de selección otorga la buena pro, mediante su publicación en el SEACE, incluyendo el cuadro comparativo y las actas debidamente motivadas de los resultados de la admisión, no admisión, evaluación, calificación, descalificación y el otorgamiento de la buena pro.

### **1.14. CONSENTIMIENTO DE LA BUENA PRO**

Cuando se hayan presentado dos (2) o más ofertas, el consentimiento de la buena pro se produce a los ocho (8) días hábiles siguientes de la notificación de su otorgamiento, sin que los postores hayan ejercido el derecho de interponer el recurso de apelación.

En caso que se haya presentado una sola oferta, el consentimiento de la buena pro se produce el mismo día de la notificación de su otorgamiento.

El consentimiento del otorgamiento de la buena pro se publica en el SEACE al día hábil siguiente de producido.

#### **Importante**

*Una vez consentido el otorgamiento de la buena pro, el órgano encargado de las contrataciones o el órgano de la Entidad al que se haya asignado tal función realiza la verificación de la oferta presentada por el postor ganador de la buena pro conforme lo establecido en el numeral 64.6 del artículo 64 del Reglamento.*

## CAPÍTULO II SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS DURANTE EL PROCEDIMIENTO DE SELECCIÓN

### 2.1. RECURSO DE APELACIÓN

A través del recurso de apelación se pueden impugnar los actos dictados durante el desarrollo del procedimiento de selección hasta antes del perfeccionamiento del contrato.

El recurso de apelación se presenta ante y es resuelto por el Tribunal de Contrataciones del Estado.

Los actos que declaren la nulidad de oficio, la cancelación del procedimiento de selección y otros actos emitidos por el Titular de la Entidad que afecten la continuidad de este, se impugnan ante el Tribunal de Contrataciones del Estado.

#### Importante

- *Una vez otorgada la buena pro, el comité de selección, está en la obligación de permitir el acceso de los participantes y postores al expediente de contratación, salvo la información calificada como secreta, confidencial o reservada por la normativa de la materia, a más tardar dentro del día siguiente de haberse solicitado por escrito.*

*Luego de otorgada la buena pro no se da a conocer las ofertas cuyos requisitos de calificación no fueron analizados y revisados por el comité de selección.*

- *A efectos de recoger la información de su interés, los postores pueden valerse de distintos medios, tales como: (i) la lectura y/o toma de apuntes, (ii) la captura y almacenamiento de imágenes, e incluso (iii) pueden solicitar copia de la documentación obrante en el expediente, siendo que, en este último caso, la Entidad deberá entregar dicha documentación en el menor tiempo posible, previo pago por tal concepto.*
- *El recurso de apelación se presenta ante la Mesa de Partes del Tribunal o ante las oficinas desconcentradas del OSCE.*

### 2.2. PLAZOS DE INTERPOSICIÓN DEL RECURSO DE APELACIÓN

La apelación contra el otorgamiento de la buena pro o contra los actos dictados con anterioridad a ella se interpone dentro de los ocho (8) días hábiles siguientes de haberse notificado el otorgamiento de la buena pro.

La apelación contra los actos dictados con posterioridad al otorgamiento de la buena pro, contra la declaración de nulidad, cancelación y declaratoria de desierto del procedimiento, se interpone dentro de los ocho (8) días hábiles siguientes de haberse tomado conocimiento del acto que se desea impugnar.

## CAPÍTULO III DEL CONTRATO

### 3.1. PERFECCIONAMIENTO DEL CONTRATO

Los plazos y el procedimiento para perfeccionar el contrato se realizan conforme a lo indicado en el artículo 141 del Reglamento.

Para perfeccionar el contrato, el postor ganador de la buena pro debe presentar los documentos señalados en el artículo 139 del Reglamento y los previstos en la sección específica de las bases.

### 3.2. GARANTÍAS

Las garantías que deben otorgar los postores y/o contratistas, según corresponda, son las de fiel cumplimiento del contrato y por los adelantos.

#### 3.2.1. GARANTÍA DE FIEL CUMPLIMIENTO

Como requisito indispensable para perfeccionar el contrato, el postor ganador debe entregar a la Entidad la garantía de fiel cumplimiento del mismo por una suma equivalente al diez por ciento (10%) del monto del contrato original. Esta se mantiene vigente hasta la conformidad de la recepción de la prestación a cargo del contratista.

#### 3.2.2. GARANTÍA DE FIEL CUMPLIMIENTO POR PRESTACIONES ACCESORIAS

En las contrataciones que conllevan la ejecución de prestaciones accesorias, tales como mantenimiento, reparación o actividades afines, se otorga una garantía adicional por una suma equivalente al diez por ciento (10%) del monto del contrato de la prestación accesorias, la misma que debe ser renovada periódicamente hasta el cumplimiento total de las obligaciones garantizadas.

#### Importante

- *En los contratos derivados de procedimientos de selección por relación de ítems, cuando el monto del ítem adjudicado o la sumatoria de los montos de los ítems adjudicados sea igual o menor a doscientos mil Soles (S/ 200,000.00), no corresponde presentar garantía de fiel cumplimiento de contrato ni garantía de fiel cumplimiento por prestaciones accesorias, conforme a lo dispuesto en el literal a) del artículo 152 del Reglamento.*
- *En los contratos periódicos de prestación de servicios en general que celebren las Entidades con las micro y pequeñas empresas, estas últimas pueden otorgar como garantía de fiel cumplimiento el diez por ciento (10%) del monto del contrato, porcentaje que es retenido por la Entidad durante la primera mitad del número total de pagos a realizarse, de forma prorrateada en cada pago, con cargo a ser devuelto a la finalización del mismo, conforme lo establecen los numerales 149.4 y 149.5 del artículo 149 del Reglamento y numeral 151.2 del artículo 151 del Reglamento.*

#### 3.2.3. GARANTÍA POR ADELANTO

En caso se haya previsto en la sección específica de las bases la entrega de adelantos, el contratista debe presentar una garantía emitida por idéntico monto conforme a lo estipulado en el artículo 153 del Reglamento.

### 3.3. REQUISITOS DE LAS GARANTÍAS

Las garantías que se presenten deben ser incondicionales, solidarias, irrevocables y de

realización automática en el país, al solo requerimiento de la Entidad. Asimismo, deben ser emitidas por empresas que se encuentren bajo la supervisión directa de la Superintendencia de Banca, Seguros y Administradoras Privadas de Fondos de Pensiones y que cuenten con clasificación de riesgo B o superior. Asimismo, deben estar autorizadas para emitir garantías; o estar consideradas en la última lista de bancos extranjeros de primera categoría que periódicamente publica el Banco Central de Reserva del Perú.

#### **Importante**

*Corresponde a la Entidad verificar que las garantías presentadas por el postor ganador de la buena pro y/o contratista cumplan con los requisitos y condiciones necesarios para su aceptación y eventual ejecución, sin perjuicio de la determinación de las responsabilidades funcionales que correspondan.*

#### **Advertencia**

*Los funcionarios de las Entidades no deben aceptar garantías emitidas bajo condiciones distintas a las establecidas en el presente numeral, debiendo tener en cuenta lo siguiente:*

- 1. La clasificadora de riesgo que asigna la clasificación a la empresa que emite la garantía debe encontrarse listada en el portal web de la SBS (<http://www.sbs.gob.pe/sistema-financiero/clasificadoras-de-riesgo>).*
- 2. Se debe identificar en la página web de la clasificadora de riesgo respectiva, cuál es la clasificación vigente de la empresa que emite la garantía, considerando la vigencia a la fecha de emisión de la garantía.*
- 3. Para fines de lo establecido en el artículo 148 del Reglamento, la clasificación de riesgo B, incluye las clasificaciones B+ y B.*
- 4. Si la empresa que otorga la garantía cuenta con más de una clasificación de riesgo emitida por distintas empresas listadas en el portal web de la SBS, bastará que en una de ellas cumpla con la clasificación mínima establecida en el Reglamento.*

*En caso exista alguna duda sobre la clasificación de riesgo asignada a la empresa emisora de la garantía, se deberá consultar a la clasificadora de riesgos respectiva.*

*De otro lado, además de cumplir con el requisito referido a la clasificación de riesgo, a efectos de verificar si la empresa emisora se encuentra autorizada por la SBS para emitir garantías, debe revisarse el portal web de dicha Entidad (<http://www.sbs.gob.pe/sistema-financiero/relacion-de-empresas-que-se-encuentran-autorizadas-a-emitir-cartas-fianza>).*

*Los funcionarios competentes deben verificar la autenticidad de la garantía a través de los mecanismos establecidos (consulta web, teléfono u otros) por la empresa emisora.*

### **3.4. EJECUCIÓN DE GARANTÍAS**

La Entidad puede solicitar la ejecución de las garantías conforme a los supuestos contemplados en el artículo 155 del Reglamento.

### **3.5. ADELANTOS**

La Entidad puede entregar adelantos directos al contratista, los que en ningún caso exceden en conjunto del treinta por ciento (30%) del monto del contrato original, siempre que ello haya sido previsto en la sección específica de las bases.

### **3.6. PENALIDADES**

#### **3.6.1. PENALIDAD POR MORA EN LA EJECUCIÓN DE LA PRESTACIÓN**

En caso de retraso injustificado del contratista en la ejecución de las prestaciones objeto del contrato, la Entidad le aplica automáticamente una penalidad por mora por cada día de atraso, de conformidad con el artículo 162 del Reglamento.

### 3.6.2. OTRAS PENALIDADES

La Entidad puede establecer penalidades distintas a la mencionada en el numeral precedente, según lo previsto en el artículo 163 del Reglamento y lo indicado en la sección específica de las bases.

Estos dos tipos de penalidades se calculan en forma independiente y pueden alcanzar cada una un monto máximo equivalente al diez por ciento (10%) del monto del contrato vigente, o de ser el caso, del ítem que debió ejecutarse.

### 3.7. INCUMPLIMIENTO DEL CONTRATO

Las causales para la resolución del contrato, serán aplicadas de conformidad con el artículo 36 de la Ley y 164 del Reglamento.

### 3.8. PAGOS

El pago se realiza después de ejecutada la respectiva prestación, pudiendo contemplarse pagos a cuenta, según la forma establecida en la sección específica de las bases o en el contrato.

La Entidad paga las contraprestaciones pactadas a favor del contratista dentro de los diez (10) días calendario siguientes de otorgada la conformidad de los servicios, siempre que se verifiquen las condiciones establecidas en el contrato para ello, bajo responsabilidad del funcionario competente.

La conformidad se emite en un plazo máximo de siete (7) días de producida la recepción, salvo que se requiera efectuar pruebas que permitan verificar el cumplimiento de la obligación, en cuyo caso la conformidad se emite en un plazo máximo de quince (15) días, bajo responsabilidad del funcionario que debe emitir la conformidad.

En el caso que se haya suscrito contrato con un consorcio, el pago se realizará de acuerdo a lo que se indique en el contrato de consorcio.

#### **Advertencia**

*En caso de retraso en los pagos a cuenta o pago final por parte de la Entidad, salvo que se deba a caso fortuito o fuerza mayor, esta reconoce al contratista los intereses legales correspondientes, de conformidad con el artículo 39 de la Ley y 171 del Reglamento, debiendo repetir contra los responsables de la demora injustificada.*

### 3.9. DISPOSICIONES FINALES

Todos los demás aspectos del presente procedimiento no contemplados en las bases se regirán supletoriamente por la Ley y su Reglamento, así como por las disposiciones legales vigentes.

## **SECCIÓN ESPECÍFICA**

### **CONDICIONES ESPECIALES DEL PROCEDIMIENTO DE SELECCIÓN**

(EN ESTA SECCIÓN LA ENTIDAD DEBERÁ COMPLETAR LA INFORMACIÓN EXIGIDA, DE ACUERDO A LAS INSTRUCCIONES INDICADAS)

## CAPÍTULO I GENERALIDADES

### 1.1. ENTIDAD CONVOCANTE

Nombre : SEGURO SOCIAL DE SALUD  
RUC N° : 20131257750  
Domicilio legal : AV. GRAU 800 – LA VICTORIA - LIMA  
Teléfono: : 324 2986  
Correo electrónico: : Licadmjulio2686@gmail.com

### 1.2. OBJETO DE LA CONVOCATORIA

El presente procedimiento de selección tiene por objeto la **CONTRATACION DEL SERVICIO DE TERAPIA RESPIRATORIA A DOMICILIO.**

### 1.3. EXPEDIENTE DE CONTRATACIÓN

El expediente de contratación fue aprobado mediante **FORMATO N°02 “SOLICITUD Y APROBACIÓN DE EXPEDIENTE DE CONTRATACIÓN”** el 25 de mayo del 2022.

### 1.4. FUENTE DE FINANCIAMIENTO

Recursos Directamente Recaudados/ Recursos Propios.

#### **Importante**

*La fuente de financiamiento debe corresponder a aquella prevista en la Ley de Equilibrio Financiero del Presupuesto del Sector Público del año fiscal en el cual se convoca el procedimiento de selección.*

### 1.5. SISTEMA DE CONTRATACIÓN

El presente procedimiento se rige por el sistema de PRECIOS UNITARIOS, de acuerdo con lo establecido en el expediente de contratación respectivo.

### 1.6. DISTRIBUCIÓN DE LA BUENA PRO

No aplica.

### 1.7. ALCANCES DEL REQUERIMIENTO

El alcance de la prestación está definido en el Capítulo III de la presente sección de las bases.

### 1.8. PLAZO DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO

Los servicios de la presente convocatoria se entregarán en el plazo de Trescientos Sesenta y Cinco (365) Días Calendarios contados a partir del día siguiente de suscrito el contrato y/o hasta completar el número total de servicios contratados, en concordancia con lo establecido en el expediente de contratación.

## **1.9. COSTO DE REPRODUCCIÓN Y ENTREGA DE BASES**

Los participantes registrados tienen el derecho de recabar un ejemplar de las bases, para cuyo efecto deben cancelar S/ 8.00 (Ocho con 00/100 soles) en la Caja de la Entidad.

### **Importante**

*El costo de entrega de un ejemplar de las bases no puede exceder el costo de su reproducción.*

## **1.10. BASE LEGAL**

- Ley 31365 - Ley del Presupuesto del Sector Público para el año fiscal 2022.
- Ley 31366 - Ley de Equilibrio Financiero del Presupuesto del Sector Público para el año fiscal 2022.
- Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General.
- Ley N° 26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social.
- Ley N° 27056, Ley de Creación del Seguro Social de Salud.
- 
- Decreto Supremo N° 072-2003-PCM, Reglamento de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública.
- Decreto Supremo N° 304-2012-EF, TUO de la Ley General del Sistema Nacional del Presupuesto.
- Ley N° 30225 – Ley de Contrataciones del Estado, en adelante la Ley.
- Reglamento de la Ley 30225, Ley de contratación del Estado, aprobado mediante Decreto Supremo N° 344-2018-EF y modificaciones.
- Directivas del OSCE.
- Ley N° 26790 – Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud.
- Ley N° 26842 – Ley General de Salud.
- Ley N° 27056 – Ley de Creación del Seguro Social del Salud.
- Decreto Supremo N° 002-2004-TR modifica el Reglamento de la Ley de Creación del Seguro Social – EsSalud.
- Decreto Supremo N° 002-99-TR Reglamento de la Ley N° 27056.
- Ley N° 28006 – Ley que garantiza la intangibilidad de los Fondos y Reservas de la Seguridad social y Restituye la Autonomía Administrativa, Económica, Financiera y Presupuestal de EsSalud.
- Ley N° 27806, Ley de Transparencia y de Acceso a la Información Pública.
- Ley N° 27444 – Ley del Procedimiento Administrativo General.
- Decreto Supremo N° 013-2002-TR Aprueban el Texto Único de Procedimientos Administrativos del Seguro Social de Salud – EsSalud.
- Decreto Supremo N° 013-2013-PRODUCE - Texto Único Ordenado de la Ley de Impulso al Desarrollo Productivo y al Crecimiento Empresarial.
- Código Civil.
- Decreto Supremo N° 103-2020-EF, Decreto Supremo que establece disposiciones reglamentarias para la tramitación de los procedimientos de selección que se reinicien en el marco del Texto Único Ordenado de la Ley N° 30225.
- Cualquier otra disposición legal vigente que permita desarrollar el objeto de la convocatoria que no contravenga lo regulado por la Ley de Contrataciones del Estado.

Las referidas normas incluyen sus respectivas modificaciones, de ser el caso.

## CAPÍTULO II DEL PROCEDIMIENTO DE SELECCIÓN

### 2.1. CALENDARIO DEL PROCEDIMIENTO DE SELECCIÓN

Según el cronograma de la ficha de selección de la convocatoria publicada en el SEACE.

#### Importante

*De conformidad con la vigesimosegunda Disposición Complementaria Final del Reglamento, en caso la Entidad (Ministerios y sus organismos públicos, programas o proyectos adscritos) haya difundido el requerimiento a través del SEACE siguiendo el procedimiento establecido en dicha disposición, no procede formular consultas u observaciones al requerimiento.*

### 2.2. CONTENIDO DE LAS OFERTAS

La oferta contendrá, además de un índice de documentos<sup>1</sup>, la siguiente documentación:

#### 2.2.1. Documentación de presentación obligatoria

##### 2.2.1.1. Documentos para la admisión de la oferta

- a) Declaración jurada de datos del postor. (**Anexo N° 1**)
- b) Documento que acredite la representación de quien suscribe la oferta.

En caso de persona jurídica, copia del certificado de vigencia de poder del representante legal, apoderado o mandatario designado para tal efecto.

En caso de persona natural, copia del documento nacional de identidad o documento análogo, o del certificado de vigencia de poder otorgado por persona natural, del apoderado o mandatario, según corresponda.

En el caso de consorcios, este documento debe ser presentado por cada uno de los integrantes del consorcio que suscriba la promesa de consorcio, según corresponda.

#### Advertencia

*De acuerdo con el artículo 4 del Decreto Legislativo N° 1246, las Entidades están prohibidas de exigir a los administrados o usuarios la información que puedan obtener directamente mediante la interoperabilidad a que se refieren los artículos 2 y 3 de dicho Decreto Legislativo. En esa medida, si la Entidad es usuaria de la Plataforma de Interoperabilidad del Estado – PIDE<sup>2</sup> y siempre que el servicio web se encuentre activo en el Catálogo de Servicios de dicha plataforma, no corresponderá exigir el certificado de vigencia de poder y/o documento nacional de identidad.*

- c) Declaración jurada de acuerdo con el literal b) del artículo 52 del Reglamento. (**Anexo N° 2**)
- d) Declaración jurada de cumplimiento de los Términos de Referencia contenidos en el numeral 3.1 del Capítulo III de la presente sección. (**Anexo N° 3**)

<sup>1</sup> La omisión del índice no determina la no admisión de la oferta.

<sup>2</sup> Para mayor información de las Entidades usuarias y del Catálogo de Servicios de la Plataforma de Interoperabilidad del Estado – PIDE ingresar al siguiente enlace <https://www.gobiernodigital.gob.pe/interoperabilidad/>

- e) Declaración jurada de plazo de prestación del servicio. **(Anexo N° 4)**<sup>3</sup>
- f) Promesa de consorcio con firmas legalizadas, de ser el caso, en la que se consigne los integrantes, el representante común, el domicilio común y las obligaciones a las que se compromete cada uno de los integrantes del consorcio, así como el porcentaje equivalente a dichas obligaciones. **(Anexo N° 5)**
- g) El precio de la oferta en **SOLES** debe registrarse directamente en el formulario electrónico del SEACE.

Adicionalmente se debe adjuntar el Anexo N° 6 en el caso de procedimientos convocados a precios unitarios, esquema mixto de suma alzada y precios unitarios, porcentajes u honorario fijo y comisión de éxito, según corresponda.

En el caso de procedimientos convocados a suma alzada únicamente se debe adjuntar el Anexo N° 6, cuando corresponda indicar el monto de la oferta de la prestación accesoria o que el postor goza de alguna exoneración legal.

El precio total de la oferta y los subtotales que lo componen son expresados con dos (2) decimales. Los precios unitarios pueden ser expresados con más de dos (2) decimales.

#### Importante

- *El comité de selección verifica la presentación de los documentos requeridos. De no cumplir con lo requerido, la oferta se considera no admitida.*
- *En caso de requerir estructura de costos o análisis de precios, esta se presenta para el perfeccionamiento del contrato.*

#### 2.2.1.2. Documentos para acreditar los requisitos de calificación

Incorporar en la oferta los documentos que acreditan los “**Requisitos de Calificación**” que se detallan en el numeral 3.2 del Capítulo III de la presente sección de las bases.

#### Advertencia

*El comité de selección no podrá exigir al postor la presentación de documentos que no hayan sido indicados en los acápite “Documentos para la admisión de la oferta”, “Requisitos de calificación” y “Factores de evaluación”.*

### 2.3. REQUISITOS PARA PERFECCIONAR EL CONTRATO

El postor ganador de la buena pro debe presentar los siguientes documentos para perfeccionar el contrato:

- a) Garantía de fiel cumplimiento del contrato.
- b) Contrato de consorcio con firmas legalizadas ante Notario de cada uno de los integrantes de ser el caso.
- c) Código de cuenta interbancaria (CCI) o, en el caso de proveedores no domiciliados, el número de su cuenta bancaria y la entidad bancaria en el exterior.
- d) Copia de la vigencia del poder del representante legal de la empresa que acredite que cuenta con facultades para perfeccionar el contrato, cuando corresponda.
- e) Copia de DNI del postor en caso de persona natural, o de su representante legal en caso de persona jurídica.

#### Advertencia

<sup>3</sup> En caso de considerar como factor de evaluación la mejora del plazo de prestación del servicio, el plazo ofertado en dicho anexo servirá también para acreditar este factor.

*De acuerdo con el artículo 4 del Decreto Legislativo N° 1246, las Entidades están prohibidas de exigir a los administrados o usuarios la información que puedan obtener directamente mediante la interoperabilidad a que se refieren los artículos 2 y 3 de dicho Decreto Legislativo. En esa medida, si la Entidad es usuaria de la Plataforma de Interoperabilidad del Estado – PIDE<sup>4</sup> y siempre que el servicio web se encuentre activo en el Catálogo de Servicios de dicha plataforma, no corresponderá exigir los documentos previstos en los literales e) y f).*

- f) Domicilio para efectos de la notificación durante la ejecución del contrato.
- g) Detalle de los precios unitarios del precio ofertado<sup>5</sup>.
- h) Estructura de costos<sup>6</sup>.

#### Importante

- *En caso que el postor ganador de la buena pro sea un consorcio, las garantías que presente este para el perfeccionamiento del contrato, así como durante la ejecución contractual, de ser el caso, además de cumplir con las condiciones establecidas en el artículo 33 de la Ley y el artículo 148 del Reglamento, deben consignar expresamente el nombre completo o la denominación o razón social de los integrantes del consorcio, en calidad de garantizados, de lo contrario no podrán ser aceptadas por las Entidades. No se cumple el requisito antes indicado si se consigna únicamente la denominación del consorcio, conforme lo dispuesto en la Directiva “Participación de Proveedores en Consorcio en las Contrataciones del Estado”.*
- *En los contratos periódicos de prestación de servicios en general que celebren las Entidades con las micro y pequeñas empresas, estas últimas pueden otorgar como garantía de fiel cumplimiento el diez por ciento (10%) del monto del contrato, porcentaje que es retenido por la Entidad durante la primera mitad del número total de pagos a realizarse, de forma prorrateada en cada pago, con cargo a ser devuelto a la finalización del mismo, conforme lo establece el numeral 149.4 del artículo 149 del Reglamento y numeral 151.2 del artículo 151 del Reglamento. Para dicho efecto los postores deben encontrarse registrados en el REMYPE, consignando en la Declaración Jurada de Datos del Postor (Anexo N° 1) o en la solicitud de retención de la garantía durante el perfeccionamiento del contrato, que tienen la condición de MYPE, lo cual será verificado por la Entidad en el link <http://www2.trabajo.gob.pe/servicios-en-linea-2-2> opción consulta de empresas acreditadas en el REMYPE.*
- *En los contratos derivados de procedimientos de selección por relación de ítems, cuando el monto del ítem adjudicado o la sumatoria de los montos de los ítems adjudicados sea igual o menor a doscientos mil Soles (S/ 200,000.00), no corresponde presentar garantía de fiel cumplimiento de contrato ni garantía de fiel cumplimiento por prestaciones accesorias, conforme a lo dispuesto en el literal a) del artículo 152 del Reglamento.*

- i) Copia de la constitución de la empresa y sus modificatorias.

#### Importante

- *Corresponde a la Entidad verificar que las garantías presentadas por el postor ganador de la buena pro cumplan con los requisitos y condiciones necesarios para su aceptación y eventual ejecución, sin perjuicio de la determinación de las responsabilidades funcionales que correspondan.*
- *De conformidad con el Reglamento Consular del Perú aprobado mediante Decreto Supremo N° 076-2005-RE para que los documentos públicos y privados extendidos en el exterior tengan validez en el Perú, deben estar legalizados por los funcionarios consulares peruanos y refrendados por el Ministerio de Relaciones Exteriores del Perú, salvo que se trate de documentos públicos emitidos en países que formen parte del Convenio de la Apostilla, en cuyo caso bastará con que estos cuenten con la Apostilla de la Haya<sup>7</sup>.*

<sup>4</sup> Para mayor información de las Entidades usuarias de la Plataforma de Interoperabilidad del Estado – PIDE ingresar al siguiente enlace <https://www.gobiernodigital.gob.pe/interoperabilidad/>

<sup>5</sup> Incluir solo en caso de la contratación bajo el sistema a suma alzada.

<sup>6</sup> Incluir solo cuando resulte necesario para la ejecución contractual, identificar los costos de cada uno de los rubros que comprenden la oferta.

<sup>7</sup> Según lo previsto en la Opinión N° 009-2016/DTN.

- *La Entidad no puede exigir documentación o información adicional a la consignada en el presente numeral para el perfeccionamiento del contrato.*

## 2.4. PERFECCIONAMIENTO DEL CONTRATO

El contrato se perfecciona con la suscripción del documento que lo contiene. Para dicho efecto el postor ganador de la buena pro, dentro del plazo previsto en el artículo 141 del Reglamento, debe presentar la documentación requerida en **Ventanilla de la Oficina de Abastecimiento y Control Patrimonial de la RPA, sito Av. Grau 800, sexto piso B – La Victoria – Lima.**

### Importante

*En el caso de procedimientos de selección por relación de ítems, se puede perfeccionar el contrato con la suscripción del documento o con la recepción de una orden de servicios, cuando el monto del valor estimado del ítem no supere los doscientos mil Soles (S/ 200,000.00).*

## 2.5. FORMA DE PAGO

La entidad realizara el pago de la contraprestacion pactada a favor del contratista en DOCE (12) pagos Mensuales, luego de la recepcion formal y completa de la documentacion correspondiente

Para tal efecto, la UBITRE del Servicio de Cuidados Intensivos, debera emitir la conformidad en el plazo maximo de 7 dias calendarios establecidos en el articulo 168 del Reglamento de la Ley de Contrataciones.

Para efectos del pago de las contraprestaciones ejecutadas por el contratista, la Entidad debe contar con la siguiente documentación:

- Informe del funcionario responsable de la UBITRE del Servicio de Cuidados Intensivos, emitiendo la conformidad de la prestación efectuada.
- Comprobante de pago.

Dicha documentación se debe presentar en **Ventanilla de la Oficina de Abastecimiento y Control Patrimonial de la RPA, sito en Av. Grau 800, sexto piso B – La Victoria – Lima.**

**CAPÍTULO III  
REQUERIMIENTO**

**Importante**

*De conformidad con el numeral 29.8 del artículo 29 del Reglamento, el área usuaria es responsable de la adecuada formulación del requerimiento, debiendo asegurar la calidad técnica y reducir la necesidad de su reformulación por errores o deficiencias técnicas que repercutan en el proceso de contratación.*

**3.1. TÉRMINOS DE REFERENCIA**

**(Se adjuntará al finalizar los formatos de las bases).**

### 3.2. REQUISITOS DE CALIFICACIÓN

<b>A</b>	<b>CAPACIDAD LEGAL</b>
	<b>HABILITACIÓN</b>
	<p><u>Requisitos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El postor deberá contar con documento de inscripción en el Registro Nacional de Instituciones Prestadoras de servicio de Salud (RENIPRES), expedido por la autoridad de salud competente.</li> <li>• El postor deberá estar registrado ante la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud - SUSALUD.</li> </ul> <p><b>Importante</b></p> <p><i>De conformidad con la Opinión N° 186-2016/DTN, la habilitación de un postor, está relacionada con cierta atribución con la cual debe contar el proveedor para poder llevar a cabo la actividad materia de contratación, este es el caso de las actividades reguladas por normas en las cuales se establecen determinados requisitos que las empresas deben cumplir a efectos de estar habilitadas para la ejecución de determinado servicio o estar autorizadas para la comercialización de ciertos bienes en el mercado.</i></p> <p><u>Acreditación:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copia de Documento de Inscripción en el Registro Nacional de Instituciones Prestadoras de Servicio de Salud (RENIPRES), expedido por la autoridad de salud competente, vigente a la fecha de presentación de propuestas.</li> <li>• Copia de documento que acredite estar registrado ante la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Essalud. (SUSALUD).</li> </ul> <p><b>Importante</b></p> <p><i>En el caso de consorcios, cada integrante del consorcio que se hubiera comprometido a ejecutar las obligaciones vinculadas directamente al objeto de la convocatoria debe acreditar este requisito.</i></p>
<b>B</b>	<b>CAPACIDAD TECNICA Y PROFESIONAL</b>
<b>B.1.1</b>	<b>EQUIPAMIENTO ESTRATEGICO</b>
	<p><u>Requisitos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Contar con Ventilador de Volumen y Presión en cantidad mínima para cubrir la demanda de la convocatoria (cantidad Mínima 20 unidades) (Formato 2).</li> </ul> <p><u>Acreditación:</u></p> <p>Copia de documento que sustente la propiedad, la posesión, el compromiso de compra y venta o alquiler u otro documento que acredite la disponibilidad del equipamiento estratégico requerido (no cabe presentar declaración jurada)</p> <p><b>Importante</b> En el caso que el postor sea un consorcio los documentos de acreditación de este requisito pueden estar a nombre del consorcio o de uno de sus integrantes.</p>

<b>B.2</b>	<b>CALIFICACIONES DEL PERSONAL CLAVE</b>
<b>B.2.1</b>	<b>FORMACIÓN ACADÉMICA</b>
	<p><u>Requisitos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Título de médico del personal clave requerido como Director Médico.</li><li>• Título de Administración de empresas o Contabilidad o Economía o carreras afines del personal clave requerido como Administrador.</li><li>• Título de Médico Especialista del personal clave requerido como médico Emergencista y/o Intensivista.</li></ul> <p><u>Acreditación:</u></p> <p>El TÍTULO PROFESIONAL será verificado por el comité de selección en el Registro Nacional de Grados Académicos y Títulos Profesionales en el portal web de la Superintendencia Nacional de Educación Superior Universitaria - SUNEDU a través del siguiente link: <a href="https://enlinea.sunedu.gob.pe/">https://enlinea.sunedu.gob.pe/</a> // o en el Registro Nacional de Certificados, Grados y Títulos a cargo del Ministerio de Educación a través del siguiente link: <a href="http://www.titulosinstitutos.pe/">http://www.titulosinstitutos.pe/</a>, según corresponda.</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"><p><b>Importante para la Entidad</b></p><p><i>El postor debe señalar los nombres y apellidos, DNI y profesión del personal clave, así como el nombre de la universidad o institución educativa que expidió el grado o título profesional requerido.</i></p><p><i>Incluir o eliminar, según corresponda. Sólo deberá incluirse esta nota cuando la formación académica sea el único requisito referido a las calificaciones del personal clave que se haya previsto. Ello a fin que la Entidad pueda verificar los grados o títulos requeridos en los portales web respectivos.</i></p></div> <p>En caso el TÍTULO PROFESIONAL no se encuentre inscrito en el referido registro, el postor debe presentar la copia del diploma respectivo a fin de acreditar la formación académica requerida.</p>
<b>B.2.2</b>	<b>CAPACITACIÓN</b>
	<p><u>Requisitos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• 120 horas lectiva, en estudio de especialización en Gestión y/o Administración y/o Gerencia de Servicios de salud del Personal clave requerido como Director Médico.</li><li>• 120 horas lectivas, en estudio de especialización en Gestión y/o Administración y/o Gerencia de Servicios de salud del Personal clave requerido como Administrador.</li><li>• 60 horas lectivas, en estudios de capacitación en Terapia Respiratoria del personal clave requerido como Medico Emergencista y/o Intensivista.</li></ul> <p><u>Acreditación:</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Se acreditará con copia de constancia. Certificado, u otros documentos, según corresponda.</li></ul> <p><b>IMPORTANTE</b></p> <p><i>Se podrá acreditar la capacitación mediante certificados de estudio de postgrado, considerando que cada crédito del curso que acredita la capacitación equivale a dieciséis horas lectivas, según la normativa de la materia.</i></p>

<b>B.2.3</b>	<b>EXPERIENCIA DEL PERSONAL CLAVE</b>
	<p><u>Requisitos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tres (03) años de experiencia de gestión de servicio de salud del personal clave requerido como Director Médico.</li> <li>• Tres (03) años de experiencia en administración de servicio de salud del personal clave requerido como Administrador.</li> <li>• Tres (03) años de experiencia en terapia respiratoria del personal clave requerido como Medico Emergencista y/o Intensivista.</li> <li>• Director Medico</li> </ul> <p><u>De presentarse experiencia ejecutada paralelamente (traslape), para el cómputo del tiempo de dicha experiencia sólo se considerará una vez el periodo traslapado.</u></p> <p><u>Acreditación:</u> La experiencia del personal clave se acreditará con cualquiera de los siguientes documentos: (i) copia simple de contratos y su respectiva conformidad o (ii) constancias o (iii) certificados o (iv) cualquier otra documentación que, de manera fehaciente demuestre la experiencia del personal propuesto.</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p><b>Importante</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Los documentos que acreditan la experiencia deben incluir los nombres y apellidos del personal clave, el cargo desempeñado, el plazo de la prestación indicando el día, mes y año de inicio y culminación, el nombre de la Entidad u organización que emite el documento, la fecha de emisión y nombres y apellidos de quien suscribe el documento.</i></li> <li>• <i>En caso los documentos para acreditar la experiencia establezcan el plazo de la experiencia adquirida por el personal clave en meses sin especificar los días se debe considerar el mes completo.</i></li> <li>• <i>Se considerará aquella experiencia que no tenga una antigüedad mayor a veinticinco (25) años anteriores a la fecha de la presentación de ofertas.</i></li> <li>• <i>Al calificar la experiencia del personal, se debe valorar de manera integral los documentos presentados por el postor para acreditar dicha experiencia. En tal sentido, aun cuando en los documentos presentados la denominación del cargo o puesto no coincida literalmente con aquella prevista en las bases, se deberá validar la experiencia si las actividades que realizó el personal corresponden con la función propia del cargo o puesto requerido en las bases.</i></li> </ul> </div>
<b>C</b>	<b>EXPERIENCIA DEL POSTOR EN LA ESPECIALIDAD</b>
	<p><u>Requisitos:</u></p> <p>El postor debe acreditar un monto facturado acumulado equivalente a S/ 2'000,000.00 (Dos millones con 00/100 soles), por la contratación de servicios iguales o similares al objeto de la convocatoria, durante los ocho (8) años anteriores a la fecha de la presentación de ofertas que se computarán desde la fecha de la conformidad o emisión del comprobante de pago, según corresponda.</p> <p>Se consideran servicios similares a los siguientes: Servicios de Cuidados Intensivos, servicios de Cuidados Intermedios, Servicios de Terapia Respiratoria Domiciliaria.</p> <p><u>Acreditación:</u></p> <p>La experiencia del postor en la especialidad se acreditará con copia simple de (i) contratos u órdenes de servicios, y su respectiva conformidad o constancia de prestación; o (ii) comprobantes de pago cuya cancelación se acredite documental y fehacientemente, con voucher de depósito, nota de abono, reporte de estado de cuenta, cualquier otro documento emitido por Entidad del sistema financiero que acredite el abono o mediante cancelación en el mismo comprobante de pago<sup>8</sup>, correspondientes a un máximo de veinte (20)</p>

<sup>8</sup> Cabe precisar que, de acuerdo con la **Resolución N° 0065-2018-TCE-S1 del Tribunal de Contrataciones del Estado:**

*“... el solo sello de cancelado en el comprobante, cuando ha sido colocado por el propio postor, no puede ser considerado como una acreditación que produzca fehaciencia en relación a que se encuentra cancelado. Admitir ello equivaldría a considerar como válida la sola declaración del postor afirmando que el comprobante de pago ha sido cancelado”*

*(...)*

*“Situación diferente se suscita ante el sello colocado por el cliente del postor [sea utilizando el término “cancelado” o “pagado”] supuesto en el cual sí se contaría con la declaración de un tercero que brinde certeza, ante la cual debiera reconocerse la validez de la experiencia”.*

contrataciones.

En caso los postores presenten varios comprobantes de pago para acreditar una sola contratación, se debe acreditar que corresponden a dicha contratación; de lo contrario, se asumirá que los comprobantes acreditan contrataciones independientes, en cuyo caso solo se considerará, para la evaluación, las veinte (20) primeras contrataciones indicadas en el **Anexo N° 8** referido a la Experiencia del Postor en la Especialidad.

En el caso de servicios de ejecución periódica o continuada, solo se considera como experiencia la parte del contrato que haya sido ejecutada durante los ocho (8) años anteriores a la fecha de presentación de ofertas, debiendo adjuntarse copia de las conformidades correspondientes a tal parte o los respectivos comprobantes de pago cancelados.

En los casos que se acredite experiencia adquirida en consorcio, debe presentarse la promesa de consorcio o el contrato de consorcio del cual se desprenda fehacientemente el porcentaje de las obligaciones que se asumió en el contrato presentado; de lo contrario, no se computará la experiencia proveniente de dicho contrato.

Asimismo, cuando se presenten contratos derivados de procesos de selección convocados antes del 20.09.2012, la calificación se ceñirá al método descrito en la Directiva "Participación de Proveedores en Consorcio en las Contrataciones del Estado", debiendo presumirse que el porcentaje de las obligaciones equivale al porcentaje de participación de la promesa de consorcio o del contrato de consorcio. En caso que en dichos documentos no se consigne el porcentaje de participación se presumirá que las obligaciones se ejecutaron en partes iguales.

Si el titular de la experiencia no es el postor, consignar si dicha experiencia corresponde a la matriz en caso que el postor sea sucursal, o fue transmitida por reorganización societaria, debiendo acompañar la documentación sustentatoria correspondiente.

Si el postor acredita experiencia de otra persona jurídica como consecuencia de una reorganización societaria, debe presentar adicionalmente el **Anexo N° 9**.

Cuando en los contratos, órdenes de servicios o comprobantes de pago el monto facturado se encuentre expresado en moneda extranjera, debe indicarse el tipo de cambio venta publicado por la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP correspondiente a la fecha de suscripción del contrato, de emisión de la orden de servicios o de cancelación del comprobante de pago, según corresponda.

Sin perjuicio de lo anterior, los postores deben llenar y presentar el **Anexo N° 8** referido a la Experiencia del Postor en la Especialidad.

#### Importante

- *Al calificar la experiencia del postor, se debe valorar de manera integral los documentos presentados por el postor para acreditar dicha experiencia. En tal sentido, aun cuando en los documentos presentados la denominación del objeto contractual no coincida literalmente con el previsto en las bases, se deberá validar la experiencia si las actividades que ejecutó el postor corresponden a la experiencia requerida.*
- *En el caso de consorcios, solo se considera la experiencia de aquellos integrantes que se hayan comprometido, según la promesa de consorcio, a ejecutar el objeto materia de la convocatoria, conforme a la Directiva "Participación de Proveedores en Consorcio en las Contrataciones del Estado".*

#### Importante

- *Si como resultado de una consulta u observación corresponde precisarse o ajustarse el requerimiento, se solicita la autorización del área usuaria y se pone de conocimiento de tal hecho a la dependencia que aprobó el expediente de contratación, de conformidad con el numeral 72.3 del artículo 72 del Reglamento.*
- *El cumplimiento de los Términos de Referencia se realiza mediante la presentación de una declaración jurada. De ser el caso, adicionalmente la Entidad puede solicitar documentación que acredite el cumplimiento del algún componente de estos. Para dicho efecto, consignará de manera detallada los documentos que deben presentar los postores en el literal e) del numeral 2.2.1.1 de esta sección de las bases.*
- *Los requisitos de calificación determinan si los postores cuentan con las capacidades necesarias para ejecutar el contrato, lo que debe ser acreditado documentalmente, y no mediante declaración jurada.*

**CAPÍTULO IV  
FACTORES DE EVALUACIÓN**

La evaluación se realiza sobre la base de cien (100) puntos.

Para determinar la oferta con el mejor puntaje y el orden de prelación de las ofertas, se considera lo siguiente:

FACTOR DE EVALUACIÓN	PUNTAJE / METODOLOGÍA PARA SU ASIGNACIÓN
<p><b>A. PRECIO</b></p> <p><u>Evaluación:</u></p> <p>Se evaluará considerando el precio ofertado por el postor.</p> <p><u>Acreditación:</u></p> <p>Se acreditará mediante registro en el SEACE o el documento que contiene el precio de la oferta (<b>Anexo N° 6</b>), según corresponda.</p>	<p>La evaluación consistirá en otorgar el máximo puntaje a la oferta de precio más bajo y otorgar a las demás ofertas puntajes inversamente proporcionales a sus respectivos precios, según la siguiente fórmula:</p> $P_i = \frac{O_m \times PMP}{O_i}$ <p>i = Oferta P<sub>i</sub> = Puntaje de la oferta a evaluar O<sub>i</sub> = Precio i O<sub>m</sub> = Precio de la oferta más baja PMP = Puntaje máximo del precio</p> <p style="text-align: right;"><b>100 puntos</b></p>

## CAPÍTULO V PROFORMA DEL CONTRATO

### Importante

*Dependiendo del objeto del contrato, de resultar indispensable, puede incluirse cláusulas adicionales o la adecuación de las propuestas en el presente documento, las que en ningún caso pueden contemplar disposiciones contrarias a la normativa vigente ni a lo señalado en este capítulo.*

Conste por el presente documento, la **CONTRATACIÓN DEL SERVICIO** ....., que celebra de una parte [CONSIGNAR EL NOMBRE DE LA ENTIDAD], en adelante LA ENTIDAD, con RUC N° [.....], con domicilio legal en [.....], representada por [.....], identificado con DNI N° [.....], y de otra parte [.....], con RUC N° [.....], con domicilio legal en [.....], inscrita en la Ficha N° [.....] Asiento N° [.....] del Registro de Personas Jurídicas de la ciudad de [.....], debidamente representado por su Representante Legal, [.....], con DNI N° [.....], según poder inscrito en la Ficha N° [.....], Asiento N° [.....] del Registro de Personas Jurídicas de la ciudad de [.....], a quien en adelante se le denominará EL CONTRATISTA en los términos y condiciones siguientes:

### **CLÁUSULA PRIMERA: ANTECEDENTES**

Con fecha [.....], el comité de selección adjudicó la buena pro del **CONCURSO PÚBLICO N° 13-2022-ESSALUD-RPA-1** para la **CONTRATACIÓN DE SERVICIO** ....., a [INDICAR NOMBRE DEL GANADOR DE LA BUENA PRO], cuyos detalles e importe constan en los documentos integrantes del presente contrato.

### **CLÁUSULA SEGUNDA: OBJETO**

El presente contrato tiene por objeto la **CONTRATACIÓN DE SERVICIO** .....

### **CLÁUSULA TERCERA: MONTO CONTRACTUAL**

El monto total del presente contrato asciende a [CONSIGNAR MONEDA Y MONTO], que incluye todos los impuestos de Ley.

Este monto comprende el costo del servicio, todos los tributos, seguros, transporte, inspecciones, pruebas y, de ser el caso, los costos laborales conforme a la legislación vigente, así como cualquier otro concepto que pueda tener incidencia sobre la ejecución del servicio materia del presente contrato.

### **CLÁUSULA CUARTA: DEL PAGO<sup>9</sup>**

LA ENTIDAD se obliga a pagar la contraprestación a EL CONTRATISTA en [INDICAR MONEDA], en [INDICAR SI SE TRATA DE PAGO ÚNICO, PAGOS PARCIALES O PAGOS PERIÓDICOS], luego de la recepción formal y completa de la documentación correspondiente, según lo establecido en el artículo 171 del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado.

Para tal efecto, el responsable de otorgar la conformidad de la prestación deberá hacerlo en un plazo que no excederá de los siete (7) días de producida la recepción, salvo que se requiera efectuar pruebas que permitan verificar el cumplimiento de la obligación, en cuyo caso la conformidad se emite en un plazo máximo de quince (15) días, bajo responsabilidad de dicho funcionario.

LA ENTIDAD debe efectuar el pago de las contraprestaciones pactadas a favor del CONTRATISTA dentro de los diez (10) días calendario siguientes de otorgada la conformidad de los servicios,

<sup>9</sup> En cada caso concreto, dependiendo de la naturaleza del contrato, podrá adicionarse la información que resulte pertinente a efectos de generar el pago.

siempre que se verifiquen las condiciones establecidas en el contrato para ello, bajo responsabilidad del funcionario competente.

En caso de retraso en el pago por parte de LA ENTIDAD, salvo que se deba a caso fortuito o fuerza mayor, EL CONTRATISTA tendrá derecho al pago de intereses legales conforme a lo establecido en el artículo 39 de la Ley de Contrataciones del Estado y en el artículo 171 de su Reglamento, los que se computan desde la oportunidad en que el pago debió efectuarse.

#### **CLÁUSULA QUINTA: DEL PLAZO DE LA EJECUCIÓN DE LA PRESTACIÓN**

El plazo de ejecución del presente contrato es de [.....], el mismo que se computa desde [CONSIGNAR SI ES DEL DÍA SIGUIENTE DEL PERFECCIONAMIENTO DEL CONTRATO, DESDE LA FECHA QUE SE ESTABLEZCA EN EL CONTRATO O DESDE LA FECHA EN QUE SE CUMPLAN LAS CONDICIONES PREVISTAS EN EL CONTRATO PARA EL INICIO DE LA EJECUCIÓN, DEBIENDO INDICAR LAS MISMAS EN ESTE ÚLTIMO CASO].

#### **CLÁUSULA SEXTA: PARTES INTEGRANTES DEL CONTRATO**

El presente contrato está conformado por las bases integradas, la oferta ganadora, así como los documentos derivados del procedimiento de selección que establezcan obligaciones para las partes.

#### **CLÁUSULA SÉTIMA: GARANTÍAS**

EL CONTRATISTA entregó al perfeccionamiento del contrato la respectiva garantía incondicional, solidaria, irrevocable, y de realización automática en el país al solo requerimiento, a favor de LA ENTIDAD, por los conceptos, montos y vigencias siguientes:

- De fiel cumplimiento del contrato: [CONSIGNAR EL MONTO], a través de la [INDICAR EL TIPO DE GARANTÍA PRESENTADA] N° [INDICAR NÚMERO DEL DOCUMENTO] emitida por [SEÑALAR EMPRESA QUE LA EMITE]. Monto que es equivalente al diez por ciento (10%) del monto del contrato original, la misma que debe mantenerse vigente hasta la conformidad de la recepción de la prestación.

#### **Importante**

*Al amparo de lo dispuesto en el numeral 149.4 del artículo 149 del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado, en el caso de contratos periódicos de prestación de servicios en general, si el postor ganador de la buena pro solicita la retención del diez por ciento (10%) del monto del contrato original como garantía de fiel cumplimiento de contrato, debe consignarse lo siguiente:*

*“De fiel cumplimiento del contrato: [CONSIGNAR EL MONTO], a través de la retención que debe efectuar LA ENTIDAD, durante la primera mitad del número total de pagos a realizarse, de forma prorrateada, con cargo a ser devuelto a la finalización del mismo.”*

#### **CLÁUSULA OCTAVA: EJECUCIÓN DE GARANTÍAS POR FALTA DE RENOVACIÓN**

LA ENTIDAD puede solicitar la ejecución de las garantías cuando EL CONTRATISTA no las hubiere renovado antes de la fecha de su vencimiento, conforme a lo dispuesto por el literal a) del numeral 155.1 del artículo 155 del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA: CONFORMIDAD DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO**

La conformidad de la prestación del servicio se regula por lo dispuesto en el artículo 168 del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado. La conformidad será otorgada por [CONSIGNAR EL ÁREA O UNIDAD ORGÁNICA QUE OTORGARÁ LA CONFORMIDAD] en el plazo máximo de [CONSIGNAR SIETE (7) DÍAS O MÁXIMO QUINCE (15) DÍAS, EN CASO SE REQUIERA EFECTUAR PRUEBAS QUE PERMITAN VERIFICAR EL CUMPLIMIENTO DE LA OBLIGACIÓN] días de producida la recepción.

De existir observaciones, LA ENTIDAD las comunica al CONTRATISTA, indicando claramente el sentido de estas, otorgándole un plazo para subsanar no menor de dos (2) ni mayor de ocho (8) días. Dependiendo de la complejidad o sofisticación de las subsanaciones a realizar el plazo para subsanar no puede ser menor de cinco (5) ni mayor de quince (15) días. Si pese al plazo otorgado,

EL CONTRATISTA no cumpliera a cabalidad con la subsanación, LA ENTIDAD puede otorgar al CONTRATISTA periodos adicionales para las correcciones pertinentes. En este supuesto corresponde aplicar la penalidad por mora desde el vencimiento del plazo para subsanar.

Este procedimiento no resulta aplicable cuando los servicios manifiestamente no cumplan con las características y condiciones ofrecidas, en cuyo caso LA ENTIDAD no otorga la conformidad, debiendo considerarse como no ejecutada la prestación, aplicándose la penalidad que corresponda por cada día de atraso.

**CLÁUSULA UNDÉCIMA: DECLARACIÓN JURADA DEL CONTRATISTA**

EL CONTRATISTA declara bajo juramento que se compromete a cumplir las obligaciones derivadas del presente contrato, bajo sanción de quedar inhabilitado para contratar con el Estado en caso de incumplimiento.

**CLÁUSULA DUODÉCIMA: RESPONSABILIDAD POR VICIOS OCULTOS**

La conformidad del servicio por parte de LA ENTIDAD no enerva su derecho a reclamar posteriormente por defectos o vicios ocultos, conforme a lo dispuesto por los artículos 40 de la Ley de Contrataciones del Estado y 173 de su Reglamento.

El plazo máximo de responsabilidad del contratista es de [CONSIGNAR TIEMPO EN AÑOS, NO MENOR DE UN (1) AÑO] año(s) contado a partir de la conformidad otorgada por LA ENTIDAD.

**CLÁUSULA DÉCIMA TERCERA: PENALIDADES**

Si EL CONTRATISTA incurre en retraso injustificado en la ejecución de las prestaciones objeto del contrato, LA ENTIDAD le aplica automáticamente una penalidad por mora por cada día de atraso, de acuerdo a la siguiente fórmula:

$$\text{Penalidad Diaria} = \frac{0.10 \times \text{monto vigente}}{F \times \text{plazo vigente en días}}$$

Donde:

**F = 0.25 para plazos mayores a sesenta (60) días o;**

**F = 0.40 para plazos menores o iguales a sesenta (60) días.**

El retraso se justifica a través de la solicitud de ampliación de plazo debidamente aprobado. Adicionalmente, se considera justificado el retraso y en consecuencia no se aplica penalidad, cuando EL CONTRATISTA acredite, de modo objetivamente sustentado, que el mayor tiempo transcurrido no le resulta imputable. En este último caso la calificación del retraso como justificado por parte de LA ENTIDAD no da lugar al pago de gastos generales ni costos directos de ningún tipo, conforme el numeral 162.5 del artículo 162 del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado.

**Importante**

*De haberse previsto establecer penalidades distintas a la penalidad por mora, incluir dichas penalidades, los supuestos de aplicación de penalidad, la forma de cálculo de la penalidad para cada supuesto y el procedimiento mediante el cual se verifica el supuesto a penalizar, conforme el artículo 163 del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado.*

Estas penalidades se deducen de los pagos a cuenta o del pago final, según corresponda; o si fuera necesario, se cobra del monto resultante de la ejecución de la garantía de fiel cumplimiento.

Estos dos (2) tipos de penalidades pueden alcanzar cada una un monto máximo equivalente al diez por ciento (10%) del monto del contrato vigente, o de ser el caso, del ítem que debió ejecutarse.

Cuando se llegue a cubrir el monto máximo de la penalidad por mora o el monto máximo para otras penalidades, de ser el caso, LA ENTIDAD puede resolver el contrato por incumplimiento.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA CUARTA: RESOLUCIÓN DEL CONTRATO**

Cualquiera de las partes puede resolver el contrato, de conformidad con el numeral 32.3 del artículo 32 y artículo 36 de la Ley de Contrataciones del Estado, y el artículo 164 de su Reglamento. De darse el caso, LA ENTIDAD procederá de acuerdo a lo establecido en el artículo 165 del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA: RESPONSABILIDAD DE LAS PARTES**

Cuando se resuelva el contrato por causas imputables a algunas de las partes, se debe resarcir los daños y perjuicios ocasionados, a través de la indemnización correspondiente. Ello no obsta la aplicación de las sanciones administrativas, penales y pecuniarias a que dicho incumplimiento diere lugar, en el caso que éstas correspondan.

Lo señalado precedentemente no exime a ninguna de las partes del cumplimiento de las demás obligaciones previstas en el presente contrato.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA: ANTICORRUPCIÓN**

EL CONTRATISTA declara y garantiza no haber, directa o indirectamente, o tratándose de una persona jurídica a través de sus socios, integrantes de los órganos de administración, apoderados, representantes legales, funcionarios, asesores o personas vinculadas a las que se refiere el artículo 7 del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado, ofrecido, negociado o efectuado, cualquier pago o, en general, cualquier beneficio o incentivo ilegal en relación al contrato.

Asimismo, el CONTRATISTA se obliga a conducirse en todo momento, durante la ejecución del contrato, con honestidad, probidad, veracidad e integridad y de no cometer actos ilegales o de corrupción, directa o indirectamente o a través de sus socios, accionistas, participacionistas, integrantes de los órganos de administración, apoderados, representantes legales, funcionarios, asesores y personas vinculadas a las que se refiere el artículo 7 del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado.

Además, EL CONTRATISTA se compromete a i) comunicar a las autoridades competentes, de manera directa y oportuna, cualquier acto o conducta ilícita o corrupta de la que tuviera conocimiento; y ii) adoptar medidas técnicas, organizativas y/o de personal apropiadas para evitar los referidos actos o prácticas.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA: MARCO LEGAL DEL CONTRATO**

Sólo en lo no previsto en este contrato, en la Ley de Contrataciones del Estado y su Reglamento, en las directivas que emita el OSCE y demás normativa especial que resulte aplicable, serán de aplicación supletoria las disposiciones pertinentes del Código Civil vigente, cuando corresponda, y demás normas de derecho privado.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA OCTAVA: SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS<sup>10</sup>**

Las controversias que surjan entre las partes durante la ejecución del contrato se resuelven mediante conciliación o arbitraje, según el acuerdo de las partes.

Cualquiera de las partes tiene derecho a iniciar el arbitraje a fin de resolver dichas controversias dentro del plazo de caducidad previsto en la Ley de Contrataciones del Estado y su Reglamento.

Facultativamente, cualquiera de las partes tiene el derecho a solicitar una conciliación dentro del

<sup>10</sup> De acuerdo con el numeral 225.3 del artículo 225 del Reglamento, las partes pueden recurrir al arbitraje ad hoc cuando las controversias deriven de procedimientos de selección cuyo valor estimado sea menor o igual a cinco millones con 00/100 soles (S/ 5 000 000,00).

plazo de caducidad correspondiente, según lo señalado en el artículo 224 del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado, sin perjuicio de recurrir al arbitraje, en caso no se llegue a un acuerdo entre ambas partes o se llegue a un acuerdo parcial. Las controversias sobre nulidad del contrato solo pueden ser sometidas a arbitraje.

El Laudo arbitral emitido es inapelable, definitivo y obligatorio para las partes desde el momento de su notificación, según lo previsto en el numeral 45.21 del artículo 45 de la Ley de Contrataciones del Estado.

**CLÁUSULA DÉCIMA NOVENA: FACULTAD DE ELEVAR A ESCRITURA PÚBLICA**

Cualquiera de las partes puede elevar el presente contrato a Escritura Pública corriendo con todos los gastos que demande esta formalidad.

**CLÁUSULA VIGÉSIMA: DOMICILIO PARA EFECTOS DE LA EJECUCIÓN CONTRACTUAL**

Las partes declaran el siguiente domicilio para efecto de las notificaciones que se realicen durante la ejecución del presente contrato:

DOMICILIO DE LA ENTIDAD : Av. Grau N° 800, Distrito de La Victoria.

DOMICILIO DEL CONTRATISTA : [CONSIGNAR EL DOMICILIO SEÑALADO POR EL POSTOR GANADOR DE LA BUENA PRO AL PRESENTAR LOS REQUISITOS PARA EL PERFECCIONAMIENTO DEL CONTRATO]  
Correo: .....  
Celular: .....

La variación del domicilio aquí declarado de alguna de las partes debe ser comunicada a la otra parte, formalmente y por escrito, con una anticipación no menor de quince (15) días calendario.

De acuerdo con las bases integradas, la oferta y las disposiciones del presente contrato, las partes lo firman por duplicado en señal de conformidad en la ciudad de [.....] al [CONSIGNAR FECHA].

\_\_\_\_\_  
"LA ENTIDAD"

\_\_\_\_\_  
"EL CONTRATISTA"

## **ANEXOS**

ANEXO N° 1

DECLARACIÓN JURADA DE DATOS DEL POSTOR

Señores

**COMITÉ DE SELECCIÓN**

**CONCURSO PÚBLICO N° 13-2022-ESSALUD-RPA-1**

Presente.-

El que se suscribe, [.....], postor y/o Representante Legal de [CONSIGNAR EN CASO DE SER PERSONA JURÍDICA], identificado con [CONSIGNAR TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD] N° [CONSIGNAR NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD], con poder inscrito en la localidad de [CONSIGNAR EN CASO DE SER PERSONA JURÍDICA] en la Ficha N° [CONSIGNAR EN CASO DE SER PERSONA JURÍDICA] Asiento N° [CONSIGNAR EN CASO DE SER PERSONA JURÍDICA], **DECLARO BAJO JURAMENTO** que la siguiente información se sujeta a la verdad:

Nombre, Denominación o Razón Social :			
Domicilio Legal :			
RUC :	Teléfono(s) :		
MYPE <sup>11</sup>		Sí	No
Correo electrónico :			

**Autorización de notificación por correo electrónico:**

... [CONSIGNAR SÍ O NO] autorizo que se notifiquen al correo electrónico indicado las siguientes actuaciones:

1. Solicitud de la descripción a detalle de todos los elementos constitutivos de la oferta.
2. Solicitud de subsanación de los requisitos para perfeccionar el contrato.
3. Solicitud al postor que ocupó el segundo lugar en el orden de prelación para presentar los documentos para perfeccionar el contrato.
4. Respuesta a la solicitud de acceso al expediente de contratación.
5. Notificación de la orden de servicios<sup>12</sup>

Asimismo, me comprometo a remitir la confirmación de recepción, en el plazo máximo de dos (2) días hábiles de recibida la comunicación.

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

.....  
**Firma, Nombres y Apellidos del postor o Representante legal, según corresponda**

**Importante**

*La notificación dirigida a la dirección de correo electrónico consignada se entenderá válidamente efectuada cuando la Entidad reciba acuse de recepción.*

<sup>11</sup> Esta información será verificada por la Entidad en la página web del Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo en la sección consulta de empresas acreditadas en el REMYPE en el link <http://www2.trabajo.gob.pe/servicios-en-linea-2-2/> y se tendrá en consideración, en caso el postor ganador de la buena pro solicite la retención del diez por ciento (10%) del monto del contrato, en calidad de garantía de fiel cumplimiento, en los contratos periódicos de prestación de servicios, según lo señalado en el numeral 149.4 del artículo 149 y numeral 151.2 del artículo 151 del Reglamento.

<sup>12</sup> Consignar en el caso de procedimientos de selección por relación de ítems, cuando el monto del valor estimado del ítem no supere los doscientos mil Soles (S/ 200 000.00), cuando se haya optado por perfeccionar el contrato con una orden de servicios.

**Importante**

*Cuando se trate de consorcios, la declaración jurada es la siguiente:*

**ANEXO N° 1**

**DECLARACIÓN JURADA DE DATOS DEL POSTOR**

Señores  
**COMITÉ DE SELECCIÓN**  
**CONCURSO PÚBLICO N° 13-2022-ESSALUD-RPA-1**  
Presente.-

El que se suscribe, [...], representante común del consorcio [CONSIGNAR EL NOMBRE DEL CONSORCIO], identificado con [CONSIGNAR TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD] N° [CONSIGNAR NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD], **DECLARO BAJO JURAMENTO** que la siguiente información se sujeta a la verdad:

Datos del consorciado 1					
Nombre, Denominación o Razón Social :					
Domicilio Legal :					
RUC :		Teléfono(s) :			
MYPE <sup>13</sup>		Sí		No	
Correo electrónico :					

Datos del consorciado 2					
Nombre, Denominación o Razón Social :					
Domicilio Legal :					
RUC :		Teléfono(s) :			
MYPE <sup>14</sup>		Sí		No	
Correo electrónico :					

Datos del consorciado ...					
Nombre, Denominación o Razón Social :					
Domicilio Legal :					
RUC :		Teléfono(s) :			
MYPE <sup>15</sup>		Sí		No	
Correo electrónico :					

**Autorización de notificación por correo electrónico:**

Correo electrónico del consorcio:

... [CONSIGNAR SÍ O NO] autorizo que se notifiquen al correo electrónico indicado las siguientes actuaciones:

<sup>13</sup> En los contratos periódicos de prestación de servicios, esta información será verificada por la Entidad en la página web del Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo en la sección consulta de empresas acreditadas en el REMYPE en el link <http://www2.trabajo.gob.pe/servicios-en-linea-2-2/> y se tendrá en consideración, en caso el consorcio ganador de la buena pro solicite la retención del diez por ciento (10%) del monto del contrato, en calidad de garantía de fiel cumplimiento, según lo señalado en el numeral 149.4 del artículo 149 y numeral 151.2 del artículo 151 del Reglamento. Para dicho efecto, todos los integrantes del consorcio deben acreditar la condición de micro o pequeña empresa.

<sup>14</sup> Ibídem.

<sup>15</sup> Ibídem.

1. Solicitud de la descripción a detalle de todos los elementos constitutivos de la oferta.
2. Solicitud de subsanación de los requisitos para perfeccionar el contrato.
3. Solicitud al postor que ocupó el segundo lugar en el orden de prelación para presentar los documentos para perfeccionar el contrato.
4. Respuesta a la solicitud de acceso al expediente de contratación.
5. Notificación de la orden de servicios<sup>16</sup>

Asimismo, me comprometo a remitir la confirmación de recepción, en el plazo máximo de dos (2) días hábiles de recibida la comunicación.

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

.....  
**Firma, Nombres y Apellidos del representante  
común del consorcio**

**Importante**

*La notificación dirigida a la dirección de correo electrónico consignada se entenderá válidamente efectuada cuando la Entidad reciba acuse de recepción.*

---

<sup>16</sup> Consignar en el caso de procedimientos de selección por relación de ítems, cuando el monto del valor estimado del ítem no supere los doscientos mil Soles (S/ 200 000.00), cuando se haya optado por perfeccionar el contrato con una orden de servicios.

ANEXO N° 2

DECLARACIÓN JURADA  
(ART. 52 DEL REGLAMENTO DE LA LEY DE CONTRATACIONES DEL ESTADO)

Señores

**COMITÉ DE SELECCIÓN**  
**CONCURSO PÚBLICO N° 13-2022-ESSALUD-RPA-1**

Presente.-

Mediante el presente el suscrito, postor y/o Representante Legal de [CONSIGNAR EN CASO DE SER PERSONA JURÍDICA], declaro bajo juramento:

- i. No haber incurrido y me obligo a no incurrir en actos de corrupción, así como a respetar el principio de integridad.
- ii. No tener impedimento para postular en el procedimiento de selección ni para contratar con el Estado, conforme al artículo 11 de la Ley de Contrataciones del Estado.
- iii. Conocer las sanciones contenidas en la Ley de Contrataciones del Estado y su Reglamento, así como las disposiciones aplicables de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General.
- iv. Participar en el presente proceso de contratación en forma independiente sin mediar consulta, comunicación, acuerdo, arreglo o convenio con ningún proveedor; y, conocer las disposiciones del Decreto Legislativo N° 1034, Decreto Legislativo que aprueba la Ley de Represión de Conductas Anticompetitivas.
- v. Conocer, aceptar y someterme a las bases, condiciones y reglas del procedimiento de selección.
- vi. Ser responsable de la veracidad de los documentos e información que presento en el presente procedimiento de selección.
- vii. Comprometerme a mantener la oferta presentada durante el procedimiento de selección y a perfeccionar el contrato, en caso de resultar favorecido con la buena pro.

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

.....  
**Firma, Nombres y Apellidos del postor o  
Representante legal, según corresponda**

**Importante**

*En el caso de consorcios, cada integrante debe presentar esta declaración jurada, salvo que sea presentada por el representante común del consorcio.*

### ANEXO N° 3

#### DECLARACIÓN JURADA DE CUMPLIMIENTO DE LOS TÉRMINOS DE REFERENCIA

Señores  
**COMITÉ DE SELECCIÓN**  
**CONCURSO PÚBLICO N° 13-2022-ESSALUD-RPA-1**  
Presente.-

Es grato dirigirme a usted, para hacer de su conocimiento que luego de haber examinado las bases y demás documentos del procedimiento de la referencia y, conociendo todos los alcances y las condiciones detalladas en dichos documentos, el postor que suscribe ofrece el servicio de [CONSIGNAR OBJETO DE LA CONVOCATORIA], de conformidad con los Términos de Referencia que se indican en el numeral 3.1 del Capítulo III de la sección específica de las bases y los documentos del procedimiento.

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

.....  
**Firma, Nombres y Apellidos del postor o  
Representante legal o común, según corresponda**

#### **Importante**

*Adicionalmente, puede requerirse la presentación de documentación que acredite el cumplimiento de los términos de referencia, conforme a lo indicado en el acápite relacionado al contenido de las ofertas de la presente sección de las bases.*

**ANEXO N° 4**

**DECLARACIÓN JURADA DE PLAZO DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO**

Señores  
**COMITÉ DE SELECCIÓN**  
**CONCURSO PÚBLICO N° 13-2022-ESSALUD-RPA-1**  
Presente. -

Mediante el presente, con pleno conocimiento de las condiciones que se exigen en las bases del procedimiento de la referencia, me comprometo a prestar el servicio objeto del presente procedimiento de selección en el plazo de [CONSIGNAR EL PLAZO OFERTADO].

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

.....  
**Firma, Nombres y Apellidos del postor o  
Representante legal o común, según corresponda**

## ANEXO N° 5

### PROMESA DE CONSORCIO

(Sólo para el caso en que un consorcio se presente como postor)

Señores

**COMITÉ DE SELECCIÓN**

**CONCURSO PÚBLICO N° 13-2022-ESSALUD-RPA-1**

Presente.-

Los suscritos declaramos expresamente que hemos convenido en forma irrevocable, durante el lapso que dure el procedimiento de selección, para presentar una oferta conjunta al **CONCURSO PÚBLICO N° [CONSIGNAR NOMENCLATURA DEL PROCEDIMIENTO]**.

Asimismo, en caso de obtener la buena pro, nos comprometemos a formalizar el contrato de consorcio, de conformidad con lo establecido por el artículo 140 del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado, bajo las siguientes condiciones:

a) Integrantes del consorcio

1. [NOMBRE, DENOMINACIÓN O RAZÓN SOCIAL DEL CONSORCIADO 1].
2. [NOMBRE, DENOMINACIÓN O RAZÓN SOCIAL DEL CONSORCIADO 2].

b) Designamos a [CONSIGNAR NOMBRES Y APELLIDOS DEL REPRESENTANTE COMÚN], identificado con [CONSIGNAR TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD] N° [CONSIGNAR NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD], como representante común del consorcio para efectos de participar en todos los actos referidos al procedimiento de selección, suscripción y ejecución del contrato correspondiente con [CONSIGNAR NOMBRE DE LA ENTIDAD].

Asimismo, declaramos que el representante común del consorcio no se encuentra impedido, inhabilitado ni suspendido para contratar con el Estado.

c) Fijamos nuestro domicilio legal común en [.....].

d) Las obligaciones que corresponden a cada uno de los integrantes del consorcio son las siguientes:

1. OBLIGACIONES DE [NOMBRE, DENOMINACIÓN O RAZÓN SOCIAL DEL CONSORCIADO 1] [%]<sup>17</sup>

[DESCRIBIR LAS OBLIGACIONES DEL CONSORCIADO 1]

2. OBLIGACIONES DE [NOMBRE, DENOMINACIÓN O RAZÓN SOCIAL DEL CONSORCIADO 2] [%]<sup>18</sup>

[DESCRIBIR LAS OBLIGACIONES DEL CONSORCIADO 2]

TOTAL OBLIGACIONES 100%<sup>19</sup>

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

<sup>17</sup> Consignar únicamente el porcentaje total de las obligaciones, el cual debe ser expresado en número entero, sin decimales.

<sup>18</sup> Consignar únicamente el porcentaje total de las obligaciones, el cual debe ser expresado en número entero, sin decimales.

<sup>19</sup> Este porcentaje corresponde a la sumatoria de los porcentajes de las obligaciones de cada uno de los integrantes del consorcio.

.....  
**Consociado 1**  
**Nombres, apellidos y firma del Consociado 1**  
**o de su Representante Legal**  
**Tipo y N° de Documento de Identidad**

.....  
**Consociado 2**  
**Nombres, apellidos y firma del Consociado 2**  
**o de su Representante Legal**  
**Tipo y N° de Documento de Identidad**

**Importante**

*De conformidad con el artículo 52 del Reglamento, las firmas de los integrantes del consorcio deben ser legalizadas.*

ANEXO N° 6

PRECIO DE LA OFERTA

Señores  
**COMITÉ DE SELECCIÓN**  
**CONCURSO PÚBLICO N° 13-2022-ESSALUD-RPA-1**  
Presente.-

Es grato dirigirme a usted, para hacer de su conocimiento que, de acuerdo con las bases, mi oferta es la siguiente:

CONCEPTO	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
<b>TOTAL</b>			

El precio de la oferta [CONSIGNAR LA MONEDA DE LA CONVOCATORIA] incluye todos los tributos, seguros, transporte, inspecciones, pruebas y, de ser el caso, los costos laborales conforme a la legislación vigente, así como cualquier otro concepto que pueda tener incidencia sobre el costo del servicio a contratar; excepto la de aquellos postores que gocen de alguna exoneración legal, no incluirán en el precio de su oferta los tributos respectivos.

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

.....  
**Firma, Nombres y Apellidos del postor o  
Representante legal o común, según corresponda**

**Importante**

- *El postor que goce de alguna exoneración legal, debe indicar que su oferta no incluye el tributo materia de la exoneración, debiendo incluir el siguiente texto:*

*Mi oferta no incluye [CONSIGNAR EL TRIBUTO MATERIA DE LA EXONERACIÓN].*

## ANEXO N° 8

### EXPERIENCIA DEL POSTOR EN LA ESPECIALIDAD

Señores  
**COMITÉ DE SELECCIÓN**  
**CONCURSO PÚBLICO N° 13 - 2022-ESSALUD-RPA-1**  
Presente.-

Mediante el presente, el suscrito detalla la siguiente EXPERIENCIA EN LA ESPECIALIDAD:

Nº	CLIENTE	OBJETO DEL CONTRATO	N° CONTRATO / O/S / COMPROBANTE DE PAGO	FECHA DEL CONTRATO O CP <sup>20</sup>	FECHA DE LA CONFORMIDAD DE SER EL CASO <sup>21</sup>	EXPERIENCIA PROVENIENTE <sup>22</sup> DE:	MONEDA	IMPORTE <sup>23</sup>	TIPO DE CAMBIO VENTA <sup>24</sup>	MONTO FACTURADO ACUMULADO <sup>25</sup>
1										
2										
3										
4										

<sup>20</sup> Se refiere a la fecha de suscripción del contrato, de la emisión de la Orden de Servicios o de cancelación del comprobante de pago, según corresponda.

<sup>21</sup> Únicamente, cuando la fecha del perfeccionamiento del contrato, sea previa a los ocho (8) años anteriores a la fecha de presentación de ofertas, caso en el cual el postor debe acreditar que la conformidad se emitió dentro de dicho periodo.

<sup>22</sup> Si el titular de la experiencia no es el postor, consignar si dicha experiencia corresponde a la matriz en caso que el postor sea sucursal, o fue transmitida por reorganización societaria, debiendo acompañar la documentación sustentatoria correspondiente. Al respecto, según la Opinión N° 216-2017/DTN "Considerando que la sociedad matriz y la sucursal constituyen la misma persona jurídica, la sucursal puede acreditar como suya la experiencia de su matriz". Del mismo modo, según lo previsto en la Opinión N° 010-2013/DTN, "... en una operación de reorganización societaria que comprende tanto una fusión como una escisión, la sociedad resultante podrá acreditar como suya la experiencia de la sociedad incorporada o absorbida, que se extingue producto de la fusión; asimismo, si en virtud de la escisión se transfiere un bloque patrimonial consistente en una línea de negocio completa, la sociedad resultante podrá acreditar como suya la experiencia de la sociedad escindida, correspondiente a la línea de negocio transmitida. De esta manera, la sociedad resultante podrá emplear la experiencia transmitida, como consecuencia de la reorganización societaria antes descrita, en los futuros procesos de selección en los que participe".

<sup>23</sup> Se refiere al monto del contrato ejecutado incluido adicionales y reducciones, de ser el caso.

<sup>24</sup> El tipo de cambio venta debe corresponder al publicado por la SBS correspondiente a la fecha de suscripción del contrato, de la emisión de la Orden de Servicios o de cancelación del comprobante de pago, según corresponda.

<sup>25</sup> Consignar en la moneda establecida en las bases.

**SEGURO SOCIAL DE SALUD – RED PRESTACIONAL ALMENARA**  
**CONCURSO PÚBLICO N° 13-2022-ESSALUD-RPA-1**

Nº	CLIENTE	OBJETO DEL CONTRATO	Nº CONTRATO / O/S / COMPROBANTE DE PAGO	FECHA DEL CONTRATO O CP <sup>20</sup>	FECHA DE LA CONFORMIDAD DE SER EL CASO <sup>21</sup>	EXPERIENCIA PROVENIENTE <sup>22</sup> DE:	MONEDA	IMPORTE <sup>23</sup>	TIPO DE CAMBIO VENTA <sup>24</sup>	MONTO FACTURADO ACUMULADO <sup>25</sup>
5										
6										
7										
8										
9										
10										
...										
20										
<b>TOTAL</b>										

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

.....  
**Firma, Nombres y Apellidos del postor o Representante legal o común, según corresponda**

**ANEXO N° 9**

**DECLARACIÓN JURADA  
(NUMERAL 49.4 DEL ARTÍCULO 49 DEL REGLAMENTO)**

Señores  
**COMITÉ DE SELECCIÓN**  
**CONCURSO PÚBLICO N° 13 - 2022-ESSALUD-RPA-1**  
Presente.-

Mediante el presente el suscrito, postor y/o Representante Legal de [CONSIGNAR EN CASO DE SER PERSONA JURÍDICA], declaro que la experiencia que acredito de la empresa [CONSIGNAR LA DENOMINACIÓN DE LA PERSONA JURÍDICA] como consecuencia de una reorganización societaria, no se encuentra en el supuesto establecido en el numeral 49.4 del artículo 49 del Reglamento.

[CONSIGNAR CIUDAD Y FECHA]

.....  
**Firma, Nombres y Apellidos del postor o  
Representante legal, según corresponda**

**Importante**

*A efectos de cautelar la veracidad de esta declaración, el postor puede verificar la información de la Relación de Proveedores Sancionados por el Tribunal de Contrataciones del Estado con Sanción Vigente en <http://portal.osce.gob.pe/mp/content/relación-de-proveedores-sancionados>.*

*También le asiste dicha facultad al órgano encargado de las contrataciones o al órgano de la Entidad al que se le haya asignado la función de verificación de la oferta presentada por el postor ganador de la buena pro.*

## REQUERIMIENTO PARA LA CONTRATACIÓN DEL SERVICIO DE TERAPIA RESPIRATORIA A DOMICILIO A PACIENTES DEL HNGAI

### 1. ÁREA USUARIA

la Unidad de Bioingeniería y Terapia Respiratoria (**UBITRE**) del Servicio de Cuidados Intensivos que pertenece al Departamento de Cuidados Críticos del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen – Red Prestacional Almenara – EsSalud.

### 2. DESCRIPCIÓN DEL PROCESO DEL PAC:

*"CONTRATACIÓN DEL SERVICIO DE TERAPIA RESPIRATORIA A DOMICILIO A PACIENTES DEL HNGAI"*

Tipo de Procedimiento de Selección: El que se determine en la Indagación de Mercado

### 3. FINALIDAD PÚBLICA

Contratar prestaciones de Terapia Respiratoria a Domicilio, para el tratamiento fuera del ámbito hospitalario de pacientes adultos y pediátricos, afectados por enfermedades que comprometen la autonomía del sistema respiratorio (parcial, total, temporal o permanente), de los diferentes servicios de hospitalización del HNGAI, lo que contribuirá a mejorar su calidad de vida y el de sus familiares.

### 4. ANTECEDENTES

La Unidad de Bioingeniería y Terapia Respiratoria (**UBITRE**) es una Unidad de apoyo del Servicio de Cuidados Intensivos que pertenece al Departamento de Cuidados Críticos (DCC), la cual es una unidad prestadora de servicios perteneciente al Sistema Nacional de Seguridad Social Peruano (EsSalud) integrante de la Red Prestacional Almenara (RPA). Las instalaciones del Servicio de Cuidados Intensivos de la RPA, se encuentran localizadas dentro del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen (HNGAI). El Departamento de Cuidados Críticos del HNGAI es el responsable de la Atención Integral del Paciente Crítico en la RPA.

Entre sus funciones se encuentran realizar el diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno, eficaz, eficiente y efectivo de los asegurados con urgencias o emergencias que acuden al hospital.

En el manejo de los diversos pacientes críticos existen aquellos que conservan su riesgo de estado crítico en forma latente (ejemplo: paciente crónico con reserva funcional comprometida y/o aquellos que están estables con un medio tecnológico permanente), en éste último grupo de pacientes, se sitúan aquellos con necesidad de Terapia Respiratoria Domiciliaria (Paciente Crónico Crítico).

### 5. OBJETIVO DE LA CONTRATACIÓN

#### 5.1 OBJETIVO GENERAL

Brindar terapia respiratoria a domicilio que incluye ventilación mecánica invasiva y no invasiva. Este soporte respiratorio y otras terapias complementarias al mismo son entregadas a los asegurados y sus derechohabientes que así lo requieran.

#### 5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

  
 .....  
 Dr. DURAND ALFARO ENRIQUE  
 Jefe Dpto. Cuidados Críticos  
 CMP: 14540  
 RED ASISTENCIAL ALMENARA  
 ESSALUD

  
 .....  
 Dra. ROSA LUZ LÓPEZ MARTÍNEZ  
 JEFE DEL SERVICIO DE CUIDADOS INTENSIVOS  
 DEPARTAMENTO DE CUIDADOS CRÍTICOS  
 CMP: 26007 RNE: 12752  
 HOSP. NAC. GUILLERMO ALMENARA I.  
 ESSALUD

- Garantizar a los usuarios un servicio optimizado en salud, con disponibilidad permanente de recursos humanos capacitados, insumos y dispositivos médicos para la atención integral durante las 24 horas y los 365 días del año, de acuerdo al requerimiento establecido para cada paciente (parcial o total, invasiva o no invasiva y con servicios complementarios de acuerdo a necesidades definidas técnicamente) con los más altos márgenes de seguridad exigidos por las políticas y leyes regulatorias de nuestra institución y del país.
- Disminuir la estancia prolongada de pacientes tributarios de terapia respiratoria crónica a nivel hospitalario. Reducir complicaciones intrahospitalarias secundarias.
- Incrementar la oferta de camas en los servicios de hospitalización adulto/pediátrico para la atención de la demanda de patologías agudas
  - Mejorar la calidad de vida de los pacientes que requieren ventilación mecánica parcial o total permanente, permitiendo el soporte prolongado de ellos fuera del ámbito hospitalario, integrados a su vida familiar y social.

## 6. ALCANCE Y DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO A CONTRATAR:

### 6.1 TÉRMINOS DE REFERENCIA Y CONDICIONES

#### 6.1.1 DEFINICIONES

- **Acreditación de asegurados:** Es el procedimiento de verificación de los requisitos que debe cumplir el asegurado para tener derecho a la cobertura de salud brindada por la institución (HNGAI).
- **Actividades básicas de la vida diaria.** – Son aquellas referidas al autocuidado: movilidad (caminar, escaleras, bipedestación, transferencias...), vestidos, alimentación (referidos al acto de comer y deglución), higiene personal (bucal y facial, afeitado y peinado), baño (en ducha o bañera), continencia (vesical y anal).
- **Actividades instrumentales de la vida diaria.** – Son las que se realizan para interactuar con el entorno más inmediato: cuidado de la casa/ habilidades domésticas (hacer la cama, lavar platos, cuidado de ropa etc...), preparación de alimentos, manejo de dinero, manejo de transportes, manejo de medios de comunicación (teléfono, escritura, etc.), manejo de medicación, manejo de recursos sociosanitarios.
- **Prestación de salud:** Es la unidad básica que describe los procedimientos realizados para la atención de las condiciones de salud de los asegurados
- **Planes de aseguramiento en salud:** Son listas de condiciones asegurables e intervenciones y prestaciones de salud que son financiadas por las IAFAS y se clasifican en los siguientes grupos: Plan Esencial de Aseguramiento en Salud – PEAS, Planes Complementarios y Planes Específicos
- **Ventilación mecánica a domicilio:** Técnica destinada al tratamiento domiciliario de la insuficiencia respiratoria crónica en pacientes estables que requieren soporte ventilatorio parcial o total.
- **Fisioterapia respiratoria:** Técnica (Higiene bronquial y expansión torácica) destinada al diagnóstico y tratamiento domiciliario de la insuficiencia respiratoria crónica en pacientes

  
 Dr. DURAND ALVARO ENRIQUE  
 Jefe Dpto. Cuidados Críticos  
 CMP 14540  
 RED ASISTENCIAL ALMENARA  
 ESSALUD

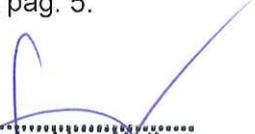
  
 Dra. Rosa Luz López Martínez  
 JEFE DEL SERVICIO DE CUIDADOS INTENSIVOS  
 DEPARTAMENTO DE CUIDADOS CRÍTICOS  
 CMP 28007 RNE 12782  
 HOSP. NAC. GUILLERMO ALMENARA I.  
 ESSALUD

estables que requieren soporte ventilatorio parcial o total en la conservación de su fisiología respiratoria.

- **Ventilación mecánica prolongada/ crónica:** Pacientes con insuficiencia respiratoria crónica en fase estable que presentan alguna de las situaciones clínicas siguientes y/o alguno de los siguientes criterios:
  - Pacientes estables que presentan hipercapnia crónica: PaCO<sub>2</sub> superior a 45 mmHg.
  - Pacientes ingresados por insuficiencia respiratoria aguda hipercapnica con antecedentes de episodios previos de insuficiencia respiratoria aguda con hipercapnia: PaCO<sub>2</sub> superior a 45 mmHg.
  - Pacientes que, tras un periodo de insuficiencia respiratoria aguda, dependiente de la enfermedad de base, no pueden prescindir del soporte ventilatorio y deben permanecer en la UCI, mayor de 21 días en pacientes crónicos con enfermedad progresiva.
  - Pacientes con Hipoventilación nocturna severa una vez que ésta se comprueba tras realizar un estudio gasométrico
- **Cuidado mínimo en terapia respiratoria:** Es la prestación asistencial en un paciente con terapia respiratoria permanente previamente instalada que ha evolucionado a su fase terminal, en la cual predomina la calidad de vida del paciente sobre el compromiso orgánico e intervenciones fútiles, requiriéndose cuidados generales mínimos evitando el sufrimiento del paciente y facilitando el contacto terminal con su familia.
- **Ventilación mecánica extrahospitalaria:** Técnica destinada al tratamiento de pacientes con ventilación mecánica crónica en un establecimiento fuera del hospital donde se podrá brindar cuidados especializados en pacientes con descompensación o pacientes paliativos en terapia respiratoria.
- **Nivel Básico:** Dirigido a pacientes estables, independientes para actividades básicas de vida diaria y que requieren un soporte respiratorio.
- **Nivel Convencional:** Dirigido a pacientes estables, parcialmente dependientes en actividades básicas de vida diaria y no competentes para el mantenimiento del soporte respiratorio. Pronóstico de enfermedad es aceptable.
- **Nivel Cuidado Mínimo:** Dirigido a pacientes estables, dependiente total de actividades básicas de vida diaria y del soporte respiratorio y con pronóstico de enfermedad malo.
- **Nivel Complementario 12:** Paciente con nivel convencional con riesgo objetivo establecido y temporal que requieren soporte respiratorio. Y que además requieren de apoyo de cuidado por 12 horas mientras dure el riesgo.
- **Nivel Complementario 24:** Paciente con nivel convencional con riesgo objetivo establecido y temporal que requieren soporte respiratorio. Y que además requieren de apoyo de cuidado por 24 horas mientras dure el riesgo.
- **Conceptos de Referencia** del Manual de Procedimientos de Terapia Respiratoria Domiciliaria – EsSalud. Resolución N° 30-GCPS- EsSalud- 2014, pág. 5.



Dr. DURAND ALPARO ENRIQUE  
 Jefe Dpto. Cuidados Críticos  
 CMP: 14540  
 ED ASISTENCIAL ALMENARA/  
 ESSALUD



Dra. ROSA LUZ LÓPEZ MARTÍNEZ  
 JEFE DEL SERVICIO DE CUIDADOS INTENSIVOS  
 DEPARTAMENTO DE CUIDADOS CRÍTICOS  
 CMP: 25007 RNE: 12782  
 HOSP. NAC. GUILLERMO ALMENARA L.  
 ESSALUD

### 6.1.2 ACREDITACION DEL ASEGURADO

Para acceder a la prestación de salud es requisito obligatorio que el asegurado titular o derechohabiente, presente: en el caso de ciudadanos peruanos, el documento nacional de identidad (DNI) y en el caso de extranjeros, el Carné de Extranjería o pasaporte, salvo las excepciones establecidas por ley, al personal de admisión de la IPRESS (HNGAI), a fin de verificar su condición de asegurado y la correspondencia de su cobertura, según la información proporcionada por la IAFAS de acuerdo al Modelo de Transacción Electrónica del Proceso de Acreditación de Asegurados en el Aseguramiento Universal en Salud – Modelo SITEDS establecido por SUSALUD.

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

### 6.1.3 CANTIDAD DE PRESTACIONES REQUERIDAS

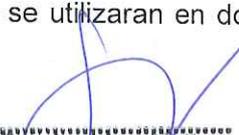
DESCRIPCIÓN DEL ITEM					
ITEM	CODIGO SAP	U.M.	DENOMINACION	NIVEL DEL SERVICIO	CANTIDADES ANUALES PROYECTADAS
01	10070000	DIAS DE ATENCION	SERVICIO DE TERAPIA RESPIRATORIA A DOMICILIO	Básico	365
				Convencional	5110
				Complementario 12	365
				Complementario 24	365
				Cuidado Mínimo	1095

Se hace la aclaración que estas cantidades son proyectadas, pudiendo darse el caso que el paciente pase de uno a otro tipo de nivel del paquete en un periodo de tiempo de acuerdo a su complejidad.

### 6.1.4 DE LA ATENCIÓN MÉDICA

- El servicio prestado incluye recursos humanos entrenados en manejo de ventilación mecánica y técnicas de terapia respiratoria, equipos, materiales e insumos médicos.
- El área usuaria del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen (la UBITRE del Servicio De Cuidados Intensivos) reportará los pacientes asegurados debidamente acreditados y el nivel al que califiquen para este servicio y elevará la solicitud a Gerencia Clínica para aprobación y derivarse a Administración
- La Oficina de Administración o sus órganos ejecutores notifican al proveedor la orden de compra para inicio del servicio y al área usuaria para iniciar las coordinaciones respectivas.
- El tiempo de espera entre la comunicación remitida a la y el inicio del servicio no podrá exceder de 48 horas.
- El Periodo Previo al traslado del paciente a domicilio es el tiempo necesario antes de la salida al domicilio para acondicionar al paciente a la nueva tecnología, no debe exceder de 07 días. Incluye la participación de la IPRESS en hospitalización entrenando al paciente y sus familiares con los recursos humanos, insumos y equipos que se utilizaran en domicilio al

  
 Dr. DURAND ALVARO ENRIQUE  
 Jefe Dpto. Cuidados Críticos  
 CMP: 14840  
 RED ASISTENCIAL ALMÉNARA  
 ESSALUD

  
 Dra. Rosa Luz López Martínez  
 JEFE DEL SERVICIO DE CUIDADOS INTENSIVOS  
 DEPARTAMENTO DE CUIDADOS CRÍTICOS  
 CMP: 38007 RNE: 12782  
 HOSP. NAC. GUILLERMO ALMÉNARA  
 ESSALUD

100%. En este período la UBITRE del Servicio De Cuidados Intensivos realizará actividades de monitoreo y supervisión. Este periodo es considerado para el pago a la IPRESS. De no conseguirse la adaptación del paciente al tratamiento se dará por concluido el servicio en ese caso.

- El equipo clínico multidisciplinario de salud especializado en Terapia respiratoria adulto o pediátrico a nivel domiciliario de la IPRESS brindara el tratamiento indicado, incluyendo tratamiento de las complicaciones, ocurrencias e incidencias relacionadas al manejo del paciente con terapia respiratoria domiciliaria, en el domicilio del paciente o en el establecimiento de salud que cuente con unidad de cuidados especializados. (\*\*\*)
- En el caso de pacientes infectados por COVID-19 y que requieran hospitalización, deben ser trasladados al H.N. Guillermo Almenara Irigoyen de la RPA.
- La IPRESS contratada deberá desarrollar un programa de educación continua del manejo del paciente con Terapia respiratoria adulto o pediátrico a nivel domiciliario para familiares y cuidadores. (**Anexo N°4 - ítem 1**)
- Ejecutar prácticas Seguras para la Prevención y reducción del Riesgo en: Administración correcta de medicamentos, prevención de caídas y prevención de úlceras por presión.
- La IPRESS favorecerá el desplazamiento del paciente en el ámbito de Lima Metropolitana y el Callao para actividades extradomiciliarias en beneficio de la calidad de vida, y la integración social. De acuerdo a las necesidades del paciente puede ser:
  - Desplazamiento con cuidador (coordinado con la IPRESS para los horarios correspondientes a su nivel)
  - Desplazamiento sin cuidador: a cargo del familiar.
- En caso de desplazamiento del paciente fuera del ámbito de Lima Metropolitana y el Callao a solicitud del paciente o familiar responsable, la IPRESS pondrá en conocimiento del área usuaria siempre que sea por el periodo hasta un máximo de 10 días, bajo las siguientes condiciones:
  - Exoneración de responsabilidad a EsSalud por eventos adversos durante su viaje.
  - La familia debe haber sido adecuadamente entrenada en la solución de problemas referentes a la ventilación mecánica
  - LA IPRESS entregará los fungibles correspondientes a los días calculados de permanencia
  - Las prestaciones no administradas según nivel correspondientes en el periodo de viaje serán completadas en los días restantes.
- La IPRESS debe elaborar y mantener la historia clínica actualizada según norma vigente al pie de cama de cada paciente o en formato digital accesible, y entregar al Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen la misma al término de la vigencia del servicio, alta o fallecimiento del paciente.
- La IPRESS debe elaborar y mantener la historia clínica actualizada según norma vigente al pie de cama de cada paciente o en formato digital accesible, y entregar al Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen la misma al término de la vigencia del servicio, alta o fallecimiento del paciente.
- La IPRESS debe llenar un registro diario de atención del paciente, destacando sus diagnósticos vigentes, estrategias de manejo, conformidad del familiar responsable (Firma) y observaciones del familiar si la hubiere (**Anexo N°5 - Formato 1.2**) Este formato NO forma parte de la historia clínica del paciente y es parte de los entregables mensuales.
- La indicación, prescripción, modificaciones del nivel del paquete de atención, orden de término del tratamiento serán indicadas y validadas sólo por el área usuaria del Hospital

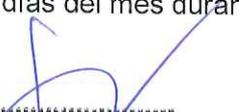
.....  
 Dr. DURAND ALFARO ENRIQUE  
 Jefe Dpto. Cuidados Críticos  
 CMP- 14540  
 RED ASISTENCIAL ALMENARA  
 ESSALUD

.....  
 Dra. Rosa Luz López Martínez  
 JEFE DEL SERVICIO DE CUIDADOS INTENSIVOS  
 DEPARTAMENTO DE CUIDADOS CRÍTICOS  
 CMP- 28007 RNE- 12762  
 HOSP. NAC. GUILLERMO ALMENARA L  
 ESSALUD

Nacional Guillermo Almenara Irigoyen.

- En el nivel cuidados mínimos, el paciente ingresará previa conformidad del paciente y del familiar responsable estipulada en un documento que emitirá el área usuaria. Estos pacientes se atienden en su domicilio priorizando las buenas prácticas en fin de vida (humanización/ contacto familiar/buen morir).
- El responsable asistencial de la IPRESS es el director médico que refrenda las intervenciones de los diversos profesionales en todos los niveles de atención.
- En caso de que el paciente presente una interurrencia la IPRESS debe contar con un Sistema de Urgencia Asistencial en Terapia Respiratoria Domiciliaria (Manual de Procedimientos de Terapia Respiratoria Domiciliaria – EsSalud con Resolución N° 30-GCPS-EsSALUD- 2014. pág. 27) que se compone de:
  - ✓ Central de Llamadas, atención las 24 horas y los 7 días de la semana
  - ✓ Central de Ambulancia, atención las 24 horas y los 7 días de la semana
  - ✓ Unidad de Cuidados Especializados
  - ✓ Equipo de Salud para atención de Urgencia (Médicos y enfermeras Emergencistas y/o Intensivistas con experiencia laboral mayor a 3 años y certificación en Terapia Respiratoria (**Anexo N°5 - Formato 1.1**))
  - ✓ El Sistema debe estar activo las 24 horas y los 7 días de la semana, siendo el número mínimo de Médicos del Sistema de Urgencia de **5 médicos y 5 enfermeras**
  - ✓ Se debe responder según el Manual de Procedimientos de Terapia Respiratoria a Domicilio vigente en EsSalud (Resolución N°30-GCPS-ESSALUD-2014, numeral 7.1.12) (**Anexo 6**)
  - ✓ La Ambulancia debe ser de Nivel III (Emergencia Vehicular)
  - ✓ La IPRESS será responsable del manejo médico inmediato y podrá transferir a la Unidad de Cuidados Especializados de ser necesario, El tiempo de permanencia en dicho centro del paciente NO debe pasar de 07 días (Se debe comunicar al área usuaria las primeras 48 horas). El costo total de la estancia en dicho centro es asumido por la IPRESS. Si en ese periodo el paciente se estabiliza debe retornar a domicilio, de lo contrario será trasladado HNGAI previa coordinación con el área usuaria y con el Jefe de Guardia de Emergencia.
  - ✓ En caso de patología no respiratoria como causa de descompensación, el paciente debe ser trasladado a la Emergencia del Hospital con aviso al área usuaria dentro de las siguientes 24 horas.
  - ✓ En formal anual se debe realizar un simulacro de atención de Urgencia.
- En caso de urgencia, la atención se realizará en el domicilio del paciente; debe haber respuesta inmediata por teléfono y presencial en menos de 30 minutos.
- Todo evento adverso grave deberá ser notificado inmediatamente al área usuaria del HNGAI con un informe médico dentro de las 48 horas de ocurrido el evento
- En caso de fallecimiento, el médico de la IPRESS deberá hacer la constatación, emitir el certificado de defunción, notificar inmediatamente al servicio solicitante o en su defecto al Jefe de guardia de Emergencia General o Emergencia Pediátrica según corresponda y entregar un informe médico, epicrisis y copia del certificado de defunción y copia foliada y fedateada de la historia clínica correspondiente al manejo en domicilio al Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen
- Para el cumplimiento de las prestaciones de salud se tomará en cuenta las Guías de Práctica Clínica de la literatura médica debidamente actualizadas (**Anexo 4 - ítem 6**).
- La atención a brindar debe ser oportuna de lunes a domingo los 31 días del mes durante 24 horas.

  
 Dr. DURAND ALVARO ENRIQUE  
 Jefe Dpto. Cuidados Críticos  
 CMP: 14540  
 MED ASISTENCIAL ALMENARA  
 ESSALUD

  
 Dra. ROSA LUZ LOPEZ MARTÍNEZ  
 JEFE DEL SERVICIO DE CUIDADOS CRÍTICOS  
 DEPARTAMENTO DE CUIDADOS CRÍTICOS  
 CMP: 26007 / RNE: 12782  
 HOSP. NAC. GUILLERMO ALMENARA L.  
 ESSALUD

- La IPRESS garantiza que los médicos y/u otros profesionales prestadores del servicio no podrán solicitar, insinuar, proponer y/o realizar exámenes de ayuda al diagnóstico y/o procedimientos médicos a los pacientes a su cargo, en lugares particulares o los que brinda ESSALUD en sus propios establecimientos, del mismo modo está terminantemente prohibido realizar cobros o formalizar contratos por atenciones médicas, o de ayuda al diagnóstico a los pacientes que son atendidos; en aquellos casos que se detecte de manera fehaciente los hechos antes descritos, la IPRESS se compromete a separar del servicio al profesional responsable de manera inmediata y definitiva durante la ejecución del contrato y asumirá las responsabilidades legales derivadas del acto cometido.
- Las enfermedades de fondo del paciente continúan a cargo de EsSalud mediante PADOMI o consulta externa ambulatoria o teleconsulta del servicio tratante. La dispensación de los medicamentos **de uso habitual** por el paciente, deberán ser aportados por EsSalud a través de receta efectuada obligatoriamente por el médico tratante de EsSalud y se prescribe hasta por 30 días y será recogida por el familiar. En caso haya desabastecimiento de la medicación habitual o el paciente presente intercurencia, la IPRESS deberá proveer los medicamentos en el domicilio del paciente, supliendo su falta hasta un monto de 250 soles/mes. El tipo de medicamento (genérico o de marca) debe ser establecido por el área usuaria. Si se requiere cambiar la receta esta debe ser emitida también por el médico tratante de EsSalud.
- Todo el personal de la IPRESS que acceda al domicilio del paciente deberá estar uniformado e identificado con una credencial personal, con fotografía, que expida la entidad concertada bajo su responsabilidad.
- La IPRESS deberá desarrollar un programa de Bioseguridad, Seguridad y salud en el Trabajo en Terapia Respiratoria Domiciliaria (**Anexo 4 - ítem 2**) en cumplimiento de las normas vigentes durante su permanencia en domicilio del servicio contratado.
- La IPRESS deberá vigilar que el personal a su cargo cumpla con las normas vigentes de Bioseguridad, Seguridad y Salud en el Trabajo durante su permanencia en el domicilio donde se dará el servicio contratado.
- La IPRESS realizará la vigilancia y la eliminación de los residuos sólidos en domicilio según la Norma Técnica de Salud N° 096-MINSA / DIGESA "Gestión y manejo de residuos sólidos en Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- La IPRESS deberá brindar los servicios de terapia respiratoria (ventilación mecánica a domicilio), que se encuentran detallados en el **Anexo 1 (NIVELES DE ATENCION)**, **Anexo 2 (EQUIPOS REQUERIDOS)** y **Anexo 3 (INSUMOS REQUERIDOS)**.
- En la remisión de información entre el HNGAI-ESSALUD y la IPRESS, se utilizarán obligatoriamente los códigos y estándares establecidos normativamente por la Superintendencia Nacional de Salud, así como los formatos aprobados por ella. Cláusula Décimo segunda (**Resolución Superintendencia N°080-SUSALUD/S**).
- El Establecimiento de Salud Contratado deberá contar con **Protocolos Sanitarios** en prevención de contagio del Nuevo Coronavirus (Covid 19) y otras enfermedades. El personal de la IPRESS deberá contar con certificado de salud o carnet sanitario vigentes. Ver **Anexo 8** (Lineamientos para la vigilancia, prevención y control de la salud de los trabajadores con riesgo de exposición a Sars-Cov-2 - Programa de Terapia Respiratoria Domiciliaria).

#### 6.1.5 REQUISITOS DEL PROVEEDOR

- Contar con inscripción vigente en el Registro Nacional de Proveedores del Organismo Supervisor de las Contrataciones del Estado – OSCE.
- No tener impedimento para contratar con el Estado, conforme a lo dispuesto en la Ley de Contrataciones del Estado y su Reglamento.
- No estar inhabilitado para contratar con el Estado.



.....  
 Dr. DURAND ALVARO ENRIQUE  
 Jefe Dpto. Cuidados Críticos  
 CMP/ 14540  
 RED ASISTENCIAL ALMENARA  
 ESSALUD



.....  
 Dra. ROSA LUZ LOPEZ MARTINEZ  
 JEFE DEL SERVICIO DE CIUDADOS CRITICOS  
 DEPARTAMENTO DE CIUDADOS CRITICOS  
 CMP. 28002. RNE. 12702  
 HOSPI. NAC. GUILLERMO ALMENARA L.  
 ESSALUD

- Contar con documento de Inscripción en el Registro Nacional de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (RENIPRES), expedido por la autoridad de salud competente, en el que se certifique la categorización otorgada.
- Estar registrado en la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud – SUSALUD.
- No tener sanción vigente impuesta por SUSALUD, a la fecha de presentación de la expresión de interés, ni haber sido sancionado por ésta en los últimos doce (12) meses anteriores a la presentación de la expresión de interés.
- La IPRESS debe acreditar documentación de experiencia en la prestación de servicios de atención de salud similares a los solicitados.

### 6.1.6 RECURSOS HUMANOS

La IPRESS contratada deberá acreditar contar con un Director Médico y un Administrador con el siguiente perfil profesional:

- ✓ **Director Médico: (Mínimo 01)** Médico Titulado y con constancia de habilidad del CMP vigente, con estudios de especialización en Gestión y/o Administración y/o Gerencia de Servicios de salud, debiendo acreditar un mínimo de 03 años de experiencia laboral en cargos de gestión de servicios de salud.
- ✓ **Administrador: (Mínimo 01)** Profesional con título universitario en Administración de Empresas o Contabilidad o Economía o carreras afines, con estudios de especialización en Gestión y/o Administración y/o Gerencia de Servicios de salud, debiendo acreditar un mínimo de 03 años de experiencia laboral en administración de servicios de salud.

Respecto al personal asistencial (**Formato 4**) deberá contar con:

- ✓ **Médicos Especialistas** (Medicina Intensiva, Medicina de Emergencias y Desastres, Medicina Interna, Pediatría, Cirugía de cabeza y cuello entre otros) con experiencia laboral no menor de tres (03) años en su especialidad respectiva. Deberán acreditar el Título Universitario y su registro de especialista en el Colegio Médico del Perú y constancia de habilidad profesional vigente. Acreditación de experiencia mínima de 2 años en cuidado de pacientes con soporte respiratorio crónico. Para el caso del Médico Emergencista y/o Intensivista del Sistema de Urgencias (Numeral 6.1.3) debe contar además con certificación en Terapia Respiratoria.
- ✓ **Otros profesionales de la salud:** (Nutricionista, enfermera, psicólogo etc.) Con Título Profesional y Constancia de Habilidad Profesional vigente, emitido por el Colegio respectiva o afines al objeto del presente CONTRATO; asimismo acreditación de experiencia mínima de 2 años en cuidado de pacientes con soporte respiratorio crónico. No deberán tener ningún tipo de sanción por mala praxis u otro derivado de la actividad asistencial.
- ✓ **El Terapeuta Respiratorio** debe contar con Certificación en Terapia Respiratoria o Tecnólogo Médico especialista en Fisioterapia Cardiorrespiratoria y acreditación de experiencia mínima no menor de 03 años en Terapia Respiratoria y experiencia mínima de 2 años en cuidado de pacientes con soporte respiratorio crónico
- ✓ **Técnicos asistenciales** en cantidad suficiente que cubra las necesidades del nivel de atención correspondiente a cada paciente, con acreditación de experiencia mínima de tres años de experiencia en actividad de prestación de servicios de salud y experiencia mínima de 2 años en cuidado de pacientes con soporte respiratorio crónico.
- ✓ **Ingeniero Biomédico** El ingeniero con título profesional y ser especializado en Ingeniería Biomédica o con formación académica en ingeniería biomédica

Dr. DURAND ALFARO ENRIQUE  
 Jefe Dpto. Cuidados Críticos  
 CMP 14540  
 ASISTENCIAL ALMENA  
 ESSALUD

Dra. Rosa Luz López Martínez  
 JEFE DEL SERVICIO DE CUIDADOS CRÍTICOS  
 DEPARTAMENTO DE CUIDADOS CRÍTICOS  
 CMP. 23007 RNE. 12782  
 HOSP. NAC. GUILLERMO ALMENA L.  
 ESSALUD

El perfil del personal asistencial debe estar en relación con el objeto del CONTRATO y ser los que realicen el manejo de Terapia respiratoria a domicilio.

ESSALUD se reserva el derecho de realizar las verificaciones que estime necesarias para el cumplimiento de los perfiles del personal exigidos.

Los accidentes de trabajo u otras contingencias derivadas de la labor desempeñada por los trabajadores son de absoluta responsabilidad de la IPRESS, los cuales serán asumidos por ésta de acuerdo al marco legal vigente.

Los médicos y otros profesionales que participen en la validación/auditoria de las prestaciones y la conformidad del servicio no podrán prestar servicios de forma directa o indirecta con la IPRESS contratada.

Cada miembro del personal requerido deberá contar obligatoriamente con su respectivo Equipo de Protección personal (EPP) que consta de gorro, mascarilla, protector facial, mandilón, guantes y botas; para prevenir contagios del Nuevo Coronavirus (Covid 19).

Personal clave y sus funciones:

**Director Médico:** Su función principal es la de planificar, organizar, dirigir y controlar todas las actividades médicas que se lleven a cabo dentro de la IPRESS que brinda el servicio de terapia respiratoria domiciliaria, buscando que las mismas destaquen por su excelencia y buena práctica, garantizando la seguridad de los usuarios del servicio.

**Administrador:** Su función principal es gestionar que se cumplan todos los procesos ofertados por la IPRESS para el cumplimiento de los servicios de terapia respiratoria domiciliaria.

**Médico Emergencista y/o Intensivista:** Su función principal es la atención médica oportuna a través del sistema de urgencias.

Cada miembro del personal requerido deberá contar obligatoriamente con su respectivo Equipo de Protección personal (EPP) que consta de gorro, mascarilla, protector facial, mandilón, guantes y botas; para prevenir contagios del Nuevo Coronavirus (Covid 19).

#### 6.1.7 DE LOS MATERIALES Y EQUIPOS CON QUE DEBERÁ CONTAR LA EMPRESA

- La empresa contratada deberá contar con equipos de última tecnología de no mayor de 5 años de antigüedad para aplicación domiciliaria aprobada por FDA y/o EMEA y DIGEMID, en cumplimiento a las leyes peruanas. El número de equipos deberá ser en cantidad mínima de uno por paciente atendido en la convocatoria presente.

##### LISTA DE EQUIPOS PARA TRD (Terapia Respiratoria Domiciliaria)

N°	EQUIPO REQUERIDO
A	Ventilador de Volumen y Presión
B	Pulsioxímetro
C	Aspirador de Secreciones
D	Resucitador Manual
E	Balón de Oxígeno

Dr. DURAND ALFARO ENRIQUE  
 Jefe Dpto. Cuidados Críticos  
 CMP: 14540  
 EN ASISTENCIAL ALMENDRA  
 ESSALUD

Dra. Rosa Luz López Martínez  
 JEFE DEL SERVICIO DE CUIDADOS INTENSIVOS  
 DEPARTAMENTO DE CUIDADOS CRÍTICOS  
 CMP: 28007 RNE: 12782  
 HOSP. NAC. GUILLERMO ALMENDRAL  
 ESSALUD

F	Manómetro de medición de presión de Cuff
G	Tensiómetro
H	Asistente de Tos
I	Concentrador de O <sub>2</sub>
J	Cama Clínica

- Presentar el plan de mantenimiento correctivo y preventivo especializado para los equipos biomédicos requeridos (**Anexo 4 – ítem 3**), según el caso del paciente.
- Debe contar con un Sistema Logístico Contingencial en Terapia Respiratoria disponible 24/7 que se compone de:
  - ✓ Equipos de Respaldo (Back-Up) (**Anexo 2: Equipos de Respaldo - backup**)
  - ✓ Botiquín de Respuesta Rápida en domicilio (Anexo 1 del Manual de Procedimientos de Terapia Respiratoria Domiciliaria)
  - ✓ Almacén de Respaldo

#### Equipos de Respaldo (back up)

N°	EQUIPO REQUERIDO
A	Ventilador de Volumen y Presión
G	Asistente de Tos
H	Concentrador de O <sub>2</sub>

- Equipo de Salud para atención logística (Ingeniero Biomédico y Enfermera)
- El Sistema se activa por el profesional de salud especializado en Terapia Respiratoria durante su visita en el Domicilio del paciente o al llamado del paciente
- Se debe responder según el Manual de Procedimientos de Terapia Respiratoria a Domicilio vigente en EsSalud (Resolución N°30-GCPS-ESSALUD-2014, numeral 7.1.11)
- Los equipos de respaldo, el botiquín de respuesta rápida y el almacén de respaldo son como mínimo los considerados en el Anexo N°01 (Infraestructura y Material del Sistema Contingencial Logístico) del Manual de Procedimientos de Terapia Respiratoria a Domicilio vigente en EsSalud (Resolución N°30-GCPS-ESSALUD-2014)
- Con Baterías de respaldo con autonomía de mínimo 6 horas para los equipos de asistencia vital, los equipos deben contar con mantenimiento preventivo y ser repuestos en forma inmediata en caso de dejar de funcionar.
- La IPRESS contratada es responsable del manejo y mantenimiento; debe garantizar la operatividad de los equipos y la continuidad del servicio contratado. La IPRESS asume los costos de los materiales e insumos biomédicos prescritos a los asegurados, para la realización de las prestaciones de salud contratadas.
- La IPRESS debe contar con un ambiente especial para el depósito de materiales e insumos, cumpliendo con la normativa vigente sobre *Buenas Prácticas de Almacenamiento* conforme lo establece el DS 016-2011-SA "Reglamento para el Registro, Control y vigilancia Sanitaria de Productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos Sanitarios" y el DS N° 014-SA "Reglamento de Establecimientos Farmacéuticos" y demás normas vigentes. Así como lo establece la Ley N° 29459 de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios

.....  
  
 Dr. DURAND ALVARO ENRIQUE  
 Jefe Dpto. Cuidados Críticos  
 CMP: 14840  
 HED ASISTENCIAL ALMÉNARA  
 ESSALUD

.....  
  
 Dra. Rosa Luz López Martínez  
 JEFE DEL SERVICIO DE CUIDADOS INTENSIVOS  
 DEPARTAMENTO DE CUIDADOS CRÍTICOS  
 CMP. 28507 RNE. 12782  
 HOSP. NAC. GUILLERMO ALMÉNARA L.  
 ESSALUD

### 6.1.8 AUDITORIA Y/O CONTROL PRESTACIONES

- La Entidad tiene facultad de efectuar auditorías médicas y/o control prestacional con la finalidad de evaluar la calidad de las prestaciones de salud brindadas por LA IPRESS a sus asegurados. Para tal efecto la Entidad podrá efectuar, indistintamente lo siguiente:
    - ✓ Verificación de las condiciones de equipamiento médico de acuerdo a estándares contratados, a través de las visitas inopinadas o notificadas a cargo del área usuaria.
    - ✓ Auditoría y/o control de las historias clínicas de sus asegurados a cargo de área usuaria.
  - Las fuentes de datos para la evaluación del presente servicio son las siguientes:
    - ✓ Historia Clínica física y/o virtual.
    - ✓ Informes de visitas de supervisión presencial realizadas (UBITRE - Servicio de Cuidados Intensivos y personal asignado por la oficina de Administración).
    - ✓ Informes de controles virtuales (UBITRE - Servicio de Cuidados Intensivos)
    - ✓ Encuesta de satisfacción del usuario mensual (UBITRE - Servicio de Cuidados Intensivos)
    - ✓ Otros instrumentos documentarios, informáticos o equivalentes que sustenten el servicio prestado.
  - La supervisión, monitoreo y control del servicio a prestar será realizado por la UBITRE del Servicio de Cuidados Intensivos en conjunto con un representante de la Administración del Hospital; adicionalmente otras áreas de control de ESSALUD podrá ejercer estas funciones a través de sus órganos competentes.
  - El área usuaria del HNGAI, la Gerencia Central de Prestaciones de Salud, la Gerencia Central de Aseguramiento u otras dependencias del nivel central, podrán realizar visitas inopinadas, cuyas recomendaciones deberán ser atendidas por la IPRESS.
  - HNGAI - ESSALUD tiene la facultad de efectuar auditorías de la validez prestacional con estándares consensuados y/o control prestacional con la finalidad de evaluar la calidad de las prestaciones de salud brindadas por LA IPRESS a sus asegurados.
  - Para tal efecto ESSALUD podrá efectuar lo siguiente:
    - ✓ Verificación de las condiciones de equipamiento médico de acuerdo a estándares contratados, a través de las visitas inopinadas o notificadas a cargo del área usuaria.
  - Auditoría y/o control de las historias clínicas de sus asegurados a cargo de área usuaria
  - HNGAI-ESSALUD puede formular observaciones sobre aspectos médicos y administrativos relacionados con la atención que se brinda a sus asegurados, las cuales serán comunicadas a la IPRESS de acuerdo al procedimiento previsto en el ítem 7.2.
  - En aquellos casos que ESSALUD, mediante sus órganos competentes detecte que el o los servicios que se brindan a los asegurados no se encuentran de acuerdo a los términos de referencia, éste le comunicará por escrito a la IPRESS, el cual deberá subsanarlo en un plazo no mayor de cinco (05) días luego de recibido el informe, del ente supervisor.
- Si a consecuencia de la auditoría a las prestaciones de salud HNGAI -ESSALUD detectase alguna prestación que no ha sido realizada, el valor de la misma será deducido del monto a pagar.**

### 6.1.9 ENTREGABLES DEL SERVICIO PRESTADO POR LA IPRESS

La IPRESS deberá entregar un informe mensual de la producción dentro de los 2 (dos) primeros días hábiles del mes siguiente.

El expediente para la emisión de conformidad de servicio constará de la siguiente documentación:

- ✓ Base de datos electrónicos (pacientes atendidos).
- ✓ Informe integral individual de la evolución del paciente, e informe de los profesionales de salud concurrentes, firmado por los mismos y con refrendo del Director Médico de la IPRESS.
- ✓ Reporte de intercurencia (si las hubiera)

  
 Dr. DURAND ALFARO ENRIQUE  
 Jefe Dpto. Cuidados Críticos  
 CMP 14640  
 MED ASISTENCIAL ALMENARA  
 ESSALUD

.....  
 Dra. Rosa Luz López Martínez  
 JEFE DEL SERVICIO DE CUIDADOS INTENSIVOS  
 DEPARTAMENTO DE CUIDADOS CRÍTICOS  
 CMP 26097 RNE 12762  
 HOSP. NAC. GUILLERMO ALMENARA  
 ESSALUD

- ✓ Epicrisis, cuando corresponda
- ✓ Liquidación detallada de las prestaciones, medicamentos e insumos utilizados para el asegurado.

#### 6.1.10 REGLAMENTOS TÉCNICOS, NORMAS METROLÓGICAS Y/O SANITARIAS NACIONALES DOCUMENTOS TÉCNICOS:

- Ley N° 26790 Ley de la Modernización de la Seguridad Social en Salud o Reglamento de la Ley N°26790 D.S. N°009-97-SA o Modificatoria del D.S. N°009-97 S.A. D.S. N°001-98-S.A.
- Ley General de Salud N° 26842
- Ley N° 027056 Ley de Creación del Seguro Social de salud (EsSalud)
- Decreto Supremo N° 002-99-TR Reglamento de la Ley N° 27056
- Resolución de Gerencia Central de Salud N° 026-GCS-EsSalud-2001 que aprueba el "Programa Nacional de Terapia Respiratoria"
- Resolución de Gerencia General N° 1455-GG-EsSalud-2007, que aprueba la Directiva N° 014-GG-EsSalud-2007, "Norma Marco para la Formulación, Aprobación y Actualización de Documentos Técnicos, Normativos y de Gestión en EsSalud".
- Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 012-PE-EsSalud-2007 de fecha 10 de enero del 2007, aprobó la Estructura Orgánica y el Reglamento de Organización y Funciones de EsSalud.
- Resolución de Gerencia General N° 1502-GG-EsSalud-2011, que aprueba la Directiva N° 25-GG-ESSALUD-2011, "Normas para la Administración de los Bienes Patrimoniales Muebles de Propiedad de EsSalud"
- Ley 29414 Establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de salud.
- Ley N° 29973 Ley General de la Persona con Discapacidad
- Resolución de Gerencia Central de Prestaciones de Salud N° 070- GCPSESSSALUD
- Resolución Ministerial N° 554-2012/MINSA aprueba NTS N° 096-MINSA/DIGESA " Gestión y manejo de residuos sólidos en Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo "
- Decreto Supremo N° 031-2014-SA "Reglamento de Infracciones y Sanciones de la Superintendencia Nacional de Salud.
- Resolución de Gerencia General N° 1445-GG-ESSALUD-2013 se aprueba Directiva N° 017 - GG-ESSALUD-20013 denominada "Directiva de Terapia Respiratoria a Domicilio"
- Resolución de Gerencia Central de Prestaciones de Salud N° 30-GCPS-ESSALUD- 2014 que aprueba el " Manual de Procedimiento de Terapia Respiratoria a Domicilio"
- Deben cumplir con las especificaciones técnicas contenidas en el Reglamento de Establecimientos de Salud y servicios médicos de Apoyo -DSN°013-2006-SA y la Norma Técnica N° 021/MINSA/DGSP/versión.03-2011 "Categorías de los Establecimientos de Salud" según su nivel de atención, complejidad y capacidad resolutive vigente.

#### 6.1.11 SISTEMA DE CONTRATACIÓN PRECIOS UNITARIOS

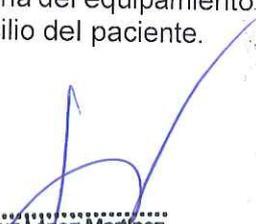
#### 6.1.12 MODALIDAD DE EJECUCIÓN CONTRACTUAL NO APLICA

#### 6.1.13 TRANSPORTE

El proveedor será responsable del traslado, instalación y puesta en marcha del equipamiento y todo lo necesario para la prestación del servicio requerido en el domicilio del paciente.

#### 6.1.14 RESPONSABILIDAD POR DEFECTOS O VICIOS

  
 Dr. DURAND ALFARO ENRIQUE  
 Jefe Dpto. Cuidados Críticos  
 CMP. 14540  
 RED ASISTENCIAL ALMENARA  
 ESSALUD

  
 Dra. Rosa Luz Lopez Martinez  
 JEFE DEL SERVICIO DE CUIDADOS INTENSIVOS  
 DEPARTAMENTO DE CUIDADOS CRITICOS  
 CMP. 28007 RNE. 12762  
 HOSP. NAC. GUILLERMO ALMENARA L.  
 ESSALUD

La conformidad del servicio por parte de ESSALUD no enerva su derecho a reclamar posteriormente por defectos o vicios ocultos, conforme a lo dispuesto en la normativa que rige la materia. El plazo máximo de responsabilidad de LA IPRESS es de dos (02) años.

## 6.1.15 LUGAR Y PLAZO DE EJECUCIÓN DE LA PRESTACIÓN

### 6.1.15.1 LUGAR

El servicio de terapia respiratoria, será brindado en el domicilio de los pacientes asegurados que sean dados de alta de los diferentes servicios de adultos y pediátricos del HNGAI, para lo cual la IPRESS deberá estar ubicada en el ámbito de Lima Metropolitana o el Callao.

### 6.1.15.2 PLAZO

El plazo de ejecución del contractual será de 365 días calendario, contabilizados desde el día siguiente de la suscripción del contrato respectivo y/o HASTA COMPLETAR EL NÚMERO TOTAL DE SERVICIOS CONTRATADOS.

Al ser un servicio de ejecución continua de 365 días calendario, los entregables que corresponden a cada ejecución parcial son mensuales, es decir 12 entregables al año.

Los entregables serán los informes o reportes mensuales de ejecución del servicio.

### 6.1.15.3 INICIO DEL PLAZO

Se entiende que el plazo de inicio de la atención del servicio, se empieza a contabilizar a partir del día siguiente de la suscripción del contrato.

## 6.1.16 OTRAS OBLIGACIONES

### 6.1.16.1 OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA

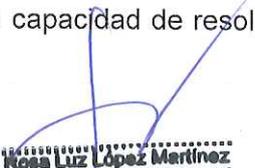
- La IPRESS no estará exenta de responsabilidad aún en el caso en que los incumplimientos sean a consecuencia de contratos que celebre con terceros.
- En el caso de darse la resolución del contrato y un asegurado esté en proceso de atención en dicho momento, la IPRESS continuará prestando atención, hasta su transferencia a un establecimiento de salud de EsSalud o a otra IPRESS, para lo cual EsSalud deberá cubrir el pago de dichas atenciones según las condiciones pactadas en el contrato.
- LA IPRESS, aplicara las guías y protocolos de EsSalud o MINSA; incluye la guía de atención de terapia respiratoria a domicilio. Las guías de diagnóstico y tratamiento no podrán sustituir el juicio médico en los casos en que, por circunstancias particulares debidamente fundamentadas, sea necesario apartarse de las mismas. (Décimo primera Resolución Superintendencia N°080-SUSALUD/S).
- Mantener vigente sus autorizaciones, licencias de apertura y funcionamiento y demás permisos que de acuerdo a ley que le sean requeridos. Incluye, la vigencia del registro ante la Superintendencia Nacional de Salud - SUSALUD, en ningún caso podrá tener vencidas dichas autorizaciones durante la vigencia del contrato.

.....  
 Dr. DURAND ALFARO ENRIQUE  
 Jefe Dpto. Cuidados Críticos  
 CMP: 14640  
 RED ASISTENCIAL ALMENARA  
 ESSALUD

.....  
 Dra. Rosa Luz López Martínez  
 JEFE DEL SERVICIO DE CUIDADOS INTENSIVOS  
 DEPARTAMENTO DE CUIDADOS CRÍTICOS  
 CMP: 38007 RNE: 12782  
 HOSP. NAC. GUILLERMO ALMENARA I.  
 ESSALUD

- Cumplir con los procedimientos, protocolos y estándares de calidad y oportunidad de las prestaciones de salud de los pacientes asegurados del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen (HNGAI) de acuerdo a su nivel resolutivo. Para tal efecto deberá garantizar:
  - ✓ Disponibilidad permanente de recursos humanos capacitados.
  - ✓ Recursos tecnológicos, suministros cumplan con los estándares mínimos vigentes a la normativa aplicable para tales efectos.
  - ✓ Insumos y dispositivos médicos para garantizar la atención integral las 24 hrs, los 365 días del año.
- La IPRESS deberá contar con Directivas y/o Manuales relacionadas a la seguridad del Paciente para la implementación y cumplimiento de Prácticas Seguras y Gestión del Riesgo en:
  - ✓ Administración correcta de Medicamentos.
  - ✓ Prevención de caídas.
  - ✓ Prevención y Reducción de Riesgo de Úlceras por Presión.
- Contar con un Sistema de Urgencia Asistencial en Terapia Respiratoria según el Manual de Procedimientos de Terapia Respiratoria de EsSalud vigente.
- No realizar cobros, a los asegurados de ESSALUD que reciban el servicio de terapia respiratoria a domicilio.
- Permitir y otorgar las facilidades e información que correspondan al área usuaria o a la Oficina de Servicios Extraintitucionales (OSSE) y/o quien haga de sus veces, o a los auditores de EsSalud a fin que pueda realizar acciones de control de las prestaciones que se requieran.
- Guardar estricta confidencialidad y reserva respecto a la información de los asegurados de ESSALUD y de aquella que se genere en la IPRESS (sistemas informáticos y en medios escritos o gráficos), visto que es propiedad del paciente y su custodia por ESSALUD, respetando lo previsto en la Ley N° 29414, Ley que establece los Derechos de las Personas Usuaras de los Servicios de Salud y su Reglamento y la Ley N° 29733; Ley de Protección de Datos Personales.
- No ceder a terceros, los derechos y obligaciones del contrato
- Mantener una historia clínica única, física o digitalizada por paciente, donde deberá constar todas sus atenciones, sean domiciliarias, o de urgencia. La historia clínica, deberá cumplir con todos los requisitos y condiciones dispuestas o permitidas por las normas aplicables para tal propósito (Norma Técnica N°022-2006-MINSA/DGSP.V02 y la Directiva N° 001-GG-ESSALUD-2014).
- Deberá dar cumplimiento a las prestaciones conforme a lo establecido en los **Anexos 1, 2, 3 y 4** que forman parte del presente requerimiento
- Informar inmediatamente a ESSALUD sobre cualquier evento extraordinario o inusual que pudiera afectar la debida y oportuna atención de los asegurados, debiendo adoptar las medidas correctivas necesarias de manera oportuna.
- En casos de contingencias excepcionales, que excedan la capacidad de resolución

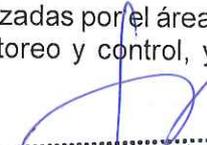
  
Dr. DURAND ALVARO ENRIQUE  
Jefe Dpto. Cuidados Críticos  
CMP- 14540  
PSD ASISTENCIAL ALMENARA  
ESSALUD

  
Dra. Nosa Luz López Martínez  
JEFE DEL SERVICIO DE CUIDADOS INTENSIVOS  
DEPARTAMENTO DE CUIDADOS CRÍTICOS  
CMP. 28007 RNE. 12782  
HOSP. NAC. GUILLERMO ALMENARA  
ESSALUD

de la IPRESS, esta deberá ejecutar la aplicación la normativa de referencias y contrarreferencias vigentes en EsSalud con las áreas usuarias.

- La IPRESS dispondrá de un equipo de reemplazo ante desperfectos de los equipos de terapia respiratoria y personal especializado encargado del seguimiento tras la instalación del equipo (según Manual de procedimientos de Terapia Respiratoria a Domicilio).
- Contar con un Programa integral del control y gestión de residuos de riesgo biológico en el domicilio (**Anexo 4 – ítem 4**), acorde a las exigencias de la normativa de manejo de residuos sólidos.
- Enviar la información estadística de las prestaciones asistenciales los 05 de cada mes. al área encargada de dar la conformidad de la atención.
- La IPRESS asumirá la responsabilidad por los daños y perjuicios ocasionados por las acciones y omisiones en la prestación del servicio brindado por su personal o como consecuencia de ello, así como de las acciones penales y administrativas que se originen por dichas acciones u omisiones.
- Cumplir con las disposiciones vigentes establecidas y ejecutadas en todos los establecimientos de EsSalud según categoría:
  - ✓ Reglamento para el Registro, Control y Vigilancia Sanitaria de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios y su modificatoria (Decreto Supremo N° 016-2011-SA/DM)
  - ✓ Manual de Buenas Prácticas de Almacenamiento de Productos Farmacéuticos y Afines. Decreto Supremo N° 013-2006-SA; Título Tercero: De los Servicios Médicos de Apoyo del Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
  - ✓ Otras normas vigentes.
  - ✓ Su cumplimiento estará sujeto a auditoría y/o verificación por parte de EsSalud, en el momento que considere pertinente.
- La IPRESS deberá contar con Libro de Reclamaciones y dar cumplimiento a la norma específica poniéndolo a disposición de la familia oportunamente.
- Cumplir las demás obligaciones que se deriven del contrato o establecidas en la Ley General de Salud, el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, Reglamento de Establecimientos Farmacéuticos, y demás normas aplicables. **Resolución Ministerial N° 1753-2002-SA/DM.**
- No discriminar en su atención a los asegurados de ESSALUD por motivos de raza, sexo, religión, opiniones políticas, nacionalidad, origen social, cultural, discapacidad u otras que atenten contra los derechos de las personas.
- La IPRESS debe subsanar o aclarar mediante un informe al área usuaria, las observaciones hechas por el familiar o el paciente en el "registro diario de atención del paciente" en caso sea necesario.
- Emitir un informe de levantamiento de las observaciones realizadas por el área usuaria o los auditores, durante las acciones de supervisión, monitoreo y control, y aplicar

  
 Dr. DURAND ALFARO ENRIQUE  
 Jefe Dpto. Cuidados Críticos  
 CMP: 14540  
 RED ASISTENCIAL ALMENARA  
 ESSALUD

  
 Dra. ROSA LUZ LÓPEZ MARTÍNEZ  
 JEFE DEL SERVICIO DE CUIDADOS INTENSIVOS  
 DEPARTAMENTO DE CUIDADOS CRÍTICOS  
 CMP: 28007 RNE: 12782  
 HOSP. NAC. GUILLERMO ALMENARA I.  
 ESSALUD

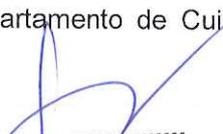
medidas correctivas, el cual deberá remitirlo al HNGAI en el plazo señalado por la supervisión.

- Acatar las penalidades que establezca y aplique ESSALUD como resultado de las acciones de auditoría que se realicen.
- Asumir la responsabilidad respecto de las relaciones contractuales generadas con el personal (administrativo, médico, etc.) que labora en la IPRESS, de acuerdo al Decreto Legislativo N° 728 Ley de la Productividad y Competitividad Laboral del Régimen Privado, Ley N° 29245 Ley que regula los servicios de tercerización y todas aquellas normas aplicables conforme lo regulado por el Ministerio de Trabajo.
- En caso de fallecimiento del paciente, el médico de la IPRESS deberá hacer la constatación, emitir el certificado de defunción, notificar inmediatamente al área usuaria, de ser el caso al día siguiente hábil de ocurrida la contingencia, debiendo hacer entrega de la copia del certificado de defunción debidamente fedateada, así como historia clínica original debidamente foliado con el informe médico y epicrisis deben ser remitidas a la Oficina de Admisión y Registros médicos del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen.

#### 6.1.16.2 OBLIGACIONES DE LA ENTIDAD

- El área usuaria (La UBITRE del Servicio de Cuidados Intensivos) determinara que paciente asegurado requiere de este servicio basada en la Directiva N° 017-GG-ESSALUD-2013. (Anexo 7).
- Informar a la IPRESS sobre los procedimientos administrativos y de prestaciones para la atención de los asegurados y aquellos que se derivan de su relación con ESSALUD, así como las modificaciones que se susciten en los documentos aprobados y vigentes en EsSalud sobre Terapia Respiratoria Domiciliaria (Anexo N° 6, 7 y 8).
- Cumplir con solicitar al paciente y/o representante legal el consentimiento Informado para la prestación del Servicio de Terapia Respiratoria a Domicilio.
- Coordinar directamente la referencia de los asegurados a la IPRESS, a través de sus Unidades de Referencia, de acuerdo a los mecanismos de articulación establecidos.
- Informar a la IPRESS contratada sobre cualquier modificación del contrato.
- Contar, para el desempeño de las funciones o actividades de auditoría médica, con personal que tenga experiencia asistencial en terapia respiratoria no menor a 02 años
- El área usuaria a través de profesionales médicos desarrollara las visitas de supervisión, monitoreo e informe correspondiente, conjuntamente con Administración.
- La UBITRE del Servicio de Cuidados Intensivos y el Departamento de Cuidados Críticos darán la conformidad del servicio.

  
.....  
Dr. DURAND ALVARO ENRIQUE  
Jefe Dpto. Cuidados Críticos  
CMP 14540  
ASISTENCIAL ALMENARA  
ESSALUD

  
.....  
Dra. Rosaluz López Martínez  
JEFE DEL SERVICIO DE CUIDADOS INTENSIVOS  
DEPARTAMENTO DE CUIDADOS CRÍTICOS  
CMP. 26007 R.NE. 12782  
HOSP. NAC. GUILLERMO ALMENARA I.  
ESSALUD

- Pagar a LA IPRESS por las prestaciones de salud brindadas a sus asegurados, según el mecanismo de pago, tarifas y demás condiciones acordadas entre las partes, y establecido en el contrato.
- Informar a sus asegurados sobre el alcance de los servicios de salud contratados con la IPRESS.
- Entregar a la IPRESS un informe médico por el servicio usuario al inicio de la actividad.
- El área usuaria debe evaluar el "registro diario de atención del paciente" y en caso que encuentre quejas reiterativas por parte del paciente o su familiar ejecutará una atención personalizada de la queja y solicitará un informe detallado a la IPRESS contratada y al paciente o su familiar, debido a que este registro es requisito para dar la conformidad del servicio.
- Acreditar a los pacientes seleccionados a través de la oficina de acreditación correspondiente.
- Prescribir la medicación necesaria para los pacientes (aquí se excluye medicamentos e insumos propios del servicio contratado) a través de PADOMI, o el área que haga sus veces, y abastecer de medicamentos que requiera el asegurado.
- Solicitar y realizar los exámenes de laboratorio necesarios requeridos por PADOMI, o quien haga sus veces, a los pacientes del servicio contratado.
- La prescripción nutricional será brindada por el profesional correspondiente del HNGAI al responsable del cuidado del paciente, adicionalmente el cuidador del paciente contará con el asesoramiento de un nutricionista de la IPRESS para preparar la dieta indicada por el médico.

#### 6.1.17 SUBCONTRATACIÓN

El contratista será el único responsable ante ESSALUD de cumplir con la prestación del servicio en mención, en las condiciones establecidas en las Bases, no pudiendo transferir esas responsabilidades a subcontratistas, otras entidades o terceros en general.

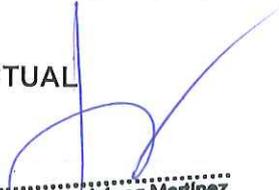
#### 6.1.18 CONFIDENCIALIDAD

La IPRESS contratada se compromete a mantener en reserva y no revelar a tercero alguno, sin previa conformidad escrita de ESSALUD, toda información que le sea suministrada por este último.

La IPRESS no revelará ni permitirá la revelación de cualquier dato o información relacionado a la prestación de servicios de salud a los medios de prensa o a terceros (excepto para los casos que la Ley así lo disponga).

#### 6.1.19 MEDIDAS DE CONTROL DURANTE LA EJECUCIÓN CONTRACTUAL

  
 Dr. DURAND ALVARO ENRIQUE  
 Jefe Dpto. Cuidados Críticos  
 CMP: 14640  
 RED ASISTENCIAL ALMENARA  
 ESSALUD

  
 Dra. Rosa Luz López Martínez  
 JEFE DEL SERVICIO DE CUIDADOS INTENSIVOS  
 DEPARTAMENTO DE CUIDADOS CRÍTICOS  
 CMP: 26907 RNE: 12782  
 HOSP. NAC. GUILLERMO ALMENARA I.  
 ESSALUD

### 6.1.19.1 ÁREA QUE COORDINARÁ CON EL PROVEEDOR

La UBITRE del Servicio de Cuidados Intensivos del Departamento de Cuidados Críticos del H.N. Guillermo Almenara Irigoyen.

### 6.1.19.2 ÁREA RESPONSABLE DE LAS MEDIDAS DE CONTROL

La UBITRE del Servicio de Cuidados Intensivos del Departamento de Cuidados Críticos del H.N. Guillermo Almenara Irigoyen

### 6.1.19.3 ÁREA QUE BRINDARÁ LA CONFORMIDAD

La Conformidad por cada entregable lo brindará el área usuaria, La UBITRE del Servicio de Cuidados Intensivos del Departamento de Cuidados Críticos del H.N. Guillermo Almenara Irigoyen

## 6.1.20 DE LA CONFORMIDAD DEL SERVICIO

Al ser un servicio de ejecución continua (365 días calendario), la conformidad se realizará por cada ejecución parcial (entregables) de manera mensual en un período de 12 meses.

El Servicio se inicia desde el Periodo Previo al traslado del paciente a domicilio (en forma completa).

Previo informe de la IPRESS, La UBITRE del Servicio de Cuidados Intensivos otorgará la conformidad por la prestación del servicio, la cual será enviada a la Oficina de Adquisiciones del HNGAI ó quien haga las veces, para los trámites de facturación correspondiente.

El plazo para otorgar la conformidad será de siete (07) días de producida la recepción de la documentación correspondiente, esto en conformidad con lo establecido en el artículo 168 del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado.

El pago parcial (mensual), deviene de multiplicar la tarifa por día de servicio por el número de días utilizado en dicho mes.

La conformidad del servicio será otorgada, siempre y cuando el proveedor haya cumplido con las obligaciones asumidas de acuerdo al Contrato u Orden de Compra, a los presentes términos de referencia y el servicio se haya prestado a satisfacción de los encargados de la supervisión.

## 6.1.21 FORMA DE PAGO

LA ENTIDAD se obliga a pagar la contraprestación a EL CONTRATISTA en Soles, en pagos parciales, luego de la recepción formal y completa de la documentación correspondiente, según lo establecido en el artículo 171 del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado.

El HNGAI -ESSALUD se obliga a pagar la contraprestación a la IPRESS, mediante el mecanismo de pago por prestación de servicio en el periodo dado, luego de la recepción formal oportuna y completa de la documentación correspondiente.

  
 Dr. DURAND ALFARÓ ENRIQUE  
 Jefe Dpto. Cuidados Críticos  
 CMP 14540  
 PED ASISTENCIAL ALMENARA  
 ESSALUD

  
 Dra. ROSA LUZ LOPEZ MARTINEZ  
 JEFE DEL SERVICIO DE CUIDADOS INTENSIVOS  
 DEPARTAMENTO DE CUIDADOS CRÍTICOS  
 CMP. 26007 RNE. 42782  
 HOSP. NAC. GUILLERMO ALMENARA I.  
 ESSALUD

El pago parcial (mensual), deviene de multiplicar la tarifa por día de servicio por el número de días utilizado en dicho mes.

Para tal efecto, el responsable de otorgar la conformidad de la prestación deberá hacerlo en un plazo que no excederá de los diez (10) días de producida la recepción.

LA ENTIDAD debe efectuar el pago dentro de los quince (15) días calendario siguiente a la conformidad de los bienes, siempre que se verifiquen las condiciones establecidas en el contrato para ello.

En caso de retraso en el pago por parte de LA ENTIDAD, salvo que se deba de caso fortuito o fuerza mayor, EL CONTRATISTA tendrá derecho al pago de intereses legales conforme a lo establecido en el artículo 39 de la Ley de Contrataciones del Estado y en el artículo 171 de su Reglamento, los que se computan desde la oportunidad en que el pago debió efectuarse.

La Entidad ejecutará las garantías cuando EL CONTRATISTA no las hubiere renovado antes de la fecha de su vencimiento, conforme a lo dispuesto por el Artículo 155 del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado.

## 7. PENALIDADES APLICABLES

### 7.1. Penalidades Por Retraso Injustificado

Si el proveedor incurre en retraso injustificado en la ejecución de la prestación objeto del contrato, se le aplicará automáticamente una penalidad por mora por cada día de atraso, conforme el artículo 162 del Reglamento de la Ley de Contrataciones del Estado.

  
 .....  
 Dr. DURAND ALVARO ENRIQUE  
 Jefe Dpto. Cuidados Críticos  
 CMP 14640  
 RED ASISTENCIAL ALMENARA  
 ESSALUD

  
 .....  
 Dra. Rosa Luz López Martínez  
 JEFE DEL SERVICIO DE CIUDADOS INTENSIVAS  
 DEPARTAMENTO DE CIUDADOS CRITICOS  
 CMP. 28007 / RNE. 12762  
 HOSP. NAC. GUILLERMO ALMENARA L  
 ESSALUD

## 7.2. Otras Penalidades

A partir del inicio del contrato, si se constatan las siguientes faltas u omisiones conforme a lo establecido en los términos de referencia por la supervisión o auditoria efectuada, se procederá a efectuar las siguientes sanciones, por cada servicio (unidad) contratado. Incluso hayan sido subsanadas:

<b>Otras penalidades</b>			
<b>N°</b>	<b>Supuestos de aplicación de penalidad</b>	<b>Forma de cálculo</b>	<b>Procedimiento</b>
1	No respuesta en 2 horas de una Situación de Urgencia / Logística Contingencial	3 UIT	Mensual
2	Tiempo de espera entre la comunicación remitida a la IPRESS a través de la Gerencia Clínica y el inicio del servicio mayor a 48 horas.	1 UIT	Por cada vez
3	NO cumplir con las Guías de Procedimiento y Manejo en Ventilación Mecánica a Domicilio aprobadas	3 UIT	Mensual
4	No realizar actividades de Capacitación de 2 personas como mínimo, responsables del cuidado del paciente en el hogar (Reanimación cardiopulmonar básica, aspiración de secreciones, baño y movilización del paciente, alimentación y transporte del paciente, limpieza y manejo de ostomías/sondas, detección de signos de alarma y reporte de eventos.	2 UIT	Trimestral
5	Realizar cobros por la prestación de los servicios de salud, directa o indirectamente a los asegurados de ESSALUD por las prestaciones convenidas.	3 UIT	Por cada caso particular
6	Registrar y/o informar prestaciones de salud, que no han sido otorgadas a los asegurados.	3 UIT	Por cada caso particular
7	Retraso injustificado en la presentación del sustento de las prestaciones brindadas	1 UIT	Por cada caso particular
8	La prestación no cumple con las características y condiciones ofrecidas	3 UIT	Por cada caso particular
9	No reportar al servicio solicitante, vía telefónica y por escrito dentro de las 48 horas de la instalación del paciente en su domicilio, y posteriormente con una periodicidad semanal durante el primer mes.	3 UIT	Por cada caso particular
10	No Mantener una historia clínica única, física o digitalizada por paciente, donde deberá constar todas sus atenciones. La historia clínica, deberá cumplir con todos los requisitos y condiciones dispuestas o permitidas por las normas aplicables para tal propósito	3 UIT	Por cada caso particular
11	No brindar las atenciones de salud en los tiempos establecidos en los TDR	0.5 UIT	Por cada caso particular
12	No brindar las facilidades para supervisiones y/o auditorías periódicas descritas.	2 UIT	Por cada caso particular
13	No cumplir con los protocolos Sanitarios, establecidos en el anexo N° 9	2 UIT	Por cada caso particular

  
**Dr. DURAND ALFARO ENRIQUE**  
 Jefe Dpto. Cuidados Críticos  
 CMP. 14840  
 RED ASISTENCIAL ALMÉNARA  
 ESSALUD

  
**Dra. Rosa Luz Lopez Martinez**  
 JEFE DEL SERVICIO DE CUIDADOS INTENSIVOS  
 DEPARTAMENTO DE CUIDADOS CRITICOS  
 CMP. 28007/RNE. 12752  
 HOSP. NAC. GUILLERMO ALMÉNARA I.  
 ESSALUD

<b>Otras penalidades</b>			
<b>N°</b>	<b>Supuestos de aplicación de penalidad</b>	<b>Forma de cálculo</b>	<b>Procedimiento</b>
14	No cumplir con Prácticas Seguras para la Prevención y reducción de Riesgo para la Administración Correctas de Medicamentos, prevención de caídas y prevención de úlceras por presión.	3 UIT	Por cada caso que se materialice riesgo
15	No poner el Libro de Reclamaciones de la IPRESS a disposición del paciente o su familiar responsable a solicitud	0.5 UIT	Por cada caso particular

Las penalidades antes señaladas, serán de aplicación sin perjuicio de la obligación de resarcimiento de los daños y perjuicios u otra acción legal a que hubiera pudieran tener lugar y de las deducciones en los pagos a cargo de EsSalud.

.....  
  
 Dr. DURAND ALFARO ENRIQUE  
 Jefe Dpto. Cuidados Críticos  
 CMP- 14040  
 RED ASISTENCIAL ALMENARA  
 ESSALUD

.....  
  
 Dra. Rosa Luz López Martínez  
 JEFE DEL SERVICIO DE CUIDADOS INTENSIVOS  
 DEPARTAMENTO DE CUIDADOS CRÍTICOS  
 CMP. 26007 R.N.E. 12782  
 HOSP. NAC. GUILLERMO ALMENARA I.  
 ESSALUD

## 8. REQUISITOS DE CALIFICACIÓN

A	<p><b>CAPACIDAD LEGAL</b></p> <p><b>HABILITACIÓN</b></p> <p><u>Requisitos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El postor deberá contar con documento de Inscripción en el Registro Nacional de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (RENIPRES), expedido por la autoridad de salud competente.</li> <li>• El postor deberá estar registrado ante la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud – SUSALUD.</li> </ul> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p><b>Importante</b></p> <p><i>De conformidad con la Opinión N° 186-2016/DTN, la habilitación de un postor, está relacionada con cierta atribución con la cual debe contar el proveedor para poder llevar a cabo la actividad materia de contratación, este es el caso de las actividades reguladas por normas en las cuales se establecen determinados requisitos que las empresas deben cumplir a efectos de estar habilitadas para la ejecución de determinado servicio o estar autorizadas para la comercialización de ciertos bienes en el mercado.</i></p> </div> <p><u>Acreditación:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copia de Documento de Inscripción en el Registro Nacional de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (RENIPRES), expedido por la autoridad de salud competente, vigente a la fecha de presentación de propuestas.</li> <li>• Copia de Documento que acredite estar registrado ante la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud (SUSALUD).</li> </ul> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p><b>Importante</b></p> <p><i>En el caso de consorcios, cada integrante del consorcio que se hubiera comprometido a ejecutar las obligaciones vinculadas directamente al objeto de la convocatoria debe acreditar este requisito.</i></p> </div>
B	<p><b>CAPACIDAD TÉCNICA Y PROFESIONAL</b></p>
B.1	<p><b>EQUIPAMIENTO ESTRATÉGICO</b></p> <p><u>Requisitos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Contar con Ventilador de Volumen y Presión en cantidad mínima para cubrir la demanda de la convocatoria (Cantidad Mínima 20 unidades) (<b>Formato 2</b>)</li> </ul> <p><u>Acreditación:</u></p> <p>Copia de documentos que sustenten la propiedad, la posesión, el compromiso de compra venta o alquiler u otro documento que acredite la disponibilidad del equipamiento estratégico requerido (no cabe presentar declaración jurada)<sup>1</sup>.</p>

<sup>1</sup> De conformidad con el Pronunciamiento N° 712-2016/OSCE-DGR.

  
 Dr. DURAND AÑAZO ENRIQUE  
 Jefe Dpto. Cuidados Críticos  
 CMP: 14640  
 MED ASISTENCIAL ALMÉNARA  
 ESSALUD

  
 Dra. Rosa Luz López Martínez  
 JEFE DEL SERVICIO DE CUIDADOS INTENSIVOS  
 DEPARTAMENTO DE CUIDADOS CRÍTICOS  
 CMP. 28007 RNE. 12762  
 HOSP. NAC. GUILLERMO ALMÉNARA L.  
 ESSALUD

	<p><b>Importante</b></p> <p><i>En el caso que el postor sea un consorcio los documentos de acreditación de este requisito pueden estar a nombre del consorcio o de uno de sus integrantes.</i></p>
<b>B.2</b>	<b>CALIFICACIONES DEL PERSONAL CLAVE</b>
<b>B.2.1</b>	<b>FORMACIÓN ACADÉMICA</b>
	<p><u>Requisitos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Título de médico<sup>2</sup> del personal clave requerido como Director Médico.</li> <li>• Título en Administración de empresas o Contabilidad o Economía o carreras afines del personal clave requerido como Administrador.</li> <li>• Título de Médico Especialista del personal clave requerido como Médico Emergencista y/o Intensivista</li> </ul> <p><u>Acreditación:</u></p> <p>El TÍTULO PROFESIONAL REQUERIDO será verificado por el comité de selección en el Registro Nacional de Grados Académicos y Títulos Profesionales en el portal web de la Superintendencia Nacional de Educación Superior Universitaria - SUNEDU a través del siguiente link: <a href="https://enlinea.sunedu.gob.pe/">https://enlinea.sunedu.gob.pe/</a> // o en el Registro Nacional de Certificados, Grados y Títulos a cargo del Ministerio de Educación a través del siguiente link: <a href="http://www.titulosinstitutos.pe/">http://www.titulosinstitutos.pe/</a>, según corresponda.</p> <p>En caso EL TÍTULO PROFESIONAL REQUERIDO no se encuentre inscrito en el referido registro, el postor debe presentar la copia del diploma respectivo a fin de acreditar la formación académica requerida.</p>
<b>B.2.2</b>	<b>CAPACITACIÓN</b>
	<p><u>Requisitos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 120 horas lectivas, en estudios de especialización en Gestión y/o Administración y/o Gerencia de Servicios de salud del personal clave requerido como Director Médico.</li> <li>• 120 horas lectivas, en estudios de especialización en Gestión y/o Administración y/o Gerencia de Servicios de salud del personal clave requerido como Administrador.</li> <li>• 60 horas lectivas, en estudios de capacitación en Terapia Respiratoria del personal clave requerido como Médico Emergencista y/o Intensivista.</li> </ul> <p><u>Acreditación:</u></p> <p>Se acreditará con copia simple de constancias, certificados, u otros documentos, según corresponda.</p> <p><b>Importante</b></p> <p><i>Se podrá acreditar la capacitación mediante certificados de estudios de postgrado, considerando que cada crédito del curso que acredita la capacitación equivale a dieciséis horas lectivas, según la normativa de la materia.</i></p>

<sup>2</sup> Según el artículo 45 de la Ley N° 30220, Ley Universitaria (grado de bachiller, título profesional, título de segunda especialidad profesional, grado de maestro o grado de doctor).

  
 Dr. DURAND ALVARO ENRIQUE  
 Jefe Dpto. Cuidados Críticos  
 CMP. 14640  
 CBO ASISTENCIAL ALMENARA  
 ESSALUD

  
 Dra. Rosa Luz López Martínez  
 JEFE DEL SERVICIO DE CUIDADOS INTENSIVOS  
 DEPARTAMENTO DE CUIDADOS CRÍTICOS  
 CMP. 26007 CNE. 12762  
 HOSP. NAC. GUILLERMO ALMENARA L.  
 ESSALUD

<b>B.2.3</b>	<b>EXPERIENCIA DEL PERSONAL CLAVE</b>
	<p><u>Requisitos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tres (03) años de experiencia en gestión de servicios de salud del personal clave requerido como Director Médico.</li> <li>• Tres (03) años de experiencia en administración de servicios de salud del personal clave requerido como Administrador.</li> <li>• Tres (03) años de experiencia en terapia respiratoria del personal clave requerido como Médico Emergencista y/o Intensivista.</li> </ul> <p><u>Acreditación:</u></p> <p>La experiencia del personal clave se acreditará con cualquiera de los siguientes documentos: (i) copia simple de contratos y su respectiva conformidad o (ii) constancias o (iii) certificados o (iv) cualquier otra documentación que, de manera fehaciente demuestre la experiencia del personal propuesto.</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p><b>Importante</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Los documentos que acreditan la experiencia deben incluir los nombres y apellidos del personal clave, el cargo desempeñado, el plazo de la prestación indicando el día, mes y año de inicio y culminación, el nombre de la Entidad u organización que emite el documento, la fecha de emisión y nombres y apellidos de quien suscribe el documento.</li> <li>• En caso los documentos para acreditar la experiencia establezcan el plazo de la experiencia adquirida por el personal clave en meses sin especificar los días se debe considerar el mes completo.</li> <li>• Se considerará aquella experiencia que no tenga una antigüedad mayor a veinticinco (25) años anteriores a la fecha de la presentación de ofertas.</li> <li>• Al calificar la experiencia del personal, se debe valorar de manera integral los documentos presentados por el postor para acreditar dicha experiencia. En tal sentido, aun cuando en los documentos presentados la denominación del cargo o puesto no coincida literalmente con aquella prevista en las bases, se deberá validar la experiencia si las actividades que realizó el personal corresponden con la función propia del cargo o puesto requerido en las bases</li> </ul> </div>
<b>C</b>	<b>EXPERIENCIA DEL POSTOR EN LA ESPECIALIDAD</b>
	<p><u>Requisitos:</u></p> <p>El postor debe acreditar un monto facturado acumulado equivalente a Dos Millones con 00/100 Soles (S/ 2'000,000.00), por la contratación de servicios iguales o similares al objeto de la convocatoria, durante los ocho (8) años anteriores a la fecha de la presentación de ofertas que se computarán desde la fecha de la conformidad o emisión del comprobante de pago, según corresponda.</p> <p>Se consideran servicios similares a los siguientes Servicios de Cuidados Intensivos, Servicios de Cuidados Intermedios, Servicios de Terapia Respiratoria Domiciliaria.</p> <p><u>Acreditación:</u></p> <p>La experiencia del postor en la especialidad se acreditará con copia simple de (i) contratos u órdenes de servicios, y su respectiva conformidad o constancia de prestación; o (ii) comprobantes de pago cuya cancelación se acredite documental y fehacientemente, con voucher de depósito, nota de abono, reporte de estado de cuenta, cualquier otro documento emitido por Entidad del sistema financiero que acredite el abono o mediante cancelación en el mismo comprobante de pago<sup>3</sup>, correspondientes a un máximo de veinte (20) contrataciones.</p>

<sup>3</sup> Cabe precisar que, de acuerdo con la Resolución N° 0065-2018-TCE-S1 del Tribunal de Contrataciones del Estado:

Dr. DURAND ALFARO ENRIQUE  
Jefe Dpto. Cuidados Críticos  
CMP- 14640  
RED ASISTENCIAL ALMENARA  
ESSALUD

Dra. Rosa Luz López Martínez  
JEFE DEL SERVICIO DE CUIDADOS INTENSIVOS  
DEPARTAMENTO DE CUIDADOS CRÍTICOS  
CMP- 26007 RNE. 12752  
HOSP. NAC. GUILLERMO ALMENARA I.  
ESSALUD

En caso los postores presenten varios comprobantes de pago para acreditar una sola contratación, se debe acreditar que corresponden a dicha contratación; de lo contrario, se asumirá que los comprobantes acreditan contrataciones independientes, en cuyo caso solo se considerará, para la evaluación, las veinte (20) primeras contrataciones indicadas en el **Anexo N° 8** de las bases referido a la Experiencia del Postor en la Especialidad.

En el caso de servicios de ejecución periódica o continuada, solo se considera como experiencia la parte del contrato que haya sido ejecutada a la fecha de presentación de ofertas, debiendo adjuntarse copia de las conformidades correspondientes a tal parte o los respectivos comprobantes de pago cancelados.

En los casos que se acredite experiencia adquirida en consorcio, debe presentarse la promesa de consorcio o el contrato de consorcio del cual se desprenda fehacientemente el porcentaje de las obligaciones que se asumió en el contrato presentado; de lo contrario, no se computará la experiencia proveniente de dicho contrato.

Asimismo, cuando se presenten contratos derivados de procesos de selección convocados antes del 20.09.2012, la calificación se ceñirá al método descrito en la Directiva "Participación de Proveedores en Consorcio en las Contrataciones del Estado", debiendo presumirse que el porcentaje de las obligaciones equivale al porcentaje de participación de la promesa de consorcio o del contrato de consorcio. En caso que en dichos documentos no se consigne el porcentaje de participación se presumirá que las obligaciones se ejecutaron en partes iguales.

Si el titular de la experiencia no es el postor, consignar si dicha experiencia corresponde a la matriz en caso que el postor sea sucursal, o fue transmitida por reorganización societaria, debiendo acompañar la documentación sustentatoria correspondiente.

Si el postor acredita experiencia de una persona absorbida como consecuencia de una reorganización societaria, debe presentar adicionalmente el **Anexo N° 9** de las bases.

Cuando en los contratos, órdenes de servicios o comprobantes de pago el monto facturado se encuentre expresado en moneda extranjera, debe indicarse el tipo de cambio venta publicado por la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP correspondiente a la fecha de suscripción del contrato, de emisión de la orden de servicios o de cancelación del comprobante de pago, según corresponda.

Sin perjuicio de lo anterior, los postores deben llenar y presentar el **Anexo N° 8** de las bases referido a la Experiencia del Postor en la Especialidad.

#### Importante

- *Al calificar la experiencia del postor, se debe valorar de manera integral los documentos presentados por el postor para acreditar dicha experiencia. En tal sentido, aun cuando en los documentos presentados la denominación del objeto contractual no coincida literalmente con el previsto en las bases, se deberá validar la experiencia si las actividades que ejecutó el postor corresponden a la experiencia requerida.*
- *En el caso de consorcios, solo se considera la experiencia de aquellos integrantes que se hayan comprometido, según la promesa de consorcio, a ejecutar el objeto materia de la convocatoria, conforme a la Directiva "Participación de Proveedores en Consorcio en las Contrataciones del Estado".*

"... el solo sello de cancelado en el comprobante, cuando ha sido colocado por el propio postor, no puede ser considerado como una acreditación que produzca fehacencia en relación a que se encuentra cancelado. Admitir ello equivaldría a considerar como válida la sola declaración del postor afirmando que el comprobante de pago ha sido cancelado"

(...)

"Situación diferente se suscita ante el sello colocado por el cliente del postor [sea utilizando el término "cancelado" o "pagado"] supuesto en el cual sí se contaría con la declaración de un tercero que brinde certeza, ante la cual debiera reconocerse la validez de la experiencia".

Dr. DURAND ALFARO ENRIQUE  
 Jefe Dpto. Cuidados Críticos  
 CMP- 14540  
 RED ASISTENCIAL ALMENARA  
 ESSALUD

Dra. Rosa Luz López Martínez  
 JEFE DEL SERVICIO DE CIUDADOS INTENSIVOS  
 DEPARTAMENTO DE CIUDADOS CRÍTICOS  
 CMP- 26007 RNE. 12782  
 HOSP. NAC. GUILLERMO ALMENARA L.  
 ESSALUD

## TERMINOS DE REFERENCIA PARA LA CONTRATACIÓN DEL SERVICIO DE TERAPIA RESPIRATORIA A DOMICILIO - HOSPITAL NACIONAL GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN (HNGAI) - ESSALUD

### ANEXO N° 01

#### NIVELES DE ATENCION EN LA CONTRATACIÓN DEL SERVICIO DE TERAPIA RESPIRATORIA A DOMICILIO – HNGAI - ESSALUD

- La DEMANDA de atención de pacientes con Necesidad de Terapia Respiratoria a Domicilio es **variable** según las técnicas de terapia respiratoria a Domicilio los Criterios de Admisión de TRD \*\*
- La OFERTA de atención de pacientes con necesidad de Terapia Respiratoria a Domicilio también es **variable** por Niveles de Atención, a saber:
  1. Nivel I.- Básico
  2. Nivel II.- Convencional
  3. Nivel III.- Cuidado Mínimo
- El Nivel de Atención Convencional es de 6 horas de cuidador, pero en caso de intensidad de riesgo en el soporte respiratorio, tiene 2 opciones adicionales, a saber:
  4. Nivel IV.- Complementario 12
  5. Nivel V.- Complementario 24

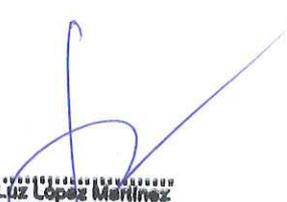
NIVEL DEL SERVICIO <sup>(1)(3)</sup>	Sistema de Urgencia VMD	Sistema Logístico Contingencial VMD	Visita Médico Especialista	OTROS PROFESIONALES <sup>(2)</sup>				Visita Enfermera	Disposición de Cuidador
				Fisioterapia Respiratoria	Terapia Física	Visita Nutrición	Visita Psicólogo		
Básico	X	X	1 trimestre	1 mes				2 mes	
Convencional	X	X	1 mes	2 mes	2 mes	1 mes	1 mes	2 mes	6 hrs
Complementario 12	X	X	1 mes	2 mes	1 mes	1 mes	1 mes	2 mes	12 hrs
Complementario 24	X	X	2 mes	4 mes	1 mes	2 mes	1 mes	4 mes	24 hrs
Cuidado Mínimo	X	X						2 mes	24 hrs

- (1) La diferencia de los Niveles del Servicio se establece por la intervención de los diversos profesionales de salud y es definido por el área usuaria
- (2) En el rubro de otros profesionales las prestaciones son intercambiables según las necesidades del paciente y con la aprobación del área usuaria
- (3) Cada Nivel de Atención establece el número mínimo de intervenciones de cada profesional de salud Si es necesario el cambio de Nivel de Atención, se comunicará por escrito al Departamento de Cuidados Críticos de la Red Prestacional, para la aceptación o denegación correspondiente.

Si es necesario el cambio de Nivel de Atención, se comunicará por escrito al Servicio Usuario del HNGAI, para la aceptación o no de corresponder.

\*\* Directiva N° 17-GG-ESSALUD-2013: VI.1.0.  
Resolución N° 30-GCPS- ESSALUD-2014 página 11

  
 Dr. DURAND ALVARO ENRIQUE  
 Jefe Dpto. Cuidados Críticos  
 CMP: 14540  
 RED ASISTENCIAL ALMENARA  
 ESSALUD

  
 Dra. Rosa Luz Lopez Martinez  
 JEFE DEL SERVICIO DE CUIDADOS INTENSIVOS  
 DEPARTAMENTO DE CUIDADOS CRITICOS  
 CMP: 28007-RNE: 12782  
 HOSP. NAC. GUILLERMO ALMENARA L.  
 ESSALUD

## ANEXO 2

### EQUIPOS REQUERIDOS PARA LA ATENCION EN LA CONTRATACIÓN DEL SERVICIO DE TERAPIA RESPIRATORIA A DOMICILIO ESSALUD

#### 1. VENTILADOR DE VOLUMEN Y PRESIÓN:

Pediátrico - Adulto, con batería, compresor incorporado de turbina o similar, FIO<sub>2</sub> de 21% a 100%, ventilación por volumen y presión, modos asistido/controlada, SIMV – CPAP, ventilación no invasiva e invasiva, sensibilidad por flujo, que monitorice los parámetros básicos en tiempo real: volumen, presión, frecuencia respiratoria, presión media y fuga.

#### Características:

- Peso menor o igual a 9 Kg., con volumen que permita el transporte fácil del equipo y la movilidad del paciente, incluida la batería interna y el parante rodable
- Para uso de pacientes con peso de 5 kg a más.
- El año de fabricación del equipo no deberá de ser mayor a 5 años.
- Deberá tener incorporada en el equipo la fuente de suministros de aire (manteniendo el peso solicitado).
- Deberá tener una batería incorporada o la posibilidad de conexión a una batería externa mayor de 3 horas.
- Deberá tener fijación de parámetros independientes.
- Dispondrá de reloj para contar las horas de funcionamiento.
- El sistema debe poseer doble aislamiento eléctrico, para seguridad del paciente, con posibilidad de funcionar con corriente 220 VAC / 60 Hz voltios alterna o con conexión a fuente de corriente continua de 12 voltios (adaptador para automóvil o directo a batería)
- En caso sea necesario Humidificador activo debe contar con soporte para traslado intradomiciliario.

#### 2. PULSOXÍMETRO.

#### 3. ASPIRADOR DE SECRECIONES CON BATERÍA DE RESPALDO O ASPIRADOR MANUAL DE RESPALDO.

#### 4. RESUCITADOR MANUAL CON ACCESORIOS DE ACUERDO A LO REQUERIDO POR EL PACIENTE

#### 5. BALÓN DE OXÍGENO.

#### 6. MANÓMETRO DE MEDICIÓN DE PRESIÓN DE CUFF

#### 7. TENSÍOMETRO

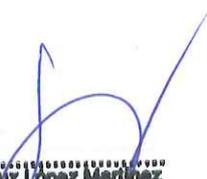
#### 8. ASISTENTE DE TOS

#### 9. CONCENTRADOR DE O<sub>2</sub>

#### 10. CAMA CLÍNICA MECÁNICA DE TRES POSICIONES



Dr. DURAND ALVARO ENRIQUE  
 Jefe Dpto. Cuidados Críticos  
 CMP 14540  
 ED ASISTENCIAL ALMENARA  
 ESSALUD



Dra. Rose Luz Lopez Martinez  
 JEFE DEL SERVICIO DE CUIDADOS INTENSIVOS  
 DEPARTAMENTO DE CUIDADOS CRÍTICOS  
 CMP. 26007 RNE. 12783  
 HOSP. NAC. GUILLERMO ALMENARA  
 ESSALUD

**LISTA DE EQUIPOS PARA TRD (Terapia Respiratoria Domiciliaria)**

N°	EQUIPO REQUERIDO	MARCA	MODELO	AÑO FABRICACION	DURACION BATERIA
A	Ventilador de Volumen y Presión				
A-1					
A-2					
A-3					
A-n					
B	Pulsioxímetro				
C	Aspirador de Secreciones				
D	Resucitador Manual				
E	Balón de Oxígeno				
F	Manómetro de medición de presión de Cuff				
G	Tensiómetro				
H	Asistente de Tos				
H-n					
I	Concentrador de O <sub>2</sub>				
I-n					
J	Cama Clínica				

**Equipos de Respaldo (back up)**

N°	EQUIPO REQUERIDO	MARCA	MODELO	AÑO FABRICACION	DURACION BATERIA
A	Ventilador de Volumen y Presión				
A-1					
A-n					
C	Aspirador de Secreciones				
G	Asistente de Tos				
G-1					
G-n					
H	Concentrador de O <sub>2</sub>				
H-n					

  
 Dr. DURAND ALVARO ENRIQUE  
 Jefe Dpto. Cuidados Críticos  
 CMP: 14540  
 RED ASISTENCIAL ALMENA  
 ESSALUD

  
 Dra. Rosa Luz Lopez Martinez  
 JEFE DEL SERVICIO DE CUIDADOS INTENSIVOS  
 DEPARTAMENTO DE CUIDADOS CRITICOS  
 CMP: 26007 / RNE: 12762  
 IOSP NAC. QUELARMO ALMENA  
 ESSALUD

## ANEXO 3

**INSUMOS REQUERIDOS  
PARA LA ATENCION EN LA CONTRATACIÓN DEL SERVICIO DE TERAPIA RESPIRATORIA A  
DOMICILIO ESSALUD**

1. Sistemas de filtros que aseguren la calidad de aire que llega al paciente.
2. Válvulas espiratorias fácilmente lavables y esterilizable/desechable.
3. Tubuladura o circuito de conexión anticolapsable de acuerdo a necesidad del paciente.
4. Adaptadores para las conexiones de oxígeno.
5. Para el mantenimiento y cuidado de la Traqueostomía se precisará del siguiente material fungible, en la cantidad necesaria para la correcta prestación del servicio y según indique el médico responsable de la prescripción y/o control:
6. Sondas de aspiración traqueal de acuerdo a necesidad (calibre y cantidad)
7. Cánulas de traqueotomía, dimensiones de acuerdo a las características del paciente, los cambios serán a demanda y no mayor a 3 meses.
8. Mascara de O<sub>2</sub> con Sistema de Venturi
9. Humidificador activo y pasivo con filtro.
10. Guantes estériles y descartables.
11. Mascarillas descartables.
12. Caucho de succión.
13. Cintas de sujeción de Traqueostomía.
14. Set de limpieza de Traqueostomía
15. Jeringas, Gasas estériles, Equipo de venoclisis, y agua destilada de acuerdo a los requerimientos del paciente
16. Mascarillas para nebulizar por tubo de Traqueostomía
17. Soluciones para limpieza de las ostomias
18. Gasas en cantidad suficiente para las necesidades del paciente

NO SE INCLUYE:           SONDA DE GASTROSTOMIA

**Almacén de Dispositivos Respiratorios**

N°	Dispositivo	Marca	Cantidad	Disponibilidad 24 Horas (S) (N)	Característica

  
 Dr. DURAND ALFARO ENRIQUE  
 Jefe Dpto. Cuidados Críticos  
 CMP: 14540  
 SERVICIO ASISTENCIAL ALMENARA  
 ESSALUD

  
 Dra. Rosa Luz López Martínez  
 JEFE DEL SERVICIO DE CUIDADOS INTENSIVOS  
 DEPARTAMENTO DE CUIDADOS CRÍTICOS  
 CMP: 28007 RNE: 12782  
 HOSP. NAC. GUILLERMO ALMENARA L  
 ESSALUD

## ANEXO N° 4

**PROGRAMAS DE MANEJO  
 PARA LA ATENCION EN LA CONTRATACION DEL SERVICIO DE TERAPIA RESPIRATORIA A  
 DOMICILIO ESSALUD**

N°	Programa
1	Programa de educación continua
2	Programa de Bioseguridad, Seguridad y Salud en el Trabajo
3	Plan de mantenimiento correctivo y preventivo y sistema logístico contingencial
4	Programa integral del control y gestión de residuos de riesgo biológico en el domicilio
5	Libro de reclamaciones (central / domicilio)
6	Guías de Terapia Respiratoria y sistema de urgencias
7	Directivas y/o Manuales relacionadas a la seguridad del Paciente para Prácticas Seguras y Gestión del Riesgo de Administración correcta de Medicamentos, Prevención de caídas y Prevención y Reducción de Riesgo de Úlceras por Presión.

Debe presentar la documentación de cada ítem **OBLIGATORIO**



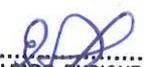
.....  
 Dr. DURAND ALFARO ENRIQUE  
 Jefe Dpto. Cuidados Críticos  
 CMP: 14540  
 ED ASISTENCIAL ALMENARA  
 ESSALUD



.....  
 Dra. Rosa Luz López Martínez  
 JEFE DEL SERVICIO DE CUIDADOS INTERNOS  
 DEPARTAMENTO DE CUIDADOS CRÍTICOS  
 CMP. 26007 RNE. 12762  
 HOSP. NAC. GUILLERMO ALMENARA I.  
 ESSALUD

**ANEXO N° 5: FORMATOS**
**1.1. RECURSOS HUMANOS PARA LA ATENCION EN LA CONTRATACIÓN DEL SERVICIO DE TERAPIA RESPIRATORIA A DOMICILIO ESSALUD**

6.1.3 Sistema de Urgencia Asistencial en Terapia Respiratoria Domiciliaria				
N°	Nombre Medico	Colegio Profesional	Especialidad	Certificación Terapia Respiratoria
1				
2				
3				
4				
5				
n				
6.1.5 Médicos especialistas				
N°	Nombre Medico	Colegio Profesional	Especialidad	Experiencia Terapia Respiratoria
1				
2				
3				
4				
n				
6.1.5 Profesionales de salud				
N°	Nombre Profesional	Colegio Profesional	Especialidad	Experiencia Terapia Respiratoria
1				
2				
3				
n				
6.1.5 Terapista Respiratorio				
N°	Nombre Profesional	Colegio Profesional	Terapista respiratorio Certificado	Tecnólogo especializado en Terapia Respiratoria
1				
2				
3				
n				
6.1.6 Sistema Logístico Contingencial				
N°	Nombre Profesional	Colegio Profesional	Ingeniero Biomédico	Experiencia Terapia Respiratoria

  
 Dr. DURAND ALFARO ENRIQUE  
 Jefe Dpto. Cuidados Críticos  
 CMP. 14640  
 CED ASISTENCIAL ALMENARA  
 ESSALUD

  
 Dra. Rosa Luz López Martínez  
 JEFE DEL SERVICIO DE CUIDADOS INTENSIVOS  
 DEPARTAMENTO DE CUIDADOS CRÍTICOS  
 CMP. 26007 RNE. 12762  
 HOSP. NAC. GUILLERMO ALMENARA L.  
 ESSALUD



"Decenio de la igualdad de oportunidades para mujeres y hombres"  
 "Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"



**1.2. REGISTRO DIARIO PROGRAMA – VMD**

PACIENTE: .....

PROVEEDOR: .....

SEMANA.....

FECHA	CONDICION DE SALUD	INCIDENCIAS / OCURRENCIAS	ESTRATEGIA ASISTENCIAL	FIRMA CONFORMACION FAMILIAR	OBSERVACIONES DEL FAMILIAR

.....  
 Dr. DURAND ALVARO ENRIQUE  
 Jefe Dpto. Cuidados Críticos  
 CMP: 14540  
 RED ASISTENCIAL ALMENARA  
 ESSALUD

.....  
 Dra. Rosa Lizz López Martínez  
 JEFE DEL SERVICIO DE CUIDADOS INTENSIVOS  
 DEPARTAMENTO DE CUIDADOS CRITICOS  
 CMP: 25007 IRNE. 12762  
 HOSR. NAC. GUILLERMO ALMENARAL  
 ESSALUD

**ANEXO N°6**

Manual de Procedimientos de Terapia Respiratoria a Domicilio – EsSalud. Resolución N° 30-GCPS-  
ESSALUD-2014



.....  
Dr. DURAND ALFARO ENRIQUE  
Jefe Dpto. Cuidados Críticos  
CMP: 14840  
MED ASISTENCIAL ALMENARA  
ESSALUD



.....  
Dra. Rosa Luz López Martínez  
JEFE DEL SERVICIO DE CUIDADOS INTENSIVOS  
DEPARTAMENTO DE CUIDADOS CRÍTICOS  
CMP: 28007 RNE: 12762  
HOSP/NAO. GUILLERMO ALMENARA  
ESSALUD

Lima, 10 4 MAR 2014

VISTA:

La Carta N° 111-GPH-GCPS-EsSalud-2014 y el Informe Técnico N° 16-GPH-GCPS-EsSalud-2014, de la Gerencia de Prestaciones Hospitalarias, a través de las cuales sustenta la solicitud de aprobar el Manual de Procedimientos de Terapia Respiratoria a Domicilio.

CONSIDERANDO:

Que, de conformidad con el numeral 1.2 del Artículo 1° de la Ley N° 27056 - Ley de Creación del Seguro Social de Salud - EsSalud, tiene por finalidad dar cobertura a los asegurados y sus derechohabientes, a través del otorgamiento de prestaciones de prevención, promoción, recuperación, rehabilitación, prestaciones económicas y prestaciones sociales que corresponden al régimen contributivo de la Seguridad Social en Salud, así como otros seguros de riesgos humanos;

Que, mediante la Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 366-PE-EsSalud-2010, de fecha 20 agosto 2010, se aprueba y pone en vigencia la Estructura Orgánica y el Reglamento de Organización y Funciones de la Gerencia Central de Prestaciones de Salud;

Que en el literal c) del artículo 31° del referido Reglamento de Organización y Funciones, establece como una de las funciones de la Gerencia Central de Prestaciones de Salud, la de conducir la formulación e implantación de normas y procedimientos para la atención integral de salud, con criterios de costo efectividad, basados en evidencias y acordes con las prioridades sanitarias e institucionales que garanticen la oportunidad, pertinencia y continuidad de las prestaciones de salud con los estándares de calidad y eficiencia requeridos;

Que, es necesario estandarizar los procedimientos en terapia respiratoria a domicilio para mejorar la atención en este segmento de los pacientes críticos que ameritan el mencionado tratamiento.

Que, la Gerencia Central de Prestaciones de Salud en uso de sus atribuciones y a fin de facilitar la Gestión mediante el ordenamiento y normalización de los procedimientos.

Estando a lo expuesto y en uso de las atribuciones conferidas;

SE RESUELVE:

1. APROBAR, el Manual de Procedimientos Terapia Respiratoria a Domicilio, que forma parte de la presente Resolución.
2. ENCARGAR, a la Gerencia de Prestaciones Hospitalarias y Oficina de Apoyo a la Gestión e Información, la difusión y aplicación de lo dispuesto en la presente resolución, según sus ámbitos de competencia.
3. ENCARGAR, a la Sub Gerencia de Servicios de Emergencias y Cuidados Críticos, de la Gerencia de Prestaciones Hospitalarias las acciones de difusión para el cumplimiento de lo dispuesto en la presente resolución.

REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE

  
DRA. ADA PASTOR GOZQUETA  
Gerente Central de Prestaciones de Salud  
ESSALUD



RESOLUCIÓN N° 30 -GCPS-ESSALUD-2014  
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE TERAPIA RESPIRATORIA A DOMICILIO

Índice

I.-	OBJETIVO	4
II.-	FINALIDAD	4
III.-	ALCANCE	4
IV.-	BASE LEGAL	4
V.-	CONCEPTOS DE REFERENCIA	5
VI.-	INVENTARIO DE PROCEDIMIENTOS	8
VII.-	DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS	8
7.1	PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS	10
7.1.1	Técnicas en TRD	11
7.1.2	Criterios de Atención en TRD	13
7.1.3	Criterios de Atención de Oxigenoterapia Domiciliaria	15
7.1.4	Criterios de Atención de Ventiloterapia Domiciliaria	17
7.1.5	Criterios de Atención en Terapia de Apnea Sueño Domiciliaria	19
7.1.6	Evaluación de Candidato en TRD	
	a. Solicitud para considerar paciente candidato en TRD	
	b. Evaluación de Criterios. (Asistenciales – Sociales y Psicológicos) al entorno familiar del paciente	
	c. Aceptación de Paciente al Programa TRD	21
7.1.7	Preparación de Previa al Programa TRD	
	a. Requisitos Documentarios al candidato aceptado	
	b. Entrenamiento a Entorno Familiar	
	c. Coordinaciones para Implementación de TRD en los pacientes elegidos	22
7.1.8	Programa de Terapia Respiratoria Domiciliaria (TRD)	
	a) Fase de Implementación del TRD (1ra Semana)	
	b) Fase de Consolidación de TRD (1er Trimestre)	
7.1.9	Supervisión de Logros (Asistenciales y/o personales y/o laborales)(anual)	24
7.1.10	Alta en TRD	
	a. Detección de NO Necesidad de TRD	
	b. Criterios de Retiro de técnicas TRD	
	c. Nota de Alta en TRD	
7.1.11	Sistema Logístico Contingencial en TRD	25
	a) Falta Energía en TRD	
	b) Falta de Equipo Médico en TRD	
	c) Falta de Dispositivo en TRD	



- 7.1.12 Sistema de Urgencia Asistencial en TRD
  - a. Llamada de Urgencia en TRD
  - b. Transferencia a Unidad de Cuidados Especializados
  - c. Contratransferencia a Domicilio

VIII.- CARTERA DE SERVICIOS EN UNIDAD DE TERAPIA RESPIRATORIA 28

- 8.1. Servicio de Ventiloterapia Técnica
- 8.2. Servicio de Ventiloterapia Asistencial a pisos de Hospitalización
- 8.3. Servicio de Apoyo a UCI en Terapia Respiratoria
- 8.4. Servicio Monitoreo y Pruebas Funcionales Respiratoria
- 8.5. Servicio Terapia Respiratoria Domiciliaria
- 8.6. Servicio de Evaluación de Necesidades de Medicina Hiperbárica
- 8.7. Servicio de Docencia en Terapia Respiratoria
- 8.8. Servicio de Capacitación en Terapia Respiratoria
- 8.9. Servicio de Investigación en Terapia Respiratoria

IX ANEXOS: Modelos referenciales para recolección de datos en procedimientos 30

- Anexo 1: Infraestructura y Material del Sistema Contingencial Logístico 31
- Anexo 2: Modelo de Carta: Solicitud de Familiares de considerar a candidato a TRD 32
- Anexo 3: Modelo de Consentimiento Informado para TRD 33

X.- FLUJOGRAMAS

- ATENCIÓN EN TRD 37
- PROGRAMA TRD 38
- SISTEMA DE URGENCIA TRD 39
- SISTEMA CONTINGENCIAL LOGISTICO TRD 40



## I.- OBJETIVOS DEL MANUAL

### I-A.- GENERAL

1.- Otorgar a las Unidades de Terapia Respiratoria de EsSalud, una herramienta de trabajo que oriente y uniformice los criterios para la realización de los procedimientos, en los sistemas administrativos y asistenciales.

### I-B.- ESPECÍFICOS

1.- Detallar las actividades, tareas, instrucciones, pasos, controles, que se deben realizar ordenadamente, para el logro efectivo de un resultado tangible en Terapia Respiratoria Domiciliaria (TRD).

2.- Determinar las responsabilidades de cada una de uno de los pasos de las actividades en el proceso de Terapia Respiratoria Domiciliaria.

3.- Determinar los requisitos para cumplir eficientemente cada actividad asistencial.

### II.- FINALIDAD:

1.- Otorgar a las unidades orgánicas de la institución, una herramienta de trabajo que oriente y uniformice los criterios para la formulación de los procedimientos, en los sistemas administrativos y asistencial.

2.- Facilitar el cumplimiento de las metas, al señalar los pasos a seguir para su obtención, quienes son los responsables y determinar el alcance o los requisitos necesarios para la realización de los procedimientos administrativos o asistenciales respectivamente.

### III.- ALCANCE:

Las disposiciones contenidas en el presente manual, constituyen el marco de referencia orientador para todo el personal de la Institución encargada del manejo de pacientes con necesidades de Terapia Respiratoria Domiciliaria.

El alcance es a todos los organismos de las Redes Asistenciales que tengan Unidades de Terapia Respiratoria.

### IV.- BASE LEGAL:

1. Ley 26842 Ley General de Salud.
2. Ley 27056 Ley de Creación del Seguro Social de Salud (EsSalud) y su Reglamento aprobado por el D.S. N° 002-99-TR.

3. Ley 26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social y su Reglamento aprobado por el D. S. N° 009-SA y normas modificatorias, aprobadas por D. S. N° 091-98-SA y Decreto de Urgencia N° 008-2000.

4. Resolución Ministerial N° 546-2011/ MINSA, aprobó la NTS N° 021-MINSA/DGSP-V.03 "Categorías de establecimientos del Sector Salud".

5. Resolución Ministerial N° 489-2005/ MINSA, aprobó la NTS N° 031-MINSA/DGSP-V.01 "Norma Técnica de los Servicios de Cuidados Intensivos e Intermedios".

6. Resolución de Gerencia General de Prestaciones de Salud N° 070 - GCPS - EsSalud 2007. "Lineamientos para la organización y funcionamiento de las Unidades de Terapia Respiratoria y Tecnología Aplicada de los Hospitales Nacionales y IV de EsSalud".

7. Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 366-PE-EsSalud -2010, que aprobó la estructura orgánica de la Gerencia Central de Prestaciones de Salud.

8. Resolución de Gerencia General N° 1719-GG-ESSALUD-2011, que aprobó la Directiva N° 27-GG-ESSALUD-2011 "Norma para la Formulación de Manual de Procedimientos de los Órganos y unidades orgánicas del Seguro Social de Salud (EsSalud)".

9. Resolución de Gerencia General N° 1739-GG-ESSALUD-2011, que aprobó la Directiva N° 28-GG-ESSALUD-2011 "Normas para las Prestaciones Asistenciales en los Servicios de Cuidados Intensivos e Intermedios en las Redes Asistenciales y Órganos Desconcentrados del Seguro Social de Salud-EsSalud".

10. Resolución de Gerencia General N° 1445-GG-EsSalud-2013, que aprobó la Directiva N° 017-GG-EsSalud-2013 "Directiva de Terapia Respiratoria a Domicilio".

### V.- CONCEPTOS DE REFERENCIA

#### V.1 OXIGENACION

Es el proceso fisiológico por el cual se administra O<sub>2</sub> del ambiente hasta llegar a ser utilizado en las mitocondrias celulares. El proceso de oxigenación tiene 2 fases:

- a) Oxigenación externa: Del ambiente → Vía aérea → Membrana alveolo-capilar → corriente sanguínea.- Esta oxigenación es medida por Gases Arteriales
- b) Oxigenación interna.- Desde la corriente sanguínea → Membrana capilar-celular → Mitocondrias

#### V.2 PACIENTE CON OXIGENACION NORMAL

Es aquel paciente que respirando aire ambiental (fracción inspirada al 21%) desarrolla en gases arteriales un nivel de presión de oxígeno sanguíneo (PO<sub>2</sub>) entre 80 a 100 torr

#### V.3 PACIENTE CON HIPOXEMIA

Es aquel paciente que respirando aire ambiental (fracción inspirada al 21%) desarrolla en gases arteriales un nivel de presión de oxígeno sanguíneo (PO<sub>2</sub>) menor a 80 torr, se puede subclassificar en:

- Hipoxemia Leve.- PO<sub>2</sub> entre 65 a 79 torr.
- Hipoxemia Moderada.- PO<sub>2</sub> entre 51 a 64 torr
- Hipoxemia Severa.- PO<sub>2</sub> menor de 50 torr. (Insuficiencia Oxigenatoria)



**V.4 CAUSAS FISIOPATOLÓGICAS DE HIPOXEMIA**

Las causas de hipoxemia desde el punto de vista fisiopatológico son:

- Disminución de FIO2 (Ej.: Paciente en altura)
- Alteración de Difusión Pulmonar (Ej.: Fibrosis Pulmonar)
- Alteración de la Relación Ventilación / Perfusión (Ej.: Neumonía)
- Aumento del Shunt Intrapulmonar (Ej.: Injuria Pulmonar severa: SDRRA)
- Presencia de Shunt Cardiaco (Ej.: Persistencia del ductus arterioso)

**V.5 PACIENTE CON HIPOXEMIA REFRACTARIA**

Es aquel paciente que aun aportando oxígeno con los dispositivos habituales de bajo y alto flujo no se logra revertir la hipoxemia.

La causa principal de hipoxemia refractaria es la presencia de shunt intrapulmonar

**V.6 CAUSAS FISIOPATOLÓGICAS DE HIPOXIA TISULAR**

Las causas de hipoxia tisular desde el punto de vista fisiopatológico, son:

- Todas las causas fisiopatológicas de hipoxemia
- Intoxicación de Monóxido de Carbono
- Hipoperfusión arterial periférica
- Otras que comprometan a la mitocondria celular.

**V.7 VENTILACION PULMONAR**

Es el proceso fisiológico por el cual se moviliza gases pulmonares, del ambiente a los pulmones y viceversa. Se establece por ciclos, cada ciclo contiene un tiempo inspiratorio y un tiempo espiratorio.

En el proceso de Ventilación Pulmonar intervienen varios órganos coordinadamente:

- Centro respiratorio
- Vías Nerviosas
- Nervios Periféricos
- Bomba Torácica
- Vías Aéreas y
- Parénquima Pulmonar

**V.8 VENTILACION MECANICA**

Es el proceso físico por el cual se realiza el movimiento de los gases. La ventilación mecánica se inicia con una Diferencia de Presiones → Flujo → Tiempo = Volumen  
El movimiento de gases aplicado a los gases pulmonares se denomina Ventilación Pulmonar.

**V.9 VENTILACION MINUTO (VM)**

Es la cantidad de Volumen Pulmonar (Volumen Tidal) que se moviliza en cada ciclo respiratorio durante un minuto.

V.M. = Volumen Tidal x Frecuencia Respiratoria

**V.10 PACIENTE CON HIPOVENTILACION**

Es aquel paciente que no logra movilizar una adecuada Ventilación Minuto, para su conformación orgánica (falla y/o peso)  
La Hipoventilación pulmonar puede ser detectada precozmente (segundos, minutos) por el monitoreo de mecánica ventilatoria mediante curvas y/o por capnografía. También puede ser detectada en forma tardía (horas) por gases arteriales.

**V.11 CAUSAS FISIOPATOLÓGICAS DE HIPOVENTILACION**

Las causas de Hipoventilación desde el punto de vista fisiopatológico son:

- Con Pulmones normales:
  - o Alteración del Centro Respiratorio
  - o Alteración Vías Nerviosas
  - o Alteración Nervios Periféricos (Incluye unión neuromuscular)
  - o Alteración de Bomba Torácica
- Con Pulmones patológicos:
  - o Alteraciones Vía Aérea: Patrón obstructivo
  - o Alteraciones del Parénquima Pulmonar: Patrón restrictivo

**V.12 TECNICAS DE TRD OPERATIVAMENTE PRINCIPALES**

De las 5 técnicas que acepta la Directiva 017-GG-EsSalud-2013, se considera que patológicamente, las 3 primeras son operativamente principales, a saber:

- Oxigenoterapia crónica a domicilio
- Tratamiento Ventilatorio del Síndrome Apnea Sueño a Domicilio
- Las 2 últimas tecnologías son consideradas adyuvantes, por cuanto, pueden acompañar algunas de las técnicas operativamente principales, no teniendo cuadro patológico exclusivo, a saber:
  - Fisioterapia Respiratoria
  - Aerosolterapia

**V.13 OXIGENOTERAPIA.-**

Es una medida de SOPORTE para compensar un Trastorno Fisiopatológico Específico: Hipoxemia y/o hipoxia tisular



**V.14 TERAPIA EN SINDROME DE APNEA SUEÑO (T.E.S.A.SUEÑO)**

Es una medida de SOPORTE para compensar un Trastorno Fisiopatológico Específico: Síndrome Apnea Sueño

**V.15 VENTILOTERAPIA**

Es una medida de SOPORTE para compensar un Trastorno Fisiopatológico Específico: Hipoventilación

**V.16 TIPOS DE VENTILOTERAPIA**

Según el tiempo de Ventiloterapia, se clasifica en:

- Ventiloterapia de Corta Estancia: < 48 horas
- Ventiloterapia Convencional: < 21 días
- Ventiloterapia Prolongada: > 21 días
- Ventiloterapia Crónica: > de un mes

**V.17 PACIENTE CRONICO CRITICO**

Paciente Crónico estable con un Sistema Tecnológico Permanente con riesgo de convertirse en crítico por fallas en el Sistema Tecnológico Definitivo. (Directiva N° 28-GG-EsSalud-2011 - Normas para las Prestaciones Asistenciales en los Servicios de Cuidados intensivos e Intermedios en las Redes Asistenciales y Órganos Desconcentrados del Seguro Social de Salud - EsSalud)

**V.4**

**V.5**

**V.6**

**V.7**



**V.8**



**V.9**

**V.10**

VI.- INVENTARIO DE PROCEDIMIENTOS EN TRD

INVENTARIO DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS TRD

SISTEMA		UNIDAD ORGANICA	FECHA
Gerencia Central de Prestaciones de Salud, Gerencia de Prestaciones Hospitalarias		Cuidados Críticos (Unidad de Apoyo e UCI).	Febrero 2014
Nombre del Procedimiento Técnico en TRD	Requisitos	Frecuencia	Inicio
R. N° 1719-GG-ESSALUD-2011, que aprobó Directiva N° 27-GG-ESSALUD-2011 Norma para la Formulación de Manual de Procedimientos	GUIA DE PROCEDIMIENTOS	A DEMANDA	INGRESO UTR
R. N° 1719-GG-ESSALUD-2011, que aprobó Directiva N° 27-GG-ESSALUD-2011 Norma para la Formulación de Manual de Procedimientos	GUIA DE PROCEDIMIENTOS	A DEMANDA	INGRESO UTR
R. N° 1719-GG-ESSALUD-2011, que aprobó Directiva N° 27-GG-ESSALUD-2011 Norma para la Formulación de Manual de Procedimientos	GUIA DE PROCEDIMIENTOS	A DEMANDA	INGRESO UTR
R. N° 1719-GG-ESSALUD-2011, que aprobó Directiva N° 27-GG-ESSALUD-2011 Norma para la Formulación de Manual de Procedimientos	GUIA DE PROCEDIMIENTOS	A DEMANDA	INGRESO UTR
R. N° 1719-GG-ESSALUD-2011, que aprobó Directiva N° 27-GG-ESSALUD-2011 Norma para la Formulación de Manual de Procedimientos	GUIA DE PROCEDIMIENTOS	A DEMANDA	INGRESO UTR

- a. Falla Energía en TRD
- b. Falla de Equipo Médico en TRD
- c. Falla de Dispositivo en TRD
- 7.1.11 Sistema de Urgencia en TRD
  - a. Llamada de Urgencia en TRD
  - b. Transferencia a Unidad de Cuidados Especializados
  - c. Contrtransferencia a Domicilio



VII.- RELACION DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS

Los Procedimientos administrativos sobre Terapia Respiratoria Domiciliaria (TRD) en Unidades de Terapia Respiratoria:

- 7.1.1 Técnicas en TRD
- 7.1.2 Criterios de Atención en TRD
- 7.1.3 Criterios de Atención de Oxigenoterapia Domiciliaria
- 7.1.4 Criterios de Atención de Ventiloterapia Domiciliaria
- 7.1.5 Criterios de Atención en Terapia de Apnea Sueño Domiciliaria
- 7.1.6 Evaluación de Candidato en TRD
  - a. Solicitud para considerar paciente candidato en TRD
  - b. Evaluación de Criterios (Asistenciales – Sociales y Psicológicos) al entorno familiar del paciente
  - c. Aceptación de Paciente al Programa TRD
- 7.1.7 Preparación de Previa al Programa TRD
  - a. Requisitos Documentarios al candidato aceptado
  - b. Entrenamiento a Entorno Familiar
  - c. Coordinaciones para Implementación de TRD en los pacientes elegidos
- 7.1.8 Programa de Terapia Respiratoria Domiciliaria (TRD)
  - a. Fase de Implementación del TRD (1ra Semana)
  - b. Fase de Consolidación de TRD (1er Trimestre)
  - c. Supervisión de Logros (Asistenciales y/o personales y/o laborales) (anual)
- 7.1.9 Alta en TRD
  - a. Detección de NO Necesidad de TRD
  - b. Criterios de Retiro de técnicas TRD
  - c. Nota de Alta en TRD
- 7.1.10 Sistema Logístico Contingencial en TRD



FORMATO DE DESCRIPCIÓN DE UN PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

DEPARTAMENTO DE CUIDADOS CRÍTICOS (Unidades Terapia Respiratoria).	Procedimiento	Versión : 01 Febrero 2014 Página : 1 de 1
<p><b>Objetivo:</b> Establecer las técnicas principales en Terapia Respiratoria que se realizan en Domicilio a los pacientes adscritos a EsSalud.</p> <p><b>Alcance:</b> A todos los servicios y unidades que conforman el Departamento de Cuidados Críticos de cada Red Asistencial a nivel nacional.</p>		
Nº Paso	Descripción de Acciones.	Responsable
1	<p>La DIRECTIVA N° 017-GG-ESSALUD-2013, denominada "TERAPIA RESPIRATORIA A DOMICILIO" establece en el artículo VI 1.0 Las Técnicas en Terapia Respiratoria en Domicilio, a saber:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.- Oxigenoterapia crónica a domicilio</li> <li>2.- Ventilación mecánica a domicilio</li> <li>3.- Tratamiento ventilatorio del síndrome apnea sueño a domicilio</li> <li>4.- Fisioterapia respiratoria</li> <li>5.- Aerosolterapia</li> </ol>	Directiva N° 017-GG-ESSALUD-2013
2	Oxigenoterapia crónica a domicilio.- Administración de oxígeno en el domicilio a pacientes estables en situación de insuficiencia oxigenatoria crónica	Directiva N° 017-GG-ESSALUD-2013
3	Ventilación mecánica a domicilio.- Técnica destinada al tratamiento domiciliario de la insuficiencia respiratoria crónica en pacientes estables que requieran soporte ventilatorio parcial o total.	Directiva N° 017-GG-ESSALUD-2013
4	Tratamiento ventilatorio del síndrome apnea sueño a domicilio.- Es el suministro de aire a presión continua positiva prefijada, durante el sueño y en su domicilio a pacientes con este síndrome.	Directiva N° 017-GG-ESSALUD-2013
5	Fisioterapia respiratoria.- Técnica (Higiene Bronquial y Expansión Torácica) destinada al diagnóstico y tratamiento domiciliario de la insuficiencia respiratoria crónica en pacientes estables que requieran soporte ventilatorio parcial o total en la conservación de su fisiología respiratoria	Directiva N° 017-GG-ESSALUD-2013
6	Aerosolterapia.- Es la administración de fármacos por vía inhalatoria, mediante el uso de aerosoles, entendiendo por aerosol una suspensión de partículas finísimas sólidas o líquidas en un gas. No se consideran incluidos en esta prestación los aerosoles y cámaras espaciadoras de inhalación regulados como prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud.	Directiva N° 017-GG-ESSALUD-2013

FORMATO DE DESCRIPCIÓN DE UN PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

DEPARTAMENTO DE CUIDADOS CRÍTICOS (Unidad de Terapia Respiratoria).	Procedimiento	Versión : 01 Febrero 2014 Página : 1 de 2
<p><b>Objetivo:</b> Establecer los criterios asistenciales de atención en cada técnica de terapia respiratoria a domicilio, dentro de las prestaciones que se efectúan en EsSalud</p> <p><b>Alcance:</b> A todos los servicios y unidades que conforman el Departamento de Cuidados Críticos de cada Red Asistencial a nivel nacional.</p>		
Nº Paso	Descripción de Acciones	Responsable
1	<p>El proceso de Atención del Paciente con Terapia Respiratoria a Domicilio, tiene 3 grandes etapas:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Admisión del paciente candidato a TRD</li> <li>2. Programa de TRD</li> <li>3. Mejora de Procesos en TRD</li> </ol>	Comité Técnico de Terapia Respiratoria Domiciliaria - EsSalud
2	<p>Admisión del Paciente con Terapia Respiratoria a Domicilio: Esta parte del proceso tiene 3 etapas:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Propuesta de candidato a TRD.- Se inicia con la solicitud de determinación de paciente candidato a TRD de algún Servicio / Unidad Asistencial de la Red Asistencial a la Unidad de Terapia Respiratoria respectiva (interconsulta)</li> <li>2. Evaluación de candidato a TRD.- La Unidad de Terapia Respiratoria de la Red Asistencial respectiva, reúne los criterios necesarios:                     <ol style="list-style-type: none"> <li>a).- Criterios asistenciales</li> <li>b).- Criterios administrativos</li> <li>c).- Criterios bioéticos</li> <li>d).- Criterios técnicos</li> </ol> </li> <li>3. Determinación del paciente para el Programa de TRD.- En esta etapa se determina si el paciente tiene las condiciones para ser considerado en el Programa de TRD</li> </ol>	Comité Técnico de Terapia Respiratoria Domiciliaria - EsSalud
3	<p>Programa de TRD.- Luego ser de cumplir los criterios de evaluación de candidatos y ser determinado paciente para el programa TRD, se inicia en 3 etapas:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Inicio del Programa TDR.- En esta etapa el paciente se instala en domicilio, iniciándose la siguiente etapa del programa de TDR.</li> </ol>	Comité Técnico de Terapia Respiratoria Domiciliaria - EsSalud

FORMATO DE DESCRIPCIÓN DE UN PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO

<p>2. Seguimiento del Programa TRD.- En esta etapa se consolida al paciente de TRD con el entorno familiar y se inicia una etapa de estímulos motivicos para lograr la deambulación y/o el autocuidado</p> <p>3. Alta de TRD.- En esta etapa se da por concluido la atención domiciliaria, asegurando que ya no es necesaria su mantenimiento y retornando los equipos, material e insumos propiedad de la Institución.</p>	<p>Mejora de Procesos en TRD: En esta etapa del proceso es para corregir nuestras debilidades o estimular nuestras fortalezas, tiene 3 etapas.</p> <p>1. Análisis del Perfil Epidemiológico.- En esta etapa se determina mediante el censo de pacientes en TRD y se organiza por las técnicas principalmente operativas, las principales patologías, etc.</p> <p>2. Análisis de Indicadores.- En esta etapa se analiza los Indicadores de Producción, Procesos y/o Resultados para detectar nuestra performance clínico.</p> <p>3. Propuesta de Mejora.- En esta etapa se analiza el perfil epidemiológico y nuestros indicadores para proponer propuestas de mejora previo programa piloto.</p>
---	--



DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO		Versión : 01 Febrero 2014 Página: 1 de 2
<p>DEPARTAMENTO DE CUIDADOS CRÍTICOS (Unidad de Terapia Respiratoria).</p>	<p>Procedimiento Criterios de Atención de Oxigenoterapia Domiciliaria</p>	
<p><b>Objetivo:</b> Establecer los criterios asistenciales de atención en oxigenoterapia crónica domiciliaria, dentro de las prestaciones que se efectúan en EsSalud</p>		
<p><b>Alcance:</b> A todos los servicios y unidades que conforman el Departamento de Cuidados Críticos de cada Red Asistencial a nivel nacional.</p>		
<p>Nº Paso</p>	<p>Descripción de Acciones</p>	<p>Responsable</p>
<p>1</p>	<p>El proceso de Atención del Paciente con Oxigenoterapia Crónica a Domicilio, tiene 3 grandes etapas:  1. Criterios Asistenciales de Oxigenoterapia Crónica a Domicilio 2. Interconsulta a la Unidad de Terapia Respiratoria 3. Vigilancia de Paciente con Oxigenoterapia Crónica a Domicilio, si fuera posible y necesario.</p>	<p>Jefe del Servicio / Unidad Asistencial de la Red Asistencial respectiva</p>
<p>2</p>	<p>Criterios Asistenciales de Oxigenoterapia Crónica a Domicilio: Los criterios asistenciales se caracterizan: 1. Evaluación Fisiopatológica.- Presión oxígeno arterial menor o igual a 50 mmHg, respirando aire ambiental al 21% 2. Evaluación Patológica.- a.- Neumonitis Intersticial b.- Fibrosis Pulmonar c.- Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) 3. Variedad de Pacientes con Hipoxemia.- a.- Paciente con Hipoxemia pura b.- Paciente con Hipoxemia &amp; a otra patología respiratoria que compromete vía aérea, y/o bomba torácica c.- Paciente con Hipoxemia &amp; a otro trastorno orgánico corporal diferente del respiratorio.</p>	<p>Médico Asistente del Servicio / Unidad Asistencial de la Red Asistencial respectiva - EsSalud</p>
<p>3</p>	<p>Interconsulta a la Unidad de Terapia Respiratoria.- Luego de cumplir con los criterios asistenciales (Evaluación fisiopatológica - Evaluación Patológica y Variedad de Pacientes con Hipoxemia) el Médico Asistente del Servicio/ Unidad de la Red Asistencial respectiva, realiza una Interconsulta a la Unidad de Terapia Respiratoria solicitando que a su paciente se le considere candidato al programa de TRD, además informa a su jefatura respectiva para que envíe un documento a la Unidad de Terapia Respiratoria, donde registra que el paciente candidato cumple con los requisitos asistenciales</p>	<p>Médico Asistente y Jefe del Servicio / Unidad Asistencial de la Red Asistencial respectiva - EsSalud</p>

FORMATO DE DESCRIPCION DE UN PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO

<p>4</p> <p>Vigilancia de Paciente con Oxigenoterapia Crónica Domiciliaria. En esta etapa del proceso el Servicio/ Unidad de donde proviene el paciente puede enviar a un asistente a evaluar la atención domiciliaria</p>	<p>Jefe del Servicio / Unidad Asistencial de la Red Asistencial respectiva Comité Técnico de Terapia Respiratoria Domiciliaria - EsSalud</p>
<p>5</p> <p>En caso de existir CONTROVERSIA en las Evaluación Fisiopatológica / Evaluación Patológica y/o la Variedad de Paciente con Hipoxemia, se convocara una JUNTA MEDICA según los lineamientos de la Directiva N° 017-GG-EsSalud-2013</p>	<p>Jefe del Servicio / Unidad Asistencial de la Red Asistencial respectiva Comité Técnico de Terapia Respiratoria Domiciliaria - EsSalud</p>

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO		Responsable
DEPARTAMENTO DE CUIDADOS CRITICOS (Unidad de Terapia Respiratoria).	Procedimiento Criterios de Atención de Ventiloterapia Domiciliaria	Jefe del Servicio / Unidad Asistencial de la Red Asistencial respectiva
<p>Versión : 01 Febrero 2014 Página : 1 de 2</p>		
<p><b>Objetivo:</b> Establecer los criterios asistenciales de atención en Ventiloterapia Domiciliaria. Dentro de las prestaciones que se efectúan en EsSalud</p>		
<p><b>Alcance:</b> A todos los servicios y unidades que conforman el Departamento de Cuidados Críticos de cada Red Asistencial a nivel nacional.</p>		
N° Paso	Descripción de Acciones	Responsable
1	<p>El proceso de Atención del Paciente con Ventiloterapia Domiciliaria, tiene 3 grandes etapas:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Criterios Asistenciales de Ventiloterapia Domiciliaria</li> <li>2. Interconsulta a la Unidad de Terapia Respiratoria</li> <li>3. Vigilancia de Paciente con Ventiloterapia Domiciliaria, si fuera posible y necesario.</li> </ol> <p>Criterios Asistenciales de Ventiloterapia Domiciliaria: Los criterios asistenciales se caracterizan: Evaluación Fisiopatológica.- a).- Ventiloterapia Crónica (mayor de un mes) y/o b).- Deseite difícil y/o c).- Volumen Tidal &lt; 6cc / kg de peso</p> <p>Evaluación Patológica.- a.- Patología SNC (Compromiso centro respiratorio) b.- Patología Vías Nerviosas (Compromiso Medula Espinal - Nervios Periféricos - Unión Neuromuscular) c.- Patología Bomba Torácica (Compromiso Jaula Torácica - Músculos Respiratorios - Pleural) b.- Patología Pulmonar (Compromiso Vía Aérea - Compromiso Parénquima) Variedad de Pacientes con Hipoventilación.- a.- Paciente con Hipoventilación con pulmones sanos b.- Paciente con Hipoventilación &amp; a pulmones enfermos c.- Paciente con Hipoventilación &amp; a otro trastorno orgánico corporal diferente del respiratorio.</p>	<p>Jefe del Servicio / Unidad Asistencial de la Red Asistencial respectiva</p>
2	<p>Interconsulta a la Unidad de Terapia Respiratoria.- Luego de cumplir con los criterios asistenciales (Evaluación fisiopatológica - Evaluación Patológica y Variedad de Pacientes con Hipoventilación) el Médico Asistente del Servicio/ Unidad de la Red Asistencial respectiva, realiza</p>	<p>Médico Asistente del Servicio / Unidad Asistencial de la Red Asistencial respectiva - EsSalud</p>
3	<p>Interconsulta a la Unidad de Terapia Respiratoria.- Luego de cumplir con los criterios asistenciales (Evaluación fisiopatológica - Evaluación Patológica y Variedad de Pacientes con Hipoventilación) el Médico Asistente del Servicio/ Unidad de la Red Asistencial respectiva, realiza</p>	<p>Médico Asistente y Jefe del Servicio / Unidad Asistencial de la Red Asistencial de la</p>



FORMATO DE DESCRIPCION DE UN PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

DEPARTAMENTO DE CUIDADOS CRITICOS (Unidad de Terapia Respiratoria).		Procedimiento Criterios de Atención de Síndrome de Apnea Sueño Domiciliaria	Versión : 01 Febrero 2014 Página : 1 de 2
<b>Objetivo:</b> Establecer los criterios asistenciales de atención, en síndrome de apnea sueño domiciliaria, dentro de las prestaciones que se efectúan en EsSalud			
<b>Alcance:</b> A todos los servicios y unidades que conforman el Departamento de Cuidados Críticos de cada Red Asistencial a nivel nacional.			
N° Paso	Descripción de Acciones		Responsable
1	El proceso de atención del paciente con Síndrome de Apnea Sueño Domiciliaria, tiene 3 grandes etapas:  1. Criterios Asistenciales de Síndrome de Apnea Sueño Domiciliaria 2. Interconsulta a la Unidad de Terapia Respiratoria 3. Vigilancia de Paciente con Síndrome de Apnea Sueño Domiciliaria, si fuera posible y necesario.		Jefe del Servicio / Unidad Asistencial de la Red Asistencial respectiva
2	Criterios Asistenciales de Oxigenoterapia Crónica Domiciliaria: Los criterios asistenciales se caracterizan: Evaluación Fisiopatológica.- a).- Estudio Polisomnográficos positivo a Apnea Sueño y/o b).- Sospecha Clínica de Síndrome Apnea Sueño (Bradicardia sintomática nocturna – Desaturación nocturna) y/o c).- Riesgo de Síndrome Apnea Sueño: Obesidad Mórbida – Obstrucción Vía Aérea Superior Evaluación Patológica.- a).- Patología SNC (Compromiso centro respiratorio) b).- Patología Vías Aérea Superior (Compromiso Obstructivo) Variedad de Pacientes con Síndrome Apnea Sueño.- a).- Paciente con Apnea Sueño de causa Central b).- Paciente con Apnea Sueño de causa Obstructiva c).- Paciente con Apnea Sueño Mixta.		Medico Asistente del Servicio / Unidad Asistencial de la Red Asistencial respectiva - EsSalud
3	Interconsulta a la Unidad de Terapia Respiratoria.- Luego de cumplir con los criterios asistenciales (Evaluación fisiopatológica – Evaluación Patológica y Variedad de Pacientes con Síndrome Apnea Sueño) el Médico Asistente del Servicio/ Unidad de la Red Asistencial respectiva, realiza una Interconsulta a la Unidad de Terapia Respiratoria solicitando que a su paciente se le considere candidato al programa de TRD, además informa a su Jefatura respectiva para que		Medico Asistente y jefe del Servicio / Unidad Asistencial de la Red Asistencial respectiva - EsSalud

una Interconsulta a la Unidad de Terapia Respiratoria, solicitando que a su paciente se le considere candidato al programa de TRD, además informa a su Jefatura respectiva para que envíe un documento a la Unidad de Terapia Respiratoria, donde registra que el paciente candidato cumple con los requisitos asistenciales	Red Asistencial respectiva - EsSalud
Vigilancia de Paciente con Ventiloterapia Domiciliaria: En esta etapa del proceso el Servicio/ Unidad de donde proviene el paciente puede enviar a un asistente a evaluar la atención domiciliaria	Jefe del Servicio / Unidad Asistencial de la Red Asistencial respectiva
En caso de existir CONTROVERSA en las Evaluación Fisiopatológica / Evaluación Patológica y/o la Variedad de Paciente con Hipoventilación, se convocara una JUNTA MEDICA según los lineamientos de la Directiva N° 017-GG-EsSalud-2013	Comité Técnico de Terapia Respiratoria Domiciliaria - EsSalud



FORMATO DE DESCRIPCIÓN DE UN PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

DEPARTAMENTO DE CUIDADOS CRÍTICOS (Unidad de Terapia Respiratoria).		Procedimiento Evaluación de Candidato en TRD.	Versión : 01 Febrero 2014 Página : 1 de 2
<b>Objetivo:</b> Establecer las actividades para evaluar a los candidatos propuestos para el Programa de Terapia Respiratoria Domiciliaria (TRD) hasta su aceptación final			
<b>Alcance:</b> A todos los servicios y unidades que conforman el Departamento de Cuidados Críticos de cada Red Asistencial a nivel nacional.			
Nº Paso	Descripción de Acciones		Responsable
1	Solicitud para considerar Paciente Candidato en TRD.- Luego que el Médico Asistente de un Servicio / Unidad Asistencial de la Red solicite vía INTERCONSULTA que su paciente sea candidato al Programa de Terapia Respiratoria Domiciliaria a la Unidad de Terapia Respiratoria del Centro Hospitalario base respectivo. Evaluación de Criterios al Paciente-Candidato y Entorno Familiar.- La Unidad de Terapia Respiratoria determina si el candidato cumple los CRITERIOS para ingresar al Programa de Terapia Respiratoria Domiciliaria (TRD): a).- Criterios Asistenciales b).- Criterios Administrativos c).- Criterios Bioéticos		Servicio / Unidad Asistencial de la Red  Unidad de Terapia Respiratoria del Hospital Base de la Red
2	<b>Criterios Asistenciales:</b> 1.- Pronóstico de sobrevida mayor de 3 meses (Se deja remarcado que el Programa de Terapia Respiratoria no es parte de CUIDADOS PALIATIVOS) por cuanto al paciente no se le debe considerar terminal sino un Paciente Crónico Crítico, que con una medida Tecnológica Permanente puede estabilizar su sistema orgánico. 2.- Contenido de conciencia aceptable (El paciente debe tener posibilidad de autonomía en la decisión de implementar el Programa TRD) 3.- Necesidad de oxígeno menor 30% en FIO2 4.- Secreciones bronquiales menor 150 cc / día 5.- Patrón respiratorio regular 6.- Fisiológicamente estable		Unidad de Terapia Respiratoria del Hospital Base de la Red
3	<b>Criterios Administrativos:</b> 1.- Carta de Compromiso de la Familia (Anexo 2): Solicitud de Familiares a considerar a candidato a TRD		Unidad de Terapia Respiratoria del Hospital Base de la Red
4			Unidad de Terapia Respiratoria

envíe un documento a la Unidad de Terapia Respiratoria, donde registra que el paciente candidato cumple con los requisitos asistenciales	Jefe del Servicio / Unidad Asistencial de la Red Asistencial respectiva
Vigilancia de Paciente con Síndrome Apnea Sueño Domiciliario. En esta etapa del proceso el Servicio/ Unidad de donde proviene el paciente puede enviar a un asistente a evaluar la atención domiciliaria	Comité Técnico de Terapia Respiratoria Domiciliaria - EsSalud
En caso de existir CONTROVERSA en las Evaluación Fisiopatológica / Evaluación Patológica y/o la Variedad de Paciente con Síndrome Apnea Sueño, se convocara una JUNTA MEDICA según los lineamientos de la Directiva N° 017-GG-EsSalud-2013	

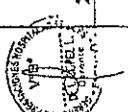


FORMATO DE DESCRIPCION DE UN PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

DEPARTAMENTO DE CUIDADOS CRITICOS (Unidad de Terapia Respiratoria).		Procedimiento Preparación previa al Programa TRD	Versión : 01 2014 Febrero Página : 1 de 1
<p><b>Objetivo:</b> Establecer las actividades previas al traslado del paciente al domicilio e iniciar el Programa TRD, en forma eficaz, eficiente y oportuna.</p> <p><b>Alcance:</b> A todos los Servicios y Unidades que conforman el Departamento de Cuidados Críticos de cada Red Asistencial a nivel nacional.</p>			
Nº Paso	Descripción de Acciones	Responsable	Unidad de Terapia Respiratoria del Hospital Base de la Red
1	<p>Requisitos Documentarios al candidato aceptado</p> <p>Luego de extender el documento de aceptación al paciente al Programa de Atención en Terapia Respiratoria a Domicilio, por cuanto el paciente-candidato cumple con todos los criterios requeridos.</p> <p>Entrenamiento al entorno familiar</p> <p>La Unidad de Terapia Respiratoria luego de aceptado el candidato y determinado el familiar enlace, coordina 4 reuniones de capacitación mínimo para capacitar al entorno familiar.</p> <p>1.- Primera reunión.- Generalidades básicas del Proceso de Ventiloterapia</p> <p>2.- Cuidado de la vía aérea artificial, anatomía y fisiología de la vía aérea natural, fisiopatología y complicaciones de la vía aérea artificial</p> <p>3.- Modos Ventilatorios.- Botones básicos del Ventilador Mecánico, Objetivo y esquema de tratamiento en su familiar.</p> <p>4.- Simulacro de situaciones de urgencia asistencial y/o contingencia logística</p>	Unidad de Terapia Respiratoria del Hospital Base de la Red	Unidad de Terapia Respiratoria del Hospital Base de la Red
2	Coordinaciones para implementación de TRD en los pacientes elegidos.		
3	<p>1.- Se fija el día de transferencia del paciente a Domicilio</p> <p>2.- Se asegura el vehículo de transporte</p> <p>3.- Se designa médico de la Unidad de Terapia Respiratoria que apoye el traslado</p> <p>4.- Se asegura la logística básica mínima para iniciar el Programa TRD en Domicilio</p> <p>5.- Se coordina con PADOMI</p>		

2.- Consentimiento informado (Anexo 3) Modelo Consentimiento Informado Ventiloterapia Domiciliaria.	del Hospital Base de la Red
3.- Carta de Compromiso del Servicio / Unidad Asistencial de origen	
<p><b>Criterios Bioéticos:</b></p> <p>1.- Estudio Social-Familiar.- Se realiza una interconsulta a Servicio Social, para que informe estructura familiar, familiar responsable, recursos domiciliarios.</p> <p>2.- Estudio Psicológico-Familiar.- Se realiza una interconsulta a Psicología, para que informe sobre apoyo positivo o negativo de la familia al Programa TRD</p> <p>3.- Ubicar al Familiar Enlace.- En base a los estudios previos se vislumbrará el familiar enlace, al cual, vamos a entrenar en ventiloterapia domiciliaria y pueda dirigir a un cuidador.</p>	Unidad de Terapia Respiratoria del Hospital Base de la Red
5	Unidad de Terapia Respiratoria y Unidad de Soporte Hospital Base de la Red
6	Nutricional del Hospital Base de la Red



FORMATO DE DESCRIPCIÓN DE UN PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO		Responsable
DEPARTAMENTO DE CUIDADOS CRÍTICOS (Unidad de Terapia Respiratoria)	Procedimiento Programa de Terapia Respiratoria Domiciliaria TRD	Unidad de Terapia Respiratoria del Hospital Base de la Red
<p><b>Versión : 01</b>  <b>Febrero 2014</b>  <b>Página : 1 de 2</b></p>		
<p><b>Objetivo:</b>                      Establecer las actividades principales para cumplir con un adecuado Programa de Terapia Respiratoria a Domicilio (TRD)</p> <p><b>Alcance:</b>                      A todos los Servicios y Unidades que conforman el Departamento de Cuidados Críticos de cada Red Asistencial a nivel nacional.</p>		
Nº Paso	Descripción de Acciones	Responsable
1	<p>Luego de las coordinaciones para implementación de TRD en el Servicio / Unidad de origen, se inicia el PROGRAMA DE TERAPIA RESPIRATORIA DOMICILIARIA en CASA</p> <p>El Programa de Terapia Respiratoria tiene 3 fases definidas:                      a) Fase de Implementación del TRD (1ra Semana)                      b) Fase de Consolidación de TRD (1er Trimestre)                      c) Supervisión de Logros                      (Asistenciales y/o personales y/o laborales) (anual)</p>	Unidad de Terapia Respiratoria del Hospital Base de la Red
2	<p><b>Fase de Implementación del TRD:</b>                      En esta fase se debe con probar:                      - El estado clínico del paciente que debe ser similar al previo                      - El estado operativo de los Equipos Médicos                      - La cantidad suficiente de los Dispositivos Médicos necesarios                      - La función del CUIDADOR</p> <p>Pero sobretodo se debe estar atento durante la primera semana a detectar precozmente Infecciones Nosocomiales</p> <p><b>Fase de Consolidación de TRD:</b>                      Esta fase debe incluir el primer trimestre donde se debe definir:                      - Los cambios en vía aérea artificial- estado y frecuencia                      - Los cambios en corrugados, filtro humidificadores                      - Se debe iniciar un programa de autocuidado del entorno familiar (se pueda considerar al paciente, si es posible)                      - Se debe iniciar un programa de deambulacion, si fuera posible                      - Se debe iniciar un Programa de Labores Manuales, si fuera posible</p>	Unidad de Terapia Respiratoria del Hospital Base de la Red
3		Unidad de Terapia Respiratoria del Hospital Base de la Red
4		Unidad de Terapia Respiratoria del Hospital Base de la Red

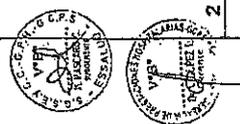
Supervisión de Logros:

En esta fase, que se inicia después del 1er año, se debe definir los logros negativos o positivos:

- Incidencia de complicaciones respiratorias
- Incidencia de complicaciones corporales adicionales
- Nivel de autocuidado
- Nivel de deambulacion
- Nivel de Labor Manual

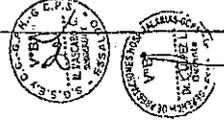
FORMATO DE DESCRIPCIÓN DE UN PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO

DEPARTAMENTO DE CUIDADOS CRÍTICOS (Unidad de Terapia Respiratoria).		Procedimiento Alta de TRD	Descripción del Procedimiento Versión : 01 Febrero 2014 Página : 1 de 1
<p><b>Objetivo:</b> Establecer las actividades que determina el alta y las acciones a realizar para el retorno de la logística viable no utilizada y los equipos médicos en el Programa de Terapia Respiratoria Domiciliaria.</p> <p><b>Alcance:</b> A todos los Servicios y Unidades que conforman el Departamento de Cuidados Críticos de cada Red Asistencial a nivel nacional.</p>			
Nº Paso	Descripción de Acciones	Responsable Unidad de Terapia Respiratoria Base de la Red	
1	<p><b>Detección de NO Necesidad de TRD.-</b> Se considera el Alta en el Programa de Terapia Respiratoria Domiciliaria, en siguientes condiciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Si se logra destete de la Técnica de Terapia Respiratoria instalada</li> <li>2. Si aparece una nueva técnica que sustituya mejor a la anterior</li> <li>3. Si fallece el paciente</li> </ol> <p><b>Criterios de Retiro de técnicas TRD.-</b> Detectado la NO necesidad de TRD, se llena el Formato:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Relación de Dispositivos Logístico Prestados en el Programa TRD:                     <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Relación de equipos prestados</li> <li>b. Relación de mobiliario prestado</li> <li>c. Relación de material médico no utilizado a la fecha</li> <li>d. Relación de accesorios no utilizado a la fecha</li> </ol> </li> <li>2. Coordinación de día de recojo de Dispositivos Logísticos – TRD</li> <li>3. Entrega de documento final del Programa de TRD (Nota de Alta-TRD)</li> </ol>	Unidad de Terapia Respiratoria Base de la Red	
2	<p><b>Nota de Alta en TRD.-</b> En este documento se establece:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Diagnósticos del paciente</li> <li>2. Fecha de ingreso y salida al Programa TRD</li> <li>3. Número de transferencia y contratación (Si hubo)</li> <li>4. Informe suscrito de evolución clínica</li> <li>5. Estado clínico final del paciente</li> <li>6. Conformidad de atención (firma)</li> </ol>	Unidad de Terapia Respiratoria Base de la Red	



FORMATO DE DESCRIPCIÓN DE UN PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO

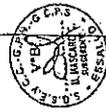
DEPARTAMENTO DE CUIDADOS CRÍTICOS (Unidad de Terapia Respiratoria).		Procedimiento Sistema Logístico Contingencial en Terapia Respiratoria Domiciliaria	Descripción del Procedimiento Versión : 01 Febrero 2014 Página : 1 de 2
<p><b>Objetivo:</b> Establecer las actividades a desarrollar ante fallas en algunos de los elementos logísticos, instalados en una Terapia Respiratoria Domiciliaria (Energía, Equipos, Dispositivos, etc.)</p> <p><b>Alcance:</b> A todos los Servicios y Unidades que conforman el Departamento de Cuidados Críticos de cada Red Asistencial a nivel nacional.</p>			
Nº Paso	Descripción de Acciones	Responsable Directiva N° 28-CG-EsSalud-2011 Comité Técnico de Terapia Respiratoria Domiciliaria - EsSalud	
1	<p>Los <b>Sistema Tecnológicos (Logística)</b>.- Pueden ser:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. De Infraestructura: Ej.: Energía eléctrica</li> <li>2. Equipamiento: Ej.: Concentradores, Ventiladores, Aspiradores, etc.</li> <li>3. Dispositivos: Ej.: Material Médico, Fármacos, Accesorios, etc.</li> </ol>	Un paciente con Terapia Respiratoria Domiciliaria es considerado un Paciente Crónico Crítico, por cuanto su sobrevivencia depende de la estabilidad de un Sistema Tecnológico Permanente	
2	<p>Ante falla del Sistema Tecnológico, se debe tener Planes Logísticos Contingenciales para evitar o disminuir el riesgo de sobrevivencia del paciente.</p> <p>Ante falla de <b>energía eléctrica</b>.- Se considera como equipos vitales de la Terapia Respiratoria Domiciliaria:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Oxigenoterapia: Concentrador de O2</li> <li>2. Ventiloterapia: Ventilador Pulmonar</li> <li>3. T.E.S.A.SUENO: CPAP / BIPAP</li> </ol> <p><b>Primera Medida Contingencial.-</b> 1. Uso de Baterías de cada Equipo Médico</p> <p><b>Segunda Medida Contingencial.-</b> 1. Oxigenoterapia: Uso Balón de O2 portátil 2. Ventiloterapia: Uso de Ventilador Manual 3. T.E.S.A.SUENO: Despertar al Paciente</p> <p><b>Tercera Medida Contingencial.-</b> 1. Uso de Grupo Electrogeno y/o Sistema de Emergencia de Cía. Eléctrica Pública</p>	Ante falla del Sistema Tecnológico, se debe tener Planes Logísticos Contingenciales para evitar o disminuir el riesgo de sobrevivencia del paciente.	
3	<p>Ante <b>Falla de Equipo Médico</b>.- Se considera como equipos médicos esenciales en Terapia Respiratoria Domiciliaria:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Oxigenoterapia: Concentrador de O2</li> <li>2. Ventiloterapia: Ventilador Pulmonar – Aspiración de Secreciones</li> </ol>	Comité Técnico de Terapia Respiratoria Domiciliaria - EsSalud	
4	<p>Ante <b>Falla de Equipo Médico</b>.- Se considera como equipos médicos esenciales en Terapia Respiratoria Domiciliaria:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Oxigenoterapia: Concentrador de O2</li> <li>2. Ventiloterapia: Ventilador Pulmonar – Aspiración de Secreciones</li> </ol>	Comité Técnico de Terapia Respiratoria	



FORMATO DE DESCRIPCION DE UN PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

<p><b>DEPARTAMENTO DE CUIDADOS CRITICOS</b> (Unidad de Terapia Respiratoria).</p>	<p>Procedimiento Sistema de Urgencia Asistencial en Terapia Respiratoria Domiciliaria</p>	<p>Versión : 01 Febrero 2014 Página : 1 de 1</p>
<p><b>Objetivo:</b> Establecer las actividades en caso ocurriera una situación de urgencia asistencial en algunos de nuestros pacientes en el Programa de Terapia Respiratoria Domiciliaria</p>		
<p><b>Alcance:</b> A todos los Servicios y Unidades que conforman el Departamento de Cuidados Críticos de cada Red Asistencial a nivel nacional.</p>		
<p>Nº Paso</p>	<p>Descripción de Acciones</p>	<p>Responsable</p>
<p>1</p>	<p>Un paciente con Terapia Respiratoria a Domicilio es considerado un Paciente Crónico Crítico, por cuanto su sobrevida depende de la estabilidad de un Sistema Tecnológico Permanente, además se debe considerar que esta estabilidad se puede perder por una interurrencia adicional, ya sea biológica (virus, bacterias, etc.), física y otra patología orgánica sobreagrada. Ante una urgencia asistencial se debe tener un sistema de respuesta rápida.  Primera Medida Contingencial.- Utilización de Consulta Telefónica, para utilizar el botiquín de primeros auxilios y/o paralelamente accionar luego de un triage la segunda medida Contingencial</p>	<p>Directiva Nº 28-GG-EsSalud-2011</p>
<p>2</p>	<p>Segunda Medida Contingencial.- Accionar un Sistema de Apoyo con Ambulancia</p>	<p>Comité Técnico de Terapia Respiratoria Domiciliaria - EsSalud</p>
<p>3</p>	<p>Tercera Medida Contingencial.- Transferencia de paciente a una Unidad de Cuidados Especializados</p> <p>Contratransferencia.- Luego de solucionar la situación de urgencia y reformando el paciente a su estabilidad previa puede volver a su domicilio a continuar el Programa de Terapia Respiratoria Domiciliaria</p>	<p>Comité Técnico de Terapia Respiratoria Domiciliaria - EsSalud</p>



<p>3. TE.S.A.SUENO: CPAP/ BIPAP Primera Medida Contingencial.- 1. Oxigenoterapia: Uso Balón de O2 portátil 2. Ventiloterapia: Uso de Ventilador Manual 3. TE.S.A.SUENO: Despertar al Paciente Segunda Medida Contingencial.- 1. Sistema Equipo de Respaldo (Back-up) en Oxigenoterapia y/o Ventiloterapia y/o TE.S.A.SUENO: Ver Anexo 1</p> <p>Ante Falla de Dispositivo Médico.- Se considera como Dispositivos médicos esenciales en Terapia Respiratoria Domiciliaria: 1. Material Médico: Corrugados -- Sensores -- Sondas de Aspiración -- Guantes 2. Fármacos: Broncodilatadores -- Sedantes -- Analgésicos 3. Accesorios : Sensores de Flujo -- Humidificadores - Filtros Primera Medida Contingencial.- 1. Botiquín de Primeros Auxilios. Ver Anexo 1 Segunda Medida Contingencial.- 1. Almacén de respaldo (Back-up) de dispositivos médicos: Ver Anexo 1.</p>	<p>Domiciliaria - EsSalud</p> <p>Comité Técnico de Terapia Respiratoria Domiciliaria - EsSalud.</p>
<p>5</p>	



VIII.- CARTERA DE SERVICIOS EN UNIDAD DE TERAPIA RESPIRATORIA

- 8.1. Servicio de Ventiloterapia Técnica
- 8.2. Servicio de Ventiloterapia Asistencial en pisos de Hospitalización
- 8.3. Servicio de Apoyo a UCI en Terapia Respiratoria
- 8.4. Servicio de Monitoreo y Pruebas Funcionales Respiratorias
- 8.5. Servicio Terapia Respiratoria Domiciliaria
- 8.6. Servicio de Evaluación de Necesidades de Medicina Hiperbárica
- 8.7. Servicio de Docencia en Terapia Respiratoria
- 8.8. Servicio de Capacitación en Terapia Respiratoria
- 8.9. Servicio de Investigación en Terapia Respiratoria



FORMATO DE INFORMACION DE CARTERA DE SERVICIOS EN UNIDAD DE TERAPIA RESPIRATORIA - CAPACIDAD DE OFERTA

Cód. Actividad	SERVICIO	ACTIVIDAD
	1.- Servicio Ventiloterapia Técnica	
		1.1 Chequeo de Ventilador
		1.2 Limpieza y Esterilización
		1.3 Armado
		1.4 Puesta a Punto
	2.- Servicio Ventiloterapia Asistencial en pisos de Hospitalización	
		2.1 Evaluación Pacientes con Ventiloterapia Crónica
		2.2 Desarte especial
		2.3 Aprovechamiento de accesorios respiratorios
	3.- Servicio de Apoyo a UCI en Terapia Respiratoria	
		3.1 Ventilación a Pulmón Independiente
		3.2 V.M.I. Especial
		3.3 Ventilación con Oxido Nítrico
		3.4 Ventilación con Helioterapia
		3.5 Ventiloterapia en Ambiente Hiperbárico
		3.6 Ventiloterapia en Resonador Magnético
		3.7 E.C.M.O.
	4.- Servicio de Pruebas Funcionales Respiratorias	
		4.1 Gases respiratorios Transcutáneos
		4.2 Espirometría
		4.4 D.L.C.O.
	5.- Servicio de Terapia Respiratoria Domiciliaria	
		5.1 Oxigenoterapia Crónica Domiciliaria
		5.2 Ventilación Mecánica Domiciliaria
		5.3 Tratamiento en Síndrome Apnea Sueño Domiciliario
		5.4 Fisioterapia
		5.5 Intuboterapia
	6.- Servicio de Evaluación de Necesidades en OHB	
		6.1 Evaluación de necesidades OHB en Cuidados Críticos
		6.2 Evaluación de necesidades OHB en no críticos
	7.- Servicio de Docencia en Terapia Respiratoria	
		7.1 Docencia a Residentes de III año en Terapia Respiratoria
	8.- Servicio de Capacitación en Terapia Respiratoria	
		8.1 Pasantía en Especialidades afines a Terapia Respiratoria
	9.- Servicio de Investigación en Terapia Respiratoria	
		9.1 Gestión de Proyectos de Investigación en Terapia Respiratoria
		9.2 Ejecución de Trabajos de Investigación en Terapia Respiratoria
		9.3 Publicación de Trabajos de Investigación en Terapia Respiratoria

Anexo 1:  
Infraestructura y Material del Sistema Contingencial Logístico

## SISTEMA DE RESPALDO (Back-Up)

EQUIPO MEDICO	OXIGENOTERAPIA	VENTILOTERAPIA	TE.S.A.SUEÑO	Observaciones
Concentrador O2	1 c/5 Equipos			
Ventilador Pulmonar		1 c/5 Equipos		
CPAP / BIPAP		1 c/5 Equipos	1 c/5 Equipos	
Aspirador Secreciones	1 c/5 Equipos	1 c/5 Equipos		
Asistente de Tos	1 c/30 Pacientes	1 c/30 Pacientes		
Poligrafo			1 c/20 Pacientes	
Unidad Cuidados				
Especializados	1 c/60 Pacientes	1 c/30 Pacientes		

## BOTQUIN DE RESPUESTA RAPIDA (Casa)

DISPOSITIVO MEDICO	OXIGENOTERAPIA	VENTILOTERAP A	TE.S.A.SUEÑO	Observaciones
Corrugado				
Sondas de Aspiración	3			
Filtro-Humidificador		1		
Espirómetro Incentivo		1		
Interface Total Facial				1 DEPENDE CUAL TIENE EL PTE
Interface Oronasal				1 DEPENDE CUAL TIENE EL PTE
Interface Nasal				1 DEPENDE CUAL TIENE EL PTE
Traqueotomía				

## ALMACEN DE RESPALDO

DISPOSITIVO MEDICO	OXIGENOTERAPIA	VENTILOTERAPIA	TE.S.A.SUEÑO	Observaciones
Cánula nasal	5			
Venturi	5			
Filtro humidificador	1	5		
Filtro antibacterial		5		
sondas aspiración	5	5		
corrugados		5		
Traqueotomía		5		5
Interface Oronasal				4
Interface Nasal				2
Interface Total Facial				2
Acapella	1			



Modelos Referenciales de  
Formatos para recolección de datos  
en procedimientos



Anexo 2  
**Modelo de Carta: Solicitud de Familiares de considerar a candidato a candidato a TRD**

**MI 901218614**

Solicito ser candidato para la opción de Ventilación Domiciliar.

Yo **WILLIAM ANTONIO ESPINOZA** de NADA identificado con DNI N° **02618614** en presencia ante usted como representante por consentimiento de mi hijo cuyo nombre es **BRIAN ANTONIO ESPINOZA** con DNI N° **71943125**, inscrito en la Red Almenara Hospital Guillermo Almenara, Primer piso, Sector Este, cama 115 de su propia dirección. Para solicitar ser considerado candidato en la opción de salud denominada: "Ventilación Domiciliar".

Como representante de mi hijo, he sido llamado a una reunión familiar el día 28 /10 /2010 para analizar la situación y tomar una decisión consensuada más convenientemente para mi hijo y mi familia. La familia que representa, luego de evaluar la situación familiar frente a la enfermedad de mi hijo y consensos de los riesgos establecidos por los médicos de su red hospitalaria y que han sido debidamente registrados en el documento: "Consentimiento informado" en caso de Ventilación Domiciliar; dejamos constancia en el presente documento de la responsabilidad familiar de garantizar de asegurar al ciudadano mínimo para mantener la estabilidad de salud de mi hijo en el domicilio y enviar a ser considerado candidato a la opción de "Ventilación Domiciliar" con los siguientes apoyos:

- Apoyo del sistema al programa Atención Domiciliar (PADOM) establecido en caso de consulta y/o urgencia.
- Apoyo logístico de los dispositivos necesarios y recomendados por PADOM especializado y/o la Unidad de Terapia Respiratoria de la Red Hospitalaria que usted dirige.

En razón a lo expuesto recorro a su despacho por ser de justicia a esta nueva opción terapéutica con reconocimiento institucional, instándole el derecho como asegurado a recibir:

**WILLIAM ESPINOZA-ARANDA**  
 DNI 02618614

**ESSALUD**  
 RED ALMENARA  
 09 NOV 2010  
 GERENCIA

**SECRETARÍA DE SALUD**  
 ALMACÉN C. P. S.  
 ALMOGRO C.  
 PERU

**SECRETARÍA DE SALUD**  
 ALMACÉN C. P. S.  
 ALMOGRO C.  
 PERU

Anexo 3  
**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA FAMILIARES Y "PROGRAMA DE VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA EN DOMICILIO"**

Estimados señores:  
 Por favor, lean atentamente este documento. Se entrega información necesaria para decidir sobre la participación de su paciente en el Programa de Ventilación Mecánica Invasiva en Domicilio.

**Antecedentes Generales:**

La Ventilación Mecánica Invasiva en Domicilio ayuda a los pacientes que tienen debilidad de la respiración por diversas enfermedades ya sea musculares, neurológicas, malformaciones de la columna, apneas durante el sueño o enfermedades crónicas del pulmón o vía aérea, cuando esto no puede lograrse con ventilación domiciliar no invasiva.

ESalud ha creado un Programa que está destinado al apoyo necesario más la supervisión de profesionales de la salud de la Unidad de Terapia Respiratoria, que le ayudarán a ustedes a recibir el tratamiento de ventilación mecánica invasiva que su paciente necesita.

Los equipos para ventilación mecánica, usados con una cámara de traqueostomía, permiten ayudar a mantener una respiración eficiente.

El objetivo es entregar ventilación mecánica invasiva a través de una traqueostomía en pacientes que tengan enfermedades neurológicas, musculares, cifoescoliosis, enfermedades pulmonares o de la vías respiratorias, intentando mejorar su calidad de vida y evolución clínica aliviando los síntomas respiratorios y logrando que los pacientes permanezcan el mayor tiempo posible en sus hogares junto a su familia; se hospitalicen sólo ocasionalmente por complicaciones.

Si usted y su familia se comprometen a cumplir las indicaciones que el equipo de salud le dé para el tratamiento de pacientes con ventilación mecánica invasiva, nuestro equipo de trabajo se comprometerá a que su paciente recibirá los materiales y dispositivos médicos necesarios.

**¿Qué situaciones indeseadas pueden suceder: efectos adversos?**

El uso de equipos para ventilación mecánica invasiva puede producir lesiones e infecciones en la vía aérea y pulmón (infección respiratoria - neumonía - broncoaspiración a repetición - traqueítis.) En el caso de sufrir desconexiones de la traqueostomía, dependiendo de la capacidad de respirar en forma espontánea que el paciente mantenga, puede llevar a una condición denominada hipoventilación o disminución de cantidad de aire que se moviliza con cada respiración produciendo disminución del contenido de oxígeno (desaturación), disminución de la frecuencia cardíaca (bradicardia) y eventualmente un paro cardíaco y la muerte. Exceso de presión con el consecuente daño al pulmón (barotrauma como consecuencia del uso del ventilador mecánico o por otra cause). Complicaciones de la traqueostomía (Infección del ostoma, estenosis traqueal, subglótica, o fistula

traqueosofágica, tejido de granulación; obstrucción de la cánula de traqueostomía). Además de fallas propias del equipo de ventilación mecánica (complicaciones derivadas del sistema mecánico).  
Usted será capacitado para reconocer estas complicaciones y otras situaciones que se aparten de la condición habitual de su paciente.

¿Que ventaja o beneficio representa para el paciente la participación en este Programa?

Su paciente recibirá los materiales y dispositivos médicos; Humidificadores pasivos, filtros y circuitos ventilatorios para ser utilizados con la ventilación mecánica invasiva en domicilio y participará de un seguimiento personalizado por el equipo de salud.

La evaluación de los resultados de este Programa podrán ser presentados en congresos y en publicaciones médicas, en ningún caso se revelará la identidad de los pacientes que participaron.

**Consultas:**

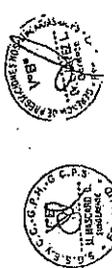
Una vez que haya tomado la decisión de participar, usted podrá contactarse con el encargado de la Unidad de Terapia Respiratoria para preguntas o dudas relacionadas con el Programa o los procedimientos del mismo.

**Participación voluntaria:**

La decisión de participar en este Programa es enteramente voluntaria. Usted tendrá derecho a que el médico le indique los tratamientos alternativos disponibles.

Si usted decide que su paciente en el Programa, se le dará una copia de esta información y se le pedirá que firme este Consentimiento Informado.

Si decide no participar, esto no afectará el cuidado y tratamiento de su paciente quien recibirá el tratamiento según las indicaciones del equipo tratante donde se encuentre hospitalizado.



**PROGRAMA DE ASISTENCIA VENTILATORIA MECÁNICA Y CIUDADOS RESPIRATORIOS DOMICILIARIO**

**HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN: \_\_\_\_\_ SERVICIO EN EL QUE SE HALLA HOSPITALIZADO: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

DÍA: \_\_\_\_\_ MES: \_\_\_\_\_ AÑO: \_\_\_\_\_

Yo \_\_\_\_\_ mayor de \_\_\_\_\_ años, identificado con DNI \_\_\_\_\_ domiciliado en \_\_\_\_\_ y como paciente \_\_\_\_\_ o como responsable \_\_\_\_\_ del paciente: \_\_\_\_\_ con DNI \_\_\_\_\_

- \_\_\_\_\_ quien padece la(s) patologías siguiente (s):
1. \_\_\_\_\_
  2. \_\_\_\_\_
  3. \_\_\_\_\_
  4. \_\_\_\_\_

**Expreso lo siguiente:**

Que he hablado con el Dr(és) \_\_\_\_\_ médico tratante del caso y se me ha explicado la naturaleza y el objetivo de lo que se me propone, que es continuar mi tratamiento en mi domicilio, incluyendo los riesgos significativos que se pueden presentar, siendo estos:

1. Infección respiratoria - neumonía - broncoaspiración a repetición - traqueitis
2. Barotrauma como consecuencia del uso del ventilador mecánico o por otra causa
3. Infección del estoma de la traqueostomía
4. Paro respiratorio o muerte
5. Estenosis traqueal, subglótica, o fistula traqueoesofágica, tejido de granulación
6. Obstrucción de la cánula de traqueostomía
7. Complicaciones derivadas del sistema mecánico (ventilador)
8. Otras derivadas de la propia evolución de la enfermedad que padezco.

Y que por la naturaleza y evolución de la enfermedad que padezco, son los mismos a los que estoy expuesto al estar hospitalizado, y que el tratamiento no garantiza la mejora de mi enfermedad.

Que he recibido suficiente información en relación con la propuesta, y he recibido respuestas satisfactorias. Que he leído la hoja informativa que me ha sido entregada y he tenido oportunidad de efectuar preguntas al respecto y estoy satisfecho con esas explicaciones y las he comprendido.

Así mismo mi familia asume las responsabilidades que son:

1. Mantener el debido cuidado de mi equipo de ventilación mecánica según las obligaciones que se me asignen respecto al manejo del mismo
2. Mantener el debido cuidado de otros insumos que se me otorguen.



3. Cumplir las indicaciones profesionales de cuidado y participar activamente en la rehabilitación del paciente si así se diera la situación.

4. Acoger al personal dando las facilidades del caso para su desempeño.

5. Responder a las especificaciones detalladas de aceptación del Programa.

6. Otras que el Programa y el Médico tratante lo soliciten.

Por tanto autorizo al Dr(a) \_\_\_\_\_ con especialidad en \_\_\_\_\_, médico tratante del caso, para que se me traslade a mi domicilio a fin de continuar con mi tratamiento.

Comprendo y acepto que durante el traslado también pueden aparecer circunstancias imprevisibles o inesperadas, que puedan requerir una extensión del procedimiento original o la realización de otro procedimiento no mencionado arriba.

Acepto que la medicina no es una ciencia exacta y al firmar este consentimiento busco mejorar la calidad de vida que pueda quedarme y en este sentido es que la continuidad domiciliar de mi tratamiento comprometo una actividad de medio, pero no de resultados.

Comprendiendo estas limitaciones, doy mi consentimiento para que sea trasladado a mi domicilio a fin de continuar con el tratamiento instaurado y firmo a continuación:

.....  
Paciente / Representante

DNI.....



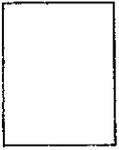
Huella

.....  
Médico Responsable Tratante

DNI.....

CMP.....

RNE.....



Huella:

.....  
FAMILIAR TESTIGO

DNI.....



NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL FAMILIAR RESPONSABLE: \_\_\_\_\_

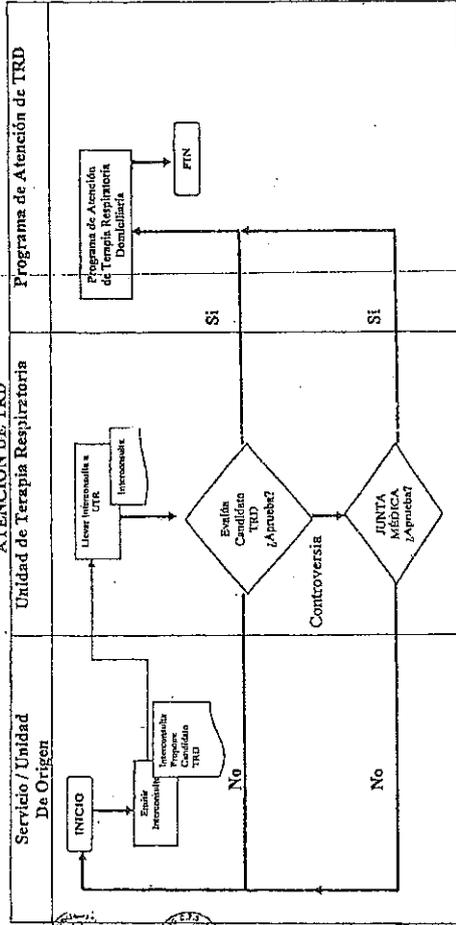
RELACIÓN CON EL PACIENTE: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL FAMILIAR TESTIGO: \_\_\_\_\_

FECHA.....

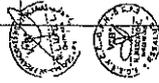
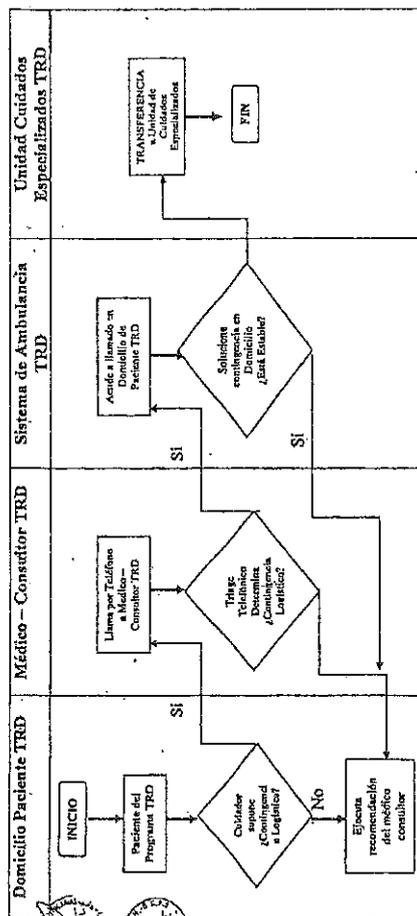


**X FLUJOGRAMAS  
RED ASISTENCIAL - DEPARTAMENTO DE CUIDADOS CRITICOS (Unidad de Terapia Respiratoria)**





RED ASISTENCIAL - DEPARTAMENTO DE CUIDADOS CRITICOS (Unidad de Terapia Respiratoria)  
 SISTEMA CONTINGENCIAL LOGISTICO TRD



**ANEXO N° 7**

Directiva N° 017-GG-ESSALUD-2013 "TERAPIA RESPIRATORIA A DOMICILIO"



.....  
Dr. DURAND ALFARO ENRIQUE  
Jefe Opto. Cuidados Críticos  
CMP: 14840  
ED ASISTENCIAL ALMENARA  
ESSALUD



.....  
Dra. ROSA LIZ LOPEZ MARTINEZ  
JEFE DEL SERVICIO DE CUIDADOS INTENSIVOS  
DEPARTAMENTO DE CUIDADOS CRITICOS  
CMP: 28007 RNE: 12782  
HOSP. NAC. GUILLERMO ALMENARA  
ESSALUD





semi-permanente en la producción de artículos para la venta o la prestación de servicios a la propia entidad, a su clientela o al público en general.

**VI.3.0 Área usuaria o usuario final:** Es la Dependencia de la Sede Central, Red Asistencial, Instituto, Centro Especializado o Unidad Prestadora de Servicios que por Reglamento de Organización y Funciones tiene la posibilidad de administrar, controlar y mantener la infraestructura asistencial y no asistencial a su cargo.

**VI.4.0 Préstamo en operación:** Es la acción formal mediante la cual EsSalud entrega al usuario - paciente, para el otorgamiento de la prestación de Terapia Respiratoria a Domicilio gratuitamente una especie mueble o raíz, para que haga uso de ella, y con cargo de restituir la misma especie después de terminar el uso sin costo alguno.

**VII DISPOSICIONES GENERALES:**

**VII.1** La prescripción de las técnicas de Terapia Respiratoria a Domicilio la realiza el médico especialista de las Unidades de Terapia Respiratoria o los que hagan sus veces de acuerdo a lo establecido en los Protocolos de Terapia Respiratoria No Invasiva o Invasiva y/o Guías de Práctica Clínica según corresponda y así mismo es el encargado de recabar la carta de aceptación del paciente. Precizando que al momento de la prescripción y aceptación de los riesgos inherentes a la Terapia Respiratoria a Domicilio son iguales.

**VII.2** Los criterios para la prescripción o indicación de la Terapia Respiratoria a Domicilio se consignan en el Anexo 1.

**VII.3** La prescripción del médico especialista de las Unidades de Terapia Respiratoria es válida la legibilidad realizada previamente por una Junta Médica conformada por tres médicos especialistas. El que maneja la enfermedad de fondo, el médico certificado en Terapia Respiratoria y el médico intensivista que determina la estabilidad y el pronóstico de sobrevivida del paciente, mediante un informe y dictamen de Junta Médica.

La Junta Médica es convocada para la indicación de tratamiento ambulatorio en domicilio de acuerdo al Anexo 1.

**VII.4** Los componentes de la prestación y equipamiento incluyen lo mínimo necesario según corresponda el caso (prescripción). Asimismo, la operación y funcionamiento del equipamiento de uso exclusivo, y es utilizado por EsSalud, de ser el servicio extra institucional la entidad prestadora deberá estar acreditada ante el Ministerio de Salud, su Recurso Humano debe contar con la certificación académica por entidad reconocida por el Ministerio de Salud y así mismo el equipamiento contará con Registro Sanitario Vigente, representación local de la marca del equipo y/o equipos ofrecido; que garantice su máxima seguridad, mínimo riesgo en el mantenimiento preventivo de su operatividad, debiendo contar con los equipos médicos igual de soporte de Terapia Respiratoria durante el mantenimiento.

**VII.5** Se debe contar con la autorización del Área Usuaria - Asistencial, para el uso del equipamiento, precisando que el paciente o familiar/representante del mismo no es el autorizado para su operación o manejo, o



14 NOV 2018  
JOSE TERRERO

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL  
Seguro Social de Salud

personal no autorizado previamente de manera expresa por el que presta el servicio directamente de ser el servicio extra institucional.

En caso de EMERGENCIA la asistencia será brindada prioritariamente por el Sistema de Transporte Asistido de Emergencia (STAE) de EsSalud.

**VII.6** Equipamiento que debe incluir según prescripción:

De uso no exclusivo por personal de salud

- VII.6.1 Concentrador de Oxígeno
- VII.6.2 Oxímetro de Pulso
- VII.6.3 Aspirador de secreciones
- VII.6.4 Cama Clínica mecánica de tres posiciones, exclusivo para el paciente en Ventilación Mecánica a Domicilio
- VII.6.5 Bomba de infusión de dos canales

De uso exclusivo por personal de salud

- VII.6.5 Monitor de Apnea
- VII.6.6 Movilizador de Secreciones (asistente de la tos)
- VII.6.7 Sistema CPAP- BIPAP
- VII.6.8 Ventilador Mecánico:

Características mínimas:

Pediátrico - Adulto, con batería, compresor incorporado de turbina, FIO2 de 21% a 100%, Sensor de Flujo Proximal, ventilación por volumen y presión con los modos Invasivo y no Invasivo, modos asistido/controlado, SIMY - CPAP, ventilación no invasiva e invasiva, sensibilidad por flujo, que monitorice los parámetros básicos en tiempo real: Volumen, Presión, Frecuencia Respiratoria, Presión Media y Sistema de Ahorro de Oxígeno

**VII.7** Suministro de Material Médico:

- VII.7.1 Filtros respiratorios
- VII.7.2 Corrugados
- VII.7.3 Sondas de aspiración circuito cerrado
- VII.7.4 Guantes estériles y no estériles
- VII.7.5 Gasas en cantidad suficiente
- VII.7.6 Ventilador manual
- VII.7.7 Cánulas de traqueotomía

**VII.8** Recurso Humano para la Prestación Asistencial:

- VII.8.1 Atención del Médico Especialista con certificación en Terapia Respiratoria
- VII.8.2 Terapeuta Respiratorio
- VII.8.3 Terapeuta Físico.
- VII.8.4 Psicólogo
- VII.8.5 Trabajador(a) Social
- VII.8.6 Atención especializada según se requiera en función de la enfermedad (es) de fondo con los profesionales de la salud que fueran necesarios.

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL  
Seguro Social de Salud

14 NOV 2018  
JOSE TERRERO

- VII.9 Medicación según prescripción especializada.
- VII.10 Los lineamientos generales del programa de tratamiento se consignan los criterios Anexos I y II.
- VII.11 Los procesos del programa de Terapia Respiratoria se consignan en el Anexo III (ODC - Familia) y Anexo IV (Solicitud)
- VII.12 La supervisión de la operatividad y de la gestión del cumplimiento del programa de mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos indicados en el numeral VII.6, está a cargo de las Oficinas de Ingeniería Hospitalaria y Servicios, o las que hagan sus veces en los Órganos Desconcentrados.

**VIII DISPOSICIONES ESPECÍFICAS**

**DE LA ATENCIÓN DE LA TERAPIA RESPIRATORIA A DOMICILIO**

- VIII.1 Se inicia la Atención de Terapia Respiratoria a Domicilio de acuerdo a los Anexos IV y V. De aplicar continuará el procedimiento con los Anexos VI, VII y VIII, Protocolos de Terapia Respiratoria: Ventilación Mecánica y/o las Guías de Práctica Clínica
- VIII.2 Los profesionales y equipo técnico del Centro Asistencial realiza las visitas de seguimiento que estime convenientes al domicilio del paciente de acuerdo a un programa de estructurados previamente.
- VIII.3 Evaluación y evolución del paciente luego de su implementación en Domicilio, en las primeras semanas:

**VIII.3.1 En Oxigenoterapia Domiciliaria.-**

- Primera semana.-
  - o Detección precoz de Infección Nosocomial
  - o Determinación de Condiciones Previas Físicas Básicas:
    - \* Facilidad en comunicación
    - \* Posibilidad de deambulación
    - \* Escaras
- Segunda semana.-
  - o Aseguramiento de  $PO_2 \geq 60$  mmHg y/o  $SatO_2 \geq 92\%$
- Tercera semana y sucesivos.-
  - o Conservar o mejorar el nivel de oxígeno arterial
  - o Mejorar la comunicación
  - o Mejorar deambulación y
  - o Evitar complicaciones orgánicas adicionales

**VIII.3.2 En Ventiloterapia Domiciliaria.-**

- Primera semana.-
  - o Detección precoz de Infección Nosocomial
  - o Determinación de Condiciones Previas Físicas Básicas:
    - \* Facilidad en comunicación
    - \* Posibilidad de deambulación

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL  
Seguro Social de Salud

14 NOV 2013  
JOSE TERRERO



- Segunda semana.-
  - o Aseguramiento de los simulacros de Urgencia.
  - o En caso de falla de fluido eléctrico
  - o En caso de falla del ventilador
  - o En caso de falla de oxigenación
  - o En caso de falla en vía aérea.
- Tercera semana.-
  - o Aseguramiento del Nivel Ventilatorio Adecuado.-
    - \* Mecánica Ventilatoria del paciente estable y adecuada
    - \* Nivel capnográfico menor que el basal ( + 10% )
    - \* Higiene bronquial efectiva
- Cuarta semana.-
  - o Determinación de Progresión de la Enfermedad de Fondo
  - o Comunicar por escrito al Centro Asistencial.
- Segundo mes y meses sucesivos.-
  - o Aseguramiento del Nivel Ventilatorio Adecuado y
  - o Mejorar la comunicación
  - o Mejorar deambulación y
  - o Evitar complicaciones orgánicas adicionales

**VIII.3.3 En Tratamiento ventilatorio del síndrome de apnea del sueño a domicilio.-**

- Primera semana.-
  - o Detección precoz de Infección Nosocomial
  - o Determinación de Condiciones Previas Físicas Básicas:
    - \* Facilidad en comunicación
    - \* Posibilidad de deambulación
    - \* Poligrafía Satisfactoria en domicilio
- Segundo mes y sucesivos.-
  - o Aseguramiento del Nivel Ventilatorio Adecuado y
  - o Evitar complicaciones orgánicas adicionales
- Segundo año y sucesivos.-
  - o Estudios polisomnográficos favorables

**VIII.3.4 En Fisioterapia Domiciliaria.-**

- Primera semana.-
  - o Detección precoz de Infección Nosocomial
  - o Determinación de Condiciones Previas Físicas Básicas:
    - \* Facilidad en comunicación
    - \* Posibilidad de deambulación
    - \* Secreciones Bronquiales
    - \* Expansión torácica

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL  
Seguro Social de Salud

14 NOV 2013  
JOSE TERRERO

- Segunda semana.-
- o Aseguramiento de Higiene Bronquial  $\leq 1-2$  cc/Kg de peso
  - o Aseguramiento de Expansión Torácica  $\geq 5-6$  cc/Kg de peso
- Tercera semana y sucesivos.-
- o Conservar o mejorar la expansión Torácica y
  - o Conservar o mejorar el nivel de secreciones bronquiales
  - o Evitar complicaciones orgánicas adicionales

**DE LA ADQUISICIÓN Y CONTROL PATRIMONIAL DEL EQUIPAMIENTO**

- VIII.4 El requerimiento debe ser realizado por el área usuaria en coordinación con la Unidad de Terapia Respiratoria o área que haga de sus veces, para los fines de la presente norma, es el servicio asistencial de origen del paciente.
- VIII.5 El requerimiento se constituye por medio de un expediente que parte de una solicitud del paciente o representante legal y anexa en coordinación con el servicio los siguientes documentos:
- VIII.5.1 Formato de prescripción, avalado por el Jefe de Servicio
  - VIII.5.2 Informe y dictamen de Junta Médica
  - VIII.5.3 Formato de Consentimiento Informado y documento de exoneración de responsabilidades.
  - VIII.5.4 Informe de visita domiciliaria, con opinión favorable.
  - VIII.5.5 Estudio Social y Psicológico
  - VIII.5.6 Especificaciones técnicas del equipamiento y accesorios
  - VIII.5.7 Estimaciones respecto a los insumos (material médico, medicamentos)
  - VIII.5.8 Plan de Mantenimiento Preventivo - Correctivo.
- VIII.6 El requerimiento suscrito por el Jefe de Servicio remitido al Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos en el caso de los Hospitales III; en el caso de los Hospitales IV Nacionales e Institutos, el requerimiento suscrito por el Jefe de Servicio, Refrendado por el Jefe de la Unidad de Terapia Respiratoria y es visado por el Jefe de Departamento se remite a la Gerencia Clínica.
- VIII.7 El Jefe del Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos, en el caso de los Hospitales III, evalúa el expediente y lo autoriza; con su conformidad se eleva a la Dirección del hospital con la recomendación de iniciar el trámite de adquisición.
- VIII.8 En el caso de los Hospitales IV, Nacionales e Institutos, el requerimiento es suscrito por el Jefe de Servicio, Refrendado por el Jefe de la Unidad de Terapia Respiratoria y es visado por Jefe de Departamento es remitido a la Gerencia Clínica, la que lo canaliza hacia la Oficina de Administración, la misma que procede de acuerdo a lo señalado en los numerales VIII.1.6 a VIII.1.10.



ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL  
Seguro Social de Salud

14 NOV 2013  
JOSE TERRONQUEZ

- VIII.9 El Gerente de la Red Asistencial deriva a la Gerencia Central de Prestaciones de Salud para conformidad y continuar su proceso en la Oficina Central de Planificación y Desarrollo a fin que la instancia competente aplique los criterios para determinación de la adquisición.
- VIII.10 El procedimiento de autorización para asignación presupuestaria correspondiente es el establecido por la Gerencia Central de Finanzas en el ámbito de sus competencias.
- VIII.11 El procedimiento para la adquisición, garantía y patrimonio del equipamiento para estas prestaciones es establecido por la Gerencia Central de Logística en el ámbito de sus competencias.
- VIII.12 Adquirido el bien, de acuerdo a lo establecido en la normatividad vigente, es ingresado al patrimonio del Centro Asistencial correspondiente.
- VIII.13 El Centro Asistencial solicita a la Sub Gerencia de Patrimonio la inclusión de los equipos adquiridos en la póliza patrimonial correspondiente.
- VIII.14 El Responsable del Centro Asistencial hace entrega del equipo al familiar responsable del paciente bajo la modalidad de préstamo en uso por tiempo indefinido formalizado a través del documento correspondiente Anexo VI y VII, en el cual consta que continúa siendo el equipo otorgado patrimonio de la Institución (Es-Salud) y de las disposiciones para la realización y ejecución del plan de mantenimiento de acuerdo a lo establecido en la disposición precedente.
- VIII.15 El familiar suscribe el compromiso de cuidado del equipo (Anexo VI) con la aceptación de las acciones necesarias para el mantenimiento preventivo y correctivo, y devolución del equipo una vez que ya no se requiera.
- VIII.16 El Centro Asistencial realiza las visitas de seguimiento que estime convenientes de acuerdo a un programa de mantenimiento del equipo (normatividad institucional) y así mismo el control del material médico a cargo de las áreas competentes.
- VIII.17 El mal uso del equipo por el usuario o personal no autorizado es de responsabilidad y corresponde su resarcimiento total o parcial al usuario (paciente - representante legal - familiar)

**DE LA ASIGNACIÓN, SALIDA Y RETORNO DEL EQUIPAMIENTO**

- VIII.18 Estando a lo dispuesto en el numeral 7.1.5.1 de la Directiva N° 25-GG-ESSALUD-2011, "Normas para la Administración de los Bienes Patrimoniales Muebles de Propiedad de ESSALUD", el equipamiento establecido para estas prestaciones, en los centros asistenciales, se asigna al Jefe de Servicio (Jefe de Unidad ó de División, encargado o coordinador del establecimiento).

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL  
Seguro Social de Salud

14 NOV 2013  
JOSE TERRONQUEZ

- VIII.19 El Jefe de Servicio (Jefe de Unidad ó de División, encargado o coordinador del establecimiento) autoriza la salida del bien a través de la suscripción del Formulario Único Patrimonial (FUP), documento que con el visado por el Coordinador de Patrimonio de la Red Asistencial u Órgano Desconcentrado, quien conserva una copia de dicho documento en el archivo correspondiente, conjuntamente con copia de la Solicitud de Terapia Respiratoria a Domicilio (Anexo IV) debidamente autorizada, y el Informe de Junta Médica.
- VIII.20 Al retorno del equipo, se deja constancia de ello en el FUP de salida del bien, que obra en los archivos de la Coordinación de Patrimonio, dejando copia del documento denominado Retorno de Equipamiento de Terapia Respiratoria Domicilio (Anexo VIII), a efectos de dar por concluido el trámite.
- VIII.21 El funcionario y/o servidor responsable del Centro Asistencial, lleva un control pormenorizado y periódico del estado, ubicación y existencia física del bien durante el período de Asignación.
- VIII.22 La Gerencia Central de Prestaciones de Salud, dispone las acciones que correspondan para ejercer el control, del paciente y del equipamiento.
- VIII.23 El bien asignado está bajo la cobertura de las pólizas patrimoniales contratadas por la Institución en tanto se encuentre, bajo la administración de EsSalud.
- VIII.24 La Oficina de Ingeniería Hospitalaria y Servicios o las que hegan sus veces en los Órganos Desconcentrados, realizan supervisión Inopinada para garantizar la correcta administración y buen uso de los bienes según ámbitos de competencia.

**X DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS**

- IX.1 La actualización de los requisitos, criterios y situaciones clínicas para la indicación de las prestaciones reguladas por la presente Directiva se llevará a cabo por Gerencia Central de Prestaciones de Salud.
- IX.2 La Gerencia Central de Prestaciones de Salud dicta las normas complementarias para la aplicación de la presente directiva.
- IX.3 En el plazo de tres meses desde la aprobación de la presente Directiva, las Redes Asistenciales en las que se prestan las técnicas de Terapia Respiratoria se adaptarán a lo previsto en esta norma.
- IX.4 La Terapia Respiratoria a Domicilio puede ser otorgada por servicios extrainstitucional de manera Parcial o Total cumpliendo los requisitos previstos en los numerales; VII.4, VII.5, VII.6, VII.7, VII.8 y Anexo II.
- IX.5 La Red Asistencial designa al Programa de Atención Domiciliaria Hospitalario o el que haga de sus veces lo siguiente: Registro, Control y Seguimiento de los pacientes e Insumos de Terapia Respiratoria.



ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL  
Seguro Social de Salud

14 NOV 2019

JOSE TERRONEN

**ANEXO I**  
**Criterios**

Para la indicación de las técnicas de terapia respiratoria a domicilio

- Situación clínica estable (excepto en algunos casos de aerosolterapia).
- Aceptación del tratamiento por parte del paciente y/o familia.
- Instauración del tratamiento médico asociado completo y correcto.
- Cumplimiento por parte de los pacientes de las medidas higiénico-sanitarias necesarias en cada caso (tales como supresión del hábito tabáquico y control de la ingesta de alcohol, y otras que se recomiendan en cada caso en sus respectivos ámbitos de gestión y competencias).
- Valoración periódica del tratamiento y control del cumplimiento de la prescripción.
- Infraestructura domiciliaria adecuada aprobada por el equipo interdisciplinario ( médico, enfermera, psicólogo y trabajadora social)
- Elección adecuada de la fuente de suministro que garantice el tratamiento correcto.



ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL  
Seguro Social de Salud

14 NOV 2019

JOSE TERRONEN

**ANEXO II**

**Situaciones clínicas y criterios para la indicación de técnicas de**

**Terapia Respiratoria a Domicilio**

**1. Oxigenoterapia:**

**1.1. Situaciones clínicas:**

1.1.1. Pacientes con insuficiencia respiratoria crónica que presentan alguno de los siguientes criterios clínicos y gasométricos:

- a) Pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) estable u otras patologías causantes de hipoxemia crónica con una PaO2 inferior a 65 mmHg respirando aire ambiente.
- b) Pacientes con EPOC estable u otras patologías causantes de hipoxemia crónica y con una PaO2 entre 55 y 60 mmHg que presentan alguna de estas circunstancias:
  - Hipertensión arterial pulmonar
  - Poliglobulia con hematocrito superior al 55 por ciento.
  - Cor pulmonale crónico
  - Trastornos del ritmo cardíaco

1.1.2. Excepcionalmente, tratamiento de la disnea en pacientes terminales.

**1.2. Criterios:**

1.2.1. La indicación de oxigenoterapia domiciliar no se considerará definitiva hasta al menos tres meses de tratamiento. Se comprobará que el flujo de oxígeno indicado sea el mínimo capaz de corregir la hipoxemia, es decir, conseguir que la PO2 sea superior a 60 mmHg o que la SaO2 sea superior a 92-93%.

1.2.2. El tiempo diario de tratamiento será superior a 15 horas al día.

1.2.3. La indicación de oxigenoterapia mediante el uso de fuentes de oxígeno líquido, se realizará únicamente en las siguientes circunstancias:

- a) En pacientes que puedan desarrollar una actividad laboral o con capacidad de ambulación que no puedan prescindir del suministro de oxígeno. Su eficacia se comprobará mediante la mejora de la tolerancia al esfuerzo con la prueba de 6 minutos de marcha con oxígeno portátil.
- b) Cuando se requieran flujos de oxígeno superiores a 5 litros por minuto.



14 NOV 2013

JOSE TERROJO

2. Ventilación mecánica: Pacientes con insuficiencia respiratoria crónica en fase estable que presenten alguna de las situaciones clínicas siguientes y alguno de los siguientes criterios:

**2.1. Situaciones clínicas:**

- a) Síndromes de hipoventilación central.
- b) Enfermedades neuromusculares con afectación respiratoria.
- c) Enfermedades restrictivas de la caja torácica.
- d) Excepcionalmente en EPOC o bronquiectasias según el protocolo que se establezca por cada Servicio de Es-Salud.

**2.2. Criterios:**

- a) Pacientes estables que presenten hipercapnia crónica: PaCO2 superior a 45 mmHg.
- b) Pacientes ingresados por insuficiencia respiratoria aguda hipercápnica con antecedentes de episodios previos de insuficiencia respiratoria aguda con hipercapnia: PaCO2 superior a 45 mmHg.
- c) Pacientes que tras un periodo de insuficiencia respiratoria aguda, dependientemente de la enfermedad de base, no pueden prescindir del soporte ventilatorio y deben permanecer en la UCI, mayor de 21 días en pacientes crónicos con enfermedad progresiva.
- d) Pacientes con hipoventilación nocturna severa una vez que ésta se comprueba tras realizar un estudio gasométrico.

**3. Síndrome de apnea del sueño:**

3.1. El tratamiento ventilatorio está indicado en pacientes con hipersomnolencia limitante de las actividades o factores de riesgo asociados: patología cardiovascular y/o cerebrovascular o enfermedad con insuficiencia respiratoria y que además presentan una de las dos situaciones siguientes:

- a) Índice de apneas/hipopneas mayor o igual a 30
- b) Índice de apneas/hipopneas menor a 30. En este caso la terapia ventilatoria se indicará con carácter provisional debiéndose valorar la respuesta a los tres meses para la instauración del tratamiento definitivo.

3.2. El tiempo diario de tratamiento será como mínimo de cuatro horas.

**4. Fisioterapia Respiratoria: Está indicada en pacientes con:**

- a) Enfermedad Neuromuscular
- b) Enfermedad Pulmonar Crónica
- c) Trasplante de pulmón.
- d) Trasplante de hepático.

**5. Aerosolterapia: Está indicada en pacientes con:**

- a) Fibrosis Quística.
- b) Trasplante de pulmón.

14 NOV 2013

JOSE TERROJO

- c) Profilaxis de infecciones parasitarias en pacientes inmunodeprimidos que no toleran el trimetoprim-sulfametoxazol.
- d) Bronquectasias con infección bacteriana crónica en los que no ha dado resultado el tratamiento antibiótico por vía oral.
- e) Excepcionalmente, en pacientes afectados de asma grave persistente, hiperreactividad
- f) Excepcionalmente, en pacientes afectados de asma grave persistente, hiperreactividad bronquial o displasia broncopulmonar incapaces de utilizar las cámaras espaciadoras de inhalación.



**ANEXO III**

Procedimiento, Responsable, Servicio y RRHH Administrativos/Asistenciales en la Prestación de Terapia Respiratoria a Domicilio

ITEM	PROCEDIMIENTO	RESPONSABLE	SERVICIO	RRHH
1	Identificación de Domicilio	ODC	Social	Asistente Social
2	Identificación de familiar enlace	ODC	Unidad de Terapia Respiratoria	Medico
3	Programa de entrenamiento del paciente y familia o cuidadores.	ODC	Unidad de Terapia Respiratoria	Medico
4	Adecuación del entorno donde va a permanecer el paciente.	ODC	Unidad de Terapia Respiratoria	Medico Terapeuta Respiratorio
5	Seguimiento Profesionales Psicológicos	ODC	Programa de Atención Domiciliar Hospitalaria Unidad de Terapia Respiratoria	Medico (s) Terapeuta Respiratorio
6	Adquisición y atención técnica del equipamiento necesario.	ODC	Oficina de Recursos Médicos	Oficina de Administración ODC
7	Sistema de provisión de material fungible	ODC	Oficina de Recursos Médicos	Oficina de Administración ODC
8	Servicio de Urgencias y Emergencias	ODC	Gerencia de Operaciones	CRUE - STAE
9	Seguimiento de Pacientes por Terapia Respiratoria	ODC	Unidad de Terapia Respiratoria	Medico Terapeuta Respiratorio
10	Adquisición, atención técnica del equipamiento (mantenimiento) necesario y Patrimonio	ODC	Oficina de Administración	Oficina de Administración (Operaciones)
<b>PACIENTES ASISTIDOS</b>				
11	Carta de Aceptación	Paciente Familiar Responsable - Medico.	UNIDAD DE TERAPIA RESPIRATORIA UCI UCIN ASESORIA JURIDICA	Medico, Paciente Familiar Responsable
12	Cuidados y Atención	Familiar	Domicilio	Familiar
13	Firma de Acta Compromiso de Custodia, Cuidado y devolución de equipamiento (notarías)	Familiar	Domicilio	Familiar

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL  
Seguro Social de Salud

14 NOV 2013  
JOSE TERROGIAN

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL  
Seguro Social de Salud

14 NOV 2013  
JOSE TERROGIAN

**ANEXO IV**

**MODELO DE CARTA DE LOS FAMILIARES SOLICITANDO TERAPIA RESPIRATORIA A DOMICILIO**

Carta N° .....-201...

Lima, de ..... de 201.....

Señor Doctor,  
Gerente ó Director de la Red Asistencial.....  
Presente

**ASUNTO:** Atención a Paciente con TERAPIA RESPIRATORIA A DOMICILIO

Yo, ..... identificado con DNI N°: ..... me presento ante usted como representante por consanguinidad directa de mi familiar ..... cuyo nombre es: ..... con DNI: ..... internado en la cama N°: ..... del Hospital ..... de su digna dirección, para solicitar ser considerado candidato en la opción de salud denominada: "Terapia Respiratoria a Domicilio".

Como representante de mi familiar, hemos realizado una reunión familiar el día: ..... para analizar la situación y tomar una decisión consensuada más conveniente para mi familiar: ..... y mi familia.

La familia que represento, luego de evaluar la situación familiar frente a la enfermedad de mi familiar y consciente de los riesgos establecidos por los médicos de su red hospitalaria y que han sido debidamente registrados en el documento: "Consentimiento Informado" en caso de Terapia Respiratoria a Domicilio; dejamos constancia en el presente documento de la responsabilidad familiar de encargarse de asegurar el cuidado mínimo para mantener la estabilidad de salud de mi familiar en el domicilio y aspirar a ser considerado candidato a la opción de "Terapia Respiratoria a Domicilio" con los siguientes apoyos:

Apoyo del sistema al programa Atención Domiciliaria Hospitalaria en casos de consulta y/o urgencia.

Apoyo logístico de los dispositivos necesarios y recomendados por la Unidad de Terapia Respiratoria de la Red Hospitalaria que usted dirige.

En razón a lo expuesto recorro a su despacho por ser justa a esta nueva opción terapéutica con reconocimiento internacional, asisténdome el derecho como asegurado regular.

Atentamente,

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL  
Seguro Social de Salud

14 NOV 2013  
JOSE TERRONES



**ANEXO V**

**INSTRUCTIVO**

**CARTA DE ACEPTACIÓN PARA PACIENTE Y FAMILIAR "PROGRAMA DE VENTILACIÓN MECÁNICA RESPIRATORIA A DOMICILIO"**

Estimados señores:

Por favor, leer atentamente este documento a su solicitud. Se entrega este documento conteniendo la información necesaria para decidir sobre la participación de su paciente en el Programa de Ventilación Mecánica Invasiva o No Invasiva en Domicilio.

**Antecedentes Generales:**

La Terapia Respiratoria a Domicilio - Ventilación Mecánica Invasiva o No Invasiva en Domicilio ayuda a los pacientes que tienen dificultad de la respiración por diversas enfermedades ya sea musculares, neurológicas, malformaciones de la columna, apneas durante el sueño o enfermedades crónicas del pulmón o vía aérea, cuando esto no puede lograrse con ventilación domiciliaria no invasiva.

EsSalud ha creado un Programa que está destinado al apoyo necesario más la supervisión de profesionales de la salud de la Unidad de Terapia Respiratoria, que le ayudarán a ustedes a recibir el tratamiento de ventilación mecánica invasiva que su paciente necesita.

Los equipos para Ventilación Mecánica, usados con una cánula de traqueotomía, permiten ayudar a mantener una respiración eficiente.

El objetivo es entregar Ventilación Mecánica Invasiva a través de una traqueotomía en pacientes que tengan enfermedades neurológicas, musculares, cifoescoliosis, enfermedades pulmonares o de las vías respiratorias, intentando mejorar su calidad de vida y evolución clínica aliviando los síntomas respiratorios y logrando que los pacientes permanezcan el mayor tiempo posible en sus hogares junto a su familia, se hospitalicen sólo ocasionalmente por complicaciones.

Si usted y su familia se comprometen a cumplir las indicaciones que el equipo de salud le dé para el tratamiento de pacientes con Ventilación Mecánica Invasiva, nuestro equipo de trabajo se comprometerá a que su paciente recibirá los materiales y dispositivos médicos necesarios.

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL  
Seguro Social de Salud

14 NOV 2013  
JOSE TERRONES

**¿Qué situaciones indeseadas pueden suceder: efectos adversos?**

El uso de equipos para Ventilación Mecánica Invasiva o No Invasiva puede producir lesiones e infecciones en la vía aérea y pulmón (Infección respiratoria -- neumonía -- broncoaspiración a repetición - traqueítis.) En el caso de sufrir desconexiones de la traqueostomía, dependiendo de la capacidad de respirar en forma espontánea que el paciente mantenga, puede llevar a una condición denominada hipoverilación o disminución de cantidad de aire que se moviliza con cada respiración produciendo o disminuyendo el contenido de oxígeno (desaturación), disminución de la frecuencia cardíaca (bradicardia) y eventualmente un paro cardíaco y la muerte. Exceso de presión con el consecuente daño al pulmón (barotrauma como consecuencia del uso del ventilador mecánico o por otra causa). Complicaciones de la traqueotomía (Infección del estoma, estenosis traqueal, subglótica, o fistula traqueo esofágica, tejido de granulación; obstrucción de la cánula de traqueotomía). Además de fallas propias del equipo de ventilación mecánica (complicaciones derivadas del sistema mecánico).

El personal deberá estar capacitado para reconocer estas complicaciones y otras situaciones que se aparten de la condición habitual de su paciente.

**¿Que ventaja o beneficio representa para el paciente la participación en este Programa?**

Su paciente recibirá los materiales y dispositivos médicos: Humidificadores pasivos, filtros y circuitos ventilatorios para ser utilizados con la Ventilación Mecánica Invasiva en domicilio y participará de un seguimiento personalizado por el equipo de salud.

La evaluación de los resultados de este Programa podrán ser presentados en congresos y en publicaciones médicas, en ningún caso se revelará la identidad de los pacientes que se encuentra en dicho tratamiento.

**Consultas:**

Una vez que haya aceptado su participación podrá contactarse con el encargado de la Unidad de Terapia Respiratoria para preguntas o dudas relacionada con el Programa o los procedimientos del mismo.

**Participación voluntaria:**

La aceptación de participar en este Programa es enteramente voluntaria. Usted tendrá derecho a que el médico le indique los tratamientos alternativos disponibles.

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL  
Seguro Social de Salud

14 NOV 2019

JOSE TERRONER J. TTS



Si usted decide como paciente o su representante en el Programa, se le dará una copia de esta información y se le pedirá que de fe del mismo con su firma y huella dactilar de la aceptación correspondiente.

Si decide no participar, esto no afectará el cuidado y tratamiento de su paciente en el hospital continuando el tratamiento según las indicaciones del equipo tratante donde se encuentre hospitalizado.

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL  
Seguro Social de Salud

14 NOV 2019

JOSE TERRONER J. TTS

**ANEXO VI**  
**SOLICITUD DE TERAPIA RESPIRATORIA DOMICILIO**

FECHA DE SOLICITUD: \_\_\_\_\_ FOLIOS: \_\_\_\_\_

FECHA:	HORAS DE USO:
DNI:	
SIS:	
NOMBRE DEL PACIENTE SOLICITANTE:	
DIAGNOSTICO:	
ESPECIALIDAD:	
TELEXT:	
CIE 10:	
E-MAIL:	

Que habiendo cumplido con todos los requisitos del Anexo III de la DIRECTIVA N° --GG ESSALUD-2013 TERAPIA RESPIRATORIA A DOMICILIO solicito tenga a bien disponer a quien correspondiera el me brinde el equipamiento y cantidad de medicamento necesario para la continuación del soporte ventilatorio en domicilio, acompañándome a no manipularlo.

NOMBRE DEL USUARIO (PACIENTE / FAMILIAR RESPONSABLE):	MEDICO TRATANTE:
Firma del usuario	Observación / Comentario
Averización V. B. (Aprobación) Gerente de Red Asistencial	

Equipos: \_\_\_\_\_ Código Patrimonial: \_\_\_\_\_

Condiciones:

- El préstamo: 200 horas
- En caso de no utilizar el equipo por fallamiento, favor de notificarlo con antelación al Hospital - Unidad de Terapia Respiratoria.

Recepción:	Firma del usuario	Firma del Servicio
Lugar:	Día	Año



ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL  
Seguro Social de Salud  
14 NOV 2013  
JOSE YERRONFRANZ  
R...

**ANEXO VII**

**Procedimiento para Préstamo de Equipo Especializado ODC**

PROCEDIMIENTO:	ACTUAL	PROPUESTO	No. Of
NOMBRE: Solicitud de Equipo Especializado			
PARTICIPANTES:			
PLAZO DE ANTELACION: no menor a diez días hábiles. Las solicitudes presentadas con menor anticipación quedarán sujetas a disponibilidad del equipo solicitado.			
FECHA:	Mes	Día	Año
			Hora
RESPONSABLE		DESCRIPCION	PLAZO
1	Persona gestora o por delegación	Envía la solicitud de préstamo del equipo especializado a la coordinación del área de servicios técnicos. Debe utilizar la Solicitud para préstamo de equipo especializado.	1 día
2	Coordinación	Recibe la solicitud y verifica cronograma de disponibilidad para el equipo solicitado.	1 día
3	Coordinación	En caso de que la fecha y hora indicada esté disponible, anota en el cronograma la reserva del equipo.	1 día
4	Coordinación	Se comunica el resultado de la gestión al solicitante, así como al coordinador de unidad correspondiente.	1 día
5	Coordinación	Se encarga de realizar la boleta de salida del equipo, así como de la preparación del mismo, verificando el correcto funcionamiento del equipo.	1 día
6	Persona gestora o por delegación	Retira el equipo solicitado según la fecha indicada. Firma la boleta de salida del equipo. En caso de cancelación de la actividad lo comunica a la coordinación.	1 día
7	Personal de unidad	En caso de que se haya solicitado asistencia técnica se brinda de acuerdo a lo coordinado con antelación.	1 día
8	Persona gestora o por delegación	Al finalizar la actividad se encarga de revisar el equipo y retirarlo y de entregar dicho equipo a la coordinación de unidad.	1 día
9	Coordinación de unidad	Verifica el estado en que se entrega el equipo. En caso de que el equipo sea entregado en condiciones correctas, lo anota en la boleta de préstamo de equipo correspondiente y anota en el cronograma de préstamo de equipo el estado de disponible.	1 día
10	Coordinación de unidad	En caso de que surja algún inconveniente con el estado en que se devuelve el equipo se comunicará a la persona gestora y en caso necesario a la administración. Verifica el estado del equipo y renueva cada año	1 día

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL  
Seguro Social de Salud  
14 NOV 2013  
JOSE YERRONFRANZ  
R...

**ANEXO VIII**  
**COMPROMISO DE RETORNO DE EQUIPAMIENTO DE TERAPIA RESPIRATORIA A DOMICILIO**

FECHA DE VERIFICACIÓN - INTERNAMIENTO: \_\_\_\_\_ FOLIOS: \_\_\_\_\_

FECHA:	HORAS DE USO:
NOMBRE DEL PACIENTE SOLICITANTE:	DNI:
	S.S.:
DIAGNÓSTICO:	CIE 10:
ESPECIALIDAD:	E-MAIL:
TEL/FAX:	

Que habiendo cumplido con todos los requisitos del Anexo III de la DIRECTIVA N° -GG ESALUD-2013 TERAPIA RESPIRATORIA A DOMICILIO solicito tenga a bien disponer a quien correspondiera se AUTORIZA la verificación, retorno e internamiento del equipamiento brindado así como el material insumo reusable brindado.

NOMBRE DEL USUARIO (PACIENTE / FAMILIAR ENLACE): \_\_\_\_\_ MEDICO TRATANTE: \_\_\_\_\_



Firma del usuario	Observación / Comentario
Autorización V. B. (Aprobación) Gerente de Red Asistencial	
Equipos:	Código Patrimonial:

Notificación de Retorno del equipamiento por fallamiento. Hospital - Unidad de Terapia Respiratoria.	
Recepción:	Firma del usuario
Lugar	Año
Firma del Servicio	

Observación:  
Préstamo en Operación: Es la acción formal mediante la cual EsSalud entrega al usuario - paciente, para el otorgamiento de la Prestación de Terapia Respiratoria a Domicilio gratuitamente una especie mueble o raíz, para que haga uso de ella, y con cargo de restituir la misma especie después de terminar el uso sin costo alguno.

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL  
Seguro Social de Salud

14 NOV 2013  
JOSE TERRONER LIS

**ANEXO IX**  
**MODELO DE CARTA DE ACEPTACION DE TERAPIA RESPIRATORIA A DOMICILIO**  
**CARTA DE ACEPTACION**

NOMBRE DE LA RED ASISTENCIAL:	SERVICIO EN EL QUE SE HALLA HOSPITALIZADO:
FECHA:	
DIA:	MES:
	AÑO:

Yo \_\_\_\_\_ mayor de \_\_\_\_\_ edad, identificado con DNI \_\_\_\_\_ domiciliado en \_\_\_\_\_ y como paciente \_\_\_\_\_ o como responsable \_\_\_\_\_ del paciente: \_\_\_\_\_ identificado con DNI \_\_\_\_\_ quien padece la(s) patologías siguiente (s):

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

Exproso lo siguiente:

Que he hablado con el Dr(a) \_\_\_\_\_ médico tratante del caso y se me ha explicado la naturaleza / el objetivo de lo que solicito y es mi deseo aceptar y continuar mi tratamiento en mi domicilio, incluyendo los riesgos significativos que se pueden presentar, siendo estos:

1. Infección respiratoria - neumonía - broncoaspiración a repetición - traqueitis
2. Barotrauma como consecuencia del uso del ventilador mecánico o por otra causa
3. Infección del ostoma de la traqueostomía.
4. Peto respiratorio o muerte
5. Estenosis traqueal, subglótica, o fistula traqueoesofágica, tejido de granulación
6. Obstrucción de la cámara de traqueostomía
7. Complicaciones derivadas del sistema mecánico (ventilador)
8. Otras derivadas de la propia evolución de la enfermedad que padezco.

Y que por la naturaleza, evolución y riesgos de la enfermedad que padezco, son iguales a los que estoy expuesto al estar hospitalizado, y que el tratamiento no garantiza la mejoría de mi enfermedad.

14 NOV 2013  
JOSE TERRONER LIS

Me informo suficientemente con la información necesaria antes de solicitar la Terapia Respiratoria a Domicilio, y he recibido respuestas satisfactorias.

Que he leído la hoja informativa previa a mi carta de aceptación que me ha sido proporcionada a mi solicitud, y he tenido oportunidad de efectuar preguntas al respecto y estoy satisfecho con esas explicaciones y las he comprendido.

Así mismo mi familia asume las responsabilidades que son:

Mantener el debido cuidado de mi equipo de ventilación mecánica según las obligaciones que se me asignen respecto al manejo del mismo.

Que como paciente y/o mi representante, no es el autorizado para su operación o manejo o personal no autorizado previamente de manera expresa por el que presta el servicio directamente.

Mantener el debido cuidado de otros insumos que se me otorguen.

Cumplir las indicaciones profesionales de cuidado y participar activamente en la rehabilitación del paciente si así se ofiera la situación.

Acoger al personal dando las facilidades del caso para su desempeño Asistencial, Técnico y administrativo según correspondía su indicación.

Responder a las especificaciones detalladas de aceptación del Programa de Terapia Respiratoria a Domicilio.

Otras que el Programa y el Médico tratante lo señalen.

Por tanto autorizo al Dr. (a) \_\_\_\_\_, médico tratante del caso, con especialidad en \_\_\_\_\_, para que se me traslade a mi domicilio a fin de continuar con mi tratamiento.

Comprendo y acepto que durante el traslado también pueden aparecer circunstancias imprevisibles o inesperadas, que puedan requerir una extensión del procedimiento original o la realización de otro procedimiento no mencionado arriba.



ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL  
Seguro Social para Salud

14 NOV 2013  
JOSE TERRONER GILIS

Acepto que la medicina no es una ciencia exacta y al firmar este consentimiento busco mejorar la calidad de vida que pueda quedarme y en ese sentido es que la continuidad domiciliar de mi tratamiento compromete una actividad de medio, pero no de resultados.

Comprendiendo estas limitaciones, doy mi consentimiento para que sea trasladado a mi domicilio a fin de continuar con el tratamiento Instaurado y firmo a continuación:

Paciente / Familiar o Representante

DNI.....



Huella

Médico Responsable Tratante

DNI.....

CMP.....

RNE.....

Huella



Familiar Testigo

DNI.....



Huella



Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Nombre del Familiar Responsable: \_\_\_\_\_

Relación con el Paciente: \_\_\_\_\_

Nombre del Familiar Testigo: \_\_\_\_\_

Fecha: .....

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL  
Seguro Social de Salud

14 NOV 2013  
JOSE TERRONER GILIS

**ANEXO N° 8**

Lineamientos para la vigilancia, prevención y control de la salud de los trabajadores con riesgo de exposición a Sars-COV-2-programa de Terapia Respiratoria Domiciliaria



.....  
Dr. DURAND ALFARO ENRIQUE  
Jefe Dpto. Cuidados Críticos  
CMP. 14640  
RED ASISTENCIAL ALMENARA  
ESSALUD



.....  
Dra. ROSA LUZ LOPEZ MARTINEZ  
JEFE DEL SERVICIO DE CUIDADOS INTENSIVOS  
DEPARTAMENTO DE CUIDADOS CRITICOS  
CMP. 26007 RNE. 12752  
HOSP. NAC. GUILLERMO ALMENARA I.  
ESSALUD

- I. DATOS DE LA EMPRESA
- II. DATOS DEL LUGAR DE TRABAJO
- III. DATOS DEL SERVICIO DE SEGURIDAD Y SALUD DE LOS TRABAJADORES
- IV. LISTA DE TRABAJADORES POR RIESGO DE EXPOSICIÓN A COVID- 19

Elaborar una lista de los trabajadores que, por la función de su puesto de trabajo, están catalogados dentro de los Grupos de Riesgo Alto, Riesgo Medio y Riesgo Bajo de Exposición. Teniendo en cuenta el numeral 6.1.19 de la Resolución Ministerial N° 972-2020-MINSA, los trabajadores deben estar considerados de acuerdo con la siguiente clasificación:

**GRUPO DE RIESGO BAJO DE EXPOSICIÓN:**

Conformado por los trabajadores administrativos que no tienen contacto cercano frecuente a menos de dos metros de distancia con personas en general.

El Equipo de Protección Personal que debe utilizar es:

- Mascarilla comunitaria. (Se le proporcionará 3 unidades a cada trabajador).

**GRUPO DE RIESGO MEDIO DE EXPOSICIÓN:**

Conformado por los trabajadores administrativos y asistenciales que requieren un contacto frecuente y/o cercano con las personas (menos de 2 metros de distancia), se considera especialmente a los siguientes puestos de trabajo: Cuidador; Chofer Administrativo; Asistente de Cobranzas; Psicólogo; Terapeuta Físico; Chofer de Recojo de Residuos; Chofer de Ambulancia; Encargado de Flota; Jefa de Operaciones, Asistente de Operaciones.

Los Equipos de Protección Personal que deben utilizar son:

- Mascarillas descartables o mascarilla comunitaria con careta o protector facial.
- Guantes descartables.

**GRUPO DE RIESGO ALTO DE EXPOSICIÓN:**

Personal cuyo puesto de trabajo es creado de manera excepcional (variable en número y en el tiempo) con riesgo potencial de exposición a fuentes conocidas o sospechosas de COVID-19.

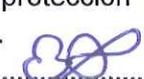
Aplicaría para el personal de Salud (médico, enfermeras, cuidador, etc) encargados de la atención de pacientes con sospecha de COVID-19 que podrían prestar servicios su domicilio.

Los Equipos de Protección Personal que debería utilizar son:

- Respirador N95
- Guantes descartables
- Gafas protectoras
- Traje Protector (Tyvek)

**V. RESPONSABLES PARA EL CUMPLIMIENTO DEL PLAN**

- *Gerente General*
- *Unidad de Seguridad y Salud en el Trabajo*
  - Identificación de trabajadores con riesgo por COVID 19.
  - Informar a los colaboradores sobre los riesgos de COVID 19 y sus respectivas medidas de control.
  - Implementar medidas de control para la protección y prevención de los colaboradores a enfermedades respiratorias.

  
 Dr. DURAND ALFARO ENRIQUE  
 Jefe Dpto. Cuidados Críticos  
 CMP: 14540  
 UNIDAD ASISTENCIAL ALMENARA  
 ESSALUD

  
 Dra. Rosa Luz Lopez Martinez  
 DEL SERVICIO DE CUIDADOS INTENSIVOS  
 UNIDAD DE CUIDADOS CRÍTICOS  
 CMP: 28007 RNE: 12762  
 P. NAC. GUILLERMO ALMENARA!

- Gestionar y realizar charlas de sensibilización.
  - Aplicar y supervisar las medidas de control establecidas.
- *Trabajador.*
    - Cumplir los lineamientos establecidos en el presente Plan.
    - Participar de a las capacitaciones programadas.

## VI. PROCEDIMIENTOS OBLIGATORIOS PARA EL REGRESO Y REINCORPORACIÓN AL TRABAJO

Sobre la base a lo estipulado en la R.M. N° 972-2020 MINSA, se deben tener en cuenta los siguientes lineamientos de aplicación obligatoria:

### A. Lineamientos de Prevención

#### 1.-Limpieza y desinfección de los centros de trabajo

##### Medidas generales

- 1.1 La administración es responsable de cumplir y verificar las acciones del servicio de limpieza y desinfección, previo al inicio de las labores y durante el desarrollo de estas; se coordinará con el personal de limpieza encargado y/o proveedor de servicio de limpieza y desinfección contratado, la frecuencia de sus actividades programadas en el contexto de la emergencia sanitaria por COVID-19 por sedes.
- 1.2 El proceso de limpieza y desinfección abarca a todas las sedes de operaciones de la IPRESS, así como las unidades móviles.
- 1.3 Se realizará la limpieza y desinfección del calzado al ingreso del centro de labores a través de los pediluvios implementados en la entrada de cada sede.
- 1.4 Todas las áreas de trabajo deben tener una adecuada ventilación, ello implica que los puntos de entrada y salida de aire (a través de puertas y ventanas) deben encontrarse abiertas.
- 1.5 Se programa de manera periódica la desinfección de todos los ambientes de alto tránsito del personal, incluyendo, comedores, oficinas, áreas de reuniones y servicios higiénicos, los mismos que se han venido realizando desde antes de la declaratoria del estado de emergencia, y que continuarán en conformidad por lo dispuesto por las autoridades competentes.

El Personal de Limpieza, deberá:

- Usar guantes de caucho de limpieza.
- Usar gorro para todas las tareas involucradas en el proceso de limpieza, incluida la manipulación de basura.
- Uso de mascarilla descartable.
- Lavarse siempre las manos de inmediato después de quitarse los guantes.

Limpieza y Desinfección de Unidades de Transporte

- Ubicar un área de limpieza de desinfección para las unidades de transporte, esta debe tener ventilación natural, acceso a flujo de agua corriente.
- El encargado de limpieza de la unidad debe estar capacitado en temas de infección y transmisión por Coronavirus y manejo adecuado de EPP.
- El EPP a usar es el mismo que el operario de limpieza.
- Luego se procede a la limpieza del piso de la unidad seguido de las superficies de la unidad con paño húmedo desechable.

.....  
 Dr. DURAND ALFARO ENRIQUE  
 Jefe Dpto. Cuidados Críticos  
 CMP 14640  
 MED ASISTENCIAL ALMENARA  
 ESSALUD

.....  
 Dra. Rosa Luz López Martínez  
 JEFE DEL SERVICIO DE CUIDADOS INTENSIVOS  
 DEPARTAMENTO DE CUIDADOS CRÍTICOS  
 CMP. 28007 RNE. 12762  
 HOSP. NAC. GUILLERMO ALMENARA L.  
 ESSALUD

- La desinfección de todas las superficies internas se realizará con lejía diluida al 0.1% y/o amonio cuaternario al 1%.
- La limpieza de la unidad se realizará dos veces al día.

#### Manejo de Residuos sólidos

- Los residuos sólidos son considerados comunes, por lo tanto, eliminados en cestos cubiertos de una bolsa plástica NEGRA, al eliminar la bolsa se amarra la misma y rociarla con lejía diluida al 0.1% y meterla en una segunda bolsa la cual también se amarra.
- Llevar las bolsas al punto de acopio para su posterior eliminación en el turno de la noche.

## 2.- Evaluación de la condición de salud del trabajador previo al regreso o reincorporación al centro de trabajo

### A. Personal

Cumplir las siguientes medidas:

- Identificar los riesgos de exposición al COVID-19 de los trabajadores según las características y funciones de cada puesto de trabajo y se determinará el nivel de protección y medidas que la IPRESS implementará para prevenir el contagio, de acuerdo con las normas vigentes.
- Entregar equipo de protección personal adecuado considerando el nivel de riesgo el trabajador.
- Los trabajadores antes o al retorno de labores luego del levantamiento de Aislamiento Social dictado por el Gobierno Central, deberán llenar y presentar de manera obligatoria una declaración jurada sobre información relacionada al COVID-19: Declaración Jurada de síntomas del COVID 19. La entrega de esta ficha sintomatológica es fundamental para que el trabajador pueda retornar y/o continuar con el trabajo presencial.
- Se controlará que toda persona que ingresa por la vía peatonal o vehicular a las instalaciones de la empresa, se aplique en ambas manos alcohol 70° o alcohol en gel 60%.

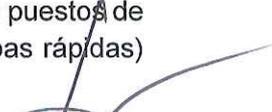
Sobre el personal que hará el regreso al centro de trabajo, se realizará la nómina de estos, identificando el nivel de riesgo de cada puesto de trabajo para ser implementado en fases y/o periodos.

### B. Metodología

Consideraciones previas al regreso o reincorporación del trabajador:

- Los trabajadores deberán completar la Ficha de Sintomatología COVID-19, previo a su ingreso
- Se realizará un control diario de temperatura en la Sede de la IPRESS, llevando un registro del mismo. Esta temperatura deberá ser menor a los 38°C. El control se hará al ingreso y a la salida del personal. En el caso del personal que labora en los domicilios de pacientes del programa, el personal se tomará la temperatura antes de salir de su domicilio e informará al jefe inmediato superior.
- La aplicación de pruebas serológicas (pruebas rápidas) para descarte COVID-19, a todos los trabajadores que regresan o se reincorporan a puestos de trabajo con Muy Alto Riesgo, Alto Riesgo será implementada de acuerdo con la disponibilidad del insumo en el mercado nacional y la empresa, así como de las consideraciones clínicas y epidemiológicas de cada trabajador. Para puestos de trabajo de Bajo Riesgo la aplicación de pruebas serológicas (pruebas rápidas)

  
 .....  
 Dr. DURAND ALFARO ENRIQUE  
 Jefe Dpto. Cuidados Críticos  
 CMP: 14640  
 MED. ASISTENCIAL ALMENARA  
 ESSALUD

  
 .....  
 Dra. ROSA LUZ LÓPEZ  
 JEFE DEL SERVICIO DE CUIDADOS INTENSIVOS  
 DEPARTAMENTO DE CUIDADOS CRÍTICOS  
 CMP: 26007 RNE: 12762  
 HOSP. NAC. GUILLERMO ALMENARA I.  
 ESSALUD

para descarte COVID-19 es potestativo a la indicación del profesional de salud del Servicio de Seguridad y Salud en el Trabajo.

En el caso identificarse un caso sospecho en trabajadores de puestos de trabajo de bajo riesgo, se procederá con las siguientes medidas:

- Derivación a un establecimiento de salud para su manejo de acuerdo a la R.M. N° 193-2020-MINSA.
- Evaluación por el responsable de la salud en el trabajo para identificar potenciales contactos.
- Comunicar a la autoridad de salud de la jurisdicción para el seguimiento.
- Brindar información sobre la prevención del contagio, higiene, y cuidados que se debe llevar en casa.
- Ante un caso sospechoso de COVID-19 o contacto con un caso confirmado, se otorgará descanso médico con la firma del médico tratante por el tiempo de aislamiento para proteger la salud del trabajador, así como a los demás.

### C. Registro

Se usará la Ficha Epidemiológica COVID-19; para todos los trabajadores que harán su ingreso al centro de labores.

Se elaborará un registro unitario de control de temperatura de los trabajadores que presenten temperatura mayor a 37.5°C.

### 3.-Lavado y desinfección de manos obligatorio

La mejor y más fiable manera de prevenir el contagio de enfermedades virales y de minimizar el riesgo de contraerlo es lavarse las manos con agua y jabón y evitar tocarse la cara en la medida de lo posible.

La administración de la IPRESS es responsable de verificar las acciones de lavado de manos y/o aplicación del alcohol en gel de manera obligatoria de los trabajadores antes del inicio de la jornada laboral. Así mismos, garantizará la provisión suficiente de lavaderos, jabón, toallas de papel y/o dispensadores de alcohol en gel, para uso libre de lavado y desinfección de los trabajadores en la entrada del centro de trabajo de las sedes de la IPRESS. Se debe tener en cuenta que el uso de alcohol gel o líquido no reemplaza el lavado de manos.

Para lavarse las manos se deberá:

- Mojar las manos con agua corriente potable.
- Asegurarse de abarcar toda la superficie de las manos, incluyendo la parte entre los dedos, las muñecas, las palmas, el dorso y las uñas.
- Enjabonar las manos formando abundante espuma durante al menos 20 segundos.
- Para obtener una limpieza integral, incluir el lavado hasta los codos.
- Enjuagarse las manos con agua corriente; y secarse las manos completamente con papel toalla.
- Lavarse las manos especialmente luego de: retirarse las mascarillas, uso de pañuelos desechables, toser o estornudar en las manos, uso de servicios higiénicos, cajeros automáticos, y antes de ingerir alimentos.

Se colocará un cartel informativo sobre el lavado adecuado de manos en cada punto de desinfección.

  
 Dr. DURAND ALFARO ENRIQUE  
 Jefe Dpto. Cuidados Críticos  
 CMP: 14540  
 TED ASISTENCIAL ALMÉNARA  
 ESSALUD

  
 Dra. Rosa Luz López Martínez  
 JEFE DEL SERVICIO DE CUIDADOS INTENSIVOS  
 DEPARTAMENTO DE CUIDADOS CRÍTICOS  
 CMP. 28007 RNE. 12752  
 HOSP. NAC. GUILLERMO ALMÉNARA L.  
 ESSALUD

La IPRESS, garantizará la adecuada provisión de los insumos para el lavado de manos y desinfección en las áreas establecidas para tal fin, para lo cual abastecerá de dispensadores de alcohol 70° o alcohol en gel 60% en las instalaciones de la empresa que sean de uso común, entre otros.

#### 4.- Sensibilización de la prevención del contagio en el centro de trabajo

Se implementará infografía colocada estratégicamente al interior y exterior de las sedes de la IPRESS, de manera que se puedan reforzar las buenas conductas para evitar el contagio de COVID-19: lavado correcto de manos, medidas de higiene respiratoria, uso correcto de las mascarillas, entre otros.

Se brindarán charlas informativas de manera virtual compartiendo información útil al respecto. Adicionalmente, se enviará información vía WhatsApp a los trabajadores.

Se hará hincapié en el uso obligatorio de mascarilla durante la jornada laboral, el tipo de mascarilla o protector respiratorio será de acuerdo al nivel de riesgo del puesto de trabajo.

Del mismo modo, se reiterará la obligación de reportar la presencia de síntomas a los trabajadores, se dispondrá de medios de comunicación internos, educando sobre la prohibición de discriminación o estigmatización en el centro de labores.

#### 5.- Medidas preventivas colectivas

El personal debe tomarse la temperatura en su domicilio antes de acudir a su puesto de trabajo y, en caso de tener más de 38° C, deberá informar a su Jefe Inmediato y deberá permanecer en su domicilio para cumplimiento del aislamiento.

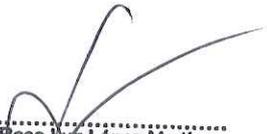
El personal de la IPRESS que utilice medio de transporte propio para dirigirse a sus lugares de trabajo deberá cumplir con las siguientes medidas de prevención:

- Previo al embarque del vehículo desinfectar tanto en el exterior (puertas) como en el interior (puertas, volante, asientos, tableros y otros componentes) utilizando un desinfectante especial o rociando alcohol.
- Portar gel hidroalcohólico al 70% de uso personal.
- En el caso de llevar acompañante se recomienda que sea solo una persona y de preferencia en el asiento trasero para mantener una distancia apropiada para evitar contagios.
- Durante el viaje se recomienda circular con las ventanillas abiertas en un 10% para mantener el vehículo ventilado
- Al desembarcar el vehículo desinfectarse las manos ya sea utilizando gel hidroalcohólico al 70% o lavándose las manos abundante agua y jabón.

El personal de la IPRESS que utilice medio de transporte público para dirigirse a sus lugares de trabajo deberá cumplir con las siguientes medidas de prevención:

- Se recomienda usar la mano no dominante durante el uso del transporte porque es muy difícil que se toque la cara con esa mano.
- No tocarse la cara, ojos y boca hasta que se tenga las manos limpias.
- Al estornudar o toser cubrirse la nariz y boca con el antebrazo o pañuelo desechable, así evitará contagiar a los demás.
- Mantener la distancia entre personas (mínimo 1 metro).
- Se recomienda que el trabajador lleve un frasco de alcohol gel en su bolsillo.
- Usar la mascarilla durante el trayecto y evitar tocarla para evitar el contagio.
- Evitar usar el transporte público cuando éste se encuentre con pasajeros de más del 50% de su capacidad.
- Se debe mantener una distancia de 1 metro con otra persona.
- Mantener las ventanas abiertas del transporte público.

  
 Dr. DURAND ALFARO ENRIQUE  
 Jefe Dpto. Cuidados Críticos  
 GMP: 14640  
 RED ASISTENCIAL ALMENARA  
 ESSALUD

  
 Dra. Rosa Luz López Martínez  
 JEFE DEL SERVICIO DE CUIDADOS INTENSIVOS  
 DEPARTAMENTO DE CUIDADOS CRÍTICOS  
 CMP. 26007 RNE. 12752  
 HOSP. NAC. GUILLERMO ALMENARA I.  
 ESSALUD

- Después de bajar o subir del transporte público es recomendable aplicar alcohol gel o alcohol en las manos.

Se evitará aglomeraciones a la entrada de la sede de la IPRESS y se medirá la temperatura corporal de cada trabajador previo a la jornada laboral.

Se realizará la limpieza y desinfección de calzados antes de ingresar a las instalaciones de las sedes de trabajo.

Se fomentará el saludo sin contacto (no estrechez de manos, ni besos, ni abrazos).

Se garantizará el distanciamiento social de 1 metro entre el personal, quienes utilizarán además deberán usar una mascarilla de acuerdo a su nivel de riesgo.

Se suspenden las reuniones de más de 10 trabajadores y prolongadas, donde se concentre grupos de trabajadores en lugares cerrados, excepto que estas sean para informar temas de infección de Coronavirus (COVID 19) manteniendo el aforo del 30% de la capacidad del área a utilizar y las medidas de prevención descritas (uso de mascarillas según nivel de riesgo y distanciamiento social de 1 metro).

Los trabajadores no podrán compartir teléfonos, escritorios, oficinas u otras herramientas de uso personal y equipos de trabajo personal con otros trabajadores, cuando sea posible. Se promoverá el uso de medios digitales (APP, páginas web, correos electrónicos, redes sociales, entre otros) para evitar la contaminación indirecta de la COVID-19 por uso de papeles, bolígrafos, carpetas, entre otros.

Durante el refrigerio se establecerán horarios y el distanciamiento social será de 2 metros entre los trabajadores.

En los puestos de mesa de partes o trámite documentario, se aplicarán mamparas para mostradores además del uso de mascarillas descartables o mascarilla comunitaria con careta o protector facial.

Se facilitará al personal asistencial que lo requiera, un servicio para el traslado de un punto cercano a sus domicilios para los domicilios de los pacientes.

Se establecerán puntos de acopio de equipos de protección personal (EPP) usados en cada sede de la IPRESS, los mismos que dispondrán de bolsas rojas para identificar los residuos contaminados de la institución.

Las mujeres gestantes y mujeres que dan lactancia materna de preferencia deben realizar trabajo remoto, en caso no sea posible, no deberán estar ubicadas en áreas de exposición al público.

Uso de los servicios higiénicos:

- Se utilizarán los servicios higiénicos respetando el distanciamiento social de 1 metro entre persona y persona.
- Obligatoriamente, antes y después de usar los servicios higiénicos, se deberán lavar las manos con agua y jabón.
- Periódicamente, se efectuará la desinfección de estos según procedimiento.

## 6.- Medidas de protección personal

Se asegurará la disponibilidad de los equipos de protección personal correspondiente según el tipo de riesgo laboral, la IPRESS implementará y ejecutará las medidas correspondientes como capacitaciones virtuales, asegurando que el trabajador cuente con el conocimiento para el uso correcto del EPP entregado por la empresa, además se concientizará en el compromiso obligatorio de utilizarse en las instalaciones de las diferentes sedes.

El uso de equipo de protección respiratoria en la entidad consta de dos tipos, los cuales son:

- Las mascarillas quirúrgicas descartables o mascarillas comunitarias con caretas o protectores faciales deben ser usadas por los trabajadores con un nivel bajo y medio de exposición al COVID-19.

  
 Dr. DURAND ALFARO ENRIQUE  
 Jefe Dpto. Cuidados Críticos  
 CMP: 14640  
 RED ASISTENCIAL ALMENARA  
 ESSALUD

  
 Dra. Roxs Liz López Martínez  
 JEFE DEL SERVICIO DE CUIDADOS INTENSIVOS  
 DEPARTAMENTO DE CUIDADOS CRÍTICOS  
 CMP: 26007 RNE: 12762  
 HOSP. NAC. GUILLERMO ALMENARA I.  
 ESSALUD

- Las mascarillas comunitarias, deben ser usadas por los trabajadores de bajo riesgo de exposición al COVID-19. Además, se le entregará 3 unidades a cada trabajador.
- El respirador N95, solo debe ser usada por el personal de salud que tienen un nivel alto de exposición al COVID-19.

### **7.- Vigilancia permanente de comorbilidades relacionadas al trabajo en el contexto covid-19**

La IPRESS contará con un registro unitario de control de temperatura corporal de cada trabajador considerado sospechoso o con una temperatura corporal mayor a 37.5°C.

Se indicará la evaluación médica de síntomas COVID-19, a todo trabajador que presente temperatura mayor a 38°C o con síntomas respiratorios, además deberá retornar a su domicilio (para cumplimiento del aislamiento domiciliario)

La vigilancia a la exposición a otros factores de riesgo, de tipo ergonómicos (jornadas de trabajo, posturas prolongadas, movimientos repetitivos y otros), psicosocial (condiciones de empleo, carga mental, carga de trabajo, doble presencia y otros), u otros, que se generen como consecuencia de trabajar en el contexto de la Pandemia COVID-19; de ser necesario se establecen las medidas preventivas y correctivas que correspondan:

- a. Medidas preventivas para el trabajo remoto: Orientar a los trabajadores en los riesgos asociados a factores ergonómicos durante el trabajo remoto.
- b. Medidas de soporte por riesgo psicosocial: Entre las medidas de prevención de salud mental conducentes a la preservación de un adecuado clima laboral, se establecen las siguientes:
  - Sesiones virtuales relacionados a los temas de salud mental
  - Información sobre salud mental
  - Sesiones virtuales mensuales sobre riesgos psicosocial.

### **PROCESO PARA EL REGRESO AL TRABAJO**

El regreso al trabajo está orientado a los trabajadores que estuvieron en cuarentena y no presentaron, ni presentan, sintomatología COVID-19, ni fueron caso sospechoso o positivo de COVID-19; debido a medidas de restricción emitidas por el Gobierno en el marco de la emergencia sanitaria por COVID-19.

Antes del reinicio de las labores, se realizarán las pruebas serológicas (prueba rápida de descartar de COVID 19), así como de las consideraciones clínicas y epidemiológicas de cada trabajador, según normas del Ministerio de Salud, al caso sospechoso.

### **PROCESO PARA LA REINCORPORACIÓN AL TRABAJO**

El proceso de reincorporación al trabajo está orientado a aquellos trabajadores que declararon que tuvieron la enfermedad COVID-19 y están de alta epidemiológica según el tipo de caso (asintomático, leve o moderado que no requiere hospitalización o leve o moderado que requirió hospitalización).

Las decisiones sobre el regreso al trabajo para el personal de salud diagnosticado con COVID-19 confirmado o sospechoso deben tomarse en el contexto de las circunstancias locales.

Las opciones a nivel mundial establecidas por la OMS incluyen una estrategia basada en los síntomas (es decir, el tiempo desde el inicio de la enfermedad y el tiempo desde la recuperación) o una estrategia basada en el tiempo o una estrategia basada en pruebas.

El trabajador sintomático con sospecha o confirmación de COVID-19 debe ser excluido del trabajo hasta que hayan transcurrido al menos 3 días (72 horas) desde

Dr. DURAND ALFARO ENRIQUE  
Jefe Dpto. Cuidados Críticos  
CMP: 14640  
RED ASISTENCIAL ALMENARA  
ESSALUD

Dr. ROSA LUZ LÓPEZ MARTÍNEZ  
Jefe del Servicio de Cuidados Intensivos  
Hospital de Cuidados Críticos  
CMP: 26007 RNE: 12752  
Jefe MAC GUILLERMO ALMENARA L.

la recuperación definida como la resolución de la fiebre sin el uso de medicamentos para reducir la fiebre y la mejora de los síntomas respiratorios y cumple con criterios de alta epidemiológica

El trabajador con antecedente de infección COVID-19 confirmado por laboratorio que no ha tenido ningún síntoma (asintomático) debe ser excluido del trabajo hasta que hayan pasado 14 días desde la fecha de toma de su primera prueba de diagnóstico COVID-19 positiva, suponiendo que no hayan desarrollado síntomas posteriormente desde su prueba positiva. En caso desarrolle síntomas, entonces se debe utilizar la estrategia basada en síntomas



.....  
Dr. DURAND ALFARO ENRIQUE  
Jefe Dpto. Cuidados Críticos  
CMP: 14840  
RED ASISTENCIAL ALMENARA  
ESSALUD



.....  
Dra. Rosa Luz López Martínez  
JEFE DEL SERVICIO DE CUIDADOS INTENSIVOS  
DEPARTAMENTO DE CUIDADOS CRÍTICOS  
CMP-28007 RNE. 12762  
HOSP. NAC. GUILLERMO ALMENARA  
ESSALUD