



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

Lima, 04 de julio de 2022

OFICIO N° 198 -2022 -PR

Señora  
**MARÍA DEL CARMEN ALVA PRIETO**  
Presidenta del Congreso de la República  
Congreso de la República  
**Presente.** -

Tenemos el agrado de dirigirnos a usted, con la finalidad de comunicarle que, al amparo de las facultades concedidas por el artículo 118° numeral 19) de la Constitución Política, se ha promulgado el Decreto de Urgencia N° 018-2022, Decreto de Urgencia que establece medidas extraordinarias destinadas a garantizar la atención integral en salud en respuesta a la emergencia sanitaria por la pandemia por la COVID-19.

Sin otro particular, hacemos propicia la oportunidad para renovarle los sentimientos de nuestra consideración.

Atentamente,

JOSÉ PEDRO CASTILLO TERRONES  
Presidente de la República

ANÍBAL TORRES VÁSQUEZ  
Presidente del Consejo de Ministros



## CONGRESO DE LA REPÚBLICA

Lima, **4** de **julio** del **2022**

En aplicación de lo dispuesto en el Inc. b) del artículo 91° del Reglamento del Congreso de la República; PASE el **Decreto de Urgencia N° 018-2022** a la **Comisión de CONSTITUCIÓN Y REGLAMENTO**, para su estudio dentro del plazo improrrogable de quince días Útiles.

**JAVIER ÁNGELES ILLMANN**  
DIRECTOR GENERAL PARLAMENTARIO  
Encargado de la Oficialía Mayor  
CONGRESO DE LA REPÚBLICA



ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

RODOLFO GUSTAVO RAMIREZ APOLINARIO  
SECRETARIO DEL CONSEJO DE MINISTROS

# Decreto de Urgencia

DECRETO DE URGENCIA QUE ESTABLECE MEDIDAS EXTRAORDINARIAS DESTINADAS A GARANTIZAR LA ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD EN RESPUESTA A LA EMERGENCIA SANITARIA POR LA PANDEMIA POR LA COVID-19

EL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA

CONSIDERANDO:

Que, con Decreto Supremo N° 008-2020-SA, se declara en Emergencia Sanitaria a nivel nacional, por el plazo de noventa (90) días calendario, por la existencia del COVID-19, y se dictan medidas de prevención y control para evitar su propagación; la misma que ha sido prorrogada mediante los Decretos Supremos N° 020-2020-SA, N° 027-2020-SA, N° 031-2020-SA, N° 009-2021-SA, N° 025-2021-SA y N° 003-2022-SA; este último prorroga la Emergencia Sanitaria, a partir del 02 de marzo de 2022, por un plazo de ciento ochenta (180) días calendario; frente a lo cual, el Ministerio de Salud debe mantener las medidas necesarias para el estado de alerta y respuesta frente a la pandemia de la COVID-19;

Que, mediante Decreto Supremo N° 016-2022-PCM, Decreto Supremo que declara Estado de Emergencia Nacional por las circunstancias que afectan la vida y salud de las personas como consecuencia de la COVID-19 y establece nuevas medidas para el restablecimiento de la convivencia social, se declara el Estado de Emergencia Nacional por el plazo de treinta y dos (32) días calendario; el cual ha sido prorrogado mediante los Decretos Supremos N° 030-2022-PCM, N° 041-2022-PCM y N° 058-2022-PCM, este último por el plazo de treinta (30) días calendario, a partir del 1 de junio de 2022;

Que, en el contexto de la evolución de la pandemia en el Perú, se está ante un escenario epidemiológico en donde de forma transitoria, el número de casos de personas sospechosas o infectados a consecuencia de la COVID 19 viene variando e incrementándose ante la aparición de nuevos linajes de la VOC. OMICRON, BA.4 y BA.5; encontrándonos en el inicio de una cuarta ola pandémica, lo que cambia el escenario epidemiológico presente, además la pandemia se ha caracterizado por tener una evolución impredecible, no pudiendo prever con certeza su finalización o si una variación de casos solo es transitoria, teniendo en cuenta los antecedentes y experiencias anteriores tanto en el Perú como en otros países muestran que es posible la aparición explosiva de nuevas variantes y olas de contagio con efectos que no se pueden prever y, considerando la estadía de pacientes infectados o sospechosos; por lo que, es necesario contar con recurso humano en salud;



RODOLFO GUSTAVO RAMÍREZ APOLINARIO  
SECRETARIO DEL CONSEJO DE MINISTROS

Que, teniendo en consideración el análisis epidemiológico de la situación sanitaria actual en el Perú, se requiere asegurar la provisión de recursos humanos en salud para garantizar la continuidad de la prestación de los servicios de salud ante el inicio de la cuarta ola pandémica, por la imprevisibilidad de la evolución de la pandemia, la información existente permite establecer que la enfermedad no va a desaparecer en un corto período de tiempo, no existiendo evidencia científica que permita concluir en sentido contrario, y el riesgo de infectarse o deceso sigue siendo alto para los adultos y adultos mayores, lo cual lleva a prever la necesidad de mantener la capacidad operativa de respuesta de los servicios de salud mediante los recursos humanos en salud para atender la enfermedad de los pacientes con síntomas o sospechosos de haberse contagiado que necesiten atención médica;

Que, en ese sentido, se requiere disponer de medidas extraordinarias en materia económica y financiera vinculadas a recursos humanos ante la emergencia sanitaria por la COVID-19;

En uso de las facultades conferidas por el numeral 19) del artículo 118 de la Constitución Política del Perú y el inciso 2 del artículo 11 de la Ley N° 29158, Ley Orgánica del Poder Ejecutivo;

Con el voto aprobatorio del Consejo de Ministros; y,

Con cargo de dar cuenta al Congreso de la República:

**DECRETA:**

### Artículo 1. Objeto

El presente Decreto de Urgencia tiene por objeto establecer medidas que permitan garantizar la capacidad de respuesta en la atención de salud con la disponibilidad de los recursos humanos necesarios para sostener la operatividad del sistema de salud en todos los niveles de atención, frente a la pandemia causada por la COVID-19 y dictar otras disposiciones.

### Alcances 2. Ámbito de aplicación

La presente norma es de aplicación en las unidades ejecutoras del Ministerio de Salud, el Instituto Nacional de Salud, el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas y las unidades ejecutoras de salud de los Gobiernos Regionales.

### Artículo 3.- Medidas extraordinarias en materia de contratación de personal del Sector Salud

3.1 Autorícese a la Dirección General de Gestión Fiscal de los Recursos Humanos del Ministerio de Economía y Finanzas, a prorrogar la vigencia de los registros correspondientes a la modalidad del régimen especial del Decreto Legislativo N° 1057 que se encontraban ocupados en el Aplicativo Informático para el Registro Centralizado de Planillas y de Datos de los Recursos Humanos del Sector Público (AIRHSP) al 30 de junio de 2022, hasta el 31 de julio de 2022, para fortalecer y garantizar la sostenibilidad de acciones orientadas a una respuesta sanitaria oportuna y efectiva frente a la pandemia de la COVID-19, consistentes en: la oferta de servicios de salud para la atención de casos sospechosos y confirmados en los establecimientos de salud de los tres niveles de atención; los centros de aislamiento y atención temporal y los centros de





# Decreto de Urgencia

oxigenoterapia temporal; los puntos y brigadas de vacunación; los equipos de intervención integral; las brigadas de intervención en comunidades indígenas; la Red Nacional de Laboratorios en Salud Pública de las Direcciones Regionales de Salud y Gerencias Regionales de Salud; el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica; el Sistema de Atención Móvil de Urgencias (SAMU) y Telemedicina; la coordinación nacional de las estrategias implementadas para contención y mitigación de la progresión de la pandemia y el monitoreo de las macroregiones.

3.2 Autorícese al Ministerio de Salud, al Instituto Nacional de Salud, al Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas y a las Unidades Ejecutoras de Salud de los Gobiernos Regionales, la prórroga de los contratos administrativos de servicios bajo la modalidad del régimen especial del Decreto Legislativo N° 1057, cuyos registros sean prorrogados en el Aplicativo Informático para el Registro Centralizado de Planillas y de Datos de los Recursos Humanos del Sector Público (AIRHSP), conforme a lo establecido en el numeral precedente, hasta el 31 de julio de 2022, para realizar las actividades descritas en el citado numeral.

3.3 Los contratos administrativos de servicios cuya prórroga se autoriza en el numeral 3.2 del presente artículo son de naturaleza estrictamente temporal, se celebran a plazo determinado y concluyen indefectiblemente el 31 de julio de 2022. La comunicación que la entidad pudiera hacer de la conclusión del vínculo contractual tiene carácter informativo y su omisión no genera la prórroga del contrato.

3.4 El personal contratado cuenta con la cobertura del Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo (SCTR), a partir del inicio de su vínculo laboral, y realiza labores de manera presencial y efectiva durante su jornada laboral.

3.5 Autorízase una Transferencia de Partidas en el Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2022, hasta por la suma de S/ 288 683 818,00 (DOSCIENTOS OCHENTA Y OCHO MILLONES SEISCIENTOS OCHENTA Y TRES MIL OCHOCIENTOS DIECIOCHO Y 00/100 SOLES), a favor del Ministerio de Salud, del Instituto Nacional de Salud, del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas y de las Unidades Ejecutoras de Salud de los Gobiernos Regionales, para financiar hasta el mes de julio de 2022, la prórroga de los contratos administrativos de servicios bajo la modalidad del régimen especial del Decreto Legislativo N° 1057 autorizada en el presente artículo, con cargo a los recursos de la Reserva de Contingencia del Ministerio de Economía y Finanzas conforme al siguiente detalle:



RODOLFO GUSTAVO RAMIREZ APOLINARIO  
SECRETARIO DEL CONSEJO DE MINISTROS



**DE LA:**

**En Soles**

SECCION PRIMERA	:	Gobierno Central	
PLIEGO	009	:	Ministerio de Economía y Finanzas
UNIDAD EJECUTORA	001	:	Administración General
CATEGORÍA	9002	:	Asignaciones Presupuestarias que no resultan en productos
PRESUPUESTARIA			
ACTIVIDAD	5000415	:	Administración del proceso presupuestario del sector público
FUENTE DE FINANCIAMIENTO	1	:	Recursos Ordinarios
GASTO CORRIENTE			
2.0 Reserva de Contingencia			288 683 818,00
			=====
<b>TOTAL EGRESOS</b>			<b>288 683 818,00</b>
			=====



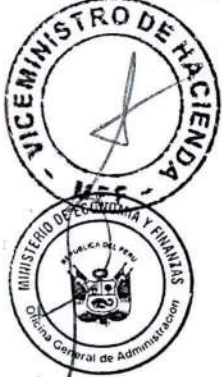
**A LA:**

**En Soles**

SECCIÓN PRIMERA	:	Gobierno Central	
PLIEGO	011	:	Ministerio de Salud
CATEGORIA	9002	:	Asignaciones presupuestarias que no resultan en productos
PRESUPUESTARIA			
ACTIVIDAD	5006269	:	Prevención, control, diagnóstico y tratamiento de Coronavirus
FUENTE DE FINANCIAMIENTO	1	:	Recursos Ordinarios
GASTO CORRIENTE			
2.3 Bienes y Servicios			90 007 053,00
PLIEGO	131	:	Instituto Nacional de Salud
CATEGORIA	9002	:	Asignaciones presupuestarias que no resultan en productos
PRESUPUESTARIA			
ACTIVIDAD	5006269	:	Prevención, control, diagnóstico y tratamiento de Coronavirus
FUENTE DE FINANCIAMIENTO	1	:	Recursos Ordinarios
GASTO CORRIENTE			
2.3 Bienes y Servicios			1 395 602,00
PLIEGO	136	:	Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas – INEN
CATEGORIA	9002	:	Asignaciones presupuestarias que no resultan en productos
PRESUPUESTARIA			
ACTIVIDAD	5006269	:	Prevención, control, diagnóstico y tratamiento de Coronavirus
FUENTE DE FINANCIAMIENTO	1	:	Recursos Ordinarios
GASTO CORRIENTE			
2.3 Bienes y Servicios			951 537,00



MINISTERIO DE SALUD



No.....

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

RODOLFO GUSTAVO RAMIREZ APOLINARIO  
SECRETARIO DEL CONSEJO DE MINISTROS

# Decreto de Urgencia



SECCIÓN SEGUNDA	:	Instancias Descentralizadas
PLIEGOS	:	Gobiernos Regionales
CATEGORIA	9002	: Asignaciones presupuestarias que no resultan en productos
PRESUPUESTARIA		
ACTIVIDAD	5006269	: Prevención, control, diagnóstico y tratamiento de coronavirus
	1	: Recursos Ordinarios

FUENTE DE FINANCIAMIENTO

GASTO CORRIENTE  
2.3 Bienes y Servicios

196 329 626,00

**TOTAL EGRESOS**      **288 683 818,00**



3.6 El detalle de los recursos autorizados en la Transferencia de Partidas a que hace referencia el numeral 3.5 del presente artículo, se encuentra en el Anexo "Asignación de Recursos para financiar la prórroga de la contratación del personal CAS COVID" que forma parte del presente Decreto de Urgencia, el cual se publica en las sedes digitales del Ministerio de Economía y Finanzas ([www.gob.pe/mef](http://www.gob.pe/mef)) y del Ministerio de Salud ([www.gob.pe/minsa](http://www.gob.pe/minsa)), en la misma fecha de publicación de esta norma en el Diario Oficial El Peruano.



3.7 Los Titulares de los pliegos habilitados en la presente Transferencia de Partidas, aprueban mediante Resolución, la desagregación de los recursos autorizados en el numeral 3.5 del presente artículo, a nivel programático, dentro de los cinco (05) días calendario de la vigencia del presente Decreto de Urgencia. Copia de la Resolución se remite dentro de los cinco (05) días calendario de aprobada a los organismos señalados en el numeral 31.4 del artículo 31 del Decreto Legislativo N° 1440, Decreto Legislativo del Sistema Nacional de Presupuesto Público.



3.8 La Oficina de Presupuesto o la que haga sus veces en los pliegos involucrados, solicitan a la Dirección General de Presupuesto Público del Ministerio de Economía y Finanzas, las codificaciones que se requieran como consecuencia de la incorporación de nuevas Partidas de Ingresos, Finalidades y Unidades de Medida.





RODOLFO GUSTAVO RAMIREZ APOLINARIO  
SECRETARIO DEL CONSEJO DE MINISTROS

3.9 La Oficina de Presupuesto o la que haga sus veces de los pliegos involucrados instruyen a las Unidades Ejecutoras para que elaboren las correspondientes "Notas para Modificaciones Presupuestarias" que se requieran, como consecuencia de lo dispuesto en el presente artículo.



3.10 Autorízase, excepcionalmente, durante la vigencia del presente Decreto de Urgencia, al Ministerio de Salud, al Instituto Nacional de Salud, al Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas y a las Unidades Ejecutoras de Salud de los Gobiernos Regionales, a efectuar modificaciones presupuestarias en el nivel funcional programático entre las partidas de gasto 2.3.2.8.1.1 Contrato Administrativo de Servicios, 2.3.2.8.1.2 Contribuciones a EsSalud de C.A.S, 2.3.2.8.1.4 Aguinaldos de C.A.S, 2.3.2.8.1.5 Vacaciones Truncas de C.A.S y 2.3.2.6.3.4 Otros Seguros Personales, con cargo a los saldos disponibles del numeral 3.6 del artículo 3 del Decreto de Urgencia N° 009-2022, del numeral 2.8 del artículo 2 del Decreto de Urgencia N° 002-2022, y del literal a) del numeral 43.1 del artículo 43 de la Ley N° 31365, Ley de Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2022, para financiar la prórroga de los contratos administrativos de servicios bajo la modalidad del régimen del Decreto Legislativo N° 1057, autorizada en el numeral 3.1 del artículo 3 del presente Decreto de Urgencia. Para tal efecto, las citadas entidades quedan exceptuadas de lo dispuesto en los numerales 9.4 y 9.5 del artículo 9 de la Ley N° 31365.



**Artículo 4.- Modificación contractual**



4.1 Para la ejecución de las acciones de vacunación contra la COVID-19 y la atención de casos de COVID-19, de manera excepcional, el Ministerio de Salud, el Instituto Nacional de Salud, el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas y las Unidades Ejecutoras de Salud de los Gobiernos Regionales, pueden asignar nuevas funciones o variar las funciones ya asignadas al personal a que se refiere el numeral 3.2 del artículo 3 del presente Decreto de Urgencia, según la necesidad del servicio, teniendo en cuenta su perfil profesional y/o experiencia laboral. Asimismo, pueden variar el lugar de la prestación del servicio dentro del ámbito de jurisdicción de la Unidad Ejecutora cuando la necesidad del servicio lo justifique. La ejecución de la presente medida no supone la variación de la contraprestación ni celebración de un nuevo contrato. Para tal efecto, exceptúese de lo establecido en el segundo párrafo del artículo 7, y el literal b) del artículo 11 del Reglamento del Decreto Legislativo N° 1057, aprobado por Decreto Supremo N° 075-2008- PCM y modificado por el Decreto Supremo N° 065-2011- PCM.



4.2 El personal bajo los alcances del numeral 3.2 del artículo 3 del presente Decreto de Urgencia será programado en turno fijo o rotativo, según la categoría y nivel de atención de salud donde preste el servicio. Dicha programación de turnos deberá cumplirse de manera presencial, salvo excepciones autorizadas por ley.



**Artículo 5.- Entrega económica por prestaciones adicionales para la vacunación contra la COVID-19**

5.1. Excepcionalmente, autorizase hasta el 31 de agosto de 2022, al Pliego 011 Ministerio de Salud y a las Unidades Ejecutoras de Salud de los Gobiernos Regionales, a efectuar prestaciones adicionales para la vacunación contra la COVID-19, a cargo del personal de la salud comprendidos en el numeral 3.2 del artículo 3 del Decreto Legislativo N° 1153, al personal administrativo comprendido en el Decreto Legislativo N° 276, al personal de la salud y administrativo comprendidos en el Decreto Legislativo N° 1057 y en el Decreto Legislativo N° 728, según corresponda, asimismo se encuentran dentro de los alcances de la presente disposición, en cuanto corresponda, los





MINISTERIO DE SALUD



No.....

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

RODOLFO GUSTAVO RAMIREZ APOLINARIO  
SECRETARIO DEL CONSEJO DE MINISTROS



# Decreto de Urgencia

profesionales de la salud comprendidos en la Ley N° 23330, Ley del Servicio Rural Urbano Marginal de Salud (SERUMS), así como los que se encuentren desarrollando la segunda especialidad bajo la modalidad de residenciado, según corresponda, para fortalecer los equipos de coordinación y las brigadas de vacunación contra la COVID-19.

5.2. Las prestaciones adicionales para la vacunación contra la COVID-19 solo se programan en las brigadas de vacunación de punto fijo o móvil; los equipos de coordinación para las brigadas de vacunación; y los equipos de coordinación general de las Direcciones Regionales de Salud, las Gerencias Regionales de Salud, las Direcciones de Redes Integradas de Salud y las Redes Asistenciales de Salud.

Establézcase que los equipos de coordinación para las brigadas de vacunación; y los equipos de coordinación general de las Direcciones Regionales de Salud, las Gerencias Regionales de Salud, las Direcciones de Redes Integradas de Salud y las Redes Asistenciales de Salud, realizan prestaciones adicionales para la vacunación contra la COVID-19 hasta por un máximo de 8 turnos al mes de 6 horas por día. Asimismo, establézcase para las brigadas de vacunación, la realización prestaciones adicionales para la vacunación contra la COVID-19 hasta por un máximo de 12 turnos al mes de 6 horas por día.

5.3 Las prestaciones adicionales para la vacunación contra la COVID-19 se realizan fuera de la jornada de trabajo y de manera presencial, de acuerdo a la programación establecida por los equipos de coordinación, según corresponda.

5.4 El pago de la entrega económica por prestaciones adicionales para la vacunación contra la COVID-19, está a cargo de la Unidad Ejecutora donde se presta el servicio.

5.5 La entrega económica por prestaciones adicionales para la vacunación contra la COVID-19 no tiene carácter remunerativo, ni pensionable, no es base de cálculo para beneficios sociales y está sujeta al impuesto a la renta.

5.6 Establézcase, que el monto de la entrega económica por prestaciones adicionales para la vacunación contra la COVID-19 a la que se refiere el numeral 5.1 del presente artículo es el siguiente:



RODOLFO GUSTAVO RAMÍREZ APOLINARIO  
SECRETARIO DEL CONSEJO DE MINISTROS



EQUIPO	CARGO	COSTO POR HORA
Equipos de Coordinación General (DIRIS/GERESA/DIRESA/RED)	Coordinador(a) general de cada GERESA/DIRESA/DIRIS/RED	S/50.00
	Coordinador(a) de gestión de la vacuna de cada GERESA/DIRESA/DIRIS/RED	S/50.00
	Coordinador(a) de gestión de la información de cada GERESA/DIRESA/DIRIS/RED	S/31.00
Equipos de Coordinación para la Brigada de Vacunación	Coordinador(a) general del punto de vacunación	S/50.00
	Coordinador(a) de gestión de la vacuna del punto vacunación.	S/50.00
	Coordinador(a) de gestión de la información del punto de vacunación.	S/31.00
Brigadas de vacunación contra la COVID-19	Enfermera(o) Vacunador(a)	S/44.00
	Anotador(a)/ Registrador(a)	S/31.00
	Digitador(a)	S/25.00

5.7 Para efectos del pago de lo dispuesto en el presente artículo, exonerarse a los profesionales de la salud del tope de ingresos establecido en el artículo 2 del Decreto de Urgencia N° 038-2006.

5.8 Para la implementación de lo establecido en el presente artículo exonerarse al Ministerio de Salud, las Direcciones de Redes Integradas de Salud y a las Unidades Ejecutoras de Salud de los Gobiernos Regionales de lo dispuesto en el artículo 6 de la Ley N° 31365, Ley de Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2022.

5.9 El Ministerio de Salud aprueba las disposiciones complementarias para la implementación de lo dispuesto en el presente artículo, mediante Resolución Ministerial en un plazo de cinco (05) días hábiles contados desde la vigencia del presente Decreto de Urgencia.

5.10 La implementación de lo dispuesto en el presente artículo se financia, con cargo a los recursos a los que hace referencia el numeral 43.4 del artículo 43 de la Ley N° 31365, Ley de Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2022, hasta por el monto de S/ 54 572 674,00 (CINCUENTA Y CUATRO MILLONES QUINIENTOS SETENTA Y DOS MIL SEISCIENTOS SETENTA Y CUATRO Y 00/100 SOLES, conforme al mecanismo establecido en dicho numeral.

5.11 Los recursos que transfiera el Ministerio de Economía y Finanzas, en virtud a lo dispuesto en el presente artículo, deberán ser incorporados por las entidades públicas respectivas en la finalidad presupuestal: "Entrega económica por prestaciones adicionales para la vacunación contra la COVID-19"; y el pago deberá realizarse en las partidas de gasto 2.1.1.9.3.11 "Entrega económica por prestaciones adicionales para la vacunación contra la COVID-19" y 2.3. 2 7.11. 8 "Entrega económica por prestaciones adicionales para la vacunación contra la COVID-19 para los contratos administrativos de servicios", en la Actividad 5006269: "Prevención, control, diagnóstico y tratamiento de Coronavirus".





No. ....  
ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL  
RODOLFO GUSTAVO RAMÍREZ APOLINARIO  
SECRETARIO DEL CONSEJO DE MINISTROS

# Decreto de Urgencia

5.12 La unidad ejecutora, bajo responsabilidad, debe registrar mensualmente la información de la ejecución de las entregas económicas por prestaciones adicionales para la vacunación contra la COVID-19 debidamente validada por el titular, de acuerdo al requerimiento efectuado por el Ministerio de Salud, en un plazo máximo de quince (15) días calendarios posteriores al término de cada mes. Dicha información es remitida por el Ministerio de Salud, a la Dirección General de Gestión Fiscal de los Recursos Humanos (DGGFRH) del Ministerio de Economía y Finanzas, en un plazo máximo de cinco (05) días calendario contados a partir del vencimiento del plazo anterior, para su registro en el Aplicativo Informático para el Registro Centralizado de Planillas y de Datos de los Recursos Humanos del Sector Público (AIRHSP).

A partir del vencimiento del plazo anterior, el Ministerio de Salud presenta la propuesta de decreto supremo al Ministerio de Economía y Finanzas a más tardar hasta el 23 de setiembre de 2022.

## Artículo 6.- De las faltas asociadas a la prórroga de contratos administrativos de servicios

Son faltas administrativas aplicables, al personal que ejerce la responsabilidad jefatural de la unidad ejecutora, de la oficina de recursos humanos, de la oficina de planificación y presupuesto, y de la oficina de remuneraciones, o las que hagan sus veces en las entidades comprendidas dentro del ámbito de aplicación del Decreto Legislativo N° 1153, Decreto Legislativo que regula la política integral de compensaciones y entregas económicas del personal de la salud al servicio del Estado; que, según su gravedad, pueden ser sancionadas con suspensión o destitución, las siguientes:

- 6.1. Prorrogar contratos administrativos de servicios (CAS) que no cuenten con certificación presupuestal por el periodo de vigencia del contrato.
- 6.2. Prorrogar contratos administrativos de servicios (CAS) que no cuenten con el correspondiente registro en el AIRHSP.
- 6.3. Reconocer o pagar honorarios, al personal que labora bajo los alcances del Decreto Legislativo N° 1057 diferentes a los registrados en el AIRHSP.
- 6.4. Reconocer o pagar conceptos remunerativos diferentes, al personal que labora bajo los alcances del Decreto Legislativo N° 1057, a los registrados en el AIRHSP; con excepción de aquellos autorizados por una norma con rango de ley.



RODOLFO GUSTAVO RAMIREZ APOLINARIO  
SECRETARIO DEL CONSEJO DE MINISTROS



6.5. Ornitir el registro del personal que labora bajo los alcances del Decreto Legislativo N° 1057, en el AIRHSP del Ministerio de Economía y Finanzas; y en el aplicativo informático INFORHUS, del Ministerio de Salud.



6.6. No mantener actualizado el registro del personal que labora bajo los alcances del Decreto Legislativo N° 1057, en el AIRHSP del Ministerio de Economía y Finanzas; y en el aplicativo informático INFORHUS, del Ministerio de Salud.



El personal, que ejerce la responsabilidad jefatural de la unidad ejecutora, de la oficina de recursos humanos, de la oficina de planificación y presupuesto, y de la oficina de remuneraciones, o las que hagan sus veces en las entidades comprendidas dentro del ámbito de aplicación del Decreto Legislativo N° 1153, cumple las reglas para la prórroga del contrato administrativo de servicios prevista en la presente norma, bajo responsabilidad administrativa, civil y penal. El deslinde de responsabilidades administrativas por la comisión de las faltas señaladas en el presente artículo se realiza conforme al procedimiento establecido en la Ley N° 30057, Ley del Servicio Civil y su Reglamento General, aprobado por Decreto Supremo N° 040-2014-PCM.

#### Artículo 7.- Responsabilidad y limitación sobre el uso de recursos

7.1 Los titulares de los pliegos bajo los alcances de la presente norma, son responsables de su adecuada implementación, así como del uso y destino de los recursos comprendidos en la aplicación del presente Decreto de Urgencia, conforme a la normativa vigente.



7.2 Los recursos que se transfieren en el marco del presente Decreto de Urgencia no pueden ser destinados, bajo responsabilidad, a fines distintos para los cuales son transferidos.

#### Artículo 8.- Financiamiento

Lo establecido en el presente Decreto de Urgencia se financia con cargo a los saldos disponibles del numeral 3.6 del artículo 3 del Decreto de Urgencia N° 009-2022, del numeral 2.8 del artículo 2 del Decreto de Urgencia N° 002-2022, del literal a) del numeral 43.1 y el numeral 43.4 del artículo 43 de la Ley N° 31365, Ley de Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2022, del Decreto Supremo N° 040-2022-EF; y con cargo a los recursos autorizados en el numeral 3.5 del artículo 3 y en el numeral 5.10 del artículo 5 del presente Decreto de Urgencia.



#### Artículo 9.- Vigencia

El presente Decreto de Urgencia tiene vigencia hasta el 31 de julio de 2022, salvo lo establecido en el artículo 5 y la Única Disposición Complementaria Final, los cuales se sujetan a los plazos previstos en dichas normas para el pago de las entregas económicas comprendidas en las mismas.



#### Artículo 10.- Refrendo

El presente Decreto de Urgencia es refrendado por el Presidente del Consejo de Ministros, el Ministro de Economía y Finanzas y el Ministro de Salud.



MINISTERIO DE SALUD



No.....

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

RODOLFO GUSTAVO RAMIREZ APOLINARIO  
SECRETARIO DEL CONSEJO DE MINISTROS



L. GIL C.



M. CASTAÑEDA

# Decreto de Urgencia

## DISPOSICIÓN COMPLEMENTARIA FINAL

ÚNICA.- Dispóngase que el Ministerio de Salud presenta al Ministerio de Economía y Finanzas la propuesta de decreto supremo para la implementación de lo establecido en el numeral 5.10 del artículo 5 del Decreto de Urgencia N° 009-2022, hasta el 22 de julio de 2022.

Dado en la Casa de Gobierno, en Lima, a los treinta días del mes de junio del año dos mil veintidós.

.....  
JOSÉ PEDRO CASTILLO TERRONES  
Presidente de la República

.....  
ANÍBAL TORRES VÁSQUEZ  
Presidente del Consejo de Ministros

.....  
JORGE ANTONIO LÓPEZ PEÑA  
Ministro de Salud

.....  
OSCAR GRAHAM YAMAUCHI  
Ministro de Economía y Finanzas



# DECRETO DE URGENCIA QUE ESTABLECE MEDIDAS EXTRAORDINARIAS DESTINADAS A GARANTIZAR LA ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD EN RESPUESTA A LA EMERGENCIA SANITARIA POR LA PANDEMIA POR LA COVID-19

## EXPOSICION DE MOTIVOS

### I. ANTECEDENTES GENERALES

La Ley N° 30895, que fortalece la función rectora del Ministerio de Salud señala la obligación de cumplir con las funciones de formular, planear, dirigir, coordinar, ejecutar, supervisar y evaluar la política nacional y sectorial de promoción de la salud, prevención de enfermedades, recuperación, rehabilitación en salud y buenas prácticas en salud, bajo su competencia, aplicable a todos los niveles de gobierno. Dictando las normativas pertinentes para tal fin.

En ese orden, el Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, establece que el Ministerio de Salud es la Autoridad de Salud a nivel nacional, según lo establecido en la Ley N° 26842, Ley General de Salud, tiene a su cargo la formulación, dirección y gestión de la política nacional de salud y es la máxima autoridad en materia de salud; teniendo entre sus competencias, según sus numerales 1, 3 y 7, la salud de las personas, las epidemias y emergencias sanitarias y los recursos humanos en salud, respectivamente.

En el marco de lo antes señalado y debido a la declaración de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de que el brote por el nuevo coronavirus (2019-nCov) constituye una Emergencia en Salud Pública, se emitió el Decreto Supremo N° 008-2020-SA, que declara Emergencia Sanitaria a nivel nacional por el plazo de noventa (90) días calendario y se dictan medidas de prevención y control de la Coronavirus (COVID-19), el que ha sido prorrogado mediante los Decretos Supremos N° 020-2020-SA, N° 027-2020-SA, N° 031-2020-SA, N° 009-2021-SA, N° 025-2021-SA y N° 003-2022-SA, este último prorroga la Emergencia Sanitaria a partir del 02 de marzo de 2022, por un plazo de ciento ochenta (180) días calendario; frente a lo cual, el Ministerio de Salud debe mantener las medidas necesarias para el estado de alerta y respuesta frente a la pandemia de la COVID-19.



Mediante el Decreto Supremo N° 016-2022-PCM, Decreto Supremo que declara Estado de Emergencia Nacional por las circunstancias que afectan la vida y salud de las personas como consecuencia de la COVID-19 y establece nuevas medidas para el restablecimiento de la convivencia social, se declara el Estado de Emergencia Nacional por el plazo de treinta y dos (32) días calendario; el cual ha sido prorrogado mediante los Decretos Supremos N° 030-2022-PCM, N° 041-2022-PCM y N° 058-2022-PCM este último por el plazo de treinta (30) días calendario, a partir del 1 de junio de 2022.



De otro lado, la evolución de la pandemia en el Perú, muestra que, al 17 de junio de 2022, se presentaron 3 590 882 casos confirmados de COVID-19, de ellos 213 324 fallecieron, es decir, la letalidad alcanzada en el país es de 5.9%. Describiéndose casos positivos en todos los departamentos del país, según se detalla a continuación:

REGIÓN	PCR (+)	PRUEBA RÁPIDA (+)	PRUEBA ANTIGENO (+)	TOTAL CASOS (+)	FALLECIDOS
AMAZONAS	9,336	18,720	16,185	44,241	1,346
ANCASH	24,095	29,016	76,167	129,278	7,191
APURIMAC	9,018	8,852	21,235	39,105	1,639
AREQUIPA	52,411	50,434	113,710	216,555	10,343
AYACUCHO	11,218	16,322	20,721	48,261	2,336
CAJAMARCA	29,544	28,896	37,857	96,297	4,474
CALLAO	65,499	36,629	45,409	147,537	10,523
CUSCO	24,362	25,674	67,536	117,572	5,179
HUANCAVELICA	4,420	8,346	13,107	25,873	1,275
HUANUCO	9,050	21,951	21,226	52,227	2,896
ICA	11,645	33,258	59,180	104,083	8,947
JUNIN	23,046	42,386	61,189	126,621	7,487
LA LIBERTAD	32,348	39,659	75,146	147,153	10,873
LAMBAYEQUE	25,420	35,397	45,033	105,850	9,251
LIMA METROPOLITANA	655,168	318,745	541,491	1,515,404	85,620
LIMA REGIÓN	17,701	31,739	67,893	117,333	7,756

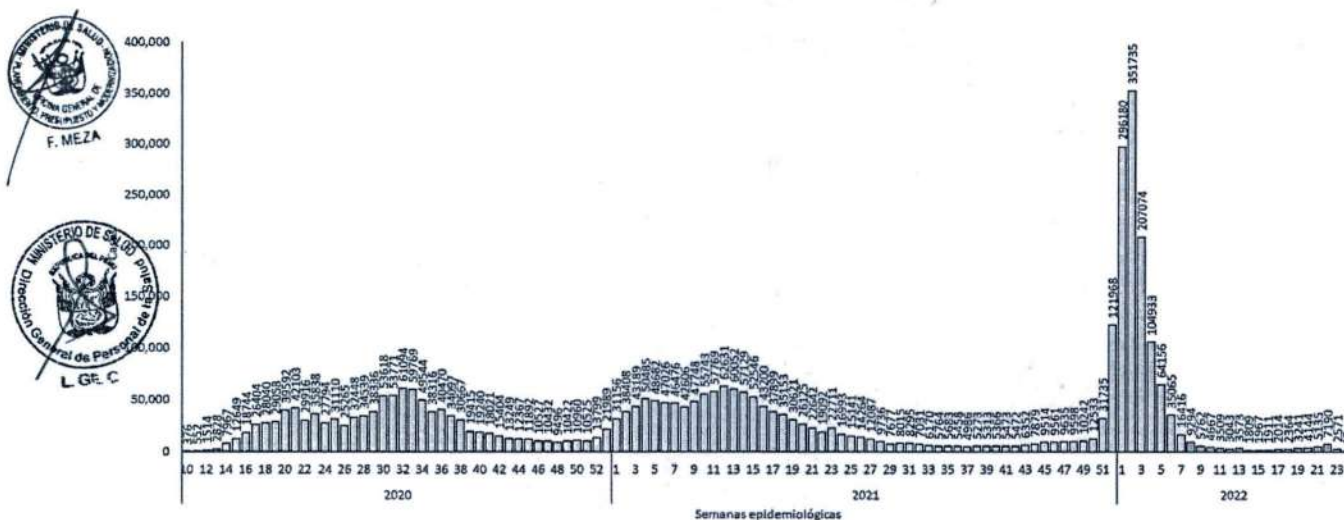
REGIÓN	PCR (+)	PRUEBA RÁPIDA (+)	PRUEBA ANTIGENO (+)	TOTAL CASOS (+)	FALLECIDOS
LORETO	11,022	28,226	18,766	58,014	4,396
MADRE DE DIOS	3,782	9,950	4,165	17,897	858
MOQUEGUA	13,340	18,225	17,584	49,149	1,633
PASCO	2,959	9,469	11,605	24,033	1,108
PIURA	17,174	46,753	94,890	158,817	13,109
PUNO	11,003	21,434	34,039	66,476	4,812
SAN MARTIN	10,363	28,817	22,695	61,875	3,169
TACNA	9,433	15,945	28,632	54,010	2,144
TUMBES	10,460	9,021	8,137	27,618	1,696
UCAYALI	6,483	22,016	11,104	39,603	3,263
<b>TOTAL</b>	<b>1,100,300</b>	<b>955,880</b>	<b>1,534,702</b>	<b>3,590,882</b>	<b>213,324</b>

Fuente: Sala Situacional COVID-19 Perú  
 Disponible en: [https://covid19.minsa.gob.pe/sala\\_situacional.asp](https://covid19.minsa.gob.pe/sala_situacional.asp)  
 Consultada el 17 de junio de 2022.

En este contexto, con relación a su evolución, la primera ola de casos sucedió entre las semanas epidemiológicas número 10 y 48 del año 2020; en tanto que, la segunda ola de pandemia por COVID-19 en el Perú se inició durante la semana epidemiológica número 50, en diciembre del 2020. Esta segunda ola presentó un "comportamiento más agresivo", no solo a nivel clínico, puesto que la evolución de los pacientes fue tórpida en la mayoría de los casos<sup>1</sup>, sino porque se instaló en un tiempo mucho más breve que su antecesora. Es decir, las cepas del virus SARS-Cov2 circulantes en nuestro medio se caracterizaron por ser más virulentas y poseer una alta tasa de transmisibilidad.

La segunda ola alcanzó su pico más alto durante la semana epidemiológica 12 del año 2021, tras lo cual ha presentado un descenso sostenido hasta la semana epidemiológica 29 del año 2021, desde cuando muestra un comportamiento estacionario hasta la semana epidemiológica número 50 del año 2021, dándose inicio a la tercera ola, tras la cual se evidencia un marcado incremento de casos el mismo que se mantuvo hasta la cuarta semana epidemiológica de 2022, tras la cual se evidencia un descenso, el mismo que se mantiene a la fecha:

### Tendencia de casos confirmados de COVID-19, por semana epidemiológica, Perú 2020 – 2022

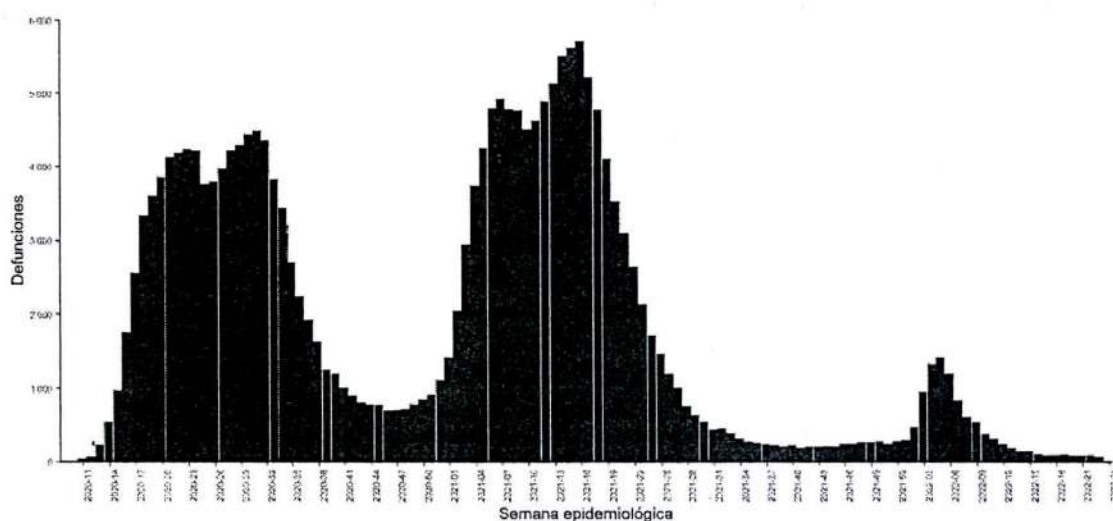


Fuente: CDC. Situación Actual COVID-19. Perú 2021-2022, 15 de junio de 2022.  
 Disponible en: <https://www.dge.gob.pe/portal/docs/tools/coronavirus/coronavirus150622.pdf>

De la misma forma, con el incremento de casos descrito en la tercera ola se evidencia un incremento en el número de fallecimientos, el cual se prolonga hasta la 13° semana epidemiológica, tras lo cual se evidencia un descenso sostenido hasta la presente semana epidemiológica, según se detalla a continuación:

<sup>1</sup> [https://www.dge.gob.pe/epipublic/uploads/boletin/boletin\\_20218.pdf](https://www.dge.gob.pe/epipublic/uploads/boletin/boletin_20218.pdf)

## Tendencia de defunciones por la COVID-19, según semana de defunción, Perú 2020 – 2022



Fuente: CDC. Situación Actual COVID-19. Perú 2021-2022, 15 de junio de 2022.  
 Disponible en: <https://www.dge.gob.pe/portal/docs/tools/coronavirus/coronavirus150622.pdf>

En la siguiente tabla se evidencia que, durante el inicio de la tercera ola el promedio de casos semanales confirmados se elevó de 1 758 casos promedio, durante la SE 50-2021, a 63 770 casos promedio, durante la SE 03-2022. Tras lo cual el promedio de casos semanales disminuye en todas las regiones del país, hasta alcanzar un comportamiento estacionario, según se detalla a continuación:

DEPARTAMENTO	2021		2022																							
	01-53	01-52	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
AMAZONAS	52	40	175	354	365	288	142	70	36	19	16	13	10	7	3	2	2	1	1	0	1	1	2	1	0	0
ANCASH	94	147	1,640	1,711	862	474	261	184	95	62	72	68	64	69	48	35	44	26	26	32	31	39	38	44	1	0
APURIMAC	24	52	262	371	365	260	156	91	46	24	20	13	12	6	3	2	2	1	1	0	1	1	1	3	0	0
AREQUIPA	142	195	2,062	3,869	3,081	1,901	1,018	500	238	127	83	60	47	34	28	20	22	16	14	15	23	31	42	80	47	2
AYACUCHO	44	54	280	574	445	223	118	50	30	14	9	9	5	5	6	2	1	1	2	1	0	1	2	1	0	0
CAJAMARCA	74	115	666	1,200	877	488	273	137	73	32	14	12	16	15	7	4	7	4	2	1	2	1	2	6	5	0
CALLAO	126	180	1,570	1,754	776	493	193	88	33	20	21	16	8	9	10	4	6	7	7	7	17	19	19	27	7	0
CUSCO	74	150	1,402	1,589	935	482	249	135	79	40	26	22	16	13	10	7	9	5	9	11	14	17	22	17	1	0
HUANCAVELICA	22	24	136	352	291	203	124	64	43	23	13	9	8	6	3	2	2	1	1	0	0	1	1	0	0	0
HUANUCO	62	49	548	500	268	143	87	43	25	15	13	9	6	4	2	3	3	1	1	1	1	3	1	0	0	0
ICA	94	86	1,652	1,808	998	518	201	94	53	22	18	14	14	11	7	5	5	7	4	7	7	6	6	10	5	0
JUNIN	86	168	1,048	1,525	892	601	286	156	88	52	36	31	28	18	15	9	7	6	5	3	7	6	9	12	5	0
LA LIBERTAD	111	165	2,135	2,193	1,241	499	223	114	53	45	22	18	20	8	6	10	5	8	6	8	6	9	7	19	0	0
LAMBAYEQUE	97	98	1,739	1,596	793	380	160	65	32	58	23	12	8	6	4	4	3	3	2	4	5	4	4	10	4	0
LIMA	1,223	1,584	20,626	21,140	11,369	4,930	4,112	2,278	1,011	556	294	255	170	142	303	111	119	152	187	225	320	432	541	720	245	7
MOQUEGUA	27	12	55	139	162	65	34	18	12	5	5	5	2	3	1	2	2	0	1	1	0	1	0	2	2	0
MORONA BALSAS	47	38	291	600	744	438	249	110	56	21	11	11	5	3	3	3	2	2	4	5	9	8	11	19	13	0
NAYAJA	20	27	243	273	198	100	67	35	16	7	6	5	2	1	2	2	3	3	1	0	0	1	3	0	0	0
PIURA	128	151	2,489	2,869	1,385	620	283	179	68	49	40	44	34	26	17	14	9	5	3	3	4	4	6	12	0	0
PUNO	56	63	592	1,074	696	383	193	86	52	29	25	22	17	17	16	10	13	10	8	11	10	7	6	9	3	0
SAN MARTIN	75	67	584	456	206	84	34	20	6	5	3	3	1	1	0	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0
TACNA	43	47	408	1,104	706	412	201	76	35	17	9	6	3	1	1	2	2	2	0	1	3	2	10	16	9	1
TUMBES	27	27	64	122	155	164	156	255	86	50	19	9	5	12	1	1	0	1	1	0	0	0	1	1	0	0
UCAYALI	58	31	154	319	254	131	58	21	8	3	2	2	3	7	4	7	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0

Fuente: CDC. Situación Actual COVID-19. Perú 2021-2022, 15 de junio de 2022  
 Disponible en: <https://www.dge.gob.pe/portal/docs/tools/coronavirus/coronavirus150622.pdf>  
 Consultada el: 27 de mayo de 2022

\*Nota: La información de las últimas 2 semanas pueden sufrir variación debido que se encuentra en proceso de actualización por las unidades notificantes.

Es decir, solo durante la tercera semana epidemiológica del año 2022, el promedio de casos semanales se ha incrementado en un 2 833% respecto de la semana epidemiológica número 50, la cual puede ser considerada la última semana de silencio epidemiológico, y ha superado en más del 590% los picos de casos observados durante la primera ola (8 404 casos promedio por semana) y segunda ola (8 947 casos promedio por semana).

Por otro lado, la evolución de la pandemia en el Perú debe ser analizada en el marco del arribo de nuevas cepas o variantes de la COVID-19. De acuerdo a la Organización Panamericana de la Salud, la aparición de mutaciones es un evento natural y esperado dentro del proceso de evolución de los virus. Es así que, desde la identificación inicial del SARS-CoV-2, hasta enero de 2022, se ha demostrado que la dispersión



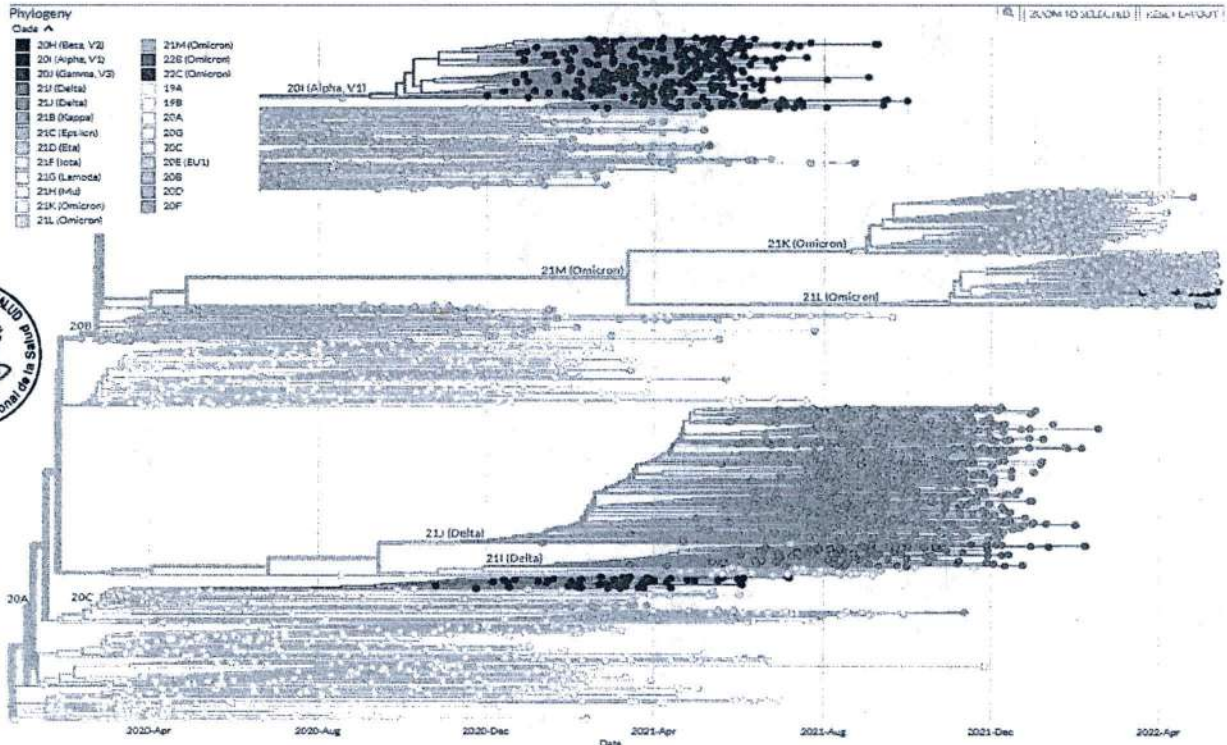
global del SARS-CoV-2 no solo es global en cuanto a la especie corresponde, sino que también sus diferentes variantes han sido descritas y secuenciadas en los cinco continentes, según consta en diferentes bases de datos genómicas de acceso público <sup>2</sup>.

En el siguiente gráfico se evidencia la dispersión de las diferentes cepas a través del tiempo, en el mismo se evidencia la preponderancia de las cepa ómicron y sus variantes:

Genomic epidemiology of SARS-CoV-2 with subsampling focused globally since pandemic start

Built with nextstrain/nCoV. Maintained by the Nextstrain team. Enabled by data from GISAID

Showing 29 26 of 2926 genomes sampled between Dec 2019 and May 2022.



Fuente: GISAID

Disponible en: <https://www.gisaid.org/phyloinformatics/global/nextstrain/>, consultado el 27 de mayo de 2022.

Debido a la gran variabilidad de cepas, la Organización Mundial de la Salud, ha clasificado las mismas de acuerdo a su significancia clínica, de acuerdo al siguiente detalle <sup>3</sup>:

**Variantes preocupantes**, variantes que han demostrado, tras una evaluación comparativa, que está asociada a uno o más de los siguientes cambios en un grado que resulte significativo para la salud pública mundial

- Aumento de la transmisibilidad o cambio perjudicial en la epidemiología de la COVID-19;
- Aumento de la virulencia o cambio en la presentación clínica de la enfermedad; o
- Disminución de la eficacia de las medidas sociales y de salud pública o de los medios de diagnóstico, las vacunas y los tratamientos disponibles.

DENOMINACIÓN DE LA OMS	LINAJE DE PANGO	CLADO LINAJE GISAID	CLADO NEXTRAIN	PRIMERAS MUESTRAS DOCUMENTADAS
Alfa	B.1.1.7	GRY	20I	Reino Unido, Set 2020
Beta	B.1.351	GH/501Y.V2	20H	Sudáfrica, May 2020
Gamma	P.1	GH/501Y.V3	20J	Brasil, Nov 2020
Delta	B.1.617.2	G/478K.V1	21A,21I,21J	India, Oct 2020
Ómicron	B.1.1.529	GR/484A	21K	Varios países, Nov 2020

**Variantes de interés**, son variantes del SARS-CoV-2 que presentan cambios en el genoma que, según se ha demostrado o se prevé, afectan a características del virus como su transmisibilidad, la

<sup>2</sup> GISAID. Disponible en: <https://platform.gisaid.org>, consultado el 12 de junio de 2021

<sup>3</sup> OMS. Seguimiento de las variantes del SARS-CoV-2.

Disponible en: <https://www.who.int/es/activities/tracking-SARS-CoV-2-variants>

Consultada el 30 de noviembre de 2021.

gravedad de la enfermedad que causa y su capacidad para escapar a la acción del sistema inmunitario, ser detectado por medios diagnósticos o ser atacado por medicamentos; y según se ha comprobado, dan lugar a una transmisión significativa en medio extrahospitalario o causan varios conglomerados de COVID-19 en distintos países, con una prevalencia relativa creciente y ocasionando números cada vez mayores de casos con el tiempo, o bien que presentan, aparentemente, otras características que indiquen que pueden entrañar un nuevo riesgo para la salud pública mundial.

DENOMINACIÓN DE LA OMS	LINAJE DE PANGO	CLADO LINAJE GISAID	CLADO NEXTRAIN	PRIMERAS MUESTRAS DOCUMENTADAS
Lambda	C37	GR/452Q.V1	21G	Perú, Dic 2020
Mu	B.1.621	GH	21H	Colombia, Ene 2021

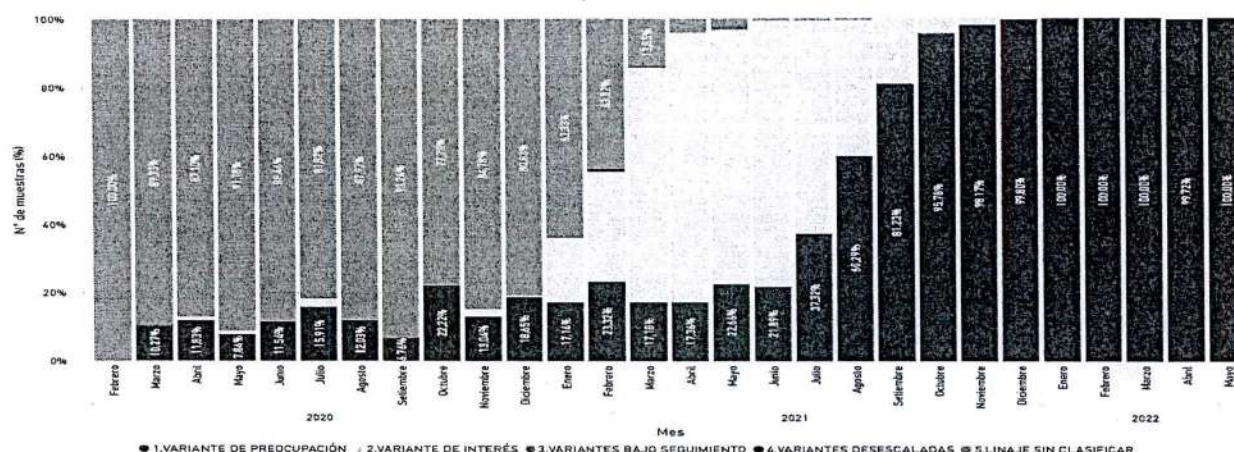
**Variantes bajo vigilancia**, cualquier variante del SARS-CoV-2 que presente modificaciones en el genoma que, según se sospeche, puedan afectar a las características del virus y parezcan indicar que la variante puede entrañar riesgos en el futuro, a pesar de que no se disponga de pruebas claras de los cambios que pueda causar en el fenotipo o en las características epidemiológicas del virus y sea necesario mantener el seguimiento y continuar estudiándola hasta que no se disponga de más información.

LINAJE DE PANGO	CLADO LINAJE GISAID	CLADO NEXTRAIN	PRIMERAS MUESTRAS DOCUMENTADAS
AZ.5	GR	-	Varios países, Ene 2021
C1.2	GR	-	Sudáfrica, May 2020
B.1.617.1	G/452R.V3	21B	India, Oct 2020
B.1.526	GH/253G.V1	21F	EE. UU., Nov 2020
B.1525	G/484K.V3	21D	Varios países, Dic. 2020
B1.630	GH	-	Rep. Dominicana, Mar 2021
B.1640	GH/490R	-	Rep. Democrática Congo, Set 2021



En el Perú, el Instituto Nacional de Salud a través de la plataforma de vigilancia genómica instalada en el Laboratorio de Biomedicina, viene realizando la secuenciación genómica de pacientes con prueba molecular positiva para SARS-CoV-2, con el objetivo de identificar variantes presentes en el país.

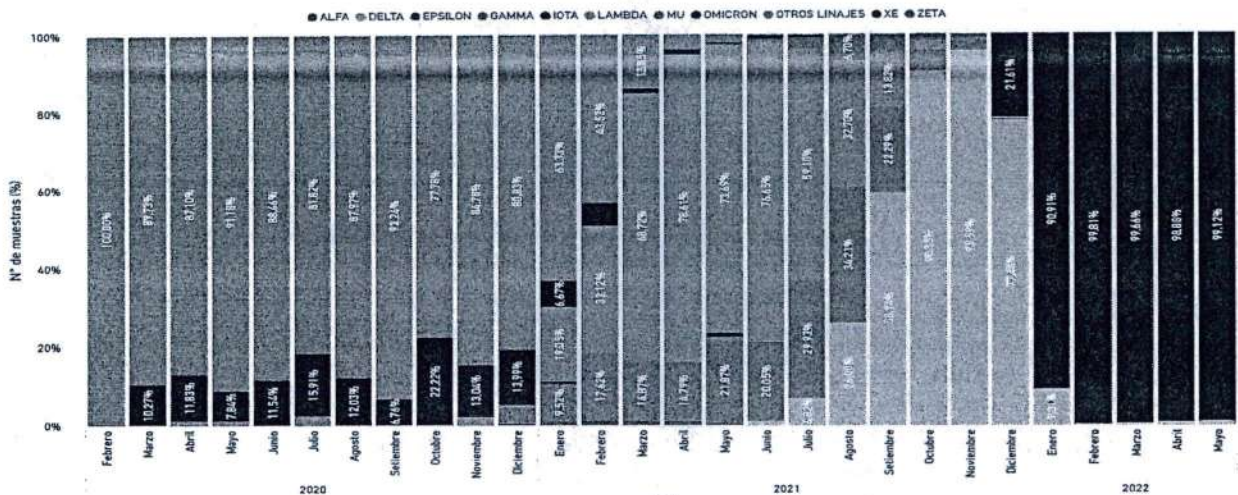
Es así, en el territorio nacional se ha identificado un incremento en las variantes de preocupación, las cuales han pasado de representar el 10,5% en el mes de enero de 2021 al 100% en el mes de mayo de 2022, según se detalla a continuación <sup>4</sup>:



Dentro de las variables de preocupación, la variante **delta**, que era inexistente durante los meses de enero a mayo de 2021, fue reportada por primera vez durante el mes de junio del mismo año, alcanzando a representar el 94.9% de las muestras procesadas hasta el mes de noviembre de 2021; es decir, el predominio de dicha variante se produjo luego de siete meses de su introducción al país. Por su parte la variante **ómicron** se describió por primera vez durante el mes de diciembre de 2021, a febrero de 2022

<sup>4</sup> INS. Secuenciamiento Genético del Virus SARS-CoV-2, actualizado al 19 de marzo de 2022, disponible en: [https://www.minsa.gob.pe/reunis/data/secuenciacion\\_genomica.asp](https://www.minsa.gob.pe/reunis/data/secuenciacion_genomica.asp)

representa ya el 100% de los casos, es decir, en solo dos meses se convirtió en la variable predominante en el país, manteniéndose hasta la fecha, según se detalla a continuación:



De los gráficos precedentes se desprende que la tercera ola de la pandemia en el Perú se produjo debido fundamentalmente a las variables de preocupación Delta y Ómicron, las cuales se caracterizan por una alta tasa de transmisibilidad y consecuentemente un marcado incremento de la demanda de servicios de salud en todos los niveles de atención, con variaciones en el flujo de pacientes en cada ola pandémica.

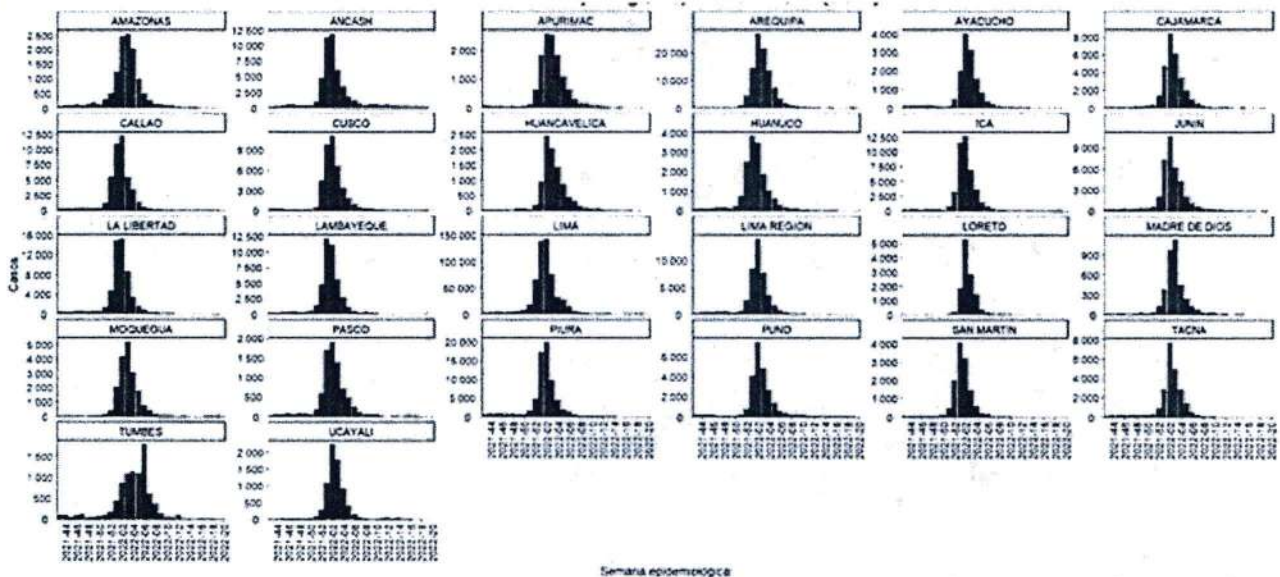


### 1.2. Estimación de escenarios

Conforme al Informe Técnico N° IT - CDC N° 095-2022 "Proyección de escenarios de la cuarta ola de COVID-19 en el Perú", elaborado por el CDC, la curva epidémica nacional de la COVID-19 presenta una tendencia estacionaria de los casos confirmados, considerando la semana 09-2022 como el inicio del periodo estacionario. Asimismo, se observa la misma tendencia estacionaria en todos los departamentos; excepto el departamento de Moquegua, la provincia Constitucional del Callao y Lima Metropolitana, que presentan un leve incremento durante las últimas semanas.



TENDENCIA DE CASOS CONFIRMADOS DE LA COVID-19, POR FECHA DE INICIO DE SINTOMAS, TERCER OLA POR DEPARTAMENTOS, PERÚ 2021\*- 2022\*

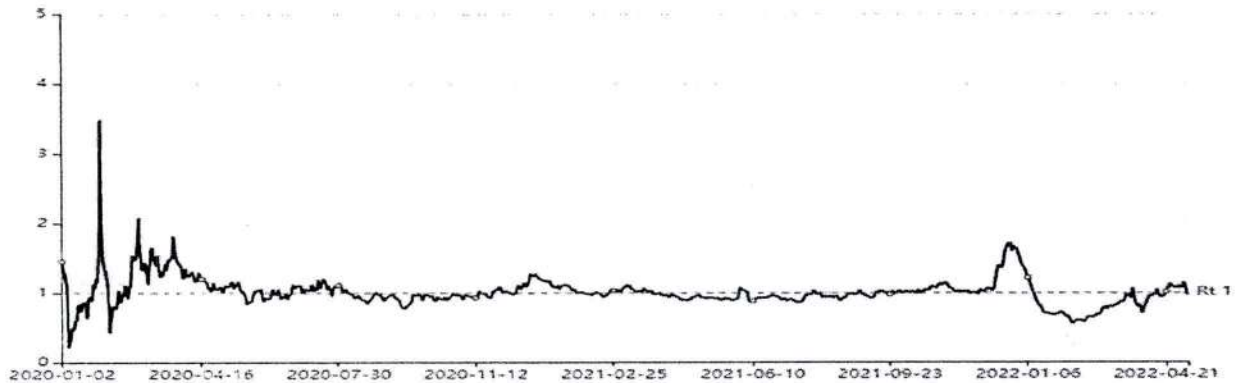


Elaborado por: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades-MINSA  
 \*Desde la SE 43-2021 hasta el 22 de mayo del 2022

Asimismo, el  $R_t$  (número reproductivo efectivo) representa el riesgo de la transmisión del virus, cuando el  $R_t < 1$  se considera que se estaría controlando la enfermedad y que se ha estabilizado su transmisión, cuando el  $R_t > 1$  la transmisibilidad es mayor dentro de la población. En el contexto de la tercera ola, el  $R_t$  nacional es de 0.965 (IC 95% 0.929 a 1.001) a nivel nacional, el  $R_t$  en los departamentos del país está por debajo de 1, excepto los departamentos de Madre de Dios, Callao,

Arequipa, Moquegua, Tacna, Ica, Cusco, Lima, Lambayeque, Ancash, Loreto y Cajamarca. Además, la mortalidad y el exceso de mortalidad por COVID-19 presenta una tendencia al descenso coincidiendo con el reporte de defunciones durante la última semana (SE 19-2022). Finalmente, las hospitalizaciones de pacientes COVID-19 y pacientes en UCI COVID-19, presentan una tendencia al descenso durante las últimas semanas.

Rt ESTIMADO DE COVID-19, PARA EL PERÚ Y DEPARTAMENTOS 2020 – 2022



Elaborado por: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades-MINSA \*Desde la SE 43-2021 hasta SE 12-2022



La prospectiva de la pandemia y la ocurrencia de una cuarta ola pandémica depende de varios factores, entre los más importantes tenemos: la magnitud de la inmunidad natural y por vacunas, que van a prevenir infección por COVID-19 (aunque las variantes tienen mecanismos de escape que eluden el sistema inmune y se puede presentar la infección), así como la ocurrencia de casos severos y fallecidos, donde las vacunas son muy importantes. Con respecto a la inmunidad natural a lo largo de las tres olas se han infectado y reinfectado una proporción importante de la población (Se estima que un 60 a 70%), además, se suma la inmunidad por vacunas en el país tenemos una cobertura de más del 80% con dos dosis y de 46% con tres dosis. Por otro lado, esta la duración de los anticuerpos neutralizantes, que van disminuyendo con el tiempo, y se va perdiendo la efectividad con respecto a la infección, pero se mantiene la protección frente a la severidad y mortalidad producto de la inmunidad celular.



Otro factor importante es el virus *per sé*, así como sus variantes, que pueden tener características particulares, con respecto a la transmisibilidad, mecanismos de escape frente al sistema inmune, además de la virulencia. Otro punto importante es el comportamiento de la población que genera una mayor exposición a la infección así como mayor movilidad, principalmente durante los feriados cívicos religiosos o días festivos.

Otro factor es las medidas de prevención y control de los brotes que se puedan presentar en el período de la cuarta ola. En este contexto se plantean tres escenarios:

- **Escenario leve:** Cuarta ola con las características de la variante ómicron pero de menor magnitud en términos de casos, hospitalizados y fallecidos.
- **Escenario moderado:** Cuarta ola con las características de la variante ómicron, es decir con la misma magnitud en términos de casos, hospitalizados y fallecidos.
- **Escenario severo:** Cuarta ola nueva variante con las características similares a la virulencia de delta/lambda que ocasionaría un mayor número de hospitalizados y fallecidos.
- **Escenario extremo:** Cuarta ola nueva variante con las características similares a la virulencia de Delta/Lambda que ocasionaría un mayor número de hospitalizados y fallecidos con un virus con cambios antigénicos grande, que podrían ocasionar una ola antes de tiempo.

Periodo estacionario, es decir entre la tercera y cuarta ola, se va a prolongar por lo menos desde abril hasta noviembre de este año, con brotes en algunas regiones del país ocasionadas probablemente por la subvariante BA.2 de la variante ómicron.

Los virus cambian constantemente a través de la mutación, cuando un virus tiene una o más mutaciones nuevas, se denomina variante del virus original. Actualmente, se tienen como preocupantes dos variantes

del virus (SARS-CoV-2) que causa la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19), la variante Delta y la Ómicron.

La variante Delta, es casi dos veces más contagiosa que otras variantes anteriores y puede causar una enfermedad más grave. El mayor riesgo de transmisión se da entre las personas no vacunadas.

La variante Ómicron, se propaga con más facilidad que otras variantes, incluso la delta. Sin embargo, causa una enfermedad menos grave. Actualmente, se está observando una nueva variedad denominada XE y es una combinación de las mutaciones BA.1 y BA.2 de la variante ómicron del COVID-19. Esta variante tiene un nivel de transmisión 10% mayor que la BA.2.

Se espera que las personas que tienen el esquema completo de vacunación puedan contraer infecciones posvacunación y transmitir el virus a otras personas. Sin embargo, se espera que las vacunas contra la COVID-19 sean eficaces para prevenir la forma grave de la enfermedad.

A la fecha se han reportado 3386 casos de variante Ómicron, en todos los departamentos a nivel nacional, asimismo, se ha detectado la circulación de los linajes BA.1 y BA.2.

### 1.2.1. Metodología y estimación de escenarios

Conforme al Informe Técnico N° IT - CDC N° 095-2022 "Proyección de escenarios de la cuarta ola de COVID-19 en el Perú", elaborado por el CDC, Se han realizado los cálculos de escenarios que se espera para una cuarta ola de la COVID-19, a continuación, se detalla la metodología:

- **Casos de la tercera ola:** Considerar los casos confirmados reportados desde la semana 01-2022 hasta la semana 13-2022.
- **Casos del periodo estacionario entre la tercera y la cuarta ola:** Considerar casos confirmados durante el periodo estacionario entre la segunda y tercera ola.
- **Casos de la cuarta ola:** Considerar los casos confirmados en la tercera ola desde la semana 49-2021 por el 80%.
- **Número de vacunados con 2da dosis y 3era dosis:** Población vacunada solo con segunda dosis y población vacunada con 3 era dosis (vacunados con las 3 dosis completas)
- **No vacunados:** La población que aún no recibe ninguna dosis y las que recibieron una sola dosis.
- **Confirmados:** La multiplicación del total de casos en la cuarta ola y la proporción de casos por departamento (estimado en base a las olas anteriores).
- **Hospitalizados:** La multiplicación de los casos confirmados por departamento y la proporción de los hospitalizados por departamento (estimado en base a las olas anteriores).
- **Hospitalizados en UCI:** La multiplicación de los hospitalizados por departamento y la proporción de los hospitalizados en UCI COVID-19 por departamentos (estimado en base a las olas anteriores).
- **Defunciones por la COVID-19:** La multiplicación del total de defunciones en la cuarta ola y la proporción de casos por departamento (estimado en base a las olas anteriores).

**Escenario leve:** Considerando que continúe la tendencia estacionaria observada a nivel nacional, la pandemia por la COVID-19 se encontraría el período estacionario, que inició en la semana 09 y podría extenderse aproximadamente por 34 semanas, periodo en el cual pueden presentarse brotes focalizados de la COVID-19; estimándose 315,464 casos de la COVID-19, con un promedio de 9278 casos semanales y un total de 3,268 defunciones con un promedio de 96 defunciones semanales.

Ante una cuarta ola, esta iniciaría aproximadamente en la semana 43-2022 con una actividad epidémica similar a la presentada durante el predominio de la variante Ómicron en la tercera ola, de presentación explosiva pero con un menor reporte de casos, menor reporte de defunciones, hospitalizados y hospitalizados en UCI-COVID. Durante este periodo, se estima un reporte de 1,028,736 casos y 4,819 defunciones por la COVID-19.

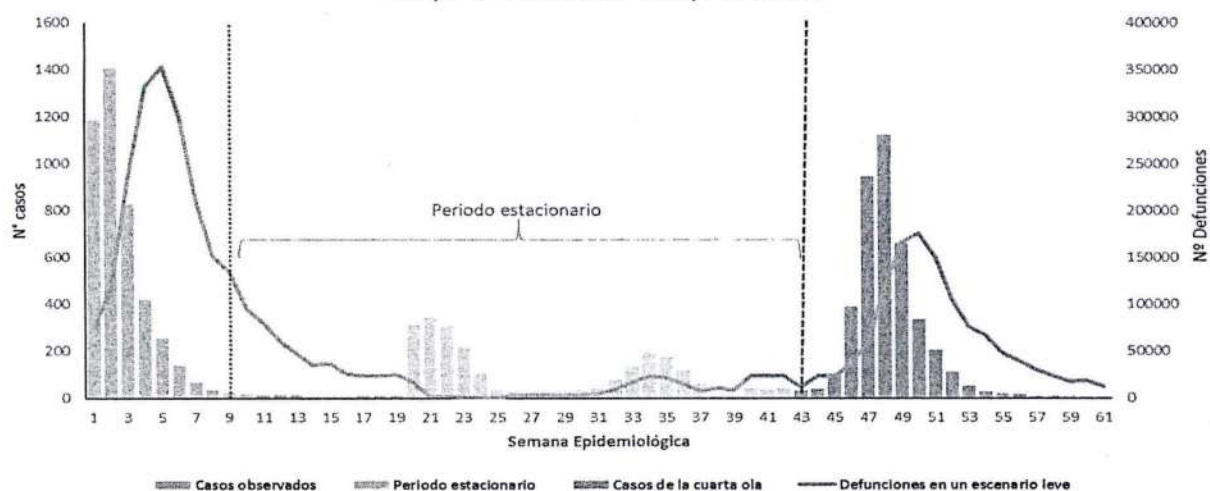


F. MEZA



L. GIL C.

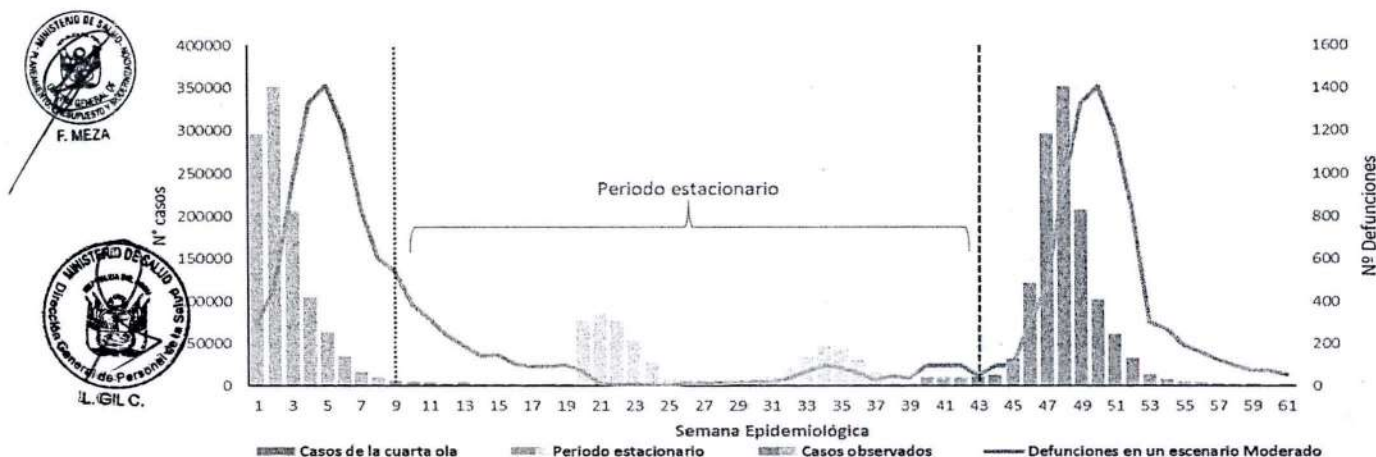
### Estimación de casos y defunciones de la COVID-19 por semana epidemiológica, en un escenario leve, ante una cuarta ola, Perú 2022



Elaborado por: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades-MINSA

**Escenario moderado:** Ante una cuarta ola, esta iniciaría aproximadamente en la semana 43-2022 con una actividad epidémica similar a la presentada durante el predominio de la variante Ómicron en la tercera ola, con una presentación explosiva en un menor periodo de tiempo. Se estima un reporte de 1,268,398 casos y 7,902 defunciones por la COVID-19 durante este escenario.

### Estimación de casos y defunciones de la COVID-19 por semana epidemiológica, en un escenario moderado, ante una cuarta ola, Perú 2022\*



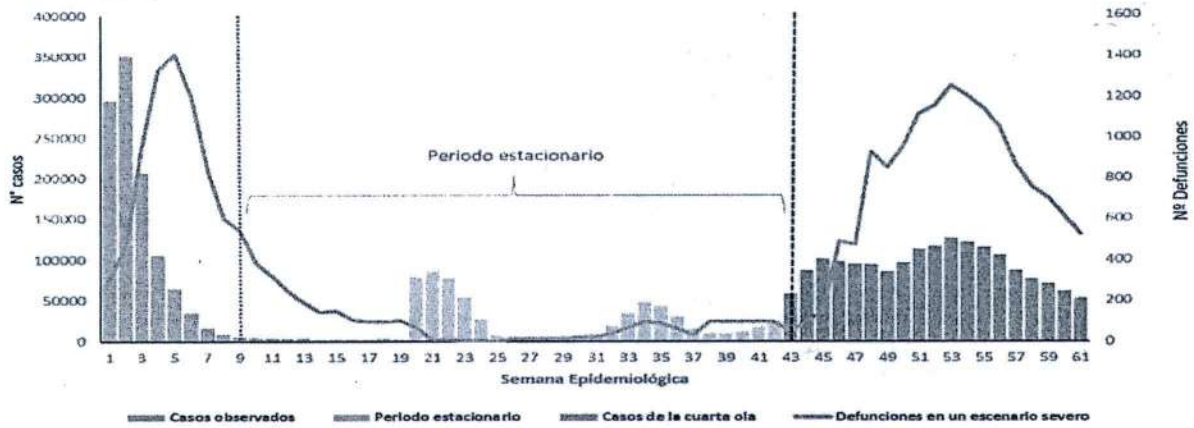
Elaborado por: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades-MINSA (\*)Hasta la semana 09-2023

**Escenario severo:** Considerando que continúe la tendencia estacionaria observada a nivel nacional, la pandemia por la COVID-19 se encontraría el período estacionario, que inició en la semana 09 y podría extenderse aproximadamente por 34 semanas, periodo en el cual pueden presentarse brotes focalizados de la COVID-19; estimándose 351,413 casos de la COVID-19, con un promedio de 10,336 casos semanales y un total de 3,378 defunciones con un promedio de 99 defunciones semanales.

Ante una cuarta ola, esta iniciaría aproximadamente en la semana 43-2022 con una actividad epidémica similar a la presentada durante el predominio de la variante Delta en la segunda ola, con una presentación de casos de incremento gradual en un tiempo prolongado, que podría extenderse incluso hasta las primeras semanas del siguiente año; mayor reporte de defunciones, hospitalizados y hospitalizados en UCI-COVID, durante este periodo. Se estima un reporte de 1,747,772 casos y 14,358 defunciones por la COVID-19 durante este escenario.

Este escenario, podría ocasionar una mortalidad similar a la presentada durante la segunda ola, con el predominio de la variante Delta. Sin embargo, las vacunas contra la COVID-19 han demostrado mayor efectividad ante esta variante, ya que, desde el inicio de la vacunación en la población el número de casos y defunciones inicio una tendencia al descenso.

**Estimación de casos y defunciones de la COVID-19 por semana epidemiológica, en un escenario severo, ante una cuarta ola, Perú 2022\***



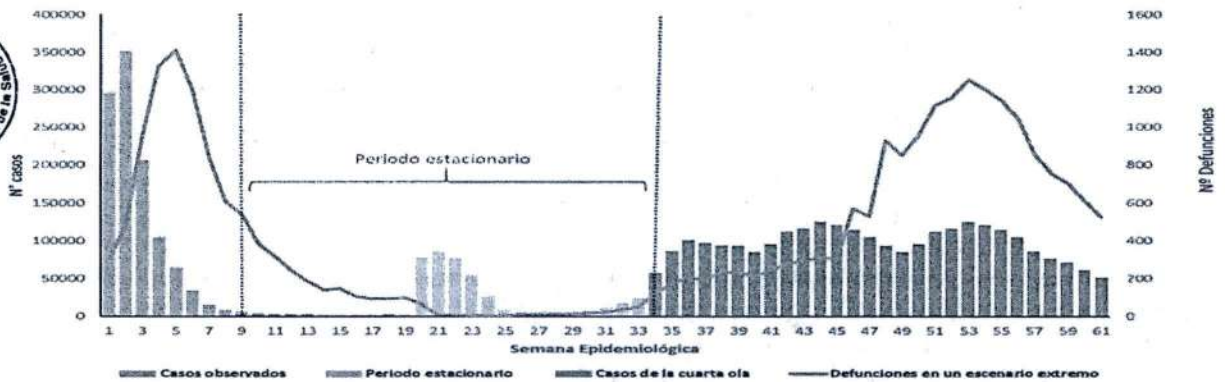
Elaborado por: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades-MINSA (\*)Hasta la semana 09-2023

**Escenario extremo:** Considerando que continúe la tendencia estacionaria observada a nivel nacional, la pandemia por la COVID-19 se encontraría el período estacionario, que inició en la semana 09 y podría extenderse aproximadamente por 25 semanas, periodo en el cual pueden presentarse brotes focalizados de la COVID-19; estimándose 133,042 casos de la COVID-19, con un promedio de 5322 casos semanales y un total de 2,609 defunciones con un promedio de 104 defunciones semanales.

Ante una cuarta ola, esta iniciaría aproximadamente en la semana 34-2022 con una actividad epidémica similar a la presentada durante el predominio de la variante Delta en la segunda ola, con una presentación de casos de incremento gradual en un tiempo prolongado, que podría extenderse incluso hasta las primeras semanas del siguiente año; mayor reporte de defunciones, hospitalizados y hospitalizados en UCI-COVID, durante este periodo. Se estima un reporte de 2,713,172 casos y 16,996 defunciones por la COVID-19 durante este escenario. Este escenario, podría ocasionar una mortalidad similar a la presentada durante la segunda ola, con el predominio de la variante Delta.



**Estimación de casos y defunciones de la COVID-19 por semana epidemiológica, en un escenario extremo, ante una cuarta ola, Perú 2022-2023\***



Elaborado por: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades-MINSA (\*)Hasta la semana 09-2023

Si se presenta una nueva variante en los siguientes meses, se estima se generen algunos brotes en algunas regiones del país, pero el impacto depende del momento del año en que se presente. El mayor impacto se da a partir de noviembre y diciembre. Ante una cuarta ola se pueda adelantar, pero deberían de cumplirse con los factores mencionados en párrafos previos.

En suma, las aproximaciones generadas ante una cuarta ola, se realizarán en base a los datos históricos del comportamiento de la COVID-19 en las olas pandémicas, al conocimiento actual y a los datos disponibles de la pandemia en el país. Sin embargo, existen limitaciones que no permiten que las estimaciones sean más precisas, como el comportamiento de la población frente a las medidas de prevención, el comportamiento del patógeno, la cobertura de las vacunas y la efectividad de la misma frente a la introducción de nuevas variantes.

De acuerdo con los escenarios de una cuarta ola, en un escenario leve se presentarían 1,028,736 casos con 4,819 defunciones; en un escenario moderado 1,268,398 casos con 7,902 defunciones; en un escenario severo 1,747,772 casos con 14,358 defunciones y 2,713,172 casos con 16,996 defunciones en un escenario extremo.

Asimismo, se estima que de presentarse un escenario grave, este se extendería hasta las primeras semanas del 2023, debido a que tendría una virulencia similar a lo reportado durante la segunda ola ocasionada por la variante Delta/Lambda, con un número de defunciones mayor a lo estimado en los escenarios anteriores.

### Estimación de casos de la COVID-19, según escenarios de una cuarta ola, Perú - 2022

Escenarios	Casos sintomáticos	Hospitalizados	Hospitalización en UCI	Defunciones
Escenario leve	1 028 736	61 704	1 585	4 819
Escenario moderado	1 268 398	76 078	1 954	7 902
Escenario severo	1 747 772	104 831	2 693	14 358
Escenario extremo	2 713 172	162 736	4 180	16 996

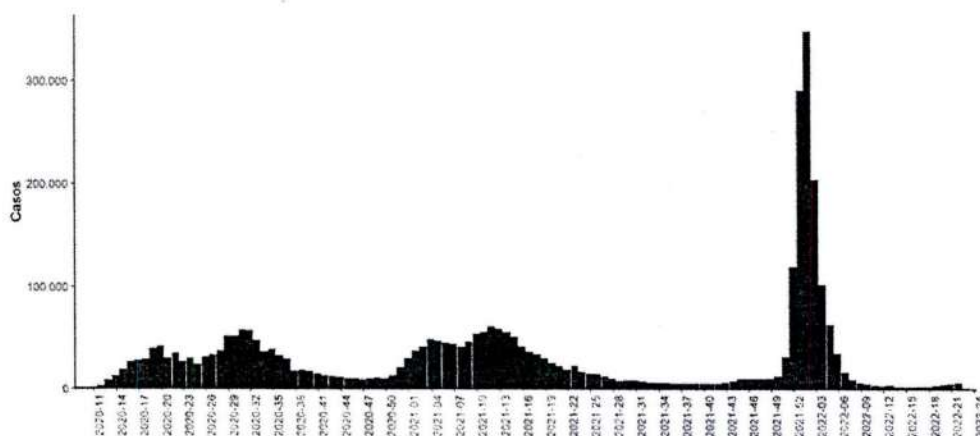
Elaborado por: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades-MINSA

Por lo antes expuesto, resulta de interés nacional y de carácter urgente adoptar medidas extraordinarias en materia económica y financiera que permitan al Ministerio de Salud, en el ámbito de sus competencias, destinar recursos para priorizar y fortalecer el sistema de vigilancia epidemiológica, con recursos humanos que permita darles continuidad a las acciones de vigilancia, con énfasis en el primer nivel de atención.

### 1.3. Situación epidemiológica nacional de la COVID-19, actualizada a la 23° semana epidemiológica 2022

De conformidad con el IT - CDC N° 103 – 2022, elaborado por el CDC Perú, a la 23° Semana Epimideologica correspondiente al año fiscal 2022 se han reportado de 3 592 765 casos de COVID-19 a nivel nacional, el 30.8% (1 105 843) se han reportado en 2020, el 36.8% (1 320 204) en el 2021 y el 32.47% (1 166 718) en lo que va del 2022.

Sobre el particular, entre las SE 14 a la 22, se observó un incremento de casos, de 1 809 casos en la SE 14 a 6 548 en la SE 22, valor por debajo del promedio de casos reportados en la primera (26 mil casos), segunda (25 mil casos) y tercera ola (46 mil casos), según se detalla a continuación:

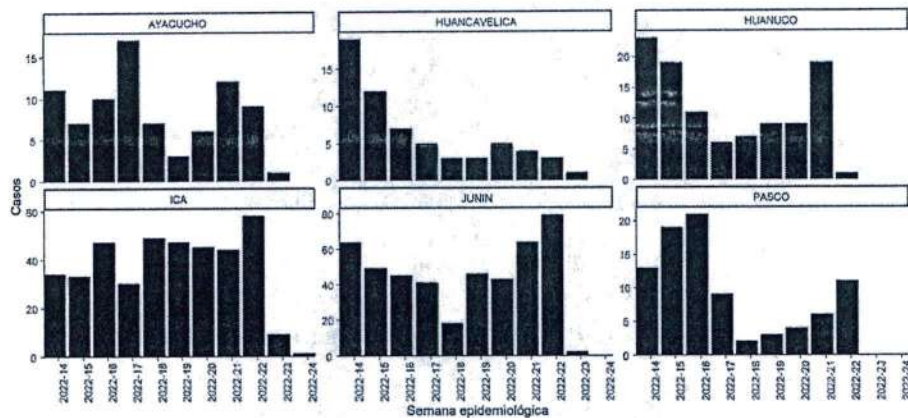


Elaborado por: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades-MINSA  
Fuente: NotiCovid, SISCOVID y NetLab

Nota: Reporte de casos hasta el 14 de junio del 2022; las dos últimas semanas se encuentra en regularización

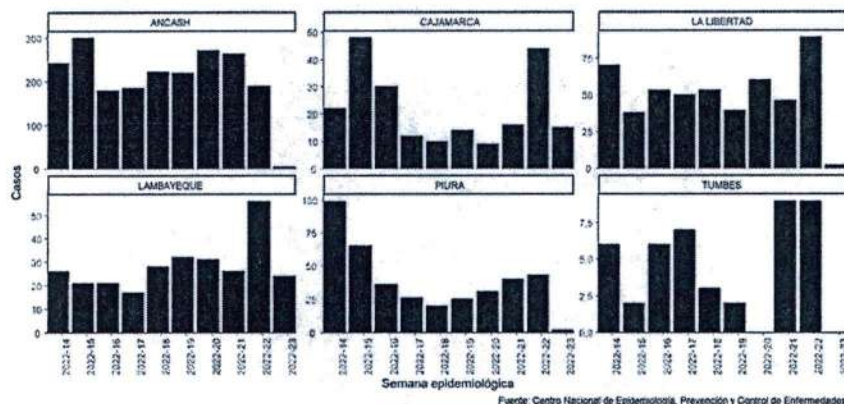
En cuanto al análisis macrorregional, en la Macro Centro, en el análisis por departamento, en las últimas 08 semanas, podemos observar que en el departamento de Ayacucho, Huanuco, Ica, Junin y pasco los casos presentan un incremento paulatino entre la SE 19 a la 22.





Fuente: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades  
 Elaborado por: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades-MINSA  
 Fuente: NotiCovid, SISCOVID y NetLab  
 Nota: Reporte de casos hasta el 14 de junio del 2022; las dos últimas semanas se encuentra en regularización

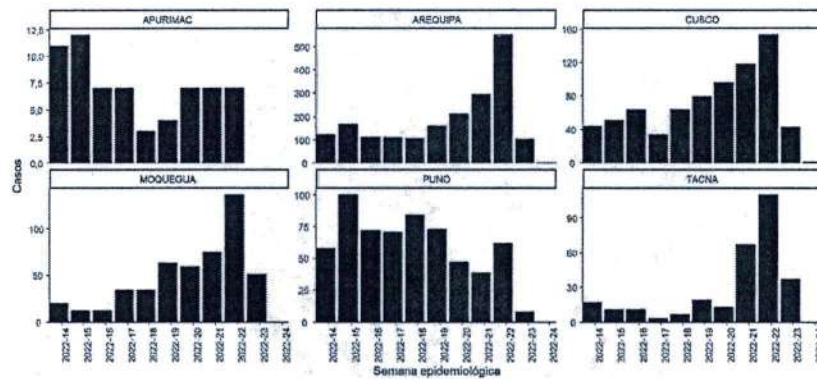
En la Macro Norte, en el análisis por departamento, en las últimas 08 semanas, podemos observar incremento de casos en todos los departamentos entre la SE 19 a la 22.



Fuente: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades  
 Elaborado por: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades-MINSA  
 Fuente: NotiCovid, SISCOVID y NetLab  
 Nota: Reporte de casos hasta el 14 de junio del 2022; las dos últimas semanas se encuentra en regularización

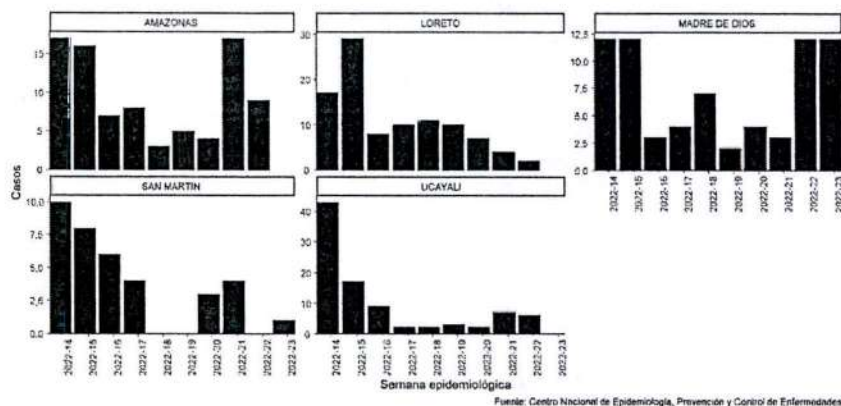


En la Macro Sur, en el análisis por departamento, en las últimas 08 semanas, podemos observar una tendencia al incremento en la SE 22 en todos los departamentos.



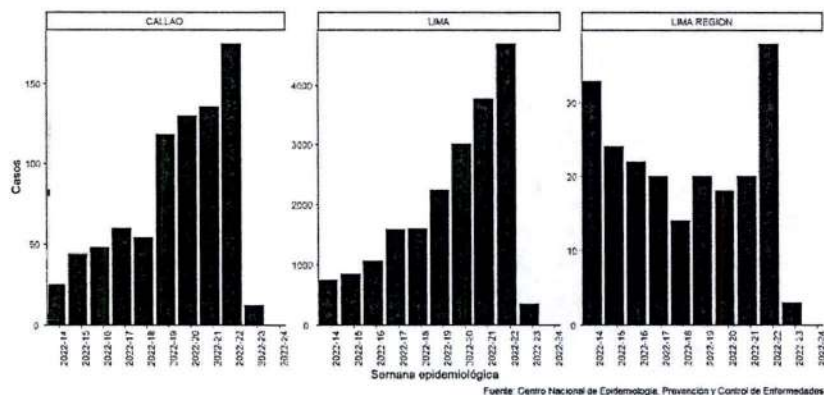
Fuente: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades  
 Elaborado por: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades-MINSA  
 Fuente: NotiCovid, SISCOVID y NetLab  
 Nota: Reporte de casos hasta el 14 de junio del 2022; las dos últimas semanas se encuentra en regularización

En la Macro Oriente, en el análisis por departamento, en las últimas 08 semanas, podemos observar una tendencia de incremento en la SE 21 en Amazonas y en la SE 22 Madre de Dios.



Elaborado por: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades-MINSA  
Fuente: NotiCovid, SISCOVID y NetLab  
Nota: Reporte de casos hasta el 14 de junio del 2022; las dos últimas semanas se encuentra en regularización

En la Macro Lima y Callao, en el análisis por departamento, en las últimas 08 semanas, podemos observar incremento paulatino de casos siendo el pico en la SE 22.



Elaborado por: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades-MINSA  
Fuente: NotiCovid, SISCOVID y NetLab  
Nota: Reporte de casos hasta el 14 de junio del 2022; las dos últimas semanas se encuentra en regularización



Si se presenta una nueva variante en las siguientes semanas, se estima que se generen algunos brotes en algunas regiones del país, pero el impacto depende del momento del año en que se presente. Así tenemos que, en la temporada de bajas temperaturas (SE 16 a SE 39), la población sufre los efectos adversos de las heladas y friaje, que se manifiestan en afectaciones a la salud, el cual podría incrementar los casos y brotes por la COVID-19.

Según la estimación de escenarios de la pandemia, se ha considerado 4 escenarios, escenario leve, escenario moderado, escenario severo y un escenario extremo; asimismo, considerando una tendencia estacionaria, que inició en la semana 09, podría extenderse aproximadamente por 34 semanas, periodo en el cual se pueden presentar brotes focalizados e incrementos de casos dispersos de la COVID-19. El mayor impacto se daría a partir de noviembre y diciembre. Pero ante la existencia de la cuarta ola se pueda adelantar

Finalmente, se conoce que, todos los años durante la temporada de bajas temperaturas (SE 16 a SE 39) la población sufren los efectos adversos de las heladas y friaje. Estos efectos se manifiestan en afectaciones a la salud, inclusive con pérdidas humanas. El cual probablemente podría influir en el incremento de casos y brotes por la COVID-19.

## II. ALCANCES DE LA PROPUESTA

### 2.1. MEDIDAS EXTRAORDINARIAS EN MATERIA DE CONTRATACIÓN DE PERSONAL DEL SECTOR SALUD

#### 2.1.1. ANTECEDENTES ESPECIFICOS

El Decreto de Urgencia N° 001-2022, de fecha 06 de enero de 2022, que en el numeral 3.1 del artículo 3, señala lo siguiente:

"3.1 Autorízase al Ministerio de Salud, al Instituto Nacional de Salud, al Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas y a las Unidades Ejecutoras de Salud de los Gobiernos Regionales, la contratación de personal bajo la modalidad del régimen especial del Decreto Legislativo N° 1057, Decreto Legislativo que regula el Régimen Especial de Contratación Administrativa de Servicios, para fortalecer la oferta de servicios de salud para la atención de casos confirmados y sospechosos de la COVID-19, para el fortalecimiento de los Centros de Vacunación contra la COVID-19, el fortalecimiento de la Red Nacional de Laboratorios en Salud Pública de las Direcciones Regionales de Salud y Gerencias Regionales de Salud; la implementación de los equipos de intervención integral, el fortalecimiento del Sistema de Atención Móvil de Urgencias (SAMU); así como al personal para la coordinación y monitoreo de macroregiones en el marco de la Emergencia Sanitaria causada por la COVID-19. Asimismo, autorizase contratar durante los meses de enero y febrero de 2022, a los reemplazos del personal registrado en el Aplicativo Informático para el Registro Centralizado de Planillas y de Datos de los Recursos Humanos del Sector Público (AIRHSP) cuyos registros se encuentran en condición de vacante."

Del mismo modo, el numeral 3.7 del citado dispositivo legal, establece:

"3.7 Autorízese a la Dirección General de Gestión Fiscal de los Recursos Humanos del Ministerio de Economía y Finanzas a reactivar los registros ocupados y vacantes en el AIRHSP al 31 de diciembre de 2021; y prorrogar la vigencia en el AIRHSP hasta el 28 de febrero de 2022 de los registros correspondientes a la modalidad del régimen especial del Decreto Legislativo N° 1057 para la atención de la COVID-19. Las entidades no pueden contratar sin el registro en el AIRHSP."

**El Decreto de Urgencia N° 002-2022**, de fecha 26 de febrero de 2022, que en el numeral 2.1 del artículo 2, señala lo siguiente:

"2.1 Exonérese al Ministerio de Salud, al Instituto Nacional de Salud, al Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas y a las Unidades Ejecutoras de Salud de los Gobiernos Regionales, en el marco de la emergencia sanitaria, durante los meses de marzo y abril de 2022, de lo dispuesto en el artículo 8 del Decreto Legislativo N° 1057, Decreto Legislativo que regula el régimen especial de contratación administrativa de servicios, con la finalidad de continuar con la contratación de personal bajo la modalidad del régimen especial del Decreto Legislativo N° 1057, para fortalecer y garantizar la sostenibilidad de acciones orientadas a una respuesta sanitaria oportuna y efectiva frente a la pandemia de la COVID-19, consistentes en: la oferta de servicios de salud para la atención de casos sospechosos y confirmados en los establecimientos de salud de los tres niveles de atención, los centros de aislamiento y atención temporal y los centros de oxigenoterapia temporal; los puntos y brigadas de vacunación; los equipos de intervención integral; las brigadas de intervención en comunidades indígenas; la Red Nacional de Laboratorios en Salud Pública de las Direcciones Regionales de Salud y Gerencias Regionales de Salud; el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica; el Sistema de Atención Móvil de Urgencias (SAMU) y Telemedicina; la coordinación nacional de las estrategias implementadas para contención y mitigación de la progresión de la pandemia y el monitoreo de las macroregiones. El personal contratado debe cumplir el perfil del puesto correspondiente."



Del mismo modo, el numeral 2.6 del citado dispositivo legal, establece:

2.6 Autorízese a la Dirección General de Gestión Fiscal de los Recursos Humanos del Ministerio de Economía y Finanzas a prorrogar los registros ocupados y vacantes en el AIRHSP al 28 de febrero de 2022; y prorrogar la vigencia en el AIRHSP hasta el 30 de abril de 2022 de los registros correspondientes a la modalidad del régimen especial del Decreto Legislativo N° 1057 para la atención de la COVID-19. Las entidades no pueden contratar sin el registro en el AIRHSP. Asimismo, autorizase al cambio de denominación del cargo funcional de los registros vacantes en el AIRHSP antes citados, a solicitud del Ministerio de Salud o de la entidad involucrada, previa justificación de la necesidad de servicio. Esta medida no implica la modificación del valor del registro.



**El Decreto de Urgencia N° 009-2022**, de fecha 07 de mayo de 2022, que en el numeral 3.1 y 3.2 del artículo 3, señala lo siguiente:

3.1 Autorízese a la Dirección General de Gestión Fiscal de los Recursos Humanos del Ministerio de Economía y Finanzas, a reactivar la vigencia de los registros correspondientes a la modalidad del régimen especial del Decreto Legislativo N° 1057 que se encontraban ocupados en el Aplicativo Informático para el Registro Centralizado de Planillas y de Datos de los Recursos Humanos del Sector Público (AIRHSP) al 30 de abril de 2022, hasta el 30 de junio de 2022, para fortalecer y garantizar la sostenibilidad de acciones orientadas a una respuesta sanitaria oportuna y efectiva frente a la pandemia de la COVID-19, consistentes en: la oferta de servicios de salud para la atención de casos sospechosos y confirmados en los establecimientos de salud de los tres niveles de atención; los centros de aislamiento y atención temporal y los centros de oxigenoterapia temporal; los puntos y brigadas de vacunación; los equipos de intervención integral; las brigadas de intervención en comunidades indígenas; la Red Nacional de Laboratorios en Salud Pública de las Direcciones Regionales de Salud y Gerencias Regionales de Salud; el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica; el Sistema de Atención Móvil de Urgencias (SAMU) y Telemedicina; la coordinación nacional de las estrategias implementadas para contención y mitigación de la progresión de la pandemia y el monitoreo de las macroregiones.

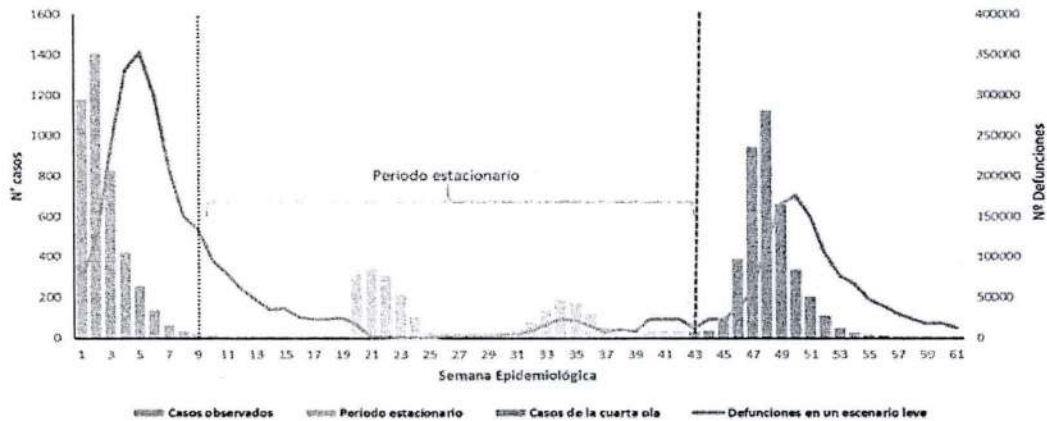
3.2 Autorízese al Ministerio de Salud, al Instituto Nacional de Salud, al Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas y a las Unidades Ejecutoras de Salud de los Gobiernos Regionales, la contratación de personal bajo la modalidad del régimen especial del Decreto Legislativo N° 1057, cuyos registros sean reactivados en el Aplicativo Informático para el Registro Centralizado de Planillas y de Datos de los Recursos Humanos del Sector Público (AIRHSP), conforme a lo establecido en el numeral precedente, hasta el 30 de junio de 2022, para realizar las actividades descritas en el citado numeral. Para tal efecto, y hasta el 30 de junio de 2022, las referidas entidades quedan exoneradas de lo dispuesto en el artículo 8 del Decreto Legislativo N° 1057, Decreto Legislativo que regula el régimen especial de contratación administrativa de servicios.

## 2.1.2. JUSTIFICACIÓN

### 2.1.2.1. Cuarta Ola

De acuerdo a los escenarios descritos anteriormente sobre una cuarta ola, en la que en un escenario leve se presentaría 1,028,736 casos y en un escenario extremo se tendría 2,713,172 casos; y, de presentarse este último, esta ola se extendería hasta las primeras semanas del 2023, debido a que tendría una virulencia similar a lo reportado durante la segunda ola ocasionada por la variante Delta/Lambda.

Por lo anterior y considerando la imprevisibilidad del comportamiento del COVID-19 con sus variantes, no se debe dejar de contar con la oferta de servicios de salud instalada, ya que la pandemia no se ha terminado y el período inter olas o estacionario debe ser aprovechado para fortalecer la capacidad de respuesta de los servicios de salud.



En ese sentido, corresponde la continuidad de los recursos humanos en salud que han sido entrenados y cuentan con las capacidades para el manejo de la pandemia, a manera de contención frente a brotes y cuarta ola de la COVID-19; y, que han venido desarrollando actividades de vigilancia epidemiológica, diagnóstico temprano, manejo sintomático y seguimiento clínico de casos, toma de muestras, manejo de intervenciones en salud individual y salud pública.



Asimismo, sobre el particular, el Grupo de Trabajo de Inteligencia Estratégica<sup>5</sup> del Ministerio de Salud, al 13 de junio de 2022, informó un incremento de la tasa de positividad de las pruebas antigénicas y moleculares de 3,63% en la semana epidemiológica 22-2022 a 4,58% en la semana epidemiológica 23-2022, según se detalla a continuación:



#### Incremento de la tasa de positividad de las pruebas antigénicas y moleculares De 3,63% en la SE 22-2022 a 4,58% en la SE 23-2022



Lo descrito concuerda con la proyección de casos antes descrita y, consecuentemente, podría implicar el inicio de la 4ta ola pandémica, la cual si bien es cierto esta pronosticada como de baja intensidad, también corresponde a una futura ola, durante las semanas epidemiológicas 43 a la 51, la cual si tendría una magnitud considerable.

### 2.1.2.2. Efectos de la COVID-19

<sup>5</sup> Creado por Resolución Ministerial 942-2021/MINSA

## Long COVID-19 y secuelas de la enfermedad

Algunas personas que han desarrollado COVID-19 experimentan diversos efectos, lo cual es denominado Long COVID, que se caracteriza por la persistencia de síntomas de COVID-19 después de la infección inicial, o por la aparición de los síntomas tras un tiempo sin ellos, en donde su aparición no está relacionada con la gravedad de la infección inicial, por lo que puede afectar tanto a pacientes leves como a graves hospitalizados, se estima que entre el 10 al 20% de los infectados pueden presentar Long COVID<sup>6</sup>. Esto generaría que de los 3 593 625 casos confirmados de COVID-19 en el Perú, un aproximado de 718 725 personas estarían requiriendo la continuidad de atenciones de salud, que incluye la rehabilitación, a consecuencia de la COVID-19.

En adición a lo anterior, aunque la COVID-19 se considere una enfermedad que principalmente afecta los pulmones, también puede dañar muchos otros órganos, como el corazón, los riñones y el cerebro. El daño a los órganos puede provocar complicaciones de salud que persisten después de la enfermedad por COVID-19. En algunas personas, los efectos persistentes para la salud pueden incluir problemas respiratorios a largo plazo, complicaciones cardíacas, deterioro renal crónico, accidente cerebrovascular y síndrome de Guillain-Barré, una afección que causa parálisis temporal.<sup>7</sup>

## Impacto en los trabajadores de la salud

Las contrataciones realizadas durante los años 2021 y 2022 han sido principalmente del grupo ocupacional asistencial; sin embargo, durante el año 2020 se realizó también la contratación de personal administrativo, con la finalidad de cumplir funciones de apoyo a las labores asistenciales. En este contexto, al personal en mención se le dio continuidad mediante las disposiciones contenidas en el Decreto de Urgencia N° 009-2022.

Sobre la disponibilidad del personal asistencial en los establecimientos de salud, que constituyen un total de 240 280 PEA al mes de abril de 2022. De ellos, 198 840 (82.8%) se encuentra laborando de manera presencial y 3 867 (1.6%) labora de manera semipresencial. Es decir, el 15.6% del personal asistencial aún no se reincorpora con normalidad a sus labores, encontrándose en trabajo remoto, de licencia con goce de haber (en el marco del Decreto de Urgencia N° 026-2020) o las unidades ejecutoras no han reportado el tipo de labor realizada, según se detalla a continuación:

NIVEL / REGIMEN	Tipo de Labor				TOTAL
	Presencial	Semipresencial	Solo Remoto	No específica	
<b>Primer Nivel</b>	<b>85,645</b>	<b>1,061</b>	<b>3,606</b>	<b>13,974</b>	<b>104,286</b>
Régimen 276	43,936	750	3,121	11,293	59,100
Régimen 1057 (CAS)	39,889	309	466	2,422	43,086
Régimen 728	719	2	19	159	899
Servicio de terceros	1,101			100	1,201
<b>Segundo Nivel</b>	<b>65,146</b>	<b>543</b>	<b>1,048</b>	<b>7,991</b>	<b>74,728</b>
Régimen 276	27,449	318	887	5,487	34,141
Régimen 1057 (CAS)	35,143	221	160	2,217	37,741
Servicio de terceros	2,554	4	1	287	2,846
<b>Tercer Nivel</b>	<b>46,708</b>	<b>2,234</b>	<b>2,223</b>	<b>8,592</b>	<b>59,757</b>
Régimen 276	24,849	1,424	1,987	6,863	35,123
Régimen 1057 (CAS)	18,678	800	231	1,694	21,403
Servicio de terceros	3,181	10	5	35	3,231
<b>Sin Categoría</b>	<b>1,341</b>	<b>29</b>	<b>24</b>	<b>115</b>	<b>1,509</b>
Régimen 276	209	18	14	18	259
Régimen 1057 (CAS)	1,105	11	10	87	1,213
Régimen 728				1	1
Servicio de terceros	27			9	36
<b>TOTAL</b>	<b>198,840</b>	<b>3,867</b>	<b>6,901</b>	<b>30,672</b>	<b>240,280</b>

\*Fuente: Base de datos del Registro Nacional del Personal de la Salud, febrero de 2022.

<sup>6</sup> Informe Técnico N° 064-2022 del CDC Minsa

<sup>7</sup> <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/coronavirus/in-depth/coronavirus-long-term-effects/art-20490351#:~:text=En%20algunas%20personas%2C%20los%20efectos,afecci%C3%B3n%20que%20causa%20par%C3%A1lisis%20temporal.>

Este hecho puede explicarse debido a que dicho personal aún no ha sido vacunado, a que presenta alguna comorbilidad que le impide retornar al trabajo o, incluso, a que se encuentra enfermo por COVID-19 o que pueda estar presentando alguna secuela o complicación producto de la infección por el COVID-19.

### 2.1.2.3. Vacunación contra la COVID-19

La Directiva Sanitaria N° 137/MINSA/DGIESP-2021 "Directiva Sanitaria para la vacunación contra la COVID-19" ha establecido como población objetivo a 31 085 671 personas, teniendo al 13 de junio de 2022 un total de 29 427 397 de vacunados con una dosis que representa el 94.6%, estando pendiente la cobertura de vacunados con tercera y cuarta dosis. En el caso de la cuarta dosis, la población objetivo sería de 12 338 608 considerando a las personas de 40 años a más, habiendo al 13 de junio 1 236 092 vacunados, que representa el 10%.

Lo antes señalado evidencia la necesidad de contar con el personal responsable de la vacunación contra la COVID-19, ya que al no contar con este recurso humano se corre riesgo frenarse y no alcanzarse la cobertura de vacunación.

Población Objetivo a vacunar en el presente año

Grupo Edad	Cantidad
80 años a más	744,758
70 a 79 años	1,341,772
60 a 69 años	2,346,263
50 a 59 años	3,420,087
40 a 49 años	4,485,728
30 a 39 años	5,297,803
20 a 29 años	5,673,075
12 a 19 años	4,519,004
5 a 11 años	3,571,116
<b>TOTAL</b>	<b>31,085,671</b>



### 2.1.2.4. Sobre el rol del Instituto Nacional de Salud y el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica

El INS ejerce la autoridad técnico normativa de la Red Nacional de Laboratorios en Salud Pública, para tal fin, dicta las normas y establece los procedimientos y parámetros de calidad que permiten el adecuado funcionamiento de los laboratorios de salud pública en el país, como componente de la vigilancia en salud pública.

El INS, a través del Centro Nacional de Salud Pública en adelante CNSP, es el órgano, encargado de normar, desarrollar, evaluar y difundir de manera integral la investigación en salud pública y las tecnologías apropiadas, para la prevención y el control de las enfermedades transmisibles y no transmisibles, se constituye en órgano de referencia nacional de los laboratorios de salud pública del país. Teniendo como objetivo funcional el promover el establecimiento, implementación, fortalecimiento y coordinación de la Red Nacional de Laboratorios en Salud Pública y actúa como Centro de Referencia de los Laboratorios del país, conforme lo establece el literal e) del artículo 36 del Reglamento de Organización y Funciones del INS.

EL CNSP, a través de la Unidad de Red de Laboratorios, en adelante URL, es la encargada de apoyar a los laboratorios de la red, en los procesos del sistema de gestión de calidad, transferencia tecnológica, ensayos interlaboratorios, asistencia técnica para implementación de sistemas de bioseguridad y asesoramiento para la gestión de la investigación. Asimismo, brinda asesoramiento en infraestructura, equipamiento y equipos para la Red Nacional de Laboratorios. A través del Laboratorio de Referencia Nacional de Virus Respiratorios, en adelante LRNVR, es responsable de normar los procedimientos de laboratorio para el diagnóstico de las infecciones causadas por virus respiratorios y otros de impacto en la salud pública.

A través del CNCC, se efectúa el control de calidad de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios, productos biológicos e insumos enmarcados en la pandemia de la COVID19.

A través del CENSOPAS, se da aplicación a la Resolución Ministerial N° 377-2020-MINSA, que corresponde a la implementación del Plan para la vigilancia, prevención y control de COVID-19 en el trabajo".

A través de la OGITT, se promueve, desarrolla y difunde la investigación aplicada y el desarrollo tecnológico en salud basado en evidencias y en prioridades de investigación a nivel nacional y regional, de manera articulada con las necesidades públicas enmarcadas en el enfrentamiento de la pandemia de la COVID-19.

El Instituto Nacional de Salud (INS), es una entidad pública, que tiene por finalidad el desarrollo del avance científico y tecnológico en el riguroso campo de la investigación científica aplicada en salud; entre sus objetivos se encuentra el fomentar el desarrollo de tecnología aplicada en salud, que contribuya a la solución de la problemática de las enfermedades transmisibles y no transmisibles a nivel nacional. Además, tiene entre sus funciones proponer las políticas de investigación en salud; planificar, programar, dirigir, ejecutar y apoyar el desarrollo de investigaciones en los campos de su competencia, para la correcta aplicación de la tecnología; también consolida y organiza la red nacional de laboratorios de salud pública; entre otras funciones vinculadas a las áreas de su competencia.

El INS desde inicio de la pandemia ocasionada por la COVID-19 y en atención a la declaratoria de emergencia sanitaria a nivel nacional ha participado de manera articulada con el Ministerio de Salud (MINSA) en relación a todas las acciones orientadas a la prevención, protección y control de la COVID-19. En el marco de sus competencias principales realiza diagnóstico especializado, transferencia tecnológica e investigación; el diagnóstico especializado: ejecución de pruebas moleculares (PCR en tiempo real; LAMP; aislamiento y cultivo del virus; detección de anticuerpos, secuenciación genómica); la transferencia tecnológica: actualmente 25 laboratorios de referencia regional realizan diagnóstico molecular de COVID-19 y a nivel del país son 100 laboratorios que realizan análisis de pruebas moleculares para la detección molecular del virus SARS-CoV-2 (COVID-19), también se ha realizado transferencia tecnológica de la metodología LAMP a 15 laboratorios de referencia entre hospitales y DIRIS.



Asimismo, la descentralización del diagnóstico molecular en nuestro país ha sido de suma importancia para combatir en el control de la pandemia; sin embargo, es un proceso que requiere de tecnología, equipamiento y personal capacitado. La participación de los laboratorios de biología molecular especializados y capacitados resultó necesario para identificar al virus, prevenir su contagio, vigilar su movimiento y estudiar sus características, contribuyendo al control de la pandemia.

L. GIL C.



Que, de acuerdo a las orientaciones provisionales de la Organización Mundial de la Salud - OMS del 11 de setiembre de 2020, se establece que "Los laboratorios que realicen pruebas para detectar el SARS-CoV-2 deben atenerse estrictamente a las prácticas apropiadas en materia de bioseguridad. Las pruebas en muestras clínicas que puedan contener SARS-CoV-2 deben ser realizadas en laboratorios debidamente equipados por personal adiestrado en los procedimientos técnicos y de seguridad pertinentes", asimismo señala que la manipulación de muestras para pruebas moleculares requieren un nivel de bioseguridad (BSL) 2 o instalaciones equivalentes que utilicen una cámara de seguridad biológica o un dispositivo de contención primaria que esté recomendado para la manipulación de muestras antes de la inactivación.

F. MEZA

En consecuencia, el INS, al inicio de la pandemia, enmarcó los requisitos que deben cumplir los laboratorios públicos y privados a nivel nacional, para realizar la detección molecular del virus SARS-CoV-2 causante de la enfermedad COVID-19 en la Directiva N° 053-INS/CNSP.V.01 "Directiva para detección molecular del virus SARS-CoV-2", en el cual se establece requisitos que deben cumplir los laboratorios para realizar la detección molecular del virus SARS-CoV-2 y posteriormente aprobó la Directiva N° 054-INS/CNSP.V.02. "Directiva que establece disposiciones para la Constatación y Verificación de los Laboratorios Públicos y Privados para realizar la detección molecular del virus SARS-CoV-2."

Además, ante la primera y segunda ola de la propagación de la enfermedad de COVID-19, en el Perú el INS ha venido fortaleciendo las acciones de prevención y el diagnóstico oportuno a través del procedimiento para la detección molecular del virus SARS-CoV-2, regulando dicho procedimiento a través de la Directiva N° 054-INS/CNSP.V.02, "Directiva que establece disposiciones para la constatación y verificación de los laboratorios públicos y privados para realizar la detección molecular del virus SARS-CoV-2", aprobada por Resolución Jefatural N° 004-2021-J-OPE/INS, de fecha 15 de enero de 2021 y del procedimiento de transferencia de tecnología para los Laboratorios públicos mediante el PRA-CNSP-022 Edición 04 "Transferencia Tecnológica de Métodos de Ensayo del Laboratorio".

Asimismo, el INS en cumplimiento del PRA-CNSP-022 "Transferencia Tecnológica de Métodos de Ensayo del Laboratorio" realiza el procedimiento de transferencia tecnológica a la Red Nacional de Laboratorios de Salud Pública y a los laboratorios de IPRESS públicas, para el diagnóstico de COVID-19, mediante el método de Transcripción Reversa – Amplificación Isotérmica Mediada por lazo (RT-LAMP), para la detección del virus SARS-CoV-2.

En nuestro país actualmente contamos con 100 laboratorios que realizan la detección molecular de SARS-CoV-2, 49 laboratorios públicos Tabla 1, 06 laboratorios de Universidades y 45 laboratorios privados con capacidad para la detección molecular de Sars-CoV-2 distribuidos de la siguiente manera: 5 laboratorios administrados por el INS (1 ubicado en Lima, Loreto y 3 laboratorios móviles Covid Maskaq); 25 laboratorios de Referencia ubicados en cada una de las regiones de nuestro país; 9 laboratorios administrados por los hospitales del Ministerio de Salud, ubicados en Lambayeque, Lima, Madre de Dios, Ica, La Libertad; 1 laboratorio administrado por las fuerzas armadas ubicado en Lima; 9 laboratorios administrados por EsSalud ubicados en Cusco, Arequipa, Lima, Junín, Piura, Lambayeque y Loreto; 6 laboratorios administrados por las universidades de Arequipa, Lima y Lambayeque; y 45 laboratorios privados.

### 2.1.2.5. Sobre los Centros de Oxigenación Temporal – COT:

Son ampliaciones de ambientes ó áreas temporales destinados a brindar tratamiento con oxigenoterapia de bajo flujo a las personas afectadas por COVID-19 y que funcionan dentro o anexo a un establecimiento de salud del Primer Nivel de Atención.

La implementación de los Centros de Oxigenoterapia Temporal facilita el acceso de la población a los servicios de atención médica para tratamiento con oxigenoterapia de bajo flujo, con oportunidad, calidad y de manera gratuita, previniendo complicaciones y formas graves de COVID-19. Esta estrategia se constituye como una fortaleza del PNA, como parte de los anillos de contención sanitaria, su inversión permite el diagnóstico y tratamiento oportuno y el seguimiento, reduciendo el gasto de bolsillo, así como el impacto sanitario, social y económico.

A partir de las necesidades identificadas por las IPRESS del ámbito nacional, se encuentran registrados en el RENIPRESS un total de 70 COT con 702 camas en el Primer Nivel de Atención (PNA) para hacer frente a la pandemia por COVID-19, los mismos que se detallan a continuación:

Nº	DIRESA /GERESA /DIRIS	Código Único	Adscrito al establecimiento	Categoría	CAMAS
1	AMAZONAS	00004922	PEDRO RUIZ GALLO	I-4	15
2	AMAZONAS	00005070	IMAZA	I-3	15
3	AMAZONAS	00005175	GALILEA	I-3	15
4	HUANUCO	00000775	ACOMAYO	I-3	10
5	LA LIBERTAD	00005289	SANTA CATALINA	I-4	15
6	LA LIBERTAD	00005202	EL BOSQUE	I-4	18
7	LA LIBERTAD	00005220	ALTO TRUJILLO	I-4	18
8	LA LIBERTAD	00005221	HUANCHACO	I-4	10
9	LA LIBERTAD	00005222	M.I. EL MILAGRO	I-4	18
10	LA LIBERTAD	00005230	WICHANZAO	I-4	18
11	LA LIBERTAD	00005234	SANTA LUCIA DE MOCHE	I-4	10
12	LA LIBERTAD	00005239	SALAVERRY	I-4	15
13	LA LIBERTAD	00005264	C.S.M.I. CHICAMA	I-4	10
14	LA LIBERTAD	00005342	C.S.M.I. QUIRUVILCA	I-4	10
15	LA LIBERTAD	00005269	CS PAIJAN	I-4	17
16	LA LIBERTAD	00005389	PATAZ	I-4	3
17	LAMBAYEQUE	00004407	OLMOS	I-3	10
18	LAMBAYEQUE	00004331	JOSE LEONARDO ORTIZ	I-3	10
19	LAMBAYEQUE	00004395	MOTUPE	I-3	10
20	LAMBAYEQUE	00004342	REQUE	I-4	10
21	LIMA ESTE	00005885	SEÑOR DE LOS MILAGROS	I-3	5
22	LIMA ESTE	00005932	SAN ANTONIO	I-3	12
23	LIMA ESTE	00005851	FORTALEZA	I-3	6
24	LIMA ESTE	00005897	JICAMARCA	I-3	6
25	LIMA NORTE	00005644	CENTRO MATERNO INFANTIL RÍMAC	I-4	12
26	LIMA NORTE	00005814	CENTRO DE SALUD MATERNO INFANTIL ANCON	I-4	6
27	LIMA NORTE	00005821	CENTRO MATERNO INFANTIL LOS SUREÑOS	I-4	5
28	LIMA NORTE	00005735	CENTRO MATERNO INFANTIL EL PROGRESO	I-4	44
29	LORETO	00000064	IPRESS I-3 MAZAN	I-3	5
30	LORETO	00000027	AMERICA DE SAN JUAN BAUTISTA	I-3	5
31	LORETO	00000146	CENTRO DE SALUD I-3 BRETAÑA	I-3	11
32	LORETO	00000118	CABALLOCOCHA	I-4	10
33	LORETO	00000051	6 DE OCTUBRE	I-3	5
34	LORETO	00000009	SAN ANTONIO DE IQUITOS	I-3	5
35	LORETO	00000016	BELLAVISTA NANAY	I-4	5
36	LORETO	00000025	SAN JUAN DE MIRAFLORES	I-4	5
37	LORETO	00000007	I-4 CENTRO DE SALUD MORONA COCHA "JORGE AREVALO MELHO"	I-4	5
38	LORETO	00000054	INDIANA	I-3	20
39	LORETO	00000053	ANGAMOS	I-3	6
40	LORETO	00000150	C.S. I-4 REQUENA	I-4	8
41	LORETO	00000123	SAN PABLO	I-3	5
42	LORETO	00000091	NAUTA - NUCLEO BASE	I-4	7
43	LORETO	00000235	C.S. I-4 SAN LORENZO	I-4	12





N°	DIRESA /GERESA /DIRIS	Código Único	Adscrito al establecimiento	Categoría	CAMAS
44	MADRE DE DIOS	00007704	NUEVO MILENIO	I-3	20
45	MADRE DE DIOS	00002793	SAN MARTIN DE PORRES DE IBERIA	I-3	10
46	PIURA	00002182	ESTABLECIMIENTO DE SALUD MORROPON	I-4	12
47	PIURA	00002171	E.S. FRIAS	I-3	6
48	PIURA	00002222	C.S SALITRAL	I-4	5
49	PIURA	00002215	ESTABLECIMIENTO DE SALUD SANTO DOMINGO	I-4	13
50	PIURA	00002198	E.S. PALTASHACO	I-2	7
51	PIURA	00002250	ESTABLECIMIENTO DE SALUD HUANCABAMBA (JESUS GUERRERO CRUZ)	I-4	30
52	PIURA	00002232	C.S EL TUNAL	I-4	8
53	PIURA	00002143	E.S I-4 SECHURA	I-4	17
54	PIURA	00002192	ESTABLECIMIENTO DE SALUD YAMANGO.	I-3	7
55	PIURA	00002074	CENTRO DE SALUD TALARA II	I-4	40
56	SAN MARTIN	00006270	NUEVA RIOJA	I-3	15
57	SAN MARTIN	00006297	BAJO NARANJILLO	I-3	10
58	SAN MARTIN	00006332	SORITOR	I-4	15
59	SAN MARTIN	00006361	MORALES	I-4	10
60	SAN MARTIN	00006408	TABALOSOS	I-4	10
61	SAN MARTIN	00006485	HOSPITAL RURAL SAN JOSE DE SISA	I-4	15
62	SAN MARTIN	00006457	HOSPITAL RURAL PICOTA	I-4	15
63	SAN MARTIN	00006529	RURAL SAPOSOA	I-4	15
64	SAN MARTIN	00006599	UCHIZA	I-4	10
65	UCAYALI	00005556	9 DE OCTUBRE	I-4	10
66	UCAYALI	00005395	AGUAYTIA	I-4	20
67	UCAYALI	00005502	ATALAYA	I-4	20
68	UCAYALI	00005565	NUEVO PARAISO	I-3	10
69	UCAYALI	00005415	MONTE ALEGRE-NESHUYA	I-3	10
70	UCAYALI	00005551	SAN FERNANDO	I-4	10
<b>TOTAL</b>					<b>702</b>

ente: RENIPRESS



Para la operatividad de los COT, se requiere contar con un equipo básico de salud (médico, enfermero y técnico de enfermería), para su funcionamiento durante 24 horas, así mismo se requiere recurso humano que brinda el soporte con los servicios básicos de internamiento, limpieza, vigilancia, eliminación de residuos sólidos y otros.

L. GIL

#### 2.1.2.6. Sobre los Centros de Atención y Aislamiento Temporal (CAAT):



Son ampliaciones de la oferta hospitalaria organizadas para la atención de formas moderadas y severas de COVID-19. Se incluyen a los Ambientes de Hospitalización Temporal -AHT (ampliación hospitalaria para brindar cuidados de enfermería, atención clínica y soporte con oxígeno medicinal, según la evolución del paciente) y los Ambientes de Atención Crítica Temporal – AACT (Ampliación de las Unidades de Cuidados Intensivos destinada a brindar soporte vital avanzado y especializado en medicina intensiva).

La implementación de los CAAT, permite el acceso de la población a los servicios especializados con oportunidad, calidad y de manera gratuita, previniendo complicaciones y posibles muertes por COVID-19. Esta estrategia fortalece el segundo y tercer nivel de atención, ampliando la oferta hospitalaria y el acceso de la población a la atención especializada; su inversión permite el diagnóstico y tratamiento oportuno y el seguimiento, reduciendo el gasto de bolsillo, así como el impacto sanitario, social y económico, por complicaciones y muerte por COVID-19.

De acuerdo a los escenarios epidemiológicos, a partir de las necesidades identificadas y la alta demanda de atención por insuficiencia respiratoria en los hospitales, se implementaron un total de 52 CAAT, con 3900 camas, adscritas a los hospitales de segundo y tercer nivel en el ámbito nacional. En este momento, en el comportamiento epidemiológico, se denota una sostenida disminución de casos que demandan atención, sin embargo, los esfuerzos para la búsqueda de casos sospechosos de COVID-19 deben mantenerse y fortalecerse, teniendo una conducta expectante frente a una cuarta ola y la aparición de nuevas variantes.

Así mismo, persiste una insuficiente oferta hospitalaria que no permitiría brindar atención de los pacientes con COVID-19, por lo que se requiere dar continuidad a esta estrategia, con el objetivo de afrontar la pandemia, implementando ampliaciones hospitalarias de mayor permanencia y sostenibilidad, en las IPRESS que tuvieron CAAT durante la pandemia, fortaleciendo las IPRESS hospitalarias con proyección de cierre de brechas.

Los CAAT son una medida eficaz para contener la propagación de la enfermedad, siendo por tanto un elemento importante para su contención asegurando no solo la contención, sino también la adecuada atención de los pacientes que son hospitalizados con un nivel de afectación moderado y severo, éstos

resultan necesarios también para una respuesta post pandemia, que está asociada a la disminución de la brecha en salud.

La incierta evolución de la pandemia producida por la COVID-19 obliga al estado a tomar medidas de carácter preventivo destinadas a preparar los servicios de salud para afrontar de forma efectiva el incremento en el número de contagiados sintomáticos y asintomáticos, en el contexto de la cuarta ola pandémica. Es necesario fortalecer la capacidad de respuesta en el sistema de salud para hacer frente a las necesidades de la población afectadas por la COVID-19 y las secuelas que deja dicha infección en la salud de las personas.

En concordancia con las actividades del Plan frente a la pandemia por COVID-19, para el año 2022, del Ministerio de Salud, aprobado con RM 095-2022/MINSA, dentro del objetivo específico 02: OE2: “Fortalecer la capacidad resolutive de los servicios de salud para la continuidad de la atención de pacientes COVID-19 y NO COVID-19”, con ello debe continuar el fortaleciendo de la capacidad de respuesta del sistema de salud para hacer frente a las necesidades de la población afectada por COVID-19 y sus secuelas.

En este contexto, se ha previsto la continuidad de 26 Centros de Atención y Aislamiento Temporal, para la atención hospitalaria de personas afectadas por COVID-19, cuya evolución requiere atención directa hospitalaria, que demanda permanencia de personal de salud profesional y técnico, durante las 24 horas, requiriendo especialistas para el manejo de casos moderados y severos y/o con evolución tórpida que comprometa, además del sistema respiratorio, otros sistemas.

N°	Región	IPRESS Responsable
1	AMAZONAS	HOSPITAL GUSTAVO LANATTA LUJAN
2	ANCASH	HOSPITAL VICTOR RAMOS GUARDIA
3	ANCASH	HOSPITAL GUZMAN BARRON
4	APURIMAC	HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DIAZ
5	APURIMAC	HOSPITAL SUBREGIONAL ANDAHUAYLAS
6	AREQUIPA	HOSPITAL HONORIO DELGADO
7	CAJAMARCA	HOSPITAL REGIONAL DE CAJAMARCA
8	CUSCO	HOSPITAL REGIONAL DE CUSCO
9	HUANCAVELICA	HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE HUANCAVELICA
10	HUÁNUCO	HOSPITAL DE TINGO MARIA
11	ICA	HOSPITAL SAN JOSE DE CHINCHA
12	JUNIN	HOSPITAL DE APOYO PICHANAKI
13	LA LIBERTAD	HOSPITAL REGIONAL DE TRUJILLO
14	LAMBAYEQUE	HOSPITAL MODULAR DE LA VICTORIA LAMBAYEQUE
15	LIMA CENTRO	HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO
16	LIMA ESTE	HOSPITAL HIPOLITO UNANUE
17	LIMA NORTE	HOSPITAL CAYETANO HEREDIA
18	LIMA NORTE	HOSPITAL LAN FRANCO LA HOZ
19	LIMA NORTE	HOSPITAL SERGIO BERNALES
20	LIMA PROVINCIAS	HOSPITAL REGIONAL DE HUACHO
21	LORETO	HOSPITAL REGIONAL DE LORETO
22	PASCO	HOSPITAL DE VILLA RICA
23	PIURA	HOSPITAL DE SULLANA (Estadio)
24	PUNO	HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO
25	TACNA	HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE
26	UCAYALI	HOSPITAL AMAZÓNICO YARINACocha



Ante la incierta evolución de la pandemia producida por SARCOV 2, obliga al Estado a tomar medidas de carácter preventivo destinada a afrontar de manera efectiva el incremento en el número de casos en sintomático y asintomáticos que devenga de la cuarta ola. Eso nos obliga a tener una conducta expectante, tener preparado nuestro servicio de salud, ante una cuarta ola.

#### 2.1.2.7. Sobre las brigadas de intervención en pueblos indígenas

El término "pueblos indígenas" se usa en sentido genérico para hacer referencia a un grupo social y cultural bien diferenciado, el cual posee las siguientes características en distintos grados <sup>8</sup>:

- El término "pueblos indígenas" se usa en sentido genérico para hacer referencia a un grupo, el término "pueblos indígenas" se usa en sentido genérico para hacer referencia a un grupo social y cultural bien diferenciado, el cual posee las siguientes características en distintos grados<sup>9</sup>:
- Autoidentificación como miembros de un grupo social y cultural indígena bien diferenciado, y reconocimiento de esta identidad por parte de otros grupos; y
- Apego colectivo a hábitats geográficamente diferenciados, territorios ancestrales o áreas de uso u ocupación estacional, así como a los recursos naturales de esas áreas; y
- Instituciones tradicionales culturales, económicas, sociales o políticas que están bien diferenciadas y son independientes de las de la sociedad o cultura predominante; y
- Una lengua o dialecto distintivos, a menudo diferente del idioma o los idiomas oficiales del país o la región en la que residen.

Cabe precisar que los pueblos indígenas u originarios<sup>10</sup>, son aquellos que tienen su origen en tiempos anteriores al Estado, que tienen lugar en este país y región; conservan todas o parte de sus instituciones distintivas; y que, además, presentan la conciencia colectiva de poseer una identidad indígena u originaria. En el Perú viven actualmente 55 pueblos indígenas u originarios. De ellos, 51 son originarios de la Amazonía y 4 de los Andes.

El MINSA, reconoce que las poblaciones indígenas tienen mayor vulnerabilidad frente a la pandemia causada por la COVID-19, pero también lo es por otras razones que están en el campo de los determinantes de la salud: Cerca del 80% de la población indígena amazónica, viven en áreas rurales, dispersas, con carencias de servicios básicos como el agua domiciliaria, desagüe, luz, internet, etc.

En este contexto, mediante Resolución Ministerial N.º 308-2020/MINSA aprueba el «Plan de intervención del Ministerio de Salud para Comunidades Indígenas y Centros Poblados Rurales de la Amazonía frente a la emergencia del COVID-19», cuya finalidad es contribuir a la reducción y contención de impacto sanitario, social y económico de la pandemia por COVID-19 en comunidades indígenas y centros poblados rurales de la Amazonia. Para ello, se plantearon dos objetivos específicos importantes:

- Fortalecer las medidas de prevención ante el riesgo de propagación de COVID-19 desde el nivel comunitario y
- Mejorar la capacidad resolutoria de las IPRESS I-3 y I-4 para la respuesta sanitaria rápida ante casos de COVID-19.

Desde el mes de noviembre del 2021, el Minsa ha contratado a 70 enlaces indígenas debidamente respaldados por las Organizaciones Indígenas de su región, quienes acompañaron a las brigadas de vacunación, apoyando en los centros de salud cercanos a sus comunidades, y sensibilizando a sus hermanos indígenas respecto a la importancia de la vacuna como medio para evitar muertes o infecciones graves por la Covid-19. Es así que, al 31 de diciembre del 2021, han intervenido en 342 comunidades nativas, recibiendo 265 actas de aceptación de vacunas firmadas por líderes indígenas y 13 actas de rechazo a la vacuna firmadas por líderes indígenas, conforme se muestra a continuación:

Dada la culminación del Plan de Intervención sanitaria del Minsa en comunidades nativas de la Amazonía peruana 2021 se estima necesario su continuidad, en razón al riesgo latente de rebrote de la COVID-19, por las bajas coberturas de vacunación contra la COVID-19 y la circulación de variantes.

Se debe tener en cuenta:

- Déficit de personal de salud en establecimientos de salud que atienden a población indígena
- Barreras geográficas
- Barreras Culturales que limitan el acceso efectivo a los servicios de salud
- Limitada capacidad operativa de los establecimientos de salud, por carencia o déficit de equipos, medicamentos e insumos. Aproximadamente, solo el 10% del total de comunidades nativas contaba con un puesto de salud. El 88,6% lo conforman puestos de salud, 9,2% lo representan los

<sup>8</sup> Cfr. World Bank Group: *Environmental and Social Framework. ESS7*. Washington DC: WBG, 2017, p. 77.

<sup>9</sup> Cfr. World Bank Group: *Environmental and Social Framework. ESS7*. Washington DC: WBG, 2017, p. 77.

<sup>10</sup> <https://bdpi.cultura.gob.pe/pueblos-indigenas>

centros de salud y solo un 1,3% lo conforman hospitales. Aunado a ello la atención en establecimientos de ámbitos rurales en áreas amazónicas es brindada principalmente por técnicos sanitarios y en algunos casos personal profesional del Servicio Rural Urbano Marginal de Salud (SERUMS)<sup>11</sup>; sin pertinencia cultural.

Por otro lado, el proceso de vacunación implementado por el Ministerio de Salud (Minsa) en las unidades indígenas amazónicas se ha fortalecido para el último bimestre del 2021, con el objetivo de que más pobladores de las zonas más alejadas del país estén protegidos contra la COVID-19 accediendo a información sobre la importancia de la vacuna con pertinencia cultural.

En este contexto, el trabajo coordinado y sinérgico de las brigadas de vacunación y las brigadas de intervención en pueblos indígenas, permite acercar la vacunación a la población indígena según el protocolo establecido para asegurar su pertinencia cultural e incrementar sostenidamente la cobertura, resaltando que la estrategia de vacunación en los Pueblos Indígenas se caracteriza por ser: Territorial (en su propio hábitat, casa por casa); Universal (Para todos los que están comprendidos en la población objetivo: Mayores de 5 años de edad); Voluntaria y consentida (informada y sensibilizada por enlaces comunitarios, agentes comunitarios, personal de salud mediante los diálogos interculturales). Gracias a ello, la cobertura de la vacunación contra la COVID-19 alcanzaron hasta el 57% respecto de la primera dosis, 42% en segunda dosis y 11% con la tercera dosis.

Si bien es cierto, las coberturas de vacunación se encuentran por debajo de los valores esperados. Debido a las características de esta población, durante el proceso de vacunación en los pueblos indígenas, han surgido algunos incidentes de postergación, desistimiento o negación a la vacunación atribuido al desconocimiento de las bondades de la vacunación que, aunado a la desinformación, circulación de rumores, noticias falsas, creencias y mitos sobre la vacunación.

Es así que las intervenciones sanitarias articuladas e implementadas por el Plan de intervención del MINSa frente a la emergencia COVID durante el año 2020 y 2021 han logrado reducir el porcentaje de positividad en los pobladores indígenas y de centros poblados rurales de las regiones de San Martín, Junín, Pasco, Amazonas, Huánuco, Ucayali, Madre de Dios, Cajamarca, Loreto, Cusco, Ayacucho, tal cómo se puede observar en el siguiente gráfico; sin embargo, la situación de salud de las poblaciones originarias es compleja, dado que su cosmovisión, prácticas, hábitos, percepción y conceptualización del proceso salud enfermedad es diferente al enfoque occidental lo cual implica, considerar una atención diferenciada centrada principalmente en esfuerzos de promoción de prácticas de protección y prevención de la COVID-19.

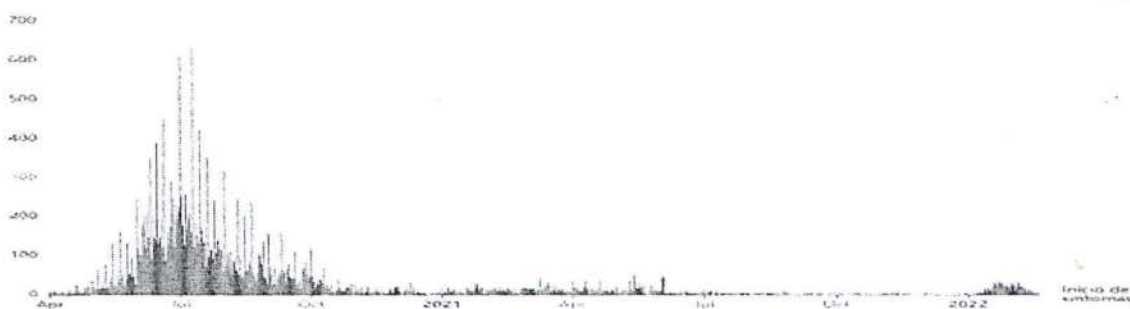


F. MEZA



L. S. C.

**EVOLUCIÓN DE CASOS DE COVID-19 EN PUEBLOS INDÍGENAS AMAZÓNICOS, PERÚ, 2020-2022**



Por otro lado, en 2020, se reportaron 138 defunciones por COVID-19, de las regiones amazónicas casi todas han presentado defunciones a excepción de la región Ayacucho con 0% de casos, las regiones que registraron mayor número de defunciones fueron: Amazonas (75 defunciones) 54.3%, Loreto (30 defunciones) 21.7%, Pasco (8 defunciones) 5.8%, San Martín (8 defunciones) 5.8%, Ucayali (7 defunciones) 5.1%, Cusco (5 defunciones) 3.6%, Junín (3 defunciones) 2.2%, Huánuco (1 defunciones) 0.7%, Madre de Dios (1 defunción) 0.7%. En tanto que, en 2021, se reportaron 51 defunciones por COVID-

<sup>11</sup> Contreras-Pulache, Hans; Pérez-Campos, Pamela; Huapaya-Huertas, Oscar; Chacón-Torrico, Horacio; Champin-Mimbela, et al. La salud en las comunidades nativas amazónicas del Perú. Rev. Peru. Epidemiol, 2014; 18 (1) pp. 1-5

19, observando que la mortalidad y el exceso de mortalidad presenta un descenso y una tendencia estacionaria en algunas regiones, siendo el comportamiento en las regiones amazónicas de la siguiente manera: Amazonas (11 defunciones) 21.6%, Loreto (10 defunciones) 19.6 %, Ucayali (11 defunciones) 21.6%, Cusco 0%, Pasco (9 defunciones) 17.6%, San Martín (2 defunciones) 3.9%, Junín (4 defunciones) 7.8%, Huánuco (2 defunciones) 3.9%.

De lo descrito en los párrafos precedentes se desprende que, las intervenciones realizadas por el Ministerio de Salud en las comunidades indígenas han logrado mitigar el impacto de la pandemia, en particular durante la segunda ola pandémica. En este contexto, debido a las particularidades antes descritas, es necesario mantener las mismas a fin de garantizar la persistencia de los logros descritos y la mejora en las coberturas de vacunación, de la mano con las brigadas de vacunación.

#### 2.1.2.8. Sobre los coordinadores nacionales de las estrategias implementadas en el marco del COVID-19

Los coordinadores nacionales tienen por finalidad contribuir al fortalecimiento del rol rector y de la capacidad de conducción del Ministerio de Salud en el ámbito nacional y la articulación intergubernamental efectiva entre el Gobierno Nacional y los Gobiernos Regionales en el marco de la implementación de los planes nacionales de respuesta a la Emergencia Sanitaria ocasionada por la Pandémica por COVID-19 en el Perú.

Los Coordinadores Regionales de Enlace (CRE) son profesionales expertos en gestión y salud, responsables de coordinar y monitorear las 25 regiones del país, fortaleciendo la articulación oportuna con las diferentes unidades orgánicas y dependencias del MINSA para la atención de las prioridades de salud nacionales, relacionadas con la pandemia COVID-19. Los mismos, coordinan *in situ*, y de manera permanente, con los equipos de gestión de la DIRESA/GERESA y los asisten para la toma de decisiones.

Asimismo, de manera diaria, recolectan información sobre disponibilidad de recursos estratégicos para la atención de la COVID-19, y en coordinación con la autoridad sanitaria regional comunican al MINSA, a través de un aplicativo informático, las alertas que requieren de atención; es así que, en el siguiente cuadro, se puede observar que durante los meses de mayo 2021 a marzo 2022, se han registrado en el citado aplicativo informático: 15 637 alertas, de las cuales 611 fueron etiquetadas de alta prioridad, por lo que requirieron la inmediata intervención del MINSA, para evitar consecuencias en la salud de la población.



#### REPORTES DIARIOS DE ALERTAS DE SITUACIONES REGIONALES DE SALUD CRÍTICAS MAYO 2021- MARZO 2022



	Tipo de alerta			Total
	Rojo	Amarillo	Verde	
	611	2,169	12,857	15,637

Fuente: Aplicativo de alertas regionales de situaciones de salud críticas.

De otro lado, la cercanía de los CRE y su involucramiento en calidad de asesores/monitores /supervisores con los equipos de gestión de las DIRESA/GERESA, de los hospitales y en algunos casos con las redes de salud; se ha traducido en importantes aportes para el cumplimiento de metas y/o procesos que impulsa el MINSA a través de la Alta Dirección y de sus unidades orgánicas. Así los CRE, han contribuido con el logro de metas del proceso de vacunación contra la COVID 19 en sus diferentes etapas, con frecuencia recibiendo encargos del MINSA para el sinceramiento de data, supervisión de la digitación de las fichas de atención, la verificación del ingreso y uso de suministros, las visitas de supervisión a los puntos de vacunación en todo el ámbito territorial, la organización de las brigadas, etc.

En esa línea, los CRE participan en el cumplimiento oportuno por los GORE de productos/procesos solicitados por el MINSA, como la suscripción de los convenios de gestión MINSA-GORE y de los convenios SIS-FISSAL-GORE, la reactivación de los CRIIS, la participación de los gobernadores y funcionarios del GORE en reuniones convocadas por la Alta Dirección del MINSA. Los CRE gestionan el trabajo de los equipos del MINSA para que las visitas de asistencia técnica sean de manera oportuna y se den en función de las necesidades de las DIRESAS/GERESAS.

Los CRE también asumen la responsabilidad de la organización y liderazgo de los Equipos Sectoriales de Enlace Regional, en el marco de la implementación de la Directiva Administrativa N° 307-2021-MINSA/OGDESC, "Directiva Administrativa que regula la coordinación y articulación funcional entre el

Ministerio de Salud y los Gobiernos Regionales a través de los Equipos Sectoriales de Enlace Regional del Ministerio de Salud" aprobado con RM N° 445-2021/MINSA, el 31 de marzo del año 2021.

De otro lado, para analizar el escenario epidemiológico actual de la COVID-19 y las consecuencias en la salud de la población, el gobierno nacional (MINSA) se reunió con los directores regionales de salud de las DIRESAS y GERESAS de las 25 regiones del país, en la Reunión Nacional de la Comisión Intergubernamental de Salud (CIGS), los días 17 y 18 de febrero del presente año, donde se arribaron a 78 acuerdos y compromisos relacionados con la implementación de Redes Integradas de Salud, atención especializada de Salud Mental, cierre de brechas de inmunizaciones y la priorización de proyectos de inversión en salud; a ser cumplidos por los dos niveles de gobiernos en los siguientes meses.

En consecuencia, se requiere abordajes basados en fuertes mecanismos de coordinación y articulación intergubernamental, donde los CRE tendrán un rol preponderante, por lo que se requiere continuar contratándolos.

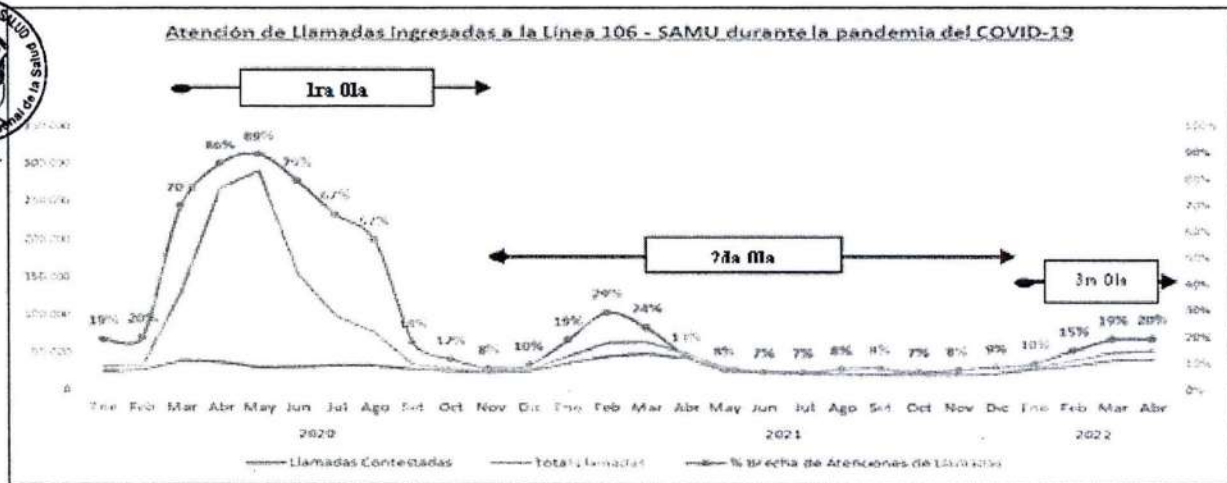
**2.1.2.9. Sobre el sistema de atención móvil de urgencias (SAMU) en el contexto de la emergencia sanitaria por la COVID-19**

La **Central de Regulación de Urgencias y Emergencias**, a través de la Línea 106, brinda atención en turnos de 24 horas al día, teniéndose 26 posiciones (10 médicos reguladores, 3 médicos de referencia, 5 despachadores y 8 operadores) en promedio por cada turno de las 38 que se tiene como aforo. Cabe informar que, del total de personal que trabaja en la Central 106, 37 servidores son contratados por la modalidad CAS COVID-19, que no se abastecen para atender las llamadas ingresadas a la Central de Emergencias 106, alcanzando para el año 2021 la brecha del orden del 16% en promedio por falta de recurso humano. Cabe precisar, que la brecha disminuyó respecto a lo registrado en el año 2020 que alcanzó el 73%; debido a que el impacto de la segunda ola solo se registró en el primer trimestre 2021 mientras que la primera ola pandémica fue más prolongada de marzo a noviembre.

En la coyuntura de pandemia por el COVID-19, durante los años 2020 y 2021, la Central de Emergencias 106 recepcionó un total de 1,612,997 llamadas, de las cuales solo pudieron ser contestadas 710,201 llamadas; mientras que las llamadas abandonadas alcanzaron el total de 902,796 que representa una brecha de 56% de llamadas que requerían servicio pre hospitalario de emergencia que no pudo ser objeto de triaje médico (regulación médica), atención pre hospitalaria en foco (lugar de la emergencia) y/o traslado asistido.



En ese contexto, durante la tercera ola pandémica del COVID-19, se evidenció un incremento en el número de llamadas en la Central de Emergencia 106, tal como se puede apreciar en el siguiente gráfico:



**Nota:** Durante la primera ola de la pandemia del COVID-19, se registró el 95% de llamadas sin contestar, siendo el día más crítico 14.05.2020; asimismo, en la segunda ola pandémica, se registró el 66% de llamadas sin contestar, siendo el día más crítico de la segunda ola.

Por otro lado, **la atención prehospitalaria**, comprende el conjunto de actividades, procedimientos y tratamiento que inicia con la atención de la llamada telefónica de emergencia a la central de regulación (CRUE) del SAMU (línea 106), encaminadas a prestar atención a las personas que presentan una condición de urgencia o emergencia en su salud; con el objetivo de preservar la vida y disminuir las complicaciones y riesgos de invalidez o muerte, en el sitio de ocurrencia del evento y durante su traslado

hasta la admisión en una IPRESS. La atención pre hospitalaria está a cargo del personal de salud (médico y enfermera) y piloto de ambulancia, con competencias en soporte vital básico y avanzado, atención de urgencias y emergencias, y otras complementarias.

El servicio asistencial se brinda en el lugar de ocurrencia de la emergencia y/o urgencia (foco), así como en la unidad de transporte (ambulancia) durante el traslado del paciente, en caso lo requiera. La actividad se inicia con la evaluación de la condición clínica del paciente, a fin de definir si esta se resuelve en el lugar de atención (foco) o la necesidad de ser trasladado a una IPRESS, previa coordinación con la Central de Regulación y la IPRESS de destino.

En este contexto, la DISAMU cuenta con 33 ambulancias, estando operativas solo 19 unidades móviles por falta de recurso humano; debiendo informar que para operativizar una ambulancia se requiere de 15 servidores asistenciales (05 médicos, 05 enfermeras y 05 pilotos) para cubrir dos turnos de 12 horas diariamente equivalente a 150 horas al mes.

Durante la primera ola de la pandemia del COVID-19, se registró una brecha de despacho del 83% (envío de ambulancia a foco o lugar de emergencia) de solicitudes de atenciones prioridades I y II por falta de ambulancia operativas. En la segunda ola pandémica, se registró una brecha del 90% de solicitudes de despacho (envío de ambulancia a foco o lugar de la emergencia) por falta de ambulancias; asimismo, en la tercera ola pandémica, se registró una brecha del 66% de solicitudes de despacho por inoperatividad de ambulancias; Véase siguiente cuadro:

Durante la pandemia 2020-2022, se ha efectuado el *triaje* médico a través de la Central de Emergencias 106. Se informa que se han requerido efectuar un total de 226,254 despachos de ambulancias al foco o lugar de la emergencia; sin embargo, solo se pudo atender 77,327 despachos de ambulancia para emergencias de prioridad I y II, evidenciándose un total de 148,927 de solicitudes de atención prioridades I y II sin atención, que significa una brecha del 66% de los despachos requeridos.

#### 2.1.2.10. **Sobre las Intervenciones en los diversos niveles de atención**

Respecto a las intervenciones a ser desarrolladas en los establecimientos de salud de los diferentes niveles de atención, en la Resolución Ministerial N° 835-2021/MINSA que aprueba el Documento Técnico: Plan de Respuesta ante Segunda Ola, Tercera Ola Pandémica por COVID-19 en el Perú, 2021; se explicitó las actividades a desarrollar en el 2021 por parte de los órganos del Ministerio de Salud para mejorar la capacidad de preparación y respuesta de los establecimientos de salud para efectos de reducir el impacto la morbilidad y mortalidad por COVID-19 ante el inicio de la tercera ola y con la Resolución Ministerial N° 095-2022-MINSA que aprueba el Documento Técnico: Plan frente a la pandemia por COVID-19, para el año 2022, se aprobaron las actividades para mejorar la respuesta del MINSA frente a la pandemia por COVID-19.

Asimismo, precisar que el Ministerio de Salud en el marco de la Emergencia Sanitaria ha establecido diversas disposiciones a ser aplicadas por los establecimientos de salud de los diferentes niveles de atención.

El segundo nivel de atención lo constituyen hospitales que se encuentran en la mayoría de las regiones del país; y, que cuentan con servicios de emergencia, hospitalización, unidad de cuidados intensivos e intermedios, de diagnóstico por imágenes (rayos x, ecografía e incluso tomógrafos), entre otros. Asimismo, cuentan con profesionales de la salud especialistas que han estado brindando prestación de servicios a la población con y sin diagnóstico de COVID-19.

En relación al primer nivel de atención, se ha dotado a los establecimientos categorizados como I-4 y I-3 de balones de oxígeno, que pueden ser recargados, al haberse implementado en diferentes regiones del país plantas de oxígeno. Además, los categorizados como I-2 y I-1 han sido dotados de concentradores de oxígeno.

A lo antes señalado, se ha implementado a estos establecimientos con oxímetros de pulso que permiten cuantificar la saturación de oxígeno de los pacientes afectados con COVID-19 con sintomatología respiratoria, que es el indicador predecible para el manejo de los pacientes con COVID-19 con oxigenoterapia.



### 2.1.2.11. Sobre los Equipos de Intervención Integral

Los Equipos de Intervención Integral del Primer Nivel de Atención de Salud frente a la pandemia por COVID-19 (EII) están conformados por 01 profesional de la salud y 01 personal técnico de salud, entrenados en vigilancia epidemiológica, toma de muestras, manejo sindrómico y seguimiento clínico de casos COVID-19 y en el manejo de las intervenciones de salud individual y las intervenciones de salud pública, dentro de su ámbito territorial (Sector Sanitario). Los mismos están a cargo de la coordinación de las prestaciones de salud con el médico del establecimiento de primer nivel de atención de salud. Realizan las prestaciones de salud bajo la modalidad de oferta fija, móvil o telesalud, según sus competencias.

Asimismo, los Equipos de Intervención Integral del Primer Nivel de Atención son responsables de evaluar los casos sospechosos o confirmados de COVID-19 en el domicilio, comunidad o establecimiento de salud, de forma presencial o remota; y determina la necesidad de aislamiento del mismo; sus hallazgos se registran en SICOVID.

Esta estrategia permite la intervención focalizada, la cual que garantiza una respuesta rápida, oportuna y eficaz para detectar y reducir el tiempo que transcurre desde la detección de la enfermedad y la respuesta; previniendo la progresión de la pandemia, la postergación del acceso a los servicios de salud, el retraso en el inicio del tratamiento y, consecuentemente, previene la saturación de los servicios de salud y la progresión de la severidad de la enfermedad en la población con diagnóstico confirmado de COVID.

### 2.1.2.12. Sobre las brigadas de vacunación contra la COVID

En febrero de 2021, se inició la vacunación contra la COVID-19 en el Perú con la inmunización de toda persona que presta servicios, independientemente de la naturaleza de su vínculo laboral o contractual, de las diferentes instancias del sector salud. Posteriormente, se incluyó en el proceso al personal de las Fuerzas Armadas, Policía Nacional del Perú y Cuerpo General de Bomberos del Perú, considerando su exposición al ser parte de la primera línea de acción contra la COVID-19 y con la finalidad de proteger la integridad del sistema de salud.

Posteriormente, con la aprobación del Documento Técnico: Plan Nacional Actualizado de vacunación contra la COVID-19, se implementó nueva estrategia de vacunación contra la COVID-19, la cual se rige por grupos de edad y modelo territorial de la siguiente manera:



- **Grupos de edad:** Se realiza de manera secuencial descendente por grupos de edad.
- **Modelo territorial:** Se realiza según distritos, tomando en cuenta el riesgo de exceso de mortalidad, la densidad poblacional y la accesibilidad para la vacunación, entre otros aspectos epidemiológicos.

Con la modificación del Documento Técnico: Plan Nacional Actualizado de vacunación contra la COVID-19, el Ministerio de Salud programa la vacunación de las personas con comorbilidades o con situaciones de vulnerabilidad, tomando en cuenta las recomendaciones del Equipo Consultivo de Alto Nivel (ECAN), creado con Resolución Ministerial N° 139-2021/MINSA y sus modificatorias. Para ello, se publican los protocolos para la vacunación contra la COVID-19 en la Página Web del Ministerio de Salud, y son difundidos por la Oficina General de Comunicaciones del Ministerio de Salud.

De acuerdo con la Resolución Ministerial N° 809-2021/MINSA, los grupos priorizados para la vacunación contra la COVID-19 con comorbilidades o situaciones de vulnerabilidad son los siguientes:

GRUPOS	DESCRIPCIÓN
Comorbilidades	<ul style="list-style-type: none"><li>• Personas con Síndrome de Down</li><li>• Pacientes con hemodiálisis y enfermedades crónicas</li><li>• Personas con enfermedades raras y huérfanas</li><li>• Personas con trastornos mentales y del neurodesarrollo</li><li>• Personas en espera o con trasplantes de órganos</li><li>• Pacientes oncológicos</li><li>• Personas viviendo con VIH</li><li>• Otros que recomiende el Equipo Técnico Consultivo de Alto Nivel</li></ul>
Situaciones de vulnerabilidad	<ul style="list-style-type: none"><li>• Gestantes</li><li>• Población indígena</li><li>• Docentes de zonas rurales</li><li>• Otros que recomiende el Equipo Técnico Consultivo de Alto Nivel</li></ul>

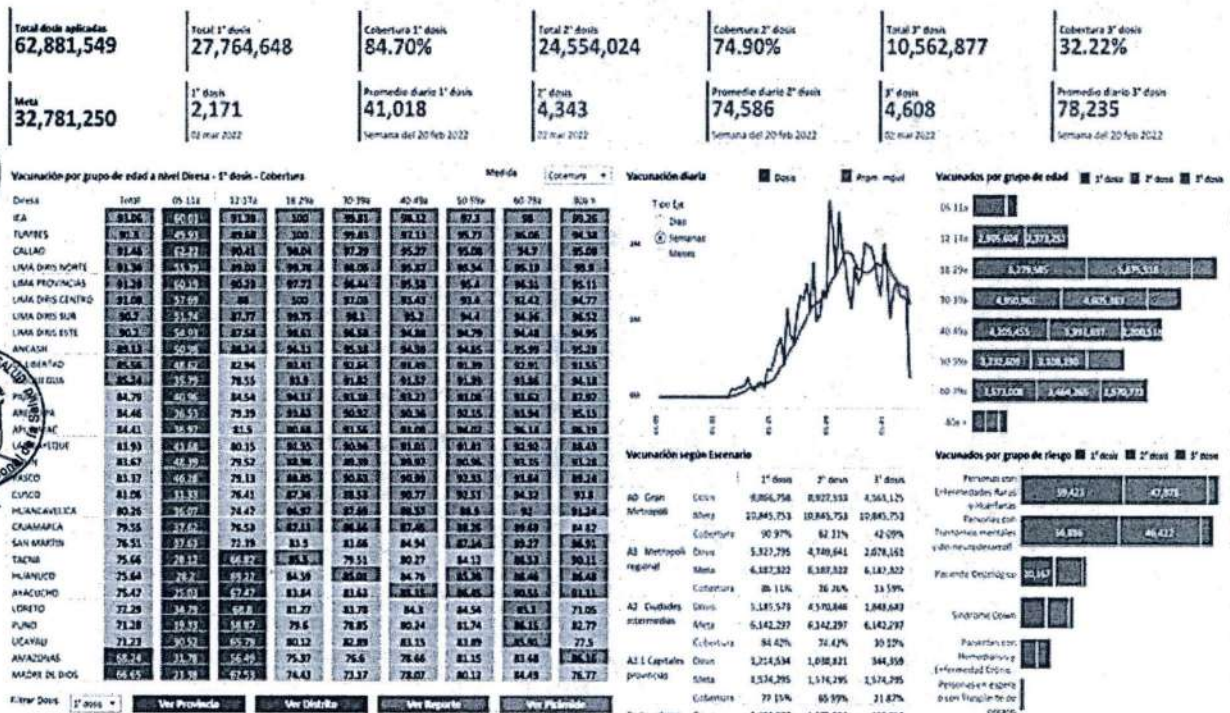
Asimismo, se culmina con la vacunación de los siguientes grupos establecidos para proteger la integridad del Sistema de Salud:



- Personal de la salud
- Cuerpo General de Bomberos del Perú
- Personal de limpieza
- Personal de Serenazgo
- Personal de seguridad
- Personal de la Policía Nacional del Perú, con excepción del personal en situación de retiro
- Personal de las Fuerzas Armadas del Perú, con excepción del personal en situación de retiro
- Internos de profesiones de la Salud
- Personal del Instituto Nacional Penitenciario (INPE)
- Personal del Programa Nacional de Centros Juveniles (PRONACEJ)

En setiembre de 2021, se inició la nueva estrategia de vacunación contra la COVID-19 denominada ¡Vamos a tu encuentro, vacúnate ya!, la cual tiene como objetivo aproximar a las brigadas de vacunación con la población que aún no recibe sus dosis correspondientes, pese a que sus grupos etarios se encuentran habilitados. De esa manera, se establecen brigadas de vacunación en parques, losas deportivas, mercados, centros comerciales, barrios, centros de salud y estadios para captar a la población objetivo con la primera o segunda dosis pendiente. Asimismo, considerando que el gobierno tiene como prioridad el retorno a las clases presenciales, se inició la vacunación contra la COVID-19 para los docentes de las escuelas.

Es así que, a febrero de 2022, se han aplicado 62 881 549 vacunas, logrando una cobertura de 74.9% de la población objetivo con vacunación completa, según se detalla a continuación:



Fuente: Ministerio de Salud  
 Disponible en: <https://www.minsa.gob.pe/reunis/data/vacunas-covid19.asp>  
 Consultado el: 02 de marzo de 2022

En este contexto, habiéndose aprobado la vacunación de la dosis de refuerzo (tercera dosis) es necesario prorrogar la contratación del personal CAS COVID para fines de la vacunación, con el objetivo de garantizar la continuidad y el éxito de la medida.

**2.1.2.13. Sobre la necesidad de optimizar el uso de los registros CAS COVID existentes en el AIRHSP**

En la base de datos del AIRHSP, al 03 de febrero de 2022, se han identificado 6 748 registros CAS COVID vacantes, en todos los pliegos a nivel nacional, según se detalla a continuación:

PLIEGO	PLAZAS VACANTES
011. M. DE SALUD	1 514
131. INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	15
136. INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLASICAS - INEN	15
440. GOBIERNO REGIONAL DEL DEPARTAMENTO DE AMAZONAS	281
441. GOBIERNO REGIONAL DEL DEPARTAMENTO DE ANCASH	225
442. GOBIERNO REGIONAL DEL DEPARTAMENTO DE APURIMAC	131
443. GOBIERNO REGIONAL DEL DEPARTAMENTO DE AREQUIPA	192
444. GOBIERNO REGIONAL DEL DEPARTAMENTO DE AYACUCHO	94
445. GOBIERNO REGIONAL DEL DEPARTAMENTO DE CAJAMARCA	424
446. GOBIERNO REGIONAL DEL DEPARTAMENTO DE CUSCO	306
447. GOBIERNO REGIONAL DEL DEPARTAMENTO DE HUANCVELICA	115
448. GOBIERNO REGIONAL DEL DEPARTAMENTO DE HUANUCO	339
449. GOBIERNO REGIONAL DEL DEPARTAMENTO DE ICA	92
450. GOBIERNO REGIONAL DEL DEPARTAMENTO DE JUNIN	483
451. GOBIERNO REGIONAL DEL DEPARTAMENTO DE LA LIBERTAD	224
452. GOBIERNO REGIONAL DEL DEPARTAMENTO DE LAMBAYEQUE	49
453. GOBIERNO REGIONAL DEL DEPARTAMENTO DE LORETO	605
454. GOBIERNO REGIONAL DEL DEPARTAMENTO DE MADRE DE DIOS	78
455. GOBIERNO REGIONAL DEL DEPARTAMENTO DE MOQUEGUA	152
456. GOBIERNO REGIONAL DEL DEPARTAMENTO DE PASCO	119
457. GOBIERNO REGIONAL DEL DEPARTAMENTO DE PIURA	272
458. GOBIERNO REGIONAL DEL DEPARTAMENTO DE PUNO	425
459. GOBIERNO REGIONAL DEL DEPARTAMENTO DE SAN MARTIN	100
460. GOBIERNO REGIONAL DEL DEPARTAMENTO DE TACNA	52
A461. GOBIERNO REGIONAL DEL DEPARTAMENTO DE TUMBES	42
462. GOBIERNO REGIONAL DEL DEPARTAMENTO DE UCAYALI	157
463. GOBIERNO REGIONAL DEL DEPARTAMENTO DE LIMA	189
464. GOBIERNO REGIONAL DE LA PROVINCIA CONSTITUCIONAL DEL CALLAO	58
<b>TOTAL</b>	<b>6 748</b>



L.G.L.C. En este contexto, se ha consultado a las unidades ejecutoras la razón de la persistencia de estas plazas vacantes, evidenciándose diferentes causas, tales como deserción por mejores ofertas laborales (ya sean de orden económico o debido a plazas mejor posicionadas), dificultades en la captación del recurso humano específico de acuerdo a la denominación de la plaza.

A ello deben sumarse que algunas plazas han sido destinadas para estrategias específicas, las mismas que de acuerdo a las características epidemiológicas de la tercera ola pandémica ya no son prioritarias; sin embargo, estrategias que antes tuvieron roles menores, hoy en día cobran relevancia, particularmente aquellas destinadas al fortalecimiento del primer nivel de atención y de la vacunación contra la COVID.

En este contexto, se requieren garantizar la prorrogación de la vigencia de las plazas CAS COVID, así como establecer medidas que permitan la dinamización del uso de las plazas registradas en el AIRHSP como CAS COVID. Entre estas medidas, además del desplazamiento del recurso humano, se requiere que el personal CAS COVID este facultado a cumplir funciones en donde se le requiera y no solo para la estrategia específica en la que fue contratado; del mismo modo, se requiere que se autorice los cambios de denominación de los cargos funcionales de las plazas CAS COVID en el AIRHSP, priorizando estrategias como la vacunación contra la COVID, la conformación de los equipos de intervención integral para el fortalecimiento del primer nivel, de las comunidades indígenas, los laboratorios de referencia nacional y regional, entre otros actividades destinadas a la atención de casos confirmados y sospechosos de COVID-19, así como en favor de la población en general que se encuentra en riesgo de contagio de COVID-19.

#### **2.1.2.14. Sobre la imprevisibilidad de las medidas propuestas en materia de contratación de personal del sector salud.**

Mediante Informe Técnico N° IT - CDC N° 095-2022 "Proyección de la cuarta ola de COVID-19 en el Perú", elaborado por el CDC, se proyectaron entre 1 028 736 y 2 713 172 casos, dependiendo del tipo de escenario proyectado, proyecciones para la cuarta ola, según se detalla en la siguiente tabla, en la cual se muestran además los cuatro escenarios estimados para el número de casos COVID sintomáticos, hospitalizados, hospitalizados en UCI y fallecidos, según se detalla a continuación:

Escenarios	Casos sintomáticos	Hospitalizados	Hospitalización en UCI	Defunciones
Escenario leve	1 028 736	61 704	1 585	4 819
Escenario moderado	1 268 398	76 078	1 954	7 902
Escenario severo	1 747 772	104 831	2 693	14 358
Escenario extremo	2 713 172	162 736	4 180	16 996

Fuente: IT-CDC N° 095-2022

Elaborado por Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades-MINSA

Durante el mes de enero de 2022, la progresión de la pandemia sugería que las proyecciones realizadas por la CDC se verían reflejadas en la realidad, los casos se multiplicaron de manera sostenida, superando largamente los picos de casos observados durante la primera y segunda ola. Este escenario sustentó la formulación de los Decretos de Urgencia N° 001-2022 y N° 002-2022. Los mismos que, en términos operativos, dio continuidad al personal CAS COVID que hubiese mantenido vínculo al 31 de diciembre de 2021 y, consecuentemente, garantizó la oferta de servicios de salud en las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud Funcionales del Circuito IRA-COVID en los tres niveles de atención. Asimismo, se incorporaron estrategias que permitieron el incremento del personal CAS COVID (destinado a labores de vacunación contra la COVID) y la optimización de la disponibilidad y dotación de recursos humanos (modificación del lugar de la prestación, cambio de denominación de plazas vacantes, asignación de nuevas funciones del marco del COVID, entre otros).

Del mismo modo, tomando como referencia la duración tanto de la primera como de la segunda ola, se esperaba que la tercera ola se prolongará por 10 a 12 semanas; sin embargo, tras la tercera semana epidemiológica del año fiscal 2022 se ha evidenciado una disminución marcada y sostenida del número de casos confirmados de COVID-19. Hecho que, contradecía las proyecciones realizadas para el primer trimestre del año en curso; sin embargo, ya se había dispuesto la continuidad del personal CAS COVID; asimismo; desde un punto de vista normativo genera, de manera imprevisible, inconsistencias con la prórroga de la emergencia sanitaria, la misma que fue aprobada por el Decreto Supremo N° 003-2022-SA.



De lo descrito, se desprende que las proyecciones establecidas en modelos matemáticos han permitido establecer estrategias y medidas de contención y mitigación de la pandemia; sin embargo, aún cuando los modelos en mención incluyan variables de control, las mismas no eliminan por completo la incertidumbre del fenómeno evaluado. En el contexto de la pandemia, las características epidemiológicas de la misma antes señaladas (progresión cíclica, asincrónica, heterogénea y atípica), aunado a la posibilidad de emergencia nuevas cepas y al avance del proceso de vacunación, determinan que las proyecciones sean evaluadas con precaución, de manera periódica y que, de ser el caso, se reajusten cada vez que se requieran.



Este hecho se constituye en un estado de necesidad, el mismo que nace con el término de la vigencia del Decreto de Urgencia N° 002-2022 y que implica el cese de la oferta de servicios en los circuitos IRA COVID en los establecimientos de salud del primer, segundo y tercer nivel de atención. En consecuencia, la reactivación de los registros, permitiría garantizar que las entidades continúen operando los circuitos IRA COVID y, consecuentemente, se garantice la atención de los casos confirmados y sospechosos de COVID-19.

### 2.1.3. ALCANCE ESPECIFICO

La presente propuesta pretende:

- Autorizar a la Dirección General de Gestión Fiscal de los Recursos Humanos del Ministerio de Economía y Finanzas a prorrogar la vigencia de los registros correspondientes a la modalidad del régimen especial del Decreto Legislativo N° 1057 que se encontraban ocupados en el Aplicativo Informático para el Registro Centralizado de Planillas y de Datos de los Recursos Humanos del Sector Público (AIRHSP) al 30 de junio de 2022, hasta el 31 de julio de 2022, para fortalecer y garantizar la sostenibilidad de acciones orientadas a una respuesta sanitaria oportuna y efectiva frente a la pandemia de la COVID-19, consistentes en: la oferta de servicios de salud para la atención de casos sospechosos y confirmados en los establecimientos de salud de los tres niveles de atención; los centros de aislamiento y atención temporal y los centros de oxigenoterapia temporal; los puntos y brigadas de vacunación; los equipos de intervención integral; las brigadas

de intervención en comunidades indígenas; la Red Nacional de Laboratorios en Salud Pública de las Direcciones Regionales de Salud y Gerencias Regionales de Salud; el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica; el Sistema de Atención Móvil de Urgencias (SAMU) y Telemedicina; la coordinación nacional de las estrategias implementadas para contención y mitigación de la progresión de la pandemia y el monitoreo de las macroregiones.

- Autorizar al Ministerio de Salud, al Instituto Nacional de Salud, al Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas y a las Unidades Ejecutoras de Salud de los Gobiernos Regionales, la prórroga de los contratos de personal bajo la modalidad del régimen especial del Decreto Legislativo N° 1057, cuyos registros sean prorrogados en el Aplicativo Informático para el Registro Centralizado de Planillas y de Datos de los Recursos Humanos del Sector Público (AIRHSP), conforme a lo establecido en el numeral precedente, hasta el 31 de julio de 2022, para realizar las actividades descritas en el citado numeral.
- Los contratos administrativos de servicios cuya prórroga se realice en el marco de la disposición propuesta en el acápite precedente son de naturaleza estrictamente temporal, se celebran a plazo determinado y concluyen indefectiblemente al término de la vigencia de la presente norma. La comunicación que la entidad pudiera hacer de la conclusión del vínculo contractual tiene carácter informativo y su omisión no genera la prórroga del contrato.
- Autorizar el reconocimiento del Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo (SCTR) al personal CAS COVID.
- El personal contratado debe realizar labores de manera presencial y efectiva durante su jornada laboral.
- El personal contratado es registrado en el Aplicativo Informático del Registro Nacional de Personal de la Salud (INFORHUS) y en el Aplicativo Informático para el Registro Centralizado de Planillas y de Datos de los Recursos Humanos del Sector Público (AIRHSP), no pudiendo contratar sin el registro en el AIRHSP.



#### 2.1.4. ESTIMACIÓN DE LA PEA Y COSTOS

Para la determinación de la PEA se tomó como referencia la información de las plazas ocupadas CAS COVID contenidas en el aplicativo informático del Registro Centralizado de Planillas y Datos del Recurso Humano al servicio del Sector Público (AIRHSP), actualizado al 15 de junio de 2022; en la cual se identificaron 60 178 registros CAS COVID, de ellos, 59 166 se encontraban en condición de ocupados, según se detalla a continuación:

PLIEGO	O	V	TOTAL
011. M. DE SALUD	16,169	85	16,254
131. INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	321	1	322
136. INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLASICAS - INEN	245	8	253
440. GOBIERNO REGIONAL DEL DEPARTAMENTO DE AMAZONAS	1,045	47	1,092
441. GOBIERNO REGIONAL DEL DEPARTAMENTO DE ANCASH	2,193	31	2,224
442. GOBIERNO REGIONAL DEL DEPARTAMENTO DE APURIMAC	1,157	30	1,187
443. GOBIERNO REGIONAL DEL DEPARTAMENTO DE AREQUIPA	2,212	44	2,256
444. GOBIERNO REGIONAL DEL DEPARTAMENTO DE AYACUCHO	1,224	32	1,256
445. GOBIERNO REGIONAL DEL DEPARTAMENTO DE CAJAMARCA	2,923	54	2,977
446. GOBIERNO REGIONAL DEL DEPARTAMENTO DE CUSCO	2,056	61	2,117
447. GOBIERNO REGIONAL DEL DEPARTAMENTO DE HUANCAMELICA	948	35	983
448. GOBIERNO REGIONAL DEL DEPARTAMENTO DE HUANUCO	1,887	26	1,913
449. GOBIERNO REGIONAL DEL DEPARTAMENTO DE ICA	1,159	14	1,173
450. GOBIERNO REGIONAL DEL DEPARTAMENTO DE JUNIN	2,711	114	2,825
451. GOBIERNO REGIONAL DEL DEPARTAMENTO DE LA LIBERTAD	2,948	95	3,043
452. GOBIERNO REGIONAL DEL DEPARTAMENTO DE LAMBAYEQUE	1,690	4	1,694
453. GOBIERNO REGIONAL DEL DEPARTAMENTO DE LORETO	2,587	46	2,633

PLIEGO	O	V	TOTAL
454. GOBIERNO REGIONAL DEL DEPARTAMENTO DE MADRE DE DIOS	467	7	474
455. GOBIERNO REGIONAL DEL DEPARTAMENTO DE MOQUEGUA	639	16	655
456. GOBIERNO REGIONAL DEL DEPARTAMENTO DE PASCO	692	22	714
457. GOBIERNO REGIONAL DEL DEPARTAMENTO DE PIURA	2,797	45	2,842
458. GOBIERNO REGIONAL DEL DEPARTAMENTO DE PUNO	1,700	42	1,742
459. GOBIERNO REGIONAL DEL DEPARTAMENTO DE SAN MARTIN	1,998	6	2,004
460. GOBIERNO REGIONAL DEL DEPARTAMENTO DE TACNA	830	5	835
461. GOBIERNO REGIONAL DEL DEPARTAMENTO DE TUMBES	536	5	541
462. GOBIERNO REGIONAL DEL DEPARTAMENTO DE UCAYALI	1,574	20	1,594
463. GOBIERNO REGIONAL DEL DEPARTAMENTO DE LIMA	2,124	65	2,189
464. GOBIERNO REGIONAL DE LA PROVINCIA CONSTITUCIONAL DEL CALLAO	2,334	52	2,386
<b>TOTAL</b>	<b>59,166</b>	<b>1,012</b>	<b>60,178</b>

**Notas**

Los listados nominales se encuentran disponibles en el siguiente enlace electrónico:  
[https://drive.google.com/drive/folders/1UqbO3RCGjPd5QWLk\\_JnhgjThyvJAMiP4?usp=sharing](https://drive.google.com/drive/folders/1UqbO3RCGjPd5QWLk_JnhgjThyvJAMiP4?usp=sharing)



L. GIL C.

Para la determinación de los costos de la medida, se ha considerado únicamente la prorroga de los registros ocupados, para fines de los honorarios se han considerado los mismos montos registrados en el aplicativo informático AIRHSP; asimismo, la propuesta incluye el costo de la carga social, el seguro complementario por trabajo de riesgo (SCTR), la estimación de las vacaciones trunca para el periodo en evaluación y el aguinaldo correspondiente al mes de julio de 2022.



F. MEZA

Es así que, el **costo mensual** de los 59 166 registros ocupados para la presente medida asciende a S/ 283 159 853.57, el mismo que comprende los honorarios, la carga social y el SCTR, según se detalla a continuación:

PLIEGO	PEA	HONORARIOS	CARGA SOCIAL	SCTR	COSTO MENSUAL
011. M. DE SALUD	16,169	94,560,792.00	3,008,717.64	1,172,553.82	98,742,063.46
131. INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	321	1,527,500.00	59,670.00	18,941.00	1,606,111.00
136. INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLASICAS - INEN	245	1,013,950.00	42,778.80	12,572.98	1,069,301.78
440. GOBIERNO REGIONAL DEL DEPARTAMENTO DE AMAZONAS	1,045	4,546,171.19	190,348.31	56,372.52	4,792,892.02
441. GOBIERNO REGIONAL DEL DEPARTAMENTO DE ANCASH	2,193	8,211,403.10	395,595.90	101,821.40	8,708,820.40
442. GOBIERNO REGIONAL DEL DEPARTAMENTO DE APURIMAC	1,157	4,112,816.00	206,652.60	50,998.92	4,370,467.52
443. GOBIERNO REGIONAL DEL DEPARTAMENTO DE AREQUIPA	2,212	10,391,040.00	407,560.68	128,848.90	10,927,449.58
444. GOBIERNO REGIONAL DEL DEPARTAMENTO DE AYACUCHO	1,224	4,547,978.00	223,382.34	56,394.93	4,827,755.27
445. GOBIERNO REGIONAL DEL DEPARTAMENTO DE CAJAMARCA	2,923	10,799,371.00	515,176.74	133,912.20	11,448,459.94
446. GOBIERNO REGIONAL DEL DEPARTAMENTO DE CUSCO	2,056	8,848,835.14	380,059.27	109,725.56	9,338,619.96
447. GOBIERNO REGIONAL DEL DEPARTAMENTO DE HUANCAMELICA	948	3,973,400.00	171,609.30	49,270.16	4,194,279.46
448. GOBIERNO REGIONAL DEL DEPARTAMENTO DE HUANUCO	1,887	6,542,326.20	335,710.80	81,124.84	6,959,161.84
449. GOBIERNO REGIONAL DEL DEPARTAMENTO DE ICA	1,159	5,585,775.00	214,667.10	69,263.61	5,869,705.71
450. GOBIERNO REGIONAL DEL DEPARTAMENTO DE JUNIN	2,711	11,063,378.00	496,562.04	137,185.89	11,697,125.93
451. GOBIERNO REGIONAL DEL DEPARTAMENTO DE LA LIBERTAD	2,948	13,568,162.00	546,811.02	168,245.21	14,283,218.23
452. GOBIERNO REGIONAL DEL DEPARTAMENTO DE LAMBAYEQUE	1,690	5,881,184.00	306,674.10	72,926.68	6,260,784.78
453. GOBIERNO REGIONAL DEL DEPARTAMENTO DE LORETO	2,587	9,545,399.60	469,576.44	118,362.96	10,133,339.00
454. GOBIERNO REGIONAL DEL DEPARTAMENTO DE MADRE DE DIOS	467	1,862,000.00	82,791.90	23,088.80	1,967,880.70
455. GOBIERNO REGIONAL DEL DEPARTAMENTO DE MOQUEGUA	639	3,220,655.00	117,667.80	39,936.12	3,378,258.92
456. GOBIERNO REGIONAL DEL DEPARTAMENTO DE PASCO	692	3,487,038.00	126,781.20	43,239.27	3,657,058.47
457. GOBIERNO REGIONAL DEL DEPARTAMENTO DE PIURA	2,797	10,725,029.00	496,422.63	132,990.36	11,354,441.99
458. GOBIERNO REGIONAL DEL DEPARTAMENTO DE PUNO	1,700	6,756,997.00	311,056.20	83,786.76	7,151,839.96