



*"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia"
"Decenio de la igualdad de oportunidades para mujeres y hombres"*

INFORME MULTIANUAL DE INVERSIONES EN ASOCIACIONES PÚBLICO PRIVADAS DE ESSALUD 2021-2024

GERENCIA CENTRAL DE PLANEAMIENTO Y PRESUPUESTO

NOVIEMBRE, 2021



ÍNDICE

1.	PRESENTACIÓN	3
2.	FASE DE PLANEAMIENTO.....	4
2.1	DIAGNÓSTICO	4
2.2	IDENTIFICACIÓN Y SELECCIÓN DE POTENCIALES PROYECTOS DE APP A SER INCORPORADOS AL PROCESO DE PROMOCIÓN DE LA INVERSIÓN PRIVADA EN LOS SIGUIENTES TRES AÑOS	19
3.	FASE DE PROGRAMACIÓN	72
3.1	IDENTIFICACIÓN DE COMPROMISOS FIRMES Y CONTINGENTES CUANTIFICABLES DERIVADOS DE LOS CONTRATOS DE APP SUSCRITOS, INCLUYENDO SUS ADENDAS Y LAUDOS.....	72
3.2	ELABORACIÓN DEL REPORTE DE USO DE RECURSOS PÚBLICOS	73
3.3	ESTIMACIÓN DE LOS INDICADORES DE GASTO PRESUPUESTAL	76

1. PRESENTACIÓN

El Seguro Social de Salud – EsSalud, fue creado mediante Ley N° 27056 como un organismo público descentralizado, adscrito al Sector Trabajo y Promoción del Empleo y es la institución encargada de dar cobertura a los asegurados y sus derechohabientes, a través de prestaciones de salud (prevención, promoción, recuperación, rehabilitación), prestaciones económicas y prestaciones sociales las cuales corresponden al régimen contributivo de la Seguridad Social en Salud.

Asimismo, en las prestaciones de salud tiene como principal objetivo brindar atención integral a las necesidades de la población asegurada con equidad, solidaridad, eficiencia y oportunidad en concordancia con la Ley de Aseguramiento Universal en Salud y la Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud.

En el marco del Sistema Invierte.Pe, se ha identificado la brecha de infraestructura y de acceso a los servicios a través del estudio elaborado por el Banco Mundial para ESSALUD, tiene un monto de inversión de S/28,839.48 MM, la misma que se ha programado atender en el periodo 2018-2044 en concordancia con la Capacidad Presupuestal que proyecta el flujo de sus ingresos y gastos, información concordante con el Marco Macroeconómico Multianual (MMM) informado a FONAFE y al MEF.

En ese sentido, la implementación de Asociaciones Público privadas (APP), se constituyen es un mecanismo de inversión que permite proveer infraestructura y servicios, permitiendo reducir las brechas mencionadas.

En esta línea, ESSALUD presenta el Informe Multianual de Inversiones de Asociación pública privada para el periodo 2021-2024, en el marco de los objetivos estratégicos institucionales según lo estipulado en el Decreto legislativo N° 1362, y Decreto Supremo N° 240-2018-EF, con la finalidad de sustentar la fase de planeamiento y la fase de programación de los proyectos de Asociación Pública y Privada.



2. FASE DE PLANEAMIENTO

2.1 DIAGNÓSTICO

2.1.1 DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN DE SALUD

La situación de salud es el resultado de la interacción de múltiples factores de gran dinamismo que modifican el perfil epidemiológico de un territorio y, concomitantemente, el escenario en el cual los tomadores de decisiones, los niveles operativos y la comunidad deben desplegar sus esfuerzos en búsqueda de alcanzar el ideal de salud para todos. (MINSA - Dirección General de Epidemiología- Análisis de Situación de Salud del Perú)

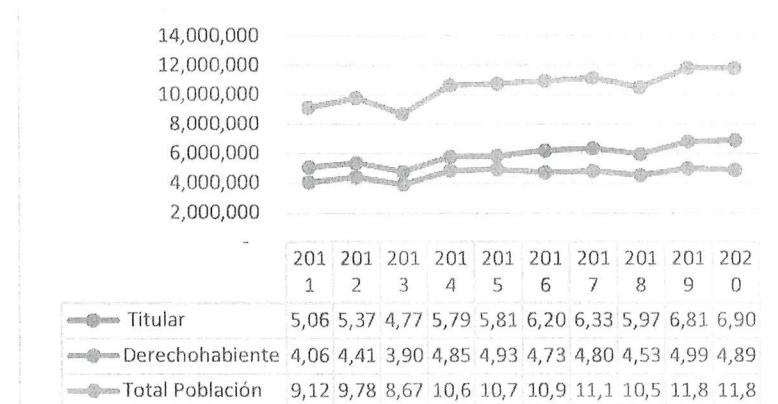
El MINSA es el prestador casi exclusivo en las zonas rurales, donde no existe la oferta de otras instituciones. En estas zonas, la capacidad de resolución de problemas de salud es muy limitada, y la infraestructura se concentra en los establecimientos del primer nivel de atención como los centros y puestos de salud.

Al déficit de la infraestructura del Sector Salud, se suma la falta de mantenimiento preventivo y correctivo de las edificaciones e instalaciones; así como las limitadas condiciones de seguridad frente a eventos naturales que generan desastres como los sismos, lluvias intensas e inundaciones.

a. Aspecto Demográfico - EsSalud

La población asegurada de EsSalud se ha incrementado en los últimos 10 años a una tasa de 2.9% en promedio, ha pasado de 9,128,957 asegurados en el año 2011 a 11,801,977 de asegurados al tercer trimestre del 2020.

Gráfico N° 1: Evolución histórica de la población asegurada del año 2011 al tercer trimestre del 2020



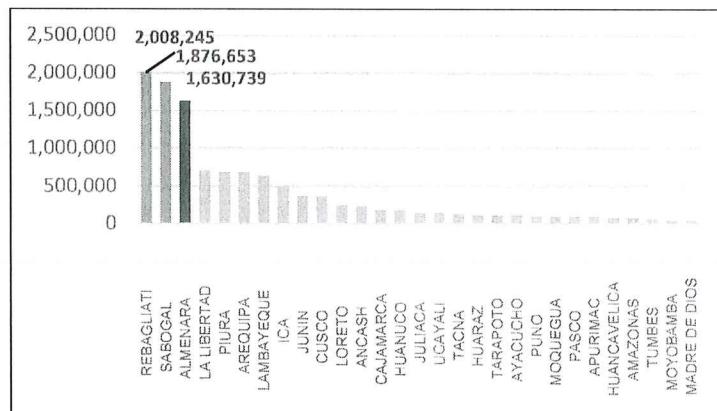
Fuente: Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas

Del total de la población asegurada al tercer trimestre del 2020, el 58.5% corresponden a asegurados titulares y el 41.5% corresponde a los derechohabientes.



Asimismo, como se puede observar en el Gráfico 2, más de la mitad de asegurados están adscritos en las Redes Asistenciales de Lima (Rebagliati, Sabogal o Almenara).

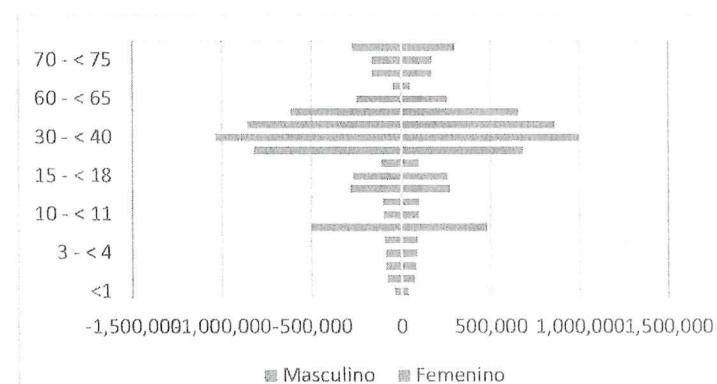
Gráfico N° 2: Distribución de Población asegurada por Red asistencial



Fuente: Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas – Tercer Trimestre 2020

De acuerdo a la pirámide de la población asegurada, por grupos de edad, al tercer trimestre del 2020, se aprecia que el mayor segmento de asegurados es de 30 a 40 años de edad, en el cual se encuentra la población económicamente activa.

Gráfico N° 3: Población Asegurada según Grupos de Edad (Asegurados en miles)



Fuente: Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas (Tercer trimestre 2020)



b. Aspecto Epidemiológico - EsSalud

Población asegurada

En las últimas décadas un conjunto de factores como el envejecimiento poblacional, el cambio climático y los cambios en hábitos alimentarios, han ocasionado modificaciones en los perfiles de enfermedad, condicionando mayor complejidad en la atención de las necesidades de salud de la población asegurada.

Las diversas condiciones demográficas de la población demandante de atención afectan el entorno en el que se encuentra inmerso EsSalud. Se observa una tasa de crecimiento poblacional, así como unas tasas de fecundidad y mortalidad con tendencia a la baja por lo cual EsSalud atiende a una población cada vez más envejecida que solicitará una demanda de servicios con mayor intensidad y también mayores costos.

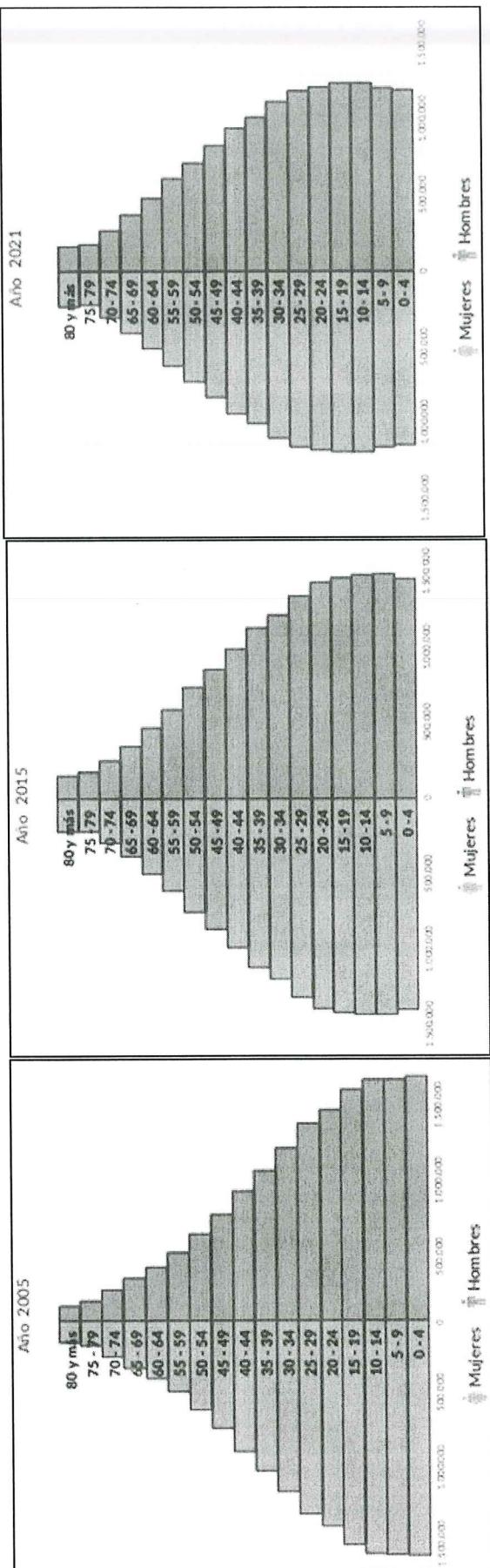
En cuanto a la estructura por grupo etario, las pirámides poblacionales del 2005, 2015 y 2021 muestran una población en transición que experimenta un bono demográfico donde la población en edad de trabajar, usualmente de 15 a 65 años, supera en cantidad a las personas económicamente

dependientes (niños, adolescentes y adultos mayores). Mientras que los mayores de 64 años forman un grupo en el que son uno por cada dieciocho peruanos para el año 2005, pasarían a ser uno por cada doce en el 2021.

Esto significó que, entre 2005 y 2015, la población entre 15 y 64 años creció a un ritmo del 1,7% anual, mientras aquella mayor de 64 años lo hizo al 3,9%.



Gráfico N° 4: Pirámides poblacionales del Perú, 2005-2015 y 2021



Fuente: Estudio Financiero Actuarial EsSalud 2018. Oficina de la OIT para los Países Andinos.



Perfil Epidemiológico

En relación al comportamiento epidemiológico de la población asegurada, EsSalud cuenta con el "estudio de carga de enfermedad y lesiones en EsSalud, para el año 2014", el mismo está pendiente de ser actualizado, sin embargo, las tendencias encontradas en el estudio siguen siendo válidas a la fecha.

La carga de enfermedad constituye una medida de la magnitud de la enfermedad para una población determinada. Mide puntualmente los años de vida saludables (AVISA) perdidos como consecuencia de la enfermedad y resulta de la sumatoria de años de vida perdidos por muerte prematura y los años vividos con discapacidad.

De acuerdo con el citado documento, el principal daño encontrado es el asociado a las enfermedades osteomusculares y el tejido conectivo. En el estudio se señala, además, que la población asegurada de EsSalud tuvo un estimado de 935,619 AVISA perdidos por enfermedades o lesiones, estos años saludables perdidos se calcularon a partir de parámetros epidemiológicos nacionales de 147 grupos de diagnóstico de las enfermedades y lesiones que afectan a la población asegurada. La medida resumen de los AVISA, indican la brecha entre el nivel de salud de la población asegurada comparado con la mayor esperanza de vida al nacer y con la ausencia de discapacidad. Esto se calcula para cada enfermedad o lesión. Según los resultados obtenidos para la población asegurada existe una razón de AVISA de 87,9 por mil asegurados, tomando en cuenta la población asegurada a diciembre del 2014.

En cuanto a la afectación de la carga de enfermedad por cada 1,000 asegurados, las redes asistenciales que se encuentran en el quintil de mayor afectación son Ayacucho (170 x 1000 asegurados), Áncash (169 x 1000 asegurados), Ucayali (154 x 1000 asegurados), Moquegua (152 x 1000 asegurados), Huancavelica (132 x 1000 asegurados) Tarapoto (131 x 1000 asegurados) y Arequipa (120 x 1000 asegurados).

Adicionalmente, se tiene que en el Estudio Financiero Actuarial (OIT 2019) donde se presenta información según Red Asistencial se muestra que la Red Almenara (162.880 AVISA), seguida de Sabogal (107.218 AVISA) y Rebagliati (98.976 AVISA) son las tres redes que registraron la mayor cantidad de AVISA en el 2014. En contraposición, Madre de Dios (3.636,70 AVISA), Moyobamba (3.881 AVISA) y Huaraz (3.978 AVISA) fueron las redes con las menores cantidades de AVISA contabilizadas en el 2014. Un dato importante es que los AVISA se concentran principalmente en las mujeres. En el 86,2% de las redes se registró que la mayoría de los AVISA se dio en ellas. La red asistencial con el mayor porcentaje es Tumbes, con el 65% de AVISA en mujeres. En contraste, Huancavelica es la red con el menor porcentaje en el 2014, al registrar un 35% de AVISA en mujeres. Al igual que en el caso de las mujeres, el grupo de edad de 14 a 44 años se posiciona como el grupo etario que concentró el mayor porcentaje de AVISA en el 2014. Como se mencionó se tiene que el 55,2% de las redes asistenciales la enfermedad osteomuscular y de tejido conectivo fue la principal causa de pérdida de años de vida saludable. Además, las condiciones perinatales y las causas no intencionales se registraron como las principales causantes de pérdida de vida de años en el 10,3% de las redes.



Cuadro 1: Indicadores Seleccionados de AVISA por Red Asistencial y/o Prestacional, 2014

Red Asistencial	Total AVISA	Porcentaje de AVISA en mujeres	Grupo de edad con mayor porcentaje de AVISA (15-44 años cuando no se especifica)	Principal causa de pérdida de AVISA
Almenara	162880	54%	29%	Neuropisquiátricas
Amazonas	7036	57%	38%	Enf. Osteromuscular y tejido conectivo
Ancash	37182	43%	38%	Enf. Genitourinarias
Apurímac	5525	54%	45-59 años 31%	Enf. Orteomuscular y tejido conectivo
Arequipa	17425	57%	26%	Enf. Osteomuscular y tejido conectivo
Ayacucho	18440	58%	34%	Enf. Osteomuscular y tejido conectivo
Cajamarca	10499	60%	31%	Enf. Osteomuscular y tejido conectivo
Cusco	22014	54%	0-4 años 29%	Condiciones perinatales
Huancavelica	10799	35%	53%	No intencionales
Huánuco	10799	56%	30%	Enf. Osteomuscular y tejido conectivo
Huaraz	3978	56%	45-59 años 29%	Enf. Cardiovasculares
Ica	35340	57%	30%	Enf. Osteomuscular y tejido conectivo
Juliacá	14413	56%	28%	Condiciones perinatales
Junín	34910	56%	27%	Enf. Osteomuscular y tejido conectivo
La Libertad	62245	56%	25%	Enf. Osteomuscular y tejido conectivo
Lambayeque	60885	57%	27%	Enf. Osteomuscular y tejido conectivo
Loreto	21627	51%	0-4 años 27%	Infecciosas y parasitarias
Madre de Dios	3637	41%	33%	No intencionales
Moquegua	14671	57%	33%	Enfermedades endocrinas y de la sangre
Moyobamba	3881	57%	36%	No intencionales
Pasco	10238	53%	39%	Enf. Osteomuscular y tejido conectivo
Piura	37342	49%	27%	No intencionales
Puno	11321	59%	35%	Enf. Osteomuscular y tejido conectivo
Rebagliati	98976	62%	60 o más años 33%	Tumores malignos
Sabogal	107218	56%	28%	Enf. Osteomuscular y tejido conectivo

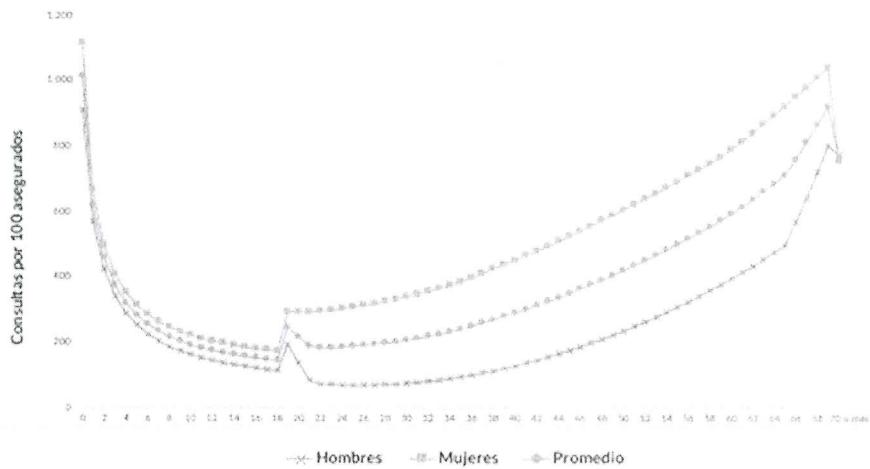
Fuente: Carga de enfermedad y lesiones en EsSalud- Estimación de los años de vida saludables perdidos 2014.

En relación a la utilización de los servicios de salud a nivel general, la proyección “teórica” del total de consultas demandadas por los asegurados de EsSalud se estimó en 358,7 consultas por cada 100 asegurados en el 2018. Este promedio comprende todo el rango etario (0 a 99 años).

Según se desprende de siguiente gráfico, los niños menores de 1 año (1.011,9 consultas por cada 100 asegurados) y los adultos mayores de 70 o más años (764 consultas por 100 asegurados) serían los grupos etarios con mayores niveles de demanda. Las tasas de utilización de consulta de los adultos de 50, 60 y 70 o más años son 2,9, 4,1 y 5,3 veces superiores a las personas de 18 años.



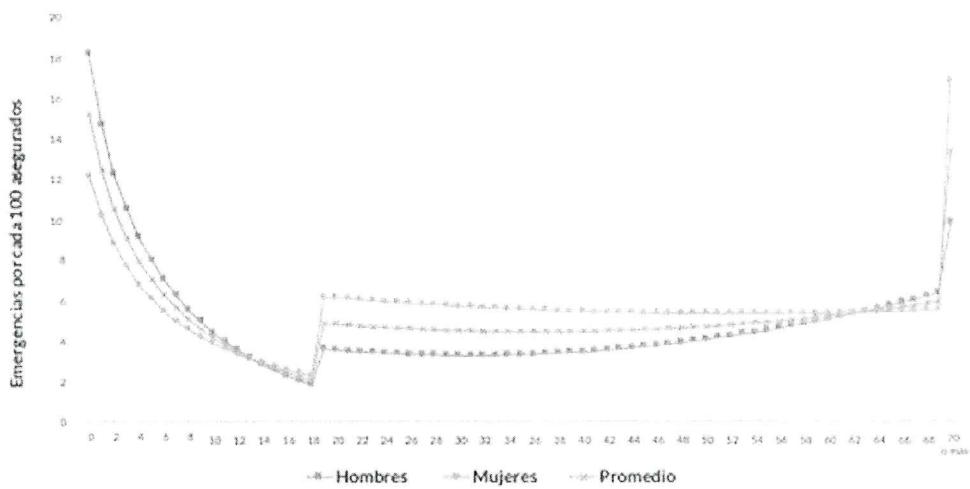
Gráfico N° 5: Tasa de consultas por cada 100 asegurados y por sexo, promedio 2018-2027



Fuente: Estudio Financiero Actuarial EsSalud 2018. Oficina de la OIT para los Países Andinos.

Las proyecciones actuariales estiman que la tasa de emergencias por cada 100 asegurados ascendería de 6,2 casos a 6,4 entre el 2018 y el 2027. Esta cifra experimentaría una tasa superior a 13,4 emergencias en adultos mayores de 70 años o más.

Gráfico N°6: Tasa de Emergencias por cada 100 asegurados y por sexo, promedio 2018-2027



Fuente: Estudio Financiero Actuarial EsSalud 2018. Oficina de la OIT para los Países Andinos.

En este marco es importante el fortalecimiento de los establecimientos de salud para la atención de estos servicios.



2.1.2 DIAGNÓSTICO DE LA INFRAESTRUCTURA

La infraestructura es uno de los factores básicos que posibilita el crecimiento económico de un país, aumentando la productividad y la competitividad, que permite a su vez mejorar la calidad de vida y la inclusión social.

Existe una brecha de inversión en infraestructura en el país, especialmente pública que requiere ser cerrada para mejorar el desempeño económico y asegurar el acceso de toda la población a servicios esenciales como salud, donde coexisten enfermedades no transmisibles con tasas similares a las de los países de renta media y alta con problemas sanitarios de países con menores ingresos económicos.

La brecha de infraestructura a largo plazo para el Sector Salud sería de 18 millones 944 mil dólares^[1], para el periodo 2016-2025, tal como se muestra a continuación:

**Cuadro 2: Brecha de Infraestructura de Mediano y Largo Plazo
(Millones de US\$ del año 2015)**

Sector	Brecha a mediano plazo 2016-2020	Brecha 2021-2025	Brecha a largo plazo 2016-2025
Agua y Saneamiento	6969	5282	12252
Agua Potable	1624	1004	2629
Saneamiento	5345	4278	9623
Telecomunicaciones	12603	14432	27035
Telefonía móvil	2522	4362	6884
Banda ancha	10081	10070	20151
Transporte	21253	36246	57498
Ferrocarriles	7613	9370	16983
Carreteras	11184	20667	31850
Aeropuertos	1419	959	2378
Puertos	1037	5250	6287
Energía	11388	19387	30775
Salud	9472	9472	18944
Educación	2592	1976	4567
Inicial	1037	585	1621
Primaria	137	137	274
Secundaria	1418	1254	2672
Hidráulico	4537	3940	8477
TOTAL	68814	90734	159549

Fuente: Plan Nacional de Infraestructura 2016-2025

EsSalud ha identificado la brecha de infraestructura y de acceso a los servicios a través del estudio elaborado por el Banco Mundial, el cual informa que tiene un monto de inversión de S/28,839.48 MM, la misma que se ha programado atender en el periodo 2018-2044 en concordancia con la Capacidad Presupuestal que proyecta el flujo de sus ingresos y gastos, información concordante con el Marco Macroeconómico Multianual (MMM) informado a FONAFE y al MEF.



¹ Un Plan para salir de la Pobreza - Plan Nacional de Infraestructura 2016-2025



Oferta en Infraestructura – EsSalud

La infraestructura asistencial que es parte del recurso físico que cuenta EsSalud, se encuentra distribuida para los 3 niveles de atención. Al tercer trimestre del 2020, se tiene implementados 388 establecimientos de salud como parte de la oferta institucional; 295 de primer nivel de atención (Posta Médica, Centro Médico CAP I, II y III y Policlínico), 82 de segundo nivel (Hospital I, II, III y IV) y 11 de tercer nivel de atención (8 Hospitales Nacionales y 3 Centros e Institutos Especializados).

Cabe precisar que este número no considera la oferta extra institucional ni infraestructura asistencial que actualmente no se encuentra implementada ni en funcionamiento.

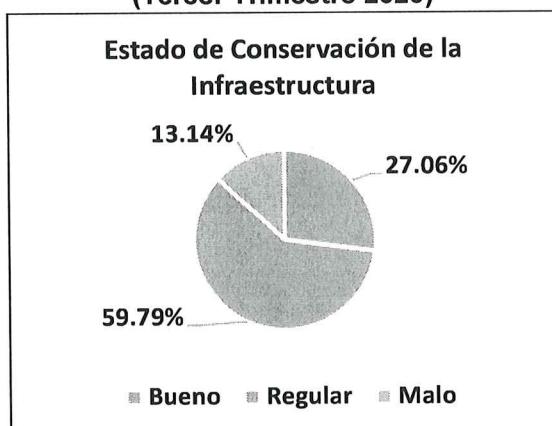
**Cuadro 3: Tipos de Establecimiento de Salud por Nivel de Atención
(Tercer Trimestre 2020)**

Nivel de Atención	Tipo de Establecimiento	Cantidad
3er Nivel	Hospital Nacional	8
	Instituto Especializado	2
	Centro Especializado	1
2do Nivel	Hospital IV	2
	Hospital III	9
	Hospital II	26
	Hospital I	45
1er Nivel	Policlínico / CAP III	57
	Centro Medico / CAP II	90
	Posta Medica / CAP I	148
Total		388

Fuente: Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto - Gerencia de Gestión de la Información - Sub Gerencia de Estadística Reporte de Infraestructura (Tercer Trimestre 2020)

El estado de conservación general de la infraestructura asistencial de EsSalud es regular, siendo un 59.79% se encuentra en condición de conservación "regular" y solo un 27.06% en estado "bueno".

**Gráfico N° 7: Estado de conservación de la Infraestructura-EsSalud
(Tercer Trimestre 2020)**

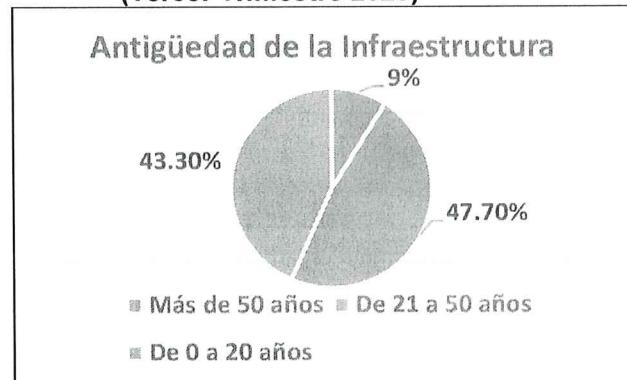


Fuente: Gerencia Central de Proyectos de Inversión- Gerencia de Ejecución de Proyectos - Sub Gerencia de Mantenimiento (Tercer trimestre 2020)



Asimismo, en relación a la antigüedad de nuestros establecimientos el 43.3% de la infraestructura asistencial tiene una antigüedad entre 0 y 20 años de construcción 47% de 21 a 50 años y un 9% más de 50 años.

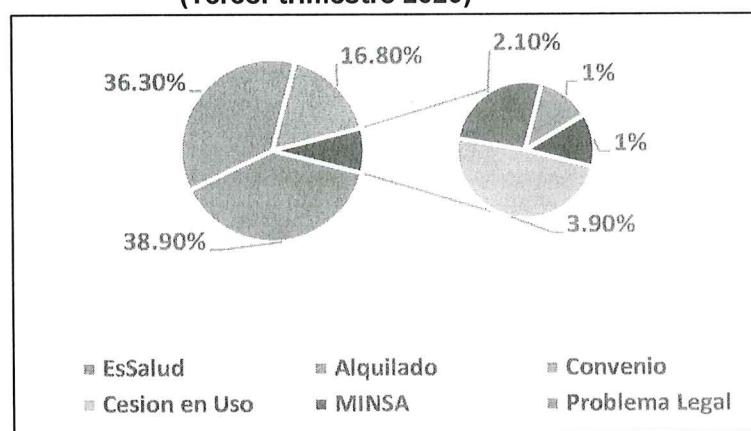
**Gráfico N° 8: Antigüedad de la Infraestructura-EsSalud
(Tercer Trimestre 2020)**



Fuente: Gerencia Central de Proyectos de Inversión- Gerencia de Ejecución de Proyectos - Sub Gerencia de Mantenimiento (Tercer trimestre 2020)

Respecto a la propiedad de la infraestructura, EsSalud cuenta con infraestructura propia (38.9%), alquilada (36.3%), por convenio (16.8%) y otras mayormente cedidas.

**Gráfico N° 9: Propiedad de la Infraestructura Asistencial – EsSalud
(Tercer trimestre 2020)**

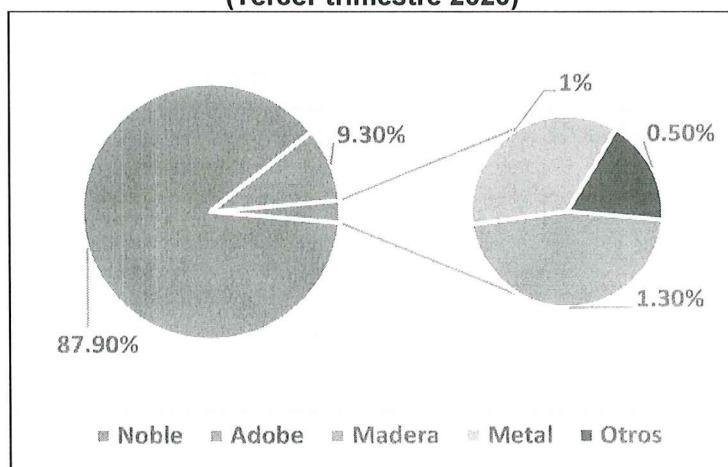


Fuente: Gerencia Central de Proyectos de Inversión- Gerencia de Ejecución de Proyectos - Sub Gerencia de Mantenimiento (Tercer trimestre 2020)

Respecto al material de construcción, la infraestructura de EsSalud es mayormente de material noble (87.9%), en segundo lugar, están las construcciones de adobe (9.3%) y en menor cantidad, están agrupados los otros materiales (2.8%).



**Gráfico N° 10: Material de construcción de la Infraestructura Asistencial
(Tercer trimestre 2020)**



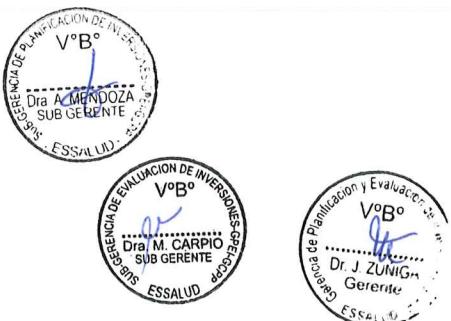
Fuente: Gerencia Central de Proyectos de Inversión (Tercer Trimestre 2020)

Analizando la situación actual de la Infraestructura que se tiene en la Institución se puede considerar imprescindible aunar esfuerzos tanto de la Inversión Pública como de la Inversión Privada a fin de mejorar las condiciones de la prestación de los servicios de salud tomando en consideración los grandes retos que la institución en aras de brindar un servicio de calidad a la población Asegurada.

2.1.3 ARTICULACIÓN DE LAS INTERVENCIONES CON LOS PLANES ESTRATÉGICOS SECTORIALES E INSTITUCIONALES

Marco estratégico sectorial y de políticas públicas:

EsSalud se encuentra adscrito al Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo, EsSalud participó en la formulación del PESEM 2017-2021 del sector Trabajo y Promoción del Empleo como parte del Comité Técnico y equipo de trabajo. El precitado documento de gestión fue aprobado mediante Resolución Ministerial N° 135-2016-TR, de fecha 30.06.2016 y actualizado para el periodo 2017 – 2022, mediante Resolución Ministerial N° 111-2019-TR de fecha 08.04.2019, donde se incluyeron las metas al año 2022, Resolución Ministerial N° 115—2020-TR, de fecha 27 de junio 2020, el cual amplía el horizonte del PSEM al 2023 y la Resolución Ministerial N° 075-2021-TR, de fecha 29 de abril 2021 donde se amplía las metas del PESEM al 2025 (siendo este el último documento normativo sectorial vigente) siendo los objetivos y acciones estratégicas las siguientes:



Cuadro 4: Objetivos Estratégicas del PESEM del Sector Trabajo y Promoción del Empleo

Objetivos Estratégicos - MTPPE	
1	Promover Empleos Formales con acceso a los derechos laborales y cobertura de seguridad social para lograr un desarrollo productivo y sostenido de nuestra economía.
2	Desarrollar la empleabilidad y fomentar el autoempleo de los jóvenes, acorde a la demanda real del mercado laboral en el país.
3	Potenciar el Consejo Nacional de Trabajo y otras instancias para la generación de una legislación laboral que fomente la productividad y garantice los derechos laborales.
4	Generar competencias y oportunidades laborales para poblaciones vulnerables, particularmente mujeres víctimas de violencia y personas con discapacidad.
5	Promover el empleo a través del mejoramiento de las competencias laborales y niveles de empleabilidad de las personas en condiciones de desempleo y subempleo.
6	Implementar un efectivo modelo de gestión sectorial centrado en el ciudadano.

Fuente: Resolución Ministerial N° 075-2021-TR

Por otro lado, el Sector Salud también elaboró su Plan Estratégico Sectorial Multianual – PESEM para el periodo 2016 – 2021, documento de gestión que fue aprobado mediante Resolución Ministerial N° 367-2016/MINSA de fecha 02.06.2016 (siendo este el último documento normativo sectorial vigente), en el cual se han definido tres objetivos estratégicos y trece acciones estratégicas priorizadas.

El precitado documento, contiene las políticas de salud traducidas en las acciones estratégicas conducentes a mejorar la salud de la población que, en el marco de la reforma de salud permitirán planificar las intervenciones para reducir el déficit de la oferta de servicios de calidad, la implementación efectiva de La Ley de Aseguramiento Universal de Salud y, por consiguiente, cubrir las necesidades de la población desde una perspectiva de los derechos de la salud.

Cuadro 5: Objetivos y Acciones Estratégicas del PESEM del Sector Salud

Objetivos Estratégicos	Acciones Estratégicas - MINSA
Mejorar la salud de la Población	Reducir la mortalidad materna y neonatal Reducir la desnutrición infantil y anemia Controlar las enfermedades transmisibles Disminuir las enfermedades no transmisibles Reducir los riesgos y/o lesiones ocasionadas por factores externos
Ampliar la cobertura de aseguramiento para la protección en salud	Incrementar la cobertura de aseguramiento público de la población pobre y pobreza extrema Expandir la oferta de servicios de salud Modernizar la gestión de los servicios de salud Generar capacidades para el desarrollo e implantación de tecnologías, investigación e información sanitaria
Ejercer la rectoría y gobernanza del Sistema de Salud en beneficio de la población	Fortalecer la autoridad sanitaria Fortalecer la promoción, protección y restitución de derechos Crear e implementar el sistema de monitoreo y evaluación de políticas en salud pública con impacto en la salud pública Reforzar los arreglos interinstitucional para la gestión multisectorial y territorial

Fuente: Resolución Ministerial N° 367-2016/MINSA



Es importante remarcar que, la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud y su reglamento, constituyen el eje normativo vigente para la protección financiera de la salud siendo sus disposiciones, de máxima relevancia para que EsSalud realice los ajustes organizacionales y operacionales. De igual manera, la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD), se constituye en un actor importante considerando que ha promulgado las regulaciones para la separación de funciones entre IAFAS e IPRESS y que adicionalmente, con el Decreto Supremo N° 010-2016-SA, establece las disposiciones para las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud Pública.

Las inversiones en EsSalud están alineadas al Plan Estratégico Institucional 2020 – 2024², el cual está articulado a las políticas y planes sectoriales, y las inversiones contribuyen al Objetivo Estratégico 02, el cual está orientado al acceso oportuno a prestaciones de salud integrales y de calidad hacia nuestros asegurados.

Cuadro 6: Objetivo Estratégico Institucional (OEI) 02 de EsSalud

Objetivo Estratégico	Acciones Estratégicas	Indicadores
OEI. 02: Brindar a los asegurados acceso oportuno a prestaciones integrales y de calidad acorde a sus necesidades	AEI. 2.1: Mejora del modelo de atención integral diferenciado por ciclo de vida, con asegurados empoderados en sus derechos y deberes.	Porcentaje de cumplimiento de la cartera de servicios preventivos según norma técnica o protocolo nacional establecido
	AEI. 2.2: Estándares de calidad alineados a las expectativas y necesidades de los asegurados.	Porcentaje de adherencia alta a las recomendaciones de las Guías de Práctica Clínica (GPC) o protocolo establecido
		Diferimiento en Consulta Externa en centros asistenciales del primer nivel
		Adherencia al registro de eventos relacionados a la seguridad del paciente
	AEI. 2.3: Articulación efectiva de la red inter e interinstitucional al servicio del asegurado.	Porcentaje de referencia no pertinentes
		Porcentaje de contra referencias
AEI. 2.4: Servicio disponibles para brindar atenciones con oportunidad y calidad a los asegurados.	AEI. 2.4: Servicio disponibles para brindar atenciones con oportunidad y calidad a los asegurados.	Diferimiento de citas en procedimientos de apoyo al diagnóstico en radiología y ecografía
		Porcentaje de equipamiento operativo, Resonador, Tomógrafo, Equipo de Rayos X, Ecógrafo, Endoscopio
		Porcentaje de personal evaluado
AEI. 2.5: Recurso humano disponible, competente y eficientemente distribuido	AEI. 2.5: Recurso humano disponible, competente y eficientemente distribuido	Ratio medico x 1000 asegurados
		Porcentaje de ausentismo laboral (en horas)
AEI. 2.6: Prevención de la vulnerabilidad y gestión de desastres	AEI. 2.6: Prevención de la vulnerabilidad y gestión de desastres	Porcentaje de riesgos en IPRESS de mayor vulnerabilidad corregidos

Fuente: Plan Estratégico Institucional de EsSalud 2020 - 2024



² Aprobado por el Consejo Directivo en Sesión Ordinaria, mediante Acuerdo N° 4-3-ESSALUD-2020, de fecha 06 de febrero 2020.



Vinculación con el Programa Multianual de Inversiones

El Informe Multianual de Inversiones en Asociaciones Pùblico Privadas, se fundamenta en la necesidad de la planificación multianual de inversiones, tal como lo dispone el Sistema Nacional de Programación Multianual y Gestión de Inversiones (Invierte.Pe), por lo que se encuentra vinculado al Programa Multianual de Inversiones (PMI) de ESSALUD 2021-2023, aprobado con Resolución de Presidencia Ejecutiva N°183-PE-ESSALUD-2020.

En el PMI vigente se encuentran incluidos 06 Proyectos APP, los cuales han sido priorizados y ordenadas en el Módulo de Programación Multianual de Inversiones (MPMI) del Banco de Inversiones según su estado de avance en el Ciclo de Inversión, de los cuales 04 se encuentran en ejecución y 02 proyectos en fase de estructuración.

Estrategia de EsSalud para el desarrollo de los Proyectos

En el marco de los lineamientos establecidos por la Política Nacional de modernización de la Gestión Pública al 2021, aprobado por D.S. 004-2013-PCM, que buscan mejorar la eficiencia en la prestación de los servicios y con una orientación básicamente en el asegurado.

El Consejo Directivo de EsSalud aprobó mediante Acuerdo N° 15-12-ESSALUD-2017 la "Política de Inversiones en EsSalud", la cual según un análisis de percepción de los asegurados respecto a la institución y de las Políticas de Salud Internacional, Nacional e Institucional ha establecido las siguientes:

1. Promover las inversiones para fortalecer los servicios de salud del Primer Nivel de Atención.
2. Fortalecer la planificación de inversiones.
3. Optimizar las inversiones.
4. Contribuir a mejorar de la calidad de los servicios de salud.
5. Promover las inversiones con enfoque de equidad y oportunidad.
6. Promover las inversiones con equilibrio financiero.

De otro lado, se ha gestionado la medición de brecha de infraestructura y de acceso a los servicios, para ello a través del estudio elaborado por el Banco Mundial para ESSALUD, se conoce que la misma tiene un monto de inversión de S/28,839.48 MM, la misma que se ha programado atender en el periodo 2018-2044.

Asimismo, a la fecha se ha evaluado la Capacidad Presupuestal de ESSALUD para el periodo 2020-2044 que proyecta el flujo de sus ingresos y gastos presupuestales, información concordante con el Marco Macroeconómico Multianual (MMM) informado a FONAFE y al MEF.

En conformidad con lo establecido por el Sistema Nacional de Programación Multianual y Gestión de Inversiones Invierte.Pe, se ha elaborado y aprobado el Programa Multianual de Inversiones, el mismo que tiene inversiones programadas a tender según orden de prelación en el periodo 2021-2023, cuyo financiamiento es concordante con la Capacidad Presupuestal de ESSALUD y



las proyecciones de futuros ingresos provenientes de los **Decretos de Urgencia N°037-2019, DU N° 028-2019 y la nueva Ley Agraria**.

De otro lado, otra de las estrategias para el logro de objetivos orientados a la satisfacción de los asegurados, es mejorar la capacidad resolutiva de los establecimientos de salud a través de cofinanciamiento en la modalidad de proyectos APP.

Finalmente, estas estrategias pretenden contribuir a disminuir la brecha de infraestructura y acceso a los servicios permitiendo la continuidad del cuidado a través de la oportunidad de atención.

2.1.4 INDICADORES ASOCIADO A LA MEDICION DE BRECHA

De acuerdo el documento técnico “Indicadores asociados a la medición de las brechas de servicios y criterios de priorización para las inversiones del Sector Salud”, la OPMI del Sector Salud ha propuesto 11 indicadores de producto asociados a las brechas, según tipologías de inversión y servicios. De estos, 05 se consideran que están relacionados a ESSALUD cuya ficha descriptiva se adjunta en el Anexo N° 03 y son los siguientes:

1. Porcentaje de establecimientos de salud del primer nivel de atención con capacidad instalada inadecuada.
2. Porcentaje de establecimientos de salud del primer nivel de atención requeridos.
3. Porcentaje de hospitales con capacidad instalada inadecuada.
4. Porcentaje de hospitales requeridos.
5. Porcentaje de Institutos Especializados con capacidad instalada inadecuada.

Cuadro N° 7: indicadores de producto asociado a la brecha de servicios

INDICADOR DE PRODUCTO ASOCIADO A LA BRECHA DE SERVICIOS	AÑO LINEA BASE	VALOR AÑO BASE	PROYECCION DE META DE PRODUCTO / AÑO			
			2021	2022	2023	2024
Porcentaje de establecimientos de salud del primer nivel de atención con capacidad instalada inadecuada	2020	83%	83%	83%	83%	83%
Porcentaje de nuevos establecimientos de salud del primer nivel de atención por implementar	2020	49%	49%	49%	49%	49%
Porcentaje de hospitales con capacidad instalada inadecuada	2020	84%	84%	84%	84%	84%
Porcentaje de nuevos hospitales por implementar	2020	31%	31%	31%	31%	31%
Porcentaje de institutos especializados con capacidad instalada inadecuada	2020	50%	50%	50%	50%	50%

Fuente: Sub Gerencia de Planificación de Inversiones – GPEI – GCPP – EsSalud



2.1.5 COMO LAS APP CONTRIBUYEN AL LOGRO DE LOS OBJETIVOS

Las Asociaciones Público Privadas buscan la participación de la inversión privada a fin de crear, desarrollar, mejorar, operar o mantener infraestructura pública y/o proveer servicios públicos.

La consecución de estos proyectos contribuirá a alcanzar las metas fijadas para lograr los objetivos de acuerdo al Plan Estratégico Institucional (PEI) de EsSalud para el periodo 2020 – 2024 aprobado por Acuerdo N° 4-3-ESSALUD-2020, por el Consejo Directivo de ESSALUD en su Tercera Sesión Ordinaria realizada el **06 de febrero 2020**, siendo estos los siguientes:

1. Proteger financieramente las prestaciones que se brindan a los Asegurados garantizando una gestión eficiente de los recursos.
2. Brindar a los asegurados acceso oportuna a prestaciones integrales y de calidad acorde a sus necesidades.
3. Impulsar la transformación digital y la gestión para resultados centrada en los asegurados logrando modernizar la institución.

2.2 IDENTIFICACIÓN Y SELECCIÓN DE POTENCIALES PROYECTOS DE APP A SER INCORPORADOS AL PROCESO DE PROMOCIÓN DE LA INVERSIÓN PRIVADA EN LOS SIGUIENTES TRES AÑOS

2.2.1 IDENTIFICACIÓN DE POTENCIALES PROYECTOS DE APP

El Informe Multianual de Inversiones en Asociaciones Público Privadas para el año 2017^[3], identificó 03 potenciales proyectos a ser desarrollados mediante la modalidad de Asociación Pública Privada en el periodo de su vigencia, que son:

- Creación del Instituto del niño y el Adolescente del Seguro Social de Salud.
- Creación del Hospital Especializado de la red Asistencial Ancash ESSALUD en el distrito de Nuevo Chimbote, provincia del Santa, departamento de Ancash con CUI 2328142 (SNIP 218436)
- Creación del Hospital Especializado de ESSALUD en el distrito de Veintiséis de Octubre, provincia de Piura, departamento de Piura, con CUI 2260218 (SNIP 220048)

Es necesario precisar que, mediante acuerdos N° 79-1-2019-CD y N° 79-2-2019-CD de fecha 28 de febrero 2019, el Consejo Directivo de PROINVERSION aprobó la incorporación a la etapa de promoción de los proyectos: "Instalación del Hospital de Alta Complejidad de EsSalud en el Distrito de Piura, Provincia de Piura, Departamento de Piura" y "Creación del Hospital de Alta Complejidad de la Red Asistencial Ancash – EsSalud en el Distrito de Nuevo Chimbote, Provincia del Santa, Departamento de Ancash"



^[3] Aprobado por Acuerdo N° 4-2-ESSALUD-2018 adoptado por el Consejo Directivo de ESSALUD en su Segunda Sesión Ordinaria realizada el 24 de enero 2018.



Por otro lado, de acuerdo con el Informe N° 30-GPFAT-GCPGCI-ESSALUD-2018, de fecha 19 de diciembre 2018, la Gerencia de Promoción, Facilitación y Asuntos Técnicos de la Gerencia Central de Promoción y Gestión de Contratos de Inversión, recomienda al Comité de Promoción de la Inversión Privada de EsSalud que, determine la no continuidad del proyecto: "Creación del Instituto del Niño y del Adolescente del Seguro Social de Salud, en el Distrito de Jesús María, Provincia de Lima, Departamento de Lima".

Mediante **Acta N° 04-2018-CPIP** de fecha 20 de diciembre 2018, el Comité de Promoción de la Inversión Privada, desarrolla el sustento en relación a la no continuidad del proyecto Creación del Instituto del Niño y el Adolescente del Seguro Social de Salud—ESSALUD.

A la letra en el citado Acta se detalla: "...Que, mediante Oficio N°280-2018/PROINVERSION/DE, el Director Ejecutivo de PROINVERSION solicita a la Presidente Ejecutiva de ESSALUD de pronuncie sobre la continuidad del proyecto Creación del Instituto del Niño y el Adolescente del Seguro Social de Salud—ESSALUD considerando que este se encuentra suspendido por más de seis meses en espera de la emisión del informe sobre capacidad presupuestal;

Que, mediante Oficio N° 502-2018/DE-FONAFE, el Fondo Nacional de Financiamiento de la Actividad Empresarial del Estado, emitió opinión favorable a la capacidad presupuestal de ESSALUD respecto a los compromisos financieros a ser asumidos por ESSALUD para el período 2018-2044 y que comprende los futuros desembolsos relacionados con los proyectos hospitalarios de alta complejidad de Chimbote y de Piura, no habiéndose considerado los desembolsos relacionados con el proyecto del Instituto del Niño y el Adolescente de Vistos;

Que, ESSALUD no cuenta con la planificación presupuestal a efecto de asumir los compromisos financieros futuros para la ejecución del Instituto del Niño y el Adolescente, situación que impide continuar con la formulación de dicho proyecto, considerando el principio de Responsabilidad Presupuestal a aplicarse durante el desarrollo de asociaciones público privadas;

Que, en su condición de órgano responsable de las coordinaciones de EsSalud con PROINVERSION, al amparo de lo dispuesto en el párrafo 7.4 del artículo 7º del Decreto Legislativo N° 1362 y numeral 2 del párrafo 17.4 del artículo 17º del **Decreto Supremo N° 240-2018-EF**, el colegiado acuerda por UNANIMIDAD: ...NO CONTINUAR con el desarrollo del proyecto en formulación: " Creación del Instituto del Niño y el Adolescente del Seguro Social de Salud en el distrito de Jesús María, Provincia de Lima y Departamento de Lima", por razones de limitaciones a la capacidad presupuestal de ESSALUD para asumir los compromisos financieros por la ejecución del citado proyecto".

En ese sentido, los proyectos de inversión "Creación del Hospital Especializado de la red Asistencial Ancash ESSALUD en el distrito de Nuevo Chimbote, provincia del Santa, departamento de Ancash", con CUI 2328142 (SNIP 218436) y "Creación del Hospital Especializado de ESSALUD en el distrito de Veintiséis de Octubre, provincia de Piura, departamento de Piura", con CUI 2260218 (SNIP 220048) continúan en curso, en proceso de Promoción, bajo modalidad de Asociación Público Privada.



Mediante Oficio N° 419-2020-EF/63.04, la Dirección General de Programación Multianual de Inversiones del Ministerio de Economía Finanzas, informó el cambio de sus denominaciones actualizándose de la siguiente manera:

- “Creación de los Servicios Especializados de Salud del Hospital Especializado Chimbote en la Red Asistencial Ancash de ESSALUD, distrito de Nuevo Chimbote, provincia del Santa, departamento de Ancash, con CUI 2328142 (SNIP 218436)”.
- “Creación de los Servicios Especializados de Salud del Hospital Especializado en la Red Asistencial Piura de ESSALUD, distrito de Veintiséis de Octubre, provincia de Piura, departamento de Piura, con CUI 2260218 (SNIP 220048)”.

2.2.2 VALOR POR DINERO -CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD⁴

La elaboración del análisis de valor por dinero se realiza en el Perú en estricta adhesión a las disposiciones contenidas en las disposiciones oficiales del Ministerio de Economía y Finanzas (MEF), quien, en mayo de 2016, emitió la Resolución Directoral N° 004-2016-EF/68.01⁵ donde se aprueban los “Lineamientos para la Aplicación de los Criterios de Elegibilidad de los Proyectos de Asociación Público-Privada”, así como también su respectiva Hoja de Cálculo. Dicho documento establece y define la metodología a utilizar para el análisis de valor por dinero en el Perú y este documento se ciñe a dicho instructivo.

Creación de los Servicios Especializados de salud del hospital Especializado Chimbote en la Red Asistencial Ancash de EsSalud, distrito de Nuevo Chimbote, provincia del Santa, Departamento de Ancash

Criterio Específico 1: Nivel de Transferencia de Riesgo

Objetivo:

Determinar si es posible realizar una adecuada identificación y asignación de riesgos entre la entidad pública y el sector privado.

Pregunta:

¿Cuál se espera que sea el nivel de transferencia de riesgos hacia el sector privado?

La factibilidad de la asignación de los riesgos entre las partes intervenientes juega un rol muy importante en los contratos de APP, porque una adecuada distribución puede permitir que se genere Valor por Dinero para el Estado, a diferencia de la modalidad de Obra Pública Tradicional (OPT) en la cual, todos los riesgos son retenidos por el Estado.

⁴ Memorando N°671-GCPGCI-ESSALUD-2021 incorpora al IMI APP item 2.2.2 Valor por Dinero-Criterios de elegibilidad.

⁵https://www.mef.gob.pe/contenidos/inv_privada/normas/anexo_lineamientos_aplicacion_criterios_elegibilidad.pdf



Si tal distribución es factible, entonces los riesgos involucrados podrán ser riesgos retenidos, riesgos transferidos o riesgos compartidos y se reflejarán en la matriz de riesgos. Y desde luego, también en el contrato de Concesión. Por tal razón, a fin de responder la pregunta respecto al nivel de transferencia de riesgos hacia el sector privado, es preciso indicar que para el Proyecto se ha elaborado una matriz de riesgos que consolida la experiencia del Consultor en conjunto con las entidades relacionadas.

En ese sentido, es un dato relevante observar que, si bien ESSALUD es una entidad que cuenta con experiencia de inversión y equipamiento bajo el sistema de contratación de obra pública tradicional (OPT), en los últimos años también ha desarrollado proyectos bajo el mecanismo de APP como en los hospitales Alberto Barton y Guillermo Kaelin, ubicados en el Callao y Villa María del Triunfo respectivamente. Por tanto, resulta significativo el trabajo en conjunto con la entidad a fin de identificar y asignar los potenciales riesgos que asumirían los agentes contractuales: el Concedente y el Concesionario. Lo cual se ha hecho en los diversos talleres, así como también en las innumerables reuniones del equipo del Consultor con los funcionarios de ESSALUD.

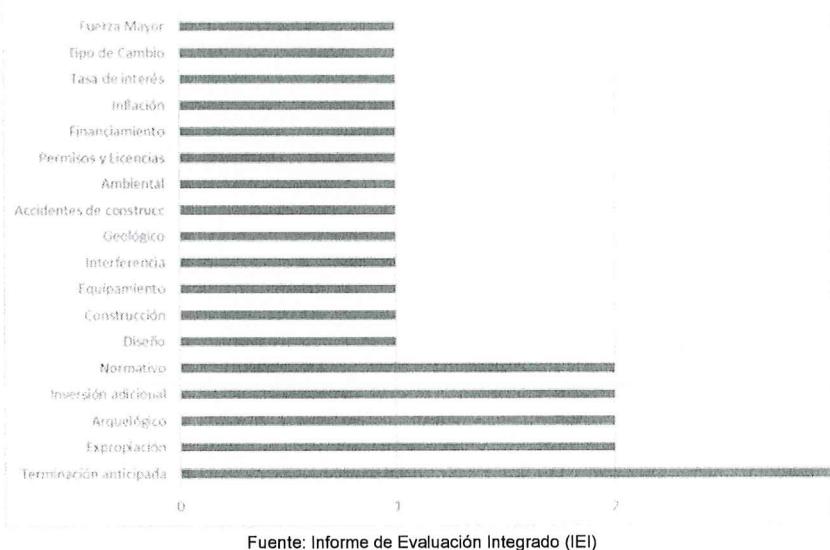
Como resultado de esta profusa interacción y de conformidad con las pautas de los lineamientos del MEF respecto de la asignación de los riesgos, si bien, en términos generales, en proyectos APP los riesgos se tipifican en los relacionados al diseño, la construcción, la operación y mantenimiento, los relacionados al financiamiento, los de fuerza mayor y los políticos, entre otros, se propone la identificación de los riesgos del Proyecto en función a sus etapas durante el periodo de Concesión.

En ese sentido, los riesgos se van a clasificar en dos clases: los riesgos que aparecen en la etapa de diseño y construcción (DC), y los riesgos que surgen en la etapa de operación y mantenimiento (OM). Algunos riesgos permanecen en ambas etapas, otros se circunscriben a una de ellas. Los más relevantes en la etapa de diseño y construcción son los riesgos de construcción y de terminación anticipada, en tanto que, en la etapa de operación y mantenimiento, los riesgos de calidad de servicio y de demanda aparecen como los más delicados.

Por tanto, considerando únicamente los servicios básicos del Hospital Especializado de Chimbote brindados bajo un modelo de bata gris, durante la etapa de diseño y construcción (DC) se identificaron 24 causas, de las cuales 17 son transferidas al Concesionario, 3 compartidas y 4 retenidas por el Concedente.



Gráfico N° 11: Riesgos Identificados y N° de Causas en la Fase de Diseño y Construcción



Fuente: Informe de Evaluación Integrado (IEI)

Asimismo, en la etapa de operación y mantenimiento (OM) en total, considerando tanto para la Bata Gris como para Bata Verde se identificaron 42 causas, de las cuales 21 son transferidas al Concesionario, 7 son compartidas y 14 retenidas por el Concedente.

Gráfico N° 12: Riesgos Identificados y N° de Causas en la Fase de Operación y Mantenimiento para los Servicios de Bata Gris

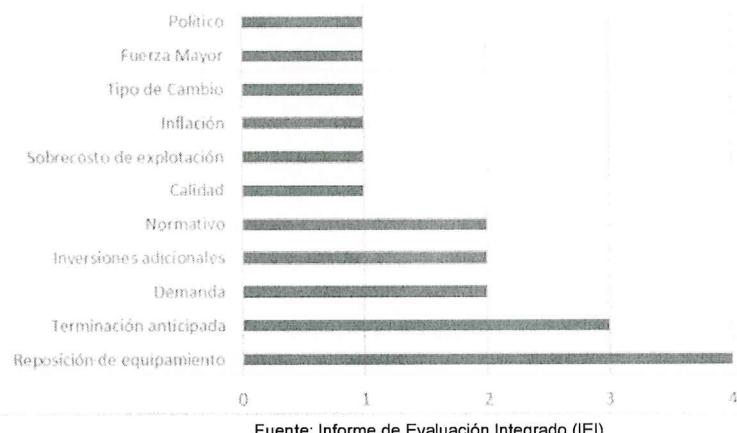


Fuente: Informe de Evaluación Integrado (IEI)

Por tanto, más del 50% de las causas identificadas han sido transferidas al Concesionario, lo cual evidencia un alto nivel de transferencia de riesgos del Proyecto.



Gráfico N° 13: Riesgos Identificados y N° de Causas en la Fase de Operación y Mantenimiento para los Servicios de Bata Verde



Fuente: Informe de Evaluación Integrado (IEI)

Hay que añadir que el Concesionario a cargo del Hospital Especializado de Chimbote también se hará a cargo contractualmente de los servicios de Bata Verde de Patología Clínica (Laboratorio), Diagnóstico por Imágenes (Imagenología), Unidad Renal y el Servicio de Bata Gris de Logística de Insumos Bienes Estratégicos, Fármacos y Bienes No Estratégicos. Estos servicios especiales, que ya rebasan los alcances de un modelo de bata gris, cambian el modelo de esta APP hospitalaria hacia uno del tipo bata verde, e introduce nuevos riesgos.

Una situación de riesgo particularmente importante, y que se viene poniendo de manifiesto especialmente en los tiempos de la pandemia desatada por el coronavirus en la forma de la enfermedad de la Covid-19, es la que se produce en el sector salud a consecuencia del balance – o desbalance – entre la oferta y la demanda. Este balance es complejo, debido a que la permanente interacción entre la demanda y la oferta de servicios, el que origina un riesgo de demanda (volumen o cantidad), que es considerado el riesgo que merece mayor atención desde el punto de vista de ESSALUD.

El riesgo de demanda proviene del hecho que la población asegurada puede cambiar en comparación a la demanda proyectada en los estudios de pre-inversión. Las principales causas son cambios poblacionales, del perfil de morbilidad y mortalidad en la zona, evoluciones de las condiciones económicas y del empleo a nivel nacional y local, y los riesgos excepcionales de epidemias o pandemias como la Covid-19.

Al cambiar la población asegurada, se modifica la demanda de servicios de asistenciales directamente; e indirectamente la demanda de los servicios de bata gris y bata verde. Toda esta complejidad lleva a que, al ser, ESSALUD la instancia sectorial la responsable de decidir la referencia de los pacientes al Hospital de Chimbote, se considera que es la parte interviniente más capacitada para lidiar con el riesgo de demanda, por lo que este riesgo figurará como retenido bajo la modalidad APP en manos del sector público.

Otro factor importante para determinar la cantidad de servicios es la capacidad de diseño del hospital (oferta de infraestructura y equipamiento). El hospital tiene una capacidad limitada, por lo que la demanda de servicios asistenciales, e



indirectamente de bata verde y gris tienen un tope máximo. Al crecer más rápido la población asegurada respecto a la inicial, se llegaría a ese límite más rápido, y de manera contraria, para el caso de crecimiento más lento.

Hay un riesgo también de disponibilidad de la infraestructura. Si no se logra terminar y/o equipar el hospital en su totalidad y a tiempo, se tendrá un impacto en la cantidad de servicios que se pueden proveer. Este riesgo de oferta de recursos físicos se transfiere al sector privado bajo la modalidad APP.

Adicionalmente, hay otro riesgo de oferta muy importante, por la probabilidad y el impacto que generan en la cantidad de servicios asistenciales y entonces indirectamente la cantidad demandada de servicios de bata gris (variables) y de bata verde. El denominado riesgo por oferta de recursos humanos asistenciales, principalmente médicos. Por ejemplo, si no se logra contratar un especialista en nefrología, eso tendrá un impacto directo en la cantidad de consultas de nefrología, lo que indirectamente impactará a la demanda de sesiones del servicio de hemodiálisis. El responsable de proveer esos recursos humanos es la instancia de salud, y como tal ese riesgo generalmente se retiene por la autoridad lo que tiene implicancias en el diseño del mecanismo de pago de la APP.

A partir de la cantidad de servicios asistenciales que se pueden realmente proveer potencialmente, se determina la cantidad demandada de servicios de bata verde y de bata gris (variables). Pero de nuevo, la cantidad de servicios que se logrará proporcionar está sujeta a riesgos de oferta, ya sea al nivel de la cantidad disponible de equipos funcionales (recursos físicos), pero también de insumos y recursos humanos. A través de la modalidad APP, se transfieren esos riesgos al sector privado.

Finalmente, en el caso de los servicios de bata gris fijos, que no dependen de la cantidad de servicios asistenciales sino de la capacidad de diseño del hospital, pueden existir también riesgos de oferta ya sea por falta de equipamiento específico a esos servicios, pero también de insumos y de recursos humanos. En la modalidad APP, se transfieren esos riesgos al sector privado.

En la etapa de operación, los riesgos de sobrecostos de insumos y personal médico necesarios para la producción de los servicios de bata gris y bata verde, así como los riesgos de disponibilidad y calidad del servicio son transferidos al sector privado. Desde el punto de vista de ESSALUD, especialmente en su relación con los usuarios, el riesgo de calidad de servicio es el principal riesgo transferido.

En consecuencia, a partir del análisis de riesgos realizado, como resultado del proceso de identificación y asignación, se entendería que el proyecto tendría una cantidad importante de riesgos que podrán ser transferidos al Concesionario, porque con la inclusión de los servicios de bata verde, existe un conjunto de servicios, más allá de los básicos, que formarían parte del Contrato. Estos son los servicios asistenciales. En ese sentido, el nivel de responsabilidad que se traslada al Concesionario en este tipo de contratos sería mayor en comparación con aquellos contratos en los que no se incluyen los servicios asistenciales y que configuran los modelos de bata gris.



En línea con el párrafo precedente, el Concedente asumirá en su totalidad la entrega de los cuatro servicios asistenciales acordados, por lo que los riesgos asociados a estas actividades sí formarán parte del Contrato. En resumen, el Consultor, considerando un criterio conservador, el Proyecto ofrecerá una capacidad cercana a alta de transferencia de riesgos al Concesionario.

Resultado: Luego del análisis precedente que permite dar respuesta a la pregunta asociada a este primer criterio, en la siguiente tabla se indica la respuesta y el puntaje asociado.

Indicador de respuesta	Puntaje
Existe una baja o nula capacidad de transferencia de riesgos desde el Estado al sector privado.	1
Existe una mediana capacidad de transferencia de riesgos desde el Estado al sector privado.	2
Existe una alta capacidad de transferencia de riesgos desde el Estado al sector privado.	3



Criterio Específico 2: Capacidad de Medición de la Disponibilidad y Calidad del Servicio

Objetivo:

Medir la disponibilidad de especificaciones e indicadores de desempeño, así como un sistema de penalidades o deductivos, de modo que la prestación del servicio a los usuarios sea efectuada con calidad, y con una adecuada atención a la ocurrencia de interrupciones de dicha prestación, a lo largo del ciclo de vida del Proyecto.

Pregunta:

¿Se cuenta con especificaciones e indicadores de disponibilidad de servicio y del desempeño, así como un sistema de penalidades o deducciones?

Justificación: Para responder a la pregunta precedente, resulta necesario identificar si existen indicadores de desempeño que permitan medir objetivamente estas variables (disponibilidad y calidad del servicio) durante la ejecución del Proyecto.

En ese sentido, primero se debe considerar que ESSALUD mantiene ya otras concesiones, cuyas algunas de sus obligaciones (actividades/servicios en esquema bata blanca o bata gris) son comparables a las contenidas en este Proyecto. Esto está alineado al criterio de Continuidad Operacional a la que se refiere la R.M. N° 165-2017/MINSA. Esto de por sí acredita que la entidad ya tiene alguna experiencia en el manejo de indicadores de desempeño o KPI (Key Performance Indicators).

En conclusión, es posible afirmar que es factible establecer indicadores de desempeño para este Proyecto. Cabe mencionar que los indicadores que se propongan para el Proyecto deben considerar las características específicas y propias del Proyecto. Finalmente, debe recordarse que el establecimiento de indicadores se halla alineado a los criterios de Modelo de Operación de los servicios y de Continuidad Operacional a los que se refiere la R.M. N° 165-2017/MINSA.

Resultado: Luego del análisis precedente que permite dar respuesta a la pregunta asociada a este segundo criterio, en la siguiente tabla se precisa la respuesta y el puntaje asociado.

Indicador de Respuesta	Puntaje
No existen especificaciones e indicadores de desempeño y un sistema de penalidades o deductivos para proyectos similares tanto a nivel nacional como internacional	1
Existen especificaciones e indicadores de desempeño y un sistema de penalidades o deductivos para proyectos similares a nivel internacional.	2
Existen especificaciones e indicadores de desempeño y un sistema de penalidades o deductivos para proyectos similares en el Perú	3



Criterio Específico 3: Ventajas y Limitaciones de la Obra Pública Tradicional

Objetivo:

Medir si existe suficiente evidencia para determinar que es más ventajoso desarrollar el Proyecto mediante asociación público-privada.

Pregunta N° 1

¿Existe información que demuestre la ocurrencia de sobrecostos respecto al monto original del proyecto y/o el incumplimiento de los cronogramas originalmente establecidos en la provisión mediante el régimen general de contratación pública?

Justificación: Para proceder con la justificación, se ha procedido inicialmente a analizar el Hospital Chimbote en la modalidad más básica, para que sea comparable con la mayoría de los hospitales peruanos. Esto significa que, en un primer momento, se analizarán los sobrecostos en un escenario de bata gris. Posteriormente se analizarán los sobrecostos bajo un escenario de bata verde, individualizando cada servicio no básico que se ofrecerá en el Hospital Chimbote.

A fin de verificar la existencia de información disponible que demuestre la ocurrencia de sobrecostos en relación con el monto original de un proyecto mediante el régimen general de contratación pública, se ha revisado el Banco de Proyectos de Inversión Pública (hoy Consulta de Inversiones)⁶ para proyectos de inversión del sector Salud en general y la información relacionada a proyectos de inversión pública ejecutados por ESSALUD⁷. Para tal fin, se han tomado una muestra de proyectos representativos para esta evaluación. La muestra ha sido seleccionada en consideración a tres criterios: que sean proyectos culminados del sector Salud, con un monto de inversión no menor a S/ 100 millones y que involucren como componentes de inversión a infraestructura física y equipamiento. Tales criterios permitirán la comparación de la información obtenida con el PIP Viable con la de otros proyectos del sector Salud.

Así, en promedio⁸, los costos de inversión asociados a la ejecución de proyectos ejecutados de la muestra presentada bajo el esquema de obra pública del sector Salud, ha sufrido un incremento, en promedio, del 40.04% sobre el monto de inversión original aprobada. En la tabla siguiente se señalan los proyectos que forman parte de la muestra.

Cuadro N° 8: Desviaciones de Costos Planificados en una Muestra de Proyectos Desarrollados por EsSalud

Entidad	Forma de Ejecución	Código Único/SNIP	Nombre del Proyecto	Monto Viabilidad / Expediente Técnico (S/)	Monto Final (S/)	Desviación
MINSA / G.R. AYACUCHO	Directa	240061	Mejoramiento de la capacidad resolutiva del hospital regional Mariscal Miguel Ángel Llerena de Ayacucho	378,439,092	446,862,167	18.08%

⁶ Ver: <https://www.mef.gob.pe/es/aplicativos-invierte-pe?id=4279>

⁷ Ver: <http://www.ESSALUD.gob.pe/transparencia/>

⁸ Promedio ponderado por la inversión referencial del monto aprobado.

Entidad	Forma de Ejecución	Código Único/SNIP	Nombre del Proyecto	Monto Viabilidad / Expediente Técnico (S/)	Monto Final (S/)	Desviación
MINSA / G.R. UCAYALI	Directa	155616	Fortalecimiento de los servicios de salud del Hospital Regional de Pucallpa	318,684,274	373,173,190	17.10%
MINSA / G.R. CUSCO	Directa	70876	Mejoramiento de la capacidad resolutiva de los servicios de salud del Hospital Antonio Lorena Nivel III-1-Cusco.	291,579,667	483,452,916	65.80%
MINSA	Directa	58330	Fortalecimiento de la atención de los servicios de emergencia y servicios especializados - Nuevo Hospital de Emergencias de Villa El Salvador	157,736,924	255,270,771	61.83%
MINSA / G.R. LAMBAYEQUE	Convenio UNOPS	3588	Construcción y equipamiento del Hospital Regional de Lambayeque	132,386,982	208,971,944	57.85%
ESSALUD	Convenio UNOPS	033800	Nuevo Hospital Regional De Alta Complejidad De La Libertad	112,949,106	181,285,368	60.50%

Fuente: Informe de Evaluación Integrado (IEI)

Entonces, si el Hospital Chimbote fuera desarrollado solamente bajo un esquema de bata gris, se puede concluir que existe información a partir de la cual es posible analizar la existencia de sobrecostos en la ejecución de proyectos similares bajo el esquema de obra pública tradicional. Y que dicho sobrecosto, en promedio⁹ alcanzará el 40.04% sobre el monto de inversión aprobada.

En relación a los sobre plazos para hospitales públicos - que son una causa importante de sobrecostos - AFIN (2020)¹⁰ recientemente ha desarrollado un estudio para todos los hospitales construidos en Perú desde el 2010 hasta el 2019 con inversiones y equipos mayores a 15 millones de dólares, usando como información de base al Sistema de Información de Obras Públicas de la Contraloría General de la República del Perú (INFOBRAS) y del Sistema Nacional de Programación Multianual y Gestión de Inversiones de MEF (INVIERTE.PE.).

En dicho estudio se indica que el 43.33% de las obras tienen retrasos en su plazo de ejecución, a lo que se le debe sumar que otras 13.33% de las obras se encuentran paralizadas, dado que se encuentran con medidas cautelares por parte del Poder judicial, por falta de disponibilidad presupuestal y por una deficiente o falta de estudio de impacto ambiental, y el 26.67% de los contratos de ejecución de hospitales fueron resueltos por la entidad, esto debido principalmente por el incumplimiento contractual de los contratistas, con retrasos injustificados en el avance de la obra, y por acumular la máxima penalidad por mora (retrasos en el plazo), acumulando el 10% de multa del monto del contrato. Por lo tanto, un 83.53% de probabilidad de sobre plazos puede ser verificado (43.33+13.33+26.87).

Extendiendo el análisis bajo un enfoque de bata verde, a continuación, se muestran las tablas que presentan las comparativas de la estimación de costos del

⁹ Promedio ponderado por la inversión referencial del monto aprobado

¹⁰ AFIN (2020) Hospitales Adjudicados entre 2010-2019. Asociación para el Fomento de la Infraestructura Nacional, Perú. 2020



Concesionario y del operador público para la provisión de los servicios de hemodiálisis, laboratorio e imágenes en soles constantes:

Cuadro N° 9: Diferencial de Costos del Servicio de Hemodiálisis (S/. Constantes)

Año	Concesionario	Operador Público	Diferencial
2025	2,135,367	2,378,979	-243,611
2026	2,164,879	2,433,391	-268,512
2027	2,179,635	2,488,115	-308,479
2028	2,393,434	2,543,141	-149,706
2029	2,422,947	2,598,461	-175,514
2030	2,437,703	2,654,066	-216,363
2031	2,467,215	2,709,947	-242,732
2032	2,565,380	2,766,095	-200,716
2033	2,594,892	2,822,501	-227,609
2034	2,624,404	2,879,155	-254,751
2035	2,639,160	2,936,048	-296,888
2036	2,668,673	2,993,170	-324,497
2037	2,668,673	2,993,170	-324,497
2038	2,668,673	2,993,170	-324,497
2039	2,668,673	2,993,170	-324,497
2040	2,668,673	2,993,170	-324,497
2041	2,668,673	2,993,170	-324,497

Fuente: Informe de Evaluación Integrado (IEI)

Cuadro N° 10: Diferencial de Costos del Servicio de Patología Clínica: Laboratorio (S/. Constantes)

Año	Concesionario	Operador Público	Diferencial
2025	6,410,479	7,016,493	-606,014
2026	6,496,794	7,176,975	-680,181
2027	6,668,527	7,338,375	-669,848
2028	6,840,741	7,500,668	-659,927
2029	6,928,495	7,663,827	-735,332
2030	7,101,627	7,827,828	-726,201
2031	7,190,272	7,992,642	-802,370
2032	7,364,265	8,158,244	-793,979
2033	7,556,455	8,324,606	-768,151
2034	7,731,251	8,491,700	-760,450
2035	7,906,425	8,659,499	-753,073
2036	7,997,038	8,827,972	-830,934
2037	7,997,038	8,827,972	-830,934
2038	7,997,038	8,827,972	-830,934
2039	7,997,038	8,827,972	-830,934
2040	7,997,038	8,827,972	-830,934
2041	7,997,038	8,827,972	-830,934

Fuente: Informe de Evaluación Integrado (IEI)



Cuadro N° 11: Diferencial de Costos del Servicio de Imagenología (S/. Constantes)

Imágenes	Concesionario	Operador Público	Diferencial
2025	2,667,975	1,627,639	1,040,336
2026	2,678,453	1,664,867	1,013,586
2027	2,688,990	1,702,307	986,683
2028	2,699,586	1,739,955	959,631
2029	2,710,238	1,777,804	932,434
2030	2,720,945	1,815,847	905,098
2031	2,731,705	1,854,080	877,625
2032	2,742,517	1,892,495	850,021
2033	2,753,378	1,931,087	822,291
2034	2,764,287	1,969,848	794,439
2035	2,775,242	2,008,773	766,469
2036	2,786,241	2,047,854	738,387
2037	2,786,241	2,047,854	738,387
2038	2,786,241	2,047,854	738,387
2039	2,786,241	2,047,854	738,387
2040	2,786,241	2,047,854	738,387
2041	2,786,241	2,047,854	738,387

Fuente: Informe de Evaluación Integrado (IEI)

Se observa que el costo de los servicios extendidos o de bata verde que ofrecerá el Hospital de Chimbote, estarán a disposición a mayor costo si los suministrara el sector público, a la excepción del servicio de imágenes. En el caso de imágenes, el margen del Concesionario (15%) es más elevado al de los otros servicios, hemodiálisis (10%) y laboratorio (12%), lo que en parte explica ese resultado.

Resultado: Luego del análisis precedente que permite dar respuesta a la pregunta asociada a este segundo criterio, en la tabla siguiente se resalta la respuesta y el puntaje asociado.

Indicador de respuesta	Puntaje
No existe evidencia documentada ni cuantificable en el país ni en países comparables de sobrecostos e incumplimiento de cronogramas cuando se desarrolla un proyecto similar mediante el régimen general de contratación pública.	1
Existe evidencia documentada en el país o en países comparables de sobrecostos e incumplimiento de cronogramas cuando se desarrolla un proyecto similar mediante el régimen general de contratación pública.	2
Existe evidencia documentada y cuantificable en el país de sobrecostos e incumplimiento de cronogramas cuando se desarrolla un proyecto similar mediante el régimen general de contratación pública.	3

Pregunta N° 2

¿La entidad pública tiene capacidad para realizar sostenidamente la operación y el mantenimiento de la infraestructura durante la vida útil del proyecto?

Para justificar si la entidad pública tiene la capacidad para realizar sostenidamente la operación y el mantenimiento de la infraestructura durante la vida útil del Proyecto, se puede indicar que ESSALUD viene administrando de manera directa, es decir, sin contratos de Concesión, los hospitales bajo su ámbito, tanto en las actividades



sanitarias como en las no sanitarias, pero no a similares estándares de calidad como los exigidos al Concesionario.

Sin embargo, para responder a esta pregunta en el contexto del análisis de elegibilidad, es conveniente analizar la capacidad de la entidad pública que en este caso impulsa el proyecto, es decir, ESSALUD, pero en el contexto de todo el sector Salud. La razón estriba en que se podría argüir que, si ESSALUD no poseyera la capacidad para hacerse cargo, de manera sostenida, de la operación y el mantenimiento del HAC Chimbote, el sector público peruano podría hacerse cargo directamente si el MINSA tuviera antecedentes de capacidades diferentes, de hecho, más fuertes que ESSALUD.

Como se verá a continuación, este tampoco es el caso. De hecho, se identifican dos elementos que bloquean la capacidad de ESSALUD y de todo el sistema de salud peruano para realizar sostenidamente la operación y el mantenimiento de la infraestructura de proyectos como el del HAC Chimbote. Éstos son los siguientes:

A. Inadecuados infraestructura y equipamiento para la atención de los servicios de alta complejidad.

El reporte *Indicadores de Brechas de Infraestructura y Equipamiento del Sector Salud* elaborado por el MINSA (2020) señala que, a enero de 2020, del total de establecimientos de salud de primer nivel de atención, es decir, puestos de salud, postas de salud, centros de salud y centros médicos, que ascienden a 8,723 establecimientos, el 77.8% (6,785) deficiente, con infraestructura precaria y equipamiento obsoleto, inoperativo o insuficiente. Esto es para todo el sistema de salud del país.

Según el informe del MINSA, a nivel nacional faltan 281 establecimientos de salud del primer nivel de atención, es decir, un 20.7% de lo que se tiene en 2020. En el caso de los hospitales, la brecha es más grande. Todavía se requieren 172 para contar con la cantidad óptima estimada de 303, lo que supone incrementar la oferta actual en 56.2%. Respecto a los institutos especializados, el reporte del MINSA indica que el 60% de ellos no cuenta con infraestructura y equipamiento acordes con los estándares sectoriales establecidos, por lo que su servicio se ve limitado.

Si bien en los últimos años hubo una fuerte inversión en el Instituto Nacional Cardiovascular (INCOR) y el Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja, entre otros, aún se requieren mayores fondos para fortalecer otros establecimientos dependientes de los gobiernos regionales y el MINSA. El caso más crítico de acuerdo al reporte en los laboratorios del Instituto Nacional de Salud (INS), organismo público ejecutor del MINSA dedicado a la investigación de los problemas prioritarios de salud y de desarrollo tecnológico, ya que se los 41 laboratorios, 39 poseen capacidad instalada inadecuada, es decir, el 95.1%.

El panorama se agrava en el caso de ESSALUD, donde se han identificado 242 establecimientos de salud del primer nivel de atención con capacidad instalada inadecuada, lo que representa el 84% del total a su cargo. De esos establecimientos, hay 73 hospitales en esa precaria situación. De acuerdo con el reporte del MINSA, a nivel nacional faltan 281 establecimientos de salud del primer nivel de atención, es decir, un 20.7% de lo que se tiene en 2020. En el caso de los hospitales, la brecha es más grande. Todavía se requieren 172 para contar con la cantidad óptima estimada de 303, lo que supone incrementar la oferta actual en 56.2%.



Si se analiza desde la perspectiva de las redes hospitalarias, las de los departamentos de Junín, La Libertad y Ancash son las más comprometidas y con delicada situación al contar con mayor cantidad de centros asistenciales inadecuados que el resto del país. De esos establecimientos, hay 73 hospitales en esta situación, siendo las redes de Almenara, Arequipa, Cusco, Ica, La Libertad, Lambayeque, Ancash y Rebagliati lo que presentan mayores problemas.

Nuevamente Nuevo Chimbote aparece en la zona que necesita más atención. De hecho, el Departamento de Ancash no cuenta con un EESS, perteneciente a la Red Asistencial de ESSALUD, que brinde atención a los pacientes de alta complejidad (Nivel de Atención III), siendo el único recurso disponible para tal fin, el Hospital III Cayetano Heredia, con importantes limitaciones a la hora de dar un mejor servicio. Este Hospital no cuenta con el equipamiento suficiente y adecuado para la acometer las necesidades de los casos de Nivel III de Atención, habiéndose identificado, según el PIP Viable, que varios equipos no serían aptos para el uso, en el contexto de un servicio óptimo de calidad. Se constató que tiene equipos con sus respectivos muebles, pero salvo unas excepciones, no están en óptimas condiciones. Por lo tanto, la oferta optimizada en equipos puede considerarse casi nula en Nuevo Chimbote. De 436 ítems de equipamiento identificados en el último análisis realizado en el PIP Viable, tan solo 45 entraban dentro de la categoría de "Estado BUENO".

Asimismo, ESSALUD no cuenta, en el distrito de Nuevo Chimbote con una infraestructura hospitalaria donde se brinde la atención adecuada y de calidad a los pacientes de Nivel III de Atención o casos de alta complejidad. Actualmente la atención de alta complejidad en ESSALUD está siendo asumida por los Hospitales Nacionales a nivel de todas las redes, los cuales carecen de ambientes físicos e infraestructura adecuados para la atención de la alta complejidad, como se ha podido observar en el trabajo de campo llevado a cabo como parte de la elaboración del PIP Viable y a partir de la información aportada por los profesionales sanitarios.

B. Gestión hospitalaria deficiente.

El sistema de salud peruano, y particularmente ESSALUD, no cuenta masivamente con sistemas de citas médicas integrales desarrollados de forma eficiente para mejorar el servicio de atención que permite gestionar online la solicitud de citas entre los pacientes y el centro de salud que corresponda, en cualquier día, a cualquier hora y desde cualquier lugar. Tal tipo de procesos permitiría a los pacientes contar con un nuevo canal de comunicación con su médico, pudiendo llegar inclusive a realizarse las consultas en tiempo real, o al menos, algunas de ellas. Esto permitiría que más personas soliciten las citas médicas online a través de Internet o a través de sus teléfonos inteligentes, en vista que los pacientes podrían evitar perder tiempo no solo en las colas sino en desplazarse al centro de salud para solicitar la cita.

En el Perú, la mayoría de las instituciones médicas no cuentan con un sistema de citas médicas online, razón por la cual hoy en día usan el proceso convencional que consiste en hacer colas para solicitar una cita, con el inconveniente adicional de que muchas personas se quedan haciendo colas sin tener conocimiento que la citas habían llegado al concluirse el horario de atención con lo que la espera se vuelve inútil. Por supuesto, esto se agrava cuando los pacientes son adultos mayores en situación de salud precaria.



En adición, se presentan muchos problemas con la atención de las líneas telefónicas que ESSALUD pone a disposición para la obtención de citas médicas. En ciertos centros de salud esto viene siendo mejorado, pero en muchos ocurre que los pacientes a veces no reciben respuestas para otorgar citas o simplemente demoran en contestar las telefonistas, causando un malestar mayor.

Volviendo a tomar el ejemplo de Nuevo Chimbote, en la actualidad en Nuevo Chimbote no se cuenta con una plataforma de Tecnologías de la Información y Comunicaciones (TIC) que integre y automatice los procesos prestacionales y administrativos (Sistema Unificado de Información). Un indicador de dicha inefficiencia son el promedio de días que esperaron los usuarios de ESSALUD para obtener una cita, que en Nuevo Chimbote fue de 23 días de media (desviación estándar 20, mediana 15) y en Tumbes de 15 días (desviación estándar 13, mediana 14), muy por encima de otras regiones¹¹, es preciso recalcar la existencia de deficiencias en los procesos, procedimientos y guías de práctica clínica, que necesitan mejorarse.

Es importante añadir que con la crisis del coronavirus - y su enfermedad derivada llamada COVID-19 - en el Perú, los elementos antes señalados se hicieron mucho más visibles. La falta de recintos hospitalarios se tuvo que llenar de emergencia disponiendo la adaptación a hospitales de la infraestructura de la Villa de los Juegos Panamericanos. Asimismo, quedó en evidencia gran carestía de implementos médicos y, por supuesto, de laboratorios médicos. Las pruebas moleculares para la detección de la COVID-19, no existían en el Perú. Esto no es menor e impulsa la brecha de infraestructura y equipamiento a un nuevo nivel. Y por supuesto, también el desafío de una gestión hospitalaria mucho más eficiente de ESSALUD y de todos cada uno de sus centros de atención de salud.

Sobre la base de todo lo anteriormente analizado, podemos afirmar que ESSALUD cuenta con experiencia en la operación de Proyectos similares, pero que, sin embargo, la sostenibilidad de dicha operación viene siendo afectada de acuerdo con lo identificado en el PIP Viable (Diagnóstico del problema). Por tanto, concluimos que ESSALUD cuenta con capacidad media para operar sostenidamente este tipo de proyectos, a los estándares establecidos como meta.

Resultado: Luego del análisis precedente que permite dar respuesta a la pregunta asociada a este segundo criterio, en la siguiente tabla se resalta la respuesta y el puntaje asociado.

Indicador de respuesta	Puntaje
La entidad pública posee una alta capacidad para realizar sostenidamente la operación y el mantenimiento de la infraestructura durante la vida útil del proyecto.	1
La entidad pública posee una capacidad media para realizar sostenidamente la operación y el mantenimiento de la infraestructura durante la vida útil del proyecto.	2
La entidad pública posee poca o nula capacidad para realizar sostenidamente la operación y el mantenimiento de la infraestructura durante la vida útil del proyecto.	3



11 INEI. INFORME FINAL - Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios en Salud 2014 - ENSUSALUD
2014.



Criterio Específico 4: Tamaño del Proyecto que Justifique los Costos del Proceso APP

Objetivo:

Medir si el tamaño del proyecto, en términos monetarios, es suficientemente grande para compensar los costos de transacción y financieros del proceso vinculado a una APP.

Pregunta

¿Cuál es el estimado de inversión del Proyecto?

Justificación: El tamaño del Proyecto se refleja a través del Costo Total de Inversión o el Costo Total del Proyecto, según corresponda. Dado que el Proyecto sí contiene un componente de inversión, el tamaño del Proyecto está dado por el Costo Total de Inversión - CTI, el cual se define en el Reglamento del Decreto Legislativo N° 1362 como “el valor presente de los flujos de inversión estimados en la identificación del proyecto o en el último estudio de pre-inversión, incluyendo el IGV”. El documento oficial deja claro asimismo el “CTI no incluye los costos de operación y mantenimiento” y que la “tasa de descuento a ser utilizada para el cálculo del valor presente es aquella que el OPIP defina en función al riesgo del proyecto, la misma que debe contar con el sustento respectivo”. Como se observa, el concepto de tamaño a utilizar queda bastante bien definido desde la esfera oficial.

Bajo esta lógica, se ha tomado como referencia, el último estudio de inversión disponible es el PIP Viable, donde se señala que la etapa de inversiones tiene una duración de 3 años. En ese sentido se estima un CTI de S/ 375,325,701.48 (con IGV)

Identificado el Costo Total de Inversión del Proyecto, el cual en términos de UIT asciende a 85,301.7, es posible, con los rangos establecidos para proyectos ejecutados por el Gobierno Nacional, y tomando en cuenta que el valor de la UIT para el año 2021 es S/ 4,400, decir que el Costo Total de Inversión es mayor a 50,000 UIT, pero menor a 250,000 UIT.

Resultado: Luego del análisis precedente que permite dar respuesta a la pregunta asociada a este segundo criterio, en la siguiente tabla se señala la respuesta y el puntaje asociado.

Indicador de Respuesta - Gobierno Nacional	Puntaje
Costo Total de Inversión, o Costo Total del Proyecto en caso no haya componente de inversión, es menor a 50,000 UIT, pero mayor a 10,000 UIT.	1
Costo Total de Inversión, o Costo Total del Proyecto en caso no haya componente de inversión, es mayor o igual a 50,000 UIT, pero menor a 250,000 UIT.	2
Costo Total de Inversión, o Costo Total del Proyecto en caso no haya componente de inversión, es mayor o igual a 250,000 UIT.	3



Criterio Específico 5: Competencia por el Mercado

Objetivo:

Medir si existe suficiente capacidad de interés en el sector privado para desarrollar el Proyecto y se puede crear un clima de competencia al momento de adjudicación.

Pregunta:

¿Cuántas empresas del sector privado tienen la capacidad y la experiencia para ser potenciales postores para el desarrollo del proyecto?

Justificación: Como primer punto para verificar la existencia de suficiente interés en el sector privado para desarrollar el Proyecto y con ello crear un clima de competencia al momento de una eventual adjudicación, podemos indicar que en el Perú ya se han licitado exitosamente proyectos de características similares a las del presente proyecto.

Ahora bien, luego de aprobarse la viabilidad del Proyecto, diversas empresas se han acercado a PROINVERSIÓN, manifestando su interés en la licitación o como ser parte del desarrollo mismo del Proyecto. Es esperable que este interés se incremente luego de la reformulación de prioridades de inversión en el sector Salud en el contexto de la pandemia de la COVID-19.

A continuación, en la siguiente tabla se listan las empresas que han mostrado interés por el Proyecto y cuentan con experiencia demostrada, tanto en el mercado local como en el mercado internacional, en el diseño, construcción y equipamiento, y financiamiento de proyectos del sector salud u otros sectores de la economía, y en proyectos de tipo APP.

Cuadro N° 12: Lista de Empresas Interesadas

Nº	Empresa	País de origen	Portal Web
1.	Sacyr Concesiones	España	www.sacyr.com
2.	Vamed Ag	Austria	www.vamed.com/es
3.	Bouygues	Francia	www.bouygues.com/
4.	Acciona Concesiones	España	www.accionia.com/es/
5.	Abengoa	España	www.abengoa.com
6.	Ribera Salud	España	www.riberasalud.com
7.	Centene Corporation	EEUU	www.centene.com
8.	Accuray Incorporated	EEUU	www.accuray.com
9.	Cosapi	Perú	www.cosapi.com.pe
10.	Constructora Málaga	Perú	www.c-malaga.com/
11.	Vinci Construction	Francia	www.vinci-construction.com/es/
12.	Grupo San Jose	España	www.grupo-sanjose.com/
13.	Astaldi	Italia	www.astaldi.com/
14.	Ibt Group	Australia	www.ibtgroup.com/es/front
15.	Grupo Empresarial Electromédico - GEE	España	www.geelectromedico.com/

Fuente: Informe de Evaluación Integrado (IEI)

Como se puede apreciar, se puede afirmar que a la fecha existen 15 empresas privadas (nacionales y/o extranjeras) que se encuentran interesadas en proyectos del sector, por lo que constituyen una importante muestra de potenciales Postores en la eventual Licitación.



Para los servicios de bata verde, a continuación, se presenta un listado representativo de empresas proveedoras de servicios de laboratorio, imagenología y gestión integral hospitalaria, incluyendo desarrolladores, y empresas constructoras que participan en el sector de hospitales de manera conjunta con inversionistas en capital. En el segmento de servicios de laboratorio, análisis clínicos e imagen, las previsiones de crecimiento de mercado en América Latina han conllevado la expansión en la región de grupos internacionales de laboratorio (Unilabs, Synlab, Eurofins, entre otros) principalmente a través de la compra o asociación con laboratorios locales o regionales. En lo referente a empresas de gestión integral de hospitales, grupos europeos como Sanitas Hospitales o Ribera Salud buscan activamente nuevos proyectos hospitalarios para ampliar su portafolio en la región. A continuación, se presenta en la tabla siguiente un listado de empresas proveedoras de servicios de laboratorio, imagenología y gestión integral hospitalaria.

Cuadro N° 13: Empresas Proveedoras de Servicios de Laboratorio, Imagenología y Gestión Integral Hospitalaria

Nº	Empresa	País de origen	Portal web	Área
1	UNILABS	Suiza	www.unilabs.com	Servicios de laboratorio, análisis clínicos e imagenología
2	SYNLAB / Labco Nous	Alemania/ España	http://www.labconous.com/ http://www.synlab.com	Servicios de laboratorio, análisis clínicos, imagenología
3	Siemens Healthineers	Alemania	https://www.siemens-healthineers.com/ar/about	Servicios de laboratorio e imagenología
4	Eurofins	Francia	www.eurofins.com	Servicios de laboratorio, análisis clínicos, imagenología
5	Atrys Health	España	http://www.atryshealth.com/	Servicios de teleradiología
6	Ascires	España	www.ascires.com	Test Genéticos, Diagnóstico porImagen, Medicina Nuclear
7	Sonic healthcare	Australia	https://www.sonichealthcare.com/	Servicios de laboratorio, análisis clínicos, imagenología
8	Quest Diagnostics	EE. UU.	https://www.questdiagnostics.com /	Servicios de laboratorio, análisis clínicos
9	Sanitas Hospitales - Grupo BUPA	España (Sanitas), UK (Bupa)	www.sanitas.es	Gestión y Operación de Hospitales
10	Grupo GIA	México	www.gia.mx	Construcción, gestión y mantenimiento de hospitales
11	IRIDIUM Concesiones	España	http://www.iridiumconcesiones.com/	Concesionaria
12	MIROVA	Francia	www.mirova.com	Asset Management, Fondo de Inversión
13	MERIDIAM	Francia	www.meridiam.com	Asset Management, Fondo de Inversión
14	DIF Capital	Holanda	https://www.dif.eu/	Fondo de inversión en infraestructuras
15	SALINI IMPREGLIO	Italia	https://www.salini-impregilo.com/	Multinacional de ingeniería, infraestructura



Nº	Empresa	País de origen	Portal web	Área
16	MARNOS	México	https://www.marnos.com.mx/quie-hacemos/hospitalia/	Concesionaria, constructora y administradora de infraestructura
17	LQA FUNDS	Suiza - Colombia JV	http://www.lqafunds.com/	Fondo de inversión y gestión de activos
18	Standard Life Aberdeen (SLA)	Reino Unido	https://www.standardlifeaberdeen.com/	Fondo de infraestructura, inversión y gestión de activos
19	Eurofinsa - IBT	España	www.eurofinsa.com	Desarrollo de proyectos de infraestructura
20	Samsung C&T Corporation Healthcare	Corea del Sur	http://www.samsunggent.com/eng/index.do	Desarrollo de proyectos de infraestructura, ingeniería
21	Macquarie Capital	Australia	www.macquarie.com	Financiación e Inversión en activos de infraestructura
22	Ronesans	Turquía	https://ronesans.com/	Concesionaria de Infraestructuras
23	Grupo Ortiz	España	https://www.grupoortiz.com/	Concesionaria de Infraestructuras, Construcción y Operación
24	Sojitz	Japón	https://www.sojitz.com/en/	Exportación de bienes y equipos, y estructuración y gestión de proyectos de infraestructuras.
25	FCC	España	www.fcc.es	Empresa desarrolladora, constructora y operadora de infraestructura
26	Copasa	España	www.copasagroup.com	Empresa de construcción, servicio y mantenimiento de infraestructuras
27	Marhnos	México	https://www.marhnos.com.mx/	Desarrollo y Operación de Infraestructuras
28	ICA	México	https://www.ica.com.mx/	Construcción y Operación de Infraestructuras
29	Fresenius Medical Care AG & Co	Alemania	https://www.freseniusmedicalcare.com	Proveedor de productos y servicios de Hemodialisis
30	Davila	EEUU	https://www.davila.com/	Proveedor de servicios de Hemodialisis
31	Baxter	EEUU	https://www.baxter.com/	Proveedor de productos y servicios de Hemodialisis
32	B. Braun Melsungen AG	Alemania	https://www.bbraun.com/	Proveedor de sistemas de hemodialisis
33	Diaverum	Suecia	https://www.diaverum.com/	Proveedor de servicios de Hemodialisis

Fuente: Informe de Evaluación Integrado (IEI)

La crisis provocada por la Covid-19 afectará la organización industrial del sector. Como es natural, se espera una mayor demanda por productos médicos y por infraestructura hospitalaria a nivel global, por lo que es razonable anticipar un crecimiento tanto en laboratorios de investigación, así como en centros de salud, sea en la modalidad outpatient como en la de internamiento efectivo. Por estas razones, se espera que las empresas farmacéuticas sean no solo las menos afectadas, sino que puedan resultar entre las beneficiarias de la pandemia, aunque el mayor impacto sería sobre las empresas más pequeñas especializadas en tecnología médica y un poco menos en las grandes transnacionales, principales impulsoras de la rentabilidad en la industria de la salud en general, en las que será poco probable que vean grandes impactos en las ganancias

Por otra parte, es de esperar que exista una mayor demanda internacional de servicios de laboratorios privados, a efectos de complementar la capacidad del sistema público de la provisión de prueba de detección de la COVID-19.

Asimismo, se anticipa un alto incremento de la digitalización de los sistemas de atención médica, especialmente la telemedicina en medicina básica, la mayor penetración de sistemas de inteligencia artificial para la asistencia en diagnósticos, al igual que en los sistemas de prevención y control de enfermedades contagiosas, brindando nuevas oportunidades para los operadores de hospitales a una mejor integración tecnológica.

Finalmente, a modo de referencia, se puede mencionar que actualmente en Chile se encuentran en proceso de licitación un programa de 18 hospitales bajo esquema APP (construcción, mantenimiento y provisión de material y equipamiento clínico y no clínico), agrupados en 7 contratos que comprenden una inversión total de



aproximadamente USD 3,000 millones. Este programa incluía un proceso de precalificación en el que 50 empresas de Chile, América, Europa, Oceanía y Asia compraron Bases. Posteriormente, para la licitación del primer grupo de hospitales (Red Maule, 3 hospitales, USD 220 millones) las 19 empresas consignadas en la tabla siguiente compraron las Bases de Licitación. Este escenario puede proporcionar indicios respecto del interés en proyectos de hospitales en la región, y dada la cercanía entre Perú y Chile, y la percepción general en el mercado internacional, es esperable un comportamiento similar.

Cuadro N° 14: Empresas Proveedoras Interesadas en los Procesos de APP Hospitalarias en Chile

Nº	Empresa	País de origen	Portal Web
1.	China Camc Engineering	China	www.camce.com.cn
2.	Ferrovial Agroman	España	www.ferrovial.es
3.	China Railway Construction Corporation	China	www.crcc.cn
4.	OHL	España	www.ohl.es
5.	China Road and Bridge Corporation	China	www.crbc.com
6.	Moller y Pérez Cotapos	Chile	www.mpc.cl
7.	Concesiones de Infraestructura Chile Dos	Chile	
8.	Global Dominion Access	España	www.dominion-global.com
9.	Glory Medical	China	www.glory-medical.com.cn
10.	Bev S.A.	Colombia	
11.	Sacyr Concesiones	España	www.sacyr.es
12.	Siemens Healthcare Equipos Médicos	Francia	www.siemens-healthineers.com
13.	Constructora San José	España	www.constructorasanjose.com
14.	Vamed Engineering GMBH	Austria	www.vamed.com
15.	Pizzarotti y CSA	Italia	www.pizzarotti.it
16.	Acciona	España	www.accion.es
17.	GIA+A	México	www.gia.mx
18.	Engie	Francia	www.engie.com
19.	Samsung C&T	Korea	www.samsunct.com

Fuente: Informe de Evaluación Integrado (IEI)

En la primera semana de agosto del 2020 se recibieron 4 ofertas para la Concesión bata gris de tres hospitales en la Región del Maule en Chile con un CAPEX estimado en 244 millones de dólares. Un total de 8 consorcios se encontraban precalificados, y de ellos 4 presentaron ofertas: OHL, Acciona, Sacyr y China Road and Bridge Corporation.

En la última semana de agosto se abrieron las ofertas económicas, y la empresa China Road and Bridge Corporation asociada con Puentes y Calzadas Grupo de Empresas SA presentó la oferta más baja con un 32% menor al presupuesto referencial.

También como referente internacional se encuentran el Hospital de Bosa en Colombia, cuyo contrato fue firmado por el Distrito de Bogotá (Fondo Financiero Distrital de Salud) por un periodo de 15 años, en febrero 2020. El proceso contó con 13 empresas que manifestaron interés, 12 que pasaron esa etapa y cuatro que presentaron ofertas finales.¹³⁵ El consorcio que se adjudicó el contrato APP está conformado por la alianza hispano-peruana Grupo Ortiz e Incot, conocidos como consorcio INORIN.



Resultado: Luego del análisis precedente que permite dar respuesta a la pregunta asociada a este segundo criterio, en la siguiente tabla queda expresada la respuesta y el puntaje asociado.

Indicador de Respuesta – Gobierno Nacional	Puntaje
Existen suficientes empresas del sector privado para conformar hasta 2 postores potenciales al momento de adjudicar la buena pro del proyecto.	1
Existen suficientes empresas del sector privado para conformar entre 2 y 5 postores potenciales al momento de adjudicar la buena pro del proyecto.	2
Existen suficientes empresas del sector privado para conformar más de 5 postores potenciales al momento de adjudicar la buena pro del proyecto.	3

Criterio Específico 6: Fortaleza Institucional como Factor Asociado al Éxito del Proyecto

Objetivo:

Medir si la entidad pública contratante está debidamente preparada y capacitada para conducir un proyecto de APP.

Pregunta:

¿Cuenta la entidad pública contratante con una unidad dentro de su estructura organizacional y tiene experiencia para conducir un proyecto de APP de similares características?

Justificación: ESSALUD cuenta con la experiencia para conducir un proyecto APP, toda vez que viene conduciendo bajo este esquema los complejos hospitalarios Alberto Barton y Guillermo Kaelin.

Por otra parte, ESSALUD cuenta con un denso tramo institucional para efectos abordar los distintos aspectos que consideran sus funciones de administrador de un fondo de financiamiento de prestaciones de salud y de proveedor de dichas prestaciones, a través de distintos centros de salud propios.

Dentro de dicho tramo se encuentra la Gerencia Central de Promoción y Gestión de Contratos de Inversiones, la cual constituye “el órgano de apoyo encargado de la gestión integral de contratos de inversiones en la modalidad de Asociación Pública Privada – APP”. Esta Gerencia Central, cuyas funciones específicas están detalladas en el artículo 136 del Reglamento de Organización y Funciones de ESSALUD (ROF), depende directamente de la Gerencia General de la institución, cuenta a su vez con la Gerencia de Promoción, Facilitación y Asuntos Técnicos, la cual es la unidad orgánica encargada de la preparación y contratación de inversiones en la modalidad de APP y la Gerencia de Gestión de Contratos, la cual es la unidad orgánica encargada de la gestión de los contratos de inversiones en la modalidad de APP.

Adicionalmente, para el cumplimiento de sus funciones en relación con los proyectos específicos, la Gerencia Central de Promoción y Gestión de Contratos de Inversiones contará con el apoyo de un conjunto de gerencias especializadas, tales como la Gerencia Central de Proyectos de Inversión y sus unidades dependientes, la Gerencia Central de Prestaciones de Salud, la Gerencia Central de Operaciones y el Instituto de Equipamiento y Tecnología de Salud e Investigación (IETSI). Al respecto,



y por su relación directa con la ejecución de los proyectos en la fase de pre-inversión e inversión, cabe señalar que la Gerencia Central de Proyectos de Inversión está integrada por la Gerencia de Estudios de Inversión y la Gerencia de Ejecución de Proyectos.

A base de este breve recuento, se observa que ESSALUD cuenta en su interior con los arreglos y soportes institucionales adecuados para gestionar un contrato APP, tanto por estar dotado de una Gerencia Central especializada y dedicada a esta modalidad contractual, como por el conjunto de gerencias y subgerencias con capacidades de gestión de los proyectos de inversión en sus distintas fases de desarrollo. Esta capacidad organizacional, sumada a la experiencia acumulada, lleva a concluir que ESSALUD cuenta con experiencia para conducir proyectos bajo el esquema de APP sin problema alguno. De hecho, viene conduciendo dos (2) proyectos bajo este esquema en la actualidad y que constituyen de las mejores experiencias en el uso de este mecanismo del total de APPs peruanas.

Resultado: Luego del análisis precedente que permite dar respuesta a la pregunta asociada a este segundo criterio, en la siguiente tabla se indica la respuesta y el puntaje asociado

Indicador de respuesta – Gobierno Nacional	Puntaje
Entidad pública contratante no cuenta con una Unidad APP o, de contar con ella, no tiene experiencia de desarrollo de proyectos de APP ni administración de contratos APP de similar tipología, tamaño y complejidad.	1
Entidad pública contratante cuenta con una Unidad APP y tiene experiencia de desarrollo de proyectos de APP y administración de contratos APP de similar tipología, tamaño y complejidad.	2

Criterio Específico 7: Financiamiento por Usuarios

Objetivo: Medir si el proyecto puede potencialmente generar ingresos para ser clasificado como autofinanciado”
Pregunta: ¿Tiene el proyecto evidencia de generar los suficientes ingresos para financiar parcial o totalmente el proyecto?

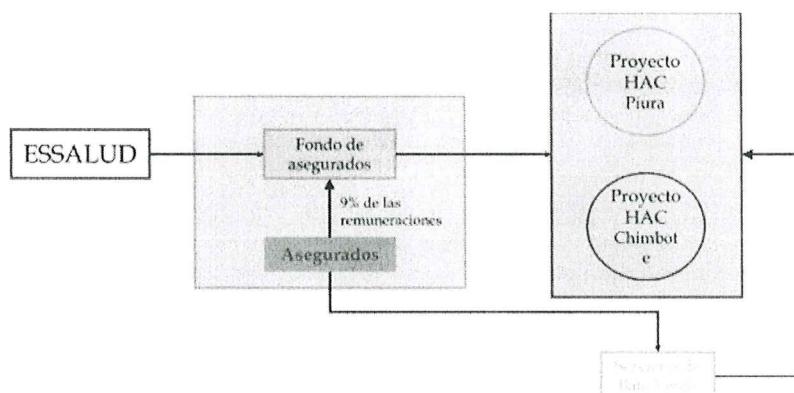
Justificación: El Seguro Social de Salud es la entidad al cual se encuentran afiliados obligatoriamente todos los trabajadores activos que laboran bajo relación de dependencia o como socios de cooperativas de trabajadores, comprende también a los pensionistas que perciben pensión de jubilación, de incapacidad o de sobrevivencia.

En los últimos años, se ha registrado un crecimiento progresivo de la cantidad de asegurados a un ritmo de 7% anual en promedio. Esta población de asegurados está conformada por los titulares (personas que pagan por adquirir el seguro) y los derechohabientes (terceros que se benefician del servicio). Todo esto ha generado un incremento en el fondo de aportes de los asegurados a disposición de ESSALUD y que servirán para el funding del Proyecto, esto es, para sustentar los flujos de pagos que serán comprometidos por parte de ESSALUD.



Todo lo anterior configura un esquema conjunto de funding cuya característica central es que todos los recursos provienen del sector privado y no recaen en el sector público. Es decir, que los proyectos serán abastecidos de ingresos generados de manera propia por ESSALUD a través del pago de los asegurados, y, por lo tanto, serán ingresos no dependientes del presupuesto de la Nación.

Las proyecciones de la demanda para los servicios permiten concluir que los servicios a cargo del Concesionario, a través de los pagos que realizará ESSALUD, fondeado por al menos el 9% de la RMV, según la opinión técnica de ESSALUD le permiten generar ingresos, para cubrir el funding del Hospital de Chimbote. Con estos parámetros, se puede diagramar el esquema de financiamiento por usuarios sin la inclusión de la demanda adicional de los usuarios no asegurados, que se muestra en la siguiente figura:



Fuente: Informe de Evaluación Integrado (IEI)

Es importante recalcar que ESSALUD ha considerado las proyecciones de ingresos tomando en cuenta las proyecciones de demanda solamente referidas a los asegurados que podrían adquirir los servicios de Bata Verde. Y consideran que, con esos ingresos, a los que se añaden los recursos del fondo de asegurados, será suficiente para cubrir el flujo de pagos para la infraestructura y los servicios.

En conclusión, podemos afirmar que cada uno de los proyectos hospitalarios no tienen capacidad de generar ingresos que permitan financiar total o parcialmente los costos asociados.

Resultado: Luego del análisis precedente que permite dar respuesta a la pregunta asociada a este segundo criterio, en la siguiente tabla se señala la respuesta y el puntaje asociado.

Indicador de Respuesta - Gobierno Nacional	Puntaje
El proyecto no tiene la posibilidad de generar los suficientes ingresos para financiar parcial o totalmente el proyecto.	0
El proyecto tiene la posibilidad de generar los suficientes ingresos para financiar parcial o totalmente el proyecto.	1



Resultado

En la siguiente tabla se muestra el resumen de las puntuaciones y sus respectivos ponderadores:

Cuadro N° 15: Ponderadores y Puntuaciones

Nº	Criterio	Ponderador	Puntuación
1	Nivel de transferencia de riesgos	$15\% \times \frac{20}{3}$	3
2	Capacidad de medición de la disponibilidad y calidad del servicio	$10\% \times \frac{20}{3}$	3
3	Ventajas y limitaciones de la obra pública tradicional: Pregunta 1	$20\% \times \frac{20}{3}$	2
3'	Ventajas y limitaciones de la obra pública tradicional: Pregunta 2	$20\% \times \frac{20}{3}$	2
4	Tamaño del proyecto que justifique los costos del proceso de APP	$20\% \times \frac{20}{3}$	2
5	Competencia por el mercado	$10\% \times \frac{20}{3}$	3
6	Fortaleza institucional como factor de éxito del proyecto	$5\% \times \frac{20}{2}$	2
7	Financiamiento por usuarios	1	0
Puntaje Ponderado Total			16

En conclusión, frente al régimen general de contratación pública y con la información disponible, el proyecto está en condiciones de contemplar la modalidad de APP para su desarrollo.

Instalación del Hospital de Alta Complejidad de EsSalud en el Distrito de Piura, Provincia de Piura, Departamento de Piura

Criterio Específico 1: Nivel de Transferencia de Riesgo

Objetivo:

Determinar si es posible realizar una adecuada identificación y asignación de riesgos entre la entidad pública y el sector privado.

Pregunta:

¿Cuál se espera que sea el nivel de transferencia de riesgos hacia el sector privado?

La factibilidad de la asignación de los riesgos entre las partes intervenientes juega un rol muy importante en los contratos de APP, porque una adecuada distribución puede permitir que se genere Valor por Dinero para el Estado, a diferencia de la modalidad de Obra Pública Tradicional (OPT) en la cual, todos los riesgos son retenidos por el Estado.

Si tal distribución es factible, entonces los riesgos involucrados podrán ser riesgos retenidos, riesgos transferidos o riesgos compartidos y se reflejarán en la matriz de riesgos. Y desde luego, también en el contrato de Concesión. Por tal razón, a fin de responder la pregunta respecto al nivel de transferencia de riesgos hacia el sector



privado, es preciso indicar que para el Proyecto se ha elaborado una matriz de riesgos que consolida la experiencia del Consultor en conjunto con las entidades relacionadas.

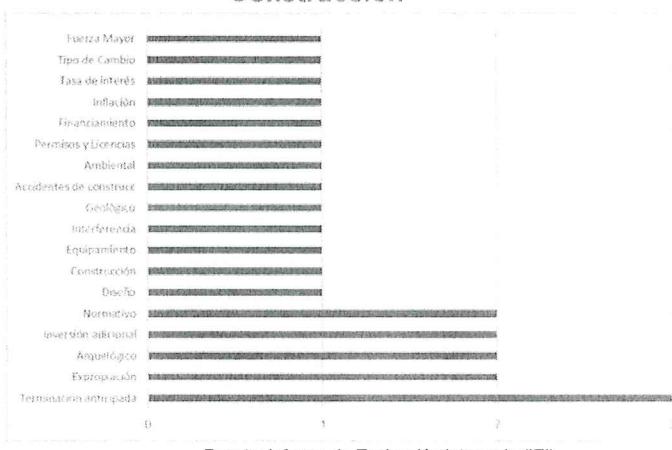
En ese sentido, es un dato relevante observar que, si bien ESSALUD es una entidad que cuenta con experiencia de inversión y equipamiento bajo el sistema de contratación de obra pública tradicional (OPT), en los últimos años también ha desarrollado proyectos bajo el mecanismo de APP como en los hospitales Alberto Barton y Guillermo Kaelin, ubicados en el Callao y Villa María del Triunfo respectivamente. Por tanto, resulta significativo el trabajo en conjunto con la entidad a fin de identificar y asignar los potenciales riesgos que asumirían los agentes contractuales: el Concedente y el Concesionario. Lo cual se ha hecho en los diversos talleres, así como también en las innumerables reuniones del equipo del Consultor con los funcionarios de ESSALUD.

Como resultado de esta profusa interacción y de conformidad con las pautas de los lineamientos del MEF respecto de la asignación de los riesgos, si bien, en términos generales, en proyectos APP los riesgos se tipifican en los relacionados al diseño, la construcción, la operación y mantenimiento, los relacionados al financiamiento, los de fuerza mayor y los políticos, entre otros, se propone la identificación de los riesgos del Proyecto en función a sus etapas durante el periodo de Concesión.

En ese sentido, los riesgos se van a clasificar en dos clases: los riesgos que aparecen en la etapa de diseño y construcción (DC), y los riesgos que surgen en la etapa de operación y mantenimiento (OM). Algunos riesgos permanecen en ambas etapas, otros se circunscriben a una de ellas. Los más relevantes en la etapa de diseño y construcción son los riesgos de construcción y de terminación anticipada, en tanto que, en la etapa de operación y mantenimiento, los riesgos de calidad de servicio y de demanda aparecen como los más delicados.

Por tanto, considerando únicamente los servicios básicos del Hospital Especializado de Piura brindados bajo un modelo de bata gris, durante la etapa de diseño y construcción (DC) se identificaron 24 causas, de las cuales 17 son transferidas al Concesionario, 3 compartidas y 4 retenidas por el Concedente.

Gráfico N° 14: Riesgos Identificados y N° de Causas en la Fase de Diseño y Construcción

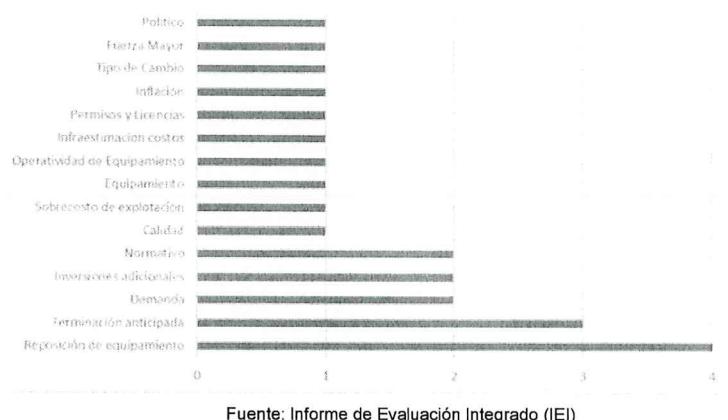


Fuente: Informe de Evaluación Integrado (IEI)



Asimismo, en la etapa de operación y mantenimiento (OM) en total, considerando tanto para la Bata Gris como para Bata Verde se identificaron 42 causas, de las cuales 21 son transferidas al Concesionario, 7 son compartidas y 14 retenidas por el Concedente.

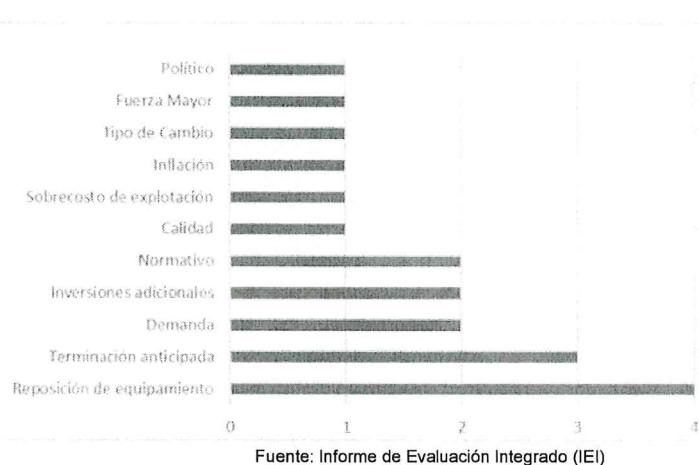
Gráfico N° 15: Riesgos Identificados y N° de Causas en la Fase de Operación y Mantenimiento para los Servicios de Bata Gris



Fuente: Informe de Evaluación Integrado (IEI)

Por tanto, más del 50% de las causas identificadas han sido transferidas al Concesionario, lo cual evidencia un alto nivel de transferencia de riesgos del Proyecto.

Gráfico N° 16: Riesgos Identificados y N° de Causas en la Fase de Operación y Mantenimiento para los Servicios de Bata Verde



Fuente: Informe de Evaluación Integrado (IEI)

Hay que añadir que el Concesionario a cargo del Hospital Especializado de Piura también se hará a cargo contractualmente de los servicios de Bata Verde de Patología Clínica (Laboratorio), Diagnóstico por Imágenes (Imagenología), Unidad Renal y el Servicio de Bata Gris de Logística de Insumos Bienes Estratégicos, Fármacos y Bienes No Estratégicos. Estos servicios especiales, que ya rebasan los alcances de un modelo de bata gris, cambian el modelo de esta APP hospitalaria hacia uno del tipo bata verde, e introduce nuevos riesgos.



Una situación de riesgo particularmente importante, y que se viene poniendo de manifiesto especialmente en los tiempos de la pandemia desatada por el coronavirus en la forma de la enfermedad de la Covid-19, es la que se produce en el sector salud a consecuencia del balance – o desbalance – entre la oferta y la demanda. Este balance es complejo, debido a que la permanente interacción entre la demanda y la oferta de servicios, el que origina un riesgo de demanda (volumen o cantidad), que es considerado el riesgo que merece mayor atención desde el punto de vista de ESSALUD.

El riesgo de demanda proviene del hecho que la población asegurada puede cambiar en comparación a la demanda proyectada en los estudios de pre-inversión. Las principales causas son cambios poblacionales, del perfil de morbilidad y mortalidad en la zona, evoluciones de las condiciones económicas y del empleo a nivel nacional y local, y los riesgos excepcionales de epidemias o pandemias como la Covid-19.

Al cambiar la población asegurada, se modifica la demanda de servicios de asistenciales directamente; e indirectamente la demanda de los servicios de bata gris y bata verde. Toda esta complejidad lleva a que, al ser, ESSALUD la instancia sectorial la responsable de decidir la referencia de los pacientes al Hospital de Chimbote, se considera que es la parte interviniente más capacitada para lidiar con el riesgo de demanda, por lo que este riesgo figurará como retenido bajo la modalidad APP en manos del sector público.

Otro factor importante para determinar la cantidad de servicios es la capacidad de diseño del hospital (oferta de infraestructura y equipamiento). El hospital tiene una capacidad limitada, por lo que la demanda de servicios asistenciales, e indirectamente de bata verde y gris tienen un tope máximo. Al crecer más rápido la población asegurada respecto a la inicial, se llegaría a ese límite más rápido, y de manera contraria, para el caso de crecimiento más lento.

Hay un riesgo también de disponibilidad de la infraestructura. Si no se logra terminar y/o equipar el hospital en su totalidad y a tiempo, se tendrá un impacto en la cantidad de servicios que se pueden proveer. Este riesgo de oferta de recursos físicos se transfiere al sector privado bajo la modalidad APP.

Adicionalmente, hay otro riesgo de oferta muy importante, por la probabilidad y el impacto que generan en la cantidad de servicios asistenciales y entonces indirectamente la cantidad demandada de servicios de bata gris (variables) y de bata verde. El denominado riesgo por oferta de recursos humanos asistenciales, principalmente médicos. Por ejemplo, si no se logra contratar un especialista en nefrología, eso tendrá un impacto directo en la cantidad de consultas de nefrología, lo que indirectamente impactará a la demanda de sesiones del servicio de hemodiálisis. El responsable de proveer esos recursos humanos es la instancia de salud, y como tal ese riesgo generalmente se retiene por la autoridad lo que tiene implicancias en el diseño del mecanismo de pago de la APP.

A partir de la cantidad de servicios asistenciales que se pueden realmente proveer potencialmente, se determina la cantidad demandada de servicios de bata verde y de bata gris (variables). Pero de nuevo, la cantidad de servicios que se logrará proporcionar está sujeta a riesgos de oferta, ya sea al nivel de la cantidad disponible de equipos funcionales (recursos físicos), pero también de insumos y recursos



humanos. A través de la modalidad APP, se transfieren esos riesgos al sector privado.

Finalmente, en el caso de los servicios de bata gris fijos, que no dependen de la cantidad de servicios asistenciales sino de la capacidad de diseño del hospital, pueden existir también riesgos de oferta ya sea por falta de equipamiento específico a esos servicios, pero también de insumos y de recursos humanos. En la modalidad APP, se transfieren esos riesgos al sector privado.

En la etapa de operación, los riesgos de sobrecostos de insumos y personal médico necesarios para la producción de los servicios de bata gris y bata verde, así como los riesgos de disponibilidad y calidad del servicio son transferidos al sector privado. Desde el punto de vista de ESSALUD, especialmente en su relación con los usuarios, el riesgo de calidad de servicio es el principal riesgo transferido.

En consecuencia, a partir del análisis de riesgos realizado, como resultado del proceso de identificación y asignación, se entendería que el proyecto tendría una cantidad importante de riesgos que podrán ser transferidos al Concesionario, porque con la inclusión de los servicios de bata verde, existe un conjunto de servicios, más allá de los básicos, que formarían parte del Contrato. Estos son los servicios asistenciales. En ese sentido, el nivel de responsabilidad que se traslada al Concesionario en este tipo de contratos sería mayor en comparación con aquellos contratos en los que no se incluyen los servicios asistenciales y que configuran los modelos de bata gris.

En línea con el párrafo precedente, el Concedente asumirá en su totalidad la entrega de los cuatro servicios asistenciales acordados, por lo que los riesgos asociados a estas actividades sí formarán parte del Contrato. En resumen, el Consultor, considerando un criterio conservador, el Proyecto ofrecerá una capacidad cercana a alta de transferencia de riesgos al Concesionario.

Resultado: Luego del análisis precedente que permite dar respuesta a la pregunta asociada a este primer criterio, en la siguiente tabla se indica la respuesta y el puntaje asociado.

Indicador de respuesta	Puntaje
Existe una baja o nula capacidad de transferencia de riesgos desde el Estado al sector privado.	1
Existe una mediana capacidad de transferencia de riesgos desde el Estado al sector privado.	2
Existe una alta capacidad de transferencia de riesgos desde el Estado al sector privado.	3



Criterio Específico 2: Capacidad de Medición de la Disponibilidad y Calidad del Servicio

Objetivo:

Medir la disponibilidad de especificaciones e indicadores de desempeño, así como un sistema de penalidades o deductivos, de modo que la prestación del servicio a los usuarios sea efectuada con calidad, y con una adecuada atención a la ocurrencia de interrupciones de dicha prestación, a lo largo del ciclo de vida del Proyecto.

Pregunta:

¿Se cuenta con especificaciones e indicadores de disponibilidad de servicio y del desempeño, así como un sistema de penalidades o deducciones?

Justificación: Para responder a la pregunta precedente, resulta necesario identificar si existen indicadores de desempeño que permitan medir objetivamente estas variables (disponibilidad y calidad del servicio) durante la ejecución del Proyecto.

En ese sentido, primero se debe considerar que ESSALUD mantiene ya otras concesiones, cuyas algunas de sus obligaciones (actividades/servicios en esquema bata blanca o bata gris) son comparables a las contenidas en este Proyecto. Esto está alineado al criterio de Continuidad Operacional a la que se refiere la R.M. N° 165-2017/MINSA. Esto de por sí acredita que la entidad ya tiene alguna experiencia en el manejo de indicadores de desempeño o KPI (Key Performance Indicators).

En conclusión, es posible afirmar que es factible establecer indicadores de desempeño para este Proyecto. Cabe mencionar que los indicadores que se propongan para el Proyecto deben considerar las características específicas y propias del Proyecto. Finalmente, debe recordarse que el establecimiento de indicadores se halla alineado a los criterios de Modelo de Operación de los servicios y de Continuidad Operacional a los que se refiere la R.M. N° 165-2017/MINSA.

Resultado: Luego del análisis precedente que permite dar respuesta a la pregunta asociada a este segundo criterio, en la siguiente tabla se precisa la respuesta y el puntaje asociado.

Indicador de Respuesta	Puntaje
No existen especificaciones e indicadores de desempeño y un sistema de penalidades o deductivos para proyectos similares tanto a nivel nacional como internacional	1
Existen especificaciones e indicadores de desempeño y un sistema de penalidades o deductivos para proyectos similares a nivel internacional.	2
Existen especificaciones e indicadores de desempeño y un sistema de penalidades o deductivos para proyectos similares en el Perú	3



Criterio Específico 3: Ventajas y Limitaciones de la Obra Pública Tradicional

Objetivo:

Medir si existe suficiente evidencia para determinar que es más ventajoso desarrollar el Proyecto mediante asociación público-privada.

Pregunta N° 1

¿Existe información que demuestre la ocurrencia de sobrecostos respecto al monto original del proyecto y/o el incumplimiento de los cronogramas originalmente establecidos en la provisión mediante el régimen general de contratación pública?

Justificación: Para proceder con la justificación, se ha procedido inicialmente a analizar el Hospital Especializado Piura en la modalidad más básica, para que sea comparable con la mayoría de los hospitales peruanos. Esto significa que, en un primer momento, se analizarán los sobrecostos en un escenario de bata gris. Posteriormente se analizarán los sobrecostos bajo un escenario de bata verde, individualizando cada servicio no básico que se ofrecerá en el Hospital Especializado de Piura.

A fin de verificar la existencia de información disponible que demuestre la ocurrencia de sobrecostos en relación con el monto original de un proyecto mediante el régimen general de contratación pública, se ha revisado el Banco de Proyectos de Inversión Pública (hoy Consulta de Inversiones)¹² para proyectos de inversión del sector Salud en general y la información relacionada a proyectos de inversión pública ejecutados por ESSALUD¹³. Para tal fin, se han tomado una muestra de proyectos representativos para esta evaluación. La muestra ha sido seleccionada en consideración a tres criterios: que sean proyectos culminados del sector Salud, con un monto de inversión no menor a S/ 100 millones y que involucren como componentes de inversión a infraestructura física y equipamiento. Tales criterios permitirán la comparación de la información obtenida con el PIP Viable con la de otros proyectos del sector Salud.

Así, en promedio¹⁴, los costos de inversión asociados a la ejecución de proyectos ejecutados de la muestra presentada bajo el esquema de obra pública del sector Salud, ha sufrido un incremento, en promedio, del 40.04% sobre el monto de inversión original aprobada. En la tabla siguiente se señalan los proyectos que forman parte de la muestra.

Cuadro N° 16: Desviaciones de Costos Planificados en una Muestra de Proyectos Desarrollados por EsSalud

Entidad	Forma de Ejecución	Código Único/SNIP	Nombre del Proyecto	Monto Viabilidad / Expediente Técnico (S/)	Monto Final (S/)	Desviación
MINSA / G.R. AYACUCHO	Directa	240061	Mejoramiento de la capacidad resolutiva del hospital regional Mariscal Miguel	378,439,092	446,862,167	18.08%

¹² Ver: <https://www.mef.gob.pe/es/aplicativos-invierte-pe?id=4279>

¹³ Ver: <http://www.ESSALUD.gob.pe/transparencia/>

¹⁴ Promedio ponderado por la inversión referencial del monto aprobado.



Entidad	Forma de Ejecución	Código Único/SNIP	Nombre del Proyecto	Monto Viabilidad / Expediente Técnico (S/)	Monto Final (S/)	Desviación
			Ángel Llerena de Ayacucho			
MINSA / G.R. UCAYALI	Directa	155616	Fortalecimiento de los servicios de salud del Hospital Regional de Pucallpa	318,684,274	373,173,190	17.10%
MINSA / G.R. CUSCO	Directa	70876	Mejoramiento de la capacidad resolutiva de los servicios de salud del Hospital Antonio Lorena Nivel II-1-Cusco.	291,579,667	483,452,916	65.80%
MINSA	Directa	58330	Fortalecimiento de la atención de los servicios de emergencia y servicios especializados - Nuevo Hospital de Emergencias de Villa El Salvador	157,736,924	255,270,771	61.83%
MINSA / G.R. LAMBAYEQUE	Convenio UNOPS	3588	Construcción y equipamiento del Hospital Regional de Lambayeque	132,386,982	208,971,944	57.85%
ESSALUD	Convenio UNOPS	033800	Nuevo Hospital Regional De Alta Complejidad De La Libertad	112,949,106	181,285,368	60.50%

Fuente: Informe de Evaluación Integrado (IEI)

Entonces, si el Hospital Especializado de Piura fuera desarrollado solamente bajo un esquema de bata gris, se puede concluir que existe información a partir de la cual es posible analizar la existencia de sobrecostos en la ejecución de proyectos similares bajo el esquema de obra pública tradicional. Y que dicho sobrecosto, en promedio¹⁵ alcanzará el 40.04% sobre el monto de inversión aprobada.

En relación a los sobre plazos para hospitales públicos - que son una causa importante de sobrecostos - AFIN (2020)¹⁶ recientemente ha desarrollado un estudio para todos los hospitales construidos en Perú desde el 2010 hasta el 2019 con inversiones y equipos mayores a 15 millones de dólares, usando como información de base al Sistema de Información de Obras Públicas de la Contraloría General de la República del Perú (INFOBRAS) y del Sistema Nacional de Programación Multianual y Gestión de Inversiones de MEF (INVIERTE.PE.).

En dicho estudio se indica que el 43.33% de las obras tienen retrasos en su plazo de ejecución, a lo que se le debe sumar que otras 13.33% de las obras se encuentran paralizadas, dado que se encuentran con medidas cautelares por parte del Poder judicial, por falta de disponibilidad presupuestal y por una deficiente o falta de estudio de impacto ambiental, y el 26.67% de los contratos de ejecución de hospitales fueron resueltos por la entidad, esto debido principalmente por el incumplimiento contractual de los contratistas, con retrasos injustificados en el avance de la obra, y por acumular la máxima penalidad por mora (retrasos en el plazo), acumulando el 10% de multa del

¹⁵ Promedio ponderado por la inversión referencial del monto aprobado

¹⁶ AFIN (2020) Hospitales Adjudicados entre 2010-2019. Asociación para el Fomento de la Infraestructura Nacional, Perú. 2020



uento del contrato. Por lo tanto, un 83.53% de probabilidad de sobre plazos puede ser verificado (43.33+13.33+26.87).

Extendiendo el análisis bajo un enfoque de bata verde, a continuación, se muestran las tablas que presentan las comparativas de la estimación de costos del operador privado y del operador público para la provisión de los servicios de hemodiálisis, laboratorio e imágenes en soles constantes:

Cuadro N° 17: Diferencial de Costos del Servicio Hemodiálisis (S/. Constantes)

Año	Operador Privado	Operador Público	Diferencial
2025	5,845,311	7,014,713	-1,169,402
2026	6,002,500	7,195,208	-1,192,708
2027	6,174,445	7,380,358	-1,205,913
2028	6,432,513	7,570,282	-1,137,769
2029	6,521,050	7,765,104	-1,244,055
2030	6,692,995	7,964,068	-1,271,073
2031	6,864,940	8,168,136	-1,303,196
2032	7,036,885	8,377,439	-1,340,553
2033	7,208,831	8,592,111	-1,383,281
2034	7,380,776	8,811,305	-1,430,529
2035	7,567,477	9,036,093	-1,468,615
2036	7,670,771	9,266,618	-1,595,847
2037	7,670,771	9,266,618	-1,595,847
2038	7,670,771	9,266,618	-1,595,847
2039	7,670,771	9,266,618	-1,595,847
2040	7,670,771	9,266,618	-1,595,847
2041	7,670,771	9,266,618	-1,595,847

Fuente: Informe de Evaluación Integrado (IEI)

Cuadro N° 18: Diferencial de Costos del Servicio de Patología Clínica Laboratorio (S/. Constantes)

Año	Operador Privado	Operador Público	Diferencial
2025	9,994,569	11,403,558	-1,408,989
2026	10,237,750	11,697,798	-1,460,048
2027	10,484,992	11,999,589	-1,514,597
2028	10,839,111	12,309,124	-1,470,013
2029	11,094,791	12,626,603	-1,531,812
2030	11,439,101	12,950,971	-1,511,870
2031	11,702,943	13,283,626	-1,580,683
2032	11,971,357	13,624,780	-1,653,424
2033	12,244,458	13,974,650	-1,730,192
2034	12,624,325	14,332,057	-1,707,732
2035	12,906,370	14,698,556	-1,792,186
2036	13,193,429	15,074,378	-1,880,949
2037	13,193,429	15,074,378	-1,880,949
2038	13,193,429	15,074,378	-1,880,949



Año	Operador Privado	Operador Público	Diferencial
2039	13,193,429	15,074,378	-1,880,949
2040	13,193,429	15,074,378	-1,880,949
2041	13,193,429	15,074,378	-1,880,949

Fuente: Informe de Evaluación Integrado (IEI)

Cuadro N° 19: Diferencial de Costos del Servicio de Imagenología (S/. Constantes)

Imágenes	Operador Privado	Operador Público	Diferencial
2025	4,529,375	4,460,844	68,531
2026	4,570,897	4,575,671	-4,773
2027	4,613,482	4,693,438	-79,956
2028	4,786,883	4,814,222	-27,340
2029	4,831,677	4,938,100	-106,424
2030	4,877,468	5,064,724	-187,257
2031	4,924,427	5,194,579	-270,153
2032	4,972,584	5,327,748	-355,164
2033	5,109,169	5,464,314	-355,145
2034	5,159,647	5,603,889	-444,241
2035	5,253,934	5,747,012	-493,078
2036	5,307,010	5,893,773	-586,762
2037	5,307,010	5,893,773	-586,762
2038	5,307,010	5,893,773	-586,762
2039	5,307,010	5,893,773	-586,762
2040	5,307,010	5,893,773	-586,762
2041	5,307,010	5,893,773	-586,762

Fuente: Informe de Evaluación Integrado (IEI)

Se observa que el costo de los servicios extendidos o de bata verde que ofrecerá el Hospital Especializado de Piura, estarían a disposición a mayor costo si los suministrara el sector público.

Resultado: Luego del análisis precedente que permite dar respuesta a la pregunta asociada a este segundo criterio, en la tabla siguiente se resalta la respuesta y el puntaje asociado.

Indicador de respuesta	Puntaje
No existe evidencia documentada ni cuantificable en el país ni en países comparables de sobrecostos e incumplimiento de cronogramas cuando se desarrolla un proyecto similar mediante el régimen general de contratación pública.	1
Existe evidencia documentada en el país o en países comparables de sobrecostos e incumplimiento de cronogramas cuando se desarrolla un proyecto similar mediante el régimen general de contratación pública.	2
Existe evidencia documentada y cuantificable en el país de sobrecostos e incumplimiento de cronogramas cuando se desarrolla un proyecto similar mediante el régimen general de contratación pública.	3



Pregunta N° 2

¿La entidad pública tiene capacidad para realizar sostenidamente la operación y el mantenimiento de la infraestructura durante la vida útil del proyecto?

Para justificar si la entidad pública tiene la capacidad para realizar sostenidamente la operación y el mantenimiento de la infraestructura durante la vida útil del Proyecto, se puede indicar que ESSALUD viene administrando de manera directa, es decir, sin contratos de Concesión, los hospitales bajo su ámbito, tanto en las actividades sanitarias como en las no sanitarias, pero no a similares estándares de calidad como los exigidos al Concesionario.

Sin embargo, para responder a esta pregunta en el contexto del análisis de elegibilidad, es conveniente analizar la capacidad de la entidad pública que en este caso impulsa el proyecto, es decir, ESSALUD, pero en el contexto de todo el sector Salud. La razón estriba en que se podría argüir que, si ESSALUD no poseyera la capacidad para hacerse cargo, de manera sostenida, de la operación y el mantenimiento del Hospital Especializado de Piura, el sector público peruano podría hacerse cargo directamente si el MINSA tuviera antecedentes de capacidades diferentes, de hecho, más fuertes que ESSALUD.

Como se verá a continuación, este tampoco es el caso. De hecho, se identifican dos elementos que bloquean la capacidad de ESSALUD y de todo el sistema de salud peruano para realizar sostenidamente la operación y el mantenimiento de la infraestructura de proyectos como el del Hospital Especializado de Piura. Éstos son los siguientes:

A. Inadecuados infraestructura y equipamiento para la atención de los servicios de alta complejidad.

El reporte *Indicadores de Brechas de Infraestructura y Equipamiento del Sector Salud* elaborado por el MINSA (2020) señala que, a enero de 2020, del total de establecimientos de salud de primer nivel de atención, es decir, puestos de salud, postas de salud, centros de salud y centros médicos, que ascienden a 8,723 establecimientos, el 77.8% (6,785) deficiente, con infraestructura precaria y equipamiento obsoleto, inoperativo o insuficiente. Esto es para todo el sistema de salud del país.

Según el informe del MINSA, a nivel nacional faltan 281 establecimientos de salud del primer nivel de atención, es decir, un 20.7% de lo que se tiene en 2020. En el caso de los hospitales, la brecha es más grande. Todavía se requieren 172 para contar con la cantidad óptima estimada de 303, lo que supone incrementar la oferta actual en 56.2%. Respecto a los institutos especializados, el reporte del MINSA indica que el 60% de ellos no cuenta con infraestructura y equipamiento acordes con los estándares sectoriales establecidos, por lo que su servicio se ve limitado.

Si bien en los últimos años hubo una fuerte inversión en el Instituto Nacional Cardiovascular (INCOR) y el Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja, entre otros, aún se requieren mayores fondos para fortalecer otros establecimientos dependientes de los gobiernos regionales y el MINSA. El caso más crítico de acuerdo al reporte en los laboratorios del Instituto Nacional de Salud (INS), organismo público ejecutor del MINSA dedicado a la investigación de los problemas prioritarios de salud y de desarrollo



tecnológico, ya que se los 41 laboratorios, 39 poseen capacidad instalada inadecuada, es decir, el 95.1%.

El panorama se agrava en el caso de ESSALUD, donde se han identificado 242 establecimientos de salud del primer nivel de atención con capacidad instalada inadecuada, lo que representa el 84% del total a su cargo. De esos establecimientos, hay 73 hospitales en esa precaria situación. De acuerdo con el reporte del MINSA, a nivel nacional faltan 281 establecimientos de salud del primer nivel de atención, es decir, un 20.7% de lo que se tiene en 2020. En el caso de los hospitales, la brecha es más grande. Todavía se requieren 172 para contar con la cantidad óptima estimada de 303, lo que supone incrementar la oferta actual en 56.2%.

Si se analiza desde la perspectiva de las redes hospitalarias, las de los departamentos de Junín, La Libertad y Ancash son las más comprometidas y con delicada situación al contar con mayor cantidad de centros asistenciales inadecuados que el resto del país. De esos establecimientos, hay 73 hospitales en esta situación, siendo las redes de Almenara, Arequipa, Cusco, Ica, La Libertad, Lambayeque, Ancash y Rebagliati lo que presentan mayores problemas.

Nuevamente Piura aparece en la zona que necesita más atención. De hecho, el Departamento de Piura no cuenta con un EESS, perteneciente a la Red Asistencial de ESSALUD, que brinde atención a los pacientes de alta complejidad (Nivel de Atención III), siendo el único recurso disponible para tal fin, el Hospital III Cayetano Heredia, con importantes limitaciones a la hora de dar un mejor servicio. Este Hospital no cuenta con el equipamiento suficiente y adecuado para la acometer las necesidades de los casos de Nivel III de Atención, habiéndose identificado, según el PIP Viable, que varios equipos no serían aptos para el uso, en el contexto de un servicio óptimo de calidad. Se constató que tiene equipos con sus respectivos muebles, pero salvo unas excepciones, no están en óptimas condiciones. Por lo tanto, la oferta optimizada en equipos puede considerarse casi nula en Piura. De 436 ítems de equipamiento identificados en el último análisis realizado en el PIP Viable, tan solo 45 entraban dentro de la categoría de "Estado BUENO".

Asimismo, ESSALUD no cuenta, en las redes de Piura y Tumbes, con una infraestructura hospitalaria donde se brinde la atención adecuada y de calidad a los pacientes de Nivel III de Atención o casos de alta complejidad. Actualmente la atención de alta complejidad en ESSALUD está siendo asumida por los Hospitales Nacionales a nivel de todas las redes, los cuales carecen de ambientes físicos e infraestructura adecuados para la atención de la alta complejidad, como se ha podido observar en el trabajo de campo llevado a cabo como parte de la elaboración del PIP Viable y a partir de la información aportada por los profesionales sanitarios.

B. Gestión hospitalaria deficiente.

El sistema de salud peruano, y particularmente ESSALUD, no cuenta masivamente con sistemas de citas médicas integrales desarrollados de forma eficiente para mejorar el servicio de atención que permite gestionar online la solicitud de citas entre los pacientes y el centro de salud que corresponda, en cualquier día, a cualquier hora y desde cualquier lugar. Tal tipo de procesos permitiría a los pacientes contar con un nuevo canal de comunicación con su médico, pudiendo llegar inclusive a realizarse las consultas en tiempo real, o al menos, algunas de ellas. Esto permitiría que más personas soliciten las



citas médicas online a través de Internet o a través de sus teléfonos inteligentes, en vista que los pacientes podrían evitar perder tiempo no solo en las colas sino en desplazarse al centro de salud para solicitar la cita.

En el Perú, la mayoría de las instituciones médicas no cuentan con un sistema de citas médicas online, razón por la cual hoy en día usan el proceso convencional que consiste en hacer colas para solicitar una cita, con el inconveniente adicional de que muchas personas se quedan haciendo colas sin tener conocimiento que la citas habían llegado al concluirse el horario de atención con lo que la espera se vuelve inútil. Por supuesto, esto se agrava cuando los pacientes son adultos mayores en situación de salud precaria.

En adición, se presentan muchos problemas con la atención de las líneas telefónicas que ESSALUD pone a disposición para la obtención de citas médicas. En ciertos centros de salud esto viene siendo mejorado, pero en muchos ocurre que los pacientes a veces no reciben respuestas para otorgar citas o simplemente demoran en contestar las telefonistas, causando un malestar mayor.

Volviendo a tomar el ejemplo de Piura, en la actualidad en Piura no se cuenta con una plataforma de Tecnologías de la Información y Comunicaciones (TIC) que integre y automatice los procesos prestacionales y administrativos (Sistema Unificado de Información). Un indicador de dicha ineficiencia son el promedio de días que esperaron los usuarios de ESSALUD para obtener una cita, que en Piura fue de 23 días de media (desviación estándar 20, mediana 15) y en Tumbes de 15 días (desviación estándar 13, mediana 14), muy por encima de otras regiones 117, es preciso recalcar la existencia de deficiencias en los procesos, procedimientos y guías de práctica clínica, que necesitan mejorarse.

Es importante añadir que con la crisis del coronavirus - y su enfermedad derivada llamada COVID-19 - en el Perú, los elementos antes señalados se hicieron mucho más visibles. La falta de recintos hospitalarios se tuvo que llenar de emergencia disponiendo la adaptación a hospitales de la infraestructura de la Villa de los Juegos Panamericanos. Asimismo, quedó en evidencia gran carestía de implementos médicos y, por supuesto, de laboratorios médicos. Las pruebas moleculares para la detección de la COVID-19, no existían en el Perú. Esto no es menor e impulsa la brecha de infraestructura y equipamiento a un nuevo nivel. Y por supuesto, también el desafío de una gestión hospitalaria mucho más eficiente de ESSALUD y de todos cada uno de sus centros de atención de salud.

Sobre la base de todo lo anteriormente analizado, podemos afirmar que ESSALUD cuenta con experiencia en la operación de Proyectos similares, pero que, sin embargo, la sostenibilidad de dicha operación viene siendo afectada de acuerdo con lo identificado en el PIP Viable (Diagnóstico del problema). Por tanto, concluimos que ESSALUD cuenta con capacidad media para operar sostenidamente este tipo de proyectos, a los estándares establecidos como meta.



Resultado: Luego del análisis precedente que permite dar respuesta a la pregunta asociada a este segundo criterio, en la siguiente tabla se resalta la respuesta y el puntaje asociado.

Indicador de respuesta	Puntaje
La entidad pública posee una alta capacidad para realizar sostenidamente la operación y el mantenimiento de la infraestructura durante la vida útil del proyecto.	1
La entidad pública posee una capacidad media para realizar sostenidamente la operación y el mantenimiento de la infraestructura durante la vida útil del proyecto.	2
La entidad pública posee poca o nula capacidad para realizar sostenidamente la operación y el mantenimiento de la infraestructura durante la vida útil del proyecto.	3

Criterio Específico 4: Tamaño del Proyecto que Justifique los Costos del Proceso APP

Objetivo:

Medir si el tamaño del proyecto, en términos monetarios, es suficientemente grande para compensar los costos de transacción y financieros del proceso vinculado a una APP.

Pregunta

¿Cuál es el estimado de inversión del Proyecto?

Justificación: El tamaño del Proyecto se refleja a través del Costo Total de Inversión o el Costo Total del Proyecto, según corresponda. Dado que el Proyecto sí contiene un componente de inversión, el tamaño del Proyecto está dado por el Costo Total de Inversión - CTI, el cual se define en el Reglamento del Decreto Legislativo N° 1362 como “el valor presente de los flujos de inversión estimados en la identificación del proyecto o en el último estudio de pre-inversión, incluyendo el IGV”. El documento oficial deja claro asimismo el “CTI no incluye los costos de operación y mantenimiento” y que la “tasa de descuento a ser utilizada para el cálculo del valor presente es aquella que el OPIP defina en función al riesgo del proyecto, la misma que debe contar con el sustento respectivo”. Como se observa, el concepto de tamaño a utilizar queda bastante bien definido desde la esfera oficial.

Bajo esta lógica, se ha tomado como referencia, el último estudio de inversión disponible es el PIP Viable, donde se señala que la etapa de inversiones tiene una duración de 3 años. En ese sentido se estima un CTI de S/ 488,762,500.63 que incluye IGV.

Identificado el Costo Total de Inversión del Proyecto, el cual en términos de UIT asciende a 111,082.39, es posible, con los rangos establecidos para proyectos ejecutados por el Gobierno Nacional, para ello se toma en cuenta que el valor de la UIT para el año 2021 es S/ 4,400, podemos decir que el Costo Total de Inversión es mayor a 50,000 UIT, pero menor a 250,000 UIT.



Resultado: Luego del análisis precedente que permite dar respuesta a la pregunta asociada a este segundo criterio, en la siguiente tabla se señala la respuesta y el puntaje asociado.

Indicador de Respuesta - Gobierno Nacional	Puntaje
Costo Total de Inversión, o Costo Total del Proyecto en caso no haya componente de inversión, es menor a 50,000 UIT, pero mayor a 10,000 UIT.	1
Costo Total de Inversión, o Costo Total del Proyecto en caso no haya componente de inversión, es mayor o igual a 50,000 UIT, pero menor a 250,000 UIT.	2
Costo Total de Inversión, o Costo Total del Proyecto en caso no haya componente de inversión, es mayor o igual a 250,000 UIT.	3

Criterio Específico 5: Competencia por el Mercado

Objetivo:

Medir si existe suficiente capacidad de interés en el sector privado para desarrollar el Proyecto y se puede crear un clima de competencia al momento de adjudicación.

Pregunta:

¿Cuántas empresas del sector privado tienen la capacidad y la experiencia para ser potenciales postores para el desarrollo del proyecto?

Justificación: Como primer punto para verificar la existencia de suficiente interés en el sector privado para desarrollar el Proyecto y con ello crear un clima de competencia al momento de una eventual adjudicación, podemos indicar que en el Perú ya se han licitado exitosamente proyectos de características similares a las del presente proyecto.

Ahora bien, luego de aprobarse la viabilidad del Proyecto, diversas empresas se han acercado a PROINVERSIÓN, manifestando su interés en la licitación o como ser parte del desarrollo mismo del Proyecto. Es esperable que este interés se incremente luego de la reformulación de prioridades de inversión en el sector Salud en el contexto de la pandemia de la COVID-19.

A continuación, en la siguiente tabla se listan las empresas que han mostrado interés por el Proyecto y cuentan con experiencia demostrada, tanto en el mercado en el mercado local como en el mercado internacional, en el diseño, construcción y equipamiento, y financiamiento de proyectos del sector salud u otros sectores de la economía, y en proyectos de tipo APP



Cuadro N° 20: Lista de Empresas Interesadas

Nº	Empresa	País de origen	Portal Web
1.	Sacyr Concesiones	España	www.sacyr.com
2.	Vamed Ag	Austria	www.vamed.com/es
3.	Bouygues	Francia	www.bouygues.com/
4.	Acciona Concesiones	España	www.accionia.com/es/
5.	Abengoa	España	www.abengoa.com
6.	Ribera Salud	España	www.riberasalud.com
7.	Centene Corporation	EEUU	www.centene.com
8.	Accuray Incorporated	EEUU	www.accuray.com
9.	Cosapi	Perú	www.cosapi.com.pe
10.	Constructora Málaga	Perú	www.c-malaga.com/
11.	Vinci Construction	Francia	www.vinci-construction.com/es/
12.	Grupo San Jose	España	www.grupo-sanjose.com/
13.	Astaldi	Italia	www.astaldi.com/
14.	Ibt Group	Australia	www.ibtgroup.com/es/front
15.	Grupo Empresarial Electromédico - GEE	España	www.geelectromedico.com/

Fuente: Informe de Evaluación Integrado (IEI)

Como se puede apreciar, se puede afirmar que a la fecha existen 15 empresas privadas (nacionales y/o extranjeras) que se encuentran interesadas en proyectos del sector, por lo que constituyen una importante muestra de potenciales Postores en la eventual Licitación.

Para los servicios de bata verde, a continuación, se presenta un listado representativo de empresas proveedoras de servicios de laboratorio, imagenología y gestión integral hospitalaria, incluyendo desarrolladores, y empresas constructoras que participan en el sector de hospitales de manera conjunta con inversionistas en capital. En el segmento de servicios de laboratorio, análisis clínicos e imagen, las previsiones de crecimiento de mercado en América Latina han llevado la expansión en la región de grupos internacionales de laboratorio (Unilabs, Synlab, Eurofins, entre otros) principalmente a través de la compra o asociación con laboratorios locales o regionales. En lo referente a empresas de gestión integral de hospitales, grupos europeos como Sanitas Hospitales o Ribera Salud buscan activamente nuevos proyectos hospitalarios para ampliar su portafolio en la región. A continuación, se presenta en la tabla siguiente un listado de empresas proveedoras de servicios de laboratorio, imagenología y gestión integral hospitalaria.



Cuadro N° 21: Empresas Proveedoras de Servicios de Laboratorio, Imagenología y Gestión Integral Hospitalaria

Nº	Empresa	País de origen	Portal web	Área
1	UNILABS	Suiza	www.unilabs.com	Servicios de laboratorio, análisis clínicos e imagenología
2	SYNLAB / Labco Nous	Alemania/ España	http://www.labconous.com/ http://www.synlab.com	Servicios de laboratorio, análisis clínicos, imagenología
3	Siemens Healthineers	Alemania	https://www.siemens-healthineers.com/ar/about	Servicios de laboratorio e imagenología
4	Eurofins	Francia	www.eurofins.com	Servicios de laboratorio, análisis clínicos, imagenología
5	Atrys Health	España	http://www.atryshealth.com/	Servicios de teleradiología
6	Asciens	España	www.asciens.com	Test Genéticos, Diagnóstico porImagen, Medicina Nuclear
7	Sonic healthcare	Australia	https://www.sonichealthcare.com/	Servicios de laboratorio, análisis clínicos, imagenología
8	Quest Diagnostics	EE. UU.	https://www.questdiagnostics.com/	Servicios de laboratorio, análisis clínicos
9	Sanitas Hospitales - Grupo BUPA	España (Sanitas), UK (Bupa)	www.sanitas.es	Gestión y Operación de Hospitales
10	Grupo GIA	México	www.gia.mx	Construcción, gestión y mantenimiento de hospitales
11	IRIDIUM Concesiones	España	http://www.iridiumconcesiones.com/	Concesionaria
12	MIROVA	Francia	www.mirova.com	Asset Management, Fondo de Inversión
13	MERIDIAM	Francia	www.meridiam.com	Asset Management, Fondo de Inversión
14	DIF Capital	Holanda	https://www.dif.eu/	Fondo de inversión en infraestructuras
15	SALINI IMPREGLIO	Italia	https://www.salini-impreglio.com/	Multinacional de ingeniería, infraestructura
16	MARNOS	México	https://www.marnos.com.mx/quie-hacemos/hospitalia/	Concesionaria, constructora y administradora de infraestructura
17	LQA FUNDS	Suiza - Colombia JV	http://www.lqafunds.com/	Fondo de inversión y gestión de activos
18	Standard Life Aberdeen (SLA)	Reino Unido	https://www.standardlifeaberdeen.com/	Fondo de infraestructura, inversión y gestión de activos
19	Eurofinsa - IBT	España	www.eurofinsa.com	Desarrollo de proyectos de infraestructura
20	Samsung C&T Corporation Healthcare	Corea del Sur	http://www.samsungec.com/eng/index.do	Desarrollo de proyectos de infraestructura, ingeniería
21	Macquarie Capital	Australia	www.macquarie.com	Financiación e Inversión en activos de infraestructura
22	Ronesans	Turquía	http://ronesans.com/	Concesionaria de Infraestructuras
23	Grupo Ortiz	España	https://www.grupoortiz.com/	Concesionaria de Infraestructuras, Construcción y Operación
24	Sojitz	Japón	https://www.sojitz.com/en/	Exportación de bienes y equipos, y estructuración y gestión de proyectos de infraestructuras.
25	FCC	España	www.fcc.es	Empresa desarrolladora, constructora y operadora de infraestructura
26	Copasa	España	www.copasagroup.com	Empresa de construcción, servicio y mantenimiento de infraestructuras
27	Marhnos	México	https://www.marnos.com.mx/	Desarrollo y Operación de Infraestructuras
28	ICA	México	https://www.ica.com.mx/	Construcción y Operación de Infraestructuras
29	Fresenius Medical Care AG & Co	Alemania	https://www.freseniusmedicalcare.com	Proveedor de productos y servicios de Hemodiálisis
30	Davita	EEUU	https://www.davita.com/	Proveedor de servicios de Hemodiálisis
31	Baxter	EEUU	https://www.baxter.com/	Proveedor de productos y servicios de Hemodiálisis
32	B. Braun Melsungen AG	Alemania	https://www.bbbaun.com/	Proveedor de sistemas de hemodiálisis
33	Diaverum	Suecia	https://www.diaverum.com/	Proveedor de servicios de Hemodiálisis

Fuente: Informe de Evaluación Integrado (IEI)

Por otro lado, La crisis provocada por la Covid-19 afectará la organización industrial del sector. Como es natural, se espera una mayor demanda por productos médicos y por infraestructura hospitalaria a nivel global, por lo que es razonable anticipar un crecimiento tanto en laboratorios de investigación, así como en centros de salud, sea en la modalidad outpatient como en la de internamiento efectivo. Por estas razones, se espera que las empresas farmacéuticas sean no solo las menos afectadas, sino que puedan resultar entre las beneficiarias de la pandemia, aunque el mayor impacto sería sobre las



empresas más pequeñas especializadas en tecnología médica y un poco menos en las grandes transnacionales, principales impulsoras de la rentabilidad en la industria de la salud en general, en las que será poco probable que vean grandes impactos en las ganancias.

Por otra parte, es de esperar que exista una mayor demanda internacional de servicios de laboratorios privados, a efectos de complementar la capacidad del sistema público de la provisión de prueba de detección de la COVID-19.

Asimismo, se anticipa un alto incremento de la digitalización de los sistemas de atención médica, especialmente la telemedicina en medicina básica, la mayor penetración de sistemas de inteligencia artificial para la asistencia en diagnósticos, al igual que en los sistemas de prevención y control de enfermedades contagiosas, brindando nuevas oportunidades para los operadores de hospitales a una mejor integración tecnológica.

Finalmente, a modo de referencia, se puede mencionar que actualmente en Chile se encuentran en proceso de licitación un programa de 18 hospitales bajo esquema APP (construcción, mantenimiento y provisión de material y equipamiento clínico y no clínico), agrupados en 7 contratos que comprenden una inversión total de aproximadamente USD 3,000 millones. Este programa incluía un proceso de precalificación en el que 50 empresas de Chile, América, Europa, Oceanía y Asia compraron Bases. Posteriormente, para la licitación del primer grupo de hospitales (Red Maule, 3 hospitales, USD 220 millones) las 19 empresas consignadas en la tabla siguiente compraron las Bases de Licitación. Este escenario puede proporcionar indicios respecto del interés en proyectos de hospitales en la región, y dada la cercanía entre Perú y Chile, y la percepción general en el mercado internacional, es esperable un comportamiento similar.

Cuadro N° 22: Empresas Proveedoras Interesadas en los Procesos de APP Hospitalarias en Chile

Nº	Empresa	País de origen	Portal Web
1.	China Camc Engineering	China	www.camec.com.cn
2.	Ferrovial Agroman	España	www.ferrovial.es
3.	China Railway Construction Corporation	China	www.crcc.en
4.	OHL	España	www.ohl.es
5.	China Road and Bridge Corporation	China	www.crbc.com
6.	Moller y Pérez Cotapos	Chile	www.mpc.cl
7.	Concesiones de Infraestructura Chile Dos	Chile	
8.	Global Dominion Access	España	www.dominion-global.com
9.	Glory Medical	China	www.glory-medical.com.cn
10.	Bev S.A.	Colombia	
11.	Sacyr Concesiones	España	www.sacyr.es
12.	Siemens Healthcare Equipos Médicos	Francia	www.siemens-healthineers.com
13.	Constructora San José	España	www.constructorasanjose.com
14.	Vamed Engineering CMBH	Austria	www.vamed.com
15.	Pizzarotti y CSA	Italia	www.pizzarotti.it
16.	Acciona	España	www.accion.es
17.	GIA+A	México	www.gia.mx
18.	Engie	Francia	www.engie.com
19.	Samsung C&T	Korea	www.samsungcnt.com

Fuente: Informe de Evaluación Integrado (IEI)

En la primera semana de agosto del 2020 se recibieron 4 ofertas para la Concesión bata gris de tres hospitales en la Región del Maule en Chile con un CAPEX estimado en 244 millones de dólares. Un total de 8 consorcios se encontraban precalificados,



y de ellos 4 presentaron ofertas: OHL, Acciona, Sacyr y China Road and Bridge Corporation.

En la última semana de agosto se abrieron las ofertas económicas, y la empresa China Road and Bridge Corporation asociada con Puentes y Calzadas Grupo de Empresas SA presentó la oferta más baja con un 32% menor al presupuesto referencial.

También como referente internacional se encuentran el Hospital de Bosa en Colombia, cuyo contrato fue firmado por el Distrito de Bogotá (Fondo Financiero Distrital de Salud) por un periodo de 15 años, en febrero 2020. El proceso contó con 13 empresas que manifestaron interés, 12 que pasaron esa etapa y cuatro que presentaron ofertas finales.¹³⁵ El consorcio que se adjudicó el contrato APP está conformado por la alianza hispano-peruana Grupo Ortiz e Incot, conocidos como consorcio INORIN.

Resultado: Luego del análisis precedente que permite dar respuesta a la pregunta asociada a este segundo criterio, en la siguiente tabla queda expresada la respuesta y el puntaje asociado.

Indicador de Respuesta - Gobierno Nacional	Puntaje
Existen suficientes empresas del sector privado para conformar hasta 2 postores potenciales al momento de adjudicar la buena pro del proyecto.	1
Existen suficientes empresas del sector privado para conformar entre 2 y 5 postores potenciales al momento de adjudicar la buena pro del proyecto.	2
Existen suficientes empresas del sector privado para conformar más de 5 postores potenciales al momento de adjudicar la buena pro del proyecto.	3

Criterio Específico 6: Fortaleza Institucional como Factor Asociado al Éxito del Proyecto

Objetivo:

Medir si la entidad pública contratante está debidamente preparada y capacitada para conducir un proyecto de APP.

Pregunta:

¿Cuenta la entidad pública contratante con una unidad dentro de su estructura organizacional y tiene experiencia para conducir un proyecto de APP de similares características?

Justificación: ESSALUD cuenta con la experiencia para conducir un proyecto APP, toda vez que viene conduciendo bajo este esquema los complejos hospitalarios Alberto Barton y Guillermo Kaelin.

Por otra parte, ESSALUD cuenta con un denso tramo institucional para efectos abordar los distintos aspectos que consideran sus funciones de administrador de un fondo de financiamiento de prestaciones de salud y de proveedor de dichas prestaciones, a través de distintos centros de salud propios.



Dentro de dicho tramo se encuentra la Gerencia Central de Promoción y Gestión de Contratos de Inversiones, la cual constituye "el órgano de apoyo encargado de la gestión integral de contratos de inversiones en la modalidad de Asociación Pública Privada – APP". Esta Gerencia Central, cuyas funciones específicas están detalladas en el artículo 136 del Reglamento de Organización y Funciones de ESSALUD (ROF), depende directamente de la Gerencia General de la institución, cuenta a su vez con la Gerencia de Promoción, Facilitación y Asuntos Técnicos, la cual es la unidad orgánica encargada de la preparación y contratación de inversiones en la modalidad de APP y la Gerencia de Gestión de Contratos, la cual es la unidad orgánica encargada de la gestión de los contratos de inversiones en la modalidad de APP.

Adicionalmente, para el cumplimiento de sus funciones en relación con los proyectos específicos, la Gerencia Central de Promoción y Gestión de Contratos de Inversiones contará con el apoyo de un conjunto de gerencias especializadas, tales como la Gerencia Central de Proyectos de Inversión y sus unidades dependientes, la Gerencia Central de Prestaciones de Salud, la Gerencia Central de Operaciones y el Instituto de Equipamiento y Tecnología de Salud e Investigación (IETSI). Al respecto, y por su relación directa con la ejecución de los proyectos en la fase de pre-inversión e inversión, cabe señalar que la Gerencia Central de Proyectos de Inversión está integrada por la Gerencia de Estudios de Inversión y la Gerencia de Ejecución de Proyectos.

A base de este breve recuento, se observa que ESSALUD cuenta en su interior con los arreglos y soportes institucionales adecuados para gestionar un contrato APP, tanto por estar dotado de una Gerencia Central especializada y dedicada a esta modalidad contractual, como por el conjunto de gerencias y subgerencias con capacidades de gestión de los proyectos de inversión en sus distintas fases de desarrollo. Esta capacidad organizacional, sumada a la experiencia acumulada, lleva a concluir que ESSALUD cuenta con experiencia para conducir proyectos bajo el esquema de APP sin problema alguno. De hecho, viene conduciendo dos (2) proyectos bajo este esquema en la actualidad y que constituyen de las mejores experiencias en el uso de este mecanismo del total de APPs peruanas.

Resultado: Luego del análisis precedente que permite dar respuesta a la pregunta asociada a este segundo criterio, en la siguiente tabla se indica la respuesta y el puntaje asociado.

Indicador de respuesta - Gobierno Nacional	Puntaje
Entidad pública contratante no cuenta con una Unidad APP o, de contar con ella, no tiene experiencia de desarrollo de proyectos de APP ni administración de contratos APP de similar tipología, tamaño y complejidad.	1
Entidad pública contratante cuenta con una Unidad APP y tiene experiencia de desarrollo de proyectos de APP y administración de contratos APP de similar tipología, tamaño y complejidad.	2



Criterio Específico 7: Financiamiento por Usuarios

Objetivo:

Medir si el proyecto puede potencialmente generar ingresos para ser clasificado como autofinanciado”

Pregunta:

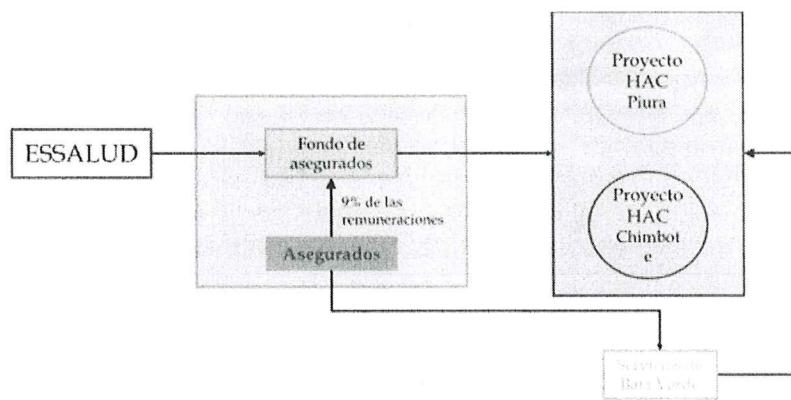
¿Tiene el proyecto evidencia de generar los suficientes ingresos para financiar parcial o totalmente el proyecto?

Justificación: El Seguro Social de Salud es la entidad al cual se encuentran afiliados obligatoriamente todos los trabajadores activos que laboran bajo relación de dependencia o como socios de cooperativas de trabajadores, comprende también a los pensionistas que perciben pensión de jubilación, de incapacidad o de sobrevivencia.

En los últimos años, se ha registrado un crecimiento progresivo de la cantidad de asegurados a un ritmo de 7% anual en promedio. Esta población de asegurados está conformada por los titulares (personas que pagan por adquirir el seguro) y los derechohabientes (terceros que se benefician del servicio). Todo esto ha generado un incremento en el fondo de aportes de los asegurados a disposición de ESSALUD y que servirán para el funding del Proyecto, esto es, para sustentar los flujos de pagos que serán comprometidos por parte de ESSALUD.

Todo lo anterior configura un esquema conjunto de funding cuya característica central es que todos los recursos provienen del sector privado y no recaen en el sector público. Es decir, que los proyectos serán abastecidos de ingresos generados de manera propia por ESSALUD a través del pago de los asegurados, y, por lo tanto, serán ingresos no dependientes del presupuesto de la Nación.

Las proyecciones de la demanda para los servicios permiten concluir que los servicios a cargo del Concesionario, a través de los pagos que realizará ESSALUD, fondeado por al menos el 9% de la RMV, según la opinión técnica de ESSALUD le permiten generar ingresos, para cubrir el funding del Hospital de Chimbote. Con estos parámetros, se puede diagramar el esquema de financiamiento por usuarios sin la inclusión de la demanda adicional de los usuarios no asegurados, que se muestra en la siguiente figura:



Fuente: Informe de Evaluación Integrado (IEI)



Es importante recalcar que ESSALUD ha considerado las proyecciones de ingresos tomando en cuenta las proyecciones de demanda solamente referidas a los asegurados que podrían adquirir los servicios de Bata Verde. Y consideran que, con esos ingresos, a los que se añaden los recursos del fondo de asegurados, será suficiente para cubrir el flujo de pagos para la infraestructura y los servicios.

En conclusión, podemos afirmar que cada uno de los proyectos hospitalarios no están en capacidad de generar ingresos que permitan financiar total o parcialmente los costos asociados.

Resultado: Luego del análisis precedente que permite dar respuesta a la pregunta asociada a este segundo criterio, en la siguiente tabla se señala la respuesta y el puntaje asociado.

Indicador de Respuesta - Gobierno Nacional	Puntaje
El proyecto no tiene la posibilidad de generar los suficientes ingresos para financiar parcial o totalmente el proyecto.	0
El proyecto tiene la posibilidad de generar los suficientes ingresos para financiar parcial o totalmente el proyecto.	1

Resultado

En la siguiente tabla se muestra el resumen de las puntuaciones y sus respectivos ponderadores:

Cuadro N° 23: Ponderadores y Puntuaciones

Nº	Criterio	Ponderador	Puntuación
1	Nivel de transferencia de riesgos	$15\% \times \frac{20}{3}$	3
2	Capacidad de medición de la disponibilidad y calidad del servicio	$10\% \times \frac{20}{3}$	3
3	Ventajas y limitaciones de la obra pública tradicional: Pregunta 1	$20\% \times \frac{20}{3}$	2
3'	Ventajas y limitaciones de la obra pública tradicional: Pregunta 2	$20\% \times \frac{20}{3}$	2
4	Tamaño del proyecto que justifique los costos del proceso de APP	$20\% \times \frac{20}{3}$	2
5	Competencia por el mercado	$10\% \times \frac{20}{3}$	3
6	Fortaleza institucional como factor de éxito del proyecto	$5\% \times \frac{20}{2}$	2
7	Financiamiento por usuarios	1	0
Puntaje Ponderado Total			16

En conclusión, frente al régimen general de contratación pública y con la información disponible, el proyecto está en condiciones de contemplar la modalidad de APP para su desarrollo.



2.2.3 DESCRIPCIÓN DE LOS PROYECTOS APP

El Consejo Directivo del Seguro Social de Salud (en adelante, ESSALUD) acordó, solicitar a PROINVERSIÓN asistencia técnica para la conducción de los proyectos de inversión bajo la modalidad de Asociaciones Público Privadas.

Con fecha 17 diciembre del 2013 ESSALUD encargó a PROINVERSIÓN el desarrollo del proceso de promoción de la inversión privada de los siguientes proyectos: "Nuevo Hospital de Alta Complejidad Chimbote" a la fecha se ha modificado su nombre en el Banco de Inversión por "Creación de los Servicios Especializados de Salud del Hospital Especializado Chimbote en la Red Asistencial Ancash de ESSALUD, distrito de Nuevo Chimbote, provincia del Santa, departamento de Ancash"; "Nuevo Hospital de Alta Complejidad de Piura", a la fecha se ha modificado su nombre por: "Creación de los Servicios Especializados de Salud del Hospital Especializado en la Red Asistencial Piura de ESSALUD, distrito de Veintiséis de Octubre, provincia de Piura, departamento de Piura", los mismos que incluyen los respectivos estudios de Pre-inversión".

Los mencionados proyectos fueron incorporados al proceso de promoción de la inversión privada, con los Acuerdos N° 79-1-2019-CD y N° 79-2-2019-CD del Consejo Directivo de PROINVERSIÓN.

A continuación, se presenta la ficha descriptiva de los proyectos priorizados que se encuentran en la etapa de promoción:



Ficha Descriptiva Proyecto “Creación de los Servicios Especializados de Salud del Hospital Especializado Chimbote en la Red Asistencial Ancash de ESSALUD, distrito de Nuevo Chimbote, provincia del Santa, departamento de Ancash”

Proyecto	Modalidad	Clasificación	Origen	Monto de Inversión* (soles sin IGV)	Monto de Operación y Mantenimiento* (soles sin IGV)
“Creación de los Servicios Especializados de Salud del Hospital Especializado Chimbote en la Red Asistencial Ancash de ESSALUD, distrito de Nuevo Chimbote, provincia del Santa, departamento de Ancash” con CUI 2328142 (SNIP 218436)	Asociación Público Privada	Cofinanciada	Iniciativa Estatal	431,141,873	1,144,674,570

Descripción del Objeto	Beneficiarios
<p>El proyecto comprende las siguientes intervenciones:</p> <p>1. Creación del “Hospital Especializado Chimbote”, de categoría II-2, que brindará servicios de atención de salud especializada a los asegurados de las Redes Asistenciales de ESSALUD de Ancash y Huaraz, localizadas en la Región de Ancash. Este hospital contará con infraestructura moderna, 161 camas hospitalarias, equipamiento de alta tecnología y especialidades del II nivel de atención. Los servicios asistenciales, a excepción de los servicios de apoyo al diagnóstico, se prestarán por ESSALUD.</p> <p>2. Creación del “Policlínico de Complejidad Creciente Cono Sur”, de categoría I-3, en el distrito de Nuevo Chimbote, que brindará atención integral de salud de manera preventiva recuperativa, de rehabilitación y especializada de manera periódica a la población del distrito Nuevo Chimbote.</p> <p>3. Demolición del actual Hospital I Cono Sur.</p> <p>4. Construcción del Hospital de Contingencia.</p> <p>El Proyecto consistirá en:</p> <p>a) El Diseño, Construcción y Equipamiento hospitalario (Clínico y No Clínico) y b) La Operación de servicios asistenciales de apoyo al diagnóstico* y no asistenciales** (Bata Verde)</p> <p>*Los servicios asistenciales concesionados serán: 1. Patología Clínica y Laboratorio, 2. Imagenología, 3. Hemodiálisis. **Los servicios no asistenciales concesionados serán: 1. Alimentación, 2. Ropería y Lavandería, 3. Seguridad y Vigilancia, 4. Aseo y Limpieza, 5. Gestión de Residuos Sólidos, 6. Esterilización, 7. TICs, Provisión y Reposición de Infraestructura Tecnológica, 8. Mantenimiento y operación de edificación e instalaciones, equipamiento electromecánico y mobiliario asociado a la infraestructura 9. Adquisición, mantenimiento y reposición de equipos, 10. Logística de insumos, bienes estratégicos, fármacos e insumos no estratégicos.</p> <p>UBICACIÓN: El “Hospital Especializado de Chimbote” se desarrollará en un terreno propio de ESSALUD, que se encuentra ubicado en la avenida Anchoveta s/n del Distrito de Nuevo Chimbote – Provincia de Santa, en zona urbana y cuenta con un área total de 15,241.21 m², según modificación del área cuando se regularizó la habilitación urbana, inscrita en la Partida Registral N°P09119245.</p> <p>El “Policlínico de Complejidad Creciente Cono Sur” se encontrará ubicado en la calle 56 esquina con calle 78 del Distrito de Nuevo Chimbote, Provincia del Santa, en zona urbana y cuenta con un área total de 10,000.00 m².</p> <p>PLAZO DEL CONTRATO: 20 años que incluye la etapa de inversión.</p> <p>Mediante Acuerdo PROINVERSION N° 79-2-2019-CD del 21.02.19 (publicado en el diario oficial El Peruano el 28.02.2019) se aprobó la incorporación del Proyecto al proceso de promoción de la inversión privada y la modalidad de promoción.</p>	<p>422,808 asegurados de las Redes Asistenciales de ESSALUD de Ancash y Huaraz de la Región Ancash</p>

Componentes Principales
<p>El Hospital Especializado de Chimbote contará entre otros, con:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 241 camas totales: 161 camas de hospitalización divididas de la siguiente manera: Medicina (75 camas), Área de Cirugía (31 camas), Gineco-Obstetricia (27 camas), Pediatría (28), adicionalmente 9 camas de aislados en los diferentes servicios, 16 de UCI, 33 de UCIN y 22 de emergencia. • 37 consultorios, de los cuales 28 consultorios médicos, 15 de medicina, 9 de cirugía, 2 de Gineco-Obstetricia y 2 de pediatría, y 9 consultorios no médicos. Incluirá además 27 tópicos de procedimientos. • 6 tópicos de emergencias y 22 camas de observación. • 7 salas operatorias en el centro quirúrgico y 14 camas de recuperación posanestésica. • 2 salas de partos <p>El Policlínico de Complejidad Creciente Cono Sur contará entre otros, con:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 16 consultorios médicos - 06 salas de procedimientos médicos - 19 consultorios no médicos.



Complementariedad con otros proyectos

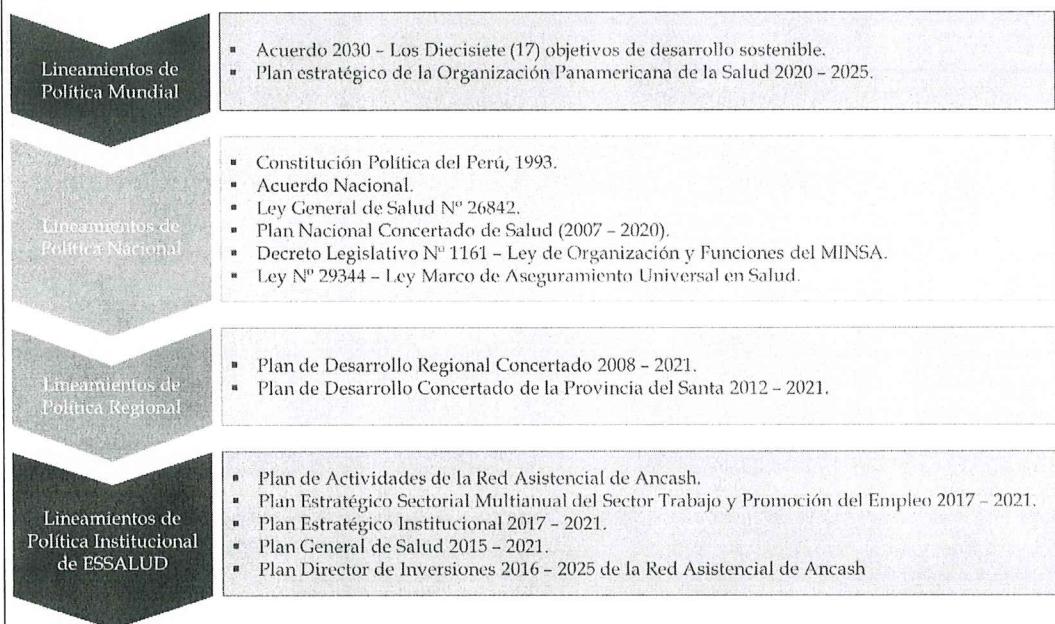
Mejoramiento y ampliación del Hospital II Huaraz de la Red Asistencial Huaraz. EsSalud en el Distrito de Independencia, Provincia de Huaraz, Departamento de Ancash

Estado de los estudios del proyecto según nivel de estudio con el que se cuente a la fecha

Actualmente el Proyecto se encuentra en la Fase de Transacción a cargo de PROINVERSIÓN

Alineamiento del Proyecto con los planes estratégicos nacionales, sectoriales, regionales o locales

Los lineamientos de política institucional de ESSALUD convergen con los lineamientos regionales, el plan nacional del MINSA y, además, se encuentra alineado con los objetivos mundiales de desarrollo sostenible. Por tanto, se trata de un proyecto orientados al cumplimiento de metas globales en cuanto a la prestación de servicios asistenciales especializados.



Ficha Descriptiva Proyecto “Creación de los Servicios Especializados de Salud del Hospital Especializado en la Red Asistencial Piura de ESSALUD, distrito de Veintiséis de Octubre, provincia de Piura, departamento de Piura”

Nombre del PIP	Modalidad	Clasificación	Origen	Monto de Inversión* (soles sin IGV)	Monto de Operación y Mantenimiento* (soles sin IGV)
“Creación de los Servicios Especializados de Salud del Hospital Especializado en la Red Asistencial Piura de ESSALUD, distrito de Veintiséis de Octubre, provincia de Piura, departamento de Piura” con CUI 2260218 (SNIP 220048)	Asociación Público Privada	Cofinanciada	Iniciativa Estatal	566,675,453	1,673,465,021

Descripción del Objeto	Beneficiarios
<p>Este proyecto se interviene a través de la creación del Hospital Especializado de Piura, de categoría II-2, que brindará servicios de atención de salud especializada a los asegurados de las Redes Asistenciales de ESSALUD de Piura y Tumbes, localizadas en las Regiones de Piura y Tumbes. Este hospital contará con infraestructura moderna, 324 camas hospitalarias, equipamiento de alta tecnología y especialidades del II y III nivel de atención. Los servicios asistenciales, a excepción de los servicios de apoyo al diagnóstico, se prestarán por ESSALUD.</p> <p>El Proyecto consistirá en:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) El Diseño, Construcción y Equipamiento hospitalario (Clínico y No Clínico) y b) La Operación de servicios asistenciales de apoyo al diagnóstico* y no asistenciales** (Bata Verde) <p>*Los servicios asistenciales concesionados serán: 1. Patología Clínica y Laboratorio, 2. Imagenología, 3. Hemodiálisis. **Los servicios no asistenciales concesionados serán: 1. Alimentación, 2. Ropería y Lavandería, 3. Seguridad y Vigilancia, 4. Aseo y Limpieza, 5. Gestión de Residuos Sólidos, 6. Esterilización, 7. TICs, Provisión y Reposición de Infraestructura Tecnológica, 8. Mantenimiento y operación de edificación e instalaciones, equipamiento electromecánico y mobiliario asociado a la infraestructura 9. Adquisición, mantenimiento y reposición de equipos, 10. Logística de insumos, bienes estratégicos, fármacos e insumos no estratégicos</p> <p>UBICACIÓN: El “Hospital Especializado de Piura” se desarrollará en un terreno propio de ESSALUD, que tiene un área de 50,000 m² y un perímetro 894.82 m, donado por la Municipalidad de Piura. Cuenta con las condiciones técnicas que se requiere para este tipo de establecimiento, y comprende el Sub Lote 02, Mz. D, Parcela J, Zona Industrial adyacente a la Prolongación de la Av. Sánchez Cerro, Sector Nor-Oeste, del distrito Veintiséis de Octubre, provincia de Piura, departamento de Piura.</p> <p>PLAZO DEL CONTRATO: 20 años que incluye la etapa de inversión.</p> <p>Mediante Acuerdo PROINVERSIÓN N° 79-1-2019-CD del 21.02.19 (publicado en el diario oficial El Peruano el 28.02.2019) se aprobó la incorporación del Proyecto al proceso de promoción de la inversión privada y la modalidad de promoción.</p>	845,222 asegurados de las Redes Asistenciales de ESSALUD de Piura y Tumbes, de las Regiones de Piura y Tumbes

Componentes Principales
<p>El Hospital Especializado de Piura contará entre otros, con:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 324 camas hospitalarias divididas de la siguiente manera: Medicina (121 camas), Área de Cirugía (104 camas), Gineco-Obstetricia (47 camas), Pediatría (52 camas), incluidas 18 camas de aislados en los diferentes servicios. • 60 consultorios, de los cuales 41 consultorios médicos (22 de medicina, 12 de cirugía, 4 de Gineco-Obstetricia, 3 de pediatría) y 19 consultorios no médicos. Incluirá además 78 consultorios de procedimientos médicos. • 19 tópicos de emergencias y 49 camas de observación. • 11 salas operatorias en el centro quirúrgico y 22 camas de recuperación posanestésica. • 9 salas de partos

Complementariedad con otros proyectos
Mejoramiento de los servicios de salud del hospital Talara de EsSalud en el Distrito Pariñas, Distrito de Talara, Departamento de Piura

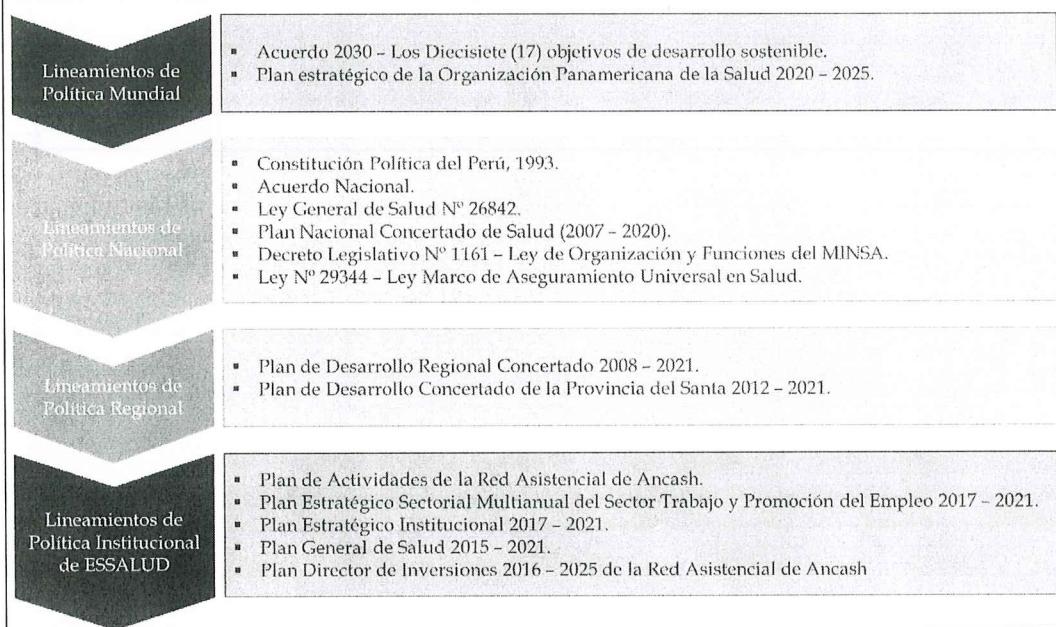


Estado de los estudios del proyecto según nivel de estudio con el que se cuente a la fecha

Actualmente el Proyecto se encuentra en la Fase de Transacción a cargo de PROINVERSIÓN

Alineamiento del Proyecto con los planes estratégicos nacionales, sectoriales, regionales o locales

Los lineamientos de política institucional de ESSALUD convergen con los lineamientos regionales, el plan nacional del MINSA y, además, se encuentra alineado con los objetivos mundiales de desarrollo sostenible. Por tanto, se trata de un proyecto orientados al cumplimiento de metas globales en cuanto a la prestación de servicios asistenciales especializados.



2.2.4 PRIORIZACIÓN DE LOS PROYECTOS¹⁷

Los criterios establecidos por la Gerencia Central de Promoción y Gestión de Contratos de Inversión para identificar y priorizar los proyectos potenciales cuya implementación podría realizarse a través de Asociaciones Público Privadas, se esquematizan a través de una Matriz Multicriterios, que da como resultado una lista priorizada de proyectos de APP, en la que se considera los siguientes aspectos:

1. **Infraestructura (o servicio) es nueva o una mejora de ampliación de una infraestructura existente (25%).** La creación de una infraestructura nueva tiene por naturaleza riesgos más elevados que las mejoras, por lo que es preferible trabajarla mediante una APP, asimismo el conocimiento del privado se aprovecha de una mejor manera en una infraestructura nueva que en una existente donde se encuentra limitado.
2. **Monto de Inversión (25%),** es preferible desarrollar mediante una APP los proyectos que demanden mayor inversión, debido a que el riesgo del financiamiento se traslada a la Sociedad Operadora y el pago que realiza la entidad se efectúa en el largo plazo.
3. **Nivel de complejidad o especialización requerida por el PIP (20%),** mientras más complejo sea el PIP, mayor conocimiento se requiere, por ende, es preferible la participación de empresas privadas con experiencia en este tipo de proyectos.
4. **Mejora esperada en la calidad del servicio (10%).** Mientras mayor sea la mejora esperada, mayor puntaje obtendrá, debido a que se garantiza al asegurado una mejora en la calidad de atención.
5. **Facilidad de Ejecución (10%),** este criterio admite varios factores como disponibilidad de información (o estudios) para encargar el proceso mediante una APP, o los probables conflictos que pueda generar a APPs. En ese sentido se asigna un puntaje de 5 a los PIP que no presenten mayores conflictos y menores puntajes a los más conflictivos o a los que no se tenga mayor información.
6. **Descentralización (10%),** este criterio se ha establecido para incentivar el desarrollo de las APP en provincias que requieren de mayores mejoras, fomentando la descentralización de las inversiones.

Cuadro N° 24: Matriz Multicriterio

Nº	CRITERIO	(a) PESO RELATIVO	CRITERIO	
			MENOR PUNTAJE	MAYOR PUNTAJE
1	Infraestructura Servicio Nuevo Existente	25%	Infraestructura Existente	Infraestructura Nueva
2	Monto de Inversión	25%	Menor Inversión	Mayor Inversión
3	Complejidad y/o Especialización	20%	Escasa Complejidad	Muy Compleja

¹⁷ Memorando N°671-GCPGCI-ESSALUD-2021 incorpora al IMI APP item 2.2.4 Priorización de Proyectos.



Nº	CRITERIO	(a) PESO RELATIVO	CRITERIO	
			MENOR PUNTAJE	MAYOR PUNTAJE
4	Mejora del Nivel de Servicios respecto del actual	10%	Sin Mayor Mejora	Mayor Mejora
5	Facilidades para la ejecución	10%	Pocas Facilidades	Mayores Facilidades
6	Descentralización	10%	Lima	Provincia
TOTAL		100%		

Con los criterios mencionados, se elabora la MATRIZ MULTICRITERIOS que se presenta a continuación, y que ha permitido determinar que los proyectos de inversión señalados en el presente informe podrían ser implementados mediante el modelo de Asociaciones Público Privadas.

Cuadro N° 25: Aplicación de la Matriz Multicriterios a los Proyectos de Inversión Potencialmente Elegibles para Ejecución en la Modalidad de APP de Iniciativa Estatal

Nº	PROYECTOS DE INVERSIÓN POTENCIAL	(a) PESO RELATIVO	CRITERIO					
			1	2	3	4	5	6
1	PIURA	1	Nueva	>	Muy Compleja	Mayor Mejora	Mayor Facilidades	Provincia
2	CHIMBOTE	2	Nueva	<	Muy Compleja	Mayor Mejora	Pocas Facilidades	Provincia



3. FASE DE PROGRAMACIÓN

3.1 IDENTIFICACIÓN DE COMPROMISOS FIRMES Y CONTINGENTES CUANTIFICABLES DERIVADOS DE LOS CONTRATOS DE APP SUSCRITOS, INCLUYENDO SUS ADENDAS Y LAUDOS.

Según los Lineamientos para la Elaboración del Informe Multianual de Inversiones en Asociaciones Público Privadas (IMIAPP), el objetivo de la programación multianual de las inversiones en APP es reportar los compromisos de gastos sobre la base de una política fiscal sostenible de mediano plazo, coadyuvando a la eficiencia en la asignación de los recursos públicos destinados a los compromisos derivados de los proyectos de APP.

El Programa Multianual de Inversiones de ESSALUD 2021-2023 aprobado con Resolución de Presidencia Ejecutiva N°183-PE-ESSALUD-2020 ha priorizado e incluido los Proyectos APP en concordancia de lo que establece el Invierte.Pe.

La programación que asume ESSALUD en su condición de entidad pública titular de los proyectos de Asociación Público Privada (APP), de acuerdo a la Fase en que se encuentren, está conformado por los siguientes proyectos:

Cuadro N°26: Proyectos de Inversión APP ESSALUD

Situación	Proyectos que requieren uso de recursos públicos ESSALUD	Modalidad	Clasificación	Origen	Fase	Cant.
APP con contratos suscritos, que generan compromisos firmes y contingentes cuantificables	1. Proyecto Gestión de Almacenamiento, Distribución y Entrega de Materiales en la Red de Almacenes y Farmacias de Lima de ESSALUD (SALOG)	Asociación Público Privada	Cofinanciada	Iniciativa Privada	Ejecución contractual	1
	2. Proyecto Construcción del Hospital III Villa María del Triunfo de la Red Asistencial Rebagliati de ESSALUD	Asociación Público Privada	Cofinanciada	Iniciativa Privada	Ejecución contractual	1
	3. Proyecto Construcción del Nuevo Hospital III Callao y su Centro de Atención Primaria de la Red Asistencial Sabogal de ESSALUD	Asociación Público Privada	Cofinanciada	Iniciativa Privada	Ejecución contractual	1
	4. Proyecto Torre Trecca	Asociación Público Privada	Cofinanciada	Iniciativa Privada	Ejecución contractual	1
APP de iniciativa pública cofinanciada, incorporadas al proceso de promoción	1. "Creación de los Servicios Especializados de Salud del Hospital Especializado Chimbote en la Red Asistencial Ancash de ESSALUD, distrito de Nuevo Chimbote, provincia del Santa, departamento de Ancash"	Asociación Público Privada	Cofinanciada	Iniciativa Estatal	Estructuración Promoción	1
	2. "Creación de los Servicios Especializados de Salud del Hospital Especializado en la Red Asistencial Piura de ESSALUD, distrito de Veintiséis de Octubre, provincia de Piura, departamento de Piura"	Asociación Público Privada	Cofinanciada	Iniciativa Estatal	Estructuración Promoción	1
Total						6

Asimismo, los mencionados Lineamientos señalan que sólo se reportará en el IMIAPP sobre el uso de recursos públicos por motivo de compromisos firmes y



contingentes cuantificables, que en el caso de ESSALUD corresponde a los proyectos señalados (06 en total) en el cuadro anterior.

3.2 ELABORACIÓN DEL REPORTE DE USO DE RECURSOS PÚBLICOS

La proyección del reporte de uso de los recursos en ESSALUD para este Informe Multianual de Inversiones en Asociación Pública Privada, se realiza considerando un horizonte de quince (15) años, desde el año 2021 al 2035 utilizando como año base el correspondiente al momento de la aprobación del IMIAPP.

Los compromisos firmes y contingentes cuantificables son presentados teniendo en cuenta la información reportada por la Gerencia Central de Promoción y Gestión de Contratos de Inversión (GCPGCI), Gerencia de Gestión de Contratos¹⁸.

Los supuestos señalados por GCPGCI, para el caso de los proyectos APP con contrato suscrito y proyectos APP en etapa de promoción que se ejecutarán en los próximos tres (03) años son los siguientes:

- Las retribuciones (RPI-I, RPE-E y RPO) para los proyectos del Hospital VMT, Hospital Callao, Torre Trecca y SALOG alcanzados, se encuentran proyectadas en soles, para la cual se utilizó el tipo de cambio de MMM 2021-2024, (S/ 3.57 en adelante).
- Las retribuciones para los proyectos Hospital de Piura y Chimbote será por disponibilidad (Pagos por Disponibilidad que corresponde al componente no asistencial a cargo del operador privado y corresponde a inversiones y operaciones), se encuentra proyectado en moneda nacional (S/).
- Las retribuciones por operación requeridas, para el año siguiente al año de presentación del cuadro, son estimadas debido a que pueden aplicarse mecanismos de actualización.
- Las retribuciones por inversión corresponden a las retribuciones de cada Contrato de APP las mismas son irrevocables.
- Para la elaboración del cuadro se ha supuesto que las retribuciones por equipamiento se repiten a lo largo del horizonte de cada contrato.

En el análisis se asume la información de ingresos y gastos de la Capacidad Presupuestal 2020-2044 de ESSALUD, la cual cuenta con la opinión favorable¹⁹ de FONAFE y en la que se considera la información para el año 2021 que corresponde a la propuesta de PIA presentada al FONAFE para dicho ejercicio, que fue aprobado por Acuerdo del Consejo Directivo.



¹⁸ Memorando N° 687-GCPGCI-ESSALUD-2020, del 28-08-2021, Memorando N° 671-GCPGCI-ESSALUD-2021, del 18.08.2021.

¹⁹ Oficio N° 0210-2021-DE-FONAFE de fecha 07.07.2021



En dicha propuesta también se incluyó la proyección 2021 al 2023, la misma que se ha actualizado con variaciones mínimas, aplicándose, de manera general una tasa de crecimiento de los gastos en promedio de 6 % para el periodo 2021-2029.

La proyección para los años 2024 al 2029 ha sido actualizada en función a la actualización de los Ingresos Institucionales que ha efectuado la Gerencia Central de Gestión Financiera.

La proyección de Egresos de los años 2030 al 2044 mantiene los datos aprobados por FONAFE en la capacidad 2018 al 2044.

HOSPITAL III CALLAO Y HOSPITAL VILLA MARIA DEL TRIUNFO

- Las retribuciones irrevocables por inversión en obra están de acuerdo a los Certificados de Avance de Obra (CAO) culminados de emitir.
- Las retribuciones irrevocables por inversión en Equipamiento están de acuerdo a los Certificados de Avance de Equipamiento (CAO) culminados de emitir.
- Las cifras de las retribuciones por operación han sido actualizadas de acuerdo a lo indicado en cada contrato APP hasta el año 2017, en adelante se asume la tasa de inflación señalada en el MMM 2021-2024.
- En el mes de agosto 2018 las sociedades operadora Villa María del triunfo Salud S.A.C. y Callao Salud S. A.C. presentaron sus propuestas sobre el Plan de Reposición y Actualización de Equipamiento (PRAE), luego de su aprobación se presenta cronograma por 270 días finalmente la sociedad operadora presentó el cierre financiero el cual fue evaluado por la Supervisión de las Operaciones y del Contrato otorgando la conformidad respectiva.
- En el primer avance del PRAE se contempló el 55% de la reposición y culminó en el mes de diciembre de 2020, siendo el pago ejecutado en enero 2021.
- La GCPGCI indica que en atención a la cláusula 12.42 y 12.45 del contrato de los proyectos la GCGF y la Supervisión de las Operaciones y del Contrato determinaron el nuevo factor de ajuste de los componentes RPOA y RPMO para el periodo 2020, de 1.1870 para Callao Salud SAC y 1.1890 para Villa María del Triunfo Salud SAC, que involucra el incremento de los pagos de operación y mantenimiento en este ejercicio.

PROYECTO TORRE TRECCA

- La GCGF informa que debido a la Emergencia Nacional declarada por el gobierno nacional frente a la pandemia del COVID -19 y las restricciones establecidas se suspendieron obligaciones y plazos contractuales del Contrato de APP Torre Trecca que han originado retrasos en la ejecución del proyecto.
- Mediante Nota N° 99-GCPGCI-ESSALUD-2020 e informe N° 344-GGC-GCPGCI-ESSALUD-2020 la GCPGCI informa que se ha evaluado la propuesta de dicho estudio concluyendo entre otros que, existe variación de los costos de infraestructura y equipamiento, en más del 56% respecto al trato



directo 2018 y más del 100% respecto del contrato 2010, señalando también la existencia, en la propuesta de EDI presentado de inversiones adicionales.

- Como es de conocimiento, todo incremento, en este caso sustancial, de la inversión inicial establecida en el contrato, sustentado en el EDI por inversiones adicionales no previstas en el contrato, conllevaría a una modificación contractual, para lo cual se deberá aplicar los procedimientos establecidos en la Ley y su Reglamento²⁰ y como requisito previo evaluar la capacidad presupuestal de ESSALUD vigente a la fecha, lo que fue comunicado por la Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto.
- En tal sentido se ha actualizado el horizonte temporal del contrato considerando los plazos suspendidos, los efectivamente transcurridos desde el levantamiento de la suspensión, y un plazo estimado para el proceso de evaluación conjunta de la propuesta de Adenda N° 2, en dicho sentido se ratifica que el inicio y desarrollo del periodo de inversión se realizaría a partir del segundo semestre del año 2022 y se actualiza el inicio del periodo de operación el cual se daría luego de 18 meses de construcción, resultando dicho inicio para el año 2024.

ALMACEN Y FARMACIA - SALOG

- El 26.02.2020 culminó la vigencia del contrato APP Logístico suscrito con SALOG S.A quedando en el año 2020 los últimos pagos correspondientes al RPI y RPMO.
- El 28.02.2020 se firmó la Escritura Pública de la adenda N° 2 al contrato para la Constitución del Derecho de Superficie, Construcción de Infraestructura, Equipamiento e Implementación y Gestión Logística de Almacenamiento, Distribución y Entrega de Materiales a la Red de Almacenes y Farmacias de ESSALUD suscrito con el operador SALOG S.A, que amplía el contrato la vigencia del contrato de APP por un periodo de diez (10) años.

HOSPITALES PIURA Y CHIMBOTE

- Los proyectos de Creación del Hospital Especializado de ESSALUD en el Distrito Veintiséis de Octubre, Provincia de Piura y Creación del Hospital Especializado de la Red Asistencial Ancash ESSALUD, en el Distrito de Nuevo Chimbote, Provincia del Santa, Departamento de Ancash de iniciativa estatal, modalidad APP cofinanciada, se encuentran en la Fase de Estructuración en la etapa de Promoción del ciclo de inversión privada.
- Mediante Acuerdos N°79-1-2019-CD y N° 79-2-2019-CD, publicados en el diario oficial “El Peruano” con fecha 28.02.2019, el Consejo Directivo de PROINVERSIÓN aprobó la incorporación de los referidos proyectos al proceso de la inversión privada bajo la modalidad de Asociación Público Privada Cofinanciada.
- Con Oficio N° 0210-2021-DE-FONAFE de fecha 07.07.2021, FONAFE emite opinión favorable sobre la actualización de la Capacidad Presupuestal de ESSALUD, para afrontar las obligaciones previstas en los proyectos hospitalarios de las APP de Piura y Chimbote, teniendo en cuenta las modificaciones efectuadas en la Fase de estructuración de los mencionados proyectos. Dicha modificación considera la inclusión de cuatro servicios adicionales: tres servicios de Bata verde (Hemodiálisis, Patología,

²⁰ Decreto Legislativo N° 1362 y su Reglamento D.S. N° 240-2018-EF



- Diagnóstico por Imágenes) y un servicio de bata gris (Logística), a la cartera inicial de servicios.
- Se proyecta iniciar el pago de sus respectivas retribuciones en el año 2025.

3.3 ESTIMACIÓN DE LOS INDICADORES DE GASTO PRESUPUESTAL

De acuerdo a los lineamientos para la elaboración del Informe Multianual de Inversiones en Asociaciones Público, sección 5.2 programación, literal c) estimación de los indicadores de gasto presupuestal se señala ...” ESSALUD deberá *implementar la metodología para la estimación de los indicadores de gasto presupuestal respecto a las APP de su competencia, las cuales atendiendo a su naturaleza, podrán utilizar total o parcialmente, la metodología para la estimación de los indicadores de gasto presupuestal dispuesto en el presente literal”*...

Según carta N° 3112-GCF-ESSALUD-2014 de la Gerencia Central de Finanzas hoy Gerencia Central de Gestión Financiera, ESSALUD mantiene un contrato de Fideicomiso Matriz para la administración de los contratos APP vigentes, los activos fideicomitidos son el 12% del recaudo por aportaciones de los afiliados.

En ese sentido, los cálculos de los indicadores de gasto presupuestal deben, relacionarse con los ingresos establecidos en el Fideicomiso Matriz, más no con el presupuesto total de la entidad para gasto corriente o de capital. De esa manera obtendremos indicadores que señalen nuestra capacidad fiscal para asignar recursos a los proyectos APP sobre el techo presupuestal que se dispone para este fin.

Para el cálculo de los indicadores de gasto presupuestal se requirió:

En cuanto a los gastos de capital se considera como referencia la información anualizada del Presupuesto de Inversiones FBK 2021 que forma parte Presupuesto Inicial de apertura y sus proyecciones 2022-2024 aprobados por el Consejo Directivo mediante Acuerdo N°15-16-ESSALUD-2020 que incorpora la información de la retribución por los proyectos de inversión APP alcanzado por la GCPGCI²¹. De igual manera, en cuanto a los gastos corrientes se ha considerado la propuesta de la GCPGCI relacionados a los costos de operación y mantenimiento de los proyectos APP en el horizonte 2021-2035.

En ambos casos, la propuesta de programación por la retribución de los proyectos APP alcanzada por la GCPGCI se encuentra monetizada en dólares lo que se ha convertido a soles usando el tipo de cambio de S/3.57 según indica el Marco Macroeconómico Multianual 2021-2024.

El Presupuesto Total de la Entidad en el periodo 2021-2035 toma en consideración los ingresos según la Capacidad Presupuestal 2020-2044 la cual cuenta con la opinión favorable de FONAFE mediante Oficio N° 0210-2021-DE-FONAFE de fecha 07.07.2021, sobre los ingresos de ESSALUD para afrontar sus obligaciones previstas en el periodo 2018 – 2044 en concordancia a lo establecido en el numeral 31.4²² que dice, “El MEF es el ente encargado de emitir opinión sobre la capacidad presupuestal en función al sustento y compromiso de priorización de recursos de la entidad pública titular del proyecto, para dar cumplimiento a obligaciones contractuales. Para las entidades públicas titulares

²¹ Memorando N° 687-GCPGCI-ESSALUD-2021 de fecha 28.08.2021 Presupuesto Inicial de Apertura-ejercicio 2021.

²² Del Decreto Supremo N° 240-2018-EF, del Decreto Legislativo N° 1362, Decreto Legislativo que regula la Promoción de la Inversión Privada mediante Asociaciones Público Privadas y Proyectos en Activos.



del proyecto bajo el ámbito de FONAFE, dicha entidad es la encargada de emitir la opinión correspondiente a la capacidad presupuestal”.

Los ingresos considerados del Presupuesto Institucional del Seguro Social de Salud al año 2021, asciende a S/ 12,753,286,161, tal cual establece la normatividad mediante R.D. N° 001-2017-EF/68.01, en los lineamientos para la elaboración del Informe Multianual de Inversiones en Asociaciones Público privadas para el año 2017 este presupuesto debe aplicar para todo el horizonte de evaluación una tasa de crecimiento anual del 3%. Sin embargo, en esta versión se ha actualizado nuestras proyecciones presupuestales a la tasa que guarda relación con la tendencia histórica de comportamiento de la recaudación de los ejercicios anteriores.

La tasa de detacción que se aplica al Presupuesto de la Entidad es del 12% y el mismo que es considerado para el fideicomiso de los mismos.

El Anexo 2 “Reporte de Uso de Recursos Públicos”, ha considerado para los Proyectos de Piura y Chimbote el inicio de sus operaciones al primer semestre del año 2025, siendo sus cifras concordadas con los Informes de Evaluación Integrado de estos proyectos, al mes de abril del 2021.

Los indicadores de rigidez aplicados a cada año dentro del horizonte de análisis son los siguientes:

Indicador Referencial de Rigidez de Gasto Corriente por ASOCIACIONES Público Privadas

Mide la participación del gasto corriente comprometido en APP de la cartera vigente con relación al presupuesto total de gasto corriente de la entidad de cada año. Para el caso de ESSALUD se calcula el 12 % de detacción de este presupuesto para el Fideicomiso.

$$\text{Indicador N}^{\circ} 1 = \frac{\text{Total, de compromisos de APP en Gasto de Corriente}}{\text{Detracción del 12\% del Presupuesto de la Entidad para el Fideicomiso (S/) (D)}}$$

Para todo $t = 1,2,\dots,15$

Indicador Referencial de Rigidez de Gasto de Capital por Asociaciones Público Privadas

Mide la participación del gasto de capital comprometido en APP de la cartera vigente con relación al presupuesto total de gasto de capital de la entidad de cada año. Para el caso de ESSALUD se calcula el 12 % de detacción de este presupuesto para el Fideicomiso.

$$\text{Indicador N}^{\circ} 2 = \frac{\text{Total, de compromisos de APP en Gasto de Capital}}{\text{Detracción del 12\% del Presupuesto de la Entidad para el Fideicomiso (S/) (D)dad}}$$

Para todo $t = 1,2,\dots,15$

Se adjunta resultado en el Anexo N° 2.



Anexo N° 02
REPORTE DE USO DE RECURSOS PÚBLICOS
(Información en Sales, incluido IGV)

Entidad	2024	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034	2035
Contrato de APP de Almacenes y Farmacias															
Gasto de Capital *															
Contrato de APP suscrito de Almacenes y Farmacias															
Adendas, Actas de Acuerdo, laudos suscritos															
Gasto Corriente **															
Contrato de APP suscrito de Almacenes y Farmacias	49,280,273	51,427,192	53,178,803	54,987,131	57,380,389	59,298,348	61,297,985	63,931,968	66,074,897	69,524,916					
Adendas, Actas de Acuerdo, laudos suscritos															
Contrato APP Hospital III Villa María del Triunfo (1)															
Gasto de Capital *															



<i>Emitidaet</i>	<i>2021</i>	<i>2022</i>	<i>2023</i>	<i>2024</i>	<i>2025</i>	<i>2026</i>	<i>2027</i>	<i>2028</i>	<i>2029</i>	<i>2030</i>	<i>2031</i>	<i>2032</i>	<i>2033</i>	<i>2034</i>	<i>2035</i>
<i>Contrato APP suscrito Hospital III Villa María del Triunfo</i>	46.595.928	33.107.222	33.107.222	31.008.822	31.376.567	38.376.567	38.376.567	38.376.567	34.957.097	38.376.567	34.957.097	17.859.744	17.859.744	17.859.744	17.859.744
<i>Adendas, Actas de Acuerdo, laudos suscritos</i>															
<i>Adendas, Actas de Acuerdo, laudos en evaluacion</i>															
<i>Gasto Corriente **</i>															
<i>Contrato APP suscrito Hospital III Villa María del Triunfo</i>	320.101.030	326.503.051	333.033.112	339.693.774	346.487.649	353.417.402	360.485.750	367.695.465	375.049.375	382.550.362	390.201.369	398.005.397	405.965.505	414.084.815	422.366.511
<i>Adendas, Actas de Acuerdo, laudos suscritos</i>															
<i>Adendas, Actas de Acuerdo, laudos en evaluacion</i>															
<i>Contrato APP Hospital III Callao (f)</i>															
<i>Gasto de Capital *</i>															
<i>Contrato APP suscrito Hospital III Callao</i>	44.854.115	31.401.602	29.380.143	36.521.222	36.521.222	36.521.222	36.521.222	36.521.222	33.309.080	33.309.080	17.248.373	17.248.373	17.248.373	17.248.373	17.248.373
<i>Adendas, Actas de Acuerdo, laudos suscritos</i>															
<i>Adendas, Actas de Acuerdo, laudos en evaluacion</i>															



Entidad	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034	2035
Gasto Corriente**															
Contrato APP suscrito Hospital II Callao	319,466,237	325,855,562	332,372,673	339,020,127	345,800,529	352,716,540	359,770,871	366,966,288	374,305,614	381,791,726	389,427,561	397,216,112	405,160,434	413,263,643	421,528,916
Adendas, Actas de Acuerdo, laudos suscritos															
Adendas, Actas de Acuerdo, laudos en evaluación															
Contrato APP suscrito de la Torre Treccia															
Gasto de Capital*															
Contrato APP suscrito de la Torre Treccia															
Adendas, Actas de Acuerdo, laudos suscritos															
Adendas, Actas de Acuerdo, laudos en evaluación															
Gasto Corriente**															
Contrato APP suscrito de la Torre Treccia															
Adendas, Actas de Acuerdo, laudos suscritos															



Entidad	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034	2035
Adendas, Actas de Acuerdo, laudos en evaluación															
Proyecto APP Hospital de Alta Complejidad Piura de iniciativa estatal incorporado al proceso de promoción															
Gasto de Capital *															
Gasto Corriente **															
Proyecto APP Hospital de Alta Complejidad de Chimbote de iniciativa estatal incorporado al proceso de promoción															
Gasto de Capital *															
Gasto Corriente **															
Total de obligaciones de APPs y Proyecto en Activos en Gasto Corriente (\$i) (A)	688.847.540	703.785.805	718.584.588	1.071.157.338	1.242.609.860	1.269.881.685	1.297.776.870	1.326.887.680	1.356.129.362	1.328.267.369	1.346.065.178	1.374.969.541	1.404.610.873	1.434.894.591	1.465.869.716
Total de obligaciones de APPs y Proyecto en Activos en Gasto Capital (\$i) (B)	91.450.044	71.156.984	71.158.984	116.740.229	393.439.088	393.485.478	391.005.768	391.053.939	384.471.413	344.713.211	344.764.180	320.775.183	316.019.920	316.073.850	316.128.804



<i>Ejercicio</i>	<i>2024</i>	<i>2022</i>	<i>2023</i>	<i>2024</i>	<i>2025</i>	<i>2026</i>	<i>2027</i>	<i>2028</i>	<i>2029</i>	<i>2030</i>	<i>2031</i>	<i>2032</i>	<i>2033</i>	<i>2034</i>	<i>2035</i>
<i>Presupuesto Total de la Entidad (\$)</i> ^{j)**}	12,753,286,161	13,363,547,795	13,924,231,741	14,500,523,528	15,098,969,843	15,714,470,324	16,347,404,043	17,006,670,687	17,688,797,475	18,397,893,653	18,954,971,596	19,623,810,036	20,297,176,333	20,975,778,432	21,658,479,594
<i>Detracción del 12% del Presupuesto de la Entidad para el Fideicomiso (\$)</i> ^{(P)***}	1,550,394,339	1,603,625,735	1,670,907,809	1,740,062,823	1,811,876,381	1,885,736,439	1,961,688,485	2,040,800,482	2,122,655,697	2,207,747,238	2,274,596,592	2,354,857,204	2,435,661,160	2,517,093,412	2,599,017,551
<i>Indicador 1 (%)</i> <i>(A/D)</i>	45.0%	43.9%	43.0%	41.6%	40.0%	38.6%	37.3%	36.2%	35.0%	33.9%	32.8%	31.7%	30.6%	29.5%	28.4%
<i>Indicador 2 (%)</i> <i>(B/D)</i>	6.0%	4.4%	4.3%	4.7%	5.7%	21.7%	20.9%	19.9%	19.2%	18.1%	16.1%	15.6%	15.2%	13.6%	12.6%
<i>Total sobre el Techo Presupuestal del 12% asignado</i>	51.0%	48.3%	47.3%	68.3%	90.3%	88.2%	86.1%	84.2%	82.0%	75.8%	74.3%	72.0%	70.6%	69.6%	68.6%

Nota:

La estimación toma la proyección de los compromisos contractuales en Dólares Americanos y los convierte a Soles usando el tipo de cambio referencial de 3.57 (Soles por US dólar) establecido en el "Informe de Actualización de Proyecciones Macroeconómicas 2021-2024" del Marco Macroeconómico Multianual (MMM) 2021 - 2024, publicado por el Ministerio de Economía y Finanzas de fecha 30 de abril de 2021.

*Las retribuciones por gasto de capital es concordante con la Capacidad Presupuestal de ESSALUD 2021-2044 que cuenta con opinión favorable de FONAFE según Oficio N°0210-2021-DE-FONAFE y que incluye los montos asignados para el Plan de Reposición y Actualización de Equipamiento – PRAE de los Complejos Hospitalarios Alberto Barton y Guillermo Kaelin, de acuerdo al Informe N° 54-GGC-GCPGCI-ESSALUD-2021, además de la reposición de equipamiento en el caso de los Proyectos Hospitalarios de Piura y Chimbote.

**Las retribuciones por gasto corriente consideradas responde al cronograma presentado por la GCPGCI según Memorando N° 687-GCPGCI-ESSALUD-2021, valorizado en dólar, convertido a moneda sol.

***El Presupuesto Total de la Entidad considera el Presupuesto Institucional del Seguro Social de Salud en el marco de la Capacidad Presupuestal 2021-2044 que cuenta con opinión favorable de FONAFE mediante Oficio N°0210-2021-DE-FONAFE.

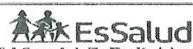
****Se ha considerado la detracción del 12% del presupuesto de la Entidad para el Fideicomiso de los proyectos APP.



Anexo N° 03
Ficha De Identificadores De Brechas De Infraestructura Y/O Acceso A Servicios Públicos (DB)

EsSalud		FORMATO N° 04-A						
		INDICADOR DE BRECHA						
Sector Responsable	ID	Salud						
Indicador de Brecha	ID	Porcentaje de establecimientos de salud del primer nivel de atención con capacidad instalada inadecuada						
Tipo de Indicador	ID	Calidad						
Unidad de Medida	ID	Establecimiento de salud del primer nivel de atención (PNA)						
Función	División Funcional		Grupo Funcional		Servicio		Tipología	
020 Salud	044 Salud Individual		0096 Atención Médica Básica		ID Atención de servicios de salud básicos		ID Establecimientos de salud del primer nivel de atención	
Competencia del Servicio								
Gobierno Nacional	Gobierno Regional	Gobierno Local Municip. Provincial		Gobierno Local Municip. Distrital		Empresa		
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
Definición								
<p>Proporción de Establecimientos de Salud (ES) del primer nivel de atención, respecto del total a nivel nacional, que no cuentan con capacidad instalada adecuada para atender las necesidades de salud de la población correspondiente a su ámbito, en el marco de lo previsto en el Programa Multianual de Inversiones; entendiéndose que estos ES tienen que desarrollar actividades de promoción de la salud, prevención de los riesgos y daños, atención recuperativa y de rehabilitación en el contexto de la persona, familia y comunidad, según corresponda.</p> <p>La capacidad instalada es el potencial de producción o volumen máximo de producción que una unidad productora puede lograr durante un periodo de tiempo determinado, teniendo en cuenta todos los recursos disponibles, sean equipos de producción, instalaciones, recursos humanos, tecnología, experiencia o conocimientos.</p> <p>Para efectos de estimación del valor de este indicador, se consideran aquellos EE.SS que, dentro de la configuración de cada una de las Redes Asistenciales de su correspondiente Plan Director de Inversiones 2016 – 2025, se mantendrían existentes y que requieren ser mejorados de acuerdo con lo establecido en la Norma Técnica N° 113-MINSA/DGIEM-V.01 "Infraestructura y Equipamiento de los Establecimientos de Salud del Primer Nivel de Atención" y los parámetros que defina la autoridad sanitaria nacional, que incluye la gestión de riesgo.</p>								
Justificación								
<p>Se considera a los establecimientos de salud del primer nivel de atención porque deberían responder al 75% de la demanda de atención de salud de la población, en un enfoque de redes integradas de salud. Por lo tanto, dichos establecimientos de salud deben contar con infraestructura y equipamiento, de acuerdo con los estándares sectoriales y los parámetros establecidos por la autoridad sanitaria nacional.</p>								
Método de Cálculo								
$\frac{\% \quad ESI}{ESI} = \frac{ESI}{ES} \times 100$								
<p>Donde:</p> <p>ESI : Cantidad de establecimientos de salud del primer nivel de atención con capacidad instalada inadecuada.</p> <p>ES: Total de establecimientos de salud del primer nivel de atención a nivel nacional, bajo responsabilidad de EsSalud</p>								
Precisiones Técnicas								
<p>Capacidad Instalada Inadecuada: Cuando el establecimiento de salud no cumple con las normas técnicas de salud de infraestructura y equipamiento, en los servicios de salud trazadores y con los parámetros que establezca la autoridad sanitaria nacional.</p> <p>ESI: Establecimientos de salud del primer nivel de atención con capacidad instalada inadecuada. No cumplen con las normas técnicas de salud concernientes a infraestructura y equipamiento y/o parámetros que establezca la autoridad sanitaria nacional.</p> <p>ES: Establecimientos de salud del primer nivel de atención bajo responsabilidad del EsSalud</p>								
$\begin{array}{rcl} ES & = & ESA + ESI \\ ESI & = & ES - ESA \end{array}$								
Limitaciones y Supuestos Emplados								
<ul style="list-style-type: none"> * No se cuenta con valores históricos en cuánto a categorización. * Para que un establecimiento de salud sea considerado con "capacidad instalada adecuada" debe tener una intervención integral; es decir, incluir componentes de infraestructura y equipamiento como mínimo para labor asistencial en UPSS prioritarias. * Se asume que aquellos proyectos cuya ejecución financiera sea mayor al 98% del monto actualizado, se encuentran culminados. * Establecimientos de salud implementados, en funcionamiento. * La vigencia de categorización de establecimientos es por 3 años (información variable) * No se consideran aquellos establecimientos anexos o que configuren una oferta complementaria y aquellos EE.SS extra institucionales. 								
Nivel de Desagregación de los Valores del indicador								
Nacional	Departamental	Provincial		Distrital				
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
Fuente de Datos								
<ul style="list-style-type: none"> * Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto. * Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas. * Gerencia Central de Prestaciones de Salud. * Gerencia Central de Operaciones * Gerencia Central de Proyectos de Inversión. 								
Instrumento de Recolección de Información								
<ul style="list-style-type: none"> * Ficha de recolección de información. 								





Sist. Gerencia de Planificación de Inversiones
GPEI-GCPP

FORMATO N° 04-A

INDICADOR DE BRECHA

Sector Responsable	ID	Salud				
Indicador de Brecha	ID	Porcentaje de nuevos establecimientos de salud del primer nivel de atención por implementar				
Tipo de Indicador	ID	Cobertura				
Unidad de Medida	ID	Establecimiento de salud del primer nivel de atención (PNA)				
Función	División Funcional		Grupo Funcional	Servicio		Tipología
020 Salud	044 Salud Individual		0096 Atención Médica Básica	ID Atención de servicios de salud básicos	ID Establecimientos de salud del primer nivel de atención	
Competencia del Servicio						
Gobierno Nacional	Gobierno Regional	Gobierno Local Municip. Provincial	Gobierno Local Municip. Distrital	Empresa		
<input checked="" type="checkbox"/>						
Definición						
Determina el déficit de cobertura en el primer nivel de atención para cubrir las necesidades de salud de la población correspondiente a un determinado ámbito, según lo previsto en la planificación institucional respectiva (Plan Director de Inversiones 2016-2025); entendiéndose que dichos EE.SS. tienen que desarrollar actividades de promoción de la salud, prevención de los riesgos y daños, atención recuperativa y de rehabilitación en el contexto de la persona, familia y comunidad.						
Justificación						
El indicador permite identificar el déficit de la oferta en el primer nivel de atención. La finalidad es medir la proporción de nuevos establecimientos de salud que antes no existían en determinado ámbito; es decir, el servicio de salud no existe antes de la intervención, sin embargo dichos ES han sido contemplados en los correspondientes Planes Directores de Inversión 2016 - 2025 de los Órganos Desconcentrados.						
Método de Calculo						
$\% \text{ NES} = \frac{\text{NES}}{\text{OP}} \times 100$						
Donde:						
NES : Nuevos establecimientos de salud pro implementar del primer nivel de atención.						
OP: Cantidad optima de ES del primer nivel de atención.						
Precisiones Técnicas						
NES: Cantidad de ES del primer nivel de atención, que resulta de la diferencia entre la cantidad optima de ES menos la cantidad de ES existente.						
OP: Es la cantidad optima de ES del primer nivel de atención que se necesita para cubrir las necesidades de atención de la población.						
ES: Establecimientos de salud del primer nivel de atención bajo responsabilidad del EsSalud.						
$\text{NES} = \text{OP} - \text{ES}$						
Limitaciones y Supuestos Empleados						
* El Plan Director de Inversiones 2016-2025 implicó un proceso de planificación (al 2025) con la participación de las 29 Redes Asistenciales a nivel nacional y se identificó las necesidades de atención de la salud en el primer y segundo nivel de atención.						
Criterios utilizados:						
1.Rango Poblacional referencial (Asegurados) 2.Accesibilidad 3.Optimización de recursos						
Tomando en cuenta el Criterio de Accesibilidad de hasta 3 horas referencialmente y verificando la sumatoria de la Población que se va agrupando, según rangos poblacionales, se configura las zonas de influencias de los establecimientos de salud identificados como oferta existente u oferta potencial de las Redes Asistenciales de EsSalud.						
* Se asume que aquellos proyectos cuya ejecución financiera sea mayor al 98% del monto actualizado, se encuentran culminados.						
* Establecimientos de salud Implementados, en funcionamiento.						
Nivel de Desagregación de los Valores del Indicador						
Nacional	Departamental	Provincial	Distrital			
<input checked="" type="checkbox"/>						
Fuente de Datos						
* Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto. * Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas. * Gerencia Central de Prestaciones de Salud. * Gerencia Central de Operaciones * Gerencia Central de Proyectos de Inversión.						
Instrumento de Recolección de Información						
* Ficha de recolección de información.						



FORMATO N° 04-A								
INDICADOR DE BRECHA								
Sector Responsable	ID	Salud						
Indicador de Brecha	ID	Porcentaje de hospitales con capacidad instalada inadecuada						
Tipo de Indicador	ID	Calidad						
Unidad de Medida	ID	Hospital						
Función	División Funcional		Grupo Funcional		Servicio		Tipología	
020 Salud	044 Salud Individual		0096 Atención Médica Especializada		ID Atención de servicios de salud hospitalarios		ID Establecimientos de salud hospitalarios	
Competencia del Servicio								
Gobierno Nacional	Gobierno Regional	Gobierno Local Municip. Provincial		Gobierno Local Municip. Distrital		Empresa		
X								
Definición								
Proporción de Hospitales del segundo y tercer nivel de atención respecto al total a nivel nacional, que no cuentan con capacidad instalada adecuada para atender las necesidades de salud de la población correspondiente a su ámbito de intervención, según lo previsto en la planificación institucional respectiva; entendiéndose que dichos EE.SS. tienen que desarrollar actividades de atención recuperativa y de rehabilitación en el contexto de la persona, familia y comunidad, según corresponda.								
La capacidad instalada es el potencial de producción o volumen máximo de producción que una unidad productora puede lograr durante un período de tiempo determinado, teniendo en cuenta todos los recursos disponibles (equipos, instalaciones, recursos humanos, etc.).								
Para efectos de estimación del valor de este indicador, se consideran aquellos hospitales del segundo nivel de atención que, dentro de la configuración de cada una de las Redes Asistenciales de su correspondiente Plan Director de Inversiones 2016 – 2025, se mantendrán existentes y que requieren ser mejorados de acuerdo con lo establecido en la Norma Técnica de Salud N° 110-MINSA/DGITEM-V.01 "Infraestructura y Equipamiento de los Establecimientos de Salud del Segundo Nivel de Atención" o en la Norma Técnica de Salud N° 119-MINSA/DGITEM-V.01 "Infraestructura y Equipamiento de los Establecimientos de Salud del Tercer Nivel de Atención" y con los parámetros que defina la autoridad sanitaria nacional, que incluye la gestión de riesgo.								
Para el caso de los hospitales del tercer nivel de atención como centros de referencia de ámbito nacional, debe ser mejorados sin excepción, ya que en su mayoría superan largamente el tiempo de vida útil								
Justificación								
El indicador permite conocer la brecha de calidad de los servicios hospitalarios que se explica porque la infraestructura y equipamiento de una proporción de hospitales no se encuentran acordes con las normas técnicas de salud.								
Método de Cálculo								
$\% \text{ TIOSI} = \frac{\text{TIOSI}}{\text{HOSI}} \times 100$								
Donde:								
HOSI : Hospitales con capacidad instalada inadecuada.								
HOS: Cantidad de hospitales, bajo responsabilidad de EsSalud								
Precisiones Técnicas								
Capacidad Instalada Inadecuada: Cuando los servicios trazadores del hospital del segundo o tercer nivel de atención no cumplen con las normas técnicas de salud.								
HOSI: Hospitales del segundo y del tercer nivel de atención en funcionamiento que presentan capacidad instalada inadecuada respecto a infraestructura y equipamiento.								
HIOS: Cantidad de establecimientos de salud que brindan servicios de hospitalización del segundo y del tercer nivel de atención bajo la responsabilidad de EsSalud.								
HOSA: Hospitales del segundo y del tercer nivel de atención en funcionamiento que cuentan con capacidad instalada adecuada.								
$\begin{aligned} \text{HOS} &= \text{HOSA} + \text{HOSI} \\ \text{HOSI} &= \text{HOS} - \text{HOSA} \end{aligned}$								
Limitaciones y Supuestos Emplados								
<ul style="list-style-type: none"> * No se cuenta con valores históricos en cuánto a categorización. * Para que un hospital sea considerado con "capacidad instalada adecuada" debe tener una intervención integral; es decir, incluir componentes de infraestructura y equipamiento como mínimo para labor asistencial en UPSS prioritarias. * Se asume que aquellos proyectos cuya ejecución financiera sea mayor al 98% del monto actualizado, se encuentran culminados. * Hospitales implementados, en funcionamiento. * La vigencia de categorización de establecimientos es por 3 años (información variable) * No se consideran aquellos establecimientos anexos o que configuren una oferta complementaria y aquellos EE.SS extra institucionales. 								
Nivel de Desagregación de los Valores del Indicador								
Nacional	Departamental	Provincial	Distrital					
X								
Fuente de Datos								
<ul style="list-style-type: none"> * Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto. * Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas. * Gerencia Central de Prestaciones de Salud. * Gerencia Central de Operaciones * Gerencia Central de Proyectos de Inversión. 								
Instrumento de Recolección de Información								
<ul style="list-style-type: none"> * Ficha de recolección de información. 								





Sub Gerencia de Planeamiento de Inversiones
GPII - GCPP

FORMATO N° 04-A

INDICADOR DE BRECHA

Sector Responsable	ID	Salud					
Indicador de Brecha	ID	Porcentaje de nuevos hospitales por implementar					
Tipo de Indicador	ID	Cobertura					
Unidad de Medida	ID	Hospital					
Función		División Funcional		Grupo Funcional		Servicio	Tipología
020	Salud	044	Salud Individual	0096	Atención Médica Especializada	ID	Atención de servicios de salud hospitalarios
						ID	Establecimientos de salud hospitalarios
Competencia del Servicio							
Gobierno Nacional		Gobierno Regional		Gobierno Local Municip. Provincial		Gobierno Local Municip. Distrital	
<input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Definición							
Determina el déficit de la cobertura de atención en el nivel hospitalario para cubrir las necesidades de salud de la población correspondiente a un ámbito de intervención, según lo previsto en la planificación institucional respectiva (Plan Director de Inversiones 2016-2025); entendiéndose que los hospitales tienen que desarrollar actividades de atención recuperativa y de rehabilitación en el contexto de la persona, familia y comunidad.							
Justificación							
El indicador permite identificar el déficit de la cobertura de atención de nuevos hospitales							
Método de Cálculo							
$\% \text{ HN} = \frac{\text{HN}}{\text{HOP}} \times 100$							
Donde:							
HN : Cantidad de nuevos hospitales a implementar.							
HOP: Cantidad óptima de hospitales.							
Precisiones Técnicas							
HN: Cantidad de hospitales del segundo y tercer nivel de atención que se obtiene como la diferencia de la cantidad óptima de hospitales del segundo y tercer nivel de atención menos la cantidad de hospitales en funcionamiento.							
HOP: Cantidad óptima de hospitales del segundo y del tercer nivel de atención que se necesitaría para brindar una adecuada atención de salud.							
HFUN: Hospitales del segundo y del tercer nivel en funcionamiento, bajo la responsabilidad de EsSalud.							
$\text{HN} = \text{HOP} - \text{HFUN}$							
Limitaciones y Supuestos Empleados							
* El Plan Director de Inversiones 2016-2025 implicó un proceso de planificación (al 2025) con la participación de las 29 Redes Asistenciales a nivel nacional y se identificó las necesidades de atención de la salud en el primer y segundo nivel de atención.							
Criterios utilizados:							
1.Rango Poblacional referencial (Asegurados)							
2.Accesibilidad							
3.Optimización de recursos							
Tomando en cuenta el Criterio de Accesibilidad de hasta 3 horas referencialmente y verificando la sumatoria de la Población que se va agrupando, según rangos poblacionales, se configura las zonas de influencias de los establecimientos de salud identificados como oferta existente u oferta potencial de las Redes Asistenciales de EsSalud.							
* Se asume que aquellos proyectos cuya ejecución financiera sea mayor al 98% del monto actualizado, se encuentran culminados.							
* Establecimientos de salud Implementados, en funcionamiento.							
Nivel de Desagregación de los Valores del Indicador							
Nacional		Departamental		Provincial		Distrital	
<input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Fuente de Datos							
* Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto.							
* Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas.							
* Gerencia Central de Prestaciones de Salud.							
* Gerencia Central de Operaciones							
* Gerencia Central de Proyectos de Inversión.							
Instrumento de Recolección de Información							
* Ficha de recolección de información.							





Sub Gerencia de Planeación de Inversiones
GPII-GCPP

FORMATO N° 04-A

INDICADOR DE BRECHA

Sector Responsable	ID	Salud							
Indicador de Brecha	ID	Porcentaje de institutos especializados con capacidad instalada inadecuada							
Tipo de Indicador	ID	Calidad							
Unidad de Medida	ID	Instituto especializado							
Función		División Funcional	Grupo Funcional	Servicio		Tipología			
020	Salud	044	Salud Individual	0096	Atención Médica Especializada	ID	Atención de institutos especializados	ID	Institutos especializados
Competencia del Servicio									
Gobierno Nacional	Gobierno Regional		Gobierno Local Municip. Provincial	Gobierno Local Municip. Distrital		Empresa			
<input checked="" type="checkbox"/>									
Definición									
Institutos especializados que no cuentan con capacidad instalada adecuada para atender las necesidades de salud de la población correspondiente a su ámbito, según lo previsto en la planificación institucional respectiva; entendiendo que dichos ES tienen que desarrollar actividades de atención especializada.									
Justificación									
El indicador permite conocer la proporción de institutos especializados con infraestructura y equipamiento no acordes a los estandares sectoriales establecidos.									
Método de Cálculo									
$\% \text{INI} = \frac{\text{INI}}{\text{IN}} \times 100$									
Donde:									
INI : Institutos especializados en funcionamiento que presentan capacidad instalada inadecuada.									
IN: Institutos especializados bajo responsabilidad de EsSalud									
Precisiones Técnicas									
INI: Institutos especializados en funcionamiento que representan capacidad instalada inadecuada. Se considera que un instituto especializado presenta capacidad instalada inadecuada, si la infraestructura y el equipamiento existente no se encuentran acordes con lo establecido en la Norma Técnica de Salud N° 119-MINSA/DGIEM-V.01 "Infraestructura y Equipamiento de los Establecimientos de Salud del Tercer Nivel de Atención", incluyendo la gestión del riesgo.									
IN: Institutos especializados bajo responsabilidad de EsSalud.									
INA: Institutos especializados cuya capacidad instalada es adecuada.									
$\text{INI} = \text{IN} - \text{INA}$									
Límites y Supuestos Emplazados									
* No se cuenta con valores históricos en cuánto a categorización.									
* Para el cálculo de este indicador se considera que un instituto especializado cuenta con capacidad instalada adecuada para atender los servicios previstos en la planificación correspondiente a su ámbito institucional, si la infraestructura y el equipamiento existente se encuentran acordes con lo establecido en las Normas Sectorial e institucional respectivas; además incluye la gestión del riesgo.									
* Se asume que aquellos proyectos cuya ejecución financiera sea mayor al 98% del monto actualizado, se encuentran culminados.									
* Institutos especializados implementados, en funcionamiento.									
* La vigencia de categorización de establecimientos es por 3 años (información variable)									
* No se consideran aquellos establecimientos anexos o que configuren una oferta complementaria y aquellos EESS extra institucionales.									
Nivel de Desagregación de los Valores del Indicador									
Nacional		Departamental		Provincial		Distrital			
<input checked="" type="checkbox"/>									
Fuente de Datos									
* Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto.									
* Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas.									
* Gerencia Central de Prestaciones de Salud.									
* Gerencia Central de Operaciones									
* Gerencia Central de Proyectos de Inversión.									
Instrumento de Recolección de Información									
* Ficha de recolección de información.									

