



PERÚ

Ministerio
de Salud

Informe Multianual de Inversiones en Asociación Público Privadas en Salud 2016 del Ministerio de Salud

Mayo 2016



ABREVIATURAS

APP	Asociación Público y Privada
ESSALUD	Seguro Social de Salud
GORE	Gobierno Regional
INEI	Instituto Nacional de Estadística e Informática
INSN	Instituto Nacional de Salud del Niño
IREN	Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas
MINSA	Ministerio de Salud
PESEM	Plan Estratégico Sectorial Multianual
SIS	Seguro Integral de Salud
SUSALUD	Superintendencia Nacional de Salud
UIT	Unidad impositiva tributaria



CONTENIDO

	Páginas
ABREVIATURAS	3
INTRODUCCIÓN	4
I. SECCIÓN PLANEAMIENTO	5
A) Diagnóstico de la Situación de Salud	5
B) Diagnostico de Infraestructura	9
C) Articulación de Políticas Sectoriales	28
D) Estrategias Sectoriales	31
II. SECCIÓN PROGRAMACIÓN	31
A) Elaboración del reporte de uso de recursos públicos	32
B) Estimación de los indicadores de gasto presupuestal	32



INTRODUCCIÓN

La estrategia de Asociación Público Privada (APP) se promueve en un contexto en que el Estado Peruano se encuentra en un proceso de implementación de la política de modernización de la Gestión Pública con miras al bicentenario, que promueve la participación del sector privado en la provisión de bienes y servicios públicos y específicamente en el sector salud.

Desde el punto de vista conceptual, son muchos los beneficios de implementar estrategias de APP, tales como: (i) Ahorros derivados de las mejoras en la eficiencia operativa de los proveedores privados, tanto en el proceso de construcción como en la operación de establecimientos de salud, (ii) Reducción de tiempos en desarrollar proyectos de inversión, (iii) Continuidad y oportunidad en la provisión de bienes y servicios públicos. En el caso específico del "bata gris", se espera que mejorará la calidad del servicio médico, ya que el Estado tercerizará los servicios no clínicos (mantenimiento de infraestructura, mantenimiento de equipos asistenciales, lavandería, alimentación, limpieza, vigilancia, entre otros), y así se concentraría sólo en prestar los servicios de salud. Asimismo, el mantenimiento y/o otorgamiento de servicios serán más eficientes, ya que los proveedores privados no tendrán que pasar por los procesos burocráticos del sector público.



I. SECCIÓN PLANEAMIENTO

A) Diagnóstico de la Situación de Salud

La identificación del conjunto de iniciativas de inversión bajo el modelo de Asociaciones Público Privada según el Decreto Legislativo N° 1224, DL del “Marco de Promoción de la Inversión Privada mediante Asociaciones Público Privadas y Proyectos en Activos” y su Guía Orientativa, requiere de un proceso previo de planeamiento general donde se identifique la cartera de proyectos estatales sobre la base de la estimación de las potenciales necesidades que se desean satisfacer a través de tales proyectos.¹

Las potenciales necesidades de servicios a su vez se derivan principalmente del perfil epidemiológico que enfrenta el sector y de las tendencias que tienen impacto en la organización y funcionamiento del mismo. Con relación a estos dos aspectos, el Documento Prospectivo del Sector Salud² identifica y analiza los elementos que pueden afectar en el tiempo la demanda por servicios de salud y sobre la organización y funcionamiento del sistema de salud. Dicho documento se encuentra alineado al Plan Estratégico de Desarrollo Nacional al 2021, “Plan Bicentenario”, que orienta el quehacer del Estado para el logro de los Objetivos Estratégicos Nacionales que en el campo de la salud propone “Mejorar la provisión y calidad de las prestaciones de carácter preventivo, promocional, recuperativo y de rehabilitación de la salud”³.

Las tendencias que para el periodo 2016-2021 se considera tendrán incidencia en el sector salud, se agrupan por ámbito de acción: (i) Social (Demografía, Urbanización, Estilo de Vida, Riesgos Urbanos, Condiciones de Trabajo y Epidemiología), (ii) Económico (Crecimiento, Comercio e Inequidad), (iii) Medio Ambiente (Saneamiento, Contaminación, Fenómenos Naturales) y (iv) Tecnología e Innovación (Comunicación, tecnología médica, Innovación y Nuevos Tratamientos). El análisis de dichas variables pone a disposición de los planificadores y decisores de políticas de inversión en salud, elementos para decisiones en modernización y/o ampliación de la oferta asistencial⁴.

¹ Guía Orientativa para la aplicación del Decreto Legislativo N° 1224, página 22.

² Plan Estratégico Sectorial Multianual al 2021 – Ministerio de Salud (Documento de Trabajo)

³ Documento preliminar del Plan Estratégico de Desarrollo Nacional Actualizado Perú hacia el 2021

⁴ Ministerio de Salud. OGPPM – OPEE, Planeamiento Estratégico: Documento Prospectivo al 2030.



A continuación se describen los aspectos más relevantes para el planeamiento de las inversiones en salud:

- **Aspecto Demográfico**

La mejora general de la situación económico social del país y del acceso y accesibilidad a servicios sanitarios se refleja en un incremento en la expectativa de vida de las personas por lo que se espera un incremento progresivo y sostenido del grupo poblacional de mayores de 65 años. Esto implica un crecimiento sostenido de la demanda por servicios de salud para enfermedades crónico degenerativas y para el mantenimiento de la salud física y psico emocional.

Tabla N° 1 –Evolución de la población peruana al 2025

Grupos de edad	1995	2000	2010	2015	2025
Total	23,926,300	25,983,588	29,461,933	31,151,643	34,412,393
0 – 4	8,654,251	8,866,146	8,823,329	8,698,780	8,317,208
% Crecimiento		2.4%	-0.5%	-1.4%	-4.6%
15 – 64	14,249,291	15,881,587	18,909,845	20,409,515	23,144,407
% Crecimiento		10.3%	16.0%	7.3%	11.8%
65 - +	1,022,758	1,235,855	1,728,759	2,043,348	2,950,778
% Crecimiento		17.2%	28.5%	15.4%	30.8%

Fuente: INEI, 2015.

De acuerdo a las cifras mostradas se espera que en el periodo entre el 1995 y 2025 la población de 65 años a más, se incremente a un número cercano a los 3 millones de personas con una tasa de crecimiento respecto a los 10 años previos, de 30.8%.

Por otra parte, información censal del país muestra una tendencia sostenida del proceso de urbanización por lo que se espera que continúe el incremento de la población que vivirá en ciudades grandes e intermedias, las cuales dada la característica poco planificada del crecimiento urbano en Perú, supone la exposición a riesgos como violencia urbana, exposición a riesgo por accidentes de tránsito, afecciones derivadas de contaminación ambiental y a condiciones deficientes de disponibilidad de agua segura y saneamiento básico. Por otra parte, la vida en ciudad supone mayor facilidad a información sobre salud lo cual guarda relación directa con el incremento de la demanda por servicios de salud.



- **Aspecto epidemiológicos**

Relacionando con los aspectos demográficos antes mencionados y las estadísticas mostradas en las tablas N° 1, 2 y 3, se espera un incremento progresivo de enfermedades psico-emocionales, crónicas y degenerativas que se agregan a problemas de salud de tipo infecciosos y zoonóticos emergentes y re-emergentes.

Asimismo, se viene evidenciando la aparición de necesidades para el mantenimiento de la salud y cuidados de personas mayores de 60 años y por discapacidades diversas. Asimismo, el incremento de la expectativa de vida asociado a estilos de vida no saludables como alimentación inadecuada y malnutrición y sedentarismo, y la exposición a contaminación y riesgo ambiental, se verán reflejados en el incremento de distintos tipos de Cáncer⁵ y enfermedades crónicas.

Tabla N°2 –Porcentaje de Causas de muerte según Grupo, Año 2013

ORD	GRUPO DE CATEGORIAS	NACIONAL		LIMA	CALLAO
		Nº	%	%	%
	TOTAL	96,228	100	100	100
1	TUMORES (NEOPLASIAS) MALIGNOS (C00 - C97)	17,993	18.7	22.8%	20.9%
2	INFLUENZA (GRIPE) Y NEUMONIA (J09 - J18)	13,608	14.1	15.4%	15.7%
3	OTRAS CAUSAS EXTERNAS DE TRAUMATISMOS ACCIDENTALES (W00 - X5)	7,334	7.6	3.8%	3.2%
4	OTRAS ENFERMEDADES BACTERIANAS (A30 - A49)	6,960	7.2	7.7%	9.7%
5	ENFERMEDADES ISQUEMICAS DEL CORAZON (I20 - I25)	5,055	5.3	6.4%	5.9%
6	ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES (I60 - I69)	4,649	4.8	5.3%	5.3%
7	OTRAS FORMAS DE ENFERMEDAD DEL CORAZON (I30 - I52)	3,749	3.9	2.9%	3.1%
8	OTRAS ENFERMEDADES RESPIRATORIAS QUE AFECTAN PRINCIPALMENTE AL INTERSTICIO (J80 - J84)	3,627	3.8	5.4%	5.1%
9	ENFERMEDADES DEL HIGADO (K70 - K77)	3,367	3.5	3.1%	3.2%
10	INSUFICIENCIA RENAL (N17 - N19)	3,366	3.5	2.8%	2.0%
11	DIABETES MELLITUS (E10 - E14)	3,126	3.2	4.0%	2.6%
12	ENFERMEDADES HIPERTENSIVAS (I10 - I15)	3,033	3.2	2.2%	4.0%
13	ACCIDENTES DE TRANSPORTE (V01 - V99)	2,653	2.8	1.5%	0.9%
14	ENFERMEDADES CRONICAS DE LAS VIAS RESPIRATORIAS INFERIORES (J40-J47)	1,958	2.0	2.5%	1.7%
15	OTRAS ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO (J95 - J99)	1,355	1.4	1.6%	0.8%
16	TUBERCULOSIS (A15 - A19)	1,320	1.4	1.8%	2.2%
17	TRASTORNOS RESPIRATORIOS Y CARDIOVASCULARES ESPECIFICOS DEL PERIODO PERINATAL (P20 - P29)	1,044	1.1	0.6%	1.0%
18	INFECCIONES ESPECIFICAS DEL PERIODO PERINATAL (P35 - P39)	781	0.8	0.6%	0.7%
19	ENFERMEDADES DEL PULMON DEBIDAS A AGENTES EXTERNOS (J60 - J70)	706	0.7	0.7%	1.3%
20	DESNUTRICION (E40 - E46)	702	0.7	0.5%	
21	ENFERMEDADES POR VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH)(B20 - B24)	699	0.7	1.1%	0.8%
22	ENFERMEDADES DEL ESOFAGO, DEL ESTOMAGO Y DEL DUODENO (K20 -	623	0.6		
23	OTRAS ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO (K90 - K93)	600	0.6	0.5%	0.7%
24	TRASTORNOS DE LA VESICULA BILIAR, DE LAS VIAS BILIARES Y DEL PANCREAS (K80 - K87)	586	0.6	0.5%	0.6%
25	OTRAS ENFERMEDADES DE LOS INTESTINOS (K55 - K63)	584	0.6		
	SINTOMAS, SIGNOS Y HALLAZGOS ANORMALES CLINICOS Y DE LABORATORIO	315	0.3	0.5%	0.1%
	LAS DEMAS CAUSAS	6,435	6.7	4.7%	5.9%

Fuente: OGEI - MINSA

⁵ Análisis de la Situación del Cáncer en el Perú, 2013. DGE-MINSA. file:///C:/Users/mmerinof/Downloads/asis_cancer%20(1).pdf



**Tabla N°3 – Causas de Morbilidad en Consulta Externa, según porcentaje
Año 2014**

Causas de Morbilidad en Consulta Externa	LIMA Y CALLAO 2014	
	N°	%
Infecciones agudas de las vías respiratorias superiores (j00 - j06)	1,029,172	15.7%
Enfermedades de la cavidad bucal, de las glándulas salivales y de los maxilares (k00 - k14)	921,302	14.0%
Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores (j40 - j47)	211,928	3.2%
Obesidad y otros de hiperalimentación (e65 - e68)	190,243	2.9%
Enfermedades del esófago, del estómago y del duodeno (k20 - k31)	186,685	2.8%
Dorsopatías (m40 - m54)	183,006	2.8%
Otras enfermedades del sistema urinario (n30 - n39)	160,955	2.5%
Enfermedades infecciosas intestinales (a00 - a09)	153,859	2.3%
Otros trastornos maternos relacionados principalmente con el embarazo (o20 - o29)	142,573	2.2%
Otras enfermedades de las vías respiratorias superiores (j30 - j39)	126,121	1.9%
Artropatías (m00 - m25)	110,830	1.7%
Trastornos no inflamatorios de los órganos genitales femeninos (n80 - n98)	103,051	1.6%
Anemias nutricionales (d50 - d53)	93,580	1.4%
Dermatitis y eczema (l20 - l30)	92,534	1.4%
Otras infecciones agudas de las vías respiratorias inferiores (j20 - j22)	91,874	1.4%
Enfermedades hipertensivas (i10 - i15)	87,379	1.3%
Micosis (b35 - b49)	78,092	1.2%
Enfermedades inflamatorias de los órganos pélvicos femeninos (n70 - n77)	74,445	1.1%
HelminCIAS (b65 - b83)	67,446	1.0%
Trastornos episódicos y paroxísticos (g40 - g47)	66,587	1.0%
Infecciones de la piel y del tejido subcutáneo (l00 - l08)	54,338	0.8%
Desnutrición (e40 - e46)	40,096	0.6%
Infecciones c/modo de transmisión predominantemente sexual (a50 - a64)	3,656	0.1%
Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte (r00 -	246,510	3.8%
Las demás causas	2,051,863	31.2%
Totales	6,568,125	100%

Fuente: OGEI - MINSA

Vistos los aspectos demográficos y epidemiológicos señalados, es de prever el incremento en el riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles de alto costo lo cual exigirá el fortalecimiento y la ampliación de la oferta asistencial.

Por otra parte, el documento prospectivo del Sector Salud hace referencia como tendencia, la ocurrencia frecuente de enfermedades metaxénicas y zoonóticas re-emergentes y emergentes como el Dengue, la Chikungunya, la Malaria, el Zika, la rabia humana, la leptospirosis y similares, como consecuencia del cambio climático y la ocurrencia periódica de fenómenos naturales como "El fenómeno de El Niño" para lo cual se requerirá desarrollar un sistema de vigilancia y alerta sanitaria, y prever el mantenimiento de la capacidad operativa de los establecimientos de salud para brindar los servicios de urgencias y emergencias ante desastres.



Finalmente, un aspecto particularmente crítico es lo relacionado a la eventualidad de ocurrencia de sismos dada la ubicación del Perú en el denominado Cinturón de Fuego del Pacífico y al antecedente de sismos recientes de alta severidad en los países vecinos, por lo cual es indispensable prever el reforzamiento estructural de los establecimientos existentes así como considerar este aspecto en la inversión de nuevos establecimientos.

B) DIAGNOSTICO DE INFRAESTRUCTURA

A pesar del significativo volumen de inversiones en infraestructura pública realizadas en los últimos años, el Perú mantiene una brecha según un estudio elaborado por dos importantes centros universitarios para la Asociación para el Fomento de la Infraestructura Nacional (AFIN), donde se estima que la brecha ascendería a US\$ 88,000 millones. El estudio encargado por AFIN estimó que la brecha de inversión de infraestructura en servicios públicos para el periodo 2012-2021 equivale al 33% del PBI promedio en dicho periodo⁶.

De otro lado, según la Sociedad Nacional de Minería, Petróleo y Energía (SNMPE) señala que (...) “el país enfrenta el reto de cubrir la brecha de infraestructura destinando importantes inversiones a la educación, salud y saneamiento en especial en las zonas rurales”⁷.

Dicha brecha de infraestructura afecta a las actividades económicas e impide a millones de peruanos gozar de servicios básicos que eleven su calidad de vida para un mayor progreso.



⁶ (Instituto de Regulación y Finanzas de la Universidad ESAN & Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico, 2012

⁷ Véase en: <http://www.esan.edu.pe/publicaciones/2016/04/12/Obras%20por%20impuestos.pdf>



**Tabla N° 4: Brecha de inversión en infraestructura en el periodo
2012 – 2021**

Sector	Monto (millones de US\$)	Proporción del total (%)
Telecomunicaciones	19,170	21.8
Banda ancha	11,852	
Telefonía móvil	4,973	
Telefonía fija	2,345	
Agua y saneamiento	5,335	6.1
Agua potable	1,569	
Alcantarillado y tratamiento de aguas servidas	3,766	
Infraestructura hidráulica	8,682	9.9
Transporte	20,935	23.8
Redes viales	12,791	
Ferrocarriles	7,308	
Puentes	708	
Aeropuertos	128	
Energía	32,987	37.5
Electricidad	32,297	
Hidrocarburos	690	
Salud	478	0.5
Educación	388	0.4
Total	87,975	100.0

Fuente: Instituto de Regulación y Finanzas de la Universidad ESAN & C. I. Universidad del Pacífico, 2012.

B.1) BRECHA DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD

De acuerdo con el Objetivo N° 3 de Desarrollo Sostenible propuesto por las Naciones Unidas, que busca “garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades” y una de sus metas es “lograr la cobertura sanitaria universal, en particular la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas seguros, eficaces, asequibles y de calidad para todos.”⁸ Para lo cual, es necesario promover la inversión en el mejoramiento y ampliación de la infraestructura y equipamiento de establecimientos de salud a nivel nacional, así como el incremento en recursos humanos.

Dicha inversión, debe considerar una distribución de los recursos humanos acorde a la demanda en salud, con especial atención en las zonas alejadas y de frontera del país. Además, se debe acompañar con una gestión a los servicios de salud que incluya mejores capacidades gerenciales de los directivos y funcionarios de salud para lograr una calidad en la atención.

⁸ Las Naciones Unidas ha propuesto un total de 16 Objetivos del Desarrollo Sostenible (OBDS) para el 2030, de los cuales el N°3 se refiere a Salud, véase en: <http://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/>

Por ello, el Ministerio de Salud viene impulsando la Reforma de Salud desde el 2012; que tiene como uno de sus retos “avanzar hacia un Sistema de Salud enfocado en la ciudadanía, para lo cual es fundamental cerrar la brecha de infraestructura, de recursos humanos y de gestión, y así: (a) mejorar la capacidad resolutive de los establecimientos de salud, (b) responder a las características culturales de la población, (c) garantizar un trato digno e igualitario al usuario, (d) proveer de información oportuna para la toma de decisiones acertadas por parte del usuario”⁹.

B.2) LA OFERTA Y DEMANDA EN INFRAESTRUCTURA Y EQUIPAMIENTO

El MINSA ha estimado la demanda de servicios a partir de una proyección en la población nacional al 2021¹⁰, considerando la información oficial de los censos 1993 y 2007 del Instituto Nacional de Estadística e Informática, así se obtiene un total de 34, 677,373 pobladores al 2021, según la información presentada en la Tabla N°1.

Sobre ello, el MINSA ha dimensionado la demanda de los servicios y establecimientos para la población no asegurada, cuya atención sería responsabilidad directa de la red pública, obteniendo un total de 21.3 millones de pacientes al 2021; de acuerdo a la Tabla 5.

Tabla N° 5: Población demandante estimada, a nivel nacional

Estimación	Población demandante, efectiva de consulta (Población Total)	Población demandante, efectiva de consulta (No asegurada a EsSalud)	Demanda de consulta médica (Población Total)	Demanda de consulta médica (No Asegurados)
Al 2015	13,368,892	6,989,232	43,115,599	19,169,016
Al 2021	14,820,960	7,731,398	47,911,152	21,306,531

Fuente: MINSA 2015

Sin embargo, el MINSA ha identificado que existe un déficit en la oferta de establecimientos de salud para atender las necesidades de servicios, siendo éste mayor en los niveles I y II e incrementándose significativamente hacia el 2021, según la Tabla 6.

⁹ Véase en: <http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2013/reforma/documentos/documentoreforma11122013.pdf>

¹⁰ Ministerio de Salud. “Diagnóstico y Determinación de las Brechas de Inversiones en Salud 2016-2021”. Lima, 2015.



Tabla N° 6: Déficit de establecimientos según niveles de atención

Capacidad resolutiva	Oferta actual	Déficit al 2015	Déficit al 2021
Nivel I	7804	95	779
Nivel II	139	45	65
Nivel III	34	10	14

Fuente: MINSA 2015

Otro aspecto, es que la mayoría de establecimientos cuentan con muchos años de antigüedad sin un adecuado mantenimiento o reposición. Según datos del RENIPRES y el Informe de la Defensoría del Pueblo sobre Supervisión Nacional de Hospitales (2013), existe un 40% de establecimientos de salud a nivel nacional que cuentan entre 26 a 50 años de antigüedad, tanto en el tercer y segundo nivel de atención; tal como lo muestra la Tabla 7.

**Tabla N° 7: Antigüedad de los establecimientos de salud
(Infraestructura)**

Antigüedad	I (*)	II	III
De 51 a más años	10.0%	23.0%	23.0%
De 26 a 50 años	35.0%	40.0%	40.0%
De 0 a 25 años	55.0%	37.0%	37.0%

Fuente: MINSA 2013

A partir de ello, el Ministerio ha estimado los costos asociados a los diferentes tipos de intervención, según niveles de complejidad de los establecimientos en salud al 2021, obteniendo una brecha de más de 23 mil millones de soles, tal como lo señala la Tabla 8.



Tabla N° 8: Costos de inversión según tipología y nivel de complejidad¹¹ de los establecimientos al 2021

Inversión Estimada	I	II	III-1	III-2
Costo de inversión (nueva o reposición)	1,346,190,000	3,308,895,000	1,639,900,000	1,592,290,000
Costo de rehabilitación y mejora	3,769,332,000	5,434,900,000	1,150,000,000	1,288,000,000
Costo de ampliación y mejora	1,480,809,000	2,070,057,500	297,850,000	297,850,000
Sub Total	6,596,331,000	10,813,852,500	3,087,750,000	3,178,140,000
TOTAL	23,676,073,500			

Fuente: MINSA 2015

Tomando como referencia el estudio realizado a través del Banco Interamericano de desarrollo (BID) y que está referido al diagnóstico del estado situacional de la infraestructura e instalaciones en 28 hospitales e institutos, que tuvo como base:

- Información levantada en las fichas de campo.
- Visita de observación realizada a cada uno de ellos.
- Información técnica de los estudios y proyectos elaborados por cada institución (Planes Maestros, Estudios de Pre inversión y Estudios de Vulnerabilidad entre otros).
- Parámetros técnicos de las normas y directivas sobre infraestructura de hospitales emitidos el Ministerio de Salud (MINSA) y otras disponibles en el Reglamento Nacional de Edificaciones

Entre los principales hallazgos en los 28 Hospitales evaluados se tiene:

Por categoría:

- ✓ 12 son hospitales de categoría III-1,

¹¹ De acuerdo al Ministerio de Salud (2015), los proyectos referidos a servicios existentes, suelen efectuar la siguiente tipología de intervenciones:

- Reposición de la infraestructura, cuando ésta ya es obsoleta y no cumple las normas técnicas mínimas para el servicio a que ha sido destinada.
- Rehabilitación de la infraestructura, que puede implicar: mejoras y acondicionamiento de las instalaciones, redistribución de ambientes, reforzamiento estructural, etc.; La mayoría de las veces implica también una ampliación de los servicios y, si se mantiene parte de la infraestructura existente, con algunas mejoras, suele estar acompañada también de edificaciones nuevas vinculadas a los servicios de mayor complejidad.
- Ampliación de los servicios existentes, en cantidad y en variedad. En algunos casos, estas inversiones no intervienen sobre el resto de servicios, pero en otros, coexisten con intervenciones de reposición o rehabilitación. En casi todos los casos, el equipamiento es objeto de un proceso de reposición, actualización tecnológica y una mejora en la dotación del número y de su capacidad resolutive.



- ✓ 3 son de categoría II-1,
- ✓ 4 son de categoría II-2,
- ✓ 1 es de categoría III – E y
- ✓ 8 son Institutos categoría III-2.

Por antigüedad:

- ✓ 16 superan los 50 años de antigüedad, desde el punto de vista físico han cumplido su vida útil y han perdido vigencia tecnológica.

Por ubicación y Terreno:

- ✓ 5 están ubicados en Distritos que han tenido su origen en Asentamientos Humanos ubicados en la periferia de la ciudad de Lima (Comas, San Martín de Porras, Ate, el Agustino, San Juan de Lurigancho) generalmente en terrenos que eran arenales o áreas de cultivo.
- ✓ La selección y asignación de terrenos en ninguno de los casos se ha basado en normas técnicas, se observa distintos tamaños de terrenos siendo los más críticos los terrenos donde se ubican: El Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa, el Hospital de Emergencias Pediátricas, el Hospital San Juan de Lurigancho y el Hospital San José del Callao que son demasiado pequeños.
- ✓ 26 tienen en orden el saneamiento físico de sus terrenos y dos (Santa Rosa y Larco Herrera) están en proceso.

De su estado situacional:

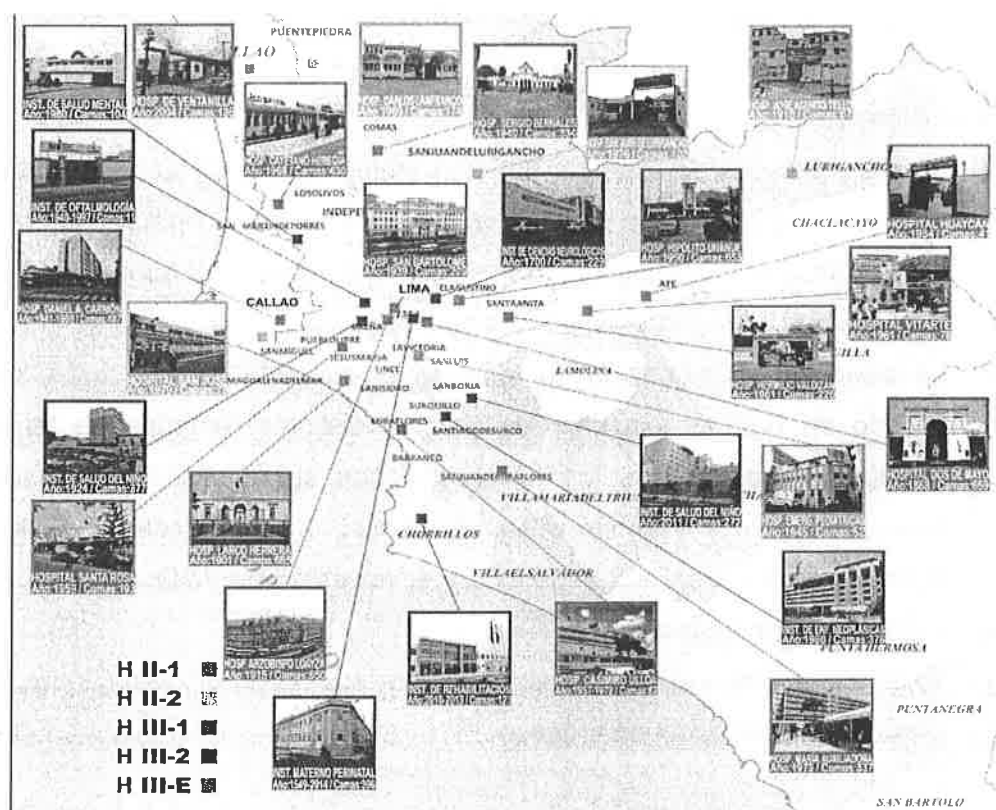
- ✓ En 23 de los 28 establecimientos evaluados, que representa el 82%, se observa que la funcionalidad es mala y sólo en 5 es regular.
- ✓ 2 de los 28 establecimientos evaluados (representa menos del 4%) tienen las instalaciones (líneas vitales) en buen estado, 14 se encuentran en mal estado y 12 en estado regular.
- ✓ 12 de los 28 evaluados están en mal estado (equivale a 43%),
- ✓ 14 están en estado regular y sólo 2 en buen estado
- ✓ 14 establecimientos de salud están en mal estado, 12 en estado regular y sólo 2 en buen estado.

Bajo estos resultados se requiere implementar un programa de sustitución de estos hospitales e institutos, no sólo por el tema de la deficiencia en la infraestructura actual sino por su antigüedad. Asimismo, se requiere redefinir



las carteras de servicios y redimensionar su infraestructura, además de prepararlos para casos de sismos, ya que Perú se encuentra en zona 3 de alto riesgo sísmico.

Gráfico 1: Mapa ámbito de estudio de Hospitales e Institutos de Lima Metropolitana y Callao



Fuente: Banco Interamericano de Desarrollo -MINSA

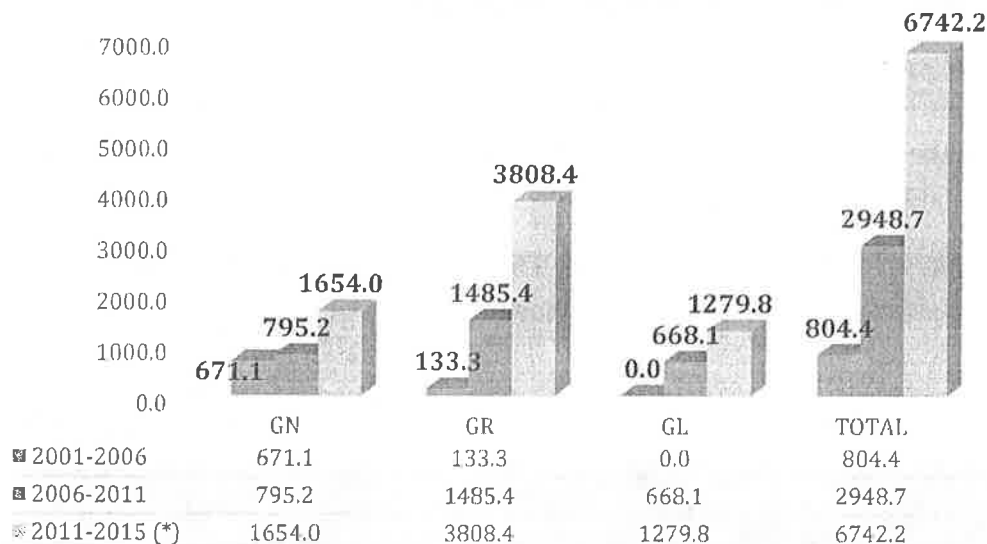
En el Anexo N° 1, se precisa información en detalle respecto de la infraestructura asistencial, así como un conjunto de indicadores que grafica la necesidad de realizar inversiones en salud en los establecimientos de salud a nivel nacional.

B.3) INVERSIÓN EN SALUD

El sector salud en este periodo de gobierno evidenció un incremento significativo en el monto de inversión a través del presupuesto ejecutado en proyectos de inversión en salud, es así que en comparación al periodo 2001-2016 se tiene un incremento de 838%, y respecto al periodo gubernamental anterior se tiene un incremento del 229%, así se muestra en el Gráfico 2.



Gráfico N°2: inversión viable en salud, periodo 2001 – 2016



Fuente: Ministerio de Economía y Finanzas 2016
Consulta al SIAF al 30 de abril de 2016

B.4) LA GESTIÓN EN EL PROCESO DE DESARROLLO DEL CICLO DE LOS PROYECTOS DE INVERSIÓN

Pese al incremento del presupuesto de inversiones en Salud en los últimos años¹², las brechas en infraestructura a nivel descentralizado aún persisten y ello tal vez se deba a la falta de gestión de los funcionarios públicos durante el ciclo de los proyectos de inversión pública (pre inversión, inversión, post inversión).

Lo cierto es que el Planeamiento Multianual de Inversiones es reciente en el sector, pues se impulsa desde el 2013 con el Decreto Legislativo N° 1157, incorporando a las modalidades privadas (APP y Oxl). También, aparece el "Comité Regional Intergubernamental de Inversiones en Salud (CRIIS) que es el espacio de concertación intergubernamental compuesto por el gobierno regional y los gobiernos locales, para la priorización concertada y el seguimiento de las iniciativas de expansión y sostenimiento de la oferta pública de baja y mediana complejidad, en el ámbito distrital y provincial"¹³. Todo ello amerita que los funcionarios del nivel nacional y regional actualicen sus capacidades técnicas al respecto. Un estudio de La Contraloría "(...)

¹² Véase GRÁFICO 1.

¹³ Ministerio de Salud. Tríptico informativo del CRIIS. 2015.

recomienda que se fortalezca las labores de capacitación, acompañamiento y soporte técnico a las autoridades regionales y locales para el desarrollo de los procesos y los instrumentos de planeamiento¹⁴.

Además, se ha evidenciado que los tiempos y costos que toman desarrollar un proyecto durante las tres etapas (inversión, ejecución y post inversión) de acuerdo a lo establecido por el SNIP en la modalidad de obra pública tradicional demoran más que lo planificado, lo cual podría retrasar el cierre de la brecha en infraestructura y equipamiento.

Tabla N° 9: Eficiencia de ejecución de proyectos de inversión en OPT

Fases	Tiempo en meses		Monto en Millones de Soles	
	Planificación Estimada	Real (a)	Planificado (b)	Real (c)
Convocatoria para Formulación	2	3	0	0
Formulación	2	3	0	0
Perfil + factibilidad	6	23	0	0
Expediente Técnico	6	27	1.5	2.2
Infraestructura y Equipamiento	30	38	104.4	150.5
Supervisión	30	38	6.1	8.9
Total	46	131	112.1	161.5

Fuente: Banco de Proyectos SNIP, Infobras Año 2013.

B.5) INDICADORES DE CALIDAD Y CAPACIDAD DE INFRAESTRUCTURA INDICE DE SEGURIDAD HOSPITALARIA

El índice de seguridad hospitalaria no sólo estima la probabilidad operativa de un hospital durante y después de un evento destructivo, sino que, al establecer rangos de seguridad, permite priorizar a los establecimientos de salud cuya intervención es crítica porque podría poner en riesgo la vida de sus ocupantes, cuya seguridad debe ser mejorada para limitar las pérdidas de equipamiento, o que requiere medidas de mantenimiento para asegurar su funcionamiento en casos de desastre.



¹⁴ Véase en: http://www.contraloria.gob.pe/wps/wcm/connect/71410365-be27-4763-a1d8-e15bbe97bae5/NP_26_2016.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=71410365-be27-4763-a1d8-e15bbe97bae5

En este sentido, el índice de seguridad no es sólo un instrumento técnico de medición, sino que se transforma en una nueva forma de gestionar el desastre desde la prevención y la mitigación. La seguridad ya no se considera una situación del todo o nada y se puede perfeccionar gradualmente.

Comprende aspectos para evaluar la seguridad del establecimiento en función al tipo de estructura, materiales y antecedentes de exposición a amenazas naturales y de otro tipo. El objetivo es definir si la estructura física cumple con las normas que le permitan seguir prestando servicios a la población, aun en caso de desastres de gran magnitud, o bien, puede ser potencialmente afectada alterando su seguridad estructural y comprometiendo, por lo tanto, su capacidad funcional.

Columnas, vigas, muros, losas y otros son elementos estructurales que forman parte del sistema de soporte de la edificación. Estos aspectos deben ser evaluados por ingenieros estructurales.

Tabla N° 10 Aspectos relacionados con la seguridad estructural del establecimiento de salud

Seguridad debido a antecedentes del establecimiento	Control	Grado de seguridad		
		BAJO	MEDIO	ALTO
1¿El hospital ha sufrido daños estructurales debido a fenómenos? Verificar si existe dictamen estructural que indique que el grado de seguridad ha sido comprometido B=daños mayores M=daños moderados A=daños menores	Ok		1	
2¿El hospital ha sido reparado construido utilizando estándares actuales apropiados? Corroborar si el inmueble ha sido reparado, en qué fecha y si se realizó con base a la normatividad de establecimientos seguros B=No se aplican los estándares, M=Estándares parcialmente aplicados A=Estándares aplicados completamente.	Ok	1		
3¿El hospital ha sido remodelado o adaptado afectando el comportamiento de la estructura? Verificar si se han realizado modificaciones seguras. B=Remodelaciones o adaptaciones mayores M=Remodelaciones y/o adaptaciones moderadas A=remodelaciones o adaptaciones menores o no han sido necesarias	Ok			1
Seguridad relacionada con el sistema estructural y el tipo de material usado en edificación				
4. Estado de la edificación. B=deteriorada por meteorización o exposición al ambiente, grietas en primer nivel y elementos discontinuos de altura M=Deteriorada solo por meteorización o exposición al ambiente A= Sana, no se observan deterioros ni grietas.	Ok		1	
5. Materiales de construcción de la estructura, B=Oxidada con escamas o grietas mayores a 3mm. M=Grietas entre 1-3mm. u oxido en forma de polvo A=Grietas menores a 1mm. y no hay oxido.	Ok		1	
6. Interacción de los elementos no estructurales con la estructura. B=Se observa dos o más de las siguientes columnas cortas, paredes divisorias unidos a la estructura, cielos rígidos o fachada que interactúa con la estructura M=se observa solo uno de los problemas antes mencionados A=los elementos no estructurales no afectan la estructura.	Ok			1
7. Proximidad de los edificios. (martilleo, túnel de viento, incendios, etc.)	OK			1
B=separación menor al 0.5% de la altura del edificio de menor altura M=Separación entre 0.5-1.5% de la altura del edificio de menor altura				



A=Separación mayor a 1.5% del edificio de menor altura.				
8. Redundancia estructural. B=Menos de tres líneas de resistencia en cada dirección, M=3 líneas de resistencia en cada dirección o líneas con dirección no ortogonal, A=Mas de tres líneas de resistencia en cada dirección ortogonal del edificio.	Ok		1	
9. Detalla miento estructural incluyendo las conexiones. B=Edificio anterior a 1970, M= Edificio construido en los años 1970 y 1990, A=Edificio construido luego de 1990 y de acuerdo a la norma.	Ok	1		
10. Seguridad de fundaciones o cimientos. B=No hay información o la profundidad es menor que 1.5 m., M=No cuenta con planos ni estudios de suelos pero mal profundidad es mayor a 1.5 m. A=Cuenta con planos, estudios de suelo, y profundidades mayores a 1.5m.	Ok	1		
11. Irregularidades en planta (rigidez, masa y resistencia) B=Formas no regulares y estructura no uniforme, M=Formas no regulares pero con estructuras uniforme, A=Formas regulares, estructuras uniforme en planta y ausencia de elementos que podrían causar torsión.	Ok		1	
12. Irregularidad en elevación (rigidez, masa y resistencia). B=Pisos difieren por más de 20% de altura y existen elementos discontinuos o irregularidades significativos, M= Pisos de similar altura(difieren menos de un 20%,pero más de 5%) y pocos elementos discontinuos o irregulares , A= Pisos de similar altura(difieren por menos de 5%) y no existen elementos discontinuos o irregulares.	Ok		1	
13. Adecuación estructural a fenómenos. (Meteorológicos, geológicos, entre otros) la valoración será similar, pero enfocada a los elementos dados. Ejem; huracanes e inundaciones.	Ok		1	

Fuente: INSN Breña (MINSA)

B.6) INDICADORES DE PRESTACION DEL SERVICIO

Diagnóstico de Calidad de la Prestación de Servicios de Salud:

El Ministerio de Salud ha definido un conjunto de indicadores de calidad de servicios de salud, estos se recopilan anualmente y la entidad responsable es SUSALUD (con base a encuestas realizadas por el Instituto Nacional de Estadística e Informática - INEI) .A continuación se describe en detalle (i) La definición del indicador, (ii) La fórmula de cálculo, (iii) La línea base, (iv) Fuente y (v) Metas. Posteriormente se muestran las fichas por cada indicador.



Tabla N° 11 indicadores de prestación del servicio - SUSALUD

Indicador	Línea de base			Meta/Hito			
	Dato	Año	Fuente	2016	2017	2019	2021
Porcentaje de niños de 0 a 5 años con algún seguro de salud	78.5%	2015	SUSALUD - INEI	88%	88%	91%	90%
Porcentaje de niños en edad escolar (6 – 11 años) que cuenta con algún seguro de salud, a nivel nacional en el periodo de un año	86.5%	2015	SUSALUD - INEI	87.2%	88.0%	90.0%	95%
Porcentaje de adolescentes en edad de cursar el nivel secundario de educación básica regular (12 – 16 años) con algún seguro de salud	76.1	2015	SUSALUD - INEI	77.0%	79.0%	83.0%	92%
Asegurados de consulta ambulatoria, con cobertura total en medicamentos por seguro de salud de la IPRESS Públicas	93.3	2015	SUSALUD	93.8%	94.3%	95.0%	96%
Tiempo de espera para la atención en consulta ambulatoria	104 min	2015	SUSALUD	90 min	75 min	60 min	45 min
Cita: Tiempo de espera para acceder a una consulta médica	18 días	2015	SUSALUD	16 días	14 días	11 días	8 días
Satisfacción con la atención en la consulta médica ambulatoria	73.7%	2015	SUSALUD	75.0%	80.0%	85.0%	89.0%



Ficha de Indicadores

Ficha 1

FICHA TECNICA		Responsable		
MATRIZ DE INDICADORES		SUSALUD		

1. Datos de identificación del indicador						
Codigo		Nombre del indicador				
		Porcentaje de niños de 0 a 5 años con algún seguro de salud				
Definición del indicador						
Porcentaje de niños de 0- 5 años de edad con algún seguro de salud, sea este público o privado, a nivel nacional en el período de un año.						
2. Aspectos metodológicos de la estimación del indicador						
Cálculo del indicador		Numerador				
$\frac{\text{Nº de niños de 0 a 5 años 11 meses 29 días con algún tipo de seguro de salud residentes en el país, afiliados a algún seguro de salud (subsidiado, semicontributivo, contributivo), a nivel nacional.}}{\text{Población estimada de niños de 0 a 4 años 11 meses 29 días en el mismo período} \times 100}$		Nº de niños de 0 a 5 años 11 meses 29 días con algún tipo de seguro de salud residentes en el país, afiliados a algún seguro de salud (subsidiado, semicontributivo, contributivo), a nivel nacional.				
		Denominador				
		Población estimada de niños de 0 a 5 años 11 meses 29 días en el mismo período				
		<table border="1"> <tr> <td>Unidad de Medida</td> <td>Frecuencia de medición</td> </tr> <tr> <td>Porcentaje</td> <td>Anual</td> </tr> </table>			Unidad de Medida	Frecuencia de medición
Unidad de Medida	Frecuencia de medición					
Porcentaje	Anual					
3. Determinación de valores y referencias adicionales						
INDICADOR	Dato	Año	Meta al 2021	Fuente de información		
% de niños de 0 a 5 años 11 meses 29 días con algún seguro de salud	78.5%	2015	94.0%	SUSALUD/ INEI		
Comentarios Técnicos						
<p>En el numerador se considera número de asegurados activos bajo el plan de salud "Sólo PEAS", "Específico" y "Sólo PEAS y Complementario" entre 0 y 4 años edad.</p> <p>Se considera en el denominador la población estimada según INEI (Demografía).</p> <p>http://proyectos.inei.gob.pe/web/biblioineipub/bancopub/Est/Lib0844/index.htm</p>						

Elaboración: Proyecto PESEM 2016-2021



Ficha 2

FICHA TECNICA MATRIZ DE INDICADORES		Responsable SUSALUD		
1. Datos de identificación del indicador				
Código		Nombre del indicador % de niños en edad escolar (6-11 años) con algun seguro de salud		
Definición del indicador Porcentaje de niños en edad escolar (6-11 años) que cuenta con algun seguro de salud, a nivel nacional en el período de un año.				
2. Aspectos metodológicos de la estimación del indicador				
Cálculo del indicador		Numerador		
$\frac{\text{Nº de niños en edad escolar (6-11 años) que cuenta con algun seguro de salud, a nivel nacional en el período de un año}}{\text{Poblacion estimada en edad escolar (6-11 años) por INEI}} \times 100$		Nº de niños en edad escolar (6-11 años) que cuenta con algun seguro de salud, a nivel nacional en el período de un año		
		Denominador		
		Poblacion estimada en edad escolar (6-11 años) por INEI		
		Unidad de Medida	Frecuencia de medición	
		Porcentaje	Anual	
3. Determinación de valores y referencias adicionales				
INDICADOR	Dato	Año	Meta al 2021	Fuente de información
% de niños en edad escolar (6-11 años) con algun seguro de salud	86.5%	2015	95.0%	SUSALUD/INEI
Comentarios Técnicos				
<p>En el numerador se considera número de asegurados activos bajo el plan de salud "Sólo PEAS", "Específico" y "Sólo PEAS y Complementario" entre 6 y 11 años edad.</p> <p>Se considera en el denominador la poblacion estimada según INEI(Demografía). FUENTE: MINSA - INEI (http://www.minsa.gob.pe/estadisticas/estadisticas/poblacion/POBLACIONMarcos.asp)</p>				

Elaboración: Proyecto PESEM 2016-2021



Ficha 3

FICHA TECNICA MATRIZ DE INDICADORES		Responsable SUSALUD		
1. Datos de identificación del indicador				
Código		Nombre del indicador		
		% de adolescentes en edad de cursar el nivel secundario de la educación básica regular (12-16 años) con algún seguro de salud		
Definición del indicador				
Porcentaje de adolescentes en edad cursar el nivel secundaria de la educación básica regular (12-16 años) que cuenta con algún seguro de salud, a nivel nacional en el período de un año.				
2. Aspectos metodológicos de la estimación del indicador				
Cálculo del Indicador		Numerador		
		N° de adolescentes en edad cursar el nivel secundario de la educación básica regular (12-16 años) que cuenta con algún seguro de salud, a nivel nacional en el período de un año.		
		Denominador		
N° de adolescentes en edad cursar el nivel secundario de la educación básica regular (12-16 años) que cuenta con algún seguro de salud, a nivel nacional en el período de un año/ Población estimada en edad de cursar el nivel secundario de la educación básica regular (12-16 años) por INEI * 100		Población estimada en edad de cursar el nivel secundario de la educación básica regular (12-16 años) por INEI		
		Unidad de Medida	Frecuencia de medición	
		Porcentaje	Anual	
3. Determinación de valores y referencias adicionales				
INDICADOR	Dato	Año	Meta al 2021	Fuente de información
% de adolescentes en edad de cursar el nivel secundario (12-16 años) con algún seguro de salud	76.1%	2015	92.0%	SUSALUD/INEI
Comentarios Técnicos				
En el numerador se considera número de asegurados activos bajo el plan de salud "Sólo PEAS", "Específico" y "Sólo PEAS y Complementario" entre 12 y 16 años edad con algún seguro de salud. Se considera en el denominador la población estimada según INEI (Demografía). FUENTE: MINSA - INEI (http://www.minsa.gob.pe/estadisticas/estadisticas/poblacion/POBLACIONMarcos.asp).				

Elaboración: Proyecto PESEM 2016-2021



Ficha 4

FICHA TECNICA MATRIZ DE INDICADORES		Responsable SUSALUD		
1. Datos de identificación del indicador				
Código	Nombre del indicador Asegurados de consulta ambulatoria, con cobertura total en medicamentos por Seguro de Salud de las IPRESS públicas.			
Definición del indicador Porcentaje de asegurados de consulta ambulatoria en las IPRESS público, con financiamiento total del Seguro de Salud cuando adquiere medicamentos en farmacias a nivel nacional en el período de un año.				
2. Aspectos metodológicos de la estimación del indicador				
Cálculo del indicador		Numerador N° de asegurados de consulta ambulatoria, con financiamiento total del seguro de salud cuando adquiere medicamentos en las farmacias de las IPRESS público, a nivel nacional		
$\frac{\text{N° de asegurados de consulta ambulatoria, con financiamiento total del seguro de salud cuando adquiere medicamentos en las farmacias de las IPRESS público, a nivel nacional}}{\text{N° de asegurados de consulta ambulatoria, con adquisición de medicamentos en las farmacias de las IPRESS público, a nivel nacional}} \times 100$		Denominador N° de asegurados de consulta ambulatoria, con prescripción de medicamentos en las farmacias de las IPRESS público, a nivel nacional		
		Unidad de Medida	Frecuencia de medición	
		Porcentaje	Anual	
3. Determinación de valores y referencias adicionales				
INDICADOR	Dato	Año	Meta al 2021	Fuente de información
Asegurados de consulta ambulatoria, con cobertura total en medicamentos por Seguro de Salud en IPRESS públicas.	93.3%	2015	96.0%	SUSALUD
Comentarios Técnicos				

Elaboración: Proyecto PESEM 2016-2021



Ficha 5

FICHA TECNICA MATRIZ DE INDICADORES		Responsable SUSALUD		
1. Datos de identificación del Indicador				
Código		Nombre del Indicador		
		Tiempo de espera para la atención en consulta ambulatoria		
Definición del indicador				
Tiempo de espera promedio percibido para la atención ambulatoria, en IPRESS público o privado, a nivel nacional en el período de un año.				
2. Aspectos metodológicos de la estimación del indicador				
Cálculo del Indicador		Numerador		
Tiempo transcurrido desde la hora que llega al establecimiento de salud hasta el ingreso al consultorio médico de los pacientes de consulta ambulatoria, a nivel nacional en el período de un año		Denominador		
		Unidad de Medida	Frecuencia de medición	
		minutos	Anual	
3. Determinación de valores y referencias adicionales				
INDICADOR	Dato	Año	Meta al 2021	Fuente de información
Tiempo de espera para la atención en consulta ambulatoria	104	2015	45	SUSALUD
Comentarios Técnicos				
El tiempo es subjetivo, se sugiere realizar una encuesta con tiempos objetivos, como la encuesta del Bono(DS.041-2014) con cobertura en los 4 subsistemas(MINSA, EsSalud, FFAAPP, Privados).				

Elaboración: Proyecto PESEM 2016-2021



Ficha 6

FICHA TECNICA MATRIZ DE INDICADORES		Responsable SUSALUD		
1. Datos de identificación del indicador				
Código		Nombre del indicador Tiempo de espera para acceder a una consulta médica		
Definición del indicador Días de espera promedio desde la fecha de solicitud de cita hasta la fecha de atención en consulta ambulatoria, en IPRESS público o privado, a nivel nacional en el periodo de un año.				
2. Aspectos metodológicos de la estimación del indicador				
Cálculo del Indicador		Numerador		
Tiempo transcurrido desde la fecha que quería atenderse o solicitó la cita hasta la fecha de atención de los pacientes de consulta ambulatoria, a nivel nacional en el periodo de un año.		Denominador		
		Unidad de Medida	Frecuencia de medición	
		días	Anual	
3. Determinación de valores y referencias adicionales				
INDICADOR	Dato	Año	Meta al 2021	Fuente de información
Cita: Tiempo de espera para acceder a una consulta médica	18	2015	8	SUSALUD
Comentarios Técnicos				

Elaboración: Proyecto PESEM 2016-2021



Ficha 7

FICHA TECNICA MATRIZ DE INDICADORES		Responsable SUSALUD		
1. Datos de identificación del indicador				
Codigo		Nombre del indicador		
		Satisfacción con la atención en la consulta médica ambulatoria		
Definición del indicador				
Porcentaje de usuarios satisfechos (satisfechos y muy satisfechos) con la atención en consulta médica ambulatoria en las IPRESS público o privado, a nivel nacional en el periodo de un año.				
2. Aspectos metodológicos de la estimación del indicador				
Cálculo del indicador		Numerador		
$\frac{\text{N° de usuarios satisfechos con la atención médica ambulatoria en las IPRESS público o privado, a nivel nacional}}{\text{N° de usuarios con atención médica ambulatoria en las IPRESS público o privado, a nivel nacional}} \times 100$		N° de usuarios satisfechos con la atención médica ambulatoria en las IPRESS público o privado, a nivel nacional		
		Denominador		
		N° de usuarios con atención médica ambulatoria en las IPRESS público o privado, a nivel nacional		
		Unidad de Medida	Frecuencia de medición	
		Porcentaje	Anual	
3. Determinación de valores y referencias adicionales				
INDICADOR	Dato	Año	Meta al 2021	Fuente de información
Satisfacción con la atención en la consulta médica ambulatoria	73.7%	2015	89.0%	SUSALUD
Comentarios Técnicos				

Elaboración: Proyecto PESEM 2016-2021



C) ARTICULACIÓN DE POLITICAS SECTORIALES

Estrategia para el logro de objetivos

La contratación de los servicios no clínicos incluyendo el mantenimiento de infraestructura y equipos, permite la valorización y puesta en valor del activo (una inversión alrededor de S/. 300 millones), lo que permite garantizar la disponibilidad de los equipos y la infraestructura para generar los servicios de salud.

De acuerdo con la "Norma Técnica de Renovación y/o Reposición de Equipos Biomédicos y Recursos Materiales del Sectos Salud" del año 2004, son dos los factores que condicionan la problemática de equipamiento, por un lado el Factor Antigüedad, que obviamente afecta su rendimiento y su eficiencia en el proceso de producción de los servicios de salud y por otro, el Factor Decisorio, o sea la poca importancia que se dá al cuidado de los mismos (mediante programas de conservación y mantenimiento), destinando los pocos recursos o relegando la prioridad a un segundo plano, frente a las diferentes necesidades existentes.

Es así que en el marco del nuevo Reglamento de Organización y Funciones del MINSA¹⁵ que contribuirá a fortalecer las competencias y capacidades, así como realizar arreglos institucionales para la promoción y desarrollo de inversiones en salud, siendo ello la legislación sobre modernización de la inversión publica en salud, la creación de un comité de inversión como organismo promotor de la inversión privada, la creación del programa nacional de inversión en salud – PRONIS; sin embargo persisten desafíos institucionales para la regulación estructuración, puesta en marcha, supervisión y evaluación de la inversión pública y privada.

Se propone tres acciones fundamentales:

1. Implantación de un Programa Anual de Conservación y Mantenimiento de Establecimientos de Salud, para mantener en estado operativo normal de la

Reglamento de Organización y Funciones aprobado mediante D.S. 007-2016-SA

producción y productividad, que es el resultado de la disponibilidad de la infraestructura física, las instalaciones y el equipamiento en condiciones seguras y eficientes, cuando y donde se les necesite.

2. Paralelamente debe diseñarse un Programa de Rehabilitación, recuperación de sus instalaciones y equipos que aún mantienen su vigencia tecnológica, porque técnica y económicamente es factible la rehabilitar y recuperar su situación original (obviamente en la dimensión actual) así como la repotenciación para superar la capacidad original en términos cualitativos y cuantitativos.
3. Finalmente debe diseñarse un Programa de Reemplazo o reposición o renovación sistemática de los equipos y recursos materiales que se encuentran con alto grado de desgaste físico y obsolescencia, cuando estos han cumplido con el periodo de su vida útil, previa verificación de su estado actual (operativo, inoperativo o fuera de servicio) ya sea por la inadecuada utilización, conservación o por el constante avance tecnológico.

C.1) CÓMO LAS APP CONTRIBUYEN AL LOGRO DE LOS OBJETIVOS

De acuerdo con el PESEM del MINSA, el tercer objetivo estratégico plantea: Mejorar el cuidado y la atención integral de salud. Específicamente en la acción estratégica relacionada con la expansión de la oferta de los servicios de salud, se define: *"Expandir la Oferta de los Servicios de Salud, en el marco del Plan Multianual de Inversiones consensuado por el Ministerio de Salud y los Gobiernos Regionales, incluyendo las Asociaciones Público-Privadas y las Obras por Impuestos"*.

En esta perspectiva el Ministerio de Salud ha presentado ante PROINVERSION las iniciativas privadas cofinanciadas que a continuación se detallan, las mismas que sin tener relación directa con el Informe Multianual, dado que este refiere a iniciativas Estatales, no cuentan con declaratoria de interés, pero reflejan el compromiso de este Ministerio en impulsar la provisión de infraestructura pública y prestación de servicios bajo esta modalidad.



**Tabla N° 12 LISTADO DE IPC EN FORMULACION A CARGO DEL
MINSA - 2016**

N°	NOMBRE DE LA IPC	TIPO DE INTERVENCION	MONTO DE INVERSION	ESTADO
1	"Diseño, Construcción, Equipamiento, Financiamiento, Mantenimiento, Gestión No Hospitalaria Y Cesión Del Hospital Nacional Cayetano Heredia"	Construcción integral	S/. millones 563	En formulación
2	"Hospital Huaycán, Ubicado En El Distrito De Ate Vitarte, Provincia Y Departamento De Lima"	Construcción integral	S/. millones 259	En formulación
3	"Diseño, Construcción, Operación Y Mantenimiento Del Hospital Nacional Hipólito Unánue"	Construcción integral	S/. millones 729	En formulación
4	"Nuevo Complejo Hospitalario Sergio Bernales"	Construcción integral	S/. millones 894	En formulación
5	"Gestión De Residuos Hospitalarios En Los Establecimientos De Salud Del Ministerio De Salud De Lima Metropolitana"	Construcción de 2 plantas de tratamiento	S/. millones 117	En evaluación
6	"Mejoramiento Del Hospital Dos De Mayo"	Construcción integral	S/. millones 1,189	Presentado a PROINVERSIÓN para admisión a trámite.
7	"Instalación De Servicios De Salud Especializados En El Distrito De Piura Y Redimensionamiento De Los Servicios De Salud Del Hospital De Apoyo III Sullana"	Construcción integral: (i) Hospital de Sullana. (ii) Hospital de Servicios de Salud Especializados de Piura.	S/. millones 525	Presentado a PROINVERSIÓN para admisión a trámite.

C.2) ARTICULACIÓN DE POLITICAS SECTORIALES

El proceso de planeamiento del sector Salud se materializa en el Plan Estratégico Sectorial Multianual (PESEM 2016-2021), del cual se derivan los Planes de Desarrollo Regional Concertado, los Planes Estratégicos Institucionales, Plan Operativo Institucional y los Planes Especiales¹⁶. En dichos documentos se plasma la estrategia del sector Salud para el logro de sus objetivos y metas que satisfagan las necesidades de la población. Además estos instrumentos de gestión identifican los proyectos de inversión de impacto sectorial, regional o local reconocidos como prioritarios en el planeamiento estratégico.

En ese contexto, el presente Informe Multianual de Asociaciones Público Privadas (APP), para el Ministerio de Salud, contiene en esencia la cualidad de ser integrador, articulando el análisis y los contenidos en los documentos de planeamiento estratégico del sector Salud.

C.3) ARTICULACIÓN ENTRE PLANES E INVERSIONES:

Articulación del Plan Multianual de APP al Plan Sectorial Multianual 2016 – 2021.

El Planeamiento Estratégico, presenta cuatro fases: Prospectiva, Estratégica, Institucional y Seguimiento y Monitoreo¹⁷, la Fase Estratégica es aquella en la cual el sector define su estrategia, entendida como el “qué queremos lograr” (objetivos) y “cómo vamos a lograrlo” (acciones estratégicas). Para la primera parte de este proceso, es necesario recoger los instrumentos de política sectorial que ha desarrollado el sector; de ésta forma, se instrumentalizarán las políticas nacionales, programas nacionales, programas presupuestales, estrategias, planes temáticos y otros instrumentos de política, y al mismo tiempo, articulado al Plan Estratégico de Desarrollo Nacional – PEDN al 2021.

De acuerdo con el PESEM 2016 -2021 del sector Salud, el segundo objetivo estratégico plantea: Ampliar el Acceso y Cobertura de Aseguramiento para la Protección en Salud”. Específicamente en la acción estratégica relacionada con la expansión de la oferta de servicios de salud, se define:

- Expandir la Oferta de los Servicios de Salud, en el marco del Plan Multianual de Inversiones consensuado por el Ministerio de Salud y los Gobiernos Regionales, incluyendo las Asociaciones Público-Privadas y las Obras por Impuestos.

D) ESTRATEGIAS SECTORIALES

En el marco de las estrategias sectoriales no se ha identificado una cartera de proyectos orientada a la modalidad de ejecución de APPs de iniciativas estatales.

II. SECCIÓN PROGRAMACIÓN

En función de lo solicitado en el documento sobre lineamientos para la elaboración del Informe Multianual de Inversiones en APP, se define en éste acápite un formato de programación de uso de recursos públicos, por tanto se presenta a continuación los requerimientos presupuestales, compromisos firmes, de las Asociaciones Público Privadas que mantiene el MINSA para el periodo de análisis 2016-2025.



¹⁷ CEPLAN Directiva N° 001-2014/CEPLAN



A) ELABORACIÓN DEL REPORTE DE USO DE RECURSOS PÚBLICOS

La proyección del uso de los recursos públicos del Ministerio de Salud solo corresponde al único contrato de APP que está firmando y en operación, el contrato de gestión de bata gris del Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja. Este contrato, con vigencia por 10 años, que inició operaciones en Octubre de 2015 contiene los compromisos financieros en soles.

El Ministerio de Salud en el momento actual no cuenta con proyectos APPs de iniciativa estatal que cuenten con opinión favorable de Evaluación ni Iniciativas Privadas Cofinanciadas declaradas de interés.

Actualmente el MINSA ha declarado de prioridad y relevancia siete proyectos de Iniciativa Privada Cofinanciada y se encuentran en fase de Evaluación en PROINVERSION (ver anexo 2) pero sin declaratoria de Interés.

B) ESTIMACIÓN DE LOS INDICADORES DE GASTO PRESUPUESTAL

Indicador referencial de rigidez del gasto corriente por Asociaciones Público Privadas

Resulta del cociente del gasto corriente comprometido en APP de la cartera vigente (Un solo contrato) con relación al Presupuesto Total de gasto corriente de la entidad de cada año. El presupuesto de Gasto Corriente para el periodo 2016-2025 resulta del crecimiento anual de 6% indicado en los lineamientos de Elaboración del Informe Multianual de Inversiones en APP para el PIA del gastos corriente del año en curso, 2016.

Indicador N° 1:

Año	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Valor	2.0%	1.9%	1.9%	1.8%	1.7%	1.7%	1.6%	1.5%	1.5%	1.4%

Indicador referencial de rigidez del gasto de capital por Asociaciones Público Privadas

Resulta del cociente del gasto de capital comprometido en APP de la cartera vigente (Un solo contrato) con relación al Presupuesto Total de gasto de capital de la entidad de cada año.

Indicador N° 2:

En este caso no aplica, pues el contrato de gestión de bata gris del INSN San Borja no contempla el componente de inversión.

A continuación se muestra la tabla detallada del documento de Lineamientos para la elaboración del Informe Multianual de Inversiones en Asociaciones Público Privadas para el año 2016.



Handwritten signature.



Tabla N° 13: PROGRAMACION DE USO DE RECURSOS PUBLICOS PARA ASUMIR OBLIGACIONES DE PAGO DE COMPROMISOS

Inflación

2% 2% 2%

Entidad: Ministerio de Salud	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
CONTRATO APP N° 1 Gestión de bata gris del Instituto nacional de Salud del Niño San Borja	-	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Gasto de capital (no aplica)											
Gasto Corriente											
RPMO (*)	37.6	38.4	39.1	39.9	40.7	41.5	42.3	43.2	44.1	44.9	45.8
Supervisión de la APP (*)	3.0	3.1	3.1	3.2	3.3	3.3	3.4	3.5	3.5	3.6	3.7
Total requerimiento de Gasto Corriente Contrato APP N°1	40.6	41.4	42.3	43.1	44.0	44.8	45.7	46.7	47.6	48.5	49.5
Total de obligaciones de APPs en Gasto de Capital	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total de obligaciones de APPs en Gasto Corriente	40.6	41.4	42.3	43.1	44.0	44.8	45.7	46.7	47.6	48.5	49.5
INDICADORES											
PRESUPUESTO DEL MINISTERIO DE SALUD :											
GASTO CORRIENTE (En millones de S/.) 2i.		2,056.7	2,180.2	2,311.0	2,449.6	2,596.6	2,752.4	2,917.5	3,092.6	3,278.1	3,474.8
GASTO CAPITAL (En millones de S/.) 2i.		899.2	953.1	1,010.3	1,070.9	1,135.2	1,203.3	1,275.5	1,352.0	1,433.1	1,519.1
INDICADOR 1 - DE RIGIDEZ DE GASTO CORRIENTE POR APP (%)		2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
INDICADOR 2 - DE RIGIDEZ DE GASTO DE CAPITAL POR APP (%) no aplica		2.0%	1.9%	1.9%	1.8%	1.7%	1.7%	1.6%	1.5%	1.5%	1.4%

(*) incluye IGV de 18%

1i. El año 2015 se inicia operación en octubre

2i. Información recopilada en la consulta amigable del MEF

* Año 2016 corresponde al PIA del Pliego 11 y con las fuentes de financiamiento "Recursos Ordinarios" y "Recursos Directamente Recaudados", todo según los "Lineamientos para la Elaboración del Informe Multianual de Inversiones en APP's para el año 2016".

** Año 2017 y siguientes se multiplica por 6% adicional cada uno de los años de análisis, respecto a su año antecesor.

Nota. Los supuestos de inflación y crecimiento del gasto corriente del 6% corresponden a las proyecciones macroeconómicas del MMM del MEF



ANEXO N° 01

INFRAESTRUCUTA HOSPITALARIA EN LIMA METROPOLITANA

N°	Hospital	Ubicación Distrito	Año de construcción	Inicio de operación	Superficie de terreno m2	Superficie construida m2	Saneamiento físico
1	Hospital Nacional Sergio E. Bernales	Comas	1940	1940	153,425.00	20.364,30	Ministerio de Salud
2	Hospital Nacional Cayetano Heredia	San Martín de Porres	1968	1969	52,055.00	42.330,00	Ministerio de Salud
3	Hospital de Baja Complejidad Huaycán	Ate	1984	1984	11976,96	2.067,96	Registrado en COFOPRI a nombre del Ministerio de Salud
4	Hospital Nacional Hipólito Unanue	El Agustino	1950	1951	28,44 has.	15. 161,00	Ministerio de Salud.
5	Hospital Nacional Dos de Mayo	Cercado	1868	1875	54.226,45	46.500,69	R. S. N° 011-2008 MINSa
6	Hospital Nacional Arzobispo Loayza	Cercado	1915	1924	28,121.21	63,090.27	R. S. N° 011-2008 MINSa
7	Hospital de Apoyo Santa Rosa	Pueblo Libre	1959	1962	7,324.32	15,407.25	Ministerio de Salud
8	Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa	Miraflores	1957- Asignado 1972	1980	2198,37	5.370,31	Ministerio de salud
9	Instituto Nacional Materno Perinatal	Cercado	1549-2014	1826	17,059.81	31,174.88	R. S. N° 011-2008
10	Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas	Cercado	1959	1962	7,324.32 m2	15,407.25	R. S. N° 011-2008 MINSa
11	Instituto Nacional de Oftalmología	Cercado	Infraestructura Construida para otros fines	1997	18.932.48	7.762,32	Reg. Pub N 12280811 - N° 40750355
12	Instituto Nacional de Salud del Niño - Breña	Breña	1924	1929	47,090.06	47,090.06	R. S. N° 011-2008 MINSa
13	Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" Amistad Perú - Japón	Chorrillos	2010 - 2011,	2012	37,662.50	19,678.93	N° Partida 42164526
14	Hospital Nacional Daniel A. Carrión	Bellavista	1941 1968	1941 1968	49,247.94	50,947.76	Ministerio de Salud.
15	Hospital Carlos Lanfranco La Hoz	Puente Piedra	Entre 1969 y 1970	1971	11,500.60	6,041.60	Partida Registral N° 43041002 MINSa
16	Hospital San Juan de Lurigancho	San Juan de Lurigancho	1976	1976	10,000.00	8,350.00	Con Registro en SUNARP - MINSa
17	Hospital de Mediana Complejidad José Agurto Tello	Chosica	1915	1986	2,243.00	4,815.00	Propio
18	Hospital Vitarte	Ate	1961	1961 como P.S. 1991 como C.S. 2003 Como Hospital	1740	4,500.00	MINSa
19	Hospital Hermilio Valdizan	Santa Anita	1961	1961	50,974.00	13,543.10	MINSa RS N° 011-2008- MIMDES
20	Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé	Cercado	1939	1988 (En el local actual)	Local principal: 4,501.48 m2 Local Anexo: 1,448.90 m2	Local principal: 12 ,661.75 m2 Local Anexo: 957.24 m2	Local Principal: Partida Registral N° 07027722 Local Anexo: Partida Registral N° 400244743
21	Hospital Emergencias Pediátricas	La Victoria	1945	1985	2,211.39	5,844.54	MINSa
22	Hospital Víctor Larco Herrera	Magdalena	1901	1901	208,705.99	77,716.22	En gestión con la Beneficencia Pública
23	Hospital María	San Juan	1973	1983	45,566.10	23,523.61	MINSa

2

N°	Hospital	Ubicación Distrito	Año de construcción	Inicio de operación	Superficie de terreno m2	Superficie construida m2	Sancamiento físico
	Auxiliadora	de Miraflores					
24	Hospital de Ventanilla	Ventanilla	2004	2007	8922.63	5139.35	MINSA
25	Hospital San José	Carmen de la Legua Reynoso	1970	1973	4,398.28	7,350.00	El GORE les ha asignado otro terreno para un hospital en reemplazo del actual
26	Instituto Especializado de Salud Mental Honorio Delgado- Hildebrando Noguchi	San Martín de Porres	1980	1982	36,305.74	10,088.65	MINSA
27	Instituto Nacional de Salud del Niño-San Borja	San Borja	2010	2013	16,413.35	32,192.94	MINSA
28	Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas	Surquillo	1980-1985	1985	44,758.07	35,080.10	Propio - Partida Registral N° 10701R 16

ANEXO N° 2

PROYECTOS DE INVERSION APP – INICIATIVAS PRIVADAS COFINANCIADAS

N°	NOMBRE DE LA IPC	TIPO DE INTERVENCION	MONTO DE INVERSION	ESTADO
1	"Diseño, Construcción, Equipamiento, Financiamiento, Mantenimiento, Gestión No Hospitalaria Y Cesión Del Hospital Nacional Cayetano Heredia"	Construcción integral	S/. millones 563	En formulación
2	"Hospital Huaycán, Ubicado En El Distrito De Ate Vitarte, Provincia Y Departamento De Lima"	Construcción integral	S/. millones 259	En formulación
3	"Diseño, Construcción, Operación Y Mantenimiento Del Hospital Nacional Hipólito Unánue"	Construcción integral	S/. millones 729	En formulación
4	"Nuevo Complejo Hospitalario Sergio Bernales"	Construcción integral	S/. millones 894	En formulación
5	"Gestión De Residuos Hospitalarios En Los Establecimientos De Salud Del Ministerio De Salud De Lima Metropolitana"	Construcción de 2 plantas de tratamiento	S/. millones 117	En evaluación
6	"Mejoramiento Del Hospital Dos De Mayo"	Construcción integral	S/. millones 1,189	Presentado a PROINVERSIÓN para admisión a trámite.
7	"Instalación De Servicios De Salud Especializados En El Distrito De Piura Y Redimensionamiento De Los Servicios De Salud Del Hospital De Apoyo III Sullana"	Construcción integral: (i) Hospital de Sullana. (ii) Hospital de Servicios de Salud Especializados de Piura.	S/. millones 525	Presentado a PROINVERSIÓN para admisión a trámite.