



PERÚ

Ministerio  
de Salud

**INFORME MULTIANUAL DE INVERSIONES  
EN ASOCIACIÓN PÚBLICO PRIVADAS DEL  
MINISTERIO DE SALUD  
2023-2025**

**Enero 2023**

## CONTENIDO

SIGLAS Y ACRÓNIMOS.....	3
INTRODUCCIÓN .....	4
1. SECCIÓN PLANEAMIENTO .....	5
1.1. Diagnóstico situacional del Sector Salud .....	5
1.2. Diagnóstico de los servicios públicos en salud en el Perú .....	7
1.3. Estrategias para el logro de objetivos a corto y mediano plazo .....	18
1.4. Indicadores de Brecha de Infraestructura y Equipamiento del Sector Salud .....	24
1.5. Contribución de las APP al logro de los objetivos .....	31
1.6. Lineamientos para la identificación de proyectos de APP en salud .....	34
1.7. Identificación de potenciales proyectos APP .....	35
1.8. Descripción de los proyectos potenciales .....	36
1.9. Priorización de proyectos .....	41
1.10. Aplicación de los criterios de elegibilidad para potenciales proyectos de APP .....	42
2. SECCION PROGRAMACIÓN .....	55
2.1. Elaboración del reporte de uso de recursos .....	55
2.2. Estimación de los indicadores de gasto presupuestal.....	56
2.2.1. Indicador referencial de rigidez del gasto corriente por Asociación Público Privada .....	57
2.2.2. Indicador referencial de rigidez del gasto de capital por Asociación Público Privada .....	57
ANEXO .....	59



## SIGLAS Y ACRÓNIMOS

<b>APP</b>	Asociación Público - Privada
<b>ES</b>	Establecimiento de Salud
<b>ESSALUD</b>	Seguro Social de Salud
<b>IEC</b>	Iniciativa Estatal Cofinanciada
<b>IPC</b>	Iniciativa Privada Cofinanciada
<b>MINSA</b>	Ministerio de Salud
<b>PESEM</b>	Plan Estratégico Sectorial Multianual
<b>PEI</b>	Plan Estratégico Institucional
<b>SUSALUD</b>	Superintendencia Nacional de Salud
<b>UIT</b>	Unidad Impositiva Tributaria
<b>UPSS</b>	Unidad Productora de Servicios de Salud



## INTRODUCCIÓN

La inversión en infraestructura pública es considerada como una condición esencial para lograr el desarrollo del país, en función a las externalidades positivas que genera y que repercuten en la eficiencia general de la economía.

Para el sector salud, las inversiones constituyen además una estrategia necesaria para promover el acceso progresivo de la población a los servicios de salud, tendiente a lograr la cobertura universal en salud.

Con este propósito el Ministerio de Salud, en el marco de sus prioridades y líneas de acción, busca modernizar la infraestructura, equipamiento y gestión de los servicios de salud a nivel nacional y consolidar la oferta de servicios de salud en Lima Metropolitana, como su ámbito de responsabilidad directa.

De esta manera, de acuerdo a lo establecido en la normatividad vigente, se busca reducir las brechas existentes en materia de calidad y acceso a los servicios de salud; así como, asegurar la sostenibilidad de la operación y mantenimiento de nuevas y modernas obras, para hacer más efectiva la protección social en salud, siendo necesarias las inversiones para la renovación y expansión de la oferta de los establecimientos de salud, con énfasis en la infraestructura hospitalaria, a fin de dar continuidad a la atención en salud, la cual se puede lograr a través de la implementación de Asociaciones Público Privadas (APP).

En esta línea, conforme a lo señalado en el numeral 40.2 del Reglamento del Decreto Legislativo N° 1362, el IMIAPP tiene una vigencia de 3 (tres) años contados a partir de su aprobación. Considerando que el IMIAPP en Salud 2019-2021 se aprobó con la Resolución Ministerial N° 723-2018/MINSA del 01/08/2018 y que a la fecha dicho IMIAPP ya no se encuentra vigente, corresponde elaborar y presentar una nueva propuesta de IMIAPP 2023-2025.



## 1. SECCIÓN PLANEAMIENTO

### 1.1. Diagnóstico situacional del Sector Salud

El Perú tiene un patrón de doble carga de enfermedad, por un lado, las enfermedades transmisibles, perinatales y nutricionales continúan ocasionando un número importante de años de vida saludable perdidos; y las enfermedades no transmisibles, con tendencia creciente, ocasionan una alta carga de enfermedad<sup>1</sup>.

La carga actual de atención de enfermedades, con predominio de enfermedades no transmisibles, demanda una atención continua e individualizada, con fuerte componente de prevención y seguimiento permanente de cuidados rutinarios en el primer nivel de atención, y el acceso esporádico a servicios de mayor complejidad y, por ello, la necesidad de una adaptación de la oferta. Lo señalado implica, entre otros aspectos, continuar la atención de los problemas de salud derivados de procesos agudos por COVID-19, así como sus secuelas (problemas de discapacidad respiratoria, motora, neurológica, entre otros). Los problemas en la atención de enfermedades se han agudizado al haber sido postergadas por la pandemia, y también los problemas de brechas de atención pre pandemia (embalses clínico-quirúrgicos), reagudizados por las restricciones de oferta<sup>2</sup>.

Los patrones de enfermedad y muerte prematura o presencia de discapacidad asociada a éstas generan en el país la pérdida de años de vida saludables (Avisa). El 60% se debe a afecciones no transmisibles, seguidas de afecciones materno-perinatales y accidentes. La salud mental ocupa el primer lugar en ocasionar años de vida perdidos por enfermedad. La elevada carga de enfermedades no transmisibles conduce a una mayor utilización de los servicios de salud, mayor costo de la atención y exige mayor capacidad resolutive de los servicios de salud.

Al analizar los factores de riesgo o determinantes sociales modificables, se observa que la desnutrición y exceso de peso, ocupan los primeros lugares de la lista de factores, que caracterizan esta doble carga de enfermedad, tanto por exceso como por carencia, y donde se destacan factores de riesgo comunes como son una alimentación inadecuada.

#### Situación nutricional

Peso al nacer. Entre el 2012 y el 2019, la prevalencia de bajo peso al nacer en el Perú se ha mantenido constante, presentándose diferencias importantes entre la



<sup>1</sup> Plan Estratégico Multisectorial al 2030 de la Política Nacional Multisectorial de Salud "Perú, país saludable"

<sup>2</sup> Plan Estratégico de Desarrollo Nacional al 2050

sierra y la costa, aun dentro de una misma provincia. Los indicadores más pobres se presentan asociados a bebés hijos de madres sin educación.

Los datos de bajo peso al nacer son un aviso de alerta a la familia, a la comunidad y a las autoridades para su atención oportuna y prevención para asegurar el pleno desarrollo de capacidades humanas de estos bebés. En Perú en el año 2021 nacieron aproximadamente 38 mil bebés cada mes. de los cuales alrededor de 2400 fueron de bajo peso (Minsa, 2022).

#### Nutrición infantil

En los últimos años la desnutrición crónica infantil se ha reducido de 28,5 % en el 2007 a 11,5 % en el 2021; sin embargo, la anemia infantil afecta aún al 38 % en el 2021, a pesar de una modesta reducción de 1,2 % con relación al 2020.

En el 2020 la prevalencia de desnutrición crónica en menores de cinco años alcanzó al 12,1 % a nivel nacional en niveles similares a los estimados para el 2019 (12,2 %), siendo mayor en el área rural (24,8 %) que en el área urbana (7,2 %) y con una brecha bien amplia entre Huancavelica (31,5 %), Loreto (25,2 %) y Cajamarca (24,4 %) frente a los niveles registrados en Moquegua (2,2 %), Tacna (1,9 %) o Ica (5,9%), entre otros.

Asimismo, en el 2021 la prevalencia de desnutrición crónica en menores de cinco años alcanzó el 38,8 % a nivel nacional, mostrando una reducción de 0,6 % en relación al 2020 (12,1 %), siendo mayor en el área rural (24,4 %) que en el área urbana (6,8 %) y con una brecha bien amplia entre Huancavelica (27,1 %), Loreto (23,6 %) y Cajamarca (20,9 %) frente a los niveles registrados en Tacna (1,5 %), Moquegua (2,9 %) o Ica (4,4 %), entre otros.

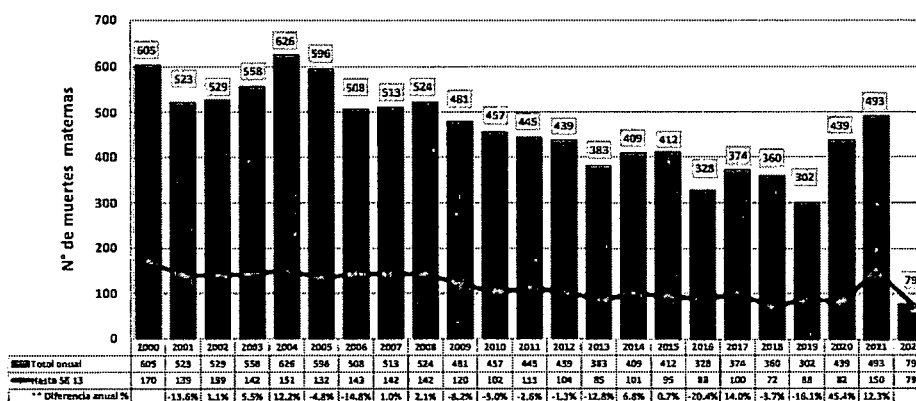
Simultáneamente los niveles de exceso de peso (sobrepeso y obesidad), están en aumento en el país, afectando al 10,0 % de niños menores de 5 años (INEI, 2021), y al 62,5 % de la población de 15 años y más de edad (INEI, 2021). Además, se observa una coexistencia del exceso de peso y obesidad con deficiencias nutricionales; en el ámbito rural, el 62,9 % de mujeres en edad fértil tienen exceso de peso, mientras que el 24,8 % de los niños y niñas menores de cinco años y el 48,4 % de niñas y niños entre seis y 35 meses de edad padecen de desnutrición crónica y anemia, respectivamente (INEI, 2021). Esta situación forma parte de la doble cara de la enfermedad, manifestándose brechas amplias en los niveles de anemia en niños de 6 a 35 meses de edad que viven en pobreza (50,2 %), así como en niños cuyo jefe de hogar tiene como lengua materna una lengua nativa frente a los de habla castellana.



## Muerte materna

La reducción de la mortalidad materna, ha sido priorizada a nivel nacional e internacional mediante el planteamiento de diversas estrategias y compromisos. La mayoría de las muertes maternas son evitables, debido a que las soluciones sanitarias para prevenir o tratar las complicaciones durante el embarazo, parto o puerperio son conocidas, por lo que constituye un importante problema de derechos humanos, de equidad de género y de justicia social.

Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades



\*Hasta SE 13 del año 2022 (Al 02 de abril 2022) /\*\* Diferencia porcentual con respecto al año anterior. Se consideraron las muertes notificadas como directa e indirecta, ocurridas hasta los 42 días de culminada la gestación.  
Fuente: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades - MINSA

La pandemia de la COVID-19 reconfirmó lo mostrado por las cifras previas respecto de las serias limitaciones del sistema de salud para atender la demanda ciudadana: siete de cada diez peruanos que se sienten enfermos no acuden a atenderse en un centro médico, puesto de salud u hospital (y no por falta de dinero). Además, 4 de cada 10 soles destinados a la inversión pública en salud no son ejecutados por los niveles de gobierno central, regional ni local. Asimismo, existe una brecha de seis profesionales de salud (medicina, enfermería, obstetricia) para alcanzar cuarenta y cuatro requeridos por cada diez mil habitantes.<sup>3</sup>

### 1.2. Diagnóstico de los servicios públicos en salud en el Perú

En el país existe un sistema de salud segmentado y fragmentado. La segmentación se evidencia en los sistemas y subsistemas que existen el sector público (además, de los establecimientos de salud de las Fuerzas Armadas y la PNP), el sector de la seguridad social en salud y el sector privado, que a su vez



<sup>3</sup> Conexión ESAN, Salud en el Perú 2021-2026 hacia donde vamos

tienen sus propios mecanismos de financiamiento, provisión y afiliación para grupos de población específicos.

La expansión del aseguramiento en salud resultó en mayor acceso de la población a los servicios. Sin embargo, en el sector público la mayor demanda por atención se frenó por problemas en la capacidad de respuesta de la oferta de servicios. La atención en establecimientos públicos (MINSA, GORE, ESSALUD, FFAA, PNP) no ha respondido a la demanda de los asegurados, quienes se ven obligados a recurrir a los prestadores privados y farmacias (automedicación). Las restricciones estructurales de la oferta de servicios requieren de una intervención urgente que evite que el gasto en salud se traslade al gasto de los hogares.

En este contexto, resulta importante que el esfuerzo de búsqueda de atención por parte de la población encuentre el desarrollo de un primer nivel fortalecido, que implica contar con servicios disponibles con un enfoque territorial en el marco de las Redes Integradas de Salud y un segundo nivel lo suficientemente especializado para contener la demanda de salud regional y macrorregional.

Por ello, es necesario avanzar con la implementación de las RIS, en Lima Metropolitana y regiones priorizadas, según el Programa de Inversiones financiado por el Banco Interamericano de Desarrollo y el Banco Mundial, «Creación de Redes Integradas de salud», el cual incluye la actualización de las metodologías para la planificación de las RIS. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) considera que las redes integradas de servicios de salud son una estrategia que contribuye a la salud universal y, por ende, a la prestación de servicios de salud, más accesibles, equitativos, eficientes, de mejor calidad técnica, y que satisfagan mejor las expectativas de los ciudadanos.

#### **Estado situacional actual de la infraestructura de salud en el país**

De acuerdo con datos del Registro Nacional de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - RENIPRESS de la Superintendencia Nacional de Salud, el Sector Salud cuenta con más de ocho mil establecimientos de salud del primer nivel de atención, incluyendo a EsSalud, sanidades de las Fuerzas Armadas y de la Policía Nacional del Perú.

En la siguiente tabla, se presenta solamente la cantidad de establecimientos de salud activos y en funcionamiento, por categoría y según institución responsable. No incluye establecimientos de salud que no cuentan con Código Único de IPRESS o con la clasificación correspondiente a su nivel resolutivo.





**Tabla N° 1: Establecimientos de Salud del Primer Nivel de Atención del Sector Público**

Institución Responsable	Categoría del Establecimiento de Salud				Total	Porcentaje
	I-1	I-2	I-3	I-4		
ESSALUD	1	164	121	23	309	3.52%
GOBIERNO REGIONAL	4303	2028	1091	274	7696	87.62%
ISPE	14	31	8		53	0.60%
MINSA	4	152	195	35	386	4.39%
MUNICIPALIDAD DISTRITAL	3	13	12		28	0.32%
MUNICIPALIDAD PROVINCIAL		1	37		38	0.43%
SANIDAD DE LA FUERZA AEREA DEL PERU	3	14	7	2	26	0.30%
SANIDAD DE LA MARINA DE GUERRA DEL PERU	11	23	3	2	39	0.44%
SANIDAD DE LA POLICIA NACIONAL DEL PERU	6	37	32	3	78	0.89%
SANIDAD DEL EJERCITO DEL PERU	27	84	10	9	130	1.48%
<b>Total</b>	<b>4372</b>	<b>2547</b>	<b>1516</b>	<b>348</b>	<b>8783</b>	<b>100.00%</b>
<b>Porcentaje</b>	<b>49.78%</b>	<b>29.00%</b>	<b>17.26%</b>	<b>3.96%</b>	<b>100.00%</b>	

Fuente: Diagnostico de brechas de infraestructura y equipamiento. Enero 2021

A inicios de 2021, el 97.1% de los establecimientos de salud de primer nivel de atención (8,531 de 8,783) presentó capacidad instalada inadecuada, según estimación del documento "Diagnostico de Brechas de Infraestructura y Equipamiento del Sector Salud" para el año 2020, lo que se entiende como infraestructura precaria, equipamiento obsoleto, inoperativo o insuficiente. Esta cifra refleja la urgencia de una intervención integral en infraestructura y equipamiento en casi todos los establecimientos de atención primaria.

**Tabla N° 2: Establecimientos de Salud del Primer Nivel de atención con capacidad instalada inadecuada por circunscripción departamental 2020**

Departamento	Total de establecimientos de salud (ES)	ES del primer nivel de atención con capacidad instalada inadecuada (ESI)	Porcentaje de ES del primer nivel de atención con capacidad instalada inadecuada
AMAZONAS	490	482	98%
ANCASH	424	409	96%
APURIMAC	397	375	94%
AREQUIPA	293	289	99%
AYACUCHO	413	358	87%
CAJAMARCA	874	863	99%
CALLAO	84	84	100%
CUSCO	375	353	94%
HUANCAVELICA	417	404	97%
HUÁNUCO	338	326	96%
ICA	165	164	99%
JUNÍN	536	530	99%
LA LIBERTAD	332	315	95%
LAMBAYEQUE	199	199	100%
LIMA	851	846	99%



Departamento	Total de establecimientos de salud (ES)	ES del primer nivel de atención con capacidad instalada inadecuada (ESI)	Porcentaje de ES del primer nivel de atención con capacidad instalada inadecuada
LORETO	458	456	100%
MADRE DE DIOS	99	99	100%
MOQUEGUA	70	69	99%
PASCO	269	266	99%
PIURA	448	435	97%
PUNO	487	463	95%
SAN MARTÍN	390	375	96%
TACNA	98	98	100%
TUMBES	56	53	95%
UCAYALI	220	220	100%
<b>TOTAL</b>	<b>8783</b>	<b>8531</b>	<b>97%</b>

Fuente: Diagnostico de brechas de infraestructura y equipamiento. Enero 2021

Al mes de diciembre de 2020, en el Registro Nacional de IPRESS se contabilizó 247 hospitales de segundo y tercer nivel de atención, de los cuales 139 son de categoría II-1, 49 son de categoría II-2, 22 de categoría II-E, 31 de categoría III-1 y 6 corresponden a la categoría III-E.

**Tabla N° 3: Hospitales del Segundo y Tercer Nivel de Atención**

Departamento	Categorías de los hospitales					Total
	II-1	II-2	II-E	III-1	III-E	
AMAZONAS	7	1				8
ANCASH	9	3				12
APURIMAC	3	3				6
AREQUIPA	6		2	3		11
AYACUCHO	7	1	2			10
CAJAMARCA	8	2	1			11
CALLAO	1	2	1	3		7
CUSCO	5		2	3		10
HUANCAVELICA	4	1				5
HUÁNUCO	2	2	1			5
ICA	7	2				9
JUNÍN	7	2	1	1	2	13
LA LIBERTAD	22	1	1	3	1	28
LAMBAYEQUE	3	1		2		6
LIMA	14	12	5	13	3	47
LORETO	4	1		2		7
MADRE DE DIOS	2					2
MOQUEGUA	3	1				4
PASCO	4	1	1			6
PIURA	4	2		1		7
PUNO	10	4	1			15
SAN MARTÍN	5	1	4			10
TACNA		2				2
TUMBES	2	1				3
UCAYALI		3				3
<b>TOTAL</b>	<b>139</b>	<b>49</b>	<b>22</b>	<b>31</b>	<b>6</b>	<b>247</b>

Fuente: Diagnostico de brechas de infraestructura y equipamiento. Enero 2021



En cuanto al estado de los 247 hospitales contabilizados a nivel nacional, 236 tienen capacidad instalada inadecuada. En términos proporcionales, el incremento de infraestructura inadecuada entre 2019 y 2020 habría pasado del 51% al 96%. Esta brecha se explicaría por el colapso sanitario que originó el incremento sustancial de las atenciones a pacientes con coronavirus. A nivel desagregado, los departamentos con menores indicadores de brecha de infraestructura y equipamiento en estos establecimientos son Tumbes (67%), San Martín (70%), Moquegua (75%) e Ica (89%).

**Tabla N° 4: Hospitales con capacidad instalada inadecuada por circunscripción departamental 2020**

Departamento	Cantidad total de hospitales (HOS)	Hospitales con capacidad instalada inadecuada (HOSI)	Porcentaje de hospitales con capacidad instalada inadecuada
AMAZONAS	8	8	100%
ANCASH	12	11	92%
APURIMAC	6	6	100%
AREQUIPA	11	11	100%
AYACUCHO	10	9	90%
CAJAMARCA	11	11	100%
CALLAO	7	7	100%
CUSCO	10	10	100%
HUANCAVELICA	5	5	100%
HUÁNUCO	5	5	100%
ICA	9	8	89%
JUNÍN	13	12	92%
LA LIBERTAD	28	27	96%
LAMBAYEQUE	6	6	100%
LIMA	47	47	100%
LORETO	7	7	100%
MADRE DE DIOS	2	2	100%
MOQUEGUA	4	3	75%
PASCO	6	6	100%
PIURA	7	7	100%
PUNO	14	13	93%
SAN MARTÍN	10	7	70%
TACNA	2	2	100%
TUMBES	3	2	67%
UCAYALI	3	3	100%
<b>TOTAL</b>	<b>247</b>	<b>236</b>	<b>96%</b>

Fuente: Diagnóstico de brechas de infraestructura y equipamiento. Enero 2021



Se menciona como antecedente, con resultados similares, que el estudio realizado con el apoyo del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) para el Ministerio de

Salud<sup>4</sup> en el año 2016, el cual presentó el diagnóstico del estado situacional de la infraestructura e instalaciones en 28 (veintiocho) hospitales e institutos a nivel de Lima Metropolitana y Callao, de los cuales 12 (doce) son hospitales de categoría III-1, 03 (tres) son hospitales de categoría II-1, 04 (cuatro) son hospitales de categoría II-2, 01 (uno) es un hospital de categoría III – E y 08 (ocho) son de categoría III-2 (Institutos). De este total, se identificó que 16 dieciséis establecimientos de salud superaban los 50 (cincuenta) años de antigüedad, por lo que, desde el punto de vista físico, habían cumplido su vida útil y habían perdido vigencia tecnológica.

Asimismo, dicho estudio también hace referencia a un número importante de establecimientos de salud que se encontraban ubicados en distritos que han tenido su origen en asentamientos humanos, ubicados en la periferia de la ciudad de Lima (Comas, San Martín de Porres, Ate, El Agustino, San Juan de Lurigancho), generalmente en terrenos situados en arenales o áreas de cultivo, que no fueron concebidos desde su inicio como hospitales, por lo cual la infraestructura se fue adaptando, ocasionando serios problemas en la distribución funcional de los servicios.

En tal sentido, estos serios problemas funcionales de los ES exponían al peligro a la población usuaria, más aún en una región altamente vulnerable a los desastres naturales, como los sismos, inundaciones, etc., por lo cual se hace necesario tomar medidas de reducción del riesgo que aseguren la sostenibilidad y continuidad de los servicios.

De los 28 (veintiocho) establecimientos de salud evaluados, 14 (catorce) de ellos (09 hospitales y 05 institutos) tienen terreno disponible para realizar posibles intervenciones físicas importantes en su infraestructura como ampliaciones, remodelaciones y según resultados de la evaluación hasta reemplazos de su infraestructura. Estos establecimientos son:

1. Hospital Nacional Arzobispo Loayza
2. Hospital Nacional Sergio E. Bernales
3. Hospital Nacional Dos de Mayo
4. Hospital Nacional Cayetano Heredia
5. Hospital Nacional Hipólito Unanue
6. Hospital Nacional Daniel A. Carrión
7. Hospital Hermilio Valdizán



<sup>4</sup> Estudio Diagnóstico de la Red Hospitalaria de Lima Metropolitana, Ministerio de Salud, Banco Interamericano de Desarrollo, 2016

8. Hospital Víctor Larco Herrera
9. Hospital María Auxiliadora
10. Instituto Especializado de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi
11. Instituto Nacional de Oftalmología
12. Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas
13. Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" Amistad Perú – Japón
14. Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.

Finalmente, el estudio concluye que existe una relación directa entre la antigüedad de la infraestructura, con el mal estado de las estructuras, de las instalaciones, de los acabados y de la funcionalidad, debido al crecimiento no planificado, la falta o escasa intervención con mantenimiento (principalmente preventivo) y la pérdida de la vigencia tecnológica.

Por otra parte, el 77% de los institutos especializados (10 de los 13 existentes a nivel nacional) no cuenta con infraestructura y equipamiento acordes con los estándares sectoriales establecidos, mientras que en 2019 este valor era del 60%.

En el caso de los laboratorios del Instituto Nacional de Salud (INS), entidad dedicada a la investigación de problemas prioritarios de salud y de desarrollo tecnológico, la realidad es más preocupante, con un 96% de establecimientos con capacidad instalada inadecuada, reflejando una variación nula respecto a la cifra calculada para el año 2019; situación similar se presenta en el caso de los laboratorios regionales de salud pública, de los cuales el 96% no se encuentra en condiciones óptimas en relación con la infraestructura y el equipamiento especializado para ofrecer el servicio.

De acuerdo con el citado diagnóstico, el país presenta una brecha de 1,791 centros del primer nivel de atención, es decir, un 44% para contar con el óptimo de 4,041 requeridos. De igual forma, por el lado de los hospitales, el país requiere 156 para alcanzar la cantidad óptima estimada de 383 establecimientos de salud.

En este escenario, la inversión pública juega un rol determinante para la generación del capital necesario que permita garantizar la provisión adecuada del servicio de salud. Sin embargo, aún queda un gran espacio de mejora en cuanto a ejecución del presupuesto destinado a nivel de Gobiernos subnacionales. Para tener una idea, de acuerdo con el Reporte de Eficacia del Gasto, en 2020, la ejecución de la inversión pública en salud a nivel de Gobiernos regionales fue del 68.3% y, peor aún, el departamento de Cajamarca solo registró un avance del



16.7% del presupuesto destinado. Esto cobra mayor relevancia si consideramos que, de acuerdo con el reporte del Minsa, el 87.5% de los establecimientos del primer nivel de atención del sector público a nivel nacional se encuentran bajo la responsabilidad de los Gobiernos regionales.

A pesar del significativo volumen de inversiones en infraestructura pública realizadas en los últimos años, el Perú mantiene una brecha de infraestructura que se estima ascendería a 363 (trescientos sesenta y tres) mil millones de soles, de los cuales 59 (cincuenta y nueve) mil millones corresponden a la brecha en salud<sup>5</sup>, lo que redundará en una mala calidad del servicio, no sólo debido a la falta de presupuesto sino también a la inadecuada gestión de los recursos<sup>6</sup>.

**Tabla N° 5: Valor de la brecha de acceso básico a infraestructura (Millones de soles)**

Valor de la brecha de acceso básico a infraestructura (corto y largo plazo) (millones de soles)							
N°	Sector	Brecha de corto plazo a Perú potencial <sup>1</sup>	Grupos de países de comparación (en amarillo se muestra el grupo de países seleccionado como comparador de largo plazo)				Brecha de largo plazo
			Alianza del Pacífico 1/	Países de ingresos medios altos e ingresos altos 2/	Países asiáticos 3/	OCDE 4/	
1 Agua	Urbano	317	1.960	789	554	1.950	24.245
	Rural	5.702	17.507	14.292	15.055	22.295	
2 Saneamiento	Urbano	-	3.792	927	-	8.606	71.544
	Rural	28.819	45.669	42.247	76.986	62.938	
3 Telecomunicaciones	Móvil	12.151	12.863	12.728	32.680	13.992	20.377
	Banda ancha	-	2.317	2.327	-	6.385	
4 Transportes	Ferrocarriles	20.430	46.124	286.971	-	305.923	160.958
	Carreteras	15.540	782	105.617	41.039	451.047	
	Aeropuertos	-	-	-	-	4.254	
	Puertos	-	-	848	4.963	-	
5 Electricidad		-	6.300	3.495	5.046	7.059	7.059
6 Educación	Nivel inicial	-	-	-	-	238	5.917
	Nivel primaria	-	-	-	-	1.399	
	Nivel secundaria	-	-	-	-	4.280	
7 Salud		27.545	2.577	58.727	8.869	85.262	58.727
8 Hidráulico		6.579	-	14.625	2.766	7.142	14.625
<b>Total brecha corto plazo</b>		<b>117.183</b>	<b>Total brecha de largo plazo</b>				<b>363.452</b>

1/ Países de la Alianza del Pacífico, sin incluir al Perú: Colombia, Chile y México. En el caso de ferrocarriles, la comparación se realiza únicamente con Colombia y México debido a que, de manera similar al Perú, el uso predominante de los ferrocarriles es de carga.

2/ Incluye a todos los países clasificados por el Banco Mundial como países de ingresos medios altos (upper middle-income) y países de ingresos altos con un PBI per cápita inferior a 20.578 dólares (ajustado por poder de paridad de compra).

3/ Mediana de los países asiáticos. Estos son: China, Indonesia, Japón, Corea del Sur, Malasia, Filipinas, Singapur, Tailandia y Vietnam.

4/ Mediana de los países OCDE.

Fuente: Universidad del Pacífico.



Asimismo, según estadísticas publicadas por el Banco Mundial, en el año 2018 el número de camas hospitalarias a nivel nacional, en promedio, es equivalente a 0.8 camas por cada 1,000 habitantes<sup>7</sup>, por debajo del promedio mundial de 1.8 (año

<sup>5</sup> Plan Nacional de Infraestructura para la Competitividad 2019

<sup>6</sup> Según el Plan Nacional de Infraestructura 2016-2025, elaborado por la Universidad del Pacífico, por encargo de la "Asociación para el Fomento de la Infraestructura Nacional" (AFIN).

<sup>7</sup> Banco Mundial en: <https://datos.bancomundial.org/indicador/SH.MED.BEDS.ZS?view=chart>

2017) y del promedio de los países de la OCDE de 3.8 (año 2017). Ello brinda una aproximación sobre cómo se encuentra nuestro sistema de salud y el nivel de preparación para entregar servicios oportunos a quienes los necesitan.

Otro aspecto importante, es que la mayoría de establecimientos de salud tienen muchos años de antigüedad y no cuentan con un adecuado plan de mantenimiento de infraestructura 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 segundo como en el tercer nivel de atención; tal como lo muestra la Tabla N° 6.

**Tabla N° 6: Antigüedad de la infraestructura de los Establecimientos de Salud**

Antigüedad	NIVELES DE COMPLEJIDAD		
	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

En relación al estado actual de la infraestructura del sector salud, el 48% de los establecimientos de salud públicos a nivel nacional, analizados por el Observatorio Nacional de Infraestructura y Equipamiento de los Establecimientos de Salud – ONIEES, no cuenta con terreno propio.

**Tabla N° 7: Propiedad de terrenos de los establecimientos de salud**

	NO CUENTA	SI CUENTA	NO INDICA	TOTAL
<b>GOBIERNO REGIONAL</b>	<b>3,645</b>	<b>3,154</b>	<b>800</b>	<b>7,599</b>
<b>%</b>	<b>48%</b>	<b>42%</b>	<b>11%</b>	<b>100%</b>
Primer Nivel	3,615	3,052	785	7,452
Segundo Nivel	26	92	15	133
Tercer Nivel	4	10		14
<b>MINSA</b>	<b>150</b>	<b>212</b>	<b>19</b>	<b>381</b>
<b>%</b>	<b>39%</b>	<b>56%</b>	<b>5%</b>	<b>100%</b>
Primer Nivel	150	189	17	356
Segundo Nivel		4	1	5
Tercer Nivel		19	1	20
<b>Total</b>	<b>3,795</b>	<b>3,366</b>	<b>819</b>	<b>7,980</b>
<b>%</b>	<b>48%</b>	<b>42%</b>	<b>10%</b>	<b>100%</b>

Fuente: ONIEES - Fichas Técnicas de Establecimientos de Salud 2013-2017



Asimismo, el 33% de establecimientos de salud de los Gobiernos Regionales tiene una antigüedad de 20 a 30 años y el 34% de los establecimientos de salud a cargo del MINSA tiene de 30 a 40 años de antigüedad. Las cifras de esta muestra de establecimientos de salud expresan parte de las características de las condiciones inadecuadas en que se brindan los servicios de salud.

**Tabla N° 8: Antigüedad de los establecimientos de salud**

	Primer Nivel	Segundo Nivel	Tercer Nivel	Total	%
<b>GOBIERNO REGIONAL</b>	<b>7,452</b>	<b>133</b>	<b>14</b>	<b>7599</b>	
Menor a 10 años	776	6	2	784	10%
10 a 20 años	1,445	9	1	1455	19%
20 a 30 años	2,492	10	2	2504	33%
30 a 40 años	1,114	24	0	1138	15%
40 a 50 años	359	23	1	383	5%
Mayor a 50 años	201	48	7	256	3%
(en blanco)	1,065	13	1	1079	14%
<b>MINSA</b>	<b>356</b>	<b>5</b>	<b>20</b>	<b>381</b>	
Menor a 10 años	16	0	2	18	5%
10 a 20 años	39	0	0	39	10%
20 a 30 años	89	0	1	90	24%
30 a 40 años	122	1	7	130	34%
40 a 50 años	31	2	0	33	9%
Mayor a 50 años	47	1	9	57	15%
(en blanco)	12	1	1	14	4%
<b>Total</b>	<b>7,808</b>	<b>138</b>	<b>34</b>	<b>7,980</b>	

Fuente: ONIEES - Fichas Técnicas de Establecimientos de Salud 2013-2017

Adicionalmente, es preciso mencionar que actualmente la pandemia del COVID 19 ha generado una sobre demanda de los recursos físicos de los servicios más críticos de los hospitales de Perú, que no se ha podido satisfacer porque han sido insuficientes y ha presentado muchas deficiencias, asociado a la situación insuficiente de recursos humano en salud y materiales e insumos. Se ha observado la dificultad de cambiar de uso de los servicios en la emergencia debido a la rigidez de los diseños y de los sistemas constructivos, principalmente en las edificaciones más antiguas.





En tal sentido, desde el inicio de la pandemia, la COVID 19 ha logrado exponer la actual situación de los servicios de salud y mostrar todas las restricciones que existen en los establecimientos de salud para brindar una adecuada atención de salud a las personas que lo requieren.

#### **Estado situacional actual del Equipamiento**

De acuerdo al Plan de Equipamiento de Establecimientos de Salud de los Gobiernos Regionales 2019-2021, aprobado mediante Resolución Ministerial N° 172-2019/MINSA, del total de necesidades de equipamiento, el 80% corresponde a reposición de equipamiento y el 20% a equipamiento nuevo, lo que representa un monto de S/ 604,831,583.63 (Seiscientos cuatro millones ochocientos treinta y un mil quinientos ochenta y tres con sesenta y tres centésimos) y S/ 491,015,647.50 (Cuatrocientos noventa y un millones quince mil seiscientos cuarenta y siete con cincuenta centésimos), respectivamente.

Asimismo, conforme al Plan de Equipamiento de Lima Metropolitana 2019 - 2021, aprobado mediante Resolución Ministerial N° 178-2019/MINSA, se requiere un 72% de equipos por reposición y un 28% de equipamiento nuevo. El monto de reposición asciende a la suma de S/ 270,063,175.8 y de equipamiento nuevo a S/ 351,428,418.6.

#### **Estado situacional actual del Mantenimiento**

De acuerdo a los Planes Multianuales de Mantenimiento de la Infraestructura y el Equipamiento en los Establecimientos de Salud de los Gobiernos Regionales 2019 - 2021, aprobado mediante Resolución Ministerial N° 283-2019/MINSA, del total de necesidades de mantenimiento, el 22% corresponde a equipamiento y el 78% a infraestructura, lo que representa un monto de S/ 73,811,079 y S/ 263,098,955 respectivamente.

Asimismo, conforme al Plan Multianual de Mantenimiento de la Infraestructura y Equipamiento de Establecimientos de Salud de Lima Metropolitana 2019 - 2021, aprobado mediante Resolución Ministerial N° 332-2019/MINSA, se requiere un 9% para mantenimientos de equipos y un 91% para el mantenimiento de la infraestructura. El monto de reposición asciende a la suma de S/ 20,531,348 y de infraestructura a S/ 197,140,289.



### 1.3. Estrategias para el logro de objetivos a corto y mediano plazo

#### Marco Institucional

El Ministerio de Salud es un organismo del Poder Ejecutivo que ejerce la rectoría del Sector Salud, cuenta con personería jurídica de derecho público y constituye un Pliego Presupuestal. Es la Autoridad de Salud a nivel nacional, tiene a su cargo la formulación, dirección y gestión de la política de salud y actúa como la máxima autoridad en materia de salud. Establece, ejecuta y supervisa políticas nacionales y sectoriales de salud y ejerce la rectoría respecto de ellas.

**Misión:** La misión institucional del Ministerio de Salud es: "Conducir con eficiencia e integridad el Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud basado en Redes Integradas de Salud, la política para el aseguramiento universal en salud, y las políticas y acciones intersectoriales sobre los determinantes sociales; en beneficio de la salud y el bienestar de la población"<sup>8</sup>.

**Visión:** La visión del Sector Salud es: "Al 2021, el acceso al cuidado de la atención integral en salud individual y colectiva de las personas serán universales, independientemente de su condición socioeconómica y de su ubicación geográfica, con enfoques de género, de derecho en salud y de interculturalidad. Asimismo, el cuidado y la atención pública en salud serán integrales, solidarios, equitativos, oportunos, con gratuidad en el punto de entrega, de calidad, de fácil acceso y adecuados a las características del ciclo de vida de la población"<sup>9</sup>

El Ministerio de Salud como autoridad sanitaria nacional y según lo establecido en el Decreto Legislativo N° 1157, es la instancia rectora para la gestión de inversión en el sector salud y aprueba la cartera de servicios de los proyectos de inversión que corresponden a establecimientos de salud de mediana y alta complejidad en el ámbito nacional, en lo que corresponde a hospitales o institutos de alcance regional, macrorregional o nacional.

Para el caso de las APP, el MINSA es la instancia que brinda opinión técnica especializada en proyectos de inversión bajo dicha modalidad, tanto en su alcance



<sup>8</sup> Plan Estratégico Institucional del Ministerio de Salud, 2019-2024 ampliado, aprobado con Resolución Ministerial N°621-2021-MINSA

<sup>9</sup> Plan Estratégico Sectorial Multianual 2016-2021

En el marco del DS N°029-2018-PCM que regula las políticas nacionales, del DS N°026-2020-SA que aprueba la Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030 y de acuerdo a las directivas del Sistema Nacional de Planeamiento (SINAPLAN), está en curso el proceso de elaboración del PESEM 2022 - 2030 del Sector Salud que, entre otros, definirá la Visión del Sector Salud al 2030.

sectorial, como en los productos establecidos en los contenidos mínimos de los proyectos de inversión.

El Reglamento de Organización y Funciones del MINSA<sup>10</sup> ha establecido competencias y responsabilidades, así como los arreglos institucionales para la promoción y desarrollo de inversiones en salud, lo cual se está adecuando a la normativa actual de los Decretos Legislativos correspondientes al Invierte.pe y a las normas establecidas para la implementación de proyectos APP.

Las normas antes mencionadas establecen funciones para la Oficina de Programación Multianual de Inversiones (OPMI) del MINSA, órgano dependiente de la Oficina General de Planeamiento Presupuesto y Modernización, encargada de dirigir y organizar el proceso de planeamiento multianual de inversiones, tanto para las prioridades provenientes de proyectos bajo obra pública como de aquellos de iniciativas gestionadas con participación del sector privado, como la Asociación Público Privada y las Obras por Impuestos.<sup>11</sup>

Asimismo, la OPMI tiene como una de sus funciones, la aprobación a la cartera de servicios de proyectos a nivel nacional, bajo cualquier modalidad de financiamiento, entre los cuales se encuentran los proyectos bajo la modalidad de APP. De otro lado, el MINSA cuenta con el Programa Nacional de Inversiones en Salud (PRONIS), instancia especializada encargada de la formulación de estudios de pre inversión para proyectos en el marco del Invierte.pe a nivel nacional.

### **Objetivos Estratégicos**

De acuerdo a lo señalado en el modelo prospectivo del Sector Salud para el año 2030 presentado al CEPLAN y que forma parte del contenido del PESEM 2016-2021, se identificaron tendencias que impactan en los componentes y sub-componentes del modelo conceptual, tendencia que de acuerdo a la mencionada propuesta tiene incidencia en el Sistema de Salud, en sus determinantes, en las necesidades y demandas de atención de salud de la población de acuerdo a la siguiente tabla:



<sup>10</sup> Reglamento de Organización y Funciones aprobado mediante D.S. N° 008-2017 Y N° 011-2017 - SA

<sup>11</sup> Artículo 31 del Reglamento de Organización y Funciones del MINSA

**Tabla N° 9: Definición de las Variables Estratégicas y su relación con los Medios, Resultados y Objetivos**

COMPONENTE	SUBCOMPONENTE	VARIABLES ESTRATEGICAS	MEDIOS Y RESULTADOS	OBJETIVOS ESTRATEGICOS.	
SISTEMA DE SALUD	RECTORIA Y GOBERNANZA	1	Nivel de concordancia de políticas intersectoriales	X	
		2	Nivel de mejora de desempeño regional	X	
		3	Nivel de funcionamiento de Municipios Saludables	X	
		4	Grado de articulación de Políticas intergubernamentales	X	
		5	Nivel de participación Social	X	
	ASEGURAMIENTO UNIVERSAL	6	Nivel de aseguramiento de salud		X
	FINANCIAMIENTO	7	Nivel de protección Financiera	X	
	PROVISION DE SERVICIOS DE SALUD DE CALIDAD	8	Acceso a servicios de salud de calidad		X
		9	Brecha de Inversiones	X	
		10	Brecha de talento humano	X	
		11	Disponibilidad de medicamentos e insumos medicos	X	
		12	Grado de modernización de la gestión hospitalaria	X	
		13	Nivel de acreditación de establecimientos de salud		X
INNOVACION Y CONOCIMIENTO EN SALUD	14	Grado de innovación tecnologica en salud	X		
DETERMINANTES SOCIALES	CONDICIONES DE VIDA	15	Acceso a agua segura y saneamiento basico	X	
	ESTILOS DE VIDA	16	Acceso a una alimentación saludable	X	
	SEGURIDAD ALIMENTARIA	17	Estado nutricional	X	
	CONDICIONES DE TRABAJO	18	Nivel de ausentismo laboral	X	
	EDUCACION	19	Nivel de educación en las mujeres	X	
NECESIDADES Y DEMANDAS DE SALUD DE LA CIUDADANIA	SALUD MATERNO INFANTIL	20	Nivel de mortalidad materna		X
		21	Nivel de mortalidad neonatal		X
	ENFERMEADES TRANSMISIBLES	22	Incidencia de tuberculosis		X
	ENFERMEADES NO TRANSMISIBLES	23	Incidencia de cáncer		X
		24	Prevalencia de Diabetes Mellitus		X
URGENCIAS Y EMERGENCIAS	25	Nivel de mortalidad por urgencias y emergencias en salud.		X	

Fuente: Documento Prospectivo del Sector Salud al 2030 - PESEM 2021

En el marco de las inversiones en salud, de los componentes, sub componentes y variables estratégicas que se señalan en la tabla anterior se deben tener en cuenta:

- En el Sistema de Salud, el Aseguramiento Universal, en la óptica del acceso universal a los servicios de salud a la población, relacionado a:
  - La provisión de servicios de salud de calidad, con el objetivo que la población, resuelva sus necesidades de salud con servicios que cumplen estándares de garantía de producción y provisión de los servicios de acuerdo a las normas técnicas, por niveles de atención y complejidad.
  - La innovación y conocimiento en salud, en lo relacionado a la inclusión de tecnologías de punta en los servicios que así lo requieren y que ayude a la mejora y oportunidad del diagnóstico y de las mismas intervenciones preventivas y correctivas en la atención de salud.



- Con relación a las necesidades y demandas de salud de la ciudadanía, como prioridades de intervención, las inversiones que se orientan y contribuyen a brindar una atención de salud con calidad con el objetivo de disminuir:
  - Mortalidad materna y la neonatal.
  - Incidencia de tuberculosis.
  - Incidencia de cáncer.
  - Prevalencia de Diabetes Mellitus,
  - Mortalidad por urgencias y emergencias en salud.

En el ejercicio de su rol rector y de conducción estratégica del sistema de salud ha priorizado ocho (8) Objetivos Estratégicos Institucionales para garantizar los derechos de salud de la población, satisfaciendo sus necesidades y prestándoles servicios de calidad con eficiencia, habiéndose identificado los siguientes OEI relacionados con el proceso de inversión en salud:

- a) Objetivo 1: Prevenir, vigilar, controlar y reducir el impacto de las enfermedades, daños y condiciones que afectan la salud de la población, con énfasis en las prioridades nacionales.
- b) Objetivo 2: Garantizar el acceso a cuidados y servicios de salud de calidad organizados en Redes Integradas de Salud, centradas en la persona, familia y comunidad, con énfasis en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.
- c) Objetivo 4: Fortalecer la rectoría y la gobernanza sobre el sistema de salud, y la gestión institucional; para el desempeño eficiente, ético e integro, en el marco de la modernización de la gestión pública:
- d) Objetivo 6: Mejorar la toma de decisiones, la prestación de servicios públicos, el empoderamiento y la satisfacción de la población, a través del Gobierno Digital en Salud.

En el rubro de las inversiones, los productos son intermedios, por ende, contribuyen al logro de los Objetivos Estratégicos Institucionales orientadas a:

- ✓ Ordenar la programación de las inversiones en salud.
- ✓ Garantizar el acceso a los servicios de salud, ampliando la capacidad de respuesta de los establecimientos de salud a la población demandante de los mismos:
  - Mejorando la capacidad instalada.



- Ampliando la cobertura de servicios de salud, principalmente en los primeros niveles de complejidad que sirvan de contención a la cada vez mayor demanda de atención a los establecimientos hospitalarios con el consecuente incremento del costo de las mismas.
  - Dando a los centros asistenciales el acceso a tecnologías de punta para el tratamiento de las morbilidades que aquejan a sus usuarios.
- ✓ La racionalidad en la inversión, considerando en su planeamiento las inversiones sectoriales que conlleven a un intercambio de prestaciones en el marco de sus capacidades de oferta, evitando la duplicidad de establecimientos de salud con capacidad ociosa y alto costo operativo.

La 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.

Por ello, el Ministerio de Salud ha venido impulsando desde hace varios años un proceso de cambios institucionales, orientados a mejorar la respuesta del sistema de salud para los ciudadanos, para lo cual es fundamental avanzar progresivamente en cerrar las brechas de infraestructura, recursos humanos y de gestión, de manera que permita mejorar la capacidad resolutive de los establecimientos de salud, responder a las características socio culturales de la población que afectan sus problemas de salud, promover un trato digno al usuario, mejorar el uso de tecnologías para optimizar el uso de información, mejorar las decisiones de los problemas de salud y proveer de información oportuna para la toma de decisiones acertadas por parte del usuario".

Actualmente, el Ministerio de Salud viene impulsando un Programa de Inversión orientado a la transformación de las Redes Integradas de Salud, contribuyendo a partir de él, entre otros, a fortalecer la capacidad de respuesta del sistema de Salud en el Primer Nivel de Atención, implementando un nuevo modelo basado en el fortalecimiento y optimización de la Red de Atención Primaria, teniendo en consideración la limitada capacidad de oferta de los establecimientos de salud: el 35% de éstos tienen de 26 a 50 años de antigüedad, equipos insuficientes y obsoletos, así como las limitadas capacidades humanas e inadecuadas



asignaciones de personal para prestación de los servicios. Existe un déficit tanto por su escasez como por su distribución geográfica desigual.

### **Estrategia para el logro de objetivos**

Se propone como estrategias para el cierre de brechas de infraestructura y equipamiento en el Sector Salud, las siguientes acciones que complementan y optimizan las inversiones:

#### **Corto Plazo:**

- 1) Conformación de una Unidad Funcional de Gestión de Proyectos dependiente de la Oficina General de Planeamiento, Presupuesto y Modernización.
- 2) Definición del perfil del responsable de Unidad Ejecutora de Inversiones y su equipo técnico para asegurar la ejecución eficiente de las inversiones en salud.
- 3) Firma de Convenios de Cooperación Interinstitucional con Proinversión para encargo de proyectos de APP.

#### **Mediano Plazo:**

- 1) Creación de un programa de mantenimiento de la infraestructura de establecimientos de salud, que permita conservar su producción y productividad, que es el resultado de la disponibilidad de la infraestructura física, las instalaciones y el equipamiento en condiciones de seguridad, de manera eficiente y oportuna.
- 2) Diseño de un programa de rehabilitación, recuperación de equipos que aún mantienen su vigencia tecnológica; así como su repotenciación para superar la capacidad original en términos cualitativos y cuantitativos.
- 3) Diseño de 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.
- 4) En el marco del Invierte.pe, a la fecha la OPMI ha aprobado una Ficha Técnica Simplificada para proyectos con montos de inversión menores o iguales a 750 UIT y dos Fichas Técnicas Estándar: una para proyectos de



establecimientos de salud sin internamiento con un monto de inversión mayor a 750 UIT y menor a 4000 UIT y otra Ficha Técnica Estándar para la Formulación de Proyectos de Inversión de Establecimientos de Salud en Zona Rural de categorías I-1, I-2, I-3, cuyo costo de inversión sea menor o igual a 4500 UIT. Asimismo, se aprobó el Listado de Activos Estratégicos del Sector Salud, el cual se actualiza en forma permanente.

#### 1.4. Indicadores de Brecha de Infraestructura y Equipamiento del Sector Salud

Los indicadores de brecha de infraestructura y equipamiento del Sector Salud aprobados bajo Resolución Ministerial N° 1318-2021-MINSA son diez (10), de los cuales tres (03) se encuentran relacionados con el tipo de intervención para proyectos bajo la modalidad de Asociación Público Privada. Los indicadores se describen a continuación:

**Tabla N° 10: Indicadores de Brecha de Infraestructura y Equipamiento del Sector Salud 2020**

Indicador de Brecha	Valor Absoluto	Porcentaje
1. Porcentaje de establecimientos de salud del primer nivel de atención con capacidad instalada inadecuada	8531	97%
2. Porcentaje de hospitales con capacidad instalada inadecuada	236	96%
3. Porcentaje de institutos especializados con capacidad instalada inadecuada	10	77%

Fuente: OPMI MINSA

Los Formatos de los Indicadores de Brecha se muestran a continuación:





**FORMATO N° 04-A:  
INDICADOR DE BRECHA**

<b>Nombre de la entidad pública:</b>	Ministerio de Salud
<b>Sector:</b>	Salud
<b>Función:</b>	20 Salud
<b>División funcional:</b>	044 Salud Individual
<b>Grupo funcional:</b>	0096 Atención Médica Básica
<b>Servicio público asociado:</b>	Atención de servicios de salud básicos

**Nombre del indicador**

**PORCENTAJE DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN CON CAPACIDAD INSTALADA INADECUADA**

**Definición**

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.

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, sean equipos de producción, instalaciones, recursos humanos, tecnología, experiencia o conocimientos.

Para efectos de estimación del valor de este indicador, se considera que un ES del primer nivel de atención presenta capacidad instalada inadecuada si la infraestructura y el equipamiento de los servicios de salud trazadores existentes no se encuentran de acuerdo con lo establecido en la Norma Técnica de Salud 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.

**Unidad Productora del Servicio**

Puesto de salud, posta de salud, posta médica, centro de salud, centro médico, policlínico.

**Dimensión de desempeño**

La dimensión de desempeño del indicador es de Calidad.

**Unidad de Medida**

Establecimiento de salud

**Valor del indicador**

Variable	Línea de base	Programación		
	Año 0 (2020)	Año 1 (2023)	Año 2 (2024)	Año 3 (2025)
Porcentaje de establecimientos de salud del primer nivel de atención con capacidad instalada inadecuada	97%	94%	94%	93%
Establecimientos de salud del primer nivel de atención con capacidad instalada inadecuada	8531	8275	8214	8189
Total de establecimientos de salud del primer nivel de atención a nivel nacional	8723	8783	8783	8783



#### Método de Cálculo

$$\% \text{ ESI} = \frac{\text{ESI}}{\text{ES}} \times 100$$

Donde:

**ESI:** Cantidad de establecimientos de salud del primer nivel de atención con capacidad instalada inadecuada.

**ES:** Total de establecimientos de salud del primer nivel de atención a nivel nacional, excepto los del ámbito privado, los que no cuentan con categoría y los clasificados como OTRO.

#### Periodicidad de las Mediciones

Anual

#### Fuente de Datos

- MINSA: DIRIS.
- SUSALUD: Intendencia de Supervisión de IPRESS.
- Ministerio de Economía y Finanzas: Banco de Inversiones, Sistema de Seguimiento de Inversiones.
- EsSalud: Órganos centrales y órganos desconcentrados de planeamiento, presupuesto, proyectos de inversión y logística.
- Ministerio de Defensa: Sanidad FF.AA. y Dirección de Bienes Patrimoniales.
- Ministerio del Interior: Sanidad PNP y Oficina General de Infraestructura.
- Gobiernos Regionales (DIRESA/GERESA): Oficina de Patrimonio y Oficina de Gestión de Riesgos.



**FORMATO N° 04-A:  
INDICADOR DE BRECHA**

<b>Nombre de la entidad pública:</b>	Ministerio de Salud
<b>Sector:</b>	Salud
<b>Función:</b>	20 Salud
<b>División funcional:</b>	044 Salud Individual
<b>Grupo funcional:</b>	0097 Atención Médica Especializada
<b>Servicio público asociado:</b>	Atención de servicios de salud hospitalarios

<b>Nombre del Indicador</b>
<b>PORCENTAJE DE HOSPITALES CON CAPACIDAD INSTALADA INADECUADA</b>
<b>Definición</b>
<p>Proporción de hospitales del segundo y tercer 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 de intervención, según lo previsto en la planificación institucional respectiva; entendiéndose que dichos ES tienen que desarrollar actividades de 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 período de tiempo determinado, teniendo en cuenta todos los recursos disponibles (equipos, instalaciones, recursos humanos, etc.).</p> <p>Para efectos de estimación del valor de este indicador, se considera que un hospital presenta con capacidad instalada inadecuada si la infraestructura y el equipamiento de los servicios trazadores existentes no se encuentran acordes con lo establecido en la Norma Técnica de Salud N° 110-MINSA/DGIEM-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/DGIEM-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.</p>
<b>Unidad Productora del Servicio</b>
Hospital general, hospital especializado, hospital sub especializado.
<b>Dimensión de desempeño</b>
La dimensión de desempeño del indicador es de Calidad.
<b>Unidad de Medida</b>
Establecimiento de salud.
<b>Valor del Indicador:</b>



Variable	Línea de base	Programación		
	Año 0 (2020)	Año 1 (2023)	Año 2 (2024)	Año 3 (2025)
Porcentaje de Hospitales con capacidad instalada inadecuada	96%	84%	80%	68%
Hospitales con capacidad instalada inadecuada	236	208	198	169
Cantidad total de Hospitales	247	247	247	247

#### Método de Cálculo

$$\% \text{ HOSI} = \frac{\text{HOSI}}{\text{HOS}} \times 100$$

Donde:

HOSI: Hospitales con capacidad instalada inadecuada.

HOS: Cantidad de hospitales.

#### Periodicidad de las Mediciones

Anual

#### Fuente de Datos

- MINSA: DIRIS.
- SUSALUD: Intendencia de Supervisión de IPRESS.
- Ministerio de Economía y Finanzas: Banco de Inversiones, Sistema de Seguimiento de Inversiones.
- EsSalud: Órganos centrales y órganos desconcentrados de planeamiento, presupuesto, proyectos de inversión y logística.
- Ministerio de Defensa: Sanidad FF.AA. y Dirección de Bienes Patrimoniales.
- Ministerio del Interior: Sanidad PNP y Oficina General de Infraestructura.
- Gobiernos Regionales (DIRESA/GERESA): Oficina de Patrimonio y Oficina de Gestión de Riesgos.



**FORMATO N° 04-A:  
INDICADOR DE BRECHA**

<b>Nombre de la entidad pública:</b>	Ministerio de Salud
<b>Sector:</b>	Salud
<b>Función:</b>	20 Salud
<b>División funcional:</b>	044 Salud Individual
<b>Grupo funcional:</b>	0097 Atención Médica Especializada
<b>Servicio público asociado:</b>	Atención de institutos especializados

**Nombre del Indicador**

**PORCENTAJE DE INSTITUTOS ESPECIALIZADOS CON CAPACIDAD INSTALADA INADECUADA**

**Definición**

Institutos de salud 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; entendiéndose que dichos ES tienen que desarrollar actividades de atención especializada.

**Unidad Productora del Servicio**

Instituto nacional de salud, instituto regional de salud, instituto macrorregional de salud.

**Dimensión de desempeño**

La dimensión de desempeño del indicador es de Calidad.

**Unidad de Medida**

Establecimiento de salud

**Valor del Indicador**

Variable	Línea de base	Programación		
	Año 0 (2020)	Año 1 (2023)	Año 2 (2024)	Año 3 (2025)
Porcentaje de institutos especializados con capacidad instalada inadecuada	77%	77%	77%	77%
Institutos especializados con capacidad instalada inadecuada	10	10	10	10
Total de Institutos especializados	13	13	13	13



### 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 del MINSA, ESSALUD y gobiernos regionales.

### Periodicidad de las Mediciones

Anual

### Fuente de Datos

- MINSA: DIRIS.
- SUSALUD: Intendencia de Supervisión de IPRESS.
- Ministerio de Economía y Finanzas: Banco de Inversiones, Sistema de Seguimiento de Inversiones.
- EsSalud: Órganos centrales y órganos desconcentrados de planeamiento, presupuesto, proyectos de inversión y logística.
- Ministerio de Defensa: Sanidad FF.AA. y Dirección de Bienes Patrimoniales.
- Ministerio del Interior: Sanidad PNP y Oficina General de Infraestructura.
- Gobiernos Regionales (DIRESA/GERESA): Oficina de Patrimonio y Oficina de Gestión de Riesgos.



### 1.5. Contribución de las APP al logro de los objetivos

Las Asociaciones Público Privados buscan la participación de la inversión privada a fin de crear, desarrollar, mejorar, operar o mantener infraestructura pública y/o proveer servicios públicos, permitiendo una mejor gestión de las inversiones desde el punto de vista de eficiencia de los tiempos, calidad de construcción e incorporación tecnológica, contribuyendo a la reducción de la brecha existente en infraestructura y la provisión de servicios públicos.

En este marco, el Ministerio de Salud ha visto por conveniente atender las necesidades a través de la implementación y operación de los establecimientos de salud a través de Asociaciones Publico Privadas. A través de los proyectos bajo esta modalidad se pretende: a) Cerrar las brechas de infraestructura existente y b) Cubrir las necesidades de inversión, las cuales, sirven para el logro de los objetivos y metas priorizados en el PESEM y el PEI, en lo que se refiere a la mejora de la capacidad instalada de los establecimientos de salud de primer nivel, hospitales e institutos especializados.

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. Es así, que se debe precisar la importancia de los objetivos trazados, sobre todo para los que están relacionados al desarrollo de los proyectos APP, entre los que se debe destacar la articulación de los proyectos de inversión con los objetivos estratégicos.

**Tabla N° 11: Articulación de la Programación Multianual de Inversiones (PMI) con los objetivos estratégicos**

Objetivo estratégico (PESEM/Institucional)	Tipología de proyecto	Servicio Público vinculado a la tipología	Indicador de producto asociado a la brecha de servicios	Productos	Resultados	Meta de productos/Año		
						2020	2021	2022
PESEM: Fortalecer la rectoría y gobernanza del sistema de salud en beneficio de la población PEI: Fortalecer la rectoría y la gobernanza sobre el sistema de salud y la gestión institucional para el desempeño eficiente, ético e íntegro, en el marco de la modernización de la gestión pública	Establecimientos de salud del primer nivel de atención	Atención de servicios de salud básicos	Porcentaje de establecimientos de salud del primer nivel de atención con capacidad instalada inadecuada.	Establecimientos de salud con internamiento y sin internamiento (puestos y centros de salud y sus equivalentes)	Número de personas que reciben atención en condiciones adecuadas en establecimientos de salud con internamiento y sin internamiento.	97% (8531)	96% (8421)	95% (8300)
Porcentaje de nuevos establecimientos de salud del primer nivel de atención por implementar.			Establecimientos de salud con internamiento y sin internamiento (puestos y centros de salud y sus equivalentes)	Número de personas que reciben atención en condiciones adecuadas en establecimientos de salud con internamiento y sin internamiento.	44% (1701)	44% (1701)	44% (1701)	
PESEM: Fortalecer la rectoría y gobernanza del sistema de salud en beneficio de la población PEI: Fortalecer la rectoría y la gobernanza sobre el sistema de salud y la gestión institucional para el desempeño eficiente, ético e íntegro, en el marco de la modernización de la gestión pública	Establecimientos de salud hospitalarios	Atención de servicios de salud hospitalarios	Porcentaje de hospitales con capacidad instalada inadecuada.	Hospital de atención general y hospital de atención especializada	Número de personas que reciben atención en condiciones adecuadas en hospitales de atención general y hospital de atención especializada.	96% (236)	95% (234)	89% (220)
Porcentaje de nuevos hospitales por implementar.			Hospital de atención general y hospital de atención especializada	Número de personas que reciben atención en condiciones adecuadas en hospital de atención general y hospital de atención especializada.	41% (156)	41% (156)	41% (156)	
PESEM: Fortalecer la rectoría y gobernanza del sistema de salud en beneficio de la población PEI: Fortalecer la rectoría y la gobernanza sobre el sistema de salud y la gestión institucional para el desempeño eficiente, ético e íntegro, en el marco de la modernización de la gestión pública	Institutos especializados	Atención de institutos especializados	Porcentaje de institutos especializados con capacidad instalada inadecuada	Instituto especializado	Número de personas que reciben atención en institutos especializados.	77% (10)	77% (10)	77% (10)
PESEM: Fortalecer la rectoría y gobernanza del sistema de salud en beneficio de la población PEI: Fortalecer la rectoría y la gobernanza sobre el sistema de salud y la gestión institucional para el desempeño eficiente, ético e íntegro, en el marco de la modernización de la gestión pública	Laboratorios de referencia nacional	Atención especializada en salud pública	Porcentaje de laboratorios del Instituto Nacional de Salud con capacidad instalada inadecuada.	Laboratorio de referencia nacional.	Número de personas adecuadamente atendidas.	95% (30)	95% (30)	95% (30)



Objetivo estratégico (PESEM/Institucional)	Tipología de proyecto	Servicio Público vinculado a la tipología	Indicador de producto asociado a la brecha de servicios	Productos	Resultados	Meta de producto/Año		
						2020	2021	2022
PESEM: Fortalecer la rectoria y gobernanza del sistema de salud en beneficio de la población PEI: Fortalecer la rectoria y la gobernanza sobre el sistema de salud y la gestión institucional para el desempeño eficiente, ético e íntegro, en el marco de la modernización de la gestión pública	Laboratorios regionales de salud pública	Atención especializada en salud pública	Porcentaje de laboratorios regionales de salud pública con capacidad instalada inadecuada.	Laboratorio regional de salud pública	Número de personas beneficiadas.	96% (23)	96% (23)	96% (23)
PESEM: Ampliar la cobertura de aseguramiento para la protección en salud en la población PEI: Mejorar la toma de decisiones, la prestación de servicios públicos, el empoderamiento y la satisfacción de la población, a través del Gobierno Digital en salud	Centros de promoción y prevención de la salud	Atención de servicios de salud básicos	Porcentaje de centros de promoción y vigilancia comunal por implementar	Centros de promoción y vigilancia comunal	Número de personas beneficiadas.	68% (1393)	68% (1393)	68% (1393)
PESEM: Fortalecer la rectoria y gobernanza del sistema de salud en beneficio de la población PEI: Fortalecer la rectoria y la gobernanza sobre el sistema de salud y la gestión institucional para el desempeño eficiente, ético e íntegro, en el marco de la modernización de la gestión pública	Sedes institucionales	Edificación pública (condiciones de habitabilidad y funcionalidad)	Porcentaje de unidades orgánicas de la Entidad con inadecuado índice de ocupación	Sede Institucional	Número de personas afectadas/afectados.	79% (698)	79% (698)	79% (698)
PESEM: Ampliar la cobertura de aseguramiento para la protección en salud en la población PEI: Mejorar la toma de decisiones, la prestación de servicios públicos, el empoderamiento y la satisfacción de la población, a través del Gobierno Digital en salud	Tecnologías de información y comunicación	Servicios de información	Porcentaje de sistemas de información que no funcionan adecuadamente	Sistema de información	Número de usuarios adecuadamente atendidos.	76% (150)	76% (150)	76% (150)

Asimismo, se debe mencionar como antecedente, que el MINSA tiene una IEC en ejecución de contrato que tiene por finalidad gestionar la provisión y administración de servicios no médicos del Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja (INSN-SB), denominado como Servicios de "Bata Gris", la cual está a cargo de la Empresa "Gestora Peruana de Hospitales S.A. (GEPEHO S.A.), que corresponde a un consorcio peruano-español, con el objetivo de mejorar la calidad de los servicios de salud, ya que el Estado, a través del Instituto, no tendrá que encargarse de gestionar los servicios no asistenciales y tendrá más tiempo para dedicar exclusivamente a reforzar la atención en salud de la población demandante.

Este contrato permite garantizar el mantenimiento de la infraestructura y el equipamiento altamente especializado por un periodo de 10 (diez) años, comenzó a funcionar en el INSN SB en octubre del año 2015.

La GEPEHO S.A. se encarga de la prestación de servicios no médicos brindados a la población usuaria del establecimiento de salud, que se mencionan a continuación:

1. Mantenimiento de la edificación, instalaciones y del equipamiento electromecánico asociado a la Infraestructura.
2. Mantenimiento de equipos clínicos y no clínicos.
3. Asistencia técnica de adquisición.
4. Lavandería.
5. Alimentación.





6. Limpieza y Bioseguridad.
7. Seguridad integral.
8. Gestión de Residuos Sólidos.
9. Central de Esterilización.
10. Patología Clínica.

Para el inicio de operaciones se contrató a la empresa supervisora Currie & Brown, que certifica la verificación de las capacidades, recursos humanos, recursos materiales y documentación del consorcio ganador.

En tal sentido, tomando en cuenta la experiencia del proyecto APP del INSN SB, las intervenciones que se pretenden realizar a través de IPC e IEC, contribuirán a garantizar el acceso a cuidados y servicios de salud de calidad a través de las empresas con amplia experiencia en tecnología, financiamiento y *know how* para prestar servicios de salud de calidad, a través de la firma de contratos que establecen niveles de calidad e indicadores de resultados, que impulsarán la innovación, la incorporación de tecnología de punta y de equipamiento para obtener el rendimiento establecido de forma eficiente.

#### **Identificación y selección de potenciales proyectos de APP a ser incorporados en el Proceso de Promoción de la Inversión Privada en los próximos 3 años**

La brecha en infraestructura es relevante y, además, la tecnología y las modalidades de atención van cambiando en el tiempo, por ello, para evitar un rezago en la infraestructura y equipamiento, es necesario que el MINSA, en el marco de los objetivos de corto y mediano plazo establecidos para la planificación de inversiones en el Sector Salud, bajo el enfoque de RIS y complementariedad de servicios, identifique mecanismos que permitan acelerar los procesos de ejecución de los mismos, mediante la diversificación de opciones de financiamiento que ayuden a solventar las limitaciones del sector público, en beneficio de la ciudadanía.

Un elemento esencial involucra las inversiones bajo la modalidad de APP, como una opción de financiamiento que permita la habilitación de servicios de salud modernos, con soporte técnico y tecnológico y la operación de servicios clave a largo plazo, en la que se compartan riesgos con empresas privadas especializadas, que garanticen la prestación oportuna y con calidad de los servicios de salud a la población beneficiaria del MINSA, resultando importante



que el MINSA tenga en cuenta la experiencia acumulada de ESSALUD y en otros sectores y países sobre proyectos de APP.

Adicionalmente a lo referido en párrafo anterior, según lo dispuesto en el artículo 29 del Reglamento de D.L. N° 1362, el sector ha considerado la posibilidad de implementar proyectos bajo la modalidad de APP con participación de la inversión privada, en la que se distribuyen de manera adecuada los riesgos del proyecto y se destinan recursos preferentemente del sector privado, para la implementación de proyectos en los que se garanticen Niveles de Servicios óptimos para los usuarios.

Asimismo, se menciona que las APP son originadas por iniciativa de las entidades públicas titulares de proyectos, o por el sector privado mediante la presentación de Iniciativas Privadas. Para los proyectos de competencia nacional y de origen estatal que requieran ser promovidos bajo la modalidad de APP cofinanciadas, el CTI o CTP en caso no contengan componente de inversión, debe superar las diez mil (10,000) UIT.

Finalmente, se destaca que el artículo 15 señala que la Agencia de Promoción de la Inversión Privada (ProInversión) puede asumir el rol de OPIP de proyectos encargados por la entidad titular del proyecto.

#### **1.6. Lineamientos para la identificación de proyectos de APP en salud**

El Ministerio de Salud, a través de la R.M. N° 165-2017/MINSA dispone "Lineamientos para la aplicación de consideraciones específicas aplicables al MINSA para la identificación de proyectos de Asociación Público Privada en proyectos en salud", para los cuales se ha determinado las siguientes consideraciones:

- i. Alineamiento con las prioridades de política de salud
- ii. Modelo de operación de servicios
- iii. Continuidad operacional
- iv. Innovación tecnológica y de procesos
- v. Impacto del proyecto en el presupuesto institucional
- vi. Interés de los stakeholders

Los criterios de priorización deberán estar alineados con los lineamientos al seleccionar los proyectos potenciales a ser desarrollados bajo esta modalidad de financiamiento.



### 1.7. Identificación de potenciales proyectos APP

Considerando la situación en que se encuentran los países de la región, agravada por la pandemia y los efectos que se tiene en la actividad económica, conlleva a disponer de poco margen para destinar recursos públicos suficientes para financiar proyectos, que permitan cerrar las brechas en servicios de salud que aqueja al país.

Teniendo en cuenta los criterios señalados en el numeral anterior, y considerando el principio de Responsabilidad Presupuestal, que se debe aplicar durante el desarrollo de asociaciones público privadas, se ha considerado dos (02) proyectos con condiciones potenciales y financiamiento para ser desarrollados mediante la modalidad de Asociación Público Privada APP y ser incorporados en el proceso de Promoción de la Inversión Privada en los siguientes 3 años, los cuales se mencionan a continuación:

- IPC "Gestión de Residuos Hospitalarios en los Establecimientos de Salud del Ministerio de Salud de Lima Metropolitana" con CUI 2455238, (en adelante, IPC GIRSE).
- IEC "Operación y mantenimiento del nuevo Hospital de Emergencias Villa El Salvador", (en adelante IEC HEVES).

Se destaca que, de acuerdo al Reglamento del Decreto Legislativo N° 1362, Decreto Legislativo que regula la Promoción de la Inversión Privada mediante Asociaciones Público Privadas y Proyectos en Activos, durante la vigencia de la presente IMIAPP, se podrá modificar a efectos de incluir las iniciativas identificadas en los IMIAPP de ejercicios fiscales anteriores (2016 y 2019-2021), que persistan en su necesidad de ejecución y/o operación bajo esta modalidad, quedando en cartera, cuyas programaciones podrían darse, una vez se supere las restricciones presupuestales y cumplan los criterios de prioridad y elegibilidad.

N°	NOMBRE DE LA INICIATIVA APP
1	Diseño, Construcción, Operación y Mantenimiento del Hospital Nacional Hipólito Unánue
2	Nuevo Complejo Hospitalario Sergio Bernales
3	Mejoramiento del Hospital Dos de Mayo
4	Instalación de Servicios de Salud Especializados en el Distrito de Piura y Redimensionamiento de los Servicios de Salud del Hospital de Apoyo III Sullana
5	Operación y mantenimiento del Hospital de Ate – Vitarte



N°	NOMBRE DE LA INICIATIVA APP
6	Almacenamiento y distribución de productos farmacéuticos (PF), dispositivos médicos (DM) y productos sanitarios (PS)
7	Fortalecimiento de los servicios prehospitalarios SAMU y del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de Lima Metropolitana
8	Construcción, equipamiento, puesta en operación y mantenimiento del nuevo Hospital de Tahuantinsuyo Bajo, distrito de Carabaylo, Lima Metropolitana
9	Construcción, equipamiento, puesta en operación y mantenimiento del nuevo Instituto Nacional de Oftalmología, cercado de Lima, Lima Metropolitana
10	Operación y mantenimiento de los hospitales e institutos de Lima Metropolitana
10.1	<i>Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas</i>
10.2	<i>Instituto Nacional de Salud del Niño – Breña</i>
10.3	<i>Instituto Nacional Materno Perinatal</i>
10.4	<i>Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado – Hideyo Noguchi"</i>
10.5	<i>Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" Amistad Perú – Japón</i>
10.6	<i>Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa</i>
10.7	<i>Hospital Nacional Dos de Mayo</i>
10.8	<i>Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé</i>
10.9	<i>Hospital Nacional Arzobispo Loayza</i>
10.10	<i>Hospital de Emergencias Pediátricas</i>
10.11	<i>Hospital de Apoyo Santa Rosa</i>
10.12	<i>Hospital María Auxiliadora</i>

Tomando en consideración los procesos y procedimientos de la Directiva General de Programación Multianual del Sistema Nacional de Gestión de Inversiones, los dos proyectos propuestos serán incorporados en la Programación Multianual de Inversiones 2023-2025.

#### 1.8. Descripción de los proyectos potenciales

A continuación, se describe los potenciales proyectos que el MINSA pretende realizar en este periodo:



## FICHA DESCRIPTIVA DE LA IPC GIRSE

<b>1.- DESCRIPCIÓN GENERAL DEL PROYECTO</b>
<b>NOMBRE DE LA INICIATIVA</b>
"GESTIÓN INTEGRAL DE RESIDUOS SÓLIDOS EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL MINISTERIO DE SALUD EN LIMA METROPOLITANA"
<b>ENTIDAD COMPETENTE</b>
MINISTERIO DE SALUD
<b>ANTECEDENTES</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ADMISION A TRÁMITE POR PARTE DEL COMITÉ PRO DESARROLLO DE PROINVERSION A TRAVÉS DEL ACUERDO N° 100-6-2013-IP</li> <li>• OPINION DE RELEVANCIA Y PRIORIDAD POR PARTE DEL MINSA A TRAVES DE OFICIO N° 449-2013-DVM/MINSA EN FECHA 09.09.2013.</li> <li>• PROYECTO DECLARADO VIABLE EN FECHA 13.09.2019</li> </ul>
<b>AREA DE INFLUENCIA</b>
LIMA METROPOLITANA
<b>BENEFICIARIOS</b>
LOS BENEFICIARIOS CORRESPONDEN A LA POBLACIÓN QUE SE ENCUENTRA EN EL AMBITO DEL PROYECTO Y QUE ACUDE A LOS 387 ESTABLECIMIENTOS DE SALUD INTERVENIDOS DE LIMA METROPOLITANA
<b>OBJETIVOS DEL PROYECTO</b>
BRINDAR UN SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL Y MANEJO DE LOS RESIDUOS SÓLIDOS BIOCONTAMINADOS Y ESPECIALES, GENERADOS POR LA TOTALIDAD DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD Y SERVICIOS MÉDICOS DE APOYO DEL MINSA EN LIMA METROPOLITANA (387), QUE PERMITA LA REDUCCIÓN DEL RIESGO DE CONTACTO CON AGENTES INFECCIOSOS O QUÍMICOS Y ELIMINACIÓN DE LA PELIGROSIDAD DE LOS RESIDUOS SÓLIDOS MEDIANTE LOS DEBIDOS PROCESOS, COMO ETAPA PREVIA A LA DISPOSICIÓN FINAL SEGURA.
<b>PRINCIPALES CARACTERISTICAS DEL PROYECTO</b>
<p>EL PROYECTO CONSIDERA:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* GESTIÓN INTRAHOSPITALARIA: ACONDICIONAMIENTO, SEGREGACIÓN, ALMACENAMIENTO, RECOLECCIÓN Y TRANSPORTE INTERNO</li> <li>* GESTIÓN EXTRAHOSPITALARIA: TRANSPORTE EXTERNO</li> <li>* TRATAMIENTO DE LOS RESIDUOS Y DISPOSICIÓN FINAL</li> </ul>
<b>CLASIFICACION Y ORIGEN DEL PROYECTO</b>
INICIATIVA PRIVADA CONFINANCIADA
<b>2.- IMPORTANCIA Y CONSISTENCIA DEL PROYECTO CON LAS PRIORIDADES NACIONALES, REGIONALES Y LOCALES</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• POLÍTICA GENERAL DE GOBIERNO 4.2 BRINDAR SERVICIOS DE SALUD DE CALIDAD, OPORTUNOS, CON CAPACIDAD RESOLUTIVA Y CON ENFOQUE TERRITORIAL.</li> <li>• PESEM 2016-2021 (R.M. N° 367-2016/MINSA), OE3 EJERCER LA RECTORÍA Y GOBERNANZA DEL SISTEMA DE SALUD EN BENEFICIO DE LA POBLACIÓN.</li> <li>• OBJETIVOS ESTRATÉGICOS INSTITUCIONALES: OEI.04 FORTALECER LA RECTORÍA Y LA GOBERNANZA SOBRE EL SISTEMA DE SALUD, Y LA GESTIÓN INSTITUCIONAL; PARA EL DESEMPEÑO EFICIENTE, ÉTICO E ÍNTEGRO, EN EL MARCO DE LA MODERNIZACIÓN DE LA GESTIÓN PÚBLICA.</li> <li>• ACCIONES ESTRATÉGICAS INSTITUCIONALES: AEI.04.06 PLANIFICACIÓN Y GESTIÓN SECTORIAL DE INVERSIONES Y MANTENIMIENTO EN SALUD EFICIENTE.</li> </ul>



<b>3. ANALISIS PRELIMINAR PARA LA DEFINICIÓN DE LOS NIVELES DE SERVICIOS ESPERADOS</b>
DE ACUERDO AL ESTUDIO DE PREINVERSIÓN, LOS NIVELES DE SERVICIO SERÁN FIJADOS POR MINSA EN LA FASE DE ESTRUCTURACIÓN DEL PROYECTO. SIN PERJUICIO DE ELLO, EN EL MISMO ESTUDIO DE PREINVERSIÓN, ESTE PROCESO SE REALIZARÁ BAJO LA DEBIDA OBSERVANCIA DE LA NORMA TÉCNICA SANITARIA PARA RESIDUOS DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD NTS NO 144-MINSA /2018/DIGESA - "GESTIÓN INTEGRAL Y MANEJO DE RESIDUOS SÓLIDOS EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD, SERVICIOS MÉDICOS DE APOYO Y CENTROS DE INVESTIGACIÓN", APROBADA CON RM N°1295-2018/MINSA EL 11/12/18.
<b>4. - EL COSTO TOTAL DE INVERSIÓN (CTI) REFERENCIAL</b>
S/ 104 231 172 INCLUYE IGV
<b>5. - PARA EL CASO DE IPC, LA PROYECCIÓN ANUAL DE COFINANCIAMIENTO</b>
S/ 75.2 MILLONES (PRIMER AÑO)
<b>6. - COSTOS ESTIMADOS DEL SERVICIO DE OPERACIÓN Y MANTENIMIENTO POR AÑO (INCLUYE IGV)</b>
S/ 61 MILLONES (PRIMER AÑO)
<b>7. - COMPLEMENTARIEDAD DEL PROYECTO CON OTROS PROYECTOS DE APP O PROYECTOS DE INVERSIÓN PÚBLICA DESARROLLADOS BAJO OTROS MECANISMO</b>
COMPLEMENTARIEDAD DEL PROYECTO CON PROYECTO DE PLANTAS DE TRATAMIENTO DE RESIDUOS SÓLIDOS EN EL HOSPITAL DE EMERGENCIA VILLA EL SALVADOR Y EL HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE



## FICHA DESCRIPTIVA DE LA IEC HEVES

<b>1.- DESCRIPCION GENERAL DEL PROYECTO</b>
<b>NOMBRE DE LA INICIATIVA</b>
OPERACIÓN Y MANTENIMIENTO DEL NUEVO HOSPITAL VILLA EL SALVADOR, DISTRITO DE VILLA EL SALVADOR, PROVINCIA DE LIMA.
<b>ENTIDAD COMPETENTE</b>
MINISTERIO DE SALUD
<b>ANTECEDENTES</b>
EN FECHA 01.08.2019 SE SUSCRIBE EL CONVENIO N° 102-2019/MINSA. "CONVENIO DE COLABORACIÓN INTERINSTITUCIONAL ENTRE LA AGENCIA DE PROMOCIÓN DE LA INVERSIÓN PRIVADA – PROINVERSIÓN Y EL MINISTERIO DE SALUD" PARA EL DESARROLLO DE LAS IEC DEL HEVES, HOSPITAL VITARTE Y HOSPITALES E INSTITUTOS EN LIMA METROPOLITANA. EL INFORME DE EVALUACIÓN DE LA IEC HEVES CUENTA CON APROBACIÓN DEL COMITÉ DE INVERSIÓN PRIVADA DEL MINSA
<b>AREA DE INFLUENCIA</b>
DISTRITO DE VILLA EL SALVADOR, PROVINCIA DE LIMA.
<b>BENEFICIARIOS</b>
LOS BENEFICIARIOS DIRECTOS CORRESPONDEN A LA POBLACIÓN QUE SE ENCUENTRA EN EL AMBITO DEL PROYECTO, DISTRITO DE VILLA EL SALVADOR, APROX. 400, MIL HABITANTES.
<b>OBJETIVOS DEL PROYECTO</b>
REALIZAR EL MANTENIMIENTO Y OPERACIÓN DE LOS SERVICIOS GENERALES (BATA GRIS) DEL HOSPITAL VILLA EL SALVADOR, A FIN DE BRINDAR APOYO A LA PRESTACION DE LOS SERVICIOS ASISTENCIALES
<b>PRINCIPALES CARACTERISTICAS DEL PROYECTO</b>
LAS ACTIVIDADES DE OPERACION Y MENTENIMIENTO DEL PROTECTO COMPRENDEN: 1. MANTENIMIENTO DE LA EDIFICACIÓN, LAS INSTALACIONES Y DEL EQUIPAMIENTO ELECTROMECÁNICO ASOCIADO A LA INFRAESTRUCTURA. 2. MANTENIMIENTO DEL EQUIPO CLÍNICO Y EQUIPO NO CLÍNICO. 3. OPERACIÓN Y MANTENIMIENTO DE LOS SERVICIOS GENERALES: - ALIMENTACIÓN - LAVANDERÍA - LIMPIEZA Y BIOSEGURIDAD - SEGURIDAD INTEGRAL
<b>CLASIFICACION Y ORIGEN DEL PROYECTO</b>
INICIATIVA ESTATAL CONFINANCIADA
<b>2.- IMPORTANCIA Y CONSISTENCIA DEL PROYECTO CON LAS PRIORIDADES NACIONALES, REGIONALES Y LOCALES</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• POLÍTICA GENERAL DE GOBIERNO 4.2 BRINDAR SERVICIOS DE SALUD DE CALIDAD, OPORTUNOS, CON CAPACIDAD RESOLUTIVA Y CON ENFOQUE TERRITORIAL.</li> <li>• PESEM 2016-2021 (R.M. N° 367-2016/MINSA), OE3 EJERCER LA RECTORÍA Y GOBERNANZA DEL SISTEMA DE SALUD EN BENEFICIO DE LA POBLACIÓN.</li> <li>• OBJETIVOS ESTRATÉGICOS INSTITUCIONALES: OEI.04 FORTALECER LA RECTORÍA Y LA GOBERNANZA SOBRE EL SISTEMA DE SALUD, Y LA GESTIÓN INSTITUCIONAL; PARA EL DESEMPEÑO EFICIENTE, ÉTICO E ÍNTEGRO, EN EL MARCO DE LA MODERNIZACIÓN DE LA GESTIÓN PÚBLICA.</li> <li>• ACCIONES ESTRATÉGICAS INSTITUCIONALES: AEI.04.06 PLANIFICACIÓN Y GESTIÓN SECTORIAL DE INVERSIONES Y MANTENIMIENTO EN SALUD EFICIENTE.</li> </ul>



<b>3. ANALISIS PRELIMINAR PARA LA DEFINICION DE LOS NIVELES DE SERVICIOS ESPERADOS</b>
LOS NIVELES DE SERVICIO SE RELACIONAN CON LAS CONDICIONES EN LAS QUE EL OPERADOR PRIVADO ENTREGARÁ LA OFERTA DEL SERVICIOS, ESTABLECIÉNDOSE UN EX ANTE, POR PARTE DE LA AUTORIDAD CONTRATANTE, FIJÁNDOSE DIFERENTES PARÁMETROS DE NIVEL DE SERVICIO QUE SE DEBEN CUMPLIR COMO MÍNIMO, EN LOS SERVICIOS, ASÍ COMO EN LA GESTIÓN DEL CONTRATISTA PARA SU PROVISIÓN. EN TAL SENTIDO, EN UN CONTRATO APP CONCEBIDO POR NIVELES DE SERVICIO, LA AUTORIDAD PÚBLICA REGULA LA CALIDAD TÉCNICA Y LA CALIDAD DE SERVICIO, A TRAVÉS DE IMPOSICIÓN DE LÍMITES ADMISIBLES QUE EL OPERADOR DEBE CUMPLIR EN TODO MOMENTO, POR LO QUE LAS ACCIONES DE OPERACIÓN, EXPLOTACIÓN, ACTUACIÓN Y CONSERVACIÓN QUE REALICE EL CONCESIONARIO, DEBEN TENER LOS INCENTIVOS Y LA REGULACIÓN NECESARIA PARA QUE NO SE INFRINJAN LOS UMBRALES DEFINIDOS, LOS CUALES SE DESARROLLARÁN EN LA ETAPA DE ESTRUCTURACIÓN DEL PROYECTO
<b>4. EL COSTO TOTAL DE INVERSION (CTI) REFERENCIAL</b>
NO CORRESPONDE
<b>5. COSTOS ESTIMADOS DEL SERVICIO DE OPERACION Y MANTENIMIENTO POR AÑO (INCLUYE IGV)</b>
S/ 53 MILLONES (INCLUYE IGV)
<b>6. FUENTES DE INGRESOS</b>
COFINANCIAMIENTO
<b>7. COMPLEMENTARIEDAD DEL PROYECTO CON OTROS PROYECTOS DE APP O PROYECTOS DE INVERSION PUBLICA DESARROLLADOS BAJO OTROS MECANISMO</b>
A TRAVÉS DEL PIP CON CODIGO SNIP 58330 "FORTALECIMIENTO DE LA ATENCION DE LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA Y SERVICIOS ESPECIALIZADOS - NUEVO HOSPITAL EMERGENCIAS VILLA EL SALVADOR", SE HA IMPLEMENTADO UN NUEVO HOSPITAL QUE HA ENTRADO EN OPERACIONES PROGRESIVAMENTE DESDE EL AÑO 2016.





### 1.9. Priorización de proyectos

En el marco del alineamiento al Sistema Nacional de Promoción de la Inversión Privada (SNPIP) de acuerdo a lo dispuesto en el D.L. 1362, sus reglamentos y lineamientos, el Ministerio de Salud ha elaborado una metodología de priorización a través de la determinación de 4 criterios, a los cuales se les ha aplicado una ponderación de acuerdo su nivel de importancia para el sector, los cuales se muestran a continuación:

**Tabla N° 12. Matriz de priorización de proyectos**

N°	INDICADORES	PONDERACION
1	Alineamiento con las prioridades de política de salud	30%
2	Avance del proyecto en las fases de APP	30%
3	Impacto en la capacidad presupuestal del sector	20%
4	Complejidad de la intervención	20%

Asimismo, se han asignado puntajes que se aplicarán a los criterios de priorización de los proyectos, los cuales posteriormente permitirán obtener un puntaje final que permita obtener un ordenamiento, de acuerdo a su importancia para el sector.

**Tabla N° 13. Puntaje de los criterios de priorización**

N°	INDICADORES	PUNTAJE				
		0	5	10	15	20
1	Alineamiento con las prioridades de política de salud	No vinculado	Parcial	Total		
2	Avance del proyecto en las fases de APP	idea	Formulación	Estructuración	Transacción	Ejecución contractual
3	Impacto en la capacidad presupuestal del sector	No hay impacto	Gasto de capital y Gasto corriente	Gasto de capital	Gasto corriente	
4	Complejidad de la intervención		Solo operación de servicios	Implementación de infraestructura	infraestructura más operación de servicios	

Fuente: Elaboración MINSa

En tal sentido, el MINSa ha identificado 02 (dos) potenciales proyectos para ser desarrollados mediante la modalidad de Asociación Pública Privada, que serían incluidos en el Informe Multianual de Inversiones a fin de ser incorporados en el proceso de promoción de la inversión privada en los próximos 3 años. Los proyectos se mencionan a continuación:



- IPC "Gestión de Residuos Hospitalarios en los Establecimientos de Salud del Ministerio de Salud de Lima Metropolitana" con CUI 2455238, (en adelante, IPC GIRSE)
- IEC "Operación y mantenimiento del nuevo Hospital de Emergencias Villa El Salvador", (en adelante, IEC HEVES).

En tal sentido, se ha procedido a aplicar una metodología tomando en consideración los proyectos previamente citados, obteniéndose los siguientes resultados:

**Tabla N° 14. Aplicación de los criterios de priorización**

PROYECTO		Alineamiento con las prioridades de política de salud	Avance del proyecto en las fases de APP	Impacto en la capacidad presupuestal del sector	Complejidad de la intervención	TOTAL
N°	PESO PONDERADO	30%	30%	20%	20%	100%
1	IPC "Gestión de Residuos Hospitalarios en los Establecimientos de Salud del Ministerio de Salud de Lima Metropolitana" (IPC GIRSE)	5	5	5	15	7
2	IEC "Operación y mantenimiento del nuevo Hospital de Emergencias Villa El Salvador" (IEC HEVES)	5	0	15	5	5.5

Fuente: Elaboración MINSA

#### 1.10. Aplicación de los criterios de elegibilidad para potenciales proyectos de APP

Se ha procedido a la aplicación de lo dispuesto por la R.D. 004-2016-EF/68.01 que aprueba los "Lineamientos para la aplicación de los criterios de elegibilidad de los proyectos de Asociación Público Privada", los cuales se encuentran en el marco de lo establecido en el DL N° 1362 "Decreto Legislativo que Regula la Promoción de la Inversión Privada Mediante Asociaciones Público Privadas y Proyectos en Activos", de manera que permita determinar e identificar proyectos que potencialmente puedan desarrollarse bajo esta modalidad de financiamiento.

La elaboración del análisis de valor por dinero se realiza en concordancia a las disposiciones contenidas en la mencionada Resolución Directoral del Ministerio de Economía y Finanzas (MEF), que define la metodología utilizando el instrumento previsto para tal fin (la hoja de cálculo excel) y su instructivo.

Asimismo, es necesario precisar que de acuerdo al artículo 82.1 del Reglamento del D.L. N° 1362, para las iniciativas privadas que cuenten con Opinión de Relevancia, no resulta exigible a nivel de IMIAPP, la presentación de la metodología de los Criterios de Elegibilidad.



Los criterios de elegibilidad son los siguientes:

**a. Nivel de transferencia de riesgo**

La asignación de riesgos es uno de los aspectos principales en las transacciones de los proyectos APP. Una asignación eficiente de los riesgos destina cada riesgo a la parte más apta para su gestión, ya sea el sector público o privado y permite que se genere valor por dinero para el Estado.

La distribución de riesgos involucra que estos puedan ser retenidos, transferidos o compartidos, los mismos que se registrarán en una matriz de riesgos y en el Contrato de Concesión. Por tanto, es importante el trabajo de identificar y asignar los potenciales riesgos que asumirían el Concedente y el Concesionario y que debe ser el resultado del análisis realizado.

El análisis de riesgos preliminar de los proyectos, se puede desarrollar de conformidad con lo previsto en los “Lineamientos para la asignación de riesgos en los contratos de Asociación Público Privadas” aprobado por el Ministerio de Economía y Finanzas (MEF) mediante Resolución Ministerial N°. 167-2016-EF/15 y las pautas señaladas en los “Lineamientos para el desarrollo de las fases de formulación y estructuración en los proyectos de APP” aprobado mediante Resolución Directoral N°. 005-2016-EF/68.01.

Asimismo, se debe mencionar que el Ministerio de Salud cuenta con experiencia en ejecución de proyectos a través del sistema de contratación de obra pública tradicional; pero además cuenta con experiencia de un proyecto bajo el mecanismo de APP, a través de la Iniciativa Estatal Cofinanciada para la ejecución del contrato que tiene por finalidad gestionar los Servicios de “Bata Gris” del Instituto Nacional de Salud del Niño – San Borja (INSN-SB).

**b. Capacidad de medición de disponibilidad y calidad del servicio**

Es necesario identificar si existen indicadores de desempeño que permitan medir objetivamente estas variables (disponibilidad y calidad del servicio) durante la ejecución del proyecto.

**c. Ventajas y limitaciones de obra pública tradicional**

El tercer criterio de elegibilidad trata de medir si existe suficiente evidencia para determinar qué es más ventajoso desarrollar un proyecto mediante una Asociación Público Privada.

**d. Tamaño del proyecto que justifique los costos del proceso de APP**



Este criterio determina 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.

**e. Competencia por el mercado**

Este criterio trata de verificar si existe suficiente capacidad e interés en el sector privado para desarrollar el proyecto y si se puede crear un clima de competencia durante la adjudicación.

**f. Fortaleza institucional como factor asociado al éxito del proyecto**

Este criterio busca determinar si la entidad pública titular del proyecto está preparada y capacitada para conducir un proyecto de APP.

**g. Financiamiento por usuarios**

A través de este criterio se verifica si el proyecto puede potencialmente generar ingresos propios para ser clasificado como autofinanciado.

Los potenciales proyectos que se están considerando en el presente informe, se han sometido a la matriz de criterios de elegibilidad puesto a disposición por el Ministerio de Economía y Finanzas.

Una vez aplicados estos criterios, el puntaje final mayor a 11.5 indica que los proyectos se encuentran en condiciones de ser desarrollados a través de la modalidad de Asociación Público Privada.

**IEC “Operación y mantenimiento del nuevo Hospital de Emergencias Villa El Salvador”**

**Criterio Especifico 1: Nivel de Transferencia de Riesgo**

**Pregunta:** ¿Cual se espera que sea el nivel de transferencia de riesgos en el sector privado?

Ponderación: 15%

Justificación: El proceso de identificación, descripción y asignación de riesgos considera información del Ministerio de Salud relacionada al proyecto de la Iniciativa Estatal Cofinanciada (IEC) “Operación y mantenimiento del nuevo Hospital de Emergencias Villa El Salvador”. Asimismo, se considera como referencia las lecciones aprendidas de proyectos APP de naturaleza estatal



cofinanciada con características similares (APP de Gestión del Instituto Nacional de Salud del Niño - San Borja).

De este modo, los riesgos han sido clasificados en la Etapa de Operación y Mantenimiento, en la cual se podrían asignar al concesionario los siguientes 8 riesgos: de disponibilidad, calidad y/o niveles de servicio, de sobrecostos por incremento de actividades de operación y mantenimiento, de sobrecostos por deficiencias en diseño o construcción de la infraestructura, de terminación anticipada por incumplimiento del Concesionario, de infraestimación de costos extraordinarios o mayores, de no pago del Pago por Disponibilidad por incumplimiento del Estado, de reposición de equipos y, de accidentes y de responsabilidad civil.

El principal riesgo retenido por el Concedente sería el de terminación anticipada por incumplimiento del Concedente o decisión unilateral.

Y, por último, los riesgos compartidos por el Concedente y el Concesionario serían los siguientes 4: de Inflación, derivado de eventos de fuerza mayor, de incumplimiento de la normatividad ambiental, de terminación anticipada del contrato por causas de fuerza mayor o hechos fortuitos.

Por tanto, se puede evidenciar que más del 61% (8 de 13) de los riesgos identificados han sido transferidos al Concesionario, lo cual evidencia un alto nivel de transferencia de riesgos del proyecto.

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

**Tabla 15. Resultado del Criterio Especifico 1**

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

<b>Puntaje</b>	<b>3</b>
----------------	----------



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

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

Ponderación: 10%

Justificación: Para el caso de la IEC HEVES, aun no se ha determinado los niveles de servicio, los cuales deberán ser elaborados en la fase de formulación. C, a fin de determinar indicadores de desempeño, específicos, medibles, alcanzables, realistas y con un horizonte de tiempo definido.

Sin embargo, se precisa que se cuenta con experiencia relevante de indicadores específicos de desempeño con sus respectivas penalidades o deductivos en los contratos de proyectos cofinanciados como la APP de Gestión del Instituto Nacional de Salud del Niño - San Borja.

Considerando que este criterio de elegibilidad analiza la existencia 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 durante el ciclo de vida del proyecto, con calidad y con una adecuada atención a la ocurrencia de interrupciones; por lo tanto, se evidencian niveles de desempeño que el privado debe cumplir de acuerdo a la normatividad aplicable.

En base a lo descrito, puede concluirse que existen especificaciones e indicadores de desempeño y un sistema de penalidades o deductivos para proyectos similares en el Perú.

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

**Tabla N° 16: Resultado del Criterio Especifico 2**

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

<b>Puntaje</b>	<b>3</b>
----------------	----------



### **Criterio Especifico 3: Ventajas y limitaciones de la obra pública tradicional**

**Pregunta 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?

Ponderación: 20%

Justificación: El presente proyecto no refiere a la construcción de infraestructura, sino más bien a la operación de los servicios generales del Hospital Villa El Salvador, de suma importancia para el desarrollo de las prestaciones de servicios asistenciales realizadas en este establecimiento de salud. En tal sentido, tratando de superponer este criterio específico para esta iniciativa estatal, se debe mencionar que los servicios que serían concesionados, en un pequeño porcentaje de casos son realizados directamente por el personal del hospital, lo cual genera en la mayoría de casos, mala calidad de servicios que a su vez produce retrasos en la atención oportuna de los pacientes. De otro lado, la mayoría de los casos se realizan a través de la contratación vía tercerización, la cual es más costosa que contar un solo operador por un plazo de 10 años, la tercerización es anual o bianual y esto no te genera incentivos para que el operador realice un buen trabajo. Además, en una APP hay indicadores de gestión sujetos a penalidades o deducciones de retribución del servicio, en caso no se logre la calidad requerida, lo cual no se considera en un contrato de tercerización o realizado por el propio Estado. Cabe precisar que, la tercerización de servicios en el sector público se rige por las normas de contrataciones y adquisiciones del Estado.

Asimismo, se debe tomar en consideración la importancia de contar con un Indicador Clave de Desempeño o KPI (Key Performance Indicator), que es un indicador por disponibilidad del servicio que genera el proyecto desarrollado bajo la APP, el cual corresponde a una condición o exigencia que definirá y establecerá el MINSA, en cada uno de los servicios contratados, asegurando de esta manera su continuidad y prestación oportuna.

Por tanto, se puede concluir que no existe suficiente evidencia en el país para esperar que el costo final de un proyecto se incremente sustancialmente respecto de los valores inicialmente estimados.



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

**Tabla N° 17. Resultado del Criterio Especifico 3 – Pregunta 1**

Indicadores de respuesta		
1	2	3
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	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	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

<b>Puntaje</b>	<b>1</b>
----------------	----------

**Pregunta 2:** ¿La entidad pública titular del proyecto tiene capacidad para realizar sostenidamente la operación y el mantenimiento de la infraestructura durante la vida útil del Proyecto?

Ponderación: 20%

Justificación: Se considera que la entidad pública (MINSAL) presenta poca capacidad para gestionar de forma sostenida la operación y el mantenimiento de la infraestructura durante la etapa operativa del proyecto (O&M), lo cual se evidencia a través de las deficiencias en la operación y mantenimiento de los establecimientos de salud del MINSAL, los cuales se encuentran con serias deficiencias que limitan la prestación de los servicios al ciudadano.

Se identifican circunstancias que bloquean la capacidad de todo el sistema de salud peruano para realizar sostenidamente la operación y el mantenimiento de la infraestructura de establecimientos de salud como el del Hospital de Emergencias Villa El Salvador. El reporte de Indicadores de Brechas de Infraestructura y Equipamiento del Sector Salud elaborado por el MINSAL (2020) señala que, a enero de 2020, del total de establecimientos de salud de primer nivel de atención, es decir, puestos de salud y centros de salud, que ascienden a 8,723 establecimientos, el 77.8% (6,785) es deficiente, con infraestructura precaria y





equipamiento obsoleto, inoperativo o insuficiente. Esto aplica para todo el sistema de salud del país.

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

**Tabla N° 18. Resultado del Criterio Especifico 3 – Pregunta 2**

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

<b>Puntaje</b>	<b>3</b>
----------------	----------

**Criterio Especifico 4: Tamaño del proyecto que justifique los costos del proceso APP**

**Pregunta:** ¿Cuál es el estimado de inversión en el proyecto?

Ponderación: 20%

Justificación: El tamaño del proyecto se determina a través de su Costo Total de Proyecto (CTP).

El artículo 5 del Reglamento del Decreto Legislativo N°1362, define el Costo Total del Proyecto como: "el CTI más los costos estimados de operación y mantenimiento de un proyecto, incluyendo el IGV, expresados en valor presente, de los primeros diez (10) años del proyecto o de su vida útil, el que resulte menor. 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".

En el caso de la IEC HEVES, el Costo Total del Proyecto corresponde a los costos de operación y mantenimiento de los servicios que serían concesionados al operador privado.



Puesto que la respuesta a la pregunta se encuentra en UIT, se ha utilizado la última UIT disponible para valorar el Costo Total del Proyecto, que es la siguiente:

**Tabla N° 19. Referencia de la unidad impositiva tributaria**

Periodo	Unidad Monetaria	Valor U.I.T.	Base Legal	Fecha de Publicación
2023	Soles	4,9500	DS N° 309-2022- EF	23/12/2022

Fuente: SUNAT (<http://www.sunat.gob.pe/indicestajas/uit.html>)

En relación al proyecto, existe un monto aproximado y calculado, el cual da un Costo Total del proyecto (CTP) que asciende a S/ 431 millones. Expresado en términos de la UIT vigente, el CTP representa alrededor de 87.070 UIT.

En conclusión, el CTP es mayor o igual a 50.000 UIT, pero menor a 250.000 UIT.

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

**Tabla N° 20. Resultado del Criterio Especifico 4**

Indicadores de respuesta		
1	2	3
CTI, o CTP en caso de que no haya componente de inversión, es menor a 50.000 UIT, pero mayor a 10.000 UIT.	CTI, o CTP en caso de que no haya componente de inversión, es mayor o igual a 50.000 UIT, pero menor a 250.000 UIT.	CTI, o CTP en caso de que no haya componente de inversión, es mayor o igual a 250.000 UIT

Puntaje	2
---------	---

**Criterio Especifico 5: Competencia por el mercado**

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

Ponderación: 10%.

Justificación: Desde hace más de 18 años, en el Perú se viene licitando exitosamente proyectos cofinanciados en diversos sectores económicos. En particular, el sector salud presenta características similares a las del proyecto, contando con más de 2 postores al momento de adjudicar la buena pro del proyecto.



En ese sentido, a fin de poder determinar si existirá el interés del sector privado para el desarrollo de este proyecto bajo la modalidad de APP, se han tomado como referencia las empresas que han consultado por los alcances del proyecto en el año 2019 – 2020, oportunidad en que PROINVERSIÓN tenía en cartera como proyecto vigente a la IEC HEVES, a mérito del encargo que realizó el MINSA en el marco del Convenio de Colaboración Interinstitucional N° 102-2019-MINSA suscrito con dicha entidad, generando iniciar la elaboración de Estudios Técnicos para incorporarlo en el Proceso de Promoción Privada; sin embargo, a consecuencia de la emergencia sanitaria ocasionada por el COVID el proyecto se detuvo. En dicha línea hubo empresas que mostraron interés por el proyecto ante PROINVERSIÓN, al igual que lo hicieron por los proyectos hospitalarios de Piura y Chimbote de EsSalud, lo que ha generado un registro de contactos en la Dirección de Servicios al Inversionista de dicha entidad:

**Tabla N° 21. Posibles postores para el sector**

N°	Empresa	Agentes autorizados / Representante Legal
1	Eulen del Perú de Servicios Complementarios	Luis Enrique Velásquez Koc
2	Ingenieros Civiles y Contratistas Generales S.A.	Ing. José Javier Jordán Morales
3	Ibérica de Mantenimiento S.A. Sucursal del Perú	Víctor Manuel Marquina Juárez, Representante Legal Sebastián Teobaldo Dirceu Llosa Carrillo, Agente Autorizado Luis Alejandro Mansilla López, Agente Autorizado
4	Medlab Cantella Colichón S.A.C	José Manuel Sabogal Carrillo
5	Soluciones Por Diagnostico Para Laboratorios Latinoamérica S.A.C - Sodilab S.A.C.	Antonio Calleja / Vicente Espinoza Gerente General
6	IGSA Medical Services Perú Sociedad Anónima - Igsa Perú S.A	Eduardo Martín Dávalos Freyre
7	BTD Proyectos 12, S.A.	Andrés Llordén Jáñez / Luis Alberto Bohígues Rodríguez / Agentes Autorizados: Marc Grañó, Esther Adán
8	Sodexo Perú SAC	Alfredo García Pye / Alfonso de los Heros Eche copar

Fuente: PROINVERSIÓN

Asimismo, se debe precisar que siete de las ocho Empresas en mención, participaron en el Proceso de Promoción de la Inversión Privada del Proyecto Instituto del Niño de San Borja, adjudicado por PROINVERSIÓN en el año 2015,



lo cual también han mostrado interés por el proyecto HEVES al ser uno que se desarrollará bajo la modalidad de bata gris/verde (servicios generales y de apoyo al diagnóstico) muy similar al INSN-SB.

En conclusión, podemos inferir, que a la fecha existen suficientes empresas del sector privado para conformar más de cinco (05) postores potenciales al momento de adjudicar la buena pro del proyecto. En tal sentido, la OPIP deberá velar por un adecuado proceso de promoción de la Inversión Privada, en el cual se incentive la participación y la competencia de varias empresas.

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

**Tabla N° 22. Resultado del Criterio Especifico 5**

Indicadores de respuesta		
1	2	3
Existen suficientes empresas del sector Privado para conformar hasta dos (02) postores potenciales al momento de adjudicar la buena pro del Proyecto.	Existen suficientes empresas del sector Privado para conformar entre dos (02) y cinco (05) postores potenciales al momento de adjudicar la buena pro del Proyecto.	Existen suficientes empresas del sector Privado para conformar más de cinco (05) postores potenciales al momento de adjudicar la buena pro del Proyecto

<b>Puntaje</b>	<b>3</b>
----------------	----------

**Criterio Especifico 6: Fortaleza institucional como factor de éxito del proyecto**

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

Ponderación: 5%

Justificación: Respecto a si la entidad pública contratante cuenta con una unidad dentro de su estructura organizacional y tiene experiencia para conducir un proyecto de APP de similares características, se precisa que el MINSa viene realizando como APP la Gestión del Instituto Nacional de Salud del Niño - San Borja desde el año 2015.



En sentido, el MINSA como entidad pública contratante, cuenta con una unidad dentro de su estructura organizacional y tiene experiencia para conducir un Proyecto de APP de similares características.

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

**Tabla N° 23. Resultado del Criterio Especifico 6**

Indicadores de respuesta		
1		2
Entidad pública titular del proyecto no cuenta con una Unidad de 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.		Entidad pública titular del proyecto cuenta con una Unidad de APP y tiene experiencia de desarrollo de proyectos de APP y administración de contratos APP de similar tipología, tamaño y complejidad.

<b>Puntaje</b>	<b>2</b>
----------------	----------

**Criterio Especifico 7: Financiamiento por usuarios**

Pregunta: ¿Tiene el Proyecto evidencia de generar los suficientes ingresos para financiar parcial o totalmente el Proyecto?

Ponderación: Equivalente a un puntaje adicional

Justificación: De acuerdo a lo señalado en los Lineamientos para la aplicación de los criterios de elegibilidad de los proyectos de APP, para que un proyecto cofinanciado se considere que cuenta con la posibilidad de generar los suficientes ingresos para financiar parcialmente el proyecto, deberá cubrir como mínimo el 40% del Costo total de Inversión.

Considerando que, el proyecto no generará ingresos comerciales para cubrir los costos del proyecto, estos costos serán cubiertos en su totalidad con cofinanciamiento a cargo del MINSA, por lo que se concluye que el proyecto no tiene la posibilidad de generar los suficientes ingresos provenientes de los usuarios para financiar parcialmente el proyecto. En tal sentido, para este criterio se asigna puntaje de 0.



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

**Tabla N° 24. Resultado del Criterio Especifico 7**

Indicadores de respuesta		
0		1
El proyecto no tiene la posibilidad de generar los suficientes ingresos para financiar parcial o totalmente el Proyecto.		El proyecto tiene la posibilidad de generar los suficientes ingresos para financiar parcial o totalmente el Proyecto.

<b>Puntaje</b>	<b>0</b>
----------------	----------

**Interpretación de resultados**

Las respuestas a cada uno de los criterios de elegibilidad anteriores se han reflejado en la hoja de cálculo descargable en el portal institucional del MEF, la cual genera automáticamente el resultado numérico ponderado de los criterios de elegibilidad.

**Tabla N° 25. Resultado del puntaje de Criterios de Elegibilidad**

Criterio	Peso	Puntaje asignado	Puntaje Ponderado
Criterio Especifico 1: Nivel de transferencia de riesgos	15%	3	3,0
Criterio Especifico 2: Capacidad de medición de la disponibilidad y calidad del servicio	10%	3	2,0
Criterio Especifico 3: Ventajas y limitaciones de la obra pública tradicional: Pregunta 1	20%	1	1,3
Criterio Especifico 3: Ventajas y limitaciones de la obra pública tradicional: Pregunta 2	20%	3	4,0
Criterio Especifico 4: Tamaño del Proyecto que justifique los costos del proceso de APP	20%	2	2,7
Criterio Especifico 5: Competencia por el mercado	10%	3	2,0
Criterio Especifico 6: Fortaleza institucional como factor de éxito del Proyecto	5%	2	1,0
Puntaje Ponderado total			16,0
Criterio Especifico 7: Financiamiento por usuarios		0	0
Puntaje total			16,0
<b>Conclusión</b>			
Frente al regimen general de contratacion publica y con la informacion disponible el proyecto esta en condiciones de contemplar la modalidad de APP para su desarrollo			



El puntaje final es la suma del puntaje ponderado total normalizado al valor 20, al que se le otorga la siguiente toma de decisiones.

**Tabla N° 26. Puntaje de Criterios de Elegibilidad**

Rango de decisión		Conclusión
Menor a 11,50		Frente al régimen general de contratación pública y con la información disponible, el Proyecto no está en condiciones de contemplar la modalidad de APP para su desarrollo.
11,50	21,00	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.

En el presente proyecto, las respuestas a los criterios de elegibilidad han arrojado una puntuación final de 16,0 como consecuencia de la asignación de los puntajes correspondientes.

### **Conclusiones**

El puntaje obtenido permite concluir que frente al régimen de contratación pública y con la información disponible, el proyecto está en condiciones para su desarrollo como APP.

## **2. SECCION PROGRAMACIÓN**

En función de lo solicitado en el documento sobre lineamientos para la elaboración del Informe Multianual de Inversiones en APP, se define en este acápite un formato de programación de uso de recursos públicos, por tanto, se presenta a continuación los requerimientos presupuestales, compromisos firmes de Asociación Público Privada que mantiene el Ministerio de Salud para el periodo de análisis hasta el 2032.

### **2.1. Elaboración del reporte de uso de recursos**

La proyección del uso de los recursos públicos del Ministerio de Salud ha identificado el compromiso firme y estimaciones presupuestales de tres (03) proyectos (dos IEC y un IPC) de la cartera de APP.



El compromiso firme corresponde a la IEC del contrato de APP que está firmado y en operación, relacionado al Contrato de Gerencia de Bata Gris del Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja. Este contrato inició operaciones en octubre de 2015 y los compromisos están en soles.

Adicionalmente, las estimaciones presupuestales corresponden a un (01) proyecto bajo Iniciativa Estatal Cofinanciada (Operación y mantenimiento del nuevo Hospital de Emergencias Villa El Salvador - HEVES), el cual cuenta con opinión de relevancia, y de un (01) proyecto de Iniciativa Privada Cofinanciada (Gestión de Residuos Sólidos en establecimientos de salud de Lima Metropolitana - GIRSE), el cual cuenta con viabilidad y aprobación del Informe de Evaluación.

En el Anexo 1 se presenta la proyección del uso de recursos públicos para un horizonte de diez (10) años.

## 2.2. Estimación de los indicadores de gasto presupuestal

A partir de la estimación del reporte de uso de recursos públicos, presentado en el Anexo 1 se presenta a continuación el análisis de la capacidad fiscal del MINSA para asignar recursos a los tres (03) proyectos de la cartera de APP, sobre la base de la construcción de dos (02) indicadores referenciales de rigidez presupuestal y la evaluación de sus resultados.

Al respecto, dichos indicadores se estiman para un horizonte de diez (10) años, teniendo como base el año 2020. Dichos indicadores se denominan:

- Indicador referencial de rigidez de gasto corriente por APP

$$\text{Indicador N}^\circ 1_t = \frac{\text{Total de compromisos de APP de Gasto Corriente}_t}{\text{Presupuesto de Gasto Corriente de la Entidad}_t}$$

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

- Indicador referencial de rigidez de gasto de capital por APP

$$\text{Indicador N}^\circ 2_t = \frac{\text{Total de compromisos de APP de Gasto de Capital}_t}{\text{Presupuesto de Gasto de Capital de la Entidad}_t}$$

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

A continuación, se presenta el cálculo de los dos indicadores para un horizonte de planeamiento hasta el 2032:





Tabla N° 27. Indicadores de Rigidez en APP

Años	Indicador N° 1 Indicador referencial de rigidez de Gasto Corriente por APP	Indicador N° 2 Indicador referencial de rigidez de Gasto de Capital por APP
2020	0.55%	-
2021	0.55%	-
2022	0.39%	-
2023	0.68%	-
2024	0.80%	-
2025	1.32%	-
2026	0.78%	-
2027	2.25%	1.19%
2028	1.64%	1.10%
2029	1.52%	1.38%
2030	1.64%	5.65%
2031	1.45%	5.40%
2032	1.47%	5.16%

### 2.2.1. Indicador referencial de rigidez del gasto corriente por Asociación Público Privada

Respecto al indicador de rigidez del gasto corriente por APP detallado en la Tabla anterior, se puede observar que para el año 2020 el indicador es de 0,55; por otra parte, el nivel más alto del indicador en todo el horizonte correspondería al año 2027 con 2.25% y el promedio en este horizonte de tiempo es de 1.17%. Con dichos datos se establece que el gasto corriente comprometido en proyectos APP tiene una participación reducida en su presupuesto total de gasto corriente en el MINSA, posibilitando solventar futuros compromisos de gasto corriente que surjan de futuras inversiones en proyectos APP.

### 2.2.2. Indicador referencial de rigidez del gasto de capital por Asociación Público Privada

Respecto al indicador de rigidez del gasto de capital por APP, es calculado a partir del año 2027, año previsto que se inician las retribuciones por inversión, siendo este indicador estimado en 1.19%; por otra parte, el nivel más alto en todo el horizonte se da en el año 2030 con un indicador de 5.65%.



Es importante destacar que con los precitados resultados se da sostenibilidad de realizar futuras inversiones en proyectos APP en el MINSA.



ANEXO

FICHA DE CAPACIDAD PRESUPUESTAL DEL PLEGO PRESUPUESTARIO

PROYECCION DE INGRESOS, GASTOS Y SALDOS DEL PLEGO

Fecha de corte de la Información de Ficha



Resumen y Anexos:

(En Mdd)

Table with columns for financial years (2020-2024) and rows for various budget categories including Recursos Ordinarios, Recursos Corrientes, and Recursos de Capital.

Nota: Se detallan en las cuentas proyectadas como saldo de balance.

Nota: En el caso de la Franja de Fracamiento Recursos Ordinarios, considere la proyección de devengado al 31/12/2021.

B1. PROYECCION MANTENIMIENTO DE GASTOS DEL PLEGO PRESUPUESTARIO

Detailed budget projection table for maintenance costs, categorized by type of expenditure (e.g., Salarios, Materiales, Viajes).



B. PROYECCIÓN MULTIANUAL DE GASTOS DEL PLIEGO PRESUPUESTARIO

(En soles)

PROYECCIÓN MULTIANUAL DE GASTOS	2010	2011	PIA 2012	PIA 2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
---------------------------------	------	------	----------	----------	------	------	------	------	------	------	------	------	------

B.1. PROYECCIÓN MULTIANUAL DE GASTOS SEGÚN FUENTE DE FINANCIAMIENTO

FUENTE DE FINANCIAMIENTO	2010	2011	PIA 2012	PIA 2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	
RECURSOS ORDINARIOS	6,743,563,026	6,284,862,803	7,286,309,348	8,623,511,073	8,963,389,752	9,484,400,419	9,182,502,875	9,632,445,516	10,104,435,346	10,599,552,678	10,683,670,742	10,129,185,268	10,603,603,509	11,124,638,315
RECURSOS DIRECTAMENTE RECAUDADOS	207,207,090	160,631,059	177,090,245	272,054,285	101,120	104,153	107,278	110,818	114,475	118,253	122,155	126,186	130,350	134,652
RECURSOS POR OPERACIONES OFICIALES DE CRÉDITO	1,365,004,574	2,267,654,889	1,197,209,125	2,268,159,530	744,088,219	28,310,355	30,583,481	0	0	0	0	0	0	0
DONACIONES Y TRANSFERENCIAS	537,308,037	542,555,191	0	739,405,355	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
RECURSOS DETERMINADOS	1,600,807	3,151,576	0	4,812,625	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>TOTAL B.1</b>	<b>8,654,582,537</b>	<b>9,246,654,718</b>	<b>8,644,608,718</b>	<b>11,907,577,868</b>	<b>9,707,579,091</b>	<b>9,522,814,927</b>	<b>9,213,193,644</b>	<b>9,632,556,334</b>	<b>10,104,549,821</b>	<b>10,599,670,931</b>	<b>10,683,792,897</b>	<b>10,129,311,454</b>	<b>10,604,033,859</b>	<b>11,124,772,967</b>

B.2. PROYECCIÓN MULTIANUAL DE GASTOS SEGÚN RESPONSABILIDAD

RESPONSABILIDAD	2010	2011	PIA 2012	PIA 2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	
COMPROMISOS ASUMIDOS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
OTROS GASTOS	0	0	8,640,608,718	11,907,577,868	9,707,579,091	9,522,814,927	9,213,193,644	9,632,556,334	10,104,549,821	10,599,670,931	10,683,792,897	10,129,311,454	10,604,033,859	11,124,772,967
<b>TOTAL B.2</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>8,640,608,718</b>	<b>11,907,577,868</b>	<b>9,707,579,091</b>	<b>9,522,814,927</b>	<b>9,213,193,644</b>	<b>9,632,556,334</b>	<b>10,104,549,821</b>	<b>10,599,670,931</b>	<b>10,683,792,897</b>	<b>10,129,311,454</b>	<b>10,604,033,859</b>	<b>11,124,772,967</b>

C. SALDOS (INGRESOS - GASTOS)

(En soles)

FUENTE DE FINANCIAMIENTO	2010	2011	PIA 2012	PIA 2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	
RECURSOS ORDINARIOS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	435,260,017	1,534,573,099	1,631,379,018	1,710,173,055
RECURSOS DIRECTAMENTE RECAUDADOS	51,489,248	80,039,369	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
RECURSOS POR OPERACIONES OFICIALES DE CRÉDITO	548,807,987	3,671,406,126	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
DONACIONES Y TRANSFERENCIAS	123,945,549	166,275,009	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
RECURSOS DETERMINADOS	1,496,615	2,500,736	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
<b>TOTAL (A - B)</b>	<b>725,741,399</b>	<b>4,130,220,740</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>435,260,017</b>	<b>1,534,573,099</b>	<b>1,631,379,018</b>	<b>1,710,173,055</b>

Fuente: Capacidad Presupuestal para la Iniciativa Privada Cofinanciada "Gestión Integral de Residuos Sólidos de los Establecimientos de Salud del Ministerio de Salud en Lima Metropolitana" (IPC GIRSE LM)



