



Resolución Ministerial

Lima, 02 de SEPTIEMBRE del 2024



VISTO, el Expediente N° 2024-0194782, que contiene el Oficio N° 050-2024-EF/15.01 emitido por el Despacho Viceministerial de Economía del Ministerio de Economía y Finanzas; la Nota Informativa N° D001003-2024-OGPPM-MINSA emitido por la Oficina General de Planeamiento, Presupuesto y Modernización; el Informe N° D000866-2024-OGAJ-MINSA emitido por la Oficina General de Asesoría Jurídica; y,



CONSIDERANDO:

Que, el numeral 3.1 del artículo 3 del Texto Único Ordenado del Decreto Legislativo N° 1362, Decreto Legislativo que regula la Promoción de la Inversión Privada mediante Asociaciones Público Privadas y Proyectos en Activos (TUO del Decreto Legislativo N° 1362), aprobado por Decreto Supremo N° 195-2023-EF, declara de interés nacional la promoción de la inversión privada mediante Asociaciones Público Privadas (APP) y Proyectos en Activos (PA), para contribuir al crecimiento de la economía nacional, al cierre de brechas en infraestructura o en servicios públicos, a la generación de empleo productivo y a la competitividad del país;



Que, el numeral 6.1 del artículo 6 del TUO del Decreto Legislativo N° 1362, precisa que el Ministerio tiene, entre otras, la función de identificar y priorizar los proyectos a ser desarrollados bajo las modalidades de APP y PA, así como de elaborar el Informe Multianual de Inversiones en Asociaciones Público Privadas (IMIAPP), a fin de planificar el desarrollo de los proyectos de inversión regulados en la citada normativa;



Que, el numeral 34.1 del artículo 34 del TUO del Decreto Legislativo N° 1362, establece que la fase de Planeamiento y Programación comprende la planificación de los proyectos y de los compromisos, firmes o contingentes, correspondientes a APP. Dicha planificación se articula con la Programación Multianual de Inversiones y se materializa en el IMIAPP, que incluye los proyectos a ejecutarse mediante las modalidades de APP y de PA; asimismo, el numeral 34.2 indica que la citada fase culmina con la aprobación del IMIAPP;



Que, al respecto, el numeral 40.2 del artículo 40 del Reglamento del Decreto Legislativo N° 1362, aprobado por Decreto Supremo N° 240-2018-EF, señala que el IMIAPP es el instrumento de gestión elaborado por cada entidad pública titular del proyecto, que tiene como finalidad identificar los potenciales proyectos de APP y PA, a fin de ser incorporados al Proceso de Promoción en los siguientes tres (03) años a su elaboración. Dicho informe tiene una vigencia de tres (03) años contados a partir de su aprobación;

Que, asimismo, el numeral 40.5 del artículo 40 antes mencionado, precisa que el IMIAPP y sus modificaciones y actualizaciones, son aprobadas mediante Resolución Ministerial del sector, Acuerdo de Consejo Regional, Acuerdo de Concejo Municipal o resolución del titular de la entidad pública titular habilitada mediante ley expresa, según corresponda;

Que, el numeral 40.7 del artículo 40 del Reglamento del Decreto Legislativo N° 1362, señala que dentro de los tres (03) años de su vigencia, la entidad pública titular del proyecto puede modificar el IMIAPP a efectos de incluir o excluir proyectos. Asimismo, la entidad pública titular del proyecto puede actualizar la información de los proyectos ya incluidos en el IMIAPP. En caso de que la modificación del IMIAPP solo tenga por objeto la exclusión de proyectos, no corresponde solicitar la opinión al Ministerio de Economía y Finanzas. En los demás supuestos, se debe seguir el procedimiento establecido en el artículo 41 y en el artículo 40, en lo que corresponda;

Que, el numeral 41.1 del artículo 41 del citado Reglamento, establece que de manera previa a la aprobación del IMIAPP el Comité de Promoción de la Inversión Privada (CPIP) solicita la opinión favorable del Ministerio de Economía y Finanzas, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 36 de la Ley;

Que, en relación al marco normativo antes señalado, mediante Resolución Ministerial N° 195-2023/MINSA se aprueba el IMIAPP 2023 – 2025 del Ministerio de Salud, el mismo que está dividido en dos (2) secciones: i) Planeamiento; y, ii) Programación;

Que, es oportuno señalar que mediante Resolución Suprema N° 017-2008-SA se crea el Comité de Inversión del Ministerio de Salud, el mismo que ha sido reconfirmado mediante la Resolución Ministerial N° 015-2016/MINSA;

Que, en ese contexto, mediante Oficio N° 050-2024-EF/15.01 el Despacho Viceministerial de Economía del Ministerio de Economía y Finanzas remite el Informe N° 068-2024-EF/68.03, a través del cual la Dirección General de Política de Promoción de la Inversión Privada, en atención a la solicitud presentada por el Comité de Inversión del Ministerio de Salud, emite opinión favorable a la propuesta de actualización y modificación del IMIAPP 2023-2025 del Ministerio de Salud;

Que, mediante Nota Informativa N° D00100-2024-OGPPM-MINSA la Oficina General de Planeamiento, Presupuesto y Modernización remite el Informe N° D001147-2024-OGPPM-OPMI-MINSA, a través del cual la Oficina de Programación Multianual de Inversiones, previa opinión favorable del Ministerio de Economía y Finanzas, propone la Resolución Ministerial que aprueba la actualización y modificación del IMIAPP 2023-2025 del Ministerio de Salud, en el marco de lo establecido en el numeral 40.5 del artículo 40 del Reglamento del Decreto Legislativo N° 1362, aprobado por Decreto Supremo N° 240-2018-EF;

Con el visado de la Oficina General de Planeamiento, Presupuesto y Modernización, de la Oficina General de Asesoría Jurídica, de la Secretaría General, y del Despacho Viceministerial de Prestaciones y Aseguramiento en Salud; y,

De conformidad con lo dispuesto en el Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud; el Texto Único Ordenado del Decreto Legislativo N° 1362, Decreto Legislativo que regula la Promoción de la Inversión Privada mediante Asociaciones Público Privadas y Proyectos en Activos, aprobado por Decreto Supremo N° 195-2023-EF; el Decreto Supremo N° 008-2017-SA, Decreto Supremo que aprueba el Reglamento de Organizaciones y Funciones del Ministerio de Salud; y el Decreto Supremo N° 240-2018-EF, Decreto Supremo que aprueba el Reglamento del Decreto Legislativo N° 1362;





Resolución Ministerial

Lima, 02 de SEPTIEMBRE del 2024

SE RESUELVE:

Artículo 1.- Aprobar la actualización y modificación del Informe Multianual de Inversiones en Asociaciones Público Privadas 2023 – 2025 del Ministerio de Salud, la misma que como Anexo forma parte integrante de la presente Resolución Ministerial.

Artículo 2.- Remitir copia de la presente Resolución Ministerial y su Anexo a la Dirección General de Política de Promoción de la Inversión Privada del Ministerio de Economía y Finanzas dentro del plazo de cinco (05) días hábiles posteriores a la aprobación de lo señalado en el artículo precedente.

Artículo 3.- Encargar a la Oficina de Transparencia y Anticorrupción de la Secretaría General la publicación de la presente Resolución Ministerial y su Anexo en la sede digital del Ministerio de Salud.

Regístrese y comuníquese.

CÉSAR HENRY VÁSQUEZ SÁNCHEZ
Ministro de Salud





PERÚ

Ministerio
de Salud

ANEXO

**ACTUALIZACIÓN Y MODIFICACIÓN DEL
INFORME MULTIANUAL DE INVERSIONES
EN ASOCIACIONES PÚBLICO PRIVADAS
DEL MINISTERIO DE SALUD**

2023-2025



Setiembre 2024

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.....	19
1.4. Indicadores de brecha de infraestructura o de acceso a servicios del Sector Salud.....	25
1.5. Contribución de las APP al logro de los objetivos.....	37
1.6. Lineamientos para la identificación de proyectos de APP en salud.....	40
1.7. Identificación de potenciales proyectos APP.....	41
1.8. Descripción de los proyectos potenciales.....	42
1.9. Priorización de proyectos.....	52
1.10. Aplicación de los criterios de elegibilidad para potenciales proyectos de APP.....	53
2. SECCION PROGRAMACIÓN.....	59
2.1. Elaboración del reporte de uso de recursos.....	59
2.2. Estimación de los indicadores de gasto presupuestal.....	61
ANEXO 1 APLICACIÓN DE LOS CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD.....	64
ANEXO 2 PROGRAMACIÓN DE USO DE RECURSOS PÚBLICOS.....	88



SIGLAS Y ACRÓNIMOS

APP	Asoiación Público - Privada
ES	Establecimiento de Salud
ESSALUD	Seguro Social de Salud
FFAA	Fuerzas Armadas
GORE	Gobiernos Regionales
IEC	Iniciativa Estatal Cofinanciada
IPC	Iniciativa Privada Cofinanciada
MINSA	Ministerio de Salud
PESEM	Plan Estratégico Sectorial Multianual
PEI	Plan Estratégico Institucional
PNP	Policía Nacional del Perú
SUSALUD	Superintendencia Nacional de Salud
UIT	Unidad Impositiva Tributaria



INTRODUCCIÓN

El Ministerio de Salud tiene la misión de promover la salud, previniendo las enfermedades y garantizando la atención integral de salud de todos los habitantes del país; proponiendo y conduciendo los lineamientos de políticas sanitarias en concertación con todos los sectores públicos y los actores sociales.

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 términos generales, la estructura y el contenido de la propuesta de actualización y modificación del IMIAPP 2023-2025 del Ministerio de Salud, son esencialmente las mismas iniciativas del aprobado a través de la Resolución Ministerial N° 195-2023-MTC/01 del 21 de febrero del 2023, siendo necesaria su actualización a fin de dar continuidad, bajo la modalidad de Asociación pública privada, a una IEC en ejecución contractual que culmina el 2025, y la modificación del mecanismo de iniciativa de un proyecto ante el desistimiento del proponente de una IPC.



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 enfermedad¹.

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 oferta².

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



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

² 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.

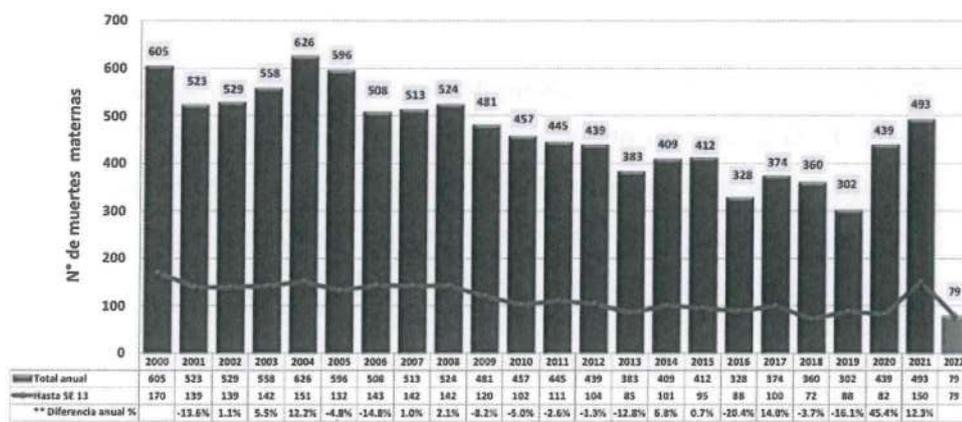
Simultáneamente los niveles de exceso de peso (sobrepeso y obesidad), están en aumento en el país, afectando al 10,0 % de niños menores de 5 años (INEI, 2021), y al 62,5 % de la población de 15 años y más de edad (INEI, 2021). Además, se observa una coexistencia del exceso de peso y obesidad con deficiencias 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.³

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

³ 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 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 al mes de agosto de 2023. No incluye establecimientos de salud que no cuentan con Código Único de IPRESS o con la clasificación correspondiente a su nivel resolutivo.



Es necesario tener en cuenta que la cantidad total de ES puede variar de un mes a otro y de un año al siguiente, ya que como consecuencia de inspecciones técnicas un ES que brinda servicios a la población puede reportarse como activo, en funcionamiento o inoperativo.

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

Institución Responsable	Categoría				Total	%
	I-1	I-2	I-3	I-4		
ESSALUD	2	54	127	22	205	2.3%
GL/GP	3	20	54	-	77	0.9%
INPE	17	30	9	-	56	0.6%
MINSA/GR	4,364	2,230	1,400	323	8,317	91.9%
OTRO	25	38	48	4	115	1.3%
SANIDAD	41	173	56	12	282	3.1%
TOTAL	4,452	2,545	1,694	361	9,052	100%
PORCENTAJE	49.2%	28.1%	18.7%	4.0%	100.0%	

Fuente: Indicadores RENIPRESS en Portal Institucional de SUSALUD. Agosto 2023

Según estimación del documento “Diagnostico de Brechas de Infraestructura o acceso a servicios del Sector Salud” de agosto 2023, el 98.00% de los establecimientos de salud de primer nivel de atención presenta capacidad instalada inadecuada, 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 2022⁴

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	500	497	99.40%
ANCASH	436	427	97.94%
APURIMAC	407	392	96.31%
AREQUIPA	295	287	97.29%
AYACUCHO	433	412	95.15%
CAJAMARCA	888	879	98.99%
CALLAO	84	81	96.43%
CUSCO	379	341	89.97%
HUANCAVELICA	421	413	98.10%
HUÁNUCO	349	340	97.42%

⁴ Es necesario tener en cuenta que la cantidad total de establecimientos de salud puede variar de un mes a otro y de un año al siguiente, como consecuencia de inspecciones técnicas puede reportarse el establecimiento de salud como activo, en funcionamiento o inoperativo

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
ICA	163	162	99.39%
JUNÍN	541	541	99.89%
LA LIBERTAD	338	334	98.82%
LAMBAYEQUE	203	201	99.01%
LIMA	828	820	99.03%
LORETO	499	489	98.00%
MADRE DE DIOS	98	98	99.89%
MOQUEGUA	71	67	94.37%
PASCO	272	271	99.63%
PIURA	459	448	97.60%
PUNO	504	499	99.01%
SAN MARTÍN	395	391	98.99%
TACNA	96	92	95.83%
TUMBES	57	57	99.89%
UCAYALI	238	236	99.16%
PERÚ	8,954	8,775	98.00%

Fuente: Diagnostico de brechas de infraestructura y acceso a servicios del Sector Salud. Agosto 2023

Los hospitales son responsables de satisfacer las necesidades de salud de la población de su ámbito jurisdiccional, a través de una atención integral ambulatoria y hospitalaria mediante servicios especializados; que reciben las referencias de los establecimientos de salud del primer nivel de atención de su ámbito de competencia.

Tabla N° 3: Hospitales del Segundo y Tercer Nivel de Atención por circunscripción departamental

Departamento	Categorías de los hospitales							Total
	II-1	II-2	II-E	III-1	III-2	III-E	SD	
AMAZONAS	4	1					6	11
ANCASH	9	3					9	21
APURIMAC	2	2	1				2	7
AREQUIPA	3			2	1		3	9
AYACUCHO	6	1	2				2	11
CAJAMARCA	7	1	1				3	12
CALLAO	1	1	1	1			1	5
CUSCO	4		2	2			3	11
HUANCAVELICA	3	1					2	6
HUÁNUCO	1	1	1				13	16
ICA	4	1					2	7
JUNÍN	5	2	1			2		10
LA LIBERTAD	19			2	2			23
LAMBAYEQUE	2	1		1			2	6
LIMA	4	9	1	9	7	1	16	47
LORETO	2	2		1			8	13
MADRE DE DIOS	1						2	3
MOQUEGUA	1	1					4	6
PASCO	3						1	4
PIURA	2	2					5	9



Departamento	Categorías de los hospitales							Total
	II-1	II-2	II-E	III-1	III-2	III-E	SD	
PUNO	9	3					4	16
SAN MARTÍN	3	1	4				1	9
TACNA		1					3	4
TUMBES		1					2	3
UCAYALI		2					2	4
PERÚ	95	37	14	18	10	3	96	273

Fuente: Indicadores RENIPRESS en Portal Institucional de SUSALUD. Agosto 2023

El documento "Diagnostico de Brechas de Infraestructura y acceso a servicios del Sector Salud" agosto 2023 menciona que el 94.31% de los hospitales presenta capacidad instalada inadecuada, expresada en la precariedad de la infraestructura, 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

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 2022

Departamento	Cantidad total de hospitales (HOS)	Hospitales con capacidad instalada inadecuada (HOSI)	Porcentaje de hospitales con capacidad instalada inadecuada
AMAZONAS	8	8	100.00%
ANCASH	12	12	100.00%
APURIMAC	7	7	100.00%
AREQUIPA	12	12	100.00%
AYACUCHO	10	10	100.00%
CAJAMARCA	12	12	100.00%
CALLAO	7	7	100.00%
CUSCO	10	10	100.00%
HUANCAVELICA	5	5	100.00%
HUÁNUCO	5	5	100.00%
ICA	9	5	56%
JUNÍN	12	11	92%
LA LIBERTAD	28	28	100%



Departamento	Cantidad total de hospitales (HOS)	Hospitales con capacidad instalada inadecuada (HOSI)	Porcentaje de hospitales con capacidad instalada inadecuada
LAMBAYEQUE	6	6	100.00%
LIMA	44	41	93.18%
LORETO	7	6	86%
MADRE DE DIOS	2	2	100.00%
MOQUEGUA	4	4	100.00%
PASCO	6	5	83.33%
PIURA	7	7	100.00%
PUNO	16	15	93.75%
SAN MARTÍN	10	7	70.00%
TACNA	2	2	100.00%
TUMBES	2	2	100.00%
UCAYALI	3	3	100.00%
PERÚ	246	232	94.31%

Fuente: Diagnóstico de brechas de infraestructura y acceso a servicios del Sector Salud. Agosto 2023

Se menciona como antecedente, con resultados similares, que el estudio realizado con el apoyo del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) para el Ministerio de Salud⁵ 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.



⁵ Estudio Diagnóstico de la Red Hospitalaria de Lima Metropolitana, Ministerio de Salud, Banco Interamericano de Desarrollo, 2016

En tal sentido, estos serios problemas funcionales de los establecimientos de salud 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
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 92.31% de los institutos especializados (12 de los 13 existentes a nivel nacional) no cuenta con infraestructura y equipamiento acordes con los estándares sectoriales establecidos, mientras que en el año 2019 este valor era del 60%.

En el caso de los laboratorios del Sistema de la Red Nacional de Laboratorios de Salud Pública, conformado por 67 laboratorios, de los cuales 44 son de referencia

nacional y 23 de referencia regional, a diciembre 2022 todos los laboratorios de referencia nacional cuentan con capacidad instalada inadecuada.

Tabla N° 5: Laboratorios del Sistema de la Red Nacional de Laboratorios de Salud Pública con capacidad instalada inadecuada 2022

Departamento	Laboratorios existentes	Laboratorios con capacidad inadecuada	Brecha (%)
AMAZONAS	2	2	100%
ANCASH	1	1	100%
APURIMAC	0	0	0
AREQUIPA	1	1	100%
AYACUCHO	2	2	100%
CAJAMARCA	2	2	100%
CALLAO	1	1	100%
CUSCO	1	1	100%
HUANCAVELICA	1	1	100%
HUANUCO	1	1	100%
ICA	1	1	100%
JUNIN	1	1	100%
LA LIBERTAD	1	1	100%
LAMBAYEQUE	0	0	0
LIMA	42	42	100%
LORETO	2	2	100%
MADRE DE DIOS	1	1	100%
MOQUEGUA	1	1	100%
PASCO	0	0	0
PIURA	1	1	100%
PUNO	1	1	100%
SAN MARTIN	1	1	100%
TACNA	1	1	100%
TUMBES	1	1	100%
UCAYALI	1	1	100%
PERÚ	67	67	100%

Fuente: Diagnóstico de brechas de infraestructura y acceso a servicios del Sector Salud. Agosto 2023

De acuerdo con el citado diagnóstico, el país presenta una brecha de 1,655 establecimientos de salud del primer nivel de atención para alcanzar el óptimo de 10,760 centros, es decir, se observa una brecha del 15.38%. De igual forma, por el lado de los hospitales, el país requiere 152 para alcanzar la cantidad óptima estimada de 399 establecimientos de salud, lo cual representa una brecha de 38.10%.

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 aún mantiene una brecha de infraestructura significativa 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 salud⁶, lo que redonda en una mala calidad del servicio, no sólo debido a la falta de presupuesto sino también a la inadecuada gestión de los recursos⁷.

Tabla N° 6: 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 «Perú potencial»	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	-	-	-	746	1.399	
	Nivel secundaria	-	-	-	-	4.280	
7	Salud	27.545	2.577	58.727	8.869	85.262	58.727
8	Hidráulico	6.679	-	14.625	2.766	7.142	14.625
Total brecha corto plazo		117.183		Total brecha de largo plazo			363.452

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 a 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.

⁶ Plan Nacional de Infraestructura para la Competitividad 2019

⁷ 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).

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 habitantes⁸, por debajo del promedio mundial de 1.8 (año 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° 7.

Tabla N° 7: 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° 8: Propiedad de terrenos de los establecimientos de salud

	NO CUENTA	SI CUENTA	NO INDICA	TOTAL
GOBIERNO REGIONAL	3,645	3,154	800	7,599
%	48%	42%	11%	100%
Primer Nivel	3,615	3,052	785	7,452
Segundo Nivel	26	92	15	133
Tercer Nivel	4	10		14
MINSa	150	212	19	381
%	39%	56%	5%	100%
Primer Nivel	150	189	17	356

⁸ Banco Mundial en: <https://datos.bancomundial.org/indicador/SH.MED.BEDS.ZS?view=chart>



	NO CUENTA	SI CUENTA	NO INDICA	TOTAL
Segundo Nivel		4	1	5
Tercer Nivel		19	1	20
Total	3,795	3,366	819	7,980
%	48%	42%	10%	100%

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° 9: Antigüedad de los establecimientos de salud

	Primer Nivel	Segundo Nivel	Tercer Nivel	Total	%
GOBIERNO REGIONAL	7,452	133	14	7599	
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%
MINSA	356	5	20	381	
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%
Total	7,808	138	34	7,980	

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 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, para dicho momento, 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, el Plan de Equipamiento de Lima Metropolitana 2019 - 2021, aprobado mediante Resolución Ministerial N°178-2019/MINSA, señala que se requiere un 72% de equipos por reposición y un 28% de equipamiento nuevo. El monto de reposición asciende a la suma de S/ 270,063,175.80 y de equipamiento nuevo a S/ 351,428,418.60.

Estado situacional 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, del total de necesidades de mantenimiento, el 22% corresponde a equipamiento y el 78% a infraestructura, lo que representa para dicho periodo 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, del total de necesidades de mantenimiento, el 9% corresponde a mantenimiento



de equipos y un 91% para el mantenimiento de la infraestructura, ascendente en dicho periodo a S/ 20,531,348 en equipamiento y S/ 197,140,289 en infraestructura.

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"⁹.

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"¹⁰

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



⁹ Plan Estratégico Institucional del Ministerio de Salud, 2019-2024 ampliado, aprobado con Resolución Ministerial N°621-2021-MINSA

¹⁰ 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.

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

El Reglamento de Organización y Funciones del MINSA¹¹ 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.¹²

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, se identificaron tendencias que impactan en los componentes y subcomponentes 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:

¹¹ Reglamento de Organización y Funciones aprobado mediante D.S. N° 008-2017 Y N° 011-2017 - SA

¹² Artículo 31 del Reglamento de Organización y Funciones del MINSA



Tabla N° 10: 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	
		8	Acceso a servicios de salud de calidad		X
	PROVISION DE SERVICIOS DE SALUD DE CALIDAD	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
	ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	22	Incidencia de tuberculosis		X
	ENFERMEDADES 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 Plan Estratégico Sectorial Multianual 2024 -2030 Sector Salud, se redacta la imagen del futuro deseado del Sector Salud, en la que describe *“En la búsqueda constante de financiamiento y recursos para reducir las brechas de acceso a los servicios de salud y para la atención integral, se suma la participación del sector privado a través de diversos mecanismos como las obras por impuestos y las asociaciones público-privadas;”*

Así mismo, en el ejercicio de su rol rector y de conducción estratégica del sistema de salud ha priorizado ocho (8) Objetivos Estratégicos Institucionales (Plan Estratégico Institucional PEI 2019 – 2023 Ampliado del Ministerio de Salud) 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.



H. GUIMOYF



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”.



H. GUIMOVE



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

Dentro de las estrategias para el cierre de brechas de infraestructura y equipamiento en el Sector Salud se ha suscrito una adenda al Convenio de Cooperación Interinstitucional con PROINVERSION para el encargo de proyectos bajo la modalidad de APP.

En adición a ello, 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 del Órgano Especializado para la Gestión y Ejecución de proyectos (OEGEP) del Ministerio de Salud, en atención al artículo 11 del Reglamento del Decreto Legislativo N° 1543, Decreto Legislativo que dicta medidas para mejorar la gestión de proyectos y los procesos de promoción de la inversión privada.
- 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.

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, la OPMI ha aprobado:
 - o Ficha Técnica Simplificada para proyectos con montos de inversión menores o iguales a 750 UIT
 - o Ficha Técnica Estándar para proyectos de establecimientos de salud sin internamiento con un monto de inversión mayor a 750 UIT y menor a 4000 UIT
 - o 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.
 - o El Listado de Activos Estratégicos del Sector Salud, el cual se actualiza en forma permanente.

1.4. Indicadores de brecha de infraestructura o de acceso a servicios del Sector Salud

Los indicadores de brechas de infraestructura o de acceso a servicios del Sector Salud que se enmarcan en el ámbito de responsabilidad funcional del Ministerio de Salud son diez (10), aprobados con Resolución Ministerial N° 739-2023/MINSA, de los cuales se ha identificado cinco (05) indicadores que 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° 11: Indicadores de Brecha de infraestructura o de acceso a servicios del Sector Salud

Indicador de Brecha	Valor Absoluto	Brecha	Porcentaje
1. Porcentaje de establecimientos de salud del primer nivel de atención con capacidad instalada inadecuada	8297	Calidad	96.63%





Indicador de Brecha	Valor Absoluto	Brecha	Porcentaje
2. Porcentaje de nuevos establecimientos de salud del primer nivel de atención por implementar	1760	Cobertura	44.2%
3. Porcentaje de hospitales con capacidad instalada inadecuada	225	Calidad	96.36%
4. Porcentaje de nuevos hospitales por implementar	156	Cobertura	40.73%
5. Porcentaje de institutos especializados con capacidad instalada inadecuada	10	Calidad	76.92%

Fuente: Anexo 1 de la RM N° 739-2023/MINSA y "Diagnostico de Brechas de infraestructura o acceso a servicios del Sector Salud, enero 2023"



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



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

Sector Responsable	20	Salud
Nombre del Indicador	348	Porcentaje de Establecimientos de Salud del Primer Nivel de Atención con Capacidad Instalada Inadecuada
Tipo de Indicador	Calidad	
Unidad de Medida	289	Establecimiento de salud
Nivel de desagregación	Distrital	

Servicio		Tipología	
266	Atención de servicios de salud básicos	353	Establecimientos de Salud del Primer Nivel de Atención
		-	

Competencia del Servicio				
Gobierno Nacional	Gobierno Regional	Gobierno Local Municip. Provincial	Gobierno Local Municip. Distrital	Empresa
<input checked="" type="checkbox"/>				

Definición

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; 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 define la autoridad sanitaria nacional, que incluye la gestión de riesgo.

Justificación

Se considera a los Establecimientos de Salud del primer nivel de atención porque deberían responder al 75% de la demanda de atención de salud de la población, en un enfoque de redes integradas de salud. Por lo tanto, dichos Establecimientos de Salud deben contar con infraestructura y equipamiento, de acuerdo con los estándares sectoriales y los parámetros establecidos por la autoridad sanitaria nacional.

Método de Cálculo

Donde:
$$\%ESI = \left[1 - \left(\frac{ESA}{ES} \right) \right] * 100$$

% ESI = Porcentaje de Establecimientos de Salud del Primer Nivel de Atención con Capacidad Instalada Inadecuada



H. GUMAYO



Implementado ESA	=	Cantidad de establecimientos de salud del primer nivel de atención con capacidad instalada adecuada
Demandado ES	=	Cantidad total de establecimientos de salud del primer nivel de atención a nivel nacional existentes.

Precisiones Técnicas

Capacidad Instalada Inadecuada: Cuando el establecimiento de salud no cumple con las normas técnicas de salud de infraestructura y equipamiento, en los servicios de salud trazadores y con los parámetros que establezca la autoridad sanitaria nacional.

ES: Total de Establecimientos de salud del primer nivel de atención bajo responsabilidad del MINSA, EsSalud, Instituto Nacional Penitenciario, gobiernos regionales, gobiernos locales, sanidades de las fuerzas armadas y de la Policía Nacional del Perú. No incluye establecimientos del sector privado, los que no cuentan con categoría y los clasificados como OTRO en la base de datos del RENIPRESS.

ESI: Establecimientos de salud del primer nivel de atención con capacidad instalada inadecuada. No cumplen con las normas técnicas de salud concernientes a infraestructura y equipamiento y/o con los parámetros que establezca la autoridad sanitaria nacional.

ESA: Establecimiento de salud del primer nivel de atención con capacidad instalada adecuada. Resultado de las intervenciones previstas a través de proyectos de inversión e inversiones de optimización, ampliación marginal, reposición y rehabilitación.

$$ES = ESA + ESI$$

$$ESI = ES - ESA$$

Limitaciones y Supuestos Empleados

Limitaciones:

No se cuenta con información detallada o específica de la cantidad de Establecimientos de Salud con capacidad instalada inadecuada a nivel nacional por nivel de gobierno o nivel de complejidad. Bajo este escenario se ha optado por recurrir a los datos disponibles en el Banco de Inversiones, el Sistema de Seguimiento de Inversiones y el Módulo de Programación Multianual de Inversiones del Ministerio de Economía y Finanzas.

Supuestos:

La aproximación a la cantidad de ES con capacidad instalada adecuada se estima en función a los proyectos de inversión culminados (no se considera IOARR por tratarse de inversiones específicas de menor alcance). Los ES que cuenten con intervenciones en todos los servicios de salud trazadores, se contabilizan como ES en los que se cerró la brecha de infraestructura y equipamiento.

Se asume que aquellos proyectos cuya ejecución financiera sea mayor al 98% del monto actualizado, se encuentran culminados. Asimismo, todos los ES con proyectos de inversión concluidos y/o cerrados antes del año 2016, se clasifican como ES con capacidad instalada inadecuada. Los ES con proyectos de inversión del año 2016 en adelante, que cuenten con una ejecución financiera superior al 98% del monto actualizado, se clasifican como ES con capacidad instalada adecuada.

La cantidad de establecimientos de salud en funcionamiento se ha obtenido del RENIPRESS, correspondiente a todos los establecimientos de salud del sector público a nivel nacional, incluyendo los de ESSALUD, Instituto Nacional Penitenciario, las sanidades de las fuerzas armadas y de la Policía Nacional, de los gobiernos regionales y gobiernos locales. Se asume que la cantidad total de ES se mantendrá constante en el periodo 2025-2027.

Fuente de Datos

- SUSALUD: Intendencia de Supervisión de IPRESS.
- Ministerio de Economía y Finanzas: Banco de Inversiones, Sistema de Seguimiento de Inversiones.
- EsSalud: Áreas vinculados al planeamiento y presupuesto, proyectos de inversión.
- 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

Instrumento de Recolección de Información

- MINSA: RENIPRESS
- MEF: Banco de Inversiones



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

Sector Responsable	20	Salud
Nombre del Indicador	490	Porcentaje de Nuevos Establecimientos de Salud del Primer Nivel de Atención por Implementar
Tipo de Indicador	Cobertura	
Unidad de Medida	174	Establecimiento de salud
Nivel de desagregación	Distrital	

Servicio y Tipología	
Servicio	Tipología
266	Atención de servicios de salud básicos
	353
	Establecimientos de Salud del Primer Nivel de Atención
	ID

Competencia del Servicio				
Gobierno Nacional	Gobierno Regional	Gobierno Local Municip. Provincial	Gobierno Local Municip. Distrital	Empresa
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Definición	
Determina el déficit de cobertura en el primer nivel de atención para cubrir las necesidades de salud de la población correspondiente a un determinado ámbito. Estos ES desarrollan actividades de promoción de la salud, prevención de los riesgos y daños, atención recuperativa y de rehabilitación en el contexto de la persona, familia y comunidad.	
Justificación	
El indicador permite identificar el déficit de la oferta en el primer nivel de atención. La finalidad es medir la proporción de nuevos establecimientos de salud que antes no existían en determinado ámbito; es decir, el servicio de salud no existe antes de la intervención.	
Método de Cálculo	
Donde:	$\% NES = \left[1 - \left(\frac{ES}{OP} \right) \right] * 100$
	% NES = Porcentaje de Nuevos Establecimientos de Salud del Primer Nivel de Atención por Implementar
Implementado ES	= Cantidad total de establecimientos de salud del primer nivel de atención existentes
Demandado OP	= Cantidad óptima de establecimientos de salud del primer nivel de atención.



Precisiones Técnicas

NES: Cantidad de ES del primer nivel de atención por implementar (nuevos-requeridos), que resulta de la diferencia entre la cantidad óptima de ES menos la cantidad de ES existentes.

OP: Es la cantidad óptima de ES del primer nivel de atención que se necesita para cubrir las necesidades de atención de la población.

ES: Cantidad total de Establecimientos de salud del primer nivel de atención existentes bajo responsabilidad del MINSA, ESSALUD, gobiernos regionales, sanidades de las Fuerzas Armadas y de la Policía Nacional del Perú.

No incluye establecimientos de salud del sector privado, los que no cuentan con categoría y los clasificados como OTRO según datos del RENIPRESS.

$$NES = OP - ES$$

Limitaciones y Supuestos Empleados

Limitaciones:

Al no disponer de la información mencionada para determinar la cantidad de ES a implementar a nivel nacional, la OPMI ha optado por determinar esta cantidad de forma aproximada, realizando una estimación en base a la población por ámbito distrital, considerando la implementación del nuevo modelo de atención primaria que requiere de ES de 12 y de 24 horas de atención.

La metodología consiste en determinar la cantidad óptima de nuevos ES del primer nivel de atención (PNA) que se requiere en un ámbito distrital; luego, se resta la cantidad de ES que se encuentran en funcionamiento en el mismo ámbito, obteniéndose así la brecha de ese distrito. Finalmente, se suma la brecha de cada distrito y se obtiene la brecha de nuevos ES del primer nivel de atención en el territorio nacional.

Para la determinación de la cantidad óptima de nuevos ES se establecieron criterios para estandarizar el número y tipo de cobertura prestacional de un ES del primer nivel de atención, según tamaño poblacional.

En el marco de la Ley 30885, Ley que establece la conformación y el funcionamiento de las Redes Integradas de Salud-RIS y su Reglamento, tenemos una nueva configuración respecto a las prestaciones de los ES del primer nivel de atención, considerando dos tipos de establecimientos: los de 12 horas y los de 24 horas, independientemente de la categoría que estos tengan. Los establecimientos de salud de 12 horas (ES-12) son equivalentes a los establecimientos de salud de categoría I-2 y I-3; así mismo, los establecimientos de salud de 24 horas (ES-24) son equivalentes a los establecimientos de salud de categoría I-4.

Un ES-12 corresponde a un tamaño poblacional de 10,000 habitantes y un ES-24 corresponde a un tamaño poblacional de 30,000 habitantes. Aplicando estos criterios se determina que se requieren 3 262 ES-12 y 1 087 ES-24.

La brecha de ES del PNA se obtiene de la diferencia entre la cantidad óptima de nuevos ES y la oferta actual de ES en funcionamiento, obteniéndose una brecha de 1 100 ES-12 y 872 ES-24, sumando un total de 1 972 (45%) nuevos ES del PNA que se requerirían crear y construir para cubrir de manera eficiente las necesidades de atención de salud de la población en general.

Supuestos:

La estimación de la cantidad de nuevos establecimientos de salud para la adecuada prestación de los servicios de salud en un territorio, implica un proceso de planificación y determinación de las necesidades de atención de la salud a los usuarios. Uno de los criterios a ser utilizados es el referido a la cantidad de población bajo el ámbito de responsabilidad de atención por los distintos prestadores del Sector Salud.

Fuente de Datos

- SUSALUD: Intendencia de Supervisión de IPRESS.
- Ministerio de Economía y Finanzas: Banco de Inversiones, Sistema de Seguimiento de Inversiones.
- EsSalud: Áreas vinculados al planeamiento y presupuesto, proyectos de inversión.
- 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

Instrumento de Recolección de Información

- MINSA: RENIPRESS.
- MEF: Banco de Inversiones



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

Sector Responsable	20	Salud
Nombre del Indicador	521	Porcentaje de Hospitales con Capacidad Instalada Inadecuada
Tipo de Indicador	Calidad	
Unidad de Medida	174	Establecimiento de salud
Nivel de desagregación	Departamental	

Servicio y Tipología		
Servicio		Tipología
409	Atención de Servicios de Salud Hospitalarios	355 Establecimientos de Salud Hospitalarios
ID		

Competencia del Servicio				
Gobierno Nacional	Gobierno Regional	Gobierno Local Municip. Provincial	Gobierno Local Municip. Distrital	Empresa
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Definición	
<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>	
Justificación	
<p>El indicador permite conocer la brecha de calidad de los servicios hospitalarios que se explica porque la infraestructura y equipamiento de una proporción de hospitales no se encuentran acordes con las normas técnicas de salud y/o los parámetros que defina la autoridad sanitaria nacional.</p>	
Método de Cálculo	
Donde:	$\% HOSI = \left[1 - \left(\frac{HOSA}{HOS} \right) \right] * 100$
<p align="center">% HOSI = Porcentaje de Hospitales con Capacidad Instalada Inadecuada</p>	



Implementado HOSA = Cantidad de Hospitales existentes con capacidad instalada adecuada.

Demandado HOS = Cantidad total de Hospitales del segundo y tercer nivel de atención existentes

Precisiones Técnicas

Capacidad Instalada Inadecuada: Cuando los servicios trazadores del hospital del segundo o tercer nivel de atención no cumplen con las normas técnicas de salud y/o los parámetros que defina la autoridad sanitaria nacional.

HOSI: Hospitales del segundo y del tercer nivel de atención en funcionamiento que presentan capacidad instalada inadecuada respecto a infraestructura y equipamiento.

HOS: Cantidad de Hospitales del segundo y del tercer nivel de atención existentes bajo responsabilidad del MINSA, EsSalud, gobiernos regionales, sanidades de las Fuerzas Armadas y de la Policía Nacional del Perú. No incluye establecimientos del sector privado, los que no cuentan con categoría y los clasificados como OTRO según el RENIPRESS.

HOSA: Hospitales del segundo y del tercer nivel de atención existentes que cuentan con capacidad instalada adecuada.

$$\text{HOS} = \text{HOSA} + \text{HOSI}$$

$$\text{HOSI} = \text{HOS} - \text{HOSA}$$

Limitaciones y Supuestos Empleados

Limitaciones:

No se cuenta con información detallada o específica de la cantidad de hospitales con capacidad instalada inadecuada a nivel nacional por nivel de gobierno o nivel de complejidad. Bajo este escenario se ha optado por recurrir a los datos disponibles en el Banco de Inversiones, el Sistema de Seguimiento de Inversiones y el Módulo de Programación Multianual de Inversiones del Ministerio de Economía y Finanzas.

Supuestos:

La aproximación a la cantidad de hospitales con capacidad instalada adecuada se estima en función a los proyectos de inversión culminados (no se considera IOARR por tratarse de inversiones específicas de menor alcance). Los hospitales que cuenten con intervenciones en todos los servicios de salud trazadores, se contabilizan como hospitales en los que se cerró la brecha de infraestructura y equipamiento.

Se asume que aquellos proyectos cuya ejecución financiera sea mayor al 98% del monto actualizado, se encuentran culminados. Asimismo, todos los hospitales con proyectos de inversión concluidos y/o cerrados antes del año 2016, se clasifican como hospitales con capacidad instalada inadecuada. Los hospitales con proyectos de inversión del año 2016 en adelante, que cuenten con una ejecución financiera superior al 98% del monto actualizado, se clasifican como hospitales con capacidad instalada adecuada.

La cantidad de hospitales en funcionamiento se ha obtenido del RENIPRESS, correspondiente a todos los hospitales del sector público a nivel nacional, incluyendo los de ESSALUD, las sanidades de las fuerzas armadas y de la Policía Nacional y de los gobiernos regionales. Se asume que la cantidad total de ES se mantendrá constante en el periodo 2022-2025.

Fuente de Datos

- SUSALUD: Intendencia de Supervisión de IPRESS.
- Ministerio de Economía y Finanzas: Banco de Inversiones, Sistema de Seguimiento de Inversiones.
- EsSalud: Áreas vinculados al planeamiento y presupuesto, proyectos de inversión.
- 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

Instrumento de Recolección de Información

- MINSA: RENIPRESS.
- MEF: Banco de Inversiones



H. GUIMOYE



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

Sector Responsable	20	Salud
Nombre del Indicador	589	Porcentaje de Nuevos Hospitales por Implementar
Tipo de Indicador	Cobertura	
Unidad de Medida	174	Establecimiento de salud
Nivel de desagregación	Nacional	

Servicio y Tipología			
Servicio		Tipología	
409	Atención de Servicios de Salud Hospitalarios	355	Establecimientos de Salud Hospitalarios
ID			

Competencia del Servicio				
Gobierno Nacional	Gobierno Regional	Gobierno Local Municip. Provincial	Gobierno Local Municip. Distrital	Empresa
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Definición
Determina el déficit de la cobertura de atención en el nivel hospitalario para cubrir las necesidades de salud de la población correspondiente a un ámbito de intervención, según lo previsto en la planificación institucional respectiva; entendiéndose que los hospitales tienen que desarrollar actividades de atención recuperativa y de rehabilitación en el contexto de la persona, familia y comunidad.

Justificación
El indicador permite identificar el déficit de la cobertura de atención de nuevos hospitales.

Método de Cálculo

Donde:

$$\%HPI = \left[1 - \left(\frac{HN}{HOP} \right) \right] * 100$$

% HPI = Porcentaje de Nuevos Hospitales por Implementar

Implementado HN = Cantidad total de Hospitales del segundo y tercer nivel de atención existentes

Demandado HOP = Cantidad óptima de Hospitales del segundo y tercer nivel de atención.

Precisiones Técnicas

HN: Cantidad de hospitales del segundo y tercer nivel de atención existentes, que se obtiene de la diferencia de la cantidad óptima de hospitales del segundo y tercer nivel de atención menos la cantidad total de hospitales existentes.



HOP: Cantidad óptima de hospitales del segundo y del tercer nivel de atención que se necesitaría para brindar una adecuada atención de salud.

HPI: Hospitales del segundo y del tercer nivel por implementar, bajo responsabilidad del MINSA EsSalud, gobiernos regionales y sanidades de las Fuerzas Armadas y de la Policía Nacional del Perú. No incluye hospitales del sector privado.

$$\text{HPI} = \text{HOP} - \text{HN}$$

Limitaciones y Supuestos Empleados

Limitaciones:

La estimación de la cantidad de nuevos hospitales requeridos para la adecuada prestación de los servicios de salud en un territorio, implica un proceso de planificación y determinación de las necesidades de atención de salud a la población.

Supuestos:

Los criterios de población o la cantidad de camas por mil habitantes, no considera todos los factores (distancia, vías de acceso, recursos humanos, etc.) para decidir la creación o construcción de nuevos hospitales, por lo que solo un estudio a nivel nacional determinaría la magnitud de las intervenciones que se requerirían.

Sin embargo, al no contar con información detallada o específica de la cantidad de nuevos hospitales que se requeriría crear a nivel nacional por nivel de gobierno, es posible aproximarnos a esta cantidad en base al número ideal de camas proveniente del promedio internacional, al que se debería aspirar como medio para incrementar la cobertura de la atención en los servicios hospitalarios.

La estimación considera la cantidad de hospitales que se encuentran en funcionamiento (II-1, II-2, II-E, III-1 y III-E) tomada de la base de datos del RENIPRESS, con la finalidad de calcular el promedio de camas hospitalarias por ámbito departamental. Al aplicar la cantidad ideal de camas por cada 10,000 habitantes, se obtiene la cantidad de camas a nivel nacional y al dividir este resultado entre el promedio de camas en funcionamiento, obtenemos la cantidad óptima de nuevos hospitales. La brecha resulta de restar a la cantidad óptima de hospitales, la cantidad de hospitales en funcionamiento.

Para efectos de la identificación de la contribución al cierre de brechas, se considera como proyectos que contribuyen al cierre de brechas de nuevos hospitales requeridos, a aquellos proyectos cuyo alcance se orienta a la creación o instalación del servicio de salud hospitalario en lugares donde antes no existía. Por tanto, los proyectos que conlleven al cambio del nivel de atención, del primer nivel al nivel hospitalario, se consideran como nuevos hospitales, ya que la intervención se realiza para una nueva unidad productora recategorizada y asociada al indicador "Porcentaje de hospitales con capacidad instalada inadecuada".

Fuente de Datos

- SUSALUD: Intendencia de Supervisión de IPRESS.
- Ministerio de Economía y Finanzas: Banco de Inversiones, Sistema de Seguimiento de Inversiones.
- EsSalud: Áreas vinculados al planeamiento y presupuesto, proyectos de inversión.
- 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

Instrumento de Recolección de Información

- MINSA: RENIPRESS.
- MEF: Banco de Inversiones



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

Sector Responsable	20	Salud
Nombre del Indicador	557	Porcentaje de Institutos de Salud Especializados con Capacidad Instalada Inadecuada
Tipo de Indicador	Calidad	
Unidad de Medida	354	Institutos Especializados
Nivel de desagregación	Departamental	

Servicio y Tipología		
Servicio		Tipología
267	Servicio de atención de institutos Especializados	354 Institutos Especializados
		ID

Competencia del Servicio				
Gobierno Nacional	Gobierno Regional	Gobierno Local Municip. Provincial	Gobierno Local Municip. Distrital	Empresa
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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 tiene que desarrollar actividades de atención especializada en determinadas patologías con características comunes.

Justificación
El indicador permite conocer la proporción de instituto de salud especializados con infraestructura y equipamiento no acordes a los estándares sectoriales establecidos.

Método de Cálculo

Donde:
$$\% INI = \left[1 - \left(\frac{INA}{IN} \right) \right] * 100$$

% INI = Porcentaje de Institutos de Salud Especializados con Capacidad Instalada Inadecuada

Implementado INA = Cantidad de Institutos de salud especializados existentes con capacidad instalada adecuada

Demandado IN = Cantidad total de Institutos de salud especializadas existentes.

Precisiones Técnicas

INI: Institutos de salud especializados en funcionamiento que presentan capacidad instalada inadecuada. Se considera que un instituto de salud especializado presenta capacidad instalada inadecuada, si la infraestructura y el



equipamiento existente no se encuentran acordes con lo establecido en la Norma Técnica de Salud N.º 119-MINSA/DGIEM-V.01 "Infraestructura y Equipamiento de los Establecimientos de Salud del tercer Nivel de Atención", incluyendo la gestión de riesgo.

IN: Total de Institutos de salud especializados existentes bajo responsabilidad del MINSA, ESSALUD y gobiernos regionales. La información de los institutos de salud especializados en funcionamiento proviene del RENIPRESS.

INA: Institutos de salud especializados cuya capacidad instalada es adecuada

$$IN = INA + INI$$

$$INI = IN - INA$$

Limitaciones y Supuestos Empleados

Limitaciones:

No se cuenta con una base de datos sistematizada y actualizada, que indique el estado situacional de Institutos especializados.

Supuestos:

Para el cálculo de este indicador se considera que un Instituto de Salud especializado presenta capacidad instalada adecuada para atender los servicios previstos en la planificación correspondiente a su ámbito institucional, si la infraestructura y el equipamiento existente se encuentran acordes con lo establecido en la Norma Técnica de Salud N.º 119-MINSA/DGIEM-V.01 "Infraestructura y Equipamiento de los Establecimientos de Salud del tercer Nivel de Atención", incluyendo la gestión de riesgo.

Fuente de Datos

- SUSALUD: Intendencia de supervisión de IPRESS
- Ministerio de Economía y Finanzas: Banco de Inversiones, Sistema de seguimiento de Inversiones.
- EsSalud: Áreas vinculados al planeamiento y presupuesto, proyectos de inversión.
- Ministerio de Defensa: Sanidad FF.AA. y Dirección de Bienes Patrimoniales.
- Ministerios del Interior: Sanidad PNP y Oficina General de Infraestructura.
- Gobiernos Regionales: DIRESA/GERESA

Instrumento de Recolección de Información

- MINSA: RENIPRESS.
- MEF: Banco de Inversiones



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° 12: 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 producto/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% (8309)
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% (1791)	44% (1791)	44% (1791)	
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 hospital 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% (39)	95% (39)	95% (39)



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 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 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.	69% (1393)	69% (1393)	69% (1393)
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	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 adecuadamente atendidas.	79% (898)	79% (898)	79% (898)
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% (159)	76% (159)	76% (159)

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 se encarga de gestionar los servicios no asistenciales y se dedica, con más tiempo, 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, el cual 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 INSN SB bajo la modalidad de APP, las intervenciones que se pretenden realizar a través de IPC y de 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. En ese marco, mediante Convenio N° 102-2019/MINSA Convenio de Colaboración Interinstitucional entre la Agencia de Promoción de la Inversión Privada y el Ministerio de Salud, se acuerda establecer los compromisos de las partes para el desarrollo de las fases de Formulación, Estructuración y Transacción de proyectos priorizados por el MINSA, ampliándose el objeto del convenio y obligaciones de las partes mediante Adenda N° 1.

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

El Ministerio de Salud, a través de la Resolución Ministerial N° 165-2017/MINSA aprueba los “Lineamientos para la aplicación de consideraciones específicas aplicables para la identificación de proyectos de Asociación Público Privada en proyectos en salud”, cuyas consideraciones deben ser tomadas en cuenta en el proceso de identificación de proyectos que pueden ser desarrollados bajo el mecanismo de APP, siendo estas consideraciones las siguientes:

- i. Alineamiento con las prioridades de política de salud

La implementación de proyectos APP debe estar alineada y ser congruente con las prioridades de política de salud y, con el planeamiento y programación multianual de inversiones definida por el Sector. Se deben



identificar proyectos que cumplan un rol importante en la red y/o los proyectos que viabilicen un enfoque de redes integradas.

ii. Modelo de operación de servicios

El modelo de APP será determinado de acuerdo a la naturaleza de cada proyecto y siempre buscando brindar la mejor prestación de salud a las personas, pudiendo ser: bata blanca (incluyen servicios clínicos), bata verde (vinculados a la operación y mantenimiento de servicios intermedios o de apoyo al diagnóstico) y bata gris (asociados a servicios no clínicos). A efectos de mejorar la eficiencia y calidad de los servicios a través de la generación de economías de escala y de ámbito, el MINSA ha visto por conveniente implementar también proyectos para fortalecer servicios especializados.

iii. Continuidad operacional

Se busca que el privado esté obligado por contrato no sólo a construir la infraestructura en salud y equiparlo con tecnología de punta, sino también a operarlos y mantenerlos sobre la base de indicadores de desempeño que garanticen su calidad y disponibilidad.

iv. Innovación tecnológica y de procesos

Buscando incorporar soluciones innovadoras de interés para el MINSA, tales como telesalud, historia clínica electrónica, procesos más eficientes, entre otros.

v. Impacto del proyecto en el presupuesto institucional

Bajo esta consideración se debe analizar de manera multianual el impacto de los compromisos que puede generar el proyecto APP en la capacidad presupuestal del MINSA, a efectos de atender el principio de responsabilidad presupuestal.

vi. Interés de los stakeholders

Bajo esta consideración se debe realizar una evaluación inicial del grado de aprobación o rechazo por parte de los involucrados en un proyecto APP.

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



H. GUIMOYE



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 identificado cuatro (04) proyectos con condiciones potenciales y financiamiento para ser desarrollados mediante la modalidad de Asociación Público Privada APP, y por ende, proceder a la actualización o incorporación de los mismos, según corresponda, en el proceso de Promoción de la Inversión Privada en los siguientes 3 años, los cuales se mencionan a continuación:

- Iniciativa Privada Cofinanciada “Gestión Integral de Residuos Hospitalarios en los Establecimientos de Salud del Ministerio de Salud de Lima Metropolitana”, (en adelante IPC GIRSE).
- Iniciativa Estatal Cofinanciada “Operación y mantenimiento del nuevo Hospital de Emergencias de Villa El Salvador”, (en adelante IEC HEVES).
- Iniciativa Estatal Cofinanciada “Diseño, construcción, operación y mantenimiento del Hospital Nacional Hipólito Unanue”, (en adelante IEC HNHU).
- Iniciativa Estatal Cofinanciada “Gestión del Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja” (en adelante IEC INSNSB).

Tomando en consideración los procesos y procedimientos de la Directiva General de Programación Multianual del Sistema Nacional de Gestión de Inversiones, los proyectos propuestos serán incorporados en la Programación Multianual de Inversiones 2024-2026 o subsiguientes.

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

1.- DESCRIPCIÓN GENERAL DEL PROYECTO
NOMBRE DE LA INICIATIVA
"GESTIÓN INTEGRAL DE RESIDUOS SÓLIDOS EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL MINISTERIO DE SALUD EN LIMA METROPOLITANA"
ENTIDAD COMPETENTE
MINISTERIO DE SALUD
ANTECEDENTES
<ul style="list-style-type: none"> • ADMISION A TRÁMITE POR PARTE DEL COMITÉ PRO DESARROLLO DE PROINVERSION A TRAVÉS DEL ACUERDO N° 100-6-2013-IP • OPINION DE RELEVANCIA Y PRIORIDAD POR PARTE DEL MINSA A TRAVES DE OFICIO N° 449-2013-DVM/MINSA EN FECHA 09.09.2013. • PROYECTO DECLARADO VIABLE EN FECHA 13.09.2019. • CON FECHA 08.09.2023 SE SUSCRIBE LA ADENDA AL CONVENIO N° 102-2019/MINSA, CONVENIO DE COLABORACIÓN INTERINSTITUCIONAL ENTRE LA AGENCIA DE PROMOCIÓN DE LA INVERSIÓN PRIVADA Y EL MINISTERIO DE SALUD, PARA EL DESARROLLO DE LAS FASES DE FORMULACIÓN, ESTRUCTURACIÓN Y TRANSACCIÓN DE LA IPC.
AREA DE INFLUENCIA
LIMA METROPOLITANA
BENEFICIARIOS
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
OBJETIVOS DEL PROYECTO
BRINDAR UN SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL Y MANEJO DE LOS RESIDUOS SÓLIDOS BIOCONTAMINADOS Y ESPECIALES, GENERADOS POR LOS 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.
PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS DEL PROYECTO
<p>EL PROYECTO CONSIDERA:</p> <ul style="list-style-type: none"> * GESTIÓN INTRAHOSPITALARIA: ACONDICIONAMIENTO, SEGREGACIÓN, ALMACENAMIENTO, RECOLECCIÓN Y TRANSPORTE INTERNO * GESTIÓN EXTRAHOSPITALARIA: TRANSPORTE EXTERNO * TRATAMIENTO DE LOS RESIDUOS Y DISPOSICIÓN FINAL
CLASIFICACION Y ORIGEN DEL PROYECTO
INICIATIVA PRIVADA CONFINANCIADA
2.- IMPORTANCIA Y CONSISTENCIA DEL PROYECTO CON LAS PRIORIDADES NACIONALES, REGIONALES Y LOCALES
<ul style="list-style-type: none"> • POLÍTICA GENERAL DE GOBIERNO (D.S. N° 042-2023-PCM) 4.2 FOMENTAR LA INVERSIÓN PRIVADA Y PÚBLICO PRIVADA NACIONAL Y EXTRANJERA EN UN AMBIENTE DE ESTABILIDAD JURÍDICA Y PAZ SOCIAL.



8.2 MEJORAR LA INFRAESTRUCTURA, EQUIPAMIENTO Y LA ATENCIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN LOS DIFERENTES NIVELES DE COMPLEJIDAD.

- PESEM 2024-2030 (R.M. N° 1174-2023-MINSA)

OBJETIVOS ESTRATEGICOS SECTORIALES

OES 3 FORTALECER LA RECTORIA PARA LA GOBERNANZA EN EL SECTOR SALUD.

ACCIÓN ESTRATÉGICA SECTORIAL

AES 3.3 FORTALECER LA IMPLEMENTACIÓN DE LOS ESQUEMAS DE MODERNIZACION EN EL SECTOR SALUD.

- PLAN ESTRATEGICO INSTITUCIONAL 2019 – 2026 AMPLIADO (R.M. N° 358-2023-MINSA)

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.

ACCIONES ESTRATÉGICAS INSTITUCIONALES

AEI.04.06 PLANIFICACIÓN Y GESTIÓN SECTORIAL DE INVERSIONES Y MANTENIMIENTO EN SALUD EFICIENTE.

3. ANÁLISIS PRELIMINAR PARA LA DEFINICIÓN DE LOS NIVELES DE SERVICIOS ESPERADOS.

LOS NIVELES DE SERVICIO SERÁN FIJADOS POR EL MINSA EN LA FASE DE ESTRUCTURACIÓN DEL PROYECTO. SIN PERJUICIO DE ELLO, ESTE PROCESO SE REALIZARÁ BAJO LA DEBIDA OBSERVANCIA DE LA NORMA TÉCNICA SANITARIA PARA RESIDUOS DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD, NTS N° 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.

4.- EL COSTO TOTAL DE INVERSIÓN (CTI) REFERENCIAL

S/ 122 535 270 INCLUYE IGV

5.- PARA EL CASO DE IPC, LA PROYECCIÓN ANUAL DE COFINANCIAMIENTO

S/ 123.0 MILLONES (PRIMER AÑO)

6.- COSTOS ESTIMADOS DEL SERVICIO DE OPERACIÓN Y MANTENIMIENTO POR AÑO (INCLUYE IGV)

S/ 60.9 MILLONES (PRIMER AÑO)

7.-COMPLEMENTARIEDAD DEL PROYECTO CON OTROS PROYECTOS DE APP O PROYECTOS DE INVERSION PUBLICA DESARROLLADOS BAJO OTROS MECANISMO

COMPLEMENTARIEDAD DEL PROYECTO CON PROYECTO DE PLANTAS DE TRATAMIENTO DE RESIDUOS SOLIDOS EN EL HOSPITAL DE EMERGENCIA VILLA EL SALVADOR Y EL HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE



FICHA DESCRIPTIVA DE LA IEC HEVES

1.- DESCRIPCION GENERAL DEL PROYECTO
NOMBRE DE LA INICIATIVA
OPERACIÓN Y MANTENIMIENTO DEL NUEVO HOSPITAL VILLA EL SALVADOR, DISTRITO DE VILLA EL SALVADOR, PROVINCIA DE LIMA.
ENTIDAD COMPETENTE
MINISTERIO DE SALUD
ANTECEDENTES
<p>EL HOSPITAL DE EMERGENCIAS VILLA EL SALVADOR HA ENTRADO EN OPERACIONES PROGRESIVAMENTE DESDE EL AÑO 2016, A TRAVES DEL PIP CON CODIGO SNIP 58330 "FORTALECIMIENTO DE LA ATENCION DE LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA Y SERVICIOS ESPECIALIZADOS - NUEVO HOSPITAL EMERGENCIAS VILLA EL SALVADOR".</p> <p>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 FASES DE FORMULACIÓN, ESTRUCTURACIÓN Y TRANSACCION DE LA IEC HEVES.</p> <p>LA IEC HA SIDO INCORPORADO AL PROCESO DE PROMOCIÓN DE LA INVERSION PRIVADA EL 30.03.2023, MEDIANTE ACUERDO DE SESION N° 125 DEL 30.03.2023 DEL CONSEJO DIRECTIVO DE PROINVERSION.</p> <p>EN ENERO 2024, PROINVERSION, HA PUBLICADO LAS BASES DEL CONCURSO DE PROYECTOS INTEGRALES "CONTRATO DE OPERACIÓN Y MANTENIMIENTO DEL NUEVO HOSPITAL DE EMERGENCIAS VILLA EL SALVADOR".</p>
AREA DE INFLUENCIA
DISTRITO DE VILLA EL SALVADOR, PROVINCIA DE LIMA.
BENEFICIARIOS
LOS BENEFICIARIOS DIRECTOS CORRESPONDEN A LA POBLACIÓN QUE SE ENCUENTRA EN EL AMBITO DEL PROYECTO, DISTRITO DE VILLA EL SALVADOR, APROX. 400, MIL HABITANTES.
OBJETIVOS DEL PROYECTO
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
PRINCIPALES CARACTERISTICAS DEL PROYECTO
<p>LAS ACTIVIDADES DE OPERACION Y MENTENIMIENTO DEL PROTECTO COMPRENDEN:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. MANTENIMIENTO Y OPERACIÓN DE LA EDIFICACIÓN, INSTALACIONES, EQUIPAMIENTO ELECTROMECHANICO Y MOBILIARIO ASOCIADO A LA INFRAESTRUCTURA. 2. ADMINISTRACIÓN, REPOSICIÓN, MANTENIMIENTO Y DISPONIBILIDAD DEL EQUIPAMIENTO. 3. OPERACIÓN Y MANTENIMIENTO DE LOS SERVICIOS GENERALES: <ul style="list-style-type: none"> - ALIMENTACIÓN - LAVANDERÍA Y ROPERÍA - ASEO, LIMPIEZA Y MANEJO DE VECTORES - SEGURIDAD Y VIGILANCIA 4. TECNOLOGIAS DE LA INFORMACIÓN Y COMUNICACIONES Y PROVISIÓN Y DISPONIBILIDAD DE INFRAESTRUCTURA TECNOLÓGICA.
CLASIFICACION Y ORIGEN DEL PROYECTO
INICIATIVA ESTATAL CONFINANCIADA



2.- IMPORTANCIA Y CONSISTENCIA DEL PROYECTO CON LAS PRIORIDADES NACIONALES, REGIONALES Y LOCALES

- POLÍTICA GENERAL DE GOBIERNO (D.S. N° 042-2023-PCM)
4.2 FOMENTAR LA INVERSIÓN PRIVADA Y PÚBLICO PRIVADA NACIONAL Y EXTRANJERA EN UN AMBIENTE DE ESTABILIDAD JURÍDICA Y PAZ SOCIAL
8.2 MEJORAR LA INFRAESTRUCTURA, EQUIPAMIENTO Y LA ATENCIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN LOS DIFERENTES NIVELES DE COMPLEJIDAD
- PESEM 2024-2030 (R.M. N° 1174-2023-MINSA)
OBJETIVOS ESTRATEGICOS SECTORIALES
OES 2 MEJORAR EL ACCESO A SERVICIOS DE SALUD A LA POBLACION
OES 3 FORTALECER LA RECTORIA PARA LA GOBERNANZA ENC EL SECTOR SALUD.
ACCIÓN ESTRATÉGICA SECTORIAL
AES 2.1 GARANTIZAR LA DISPONIBILIDAD DE BIENES Y SERVICIOS EN SALUD PARA LA POBLACION
AES 3.3 FORTALECER LA IMPLEMENTACIÓN DE LOS ESQUEMAS DE MODERNIZACION EN EL SECTOR SALUD.
- PLAN ESTRATEGICO INSTITUCIONAL 2019 – 2026 AMPLIADO (R.M. N° 358-2023-MINSA)
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.
ACCIONES ESTRATÉGICAS INSTITUCIONALES
AEI.04.06 PLANIFICACIÓN Y GESTIÓN SECTORIAL DE INVERSIONES Y MANTENIMIENTO EN SALUD EFICIENTE.

3. ANÁLISIS PRELIMINAR PARA LA DEFINICIÓN DE LOS NIVELES DE SERVICIOS ESPERADOS

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

4.- EL COSTO TOTAL DE INVERSION (CTI) REFERENCIAL

NO CORRESPONDE

5.- COSTOS ESTIMADOS DEL SERVICIO DE OPERACIÓN Y MANTENIMIENTO POR AÑO (INCLUYE IGV)

S/ 67.9 MILLONES (INCLUYE IGV) (PRIMER AÑO)

6.-FUENTES DE INGRESOS

COFINANCIAMIENTO

7.-COMPLEMENTARIEDAD DEL PROYECTO CON OTROS PROYECTOS DE APP O PROYECTOS DE INVERSIÓN PUBLICA DESARROLLADOS BAJO OTROS MECANISMO

COMPLEMENTARIEDAD DEL PROYECTO, EN EL MANEJO DE LOS RESIDUOS SÓLIDOS (COMUNES Y BIOCONTAMINADOS), CON IPC GESTIÓN INTEGRAL DE RESIDUOS SÓLIDOS EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL MINISTERIO DE SALUD EN LIMA METROPOLITANA



FICHA DESCRIPTIVA DE LA IEC HHU

1.- DESCRIPCION GENERAL DEL PROYECTO
NOMBRE DE LA INICIATIVA
DISEÑO, CONSTRUCCIÓN, OPERACIÓN Y MANTENIMIENTO DEL HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE, DISTRITO DE EL AGUSTINO, PROVINCIA DE LIMA.
ENTIDAD COMPETENTE
MINISTERIO DE SALUD
ANTECEDENTES
<p>EL ESTUDIO DE VULNERABILIDAD SÍSMICA: ESTRUCTURAL, NO ESTRUCTURAL Y FUNCIONAL DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE ELABORADO EL AÑO 2013 ESTABLECE UNA ALTA VULNERABILIDAD FUNCIONAL, ESTRUCTURAL Y NO ESTRUCTURAL DE LA EDIFICACIÓN ANTE UN TERREMOTO DESTRUCTIVO.</p> <p>EN EL AÑO 2015, EL MINISTERIO DE SALUD EMITE OPINIÓN DE RELEVANCIA Y PRIORIDAD A LA INICIATIVA PRIVADA COFINANCIADA (IPC).</p> <p>EL 31.08.2022, EL COMITÉ DE INVERSIÓN PRIVADA DEL MINSa ACORDÓ DESESTIMAR LA INICIATIVA PRIVADA COFINANCIADA E INICIAR LA ETAPA DE FORMULACIÓN, ESTRUCTURACIÓN Y TRANSACCION BAJO INICIATIVA ESTATAL COFINANCIADA (IEC).</p> <p>EL 08.09.2023, SE SUSCRIBE LA ADENDA N° 1 DEL 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 FASES DE FORMULACION, ESTRUCTURACIÓN Y TRANSACCION DE LA IEC.</p>
AREA DE INFLUENCIA
ZONA ESTE DE LIMA METROPOLITANA.
BENEFICIARIOS
LOS BENEFICIARIOS DIRECTOS, COMO HOSPITAL DE NIVEL III-1, CORRESPONDEN A LA POBLACIÓN QUE SE ENCUENTRA EN EL AMBITO DE LA RED LIMA – ESTE, APROX. 2 MILLONES DE HABITANTES, PROCEDENTES DE LOS DISTRITOS DE EL AGUSTINO, ATE - VITARTE, SANTA ANITA, LA MOLINA, CERCADO DE LIMA, LURIGANCHO, CIENEGUILLA, PACHACAMAC Y SAN JUAN DE LURIGANCHO
OBJETIVOS DEL PROYECTO
REALIZAR EL DISEÑO, EJECUCIÓN DE LA OBRA Y EQUIPAMIENTO INTEGRAL, ASÍ COMO EL MANTENIMIENTO Y OPERACIÓN DE LOS SERVICIOS GENERALES (BATA GRIS) DELHOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE, A FIN DE BRINDAR APOYO A LA PRESTACION DE LOS SERVICIOS ASISTENCIALES
PRINCIPALES CARACTERISTICAS DEL PROYECTO
<p>LAS ACTIVIDADES DEL PROYECTO COMPRENDEN:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. DISEÑO (EXPEDIENTE TÉCNICO) 2. IMPLEMENTACIÓN (EJECUCIÓN DE OBRA Y EQUIPAMIENTO) 3. OPERACIÓN Y MANTENIMIENTO: <ol style="list-style-type: none"> 3.1 MANTENIMIENTO DE LA EDIFICACIÓN, LAS INSTALACIONES Y DEL EQUIPAMIENTO ELECTROMECAÁNICO ASOCIADO A LA INFRAESTRUCTURA. 3.2 MANTENIMIENTO DEL EQUIPO CLÍNICO Y EQUIPO NO CLÍNICO. 3.3 MANTENIMIENTO DE ÁREAS VERDES Y ESTACIONAMIENTO 3.4 OPERACIÓN Y MANTENIMIENTO DE LOS SERVICIOS GENERALES: <ul style="list-style-type: none"> - ALIMENTACIÓN - LAVANDERÍA - LIMPIEZA Y BIOSEGURIDAD



H. GUIMOYF



- SEGURIDAD INTEGRAL
- CONTROL SANITARIO DE VECTORES Y PLAGAS
- GESTIÓN DE ALMACENES Y ARCHIVOS

CLASIFICACION Y ORIGEN DEL PROYECTO

INICIATIVA ESTATAL CONFINANCIADA

2.- IMPORTANCIA Y CONSISTENCIA DEL PROYECTO CON LAS PRIORIDADES NACIONALES, REGIONALES Y LOCALES

- POLÍTICA GENERAL DE GOBIERNO (D.S. N° 042-2023-PCM)
 - 4.2 FOMENTAR LA INVERSIÓN PRIVADA Y PÚBLICO PRIVADA NACIONAL Y EXTRANJERA EN UN AMBIENTE DE ESTABILIDAD JURÍDICA Y PAZ SOCIAL
 - 8.2 MEJORAR LA INFRAESTRUCTURA, EQUIPAMIENTO Y LA ATENCIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN LOS DIFERENTES NIVELES DE COMPLEJIDAD
- PESEM 2024-2030 (R.M. N° 1174-2023-MINSA)
 - OBJETIVOS ESTRATEGICOS SECTORIALES
 - OES 2 MEJORAR EL ACCESO A SERVICIOS DE SALUD A LA POBLACION
 - OES 3 FORTALECER LA RECTORIA PARA LA GOBERNANZA ENC EL SECTOR SALUD.
 - ACCIÓN ESTRATÉGICA SECTORIAL
 - AES 2.1 GARANTIZAR LA DISPONIBILIDAD DE BIENES Y SERVICIOS EN SALUD PARA LA POBLACION
 - AES 3.3 FORTALECER LA IMPLEMENTACIÓN DE LOS ESQUEMAS DE MODERNIZACION EN EL SECTOR SALUD.
- PLAN ESTRATEGICO INSTITUCIONAL 2019 – 2026 AMPLIADO (R.M. N° 358-2023-MINSA)
 - 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.
 - ACCIONES ESTRATÉGICAS INSTITUCIONALES
 - AEI.04.06 PLANIFICACIÓN Y GESTIÓN SECTORIAL DE INVERSIONES Y MANTENIMIENTO EN SALUD EFICIENTE.

3. ANÁLISIS PRELIMINAR PARA LA DEFINICIÓN DE LOS NIVELES DE SERVICIOS ESPERADOS

LOS NIVELES DE SERVICIO SE RELACIONAN CON LAS CONDICIONES EN LAS QUE EL OPERADOR PRIVADO ENTREGARÁ LA OFERTA DEL SERVICIOS, ESTABLECIÉNDOSE, POR PARTE DE LA AUTORIDAD CONTRATANTE, 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.

4.- EL COSTO TOTAL DE INVERSION (CTI) REFERENCIAL

S/ 944.8 MILLONES (INCLUYE IGV)

5.- COSTOS ESTIMADOS DEL SERVICIO DE OPERACIÓN Y MANTENIMIENTO POR AÑO (INCLUYE IGV)

S/ 47.2 MILLONES (PRIMER AÑO)

6.-FUENTES DE INGRESOS

COFINANCIAMIENTO





7.-COMPLEMENTARIEDAD DEL PROYECTO CON OTROS PROYECTOS DE APP O PROYECTOS DE INVERSION PUBLICA DESARROLLADOS BAJO OTROS MECANISMO

COMPLEMENTARIEDAD DEL PROYECTO EN EL MANEJO DE LOS RESIDUOS SÓLIDOS (COMUNES Y BIOCONTAMINADOS) CON IPC GESTIÓN INTEGRAL DE RESIDUOS SÓLIDOS EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL MINISTERIO DE SALUD EN LIMA METROPOLITANA



FICHA DESCRIPTIVA DE LA IEC INSNSB

1.- DESCRIPCION GENERAL DEL PROYECTO
NOMBRE DE LA INICIATIVA
GESTIÓN DEL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO SAN BORJA, DISTRITO DE SAN BORJA, PROVINCIA DE LIMA.
ENTIDAD COMPETENTE
MINISTERIO DE SALUD
ANTECEDENTES
<p>EN FECHA 13.10.2014 SE SUSCRIBE EL CONTRATO DE GESTION DEL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO SAN BORJA CON EL CONSORCIO GESTORA PERUANA DE HOSPITALES S.A. (GEPEHO S.A) PARA LA OPERACIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA INFRAESTRUCTURA, INSTALACIONES Y EQUIPAMIENTO DE LOS SERVICIOS NO MÉDICOS Y DE LOS SERVICIOS DE APOYO AL DIAGNOSTICO DEL INSTITUTO, CUYO CONTRATO VENCE EN OCTUBRE 2025.</p> <p>EL 12.04.2023, EL COMITÉ DE INVERSIÓN PRIVADA DEL MINSa ACORDÓ DAR INICIO A UN NUEVO PROYECTO PARA DAR CONTINUIDAD AL MODELO DE GESTIÓN QUE SE APLICA AL INSNSB.</p> <p>EL 08.09.2024, SE SUSCRIBE LA ADENDA N° 1 DEL 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 LA IEC.</p>
AREA DE INFLUENCIA
POR SU CATEGORIA DE III-2, SU ÁMBITO DE INFLUENCIA ES NACIONAL
BENEFICIARIOS
LOS BENEFICIARIOS DIRECTOS CORRESPONDEN A LA POBLACIÓN PEDIATRICA A NIVEL NACIONAL, QUE REPRESENTA CERCA DE UN TERCIO DEL TOTAL DE POBLACION A NIVEL NACIONAL, APROX. 10 MILLONES DE PERSONAS MENORES DE 18 AÑOS.
OBJETIVOS DEL PROYECTO
REALIZAR LA REPOSICIÓN Y MANTENIMIENTO DEL EQUIPAMIENTO CLÍNICO Y NO CLÍNICO, ASÍ COMO EL MANTENIMIENTO Y OPERACIÓN DE LOS SERVICIOS GENERALES (BATA GRIS) Y DE LOS SERVICIOS DE APOYO AL DIAGNOSTICO DEL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO SAN BORJA, A FIN DE BRINDAR APOYO A LA PRESTACION DE LOS SERVICIOS ASISTENCIALES
PRINCIPALES CARACTERISTICAS DEL PROYECTO
<p>LAS ACTIVIDADES DEL PROYECTO COMPRENDEN:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. REPOSICIÓN DEL EQUIPAMIENTO CLÍNICO Y NO CLÍNICO 2. OPERACIÓN Y MANTENIMIENTO: <ol style="list-style-type: none"> 2.1 MANTENIMIENTO DE LA EDIFICACIÓN, LAS INSTALACIONES Y DEL EQUIPAMIENTO ELECTROMECAÁNICO ASOCIADO A LA INFRAESTRUCTURA. 2.2 MANTENIMIENTO DEL EQUIPO CLÍNICO Y EQUIPO NO CLÍNICO. 2.3 OPERACIÓN Y MANTENIMIENTO DE LOS SERVICIOS GENERALES: <ul style="list-style-type: none"> - ALIMENTACIÓN - LAVANDERÍA - LIMPIEZA Y BIOSEGURIDAD - SEGURIDAD INTEGRAL 3. OPERACIÓN Y MANTENIMIENTO DE LOS SERVICIOS DE APOYO AL DIAGNOSTICO: <ol style="list-style-type: none"> 3.1 CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN 3.2 PATOLOGÍA CLÍNICA



CLASIFICACION Y ORIGEN DEL PROYECTO
INICIATIVA ESTATAL CONFINANCIADA
2.- IMPORTANCIA Y CONSISTENCIA DEL PROYECTO CON LAS PRIORIDADES NACIONALES, REGIONALES Y LOCALES
<ul style="list-style-type: none"> • POLÍTICA GENERAL DE GOBIERNO (D.S. N° 042-2023-PCM) <ul style="list-style-type: none"> 4.2 FOMENTAR LA INVERSIÓN PRIVADA Y PÚBLICO PRIVADA NACIONAL Y EXTRANJERA EN UN AMBIENTE DE ESTABILIDAD JURÍDICA Y PAZ SOCIAL 8.2 MEJORAR LA INFRAESTRUCTURA, EQUIPAMIENTO Y LA ATENCIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN LOS DIFERENTES NIVELES DE COMPLEJIDAD. • PESEM 2024-2030 (R.M. N° 1174-2023-MINSA) <ul style="list-style-type: none"> OBJETIVOS ESTRATEGICOS SECTORIALES OES 2 MEJORAR EL ACCESO A SERVICIOS DE SALUD A LA POBLACION OES 3 FORTALECER LA RECTORIA PARA LA GOBERNANZA ENC EL SECTOR SALUD. ACCIÓN ESTRATÉGICA SECTORIAL AES 2.1 GARANTIZAR LA DISPONIBILIDAD DE BIENES Y SERVICIOS EN SALUD PARA LA POBLACION AES 3.3 FORTALECER LA IMPLEMENTACIÓN DE LOS ESQUEMAS DE MODERNIZACION EN EL SECTOR SALUD. • PLAN ESTRATEGICO INSTITUCIONAL 2019 – 2026 AMPLIADO (R.M. N° 358-2023-MINSA) <ul style="list-style-type: none"> 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. ACCIONES ESTRATÉGICAS INSTITUCIONALES AEI.04.06 PLANIFICACIÓN Y GESTIÓN SECTORIAL DE INVERSIONES Y MANTENIMIENTO EN SALUD EFICIENTE.
3. ANÁLISIS PRELIMINAR PARA LA DEFINICIÓN DE LOS NIVELES DE SERVICIOS ESPERADOS
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
4.- EL COSTO TOTAL DE INVERSION (CTI) REFERENCIAL
S/ 236.7 MILLONES (REPOSICION DURANTE EL HORIZONTE DEL PROYECTO)
5.- COSTOS ESTIMADOS DEL SERVICIO DE OPERACIÓN Y MANTENIMIENTO POR AÑO (INCLUYE IGV)
S/ 67.6 MILLONES ((PRIMER AÑO)
6.-FUENTES DE INGRESOS
COFINANCIAMIENTO
7.-COMPLEMENTARIEDAD DEL PROYECTO CON OTROS PROYECTOS DE APP O PROYECTOS DE INVERSION PUBLICA DESARROLLADOS BAJO OTROS MECANISMO
COMPLEMENTARIEDAD DEL PROYECTO EN EL MANEJO DE LOS RESIDUOS SÓLIDOS (COMUNES Y BIOCONTAMINADOS) CON IPC GESTIÓN INTEGRAL DE RESIDUOS SÓLIDOS EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL MINISTERIO DE SALUD EN LIMA METROPOLITANA.



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° 13. 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%

Fuente: Elaboración MINSA

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° 14. 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 y/o equipamiento	infraestructura y/o equipamiento más operación de servicios	

Fuente: Elaboración MINSA

En tal sentido, el MINSA ha identificado cuatro (04) potenciales proyectos para ser desarrollados mediante la modalidad de Asociación Pública Privada, que estarían considerados en el Informe Multianual de Inversiones a fin de actualizarlos o incorporarlos 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”, (en adelante, IPC GIRSE).
- IEC “Operación y mantenimiento del nuevo Hospital de Emergencias Villa El Salvador”, (en adelante, IEC HEVES).
- IEC “Diseño, construcción, operación y mantenimiento del Hospital Nacional Hipólito Unanue”, (en adelante IEC HNHU).
- IEC “Gestión del Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja”, en adelante (IEC INSNSB).

En tal sentido, se ha procedido a aplicar los criterios mencionados a los proyectos previamente citados, obteniéndose los siguientes resultados:

Tabla N° 15. 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” (IEC GIRSE)	5	10	5	15	8.5
2	IEC “Operación y mantenimiento del nuevo Hospital de Emergencias Villa El Salvador” (IEC HEVES)	10	15	15	15	13.5
3	IEC “Diseño, construcción, operación y mantenimiento del Hospital Nacional Hipólito Unanue” (IEC HNHU)	10	5	5	15	8.5
4	IEC “Gestión del Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja” (IEC INSNSB)	10	5	15	15	10.5

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 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.



Tabla 16. 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. 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.

Tabla N° 17: 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.

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.

Tabla N° 18. 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

Tabla N° 19. 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



H. GUIMAYE



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.

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

Tabla N° 20. Referencia de la unidad impositiva tributaria

Periodo	Unidad Monetaria	Valor U.I.T.	Base Legal	Fecha de Publicación
2024	Soles	5,150	DS N° 309-2023-EF	28/12/2023

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

Tabla N° 21. 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

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.

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

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.



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.

g. Financiamiento por usuarios

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

Tabla N° 24. Resultado del Criterio Especifico 7

Indicadores de respuesta	
1	2
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.

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.

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° 25. 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.



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° 26. Resultado del puntaje de Criterios de Elegibilidad

Criterio	Peso	IEC HEVES		IEC INSNSB		IEC HNHU	
		Puntaje asignado	Puntaje Ponderado	Puntaje asignado	Puntaje Ponderado	Puntaje asignado	Puntaje Ponderado
Criterio Específico 1: Nivel de transferencia de riesgos	15%	3	3,0	3	3,0	3	3,0
Criterio Específico 2: Capacidad de medición de la disponibilidad y calidad del servicio	10%	3	2,0	3	2,0	3	2,0
Criterio Específico 3: Ventajas y limitaciones de la obra pública tradicional: Pregunta 1	20%	2	2,7	2	2,7	2	2,7
Criterio Específico 3: Ventajas y limitaciones de la obra pública tradicional: Pregunta 2	20%	2	2,7	2	2,7	2	2,7
Criterio Específico 4: Tamaño del Proyecto que justifique los costos del proceso de APP	20%	2	2,7	2	2,7	2	2,7
Criterio Específico 5: Competencia por el mercado	10%	2	1,3	2	1,3	2	1,3
Criterio Específico 6: Fortaleza institucional como factor de éxito del Proyecto	5%	2	1,0	2	1,0	2	1,0
Puntaje Ponderado Total			15,3		15,3		15,3
Criterio Específico 7: Financiamiento por usuarios	-			-	0	-	0
Puntaje Total			15,3		15,3		15,3

Las respuestas a los criterios de elegibilidad para los tres (03) proyectos han arrojado una puntuación final muy superior al umbral de elegibilidad (11,5), 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, los tres (03) proyectos están en condiciones para su desarrollo como APP.



En el Anexo 1 se presenta la aplicación de los criterios de elegibilidad de cada proyecto IEC.

2. SECCION PROGRAMACIÓN

2.1. Elaboración del reporte de uso de recursos

La proyección del uso de recursos públicos considera como base la información de la “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) al 31.01.2023”, así como el Informe de Evaluación de la Fase de Formulación respectivo, aprobado en el mes de junio del año en curso.

Así mismo, se considera la proyección de los compromisos contenidos en el Informe de Evaluación Integrado de la Iniciativa Estatal Cofinanciada “Operación y mantenimiento del nuevo Hospital de Emergencias Villa El Salvador – HEVES” y en el Informe de Evaluación de la Fase de Formulación de la nueva Iniciativa Estatal Cofinanciada “Gestión del Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja”, así como los compromisos firmes que mantiene el Ministerio de Salud en APP para el proyecto “Gestión del Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja”, información contenida en el Cuadro 21e Compromisos y Obligaciones de Pago del Estado por Participación en Contratos de Asociación Público-Privada del Marco Macroeconómico Multianual 2024-2027. El compromiso del año 2025 se ha anualizado y estimado el año 2026, en base a la proyección del índice de precios, dado que el contrato vigente vence en octubre de 2025, y según condiciones contractuales, el actual concesionario debe cumplir con el periodo de transición, hasta la contratación de la nueva sociedad gestora del proyecto.

Además, se incorpora, como parte de estas proyecciones, las estimaciones de los compromisos de pago de la Iniciativa Estatal Cofinanciada que el MINSA ha previsto incorporar al proceso de promoción en los próximos tres (3) años: “Diseño, Construcción, Operación y Mantenimiento del Hospital Nacional Hipólito Unanue”.

Los supuestos para la elaboración de la proyección son los siguientes:

a) Hospital Nacional Hipólito Unanue



Para los cálculos se considera la información existente desarrollada por PROINVERSION y el MINSA en años anteriores sobre la iniciativa.

CAPEX	IPC 2014	Inclusión Solicitud Radioterapia	Actualización 2017 c/ Radioterapia
COSTO DE CONSTRUCCION SIN IGV (US \$)	\$ 202,799,089.15	\$ 35,493,012.85	\$ 238,292,102
EQUIPAMIENTO MÉDICO		\$ 20,684,423.50	
CONSTRUCCION		\$ 14,808,589.35	
COSTO DE PRE-INVERSION Y SUPERVISION SIN IGV (US \$)	\$ 10,139,954.46	\$ 1,774,650.54	\$ 11,914,605
COSTO DE PRE - INVERSION SIN IGV (US \$)	\$ 4,055,981.78	\$ 709,860.22	\$ 4,765,842
COSTO DE SUPERVISION SIN IGV (US \$)	\$ 6,083,972.67	\$ 1,064,790.33	\$ 7,148,763
COSTO TOTAL DE INVERSION SIN IGV (US \$)	\$ 212,939,043.61	\$ 37,267,663.39	\$ 250,206,707.00
COSTO TOTAL DE INVERSION SIN SUPERVISION	\$ 206,855,070.93	\$ 36,202,873.07	\$ 243,057,944.00

	PRIVADO	146.4	603.0	195.4	25
2) Hospital Hipólito Unzué	CAPEX	146.4	603.0	195.4	25
	OPEX				25
	MINSA	1.2	1.2	1.2	172
	RPI				132
	RPMO				33
	PROYECTOS PERSONAL				2
	Supervisión	1.2	1.2	1.2	4

Las inversiones serán en tres (3 años) y las retribuciones por inversión serán a partir del sexto año por un periodo de nueve (9) años.

Las estimaciones de compromisos proyectados por gasto corriente, para un periodo de quince (15) años tomarán como referencia el Presupuesto Institucional Modificado (PIM) y la participación porcentual de los desembolsos APP a la concesionaria del total de PIM del INSNSB, la cual muestra un comportamiento homogéneo, a la cual se le aplicará un factor de corrección, al no prever brindar servicios denominados "Bata Verde".

INSNSB	2018	2019	2020	2021	2022	PROMEDIO
PIM	222,971,181.00	177,245,121.00	208,625,197.00	229,169,743.00	216,196,790.00	210,841,606.40
GASTO APP	40,794,288.94	43,137,552.16	42,501,754.56	44,742,041.29	43,431,037.24	42,921,334.84
PARTICIPACIÓN	18.3%	24.3%	20.4%	19.5%	20.1%	20.4%

Para la proyección de los compromisos, a partir de establecer un PIM promedio de los últimos años, se aplicará la variación de precios del MMM 2024-2027.

b) En Gastos de Capital

No se ha identificado aún montos proyectados entre los años 2030 al 2032 en el concepto Inversión Pública del componente Gasto de Capital, se asume



H. GUIMOYE



como criterio para dichos años el promedio de la data consignada entre los años 2024 y 2029.

Cabe indicar que las estimaciones y retribuciones proyectadas son referenciales, las cuales podrían tener variación por factores no previsibles, contingencias o externalidades, correspondiendo su actualización. En el Anexo 2 se presenta la proyección del uso de recursos públicos hasta el año 2032, en base a la información de los documentos técnicos de los proyectos INSNSB, HEVES y GIRSE, y los supuestos descritos para incorporar al IMIAPP las estimaciones del proyecto HNHU, en relación a la data de capacidad presupuestal del pliego presupuestario fechado el 31.01.2023.

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 2 se presenta a continuación el análisis de la capacidad fiscal del MINSa para asignar recursos a los tres (3) 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. 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 corregido de rigidez de Gasto de Capital por APP
2020	0.55%	-
2021	0.55%	-
2022	0.44%	-
2023	0.67%	-
2024	0.86%	-
2025	0.88%	-
2026	2.44%	-
2027	2.50%	4.23%
2028	3.27%	5.94%
2029	3.69%	7,34%
2030	3.18%	15.56%
2031	3.09%	16.44%
2032	3.00%	11.09%

2.2.1. Indicador referencial de rigidez del gasto corriente por Asociación Público Privada (datos preliminares)

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 fue de 0,55; por otra parte, el nivel más alto del indicador en todo el horizonte corresponde al año 2029 con 3.69% y el promedio en el horizonte de tiempo comprendido entre el año 2024 y 2032 es de 2.55%. Con dichos datos se establece que el gasto corriente comprometido en proyectos APP tiene una participación no significativa 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 (datos preliminares)

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 4.23%; por otra parte, el nivel más alto en todo el horizonte se da en el año 2031 con un indicador de 16.44%.

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



ANEXO 1 APLICACIÓN DE LOS CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD

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: Considerando como referencia las lecciones aprendidas de un proyecto APP de naturaleza estatal cofinanciada con características similares, APP de Gestión del Instituto Nacional de Salud del Niño - San Borja desde el año 2015, se ha identificado que los riesgos en la Etapa de Operación y Mantenimiento de la IEC, en su gran mayoría, pueden ser transferidos al Concesionario.

Aseveración validada con la información contenida en el Informe de Evaluación Integrado del proceso de promoción de la Iniciativa Estatal Cofinanciada (IEC) “Operación y mantenimiento del nuevo Hospital de Emergencias Villa El Salvador”, documento que muestra que el 60% (18 de 30) de los riesgos identificados pueden ser transferidos al Operador, un 16.66 % (5 de 30) de los riesgos identificados son compartidos y 23.33% (7 de 30) de los riesgos identificados son retenidos por la Entidad.

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, en la fase de estructuración, se han elaborado indicadores de desempeño específicos, medibles, alcanzables y con un horizonte de tiempo definido, la cual ha tomado en cuenta la experiencia adquirida en la ejecución del contrato del proyecto cofinanciado de 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 y/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. En consecuencia, se han establecido niveles de desempeño que el Operador debe cumplir de acuerdo con la normatividad aplicable y los establecido en el Contrato.

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

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: Aun cuando la Iniciativa Estatal Cofinanciada (IEC) HEVES no incluye construcción de infraestructura, es conveniente poner en relieve que el Operador deberá llevar al cabo la Rehabilitación de los Activos Existentes, además de prestar los servicios de operación, mantenimiento y reposición de los equipos médicos.

En el Periodo Pre Operativo, se llevará al cabo la Rehabilitación de los Activos Existentes, la cual requiere acciones de optimización de diversas áreas de las instalaciones, así como la reposición de los equipos médicos, identificados por el inventario como obsoletos o que están en estado de inoperables. Se tiene previsto que estas actividades se realicen en un periodo de 12 (doce) meses. En un régimen tradicional la adquisición de equipos se rige por las normas de contrataciones y adquisiciones del Estado; identificándose en el Sistema Electrónico de Contrataciones del Estado (SEACE) diversos procesos logísticos de adquisición de bienes que sufren modificaciones en el cronograma, sean estos en el proceso de adjudicación (por impugnaciones o declaratoria de desierto, otros) o en el proceso de ejecución contractual, hechos que no aseguran continuidad y prestación oportuna.

En los proyectos de APP, los riesgos de sobrecosto y sobreplazo son transferidos al Operador y no representan erogaciones adicionales para el erario, por lo que es recomendable desarrollar y ejecutar proyectos bajo el esquema de APP, ya que generan Valor por Dinero para la sociedad.



Por tanto, se puede concluir que existe información relativa de sobrecostos e incumplimiento de cronogramas cuando se desarrolla un proyecto similar mediante el régimen general de contratación pública.

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 el MINSA presenta una capacidad media para gestionar bajo contratación pública de forma sostenida la operación y el mantenimiento del Proyecto incluyendo los servicios de bata gris y bata verde.

Se califica como capacidad media debido a que, en general y con cierta regularidad, el MINSA establece y actualiza lineamientos y planes de operación y mantenimiento de los servicios de salud, los mismos que en su gran mayoría se programan ejecutar bajo la forma convencional en los establecimientos de salud, asignando el presupuesto, aunque insuficiente para las necesidades acumuladas de mantenimiento y mejoramiento de la capacidad instalada en infraestructura y equipamiento.

Sin embargo, por factores como la disponibilidad presupuestal, competencias de gestión y otros motivos, por ejemplo, en los hospitales o institutos especializados, la citada programación se ejecuta parcialmente, afectando la provisión de los servicios, así como la vida útil de los activos.

Criterio Específico 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". El Costo Total de Inversión es el valor presente de los flujos de inversión estimados en la identificación del proyecto o en el último estudio de preinversión, incluyendo el IGV.

"En el caso de la Iniciativa Estatal Cofinanciada (IEC) "Operación y mantenimiento del nuevo Hospital de Emergencias Villa El Salvador", el Costo Total del Proyecto corresponde a los costos de la Rehabilitación de los Activos Existentes, así como los costos de los servicios de operación, mantenimiento y reposición de equipos médicos que serían prestados por el Operador bajo el Contrato.

Con base en las estimaciones de costos de la Rehabilitación de los Activos Existentes, así como de los costos de la prestación de los servicios de operación, mantenimiento y reposición de equipos médicos, incluyendo otros costos como los financieros, seguros, fianzas, fiduciarios, etc., que sirvieron como insumos en la construcción del Modelo Financiero, se estima que el Costo Total del proyecto (CTP) asciende a S/ 468,666,362.

Expresado en términos de la UIT de 2023, el CTP es equivalente a 94,680 UIT¹³.

Expresado en términos de la UIT 2024, el CTP representa alrededor de 91,003 UIT. En conclusión, el CTP es mayor o igual a 50.000 UIT, pero menor a 250.000 UIT.

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 proyectos cofinanciados en diversos sectores económicos.

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, generando iniciar la elaboración de Estudios Técnicos para incorporarlo en el Proceso de Promoción Privada; sin embargo, a consecuencia de la emergencia



¹³ Informe de Evaluación Integrado en la Fase de Estructuración, diciembre 2023

sanitaria ocasionada por el COVID el proyecto se detuvo. En dicha línea hubo empresas que mostraron interés por el proyecto ante PROINVERSIÓN, lo que generó un registro de contactos en la Dirección de Servicios al inversionista de dicha entidad:

Tabla N° 28. Posibles postores para el sector

N°	Empresa	Agentes autorizados / Represente Legal
1.	Eulen del Perú de Servicios Complementarios.	Luis Enrique Velásquez Koc.
2.	Ingenieros Civiles y Contratistas Generales S.A. Ibérica de Mantenimiento S.A. Sucursal del Perú.	Ing. José Javier Jordán Morales. Víctor Manuel Marquina Juárez, Representante Legal. Sebastián Teobaldo Dirceu Llosa Carrillo, Agente Autorizado. Luis Alejandro Mansilla López, Agente Autorizado.
3.		José Manuel Sabogal Carrillo
4.	Mede lab Cantella Colichón S.A.C.	Antonio Calleja / Vicente Espinoza
5.	Soluciones por Diagnostico para Laboratorios Latinoamérica S.A.C -Sodilab S.A.C.	Gerente General
6.	IGSA Medical Services Perú Sociedad Anónima - Igsa Perú S.A.	Eduardo Martín Cávalos Freyre
7.	BTD Proyectos 12, S.A.	Andrés Llordén Jáñez / Luis Alberto Bohiques Rodríguez / Agentes Autorizados: Marc Granó, Esther Adán
8.	Sodexo Perú SAC	Alfredo García Pye / Alfonso de los Heros Eche copar
9.	MARHNOS	Héctor Aguilar, director de Marhnos México
10.	Promotora y Desarrolladora Mexicana, S.A. de C.V. (Prodemex) PRODEMEX	Contactos Teléfono +525551477272

Fuente: Informe de Evaluación Integrado Proyecto "Operación y mantenimiento del nuevo Hospital de Emergencias Villa El Salvador"

Se deduce del Informe de Evaluación Integrado del Proyecto "Operación y mantenimiento del nuevo Hospital de Emergencias Villa El Salvador" la posibilidad de contar con suficientes empresas del sector privado que consorciados mostrarían pluralidad en el proceso de adjudicación de la concesión del proyecto.

No obstante, se ha identificado que en el proceso de entrega en concesión del proyecto APP de ESSALUD para Piura¹⁴, de los cuatro (4) postores precalificados solo un (1) postor precalificado se presentó a la entrega de los sobres técnico económicos, es decir, al momento de adjudicar la buena pro del proyecto.

¹⁴ Situación similar en el proceso de entrega en concesión del proyecto APP de ESSALUD para Chimbote

Tabla N° 29. Postores precalificados en concurso APP en ESSALUD

N°	POSTOR PRECALIFICADO	PRESENTACION DE SOBRE N° 2 Y N° 3
1	CONSORCIO CONFORMADO POR PROMOTORA Y DESARROLLADORA MEXICANA DE INFRAESTRUCTURA S.A. DE C.V. Y CURRIE & BROWN MEXICO S.A. DE C.V.	NO PRESENTÓ
2	ACCIONA CONCESIONES, S.L.	NO PRESENTÓ
3	IBT HEALTH, LLC	PRESENTÓ
4	OHLA CONCESIONES, S.L.	NO PRESENTÓ

Fuente: Pagina web de PROINVERSION

En base a ello, en un escenario moderado, se puede deducir que existirían suficientes empresas del sector privado para conformar entre dos (02) y cinco (5) postores potenciales al momento de adjudicar la buena pro del Proyecto.

En ese contexto, 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.

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: 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. Dentro de la estructura organizacional, el MINSA cuenta con el Programa Nacional de Inversiones en Salud (PRONIS), el cual tiene la misión de formular, evaluar y ejecutar proyectos de inversión en salud, para todos los niveles de complejidad a nivel nacional, en el marco de convenios suscritos, además de que lleva al cabo la administración del contrato de APP Gestión del Instituto Nacional de Salud del Niño – San Borja.

En ese contexto, el MINSA como entidad pública contratante, como entidad pública contratante, al contar con PRONIS dentro de su estructura organizacional, tiene experiencia para conducir un Proyecto de APP de similares características.



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.

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° 30. 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%	2	2,7
Criterio Especifico 3: Ventajas y limitaciones de la obra pública tradicional: Pregunta 2	20%	2	2,7
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%	2	1,3



Criterio	Peso	Puntaje asignado	Puntaje Ponderado
Criterio Específico 6: Fortaleza institucional como factor de éxito del Proyecto	5%	2	1,0
Puntaje Ponderado total			15,3
Criterio Específico 7: Financiamiento por usuarios	-	0	0
Puntaje total			15,3
Conclusión: Frente al régimen general de contratación pública y con la información disponible, el proyecto está en condiciones de contemplar la modalidad de APP para su desarrollo.			

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

En el presente proyecto, las respuestas a los criterios de elegibilidad han arrojado una puntuación final de 15,3 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.



H. GUIMOYF



IEC “GESTIÓN DEL INSTITUTO DE SALUD DEL NIÑO SAN BORJA”

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 las lecciones aprendidas del proyecto APP de naturaleza estatal cofinanciada que actualmente viene operando en el Instituto Nacional de Salud del Niño - San Borja.

Considerando que se entregará el Proyecto para su funcionamiento, al Operador no se le asigna el riesgo de diseño y de construcción. En la etapa de funcionamiento, los riesgos de reposición y su financiamiento, operación y mantenimiento son en su gran mayoría transferidos al Operador.

De la totalidad de riesgos identificados durante la fase de operación y mantenimiento, se evidencia una alta capacidad de transferencia de riesgos desde el Estado al sector privado, 61.9% de riesgos identificados transferidos al Operador (13 de 21), lo cual evidencia un alto nivel de transferencia de riesgos del proyecto.

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, el Informe de Evaluación de la Fase de Formulación de la IEC INSNSB propone niveles de servicio de carácter preliminar, que corresponden ser evaluados en la Fase de Estructuración, a fin de determinar indicadores de desempeño, específicos, medibles, alcanzables, realistas, sujeto a deducciones objetivas y con un horizonte de tiempo definido.

Se precisa que el MINSA cuenta con experiencia relevante en el establecimiento de indicadores específicos de desempeño con sus respectivas penalidades o deductivos, los que ha puesto de manifiesto en el contrato de APP vigente. Con base en las lecciones aprendidas durante dicha ejecución, se establecerá mejoras



en los indicadores específicos de desempeño con sus respectivas penalidades o deductivos, en las fases subsiguientes.

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; se evidencia la capacidad de establecer 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.

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: Cabe señalar que, en la etapa de operación y mantenimiento, los servicios objeto del Proyecto son generalmente tercerizados por el Estado sobre todo los denominados bata gris, los cuales son contratados por periodos entre 1 a 3 años, con diferentes proveedores, sin generarse incentivos para alcanzar niveles de servicios. Lo mismo ocurre con la tercerización de los servicios de laboratorio e imagenología. Por otro lado, los gestores de los hospitales no cuentan con los presupuestos oportunos para atender las necesidades inmediatas de los establecimientos de salud, incurriéndose en deterioro de la infraestructura y el equipamiento existente.

En los sustentos presentados por el Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja para impulsar la continuidad de la modalidad de gestión en el citado instituto, pone de manifiesto los beneficios de continuar con el proyecto bajo la modalidad de APP en comparación con otras modalidades, destacando:

- Alimentación y Nutrición: 96.25% de cumplimiento de los indicadores de calidad aplicables a noviembre 2022.



- Lavandería: 99.95% de cumplimiento de los indicadores de calidad aplicables a noviembre 2022.
- Mantenimiento de la Infraestructura: 98.89% de cumplimiento de los indicadores de calidad aplicables a noviembre 2022.
- Mantenimiento del Equipamiento Clínico y no Clínico: 93.42% de cumplimiento de los indicadores de calidad aplicables a noviembre 2022

Asimismo, en los sustentos presentados por el Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja para impulsar la continuidad de la modalidad de gestión, identifican ventajas concretas que han permitido que el servicio de salud prestado por el INSNSB, llegue al usuario final con estándares altos de calidad, justificando de esta manera la rentabilidad social que se busca en ese tipo de proyectos.

En comparación con la modalidad de contratación pública tradicional, la gestión en el contrato APP vigente evita los sobrecostos y demoras asociados a lo tradicional, puesto que:

- En Lavandería: el contrato APP muestra *"...mayor eficiencia en los tiempos de respuesta, costos y uso de recursos para la provisión de ropa hospitalaria, en la gestión de compras....."*

- En Laboratorio: *"Se evidencia el compromiso en la mejora de los procesos de laboratorio.... que permite asegurar la competencia técnica en los procesos de laboratorio.... que garantiza la calidad de los resultados emitidos"*

- En Limpieza y Gestión de Residuos Sólidos: *"A fin de garantizar que el abastecimiento de los insumos ... sea continuo... debido a la clara diferencia mostrada Y sin los engorrosos procesos de adquisición"*

- En Alimentación: *"se evidencia ventajas desde el punto de vista de adquisición de insumos (disponibilidad presupuestal, proceso administrativo, intervención de contratos con proveedores"*

En conclusión, se evidencia que los servicios prestados bajo la modalidad APP generan ventajas y eficiencias en cuanto a oportunidad (capacidad y disponibilidad del servicio (generación de sinergia y economías de escala) respecto a otras modalidades de ejecución como la contratación pública tradicional.

Por tanto, se puede concluir que existe suficiente evidencia sobre la ventaja de continuidad de gestión del INSNSB bajo la modalidad APP sobre una intervención tradicional.



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 el MINSA presenta una capacidad media para gestionar bajo contratación pública de forma sostenida la operación y el mantenimiento del Proyecto incluyendo los servicios de bata gris y bata verde.

Se califica como capacidad media debido a que, en general y con cierta regularidad, el MINSA establece y actualiza lineamientos y planes de operación y mantenimiento de los servicios de salud, los mismos que en su gran mayoría se programan ejecutar bajo la forma convencional en los establecimientos de salud, asignando el presupuesto, aunque insuficiente para las necesidades acumuladas de mantenimiento y mejoramiento de la capacidad instalada en infraestructura y equipamiento.

Sin embargo, por factores como la disponibilidad presupuestal, competencias de gestión y otros motivos, por ejemplo, en los hospitales o institutos especializados, la citada programación se ejecuta parcialmente, afectando la provisión de los servicios, así como la vida útil de los activos.

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 tomando en cuenta que el Proyecto se encuentra en su fase de funcionamiento, el tamaño será medido a través del Costo Total del Proyecto (CTP).

El artículo 5 del Reglamento del DL 1362, define el Costo Total del Proyecto (CTP) como "el CTI (Costo Total de Inversión) 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".



El Informe de Evaluación presentado por PROINVERSION señala “Considerando que, en este Proyecto, el CTI es cero, la magnitud del CTP corresponderá al valor presente de los costos de reposición y de operación y mantenimiento a lo largo de su horizonte a través de su Costo Total de Inversión (CTI).

(...)

A los efectos del Modelo Económico-Financiero el Costo Total del Proyecto (CTP) corresponde al flujo de caja del OPEX con IGV descontado a la tasa de descuento, resultando S/ 490,674,131.”

En base a ello, se determina que el CTP representa 95,276.5 UIT. En conclusión, el CTP es mayor o igual a 50.000 UIT, pero menor a 250.000 UIT.

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 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, 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, lo que generó un registro de contactos en la Dirección de Servicios al inversionista de dicha entidad.



Tabla N° 31. Posibles postores para el sector

N°	Empresa	Agentes autorizados / Represente Legal
1.	Eulen del Perú de Servicios Complementarios.	Luis Enrique Velásquez Koc.
2.	Ingenieros Civiles y Contratistas Generales S.A. Ibérica de Mantenimiento S.A. Sucursal del Perú.	Ing. José Javier Jordán Morales. Víctor Manuel Marquina Juárez, Representante Legal. Sebastián Teobaldo Dirceu
3.		Llosa Carrillo, Agente Autorizado. Luis Alejandro Mansilla López, Agente Autorizado.

4.	Mede lab Cantella Colichón S.A.C. Soluciones por Diagnostico para Laboratorios Latinoamérica S.A.C -Sodilab S.A.C.	José Manuel Sabogal Carrillo Antonio Calleja / Vicente Espinoza Gerente General
6.	IGSA Medical Services Perú Sociedad Anónima - Igsa Perú S.A. BTD Proyectos 12, S.A.	Eduardo Martín Cávalos Freyre Andrés Llordén Jáñez / Luis Alberto
7.		Bohiques Rodríguez / Agentes Autorizados: Marc Granó, Esther Adán
8.	Sodexo Perú SAC	Alfredo García Pye / Alfonso de los Heros Eche copar
9.	MARHNOS	Héctor Aguilar, director de Marhnos México
10.	Promotora y Desarrolladora Mexicana, S.A. de C.V. (Prodemex) PRODEMEX	Contactos Teléfono +525551477272

Fuente: Informe de Evaluación Integrado Proyecto "Operación y mantenimiento del nuevo Hospital de Emergencias Villa El Salvador"

Se deduce del Informe de Evaluación Integrado del Proyecto "Operación y mantenimiento del nuevo Hospital de Emergencias Villa El Salvador" la posibilidad de contar con suficientes empresas del sector privado que consorciados mostrarían pluralidad en el proceso de adjudicación de la concesión del proyecto.

No obstante, se ha identificado que en el proceso de entrega en concesión del proyecto APP de ESSALUD para Piura¹⁵, de los cuatro (4) postores precalificados solo un (1) postor se presentó a la entrega de los sobres técnico económicos, es decir, al momento de adjudicar la buena pro del proyecto.

Tabla N° 32. Postores precalificados en concurso APP en ESSALUD

N°	POSTOR PRECALIFICADO	PRESENTACION DE SOBRE N° 2 Y N° 3
1	CONSORCIO CONFORMADO POR PROMOTORA Y DESARROLLADORA MEXICANA DE INFRAESTRUCTURA S.A. DE C.V. Y CURRIE & BROWN MEXICO S.A. DE C.V.	NO PRESENTÓ
2	ACCIONA CONCESIONES, S.L.	NO PRESENTÓ
3	IBT HEALTH, LLC	PRESENTÓ
4	OHLA CONCESIONES, S.L.	NO PRESENTÓ

Fuente: Pagina web de PROINVERSION

En base a ello, en un escenario moderado, se puede deducir que existirían suficientes empresas del sector privado para conformar entre dos (02) y cinco (5) postores potenciales al momento de adjudicar la buena pro del Proyecto.

En ese contexto, la OPIP deberá velar por un adecuado proceso de promoción de

¹⁵ Situación similar en el proceso de entrega en concesión del proyecto APP de ESSALUD para Chimbote

la Inversión Privada, en el cual se incentive la participación y la competencia de varias empresas

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 cuenta con el Programa Nacional de Inversiones en Salud – PRONIS, la misma que viene gestionando el contrato de APP vigente para el Instituto Nacional de Salud del Niño - San Borja.

En ese sentido, el MINSA como entidad pública Contratante, cuenta con una unidad dentro de su estructura organizacional y tiene experiencia para conducir el Proyecto.

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.



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° 30. Resultado del puntaje de Criterios de Elegibilidad

Criterio	Peso	Puntaje asignado	Puntaje Ponderado
Criterio Específico 1: Nivel de transferencia de riesgos	15%	3	3,0
Criterio Específico 2: Capacidad de medición de la disponibilidad y calidad del servicio	10%	3	2,0
Criterio Específico 3: Ventajas y limitaciones de la obra pública tradicional: Pregunta 1	20%	2	2,7
Criterio Específico 3: Ventajas y limitaciones de la obra pública tradicional: Pregunta 2	20%	2	2,7
Criterio Específico 4: Tamaño del Proyecto que justifique los costos del proceso de APP	20%	2	2,7
Criterio Específico 5: Competencia por el mercado	10%	2	1,3
Criterio Específico 6: Fortaleza institucional como factor de éxito del Proyecto	5%	2	1,0
Puntaje Ponderado total			15,3
Criterio Específico 7: Financiamiento por usuarios	-	0	0
Puntaje total			15,3
Conclusión: Frente al régimen general de contratación pública y con la información disponible, el proyecto está en condiciones de contemplar la modalidad de APP para su desarrollo.			



H. GUMOYE

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

En el presente proyecto, las respuestas a los criterios de elegibilidad han arrojado una puntuación final de 15,3 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.

IEC “DISEÑO, CONSTRUCCIÓN, EQUIPAMIENTO, OPERACIÓN Y MANTENIMIENTO DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE”

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 las lecciones aprendidas del proyecto APP de naturaleza estatal cofinanciada que actualmente viene operando en el Instituto Nacional de Salud del Niño - San Borja, así como información del Seguro Social de Salud en las Iniciativas Estatal Cofinanciada de los proyectos de Hospitales Especializados de Piura y Chimbote adjudicados en el mes de junio del 2023.

En base a los alcances previstos para el proyecto del HNHU, los riesgos han sido clasificados en Etapa de Inversión (Diseño, Construcción, Adquisición y Reposición de Equipamiento) y en Etapa de Operación y Mantenimiento, fundamentalmente mantenimiento de la infraestructura y equipamiento hospitalario, la provisión de servicios generales y servicios de apoyo en modalidad de bata gris.

En relación a ello, en los proyectos de iniciativa estatal cofinanciada impulsada por EsSalud, de diseño, construcción y operación y mantenimiento de dos establecimientos hospitalarios, se ha establecido que los riesgos en ambas etapas pueden, en su gran mayoría, ser transferidos al Concesionario.

Tomando como referencia dicha condición, por presentar características bastante similares, se asume que la presente IEC evidenciaría un alto nivel de transferencia de riesgos del proyecto, es decir la mayor cantidad de riesgos identificados del proyecto pueden ser transferidos al Concesionario.

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: Aún no se ha determinado los niveles de servicio, los cuales deberán ser elaborados en la fase de formulación, y actualizados en la Versión Inicial de Contrato (VIC), a fin de determinar indicadores de desempeño, específicos, medibles, alcanzables y realistas.

Al respecto, en base a la experiencia adquirida en la ejecución del contrato de gestión del INSNSB y el hecho que se dispone en el país de proyectos similares en el sector (de diseño, construcción, operación y mantenimiento)¹⁶, se puede establecer que existen especificaciones, indicadores que el privado debe cumplir de acuerdo a la normatividad aplicable. En igual sentido, para el caso de las penalidades o deductivos.

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 considera, en la etapa de inversión, la elaboración del Expediente Técnico, la construcción de la infraestructura y la adquisición y reposición de su equipamiento. Como referencia, los proyectos APP de ESSALUD relacionados al Hospital Guillermo Kaelin de la Fuente y del Hospital Alberto Leonardo Barton Thomson han demostrado su ejecución en el plazo programado, característica que no suele suceder en un proyecto que se rige por las normas de contrataciones y adquisiciones del Estado.

El proyecto, en la etapa de operación y mantenimiento, los servicios que serían concesionados, o 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, o 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 genera incentivos para que el operador realice un buen trabajo.



¹⁶ En ESSALUD, proyectos en operación Bata Blanca: Hospital Especializado Guillermo Kaelin de la Fuente y Hospital Alberto Leonardo Barton Thomson, proyectos Bata Gris en proceso de firma de contrato: Hospitales Especializados de Piura y Chimbote.

En las citadas APP, hay indicadores de gestión, para ambas etapas, 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.

Por otro lado, la obra tradicional se rige por las normas de contrataciones y adquisiciones del Estado; identificándose en el Sistema Electrónico de Contrataciones del Estado (SEACE) diversos procesos logísticos de ejecución de obra que sufren modificaciones en el cronograma, sean estos en el proceso de adjudicación o en el proceso de ejecución contractual, por paralizaciones, adicionales de obra, situación que en los proyectos de APP no suceden, los riesgos de sobrecosto y sobreplazo son transferidos al Operador y no representan erogaciones adicionales para el erario.

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 el MINSA presenta una capacidad media para gestionar bajo contratación pública de forma sostenida la operación y el mantenimiento del Proyecto incluyendo los servicios de bata gris y bata verde.

Se califica como capacidad media debido a que, en general y con cierta regularidad, el MINSA establece y actualiza lineamientos y planes de operación y mantenimiento de los servicios de salud, los mismos que en su gran mayoría se programan ejecutar bajo la forma convencional en los establecimientos de salud, asignando el presupuesto, aunque insuficiente para las necesidades acumuladas de mantenimiento y mejoramiento de la capacidad instalada en infraestructura y equipamiento.

Sin embargo, por factores como la disponibilidad presupuestal, competencias de gestión y otros motivos, por ejemplo, en los hospitales o institutos especializados, la citada programación se ejecuta parcialmente, afectando la provisión de los servicios, así como la vida útil de los activos.

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 Inversión (CTI).

El artículo 5 del Reglamento del Decreto Legislativo N°1362, define el Costo Total de Inversión como: *"Es el valor presente de los flujos de inversión estimados en la identificación del proyecto o en el último estudio de preinversión, incluyendo el IGV. El CTI no incluye los costos de operación y mantenimiento. 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 HNHU, el Costo Total de Inversión corresponde a los costos de inversión en infraestructura y equipamiento para la puesta en marcha de la concesión, se prevé que esta represente S/ 944.8 millones.

Puesto que la respuesta a la pregunta se encuentra en UIT, se ha utilizado la UIT vigente (S/ 5,150.00) para valorar el Costo Total de Inversión. Expresado en términos de la UIT vigente, el CTI representa alrededor de 183,456 UIT.

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

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 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, 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, lo que generó un registro de contactos en la Dirección de Servicios al inversionista de dicha entidad:

Tabla N° 31. Posibles postores para el sector

N°	Empresa	Agentes autorizados / Represente Legal
1.	Eulen del Perú de Servicios Complementarios.	Luis Enrique Velásquez Koc.
2.	Ingenieros Civiles y Contratistas Generales S.A. Ibérica de Mantenimiento S.A. Sucursal del Perú.	Ing. José Javier Jordán Morales. Víctor Manuel Marquina Juárez, Representante Legal. Sebastián Teobaldo Dirceu Llosa Carrillo, Agente Autorizado. Luis Alejandro Mansilla López, Agente Autorizado.
3.		José Manuel Sabogal Carrillo
4.	Mede lab Cantella Colichón S.A.C.	Antonio Calleja / Vicente Espinoza
5.	Soluciones por Diagnostico para Laboratorios Latinoamérica S.A.C -Sodilab S.A.C.	Gerente General
6.	IGSA Medical Services Perú Sociedad Anónima - Igsa Perú S.A.	Eduardo Martín Cávalos Freyre
	BTD Proyectos 12, S.A.	Andrés Llordén Jáñez / Luis Alberto
7.		Bohiques Rodríguez / Agentes Autorizados: Marc Granó, Esther Adán
8.	Sodexo Perú SAC	Alfredo García Pye / Alfonso de los Heros Eche copar
9.	MARHNOS	Héctor Aguilar, director de Marhnos México
	Promotora y Desarrolladora Mexicana, S.A. de C.V. (Prodemex) PRODEMEX	Contactos Teléfono +525551477272

Fuente: Informe de Evaluación Integrado Proyecto "Operación y mantenimiento del nuevo Hospital de Emergencias Villa El Salvador"

Se deduce del Informe de Evaluación Integrado del Proyecto "Operación y mantenimiento del nuevo Hospital de Emergencias Villa El Salvador" la posibilidad de contar con suficientes empresas del sector privado que consorciados mostrarían pluralidad en el proceso de adjudicación de la concesión del proyecto.

No obstante, se ha identificado que en el proceso de entrega en concesión del proyecto APP de ESSALUD para Piura¹⁷, de los cuatro (4) postores precalificados solo un (1) postor precalificado se presentó a la entrega de los sobres técnico económicos, es decir, al momento de adjudicar la buena pro del proyecto.

¹⁷ Situación similar en el proceso de entrega en concesión del proyecto APP de ESSALUD para Chimbote

Tabla N° 32. Postores precalificados en concurso APP en ESSALUD

N°	POSTOR PRECALIFICADO	PRESENTACION DE SOBRE N° 2 Y N° 3
1	CONSORCIO CONFORMADO POR PROMOTORA Y DESARROLLADORA MEXICANA DE INFRAESTRUCTURA S.A. DE C.V. Y CURRIE & BROWN MEXICO S.A. DE C.V.	NO PRESENTÓ
2	ACCIONA CONCESIONES, S.L.	NO PRESENTÓ
3	IBT HEALTH, LLC	PRESENTÓ
4	OHLA CONCESIONES, S.L.	NO PRESENTÓ

Fuente: Pagina web de PROINVERSION

En base a ello, en un escenario moderado, se puede deducir que existirían suficientes empresas del sector privado para conformar entre dos (02) y cinco (5) postores potenciales al momento de adjudicar la buena pro del Proyecto.

En ese contexto, 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.

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.

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.

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° 33. Resultado del puntaje de Criterios de Elegibilidad

Criterio	Peso	Puntaje asignado	Puntaje Ponderado
Criterio Específico 1: Nivel de transferencia de riesgos	15%	3	3,0
Criterio Específico 2: Capacidad de medición de la disponibilidad y calidad del servicio	10%	3	2,0
Criterio Específico 3: Ventajas y limitaciones de la obra pública tradicional: Pregunta 1	20%	2	2,7
Criterio Específico 3: Ventajas y limitaciones de la obra pública tradicional: Pregunta 2	20%	2	2,7
Criterio Específico 4: Tamaño del Proyecto que justifique los costos del proceso de APP	20%	2	2,7
Criterio Específico 5: Competencia por el mercado	10%	2	1,3
Criterio Específico 6: Fortaleza institucional como factor de éxito del Proyecto	5%	2	1,0
Puntaje Ponderado total			15,3
Criterio Específico 7: Financiamiento por usuarios	-	0	0
Puntaje total			15,3
Conclusión: Frente al régimen general de contratación pública y con la información disponible, el proyecto está en condiciones de contemplar la modalidad de APP para su desarrollo.			





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

En el presente proyecto, las respuestas a los criterios de elegibilidad han arrojado una puntuación final de 15,3 como consecuencia de la asignación de los puntajes correspondientes.

Conclusión

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.



ANEXO 2 PROGRAMACIÓN DE USO DE RECURSOS PÚBLICOS

FICHA DE CAPACIDAD PRESUPUESTAL DEL PLIEGO PRESUPUESTARIO

PROTECCION DE INGRESOS, GASTOS Y SALDOS DEL PLIEGO

Fecha de corte de la información de Ficha
Resumen y Anexos:

31/01/2023

A. PROYECCION MULTIANUAL DE INGRESOS DEL PLIEGO PRESUPUESTARIO

(En soles)

FUENTE DE FINANCIAMIENTO	2020	2021	2022	PIA 2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032
RECURSOS ORDINARIOS	6,743,562,029	6,284,862,803	8,789,490,633	8,963,389,752	9,494,400,419	9,182,502,875	9,632,445,516	10,104,435,346	10,599,552,678	11,118,930,759	11,663,756,367	12,235,282,527	12,834,811,370
RECURSOS DIRECTAMENTE RECAUDADOS	258,676,338	250,670,428	315,253,567	101,120	104,153	107,278	110,818	114,475	118,253	122,155	126,186	130,350	134,652
Saldos de balance	62,521,143	45,994,316	89,911,151	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Flujos de ingresos	196,155,195	204,686,112	225,342,416	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	1,913,812,361	6,139,080,215	2,367,199,391	744,088,219	28,310,355	30,583,491	0	0	0	0	0	0	0
Saldos de balance	4,717,187	149,564,139	423,390,010	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Operaciones de Endeudamiento Externo por concertar	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Operaciones de Endeudamiento Externo concertado	1,642,815,325	4,710,846,015	267,754,067	744,088,219	28,310,355	30,583,491	0	0	0	0	0	0	0
Operaciones de Endeudamiento Interno por concertar	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Operaciones de Endeudamiento Interno concertado	266,280,049	1,277,273,611	1,876,160,153	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Otros ingresos	0	1,376,450	-104,638	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
DONACIONES Y TRANSFERENCIAS	661,253,586	708,830,200	754,115,667	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Saldos de balance	62,419,294	120,844,122	165,537,574	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Flujos de ingresos	598,834,292	587,986,078	588,578,093	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
RECURSOS DETERMINADOS	3,097,422	5,651,812	5,053,715	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Saldos de balance	2,513,622	1,496,614	2,500,757	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Flujos de ingresos	583,800	4,155,198	2,552,958	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL A	9,590,401,936	13,389,075,458	12,431,113,173	9,707,579,091	9,522,814,927	9,213,193,644	9,632,556,334	10,104,549,821	10,599,670,931	11,119,052,915	11,663,864,553	12,235,412,877	12,834,946,022

Nota 1: Señalar explícitamente los recursos proyectados como saldo de balance.

Nota 2: En el caso de la Fuente de Financiamiento Recursos Ordinarios, considerar la proyección de devengado al 31.12.2021


H. GUIMOTE



FICHA DE CAPACIDAD PRESUPUESTAL DEL PLIEGO PRESUPUESTARIO - ACTUALIZACIÓN
PROYECCIÓN DE INGRESOS, GASTOS Y SALDOS DEL PLIEGO

B. PROYECCIÓN MULTIANUAL DE GASTOS DEL PLIEGO PRESUPUESTARIO
(En soles)

PROYECCIÓN MULTIANUAL DE GASTOS	2020	2021	2022	PIA 2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033
BI. PROYECCIÓN MULTIANUAL DE GASTO SEGÚN CATEGORÍA DE GASTO/CONCEPTO														
				100,257										
GASTO CORRIENTE	8,230,664,435	8,726,796,822	10,769,545,885	8,063,932,427	7,623,826,920	7,655,997,329	8,158,943,503	8,564,372,459	9,055,652,157	9,540,272,985	9,955,193,227	10,433,530,552	10,935,136,840	
CONTINUA	8,204,935,972	8,678,810,652	10,722,620,602	8,009,530,553	7,557,880,920	7,588,304,155	7,960,243,593	8,350,295,579	8,759,460,010	9,188,673,551	9,638,918,555	10,111,225,564	10,606,675,617	
COMPROMISOS CORRIENTES DE APP	45,728,463	47,986,170	46,925,283	54,401,874	65,946,000	67,693,174	198,699,910	214,076,930	296,192,146	351,599,434	316,274,572	322,304,988	328,461,224	
GESTION DEL INSTITUTO NACIONAL DEL NIÑO SAN BORJA				54,401,874	65,946,000	67,693,174	69,047,038	87,854,511	83,491,501	85,161,433	86,864,682	88,607,565	90,373,994	
GESTION RESIDUOS HOSPITALARIOS EESS MINSA - LIMA METROP.														
OPERACION Y MANTENIM. HOSP. EMERGENCIAS MILA EL SALVADOR				128,452,872				131,022,479	133,886,033	79,389,162	80,876,946	82,596,485	84,248,474	
DISEÑO, CONSTR. OYM HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UMANUÉ				1,200,000				1,200,000	1,200,000	517,36,042	95,750,302	97,462,171	99,271,500	
COMPROMISOS CORRIENTES DE PROYECTOS EN ACTIVOS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
COMPROMISOS CORRIENTES DE OXI	0	0	0	588,617	4,584,024	2,591,571	0	5,995,398	6,437,353	4,505,569	1,086,203	0	0	0
COMPROMISOS CORRIENTES POR PEP	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
COMPROMISOS CORRIENTES POR GZG	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
COMPROMISOS CORRIENTES POR TRANSFERENCIAS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
GASTO DE CAPITAL	604,018,102	532,057,896	819,104,246	1,688,965,760	1,875,243,635	1,490,293,015	1,398,362,679	1,875,464,266	1,781,220,469	1,440,566,727	1,528,727,842	1,562,750,360	1,488,589,959	
INVERSION PUBLICA	284,326,745	124,807,015	357,535,012	1,167,320,009	805,762,968	793,392,479	590,984,339	1,269,762,037	1,386,980,978	1,034,437,948	980,220,124	980,220,124	980,220,124	
PROYECTOS DE OXI	6,920,862	47,539,525	162,263,801	176,989,161	156,229,994	33,129,662	7,661,495	5,995,398	6,437,353	4,505,569	1,086,203	0	0	
PROYECTOS DE APP	0	0	0	0	0	0	0	79,286,739	105,739,448	105,739,448	238,039,448	256,939,448	164,825,099	
GESTION DEL INSTITUTO NACIONAL DEL NIÑO SAN BORJA - GERENCIA								79,286,739	105,739,448	105,739,448	238,039,448	256,939,448	164,825,099	
GESTION RESIDUOS HOSPITALARIOS EESS MINSA - LIMA METROP.														
DISEÑO, CONSTR. OYM HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UMANUÉ								26,452,709	26,452,709	26,452,709	26,452,709	26,452,709	26,452,709	
PROYECTOS EN ACTIVOS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
PEP	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
GZG	20,842,545	22,163,402	207,110,691	242,818,070	564,082,159	419,417,028	543,389,662	251,532,876	0	0	0	0	0	0
TRANSFERENCIAS	0	0	22,216,696	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
EQUIPAMIENTO Y OTROS	291,927,950	337,547,954	69,978,046	101,838,520	339,158,514	244,363,846	256,327,184	268,887,216	282,062,690	295,883,762	310,382,066	325,590,787	341,544,736	




H. GUIMOYE