

Planificación de Inversiones en EsSalud



PLANIFICACIÓN DE INVERSIONES EN ESSALUD

© Seguro Social de Salud - EsSalud, 2016

Gerencia Central de Planeamiento y Desarrollo
Gerencia de Planificación y Evaluación de Inversiones
Sub Gerencia de Planificación de Inversiones
Jr. Domingo Cueto 120-6to Piso- Jesús Maria-Lima, Perú
Teléfono (511) 265 7000
Página Web: www.essalud.gob.pe

1ra. Edición
Lima, setiembre del 2016
Tiraje: 300 ejemplares

Hecho el Depósito legal en la Biblioteca Nacional del Perú N° 2016-13020

DERECHOS DE AUTOR

Este documento no puede ser reproducido total o parcialmente por ningún medio gráfico, electrónico o mecánico, ni por los sistemas de fotocopiado, registro magnetofónico o alimentación de datos, sin permiso previo de la Gerencia Central de Planeamiento y Desarrollo de EsSalud.

Impresión:
Productora Siglo XXI E.I.R.L.
Jr. Cañete N° 410 Int. 103-Lima

PLANIFICACIÓN DE INVERSIONES EN ESSALUD

ECO. JORGE GABRIEL DEL CASTILLO MORY

Presidente Ejecutivo de EsSalud

Abog. MANUEL ROBERTO DE LA FLOR MATOS

Gerente General de EsSalud

ING. ALEJANDRO ROJAS SARAPURA

Gerente Central de Planeamiento y Desarrollo

ARQ. FABIOLA LUNA ANDRADE

Gerente de Planificación y Evaluación de Inversiones

ING. CARLOS E. ORDÓÑEZ CRESPO (Dirección Técnica)

Sub Gerente de Planificación de Inversiones

Equipo Técnico de la SGPI:

- Ing. Max Bonilla Ruiz (Jefe de División)
- Arq. Silvia Calisaya Ramírez
- Ing. Fernando de la Cruz Rojas
- Ing. Percy Sanchez Fernández
- Eco. Yanina Venancio Córdova

Colaboradores:

- Santos Johan Flores Effio
- Margarita Rengifo Lara

Índice

1. Introducción	5
2. Marco Teórico	9
3. Análisis de Entornos: Entorno Demográfico, económico, social.....	21
4. Situación de la Salud en EsSalud.....	26
5. Recursos Físicos en EsSalud.....	31
6. Planificación de Inversiones en EsSalud.....	34
7. Plan Director de Inversiones	54
8. Optimización de Inversiones	62
9. Sostenibilidad de Inversiones	66
10. Necesidades de Inversión	67
11. Conclusiones	72
Anexo	73



Introducción

El 6 de noviembre de 1973 mediante el Decreto Ley N.º 20212 se creó el Seguro Social del Perú¹, que fusionó a los ex seguros sociales Obrero y del Empleado en un único organismo administrativo. El Régimen de Prestaciones de Salud del Seguro Social del Perú fue creado el 27 de marzo de 1979, por el Decreto Ley N.º 22482.

El 29 de diciembre de 1987 se promulgó la Ley 24786, Ley General del Instituto Peruano de Seguridad Social. En esta norma se establece que el IPSS *"...es una institución autónoma y descentralizada, con personería jurídica de derecho público interno, con autonomía técnica, administrativa, económica, financiera, presupuestal y contable..."*.

El 15 de mayo de 1997 se aprueba la Ley N.º 26790, **Ley de Modernización de la Seguridad Social** y Su reglamento fue aprobado por Decreto Supremo N.º 009-97-SA. El 30 de enero de 1999 se promulga la Ley N.º 27056, Ley de Creación del Seguro Social de Salud (ESSALUD), que precisa sus funciones, organización, administración y prestaciones. Respecto a las prestaciones que otorga el Seguro Social de Salud (ESSALUD). El artículo 3º de la citada ley establece que son de prevención, promoción y recuperación de la salud, maternidad, prestaciones de bienestar y promoción social, prestaciones económicas, así como programas de extensión social y planes de salud especiales a favor de la población no asegurada y de escasos recursos y otras prestaciones derivadas de los seguros de riesgos humanos que ofrezca EsSalud dentro del régimen de libre contratación.

¹ El 12 de agosto de 1936, el Presidente de la República, General Óscar R. Benavides, promulgó la Ley N.º 8433, con la cual se creó el Seguro Social Obrero Obligatorio y la Caja Nacional del Seguro Social. El 19 de noviembre de 1948, durante el gobierno del General Manuel A. Odría, se promulgó el Decreto Ley N.º 10902 que creó el Seguro Social Obligatorio del Empleado.

En la Constitución Política del Perú de 1993, en el CAPITULO II DE LOS DERECHOS SOCIALES Y ECONOMICOS se establece en el **Artículo 10.- Derecho a la Seguridad Social:**

"El Estado reconoce el derecho universal y progresivo de toda persona a la seguridad social, para su protección frente a las contingencias que precise la ley y para la elevación de su calidad de vida".

Así mismo, en el **Artículo 12.- Fondos de la Seguridad Social**, se señala:

"Los fondos y las reservas de la seguridad social son intangibles. Los recursos se aplican en la forma y bajo la responsabilidad que señala la ley".

EL Plan Maestro hacia el 2021 define:

Misión de EsSalud hacia el 2021:

"Somos una entidad pública de Seguridad Social de salud que tiene como fin la protección de la población asegurada brindando prestaciones de salud, económicas y sociales con calidad, integralidad, eficiencia y buen gobierno corporativo, colaborando con el esfuerzo del Estado Peruano en alcanzar el aseguramiento universal en salud".

Visión de EsSalud hacia el 2021:

"Ser líder en seguridad social de salud en América latina, superando las expectativas de los asegurados y de los empleadores en la protección de su salud y siendo reconocida por su trato humanizado, con una gestión moderna y a la vanguardia de la innovación".

El Plan Estratégico Institucional (PEI) 2012-2016 define la **Visión** como:

"Ser una institución que lidere el proceso de universalización de la seguridad social, en el marco de la política de inclusión social del Estado".

Así mismo, formula la **Misión:**

"Somos una institución de seguridad social de salud que persigue el bienestar de los asegurados y su acceso oportuno a prestaciones de salud, económicas y sociales, integrales y de calidad, mediante una gestión transparente y eficiente".

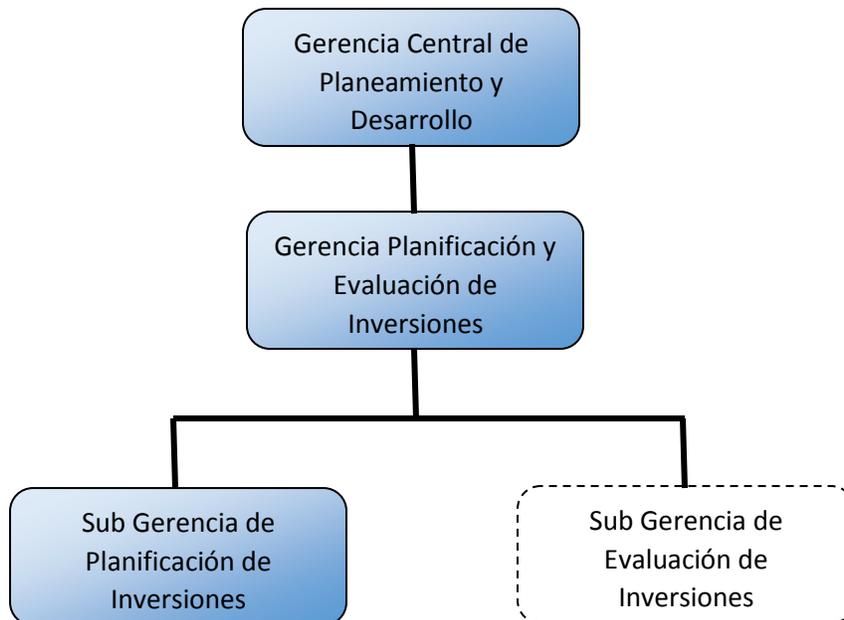
En dicho PEI se enuncian los siguientes Principios de la Seguridad Social:

- **Solidaridad:** Cada cual debe aportar al sistema según su capacidad y recibir según su necesidad.
- **Universalidad:** Todas las personas deben participar de los beneficios de la seguridad social, sin distinción ni limitación alguna.
- **Igualdad:** La seguridad social ampara igualmente a todas las personas. Se prohíbe toda forma de discriminación.
- **Unidad:** Todas las prestaciones deben ser suministradas por una sola entidad o por un sistema de entidades entrelazadas orgánicamente y vinculadas a un sistema único de financiamiento.
- **Integralidad:** El sistema cubre en forma plena y oportuna las contingencias a las que están expuestas las personas.
- **Autonomía:** La seguridad social tiene autonomía administrativa, técnica y financiera (sus fondos no provienen del presupuesto público, sino de las contribuciones de sus aportantes).

Habiendo transcurrido 80 años desde la creación de la Seguridad Social, se hace necesario establecer el rumbo hacia el cual EsSalud tendrá que llegar como visión, y es el de dar prioridad al primer nivel de atención como contención a la oferta hospitalaria, cuyo déficit en camas es elevada, dando énfasis en la promoción y prevención de enfermedades, pues la incapacidad temporal de los asegurados por enfermedad se traduce en falta de producción en las Empresas, trayendo un efecto negativo en la economía nacional.

Si bien es cierto que La Planificación de Inversiones en el Seguro Social de Salud se estructura organizacionalmente, con la creación de la Sub Gerencia de Planificación de Inversiones, a partir de la reorganización llevada a cabo en el 2014, año en la que se aprueba la nueva Estructura Orgánica y el Reglamento de Organización y Funciones de EsSalud mediante Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 656-PE-ESSALUD-2014 (31. Diciembre.2014), ya desde el 2013 se venía trabajando los cimientos técnicos-normativos de la nueva área de Planificación de Inversiones que reemplazaría a la Sub Gerencia de Evaluación Tecnológica.

La Estructura a continuación muestra la Organización Estructural de la Sub Gerencia de Planificación de Inversiones.



De acuerdo al artículo 44° del ROF vigente, la Sub Gerencia de Planificación de Inversiones es la unidad orgánica responsable de formular las políticas, normas, metodologías y procedimientos del planeamiento de las inversiones, elaborar el plan multianual de necesidades de inversión, brindar asistencia técnica y capacitación en temas relacionados al planeamiento de inversiones institucionales.

De acuerdo a la Organización Internacional de Trabajo (OIT, 2016)² <<Los responsables de las políticas y de la gestión de las instituciones de seguridad social necesitan disponer oportunamente de instrumentos que les permitan conocer la evolución previsible de sus variables más importantes y que les proporcionen pautas necesarias para la toma de decisiones apropiadas, tanto a nivel de elaboración de políticas, como de planificación estratégica>>. En ese sentido se hace necesario contar con instrumentos de planificación que permitan hacer previsible las inversiones a efectos de orientar las acciones operativas hacia la visión institucional.

² Estudio Financiero actuarial del Seguro Social de Salud del Perú (ESSALUD)-OIT 1ra. Ed. Perú -2016

2

Marco Teórico

2.1 Antecedentes

Frente a la atención de salud en forma clásica, surgen estrategias de gestión Organizacional basadas en la articulación de los Establecimientos de Salud mediante Redes de Atención. A continuación se presentan los principales conceptos que se utilizarán en el presente documento.

2.2 Atención Primaria de Salud (APS)

De acuerdo con la organización Mundial de la Salud (OMS)³, la atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo asequible para la comunidad y el país. Es el núcleo del sistema de salud del país y forma parte integral del desarrollo socioeconómico general de la comunidad.

La Conferencia internacional de atención primaria de salud, reunida en Alma-Ata⁴ el 12 de septiembre de 1978, expresó la necesidad de una acción urgente por partes de todos los gobiernos, [...], profesionales sanitarios e implicados en el desarrollo y por parte de la comunidad mundial para proteger y promover la salud para todas las personas del mundo. Así mismo, expresó la necesidad de una acción urgente por partes de todos los gobiernos, [...] para proteger y promover la salud promoviendo servicios preventivos, curativos y rehabilitadores.

³ http://www.who.int/topics/primary_health_care/es/

⁴ http://www.who.int/topics/primary_health_care/es/

2.3 Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS)

Son una iniciativa de la Organización Panamericana de Salud (OPS), que tienen como propósito << contribuir al desarrollo de Sistemas de Salud Basados en la APS, y por ende, a la prestación de servicios de salud que sean más accesibles, equitativos, eficientes, de mejor calidad técnica, y que satisfagan mejor las expectativas de los ciudadanos>> (OPS 2010)⁵

Según la organización Panamericana de la Salud (OPS)⁶, <<un Sistema de Salud Basado en la APS supone un enfoque amplio de la organización y operación de los sistemas de salud, que hace del derecho a alcanzar el mayor nivel de salud posible su principal objetivo, al tiempo que maximiza la equidad y la solidaridad del sistema. Las Redes Integradas de Servicios de Salud pueden definirse como <<una red de organizaciones que presta, o hace los arreglos para prestar, servicios de salud equitativa e integral a una población definida, y que está dispuesta a rendir cuentas por sus resultados clínicos y económicos y por el estado de salud de la población a la que sirve>>. (OPS 2010)⁷.

2.4 Redes de Atención de Salud (RAS)

Conjunto de establecimientos y servicios de salud, de diferentes niveles de complejidad y capacidad de resolución, interrelacionados por una red vial y corredores sociales, articulados funcional y administrativamente, cuya combinación de recursos y complementariedad de servicios asegura la provisión de un conjunto de atenciones prioritarias de salud, en función de las necesidades de la población (MINSA: 1999)⁸.

⁵ Organización Panamericana de la Salud (2010). *Redes Integradas de Servicios de Salud Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas*. Washington DC: OPS

⁶ Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (2007). *La renovación de la atención primaria de salud en las Américas: documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud*. Washington, D.C.: OPS.

⁷ Organización Panamericana de la Salud (2010). *Redes Integradas de Servicios de Salud Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas*. U.S.A. Washington DC: OPS.

⁸ Normas sobre niveles de complejidad de servicios y establecimientos del primer y segundo nivel de atención. MINSA 1999

2.5 Niveles de Atención

Constituye una de las formas de organización de la oferta de los servicios de salud, en la cual se relacionan la magnitud y severidad de las necesidades de salud de la población, con la capacidad resolutive.

De acuerdo a la Directiva N° 018-GG-ESSALUD-2013, se reconocen tres niveles: Primer, Segundo y tercer Nivel de Atención:

a) Primer Nivel de Atención.- <<Establecimiento de Salud con población asignada, sin internamiento que brinda atención integral intramural y extramural mínimo 06 horas diarias, desarrollando actividades de promoción de la salud, prevención de los riesgos y daños, recuperativa y de rehabilitación en el contexto de la persona, familia y comunidad. Cuenta con capacidad resolutive para satisfacer las necesidades de salud más frecuentes y de menor complejidad>>.

Es la puerta de entrada de la población al sistema de salud

b) Segundo Nivel de Atención.- <<Establecimientos de Salud que complementan la Atención Integral iniciada en el primer nivel, agregando un grado de mayor especialización tanto en recursos humanos como tecnológicos, brinda un conjunto de servicios de salud dirigidos a solucionar los problemas de las personas referidas del primer nivel de atención o aquellas que por urgencia o emergencia acuden a estos establecimientos. Pueden tener población asignada>>⁹.

c) Tercer Nivel de Atención.- <<Establecimientos de Salud de mayor especialización y capacidad resolutive en cuanto a recursos humanos y tecnológicos, dirigidos a la solución de necesidades de salud que son referidas de los niveles de atención precedentes (primer y segundo), así como aquellas personas que acuden a los establecimientos de este nivel por razones de urgencia o emergencia. Además realiza actividades preventiva promocionales y de coordinación con otros niveles de atención, según corresponda. No tiene Población Asignada>>.

⁹ Dentro del concepto y metodología establecida en los Estudios de Planificación de Inversiones en Infraestructura Sanitaria, establecida por la Gerencia Central de Planeamiento y Desarrollo a través de la Sub gerencia de Planificación de Inversiones de la Gerencia de Planificación y Evaluación de Inversiones, los Hospitales no tendrían población asignada.

2.6 Centro Médico¹⁰

Establecimiento de Salud de primer nivel de atención, con población asignada, sin internamiento que brinda atención integral intramural y extramural mínimo 06 horas diarias, desarrollando actividades de promoción de la salud, prevención de los riesgos y daños, recuperativa y de rehabilitación en el contexto de la persona, familia y comunidad (ESSALUD: 2013)

2.7 Policlínico de Complejidad Creciente¹¹.-

Establecimiento de Salud de primer nivel de atención que brinda atenciones integrales, preventivas, promocionales, recuperativas y de rehabilitación tanto intramural como extramural, de acuerdo a su capacidad resolutive y nivel de complejidad que, en respuesta a las características de la demanda, cuenta con recurso humano. Especialidades, equipamiento y procedimientos de mediana complejidad.

2.8 Hospital General¹².-

Es el Establecimiento de Salud del Segundo Nivel de atención, con o sin población asignada¹³, que brinda atención de las necesidades de salud más frecuentes de baja y mediana complejidad. Desarrolla actividades de atención ambulatoria, hospitalaria y de Emergencia en cuatro especialidades básicas y otras especialidades según demandas; atención de partos y cirugía de mediana complejidad. Realiza actividades de promoción de la salud, prevención de los riesgos y daños, recuperación y rehabilitación.

¹⁰ Directiva N° 018-GG-ESSALUD-2013 “Definición, características y funciones generales de los Establecimientos de Salud de EsSalud”.

¹¹ Directiva N° 018-GG-ESSALUD-2013 “Definición, características y funciones generales de los Establecimientos de Salud de EsSalud”.

¹² Directiva N° 018-GG-ESSALUD-2013 “Definición, características y funciones generales de los Establecimientos de Salud de EsSalud”.

¹³ En el estudio del Plan Director de Inversiones (PDI) se ha asumido que los Hospitales no tendrán población asignada.

2.9 Hospital Especializado¹⁴.-

Es el Establecimiento de Salud del Segundo Nivel de Atención, sin población asignada, donde se brinda atención de las necesidades de salud más frecuentes de mediana y alta complejidad. Desarrolla actividades de recuperación y rehabilitación, promoción y prevención de la salud.

2.10 Hospital Nacional¹⁵.-

Es el Establecimiento de Salud del Tercer Nivel de Atención, sin población asignada, responsable de satisfacer la demanda de servicios de salud de alta complejidad, brindando atención integral ambulatoria para patología compleja, atención hospitalaria especializada y de emergencias, mediante la oferta de especialidades médicas y quirúrgicas, aplicando procedimientos diagnósticos y terapéuticos de alta complejidad.

2.11 Instituto¹⁶.-

Es el Establecimiento de Salud del tercer nivel de atención, sin población asignada, de ámbito nacional, que realiza prestación de servicios de salud de la más alta complejidad y capacidad resolutive en un campo clínico o grupo etario. Propone normas, estrategias y desarrolla innovación científico tecnológico en uno o varios campos de la salud a través de la investigación, docencia y prestación de servicios de salud altamente especializados.

Constituye el centro de Referencia especializado de alta complejidad y alta especialización. Cuenta con un equipo de profesionales altamente especializados y acreditados que garantiza la investigación y el desarrollo de técnicas médico quirúrgicas de alta complejidad y alta especialización según cartera de servicios. Brindan asesoría técnica a las Redes Asistenciales para el desarrollo y mejoramiento continuo de la calidad de los procesos y procedimientos de las prestaciones en el marco de sus competencias.

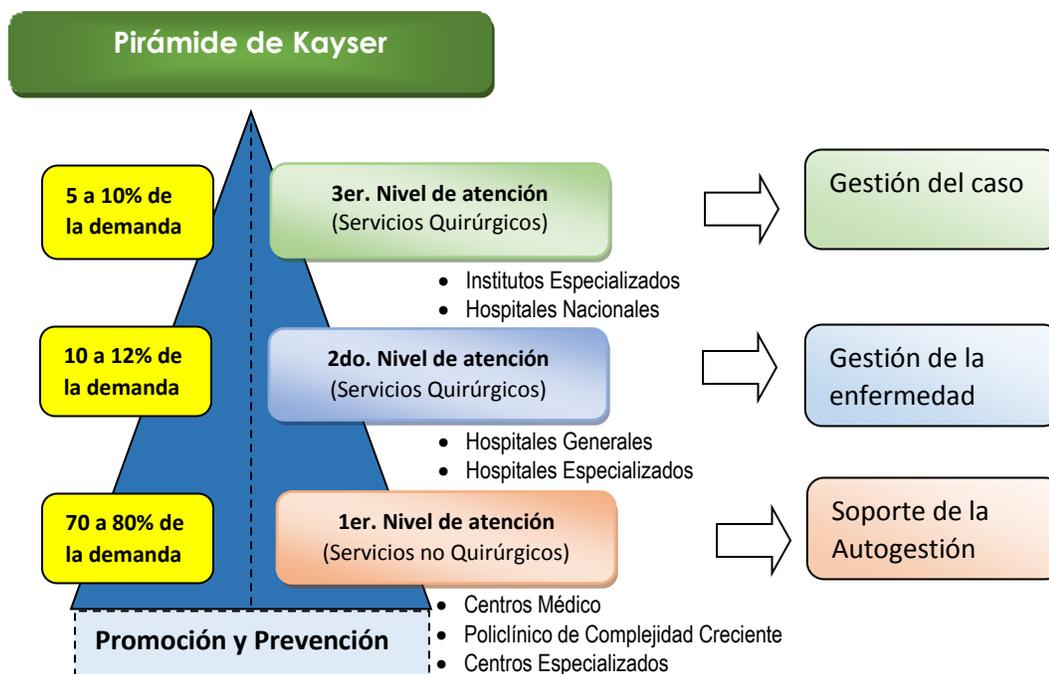
¹⁴ Directiva N° 018-GG-ESSALUD-2013 “Definición, características y funciones generales de los Establecimientos de Salud de EsSalud”.

¹⁵ Directiva N° 018-GG-ESSALUD-2013 “Definición, características y funciones generales de los Establecimientos de Salud de EsSalud”.

¹⁶ Directiva N° 018-GG-ESSALUD-2013 “Definición, características y funciones generales de los Establecimientos de Salud de EsSalud”.

El siguiente gráfico indica los tipos de Establecimientos de Salud por Niveles de Atención y la Demanda referencial recomendada por KAYSER¹⁷:

Gráfico II-1: Pirámide de Kayser con Niveles de Atención y Demanda Referencial



¹⁷ Un elemento clave para realizar la estratificación del riesgo es la pirámide de gestión de la salud poblacional de Kaiser Permanente (compañía aseguradora americana con más de 8 millones de asegurados), siendo uno de los modelos más conocidos para la categorización de pacientes.

La “Pirámide de Kaiser”, identifica tres niveles de intervención según el nivel de complejidad del paciente crónico. En interpretaciones posteriores al modelo Kaiser se ha incluido la vertiente poblacional de promoción y prevención, conocida como la pirámide de Kayser ampliada (nivel 0). Fuente: Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi. Osakidetza. Julio 2010.

Tomado de <https://saludpublicayotrasdudas.wordpress.com/2013/04/27/la-estratificacion-de-la-atencion-a-pacientes-chronicos-y-sus-determinantes-sociales/>

2.12 Proyecto.

De acuerdo con Sapag N. & Sapag R. (2008)¹⁸ <<El proyecto surge como respuesta a una "idea" que busca la solución de un problema (reemplazo de tecnología obsoleta, abandono de una línea de productos) o la manera de aprovechar una oportunidad de negocio. Ésta por lo general corresponde a la solución de un problema de terceros, por ejemplo, la demanda insatisfecha de algún producto, o la sustitución de importaciones de productos que se encarecen por el flete y los costos de distribución en el país>>.

En nuestro caso, el proyecto nace como respuesta a una necesidad del tipo asistencial, que es la razón de ser de la Institución, o podría ser también del tipo administrativo. Las necesidades de tipo asistencial por la demanda existente, podrían ser del tipo: mejoramiento y/o ampliación de servicios médicos, creación de nuevos servicios o centros asistenciales, adquisición de nueva tecnología.

2.13 Inversión

La inversión comprende los desembolsos de recursos financieros destinados a la adquisición de activos de producción (Infraestructura, equipamiento, entre otros), que la Entidad va a utilizar durante varios periodos económicos.

La inversión puede clasificarse según el objeto de la inversión en:

- Infraestructura
- Equipamiento
- Mobiliario

Según la función de la inversión en:

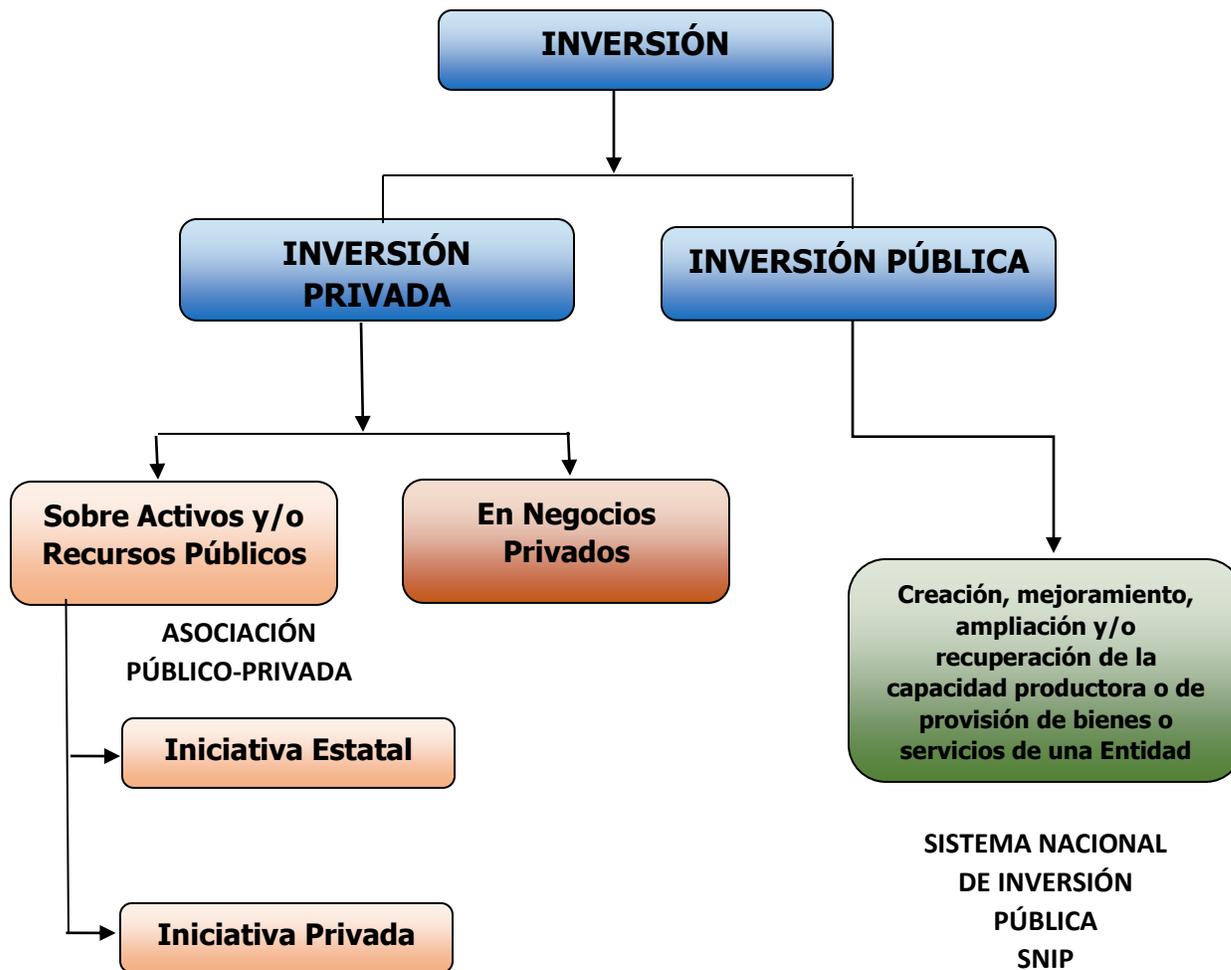
- Creación
- Ampliación
- Mejoramiento

Según el sujeto o Empresa que hace la inversión en:

- Privada
- Pública.

¹⁸ Nassir Sapag Chain & Reinaldo Sapag Chain (2008). *Preparación y Evaluación de Proyectos*. 5ta Ed. Colombia: McGraw-Hill Interamericana S.A.

Gráfico II-2: Tipos de Inversión



Elaboración: Sub Gerencia de Planificación de Inversiones

2.14 Inversión Pública.

La inversión pública busca crear, ampliar, mejorar, modernizar o recuperar la capacidad productora de bienes o servicios públicos para prestar más y/o mejores servicios a la población. En estos casos, el financiamiento proviene del presupuesto o el endeudamiento público. Las intervenciones van desde hospitales, colegios públicos, a las carreteras, seguridad ciudadana y defensa nacional, entre otros bienes públicos. La Inversión Pública se rige por el Sistema Nacional de Inversión Pública (SNIP).

2.15 Inversión Privada

La definición de “inversión privada” queda reconocida¹⁹, por vez primera, en el Decreto Legislativo N° 674 del año 1991, “Ley de Promoción de la Inversión Privada en las Empresas del Estado”, el cual la define como “aquella que proviene de personas naturales o jurídicas, nacionales o extranjeras, públicas o privadas, distintas del Estado Peruano, de los organismos que integran el sector público nacional y de las Empresas del Estado”. Esta definición, con diferentes matices para cada caso particular, puede tomarse como referente del concepto de inversión privada en el Perú.

Con el objetivo de alinearse a los estándares de buenas prácticas establecidos por la Recomendación del Consejo de la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE) sobre los Principios de Gobernanza Pública de las Asociaciones Público Privadas, a finales del 2015 el Gobierno del Perú publicó el Decreto Legislativo N° 1224, Ley Marco de Asociaciones Público Privadas y Proyectos en Activos, y su Reglamento, el Decreto Supremo N° 410-2015-EF . Esta normativa conlleva que el Perú cuente con un marco institucional claro, predecible y legítimo, que permite aplicar un criterio de selección basado en el valor por dinero, y establece obligaciones para el uso del proceso presupuestal, minimizando riesgos fiscales y garantizando el proceso de concurso.

Cabe destacar que desde marzo del 2016, el Perú es oficialmente un adherente a la Recomendación del Consejo sobre los Principios de Gobernanza Pública de las Asociaciones Público Privadas de la OCDE.

¹⁹ <http://www.mef.gob.pe/>

2.16 Proyectos de Inversión Pública²⁰

Un Proyecto de Inversión Pública constituye una intervención limitada en el tiempo que utiliza total o parcialmente recursos públicos, con el fin de crear, ampliar, mejorar o recuperar la capacidad productora o de provisión de bienes o servicios de una Entidad; cuyos beneficios se generen durante la vida útil del proyecto y éstos sean independientes de los de otros proyectos.

Asimismo, debe tenerse en cuenta lo siguiente: El PIP debe constituir la solución a un problema vinculado a la finalidad de una Entidad y a sus competencias. Su ejecución puede hacerse en más de un ejercicio presupuestal, conforme al cronograma de ejecución de los estudios de pre inversión

“No son Proyectos de Inversión Pública” las intervenciones que constituyen gastos de operación y mantenimiento. Asimismo, tampoco constituye Proyecto de Inversión Pública aquella reposición de activos que:

- (i) Se realice en el marco de las inversiones programadas de un proyecto declarado viable;
- (ii) esté asociada a la operatividad de las instalaciones físicas para el funcionamiento de la entidad; o
- (iii) no implique ampliación de capacidad para la provisión de servicios.

²⁰ Fuente: Directiva General del Sistema Nacional de Inversión Pública Aprobada por Resolución Directoral N° 003-2011-EF/68.01

2.17 Sistema Nacional de Inversión Pública²¹

El SNIP es un sistema administrativo del Estado que a través de un conjunto de principios, métodos, procedimientos y normas técnicas certifica la calidad de los Proyectos de Inversión Pública (PIP). Con ello se busca:

- **Eficiencia** : En la utilización de recursos
- **Sostenibilidad** : En la mejora de la calidad o ampliación de la Provisión de los servicios públicos.
- **Mayor impacto socio económico:** Es decir, un mayor bienestar para la población.

La Inversión Pública debe estar orientada a mejorar la capacidad prestadora de servicios públicos del Estado de forma que éstos se brinden a los ciudadanos de manera oportuna y eficaz. La mejora de la calidad de la inversión debe orientarse a lograr que cada nuevo sol (S/.) invertido produzca el mayor bienestar social. Esto se consigue con proyectos sostenibles, que operen y brinden servicios a la comunidad ininterrumpidamente.

2.18 Ciclo de Proyecto.-

El Ciclo de Proyecto contempla las Fases de Pre inversión, Inversión y Post inversión.

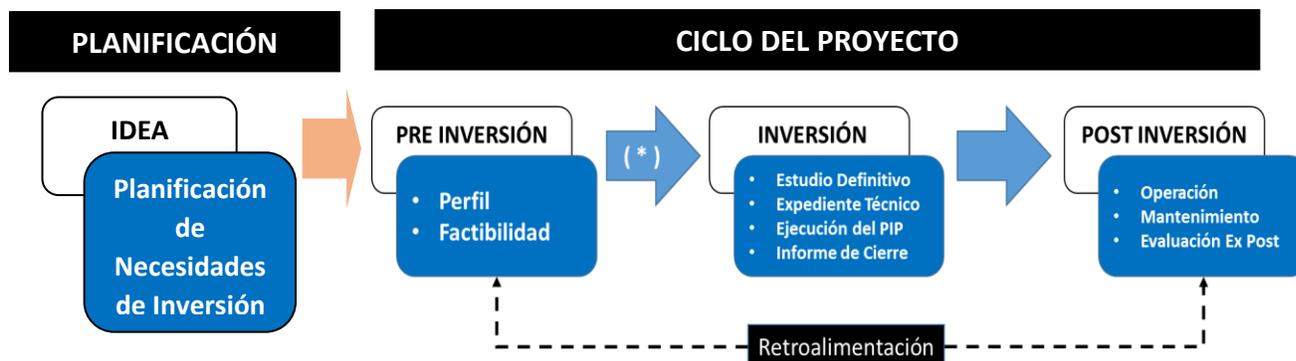
Durante la Fase de Pre inversión de un proyecto se identifica un problema determinado y luego se analizan y evalúan - en forma iterativa - alternativas de solución que permitan encontrar la de mayor rentabilidad social.

En la Fase de Inversión se pone en marcha la ejecución del proyecto (Expediente Técnico o Estudio Definitivo y ejecución de obra con equipamiento) conforme a los parámetros aprobados en la declaratoria de viabilidad para la alternativa seleccionada mientras que, en la Fase de Post Inversión, el proyecto entra a operación y mantenimiento y se efectúa la evaluación ex post.

²¹ La Ley N° 27293 crea el SISTEMA NACIONAL DE INVERSIÓN, con la finalidad de optimizar el uso de los Recursos Públicos destinados a la inversión, mediante el establecimiento de principios, procesos, metodologías y normas técnicas relacionados con las diversas fases de los proyectos de inversión.

El gráfico II-3 muestra la relación de la Planificación con el ciclo del proyecto²².

Gráfico II-3: Ciclo del Proyecto y Relación con la Planificación



Fuente: SNIP-2011/MEF

(*) Declaratoria de Viabilidad

Elaboración: Sub Gerencia de Planificación de Inversiones

2.19 Necesidad de Inversión.-

Según Sapag N. & Sapag R. (2008)²³, en el éxito o fracaso de un proyecto influyen múltiples factores. En general se puede señalar que si el bien o servicio ofrecido es rechazado por la comunidad, eso significa que la asignación de recursos presentó defectos en el diagnóstico o análisis que lo hicieron en forma inadecuada para las expectativas de satisfacción de las necesidades que tenía la población.

Una correcta identificación de las necesidades asistenciales de la población asegurada, deben de reflejar el sentir de los involucrados.

La necesidad de Inversión se podría definir como toda intervención propuesta por los Órganos Centrales y/o Desconcentrados, con el fin de crear, ampliar, mejorar o recuperar la capacidad productora o de provisión de bienes o servicios de salud.

La necesidad de inversión, es lo que se conoce como "idea" dentro del SNIP.

²³ Nassir Sapag Chain & Reinaldo Sapag Chain (2008). *Preparación y Evaluación de Proyectos*. 5ta Ed. Colombia: McGraw-Hill Interamericana S.A.

3

Análisis de Entornos: Demográfico, Económico, Social

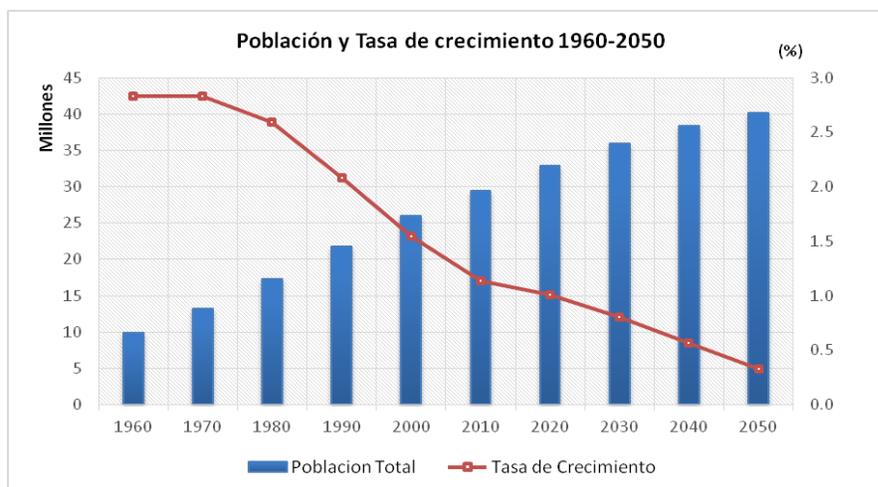
3.1 Entorno Demográfico²⁴

a) Población Total:

La población total pasó de 8 millones en el año 1950 a 17 millones en 1980 y a 29 millones en 2010, con un crecimiento anual promedio de 2.2% que se va desacelerando (la tasa de crecimiento disminuyó de 2.7% en las tres primeras décadas a 1.7% en las últimas tres).

En los últimos 55 años la tasa de crecimiento anual de la población ha ido decreciendo (de 2.83% pasó a 1.10%). Entre el año 1960 y 2015 la población pasó de 9 millones 930 mil 965 a 31 millones 151 mil 643 respectivamente.

Gráfico III-1: Población y Tasa de Crecimiento 1960-2050



Fuente: INEI – "Estimaciones y Proyecciones de población 1950 - 2050"

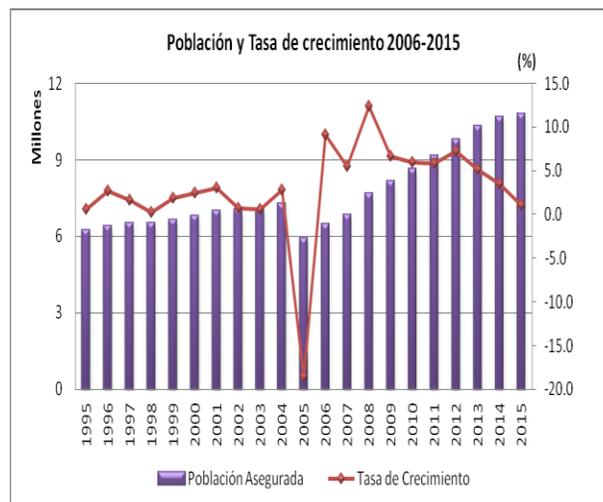
²⁴ Fuente: Grushka, Carlos-OIT-ESSALUD 2015. *Estudio Financiero Actuarial*. Ed. Lima-Perú: OIT- EsSalud

b) Población Asegurada:

Al año 2015 la Población asegurada fue de 10 millones 754 mil 665 personas, siendo Titular el 54.1% y Derechohabientes el 45.9%.

El crecimiento de la población asegurada ha sido constante durante esta última década, sin embargo la tasa de crecimiento anual 2009-2015 ha sido descendente, de 6.68% pasó a 1.03%, es decir se crece a un ritmo lento.

Grafico III-2: Población Asegurada y Tasa de Crecimiento 1995-2015



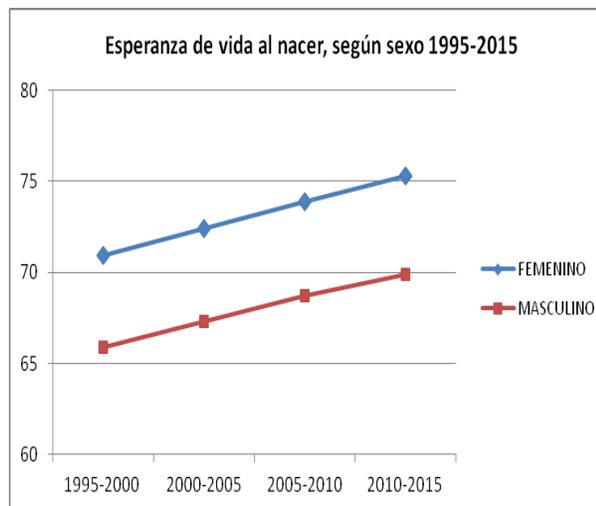
Fuente: EsSalud – “Memoria Anual 2002 y Reporte de Población Asegurada 2003-2015”.

c) Mortalidad:

Entre los años 1970 y 1993 la esperanza de vida al nacer²⁵ (EVN) en el Perú, pasó de 53.6 a 66.3 años por persona

Según el INEI-2015, la EVN aumentó en 15 años, en las últimas cuatro décadas, de mantenerse constantes las condiciones de mortalidad, los peruanos vivirán, en promedio 74,6 años (72,0 años los hombres y 77,3 las mujeres). Por causas biológicas, socioeconómicas y culturales, los hombres presentan una mayor mortalidad.

Grafico III-3: Esperanza de Vida al nacer, según sexo, 1995-2015



Fuente: INEI-PERU, “Evolución de la Esperanza de vida al nacer”.

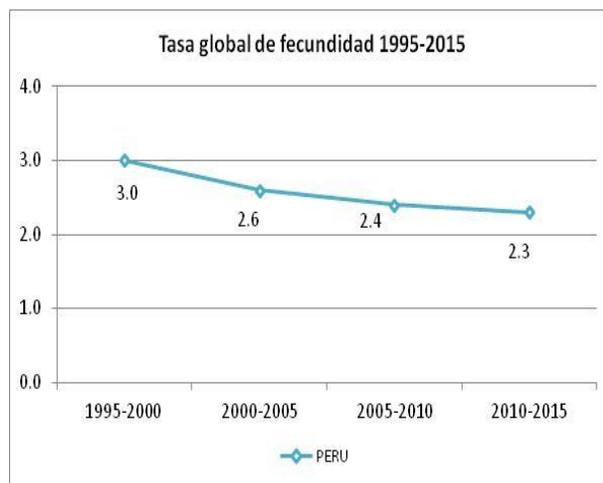
²⁵ El indicador más apropiado para describir los cambios del nivel de la mortalidad general a lo largo del tiempo es la esperanza de vida al nacer (e0 o EVN), una medida de la mortalidad que no está afectada por los cambios de la estructura etaria de la población

d) Fecundidad:

La Tasa Global de Fecundidad²⁶ (TGF), desde mediados del siglo XX, muestra una tendencia decreciente, a partir de los años 60. La TGF disminuyó de 6,9 a 3,6 hijos por mujer durante los quinquenios 1960/65 a 1990/95.

En los quinquenios 1995/2000 y 2010/2015 las tasas fluctuaron entre 3.0 y 2.3 hijos por mujer.

Grafico III-4: Tasa Global de Fecundidad, 1995-2015



Fuente: INEI-PERU, "Niveles y Tendencias de la Fecundidad".

3.2 Entorno Económico

Durante las últimas dos décadas el Perú ha mantenido una estrategia de crecimiento basada en el libre mercado y la apertura económica, la que se ha mantenido a pesar de los cambios políticos ocurridos en este lapso (Parodi, 2014).

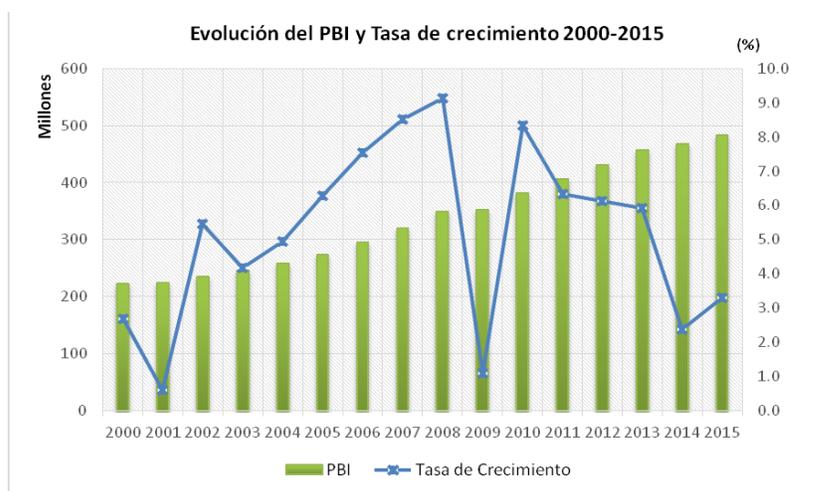
El Perú en un contexto de crisis financiera internacional (2009) optó por una Política Fiscal expansiva, esto fue posible gracias a los superávits acumulados en los años 2006 y 2008; sin embargo por la fuerte recuperación del Gasto Privado se retiró este impulso para seguir fortaleciendo la capacidad de respuesta del estado (acumulando excedentes) ante cualquier caída de la economía mundial o por producirse algún severo desastre.

²⁶ El indicador más apropiado para describir los cambios del nivel de la fecundidad general a lo largo del tiempo es la tasa global de fecundidad (TGF), una medida que no está afectada por la estructura etaria de la población y que resume el comportamiento de una cohorte hipotética.

a) Producto bruto interno (PBI)²⁷

Entre los años 2003 y 2008 la tasa de crecimiento del PBI fue de 4.17% y 9.13% respectivamente. En el 2009 la tasa cayó a 1.10% debido a la crisis financiera internacional. Después de una gran recuperación en el año 2010 (8.33%) en los siguientes cuatro años la tasa de crecimiento anual empieza a descender, llegando a 2.38% en el 2014. Al año 2012 según estadísticas del Banco Mundial el gasto en salud del Perú representa un 5.1% del PBI.

Grafico III-5: Evolución del PBI y Tasa de Crecimiento 2000-2015



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática (Valores a precios constantes de 2007)

3.3 Entorno Social

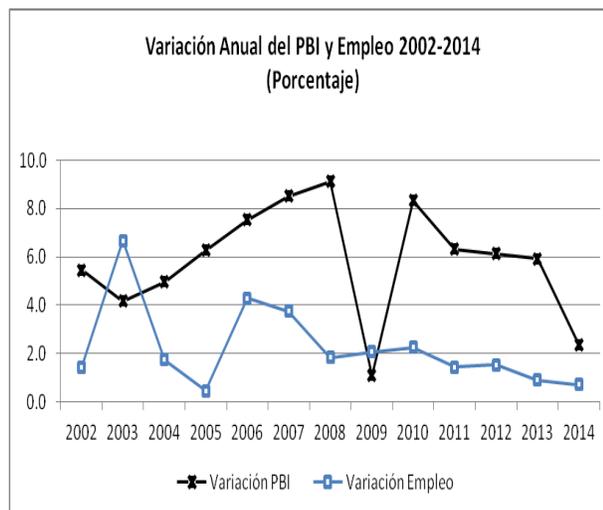
De acuerdo con Parodi (2014), lo sucedido en el Perú desde 1995 es una muestra de que el crecimiento económico es condición necesaria pero no suficiente para elevar el bienestar de la población.

²⁷ El Producto Bruto Interno (PBI) es el valor de los bienes y servicios finales producidos durante un período de tiempo en un territorio. Sólo se refiere a bienes y servicios finales porque sus precios incorporan el valor de los bienes intermedios.

a) Mercado Laboral

La variación en la tasa de crecimiento anual del PBI es mayor que la del empleo. Entre 2007 y 2008 el PBI mostró crecimientos de 8.5% y 9.1%, pero la tasa del empleo pasó de 3.8% a 1.8% en los mismos años. En los últimos 5 años, el crecimiento promedio anual del empleo fue de 1.4% aprox. notándose una variación positiva solo en la zona urbana (2.33%) ya que en la zona rural fue negativa (-1.22%).

Grafico III-6: Variación Anual del PBI y Empleo 2002-2014



Fuente: INEI – Encuesta Nacional de Hogares

b) Empleo Informal

Del total de la Población Económicamente Activa Ocupada, aproximadamente 3 de cada 4 peruanos forma parte del Empleo Informal²⁸.

En el 2012, solo la cuarta parte de la población ocupada cuenta con empleo formal (26%). El resto tiene empleo informal (74%), del cual el 57% se encuentra en el sector informal y 17% fuera del sector.

El empleo informal incide en los ingresos de EsSalud, debido a que no se cuentan con las aportaciones de ley.

Grafico III-7: Evolución del Empleo Formal e Informal 2007-2012



Fuente: INEI–Encuesta Nacional de Hogares 2007-2012

²⁸ Se considera que los asalariados tienen un empleo informal si su relación de trabajo, de derecho o de hecho, no está sujeta a la legislación laboral nacional, el impuesto sobre la renta, la protección social o determinadas prestaciones relacionadas con el empleo.

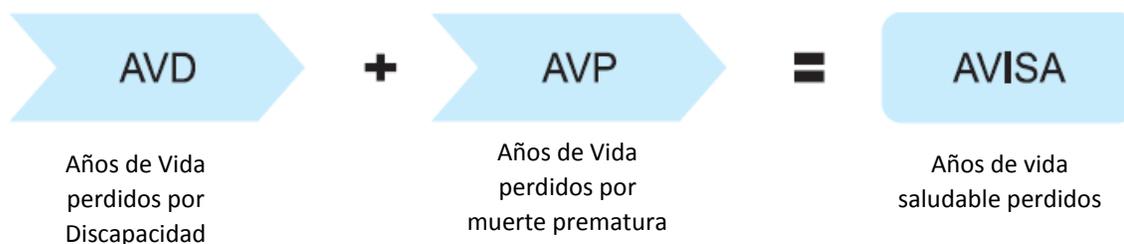
4

Situación de la Salud en EsSalud

La situación de la Salud la podemos reflejar en el Estudio de Carga Enfermedad y Lesiones en EsSalud, llevada a cabo por la Gerencia Central de Prestaciones de Salud en el año 2014.

4.1 Carga de Enfermedad y Lesiones en EsSalud²⁹

Los estudios de carga de enfermedad miden las pérdidas de salud atribuibles a diferentes enfermedades y lesiones, incluyen tanto las pérdidas por muerte prematura como aquellas producidas por la discapacidad que originan los problemas de salud. Para ello se utilizan indicadores llamados AVISA³⁰ que son el resultado de la suma de los años de vida perdidos por muerte prematura (AVP) y los años perdidos por discapacidad (AVD) siendo ponderados por la gravedad de la discapacidad.



²⁹ Gerencia Central de Prestaciones de Salud-ESSALUD “Carga de Enfermedad y Lesiones en EsSalud, Estimación de los Años de Vida Saludables Perdidos 2014”-Lima

³⁰ Los AVISA miden los años saludables perdidos en el futuro como resultado de la mortalidad precoz y la incidencia y duración de la discapacidad en la población.

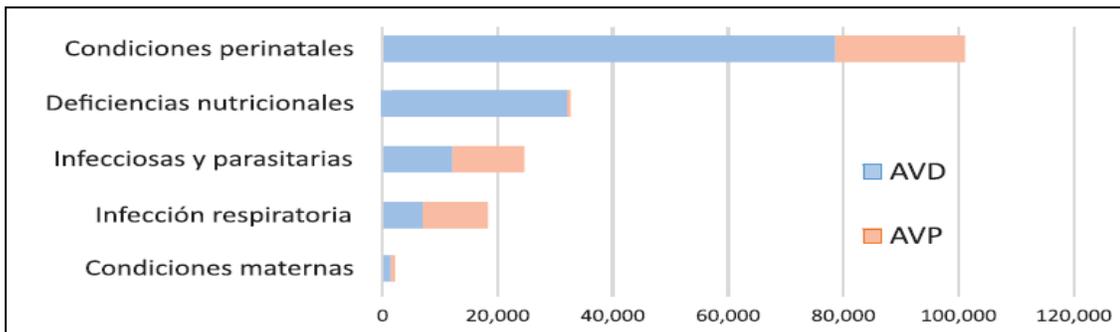
En el mes de noviembre del 2015, el Seguro Social de Salud – EsSalud ha publicado los resultados del estudio denominado “CARGA DE ENFERMEDAD Y LESIONES EN ESSALUD Estimación de los Años de Vida Saludables Perdidos 2014”, el cual clasifica los daños ocasionados en tres grandes grupos:

(i) Enfermedades transmisibles, maternas, perinatales y nutricionales

Según la estimación de carga de enfermedad, se han perdido 178 829 AVISA, significando una razón de AVISA de 16.8 por mil asegurados.

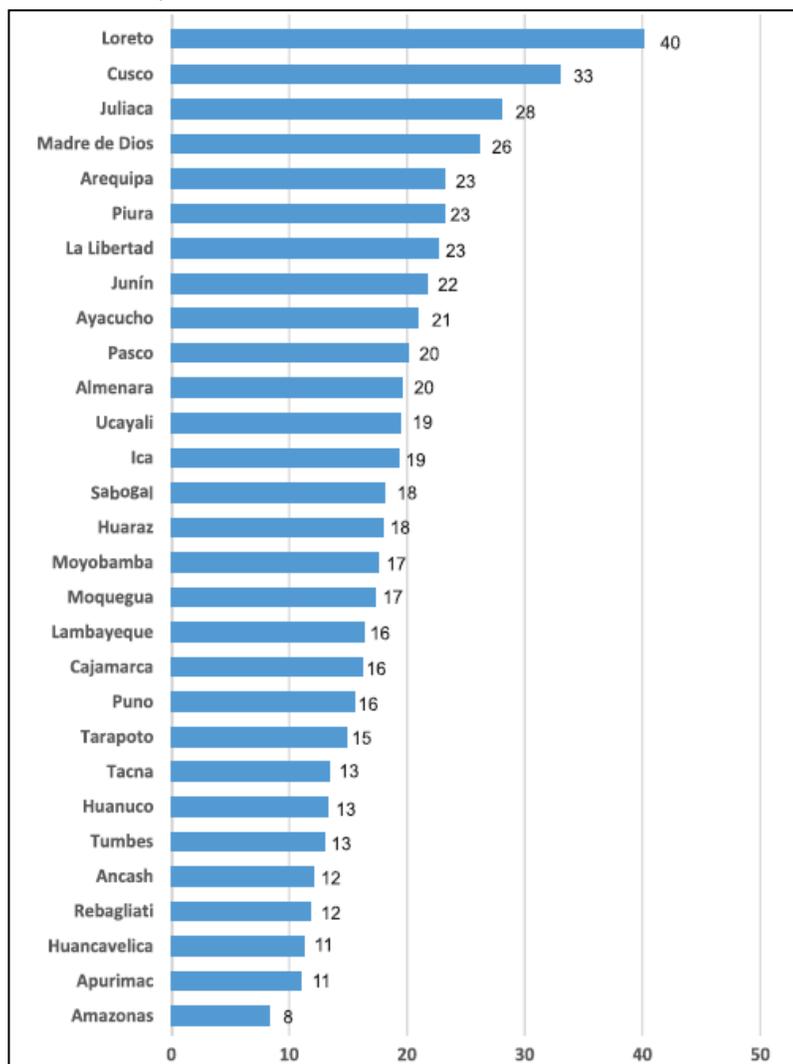
La principal causa de carga de enfermedad fueron las condiciones perinatales que aportaron el 56.6% del total de los AVISA de este grupo, la mayor carga estuvo dada por los años vividos con discapacidad.

Grafico N° IV-1: Carga de morbilidad por enfermedades transmisibles, maternas, perinatales y nutricionales, EsSalud 2014.



Fuente: GCPS-ESSALUD “CARGA DE ENFERMEDAD Y LESIONES EN ESSALUD, Estimación de los Años de Vida Saludables Perdidos 2014”

Grafico N° IV-2: Carga de morbilidad por enfermedades transmisibles, maternas, perinatales y nutricionales, según redes asistenciales, EsSalud 2014

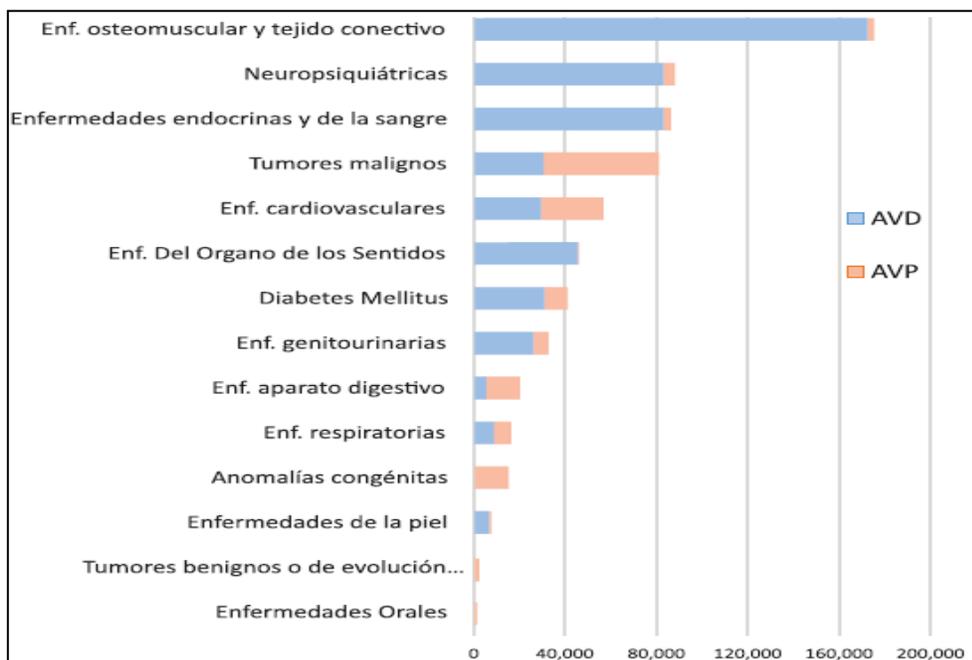


Fuente: GCPS-ESSALUD "CARGA DE ENFERMEDAD Y LESIONES EN ESSALUD, Estimación de los Años de Vida Saludables Perdidos 2014"

(ii) Enfermedades no transmisibles

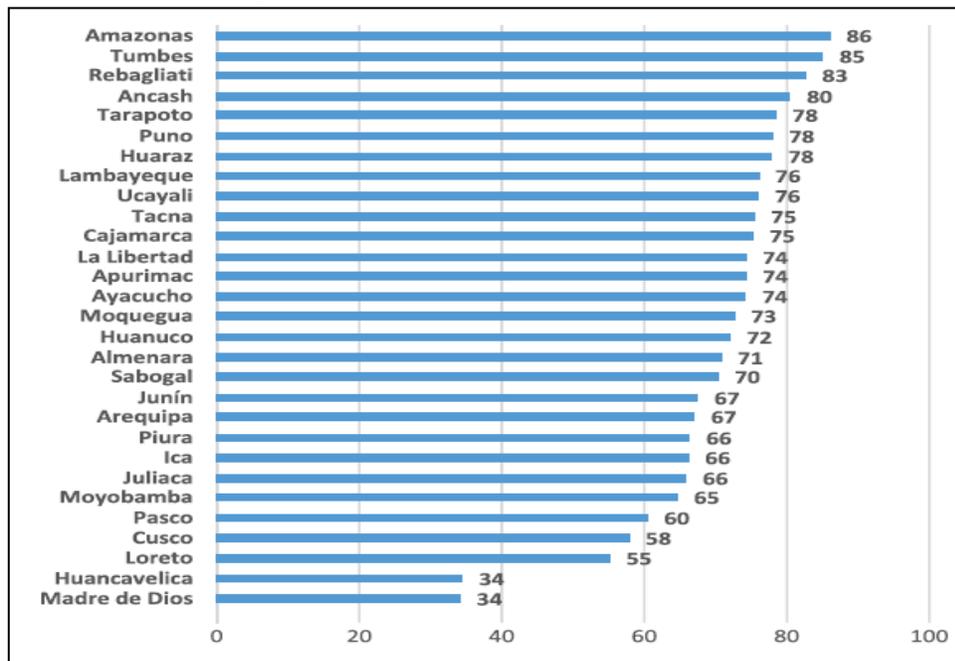
Este grupo de enfermedad representó el 72% del total de los AVISA, con una razón de AVISA de 62.8 por 1000 asegurados. La principal causa de carga de enfermedad fueron las enfermedades osteomusculares y del tejido conectivo, que aportaron el 26.3% del total de los AVISA de este grupo; el 98% de esta carga está dada por los AVD.

Grafico N° IV-3: Carga de morbilidad por enfermedades no transmisibles, EsSalud 2014.



Fuente: GCPS-ESSALUD "CARGA DE ENFERMEDAD Y LESIONES EN ESSALUD, Estimación de los Años de Vida Saludables Perdidos 2014"

Grafico N° IV-4: Carga de morbilidad por enfermedades no transmisibles según redes asistenciales, EsSalud 2014



Fuente: GCPS-ESSALUD "CARGA DE ENFERMEDAD Y LESIONES EN ESSALUD, Estimación de los Años de Vida Saludables Perdidos 2014"

CARGA DE ENFERMEDAD SEGÚN CATEGORÍAS DE DIAGNÓSTICO

La carga de enfermedad, según las 21 categorías de diagnóstico que agrupan a todos los diagnósticos por enfermedad y lesiones que se han registrado en EsSalud durante el año 2014 son:

CAUSA DE CARGA DE ENFERMEDAD	SUB CATEGORIA	% AVISA
Enfermedades Osteomuscular y tejido conectivo	Artrosis	18.80%
	Artritis reumatoide	
	Osteoporosis y fracturas patológicas	
Condiciones Perinatales	Bajo peso/prematuridad	10.80%
	Anoxia, asfixia, trauma al nacimiento	
Neuropsiquiátricas	Esquizofrenia	9.40%
	Depresión unipolar	
	Enfermedades de parkinson	
No intencionales	Fuego	9.30%
	Accidentes de circulación	
Enfermedades Endocrinas y de la sangre	Enfermedades Endocrinas y de la sangre	9.20%
Tumores malignos	Tumor maligno mama	8.70%
	Leucemia	
	Tumor maligno cuello uterino	
Enfermedades cardiovasculares	Enfermedad CVC hipertensiva	6.10%
	Enfermedad CVC cerebrovascular	
Enfermedades del órgano de los sentidos	Glaucoma	4.90%
	Cataratas	
Diabetes Mellitus	Diabetes Mellitus	4.40%
Deficiencias nutricionales	Anemia por déficit de hierro	3.50%
	Malnutrición proteíno calórico	
Enfermedades genitourinarias	Nefritis, nefrosis	3.50%
	Hipertrofia prostática	
Infecciosas y Parasitarias	Sida	2.60%
	TBC	
Enfermedad aparato digestivo	Cirrosis	2.20%
	Colecistitis, colelitiasis	
Infección respiratoria	Infecciones vías respiratorias bajas	2.00%
	Infecciones vías respiratorias altas	
Enfermedades respiratorias	Enf. Pulm. Obstructiva crónica (EPOC)	1.70%
	Asma	
Anomalías congénitas	Anomalías congénitas cardiacas	1.70%
	Síndrome de Down	
Enfermedades de la piel	Enfermedades de la piel	0.80%
Condiciones maternas	Sepsis materna	0.20%
	HTA del embarazo	
Tumores benignos o de evolución incierta	Tumores benignos o de evolución incierta	0.20%
Intencionales	Violencia	0.10%
	Suicidio	
Enfermedades orales	Caries	0.00%

Fuente: GCPS-ESSALUD "CARGA DE ENFERMEDAD Y LESIONES EN ESSALUD, Estimación de los Años de Vida Saludables Perdidos 2014"

5

Recursos Físicos en EsSalud

El Análisis de Recursos Físicos en Salud, está referido al análisis de la Infraestructura y Equipamiento Hospitalario, que son el soporte físico de las atenciones en salud, ya sea promocionales, preventivas, recuperativas, entre otros.

5.1 Situación de la Infraestructura Hospitalaria.

En el año 2015 EsSalud contaba con 390 establecimientos de Salud, de los cuales 300 pertenecen al primer nivel de atención, 81 al segundo y 9 al tercer nivel. La antigüedad de la mayoría de establecimientos es mayor a 20 años y su estado de conservación regular. El 41% de los Establecimientos es de propiedad de EsSalud. Como parte de la Oferta Extra Institucional, al cierre del año 2015, EsSalud cuenta con Unidades Básicas de Atención Primaria (**UBAP'S**), Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (**IPRESS**), Asociación Público Privado entre EsSalud y Callao Salud SAC (**APP**), tal como se muestra en el cuadro V-1.

Cuadro V-1: Oferta Extra Institucional

Red Asistencial	Nivel de atención	Establecimiento de Salud
Sabogal	UBAP	Los Olivos
Sabogal	POL	IPRESS Clínica Universitaria-Comas
Sabogal	POL	IPRESS Medical Image-San Martín de Porres
Sabogal	H III	H.E. Alberto leopoldo Barton Thompson (APP)
Sabogal	POL	Alberto leopoldo Barton Thompson (APP)
Rebagliati	POL	Jesús maría
Rebagliati	POL	Magdalena
Rebagliati	POL	Barranco
Rebagliati	POL	IPRESS Suiza lab-Miraflores
Rebagliati	POL	IPRESS Villa Salud-Villa El Salvador
Rebagliati	H III	H.E. Guillermo Kaelin De la Fuente (APP)
Rebagliati	POL	Guillermo Kaelin De la Fuente (APP)
Almenara	H II	IPRESS Hogar Clínica San Juan de Dios
Almenara	POL	IPRESS San Miguel Arcangel-San Juan de Lurigancho

Fuente: Análisis Ejecutivo a Nivel Nacional. Gerencia de Gestión de la Información Sub Gerencia de Estadística-EsSalud-2015

Cuadro V-2: Cantidad y Equivalencias de Establecimientos de Salud

Cantidad y Equivalencias de Establecimientos de Salud			
N°	Primer Nivel de Atención	Cantidad	Primer Nivel de Atención (Según Directiva N° 018-GG-ESSALUD-2013)**
1	Posta Médica - Centro de Atención Primaria (CAP I)	148	Centro Médico (CM)
2	Centro Médico- Centro de Atención Primaria (CAP II)	87	
3	Policlínico - Centro de Atención Primaria (CAP III)	64	Policlínico de Complejidad Creciente (PCC)
N°	Segundo Nivel de Atención		Segundo Nivel de Atención
1	Hospital I	44	Hospital General (HG)
2	Hospital II	25	
3	Hospital III	9	Hospital Especializado (HE)
4	Hospital IV	2	
N°	Tercer Nivel de Atención		Tercer Nivel de Atención
1	Hospital Nacional	8	Hospital Nacional (HN)
2	Centro Especializado e Institutos Especializados	3	Instituto (I)
	Total	390	

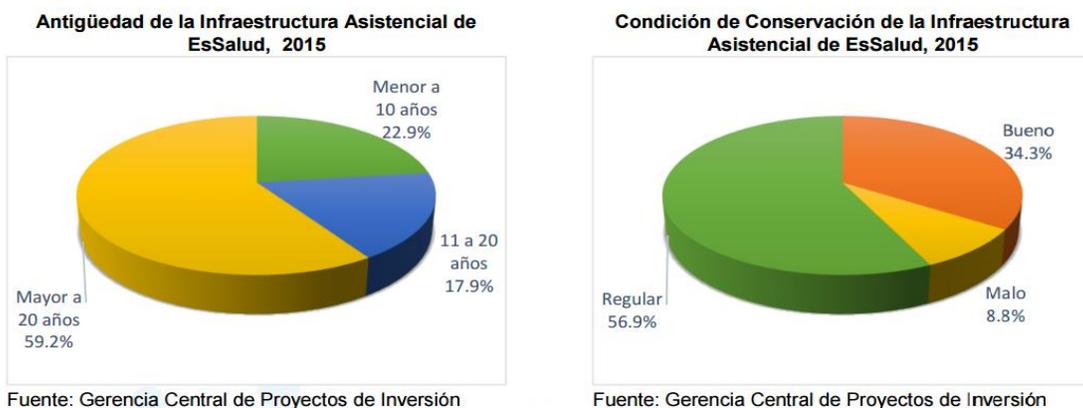
(***) Directiva N° 018-GG-ESSALUD-2013 "Definición, Características y Funciones Generales de los Establecimientos de Salud de EsSalud"

Fuente: Análisis Ejecutivo a Nivel Nacional. Gerencia de Gestión de la Información-Sub Gerencia de Estadística-EsSalud-2015

Elaborado por: Sub Gerencia de Planificación de Inversiones-Gerencia de Planificación y Evaluación de Inversiones-GCPD-2016

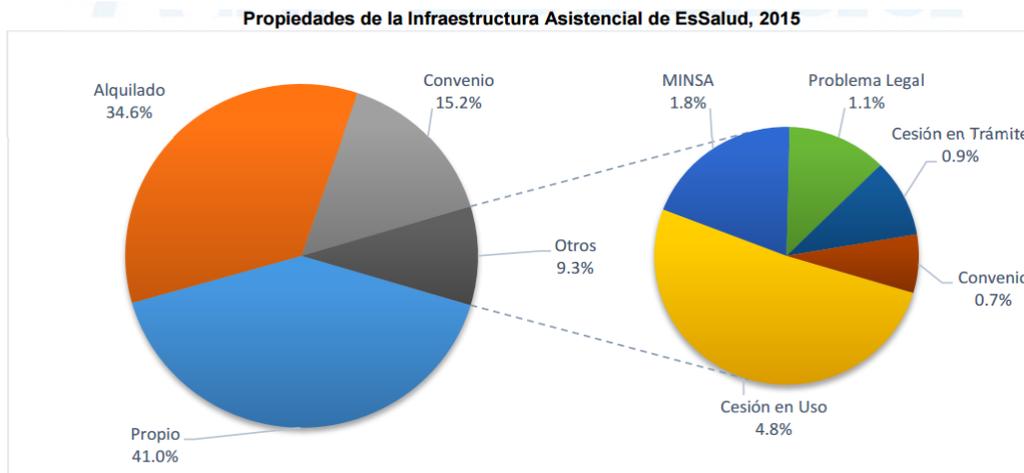
a) Características de la infraestructura asistencial de EsSalud.

Gráfico N° V-1: Operatividad y Vida Útil del



Extraído del: Boletín "Análisis Ejecutivo a Nivel Nacional". Gerencia de Gestión de la Información-Sub Gerencia de Estadística-EsSalud-2015

Grafico N° V-2: Propiedades de Infraestructura



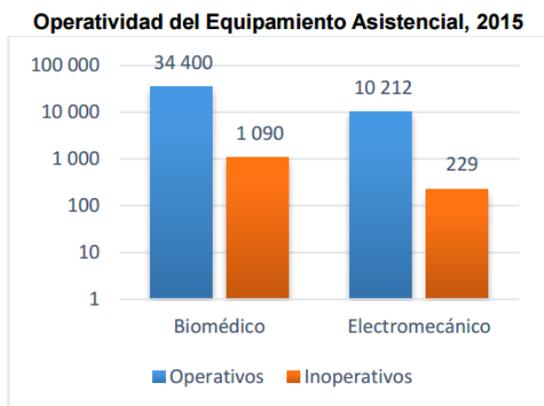
Fuente: Reportes de los Jefes de Mantenimiento de los Órganos Desconcentrados y Boletín de GCPD

Extraído del: Boletín "Análisis Ejecutivo a Nivel Nacional". Gerencia de Gestión de la Información-Sub Gerencia de Estadística-EsSalud-2015

5.2 Situación del Equipamiento Hospitalario.

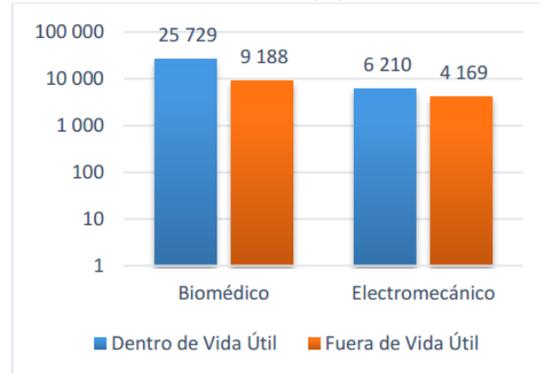
A finales del 2015, los Centros Asistenciales registraron 45,296 equipos, de los cuales 77.1% corresponde a equipo biomédico y 22.9% a equipo electromecánico. El estado de los equipos es 97.1% Operativo y 70.5% se encuentran dentro de la vida útil.

Grafico N° V-3: Operatividad y Vida Útil del Equipamiento Asistencial



Fuente: Software PCOMAN al 30 de Noviembre de 2015

Distribución de Vida Útil del Equipamiento Asistencial



Fuente: Software PCOMAN al 30 de Noviembre de 2015

Extraído del: Boletín "Análisis Ejecutivo a Nivel Nacional". Gerencia de Gestión de la Información-Sub Gerencia de Estadística-EsSalud-2015



Planificación de Inversiones

6.1 Antecedentes

Históricamente los Servicios de Salud se han ido estableciendo de manera no planificada, con el objetivo de atender condiciones apremiantes que de no darse, podrían impulsar la insatisfacción de los asegurados, hasta convertirse en un problema económico y social e incidiendo en la imagen institucional, dando origen a la instauración de la discrecionalidad de los proyectos de inversión.

En los últimos años, con el incremento de la población asegurada, el mejoramiento de la situación económica nacional, y la variación de factores sociales y culturales, se hace imprescindible que la situación de los servicios de salud se diseñen de tal manera que se acerquen más a la población asegurada, en forma oportuna y con la calidad necesaria, siendo necesario un reordenamiento de la infraestructura sanitaria existente y un ordenamiento de la futura, mediante la conformación de Redes y Micro Redes de Salud cercanas a las concentraciones poblacionales, considerando la accesibilidad geográfica como un factor importante. Se requiere entonces una Planificación en Infraestructura Asistencial, en base a criterios técnicos, lo que nos permitirá hacer un uso eficiente de los recursos físicos y económicos.

Los Estudios de Pre Inversión obedecían a la importancia del momento, siendo su desarrollo predominantemente coyuntural. No se contaba con criterios de priorización para desarrollar los Estudios de Pre Inversión. Existía discrecionalidad en la formulación y ejecución de proyectos de inversión.

A principios del año 2013 se tenían 403 requerimientos de intervención en infraestructura existente, desde mejoramiento y/o ampliación y/o creación de ambientes o servicios (UPSS), hasta la creación de nuevos establecimientos de salud de diferentes niveles de atención, así como la adquisición de equipos nuevos, entre otros.

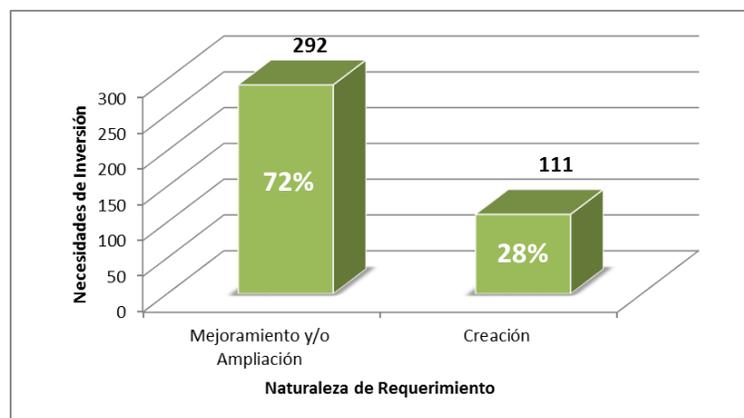
Las 403 Necesidades de Inversión, que se tenía en el 2013, se distribuían, según los cuadros y gráficos adjuntos.

Cuadro VI-1: Distribución de Necesidades de Inversión, según Naturaleza de Requerimiento-2013

NATURALEZA DE REQUERIMIENTO	CANTIDAD	%
Mejoramiento y/o Ampliación	292	72%
Creación	111	28%
TOTAL	403	100%

Elaboración: Sub Gerencia de Planificación de Inversiones

Gráfico VI-1: Distribución de Necesidades de Inversión, según Naturaleza de Requerimiento-2013



Elaboración: Sub Gerencia de Planificación de Inversiones

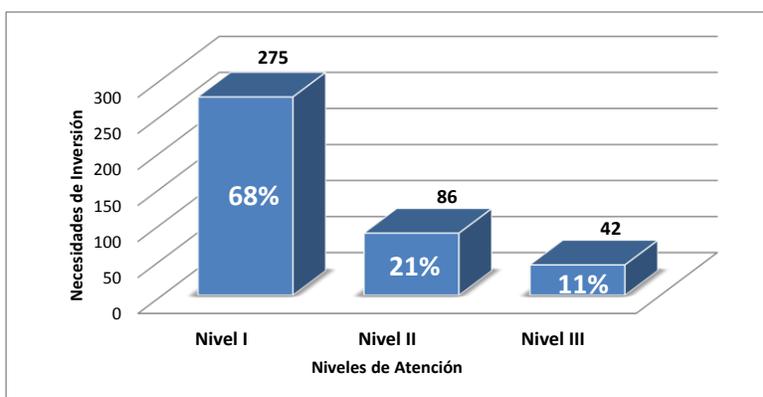
Del total de necesidades de Inversión, el 72% estaban relacionados con intervenciones de mejoramiento y/o ampliación y el 28% con creaciones de nuevos establecimientos de salud.

Cuadro VI-2: Distribución de Necesidades de Inversión, según Niveles de Atención-2013

NIVEL DE ATENCIÓN	CANTIDAD	%
Nivel I	275	68%
Nivel II	86	21%
Nivel III	42	11%
TOTAL	403	1

Elaboración: Sub Gerencia de Planificación de Inversiones

Gráfico VI-2: Distribución de necesidades de Inversión, según niveles de atención-2013



Elaboración: Sub Gerencia de Planificación de Inversiones

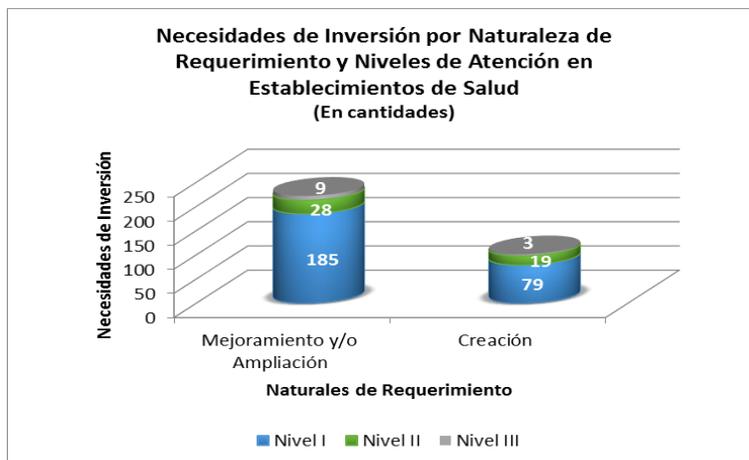
Del total de Necesidades de Inversión, el 68% corresponden al primer nivel de atención, mientras que el 32% corresponden al segundo y tercer nivel (Hospitalario).

Cuadro VI-3: Distribución de Necesidades de Inversión, según Naturaleza de Requerimiento, Niveles de Atención en Establecimientos de Salud (EES) y Unidades Prestadoras de Salud (UPSS)

NATURALEZA DE REQUERIMIENTO	Nivel de Atención	Área de Intervención	
		EES	UPSS
Mejoramiento y/o Ampliación	Nivel I	185	10
	Nivel II	28	31
	Nivel III	9	29
	Sub Total	222	70
Creación	Nivel I	79	1
	Nivel II	19	8
	Nivel III	3	1
	Sub Total	101	10
TOTAL		323	80

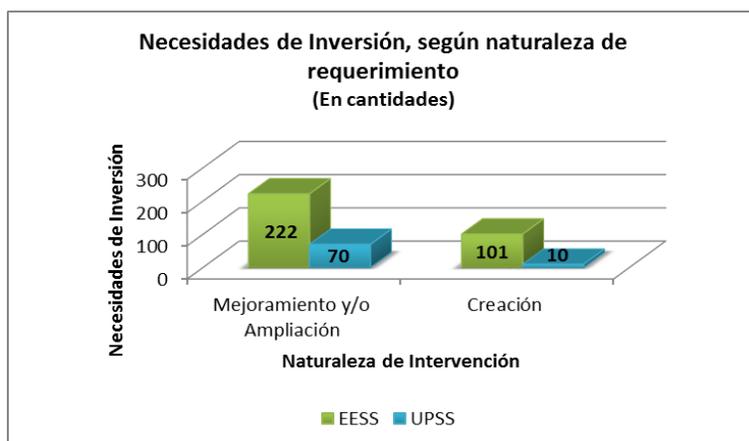
Fuente: Sub Gerencia de Planificación de Inversiones

Gráfico VI-3: Distribución de Necesidades de Inversión, según Naturaleza de Requerimiento y Niveles de Atención en Establecimientos de Salud



Fuente: Sub Gerencia de Planificación de Inversiones

Gráfico VI-4: Distribución de Necesidades de Inversión, según Naturaleza de Intervención, Niveles de Atención en Establecimientos de Salud (EES) y Unidades Prestadoras de Salud (UPSS)



Fuente: Sub Gerencia de Planificación de Inversiones

Se aprecia que dentro de las necesidades de inversión relacionadas en forma integral con Establecimientos de Salud, existen 222 necesidades (76%) en el rubro "Mejoramiento y/o Ampliación" y 101 necesidades (91%) en el rubro "Creación".

Las necesidades de inversión relacionadas con UPSS se subdividen en 70 (24%) para el rubro "Mejoramiento y/o Ampliación" y 10 (9%) para "Creación".

Se deduce que del total de necesidades de inversión existen 81% correspondiente al primer nivel de atención en Establecimientos de Salud, de los cuales el 57% corresponde al rubro "Mejoramiento y/o Ampliación" y 24% al de Creación.

6.2 La Planificación de Inversiones (PI).-

Según señala Sapag N. & Sapag R. (2008), <<La planificación constituye un proceso mediador entre el futuro y el presente. Se ha señalado que el futuro es incierto, puesto que lo que ocurrirá mañana no es tan sólo una consecuencia de muchas variables cambiantes, sino que fundamentalmente dependerá de la actitud que adopten los hombres en el presente, pues ellos son, en definitiva, los que crean estas variables>>.

En ese sentido, EsSalud ha establecido estructuralmente el área de Planificación de Inversiones, a efectos de contribuir con el ordenamiento de las inversiones haciéndolas más eficientes y eficaces, bajo metodologías que permitan contribuir con el desarrollo de las Redes Asistenciales o Gerencias de Red Desconcentrada.

A continuación se presentan las principales actividades realizadas por la Sub Gerencia de Planificación de Inversiones de la Gerencia de Planificación y Evaluación de Inversiones, relacionadas con la Planificación de Inversiones.

6.2.1 Planificación de la Meso Localización para PIP "Hospital de Alta Complejidad de la Región Puno". Metodología.

En el contexto de Planificación se trabajó una metodología para la meso Localización del PIP "Hospital de Alta Complejidad de la Región Puno".

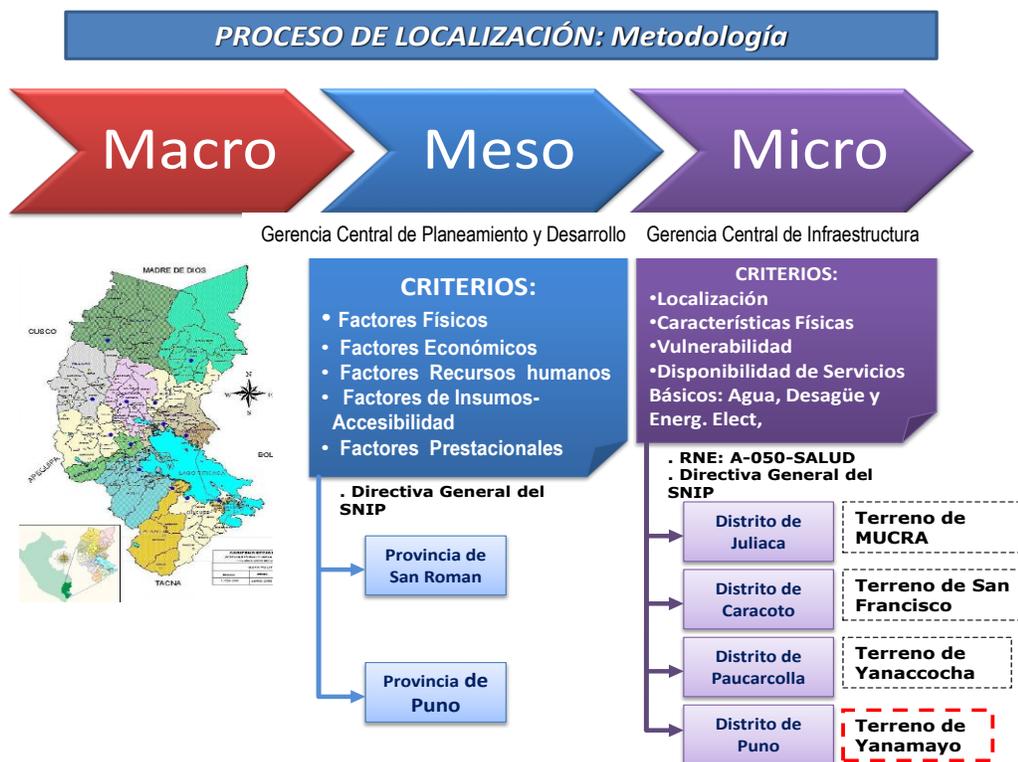
Cabe precisar que esta metodología estableció un ranking de provincias en las cuales podría ubicarse el PIP. El desarrollo del PIP (Estudio de Pre Inversión a nivel de Perfil) debería indicar la micro localización, luego de evaluar las diversas posibilidades de ubicación del Proyecto.



El siguiente esquema ilustra lo señalado anteriormente:

- La Macro localización: Departamento de Puno
- La Meso Localización: se determina un Ranking de provincias con posibilidades de ubicación del PIP, luego de aplicarles a cada una los criterios de evaluación.
- La Micro Localización: Se determina en el Estudio de Pre Inversión.

Gráfico VI-5: Metodología para Localización de Proyectos



Elaborado por: Sub Gerencia de Planificación de Inversiones

6.2.2 Documentos Técnicos de Planificación de Inversiones 2014-2016

Los documentos técnicos normativos elaborados por la Sub Gerencia de Planificación de Inversiones de la Gerencia de Planificación y Evaluación de Inversiones de la Gerencia Central de Planeamiento y Desarrollo en el periodo 2014-2016, constan de:

- Directiva N° 010-GG-ESSALUD-2014 "Normas para la Identificación, Evaluación, Registro y Priorización de Necesidades de Inversión de EsSalud".
- Creación del Registro de Necesidades de Inversión **(RNI)**
- Establecimiento de metodologías para Localización y priorización de Necesidades de Inversión.
- Elaboración de Metodología para desarrollo de Planes Directores de Inversión.
- Elaboración del Documento Técnico "Priorización Multianual de Necesidades de Inversión" **(PMNI)**.
- Directiva para Formulación y Evaluación de Planes Directores de Inversión para Redes Asistenciales y Gerencias de Red Desconcentradas.
- Directiva para Formulación y Evaluación de Planes Directores de Inversión para Hospitales Nacionales e Institutos (P)
- Directiva para Formulación y Evaluación de Planes Directores de Inversión para Especialidades (P)
- Elaboración del Sistema "Gestión de Información de Planeamiento y Evaluación de Inversiones", a través del módulo web en la Intranet Institucional.

(P): Pendiente, programado para el III y IV Trimestre 2016

6.2.3 Directiva N° 010-GG-ESSALUD-2014 "Normas para la Identificación, Evaluación, Registro y Priorización de Necesidades de Inversión de EsSalud".

En el año 2014, se elabora la Directiva N° 010-GG-ESSALUD-2014 "*Normas para la Identificación, Evaluación, Registro y Priorización de Necesidades de Inversión de EsSalud*", aprobada con Resolución de Gerencia General N° 816-GG-ESSALUD-2014 (12.Ago.2014) donde se establecen las condiciones para la organización de las Necesidades de Inversión de los Órganos Desconcentrados y Órganos Centrales, aplicando una metodología para priorizarlas y establecer el documento técnico "Priorización Multianual de Necesidades de Inversión" por un periodo de tres años.

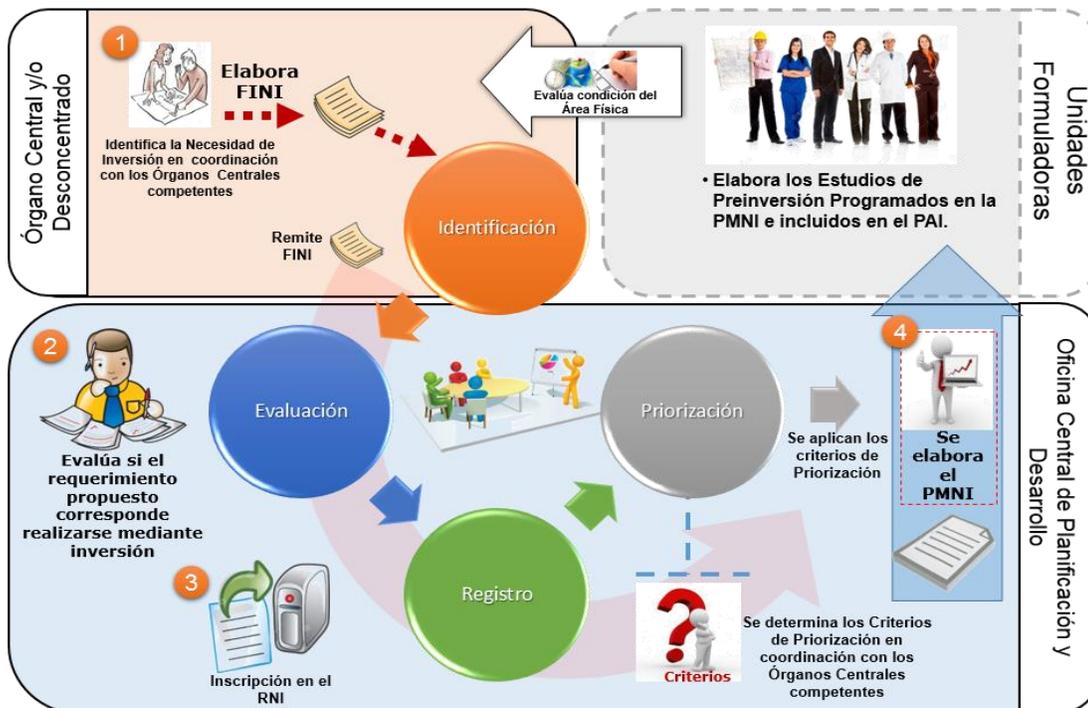
El objetivo de esta Directiva es establecer las normas, criterios y procedimientos que permitan identificar, evaluar, registrar y priorizar las necesidades de inversión en el Seguro Social de Salud-ESSALUD.

La finalidad de ésta Norma es Estandarizar los criterios metodológicos para la identificación, evaluación, registro y priorización de las necesidades de inversión en EsSalud, en concordancia con las Políticas Nacional, Sectorial e Institucional.



El gráfico VI-6 ilustra el ciclo de las Necesidades de Inversión:

Gráfico VI-6: Ciclo de las Necesidades de Inversión



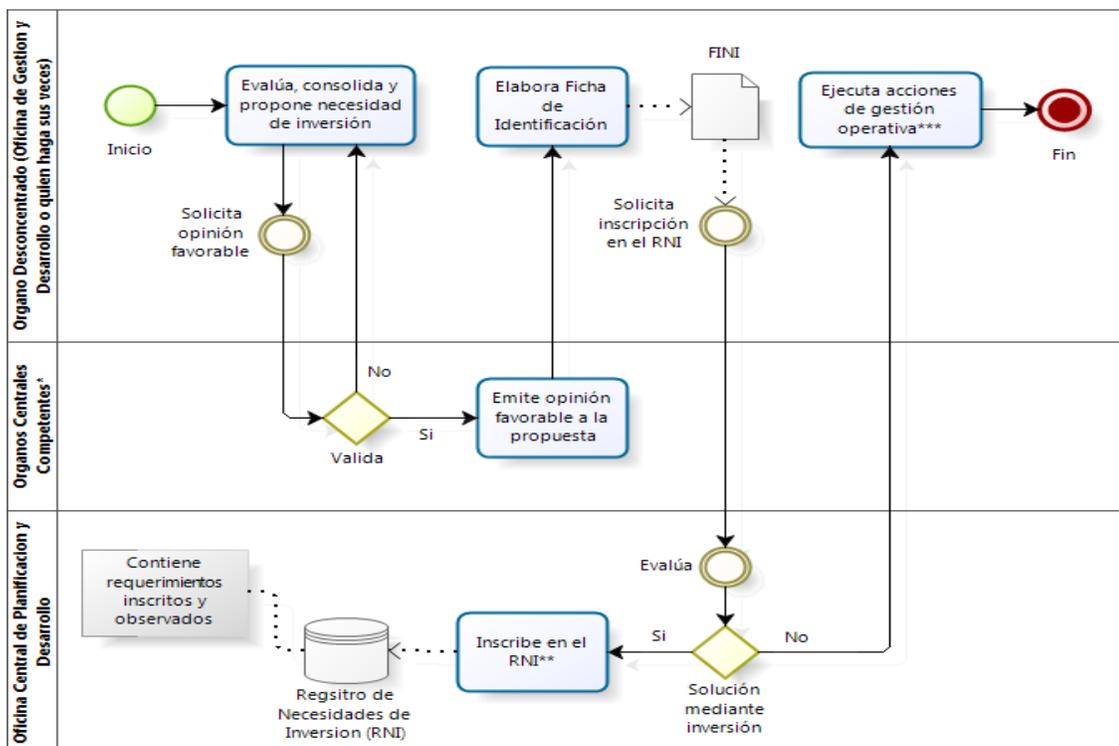
FINI: Ficha de Identificación de Necesidades de Inversión

PAI: Plan Anual de Inversiones (Institucional)

PMNI: Priorización Multianual de Inversiones

El gráfico VI-7 muestra el proceso para la Identificación, Registro y Priorización de Necesidades de Inversión.

Gráfico VI-7: proceso para la Identificación, Registro y Priorización de Necesidades de Inversión



Fuente: Directiva N° 010-GG-ESSALUD-2014 "Normas para la Identificación, Evaluación, Registro y Priorización de Necesidades de Inversión de EsSalud"

Cuadro VI-4: Matriz de Priorización de Necesidades de Inversión

MATRIZ DE FACTORES Y CRITERIOS DE PRIORIZACIÓN DE NECESIDADES DE INVERSIÓN					
PROCENTAJE	FACTORES	CRITERIOS	PUNTAJE PARA VALORAR PRIORIZACIÓN		
30%	Estratégicos	Estrategia Nacional	No	Si	
			50	100	
		Estrategia Institucional	No	Si	
			50	100	
25%	Físicos	Vulnerabilidad	Bioseguridad/Hacinamiento	Zona de Riesgo	Estructural
			25	50	100
		Propiedad	EsSalud	Convenio/Cesión en Uso	Alquilado/No Existe
			25	50	100
		Accesibilidad	Menos de 1 hora	De 1-3 horas	Más de 3 horas
			25	50	100
20%	Asistenciales	Nivel de Atención	3er Nivel	2do Nivel	1er Nivel
			25	50	100
		Establecimientos Estratégicos	[105 - 156]	[53 - 104]	[01 - 52]
			25	50	100
		Tipo de Servicio Asistencial	Complementario	Importante	Critico
			25	50	100
		Oferta Institucional	Propia	Tercerización/Convenio	No existe
			25	50	100
		Oferta Sectorial	Con Oferta Existente	Sin Oferta Existente	
			50	100	
15%	Programación	Antigüedad del Requerimiento	01 año	02 años	03 años
			25	50	100
10%	Demográficos	Poblacion Adscrita (Línea de base)	<25,000	25,000 - 149,999	>150,000
			25	50	100
		Poblacion Proyectada (10 años)	<25,000	25,000 - 149,999	>150,000
			25	50	100

Fuente: Directiva N° 010-GG-ESSALUD-2014 "Normas para la Identificación, Evaluación, Registro y Priorización de Necesidades de Inversión de EsSalud"

6.2.4 Documento Técnico "Priorización Multianual de Necesidades de Inversión".

Este documento técnico, citado en la Directiva N° 010-GG-ESSALUD-2014 "Normas para la Identificación, Evaluación, Registro y Priorización de Necesidades de Inversión de EsSalud" consolida las Necesidades de Inversión priorizadas para tres años consecutivos, en función a la Matriz de Priorización y se difunde a las Unidades Formuladoras de PIP.



Las Necesidades de inversión priorizadas e incluidas en el **Plan Multianual de Necesidades de Inversión 2016-2018** y que se difundieron a las Unidades Formuladoras mediante Carta Múltiple N° 057-GCPD-ESSALUD-2015 del 24 de junio del 2015, presentan la siguiente distribución:

a) Necesidades de Inversión de EsSalud 2016-2018, según Niveles de Atención

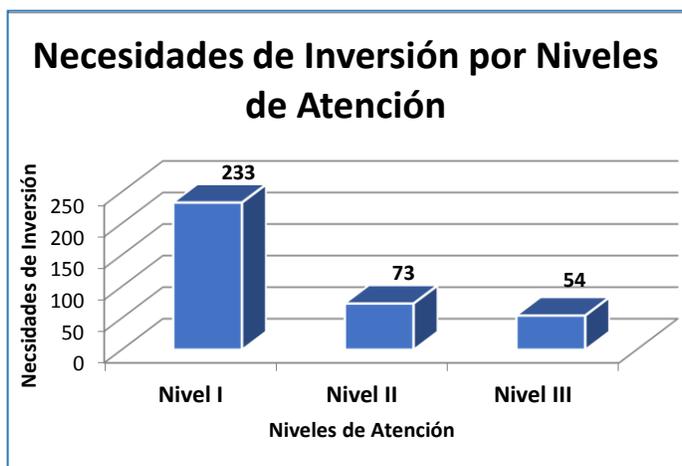
Cuadro VI-5: Necesidades de Inversión por Nivele de Atención

NIVEL DE ATENCIÓN	CANTIDAD	%
Nivel I	233	65%
Nivel II	73	20%
Nivel III	54	15%
TOTAL	360	100%

Elaborado por: Sub gerencia de Planificación de Inversiones.

El 65% de Necesidades de Inversión corresponden al primer nivel de atención. El 35% restante a los niveles II y III (Hospitalario).

Gráfico VI-8: necesidades de Inversión por Niveles de Atención



Elaborado por: Sub Gerencia de Planificación de Inversiones

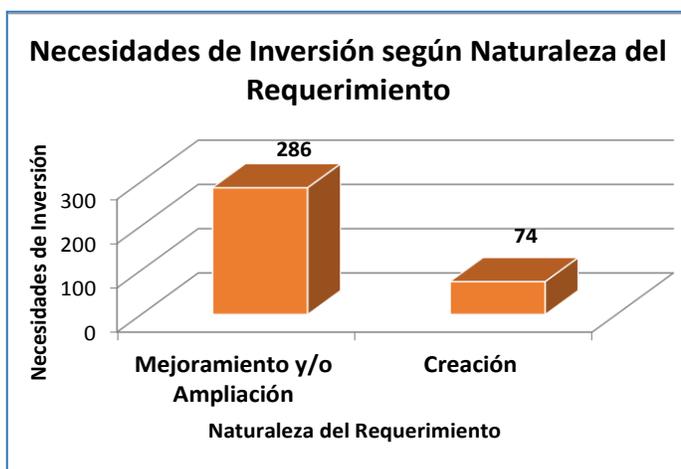
b) Necesidades de Inversión 2016-2018, según Naturaleza de Requerimiento

Cuadro VI-6: Naturaleza de Requerimiento

NATURALEZA DE REQUERIMIENTO	CANTIDAD	%
Mejoramiento y/o Ampliación	286	79%
Creación	74	21%
TOTAL	360	100%

El 79% de Necesidades de Inversión corresponden al rubro "Mejoramiento y/o ampliación"; el 21% restante a la creación de nuevos Establecimientos de Salud.

Gráfico VI-9: Necesidades de Inversión por Niveles de Atención



Elaborado por: Sub Gerencia de Planificación de Inversiones

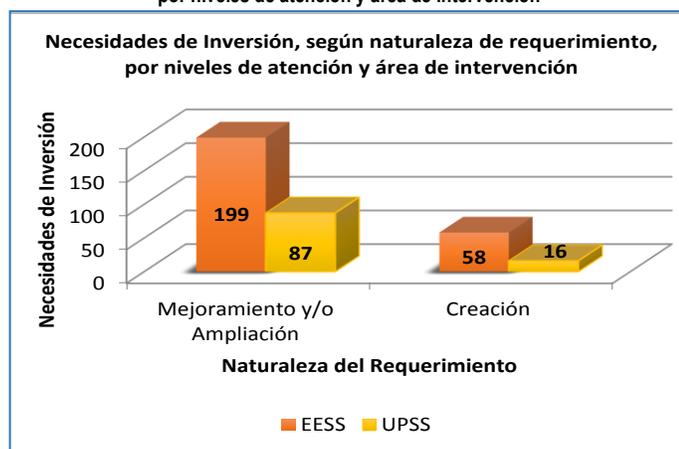
c) Necesidades de Inversión 2016-2018, según Naturaleza de Requerimiento, por Niveles de Atención y Área de Intervención.

Cuadro VI-7: Necesidades de Inversión por Niveles de Atención y Naturaleza del Requerimiento

NATURALEZA DE REQUERIMIENTO	Nivel de Atención	Área de Intervención	
		EESS	UPSS
Mejoramiento y/o Ampliación	Nivel I	166	12
	Nivel II	29	36
	Nivel III	4	39
	Sub Total	199	87
Creación	Nivel I	53	2
	Nivel II	4	4
	Nivel III	1	10
	Sub Total	58	16
TOTAL		257	103

En el rubro "Mejoramiento y/o Ampliación" se tienen requerimientos de 199 Necesidades de Inversión (70%) en Establecimientos de Salud integrales y 87 (30%) en UPSS. En el rubro "Creación" el 78% (58) corresponden a nuevos Establecimientos de Salud y el 22% (16) a nuevas UPSS.

Gráfico VI-10: Necesidades de Inversión, según naturaleza del requerimiento por niveles de atención y área de intervención

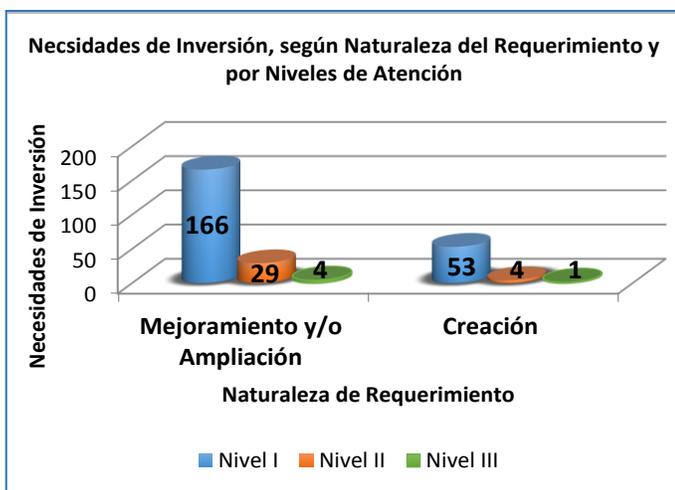


Elaborado por: Sub Gerencia de Planificación de Inversiones

d) Necesidades de Inversión 2016-2018, según Naturaleza de Requerimiento y por Niveles de Atención.

En el rubro “Mejoramiento y/o ampliación” de Establecimientos de Salud (integrales), el 46 % (166) de Necesidades de Inversión corresponden al primer nivel de atención, le sigue el 15% (53) de Necesidades de Creación de Establecimientos de salud Nivel I.

Gráfico VI-11: Necesidades de Inversión, según Naturaleza del requerimiento y por Niveles de Atención



Elaborado por: Sub Gerencia de Planificación de Inversiones

e) Necesidades de Inversión, según naturaleza del requerimiento y Niveles de atención.

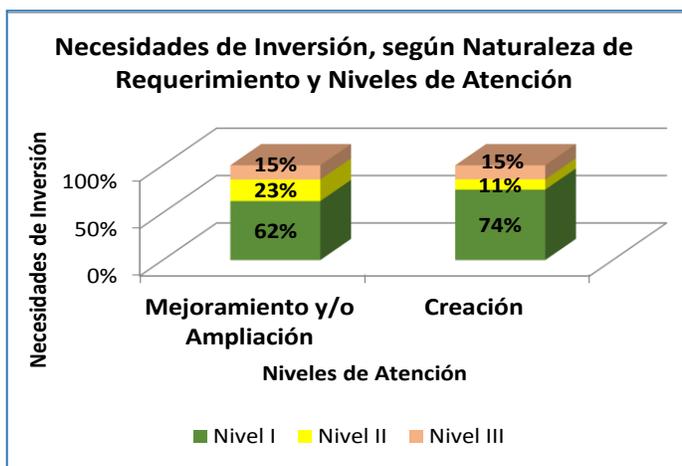
Cuadro VI-8: Necesidades de Inversión por Niveles de Atención y Naturaleza del Requerimiento

NATURALEZA DE REQUERIMIENTO	NIVEL DE ATENCIÓN						TOTAL	%
	Nivel I	%	Nivel II	%	Nivel III	%		
Mejoramiento y/o Ampliación	178	62%	65	23%	43	15%	286	100%
Creación	55	74%	8	11%	11	15%	74	100%

Se concluye que en el rubro de “Mejoramiento y/o ampliación” del primer nivel de atención el 62% corresponde al primer nivel de atención, y en el rubro de “Creación” el 74% del requerimiento corresponden al mismo Nivel I.

Esto confirmaría la hipótesis de que se requiere realizar intervenciones integrales en los Establecimientos de Salud, dándose preferencia al primer nivel de atención.

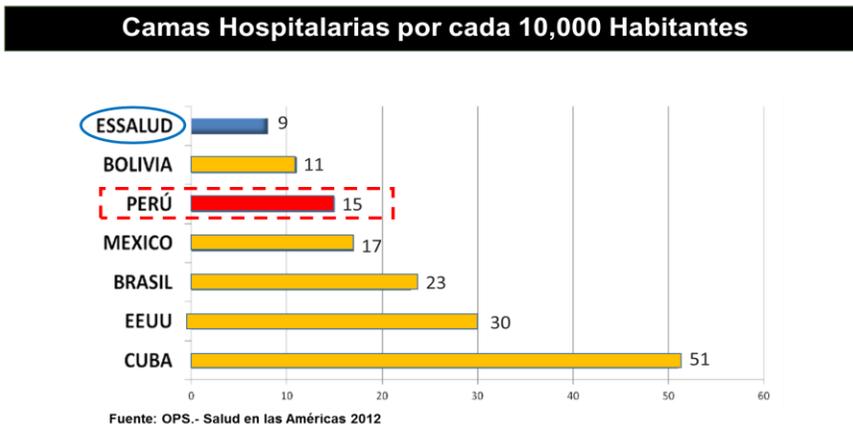
Gráfico VI-12 Necesidades de Inversión, según Naturaleza del requerimiento y por Niveles de Atención



6.2.5 Documento Técnico “Estudio Macro Análisis para determinar brecha de camas hospitalarias en EsSalud”

El presente Estudio consideró el ratio de 15 camas Hospitalarias por cada 10,000 habitantes. El gráfico siguiente muestra algunos indicadores de camas hospitalarias por cada 10,000 habitantes.

Gráfico VI-13: Ratio de camas hospitalarias por cada 10,000 habitantes



Para el caso de Perú, se tienen **15 Camas Hospitalarias** por cada 10,000 habitantes

De acuerdo con la Pirámide de Kayser, se indica la demanda referencial en los servicios de salud ideal, por niveles de atención.

Gráfico VI-14: Pirámide Organizacional

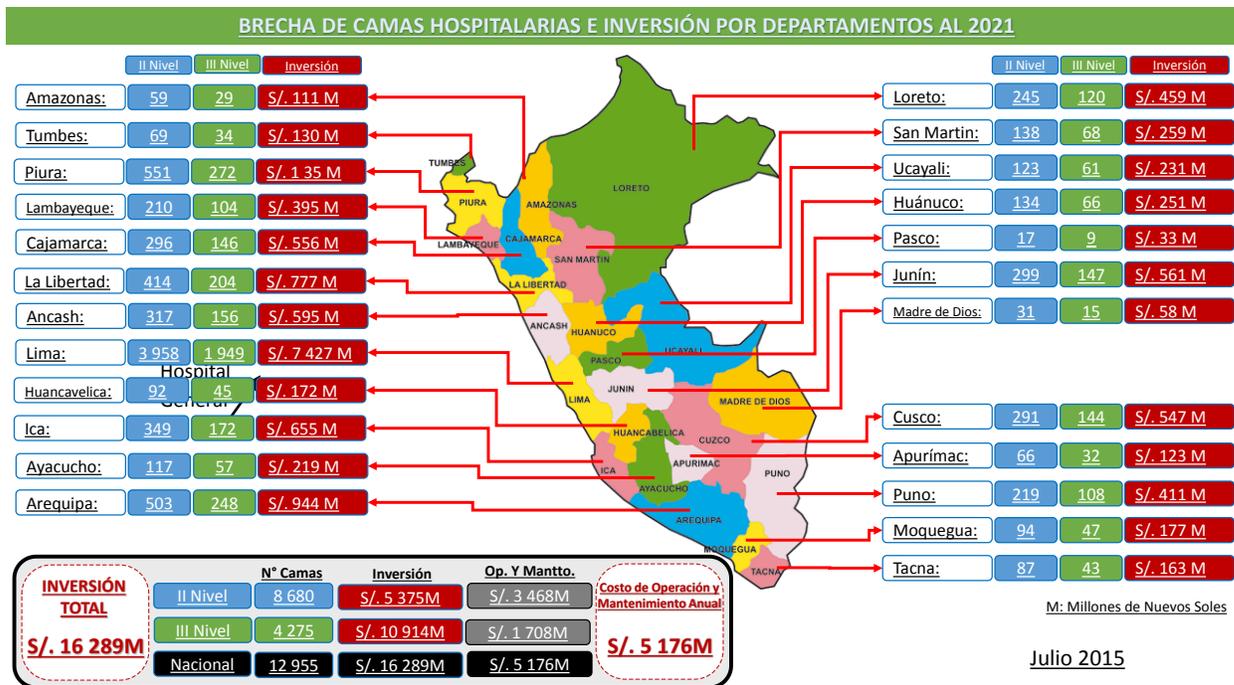


Fuente: Pirámide de Kaiser / Directiva N° 018-GG-ESSALUD-2013 "Definición, Características y Funciones Generales de los Establecimientos de Salud de ESSALUD"

PLANIFICACIÓN DE INVERSIONES EN ESSALUD

El siguiente gráfico muestra la brecha de camas al 2021, siendo 12955 camas.

Gráfico VI-15: Brecha de Camas Hospitalarias al 2021



Elaborado por: Sub Gerencia de Planificación de Inversiones

El cuadro fue elaborado en el año 2015, razón por la que se trabajó con la Población asegurada del año 2014, proyectada al año 2015.

6.3 Política de Inversiones

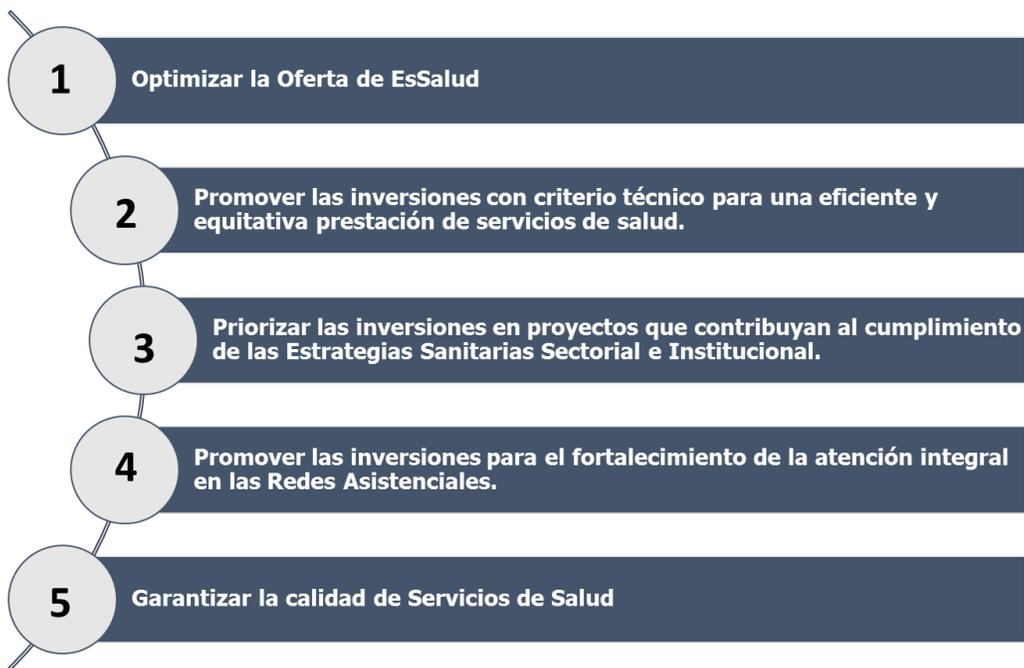
Las Políticas son los Medios para alcanzar objetivos en un determinado periodo. Las políticas consisten en directrices establecidas para alcanzar dichos objetivos y orientan la toma de decisiones.

En ese sentido, EsSalud ha formulado sus Lineamientos de Política de inversiones a través del Documento propuesto por la Gerencia Central de Planeamiento y Desarrollo, siendo aprobado por las siguientes Dependencias:

- Gerencia Central de Operaciones.
- Gerencia Central de Prestaciones de Salud
- Gerencia Central de Planeamiento y Desarrollo

Dichos Lineamientos de Políticas establecen:

Gráfico VI-16: Lineamientos de Política de Inversiones



Lineamientos de Política de Inversiones

<p style="text-align: right;">Setiembre 2015</p> <p style="text-align: center;">Lineamientos de Políticas de Inversiones del Seguro Social de Salud – EsSalud</p> <p>Marco Legal:</p> <p>Para la determinación de los Lineamientos de Políticas de Inversiones, se han considerado:</p> <p>a) En el Marco Nacional:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Constitución Política del Perú. • Acuerdo Nacional. • Plan Bicentenario "El Perú hacia el 2021". • Decreto Legislativo N° 1157, "Modernización de la Gestión de la Inversión en Salud", de fecha 06.12.2013. <p>b) En el Marco Sectorial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Plan Estratégico Sectorial Multianual MINTRA / PESEM 2012-2016. • Plan Estratégico Sectorial Multianual MINSA / PESEM 2012-2016 (Documento de Trabajo). <p>c) En el Marco Institucional:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ley de Creación del Seguro Social de Salud – Ley N° 27056. • Plan Estratégico Institucional PEI 2012 – 2016. • Plan General de Salud 2015 – 2021, del Seguro Social de Salud – EsSalud. <p>El Decreto Legislativo N° 1157 que aprueba la Modernización de la Gestión de la Inversión Pública en Salud, indica lo siguiente:</p> <p>Artículo 3° "De los criterios orientadores para la expansión y sostenimiento de la oferta en salud"</p> <ul style="list-style-type: none"> • a) Las decisiones de inversión pública están orientadas por los objetivos de política nacional de salud, establecidos por el Ministerio de Salud. • d) La política nacional de salud prioriza el fortalecimiento de establecimientos de salud estratégicos y de las redes integradas en salud 	<p>En ese marco, y teniendo en cuenta que el Reglamento del citado Decreto Legislativo aún no se aprueba, el Seguro Social de Salud ESSALUD debe orientar sus inversiones bajo los siguientes Lineamientos de Política concertadas, enmarcados en dicho D.L. y normas vigentes:</p> <p>1) Optimizar la oferta propia como condición previa a la inversión.</p> <p><i>Los Centros Asistenciales deben establecer acciones operativas a efectos de contar con Instalaciones en óptimas condiciones para la atención a los pacientes asegurados. Dichas acciones como mantenimiento preventivo y/o correctivo de Infraestructura y Equipamiento permitirán contribuir a la sostenibilidad de la inversión y mejorar la calidad de atención de los servicios de salud.</i></p> <p><i>Optimizar implica agotar todas las acciones administrativas relacionadas con la operatividad del servicio, suficiente recurso humano para dar una atención integral de salud de calidad que corresponda.</i></p> <p><i>Evaluar la posibilidad de incrementar los turnos de atención en los servicios de salud con la finalidad de mejorar la eficiencia en el uso de la infraestructura y equipamiento de la institución.</i></p> <p><i>Evaluar la posibilidad de obtener servicios de terceros para la atención de la demanda no atendida por los establecimientos de salud.</i></p> <p><i>Mejorar los procesos que permitan una atención de calidad y con oportunidad.</i></p> <p><i>En caso se requiera adicionalmente la creación de nuevos servicios o Centros Asistenciales, así como mejorar o ampliar los existentes, se deberá gestionar la inversión necesaria, iniciando la planificación mediante las normas vigentes, para luego pasar a la etapa del Ciclo del Proyecto iniciando con los Estudios de Pre Inversión correspondientes. De esta manera se optimizan los recursos económicos mediante un mejor aprovechamiento de la oferta propia.</i></p>
---	--

En consecuencia, el presente lineamiento prioriza las acciones orientadas a:

- a. Fortalecer los servicios de salud en el marco de los convenios interinstitucionales para optimizar su máxima capacidad operativa en el marco del Aseguramiento Universal y lograr redes integradas en salud.
 - b. Propiciar acciones orientadas a la optimización de la capacidad instalada de los centros asistenciales existentes.
- 2) **Promover las inversiones con criterio técnico¹ para una eficiente y equitativa prestación de servicios de salud.**

Ejecutar Inversiones con criterio técnico, que tengan un enfoque territorial y sean resultado de un proceso de Planificación Institucional, que permita establecer un uso óptimo de los recursos económicos, físicos, humanos y tecnológicos, desarrollando con las Redes su crecimiento mediante inversiones planificadas, debiendo ser parte de los Planes Directores de las Redes Desconcentradas de Salud, como resultado del uso de metodologías y criterios técnicos para su identificación y priorización.

Usar criterios técnicos en concordancia con las Normas técnicas Nacional, Sectorial e Institucional, para la gestión de los proyectos de inversión durante todo el ciclo del proyecto (Preinversión, Inversión y Post Inversión).

En consecuencia, el presente lineamiento prioriza las acciones orientadas a:

- a) Establecer normativas y metodologías que permitan hacer un uso eficiente de los recursos con enfoque territorial.
- 3) **Priorizar las inversiones en proyectos que contribuyan al cumplimiento de las Estrategias Sanitarias Sectorial e Institucional.**

La priorización de inversiones se efectuarán considerando los objetivos identificados en el Plan General de Salud 2015-2021, y en el marco de lo señalado en la Directiva N° 010-GG-ESSALUD-2014 "Normas para la Identificación, Evaluación, Registro y Priorización de Necesidades de Inversión de EsSalud", en

¹ El Consejo Directivo, en su Cuarta Sesión Ordinaria del 12 de marzo del 2013, acordó ESTABLECER, dentro del marco legal vigente, los siguientes lineamientos institucionales a observarse respecto a la administración de proyectos de inversión Pública:
 a. Darse primer el criterio técnico de las áreas correspondientes.



la cual la priorización de las necesidades inversión se realizan considerando los siguientes factores:

Estrategias (Nacional, Institucional), **Físicos** (Vulnerabilidad, Propiedad, Accesibilidad), **Asistenciales** (Nivel de atención, establecimientos estratégicos, Tipo de servicio asistencial, Oferta institucional, Oferta sectorial), **Programación** (Antigüedad del requerimiento), **Demográficos** (Población en el ámbito de influencia y Población proyectada a 10 años).

La priorización, en la toma de decisiones de expansión y sostenimiento de la oferta de salud debe estar acorde a la planificación estratégica, programación anual y disponibilidad presupuestal de la institución y focalización en los problemas prioritarios de salud.

En consecuencia, el presente lineamiento prioriza las acciones orientadas a:

- a. Promover las inversiones relacionadas a la prevención y tratamiento de las principales causas de morbilidad, mortalidad y discapacidad en la población asegurada.
 - b. Fortalecer la atención en salud de los grupos más vulnerables; en particular, de los niños, las mujeres (gestantes, madres lactantes) y ancianos.
- 4) **Promover las inversiones para el fortalecimiento de la atención integral en las Redes Asistenciales.**

Orientar las decisiones de inversión a fortalecer los Centros de Salud en sus diferentes niveles de atención con un enfoque de Red Asistencial, con la finalidad de garantizar una atención de salud integral al usuario de los servicios de manera continua y con calidad tanto en la promoción, prevención, recuperación, rehabilitación en salud para los asegurados.

Propiciar inversiones orientadas al mejoramiento de la capacidad de oferta actual, a la actualización tecnológica, a la ampliación de la cobertura de atención sea implementando, mejorando o ampliando los actuales servicios o incrementando la actual oferta de servicios mediante la creación de nuevos servicios de atención de



salud, entre otras necesidades, que en el marco de Redes Integradas de salud y con una visión de territorialidad, requieren para su ejecución Proyectos de Inversión Viables en el marco del Sistema Nacional de Inversión Pública.

En consecuencia, el presente lineamiento prioriza las acciones orientadas a:

- a. Fomentar las inversiones para el fortalecimiento de los servicios del Primer Nivel de atención.
 - b. Fortalecer los servicios críticos de salud como Emergencia, Cuidados Intensivos, Hemodiálisis y Centro Quirúrgico, en el Segundo Nivel de Atención.
 - c. Fortalecer los servicios de salud de alta complejidad y especialización contemplando las redes integradas en salud.
- 5) **Garantizar la calidad de servicios de salud.**

Propiciar inversiones tendientes a la optimización de la capacidad instalada de los establecimientos de salud, en el marco de la constitución y operación de redes integradas de servicios de salud, de la normalidad vigente respecto a la función y operación de los servicios según su nivel de atención.

Mejorar y fortalecer los establecimientos de salud existentes con inversiones y a la acción preventiva que se debe desarrollar frente a eventos naturales sobre las características estructurales, no estructurales y funcionales de los servicios de salud, considerando los estándares de seguridad de los servicios de salud frente a los desastres, que permita garantizar la continuidad de la atención antes, durante y después de cualquier evento natural o aquellos ocasionados por el hombre con la finalidad de garantizar la integridad de usuarios internos y externos; así como de la infraestructura y del equipamiento en los servicios de salud. Se debe tomar especial atención a la verificación de los estudios y expedientes técnicos, así como la ejecución de obras, de tal manera que estas cumplan con la normativa aprobada y vigente.

Asimismo priorizar la aplicación de sistemas que contribuyan a la sostenibilidad y conservación del medio ambiente.



En consecuencia, el presente lineamiento prioriza las acciones orientadas a:

- a. Contribuir a garantizar la seguridad sanitaria, tanto de la atención asistencial como de la vulnerabilidad estructural, no estructural y funcional.
- b. Incentivar las inversiones orientadas a las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) que contribuyan al mejoramiento de la prestación de servicios de salud en los distintos niveles de atención.
- c. Desarrollar propuestas de inversión orientadas a la implementación de Centros Asistenciales Sostenibles y Ecoeficientes.



6.4 Relación entre el ciclo de Planificación de Inversiones y el ciclo del proyecto.-

En el gráfico adjunto se representa la relación entre la Planificación de Inversiones y el Sistema Nacional de Inversión Pública (SNIP).



A continuación se presenta el esquema de bloques indicando la relación entre el Ciclo de Planificación de Inversiones³¹ y el Ciclo del Proyecto³².

Gráfico VI-17: Ciclo de Planificación de Inversiones



Elaborado por: Sub Gerencia de Planificación de Inversiones

³¹ Elaborado y propuesto por la Sub Gerencia de Planificación de Inversiones de la Gerencia de Planificación y Evaluación de Inversiones de la Gerencia central de Planeamiento y Desarrollo.

³² Según el Sistema Nacional de Inversión Pública (SNIP)

El ciclo de Planificación de Inversiones permitirá identificar, optimizar y priorizar la cartera de necesidades de inversión, las que se programarán a través del Plan Multianual de Inversiones

Según la Organización Internacional de Trabajo (OIT, 2012)³³, <<los requerimientos de un sistema de salud están relacionados directamente con el tamaño, distribución geográfica, estructura por edad y el crecimiento de la población. Por ello es fundamental el conocimiento de la estructura y las tendencias del crecimiento poblacional>>.

La misma Organización Internacional del Trabajo (OIT, 2016) señala que <<el planeamiento a largo plazo de diversas políticas públicas debería tener como punto de partida las proyecciones de la población, su estructura por edad y sexo y sus variables determinantes (Fecundidad, mortalidad y migraciones)>>.

Luego, es importante trabajar con la población asegurada y el documento técnico de planificación "Plan Director de Inversiones" la considera, proyectándola en un horizonte de 10 años.

6.5 ¿Por qué Planificar las Inversiones?

Se planifica por las siguientes causales:

- Limitado presupuesto para Inversiones.
- Alta cantidad de Necesidades de Inversión.
- Existencia de Discrecionalidad de proyectos.
- Necesidad de hacer un Uso Eficiente de Recursos.
- Insumo para formular presupuesto.
- Acciones de corto plazo perjudica intervenciones integrales.
- Se requieren cubrir Estrategias Nacionales, Sectoriales e Institucionales.

³³ OIT-ESSALUD (2012). Estudio Financiero actuarial del Seguro Social de Salud del Perú (ESSALUD)-OIT 1ra. Ed. Perú 2012

6.6 Plan Director de Inversiones (PDI)

- Es un Instrumento Técnico de Planificación de Inversiones, que nos permitirá:
- Identificar las Necesidades de Inversión en Infraestructura Sanitaria
- Diseñar la configuración de la Red de Atención en Salud
- Asignar de manera eficiente y ordenada los recursos,

"Contribuyendo con el mejoramiento de la calidad de atención a los asegurados"



6.7 Estrategias de Planificación de Inversiones.

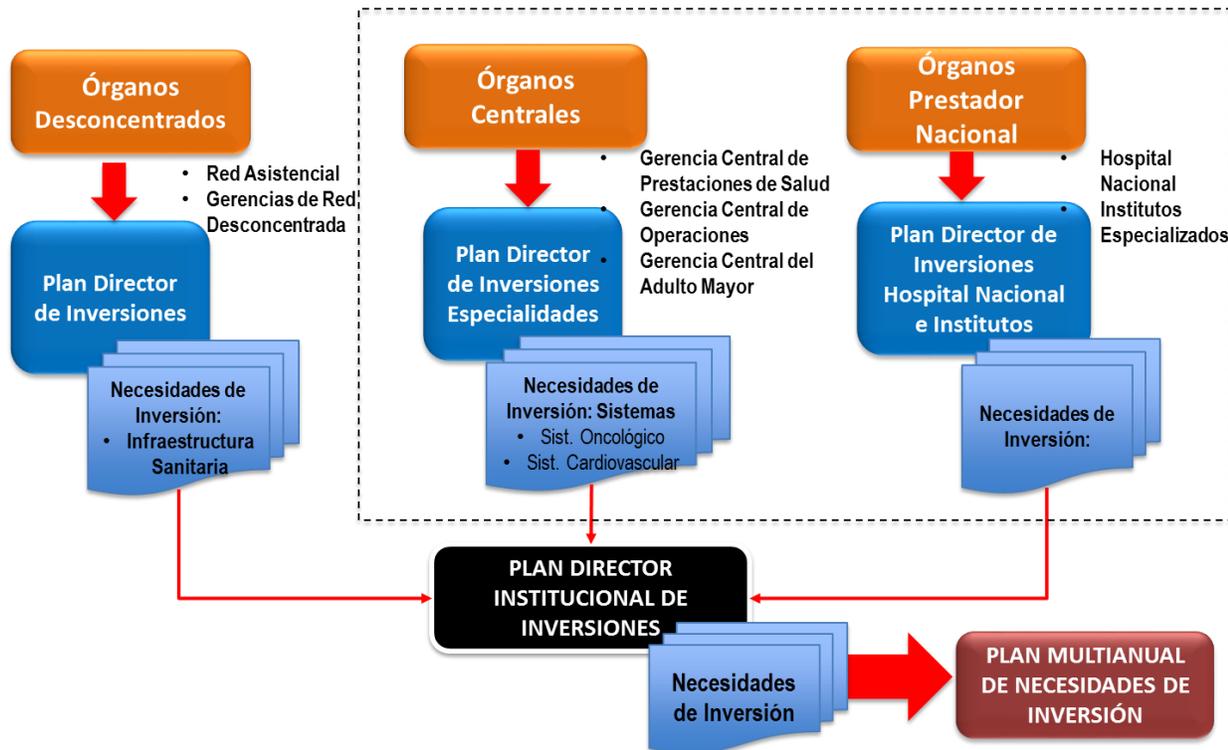
Alineado con el Plan Maestro de EsSalud al 2021 y la Planificación Estratégica Institucional, se ha establecido la elaboración de los Planes Directores de Inversión como estrategias de intervención para llegar a encaminarse hacia la visión de EsSalud.

Se han establecido tres ejes de estrategias para la planificación de inversiones:

- **Estrategia 1:** Elaboración del Plan Director de Inversiones de las Redes Asistenciales y Gerencias de Red Desconcentradas.
- **Estrategia 2:** Elaboración del Plan Director de Inversiones de Especialidades a Nivel Nacional.
- **Estrategia 3:** Elaboración del Plan Director de Inversiones de Hospitales Nacionales e Institutos Especializados.

El gráfico siguiente muestra las relaciones entre las tres estrategias de intervención para obtener el **"Plan Director Institucional de Inversiones"**, del cual se obtendrá posteriormente el Plan Multianual de Necesidades de Inversión Institucional.

Gráfico VI-18: Esquema de conformación del Plan Director Institucional de Inversiones



Elaboración: Sub Gerencia de Planificación de Inversiones



Plan Director de Inversiones

7.1 Plan Director de Inversiones

Instrumento técnico que permite la planificación de las inversiones en un horizonte de 10 años, identificando las necesidades de inversión de infraestructura sanitaria Con enfoque territorial, permitiendo así el uso eficiente de los recursos Institucionales.

7.2 Objetivo General

Contribuir con el desarrollo sostenible de la Red de Servicios de Salud de las Redes Asistenciales y Gerencias de Red Desconcentrada en su ámbito de influencia, con un enfoque de Planificación Territorial, Redes y Micro Redes de Salud y participación de los involucrados, tal que permita orientar, promover, reordenar, racionalizar y priorizar los recursos para la inversión, a fin de garantizar y facilitar el acceso a los servicios de salud de la población asegurada.

7.3 Objetivos Específicos

- a) Identificar las Necesidades de Inversión de infraestructura asistencial.
- b) Planificar las Inversiones en función a la identificación de necesidades que se requiere atender en el horizonte del Plan Director.
- c) Disponer de un instrumento de gestión que permita priorizar y programar las Necesidades de Inversión en el mediano y largo plazo.
- d) Optimizar los recursos físicos en infraestructura asistencial.

7.4 Metodología para la formulación del Plan Director de Inversiones de las Redes Asistenciales y Gerencias de Red Desconcentrada.

La formulación del Plan Director de Inversiones considera los siguientes criterios:

- a) **Marco Legal:** Considera las Políticas Nacional, Sectorial e Institucional.
- b) **Análisis territorial:** En base a accesibilidad y zonas geográficas.
- c) **Análisis de Localidad:** Si es predominantemente urbano o Rural
- d) **Análisis Poblacional:** Considerando Población Estimada al año 10
- e) **Participación de Involucrados:** Identificando corredores geográficos de accesibilidad.
- f) **Participación de Involucrados:** En talleres de Capacitación.

a) Marco Legal:

- **Constitución Política del Perú**

Según el Capítulo II.- "De los derechos Sociales y Económicos"

Artículo 7º.- Todos tienen derecho a la protección de su salud [...]

Artículo 9º.- El Estado determina la Política Nacional de Salud [...]

Artículo 10º.- El Estado reconoce el derecho universal y progresivo de toda persona a la seguridad social [...]

Artículo 11º.- El Estado garantiza el libre acceso a prestaciones de salud [...]

- **Acuerdo Nacional**

El ACTA DE LA SEPTUAGÉSIMA REUNIÓN DE TRABAJO DEL FORO DEL ACUERDO NACIONAL -6 de marzo de 2007:

Políticas de Estado

II Equidad y Justicia Social

13 Acceso Universal a los Servicios de Salud y a la Seguridad Social

IV Estado Eficiente, Transparente y Descentralizado

24 Afirmación de un Estado Eficiente y Transparente

34 Ordenamiento y Gestión Territorial.

- **Plan Nacional Concertado de Salud 2007-2020**

"Establece como visión que al año 2020 los habitantes del Perú gozarán de salud plena, física, mental y social, como consecuencia de una óptima respuesta del Estado, basada en los principios de universalidad, equidad, solidaridad, de un enfoque de derecho a la salud e interculturalidad, y de una activa participación ciudadana."

- **Normas Técnicas:**

- ▶ *Directiva N° 018-GG-ESSALUD-2013 "Definición, características y funciones generales de los Establecimientos de Salud".*
- ▶ *Norma Técnica de Salud NTS N° 113-MINSA/DIGIEM-V.01 "Infraestructura y Equipamiento de los Establecimientos de Salud del Primer Nivel de Atención"*
- ▶ *Norma Técnica de Salud NTS N° 110-MINSA/DIGIEM-V.01 "Infraestructura y Equipamiento de los Establecimientos de Salud del Segundo Nivel de Atención"*

- **Plan Maestro al 2021**

Visión de EsSalud hacia el 2021

"Ser líder en Seguridad Social de Salud en América Latina, superando las expectativas de los asegurados y de los empleados en la protección en salud y siendo reconocida por su trato humanizado con una gestión moderna y a la vanguardia de la innovación"

- **Plan Estratégico**

El Plan Estratégico Institucional 2012-2016 de EsSalud Indica:

Objetivo estratégico 2:

"Brindar atención integral a los asegurados con los más altos estándares de calidad, en el marco de un fuerte compromiso del Estado con el bienestar de los asegurados; mejorar el trato a los asegurados, cambiar el modelo de atención por uno basado en la atención primaria y actuar sobre los determinantes sociales de la salud, con énfasis en los aspectos preventivo-promocionales [...]"

- **Decreto Legislativo N° 1157 que aprueba la Modernización de la Gestión de la inversión Pública en Salud.**

Tiene como objeto establecer mecanismos e instrumentos de coordinación para el planeamiento, priorización y seguimiento de la expansión y sostenimiento de la oferta de los servicios de salud, en todos los prestadores públicos del sector salud en el marco de la rectoría del Ministerio de Salud en la Política Nacional de Salud.

- **D.S. N° 024-2016-SA. Que aprueba el Reglamento del Decreto Legislativo N° 1157 que aprueba la Modernización de la Gestión de la inversión Pública en Salud.**

Tiene como objeto reglamentar los mecanismos e instrumentos de coordinación a nivel sectorial e intergubernamental, para el planeamiento, priorización y seguimiento de la expansión y sostenimiento de la oferta de servicios de salud [...].

b) Análisis territorial:

Se considera la accesibilidad entre los distritos y provincias, de las diversas zonas geográficas. Se delimitan zonas geográficas.

c) Análisis de la localidad:

Se Identifica la localidad, y se define si es predominantemente del tipo urbano o rural.

d) Análisis Poblacional:

Se considera a la Población Estimada al año 10.

e) Participación de los involucrados en la Identificación del Tipo de Centro Asistencial:

Se toma en cuenta los conocimientos de accesibilidad geográfica de los involucrados y se aplica la Directiva N° 018-GG-ESSALUD-2013 "Definición, características y funciones generales de los Establecimientos de Salud", para determinar tipo de establecimiento correspondiente.

Cuadro VII-1: Población Asegurada Asignada según establecimiento de Salud

NIVEL DE ATENCIÓN	TIPO DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD	RANGO POBLACIÓN ASEGURADA	
		RURAL	URBANA
PRIMER NIVEL	CENTRO MÉDICO	2,000 - 9,999	5,000 - 24,999
	POLICLÍNICO DE COMPLEJIDAD CRE	10,000- 24,999	25,000- 50,000
	CENTRO ESPECIALIZADO	SIN POBLACIÓN ASIGNADA	
SEGUNDO NIVEL	HOSPITAL GENERAL	CON O SIN POBLACIÓN ASIGNADA	
	HOSPITAL ESPECIALIZADO	SIN POBLACIÓN ASIGNADA	
TERCER NIVEL	HOSPITAL NACIONAL	SIN POBLACIÓN ASIGNADA	
	INSTITUTO		

Fuente: Directiva N°018-GG-ESSALUD-2013

Cuadro VII-2: Población Asegurada Estimada (*) según establecimiento de Salud

NIVEL DE ATENCIÓN	TIPO DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD	RANGO POBLACIÓN ASEGURADA (*)	
		RURAL	URBANA
SEGUNDO NIVEL	HOSPITAL GENERAL	50,000 - 149,999
	HOSPITAL ESPECIALIZADO		150,000- 399,999

(*) Según juicio de expertos EsSalud

f) **Participación de Involucrados en Talleres de Capacitación.**

Se realizaron Talleres con participación de personal de las Redes para conocer la metodología e identificar corredores geográficos de accesibilidad.



Año 2015



PLANIFICACIÓN DE INVERSIONES EN ESSALUD



REUNIÓN TÉCNICA: Exposición Final de resultados de Planes Directores de Inversión, a cargo de los Gerentes y Directores de Redes de Salud.

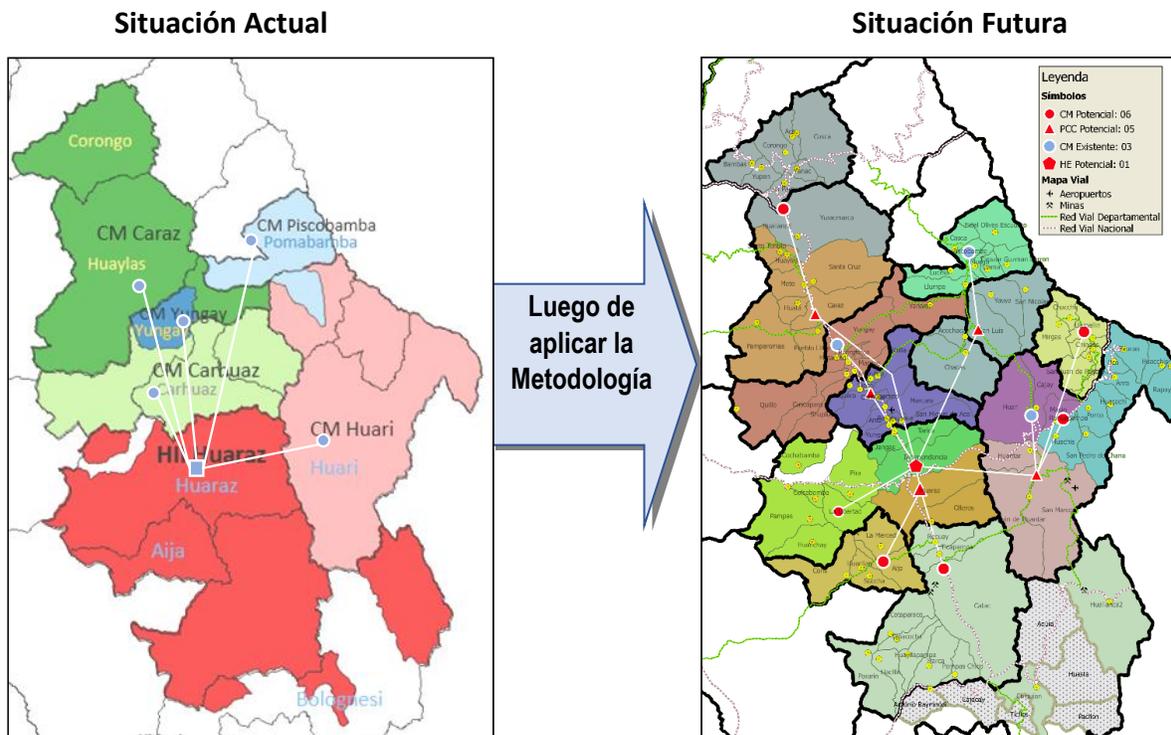
25 y 28 abril 2016



7.5 Situación Actual y Situación Futura de la Red Asistencial

A continuación en el gráfico VII-1 se muestra a manera de modelo la Red Asistencial (Huaraz) situación actual y la situación futura, luego de aplicar la metodología, donde se establecen la Red y Micro Redes de Salud.

Gráfico VII-1: Situación Actual y Futura de la Red Asistencial

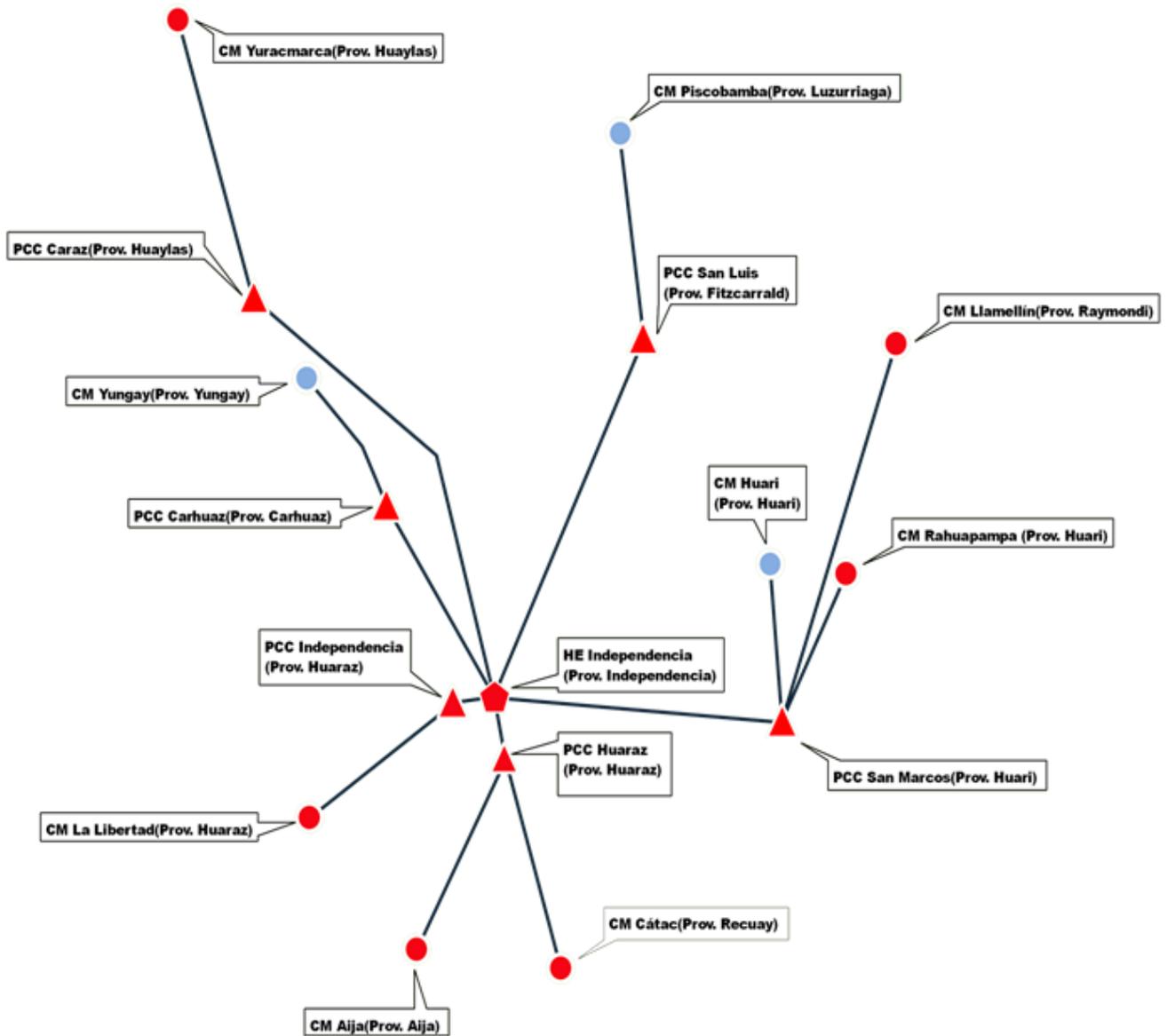


CRITERIOS TÉCNICOS:

- Marco Legal:** Considera la Política Nacional, Política Sectorial, Política Institucional.
- Análisis territorial:** En base a configuración de zonas geográficas y accesibilidad.
- Análisis de Localidad:** Si es predominantemente urbano o Rural.
- Análisis Poblacional:** Considerando Población Estimada al año 10
- Participación de Involucrados:** Identificando corredores geográficos de accesibilidad.
- Participación de Involucrados:** En talleres de Capacitación.

7.6 Configuración de la Red y Micro Redes de Salud

Gráfico VII-2



7.7 RESULTADOS DEL PLAN DIRECTOR DE INVERSIONES

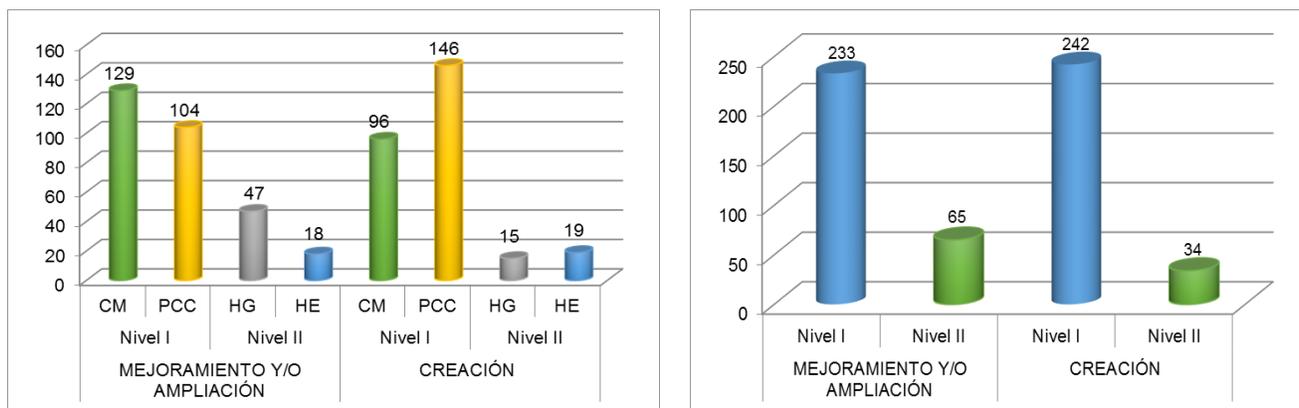
La cantidad de necesidades de inversión identificadas con la metodología establecida, se muestra en el cuadro VII-3.

Cuadro VII-3: Cantidad de Necesidades de Inversión a Nivel Nacional

RED ASISTENCIAL	MEJORAMIENTO Y/O AMPLIACIÓN				CREACIÓN				TOTAL POR RED
	Nivel I		Nivel II		Nivel I		Nivel II		
	CM	PCC	HG	HE	CM	PCC	HG	HE	
ALMENARA	1	11	3	2	1	18	1	4	41
AMAZONAS	5	1	1	1	1	3			12
ANCASH	7	4	1		1	3		1	17
APURIMAC	6		1		3	3			13
AREQUIPA	7	5	3	1	2	14	1	1	34
AYACUCHO	1	1		1	10	4			17
CAJAMARCA	4	3		1	2	2			12
CUSCO	6	5	4		6	7	1	1	30
HUANCAVELICA	2	3	1		7	3	1		17
HUANUCO	6	4	1	1	5	4			21
HUARAZ	3	2		1	6	4			16
ICA	5	6	2	2	3	7	1		26
JULIACA	6	5		1	2				14
JUNIN	13	5	3		4	5		1	31
LA LIBERTAD	10	5	6	1	6	5	3		36
LAMBAYEQUE	6	5	4		8	1	2	1	27
LORETO		3	1		7	1		1	13
MADRE DE DIOS	2		1			1			4
MOQUEGUA	1	1	1		7	2		1	13
MOYOBAMBA	1	1	1		2	1			6
PASCO	6	2	1		1	2			12
PIURA	7	6	3	2	3	5	1		27
PUNO	4	3	1	1	1	1			11
REBAGLIATI		12	1	2	4	7		5	31
SABOGAL	4	8	4			34	4	3	57
TACNA	5	2	1		1	2			11
TARAPOTO	3		1		2	3			9
TUMBES	3		1		1	1			6
UCAYALI	5	1		1		3			10
TOTAL POR TIPO	129	104	47	18	96	146	15	19	574

Fuente: Plan Director de Inversiones 2016-2025

Gráfico VII-3: Distribución de la Necesidades de Inversión por Rubros y Niveles



Elaboración: Subgerencia de Planificación de Inversiones

Del total de Necesidades de Inversión (574), en el rubro Ampliación y/o mejoramiento se tienen 298 (52%), y en el rubro de Creación 276 (48%). Así mismo, el 83% de las necesidades de inversión son del primer nivel de atención.

7.8 INVERSIÓN ESTIMADA COMO RESULTADO DEL PLAN DIRECTOR DE INVERSIONES

Los Montos que representan las Necesidades de Inversión de los Planes Directores de Inversión de las 29 Redes a Nivel Nacional, se han estimado en S/ 31, 818, 230,538 millones de soles, indicados en el cuadro VII-4 y Gráfico VII-3.

Cuadro VII-4

ESTIMACIÓN DE COSTOS DE INVERSIÓN DE LA CARTERA DE NECESIDADES DEL PLAN DIRECTOR DE INVERSIONES 2016-2025 (En Millones de Soles)

NIVEL	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	MEJORAMIENTO Y/O AMPLIACIÓN (1)			CREACIÓN (2)			Costo Total (3)
		N° Establ.	Costo Unitario	Costo Total	N° Establ.	Costo Unitario	Costo Total	
NIVEL I	Centro Médico (CM)	129	6	722	96	14	1,344	2,066
	Policlínico de Complejidad Creciente (PCC)	104	15	1,609	146	39	5,648	7,257
	Sub Total	233	21	2,332	242	53	6,992	9,324
NIVEL II	Hospital General (HG)	47	123	5,766	15	245	3,680	9,446
	Hospital Especializado (HE)	18	233	4,194	19	466	8,855	13,049
	Sub Total	65	356	9,960	34	711	12,535	22,494
TOTAL		298	377	12,291	276	764	19,527	31,818

Nota:

(1) Para el Nivel I se aplicó un 40% del Total de Inversión que se requiere para la creación de un CC.AA del mismo nivel; y para el caso de Nivel II se aplicó un 50% (según referencias históricas de Estudios de Preinversión)

(2) Se ha tomado como referencia Estudios de Preinversión de EsSalud, asumiéndose HG:100 camas promedio y HE: 276 camas promedio

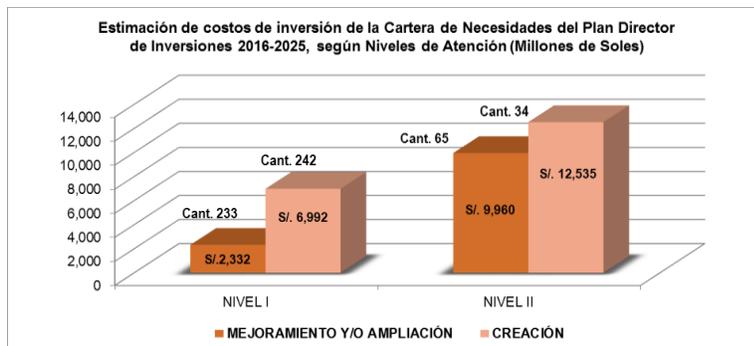
(3) Los montos de Inversión no incluyen costos de terreno.

Fuente: Estudios de Pre inversión – Sub gerencia de Evaluación de inversiones

Elaborado por: Sub gerencia de Planificación de Inversiones

- De la estimación total de Inversiones de 31,818 millones de soles, el rubro Mejoramiento y/o Ampliación de Establecimientos de Salud representa un 39% (S/. 12,291 millones) y el de Creación un 61% (S/. 19,527 millones)
- El 29% (S/. 9, 324 millones) de la Inversión total corresponde al Primer Nivel de atención y el 71% (S/. 22, 494 millones) al Segundo Nivel.
- De la Inversión total (31,818 millones de soles), el 22% representa la Creación de Establecimientos de Salud del Primer Nivel de Atención (6,992 millones de soles) y el 39% la Creación de EE.SS. de Segundo Nivel (12,535 millones de soles). En tanto que, un 7% representa el Mejoramiento y/o Ampliación de EE.SS. de Primer Nivel de Atención y el 32% de Segundo Nivel.

Gráfico VII-4



Fuente: Elaboración de la Sub Gerencia de Planificación de Inversiones

Del análisis del gráfico VII-4, y de acuerdo con la estrategia de fortalecer el primer nivel de atención, se presenta un cuadro de equivalencias entre Establecimientos de Salud, según nivel de inversión de cada uno, el mismo que permitirá facilitar las tomas de decisiones.

La Inversión estimada de un Hospital General (**HG**) equivale a la inversión estimada de 6 Policlínicos de Complejidad Creciente (**PCC**).



Así mismo, la inversión estimada de un Hospital General equivale a la inversión estimada de 17 Centros Médicos (**CM**).



En cuanto a las equivalencias de inversiones estimadas entre un **Hospital Especializado (HE)** y los otros Establecimientos de Salud, se tiene:

1 HE = 2 HG = 12 PCC = 33 CM

8

Optimización de Inversiones

De acuerdo al Sistema Nacional de Inversión Pública (SNIP), la optimización es la máxima producción que se puede lograr con los recursos disponibles, con el fin de mejorar y mantener las condiciones actuales de la prestación de los servicios de salud, los cuales puedan ser cubiertos por el presupuesto de gastos corrientes institucional.

Esto quiere decir que se debe analizar las posibilidades de optimización que se pueden emplear para disponer de servicios de salud.

Las actividades a realizar para la optimización de inversiones, se encuentran en los siguientes rubros de gastos:

- a) Gastos Operativos
- b) Gastos de Inversión

8.1 Gastos Operativos

a) Intervenciones de Gestión y Mantenimiento

- ✓ Aumento del personal o reasignación del personal existente.
- ✓ Establecimiento de turnos adicionales (consultorios funcionales).
- ✓ Cambio de procesos y/o procedimientos de gestión.
- ✓ Mantenimiento, reparación, rehabilitación de infraestructura y equipos existentes.

b) Compra de Servicios

- a) **Oferta Pública:** En el marco de la Ley N°1157 “Modernización de la Gestión de la Inversión Pública en Salud” y su Reglamento vigente, se señala:

“... [...]... se privilegia el intercambio y/o la complementariedad de servicios de salud entre distintos subsectores”. (MINSA-FFAA).

- b) **Oferta Privada:**

Mediante la contratación de IPRESS privadas: de acuerdo con la Ley de Contrataciones del Estado y Su Reglamento. Ley N° 30225.

Las alternativas a) y b) y son acciones de gestión, correspondiendo a las Redes Asistenciales coordinar con la Gerencia Central de Operaciones para llevarlas a cabo.

8.2 Gastos de Inversión

a) Mediante Convenios:

A través de convenios con municipalidades para la concesión de locales que permitan la instalación de una oferta de primer nivel de atención, de acuerdo a normas hospitalarias.

Esta modalidad se deberá considerar siempre y cuando se cuente con convenios de largo plazo, para evitar la desaparición de la oferta como consecuencia de la finalización del convenio, así como con el equipamiento suficiente y adecuado para la prestación de los servicios de salud, los cuales pueden ser adquiridos vía Proyectos de Inversión Pública.

b) Mediante Asociación Público-Privada (APP)³⁴

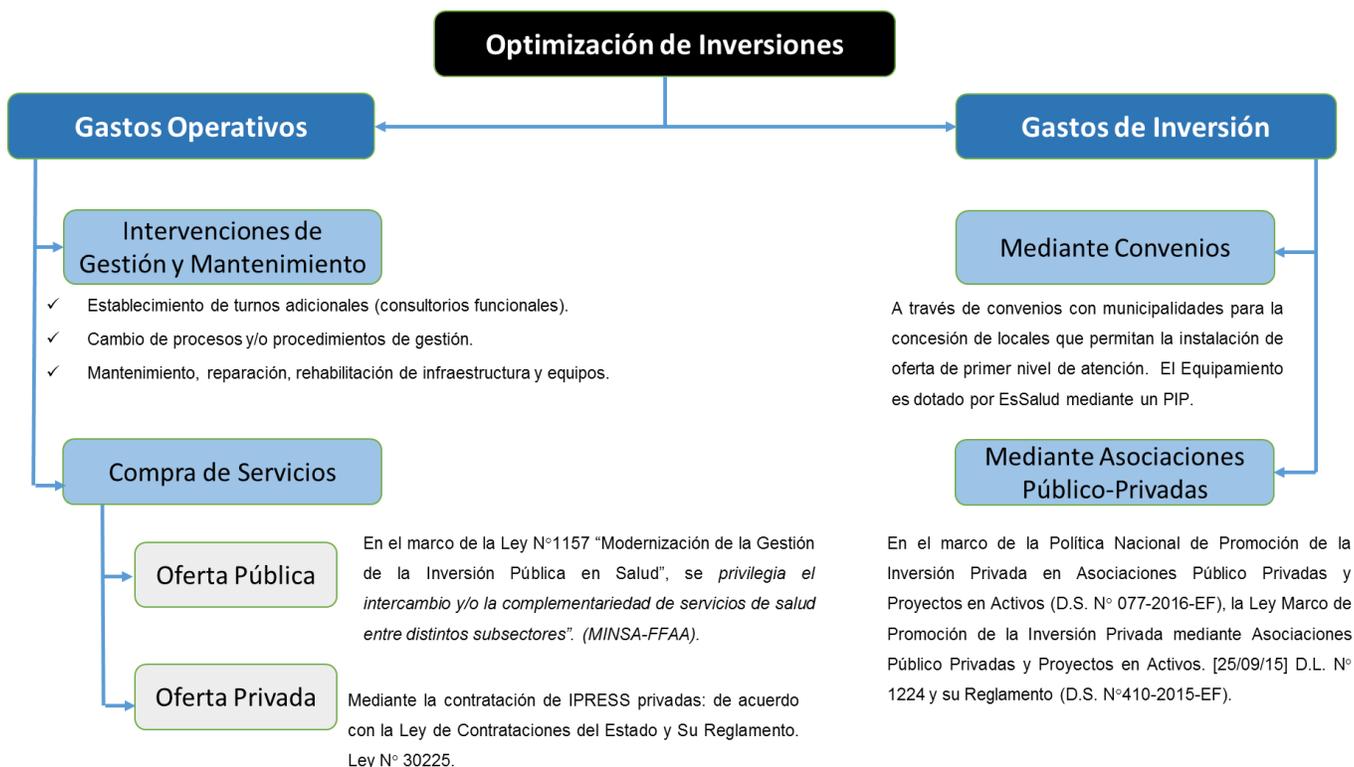
En el marco de la Política Nacional de Promoción de la Inversión Privada en Asociaciones Público Privadas y Proyectos en Activos (D.S. N° 077-2016-EF), la Ley Marco de Promoción de la Inversión Privada mediante Asociaciones Público Privadas y Proyectos en Activos. [25/09/15] D.L. N° 1224 y su Reglamento (D.S. N°410-2015-EF).

³⁴ Las **APPs** son modalidades de participación de la inversión privada con el objeto de crear, desarrollar, mejorar, operar o mantener infraestructura pública; proveer servicios públicos; o prestar servicios vinculados a estos; desarrollar proyectos de investigación aplicada y/o innovación tecnológica. En ellas se incorporan la experiencia, conocimientos, equipos y tecnología del sector privado; distribuyendo riesgos y comprometiendo recursos de ambas partes.

Las alternativas a) y b) deberán ser coordinada con las Gerencias Centrales de Operación y de Promoción y Gestión de Contratos de Inversiones respectivamente.

El siguiente esquema sintetiza la conceptualización de la optimización de inversiones.

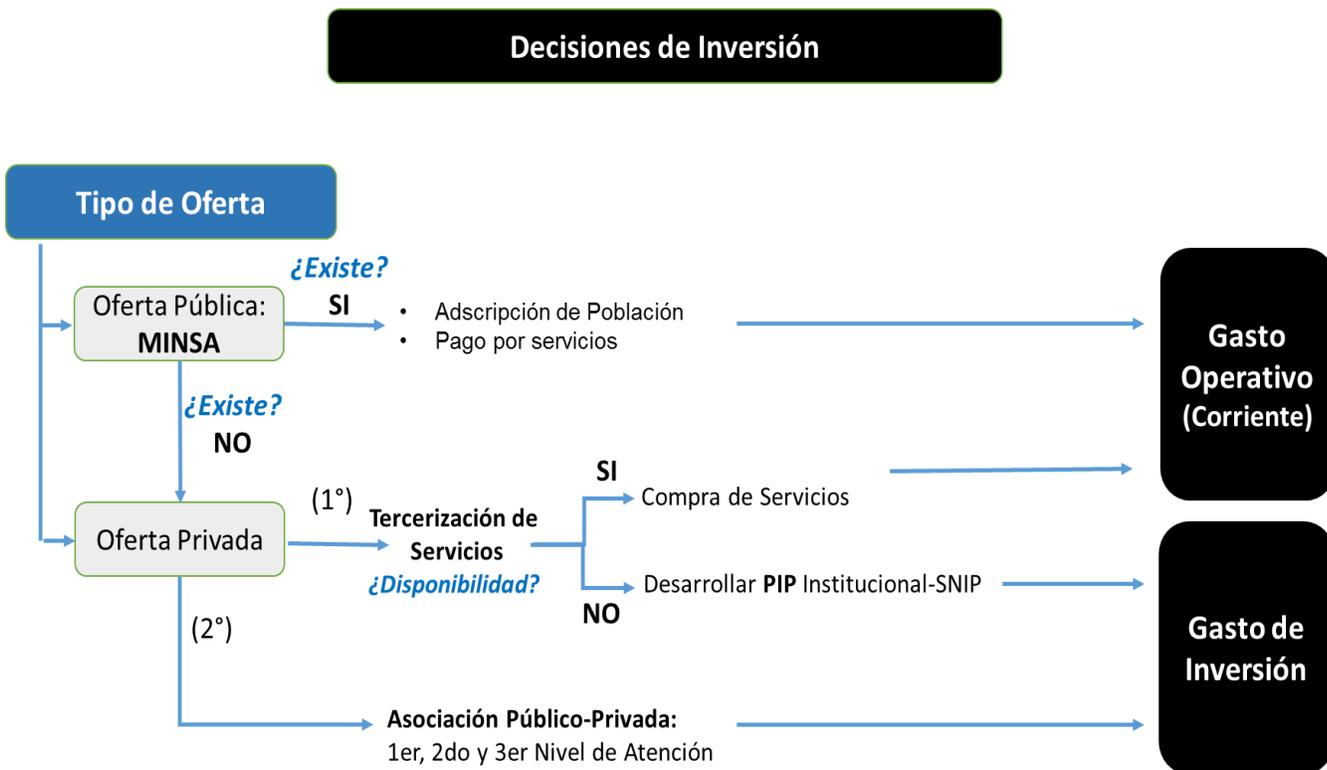
Grafico VIII-1: Optimización de Inversiones



Elaboración: Sub Gerencia de Planificación de Inversiones

El siguiente esquema sintetiza el flujo para una toma de decisiones en cuanto a Inversión o gasto operativo.

Gráfico VIII-2: Decisiones de Inversión



Elaboración: Sub Gerencia de Planificación de Inversiones

9

Sostenibilidad de Inversiones

La Inversión realizada tiene que ser cuidada en el tiempo, a efectos de haber efectuado un uso racional de los recursos económicos. La sostenibilidad de las Inversiones viene dado por las actividades operativas de mantenimiento que se realicen para conservar o mantener tanto la operatividad de los servicios como la conservación edificación como las instalaciones y el equipamiento Asistencial.

Existen tipos de mantenimiento, como el predictivo, preventivo y el correctivo.

El **Mantenimiento Hospitalario** abarca:

- Infraestructura Física
- Instalaciones Eléctricas: Redes Eléctricas, Subestación eléctrica, transformadores, Tableros, Sistema de distribución, Pozos de puesta a tierra, grupos electrógenos, entre otros.
- Instalaciones Sanitarias: Redes de agua y Desagüe, incluye servicios higiénicos (inodoro, lavatorio, grifería, ducha, etc.), tanque elevado, cisternas, electrobombas, entre otros.
- Instalaciones de gases medicinales, oxígeno, vacío, etc.
- Instalaciones de vapor.
- Equipamiento Biomédico.
- Equipamiento Electromecánico.
- Equipamiento Informático.

Así mismo como soporte de los servicios de salud, se tiene la Oferta Móvil compuesta por las ambulancias, para garantizar la continuidad del tratamiento de pacientes y cuya cantidad y categoría será determinado en los Estudios de Pre Inversión correspondiente.

10

Necesidades de Inversión

Son los requerimientos de inversión priorizados por las Redes Asistenciales para obtener servicios de salud que permitan ofertar a los asegurados una atención eficiente, oportuna y de calidad, formando una Cartera de Necesidades de Inversión.

Las Necesidades de inversión de los Planes Directores de Inversión, se rigen por la siguiente tipología de intervención³⁵:



³⁵ En el Anexo SNIP 09 “Parámetros y Normas Técnicas para Formulación”, se definen las naturalezas de intervención: Creación, Ampliación y Mejoramiento.

a) En el caso de Infraestructura sanitaria existente (propia):

Tipología:

- ▶ “Mejoramiento del Establecimiento de Salud “xxxxxx” de Primer/Segundo Nivel de Atención en el distrito de, provincia de, departamento de”

- ▶ “Ampliación del Establecimiento de Salud “xxxxxxx” de Primer/Segundo Nivel de Atención en el distrito de, provincia de, departamento de”.

- ▶ “Mejoramiento y Ampliación del Establecimiento de Salud “xxxxx ” de Primer/Segundo Nivel de Atención en el distrito de, provincia de, departamento de”

b) En el caso de Infraestructura sanitaria por crearse:

Tipología:

- ▶ “Creación del Establecimiento de Salud de Primer/Segundo Nivel de Atención en el distrito de, provincia de, departamento de”.

La Cartera de Necesidades de Inversión se lista según modelo adjunto.

Cuadro X-1: Modelo de Cartera de Necesidades de Inversión.

Prioridad	Necesidades de Inversión	Monto (S/.)
1	Creación del Establecimiento de Salud de Primer/Segundo nivel de atención, en el distrito de, provincia de, departamento de.....	
2	Mejoramiento y/o ampliación del Establecimiento de Salud “.....” de Primer/Segundo nivel de atención, en el distrito de, provincia de, departamento de.....	

Elaborado por: Sub Gerencia de Planificación de Inversiones

11

Conclusiones

Las acciones que conllevan a la Planificación de Inversiones permitirán hacer un uso eficiente de los recursos económicos de la Institución. La formulación del Plan Director de Inversiones, es un documento de planificación de infraestructura sanitaria en un horizonte de 10 años, que permitirá ordenar el crecimiento de la oferta sanitaria de las Redes de EsSalud. Dicho documento, trabajado conjuntamente con las Redes, con un enfoque territorial permitirá:

- Una mayor inclusión de los asegurados a los servicios de salud.
- Una mejor oportunidad de atención.
- El mejoramiento del ingreso al sistema de salud, dándose por el primer nivel de atención.
- La disminución de los gastos de bolsillo.
- La reducción del hacinamiento en los hospitales, toda vez que se ha diseñado con adscripción cero, con una consecuente disminución de la población asegurada que concurre a los servicios de Emergencia.
- La lógica de las referencias, es decir se refiere a los pacientes desde el de menor complejidad hasta el de mayor complejidad.
- La predominación de los Centros de Primer Nivel de Atención.
- Gestionar en forma oportuna la adquisición de terrenos en forma de donación o a título oneroso, en los lugares donde se requieran crear establecimientos de salud.
- El mejoramiento y/o ampliación de los Centros Asistenciales existentes, adecuándose a los estándares normativos.
- Mejoramiento de la Imagen Institucional.

En los Lugares donde existan convenios con el MINSA, se privilegiará el uso de estos convenios para la atención de los asegurados, a la inversión propia, con lo cual se hace más eficiente el gasto.

Los resultados del Plan Director de Inversiones, identifican una brecha de infraestructura hospitalaria en el **primer nivel de atención** de 233 Establecimientos de Salud para Ampliación y/o Mejoramiento y 242 para Creación equivalente a 9,324 millones de soles aproximadamente; así mismo identifica una brecha en el **segundo nivel de atención** de 65 Establecimientos para Ampliación y/o Mejoramiento y 34 para Creación equivalente a 22,494 millones de soles, lo cual hace un total estimado de 31,818 millones de soles. [Primer Nivel: Centro Médico y policlínico de Complejidad Creciente; Segundo Nivel: Hospital General y Hospital especializado].

ANEXO

Plan Director de Inversiones

- ❖ **Mapa Situación actual:** Centros Asistenciales.
- ❖ **Mapa Situación Futura:** Redes de Salud
- ❖ **Cartera de Necesidades de Inversión**
- ❖ **Resolución: de** Aprobación de Planes Directores de Inversión de EsSalud (Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 382-PE-ESSALUD-2016 (12.Agosto.2016).