

GESTIÓN DEL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO - SAN BORJA

Caso de estudio de una Asociación Público - Privada en el Perú



Ludwig Quintin Rivera Cabrera
Valeria Milagros Romero Valdivia

GESTIÓN DEL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO - SAN BORJA

Caso de estudio de una Asociación Público-Privada en el Perú

Disclaimer

La Agencia de Promoción de la Inversión Privada no se responsabiliza por los comentarios y/o afirmaciones que el presente documento contenga. La finalidad del presente documento tiene como tenor el ámbito informativo-académico y no de crítica. Esperamos que el lector encuentre el presente documento como un referente para comprender más sobre las APP en el Perú y cuál fue su proceso en el proyecto “Gestión del Instituto Nacional de Salud del Niño - San Borja”. En este sentido, el análisis presentado no implica una posición institucional sobre ninguna controversia que haya existido o pueda surgir en el proceso de ejecución del contrato de concesión.



Gestión del Instituto Nacional de Salud del Niño - San Borja: caso de estudio de una Asociación Público-Privada en el Perú

Autores:

© Ludwig Quintin Rivera Cabrera
© Valeria Milagros Romero Valdivia

Editado por:

© Agencia de Promoción de la Inversión Privada – ProInversión
Av. Canaval Moreyra N.º 150 - San Isidro
Telef. 200-1200
Lima – Perú

Director Ejecutivo:

© José Antonio Salardi Rodríguez

Comité editorial:

© Raul Lizardo García Carpio

Primera edición digital, mayo 2024

Publicación digital disponible en: <https://www.investinperu.pe/es/pi/publicaciones-digitales/app>

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N°: 2024-02755

ISBN: 978-612-49632-3-0

Contenido

1.	Introducción	8
2.	Sector salud en el Perú.....	9
2.1.	Salud Publica en el Perú.....	9
2.2.	Estado de los servicios en la ciudad de Lima	15
2.3.	Sector salud al 2014	19
3.	Antecedentes del proyecto	21
4.	Marco Institucional y Legal.....	24
4.1.	Gobernanza.....	24
4.2.	Condiciones económicas	26
4.3.	Condiciones legales	29
4.4.	Condiciones sociales.....	31
5.	Gestión del Instituto Nacional de Salud del Niño - San Borja.....	35
5.1.	Requisitos mínimos del proyecto	35
6.	Licitación	41
6.1.	Plan de promoción	41
6.2.	Proceso del concurso.....	43
6.3.	Convocatoria	44
6.4.	Criterios para la adjudicación de la buena pro	49
6.5.	Proceso de cierre.....	51
6.6.	Características internas del proyecto	52
6.7.	Costo del proyecto	54
6.8.	Riesgos del proyecto.....	58
7.	Impactos del proyecto.....	61
8.	La concesión en la actualidad	69
8.1.	Desempeño del Instituto Nacional del Niño San Borja.....	69
8.2.	Desempeño de los servicios materia de la concesión	75
8.3.	Adendas del proyecto.....	77
9.	Matriz de evaluación.....	79
9.1.	Metodología IESE Business School	79
9.2.	Objetivos de Desarrollo Sostenible	81
10.	Lecciones aprendidas	82
11.	Conclusiones.....	84
12.	Bibliografía.....	86
	Anexo	87

Ilustraciones

Ilustración 1: Sistema de Salud del Peru	9
<i>Ilustración 2: Evolución de los profesionales del sector Salud en el Perú</i>	10
Ilustración 3: Número de médicos en Latinoamérica	11
Ilustración 4: Número de médicos en Latinoamérica	12
Ilustración 5: Número de médicos en Latinoamérica	12
Ilustración 6: Número de médicos por región	13
Ilustración 7: Evolución de los Hospitales con capacidad instalada inadecuada 2022	14
Ilustración 8: Personal de Salud por dependencia	16
Ilustración 9: Gasto en salud per capita en el Peru	18
Ilustración 10: Gasto de Bolsillo y gasto Publico	19
Ilustración 11: Gasto en salud como % del PBI	20
Ilustración 12: Variación porcentual real del PBI 2012 - 2014	26
Ilustración 13: Inflación 2012 – 2014 (variación porcentual fin de periodo)	26
Ilustración 14: Variación porcentual real de la Inversión Bruta Fija Privada 2012 - 2014	26
Ilustración 15: Inversión privada	27
Ilustración 16: Variación del sector construcción	27
Ilustración 17: Consumo interno de cemento	28
Ilustración 18: Conflictos sociales en el Perú	31
Ilustración 19: Inversión privada e inversión minera	32
Ilustración 20: Correlación de la inversión minera y el umero de conflictos sociales.	32
Ilustración 21: Valores Máximos de la RPMO y TPAL	49
Ilustración 22: Principales hitos del proyecto “Gestión del INSN – SB”	51
Ilustración 23: Porcentaje de Pruebas Licitadas	61
Ilustración 24: Resultados de la evaluación de criterios estándares para la acreditación.	63
Ilustración 25: Resultados de la evaluación usando indicadores de monitoreo de la calidad establecidos en el contrato de gerencia	64
Ilustración 26: Intervenciones quirúrgicas	69
Ilustración 27: Intervenciones de salud en emergencia	69
Ilustración 28: Egresos hospitalarios de la concesión	69
Ilustración 29: Ingresos a la unidad de cuidados intensivos	70
Ilustración 30: Consultas externas realizadas en el INSN-SB	70
Ilustración 31: Resonancias magnéticas realizadas en el INSN-SB	70
Ilustración 32: Tomografías E. multiforme realizadas en el INSN-SB	70
Ilustración 33: Pruebas de Rayos X realizadas en el INSN-SB	71
Ilustración 34: Ecografías realizadas en el INSN-SB	71
Ilustración 35: Rayos X contrastados realizadas en el INSN-SB	71
Ilustración 36: Pruebas de Arco en C realizadas en el INSN-SB	71
Ilustración 37: Raciones de alimento distribuidas en el INSN-SB	72
Ilustración 38: Servicios de lavandería realizados en el INSN-SB	72
Ilustración 39: Gestión de los residuos Hospitalarios realizados en el INSN-SB	73
Ilustración 40: Gestión de los residuos hospitalarios comunes realizados en el INSN-SB	73
Ilustración 41: Servicios de limpieza y seguridad realizados en el INSN-SB	75
Ilustración 42: Servicio de esterilización realizados en el INSN-SB	75
Ilustración 43: Servicios de patología clínica totales en el INSN-SB	75
Ilustración 44: Servicios d patología mediante APP realizados en el INSN-SB	75
Ilustración 45: Servicios de Mantenimiento de infraestructuras	76
Ilustración 46: Servicios de mantenimiento realizados en el INSN-SB	76
Ilustración 47: Servicios de asistencia técnica en adquisición realizados en el INSN-SB	77
Ilustración 48: ODS afectos al proyecto	81

Tablas

Tabla 1: Atención médica de los servicios de salud en el Perú.....	16
Tabla 2: Gestión del medicamento del sistema de salud.....	17
Tabla 3: Tiempos máximos de respuesta y corrección de averías o incidencia en algún activo	38
Tabla 4: Tiempos máximos de respuesta y corrección de averías o incidencia en el equipamiento.....	39
Tabla 5: Volumen previsto del servicio de alimentación.....	39
Tabla 6: Volumen previsto del servicio de lavandería.....	39
Tabla 7: Volumen previsto del servicio de gestión de residuos.....	40
Tabla 8: Volumen previsto del servicio de esterilización	40
Tabla 9: Volumen previsto del servicio de patología clínica (laboratorio)	40
Tabla 10: Resumen de propuestas	50
Tabla 11: Gastos generados en el proceso de promoción del proyecto	54
Tabla 12: Matriz de riesgos	60
Tabla 13: Componentes del sistema de comunicaciones operativos	65
Tabla 14: Componentes del sistema de comunicaciones operativos	66
Tabla 15. Matriz de evaluación proyecto Gestión del Instituto de Salud del Niño – San Borja.....	80

Datos básicos

El proyecto consiste en la gestión de determinados servicios complementarios del Instituto Nacional de Salud del Niño - San Borja (INSN - San Borja), el que ha sido concebido para brindar un servicio altamente especializado a paciente pediátricos con 253 camas de atención, 13 salas de cirugía.

Brindará servicio de consulta externa, hospitalización, cuidados intensivos, cardiovascular, neurocirugía, neonatología y pediatría en general, unidad de quemados.

Este considero de los siguientes servicios:

- Mantenimiento de la edificación, instalaciones y equipamiento electromecánico asociado a la infraestructura, áreas verdes y estacionamiento.
- Mantenimiento de equipamiento clínico y no clínico.
- Operación y mantenimiento de los servicios generales (alimentación, lavandería, limpieza, seguridad y gestión de residuos hospitalarios).
- Operación y mantenimiento de los servicios de Apoyo al Diagnóstico (patología clínica y central de esterilización) Servicio de Asistencia técnica de adquisición.

El proyecto se encuentra calificado como cofinanciado y cuenta con un plazo de concesión de 10 años, el cual vencerá en el año 2025. Se consideró como factor de competencia fue la menor Oferta Económica, la cual comprendía la Retribución por el Mantenimiento y Operación Ofertada (RPMO Ofertada) y la Tarifa por Prueba Equivalente Adicional de Laboratorio Ofertada (Tpal Ofertada).

Características de la concesión

Modalidad: Contrato de gerencia

Área de influencia: Ámbito nacional

Convocatoria: 20 y 21 de octubre del 2013

Aprobación de las Bases del Contrato consolidadas: julio 2014

Aprobación de la versión final del Contrato: julio 2014

Buena Pro: 25 de julio 2014

Firma de Contrato de Conseción: 13 de octubre del 2014

Adjudicatorio: julio 2014

Duración: 10 años

Entidad Concedente: Ministerio de Salud

1. Introducción

En la sociedad moderna, la salud se instituye como un pilar inquebrantable que moldea tanto el curso de nuestra vida a nivel personal como a nivel de sociedad. Este componente fundamental para el ser humano, no solo se traduce en ausencia de enfermedades, sino que implica un bienestar en aspectos físicos, mentales y sociales.

A lo largo de la vida, la niñez y la adolescencia son etapas cruciales donde la salud cobra aún mayor importancia. Ello porque un adecuado desarrollo en la etapa de crecimiento establece los cimientos de un futuro saludable.

No obstante, a inicios del siglo XIX, la salud de los menores de edad era considerada una rama de la medicina para adultos. No fue hasta comienzos del siguiente siglo que se reconoció a la pediatría como una especialidad individual dado que se identificó que los problemas de salud en niños y adolescentes son muy diferentes a los presentados por adultos.

En el Perú, como en muchas otras partes del mundo, la atención de la salud se enfrenta a desafíos significativos. La accesibilidad a este servicio básico es vital para garantizar que cada ciudadano, independientemente de su edad o situación, pueda acceder a la atención médica que requiera. Estas desigualdades en el acceso a la atención, la limitada infraestructura o su inadecuado mantenimiento, los limitados recursos, son factores que no permiten aún que el país posea un sistema de salud equitativo y efectivo. Este desafío es aún más apremiante si hablamos de la salud de los niños y adolescentes, que son el futuro de la nación.

En ese contexto, el Instituto Nacional de Salud del Niño de San Borja nació por la latente necesidad de contar con un hospital dedicado exclusivamente a la atención integral especializada en cirugía a niños y adolescentes del Perú. Este centro de salud es hoy un referente a nivel nacional en la atención de menores que presentan patologías complejas en las diversas áreas de hospitalización con las que cuenta el instituto. Adicional a su función asistencial, este centro también cumple un rol esencial en la formación y fortalecimiento de competencias de los profesionales de la salud mediante actividades de docencia, así como en el desarrollo de investigación científica que contribuye con la generación de conocimientos médicos pediátricos.

Sin embargo, una adecuada atención asistencial requiere del soporte de servicios complementarios de calidad para garantizar integralmente el idóneo funcionamiento del nosocomio. En ese sentido, nace la importancia del desarrollo del proyecto “Gestión del Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja”, el cual se presentó como una innovadora iniciativa llevada a cabo mediante Asociación Público Privada - APP. Este proyecto fue muy retador al haber sido la primera APP desarrollada por el Ministerio de Salud, pero hoy nos sirve como experiencia para futuros contratos de este tipo, es decir, enfocados en la provisión de servicios no clínicos en el sector salud.

En línea con ello, el objetivo del presente estudio es detallar el proceso de promoción de la iniciativa estatal analizada a fin de dar a conocer la importancia del desarrollo de proyectos mediante Asociaciones Público Privadas y en especial, bajo la modalidad de contrato de gerencia, la cual se presenta como una alternativa que puede garantizar la adecuada prestación de los servicios de apoyo asistencial así como los no asistenciales en el sector salud.

2. Sector Salud en el Perú

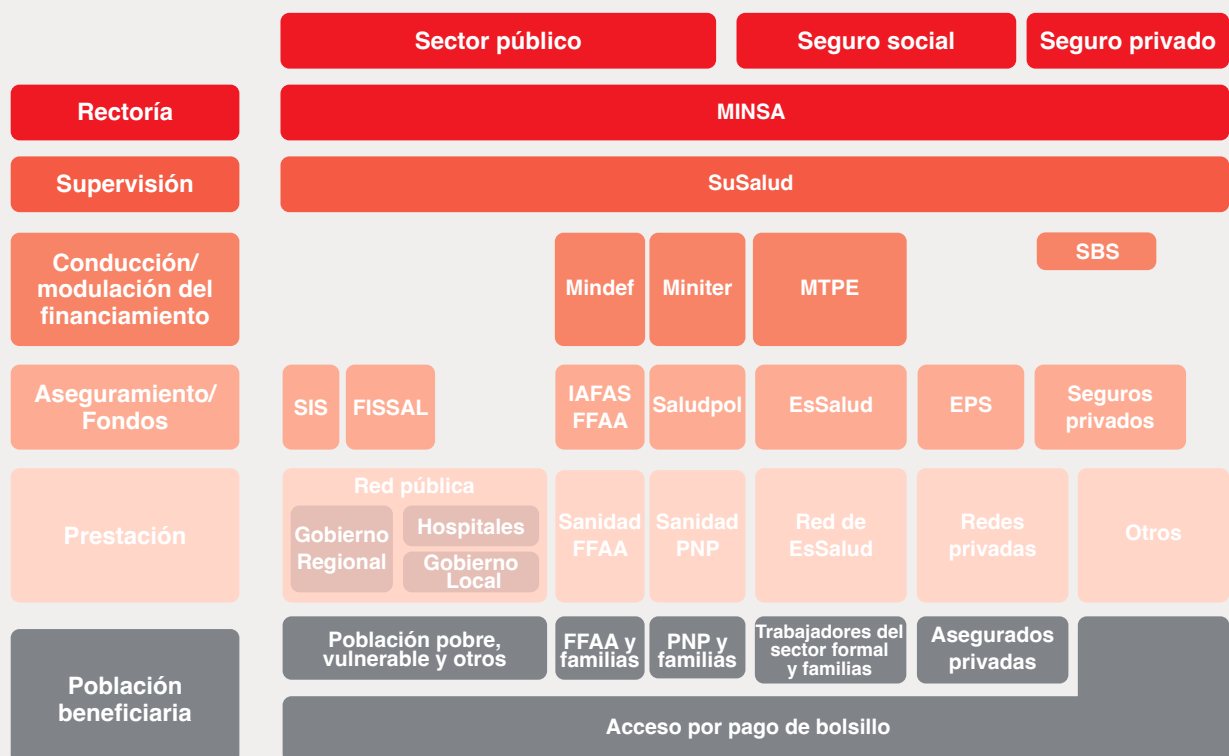
2.1 Salud pública en el Perú

Al igual que los sistemas de salud de las grandes civilizaciones, el sistema de salud del Perú se remonta a los Hampi Camayocc o a los Ichiris en la época de los incas, los cuales a través del uso de medicina y prácticas tradicionales fungían de médicos en la época precolonial [1]. El concepto de hospital y/o centros de salud no eran extraños para el común de los naturales del antiguo Perú [2 y 3]. Como se mencionaba:

“La séptima ley: mandaba que a todos los maestros y oficiales de cualquiera oficio y arte que trabajaban en lugar de tributo, se les proveyese todo lo necesario de comida y vestido, y regalos y medicinas si enfermaban, para él solo si trabajaba solo, y para sus hijos y mujeres, si los llevaba, para que le ayudasen a acabar más rápido su tarea; y en estos repartimientos de las obras por tarea no tenía cuenta con el tiempo...”

Contemplando ello, se puede apreciar que los antiguos habitantes del Perú consideraban la importancia de la provisión de medicinas en los establecimientos para sus funciones estatales, los cuales se llevaban a cabo en los Tambos-almacenes del imperio [2 y 3].

Ilustración 1
Sistema de Salud del Perú



Posteriormente, con la llegada de los españoles, se incorpora el término de hospitales en las diferentes intervenciones del virreinato [5]. La corona española construyó el hospital Real de San Andrés en Lima en 1538, siendo este el primer nosocomio en el virreinato del Perú. Anteriormente se habían construido 04 hospitales: (01) hospital de San Nicolás de Bari en Santo Domingo en 1502; (2) el hospital de Santa María la Antigua de Darién en 1513; (3) San Lázaro en Cartagena de Indias y Nombre de Dios en Panamá en 1534. Posterior a la creación del hospital Real San Andrés, se crea el Hospital de Naturales de Santa Ana [5, 6 y 7].

Con la llegada de la independencia del Perú, se crea una serie de instituciones que tuvieron como objetivo velar por la salud de la población peruana como el Ministerio de Gobierno, el cual estuvo a cargo del médico y naturalista peruano Hipólito Unanue [8, 9 y 10], no fue hasta 1935 que se crea el primer ministerio de estado peruano dedicado exclusivamente a velar por la salud de la población [7 y 10]. Es así que un 05 de octubre de 1935 se crea el Ministerio de Salud Pública, Trabajo y Previsión Social mediante Decreto Legislativo Nro 8124 el cual integraba en su composición a la Dirección de Salubridad Pública; el departamento de Asuntos Indígenas de Ministerio de Fomento.

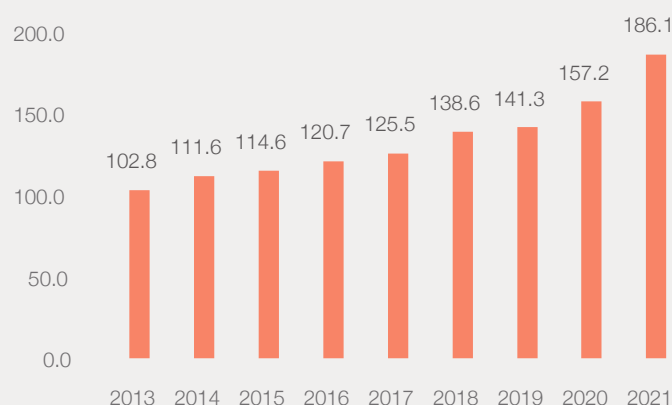
Posteriormente en 1942 cambia de denominación y se convierte en el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Finalmente, en 1968, pasa a denominarse el Ministerio de Salud, el cual ha mantenido la misma denominación hasta la fecha.

Si bien el Ministerio de Salud (MINSA) es el principal agente para la provisión de los servicios de salud en el Perú, también existen otras instituciones que participan de la provisión de los servicios de salud [11]. Tenemos por ejemplo el caso de ESSALUD; la Sanidad de la Policía Nacional del Perú; la Sanidad del Ejército peruano; y los proveedores privados [12 y 13]. Todas estas entidades pueden ser agrupadas en tres principales grupos: entidades públicas, entidades del seguro social; y las entidades del sector privado. Las cuáles deberían de ser supervisadas por la Superintendencia Nacional de Salud desde el 2013.

Tal como muestra la Ilustración 01, el sistema de salud en el Perú tiene una complejidad particular por las múltiples instituciones que participan en ella. Desde entidades privadas, entidades públicas del ámbito nacional regional, he incluso en el ámbito local (caso SISOL en Lima) existen más de 10 entidades que participan del Sistema de Salud. Ahora que conocemos a las diferentes instituciones del sector salud, procedamos a realizar un análisis sobre el estado situacional de los servicios de salud. Procederemos a realizar un análisis basado en tres componentes: los recursos humanos; las brechas de infraestructura; y las brechas en los servicios provistos por el sistema de salud.

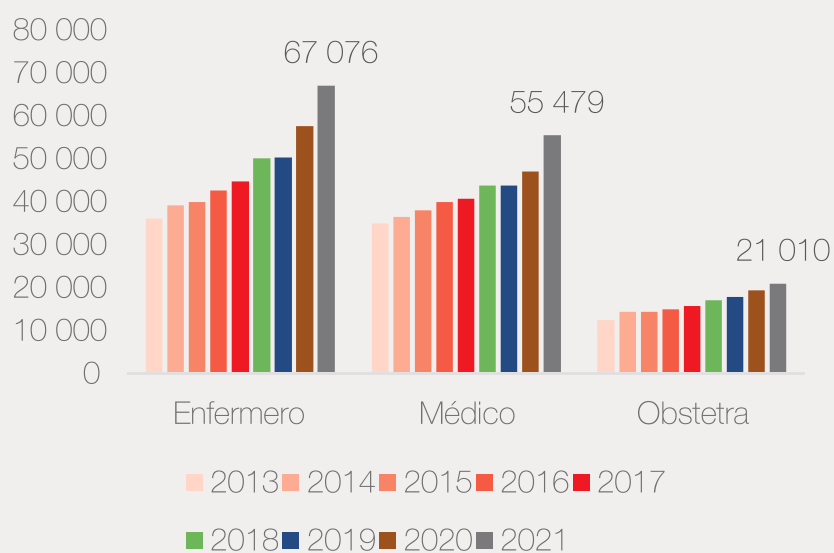
Desde el 2013, el personal del sector salud ha crecido en un 9% anual, hasta finales del 2021 el personal del sector salud era de 186,076. Siendo uno de los sectores con más crecimiento del personal en el ámbito del sector público. Es necesario precisar que casi el 30% de los profesionales del sector salud se encuentran en la ciudad de Lima [14, 15, 16 y 17].

Ilustración 2
Evolución de los profesionales del sector Salud en el Perú

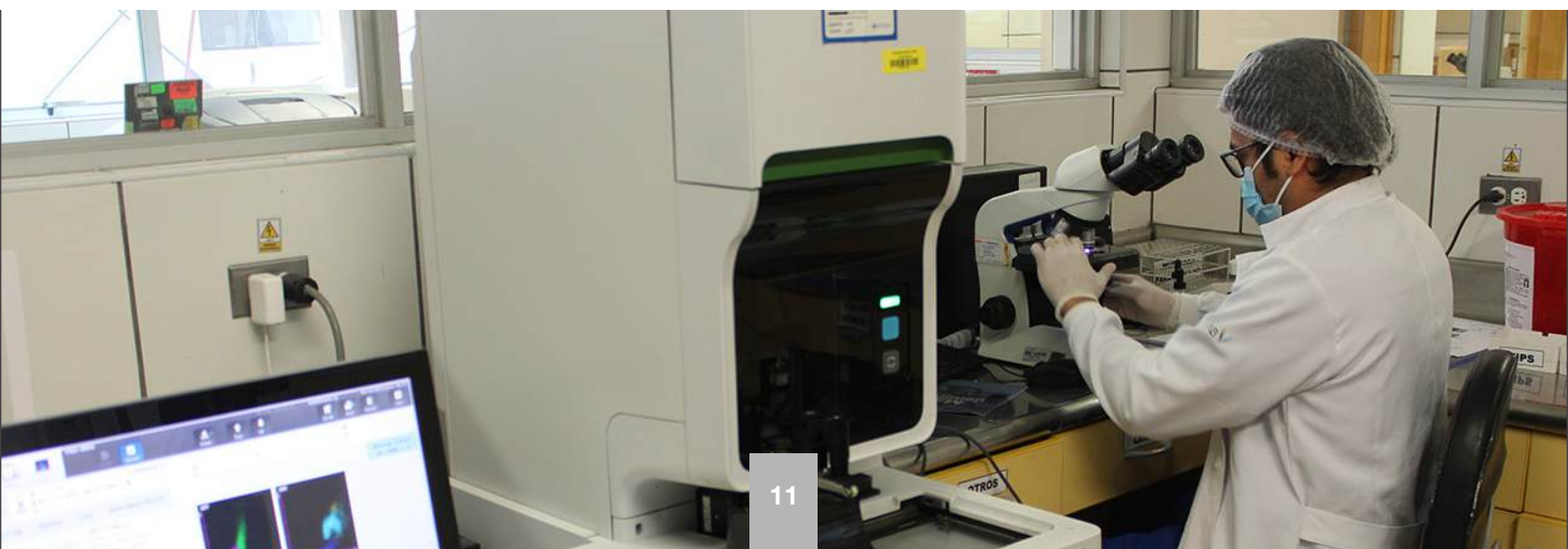


De la información pública del Minsa se desprende que son cinco las profesiones que más personal de salud contemplan: enfermeras, médicos, obstetras, tecnólogos médicos, odontólogos y psicólogos [14, 15, 16 y 17].

Ilustración 3
Número de médicos en Latinoamérica



Fuente: MINSA



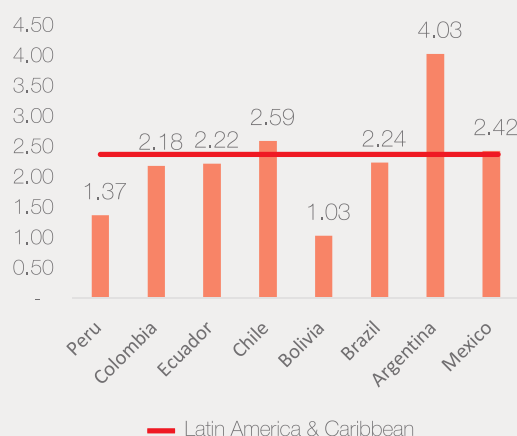
Si bien tener una tasa de crecimiento del 9% implica un avance positivo en la provisión de los servicios de salud, la situación actual del Perú requiere que se empleen más medidas a fin de poder cerrar con las brechas del sector salud. A fines del 2018, año del cual se pudieron recabar la data del aparato de salud de los otros países, en el Perú se tenía 1.4 médicos por cada 1,000 habitantes. Estadístico que está muy por debajo del promedio latinoamericano, el cual era de 2.3. En comparación a la información de otros países de la región, el Perú tenía 1.4 médicos por cada mil habitantes la segunda tasa más baja de doctores en Latinoamérica. Países como México y Chile, miembros también de la Alianza del Pacífico, reportaban que tenían 2.42 y 2.59 médicos por cada 1,000 habitantes [14, 15, 16 y 17]..

Ilustración 4
Número de médicos en Latinoamérica



Fuente: Banco Mundial 2023

Ilustración 5
Número de médicos en Latinoamérica



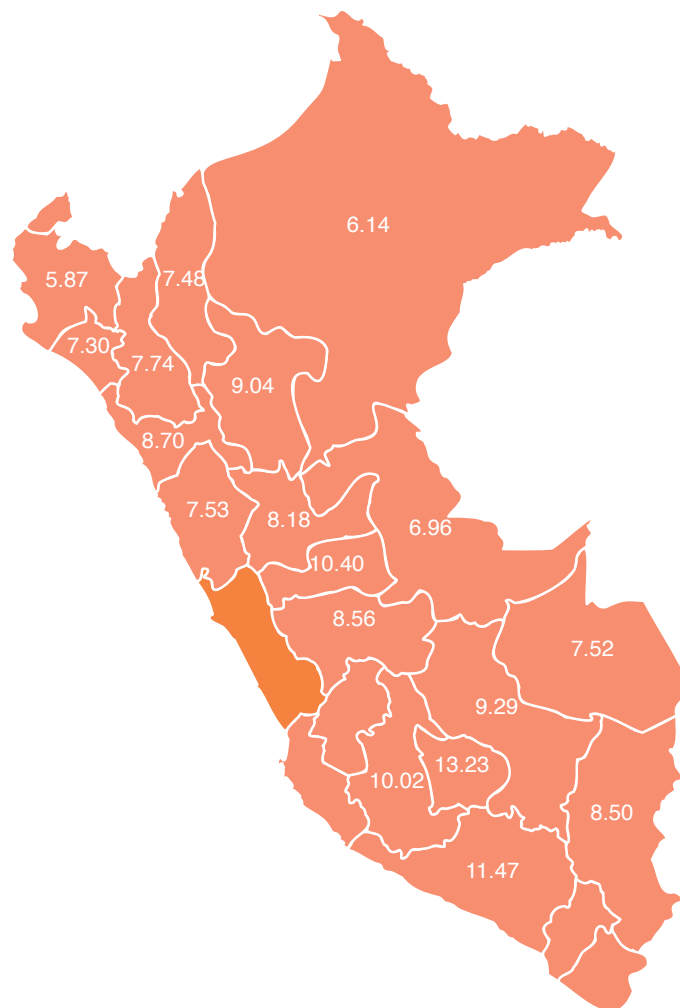
Fuente: Banco Mundial 2023

La problemática del personal de salud se recrudece más si consideramos que cerca del 28% de los médicos se encuentran laborando en el sector privado. A junio del presente año, el estado peruano contaba con solo 9.6 por cada 10,000 habitantes, siendo la región de Moquegua con más médicos a nivel nacional.

Esta región cuenta con 15.4 médicos por cada 10,000 habitantes; por el contrario, la región de Piura tenía la menor cantidad de médicos, con una ratio de 5.8 médicos por cada 10,000 habitantes [18].

En referencia a la brecha de infraestructura existente en este sector salud, la situación es más preocupante. Al 2022 la Oficina de Programación Multianual de Inversiones del MINSA reportaba que el 44% de los hospitales de salud a nivel nacional se encontraban en mal estado. Sin embargo, tal como se detalla en el análisis de las brechas de dicho sector, al cierre del 2022, debido al retraso en el cumplimiento de los cronogramas de ejecución y otros problemas derivados del no cumplimiento de las obras, el sector salud tenía un 94% de hospitales con capacidad instalada inadecuada [18, 19, 20 y 21].

Ilustración 6
Número de médicos por región



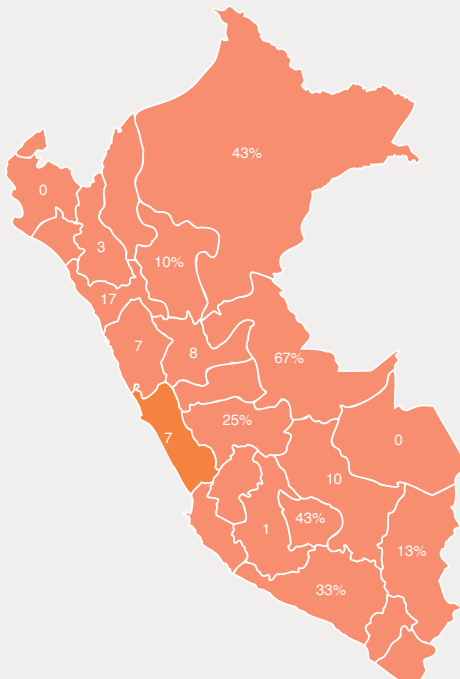
Fuente: MINSA 2022

De la información recopilada, es necesario precisar que en el 2022 solo dos regiones tuvieron mejoras en sus hospitales. Estas regiones fueron: San Martín y Ica. En tanto las regiones de Ancash, La Libertad y Puno tuvieron un crecimiento considerable en el porcentaje de hospitales con capacidad instalada inadecuada. Claro ejemplo tenemos a la región Puno. A inicios del 2022 tenía solo 2 hospitales con capacidad instalada inadecuada, a finales del 2022 tenía 15 hospitales en dicha situación [18].

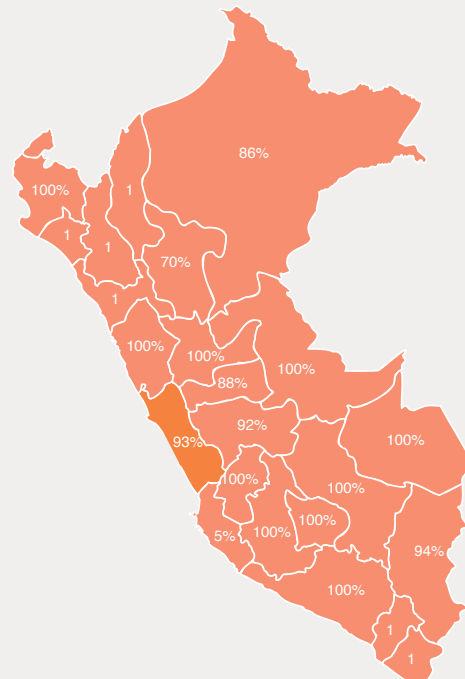
Esa misma problemática se repite en referencia a los Institutos Especializados de Salud y a los Laboratorios a Nivel Nacional. Al cierre del 2022, el 92.31% de los institutos especializados se encontraban con una capacidad instalada inadecuada [18]. En otras de los 13 institutos especializados solo 01 se encontraba con la capacidad instalada adecuada. En referencia los laboratorios del Sistema de la Red Nacional de Laboratorios de Salud Pública, al cierre del 2022 se estimaba que en el Perú se debería de tener al menos 162 laboratorios. Sin embargo, en la actualidad solo se cuentan con 67 laboratorios, teniendo una brecha de 95 laboratorio la cual representa un 58.64% [18, 19 y 20].

Ilustración 7 Evolución de los Hospitales con capacidad instalada inadecuada 2022

HOSI inicio 2022



HOSI fin 2022

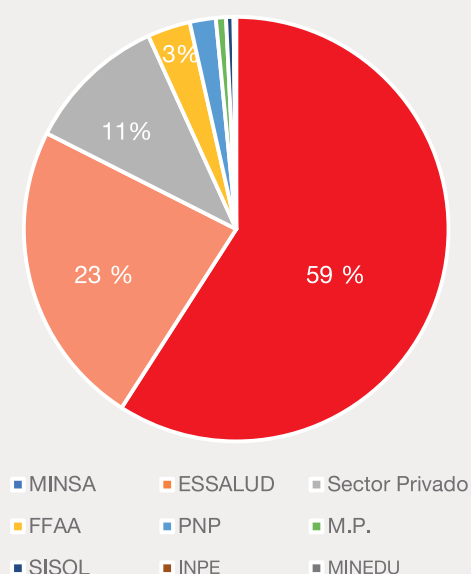


Fuente: MINSA 2022

2.2 Estado de los servicios en la ciudad de Lima

Lima concentra la mayor cantidad de personal de salud a nivel nacional [22 y 23]. Al 2018, en Lima se tenía cerca de 20,5 médicos por cada 10 000 habitantes, cifra muy por encima del promedio nacional de 13,9 médicos. Al 2021, en Lima se encontraban cerca de 159 141 miembros del personal de salud a nivel nacional (médicos, obstetras, enfermeras, etc.) [20, 21, 22 y 23] Estos profesionales se encontraban distribuidos de la siguiente forma.

Ilustración 8
Personal de salud por dependencia



Fuente: MINSA 2022

En lo que concierne a la brecha de infraestructura de la capital, al 2022, se esperaba poder mejorar los 805 establecimientos que se encontraban con condiciones inadecuadas [18 y 19]. Sin embargo, al cierre del año pasado, 15 establecimientos de salud se incorporaron a la lista de los establecimientos con capacidad instalada inadecuada. Teniendo ahora un 99,03 % de brecha en establecimientos de salud. Esa misma problemática se repite en el estado situacional de los hospitales con capacidad instalada inadecuada. Al cierre del 2022, de los 44 hospitales que se encontraban en la región Lima, 41 tenían una capacidad instalada inadecuada, la cual representaba un 93,18 % [18 y 19].

En referencia a los laboratorios del Sistema de la Red Nacional de Laboratorios de Salud Pública con capacidad instalada inadecuada, en Lima, al cierre del 2022, existen 42 laboratorios de los cuales ninguno cuenta con la capacidad adecuada. En referencia a los laboratorios, se tenía planificado el desarrollo de 20 laboratorios más. Finalmente; en referencia a la cantidad de institutos de salud especializados, de los 9 institutos que se encontraban en la ciudad de Lima, 8 tenían una capacidad instalada inadecuada, representando así una brecha de 88,89 %.

En referencia al estado de operación, realizaremos el análisis de los servicios brindados por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - Ipress vinculadas al Seguro Integral de Salud - SIS. En el primer trimestre del 2023, en Lima se dieron 1 774 114 prestaciones en consulta externa. De dicha cifra, 1 759 360 fueron de forma subsidiada y 14 754 de forma semisubsidiada, siendo de esa forma, la región con mayor requerimiento de este tipo de intervención. En esa misma línea, la región Lima también presenta el mayor número de consultas médicas realizadas en las Ipress. Al cierre del primer trimestre del 2013 se tuvo un recuento de 1 774 114 consultas médicas, lo cual representa más de un 70 % adicional en comparación con el primer trimestre del 2022, fecha en la cual se tuvo un recuento de 1 092 222 [25 y 26].

Tabla 1
Atención médica de los servicios de salud en el Perú

Regiones	I 2022	II 2022	III 2022	IV 2022	I 2023
Total	4'469,737	5'288,194	5'641,878	6'058,970	5'906,295
Amazonas	114,687	126,739	119,395	138,535	134,417
Áncash	201,526	235,363	268,318	290,869	256,714
Apurímac	105,050	122,069	135,075	123,482	128,404
Arequipa	179,818	180,811	221,299	280,391	222,280
Ayacucho	137,496	165,160	175,545	171,798	140,805
Cajamarca	265,849	344,610	347,722	346,672	324,528
Callao	126,190	167,221	158,829	168,590	192,755
Cusco	248,220	264,623	273,741	253,190	260,289
Huancavelica	113,222	139,317	140,122	131,958	130,729
Huánuco	178,616	180,015	211,207	194,279	193,090
Ica	61,761	83,639	100,460	107,078	101,273
Junín	189,741	222,135	235,218	260,703	236,427
La Libertad	206,586	262,47	281,447	304,315	282,235
Lambayeque	136,179	166,374	172,614	209,487	152,872
Lima	1'092,222	1'411,812	1'501,022	1'785,189	1'774,114
Loreto	243,078	259,673	267,592	275,126	299,812
Madre de Dios	33,565	33,375	29,890	30,316	35,132
Moquegua	29,654	35,952	36,073	35,330	38,983

Fuente: MINSA 2022

En referencia los egresos hospitalarios, en Lima, al primer trimestre del 2023 se realizaron un total de 80769 egresos médicos. De dicha cifra 80464 fueron subsidiados mientras que 305 semisubsidiados [25 y 26].

En referencia al número de partos, en Lima el primer trimestre del 2023 se atendió cerca de 19477 partos. de los cuales 11304 fueron de forma vaginal y 8173 fueron cesáreas, representado así un 42% del número de partos globales.

Tabla 2
Gestión del medicamento del sistema de salud

Región	Prescrito	Entregado	Déficit	%
Total	1'478,742,493	1'375,123,715	103'618,778	7,0
Amazonas	30'579,666	25'247,503	5'332,163	17,4
Áncash	45'870,878	45'125,619	745,259	1,6
Apurímac	19'792,604	19'678,455	114,49	0,6
Arequipa	53'238,066	52'563,789	674,277	1,3
Ayacucho	27'856,939	27'834,636	22,303	0,1
Cajamarca	85'224,288	81'437,321	3'786,967	4,4
Callao	36'405,922	35'829,679	576,243	1,6
Cusco	71'329,376	71'232,947	96,429	0,1
Huancavelica	10'548'026	10'429'009	119,017	1,1
Huánuco	16'352,387	16'188,369	164,018	1
Ica	20'994,719	20'912,320	82,399	0,4
Junín	108'979,819	56'314,654	52'665,165	48,3
La Libertad	54'219,384	53'580,262	639,122	1,2
Lambayeque	72'563,979	61'236,870	11'327,109	15,6
Lima	588'903,073	575'937,149	12'965,924	2,2
Loreto	18'328,451	1'712,809	615,642	3,4
Madre de Dios	1'095,159	1'083,385	11,774	1,1
Moquegua	9'628,242	9'611,994	16,248	0,2
Pasco	2'730,878	2'706,661	24,217	0,9
Piura	66'045,413	53'089,698	12'955,715	19,6

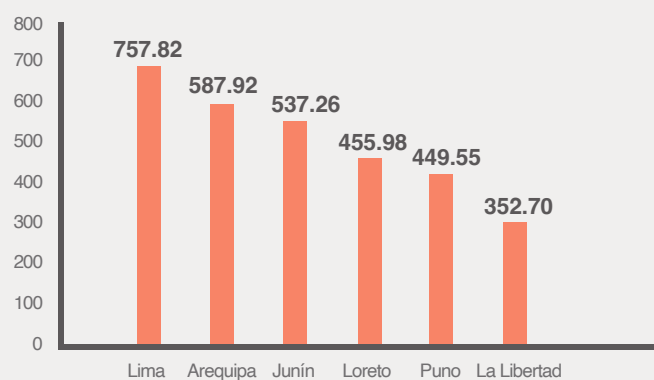
Fuente: MINSA 2022

Quizá uno de los aspectos más importantes del análisis del estado de la provisión de los servicios de salud en la ciudad de Lima es la disponibilidad de los medicamentos en el ámbito de acción al SIS. Al primer trimestre del 2023 se tuvo un déficit de tan solo el 2.2%. Este dato muestra la correcta gestión de los medicamentos en la región de Lima en comparación a otras regiones [25, 26, 27 y 28].

Claro ejemplo nos muestra la escasez de medicamentos de la región de Junín la cual tuvo un déficit del 48.3%. Otro aspecto que nos permita conocer más del sector salud en el Perú es el gasto público corriente en salud. Contemplando la información brindada por el MEF y SUSALUD al cierre del 2021 en Lima se tenía un gasto corriente de 757.82 por afiliado, monto que está muy por encima de los 352.7 soles que se gastan en la región de la libertad por afiliado [25, 26, 27 y 28].

Finalmente, en referencia a la modernización de los servicios de salud en la ciudad de Lima, al cierre del 2022 en Lima, un 38,8 % de establecimientos de primer nivel habían logrado implementar historias clínicas electrónicas [25, 26, 27 y 28].

Ilustración 9
Gasto en salud per cápita en el Perú



Fuente: Videnza 2022



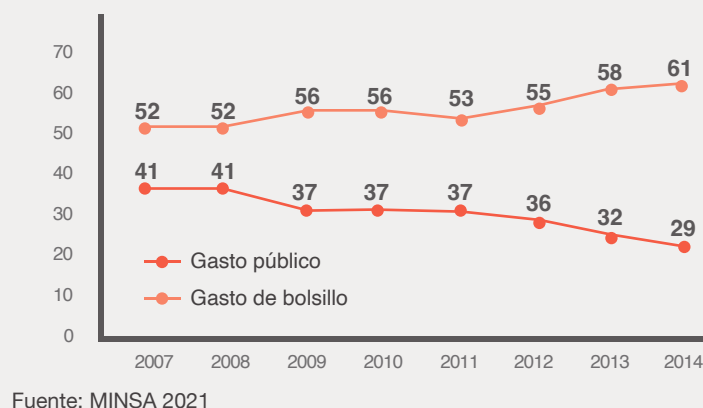
2.3 Sector Salud al 2014

Los párrafos previos nos han permitido conocer cuál es el estado situacional del sector Salud; sin embargo, ¿sería ese el estado situacional en el 2014?

Tomando como base los datos del 2008, al 2014 el Perú había logrado tener un avance importante en la cobertura de los servicios de salud en la población, puesto que pasamos de tener 12,1 millones de peruanos con protección en salud a casi el 22,7 millones, es decir casi duplicamos el número de peruanos con protección social en salud [18, 23 y 25]. Dicha cifra guardaba relación con el gasto en salud per cápita. Al 2008, este era de USD 420, mientras que al 2014 dicha cifra había incrementado en más de un 50 % siendo USD 656 [18, 23 y 25]. Todos estos esfuerzos del aparato estatal se traducían en una reducción considerable de la tasa de mortalidad infantil, reduciéndose esta de un 20,0 % a un 16,6 % al 2014.

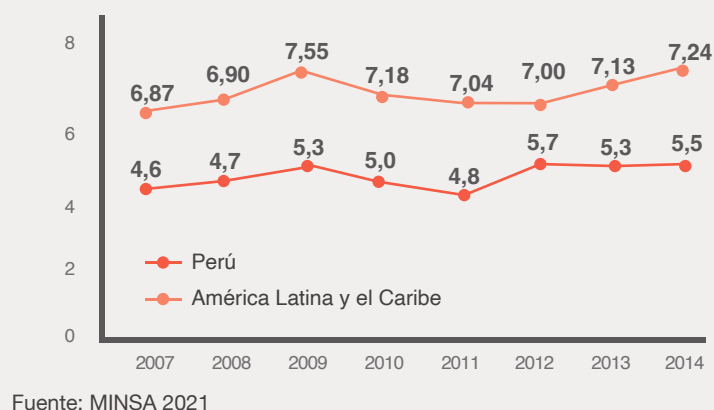
En términos pragmáticos, la población peruana también se veía beneficiada de tales mejoras, puesto que desde el 2007 al 2014 se había logrado una importante reducción en el porcentaje de gasto de bolsillo [18, 23 y 25].

Ilustración 10
Gasto de bolsillo y gasto público



Sin embargo, si bien se habían realizado tales mejoras en el sistema de salud, en ciertos indicadores aún estábamos por debajo del promedio internacional. Al cierre del 2014 el gasto en salud como parte del PBI se situaba en un 5,5 % el cual estaba muy por debajo del promedio de América Latina y el Caribe el cual era del 7,24 % [18, 19, 20 y 25].

Ilustración 11
Gasto en salud como % del PBI





Ministerio de Salud



INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO
SAN BORJA



Parqueamiento San Borja
PARADERO
DE LA ROSA TORO
RUTA
TRONCAL

insn INSTITUTO NACIONAL DE
SALUD DEL NIÑO SAN BORJA



3. Antecedentes del proyecto

El primer Hospital del Niño en nuestro país nació por la necesidad de brindar un servicio especializado a los menores que no podían ser atendidos en los hospitales que en ese entonces ya existían. Es así como, mediante la Resolución Suprema del 24 de agosto de 1923, se da énfasis a la construcción del proyecto [29].

El Hospital del Niño se inaugura el 1 de noviembre de 1929 y a inicios del año siguiente entra en operación, ofreciendo a la población atención en especialidades como Cirugía y Medicina, Oftalmología, Otorrinolaringología, Dermatología, Rayos X y servicios de laboratorio [29].

Conforme fueron pasando los años la medicina evolucionó y con ello se introdujeron nuevos servicios, se fue aumentando también el equipamiento del hospital, logrando así que se den cada vez más responsabilidades al nosocomio. Todo ello llevó a que este se convierta en un hospital nacional, marcando un hito en materia de hospitalización especializada para niños [29].

En mayo de 1983 se cambió su denominación a Instituto Nacional de Salud del Niño - INSN lo que conllevó a que en la década de los noventa el nuevo instituto asuma una orientación dirigida a la investigación científica y tecnológica sin perjuicio de continuar con su labor asistencial. En línea con la nueva orientación se creó la Dirección de Tecnología que promueve el estudio de las patologías más importantes en la edad pediátrica. El soporte de las mencionadas áreas permitió que la Unidad de Cirugía y el Banco de Tejidos tenga grandes logros. Este último es de vital importancia ya que provee apósitos biológicos que se emplean en el tratamiento de quemaduras y otras enfermedades [29].

A inicios del siglo XXI se inauguró la Sala Postoperatoria Cardiovascular, la cual fue construida gracias al apoyo de la Fundación Peruana Cardioinfantil. Esta sala permitió que el número de operaciones pase de tres a veinte al mes. Adicional a ello, se amplió el servicio de Hemodiálisis y se remodelaron los Servicios de Quemados, Neonato, Hematología y Neurocirugía [29].

Sin embargo, producto de la mayor demanda a lo largo de los años y al enfocarse en atender a pacientes que presentaban diagnósticos de baja, mediana y alta complejidad, el INSN empezó a no tener una capacidad instalada suficiente para albergar a todos los pacientes que lo requerían. Es así como, en marzo del 2007, se realiza un estudio de análisis de la demanda, donde se evidencia que el 70 % de los pacientes que asistieron al centro a atenderse y los que estaban hospitalizados, presentaban diagnósticos de alta complejidad que requerían un nivel especializado de atención. Este estudio fue el principal sustento para que se opte por ampliar el instituto, creándose así el Proyecto de Inversión Pública “Nuevo Instituto Nacional de Salud del Niño, INSN, III Nivel de Atención, VIII Nivel De Complejidad, Categoría III-2, Lima-Perú”, el cual se declaró viable en junio del 2008 [30].

En línea con ello, a fines del primer trimestre del siguiente año, se emitió el Decreto de Urgencia N° 036-2009 el cual declaró en emergencia la ejecución del proyecto de inversión y brindó facilidades al Minsa para las contrataciones relacionadas a la elaboración de los expedientes técnicos, ejecución de la obra, supervisiones; es decir, se autorizó la ejecución prioritaria e integral del nuevo INSN [31].

Mientras que se culminaba con la construcción y equipamiento del INSN San Borja, a fines del 2012, el Ministerio de Salud envió el oficio N.º 2874-2012-DM/MINSA donde solicitaba a ProInversión la formulación del Informe de Evaluación, así como la conducción de los siguientes proyectos [32]:

1. Gestión del Instituto Nacional de Especialidades Pediátricas.
2. Unidad Complementaria para trasplantes de médula ósea: Banco de Sangre de cordón umbilical y Registro Nacional de Donantes de Médula ósea.
3. Gestión Integral de Residuos Hospitalarios en Lima Metropolitana (sólidos y líquidos).
4. Atención médica especializada en zonas rurales de difícil acceso.

El primer proyecto de los cuatro hacía referencia a lo que hoy conocemos como Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja - INSN San Borja; sin embargo, no fue hasta febrero del siguiente año, cuando mediante la Resolución Ministerial 090-2013/MINSA, se formaliza la creación del INSN San Borja como una nueva unidad ejecutora dentro del pliego del Ministerio de Salud. Esta nueva denominación es la que se empleó en sustitución de "Instituto Nacional de Especialidades Pediátricas" [33].

En tanto se formalizaba la creación de esta nueva unidad ejecutora, el Consejo Directivo de ProInversión acordó aceptar el encargo de los cuatro proyectos, además, iniciar el Informe de Evaluación - IE y la coordinación para la elaboración y suscripción del convenio interinstitucional. En línea con ello, en marzo del mismo año, ProInversión compartió con el sector el proyecto de convenio mientras que, en paralelo, culminaba la elaboración del Informe de Evaluación. A fines de dicho mes, recibidas las opiniones favorables del Minsa y MEF, mediante acuerdo del Consejo Directivo de ProInversión se incorporó el proyecto al Proceso de Promoción de la Inversión Privada y se asignó al Comité Pro Desarrollo la ejecución de dicho proceso. Este comité es quien finalmente aprueba el proyecto de convenio y acuerda solicitar la aprobación del consejo directivo, quien da su visto bueno y autoriza su suscripción.

Una vez que se obtuvo la aprobación de la máxima autoridad de ProInversión, se procedió a suscribir el Convenio de Asistencia Técnica, en la modalidad de encargo, con el Minsa, el 17 de mayo del 2013 [32].

Con este convenio se formalizó el encargo a ProInversión para que desarrolle y conduzca el proceso de promoción del proyecto, mediante un contrato de gerencia por 10 años, la participación de un operador privado para que brinde mantenimiento al equipamiento, edificación, instalaciones, así como la operación de los servicios generales como alimentación, lavandería, limpieza, entre otros.

Es necesario precisar que los proyectos APP en el sector Salud no son del todo nuevos. En cuanto a los continentes europeo y asiático podemos destacar la experiencia de los siguientes países:

En Alemania, a fines de 1990, el estado de Berlín no contaba con los recursos para financiar las necesidades del hospital Berlín-Buch. Ante ello, en el 2001, el segundo operador privado más grande de hospitales del mencionado país ganó la licitación para operar y mejorar dicho hospital. El monto del proyecto ascendió a 215 millones de euros, los cuales fueron financiados totalmente por el sector privado [34].



El Reino Unido por otro lado, fue el primer país en aplicar la modalidad de APP para los proyectos de servicios públicos. Es así que cuenta con 22 años de experiencia en este tipo de modalidad y ha desarrollado más de 130 proyectos APP sanitarios. Entre los proyectos más destacados se encuentra el de los hospitales St Bartholomew's y The Royal London, que se licitaron juntos en el 2006 y son el mayor contrato hospitalario de APP en ese país, con un monto de 1100 millones de libras esterlinas. El proyecto incluye el diseño, construcción y mantenimiento de las nuevas instalaciones; además el inversionista proporciona equipos de alta tecnología y servicios de gestión de instalaciones [35].

Otro caso particular fue el programa de proyectos del sector Salud del gobierno de Turquía. Al 2010 este gobierno había proyectado implementar cerca de 50 hospitales con una inversión aproximada de 20 000 millones de dólares, todos a ser desarrollados mediante la modalidad de APP. De estos proyectos quizá el más relevante fue el Proyecto Adana el cual consideraba una infraestructura para unas 1550 camas [36].

En Latinoamérica cabe resaltar la experiencia en este tipo de proyectos de México, Chile, Brasil y de nuestro país. La Secretaría de Salud de México, en vista de la necesidad de mejorar y fortalecer la atención especializada, promovió una mayor inversión en infraestructura hospitalaria y clínica, así como en la operación de servicios relacionados. En línea con ello, se desarrolló un Sistema de Hospitales Regionales de Alta Especialidad bajo la modalidad de APP. Destacan los hospitales del Bajío (2005), Ciudad Victoria (2007) e Ixtapaluca (2009), los cuales poseen entre 180 y 220 camas con tecnología de alta complejidad [37].

Chile inició el desarrollo de proyectos bajo la modalidad de APP en el sector Salud en 2006 mediante los proyectos de los hospitales Maipú y La Florida. Estos nacieron por el déficit de infraestructura hospitalaria que presentó en especial la Región Metropolitana de Santiago, así como por el interés de desarrollar y gestionar proyectos bajo nuevos mecanismos de financiamiento. Ambos hospitales se licitaron juntos en 2009 y cuentan con aproximadamente 390 camas [37].

Respecto a Brasil, el Hospital do Suburbio en Salvador fue la primera unidad hospitalaria pública ejecutada mediante APP. El nosocomio fue creado ante la elevada carencia de camas hospitalarias de alta complejidad en el Estado de Bahía. Se desarrolló en Salvador dado que esta región era la única de las veinte mayores capitales del país que carecía de un hospital municipal.

El contrato APP, firmado en el 2010, no incluyó la construcción dado que esta estuvo a cargo del Estado de Bahía, sin embargo, el concesionario tenía a cargo: i) la prestación de servicios de salud, ii) adquisición, gestión y logística de suministros farmacéuticos, iii) adquisición, operación, mantenimiento y reemplazo de equipo médico, iv) gestión, conservación y mantenimiento de los bienes de la concesión, entre otros [37].

En el caso de nuestro país, los primeros proyectos en el sector Salud fueron impulsados desde mediados de la primera década del 2000 por el Seguro Social de Salud - EsSalud. Estos se concibieron con el fin de cerrar las brechas asistenciales en las regiones de Lima y Callao.

Entre estos proyectos, adjudicados en 2010, estuvieron [37]:

- i. Los Complejos Hospitalarios Guillermo Kaelin y Alberto Barton.
- ii. Almacenamiento, Distribución y Entrega de Materiales en la Red de Almacenes y Farmacias de Lima de EsSalud.

En cuanto al Ministerio de Salud, su primera experiencia bajo esta modalidad fue el proyecto de análisis del presente caso de estudio, adjudicado en el 2014.

4. Marco institucional y legal

4.1 Gobernanza

El concepto de gobernanza hace referencia a “el proceso de toma de decisiones por los actores interesados y el proceso por el cual estas decisiones son implementadas” [38]. Para lograr la adjudicación y posterior firma de contrato de gerencia del proyecto, fue necesaria la participación de diversas entidades a fin de desarrollar adecuadamente el proceso de promoción del caso estudiado.

Es así que las entidades partícipes fueron:

- ProInversión
- Ministerio de Salud
- Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja
- Ministerio de Economía y Finanzas
- Contraloría General de la República

ProInversión

Considerando que la normativa vigente durante el desarrollo del proyecto fue el Decreto Legislativo N.º 1012 que aprueba la Ley Marco de Asociaciones Público Privadas para la generación de empleo productivo y dicta normas para la agilización de los procesos de promoción de la inversión privada, así como su reglamento, aprobado mediante Decreto Supremo N.º 146-2008-EF, ProInversión era la entidad encargada de conducir el proceso de promoción de la inversión privada del proyecto, el cual le fue asignado en función a la relevancia nacional del mismo. Ello se sustentaba en su calidad de Organismo Promotor de la Inversión Privada para el caso del Gobierno nacional.

Como se especificaba en el numeral 6 del Decreto Legislativo N.º 1012, al ser un proyecto de relevancia nacional correspondía a ProInversión el rol de Organismo Promotor de la Inversión Privada. Como una de sus funciones principales estaba la elaboración de la versión final del contrato de concesión, la cual se basaba en las múltiples entidades que participaban en este proceso (Minsa, Contraloría, etc.). La versión final serviría para lograr la adjudicación del proyecto en asunto.

En adición a ello, el Organismo de Promoción de la Inversión Privada, previo a la suscripción del contrato de concesión, requería a la entidad ganadora del concurso el pago de costos directos e indirectos generados en el proceso de adjudicación del proyecto.

Además de ello, en coordinación con el Minsa, se realizaron las siguientes actividades en el marco del proceso de promoción:

- Identificación del mercado potencial de inversionistas.
- Elaboración de bases del concurso. Definición de criterios de precalificación y factor de competencia.
- Definición de parámetros técnicos a ser incluidos. Análisis de riesgos. Elaboración del contrato.
- Seguimiento a los postores y promoción del proceso.
- Perfeccionamiento de la documentación del concurso.
- Emisión de las diferentes versiones del contrato hasta su suscripción.

Ministerio de Salud (MINSA)

Este ministerio fue la Entidad Pública Titular del Proyecto - EPTP dado que, de acuerdo a sus competencias, encargó a ProInversión la conducción del proceso de promoción del proyecto. Así fue cumpliendo su misión de “proteger la dignidad personal, promoviendo la salud, previniendo las enfermedades y garantizando la atención integral de salud de todos los habitantes del país; proponiendo y conduciendo los lineamientos de políticas sanitarias en concertación con todos los sectores públicos y los actores sociales”. Es así como esta entidad buscó garantizar la adecuada prestación del servicio de salud en el INSN SB mediante el encargo de los servicios de “bata gris” a un operador privado.

Con este fin, el Minsa suscribió un convenio de asistencia técnica con la Agencia de Promoción de la Inversión Privada para el desarrollo del proyecto. Al ser el primer proyecto en el sector Salud que sería gestionado mediante una Asociación Público Privada, el Minsa tuvo que emitir una serie de documentos que permitieran despejar las dudas que surgían en el proceso. Dentro de los más relevantes tenemos los siguientes:

- Hoja de Ruta para la implementación de Asociaciones Público Privadas en Salud, en el 2013.
- Las Asociaciones Público Privadas como una alternativa para las inversiones en el sector Salud.

La emisión de estos documentos permitió reafirmar el compromiso del Minsa y de esa forma brindar las garantías necesarias en este tipo de intervención.

Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja

Si bien el rol del Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja estuvo alineado con el rol del Minsa, el rol del instituto merece especial atención. Este rol quedó plasmado en el artículo 7.6 del contrato, donde se especifica:

El INSN SB será el único responsable por los actos y omisiones del personal contratado o puesto a disposición por este para la provisión de servicios administrativos; así como del personal de salud. Este instituto será el responsable de proveer todos los insumos y materiales que tengan relación directa con la atención clínico-quirúrgica del paciente.

Ministerio de Economía y Finanzas - MEF

Dado que los proyectos que se desarrollan bajo la modalidad de Asociación Público Privada generan al Estado peruano compromisos a largo plazo, es el Ministerio de Economía y Finanzas quien promovió el marco institucional para este mecanismo. Además, durante el proceso de promoción, el MEF intervino constantemente en aspectos de su competencia, los cuales están relacionados principalmente a la responsabilidad fiscal y la capacidad presupuestal. Es así que, luego de evaluar dichos aspectos, emitió su opinión favorable a la versión final del contrato.

La opinión favorable del MEF fue emitida a través del Oficio N.º 206-2014-EF/15.01 del 1 de julio del 2014. Junto al documento se remitió el Informe N.º 011-2014/ 63.01 elaborado por la Dirección General de Política de Promoción de la Inversión Privada - DGPIIP en el cual se indicaba que no existían observaciones de las diversas áreas técnicas del ministerio.

Contraloría General de la República - CGR

La Contraloría General de la República tiene como misión principal dirigir, ejecutar y supervisar con autonomía el control gubernamental en las entidades públicas a fin de contribuir al uso eficaz, eficiente y transparente de los recursos públicos. De acuerdo con la normativa, dado que este fue un proyecto cofinanciado, se requirió que la Contraloría General de la República emita su Informe Previo a la Versión Final de Contrato.



Este informe fue remitido mediante Oficio N.º 01087-2014-CG/DC del 17 de julio del 2014. En este documento la entidad emitió recomendaciones únicamente sobre aquellos aspectos que comprometían el crédito o la capacidad financiera del Estado.

Es necesario precisar que dichos informes, con la normativa vigente, no eran vinculantes; sin embargo, no eximia al proyecto de pasar por control posterior.

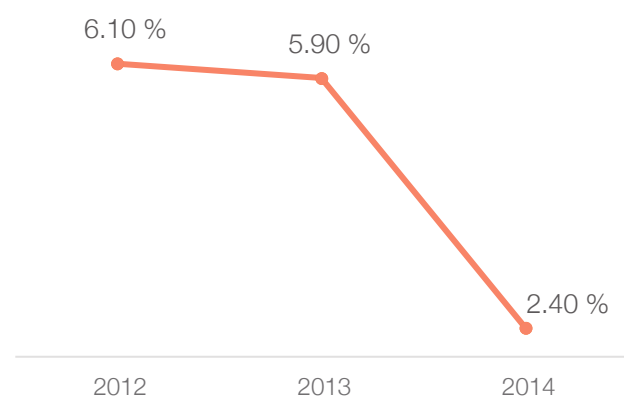
4.2 Condiciones económicas

Dado que el proyecto, como Asociación Público Privada, se desarrolló desde el 2012, con el encargo del Minsa, hasta la firma del contrato de gerencia, en el 2014, se analizará dicho periodo.

De acuerdo con la Memoria Anual del Banco Central de Reserva del Perú (2014), la fase inicial del desarrollo del proyecto se dio en un contexto de crecimiento económico, registrando 6,10 % y 5,90 % como variación porcentual del Producto Bruto Interno - PBI para los años 2012 y 2013, respectivamente. Sin embargo, en la fase final del proceso de promoción, la economía peruana creció solo 2,40 % producto de un menor impulso externo, de un grado alto de incertidumbre y sobre todo de la desaceleración de economías emergentes como China, Rusia y Brasil. Especialmente, la desaceleración que experimentó China impactó negativamente en el precio de los commodities [39, 40 y 41].

Ilustración 12

Variación porcentual real del PBI 2012 - 2014

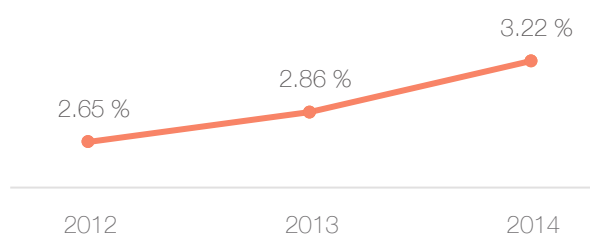


Fuente: BCRP 2014
Elaboración propia

Respecto a la inflación anual, a fines del 2014 se registró el 3,22 %, una tasa superior a la presentada para los dos años previos. Esta variación del Índice de Precios al Consumidor de Lima Metropolitana reflejó principalmente el aumento en los precios de alimentos y tarifas eléctricas. Exceptuando dichos componentes, la inflación se redujo de 2,97 % en el 2013 a 2,51 % en el 2014 [40].

Ilustración 13

Inflación 2012-2014
(variación porcentual fin de periodo)

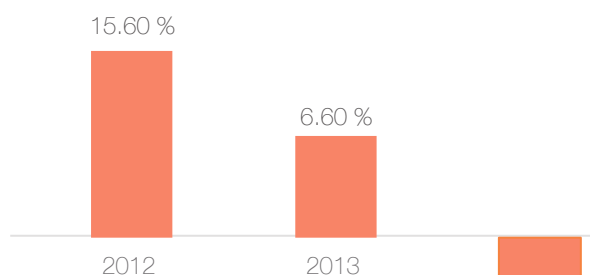


Fuente: BCRP 2014
Elaboración propia

Por su lado, la inversión privada si bien inició el periodo de análisis con un crecimiento del 15,60 %, cerró el año 2014 registrando una variación negativa del 1,60 %. Este componente también se vio afectado por el contexto internacional, que generó mayor incertidumbre, además del deterioro de los términos de intercambio. A esos factores se sumaron los choques transitorios de oferta y el retraso de algunos proyectos relacionados a sectores primarios [40].

Ilustración 14

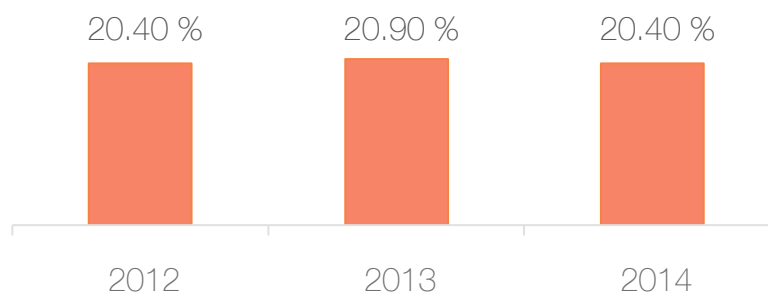
Inflación 2012-2014
(variación porcentual fin de periodo)



Fuente: BCRP 2014
Elaboración propia

En tanto, la ratio de inversión privada respecto del PBI, reportó un 20,40 % para los años 2012 y 2014, mientras que para el año 2013 presentó un ligero aumento llegando al 20,90 %.

Ilustración 15
Inversión privada

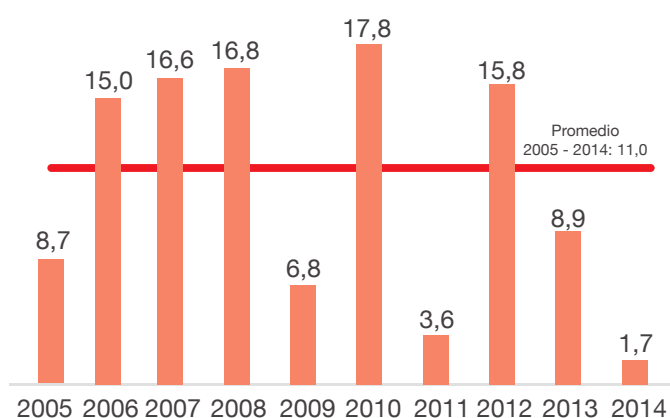


Fuente: BCRP 2014
Elaboración propia

Al 2014, el sector Construcción tuvo uno de sus años con peores resultados, puesto que desaceleró del 8,9 % al 1 % debido en gran medida a la lentitud en el desarrollo del avance físico de obras públicas y del desarrollo inmobiliario nacional [x5]. Si bien ese año se dieron importantes inversiones en el sector Construcción, tales como la construcción de la planta procesadora e instalación de equipos del proyecto Las Bambas por más de 1,5 mil millones de dólares o la expansión de la red de distribución de gas natural de Cálida, estas no fueron suficientes para alcanzar los niveles de aceleración de los años anteriores [40].

Desde el 2005 la variación porcentual del sector Construcción había tenido un promedio del 11 % anual, al 2014, la variación porcentual solo fue del 1,7 % siendo la mínima en dicha década [40].

Ilustración 16
Variación del sector construcción

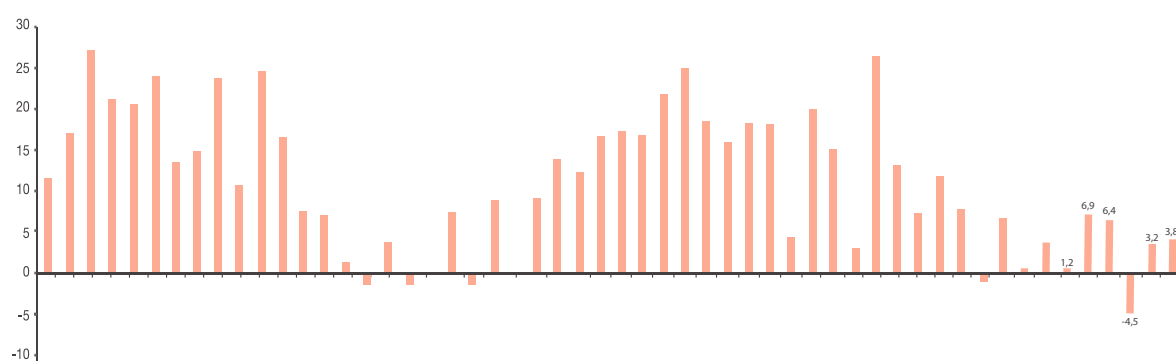


Fuente: INEI - BCRP 2014
Elaboración propia

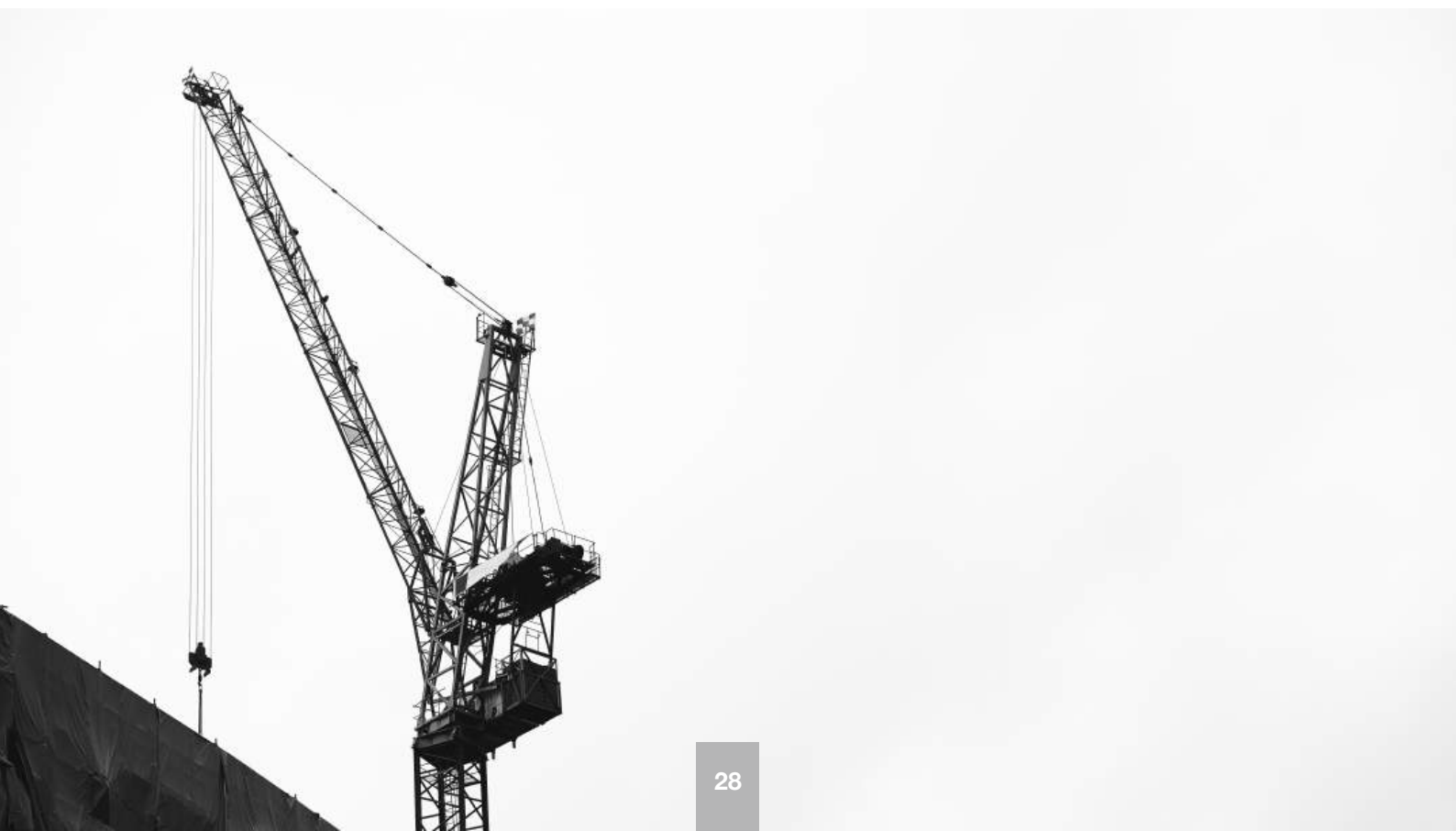
En dicho año de elecciones, la inversión pública cayó en un 2,4 % debido a la menor ejecución en el gasto de inversiones subnacionales [40].

Es necesario indicar que el sector Construcción es un sector dinamizador del consumo interno nacional. Producto de la desaceleración en este sector, el consumo de varios productos también se vio reducido, claro ejemplo es el consumo de cemento, el cual tuvo una caída histórica de -4,5 %.

Ilustración 17
Consumo interno de cemento



Fuente: BCRP 2014
Elaboración propia



4.3 Condiciones legales

El proyecto se desarrolló bajo dispositivos legales generales y específicos. Este marco legal se compuso de la siguiente manera:

Normativa general

- Decreto Legislativo N.º 674, Ley de Promoción de la Inversión Privada de las Empresas del Estado.
- Decreto Supremo N.º 070-92-PCM, aprueba el Reglamento de la Ley de Promoción de la Inversión Privada en las Empresas del Estado.
- Decreto Supremo N.º 027-2002-PCM, que dispone la fusión de la Copri, la Comisión Nacional de Inversiones y Tecnologías Extranjeras y la Gerencia de Promoción Económica de la Comisión de Promoción del Perú en la Dirección Ejecutiva - Fopri, denominándose Agencia de Promoción de la Inversión - ProInversión.
- Decreto Supremo N.º 095-2003-EF, que modifica la denominación de la Agencia de Promoción de la Inversión por la de Agencia de Promoción de la Inversión Privada - ProInversión y aprueba el nuevo Reglamento de Organización y Funciones de la institución.
- Decreto Legislativo N.º 1012, que aprueba la Ley Marco de Asociaciones Público Privadas para la generación de empleo productivo y dicta normas para la agilización de los procesos de promoción de la inversión privada, y normas modificatorias.
- Decreto Supremo N.º 146-2008-EF, que aprueba el reglamento del Decreto Legislativo N.º 1012, y normas modificatorias.
- Resolución de la Dirección Ejecutiva N.º 011-2013, que aprueba la Directiva N.º 002-2013- PROINVERSION, la cual establece los lineamientos para la elaboración, suscripción y ejecución de Convenios de Asistencia Técnica con los Gobiernos Regionales, Gobiernos Locales y Entidades del Estado.
- Resolución Ministerial N.º 090-2013/MINSA, que formaliza la creación de la Unidad Ejecutora 139: "Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja", denominación que, para efectos de toda documentación y de acuerdo a lo solicitado por el sector, se utilizó en sustitución de la denominación "Instituto Nacional de Especialidades Pediátricas".

Normativa específica

- Norma sanitaria para los servicios de alimentos en establecimientos de salud, NTS N.º 098-MINSA/DIGESA-V.01 aprobada mediante Resolución Ministerial N.º 749-2012/MINSA.
- Reglamento Sanitario de Funcionamiento de Autoservicios de Alimentos y Bebidas, Resolución Ministerial N.º 1653-2002-SA-DM.
- Norma Sanitaria para el Funcionamiento de Restaurante y Servicios Afines, Resolución Ministerial N.º 363-2005-MINSA.
- Normas para el establecimiento y funcionamiento de Servicios de Alimentación Colectivos, Resolución Suprema N.º 0019-81-SA/DVM.
- Norma sanitaria para la aplicación del sistema HACCP en la fabricación de alimentos y bebidas. Aprobada mediante Resolución Ministerial N.º 449-2006/MINSA.
- Norma sanitaria que establece los criterios microbiológicos de calidad sanitaria e inocuidad para los alimentos y bebidas de consumo humano, aprobado por Resolución Ministerial N.º 591-2008/MINSA.
- Guía técnica para el análisis microbiológico de superficies en contacto con alimentos y bebidas, según Resolución Ministerial N.º 461-2007/MINSA.
- Resolución Ministerial N.º 217-2004/MINSA Norma Técnica para el manejo de residuos sólidos hospitalarios.
- Norma técnica de Salud N.º 072-MINSA/DGSP-V.01 Norma de la Unidad Productora de los Servicios de Patología Clínica aprobado mediante Resolución Ministerial N.º 627-2008/MINSA.
- Resolución Ministerial N.º 372-2011/MINSA, Guía Técnica de Procedimientos de Limpieza y Desinfección de Ambientes en los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- En el caso de uso de armas de fuego como parte de sus actividades de seguridad, los agentes del concesionario deberían cumplir las normas legales y reglamentarias de la Sucamec.

- Resolución Directoral N.º 02393-2003-IN-1704, directiva que regula el uso de los implementos de seguridad y protección de los agentes de seguridad.
- Norma Técnica N.º 096-MINSA/DIGESA, Norma Técnica de Salud Gestión y Manejo de Residuos Hospitalarios en los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, aprobados mediante Resolución Ministerial N.º 554-2012/MINSA.
- Decreto Ministerial N.º 1472-2002-SAVDM Manual de Desinfección y Esterilización Hospitalaria - 2002.
- WHO-2012, Documentos relacionados al equipamiento médico de la Organización Mundial de la Salud.
- Lineamientos para la elaboración del plan de equipamiento de los establecimientos de salud. Minsa 2012.
- Directiva administrativa: procedimientos técnicos para la recepción y entrega del equipamiento para los diversos establecimientos de salud. Minsa 2012.
- Guía técnica para el mantenimiento preventivo de la incubadora neonatal estándar, Dirección General de Infraestructura, Equipamiento y Mantenimiento del Ministerio de Salud 2011.
- Guía técnica para el mantenimiento preventivo del capnógrafo, Dirección General de Infraestructura, Equipamiento y Mantenimiento del Ministerio de Salud 2011.
- Guía técnica para el mantenimiento preventivo del equipo de cirugía laparoscópica de uso general, Dirección General de Infraestructura, Equipamiento y Mantenimiento del Ministerio de Salud 2011.
- Guía técnica para el mantenimiento preventivo del equipo de uso general, Dirección General de Infraestructura, Equipamiento y Mantenimiento del Ministerio de Salud 2011.
- IEC 60364-7-710: 2002-11, requisitos generales de seguridad eléctrica para equipos electromédicos.
- Norma DGE 011-CE-01, Norma de conexiones para suministros de energía eléctrica hasta 10 kW.



4.4 Condiciones sociales

Para el análisis de las condiciones sociales en las cuales se desarrolló el proyecto estudiaremos los conflictos sociales del 2013 y del 2014.

El 2013 y 2014 son años especiales en el Perú, pues en esos años por primera vez se cruzó el umbral de los 200 conflictos sociales. En el anterior periodo de gobierno 2006-2011, segundo gobierno de Alan García, los conflictos sociales no habían sobrepasado los 200 [42]. En efecto, la información oficial arrojaba que el año 2009 había representado un récord en conflictos sociales con un pico de 149 conflictos, siendo 64 de índole socioambiental.

En el 2011 y 2012 se redujo drásticamente dicha estadística [42] llegando hasta los 84 conflictos. Posterior al cambio de gobierno, periodo 2011-2016 (periodo del expresidente Ollanta Humala) los conflictos sociales alcanzaron estadísticas récord.

En el 2013 se llegó a un máximo histórico de 216 conflictos sociales, de los cuales 139 eran socioambientales. Al año siguiente se registraron 210 conflictos sociales, siendo también 139 de índole socioambiental.

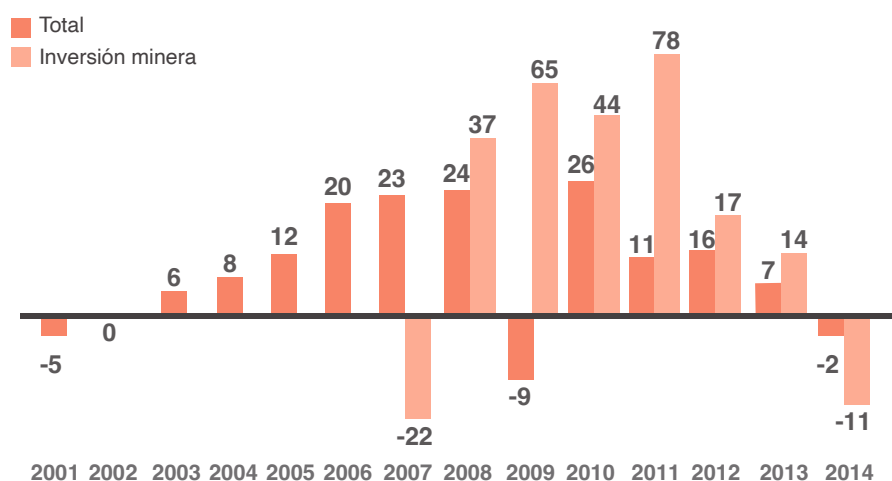
Ilustración 18
Conflictos sociales en el Perú



Fuente: BCRP 2014
Elaboración propia

Ese alto grado de conflictividad social produjo que la inversión total y minera (la cual a dichas fechas representaba parte importante de nuestro PBI) se viera afectada [42].

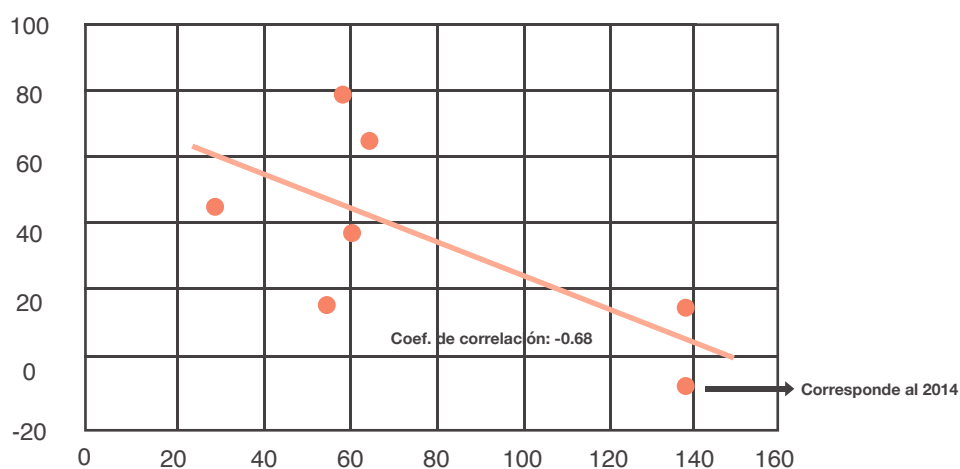
Ilustración 19
Inversión privada e inversión minera



Fuente: BCRP 2014 Elaboración propia

La reducción minera de un 11 % tuvo impacto directo en la reducción de la inversión privada total la cual se redujo en un 2 %. Esto se debió en gran medida al grado de correlación entre la tasa de inversión minera y el número de conflictos sociales la cual, para el 2014, fue de un - 0,68 % (correlación negativa) [42].

Ilustración 20
Correlación de la inversión minera y el número de conflictos sociales



Fuente: BCRP 2014 Elaboración propia

En referencia a la problemática social del 2013 y 2014, si bien no se pudo recabar información ante cualquier conflicto social relacionado al Instituto Nacional del Niño San Borja, sí existieron problemáticas sociales importantes relacionadas al desarrollo de infraestructura hospitalaria y en el sector Salud.

La interminable huelga médica del 2014. En dicho año se intentaron realizar algunas reformas sustanciales a la reforma de salud. La Federación Médica del Perú paralizó sus actividades por casi 150 días, siendo una de las huelgas más duraderas de este gremio.

Ese mismo año las enfermeras del Seguro Social de Salud - EsSalud, reclamaron ante el Ministerio de Trabajo el establecimiento de una nueva escala remunerativa, una posible mejora en sus condiciones de trabajo y la ampliación del personal, puesto que según este gremio a dicha fecha el personal actual era insuficiente. Si bien, este conflicto social fue atendido prontamente por el Ministerio de Trabajo, a través de reuniones extra proceso los días 5, 6, 9, 10, 11, 12, 13, 16, 17 y 18 de junio, no se llegaron a acuerdos entre las partes involucradas.

El caso de la población de Juliaca. Esta solicitaba al Gobierno Regional iniciar la construcción del Hospital Materno Infantil de esta ciudad, este proyecto se encontraba pendiente desde el 2010. Siendo una nueva gestión regional, se planeaba cambiar el lugar de ejecución del hospital, la cual en un inicio estaba en el Centro de Salud del cono sur de la ciudad [42]. Ante dicha problemática, el 19 de junio los técnicos del Gobierno regional de Puno expusieron ante el MEF el expediente. Como resultado de dicha reunión se estableció que una vez levantadas las observaciones se lograría realizar el otorgamiento de los bonos soberanos por más de 60 millones de nuevos soles [42].

En la región Apurímac, en el distrito de Tambobamba y la provincia de Cotabambas, el Frente de Defensa de los intereses de Tambobamba convocó a un paro regional con el objetivo de que el Gobierno Regional de Apurímac cree una Unidad Ejecutora de Salud para la construcción del Hospital de Tambobamba [42].

En el norte del país, en la región Piura, los trabajadores administrativos y asistenciales del Hospital de Sullana tomaron dicho hospital exigiendo que se realice un pago por concepto de alimentación en guardias nocturnas y diurnas [42].

Otro conflicto social relacionado al sector Salud en dicho año fue el bloqueo de vías realizado por los pobladores de Juanjuí en la provincia de Mariscal Cáceres en la región San Martín. Los pobladores exigían la construcción de hospitales y vías de transporte [42].

El 2014, en el ámbito de las principales actividades de la sociedad, también se vio marcado por los siguientes sucesos:

- A inicios de dicho año la Corte Internacional de Justicia de la Haya emitió su sentencia de delimitación marítima entre Perú y Chile. Este fallo otorgó más millas marinas al dominio marítimo peruano.
- Elecciones municipales y provinciales. En las elecciones de ese año, el candidato Castañeda Lossio en Lima gana las elecciones, terminando el mandato de Susana Villarán.
- El pleno del Congreso, en dicho año, aprobó el texto de la Nueva Ley Universitaria, empoderando a la Sunedu.
- De carácter internacional. Ese año estuvo marcado por la aparición del Ébola, virus que nació en África y se expandió con mucha rapidez en todo el globo.

MESA DE PARTES

Bienvenidos



5. Gestión del Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja

5.1 Requisitos mínimos del proyecto

De acuerdo al contrato de gerencia, el objetivo del proyecto fue que la SGP brindara los siguientes servicios:

- i) Operación y mantenimiento de los servicios generales.
 - a. Alimentación
 - b. Lavandería
 - c. Limpieza y bioseguridad
 - d. Seguridad integral
 - e. Gestión de residuos hospitalarios
- ii) Operación y mantenimiento de apoyo al diagnóstico
 - a. Central de esterilización
 - b. Patología clínica
- iii) Mantenimiento de la edificación, las instalaciones y del equipamiento electromecánico asociado a la infraestructura.
- iv) Mantenimiento del equipo clínico y no clínico.
- v) Servicio de Asistencia Técnica de Adquisición.

Para cada servicio que brindaría la SGP se estableció el alcance, el horario de prestación del servicio, los recursos materiales y el personal necesario, además de las especificaciones técnicas particulares de cada uno. Adicionalmente, se establecieron indicadores de monitoreo a fin de verificar la calidad de cada uno de los servicios.

Servicio de alimentación

Este servicio comprendía:

- a. Servicio principal de alimentación y nutrición dirigido a pacientes, familiares, niños en guardería y el personal de guardia del INSN SB.

La SGP se encargaría de la gestión integral del servicio de alimentación para los pacientes del instituto, para las madres de los pacientes ingresados en la planta de médula ósea, niños en guardería, los familiares de pacientes procedente de provincia, así como el personal de guardia. La alimentación por brindar sería basada en la prescripción médica y de acuerdo con lo indicado por la unidad orgánica de nutrición del INSN SB.

El servicio comprendía desde la provisión de materias primas, insumos, menajes, la distribución y recojo de dietas/menú, hasta la limpieza, conservación y reposición de equipos, materiales y menaje. Cabe precisar que la SGP era la responsable de que todo el proceso cumpla con las normas de higiene establecidas por la Dirección General de Gestión Ambiental - Digesa del Ministerio de Salud.

b) Servicio secundario de cafetería

Este servicio estaba dirigido a los visitantes. De la misma manera que el servicio principal de alimentación, la SGP se encargó de ofrecer el servicio integral. En este caso se establecieron tarifas máximas que requerían la opinión favorable del supervisor con el fin de ser aprobadas por el INSN SB.

Servicio de lavandería

El objeto principal de este aspecto era brindar el servicio integral de higienizado de ropa a fin de garantizar la disponibilidad de esta, en condiciones óptimas de limpieza, planchado y costura. Este servicio abarcaba la dotación, reparación y reposición del material textil del instituto; el suministro del stock suficiente de ropa en condiciones adecuadas; el servicio de lavandería que comprende lavado, secado, planchado y doblado de la ropa, así como su traslado a los lugares de almacenamiento.

Adicionalmente, en cuanto a la reposición de la ropa de cama, se estableció que se realizaría con una periodicidad de tres meses mientras que el cambio sería diariamente.

Servicio de seguridad integral

Se buscó encargar la gestión integral de la seguridad con el fin de brindar protección y vigilancia tanto de las personas como de las instalaciones. Ello se lograba mediante el control de accesos, la seguridad de los estacionamientos, la prevención de delitos, el uso de sistema de videovigilancia, el apoyo en situaciones de emergencia y la respuesta a incidentes.

Gestión de residuos hospitalarios

El servicio comprendía la recolección, segregación, tratamiento, traslado y disposición final de los residuos hospitalarios generados por el instituto. Se entiende por residuos hospitalarios a cualquier material rechazado porque su utilidad se considera acabada.

Central de esterilización

El servicio comprendía la recolección, segregación, tratamiento, traslado y disposición final de los residuos hospitalarios generados por el instituto. Se entiende por residuos hospitalarios a cualquier material rechazado porque su utilidad se considera acabada.

El objeto del servicio es la gestión de todo tipo de materiales e instrumental estériles que requiere el instituto, incluyendo los procesos y equipos necesarios para el retiro del material sucio, el procesado, así como su entrega en los puntos de uso. Los dos tipos de esterilización que comprendía el servicio eran los siguientes:

- Baja temperatura (menos de 50 °C - 60 °C).
- Alta temperatura (mayor a 120 °C - calor seco y vapor).

El contrato también estableció que la SGP debía realizar mensualmente controles de calidad por laboratorios externos autorizados y los resultados de los controles debían ser comunicados al INSN SB. Adicionalmente, en el anexo del contrato se establecieron indicadores de monitoreo de la calidad del servicio, los cuales figuran en el anexo 1.

Patología clínica (laboratorio)

La gestión integral del servicio de patología clínica (laboratorio) comprendía al conjunto de acciones destinadas a satisfacer integralmente las necesidades asistenciales y preventivas en las siguientes áreas: bioquímica, inmunología, hematología, microbiología, y pruebas de emergencia.

a) Plazos

Para este servicio se establecieron plazos máximos para los resultados según el tipo de prueba.

Pruebas rutinarias de patología clínica:

- De lunes a jueves: en menos de 24 horas, desde que ingresa la orden al laboratorio.
- Viernes (antes de las 2:00 p. m.): en menos de 24 horas, desde que ingresa la orden al laboratorio.
- Viernes (después de las 2:00 p. m.): antes de las 12:00 m. del lunes siguiente.
- Sábados: antes de las 12:00 m. del lunes siguiente.

Pruebas especiales de bioquímica, inmunología y hematología:

En menos de siete días desde que ingresa la orden de laboratorio, excepto aquellas pruebas que por su naturaleza requieran ser enviadas al extranjero.

Pruebas especiales de microbiología e inmunología:

En menos de cuatro semanas desde que ingresa la orden de laboratorio, excepto aquellas pruebas que por su naturaleza requieran otros tiempos.

b) Pruebas reemergentes y cuidados intensivos incluidos en el servicio.

Adicionalmente, se especificaron los tiempos de respuesta para los tipos de pruebas mencionados.

a. Antes de los 45 minutos

- Análisis de gases en sangre arterial (AGA)
- Electrolitos en sangre: Na⁺, K⁺, Cl
- Troponinas
- CPK

b. Antes de los 90 minutos

- Hemoglobina
- Plaquetas, conteo
- Tiempo de coagulación
- Tiempo de sangría
- Examen completo de orina
- Transaminasa TGP
- Transaminasa TGO
- Hemograma
- Velocidad de sedimentación
- Glucosa
- Urea
- Creatinina
- Bilirrubina total fraccionada
- Proteína total fraccionada
- Calcio
- Amilasa
- Magnesio
- Albumina
- Fósforo

c. Antes de las 4 horas

- Prueba de VIH
- Prueba de hepatitis B (HBV)
- Prueba rápida de influenza
- Gram de fluidos corporales

d. Cultivos

Los cultivos solicitados por los servicios de Emergencia y las Unidades de Cuidados Intensivos deberán ser procesados utilizando la tecnología clínica automatizada en caso esta tecnología se encuentre en el mercado peruano. Mientras que los solicitados por otros servicios, deberán procesarse con tecnología convencional o manual.

De igual forma que el resto de los servicios, se establecieron indicadores de monitoreo de la calidad, los cuales están detallados en el anexo 2.



Mantenimiento de la edificación, instalaciones y equipamiento asociado a la infraestructura

Las especificaciones de este servicio se dividieron en:

a) Mantenimiento de activos físicos

El servicio incluía el mantenimiento de los siguientes activos y elementos:

- Edificios
- Áreas verdes
- Estacionamiento
- Sistema de ascensores y elevadores
- Sistema de vacío clínico, gases medicinales, instalaciones criogénicas y aire comprimido industrial y medicinal.
- Sistema de agua caliente/vapor
- Sistema de presurización de agua
- Sistema de tratamiento de agua
- Grupo electrógeno incluyendo los sistemas eléctricos de alta, media y baja tensión.
- Sistema de tratamiento de residuos hospitalarios
- Sistema de aire acondicionado y sistema de climatización y presurización de ambientes.
- Sistema extractor de agua residual
- Sistema de media/baja tensión
- Sistema de agua contra incendio
- Sistema de aire comprimido medicinal/industrial.
- Sistema de almacenamiento de petróleo
- Sistema de circulación de gas
- Sistema de tierra eléctrica
- Sistema de refrigeración
- Sistema de comunicación

b) Mantenimiento predictivo

La SGP debía llevar a cabo un mantenimiento predictivo del equipamiento a fin de prever la ocurrencia de averías de determinados tipos de componentes sustituibles. Este servicio, además, implicaba que la sociedad gestora verifique diariamente el adecuado funcionamiento de los equipos y lleve un control de dichas verificaciones.

c) Mantenimiento preventivo programado

El servicio debía incluir el mantenimiento preventivo de todas las actividades de limpieza, mediciones, comprobaciones, certificaciones de proceso, regulaciones, entre otros. Además, abarcaba todas las acciones que aseguren el estado óptimo de las obras, instalaciones y equipos.

d) Mantenimiento correctivo

Se debía brindar un servicio de reparaciones y mantenimiento correctivo para el instituto, el cual cubría todas las actuaciones necesarias para la reparación y puesta en servicio de sus instalaciones. Ello incluía el servicio inmediato de apoyo y consejería técnica antes las solicitudes de los usuarios. El servicio debía minimizar la interferencia del funcionamiento normal del INSN SB.

En caso se notifique una avería o incidencia en algún activo, se establecieron tiempos máximos de respuesta desde la notificación, así como tiempos máximos de corrección. Estos límites se establecieron de acuerdo a la siguiente tabla:

Tabla 3
Tiempos máximos de respuesta y corrección de averías o incidencia en algún activo

Categoría	Tiempo Máximo de Respuesta	Tiempo Máximo de Corrección
Emergencia (si se requiere el cese de la actividad del INSN-SB)	30 minutos	12 horas
Urgencia (si atrasa tiempos en los procedimientos médicos)	1 hora	24 horas
Ordinaria (el resto)	2 horas	48 horas

Fuente: Contrato de concesión

En el contrato también se estableció que cerca a la finalización del contrato, el INSN SB podía realizar una inspección del estado de los bienes a conservar a fin de que pueda solicitar a la SGP las recuperaciones, reparaciones o reposiciones que se requieran producto del inadecuado estado de conservación de algunos bienes.

Mantenimiento del equipo clínico y no clínico

El servicio incluye el mantenimiento a todos los niveles de los siguientes activos y elementos:

Equipo biomédico, equipo complementario, equipo electromecánico, informático, laboratorio, mobiliario administrativo, mobiliario clínico y sistemas informáticos y de comunicación. El objetivo del servicio de mantenimiento fue asegurar el correcto y permanente funcionamiento de los equipos incluidos en el contrato.

Para ello se establecieron también tiempos máximos de respuesta desde que se le notificaba a la SGP el parte de avería o incidencia, así como tiempos para la corrección de estas fallas. Los plazos se establecieron de acuerdo con la siguiente tabla:

Tabla 4

Tiempos máximos de respuesta y corrección de averías o incidencia en el equipamiento

Categoría	Tiempo Máximo de Respuesta	Tiempo Máximo de Corrección
Emergencia (si se requiere el cese de la actividad del INSN-SB)	30 minutos	12 horas
Urgencia (si atrasa tiempos en los procedimientos médicos)	1 hora	24 horas
Ordinaria (el resto)	2 horas	48 horas

Fuente: Contrato de concesión

En adición, la SGP era responsable de elaborar e implementar los distintos planes de mantenimiento (preventivo, correctivo y predictivo) propios del servicio.

Los indicadores establecidos para monitorear la calidad de este servicio se detallan en el anexo 3.

Servicio de asistencia técnica de adquisición

Este servicio se incluyó como parte de las obligaciones de la SGP con el fin de aprovechar la experiencia del privado en gestión de equipos necesarios para la operación de centros hospitalarios como el INSN SB. El instituto era el encargado de adquirir los equipos; sin embargo, la SGP estaría encargada del mantenimiento. Es por ello que era necesario también el soporte de la sociedad gestora.

Para el servicio de asistencia técnica, era necesaria la elaboración de un plan de reposición de los equipos específicos, el cual consideraría un horizonte de años hasta la finalización del contrato. Anualmente este documento debía ser actualizado por la SGP en base a la información disponible del estado situacional de los equipos.

Además de ello, se debía analizar detalladamente la propuesta de inversiones de reposición para el año siguiente.

Esta propuesta debía estar debidamente sustentada y si en caso fuera aplicable, debía detallar los potenciales factores que determinarían la necesidad de esta reposición, así como una estimación de los importes estimados de la inversión requerida.

A fin de monitorear el servicio se establecieron los indicadores contenidos en el anexo 4.

Volumen previsto de prestación de los servicios

En el contrato de gerencia se incluyó un apartado con una estimación del grado de actividad de los servicios que estaban a cargo de la SGP, entre ellos, el servicio de alimentación, lavandería, gestión de residuos, esterilización y patología clínica.

Los volúmenes, que fueron detallados en el apéndice 2 del anexo 7 del contrato, correspondían a valores que se esperaban alcanzar a partir del tercer año calendario de vigencia del contrato. Estos volúmenes fueron los siguientes:

Alimentación

Tabla 5

Volumen previsto del servicio de alimentación

Concepto	Nro. Menús / Año Calendario
Desayuno	135,267
Almuerzo	189,115
Merienda	81,419
Cena	135,267
Volumen Total	541,068

Fuente: Contrato de gerencia

Lavandería

Tabla 6

Volumen previsto del servicio de lavandería

Concepto	Kg/Año Calendario
Volumen Total	429,512

Fuente: Contrato de gerencia

Residuos

Tabla 7

Volumen previsto del servicio de gestión de residuos

Concepto	Kg/Año Calendario
Volumen Total	151,351

Fuente: Contrato de gerencia

Esterilización

Tabla 8

Volumen previsto del servicio de esterilización

Concepto	N° de procedimientos Año Calendario
Intervenciones Quirúrgicas	8,536
Otros procedimientos	27,911

Fuente: Contrato de gerencia

Patología Clínica

En cuanto a los volúmenes para este servicio, se detalló el estimado referido a los tres primeros años calendario. Se estimó que a partir del tercer año se estabilizaría el nivel de actividad de este servicio.

Tabla 9

Volumen previsto del servicio de patología clínica (laboratorio)

Número de Pruebas por Año Calendario		
1er Año	2do Año	3er Año+
715,638	1,050,839	1,379,009

Fuente: Contrato de gerencia



6. Licitación

En el presente capítulo se abarca el desarrollo del proceso de promoción, las consultorías requeridas para el desarrollo del proyecto, así como la promoción que se le realizó a fin de llevar a cabo exitosamente el proceso de concurso hasta la adjudicación de la buena pro y firma del contrato. La información ha sido recopilada del libro blanco del proyecto. [32]

6.1 Plan de promoción

Con el fin de cumplir con el encargo del Ministerio de Salud, ProInversión designó a un director de proyecto el cual estuvo encargado de dirigir tanto la fase de formulación como el proceso de promoción de esta APP junto a un equipo multidisciplinario compuesto por asesores legales, técnicos, financieros y una asistente administrativa.

Como se mencionó previamente, la incorporación del proyecto al proceso de promoción se aprobó mediante sesión del Consejo Directivo, desarrollada a fines de marzo del 2013. Iniciado el proceso de promoción del proyecto, mediante acuerdo del Comité Pro Desarrollo del 18 de abril del 2013, se aprobó la modalidad y el plan de promoción del proyecto. Este acuerdo fue posteriormente ratificado por el Consejo Directivo de ProInversión a fines del mismo mes.

Cabe señalar que posteriormente se realizaron dos modificaciones al plan de promoción, la primera en julio del 2013 y la segunda a fines del mismo año. En las modificaciones, a solicitud del Minsa, se excluyó del rubro Apoyo al Diagnóstico lo relacionado a la operación del servicio de diagnóstico de imágenes y la operación del Banco de Sangre.

El plan de promoción busca establecer el diseño general del proceso de promoción, las actividades necesarias para el desarrollo de este, el cronograma referencial y, además, define las principales características del proceso de promoción de la inversión privada del proyecto. En ese sentido, el plan comprendió los siguientes aspectos:

- El proyecto se desarrollaría a través de una APP, bajo la modalidad de un contrato de gerencia.
- El objetivo del proceso de promoción fue promover la participación de un operador privado que asuma la gestión del INSN SB, en cuanto a garantizar:
 - La adecuada sostenibilidad, operación, conservación, vida útil y mantenimiento integral de la infraestructura, de las instalaciones y el equipamiento general del mismo.
 - La prestación de servicios de apoyo al diagnóstico y servicios generales, de acuerdo con las exigencias requeridas por el Minsa.
- Instalaciones e infraestructura. Mantenimiento de la edificación, áreas verdes, estacionamientos, incluidos los siguientes equipos asociados a la infraestructura: sistema de oxígeno, sistema de ascensores, sistema de vacío clínico, sistema de agua caliente, sistema de presurización de agua, sistema de ablandamiento de agua, grupo electrógeno, sistema de tratamiento de residuos, sistema de aire acondicionado, sistema de extractores de aire, sistema de media tensión, sistema de agua contra incendio, sistema de aire comprimido medicinal, sistema de almacenamiento de petróleo, sistema de almacenamiento de gas y sistema de tierra eléctrico.
- Equipamiento clínico y no clínico. Mantenimiento de 14720 equipos y materiales agrupados de la manera siguiente: equipo biomédico, equipo complementario, equipo electromecánico, equipo informático, equipo instrumental, laboratorio, mobiliario administrativo, mobiliario clínico, sistemas informáticos y de comunicación.
- Servicios Generales. Operación y mantenimiento de los servicios siguientes: lavandería, cocina y nutrición de pacientes, limpieza, seguridad, traslado y disposición de residuos sólidos y líquidos.

- Apoyo al diagnóstico. Operación y mantenimiento de los siguientes servicios de apoyo al diagnóstico: laboratorio y patología clínica, central de esterilización.
- Se estimó que el plazo del contrato no excedería los quince años. Posteriormente, el plazo se estableció en función de los estudios complementarios realizados.
- La inversión en infraestructura y equipamiento estuvieron a cargo del Minsa. En línea con ello, se consideraron los siguientes rubros en cuanto a los ingresos del operador:
 - Inversión por concepto de reposición de equipos.
 - Gastos por operación y mantenimiento de la infraestructura y equipamiento.
- El contrato se definió como cofinanciado y el esquema de financiamiento quedó sujeto a la evaluación económica financiera del proyecto. El monto del cofinanciamiento contó con la opinión favorable del MEF.

Producto del análisis, se obtuvo propuestas técnicas de dos empresas con experiencia en el sector Salud. Luego de verificar que las propuestas no excedieran el monto referencial de los costos de la consultoría y que se cumplan los requisitos técnicos estipulados en los Términos de Referencia, se concluyó que la empresa PricewaterhouseCoopers - PWC obtuvo una mejor calificación dada su amplia experiencia en colaboraciones público privadas en el sector Salud.

Es así como mediante el acuerdo del Consejo Directivo de ProInversión del 26 de abril del 2013, se aprobó la contratación del asesor de transacción.

Finalmente, el 7 de junio del 2013, ProInversión y la empresa PricewaterhouseCoopers suscribieron el contrato N.º013 - 2013 - PROINVERSIÓN.

6.1.1 Consultorías especializadas

Para el desarrollo de este proceso de promoción se requirió la contratación de un asesor de transacción.

Dado que era inminente la entrega del INSN SB y por ende era de suma urgencia contar con el operador privado a fin de emplear la totalidad de los recursos del Estado destinados al instituto, se buscó agilizar los plazos del proceso de contratación del consultor por lo que se le contrató de forma directa y por excepción. Ello fue acorde a lo establecido en el inciso b) del artículo 8 del Reglamento para la Contratación de Servicios y Adquisiciones de Bienes de ProInversión. De no emplear esta modalidad de contratación y optar por realizar un concurso público, se habría afectado el cronograma del proyecto y no se hubiera logrado cumplir con el encargo del Minsa en los plazos previstos.

A fin de realizar la contratación, la jefatura del proyecto realizó un análisis de mercado basado en requisitos mínimos de calificación de potenciales ofertantes de los servicios necesarios para desarrollar el proyecto.

6.2 Proceso del concurso

6.1.2 Bases y primera versión del contrato de gerencia

Las bases del Concurso Público Internacional del Proyecto, las cuales contaban previamente con la conformidad del Minsa, fueron aprobadas mediante acuerdo del Comité Pro Desarrollo, en su sesión del 14 de octubre del 2013. Dos días después, mediante acuerdo del Consejo Directivo se aprobaron las bases del concurso.

Aprobadas y publicadas las bases del concurso, se establecieron dos rondas de consultas al mencionado documento. Producto de ambas rondas se realizaron modificaciones no sustanciales, las cuales fueron aprobadas por el comité en su sesión del 2 de abril del 2014. En dicha sesión, también se aprobaron las bases integradas que recogían las modificaciones hasta la Circular N.º16 y se facultó al jefe de proyecto para que actualice las bases integrando próximas modificaciones que serían comunicadas mediante circulares.

En línea con ello, se publicaron las bases integradas hasta la Circular N.º21 en la página web de ProInversión para conocimiento del mercado.

En cuanto al primer proyecto del contrato de gerencia, este fue aprobado a través del acuerdo del comité adoptado en su sesión del 11 de noviembre del 2013. El mismo día, mediante la Circular N.º1, se comunicó a los interesados la publicación de la primera versión del contrato a fin de recibir sus comentarios y sugerencias.





6.3 Convocatoria

El 14 de octubre del 2013, el Comité Pro Desarrollo de ProlInversión aprobó las bases del concurso público internacional para el proceso de promoción de la inversión privada del proyecto "Gestión del Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja". Dos días después, el Consejo Directivo de ProlInversión también aprobó dicho documento. Posteriormente, el 20 de octubre del mismo año, ProlInversión realizó la convocatoria del concurso. En cumplimiento de la normativa se publicó durante dos días consecutivos en el diario oficial El Peruano. Adicionalmente, se optó por publicar la convocatoria en los diarios El Comercio y La República.

De acuerdo con lo estipulado en las bases, los inversionistas interesados en participar en el proceso debían cancelar un derecho de participación cuyo monto ascendió a USD 1 000 000. Las empresas que accedieron al mencionado derecho fueron las siguientes:

1. Eulen del Perú de Servicios Complementarios
2. Ingenieros Civiles y Contratistas Generales S. A.
3. Ibérica de Mantenimiento S. A. Sucursal del Perú
4. Medlab Cantella Colichón S. A. C - Medlab S. A. C.
5. Soluciones por Diagnóstico para Laboratorios Latinoamérica S. A. C - Sodilab S. A. C
6. IGSA Medical Services Perú S. A. - IGSA Perú S. A.
7. BTD Proyectos 12 - S. A.
8. Laboratorios Roe S. A.
9. Blufstein Laboratorio Clínico S. A.
10. Sodexo Perú S. A. C.

6.3.1. Circulares

Como se mencionó previamente, las modificaciones a las bases, así como otros puntos relacionados al desarrollo del concurso, se comunicaron a los interesados mediante circulares. Estas fueron publicadas en la página web de ProlInversión. A lo largo del proceso de promoción del proyecto se emitieron las siguientes 25 circulares, las cuales se adjuntan en los anexos del presente documento.

6.3.2 Calificación

A fin de llevar a cabo el proceso de calificación de los inversionistas interesados, mediante el acuerdo del Comité Pro Desarrollo adoptado en la sesión del 24 de febrero del 2014, se acordó constituir la Comisión de Recepción de Sobres N.º1 del concurso. Esta comisión contaría con las siguientes facultades:

- Comunicar a los postores la fecha y hora de presentación del sobre N.º1 así como recibirlos.
- Solicitar la subsanación de los documentos que presenten errores subsanables o, si fuera el caso, requerir aclaraciones a la información contenida en los documentos presentados.

Requisitos de calificación

Los requisitos que debían cumplir los interesados en participar en el concurso se dividieron en requerimientos técnicos, legales y financieros.

a) Requisitos técnicos

• Requisitos tipo 1

El interesado, sea una persona jurídica o un consorcio mediante sus integrantes, debía acreditar experiencia en la gestión, administración u operación, de manera directa o indirecta, de los siguientes servicios:

- Mantenimiento de la infraestructura, instalaciones y equipamiento electromecánico asociado a la infraestructura y mantenimiento de equipos clínicos.
- Acreditar como mínimo cinco prestaciones de los servicios mencionados en los últimos cinco años. Dos de estos servicios debían estar vigentes y mínimamente dos debían corresponder a hospitales de alta complejidad.
- Las áreas construidas de ambos hospitales debían sumar más de 30 000 m² y cada uno debía contar con un número igual o superior a 150 camas.

Limpieza

Acreditar experiencia de prestaciones de limpieza en hospitales o clínicas que sumen una superficie igual o superior a 30 000 m² en los últimos tres años. Como mínimo, una prestación debería estar vigente y una de ellas debía ser en un hospital de alta complejidad con un área construida igual o superior a 20 000 m².

Alimentación

Acreditar experiencia en al menos tres hospitales con una producción de al menos 400 raciones diarias en cada uno durante los tres últimos años. Al menos una prestación de este servicio debía estar vigente y como mínimo el servicio debía ser en un hospital de alta complejidad.

Las empresas que acreditaban los requisitos tipo 1, debían también contar con una certificación de calidad ISO vigente o una acreditación internacional de calidad vigente.

• Requisitos tipo 2

El interesado, sea una persona jurídica o un consorcio mediante sus integrantes, o una empresa con la que hubiese establecido un compromiso de subcontratación, debía acreditar experiencia en la prestación directa de los siguientes servicios:

Patología clínica (laboratorio)

Acreditar experiencia mínima de cinco años en las labores del servicio, con un volumen igual o mayor de 600 000 pruebas anuales en al menos uno de los últimos dos años. Adicionalmente, debía acreditar una certificación de calidad ISO vigente o contar con otra certificación internacional de buenas prácticas en procesos de laboratorio.

Esterilización

Acreditar experiencia en los últimos tres años en las labores de esterilización en al menos dos hospitales o clínicas. Uno de estos centros debía ser un hospital de alta complejidad.

Gestión de residuos hospitalarios

Acreditar experiencia en al menos dos prestaciones de servicios de disposición y traslado de residuos hospitalarios en los últimos cuatro años en al menos un hospital de alta complejidad.

En caso esta experiencia sea acreditada mediante una empresa con la que se cuente con un compromiso de subcontratación, se debía presentar adicionalmente un compromiso de subcontratación con dicha empresa para la prestación de los servicios acreditados. En línea con ello, si el interesado resultaba adjudicatario, debía presentar, previo a la firma del contrato, la firma del acuerdo de subcontratación con la empresa que acreditó experiencia en los mencionados servicios.

b) Requisitos legales

Estos fueron algunos de los principales requisitos legales que debía acreditar el interesado en participar en el concurso:

- Copia legalizada del documento constitutivo del interesado. En caso sea un consorcio, se debía presentar la copia legalizada del documento constitutivo de cada integrante.
- Declaración jurada firmada por el representante legal del interesado, la cual confirmaba la existencia de la empresa o consorcio, conforme a los principios legales aplicables. Asimismo, otra declaración jurada donde se indique el porcentaje de participación de los accionistas o socios de la empresa. En caso fuera un consorcio, se debía indicar la misma información para cada uno de sus integrantes.
- El interesado o uno de sus integrantes debía haber pagado el derecho de participación. También podía ser adquirido por cesión de derechos.
- Ni el interesado ni ninguno de sus miembros debía estar sancionado administrativamente con inhabilitación temporal o permanente para participar en procesos de selección convocados por el Estado peruano o para contratar con el Estado. Además, el interesado no podía haber dejado de ser parte contratante por incumplimiento de un contrato celebrado con el Estado peruano, en el marco del proceso de promoción de la inversión privada.

- Los asesores del interesado no debían haber prestado directamente ningún tipo de servicios a favor de ProInversión o del comité durante el desarrollo del concurso.

c) Requisitos financieros

El interesado debía acreditar un patrimonio neto mínimo de USD 10 000 000,00 y un nivel de ventas anuales mínimo de USD 40 000 000,00.

El cumplimiento de todos los requerimientos establecidos en las bases del concurso permitía que el interesado sea declarado calificado y pueda seguir adelante en el proceso.

Es así que culminado el plazo previsto en las bases para la presentación del sobre N.º1, se recibieron solicitudes de calificación de los siguientes tres consorcios:

- Consorcio ABC San Borja (integrado por Hospital Moncloa S. A.; Clínica Vista Hermosa S. A., Sociedad Unipersonal; BTD Proyectos 12 S. A. y Comertel S. A.).
- Consorcio para la Gestión del Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja (integrado por Eulen del Perú de Servicios Complementarios S. A., Eulen S. A. y Catering Arcasa S. L.).
- Consorcio Gestora Peruana de Hospitales (integrado por Ibérica de Mantenimiento S. A. Sucursal del Perú, Dokesim S. L., Mediterránea de Catering S. L., Sociedad Unipersonal y MedLab Cantella Colichón S. A. C.).

6.3.3 Resultado de la clasificación

Luego de que la Comisión de Recepción realizara la revisión correspondiente a los documentos presentados por los interesados, se concluyó que solo el Consorcio para la Gestión del Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja presentó adecuadamente la documentación requerida. En línea con las facultades de la comisión se solicitó, mediante oficios, a los dos consorcios restantes subsanar las observaciones formuladas a sus sobres N.º1. Ambos interesados cumplieron con presentar la documentación con la subsanación de observación, dentro del plazo que contemplaba las bases.

Producto de la verificación, se determinó que los tres interesados cumplían con los requisitos técnicos, legales y financieros establecidos en las bases. En ese sentido, la recomendación final de la comisión, ante el comité, fue declarar como interesados calificados a los tres consorcios que presentaron documentos.

En consecuencia, el comité, mediante Acuerdo 166-1-2014-Salud del 28 de marzo del 2014, declaró como interesados calificados del Concurso Público Internacional denominado Proceso de Promoción de la Inversión Privada del Proyecto "Gestión del Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja" a las siguientes empresas:

- Consorcio ABC San Borja
- Consorcio para la Gestión del Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja
- Consorcio Gestora Peruana de Hospitales

Los resultados de las empresas aptas para participar en la siguiente etapa del concurso fueron comunicados el mismo día mediante Circular N.º 14.

6.3.4 Versión final del contrato de gerencia

Como se señaló previamente, luego de publicada la primera versión del contrato de gerencia, se recibieron comentarios y sugerencias de los interesados. Considerando la revisión de estas sugerencias, así como las coordinaciones con el Minsa y MEF, se elaboró el proyecto de versión final del contrato de gerencia, el mismo que fue aprobado mediante acuerdo del comité, el 28 de febrero del 2014. Asimismo, mediante la Circular N.º 11 se notificó a los interesados esta nueva versión del contrato.

Esta versión también fue compartida con el Minsa y MEF a fin de que brinden su opinión favorable al proyecto de versión final del contrato. Sin embargo, ProInversión informó a ambos ministerios que se estaban realizando ajustes al documento enviado por lo que ambas solicitudes quedaron sin efecto.

El nuevo proyecto de versión final recogía sugerencias del MEF, así como revisiones del equipo del proyecto junto con el asesor de transacción. Esta versión fue aprobada mediante Acuerdo del Comité Pro Desarrollo N.º 164-3-2014-SALUD del 24 de marzo del 2014 y se procedió a solicitar nuevamente las opiniones formales a las entidades respectivas.

Es así como el 27 y 28 de marzo del 2014 se recibieron las opiniones favorables del Minsa y MEF, respectivamente. La opinión del MEF incluía recomendaciones a la versión del contrato por lo que estas requirieron ser incorporadas y posteriormente aprobadas por el comité. Cabe precisar que el Minsa manifestó su conformidad a las modificaciones al contrato.

La versión final del contrato de gerencia fue elevada al Consejo Directivo quien la aprobó y con ello se remitió el documento a la Contraloría General de la República a fin de que emita el informe previo correspondiente. Sin embargo, dado que se llevaron a cabo coordinaciones posteriores con el Minsa y se realizaron modificaciones a aspectos vinculados a los niveles de inversión ya ejecutados en el Proyecto de Inversión Pública, ProInversión solicitó a la CGR dejar sin efecto la solicitud en curso.

De esta manera, incorporando las modificaciones mencionadas, se desarrolló la nueva versión final del contrato de gerencia, la cual fue aprobada el 26 de junio del 2014 mediante Acuerdo del Comité Pro Desarrollo. Asimismo, se procedió a solicitar las opiniones formales del Minsa y MEF a esta nueva versión, las mismas que llegaron el 1 de julio del mismo año, mediante oficios N.º 12-2014-DVM-PAS/MINSA y N.º 206-2014-EF/15.01, respectivamente. Con la recepción de ambas opiniones favorables, el Consejo Directivo de ProInversión aprobó la nueva versión final del contrato. Esta versión final se comunicó a los inversionistas interesados mediante la Circular N.º 21.

Asimismo, se le remitió nuevamente el contrato a la Contraloría a fin de que emita su informe previo. Luego de que la entidad solicitara información adicional relacionada a determinados aspectos del proyecto, y respondida esta solicitud, la CGR remitió su informe previo el 17 de julio del 2014, mediante Oficio N.º 01087-2014-CG/DC, en el cual incluyó recomendaciones, las mismas que se atendieron en coordinación con el Minsa.



6.4 Criterios para la adjudicación de la buena pro

De acuerdo con las bases del concurso, la adjudicación de la buena pro sería efectuada por el comité al postor que presente la menor oferta económica. Para este proceso, dicha oferta comprendía la Retribución por el Mantenimiento y Operación Ofertada - RPMO Ofertada y la Tarifa por Prueba Equivalente Adicional de Laboratorio Ofertada - TPAL ofertada por el postor. Ambos conceptos estarían contenidos en el sobre N.º3.

6.4.1 Retribución por Mantenimiento y Operación - RPMO

La RPMO hace referencia al importe anual que percibirá la SGP de acuerdo con lo establecido en su oferta económica por la disponibilidad y la calidad de todos los servicios establecidos en el contrato de gerencia. Cabe señalar que este monto sería expresado en nuevos soles y no incluía el costo del supervisor del contrato ya que este se le retribuiría al privado.

6.4.2 Tarifa por Prueba Equivalente Adicional de Laboratorio Ofertada - TPAL

La TPAL es la tarifa de retribución a la SGP por cada prueba equivalente que realice por encima de la cantidad de pruebas que cubra la RPMO. Este monto también se expresaba en nuevos soles.

Los valores máximos para la Retribución por mantenimiento y operación y Taller por prueba adicional fueron definidos mediante Circular N.º15 y N.º20, respectivamente. Estos valores fueron:

Ilustración 21

Volumen previsto de Valores máximos de la RPMO y TPAL el servicio de lavandería

Valores máximos	
Retribución por mantenimiento y operación	Tarifa por prueba equivalente adicional
S/ 49'500,000.00 más IGV	S/ 7.00 más IGV

Fuente: ProInversión - Libro blanco del proyecto 2016
Elaboración propia.

La oferta con menor valor sería determinada de la aplicación de la fórmula de evaluación de ofertas económicas de los postores. Esa fórmula fue la siguiente:

- OE : oferta económica del postor calificado.
- F_{RPMO} : factor de ponderación para el factor de competencia de la RPMO.
- F_{TPAL} : factor de ponderación para el factor de competencia de la TPAL.
- $RPMO_0$: RPMO ofertada por el postor calificado.
- $RPMO_{MAX}$: valor máximo de la RPMO establecido en el anexo 10 de las bases.
- $TPAL_0$: TPAL ofertada por el postor calificado.
- $TPAL_{MAX}$: valor máximo de la TPAL establecido en el anexo 10 de las bases.

Los valores de los factores de ponderación fueron también establecidos en la circular N.º18, donde se asignaba un valor del 87 % para el F_{RPMO} y un 13 % para el F_{TPAL} . El resultado de la aplicación de la fórmula estará expresado con dos dígitos después del punto decimal.

El comité adjudicaría la buena pro al postor calificado cuya propuesta técnica contenida en el Sobre N.º2 fuese declarada válida y, además, haya presentado la menor oferta económica.

6.4.3 Apertura de sobres y adjudicación de la buena pro

En concordancia con el cronograma final establecido en las bases, la recepción de sobres N.º2 y N.º3 se llevó a cabo el 21 de julio del 2014 en las instalaciones de ProInversión. Al acto de recepción de sobres asistieron los tres consorcios calificados cuyas propuestas técnicas fueron declaradas válidas por el Comité Pro Desarrollo. Con ello, todos los interesados se encontraron aptos para participar en la siguiente etapa del concurso, es decir, la apertura de sobres N.º3.

Dicha etapa se llevó a cabo el 25 de julio del 2014, obteniéndose los siguientes resultados:

Tabla 10
Resumen de propuestas

	Postor	Factor concursable	Propuesta Económica (S/.)	Oferta Económica	Adjudicatario de la Buena Pro
1	Consortio Gestora Peruana de Hospitales	RPMO 0	31'867,765.79	0.64	X
		TPAL 0	4.29		
2	Consortio para la Gestión del Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja	RPMO 0	38'392,120.00	0.76	
		TPAL 0	4.70		
3	Consortio ABC San Borja	RPMO 0	45'170,785.00	0.90	
		TPAL 0	5.52		

Fuente: ProInversión - Libro blanco del proyecto 2016
Elaboración propia.

En línea con lo establecido en las bases y según se aprecia en la Tabla 10, el comité declaró adjudicatario de la buena pro al Consortio Gestora Peruana de Hospitales dado que propuso la menor oferta económica.

6.5 Proceso de cierre

El Comité Pro Desarrollo estableció, mediante Circular N.º25, que la fecha de cierre del concurso se llevaría a cabo el lunes 13 de octubre del 2014. Al igual que la adjudicación de la buena pro, se desarrollaría en las instalaciones de ProInversión.

De acuerdo a lo que indicaban las bases, hasta la fecha de cierre se debía cumplir con los siguientes actos:

- El adjudicatario debía presentar una copia del testimonio de la escritura pública de constitución de la SGP que suscribiría el contrato de gerencia, así como la documentación que acredite su inscripción.
- Testimonio del poder de la persona que por parte de la SGP suscribirá el contrato. Los miembros del consorcio adjudicatario de la buena pro debían certificar que no estaban inhabilitados para participar en procesos de selección ni impedidos de contratar con el Estado.
- Garantía de fiel cumplimiento del contrato de gerencia, que consistía en una carta fianza bancaria, cuyo objetivo era garantizar el cumplimiento de todas las obligaciones contractuales de la SGP.

Las características de esta garantía eran las siguientes:

- Desde la fecha de cierre hasta los dos primeros años del periodo de operación, el valor de la garantía ascendería a USD 7 000 000,00.
- Para los siguientes seis años el valor sería de USD 5 000 000,00 y para los últimos dos años el valor sería de USD 7 000 000,00.

Ilustración 22
Principales hitos del proyecto “Gestión del INSN - SB”



Fuente: ProInversión - Libro blanco del proyecto 2016
Elaboración propia.

6.6 Características internas del proyecto

6.6.1 Miembros del consorcio adjudicatario

Como se indicó en la sección anterior, el adjudicatario fue el Consorcio Gestora Peruana de Hospitales quien posteriormente se constituyó como Gestora Peruana de Hospitales S. A. - Gepeho S. A.

Este fue un consorcio peruano-español, formado por las siguientes empresas:

6.6.1.1 Ibérica de Mantenimiento S. A. Sucursal del Perú

Ibérica de Mantenimiento S. A., más conocida como Ibermansa, es una empresa que forma parte del Grupo Empresarial Electromédico. Este grupo fue fundado en 1982 en España y lo conforman las tres empresas siguientes: Mantelec S. A., Iberman S. A. y Asime S. A.

Se especializan en el suministro, puesta en marcha, operación y mantenimiento de equipos de uso médico e instalaciones hospitalarias. Respecto a los servicios establecidos en el contrato, esta empresa se encarga de los siguientes servicios:

- Mantenimiento de infraestructura
- Mantenimiento del equipamiento clínico y no clínico
- Lavandería
- Asistencia técnica de adquisición

Ibermansa Perú está certificado con las ISO 9001:2015 e ISO 14001:2015, en el suministro, instalación y puesta en marcha de equipamiento médico; mantenimiento preventivo, correctivo de equipamiento médico, mobiliario clínico e infraestructuras hospitalarias y lavandería hospitalaria [43].

6.6.1.2 Mediterránea de Catering S. L., Sociedad Unipersonal

Mediterránea de Catering, ahora Grupo Mediterránea, es una compañía multinacional de origen español, fundada en 1988. El grupo cuenta con más de 30 años de experiencia en la prestación de servicios, en especial en el sector de la restauración. Actualmente posee varias áreas de negocio entre las que están salud, educación, corporativo, sociosanitario, vending, entre otras. En el rubro de hospitales, en el marco del contrato, el grupo ofrece los siguientes servicios:

- Alimentación y cafetería
- Limpieza y bioseguridad
- Seguridad integral
- Gestión de residuos hospitalarios
- Central de esterilización

Este grupo cuenta con la certificación ISO 9001:2015 del Sistema de Gestión de Calidad y además está certificado con la ISO 22000 de Seguridad Alimentaria, la cual certifica que la empresa cumple con los requisitos que aseguran la inocuidad de los alimentos durante todo el proceso de la cadena de suministro [44].

6.6.1.3 Medlab Cantella Colichón S. A. C

La empresa peruana fue fundada en 1996 producto de la adquisición del Instituto de Diagnóstico Cantella-Colichón por el Grupo SGS. Seis años después la empresa obtuvo la certificación de calidad ISO 9001. En el 2011 empezó a prestar servicios al Instituto Nacional del Corazón - Incor, siendo el primer laboratorio privado en prestar servicios integrales a un hospital de EsSalud.

En 2014 inició operaciones en el Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja. Posteriormente, en 2017, Medlab logra ser el primer laboratorio del Perú en obtener la certificación ISO 15189, la cual mantiene hasta la actualidad. A fines del mismo año, Medlab pasa a formar parte del Grupo Synlab, ahora Synlab Perú. En el marco del contrato, Synlab se encarga de la gestión integral del servicio de Patología Clínica (laboratorio) del INSN SB [45].



Toma de
Muestras 02

6.7 Costo del proyecto

Los costos incurridos para el desarrollo del proyecto se clasifican en dos: costos del proceso y costos estimados del proyecto.

Respecto a los costos del proceso, mediante acuerdo, el Comité Pro Desarrollo aprobó el 26 de marzo del 2014, el monto de los gastos del proceso del proyecto. Dicho monto ascendía a S/ 2 844 287,00, incluido IGV. Por medio de la Circular N.º13 se comunicó a los interesados el valor de los gastos del proceso de promoción, el cual fue posteriormente cancelado por el adjudicatario de la buena pro.

Los gastos del proyecto, desde diciembre del 2012 hasta marzo del 2014, estuvieron compuestos de la siguiente forma:

Tabla 11
Gastos generados en el proceso de
promoción del proyecto

	Dólares (US\$)	Soles (S/.)
Gastos Directos	761,074.49	2'109,855.74
Liquidación de gastos de los Procesos del 01.12.12 al 06.03.14	477,833.44	1'336,612.83
Gastos por Honorarios de Diciembre 2012- Febrero de 2014	283,241.04	773,242.91
Gastos Indirectos		
10% de los gastos directos	76,107.45	210,985.57
Gastos Administrativos		
5 % de la suma de Gastos directos más gastos indirectos	41,859.10	116,042.07
Proyección de Gastos a ser reembolsados	145,290.48	407,403.62
Total	1'024,331.51	2'844,287.00

Fuente: ProInversión - Libro blanco del proyecto 2016
Elaboración propia.

En cuanto a los costos estimados del proyecto, se estableció que el contratante retribuirá a la SGP por la prestación de los servicios obligatorios establecidos en el contrato. Dicha retribución está compuesta por los siguientes conceptos:

- Retribución por el Mantenimiento y Operación -RPMO.
- Retribución por Prueba Equivalente Adicional de Laboratorio - RPAL.
- Retribución por Servicio de Reparación y Puesta en Funcionamiento Inicial - RSI.
- Retribución por Demanda No Cubierta por la RPMO.

Para determinar estos conceptos se aplicaron las fórmulas presentadas a continuación:

Retribución por el Mantenimiento y Operación - RPMO

La SGP tendrá derecho a recibir una retribución que está afecta a los siguientes conceptos:

- i) La retribución mensual base (RPMO mensual base)

La RPMO mensual base se calculará dividiendo entre doce meses el valor anual resultante de la RPMO y un factor de ajuste, el cual toma en cuenta el crecimiento progresivo, durante los tres primeros años calendario, del nivel de actividad del INSN SB.

Esta retribución se devengará a partir de la fecha de inicio del periodo de operación y se calculará de la siguiente forma:

$$RPMO_{m,t}^B = \frac{RPMO_t^A}{12} \times F_t$$

Donde:

- $RPMO_{m,t}^B$: RPMO mensual base del mes m del año calendario t.
- $RPMO_t^A$: RPMO actualizada para el año calendario t.
- F_t : RPMO factor de ajuste a la RPMO para el año calendario t que considera el crecimiento progresivo del nivel de actividad del INSN SB durante los tres primeros años calendario.

- ii) Las deducciones mensuales

Los montos de las deducciones se aplican a la retribución mensual base. De igual forma, este valor se devengará mensualmente sobre la base de la RPMO mensual del mes en cálculo y el porcentaje de deducciones mensuales generado en el mes anterior. Este porcentaje era un monto diferido que solo aplicaba en caso las deducciones del mes anterior superaran un valor límite.

Retribución por Prueba Equivalente Adicional de Laboratorio - RPAL

Esta retribución correspondía en caso la cantidad de pruebas equivalentes realizadas sea mayor a la cantidad de pruebas cubiertas por la RPMO y la Tarifa por Prueba Equivalente Adicional de Laboratorio Ofertada (TPAL).

Los montos que le correspondía a la SGP se pagarían de forma mensual acorde a la siguiente metodología:

$$PACRPAL_{m,t} = TPAL_t^A \times NPAL_{m,t}$$

- $PACRPAL_{m,t}$: el pago a cuenta mensual de la retribución por pruebas equivalentes adicionales de laboratorio del mes m del año calendario t.
- $TPAL_t^A$: tarifa por prueba equivalente adicional de laboratorio incluida en la oferta económica de la SGP actualizada.
- $NPAL_{m,t}$: cantidad de pruebas equivalentes adicionales de laboratorio que se generaron el mes m del año calendario t.

Retribución por Servicio de Reparación y Puesta en Funcionamiento Inicial - RSI

Es la retribución que le correspondía a la SGP durante el periodo de puesta en marcha, con el fin de obtener la operatividad de los equipos.

El monto de la retribución dependía de los servicios a cargo de la SGP, los cuales iban a ser definidos en el procedimiento de evaluación inicial (parte de las actividades de la puesta en marcha, previo al inicio del periodo de operación).

Esta retribución solo aplicaba si la SGP requería realizar subsanaciones. Si ese fuera el caso, el monto por concepto de RSI no podía exceder los S/ 5 000 000,00, sin incluir IGV.

Retribución por Demanda No Cubierta por la RPMO - RSD

Este concepto está compuesto por los siguientes dos componentes:

- Ingreso por el número de días cama ocupados que superen la capacidad base de camas, definida en los anexos del contrato.
- Ingreso por número de días en los que el nivel de ocupación del instituto supere la capacidad límite de camas, definida en los anexos del contrato.

Factor de actualización por IPC de Lima Metropolitana y variaciones en la Remuneración Mínima Vital

La SGP era la encargada de solicitar al final de cada año calendario la actualización de la retribución por concepto de variación acumulada del Índice de Precios al Consumidor de Lima Metropolitana - IPC. Esta sociedad debía presentar un informe que evidencie la variación acumulada del IPC de Lima Metropolitana desde el mes anterior a la presentación de la oferta económica hasta el penúltimo mes en el que se elabore el informe. Este informe requería la aprobación del supervisor.

Se estableció que la fórmula aplicaría a aquellas variables que estipule el contrato explícitamente, a excepción de la RPMO.

Donde:

$$Y_t^A = Y_0 \times (1 + VIPC_{t-1})$$

- Y_t^A :valor de la variable Y (ej. TPAL, TOC) actualizado para el año calendario t.
- Y_0 :valor de la variable Y (ej. TPAL, TOC) para el primer año calendario.
- $VIPC_{t-1}$:Variación acumulada del IPC aprobada por el supervisor

Para la actualización de la RPMO se debía seguir la siguiente fórmula:

$$RPMO_t^A = RPMO_0 \times ((1 + VIPC_{t-1}) + 0.4 \times [(\frac{RMV_n}{RMV_0}) - 1])$$

- $RPMO_t^A$:RPMO actualizada para el año calendario t.
- $RPMO_0$:valor de la RPMO.
- $VIPC_{t-1}$:variación acumulada del IPC aprobada por el supervisor.
- RMV_n :valor de la remuneración mínima vital real que se registró en el mes n del periodo de operación, siendo el mes n aquel en el que entró en vigencia la remuneración mínima vital nominal vigente al inicio del año calendario t.
- RMV_0 :es el valor de la remuneración mínima vital real en el mes anterior a la presentación de la oferta económica.

6.8 Riesgos del proyecto

Para el tipo de APP que se estructuró, no aplicaban los riesgos de diseño y construcción por lo que se identificaron riesgos solo de operación y mantenimiento, financieros, de fuerza mayor, de mercado, ambientales y políticos.

a) Riesgo de operación y mantenimiento

La actividad principal de acuerdo con el contrato era la de la operación y mantenimiento, por ende, en esta categoría se identificaron la mayor cantidad de riesgos. En total se identificaron 20 riesgos, siendo estos mayormente asumidos por la Sociedad Gestora del Proyecto - SGP.

Entre los principales riesgos de esta tipología se encontraban:

Mal estado de la infraestructura y/o equipos que serán entregados a la SGP

Con relación a este riesgo, se definió el periodo de puesta en marcha en el cual la SGP evaluaría el estado de los equipos y la infraestructura que se le entregaría. En adición, se estableció que se realizarían pruebas de funcionamiento integral, las cuales garantizarían el correcto funcionamiento tanto de equipos como de infraestructura en conjunto. Posteriormente al periodo de puesta en marcha y a las pruebas de funcionamiento, se estableció la firma de un acta de recepción final. En línea con lo mencionado, el riesgo sería compartido por ambas partes; sin embargo, se establecieron procedimientos para identificar estos potenciales problemas y subsanarlos.

Retraso en la puesta a disposición de la infraestructura y/o equipos iniciales

Este riesgo fue asignado al Minsa ya que era el ministerio quien debía poner a disposición los equipos iniciales, así como la infraestructura. En caso el sector genere un retraso, la SGP tendría derecho a recibir una compensación. Asimismo, la sociedad gestora podía presentar una solicitud de ampliación de plazo de puesta en marcha en caso el contratante haya generado retrasos materiales.





Adquisición de equipos de mala calidad o que no se adecúen al INSN SB

El contrato estableció que la SGP brindaría asistencia técnica al ministerio en la adquisición de equipos. Por lo que al incluir al inversionista en este proceso contribuía a aprovechar la experiencia de la SGP en la gestión de compras de estos equipos. En ese sentido, el riesgo fue compartido entre ambos actores, en caso equipos operados por la SGP deban ser repuestos, eran ellos lo que garantizarían esta reposición. En cambio, si los equipos a reponer no eran operados por el privado, el riesgo se trasladaba al contratante, quien recibiría de igual forma la asistencia técnica mencionada previamente.

Riesgo de obsolescencia de componentes de determinados equipos

Este riesgo fue trasladado a la SGP dado que tenía la obligación de comprar los repuestos necesarios. Sin embargo, se estableció una limitación técnica, en caso el valor de los repuestos supere el valor de venta del equipo, la SGP estaba facultada a proponer la baja de este.

Riesgo de mantener los niveles de disponibilidad requeridos por el contrato.

Este riesgo fue trasladado a la SGP mediante la definición de las especificaciones técnicas e indicadores de calidad y disponibilidad. Asimismo, se estableció un esquema de deducciones, el cual motivaba al privado a no incumplir con los indicadores mencionados en los anexos del contrato.

Riesgo de utilización del INSN SB y sobrecostes de explotación

En el contrato se estableció un nivel de ocupación y actividad estimado para el desarrollo del caso base. Si el instituto tratara un mayor número de pacientes o incrementara su nivel de actividad, se generarían costos adicionales, los cuales serían asumidos por la SGP con cargo a ser retribuidos por el contratante. Es así que, si bien el riesgo de que los costos estén por encima de lo estimado en su oferta económica fue trasladado al inversionista, este fue mitigado parcialmente con los ingresos adicionales que recibiría la SGP.

b) Riesgo de tipo de cambio

Las garantías requeridas para el adjudicatario estaban nominalmente definidas en dólares, es por ello que la fluctuación del tipo de cambio sería una variable a considerar dado su impacto. Estos valores fueron parte de la oferta económica de la SGP; sin embargo, los montos eran mínimos en comparación al tamaño del contrato es así como el adjudicatario asumió la totalidad del riesgo.

c) Riesgo de financiación

El riesgo de obtener el financiamiento para cualquier activo o para el working capital, es decir los recursos financieros necesarios para cubrir las operaciones de la empresa en el corto plazo, era asumido totalmente por la SGP.

d) Riesgo de fuerza mayor

Considerando que se entiende por fuerza mayor a cualquier evento imprevisible e imposible de resistir por la parte afectada y que impidiera el cumplimiento de las obligaciones derivadas del contrato o determinara su incumplimiento parcial o tardío; el riesgo del acontecimiento de estos hechos imprevisibles estaba compartido entre el contratante y la SGP dado que este podría afectar a ambos. Ante la posible ocurrencia de dichos eventos, el contrato estableció mecanismos para superarlos, así como para retribuir los gastos incurridos por la SGP en el caso de terminación del contrato.

e) Riesgo de mercado

Dado que este proyecto fue cofinanciado, se estableció que la SGP recibiría una retribución del contratante (Minsa) por la prestación de sus servicios. En línea con ello, se identificó el riesgo de volatilidad en los ingresos que recibiría la sociedad gestora, el cual fue trasladado a dicha sociedad mediante el mecanismo de deducciones que afectan su retribución. Las deducciones se daban por fallos de calidad y/o fallos de disponibilidad. Adicionalmente, se establecieron límites a estas deducciones, a fin de establecer márgenes para los importes relacionados a este concepto.

Otro riesgo identificado fue el posible retraso en el pago de la retribución; sin embargo, en el contrato se estableció que, si ese fuera el caso, se aplicaría una tasa de interés por mora. Además de ello, la SGP podía resolver el contrato en caso se dé el incumplimiento de pago. En vista de que se establecieron dichas medidas de mitigación a fin de incentivar al ministerio a realizar los pagos a tiempo, el riesgo del cobro fue trasladado a la SGP.

f) Riesgo ambiental

En el contrato de gerencia se estableció la obligación de la SGP de obtener todos los permisos y licencias requeridos por la legislación ambiental vigente. Adicionalmente, se obligó al adjudicatario a obtener acreditaciones internacionales tipo ISO 14001, lo que conllevaba operar minimizando el daño ambiental. Es por ello que este riesgo fue traslado totalmente a la SGP.

g) Riesgos políticos

En esta categoría se identificaron tres riesgos principales. El primero fue el riesgo de que protestas sociales impidan que se puedan prestar los servicios objeto del contrato. Los movimientos sociales calzan en la definición de fuerza mayor, es por ello que este riesgo de igual forma estuvo compartido entre la SGP y el contratante. En segundo lugar se identificó el posible riesgo que traería los cambios en la normativa aplicable que pudieran afectar a la viabilidad económico-financiera del proyecto, que si bien este riesgo ya estaba mitigado en la cláusula de régimen económico (equilibrio económico-financiero), de igual forma se trasladaba a la SGP. El tercer y último riesgo estuvo vinculado a la posibilidad de que surjan modificaciones a los servicios brindados por la SGP, dada nueva normativa o política, lo que implicaría modificar los protocolos de actuación de la sociedad o si fuera necesario, incluir nuevos servicios dentro de la cartera del INSN SB. Ante esta posible necesidad se definieron procedimientos a seguir, dando la oportunidad a la SGP de dar propuestas sobre cómo realizar esta modificación. Acorde a ello, este riesgo fue también asumido por el adjudicatario.

Tabla 12
Matriz de riesgos

Tipología	Riesgo	Riesgo	Privado
Operación y Mantenimiento	Mal estado de la infraestructura y/o equipos	X	X
	Retraso en la puesta a disposición de la infraestructura y/o equipos	X	
	Adquisición de equipos no adecuados o de mala calidad	X	X
	Necesidad de inversiones iniciales	X	X
	Obsolescencia en la adquisición de determinados componentes de equipos		X
	No dar de baja activos	X	X
	No actualizar adecuadamente los software y sistemas informáticos		X
	Vicios Ocultos	X	X
	Mantener los niveles de disponibilidad		X
	Utilización del INSN - SB		X
	Sobrecostos de explotación		X
	No disponibilidad inmediata del personal en el mercado local		X
	Mala calidad del servicio de subcontratistas		X
	Comportamiento inadecuado del personal de una subcontratista		X
	Reemplazo de subcontratistas por otro de menor calidad		X
	Desacuerdos entre la SGP y Contratante sobre niveles de calidad y disponibilidad alcanzados	X	X
	Falta de acuerdos entre el SGP e INSN en la evaluación de indicadores	X	X
	Daños ocasionados a pacientes, familiares o trabajadores del INSN - SB	X	X
	Necesidades menores imprevistas o gastos por mala operación de los equipos o infraestructura por parte del personal del INSN - SB	X	
	Insuficiencia de los seguros contratados		X
Financieros	Tipo de cambio		X
Financieros	Financiación		X
Fuerza mayor	Eventos de fuerza mayor	X	X
Mercado	Volatilidad de ingresos asociados a ingresos por disponibilidad		X
Mercado	Retraso en el cobro de ingresos		X
Ambiental	Marco regulatorio ambiental		X
Político	Protestas sociales	X	X
Político	Cambios en la normativa aplicable		X
Político	Modificaciones a los servicios de la SGP		X

Fuente: ProInversión - Libro blanco del proyecto 2016
Elaboración propia.

7. Impactos del proyecto

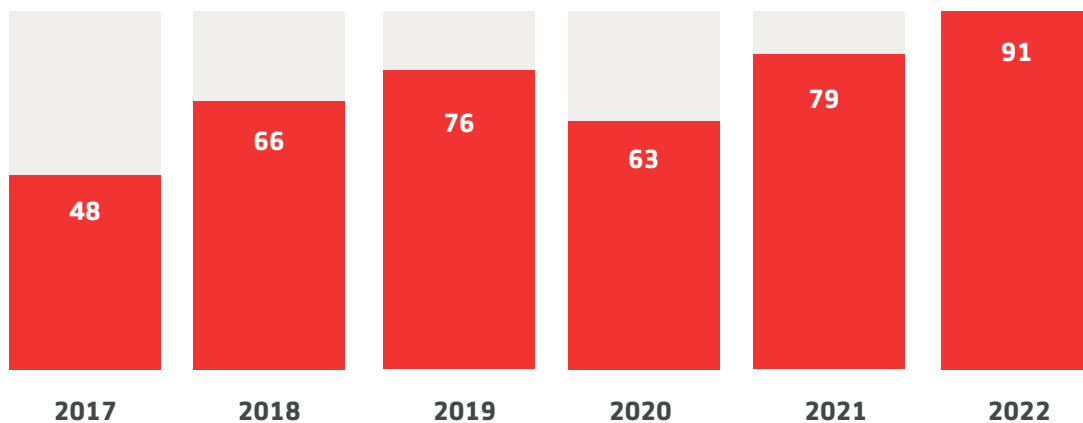
Al ser una concesión en una infraestructura, analizaremos el impacto de este contrato de concesión en la gestión del hospital.

a) Impacto en los servicios de patología clínica

Uno de los principales impactos de este tipo de proyectos en el sector Salud ha sido la mejora en los procesos internos de estas instituciones. Claro ejemplo es que a la fecha el INSN SB ha implementado y acreditado el sistema de calidad del laboratorio clínico con la norma ISO 15189.

Acreditación que ha permitido realizar un promedio de 1 600 000 pruebas anuales, cifra que ha venido creciendo de manera continua en los últimos cinco años. Estos nuevos procesos han permitido que el porcentaje de pruebas licitadas también se incremente consistentemente desde el 2017.

Ilustración 23
Porcentaje de pruebas licitadas



Fuente: Informe de desempeño 2017-2022

En esta concesión se destaca que el servicio brindado ha presentado fluidez por la atención continua y se ha mantenido el flujo adecuado de atención de solicitudes [46]. Ello ha contribuido a no distraer la atención del movimiento diario en estas actividades.



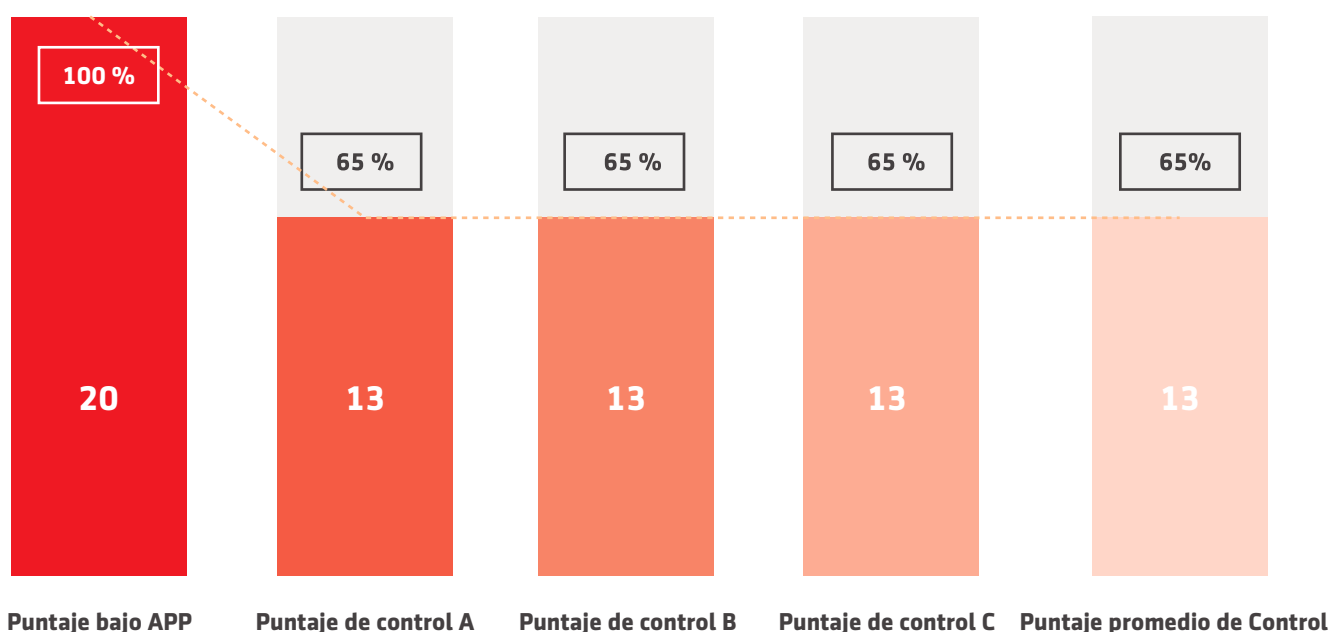
b) Impacto en los servicios de alimentación

Otro impacto resaltante e importante de mencionar en esta concesión es la calidad de las raciones de alimentación provistas. El INSN SB analizó la diferencia de la prestación de los servicios de alimentación bajo la modalidad de APP y la prestación de este servicio en un hospital que no contempla un contrato de concesión. La evaluación demostró que existen diferencias significativas entre ambas modalidades.

Esta comparación fue realizada en base a los indicadores establecidos por la Autoridad Sanitaria Nacional, así como contenidos del listado de Estándares de Acreditación, los cuales son requerimientos que deben cumplir los servicios de alimentación en los establecimientos de salud. Acorde a las mediciones nacionales, en promedio los hospitales logran cumplir solo un 65 % de los indicadores. Sin embargo, en el caso de los proyectos bajo la modalidad de Asociación Público Privada, estos mismos indicadores son cumplidos al 100 %. Bajo esas consideraciones se obtuvieron los siguientes resultados (20/20 sobre los indicadores):

Ilustración 24
Resultados de evaluación de criterios
estándares para la acreditación

RESULTADOS DE EVALUACIÓN TOMANDO CRITERIOS DE ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN

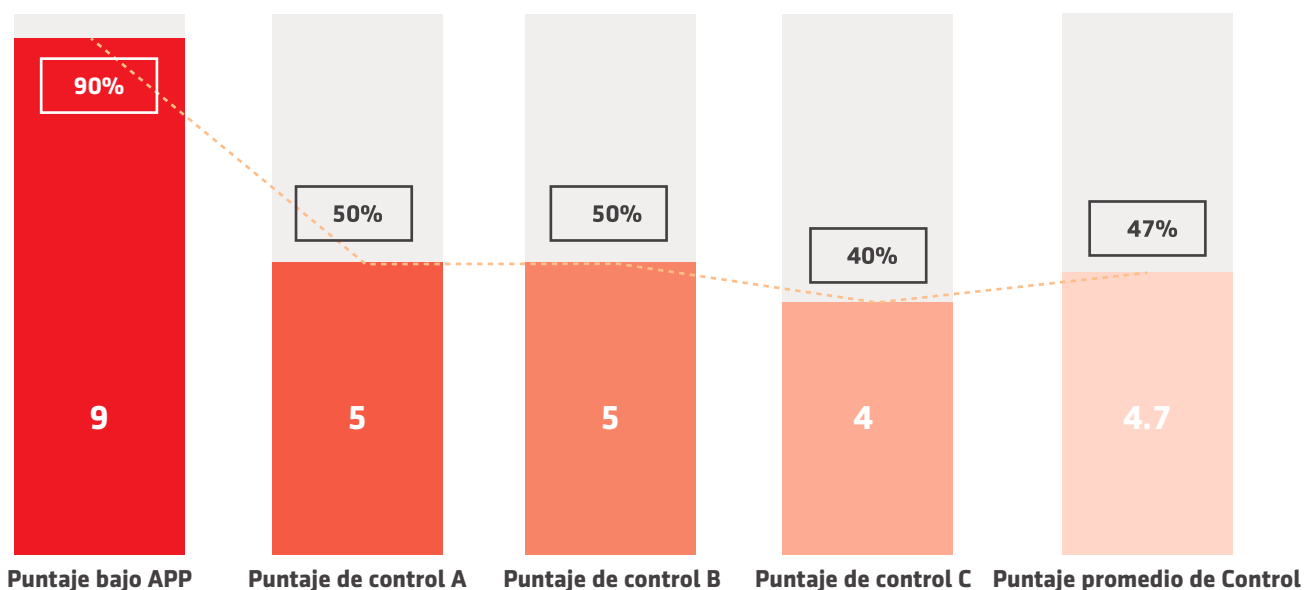


Fuente: Informe de desempeño 2017-2022

Por otro lado, si se realiza la evaluación empleando los indicadores de calidad establecidos en el contrato de gerencia, se obtiene los siguientes resultados:

Ilustración 25
Resultados de evaluación usando indicadores de monitoreo de la calidad establecidos en el contrato de gerencia

RESULTADOS DE EVALUACIÓN USANDO INDICADORES DE MONITOREO DE LA CALIDAD ESTABLECIDOS EN EL CONTRATO DE GERENCIA CON GEPEHO



Fuente: Informe de desempeño 2017-2022

Acorde al gráfico, mediante la modalidad de APP se alcanza el 90 % de cumplimiento en los indicadores mientras que el promedio de los controladores oscila alrededor del 47 %. Estas cifras muestran como la incorporación de un contrato de gerencia en infraestructuras ya existentes ha permitido que se provea un mejor servicio de salud a la población.

El impacto de este contrato de gerencia en un hospital es mucho más complejo si consideramos las particularidades del instituto. Dado que el servicio de alimentación está focalizado principalmente en pacientes pediátricos, se necesitó un servicio de alimentación especial porque la distribución horaria para estos pacientes es de cuatro tiempos de comida, esta alimentación es basada en dietas pediátricas, las cuales también son base para dietas terapéuticas personalizadas.

Por el tipo de atención especializada que brinda el INSN SB, instituto que es un referente a nivel nacional, surge la necesidad de tener un servicio de alimentación que se adapte a cada situación clínica.

Es decir, se dan casos donde deben elaborarse dietas particulares que tengan en cuenta factores como la capacidad de masticación, deglución del paciente, apetencias particulares condicionadas por la enfermedad y hábitos alimentarios de consumo propio de la región.

Este último punto es de gran relevancia considerando que el 80 % de menores atendidos provienen de diversas regiones del país. En estos casos, los menores consumen raciones de comida preparada con productos propios de su zona de origen.

Adicionalmente, al llevar a cabo la personalización de la dieta se logra una aceptación del usuario lo cual mejora el estado nutricional y genera una evolución clínica satisfactoria logrando disminuir el tiempo de estancia hospitalaria. La prestación del servicio con estas consideraciones, actualmente brindado bajo la modalidad APP, ha permitido al instituto obtener certificaciones y reconocimientos. Uno de ellos fue otorgado por Servir, reconociendo la buena práctica "Soporte Nutricional Regional: como en casa".

c) Impacto en el mantenimiento de las instalaciones para el sistema informático y de comunicaciones

Es común escuchar que el equipamiento de los hospitales no funciona por razones de mantenimiento y otras que casi siempre están relacionadas a la gestión de los activos del hospital. El impacto positivo de este tipo de contratos en la gestión hospitalaria también es apreciable en la gestión del equipamiento del hospital. Acorde al informe de desempeño 2017-2022, al cierre del 2022 todos los componentes del sistema se encontraban operativos.

Tabla 13
Componentes del sistema de comunicaciones operativos

Componente	Cantidad operativa	Cantidad inoperativa
Chasis Blade IBM 8852-HC1	1	0
Servidor IBM Blade HS23 7875	14	0
Monitor, teclado IBM 1723-HC1	1	0
Switch KVM IBM 1754-HC3	11	0
Almacenamiento de información SAN IBM VT700 2076-124	1	0
Librería de Cintas IBM 35734UL	1	0
Storwize DELL PowerVault MD3200	2	0
Librería de Cintas DELL PowerVault TL2000	1	0
Servidor IBM System x3550 M4	2	0
Servidor DELL PowerEdge R610	1	0

Fuente: Informe de desempeño 2017-2022

d) Impacto en la gestión de los residuos peligrosos

A diferencia de un colegio u otro tipo de infraestructura social, los centros de salud contemplan residuos peligrosos que muchas veces no son muy bien gestionados por las entidades nacionales. A fin de poder mejorar dicha situación, en el contrato de gerencia se incorporó como actividad del concesionario la gestión de los residuos peligrosos generados en el instituto.

En el caso del Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja se ha podido constatar que existe una eficiencia positiva en el proceso de reducción de la demanda química de oxígeno originada en las aguas servidas de la lavandería de dicho instituto [47]. El servicio de lavandería ha sido optimizado a tal punto que dicho proceso tiene una degradación promedio del DQO en muestras con agua que se sitúa entre el 20,02 % y el 35,27 % [47].

En referencia a los otros indicadores de las aguas residuales que son generadas en dicho nosocomio se puede apreciar que los parámetros tienen un porcentaje de reducción alto en el postratamiento, que incluso superan los estándares establecidos en los Valores Máximos Admisibles - VMA [47].

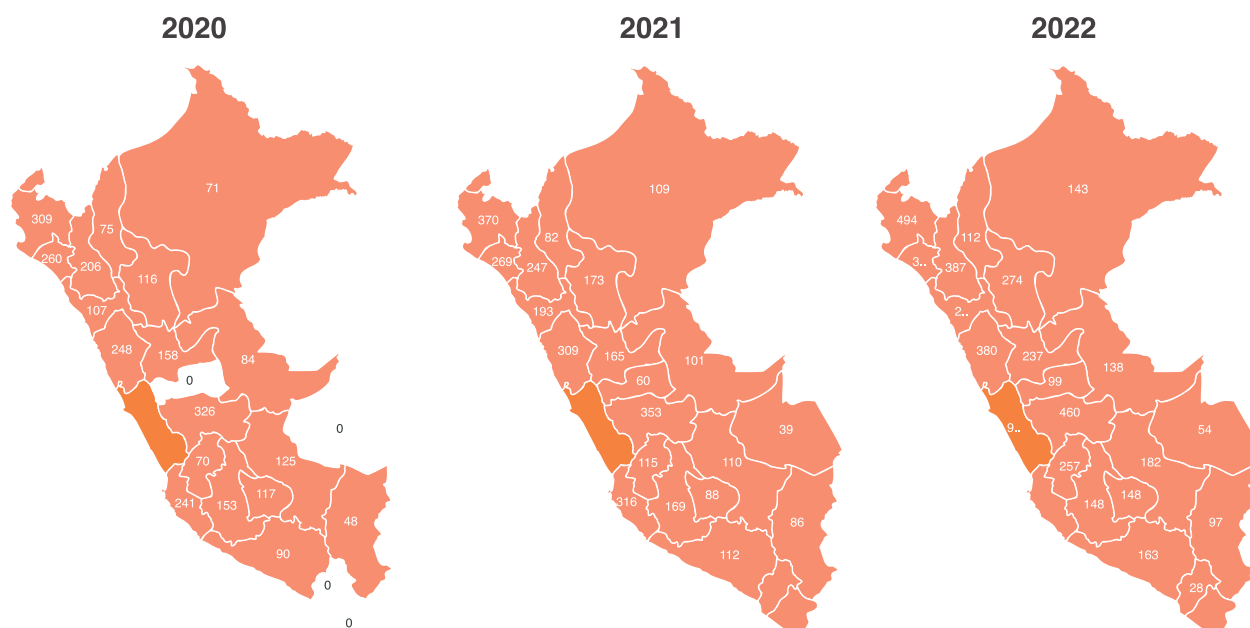
Tabla 14
Componentes del sistema de comunicaciones operativos

	Limite VMA	Pre tratamiento	Post tratamiento promedio	% de reducción	Cumple los VMA
Aceites y Grasas (mg/L)	100	323	171	0.47058824	No
DBO5 (mg/L)	500	745	493	0.33825503	Si
SST mg/L	500	512	318.3	0.37832031	Si
Tensoactivos (mg/L)	13.54	18.87	16.3	0.13619502	No
Nitrógenos Amoniacal (mg/L)	80	101	74.3	0.26435644	Si

Fuente: Informe de desempeño 2017-2022

e) Impacto en la atención

La correcta gestión del instituto ha permitido que este sea capaz de atender a poblaciones de otras regiones del país, tal como se puede apreciar en el gráfico y la tabla adjuntos. El instituto ha tenido una tasa de crecimiento positiva en la procedencia de los pacientes derivados a dicho centro de salud. Al 2020 el INSN SB tenía pacientes provenientes del 80 % del territorio peruano. Al 2022 dicho centro de salud tenía pacientes de todas las regiones del país, demostrando cómo una correcta gestión ha permitido que más población acceda a servicios de calidad.





8. La concesión en la actualidad

Para el análisis del estado situacional de la concesión se ha visto por conveniente realizar dos estudios: uno correspondiente al estado situacional de los servicios provistos por el hospital en general y el otro sobre los servicios materia del contrato de concesión en base al informe de desempeño de la concesión 2017-2022.

8.1 Desempeño del Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja

El INSN SB es un centro hospitalario pediátrico quirúrgico y especializado de alta complejidad que atiende a una población objetivo, la cual se encuentra en un rango de 0 a 18 años. Estos servicios se dan a través de las Unidades Productoras de Servicios de Salud - UPSS dentro de las cuales tenemos:

Unidad productora de servicios de salud del centro quirúrgico

Estos servicios fueron desarrollados en 13 salas quirúrgicas las cuales, desde el 2021, han estado ocupadas en un 100 %. Desde el inicio de la concesión hasta el 2022 se tiene registrado un total de 38 136 intervenciones quirúrgicas. Solo en el 2022 se desarrollaron 5826 intervenciones.

Ilustración 26
Intervenciones quirúrgicas



Fuente: Informe de desempeño 2017-2022

Unidad productora de servicios de salud de emergencia

El servicio de atención de emergencias fue el que mayor incremento ha tenido hasta el 2022. A esta fecha se tuvo un total de 114 099 atenciones, siendo el 2019 el año con mayor crecimiento para este servicio.

Ilustración 27
Intervenciones de salud en emergencia



Fuente: Informe de desempeño 2017-2022

Unidad productora de los servicios de salud de hospitalización

En referencia a los egresos hospitalarios, al 2022 se alcanzó un total de 4500 egresos. Esta unidad productora fue la más afectada por la pandemia del coronavirus con un marcado descenso respecto al 2019.

Ilustración 28
Intervenciones de salud en emergencia



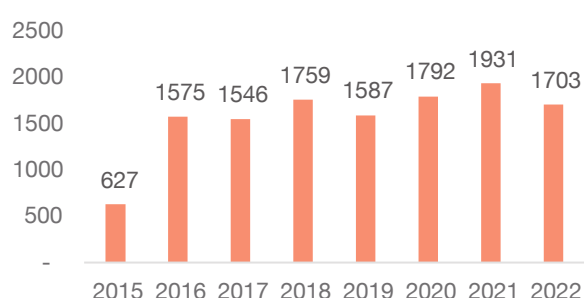
Fuente: Informe de desempeño 2017-2022

Unidad productora de servicios de salud de la unidad de cuidados intensivos

Al 2022 se reportó un total de 1703 ingresos a esta unidad productora de servicios. A diferencia de las otras unidades productoras, esta tuvo un crecimiento sostenido, incluso contemplando los estragos de la pandemia del coronavirus.

Ilustración 29

Ingresos a la unidad de cuidados intensivos



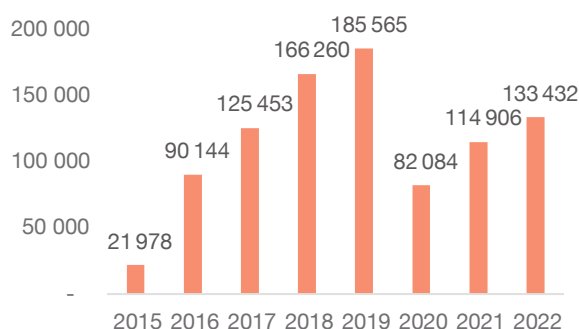
Fuente: Informe de desempeño 2017-2022

Unidad productora de servicios de salud de consulta externa

El INSN SB brinda servicios en 33 especialidades pediátricas. Al cierre del 2022 se realizaron 133 432 atenciones por consultorio externo (111 494 atenciones médicas y 21 938 atenciones no médicas), incrementando el número en 16 % respecto al año 2021 (114 906 atenciones).

Ilustración 30

Consultas externas realizadas en el INSN SB



Fuente: Informe de desempeño 2017-2022

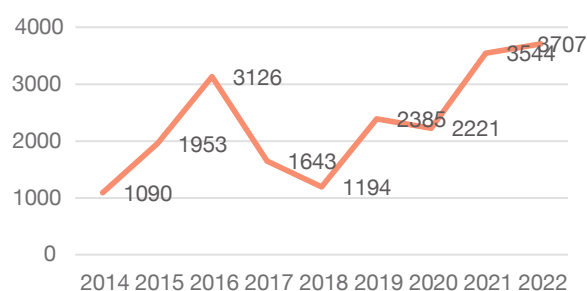
Unidad productora de los servicios de salud de diagnóstico por imágenes

Desde el 2014 hasta el 2022 se alcanzó un total de 412 779 exámenes. Contemplando el número de exámenes realizados el 2021 y 2022 se tuvo un incremento del 18 %, resultando en un total de 48 065 exámenes. Los principales diagnósticos por imágenes realizados fueron:

- Resonancia magnética
- Tomografía espiral multiforme
- Ecografía convencional y doppler
- Rayos X convencional
- Rayos X contrastados
- Arco en c
- Intervencionismo

Ilustración 31

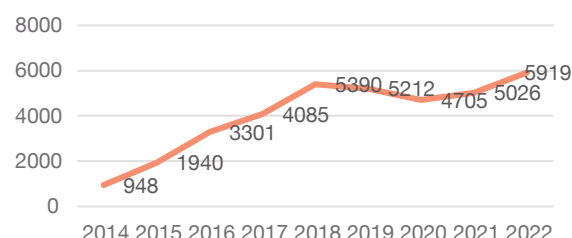
Resonancias magnéticas realizadas en el INSN SB



Fuente: Informe de desempeño 2017-2022

Ilustración 32

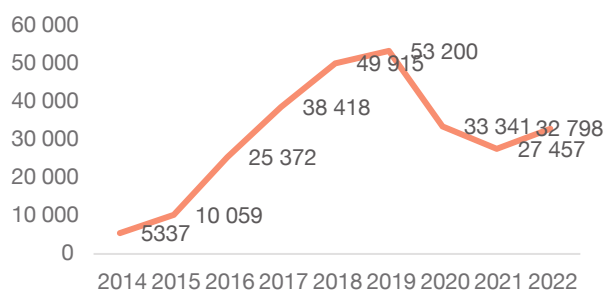
Tomografías E. multiforme realizadas en el INSN SB



Fuente: Informe de desempeño 2017-2022

Ilustración 33

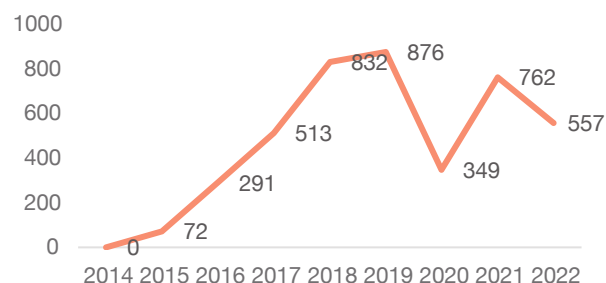
Pruebas de Rayos X realizadas en el INSN SB



Fuente: Informe de desempeño 2017-2022

Ilustración 35

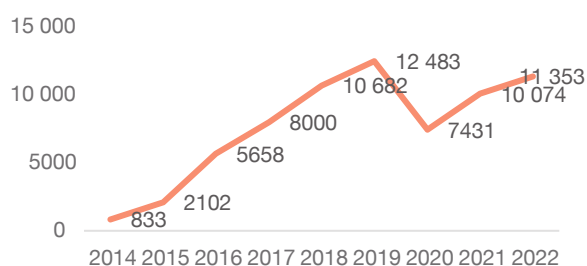
Rayos X contrastados realizados en el INSN SB



Fuente: Informe de desempeño 2017-2022

Ilustración 34

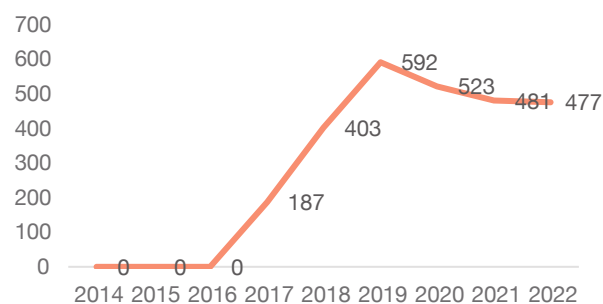
Ecografías realizadas en el INSN SB



Fuente: Informe de desempeño 2017-2022

Ilustración 36

Pruebas de Arco en C realizadas en el INSN SB



Fuente: Informe de desempeño 2017-2022

Si bien los servicios materia de la concesión no son estrictamente médicos sí son uno de los principales soportes operacionales para su desarrollo. La data mostrada prueba que la correcta operación de los servicios médicos en el INSN SB permitió que la demanda de dichos servicios crezca de manera continua e ininterrumpida (hasta antes de la pandemia).



8.2 Desempeño de los servicios materia de la concesión

Como se desarrolló en el capítulo 5, los servicios materia del contrato de concesión fueron:

- i) Operación y mantenimiento de los servicios generales.
 - a) Alimentación
 - b) Lavandería
 - c) Limpieza y bioseguridad
 - d) Seguridad integral
 - e) Gestión de residuos hospitalarios
- ii) Operación y mantenimiento de apoyo al diagnóstico.
 - a) Central de esterilización
 - b) Patología clínica
- iii) Mantenimiento de la edificación, las instalaciones y el equipamiento electromecánico asociado a la infraestructura.
- iv) Mantenimiento del equipo clínico y no clínico.
- v) Servicio de asistencia técnica de adquisición.

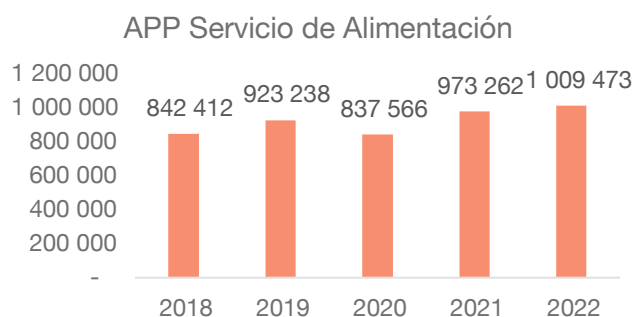
8.2.1 Operación y mantenimiento de los servicios generales

a. Alimentación

El servicio de alimentación consiste en la provisión de menús o dietas para dar soporte a las operaciones del instituto. Al cierre del 2022 se había brindado 1 009 473 dietas, representando un crecimiento del 3,7% en comparación al número de dietas proporcionadas en el 2021.

Ilustración 37

Raciones de alimento distribuidas en el INSN SB



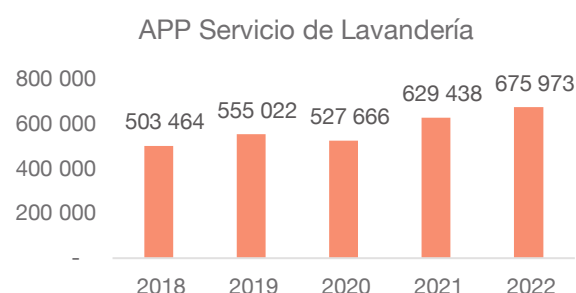
Fuente: Informe de desempeño 2017-2022

b. Lavandería

En referencia a los servicios de lavandería, estos tuvieron un crecimiento del 10,2 % en comparación con los servicios provistos en el 2021. Si bien la pandemia del coronavirus tuvo un impacto significativo en el 2019 con una reducción del 4,9 %, al cierre del 2021 y 2022 se había superado el número de servicios de lavandería previos a la pandemia.

Ilustración 38

Servicios de lavandería realizados en el INSN SB



Fuente: Informe de desempeño 2017-2022

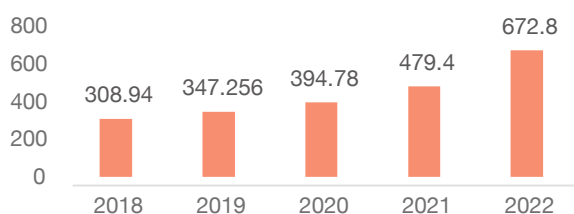
c. Gestión de residuos hospitalarios

Una de las problemáticas principales de los centros de salud es que estos no pueden gestionar correctamente sus residuos hospitalarios. En ese sentido, el contrato de concesión tuvo como objetivo brindar dicha asistencia técnica, teniendo resultados positivos. A finales del 2022 se había logrado gestionar 672,8 toneladas de residuos peligrosos representando un 40 % adicional a las toneladas gestionadas en el 2021. En referencia a los residuos hospitalarios comunes, al cierre del 2022 se habían gestionado 471 toneladas de residuos no peligrosos, representando un incremento de 6,4 % en referencia a los datos del 2021.

Ilustración 39

Gestión de los residuos hospitalarios realizados en el INSN SB

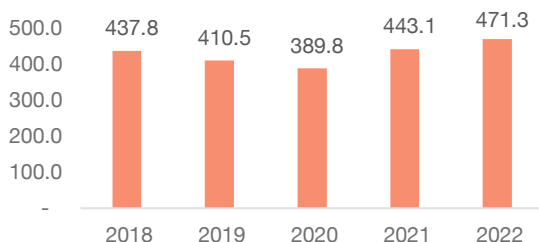
GESTIÓN DE RESIDUOS HOSPITALARIOS PELIGROSOS



Fuente: Informe de desempeño 2017-2022

Ilustración 40

Gestión de los residuos hospitalarios comunes realizados en el INSN SB



Fuente: Informe de desempeño 2017-2022

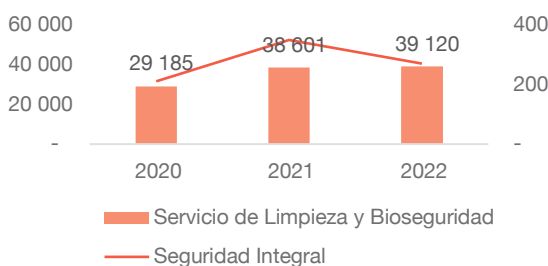




d. Limpieza y bioseguridad y seguridad integral

En referencia a los servicios de bioseguridad y seguridad integral, estos tuvieron un incremento del 1,3 % y 6,6 % respectivamente en comparación al 2021, recuperando levemente el número de servicios provistos antes de la pandemia. En el caso de seguridad integral el desarrollo del servicio se calcula por atención a las incidencias.

Ilustración 41
Servicios de limpieza y seguridad realizados en el INSN SB



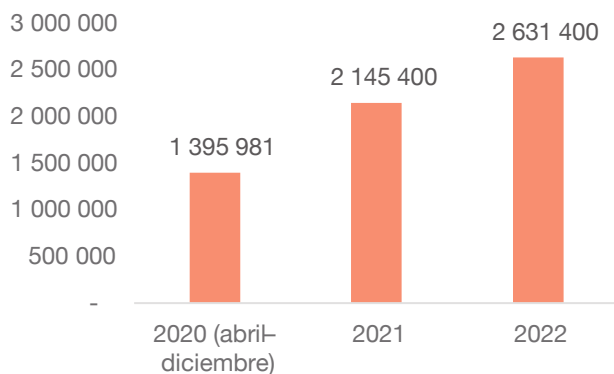
Fuente: Informe de desempeño 2017-2022

8.2.2 Operación y mantenimiento de apoyo al diagnóstico

a. Central de esterilización

Siendo un instituto a cargo de especialidades muy complejas, los servicios de esterilización son de vital importancia para el óptimo desarrollo de las actividades médicas. Estos servicios son medidos en volúmenes (litros). En ese sentido, desde al cierre del 2022 se logró atender un volumen de 2 631 400 litros, mayor en un 13,9 % en comparación al volumen atendido en el 2021 de 2 145 400 litros.

Ilustración 42
Servicio de esterilización realizados en el INSN SB

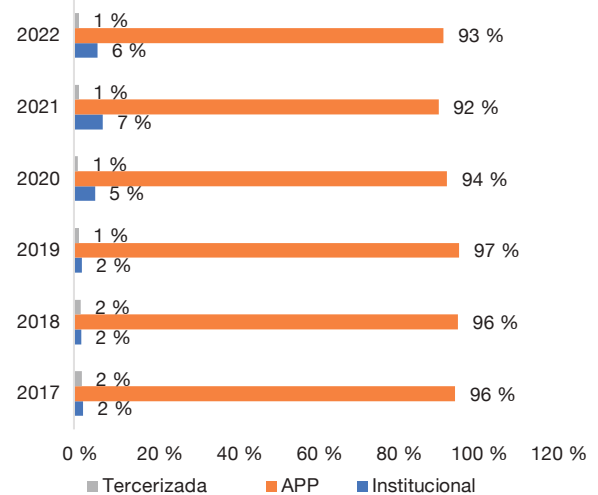


Fuente: Informe de desempeño 2017-2022

b. Patología clínica

Este servicio es sin duda uno de los más importantes que se consideraron en el contrato de concesión.

Ilustración 43
Servicios de patología clínica totales realizados en el INSN SB

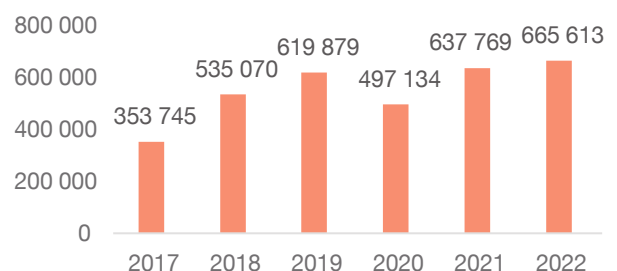


Fuente: Informe de desempeño 2017-2022

Tal como se puede apreciar en el gráfico presentado, más del 90 % de los estudios de patología son provistos por el contrato de concesión, lo que ha permitido la celeridad en los exámenes de laboratorio y una mejora en el desempeño del Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja.

Específicamente los servicios de patología clínica han tenido un crecimiento sostenido en el tiempo. A finales del 2022 se llevaron a cabo 655 613 exámenes de laboratorio, lo cual representa un aumento del 2,8 % en comparación con los resultados del 2021.

Ilustración 44
Servicios de patología mediante APP realizados en el INSN SB

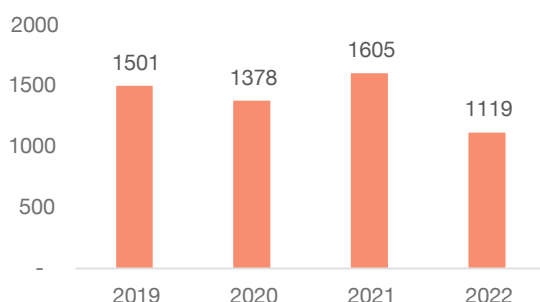


Fuente: Informe de desempeño 2017-2022

8.2.3 Mantenimiento de la edificación, de las instalaciones y del equipamiento electromecánico asociado a la infraestructura

Siendo el componente de la infraestructura parte esencial para el correcto desarrollo de los servicios de asistencia médica, el contrato de concesión contempló también el mantenimiento de la edificación, de las instalaciones y del equipamiento electromecánico asociado a la infraestructura. Para ello, se han desarrollado actividades de mantenimiento preventivo de las instalaciones del instituto. Si bien existe una gran diferencia entre las intervenciones del 2021 y del 2022, debido a que muchas actividades fueron adelantadas por la necesidad apremiante.

Ilustración 45
Servicios de mantenimiento de infraestructuras

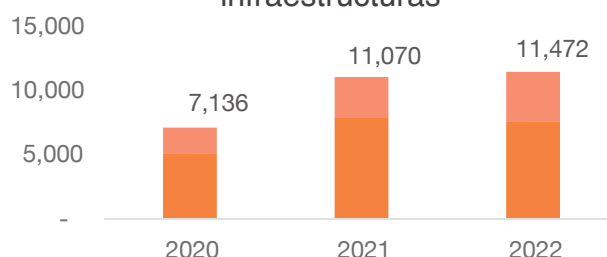


Fuente: Informe de desempeño 2017-2022

8.2.4 Mantenimiento del equipo clínico y no clínico

El servicio de mantenimiento del equipo clínico y no clínico tuvo como objetivo enfrentar una problemática común en los centros de salud a nivel nacional, el rápido desgaste de sus equipos. Es necesario precisar que el buen mantenimiento de los equipos ha sido fundamental para poder atender el crecimiento de la demanda de los servicios clínicos presentada anteriormente. Al cierre del 2022 se logró atender un total de 7623 órdenes de trabajo de mantenimiento correctivo. Este servicio ha tenido un crecimiento promedio anual en los últimos 5 años de 9,3 %. En referencia al mantenimiento correctivo, a finales del 2022 se lograron atender unas 3849 órdenes. Representando un crecimiento del 19,9 % en referencia a los datos del 2021.

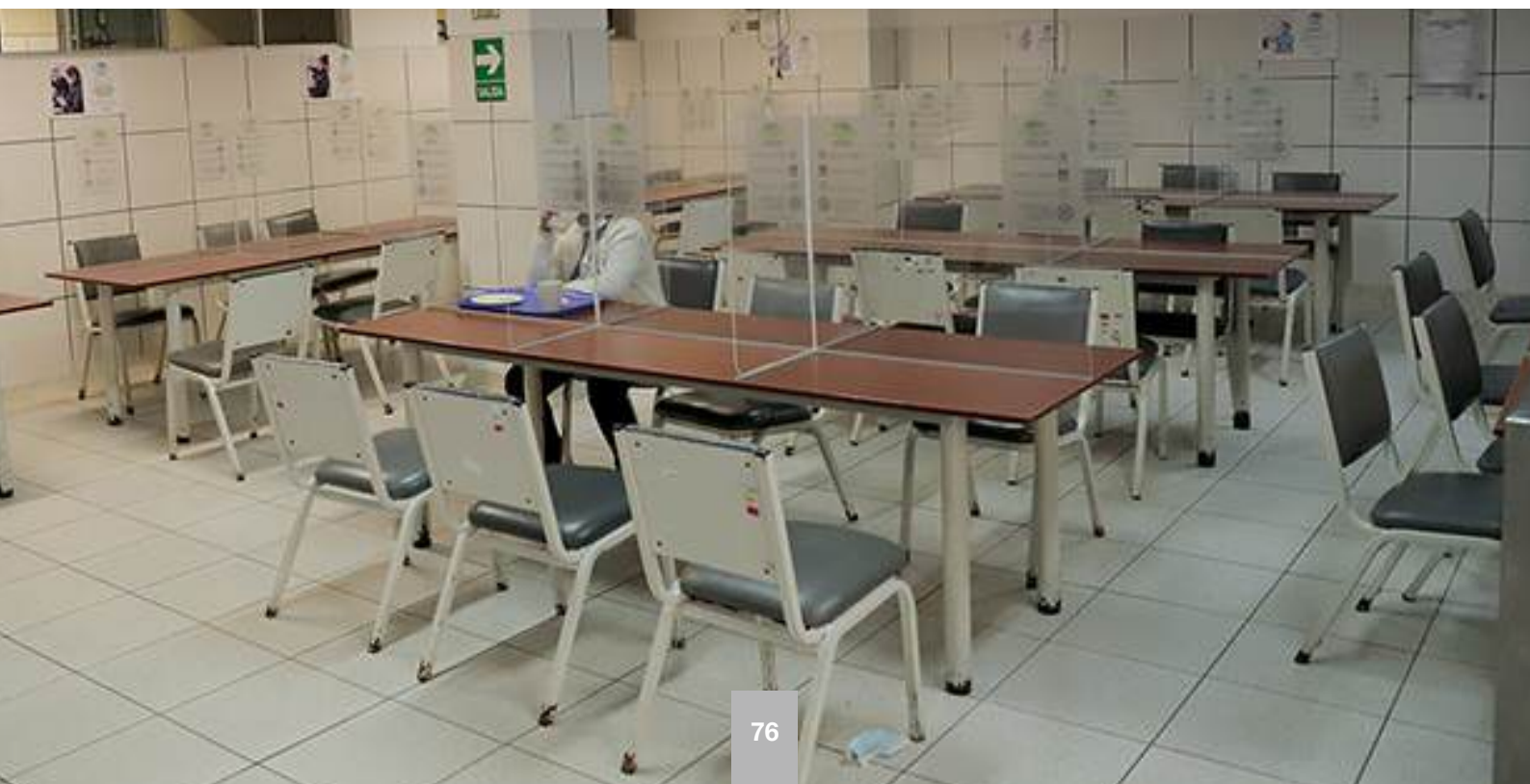
Ilustración 46
Servicios de mantenimiento de infraestructuras



■ APP Mantenimiento Preventivo

■ APP Mantenimiento Correctivo

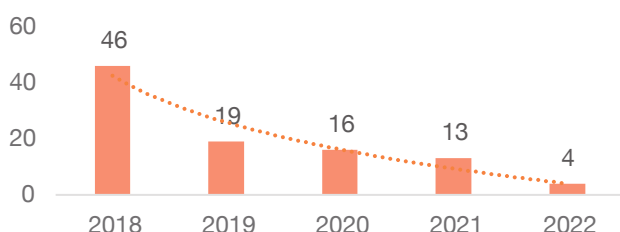
Fuente: Informe de desempeño 2017-2022



8.2.5 Servicio de Asistencia Técnica de Adquisición

Como consecuencia de las actividades de mantenimiento preventivo y correctivo realizadas para el equipamiento, se ha producido una disminución importante en el número de asistencias técnicas para la adquisición de equipamiento. En los últimos años este servicio ha tenido una disminución promedio del 40%. En el 2022 solo fueron necesarios 4 servicios de asistencia técnica de adquisición muy por debajo de los 13 servicios requeridos en el 2021.

Ilustración 47
Servicios de mantenimiento de infraestructuras



Fuente: Informe de desempeño 2017-2022

8.3 Adendas del proyecto

En referencia a las adendas, se puede resaltar la segunda adenda la cual fue suscrita el 7 de junio del 2019 con la finalidad de que, para efecto del contrato de gerencia del proyecto “Gestión del Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja”, sea el Programa Nacional de Inversiones en Salud - Pronis quien ejerza las atribuciones contractuales que le convenía al Minsa y a la vez, sea la contraparte frente a la sociedad gestora del proyecto (Gestora Peruana de Hospitales S. A.) o terceros. Dicha modificación se desarrolló en el marco del Decreto Supremo N.º 032-2017-SA, mediante el cual se crea el Pronis y a su vez modifica el numeral 136.2 del artículo 136 del Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, en el cual se establece que el Pronis es la entidad que “Gestiona y Supervisa el cumplimiento de las obligaciones contractuales en el marco de los proyectos de inversión ejecutados bajo las modalidades de asociación público privada y obras por impuestos, conforme a la normativa vigente”.





9. Matriz de evaluación

La finalidad del presente caso de estudio no es la de calificar unilateralmente el desempeño de la Gestión del Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja como un proyecto exitoso o un fracaso, se procederá a realizar un resumen de los principales hitos del proyecto que permitieron a esta concesión alcanzar los favorables resultados obtenidos desde la visión de provisión de los servicios de salud.

Para ello, al igual que las otras casuísticas estudiadas, se realizarán dos análisis específicos de la concesión. El primero se enfocará en los criterios desarrollados por la IESE Business School, la cual se enfoca en el desarrollo del proyecto hasta su gestión [48]. Es necesario precisar que el presente proyecto abordado a diferencia de las otras casuísticas estudiadas no contempló la fase de construcción; empero, abordó la fase de gestión del activo.

Por otro lado, la segunda parte del análisis del presente proyecto se enfocará en los objetivos de la Agenda 2030, en la cual se deberían enfocar todas las políticas y los planes del gobierno a fin de lograr el desarrollo económico, social y ambiental de la humanidad.

9.1. Metodología IESE Business School

Esta metodología emplea cinco indicadores:

- Método de contratación y proceso de selección
- Cuestiones e incentivos contractuales
- Riesgo, finanzas y pagos
- Gobernanza
- Beneficios potenciales
- Proceso de construcción

Sin embargo, para el presente caso de estudio no aplicaremos el análisis a los indicadores del proceso constructivo. El primer indicador, método de contratación y proceso de selección, analiza cuales fueron las incidencias en el proceso de adjudicación del proyecto, si hubo competencia real por el contrato o cómo fue la actuación del Comité de Evaluación de Selección.

Como se desarrolló anteriormente, el proyecto Gestión del Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja fue uno de los primeros proyectos en el sector Salud, por lo cual muchos postores participaron de su convocatoria. Para este proyecto, en un inicio, diez empresas presentaron su interés de participar: Eulen del Perú de Servicios Complementarios; Ingenieros Civiles y Contratistas Generales S. A.; Ibérica de Mantenimiento S. A. Sucursal del Perú; Medlab Cantella Colichón S. A. C. - Medlab S. A. C.; Soluciones por Diagnóstico para Laboratorios Latinoamérica S. A. C. - Sodilab S. A. C.; Igsa Medical Services Perú Sociedad Anónima - Igsa Perú S. A.; Btd Proyectos 12 S. A.; Laboratorios Roe S. A.; Blufstein Laboratorio Clínico S. A. y Sodexo Perú S. A. C. Demostrando de esa forma que la adjudicación de este proyecto tuvo un alto nivel de competencia como característica (es necesario precisar que aproximadamente, el número de postores que se presentaban a cada proyecto APP en el Perú no era mayor de 4 o 5) [32].

A diferencia de otras APP, el proyecto Gestión del Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja tuvo un especial énfasis en la verificación de la calidad de los servicios involucrados debido a que en este proyecto se incorporó un documento clave que recogía la percepción de los usuarios del servicio: el "Informe de encuestas anuales de satisfacción a los pacientes y usuarios del servicio y/o aquellas encargadas por el instituto a la SGP", documento que no fue solicitado por otros proyectos APP.

En adición a lo mencionado, la presencia de factores positivos y la definición de una temporalidad establecida (10 años), permitieron que la entidad privada a cargo del proyecto cuente con los incentivos contractuales necesarios para el óptimo funcionamiento de los servicios provistos por la sociedad gestora.

En adición a lo mencionado, la presencia de factores positivos y la definición de una temporalidad establecida (10 años), permitieron que la entidad privada a cargo del proyecto cuente con los incentivos contractuales necesarios para el óptimo funcionamiento de los servicios provistos por la sociedad gestora. En referencia a la correcta distribución de los riesgos del proyecto, tal como se detalla en la tabla 12, estos fueron designados a la entidad que contaba con mejores herramientas para su gestión. Es necesario puntualizar que en el presente proyecto se tuvo una especial consideración con las posibles contingencias en la etapa de operación y mantenimiento, lo cual se comprueba con el nivel de detalle con el que se abordaron los riesgos de esta etapa.

En referencia a la gobernanza del proyecto, la transparencia; la distribución de tareas; así como un proceso participativo de toma de decisiones estuvieron garantizados por la labor del Comité de ProInversión. En referencia al marco legal, el sector Salud en el Perú tiene una reglamentación que permitió que se minimice la posible existencia de vacíos legales en el proyecto.

La correcta distribución de los riesgos, sumado a una correcta labor del concesionario generaron externalidades positivas en el proyecto, tales como la ampliación del ciclo de vida de los activos o la rápida adopción de políticas nacionales (lavado de manos).

Tabla 15

Matriz de evaluación proyecto Gestión del Instituto Nacional de Salud del Niño - San Borja

GESTIÓN DEL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO - SAN BORJA				
Metodología	Cumple		Existente	Detalles
1. Método de Contratación y Proceso de Selección	Si	1.1. Análisis de valor del dinero (CBA)	No	La construcción de los activos estuvo a cargo del privado
		1.2. Competencia real por el contrato	Si	Diez interesados
		1.3. Comité de evaluación de la licitación	Si	Comité Proinversion
2. Cuestiones e Incentivos Contractuales	Si	2.1. Combinación de modalidad	Si	
		2.2. Calidad verificable	Si	Informes que sustentaban el cumplimiento de la SGP
		2.3. Factores externos	Si	Factores económicos y políticos positivos
		2.4. Duración establecida	Si	10 años
3. Riesgo, Finanzas y Pagos	Si	3.1. Riesgo de explotación	Si	Cubierto por el Contrato de concesión
		3.2. Riesgo de demanda	Si	
		3.3. Riesgo macroeconómico y de política	Si	
		3.4. Mecanismo de pago	Si	
		3.5. Entidad con propósito especial (SPV)	Si	Establecido en el Contrato de concesión
4. Gobernanza	Si	4.1. Transparencia	Si	Todos los documentos fueron publicados en la pagina web de PROINVERSION
		4.2. Proceso participativo de toma de decisiones	No	Se recibieron las consultas de los privados interesados, sin embargo, las decisiones las tomo el comité
		4.3. Supervisión internacional/externa	No	
		4.4. Marco legal	Si	Marco legal del sector salud en el Perú
		4.5. Distribución de tareas.	Si	Las obligaciones de la SGP fueron establecidas en el Contrato de concesión
5. Beneficios Potenciales	Si	5.1. Seguridad de los precios	Si	Garantizados por los gatillos de demanda establecidos en el contrato
		5.2. Transferencia de responsabilidades a la empresa privada	Si	Respaldo por una distribución de los riesgos correcta
		5.3. Enfoque del ciclo de vida	Si	Externalidad positiva en el mantenimiento
		5.4. Incentivo para cumplir los plazos	Si	Los gatillos de demanda

9.2 Objetivos de Desarrollo Sostenible

Al igual que en los otros casos de estudio también analizaremos la Agenda 2030 y su relación con este proyecto. En la Septuagésima Asamblea General de las Naciones Unidas se llevó a cabo la Cumbre de Desarrollo Sostenible. En dicho evento, mediante Resolución 70/1, la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó la Agenda 2030. Este plan tiene su enfoque en acciones integrales a favor de las personas, el planeta y la prosperidad [49].

La Agenda 2030 plantea 17 objetivos que congregan a un total de 169 metas, que a su vez contienen problemáticas en materia económica, social y ambiental. Todo ello tiene como fin último lograr el desarrollo humano protegiendo el medio ambiente. Para lograr tan loable fin, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo - PNUD fortalece el actuar de los gobiernos a fin de que estos logren integrar sus políticas y planes nacionales de desarrollo con los lineamientos de la referida agenda.

A diferencia de los demás proyectos abordados en esta serie de casos de estudio, el Proyecto Gestión del Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja tuvo un contacto directo con la población.

Por ello, en el número de objetivos de desarrollo sostenible relacionados al proyecto podrían ser todos los objetivos sociales. Sin embargo, abordaremos solo los principales:

Objetivo de Desarrollo Sostenible 3 Salud y bienestar

3.1 Para 2030, reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100 000 nacidos vivos.

3.2 Para 2030, poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y de niños menores de 5 años, logrando que todos los países intenten reducir la mortalidad neonatal al menos hasta 12 por cada 1000 nacidos vivos, y la mortalidad de niños menores de 5 años al menos hasta 25 por cada 1000 nacidos vivos.

Objetivo de Desarrollo Sostenible 9 Industria, innovación e infraestructura

Objetivo de Desarrollo Sostenible 17 Alianzas para lograr los objetivos

Ilustración 48
ODS afectos al proyecto



10. Lecciones aprendidas

El desarrollo de este primer proyecto APP desarrollado por encargo del Ministerio de Salud, ha contribuido a desmitificar el mal usado término “privatización de los servicios hospitalarios”. Ello debido a que, producto de la convivencia de los sectores público y privado, se ha evidenciado una evidente mejora en la gestión de un centro hospitalario como el Instituto Nacional del Niño. Producto de este proceso de mejora de gestión son dos las principales lecciones aprendidas: (1) para la correcta definición de los niveles de servicio se requiere la participación de todos los involucrados en la gestión del activo; (2) la curva de mejora de la percepción con los operadores del servicio o bien público se fortalece con la prestación de los servicios; y (3) finalmente, ya de un carácter más técnico, en proyectos APP en el sector salud, los contratos de gestión pueden abarcar muchas más áreas administrativas.

Primera lección aprendida, la correcta definición de los niveles de servicio. En el desarrollo de los contratos APP la definición de los niveles de servicio siempre es fundamentada con el cumplimiento de una determinada normativa. Si bien esta práctica es la correcta, la definición de los niveles de servicio también puede y debe de nutrirse de los comentarios de los operadores del día a día de los servicios. Al diseñarse el contrato de gerencia para el INSN – SB, este no estaba en funcionamiento por lo que no se pudieron recoger experiencias de la operación del instituto. Hoy en día, uno de los principales insumos será la experiencia tanto del personal del nosocomio como el de los supervisores, que cuentan con información que beneficiará al diseño del nuevo contrato. En especial, ello permitirá ser más específicos en la definición tanto de niveles de servicio como de indicadores.

Segunda lección aprendida, la mejora de la percepción de los operadores. Iniciamos este apartado mencionando que este proyecto ha permitido romper ciertos mitos en torno a las APP, como es el mito mal fundamentado de la privatización. Al inicio, del presente proyecto, la resistencia al cambio por parte del equipo del hospital fue fuerte. Sin embargo; a medida que el contrato se iba implementando en el Instituto, el equipo médico logro comprender que el proyecto APP era un soporte a sus actividades diarias que les permitían lograr niveles de productividad y más importante aún, niveles altos de satisfacción de los usuarios. Esta curva de mejora de la percepción hacia el proyecto APP no fue instantánea, pero fue robusta en el tiempo, la cual ha permitido a este instituto ser un referente nacional. El mecanismo de APP se presenta como una alternativa de solución a problemas usuales en centros de salud ya que mediante el uso de niveles e indicadores de servicios se garantiza la continuidad de servicios de calidad, los cuales contribuyen con la seguridad del paciente y se traducen en la satisfacción del usuario.

Tercera lección aprendida, las APP pueden cubrir más servicios de soporte en el sector salud. Contemplando el correcto desempeño de la concesión en materia de mantenimiento, tanto preventivo como reactivo, de los equipos del Instituto se ha previsto que en el nuevo contrato de gerencia se implemente a inclusión del servicio “Reposición de Equipamiento del Hospital”. En el contrato actual, se estableció la prestación del servicio de asistencia técnica en la compra de equipos, así como el mantenimiento de estos. Sin embargo, no se consideró la reposición de estos equipos y a la fecha, se evidencia que muchos de ellos están obsoletos o inoperativos por el vencimiento de su vida útil.



11. Conclusiones

En síntesis, de acuerdo a los informes mensuales sobre el desempeño de los servicios, se puede concluir que el proyecto “Gestión del Instituto Nacional de Salud del Niño - San Borja”, al desarrollarse como APP, ha garantizado la prestación de servicios de calidad. Ello debido a que el contrato estableció indicadores de monitoreo para cada uno de ellos además de deducciones a la retribución mensual de la SGP en caso de incumplimiento. Estos mecanismos, los cuales no suelen aplicarse en las contrataciones públicas tradicionales, son finalmente incentivos que permiten asegurar la calidad de los servicios que contribuyen a la atención brindada por el centro hospitalario de alta complejidad.

Entre otras diferencias percibidas está que el sistema tradicional se suelen emplear los contratos de tercerización en donde se busca un proveedor por cada servicio, cuyo periodo de contratación va desde 1 a 3 años. Ello conlleva a tener un seguimiento individual para cada servicio. Mientras que bajo la modalidad APP, se diseñó un contrato a largo plazo, buscando un operador integral, lo que conllevó a que se tenga una sola contraparte. Además, como se mencionó, los contratos de APP incluyen niveles de servicio que debe cumplir el operador durante todo el periodo que dure la concesión.

En adición, otras ventajas que tiene aplicar este mecanismo para la contratación de servicios hospitalarios son: i) ahorro de tiempo en los procesos de selección, ii) atención oportuna en la reparación del equipamiento, iii) anulación de la corrupción en la contratación de los servicios, iv) garantía de personal calificado para la prestación de servicios, v) presupuesto intangible en la asignación presupuestal, vi) atención íntegra a la gestión asistencial.

Estas ventajas han contribuido a que el INSN – SB no solo reciba reconocimientos por las investigaciones que realiza, por la atención de salud como centro pediátrico, sino que también se haga acreedor de importantes premios relacionados a los servicios prestados por el operador privado, entre los cuales están:

- Premio a las Buenas Prácticas en Gestión Pública 2017, por el soporte Regional Nutricional “Como en Casa” implementada en el Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja
- Buenas Prácticas en Gestión Pública 2022: Programa Educativo Integral a Beneficio del Lactante en Situación de Riesgo
- Buenas Prácticas en Gestión Pública 2022: PCR en tiempo real para SARS COV-2 en el INSNSB: Resultados Confiables y Oportunos, para una atención de Salud más eficiente y Humana a nuestros usuarios.

Adicionalmente, cabe reiterar que las empresas que forman parte de la Sociedad Gestora del Proyecto cuentan con certificaciones ISO, las cuales garantizan que ellas cumplen con estándares reconocidos internacionalmente relacionados a la prestación de servicios.

Con todo ello se puede evidenciar que, la atención altamente especializada a pacientes pediátricos junto a una correcta prestación de los servicios objeto del contrato contribuyen al adecuado funcionamiento de lo que hoy es el Instituto Nacional de Salud del Niño de San Borja.



12. Bibliografía

- [1] Valdivia Ponce, O. (1975). Hampicamayoc: medicina folklórica y su substrato aborigen en el Perú. (Sin título).
- [2] Vega, E. I., & Aranibar, C. (1991). Comentarios reales de los incas (Vol. 2). México: Fondo de Cultura Económica.
- [3] Zamora, M. (2018). Lenguaje, autoridad e historia indígena en los Comentarios reales de los incas. Centro de Estudios Literarios Antonio Cornejo Polar.
- [4] De Pribyl, R. (2010). Evidencias médico antropológicas sobre el origen del pishtaco. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 27(1), 123-137.
- [5] Scaletti, H. (2015). Métodos de análisis para determinar la resistencia sísmica. Organización Panamericana de la Salud. Perú.
- [6] Zavala Batlle, A. (2010). El protomedicato en el Perú. *Acta Médica Peruana*, 27(2), 151-157.
- [7] Salud, A. P. (2013). Historia de la salud en el Perú.
- [8] Casalino, C. (2008). Hipólito Unanue: el poder político, la ciencia ilustrada y la salud ambiental. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 25(4), 431-438.
- [9] Núñez-Carvalho, S. A. P. (1996). Hipólito Unanue, estudioso de los gigantes. *Histórica*, 20(1), 155-170.
- [10] Sobrevilla, N. (2020). Los inicios de la república peruana: viendo más allá de la "cueva de bandoleros". Fondo Editorial de la PUCP.
- [11] Seinfeld, J., Ugarte, Ó., Amaro, C., Salomón, O., & Dancuart, A. (2021). Cambios en el sistema de salud centrados en el ciudadano.
- [12] Alcalde-Rabanal, J. E., Lazo-González, O., & Nigenda, G. (2011). Sistema de salud de Perú. *Salud pública de México*, 53(suplementario 2), s243-s254.
- [13] Lazo-González, O., Alcalde-Rabanal, J., & Espinosa-Henao, M. O. (2016). El sistema de salud en Perú. Situación y desafíos.
- [14] Estadístico, C. (2013). Información de recursos humanos del sector Salud. Ministerio de Salud, Gobierno de la República del Perú.
- [15] Arroyo, J., Hartz, J., & Lau, M. (2011). Recursos Humanos en Salud al 2011: evidencias para la toma de decisiones. P. 116.
- [16] Soto, A. (2011). Recursos humanos en salud. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 28, 173-174.
- [17] Ponce de León, Z. (2021). Sistema de Salud en el Perú y el COVID-19.
- [18] Diagnóstico de brechas de infraestructura o acceso a servicios del sector Salud (2023) Oficina General de Planeamiento y Presupuesto y Modernización, Ministerio de Salud, Gobierno de la República del Perú.
- [19] Cluzman Bonilla, Y. (2023). La inversión de asociación público privada y el cierre de brecha de infraestructura de servicios en el Perú, 2022.
- [20] Jara, J. J. J., & Salazar, D. C. (2022). Situación del Sistema de Salud en el Perú al 2021 y Agenda Pendiente. *Sociedad & Tecnología*, 5(3), 474-490.
- [21] Prado Livia, C. L. (2023). Los efectos de la infraestructura del sector Salud en la desnutrición infantil de 0 a 5 años a nivel regional 2011-2019.
- [22] Inga-Berrosapi, F., & Rodríguez, C. A. (2019). Avances en el desarrollo de los recursos humanos en salud en el Perú y su importancia en la calidad de atención. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 36, 312-318.
- [23] Compendio Estadístico: Información de Recursos Humanos del Sector Salud Perú 2013-2018 (2022). Dirección General de Personal de la Salud Observatorio de Recursos Humanos en Salud, Ministerio de Salud, Gobierno de la República del Perú.
- [24] Compendio Estadístico: Información de Recursos Humanos del Sector Salud Perú 2013-2021 (2022). Dirección General de Personal de la Salud Observatorio de Recursos Humanos en Salud, Ministerio de Salud, Gobierno de la República del Perú.

- [25] Boletín Estadístico, Primer trimestre 2022 (2022). Intendencia de Investigación y Desarrollo, Superintendencia Nacional de Salud, Gobierno de la República del Perú.
- [26] Boletín Estadístico, Primer trimestre 2023 (2023). Intendencia de Investigación y Desarrollo, Superintendencia Nacional de Salud, Gobierno de la República del Perú.
- [27] Situación actual del mercado de salud peruano. Sociedad de Comercio Exterior del Perú Videnza Consultores (2022).
- [28] Cetrángolo, O., Bertranou, F., Casanova, L., & Casali, P. (2013). El sistema de salud del Perú: situación actual y estrategias para orientar la extensión de la cobertura contributiva. OIT.
- [29] Reseña histórica. (s.f.). Instituto Nacional de Salud del Niño. <http://www.insn.gob.pe/institucional/resena-historica>
- [30] MEF (2007). Formato SNIP-03: Ficha de Registro - Banco de Proyectos <https://ofi5.mef.gob.pe/invierte/formato/verFichaSNIP/66253/0/0>
- [31] D. U N.º 036-2009. Declara en Emergencia la Ejecución del Proyecto de Inversión "Nuevo Instituto Nacional de Salud del Niño". Diario Oficial El Peruano (2009).
- [32] ProInversión (2016). Libro Blanco del Proyecto "Gestión del Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja".
- [33] Resolución Ministerial N.º 090-2013-MINSA. Que formaliza la creación de la Unidad Ejecutora 139: Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja, en el Pliego 011: Ministerio de Salud. Diario Oficial El Peruano (2013).
- [34] Nikolic, I. A., & Maikisch, H. (2006). Public-private partnerships and collaboration in the health sector: An overview with case studies from recent European experience. <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/13684>
- [35] Healthcare: Public private partnerships. (2013). Gov.uk. <https://www.gov.uk/government/publications/public-private-partnerships/public-private-partnerships>
- [36] Public-private partnership stories turkey: Turkish healthcare PPP program Adana hospital complex. (2015). Worldbank.org
- [37] Astorga, I., Alonso, P., Pinto, D. M., Freddi, J., & Corredera Silván, M. (2016). 10 años de Asociaciones Público Privadas - APP en Salud en América Latina: ¿Qué hemos aprendido?: Nota 4 de la serie de notas técnicas sobre asociaciones público privadas en el sector de la salud en América Latina. Inter-American Development Bank.
- [38] Naciones Unidas (2009). What is Good Governance? United Nations Economic and Social Commission for Asia and the Pacific. <https://www.unescap.org/resources/what-good-governance>
- [39] Banco Central de Reserva del Perú (2014). Memoria Anual 2013.
- [40] Banco Central de Reserva del Perú (2015). Memoria Anual 2014.
- [41] INEI (2015). Cuentas Nacionales 1905-2014.
- [42] Defensoría del Pueblo, (2014). Reporte Mensual de Conflictos-Sociales-N-124.
- [43] Ibermansa. <https://www.geelectromedico.com/ibermansa-peru/#sobrenosotros>
- [44] Mediterránea. <https://www.mediterranea-group.com/areas-de-negocio/hospitales/>
- [45] Medlab. <https://www.medlab.com.pe/historia/>
- [46] Instituto Nacional de Salud del Niño, Informe de desempeño de la concesión (2023). Ministerio de Salud, Gobierno de la República del Perú.
- [47] Castillo, A. T., Alfaro, E. B., & Carranza, C. C. (2019). Aguas residuales de lavandería y su tratamiento por oxidación fotocatalítica con dióxido de titanio (TiO₂) y luz ultravioleta (UV) en Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja-2017. Revista del Instituto de Investigación de la Facultad de minas, metalurgia y ciencias geográficas, 22(43), 3-8.
- [48] Salvador, J., Trillas, F., Ricart, J. E., & Planas, M. R. (2016). New Cairo wastewater treatment plant (Egypt). Specialist Centre on PPP in Smart and Sustainable Cities.
- [49] United Nations. (2015). General Assembly Resolution A/RES/70/1. Transforming Our World, the 2030 Agenda for Sustainable Development.

Anexo 1

INDICADORES DE MONITOREO DE LA CALIDAD DEL SERVICIO - ESTERILIZACIÓN

ID	Indicador	Tipo de defecto	Disponibilidad	Tiempo de respuesta	Criterios de aplicación de deducción (descuento)	Frecuencia de control	Registro de quejas e incidencias	Sistemas de información (INSN-SB)	Controles específicos (Supervisor)	Auditorías
1	Retraso superior a 1 hora respecto al horario fijado para el recojo del instrumental usado	FC1	SI	NP	Por cada vez que se detecte un retraso superior a 1 hora se aplicará una deducción. Se contabilizará por unidades o puntos de recogida definidos	D	X	X	X	
2	Se retrasa por más de 20 minutos un procedimiento diagnóstico o terapéutico por falta de material estéril (incluye tanto instrumental como textil estéril)	FC1	SI	NP	Por cada procedimiento que se retrase por se aplicará una deducción. Ídem por cada intervención urgente que se retrase más de 10 minutos.	D	X	X		
3	Se suspende un procedimiento diagnóstico o terapéutico por falta de material estéril (incluye tanto instrumental como textil estéril)	FC1	SI	EM	Por cada procedimiento que se suspenda se aplicará una penalización	D	X	X		
4	La disposición del instrumental en las cajas o el plegado de las prendas reutilizables no responde a los requisitos definidos en el INSN - SB	FC1	SI	NP	Por cada queja presentada por el personal asistencial sobre la disposición y presentación del material empaquetado	D	X		X	
5	Se constata el uso de cajas/sets de material estéril con control biológico incorrecto	FC2	SI	NP	Por cada caja o set de material estéril utilizado con control biológico en el que se detecte un resultado incorrecto, se aplicará una deducción	M			X	X
6	Se aprecia la existencia de depósitos o residuos en el instrumental	FC2	SI	EM	Se aplicará una deducción por cada unidad de material en la que se detecte	D	X		X	
7	Falta de datos sobre el control de la trazabilidad en el material esterilizado	FC2	NO	URG	Se aplicará una deducción por cada unidad de material en la que se detecte la falta de trazabilidad	M			X	X
8	Falta de material estéril que impida la realización de cualquier intervención considerada de urgencia (fuera de programación quirúrgica)	FC1	SI	EM	Por cada vez que ocurra y hasta la finalización del periodo de resolución	D		X	X	X
9	Se produce un rechazo superior al 5 % de las entregas realizadas por la SGP	FC1	NO	NP	Por cada vez que ocurra y hasta la finalización del periodo de resolución	M		X	X	X

	Tipo de defecto	Tiempo de respuesta		Frecuencia de control	
FC1	Fallos en la prestación del servicio que produzcan un efecto perjudicial significativo sobre los pacientes, la actividad la imagen del INSN - SB.	EM	Emergencia	D	Diario
		URG	Urgencia	S	Semanal
FC2	Fallos en la prestación del servicio que produzcan un efecto perjudicial no significativo sobre los pacientes, la actividad o la imagen del INSN - SB	ORD	Ordinario	M	Mensual
		NP	No Procede	T	Trimestral
FC2	Fallos en la prestación del servicio sin un efecto perjudicial sobre los pacientes, la actividad o la imagen del INSN SB.			A	Anual

Anexo 2

INDICADORES DE MONITOREO DE LA CALIDAD DEL SERVICIO – PATOLOGÍA CLÍNICA

ID	Indicador	Tipo de defecto	Disponibilidad	Tiempo de respuesta	Criterios de aplicación de deducción (descuento)	Frecuencia de control	Registro de quejas e incidencias	Sistemas de información (INSN-SB)	Controles específicos (Supervisor)	Auditorías
1	Espera para toma de muestras de pacientes ambulatorios y hospitalarios programados superior a 15 minutos	FC2	NO	NP	Por cada vez que ocurra se aplicará una deducción	D	X		X	
2	Falta de cumplimiento de órdenes médicas por falta de toma de muestras	FC1	SI	URG	Por cada vez que ocurra se aplicará una deducción	D	X		X	
3	Repeticiones de toma de muestras por extravío, rotulación inadecuada o cualquier otra causa	FC2	NO	ORD	Por cada vez que ocurra se aplicará una deducción	D	X	X		
4	Equipos o instrumentos con calibración no realizada bajo programación anual previa	FC1	SI	ORD	Por cada vez que ocurra se aplicará una deducción	A				X
5	% de controles de calidad internos no conformes de acuerdo a las reglas de Westgard o similar	FC2	SI	URG	Propios equipos. Por cada equipo en el que se detecte	M			X	
6	% de analitos que no cumplen el requerimiento de calidad mínimo establecido para la evaluación por sistemas SIX SIGMA o similar	FC2	SI	URG	Informe emitido por el propio equipo. Por cada equipo en el que se detecte	M			X	
7	% de controles de calidad externos no conformes de acuerdo a parámetros de desviación relativa porcentual o índice de desviación estándar	FC2	SI	URG	Por cada vez que ocurra se aplicará una deducción	M			X	
8	% de analitos que no cumplen el requerimiento de calidad mínimo establecido para la evaluación por sistemas SIX SIGMA o similar.	FC2	SI	URG	Por cada vez que ocurra se aplicará una deducción	M			X	
9	Los insumos generales o reactivos no están certificados por la FDA, CE o las ISO aplicables al laboratorio vigentes	FC1	SI	ORD	Por cada vez que ocurra se aplicará una deducción	D			X	
10	Presencia de no conformidades con respecto a la norma ISO de aplicación en cada momento	FC3	NO	ORD	Por cada vez que ocurra se aplicará una deducción	A				X
11	% de transcripción errónea de resultados (en pruebas no automatizadas)	FC1	SI	ORD	Por cada vez que ocurra se aplicará una deducción	D	X		X	
12	Se supera el tiempo de respuesta establecido en las Bases/Contrato, de las solicitudes médicas de los servicios o áreas críticas (emergencia, UCI) del INSN-SB y en las Áreas No Críticas del INSN-SB	FC1	NO	NP	Por cada vez que ocurra se aplicará una deducción	D	X		X	
13	La SGP no mantiene los registros requeridos por la normativa aplicable	FC2	NO	ORD		S	X		X	X

Anexo 3

INDICADORES DE MONITOREO DE LA CALIDAD DEL SERVICIO – MANTENIMIENTO EQUIPOS

ID	Indicador	Tipo de defecto	Disponibilidad	Tiempo de respuesta	Criterios de aplicación de deducción (descuento)	Frecuencia de control	Registro de quejas e incidencias	Sistemas de información (INSN-SB)	Controles específicos (Supervisor)	Auditorías
1	El inventario de equipos y su situación no está actualizado	FC2	SI	NP	Por cada vez que se detecte un incumplimiento y hasta la finalización del periodo de resolución	T				X
2	La contratación de las labores de mantenimiento especializado se está haciendo con empresas no calificadas	FC1	SI	EM	Cada vez que se detecte que las labores de mantenimiento no las asume una expresa externa autorizada por el fabricante, se le aplicará una deducción por equipo o instalación en la que haya intervenido (por ejemplo: Maquina de Anestesia, Ventilador Volumétrico, etc)	T			X	X
3	Se detectan fallos u omisiones en la realización de las labores de mantenimiento en un equipo conforme a las especificaciones de los manuales técnicos de los fabricantes, de la norma técnica peruana y de cualquier otro que le sea aplicable	FC1	SI	NP	Por cada vez que se detecte un incumplimiento y hasta la finalización del periodo de resolución	M			X	X
4	Los materiales de repuesto, accesorios o cualquier elemento utilizado en el equipo no son originales (de la misma marca del equipo) o no cumplen los requisitos técnicos requeridos por el fabricante del equipo	FC1	SI	URG	Por cada vez que se detecte un incumplimiento y hasta la finalización del periodo de resolución	T			X	X
5	La realización deficiente de las acciones de mantenimiento genera retraso, interrupción o suspensión de la actividad o trabajo asistencial	FC1	SI	EM	Por cada retraso o anulación de la actividad asistencial que se produzca se aplicará una deducción	D	X	X		
6	El % de operatividad de los equipos a cargo de la SGP está por debajo del 97%	FC1	SI	ORD	La operatividad se mide mediante la relación existente de equipos operativos entre la cantidad total de equipo	M		X	X	X
7	La realización deficiente de las acciones de mantenimiento de los equipos clínicos provoca lesiones en los trabajadores o en los pacientes del INSN-SB	FC1	SI	EM	Se aplicará una deducción por persona que sufra el daño	D	X	X		
8	La demora o anulación en la realización de las acciones de mantenimiento correctivo ha interferido en la actividad asistencial o trabajo asistencial	FC1	SI	EM	Por cada retraso o anulación de la actividad asistencial, se aplicará una deducción	M	X	X		
9	El servicio no está operativo las 24 horas para atender las posibles necesidades que puedan surgir	FC1	NO	URG	Cada vez que se detecte se aplicará una deducción	S	X		X	
10	La SGP no pone en marcha los planes de mantenimiento preventivo/predictivo programado conforme a lo previamente aprobado por el INSN-SB	FC1	SI	URG	Cada vez que se detecte se aplicará una deducción	M			X	X
11	La SGP no pone en marcha los planes de mantenimiento correctivo programado conforme a lo previamente aprobado por el INSN-SB	FC1	SI	URG	Cada vez que se detecte se aplicará una deducción	T			X	X
12	La SGP no realiza el mantenimiento técnico/legal conforme a lo previamente aprobado por el INSN-SB	FC1	SI	URG	Cada vez que se detecte se aplicará una deducción	T			X	X
13	La SGP no elabora y mantiene actualizado los documentos técnicos de mantenimiento incluidos en la Guía Técnica para el uso de los instrumentos de registro y control de mantenimiento	FC2	SI	ORD	Cada vez que se detecte se aplicará una deducción	T			X	X
14	Los certificados de calibración de los equipos biomédicos no están vigentes	FC1	SI	ORD	Cada vez que se detecte se aplicará una deducción	T			X	X

Anexo 4

INDICADORES DE MONITOREO DE LA CALIDAD DEL SERVICIO – ASISTENCIA TÉCNICA DE ADQUISICIÓN

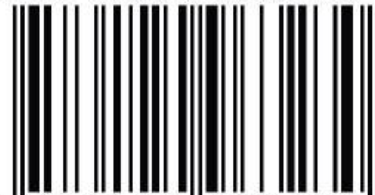
ID	Indicador	Tipo de defecto	Disponibilidad	Tiempo de respuesta	Frecuencia de control	Registro de quejas e incidencias	Sistemas de información (INSN-SB)	Controles específicos (Supervisor)	Auditorías
1	La SGP no elabora el plan de reposición anual de los Equipos	FC1	SI	ORD	A			X	X
2	La SGP no actualiza el plan de reposición anual de los 2 Equipos	FC2	NO	ORD	T	X		X	
3	La SGP no cumple con la presentación de las diferentes 3 alternativas para la reposición de los equipos	FC2	NO	ORD	T			X	
4	La SGP no presenta el informe técnico de las alternativas tecnológicas que se desea adquirir para el INSN — SB	FC2	NO	ORD	T	X		X	
5	La SGP no presenta el cuadro comparativo de las especificaciones técnicas y las condiciones de adquisición (servicios conexos) de los equipos a ser adquiridos por el INSN — SB, con 3 0 más marcas como mínimo (cuando las haya)	FC2	NO	ORD	T	X		X	
6	La SGP no presenta el estudio de mercado de los equipos a ser adquiridos por el INSN — SB sustentados con cotizaciones de precios referenciales, con menos de 6 meses de antigüedad	FC2	NO	ORD	T	X		X	



www.investinperu.pe



ISBN: 978-612-49632-3-0



9 786124 963230