

# UN PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD OPORTUNO Y DE CALIDAD

Lima, diciembre de 2023

# Índice

<b>1.</b>	Introducción	4
<b>2.</b>	Modelo de gestión en salud vigente	7
<b>3.</b>	Propuesta de cambio en el modelo de gestión: primer nivel atención de salud con capacidad resolutiva ampliada en ámbitos urbanos	11
<b>3.1.</b>	Características del modelo propuesto	15
<b>3.1.1.</b>	Cuidado centrado en el ciudadano	15
<b>3.1.2.</b>	Prestación de servicios de salud	15
<b>3.1.3.</b>	Talento humano y procesos de soporte	16
<b>3.1.4.</b>	Financiamiento	16
<b>3.1.5.</b>	Sistemas de información	17
<b>3.2.</b>	Arreglos institucionales en el sistema de salud peruano	18
<b>3.2.1.</b>	Implementación de los establecimientos PECRA	18
<b>3.2.2.</b>	Funcionamiento de los establecimientos PECRA	20
<b>4.</b>	Propuesta para las regiones Arequipa, Moquegua y Tacna	23
<b>4.1.</b>	Arequipa	25
<b>4.1.1.</b>	Análisis situacional	25
<b>4.1.2.</b>	Propuesta de estructuración del establecimiento PECRA	25
<b>4.2.</b>	Moquegua	26
<b>4.2.1.</b>	Análisis situacional	26
<b>4.2.2.</b>	Propuesta de estructuración del establecimiento PECRA	27

<b>4.3.</b>	Tacna	28
<b>4.3.1.</b>	Análisis situacional	28
<b>4.3.2.</b>	Propuesta de estructuración del establecimiento PECRA	28
<b>5.</b>	Costo estimado del establecimiento PECRA en las regiones priorizadas	30
<b>6.</b>	Conclusiones	33
<b>7.</b>	Anexos	36
•	Anexo 1: Características de las UBAPS	37
•	Anexo 2: Servicio de gestión de los procesos de soporte en el establecimiento PECRA	38
•	Anexo 3: Actores y roles clave en el del funcionamiento de los establecimientos PECRA	39
•	Anexo 4: Propuesta para estructuración del establecimiento PECRA en Arequipa, Moquegua y Tacna	41
•	Arequipa	41
•	Moquegua	44
•	Tacna	47
<b>8.</b>	Referencias	50



# **INTRODUCCIÓN**



## Capítulo 1

# Introducción

Desde la Declaración de Alma Ata de 1978<sup>1</sup> se reconoce la importancia de la atención primaria de salud como una estrategia para enfrentar los factores que causan los problemas de salud. Se acuerda que la mayoría de los problemas prevalentes deberían atenderse en el primer nivel de atención para asegurar la continuidad y la integralidad de aquellas intervenciones que son necesarias en el tiempo. Y se concluye que esta nueva forma de cuidado integral se debe aplicar en todo sistema social nacional para impactar positivamente en sus diferentes niveles.

El primer nivel de atención es el lugar de contacto inicial y la puerta de ingreso de las personas a un sistema nacional de salud. Por lo tanto, se espera que sea operado eficientemente y con las capacidades necesarias para ofrecer servicios accesibles de promoción y prevención de la salud, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. En el Perú, estos servicios deben ser brindados aplicando el Modelo de cuidado integral de salud por curso de vida (MCI)<sup>2</sup>, establecido por el Ministerio de Salud (Minsa). Es un enfoque centrado en la atención de la persona, la familia y la comunidad tomando en cuenta el actual proceso de conformación y funcionamiento de las redes integradas de salud (RIS).

Sin embargo, la red prestacional peruana está sesgada a lo hospitalario y organiza su oferta de servicios comunitarios, con limitaciones, centrada en las condiciones materno-infantiles, sin abordar suficientemente otros problemas prevalentes como las enfermedades no transmisibles. Esto lleva a no atender oportunamente este tipo de demanda, que al final se concentra en los establecimientos de mayor complejidad. Aunque el MCI afirma estar centrado en la persona, las redes de servicios de salud no brindan una cobertura prestacional

efectiva. Esto, entre otras razones, por la fragilidad del primer nivel de atención y la desarticulación que existe entre los actores a cargo de este rol en el sistema nacional de salud peruano.

Una primera línea de atención adecuadamente constituida, con recursos humanos, historia clínica electrónica, recursos terapéuticos y una ruta organizada de referencia y contrarreferencia tiene el potencial de resolver hasta el 85% de los problemas de salud frecuentes en la población (Vignolo, et al., 2011). En consecuencia, el reto es implementar un modelo de gestión que permita organizar y operar en red una oferta de esas características de manera sostenible y eficiente.

Este documento es la continuación de uno primero donde identificamos carencias en los procesos críticos vinculados a la organización y operación del primer nivel de atención. En él explicábamos que resolverlas demanda una conducción sostenida que promueva un nuevo modelo de gestión sanitaria en función a las necesidades de las personas. Por ello, es necesario establecer una estrategia diferente que organice la oferta existente en el territorio con una lógica de red con capacidad resolutive.

En esa línea, una opción a tomar en cuenta es el modelo de las Unidades Básicas de Atención Primaria de Salud (UBAPS), desarrollado por EsSalud hasta hace pocos años en las provincias de Lima y el Callao. Entre sus fortalezas estaban que a cada establecimiento se le asignó una determinada población. El financiamiento capitado —es decir, donde a cada asegurado se le fija una tarifa a cambio de un número determinado de prestaciones de salud— incentivó que los prestadores de salud buscaran el logro de resultados sanitarios. Además, disponía de una plataforma digital para la historia clínica electrónica que permitía la trazabilidad de las

<sup>1</sup> La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, realizada en Alma Ata, Kasajistán en 1978, reunió a 134 países y 67 organismos internacionales (China fue el gran ausente). Esta conferencia definió y otorgó reconocimiento internacional al concepto de atención primaria de salud, como una estrategia para alcanzar la meta de "Salud para todos" en 2000, según indica la Declaración con la que se concluyó la conferencia. Fuente: Organización Panamericana de la Salud.

<sup>2</sup> Establecido en la Resolución Ministerial (RM) N° 030-2020/MINSA.

atenciones brindadas y facilitaba otros procesos de soporte.

En este estudio proponemos los atributos esenciales vinculados al modelo de gestión que debe tener ese tipo de servicios en el Perú. Para ilustrarlo, nos centramos en los departamentos de Arequipa, Moquegua y Tacna<sup>3</sup>. Planteamos un conjunto de estrategias orientadas a organizar e incentivar esta oferta en ámbitos urbanos<sup>4</sup>, y realizamos un ejercicio de cálculo del financiamiento estimado necesario tomando en cuenta la experiencia del modelo de las UBAPS de EsSalud.

Cabe anotar que hay importantes factores que deben ser resueltos a nivel sectorial para facilitar la ejecución de un primer nivel resolutivo, sostenible y eficiente. Entre ellos: separar los roles financiador–prestador; establecer el mecanismo para que el financiamiento llegue efectivamente a los establecimientos de salud involucrados y sean gestionados con eficiencia y oportunidad; definir la inversión necesaria para mejorar la capacidad resolutiva de los establecimientos; y dotar del talento humano y los recursos necesarios para la operación continua.

---

<sup>3</sup> Los tres departamentos fueron seleccionados por las siguientes razones: i) Pertenecen a la Mancomunidad Macro Región Sur establecida por Ordenanza Regional N° 343–Arequipa sobre la base de la Ley 29768, Ley de Mancomunidad Regional. Por tanto, presentan el potencial de ejecutar acciones, convenios interinstitucionales y proyectos conjuntos al configurar un corredor económico y social. ii) Tienen un alto porcentaje de población urbana y configuran un viejo patrón de articulación territorial del sistema de salud (Murillo-Peña, et al., 2023). iii) Tienen mayor probabilidad de experimentar presiones poblacionales dado el crecimiento demográfico que han experimentado y que se traduce en una mayor demanda de servicios, como los de salud.

<sup>4</sup> Las estrategias de solución que se proponen están pensadas para ser aplicadas en zonas urbanas, considerando que más del 80% de peruanos reside allí.



# **MODELO DE GESTIÓN EN SALUD VIGENTE**



## Capítulo 2

# Modelo de gestión en salud vigente

El Ministerio de Salud (Minsa) estableció el Modelo de cuidado integral de salud (MCI) para “mejorar, con equidad, las condiciones o el nivel de salud de la población residente en el Perú”. Hoy conduce el proceso de conformación y funcionamiento de las redes integradas de salud (RIS) a nivel nacional, las cuales buscan “proveer servicios de salud integrales a la población de su ámbito mediante intervenciones de salud individual y salud pública, y el abordaje de los determinantes sociales de la salud”. Esto debe ocurrir en el marco de la política de Estado vigente de aseguramiento universal de salud, que garantiza que todo residente en el país

disponga de un seguro de salud.

Una RIS, según consta en su reglamento, es el “conjunto de organizaciones que presta o hace los arreglos institucionales para brindar una cartera de atención de salud equitativa e integral a una población definida”. La siguiente tabla resume los cuatro principales atributos de la atención primaria de salud que, según la pediatra y académica estadounidense Barbara Starfield, defensora de la atención primaria como herramienta para mejorar la salud de la población, deben aplicar las RIS en sus procesos.

**Cuadro 1:** Definición de los atributos de atención primaria

Atributo	Definición
<b>Accesibilidad o primer contacto</b>	Puerta de entrada al sistema de salud: punto de inicio de la atención y filtro para acceder a los servicios especializados.
<b>Cupo y longitudinalidad</b>	Asistencia centrada en la persona a lo largo del tiempo.
<b>Integralidad</b>	Cubre todas las necesidades de salud (orgánico, psíquico y social). Ofrece servicios preventivos y curativos, y los refiere a un nivel de atención más especializado solo cuando es necesario.
<b>Coordinación</b>	Intranivel (entre niveles de atención).

*Nota: Adaptado de Bárbara Starfield, “Atención primaria. Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología”. (Tomado de Acta médica peruana v.30 n.1 Lima ene./mar. 2013. “Atributos de la atención primaria de salud: Una visión desde la medicina familiar”).*

Considerando el marco anterior, se espera que las RIS configuradas —es decir, organizadas con una población asignada y un territorio definido a su cargo— formulen y caractericen sus productos o

resultados, y que estos sean susceptibles de ser medidos mediante indicadores<sup>5</sup>. Las fuentes para esta cuantificación necesitan estar incorporadas a los sistemas de información existentes para facilitar

<sup>5</sup> Entre ellos medir la cobertura y calidad del cuidado integral de la salud brindado a las personas que son parte integrante de la RIS.

- Indicadores de estructura: miden los recursos que se utilizan para ofrecer atención al individuo. Incluyen las instalaciones físicas, las características de la organización administrativa y la cualificación del personal. Una buena infraestructura, equipamiento y servicios disponibles suelen proporcionar una atención de calidad.

- Indicadores de proceso: miden la entrega real de los servicios. Dan cuenta de la cobertura, accesibilidad, oportunidad y pertinencia de las acciones e intervenciones realizadas.

- Indicadores de resultado: evidencian el cambio real o deseado en la salud de las personas, familias y comunidades; es decir, los impactos alcanzados en el tiempo.



su identificación y procesamiento.

Entonces, las RIS proveerán servicios de salud acordes a las políticas nacionales de salud, considerando los diferentes niveles de gobierno —nacional, regional o local—. Además, ofertarán prestaciones de salud conforme al Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS) y otros planes que se establezcan. Para ello, aplicarán los principios de complementariedad y continuidad del cuidado integral de salud, entre las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPRESS) de la RIS o fuera de ella, en las modalidades de oferta en el establecimiento y telesalud.

Las IPRESS que integran la RIS, en particular las del primer nivel de atención en salud, brindarán el cuidado integral de salud a las personas, familia y comunidad de su ámbito territorial en el marco de la atención primaria de salud y el MCI. Recordemos que el primer nivel de atención en salud se divide actualmente en cuatro categorías que estratifican la capacidad resolutive de su oferta de servicios:

- **Categoría I-1:** son los puestos o postas de salud y los consultorios de profesionales de la salud sin médicos. **Atienden de 6 a 12 horas.**
- **Categoría I-2:** postas de salud y consultorios médicos con médico-cirujanos, con o sin especialidad. **Atienden hasta 12 horas.**
- **Categoría I-3:** comprende establecimientos como centros de salud, centros médicos, centros médicos especializados y policlínicos. **Atienden 12 horas.**
- **Categoría I-4:** incluye centros de salud y médicos con camas de internamiento. **Atienden 24 horas.**

A su vez, el financiamiento es clave para llevar a cabo un cambio en el modelo de gestión del primer nivel de atención. Esto no solo en relación a la cantidad de recursos, sino también al mecanismo de pago que se utiliza. En ese sentido el mecanismo

que se considera más apropiado para el primer nivel de atención en salud es el pago capitado, que consiste en transferencias financieras realizadas por la institución administradora de fondos de aseguramiento en salud (IAFAS) a estos establecimientos en forma anticipada calculando un monto por cada asegurado asignado<sup>6</sup>.

La capitación hace responsable al establecimiento de salud de pagar por el cuidado que administra a sus pacientes, con lo que fomenta la prevención. Esta forma de financiamiento está sustentada en el Reglamento de la Ley 30885 (sobre las RIS), que entre las características del financiamiento de las RIS establece las modalidades de pago capitado y pago por servicios<sup>7</sup>.

En cuanto a la prestación misma, es clave que los establecimientos del primer nivel cumplan con su **rol de ser la puerta de entrada al sistema de salud**. Según las normas que organizan la RIS, deben brindar “una cartera de servicios de salud de primer contacto a la población, en un horario de atención de salud de 12 horas”. Además, se vinculan con otros establecimientos de mayor capacidad resolutive, que tienen personal de salud para brindar una cartera de servicios adicionales y complementarias y que atienden las 24 horas, en caso sea necesario referirles algún paciente.

Esta prestación de servicios de salud necesita de factores de producción tales como:

- **Talento humano** disponible y competente
- **Infraestructura y equipamiento biomédico** suficiente para brindar servicios con calidad en buen estado, operativos y seguros.
- **Productos farmacéuticos y dispositivos** dispensados o administrados con suficiencia, oportunidad y calidad a los usuarios finales.
- **Otros bienes y servicios disponibles** con la continuidad necesaria para operar el establecimiento de salud en el horario establecido.

<sup>6</sup> Artículo de Pedro Grillo y la Organización Mundial de Salud. “Informe sobre la salud en el mundo. El camino hacia la cobertura universal”. Ginebra, 2010.

<sup>7</sup> El pago por servicios se refiere, según el SIS, al pago por prestación de servicios de salud realizado al paciente.

**Gráfico 1:** Procesos vinculados a la oferta de servicios de salud



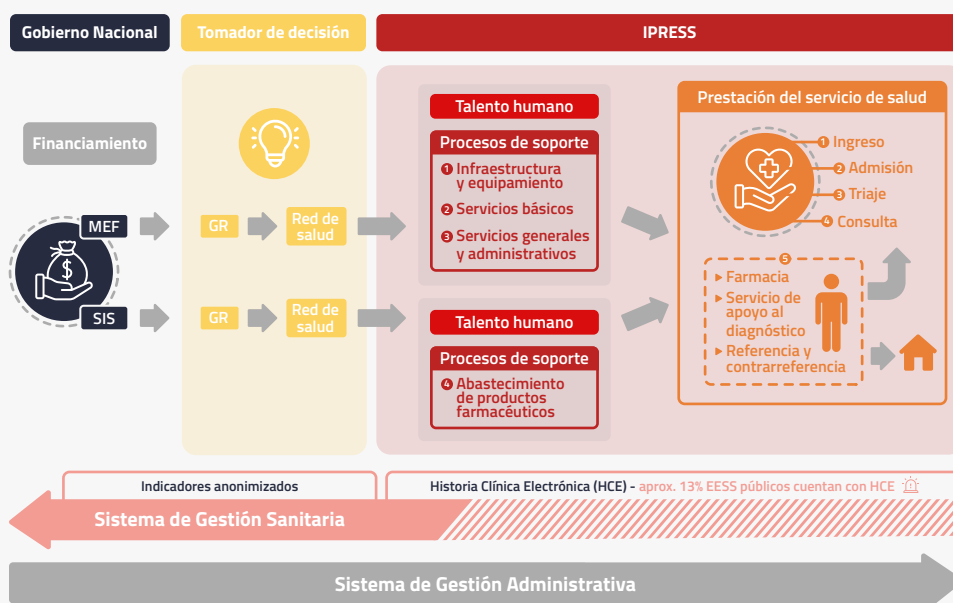
Elaboración propia.

El Gráfico N° 2 esquematiza el flujo de financiamiento a través de las diferentes entidades involucradas. Los recursos son asignados por el Seguro Integral de Salud (SIS) y el Ministerio de Economía y Finanzas (MEF) para financiar diferentes conceptos. En particular, hoy el SIS cubre principalmente la reposición de las tecnologías sanitarias empleadas en las atenciones de salud (costo variable), con lo que en la práctica no se comporta como un verdadero seguro. Los Gobiernos regionales tienen a su cargo parte de


las decisiones en salud, establecen las prioridades regionales y actúan como pliego presupuestario; es decir, reciben un crédito presupuestario en la Ley Anual de Presupuesto del Sector Público.

Implementar las RIS y ejecutar la propuesta que sustenta este estudio requieren de algunos cambios en estos procesos. Estos favorecerán la viabilidad y continuidad de los servicios que constituyen parte del cuidado integral para las personas en el territorio.

**Gráfico 2:** Flujo de financiamiento y recursos para las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPRESS) públicas



Fuente: REUNIS – Implementación HCE según PEI Minsa.  
Elaboración propia.



**PROPUESTA DE CAMBIO  
EN EL MODELO DE GESTIÓN:  
PRIMER NIVEL ATENCIÓN  
DE SALUD CON CAPACIDAD  
RESOLUTIVA AMPLIADA  
EN ÁMBITOS URBANOS**



### Capítulo 3

# Propuesta de cambio en el modelo de gestión: primer nivel atención de salud con capacidad resolutive ampliada en ámbitos urbanos

Considerando la carencia de incentivos y la actual complejidad que enfrentan las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPRESS) del primer nivel de atención en salud para disponer de manera oportuna, continua, suficiente y con calidad de los factores de producción necesarios para prestar servicios de salud, recomendamos aplicar un modelo de compra estratégica de servicios que esté atada al logro de resultados sanitarios centrados en las necesidades de los ciudadanos.

Específicamente, proponemos a determinadas IPRESS 1-3 seleccionadas como establecimientos puerta de entrada al sistema de salud, que deben contar con una oferta de servicios mayor a la fijada para su categoría. Estos establecimientos de salud son conceptualmente una **puerta de entrada con capacidad resolutive ampliada**, por lo que planteamos identificarlas con el **acrónimo PECRA**.

La propuesta toma como base la experiencia de las Unidades Básicas de Atención Primaria de Salud (UBAPS) de EsSalud, y la adapta al marco normativo vigente, en particular el referido a las RIS. Estas UBAPS se implementaron desde el 2008 y ofrecían una cartera de servicios alineada al cuidado integral por curso de vida<sup>8</sup>. Incluían intervenciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, recuperación y rehabilitación de la salud. Asimismo, podían aumentar la variedad de sus servicios considerando las necesidades de los asegurados.

Las UBAPS funcionaban bajo un esquema de financiamiento de pago capitado. Este se dividía en

dos tramos: una tarifa mensual equivalente al 75% del monto capitado según contrato, previa conformidad del servicio; y el 25% restante se cancelaba trimestralmente tras evaluar el avance en los indicadores sanitarios acordados.

En ese escenario los roles de financiamiento y prestación estaban separados y el pago estaba condicionado al logro de determinadas metas, lo que constituía un incentivo efectivo. EsSalud celebró contratos o convenios con instituciones privadas o municipalidades que gestionaron estas UBAPS. A ellas se les remuneraba mediante la modalidad del pago capitado, el cual estaba sujeto en parte al logro de determinados resultados en una población asignada asentada en un territorio definido. En el Anexo 1 presentamos las características de un contrato de UBAPS en las redes Almenara y Rebagliati de EsSalud ubicadas en la provincia de Lima.

Aplicando estos acuerdos, las UBAPS pudieron operar con flexibilidad para brindar un conjunto de beneficios a los asegurados. Estos incluían un enfoque centrado en la salud del afiliado, la alineación con incentivos mediante el pago per cápita, la reducción del tiempo necesario para obtener una cita, la disminución de los costos de transacción, la minimización del margen para actos de corrupción, el traslado de riesgos al prestador (actor privado o entidad municipal). Todo ello se tradujo en una mejora en los indicadores de oferta y en la optimización de la atención.

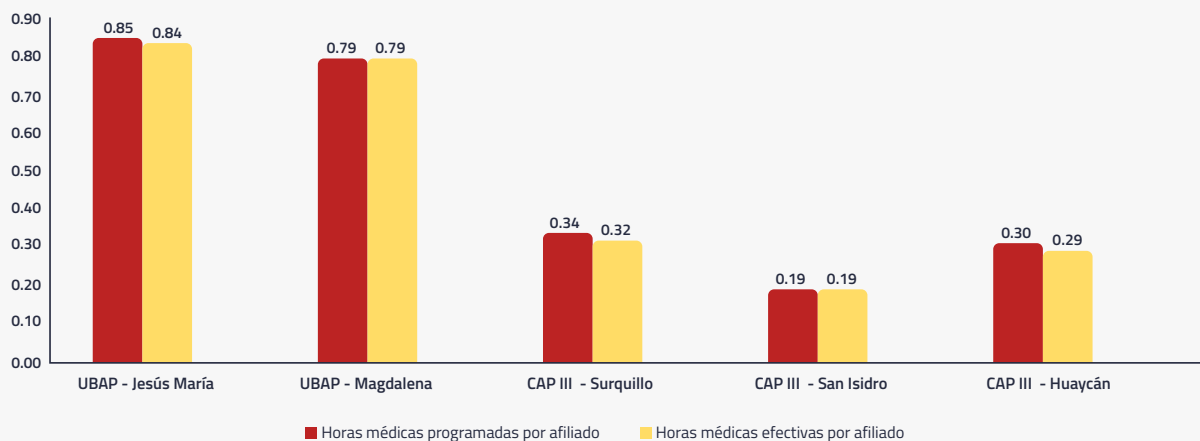
A continuación, presentamos una comparación

<sup>8</sup> Conforme a la directiva del Minsa Resolución Ministerial N° 030-2020/MINSA Documento Técnico "Modelo de cuidado integral de salud por curso de vida para la persona, familia y comunidad (MCI)".

empleando algunos indicadores e información de oferta: horas médicas programadas<sup>9</sup>, horas médicas efectivas<sup>10</sup> y número total de médicos en dos UBAPS de la Red Rebagliati (Jesús María y Magdalena)<sup>11</sup> y en tres centros de atención primaria (CAP)<sup>12</sup> de nivel III Surquillo, San Isidro y Huaycán) a cargo de EsSalud. Como se observa en el Gráfico 3,

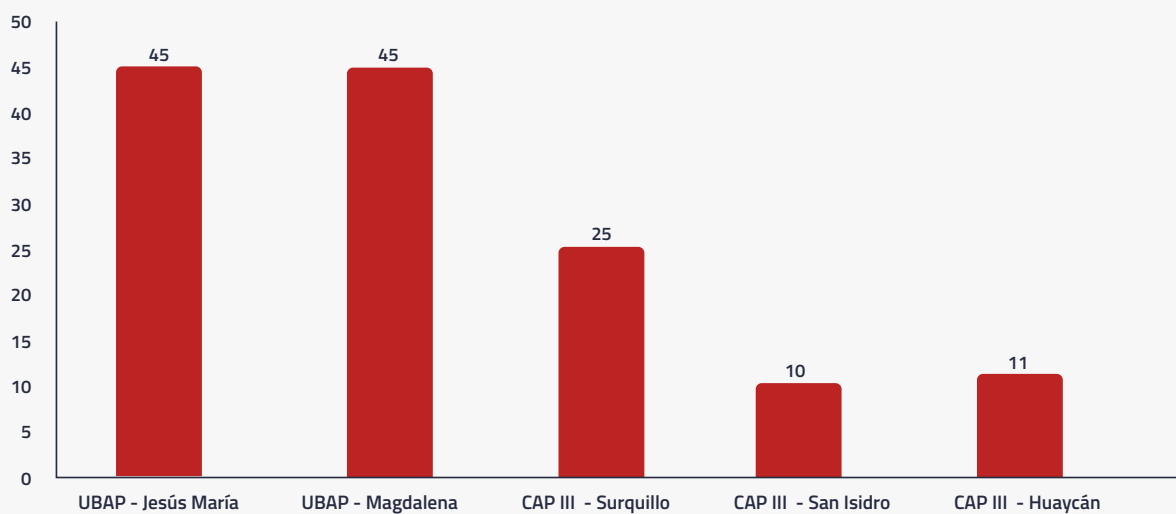
las UBAPS registran mayores horas médicas programadas y efectivas luego de ajustes por el número de afiliados en comparación con los CAP III. Asimismo, en el Gráfico 4 se evidencia que el número total de médicos en ambas UBAPS es superior al de los CAP evaluados, pese a que las primeras tenían una mayor población asignada.

**Gráfico 3:** Horas médicas programadas y efectivas ajustadas por afiliado en las UBAPS de Jesús María, Magdalena y en los CAP III de Surquillo, San Isidro y Huaycán



Fuente: EsSalud en Cifras (2014). Elaboración propia.

**Gráfico 4:** Número total de médicos en las UBAPS de Jesús María, Magdalena y en los CAP III de Surquillo, San Isidro y Huaycán



Fuente: EsSalud en Cifras (2014). Elaboración propia.

<sup>9</sup> Las horas médicas programadas son el tiempo planificado de atención en consulta externa durante un año (MINSa, 2013).

<sup>10</sup> Las horas médicas efectivas son el tiempo que realmente se emplea en la atención de paciente en consulta externa durante un año (MINSa, 2013).

<sup>11</sup> A cargo de operadores privados.

<sup>12</sup> A cargo de EsSalud.

En cuanto a optimizar la oportunidad de la atención del servicio de salud, en las UBAPS se aprecia que el tiempo de espera para obtener citas médicas disminuye, lo que mejora la capacidad de respuesta. De acuerdo al IETSI EsSalud (2018), en promedio los pacientes solían esperar un mes para conseguir una cita médica. Sin embargo, en una UBAPS el plazo máximo para otorgar citas variaba entre 48 horas para atenciones básicas como medicina general, ginecología y pediatría, y cinco días para especialidades más complejas como gastroenterología (Ojo Público, 2021).

El modelo de las UBAPS mejoró la atención de los adultos al ofrecer las consultas necesarias de una manera más frecuente y cuando era necesario. Además, incluía entregar las recetas de medicamentos de manera completa y realizar

procedimientos de apoyo al diagnóstico (exámenes de laboratorio y diagnóstico por imágenes) (Ojo Público, 2021). Este conjunto de servicios brindados de manera cercana a los asegurados a EsSalud, con oportunidad y suficiencia<sup>13</sup>, permite afirmar que este modelo tiene valiosos aportes para una iniciativa vinculada al primer nivel de atención en salud.

Conocidos los atributos principales del modelo de UBAPS de EsSalud y también aspectos perfectibles de este planteamiento, pasaremos a describir las características esperadas de cada proceso clave para la prestación de servicios de salud en los establecimientos PECRA. Y luego analizaremos las implicancias y arreglos institucionales requeridos para implementar la propuesta.

## Establecimiento PECRA

Se define por establecimiento PECRA a la institución prestadora de servicios de salud (IPRESS) categoría 1-3 puerta de entrada con capacidad resolutive ampliada que se ubica en una zona urbana con alta densidad poblacional y que puede solucionar el 80% de los problemas de salud de los residentes de un determinado territorio. Para ello, se considera una cartera de servicios adaptada en función a las necesidades de la población asignada. De ser necesario, de manera coordinada puede referir los casos que requieran el cuidado de un centro hospitalario, y luego atender la contrarreferencia.

Su modelo de gestión contempla el mecanismo de financiamiento mediante un pago capitado asociado al logro de resultados sanitarios. De esta manera, la IPRESS percibe un monto fijo que asegura su sostenibilidad y un monto variable vinculado a objetivos sanitarios acordados.

Estos establecimientos cuentan con un equipo multidisciplinario de salud a cargo de un jefe/director médico, el cual puede ser enriquecido por el concurso de otras especialidades que sean necesarias.

La gestión de los procesos de soporte que permiten la provisión continua, oportuna y con calidad de los factores de producción esenciales para la prestación están a cargo de un **gestor privado**. Su rol es administrar los recursos, cautelar la sostenibilidad de la IPRESS y contribuir efectivamente a la buena atención de los usuarios. El gestor privado deberá facilitar la labor del equipo médico de salud y limitar el tiempo dedicado a procedimientos administrativos.

<sup>13</sup> Las encuestas de satisfacción de usuarios aplicadas en EsSalud demuestran la ventaja de las UBAPS sobre las IPRESS propias de esta IAFAS.

## 3.1 Características del modelo propuesto

El modelo de establecimiento PECRA tiene una lógica centrada en el ciudadano. A partir de ello se define el proceso de gestión de las prestaciones de servicios de salud. Se proponen intervenciones medibles en el usuario, quien recibe los cuidados integrales brindados por las unidades productoras de servicios de salud (UPSS) de la IPRESS, y se beneficia de productos y resultados tangibles. Se establece así una dinámica de constante ajuste del modelo en función de la evolución de las necesidades. Para esta labor proponemos adoptar el modelo de teoría del cambio, que involucra un esfuerzo de los actores, sobre todo a nivel local.

### 3.1.1 Cuidado centrado en el ciudadano

Con la implementación de los establecimientos PECRA formulamos el siguiente resultado final: “Peruanos que residen en las zonas urbanas del país acceden a cuidados integrales y continuos de salud de manera oportuna, suficiente y con calidad”.

Proponemos medir los siguientes indicadores relacionados a la cobertura y calidad de la atención que permitan el monitoreo de la implementación de la estrategia en el tiempo:

- **Tiempo de espera en la programación** de una cita para consulta externa.
- **Tiempo de espera para ser atendido** en consulta externa.
- **Porcentaje de satisfacción del usuario** de consulta externa.
- **Porcentaje de personas que acceden a los servicios de apoyo** al diagnóstico indicados.

- **Porcentaje de pacientes que fueron diagnosticados con alguna enfermedad crónica** por primera vez e iniciaron tratamiento.

- **Porcentaje de pacientes que cuentan con diagnóstico de enfermedad crónica** y continúan tratamiento.

- **Porcentaje de recetas de productos farmacéuticos** entregados completamente del total prescrito.

- **Gasto de bolsillo en salud.**

Lo anterior demanda emplear datos de los sistemas de información de gestión y de las historias clínicas electrónicas existentes. También, el recojo periódico de fuentes secundarias y primarias mediante encuestas o entrevistas a ciudadanos que reciben la atención en los establecimientos PECRA<sup>14</sup>.

### 3.1.2 Prestación de servicios de salud

Este proceso comprende el cuidado que recibe el ciudadano en el establecimiento PECRA. Al respecto, la cartera de servicios define las prestaciones a las cuales pueden acceder las personas.

Planteamos tomar como referencia el tipo de oferta de las UBAPS de EsSalud, antes mencionadas, ajustándola al perfil de demanda de la población urbana asignada. Adaptar la variedad de los servicios de los establecimientos PECRA también permitiría considerar la situación de los determinantes de la salud en cada territorio, y buscar que la estrategia sea capaz de resolver el 80% de los problemas de salud frecuentes en la población (Vignolo, et al., 2011). Por ello, proponemos la medición del siguiente indicador:

- **El establecimiento PECRA no puede referir más del 20% de la población atendida.**

La medición de este indicador y otros clave

<sup>14</sup> A nivel nacional, la Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuario de Salud (Ensalud) permitía estimar indicadores de calidad de la atención a nivel nacional. Aunque esta encuesta fue descontinuada en el 2016, su experiencia en el diseño y desarrollo es relevante para generar nuevos instrumentos o promover nuevamente su empleo.

requieren implementar la historia clínica electrónica y los sistemas administrativos asociados que permitan un adecuado monitoreo. Esto corresponde a un criterio inicial de evaluación de cumplimiento del modelo.

### 3.1.3 Talento humano y procesos de soporte

La propuesta de establecimientos PECRA contempla, como parte del pago capitado, el financiamiento de los factores de producción para la prestación (ver Gráfico N°1). Usar este presupuesto para obtener los recursos necesarios de manera suficiente, oportuna y con calidad, de modo que permita ofrecer los servicios de salud requeridos por los usuarios.

Identificamos los siguientes indicadores para medir el desempeño de estos procesos de soporte:

- **Brecha existente de recursos humanos** en salud necesarios.
- **Equipos biomédicos en condiciones de buen funcionamiento** y con plan de mantenimiento en ejecución.
- **Disponibilidad de agua potable** las 24 horas del día.
- **Disponibilidad de energía eléctrica** las 24 horas del día.
- **Acceso a conectividad interna y externa (internet)** las 24 horas del día.
- **UPSS de apoyo al diagnóstico con cartera de servicio completa** en funcionamiento en el horario de atención.
- **Nivel de servicio en la realización y entrega de resultados** en procedimientos de apoyo al diagnóstico para usuarios finales.
- **Nivel de servicio en la administración o dispensación** de productos farmacéuticos para usuarios finales.
- **Sistema de disposición de residuos (biológicos y peligrosos)** organizado y operativo.

Aunque existen avances promovidos por el Minsa para disponer de la información de monitoreo relacionada, es necesario resolver brechas existentes. Por su parte, Susalud recoge información de la cartera de servicios de los establecimientos y muestra el equipamiento y recursos humanos en salud. Sin embargo, la información no es de acceso público. Tampoco existe un reporte con información de los servicios básicos por institución prestadora de servicios de salud (IPRESS).

Al respecto, una buena experiencia del Estado se encuentra en el sector educativo, donde el Ministerio de Educación (Minedu) recoge datos del estado de la infraestructura, equipamiento, funcionalidad de los ambientes, acceso a servicios básicos y matrícula mediante el censo escolar. La información, reportada anualmente por los directores, permite calcular las brechas existentes para, sobre esa base, priorizar la asignación de los recursos (MINEDU, 2022).

También, EsSalud ha desarrollado avances en sus sistemas de gestión empleando un ERP (Enterprise Resource Planning) para administrar recursos e historias clínicas electrónicas. Si bien el Minsa ha construido sistemas de información de periodicidad mensual, su limitada interoperabilidad es una restricción. Por ello, proponemos aprovechar las experiencias de otros sectores para mejorar el conocimiento y gestionar los factores de producción en el sector salud.

### 3.1.4 Financiamiento

La propuesta de modelo de pago para los establecimientos PECRA propone optimizar la compra de servicios empleando el pago capitado.

Planteamos que los recursos destinados al financiamiento de los factores de producción sean consolidados y destinados a un único ente administrador para la posterior compra de servicios, pues la mancomunación de los recursos favorece una mejor gestión del riesgo. Específicamente, el modelo de compra de servicios mediante pago



capitado establece un monto fijo por afiliado y un pago variable condicionado al cumplimiento de determinados resultados sanitarios. Así, los establecimientos PECRA tienen incentivos para optimizar sus servicios, pues buscan no llegar a un costo total de las prestaciones que supere el valor del pago capitado.

Con esas consideraciones proponemos los siguientes indicadores de seguimiento para el adecuado flujo de los recursos económicos:

- **Disponibilidad de recursos económicos** consolidados para el pago a los establecimientos PECRA.
- **Disponibilidad de información sistematizada** para evaluar el cumplimiento de los resultados sanitarios.
- **Traspaso de recursos económicos del monto fijo y monto variable** que correspondan a establecimientos PECRA. En este último, en caso de cumplirse el logro de resultados sanitarios.
- **Reporte de incumplimiento de logros sanitarios**, en caso los hubiera, a la autoridad regional de salud.

Hoy es posible monitorear la asignación de recursos públicos a partir de los servicios de consulta en línea del presupuesto público implementadas por el Ministerio de Economía y Finanzas (MEF). Del mismo modo, el Seguro Integral de Salud (SIS) transparenta los convenios que firma con los Gobiernos regionales. Sin embargo, es necesaria una plataforma que integre la evaluación del logro de resultados sanitarios y que brinde transparencia a los montos devengados destinados a los establecimientos PECRA.

### 3.1.5 Sistemas de información

Los sistemas de información requeridos para implementar los establecimientos PECRA son los de gestión administrativa y gestión clínica. En los primeros se considera principalmente el

seguimiento de las decisiones referidas a recursos como asignación de presupuesto; compra, distribución, abastecimiento y entrega de productos farmacéuticos; provisión de servicios necesarios; seguimiento de inversiones públicas, entre otros. Los segundos se implementan en los establecimientos de salud para procesar y organizar la información de las personas atendidas, la que debe ser manejada siguiendo las medidas de seguridad sobre protección de datos personales y de salud. Esto permite generar indicadores para el seguimiento del cuidado integral de los usuarios (trazables en el tiempo) y reportar la producción que luego sirve para evaluar el logro de los resultados sanitarios encomendados.

El desarrollo de los sistemas de gestión administrativa muestra algunos avances en los últimos años. El MEF tiene un sistema de seguimiento de la ejecución presupuestaria y otro para los proyectos de inversión. Sin embargo, no se dispone de una solución que integre los procesos administrativos desde la perspectiva de la institución prestadora de servicios de salud (IPRESS), aspecto que debe ser resuelto en la implementación del modelo PECRA. El Minsa ha creado un repositorio único de indicadores en salud. Pero, como se señaló en el informe anterior, la historia clínica electrónica apenas alcanza al 12.9% de los establecimientos del primer nivel de atención, aspecto crítico que debe resolverse.

Proponemos los siguientes indicadores para asegurar el funcionamiento de los sistemas de información en los establecimientos PECRA:

- **El establecimiento ha implementado y emplea** la historia clínica electrónica y cuenta con una solución informática para el soporte en la gestión de recursos.
- **El establecimiento cuenta con una aplicación** para el monitoreo y la evaluación de indicadores, enfatizando la medición del nivel de servicio brindado en las UPSS.

Como se observa, los sistemas de información cumplen un rol clave en la propuesta al recoger,

procesar y reportar la información necesaria para el seguimiento y la evaluación de los logros sanitarios.

Luego de explicar el funcionamiento teórico de la propuesta de establecimientos PECRA, en la siguiente subsección analizamos los principales arreglos institucionales y el funcionamiento operativo de la propuesta.

## 3.2 Arreglos institucionales en el sistema de salud peruano

En las secciones anteriores explicamos el contexto técnico normativo existente y las limitaciones prácticas para el adecuado acceso a los servicios de salud por los ciudadanos peruanos. Ahora detallaremos el rol de los principales actores para implementar y poner en funcionamiento los establecimientos PECRA.

Para ello es necesario realizar una serie de ajustes y cambios en la manera como hoy se gestionan los diferentes procesos relacionados principalmente a los factores de producción. Estos brindan soporte al proceso de prestaciones de servicios de salud y permiten que se logre el cuidado integral de la persona, aspecto misional de una IPRESS.

### 3.2.1 Implementación de los establecimientos PECRA

A continuación, describiremos los principales arreglos institucionales necesarios para la implementación de establecimientos PECRA. Los presentamos en orden secuencial y por actor nacional y regional.

**Cuadro 2:** Arreglos institucionales necesarios para la implementación de los establecimientos PECRA

Orden	Actor	Descripción
1	Minsa	Elabora los criterios para determinar el lugar de implementación de un establecimiento PECRA y los criterios para establecer el valor del cápita. Reglamenta el perfil de los jefes de un establecimiento PECRA y los documentos normativos para la reubicación del personal y los bienes, en caso fuese necesario.
2	Gobierno Regional (GORE)	Define la ubicación de los establecimientos PECRA tomando como sustento los criterios técnicos del Minsa.
3	GORE	Identifica y comunica al MEF, Minsa y SIS los recursos actuales destinados al ámbito de influencia del establecimiento PECRA y el valor del cápita estimado aplicando los criterios establecidos.
4	MEF	Recibe el reporte del GORE sobre financiamiento mínimo que percibe por el ámbito de influencia del establecimiento PECRA y el acuerdo con el SIS y el Minsa sobre el pago capitado <sup>1/</sup> .
5	MEF	Realiza el traspaso presupuestal al pliego del SIS por los montos anuales para el financiamiento de los establecimientos PECRA acordados.

Orden	Actor	Descripción
6	SIS	Celebra el contrato con el GORE para el traspaso de recursos capitados directamente al establecimiento PECRA. El GORE tiene facultades para definir las prioridades sobre los logros sanitarios a conseguir en el ámbito asignado al establecimiento PECRA. El contrato debe tener puntos de contingencia que protejan la sostenibilidad financiera y la posibilidad de hechos catastróficos en salud. Además, debe asegurar la intangibilidad de recursos únicamente destinados al establecimiento PECRA.
7	GORE	Reestructura la conformación de la zona sanitaria elegida para la implementación del establecimiento PECRA de ser necesario.
8	GORE	Inicia el procedimiento de selección del servicio de gestión de los procesos de soporte del establecimiento PECRA, orientado a cumplir con las características de los servicios y los resultados que el convenio con el SIS requiere y el perfil definido por el Minsa para ocupar el cargo de gestor del establecimiento PECRA. Este procedimiento ocurre en el marco de los convenios y acuerdos antes celebrados e incluye un plan de monitoreo y evaluación de su aplicación y de la actuación de los involucrados.
9	GORE	Adjudica el contrato de servicio de gestión de los procesos de soporte del establecimiento PECRA por un plazo no menor de cinco años. Reemplaza al jefe del establecimiento en caso incumplimiento de los indicadores sanitarios a su cargo. De igual modo, de adoptar las medidas correctivas a la empresa contratada a cargo de la gestión. Reubica al personal de salud en la zona sanitaria donde se ubica el establecimiento PECRA, de ser necesario, con el respaldo de los documentos normativos del Minsa.

1/ En la sección 5 se propone un cálculo para la prima por asegurado.  
Elaboración propia.

Un actor clave en esta etapa de la implementación es el tercero contratado para brindar el **servicio de gestión de los procesos de soporte del establecimiento PECRA** (en el Anexo 2 ofrecemos mayor detalle sobre su rol). Se deben dar condiciones mínimas que hagan atractiva la propuesta de gestión para que una empresa con las competencias requeridas pueda postular a los procesos de selección que se convoquen. Para facilitarlos, hemos identificado las siguientes características, algunas de las cuales pueden servir como incentivos para una mayor participación de proveedores interesados en brindar estos servicios:

- **Temporalidad del contrato de tres años que se pueden ampliar** en los términos que la ley permite<sup>15</sup>. La ampliación del plazo de contrato se analiza en función del cumplimiento de los indicadores de gestión acordados.

- **Definición en el GORE de una contraparte con un nivel alto de autoridad.** Recomendamos que, como mínimo, este funcionario sea el gerente administrativo o el cargo equivalente existente en el pliego presupuestario respectivo.

- **Inclusión en el contrato de las siguientes cláusulas** u otras que permitan gestionar escenarios de riesgo:

- **Protección ante posibles escenarios de presión de actores externos** que se opongan a una mejora del modelo de gestión en los establecimientos PECRA.

- **Sustento de procedimiento ante contingencias que afecten** el desempeño del tercero, tal como el desabastecimiento nacional de algún factor de producción necesario para la prestación de servicios.

<sup>15</sup> Un plazo mayor requiere la modificación de la Ley de Contrataciones del Estado.

- **Intangibilidad de los recursos asignados al establecimiento PECRA** que gestionará el tercero en el marco del contrato.

## 3.2.2 Funcionamiento de los establecimientos PECRA

Sobre la base de estos arreglos institucionales previos es posible iniciar la operación de los establecimientos PECRA. Para ello, es necesario definir los roles clave de los actores involucrados a lo largo del macroproceso de prestación de servicios de salud.

El Minsa, en su calidad de ente rector, determina las normas técnicas y administrativas que favorecen la institucionalidad de los establecimientos PECRA. Específicamente, establece competencias para que el gestor encargado del establecimiento pueda adquirir los recursos necesarios en caso los canales públicos tradicionales no los puedan suplir oportunamente. Por ejemplo, ante una respuesta tardía de las instituciones públicas encargadas del abastecimiento de productos farmacéuticos, el establecimiento PECRA puede adquirir los recursos directamente sin afectar su sostenibilidad, según el convenio firmado con el Gobierno regional.

El MEF es el actor que administra el presupuesto público del Estado y transfiere el monto total necesario al SIS para que este efectúe el pago capitado en los tramos acordados. El SIS transfiere el saldo del total de recursos capitados, según el convenio establecido con el GORE, luego de validar el cumplimiento de las metas sanitarias establecidas.

El Gobierno regional transfiere los recursos financieros intangibles que le corresponden al establecimiento PECRA. Además, articula directamente con el establecimiento PECRA para recoger su demanda de factores de producción y hacerla llegar a los actores nacionales competentes según la norma actual. En el caso de los

requerimientos de productos farmacéuticos y dispositivos médicos, debe hacer llegar la demanda al Centro Nacional de Abastecimiento de Recursos Estratégicos en Salud (CENARES). Para nuevos ambientes físicos o equipamiento, debe acudir al Programa Nacional de Inversiones en Salud (PRONIS).

El tercero contratado para brindar el servicio de gestión de los procesos de soporte del establecimiento PECRA es el responsable de administrar los factores de producción requeridos para prestar los servicios de salud. Para ello, elabora y ejecuta el plan de gestión del establecimiento PECRA, vigila el buen uso de los recursos, vigila el funcionamiento de los sistemas de información y aplica las herramientas de gestión sanitaria necesarias para el logro de resultados.

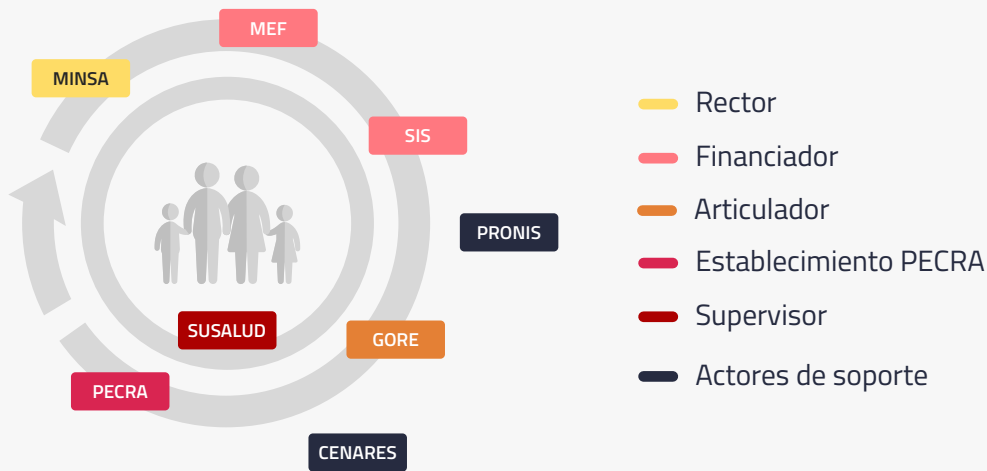
La Superintendencia Nacional de Salud (Susalud) tiene un rol clave en supervisar el cumplimiento de los contratos celebrados y recoger las demandas de calidad de la atención otorgada en los establecimientos PECRA. Es fundamental para sistematizar la información que permitirá determinar si se alcanzó los resultados esperados.

El siguiente gráfico resume las sinergias entre los actores clave del funcionamiento de los establecimientos PECRA. Es importante la vigencia de un paradigma de gestión centrado en el ciudadano. En el Anexo 3 mostramos con mayor detalle los roles de cada actor identificado a lo largo del macroproceso de prestación de servicios de salud.

Cabe resaltar que el funcionamiento de los establecimientos PECRA requiere una gestión flexible, considerando que al inicio se pueden requerir otros esfuerzos para su preparación y operación. Además, el detalle de las tareas propuestas como parte del flujo se perfeccionarán en el contrato que celebren los GORE con el establecimiento PECRA y el SIS, delimitando aspectos como la implementación de los sistemas de información, la necesidad de ambientes físicos o

equipos biomédicos, la cartera de servicios, los incentivos y la reubicación de personal de salud, entre otros.

**Gráfico 5:** Actores involucrados en el funcionamiento del establecimiento PECRA



Elaboración propia.

Para que los establecimientos PECRA logren resultados sanitarios en beneficio de los usuarios, el gestor de sus procesos de soporte estará abocado al uso óptimo de los recursos públicos, de manera que el equipo multidisciplinario de salud garantice la prestación de los servicios de salud.

El siguiente cuadro resume los principales riesgos a evitar, así como los beneficios esperados, con la implementación del modelo de gestión en los establecimientos PECRA. El contrato deberá definir el nivel de detalle y los indicadores de medición necesarios.

**Cuadro 3:** Riesgos a evitar y efectos esperados con el funcionamiento de los establecimientos PECRA

Riesgo a evitar	Situación esperada
Personal de salud no cumple con su horario y programación laboral.	Personal de salud cumple con las horas programadas de atención a usuarios.
Opacidad en la programación y emisión de citas para consulta externa y otros procedimientos.	Usuarios acceden a información de disponibilidad de servicios y de atención del personal de salud.
Retraso en la programación de productos farmacéuticos y dispositivos médicos.	Programación oportuna de productos farmacéuticos y dispositivos médicos.
Usuarios compran sus medicamentos en boticas y farmacias externas por falta de provisión en el establecimiento.	Usuarios reciben sus medicamentos en el establecimiento. Se activa, de ser necesario, procedimientos de contingencia

Riesgo a evitar	Situación esperada
Usuarios hacen “colas” prolongadas para acceder a citas médicas o de otros profesionales de la salud.	Usuarios programan su día y hora de consulta y son atendidos oportunamente.
Desinformación en la referencia de usuarios a otros establecimientos de salud.	Usuarios y familiares reciben orientación clara sobre la referencia a otros establecimientos de mayor complejidad.
Equipamiento obsoleto y sin mantenimiento.	Equipo en funcionamiento y con plan de mantenimiento. Se activa, de ser necesario, procedimientos de contingencia.
Ausencia de personal a cargo de la orientación de los usuarios. Carencia de señalética.	Personal a cargo de la orientación a usuarios en funciones. Disponibilidad de señalética amigable en el establecimiento.
Ambientes físicos en mal estado y en condiciones inseguras e insalubres.	Ambientes físicos limpios y en condiciones adecuadas para su operatividad.
Servicios básicos de agua, luz e internet interrumpidos.	Acceso garantizado a servicios básicos de agua, luz e internet.

*Elaboración propia.*



# **PROPUESTAS PARA LAS REGIONES AREQUIPA, MOQUEGUA Y TACNA**



## Capítulo 4

# Propuesta para las regiones Arequipa, Moquegua y Tacna

Las redes integradas de salud (RIS)<sup>16</sup> proponen un enfoque territorial para la gestión de los servicios de salud. Contemplan la articulación, coordinación y complementariedad de los establecimientos de salud o servicios médicos de apoyo con la participación de diferentes actores sociales, sectores, sociedad civil, instituciones y otros. En este marco, la prestación responde a las necesidades de salud de la población y a las prioridades de políticas sanitarias sectoriales.

Implementar el enfoque territorial en el primer nivel de atención permite plantear un modelo de atención que considera las particularidades de cada zona geográfica. En relación a la oferta, las RIS facilitan la gestión de la prestación, donde los proveedores privados o públicos pueden asociarse para brindar una atención integral y de mayor calidad buscando que cada persona tenga acceso a un centro de atención en el primer nivel con profesionales de la salud y los especialistas necesarios, servicios complementarios, procedimientos de apoyo al diagnóstico, entre otros. Así, se garantiza la disponibilidad de las prestaciones comprometidas en el PEAS y se reduce la necesidad de referencia a niveles más complejos de atención (Arrieta, et al., 2017).

En esa línea, el Minsa y los Gobiernos regionales estructuran las RIS considerando un determinado ámbito territorial. En esta etapa, toman en cuenta únicamente su oferta propia, que se organiza en unidades territoriales sanitarias (UTS). La UTS mínima con población asignada es un sector sanitario definido para garantizar el cuidado, la protección y la salud de la población que vive en ese territorio. Uno o más sectores sanitarios conforman una zona sanitaria. Y el conjunto de zonas sanitarias

conforma un área sanitaria, que representa la totalidad del ámbito territorial de la RIS.

Tomando en cuenta ese enfoque, proponemos aplicar el modelo de atención de salud del primer nivel ampliado en las RIS configuradas en los departamentos de Arequipa, Moquegua y Tacna. Ello para alinear las estrategias y asegurar el acceso de la población a estos servicios de manera sostenible y resolviendo la mayoría de las necesidades de cuidado de salud.

Un primer criterio a revisar será la variable geográfica, que consiste en identificar la RIS y la zona sanitaria más próxima o que limita con la provincia que tiene el mayor porcentaje de población urbana. El segundo criterio será seleccionar aquella zona sanitaria dentro de la RIS que concentre el mayor número de habitantes. En el tercer criterio se analizará la oferta pública del primer nivel de atención existente y que pertenece al Gobierno regional respectivo, para identificar a la institución prestadora de servicios de salud (IPRESS) que funcionará como puerta de entrada al sistema de salud. En este punto también se incluirán los centros de salud mental comunitario (CSMC) como oferta sinérgica. En el cuarto criterio se revisará la oferta de servicios proveniente de otros establecimientos públicos que no pertenecen al Gobierno regional, aunque en esta etapa de conformación de las RIS no son tomados en cuenta. Como quinto criterio, se revisará la cartera de servicios de las IPRESS<sup>17</sup>, que al final establece la capacidad de atención del establecimiento. Por último, se presentará la propuesta de estructuración del establecimiento de salud PECRA.

<sup>16</sup> Resolución Ministerial N° 225-2019/Minsa.

<sup>17</sup> Para la revisión de la cartera de servicios se recurre al Registro Nacional de IPRESS del portal de Susalud.



## 4.1 Arequipa

### 4.1.1 Análisis situacional

En el departamento de Arequipa identificamos ocho áreas sanitarias o RIS. Cuatro de ellas (RIS Arequipa Sur-Oeste, Sur-Este, Nor-Este y 405) limitan con la provincia de Arequipa, caracterizada por su alta densidad poblacional urbana. Luego de revisar la asignación poblacional de cada RIS, seleccionamos la RIS Arequipa Sur-Este, pues contiene el mayor número de población asignada.

Dentro de la RIS Arequipa Sur-Este, conformada por cuatro zonas sanitarias, constatamos que la zona sanitaria 2 posee la mayor población asignada. Sin embargo, en esta zona se encuentra el Hospital Honorio Delgado de categoría III-1, que lidera la capacidad resolutive de la zona. Con el objetivo de enfocar los esfuerzos en una zona sanitaria que requiera de mayores servicios de salud, optamos por elegir la zona sanitaria 1, que cuenta con la mayor población después de la zona 2.

Luego, analizamos la concentración de IPRESS públicas en la zona sanitaria 1. En total, la zona sanitaria tiene 7 IPRESS del primer nivel (7 ubicadas en Jacobo) y 2 CSMC (1 en Jacobo Hunter y 1 en Socabaya). También analizamos la oferta de IPRESS no privadas que no forman parte de la red pública del Gobierno regional, con el objetivo de evitar la sobrecarga de oferta de servicios de salud: solo identificamos un centro de enfermería

perteneciente a la Sanidad del Ejército del Perú (Ver Anexo 4).

Finalmente, profundizamos en la cartera de servicios de las IPRESS que forman parte de la zona sanitaria 1. En esta zona, la mayor capacidad resolutive está liderada por la IPRESS I-4, que servirá de base para la formulación del establecimiento PECRA. En el Anexo 4 presentamos mayor detalle de la carta de servicios de las IPRESS que conforman la zona sanitaria 1.

### 4.1.2 Propuesta de estructuración del establecimiento PECRA

Para la RIS Arequipa Sur-Este proponemos un establecimiento PECRA: por la capacidad resolutive que presenta la IPRESS Javier Llosa García – Hunter, planteamos que sea un establecimiento PECRA para que tenga la oferta de servicios que caracterizan a una UBAPS. Las funciones propias de su actual categoría I-4 deben ser evaluadas en función de la pertinencia de mantener un centro obstétrico en ámbito urbano, pues se puede acceder con relativa facilidad a oferta hospitalaria en los casos pertinentes. Finalmente, sugerimos que las IPRESS restantes se conviertan en satélites o anexos de esta. En ese escenario, el establecimiento PECRA contaría con una población de 54,555 personas.

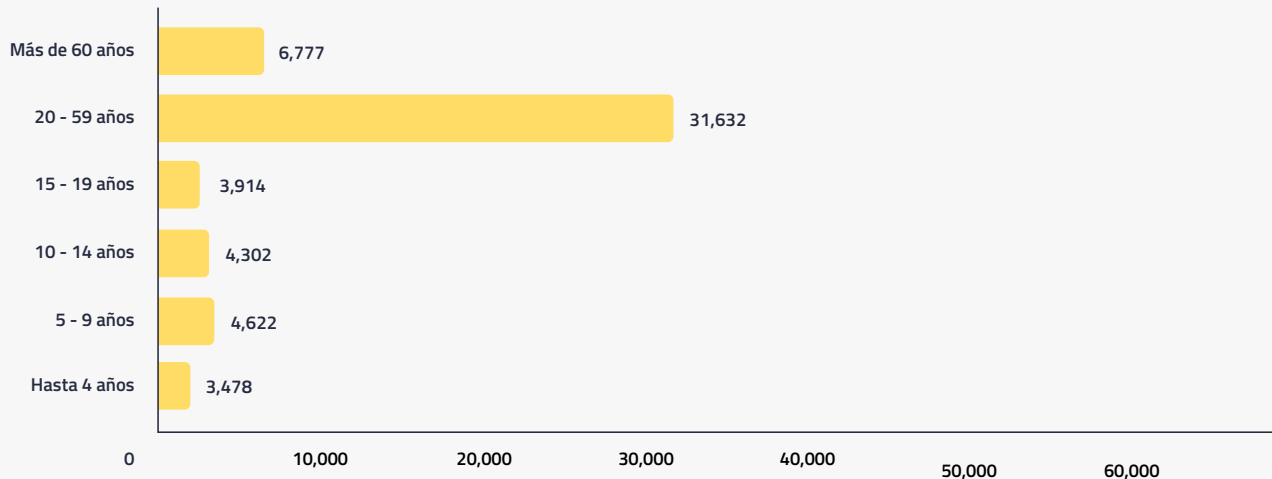
#### Cuadro 4: Propuesta de estructuración del PECRA

Distrito	IPRESS	Categoría	Población asignada	PECRA implementado	Población asignada final
Jacobo Hunter	Alto Alianza	I-2	6,927	PECRA Javier Llosa García – Hunter	54,555
	Ampliación Pampas del Cuzco	I-2	8,704		
	Daniel Alcides Carrión	I-2	7,161		
	Chilpinilla	I-2	5,352		
	Upis Paisajista	I-2	7,012		
	Camino del Inca	I-2	7,109		
	Javier Llosa García – Hunter	I-4	12,920		
	CSMC Hunter	I-3	0		
Socabaya	CSMC Socabaya	I-3	0		

El análisis demográfico de la población que se atiende en el establecimiento Javier Llosa García – Hunter, en el distrito de Jacobo Hunter, sugiere la necesidad de continuar con los servicios con los que

cuenta una IPRESS de esta categoría, como atención de parto, atención del recién nacido e internamiento.

**Gráfico 6:** Población por grupos de edad del distrito de Jacobo Hunte



Fuente: REUNIS - Repositorio Único Nacional de Información en Salud, INEI (2023).  
Elaboración propia.

Al comparar la oferta de especialidades del establecimiento PECRA propuesto con la de una UBAPS<sup>18</sup>, encontramos una brecha. Las no cubiertas en Arequipa son medicina interna, cardiología, neurología, neumología, medicina física y rehabilitación, oftalmología, gastroenterología, reumatología, endocrinología, rayos X, ecografía y mamografía. Esto puede representar una brecha de capacidades por resolver. Un aspecto pendiente es caracterizar de manera específica la demanda de la población asignada a esta IPRESS.

## 4.2 Moquegua

### 4.2.1 Análisis situacional

En el departamento de Moquegua hay dos áreas sanitarias: RIS Ilo y RIS Moquegua. La RIS Moquegua presenta un territorio más extenso donde se ubica la provincia de Mariscal Nieto, la de mayor población del departamento y de conformación eminentemente urbana. Por ello, seleccionamos la RIS Moquegua.

sanitaria 8 presenta la mayor población asignada. Esto resalta la relevancia de considerarla como territorio importante para implementar el establecimiento PECRA.

Posteriormente, analizamos la concentración de IPRESS públicas que conforman la zona sanitaria 8 de la RIS Moquegua. En total, la zona sanitaria tiene 4 IPRESS del primer nivel y 2 CSMC, todos ubicados en el distrito de Moquegua. Complementariamente, revisamos la oferta de IPRESS no privadas que no pertenecen al Gobierno regional. Encontramos un hospital de EsSalud y un centro de salud militar de la Sanidad del Ejército del Perú (Ver Anexo 4).

Por último, revisamos la cartera de servicios de las IPRESS que forman parte de la zona sanitaria 8. En esta zona, las IPRESS predominantemente son de categoría 1-3, como también los CSMC, que pertenecen a la misma categoría. Ello significa que las UPSS y la disponibilidad de especialidades médicas dependen de esta categorización. En el Anexo 4 presentamos mayor detalle de la carta de servicios de las IPRESS.

<sup>18</sup> Se comparó con la oferta de una UBAPS ubicada en el distrito de Magdalena, provincia de Lima, perteneciente a la red Rebagliati.

## 4.2.2 Propuesta de estructuración del establecimiento PECRA

Para la RIS Moquegua proponemos un establecimiento PECRA. Planteamos que la IPRESS San Francisco sea la que funcione como puerta de entrada, y que las IPRESS restantes y el CSMC sean sus satélites. A este establecimiento PECRA se le asignarían 43,128 personas.

**Cuadro 5:** Propuesta de estructuración del PECRA

Distrito	IPRESS	Categoría	Población asignada	PECRA implementado	Población asignada final
Moquegua	28 de Julio	I-2	1,849	PECRA San Francisco	43,128
	Mercado Central	I-3	8,939		
	<b>San Francisco</b>	I-3	7,417		
	San Antonio	I-3	24,923		
	CSMC Moquegua	I-3	0		

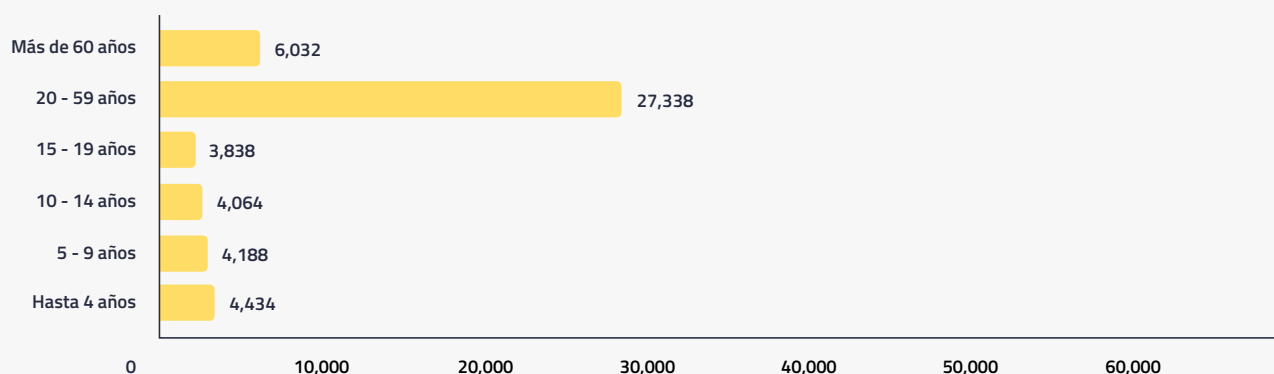
Fuente: Sistema Geoespacial de las Redes Integradas de Salud. Elaboración Propia.

Buscamos que la conformación del establecimiento PECRA logre una mayor capacidad resolutive. Sin embargo, al comparar la oferta de especialidades de la IPRESS propuesta con la de una UBAPS previamente implementada<sup>19</sup>, identificamos una brecha. Las que no cubriría el establecimiento PECRA de Moquegua son medicina interna, pediatría, ginecología, cardiología, neurología, neumología, medicina física y rehabilitación, oftalmología, gastroenterología, reumatología, endocrinología, farmacia, rayos X, ecografía y

mamografía.

Estos servicios se requieren para atender la demanda del distrito de Moquegua, que tiene en mayor proporción al grupo de 20 a 59 años de edad (27,338 personas). Asimismo, del total (49,894 personas), más de la tercera parte (14,510 mujeres) son mujeres en edad fértil. Es importante contar con especialidades como ginecología o pediatría, y con servicios de apoyo al diagnóstico como ecografía y mamografía.

**Gráfico 7:** Población por grupos de edad del distrito de Moquegua



Fuente: REUNIS – Repositorio Único Nacional de Información en Salud, INEI (2023). Elaboración propia.

<sup>19</sup> Situación de análisis similar al anterior caso

## 4.3 Tacna

### 4.3.1 Análisis situacional

En el caso del departamento de Tacna, encontramos un área sanitaria o RIS: la RIS Tacna. Dentro de ella identificamos que las zonas sanitarias 6, 7 y 8 limitan con el centro de la provincia de Tacna. De estas 3, la zona sanitaria 8<sup>20</sup> cuenta con la mayor población asignada: más de la tercera parte de la población total del departamento de Tacna. Ello la posiciona como un potencial punto geográfico para implementar un establecimiento PECRA.

Luego, analizamos la concentración de IPRESS que conforman la zona sanitaria 8. En total, la zona sanitaria tiene 7 IPRESS del primer nivel (5 ubicadas en el distrito de Coronel Gregorio Albarracín L y 2 en el distrito de Tacna) y 2 CSMC (uno en cada distrito). También, revisamos las IPRESS no privadas que no forman parte de la red del Gobierno regional, con el objetivo de evitar la sobrecarga de oferta de servicios de salud: identificamos una IPRESS correspondiente a la red de EsSalud (ver Anexo 4).

Por último, profundizamos en la cartera de servicios de las IPRESS que forman parte de la zona sanitaria en revisión. En este ámbito, la capacidad resolutive está liderada por una IPRESS I-3 y I-4 en el distrito de Coronel Gregorio Albarracín y una IPRESS I-3 en el distrito de Tacna. Cada una de estas IPRESS servirá como base para la formulación del establecimiento PECRA. El Anexo 4 muestra mayor detalle de su cartera de servicios.

Es importante mencionar que, a diferencia de los

departamentos revisados, Tacna presenta una capacidad resolutive superior en su primer nivel de atención. Esto podría ser resultado de la suma de anteriores procesos de gestión con inversiones en infraestructura y en recursos humanos. También, de la importancia que los funcionarios del Gobierno regional han otorgado a lo largo del tiempo al fortalecimiento de los servicios de salud como respuesta a la demanda de atención en el departamento. Estos son buenos antecedentes para implementar una iniciativa como esta.

### 4.3.2 Propuesta de estructuración del establecimiento PECRA

Para la RIS Tacna proponemos tres PECRA: Tacna, Viñani y San Francisco. Planteamos que en el PECRA Tacna, la IPRESS Augusto B. Leguía sea la puerta de entrada y la IPRESS Hábitat y el Centro de Salud Mental Comunitario "La Heroica", sus satélites. A este establecimiento PECRA se asignaría a 21,090 personas.

En el PECRA Viñani, la puerta de entrada sería la IPRESS Viñani y sus satélites serían las IPRESS Vista Alegre y Centro de Salud Mental Comunitario Villa Tacna. Contaría con una población asignada de 46,363 personas.

Y en el PECRA San Francisco, la puerta de entrada sería la IPRESS San Francisco y los satélites 5 de Noviembre y Las Begonias, por lo que tendría asignada una población de 66,349 personas.

**Cuadro 6:** Propuesta de estructuración de los PECRA

Distrito	IPRESS	Categoría	Población asignada	PECRA implementado	Población asignada final
Tacna	Augusto B. Leguía	I-3	15,507	PECRA Tacna	21,090
	Hábitat	I-2	5,583		
	CSMC La Heroica	I-3	0		
Coronel Gregorio Albarracín L.	Viñani	I-3	24,214	PECRA Viñani	46,363
	Vista Alegre	I-3	22,149		
	CSMC Villa Tacna	I-2	0		
	5 Noviembre	I-2	17,985	PECRA San Francisco	66,349
	Las Begonias	I-2	22,383		
	San Francisco	I-4	25,981		

Fuente: Sistema Geoespacial de las Redes Integradas de Salud.  
Elaboración Propia.

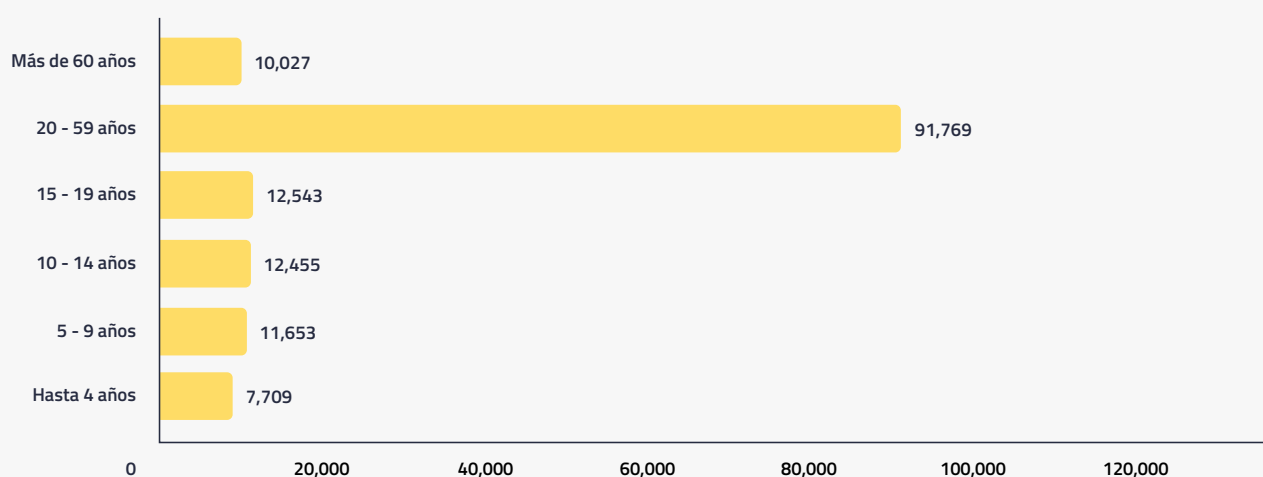
<sup>20</sup> Como parte de la zona sanitaria 8 están los distritos de Coronel Gregorio Albarracín y Tacna.

En cuanto a la capacidad resolutive, la oferta de especialidades de los establecimientos PECRA Tacna y PECRA Viñani presentan una brecha respecto al de una UBAPS<sup>21</sup>. Las que no cubren estos PECRA son medicina interna, pediatría, ginecología, cardiología, neurología, neumología, medicina física y rehabilitación, oftalmología, gastroenterología, reumatología, endocrinología, farmacia, rayos X, ecografía y mamografía.

En el caso del PECRA San Francisco, no existiría una brecha en su capacidad resolutive. Esto porque la

IPRESS San Francisco es de categoría I-4, e incluso cuenta con laboratorio, medicina de rehabilitación y diagnóstico por imágenes (rayos X, mamografía y ecografía). Por tanto, proponemos que mantenga su cartera de servicios y se convierta en un establecimiento PECRA para atender la demanda de la población del distrito de Coronel Gregorio Albarracín, que en mayor número está en el grupo de edad de 20 y 59 años (91,769 personas). Asimismo, del total (146,156 personas), cerca de la tercera parte son mujeres en edad fértil (51,874 personas).

**Gráfico 8:** Población por grupos de edad del distrito de Coronel Gregorio Albarracín



Fuente: REUNIS – Repositorio Único Nacional de Información en Salud, INEI (2023).  
Elaboración propia.

Planteamos que el centro de salud San Francisco, además de tener las características de una PECRA, evalúe mantener su categoría I-4. Esta IPRESS cuenta con los servicios de atención de partos y atención del recién nacido.

<sup>21</sup> Situación de análisis similar al anterior caso



# **COSTO ESTIMADO DEL ESTABLECIMIENTO PECRA EN LAS REGIONES PRIORIZADAS**



## Capítulo 5

# Costo estimado del establecimiento PECRA en las regiones priorizadas

El financiamiento por pago capitado implica estimar una prima por afiliado destinada a cubrir el costo del cuidado integral. Para ello, proponemos inicialmente considerar un porcentaje del costo per cápita del PEAS estimado en 44% del valor<sup>22</sup>. Este corresponde al porcentaje aproximado de procedimientos del plan que se pueden brindar en el primer nivel de atención a cargo del establecimiento PECRA. Luego de multiplicar este porcentaje con el

valor per cápita del PEAS para la población afiliada al SIS (S/ 689), se obtiene un costo de prima per cápita de S/ 303.16.

Así, el costo asociado a cada establecimiento PECRA se obtiene de multiplicar la prima de cada afiliado por su población asignada. El siguiente cuadro resume el costo total propuesto para el funcionamiento de cada establecimiento PECRA en las regiones de estudio.

**Cuadro 7:** Propuesta de costo anual de los establecimientos PECRA

Departamento	PECRA implementada	Población asignada	Prima per cápita (S/)	Costo total del PECRA (S/)
<b>Arequipa</b>	PECRA Arequipa	54,555	303.16	16,538,894
<b>Moquegua</b>	PECRA Moquegua	43,128		13,074,684
<b>Tacna</b>	PECRA Tacna	21,090		6,393,644
	PECRA Viñani	46,363		14,055,407
	PECRA San Francisco	66,349		20,114,363

*Elaboración propia.*

El pago por afiliado incluye las prestaciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación, en línea con la cartera de servicios establecida para el establecimiento PECRA. Los recursos serán mancomunados en el SIS que, en su calidad de fondo de aseguramiento, hará el pago capitado por afiliado según los arreglos institucionales acordados con el MEF y el Gobierno regional.

Las RIS reciben el presupuesto destinado a los centros de salud bajo su jurisdicción. Esta transferencia ocurre principalmente mediante la entrega de bienes y servicios que el establecimiento PECRA requiere para su operación adecuada. En el siguiente cuadro precisamos el presupuesto que administran las unidades ejecutoras asociadas a los establecimientos PECRA propuestos.

<sup>22</sup> Sobre la base del listado de procedimientos médicos y sanitarios únicos del PEAS.

### Cuadro 8: Presupuesto destinado a las unidades ejecutoras en las que forman parte de los establecimientos PECRA, 2022

PECRA implementada	Unidad ejecutora	PIM 2022 (S/)	N° IPRESS
PECRA Arequipa	1222-SALUD RED PERIFERICA AREQUIPA	225,624,600	149
PECRA Moquegua	884-SALUD MOQUEGUA	63,188,240	58
PECRA Tacna	1622-GOB. REG. DE TACNA - RED DE SALUD TACNA	113,290,081	81
PECRA Viñani			
PECRA San Francisco			

Fuentes: SIAF – Consulta amigable.

Elaboración propia.

Vemos que el financiamiento disponible podría ser insuficiente si no se garantiza una adecuada implementación territorial de la oferta. Existen numerosos establecimientos de categoría I-1 o I-2, con poca capacidad resolutive, lo que puede estar generando sobrecostos. Esto generaría pérdidas de eficiencia si en las zonas urbanas es factible acceder a una IPRESS puerta de entrada con capacidad resolutive ampliada.

Lo expuesto es un primer ejercicio que debe ser profundizado, siendo relevante evaluar la suficiencia del financiamiento para garantizar la sostenibilidad del establecimiento PECRA. Para ello, proponemos implementar centros de costos por cada UPSS, los cuales progresivamente deben ir sistematizando la información relacionada para su análisis correspondiente y adoptar, a partir de ello, las medidas de ajuste del modelo, incluyendo el valor del cápita. El objetivo es registrar la intensidad de uso de los factores de producción y generar información que cuantifique los costos incurridos para el buen funcionamiento del establecimiento.

No incluimos en esta propuesta los posibles costos relacionados con ampliar la infraestructura de las IPRESS o dotarla de equipos biomédicos necesarios

para cubrir la cartera de servicios del PECRA. La intención es implementar el establecimiento PECRA en las instalaciones de las IPRESS descritas como puerta de entrada y maximizar la utilización de los recursos físicos disponibles. Requerir un presupuesto adicional para expandir la oferta debe ser considerado por separado del cálculo del valor del cápita<sup>23</sup>.

Finalmente, ya se ha mencionado que el periodo del contrato para el servicio de gestión de los procesos de soporte del establecimiento PECRA sería de tres años. Para ello, se realizará un procedimiento de selección a cargo del Gobierno regional aplicando de la Ley de Contrataciones del Estado en la modalidad de contrato de servicios.

<sup>23</sup> El valor del cápita puede variar en el tiempo, así como en función de los contextos territoriales.





# **CONCLUSIONES**

6

## Capítulo 6

# Conclusiones

El Minsa es el ente rector del sistema nacional de salud peruano. Establece el modelo de cuidado integral de salud para proteger la salud de las personas. Asimismo, junto con las autoridades regionales de salud, organiza la implementación de las RIS. Estas tienen como puerta de entrada al sistema de salud a establecimientos seleccionados del primer nivel de atención.

Atender la demanda de servicios de salud de los ciudadanos requiere organizar y operar adecuadamente los procesos de financiamiento, abastecimiento de factores de producción y, en particular, de la prestación de servicios de salud. En el caso del primer nivel de atención, observamos fragmentación en el financiamiento, poca oportunidad y carencia en la provisión de los factores de producción necesarios, y baja capacidad resolutive en los prestadores. Todo ello se traduce en un servicio insuficiente y de calidad inadecuada.

Para las zonas urbanas con alta densidad poblacional, proponemos la creación de establecimientos **puerta de entrada con capacidad resolutive ampliada** a los que denominamos con el **acrónimo PECRA**. Son IPRESS categoría 1-3, seleccionadas como puerta de entrada con capacidad resolutive ampliada, que se ubican en zona urbana con alta densidad poblacional y que pueden resolver el 80% de los problemas de salud que aquejan a los residentes de ese territorio. Para ello, se requiere de una cartera de servicios adaptada en función a las necesidades de la población asignada.

Los PECRA toman como referencia la experiencia exitosa de las UBAPS de EsSalud en las provincias de Lima y Callao. Considerando esa experiencia proponemos delegar la gestión de los servicios de soporte a un tercero con las capacidades necesarias, el cual actuará como un agente optimizador para disponer de los factores de

producción necesarios para realizar las prestaciones de salud. Los establecimientos PECRA se financian bajo la modalidad de pago capitado. Es decir, un valor promedio por cada asegurado bajo su cuidado. Este pago estará compuesto por una parte fija y otra variable. El reconocimiento de esta última quedará condicionado al logro de determinados resultados sanitarios establecidos en el contrato. Este esquema incentivará al prestador de salud a enfocarse en acciones preventivas y en aquellas que resuelvan de manera efectiva los problemas de salud de los asegurados a su cargo.

La implementación de los establecimientos PECRA requiere de arreglos institucionales en los niveles del Gobierno nacional y los Gobiernos regionales. El Minsa establece lineamientos y guías técnicas orientadas a otorgar institucionalidad a los establecimientos. Además, acuerda con el MEF y el SIS el monto per cápita destinado a este modelo de gestión y los criterios de ajuste necesarios. Cada Gobierno regional define la ubicación del establecimiento y su ámbito de influencia, acuerda los logros sanitarios vinculantes, lleva a cabo el proceso de selección del servicio de gestión de los procesos de soporte del establecimiento PECRA, y actúa para su implementación.

La operación de los establecimientos PECRA requiere del adecuado funcionamiento de otros procesos de soporte —como el abastecimiento de productos farmacéuticos y dispositivos médicos—, así como prever inversiones en infraestructura y equipamiento biomédico. Asimismo, los sistemas de información y de gestión son aspectos clave para recoger y procesar información de los servicios y prestaciones ofrecidas para evaluar su cumplimiento, garantizar la sostenibilidad del establecimiento y regular el uso de recursos. De ese modo el modelo alinea los incentivos de los diferentes actores hacia una atención de calidad.

Proponemos implementar estos establecimientos PECRA en las regiones de Arequipa, Moquegua y Tacna por ser un corredor social y económico. Para ello, realizamos un análisis situacional de cada una que nos permitió delimitar las áreas donde se podrían implementar, en el marco de la configuración de las RIS.

En Arequipa seleccionamos la zona sanitaria 1 de la RIS Arequipa Sur-Este. Planteamos que la IPRESS Javier Llosa García – Hunter se convierta en un establecimiento PECRA, como puerta de entrada principal, y que las IPRESS restantes funcionen como satélites. Ello permitiría que su población asignada (54,555 personas) tenga acceso a una mayor capacidad resolutive en el primer nivel de atención.

En Moquegua, proponemos que la IPRESS San Francisco se convierta en un establecimiento PECRA para la zona sanitaria 8. Las demás IPRESS y el CSMC que forman parte de esta zona sanitaria funcionarían como sus satélites. Se atendería a una población asignada de 43,128 personas.

En Tacna, el establecimiento PECRA se ubicaría en la zona sanitaria 8 de la RIS Tacna. Para este departamento sugerimos crear tres establecimientos PECRA: Tacna, Viñani y San Francisco, debido a que esta zona sanitaria presenta una mayor cantidad de IPRESS y de población asignada. Planteamos que para el establecimiento PECRA Tacna, la IPRESS B. Leguía sea la definida como puerta de entrada; para el establecimiento PECRA Viñani, la IPRESS Viñani; y, para el establecimiento PECRA San Francisco, la IPRESS del mismo nombre. La población asignada a cada PECRA sería de 21,090, 46,363 y 66,349 personas, respectivamente.

Finalmente, proponemos un valor per cápita para el funcionamiento de los establecimientos PECRA en una primera aproximación. Lo estimamos en función del porcentaje de procedimientos únicos del PEAS multiplicado por el costo per cápita del PEAS para la población afiliada al SIS (S/ 689). El monto

per cápita es de S/ 303.16. El financiamiento de este modelo también requiere, entre otros aspectos, adecuar la oferta de establecimientos en el primer nivel e implementar centros de costos que faciliten el seguimiento de los recursos.



**ANEXOS**



# Anexo 1: Características de las UBAPS

A continuación, mostramos las características de los contratos celebrados entre EsSalud y dos firmas privadas para el funcionamiento de las UBAP Jesús María y UBAP Gamarra.

**Cuadro 9:** Características de los contratos celebrados con la UBAPS Jesús María (Red Rebagliati) y con la UBAPS Gamarra (Red Almenara)

Característica	UBAP Jesús María (Rebagliati)	UBAP Gamarra (Almenara)
Contratista	RED SALUD S.A.C.	BKN Salud S.A.C.
Red prestacional	Rebagliati	Almenara
Población afiliada	50,000	50,000
Cartera de servicios	<p><b>UPSS: Consulta externa, enfermería, centro obstétrico</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Consulta externa de medicina general, medicina familiar y medicina interna</li> <li>-Consulta externa de ginecología y obstetricia</li> <li>-Consulta de pediatría</li> <li>-Atención odontológica</li> <li>-Atención de enfermería y obstetricia</li> <li>-Tópico</li> <li>-Áreas de laboratorio (rayos x)</li> <li>-Consultas médicas de urgencias</li> <li>-Atención de fisioterapeuta</li> </ul>	<p><b>UPSS: Consulta externa, enfermería, centro obstétrico</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Consulta externa de medicina general, medicina familiar y/o medicina interna</li> <li>-Consulta externa de ginecología y obstetricia</li> <li>-Consulta de pediatría</li> <li>-Atención odontológica</li> <li>-Atención de enfermería</li> <li>-Atención de obstetricia</li> <li>-Tópico de procedimientos de ayuda de diagnóstico y tratamiento</li> <li>-Consultas médicas de urgencias</li> <li>-Atención de fisioterapia</li> </ul>
Indicadores clave	<p><b>Medición de servicio brindado:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Encuestas de satisfacción de asegurados</li> <li>-Verificación de las condiciones de la infraestructura y equipamiento de acuerdo a los estándares contratados, a través de visitas inopinadas y acciones de supervisión a cargo de la red asistencial usuaria</li> <li>-Auditoría y/o control de las historias clínicas de los asegurados</li> </ul> <p><b>Indicadores sanitarios clave:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Porcentaje de asegurados menores de 1 año de edad con tercera dosis de vacuna pentavalente</li> <li>-Porcentaje de niños de 6 a 36 meses con descarte de anemia</li> <li>-Abordaje del síndrome metabólico</li> <li>-Porcentaje de aseguradas con resultado de frotis Pap de cérvix uterino</li> <li>-Porcentaje de aseguradas con resultado de examen de mamografía</li> </ul>	<p><b>Medición de servicio brindado:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Encuestas de satisfacción de asegurados</li> <li>-Verificación de las condiciones de la infraestructura y equipamiento de acuerdo a los estándares contratados, a través de visitas inopinadas y acciones de supervisión a cargo de la red asistencial usuaria</li> <li>-Auditoría y/o control de las historias clínicas de los asegurados</li> </ul> <p><b>Indicadores sanitarios clave:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Cobertura de atención en salud del niño menor de 1 año</li> <li>-Cobertura de atención en salud del adolescente de 12 años a menos de 18 años</li> <li>-Porcentaje de adultos de 30 años a 60 años de edad con paquete esencial completo</li> <li>-Porcentaje de atención integral al adulto mayor de 60 años</li> <li>-Porcentaje de aseguradas con resultados de frotis Pap de cérvix uterino</li> </ul>

Característica	UBAP Jesús María (Rebagliati)	UBAP Gamarra (Almenara)
	<p>-Porcentaje de gestantes con atención prenatal</p> <p>-Porcentaje de referencias en consulta externa</p>	<p>-Porcentaje de aseguradas con resultados de examen de mamografía</p> <p>-Porcentaje de gestantes con atención prenatal</p> <p>-Porcentaje de referencias en consulta externa</p>
Esquema financiamiento	<p><b>Pago mensual:</b> de multiplicar la tarifa per cápita mensual por el número de población asegurada adscrita y acreditada en la IPRESS dicho mes. Debiendo considerarse la asignación cápita diferenciada en el primer (85%) y segundo año (75%).</p> <p><b>Pago trimestral:</b> luego de la evaluación del cumplimiento de los indicadores sanitarios, se paga de forma acumulada: El equivalente al 15% el primer año de contrato y el 25% en el segundo año.</p> <p>La obligación de pago de las contraprestaciones contratadas están sujetas a cumplir con las características y condiciones ofrecidas ejecutadas para efectuarse la recepción y conformidad de la documentación respectiva de los servicios correspondientes. De lo contrario, la prestación se considera no ejecutada y se aplica las penalidades que correspondan.</p>	<p>El pago se define multiplicando el pago capitado por la población adscrita y acreditada a la IPRESS. El monto referencial se paga en dos etapas:</p> <p><b>Pago mensual:</b> la oficina de finanzas de la red calculará el monto mensual sobre la base de la población remitida por la oficina de aseguramiento de la gerencia central de seguros y prestaciones económicas o la que haga sus veces. Equivale al 75% del monto capitado mensual para dicho periodo al final de cada mes. En caso haya alguna penalidad, se descuenta al mes siguiente.</p> <p><b>Pago trimestral:</b> equivale al 25% del monto capitado del trimestre y se paga de forma acumulada previa validación del cumplimiento de los indicadores. El monto a pagar es directamente proporcional al puntaje obtenido en la evaluación de indicadores. El pago se hará siempre y cuando se tenga un mínimo de 55 puntos.</p>
Monto per cápita	<p>Según el porcentaje de población de 30 años a más, la tarifa per cápita es:</p> <p>&gt;= 70%: S/ 225</p> <p>&lt;70% Y &gt;=50%: S/ 215</p> <p>&lt;50%: S/ 208</p>	<p>Según el porcentaje de población de 30 años a más, la tarifa per cápita es:</p> <p>&gt;= 70%: S/ 225</p> <p>&lt;70% Y &gt;=50%: S/ 215</p> <p>&lt;50%: S/ 208</p>

Fuentes: Contratación N° 3-2015-ESSALUD-RAR y Contratación N° 3-2015-ESSALUD-RAA.  
Elaboración propia.

## Anexo 2: Servicio de gestión de los procesos de soporte en el establecimiento PECRA

El contrato de una empresa como **gestor de servicios de soporte** para el establecimiento PECRA es clave para la operación del modelo, pues este actor privado tendrá a su cargo lo siguiente:

- Acuerda con el jefe / director médico y con el equipo multidisciplinario de salud de la IPRESS los criterios y estándares de provisión requeridos

para la operación de sus servicios.

- Identifica las necesidades de las áreas usuarias para formular la programación de necesidades, emitir los requerimientos de bienes y servicios, y establecer los mecanismos de reposición continua.
- Analiza los costos de los recursos a emplear

en las UPSS y propone recomendaciones relacionadas.

- Gestiona la obtención de los bienes y servicios ante la RIS (unidad ejecutora) y realiza el seguimiento correspondiente de su atención. Emite las alertas relacionadas.
- Gestiona y realiza el monitoreo de los servicios de soporte destinados al funcionamiento de la IPRESS. Conduce la elaboración del Plan de mantenimiento del equipamiento e infraestructura y realiza el seguimiento de su aplicación en el tiempo.
- Gestiona y monitorea el uso de los bienes destinados al funcionamiento de la IPRESS o a sus usuarios finales. Conduce la elaboración del Plan de reposición de recursos destinados a salud (productos farmacéuticos y dispositivos médicos fungibles) y realiza el seguimiento de su aplicación en el tiempo.

- Gestiona y verifica el desarrollo de acciones para el adecuado funcionamiento de los servicios de tecnologías de la información.
- Alerta de posibles riesgos internos y externos vinculados a la gestión de la IPRESS. En particular, identifica escenarios de posible desfinanciamiento.
- Brinda sustento para el ajuste del valor del cápita ante las instancias pertinentes.
- Cautela el buen uso de los recursos en la RIS (unidad ejecutora), en caso esta instancia los emplee para brindar bienes o servicios a la IPRESS.
- Cautela la intangibilidad de los recursos per cápita asignados y emite las alertas necesarias.
- Propone al Gobierno regional la definición de responsabilidades de los actores con los que se vincula para optimizar los procesos que afectan la operación del establecimiento PECRA.

## Anexo 3: Actores y roles clave en el funcionamiento de los establecimientos PECRA

El siguiente cuadro lista los actores principales involucrados en el funcionamiento de los establecimientos PECRA, así como las

responsabilidad de cada uno a lo largo del macroproceso de prestación de servicios de salud.

**Cuadro 10:** Operación de la propuesta de establecimientos PECRA

Actor	Financiamiento	Abastecimiento de factores de producción				Prestación de servicios de salud	Atención en el ciudadano - monitoreo y evaluación (M&E)	Sistemas de información
		Recursos humanos	Productos farmacéuticos y dispositivos médicos (PF y DM)	Infraestructura y equipamiento	Servicios generales (soporte administrativo, mantenimiento, otros)			
MEF	1. Administra recursos y destina el monto a financiar acordado con el Minsa y el SIS.							Administra el sistema de presupuesto para el traspaso de fondos al SIS. Administra sistemas de información de inversión pública.

Actor	Financiamiento	Abastecimiento de factores de producción				Prestación de servicios de salud	Atención en el ciudadano - monitoreo y evaluación (M&E)	Sistemas de información
		Recursos humanos	Productos farmacéuticos y dispositivos médicos (PF y DM)	Infraestructura y equipamiento	Servicios generales (soporte administrativo, mantenimiento, otros)			
Minsa		Brinda el marco técnico normativo y el soporte jurídico en el proceso de reubicación de profesionales de salud, de ser necesario.	Otorga capacidades al establecimiento PECRA para que puedan adquirir los productos farmacéuticos y dispositivos médicos necesarios en caso de incumplimiento de los mecanismos tradicionales.	Brinda el marco técnico normativo para que el establecimiento PECRA pueda disponer de las capacidades necesarias.		Aprueba los documentos normativos (directivas, guías de práctica clínica, otros) necesarios para normalizar y cautelar seguridad y calidad de las prestaciones.	Define y aprueba los documentos normativos para el M&E estableciendo los indicadores calidad del Modelo de cuidado integral de salud (MCI).	Administra sistemas de información de salud, historia clínica electrónica y gestión sanitaria para el seguimiento de indicadores.
SIS	2. Recibe recursos y realiza el pago capitado fijo y variable evaluando el cumplimiento de los indicadores sanitarios. De ser necesario, observa el incumplimiento al GORE.						Realiza los controles y las auditorías necesarias, en el marco de su función.	Evalúa el cumplimiento de indicadores sobre la base de información de gestión y de la prestación.
PRONIS			Facilita al GORE la asistencia técnica para el desarrollo de la infraestructura o del equipamiento requeridos.					
CENARES		Abastece oportunamente con PF y DM al establecimiento PECRA. Establece responsabilidades y compromisos de nivel de servicio; acuerda mecanismos de contingencia. Asume la responsabilidad de proveer recursos de las estrategias sanitarias nacionales.					Identifica información crítica del proceso de abastecimiento en el establecimiento PECRA adoptando las medidas necesarias.	Publica información sobre el proceso de abastecimiento de PF y DM al establecimiento PECRA.
Gobierno regional	3. Transfiere recursos económicos a la RIS (unidad ejecutora) destinada a establecimiento PECRA, según especificaciones del contrato.	De ser necesario, reubica al personal de salud aplicando los criterios técnico - normativos del Minsa.		Atiende la demanda de nueva infraestructura haciendo uso de instrumentos de inversión pública como las inversiones de optimización, de ampliación, de rehabilitación y de reposición (IOARR). Asume responsabilidades de provisión.				
Jefe del establecimiento PECRA / Gestor de servicios de soporte	4. Recibe el pago capitado (monto fijo y variable) según el acuerdo celebrado entre el SIS y el GORE.	Gestiona el contrato o la disposición del personal faltante para los servicios de salud necesarios con la finalidad de alcanzar los resultados sanitarios, según contrato. Identifica incentivos para el personal de salud.	Programa y requiere recursos oportunamente al Cenares y la RIS. De existir incumplimiento, activa el mecanismo de contingencia acordado. Se diferencia la gestión de PF y DM que corresponden a alguna estrategia sanitaria nacional. Usa su sistema de información para gestionar su inventario y disponer de mecanismos de alerta	Sustenta y gestiona el pedido al GORE en caso de necesidad de nueva infraestructura o modificación de la misma.		Elabora plan de gestión de la PECRA. Conduce y supervisa el proceso de prestación de servicios de salud en el establecimiento PECRA e IPRESS anexas. Promueve el uso de las GPC <sup>1/</sup> para el cuidado integral de las personas y la regulación del uso de las tecnologías sanitarias. Hace seguimiento a las referencias y contrarreferencias en coordinación con las IPRESS respectivas.		Asegura la implementación y supervisa el buen estado del funcionamiento de los sistemas de información en el establecimiento PECRA.
Susalud							Recoge información sobre la prestación de salud poniendo énfasis en las variables acceso y la calidad de la atención brindada.	

1/ Guías de práctica clínica (GPC) son un conjunto de recomendaciones desarrolladas de forma sistemática para ayudar a profesionales y a pacientes a tomar decisiones sobre la atención sanitaria apropiada (RM N° 414-2015-MINSA)

Fuentes: Videnza - Redes.

Elaboración propia.



# Anexo 4: Propuesta para estructuración del establecimiento PECRA en Arequipa, Moquegua y Tacna

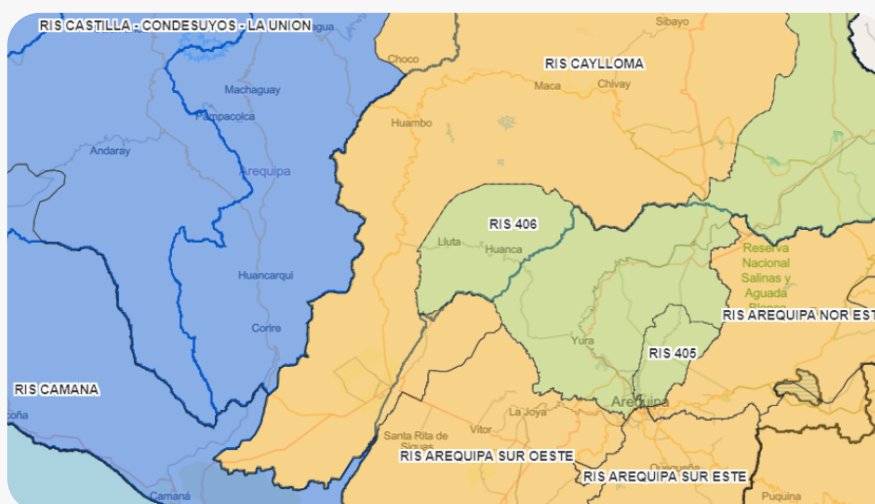
Describimos los aspectos geográficos, poblacionales y la capacidad resolutive de los establecimientos del primer nivel que fueron considerados para definir la estructura del

establecimiento PECRA. Este enfoque busca optimizar la distribución de recursos del sector salud para que responda a la demanda de determinada zona sanitaria.

## Arequipa

### Análisis geográfico

**Gráfico 9:** Áreas sanitarias que forman del departamento de Arequipa



Fuente: Sistema Geoespacial de las Redes Integradas de Salud.  
Elaboración propia.

### Análisis poblacional

**Cuadro 11:** Población asignada por zona sanitaria en la RIS Arequipa Sur-Este

RIS	Zona sanitaria	Población asignada
<b>Arequipa Sur-Este</b>	1	55,185
	2	117,485
	3	39,468
	4	31,306

Fuentes: Sistema Geoespacial de las Redes Integradas de Salud.  
Elaboración propia.

## Análisis de la oferta pública del primer nivel de atención de la zona sanitaria

**Cuadro 12:** Oferta de IPRESS del primer nivel de atención en la zona sanitaria 1 de la RIS Arequipa Sur-Este

RIS	Zona sanitaria	Distrito	IPRESS	Categoría
Arequipa Sur-Este	1	Jacobó Hunter	Alto Alianza	I-2
			Ampliación Pampas del Cusco	I-2
			Daniel Alcides Carrión	I-2
			Chilpinilla	I-2
			Upis Paisajista	I-2
			Camino del Inca	I-2
			Javier Llosa García - Hunter	I-4
			CSMC Hunter	I-3
		Socabaya	CSMC Socabaya	I-3

Fuentes: Sistema Geoespacial de las Redes Integradas de Salud.  
Elaboración propia.

## Análisis de la oferta de la zona sanitaria que no forma parte de la red del Gobierno regional

**Cuadro 13:** Oferta de IPRESS no Gobierno regional en la zona sanitaria 1 de la RIS Arequipa Sur-Este

RIS	Zona sanitaria	Distrito	IPRESS	Categoría	Tipo
Arequipa Sur-Este	1	Jacobó Hunter	Enfermería Cuartel de Tingo	I-2	Sanidad Ejército

Fuentes: Sistema Geoespacial de las Redes Integradas de Salud.  
Elaboración propia.

## Análisis de la cartera de servicios de las IPRESS identificadas

**Cuadro 14:** Capacidad resolutive de las IPRESS del primer nivel de atención de la zona sanitaria 1 de la RIS Arequipa Sur-Este

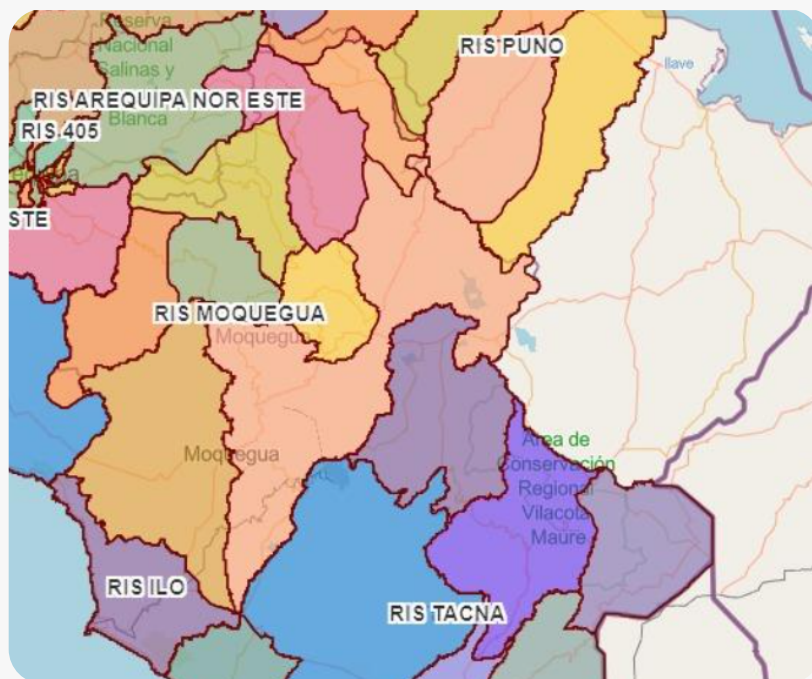
IPRESS	Categoría	UPSS				Especialidades de prestación
<b>Alto Alianza</b>	I-2	UPSS- Consulta externa	UPSS- Del establecimiento de salud (servicios administrativos)			Medicina general
<b>Ampliación Pampas del Cusco</b>	I-2	UPSS- Consulta externa	UPSS- Del establecimiento de salud (servicios administrativos)			Medicina general
<b>Daniel Alcides Carrión</b>	I-2	UPSS- Consulta externa	UPSS- Del establecimiento de salud (servicios administrativos)			Medicina general
<b>Chilpinilla</b>	I-2	UPSS- Consulta externa	UPSS- Del establecimiento de salud (servicios administrativos)			Medicina general
<b>Upis Paisajista</b>	I-2	UPSS- Consulta externa	UPSS- Del establecimiento de salud (servicios administrativos)			Medicina general
<b>Caminos del Inca</b>	I-2	UPSS- Consulta externa	UPSS- Del establecimiento de salud (servicios administrativos)			Medicina general
<b>Javier Llosa García - Hunter</b>	I-4	UPSS- Consulta externa	UPSS – Patología clínica	UPSS - Farmacia	UPSS- Del establecimiento de salud (servicios administrativos)	Medicina general, medicina familiar, pediatría, ginecología y obstetricia
<b>CSMC Hunter</b>	I-3	UPSS- Consulta externa	UPSS – Patología clínica	UPSS - Del establecimiento de salud (servicios administrativos)		Medicina familiar, psiquiatría, psicología clínica y de la salud y terapia ocupacional
<b>CSMC Socabaya</b>	I-3	UPSS- Consulta externa	UPSS – Patología clínica	UPSS - Del establecimiento de salud (servicios administrativos)		Medicina familiar, psiquiatría, psicología clínica y de la salud

Fuentes: Sistema Geoespacial de las Redes Integradas de Salud; RENIPRESS.  
Elaboración propia.

# Moquegua

## Análisis geográfico

**Gráfico 10:** Áreas sanitarias que forman del departamento de Moquegua



Fuente: Sistema Geoespacial de las Redes Integradas de Salud.  
Elaboración propia.

## Análisis poblacional

**Cuadro 15:** Población asignada por zona sanitaria en la RIS Moquegua

RIS	Zona sanitaria	Población asignada
Moquegua	6	4,153
Moquegua	7	37,057
Moquegua	8	43,128

Fuentes: Sistema Geoespacial de las Redes Integradas de Salud.  
Elaboración propia.

## Análisis de la oferta pública del primer nivel de atención de la zona sanitaria

**Cuadro 16:** Oferta de IPRESS del primer nivel de atención en la zona sanitaria 8 de la RIS Moquegua

RIS	Zona sanitaria	Distrito	IPRESS	Categoría
Moquegua	8	Moquegua	28 de Julio	I-2
			Mercado Central	I-3
			San Francisco	I-3
			San Antonio	I-3
			CSMC Moquegua	I-3
			CSMC Mariano Lino Urquieta	I-3

Fuentes: Sistema Geoespacial de las Redes Integradas de Salud.  
Elaboración propia.

## Análisis de la oferta de la zona sanitaria que no forma parte de la red del Gobierno regional

**Cuadro 17:** Oferta de IPRESS no Gobierno regional en la zona sanitaria 8 de la RIS Moquegua

RIS	Zona sanitaria	Distrito	IPRESS	Categoría	Tipo
Moquegua	8	Moquegua	Hospital II Moquegua	II-1	EsSalud
			Centro de Salud Militar de la 3era Brigada	I-2	Sanidad del Ejército

Fuentes: Sistema Geoespacial de las Redes Integradas de Salud.  
Elaboración propia.

## Análisis de la cartera de servicios de las IPRESS identificadas

**Cuadro 18:** Capacidad resolutive de las IPRESS del primer nivel de atención de la zona sanitaria 8 de la RIS Moquegua

IPRESS	Categoría	UPSS		Especialidades de prestación
28 de Julio	I-2	UPSS - Consulta externa	UPSS - Del establecimiento de salud (servicios administrativos)	No aplica

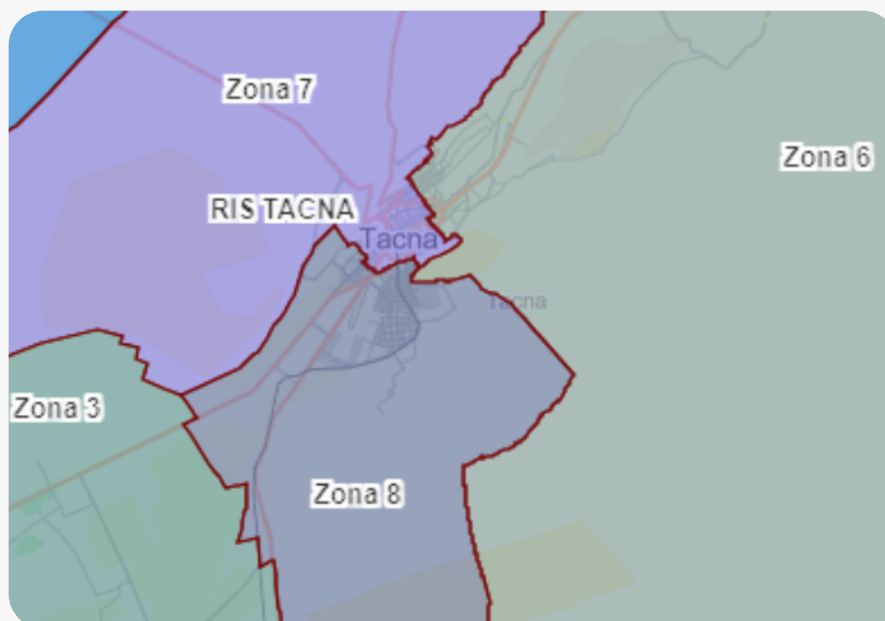
IPRESS	Categoría	UPSS			Especialidades de prestación
Mercado Central	I-3	UPSS - Consulta externa	UPSS - Patología clínica	UPSS - Del establecimiento de salud (servicios administrativos)	No aplica
San Francisco	I-3	UPSS - Consulta externa	UPSS - Patología clínica	UPSS - Del establecimiento de salud (servicios administrativos)	No aplica
San Antonio	I-3	UPSS - Consulta externa	UPSS - Del establecimiento de salud (servicios administrativos)		No aplica
Centro de salud mental comunitario (CSMC) Moquegua	I-3	No hay registros			Medicina general integral, psiquiatría, psicología clínica y de la salud, psicología social-comunitaria, psicología del adulto mayor, psicología de la familia y psicología de las adicciones
CSMC Mariano Lino Urquieta	I-3	UPSS - Consulta externa	UPSS - Del establecimiento de salud (servicios administrativos)		Medicina familiar y comunitaria, medicina general, psicología clínica y de la salud, psicología de la familia y psicología de las adicciones

Fuentes: Sistema Geoespacial de las Redes Integradas de Salud; RENIPRESS.  
Elaboración propia.

# Tacna

## Análisis geográfico

**Gráfico 11:** Ubicación geográfica de las zonas sanitarias que limitan con el centro de la provincia de Tacna



Fuente: Sistema Geoespacial de las Redes Integradas de Salud.  
Elaboración propia.

## Análisis poblacional

**Cuadro 19:** Población asignada por zona sanitaria en la RIS Tacna

RIS	Zona sanitaria	Población asignada
Tacna	6	56,088
Tacna	7	107,245
Tacna	8	133,802

Fuentes: Sistema Geoespacial de las Redes Integradas de Salud.  
Elaboración propia.

## Análisis de la oferta pública del primer nivel de atención de la zona sanitaria

**Cuadro 20:** Oferta de IPRESS del primer nivel de atención en la zona sanitaria 8 de la RIS Tacna

RIS	Zona sanitaria	Distrito	IPRESS	Categoría
Tacna	8	Coronel Gregorio Albarracín L	San Francisco	I-4
			Viñani	I-3
			Vista Alegre	I-3
			Las Begonias	I-2
			5 de Noviembre	I-2
			Centro de salud mental comunitario Villa Tacna	I-2
		Tacna	Augusto B. Leguía	I-3
			Hábitat	I-2
			Centro de salud mental comunitario "La Heroica"	I-2

Fuentes: Sistema Geoespacial de las Redes Integradas de Salud; RENIPRESS.  
Elaboración propia.

## Análisis de la oferta de la zona sanitaria que no forma parte de la red del Gobierno regional

**Cuadro 21:** Oferta de IPRESS no Gobierno regional en la zona sanitaria 8 de la RIS Tacna

RIS	Zona sanitaria	Distrito	IPRESS	Categoría	Tipo
Tacna	8	Coronel Gregorio Albarracín L	Centro de atención primaria II "Luis Palza Levano"	I-3	EsSalud

Fuentes: Sistema Geoespacial de las Redes Integradas de Salud.  
Elaboración propia.



## Análisis de la cartera de servicios de las IPRESS identificadas

### Cuadro 22: Capacidad resolutive de las IPRESS del primer nivel de atención en la zona sanitaria 8 de la RIS Tacna

IPRESS	Categoría	UPSS						Especialidades de prestación
San Francisco	I-4	UPSS - Consulta externa	UPSS - Patología clínica	UPSS - Diagnóstico por imágenes	UPSS - Farmacia	UPSS - Medicina de rehabilitación	UPSS - Del establecimiento de salud (servicios administrativos)	Medicina general, odontología, dermatología, medicina familiar, medicina de rehabilitación, medicina ocupacional y medio ambiente, psiquiatría, radiología, odontopediatría, monitoreo fetal y diagnóstico por imágenes en obstetricia, salud reproductiva de los y las adolescentes, salud pública y cuidado integral infantil
Viñani	I-3	UPSS - Consulta externa	UPSS - Patología clínica	UPSS - Del establecimiento de salud (servicios administrativos)				Medicina general y odontología.
Vista Alegre	I-3	UPSS - Consulta externa	UPSS - Patología clínica	UPSS - Del establecimiento de salud (servicios administrativos)				Medicina general y odontología
Las Begonias	I-2	UPSS - Consulta externa	UPSS - Del establecimiento de salud (servicios administrativos)					Medicina general y odontología
5 de Noviembre	I-2	UPSS - Consulta externa	UPSS - Patología clínica	UPSS - Del establecimiento de salud (servicios administrativos)				Medicina general y odontología
Centro de salud mental comunitario Villa Tacna	I-2	UPSS - Consulta externa	UPSS - Del establecimiento de salud (servicios administrativos)					Medicina familiar, psiquiatría, terapia ocupacional y terapia de lenguaje
Augusto B. Leguía	I-3	UPSS - Consulta externa	UPSS - Patología clínica	UPSS - Del establecimiento de salud (servicios administrativos)				Medicina general y odontología
Hábitat	I-2	UPSS - Consulta externa	UPSS - Del establecimiento de salud (servicios administrativos)					Medicina general y odontología
Centro de salud mental comunitario "La Heroica"	I-2	UPSS - Consulta externa	UPSS - Del establecimiento de salud (servicios administrativos)					Psiquiatría, psiquiatría de niños y adolescentes, enfermería en salud y psiquiatría y psicología clínica y de la salud

Fuentes: Sistema Geoespacial de las Redes Integradas de Salud; RENIPRESS. Elaboración propia.



# REFERENCIAS



# Referencias

Arrieta, A. y otros, 2017. Propuestas de reformas en el sistema de pensiones, financiamiento en la salud y seguro de desempleo, Lima: s.n.

Banco Mundial, 2023. Sistemas de gestión de información en salud en el Perú, s.l.: s.n.

Bardález, C., 2006. Descentralización en salud y gobiernos locales, Lima: s.n.

Congreso de Colombia, 1990. Ley 10 de 1990. s.l.:s.n.

Defensoría del Pueblo, 2018. Intervención del Estado para la reducción de la anemia infantil: Resultados de la supervisión nacional, s.l.: s.n.

El Peruano, 2018. Ley que establece la Conformación y el Funcionamiento de las Redes Integradas de Salud (RIS). s.l.:s.n.

Essalud, 2014. DIRECTIVA N° 05 GG-ESSALUD-2014. Cartera de servicios de salud de complejidad creciente del Seguro Social de Salud (Essalud), s.l.: s.n.

EsSalud, 2014. Essalud - Estadística Institucional. [En línea]  
Available at:  
<http://www.essalud.gob.pe/estadistica-institucional/>

IETSI EsSalud, 2018. Intervenciones para reducir los tiempos de espera para el acceso a los servicios de salud: síntesis de evidencia, s.l.: s.n.

Marinho, M. L., Dahuabe, A. & Arenas de Mesa, A., 2023. Salud y desigualdad en América Latina y el Caribe: la centralidad de la salud para el desarrollo social inclusivo y sostenible, Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).

MINEDU, 2022. Guía rápida: Censo Educativo 2022 ¿Cómo reporto la información de mi Institución Educativa?, s.l.: s.n.

Ministerio de Salud, 2014. Minsa firma primer contrato de gestión de servicios “bata gris” del Instituto de Salud del Niño de San Borja. [En línea]  
Available at:  
<https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/31389-minsa-firma-primer-contrato-de-gestion-de-servicios-bata-gris-del-instituto-de-salud-del-nino-de-san-borja> [Último acceso: 05 10 2023].

Minsa, 2011. El Plan Esencial de Aseguramiento en Salud. Fundamentos conceptuales y metodológicos, Lima: s.n.

Minsa, 2011. Resolución Ministerial N° 546 - 2011 / Minsa. s.l.:s.n.

MINSA, 2013. Indicadores de gestión y evaluación hospitalaria para hospitales, institutos y DIRESA, Lima: s.n.

Minsa, 2022. Directiva Administrativa N° 329 Conformación de Redes Integradas de Salud - RIS. s.l.:s.n.

Minsa, 2023. Diagnóstico de brechas de infraestructura o acceso a servicios del sector salud, s.l.: s.n.

Murillo-Peña, J. y otros, 2023. Consultas médicas per cápita en el sistema de salud del Perú, 2019. Hacia una nueva descripción del sistema de salud peruano. *An Fac med*, 84(3), pp. 249-257.

Ojo Público, 2021. Incertidumbre por término de contrato entre Essalud y establecimientos del primer nivel. [En línea]  
Available at:  
<https://ojo-publico.com/derechos-humanos/salud/incertidumbre-por-fin-contrato-entre-essalud-y-clinicas-privadas>

OPS, 2021. Historias clínicas electrónicas y la importancia de cómo documentar, s.l.: s.n.

Prieto, L., Cid, C. & Montañez, V., 2015. Perú: El Plan Esencial de Aseguramiento en salud. En: R. B. I. T. Ursula Giedion, ed. Planes de beneficios en salud de América Latina: una comparación regional. s.l.:Banco Interamericano de Desarrollo, pp. 171 - 198.

Redes, 2021. Redes integradas de salud en el Perú, Lima: s.n.

REUNIS, 2023. Repositorio Único Nacional de Información de Salud. [En línea]  
Available at:  
<https://www.minsa.gob.pe/reunis/data/SIHCE-2019.asp>

SaludconLupa, 2023. EsSalud: radiografía de la crisis que afecta a 12 millones de asegurados. [En línea]  
Available at:  
<https://saludconlupa.com/noticias/essalud-radiografia-de-la-crisis-que-afecta-a-12-millones-de-asegurados/>  
[Último acceso: 2023 10 04].

Seinfeld, J. y otros, 2021. Cambios en el sistema de salud centrados en el ciudadano, Lima: s.n.

USAID, 2015. Actualización del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud y la herramienta "ASEGURA", s.l.: s.n.

Velásquez, A., 2009. La carga de enfermedad y lesiones en el Perú y las prioridades del plan esencial de aseguramiento universal. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública, 26(2).

Vignolo, J., Vacarezza, M., Álvarez, C. & Sosa, A., 2011. Niveles de atención, de prevención y atención primaria de. Archivos de Medicina interna, 33(1), pp. 7-11.