



PERÚ

Ministerio
de Salud

Secretaría General

Oficina General de
Planeamiento, Presupuesto
y Modernización

DIAGNÓSTICO DE BRECHAS DE INFRAESTRUCTURA Y EQUIPAMIENTO DEL SECTOR SALUD

Enero, 2022



Contenido

| | |
|--|----|
| I. INTRODUCCIÓN | 3 |
| II. OBJETIVO | 3 |
| III. BASE LEGAL | 3 |
| IV. ÁMBITO DE APLICACIÓN | 4 |
| V. ROL DEL MINISTERIO DE SALUD EN EL CIERRE DE BRECHAS DEL SECTOR SALUD | 4 |
| VI. SERVICIOS PÚBLICOS BAJO RESPONSABILIDAD FUNCIONAL DEL SECTOR SALUD | 5 |
| VII. INDICADORES DE BRECHAS DE INFRAESTRUCTURA Y EQUIPAMIENTO EN SALUD | 9 |
| VIII. EVOLUCIÓN DEL CIERRE DE BRECHAS | 22 |



I. INTRODUCCIÓN

La modificatoria¹ del artículo 123 de la Ley N°26842, Ley General de Salud, establece que “El Ministerio de Salud es la Autoridad de Salud de nivel nacional. Como organismo del Poder Ejecutivo, tiene a su cargo la formulación, dirección y gestión de la política de salud y actúa como la máxima autoridad normativa en materia de salud”. Su finalidad es la promoción de la salud, la prevención de enfermedades, la recuperación de la salud y la rehabilitación en salud de la población.

El presente documento se elabora en el marco del Decreto Legislativo N° 1252, que crea el Sistema Nacional de Programación Multianual y Gestión de Inversiones – Invierte.pe, con la finalidad de orientar el uso de los recursos públicos destinados a la inversión para la efectiva prestación de servicios y la provisión de la infraestructura necesaria para el desarrollo del país.

La Directiva General del Sistema Nacional de Programación Multianual y Gestión de Inversiones, establece que la Oficina de Programación Multianual de Inversiones - OPMI de cada Sector, GR y GL, según corresponda, elabora el diagnóstico de la situación de las brechas de infraestructura o de acceso de servicios. En el caso de los Sectores, el diagnóstico comprende el ámbito de su responsabilidad funcional; en el caso de los GR y GL, el diagnóstico se efectúa dentro del ámbito de su competencia y circunscripción territorial.

El Diagnóstico de Brechas de Infraestructura y Equipamiento del Sector Salud actualizado sirve de base para la Programación Multianual de Inversiones (PMI) del periodo 2023-2025 de los tres niveles de gobierno, por lo que se requiere su actualización.

II. OBJETIVO

Disponer de información actualizada para el análisis del cierre de Brechas de Infraestructura y Equipamiento del Sector Salud, que será utilizada en la elaboración de la Programación Multianual de Inversiones 2023-2025.

III. BASE LEGAL

- 3.1. Ley N° 26842, Ley General de Salud y sus modificatorias.
- 3.2. Ley N° 30895, Ley que Fortalece la Función Rectora del Ministerio de Salud.
- 3.3. Ley N° 30885, Ley que establece la Conformación y el Funcionamiento de las Redes Integradas de Salud (RIS).
- 3.4. Decreto Legislativo N° 1252, crea el Sistema Nacional de Programación Multianual y Gestión de Inversiones.
- 3.5. Decreto Legislativo N° 1432, modifica el Decreto Legislativo N° 1252 que crea el Sistema Nacional de Programación Multianual y Gestión de Inversiones.
- 3.6. Decreto Legislativo N° 1157, aprueba la Modernización de la Gestión de la Inversión Pública en Salud.
- 3.7. Decreto Legislativo N° 1161, aprueba la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- 3.8. Decreto Legislativo N° 1504, Fortalece al Instituto Nacional de Salud para la Prevención y Control de las Enfermedades.
- 3.9. Decreto Supremo N° 242-2018-EF, aprueba el Texto Único Ordenado del Decreto Legislativo N° 1252, Decreto Legislativo que crea el Sistema Nacional de Programación Multianual y Gestión de Inversiones

¹ Única Disposición Complementaria Modificatoria del Decreto Legislativo N°1161, Decreto Legislativo que aprueba la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud



- 3.10. Decreto Supremo N° 284-2018-EF, aprueba el Reglamento del Decreto Legislativo N° 1252, modificado por el Decreto Supremo N° 179-2020-EF.
- 3.11. Decreto Supremo N° 026-2020-SA, aprueba la Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030 “Perú, País Saludable”.
- 3.12. Decreto Supremo N° 016-2020-SA, aprueba el Plan Estratégico Multisectorial de la Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030 “Perú, País Saludable”.
- 3.13. Decreto Supremo N° 019-2020-SA, aprueba el Reglamento de la Ley N° 30885, Ley que establece la conformación y el funcionamiento de las Redes Integradas de Salud – RIS.
- 3.14. Resolución Ministerial N° 621-2021/MINSA, que aprueba la extensión del horizonte temporal del Plan Estratégico Institucional - PEI del Ministerio de Salud, al 2024; quedando denominado como “Plan Estratégico Institucional - PEI del Ministerio de Salud, periodo 2019 - 2024”.
- 3.15. Resolución Ministerial N° 1318-2021/MINSA, aprueba la actualización de los “Indicadores de Brechas de Infraestructura y Equipamiento del Sector Salud”.
- 3.16. Resolución Ministerial N° 1109-2020/MINSA, aprueba los “Indicadores de Brechas de Infraestructura y Equipamiento del Sector Salud”.
- 3.17. Directiva N° 001-2019-EF/63.01 “Directiva General del Sistema Nacional de Programación Multianual y Gestión de Inversiones”, aprobada con Resolución Directoral N° 001-2019-EF/63.01, modificada por la Resolución Directoral N° 006-2020-EF/63.01 y por la Resolución Directoral N° 008-2020-EF/63.01.

IV. ÁMBITO DE APLICACIÓN

El presente documento técnico es de aplicación obligatoria por el Ministerio de Salud, EsSalud, Ministerio de Defensa, Ministerio del Interior y Gobiernos Regionales, a través de sus órganos especializados en materia de salud y Gobiernos Locales que intervienen en la gestión de inversión pública en salud, en el marco del Sistema Nacional de Programación Multianual y Gestión de Inversiones y demás entidades públicas adscritas al sector salud.

V. ROL DEL MINISTERIO DE SALUD EN EL CIERRE DE BRECHAS DEL SECTOR SALUD

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

La misión institucional del Ministerio de Salud es:

“Conducir con eficiencia e integridad el Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud basado en Redes Integradas de Salud, la política para el aseguramiento universal en salud, y las políticas y acciones intersectoriales sobre los determinantes sociales; en beneficio de la salud y el bienestar de la población”².

Conforme con su Ley de Organización y Funciones, el Ministerio de Salud tiene competencia en materia de salud de las personas, aseguramiento en salud, epidemias y emergencias sanitarias, salud ambiental e inocuidad alimentaria, inteligencia sanitaria, productos farmacéuticos y sanitarios, dispositivos médicos y establecimientos farmacéuticos; recursos humanos en salud, infraestructura y equipamiento en salud, e investigación y tecnologías en salud³.

El Ministerio de Salud ejerce sus competencias mediante el cumplimiento de funciones orientadas al logro de los objetivos y metas del Estado, en el marco de las políticas nacionales

² “Plan Estratégico Institucional - PEI del Ministerio de Salud, periodo 2019 – 2024”

³ *Ibidem*



y sectoriales establecidas. Ejerce las competencias asignadas en su Ley de Organización y Funciones⁴, y desarrolla las funciones teniendo en cuenta los enfoques de género, interculturalidad y derechos humanos. Entre otras funciones, es responsable⁵ de:

- a) Conducir, regular y supervisar el Sistema Nacional de Salud.
- b) Formular, planear, dirigir, coordinar, ejecutar, supervisar y evaluar la política nacional y sectorial de promoción de la salud, vigilancia, prevención y control de las enfermedades, recuperación, rehabilitación en salud, tecnologías en salud y buenas prácticas en salud, bajo su competencia, aplicable a todos los niveles de gobierno.
- c) Supervisar y evaluar la implementación de políticas, acciones e intervenciones en materia de investigación, innovación y tecnologías en salud, vigilancia epidemiológica e inteligencia sanitaria.
- d) Definir las prioridades para asignar los recursos financieros necesarios para la atención de la población con equidad, respondiendo a las prioridades sanitarias, garantizando y vigilando la complementariedad de los recursos de diferentes fuentes.
- e) Regular y dictar normas de organización para la oferta de salud, de los diferentes prestadores que brindan atenciones, para que en conjunto sean integrales, complementarias, de calidad, y que preste cobertura de manera equitativa y eficiente a las necesidades de atención de toda la población.
- f) Regular y fiscalizar los recursos, bienes y servicios del sector salud en el ámbito nacional.
- g) Realizar el seguimiento y evaluación respecto del desempeño y obtención de resultados alcanzados de las políticas, planes y programas en materia de su competencia, en los niveles nacionales, regionales y locales, así como a otros actores del Sistema Nacional de Salud en todo el territorio nacional y adoptar las acciones que se requieran, de acuerdo a ley.
- h) Dictar normas y lineamientos técnicos para la adecuada ejecución y supervisión de la política nacional y políticas sectoriales de salud, la gestión de los recursos del sector; así como para el otorgamiento y reconocimiento de derechos, fiscalización, sanción y ejecución coactiva en las materias de su competencia.
- i) Otorgar, reconocer derechos a través de autorizaciones y permisos, de acuerdo con las normas de la materia, en el ámbito de su competencia.
- j) Establecer las normas y políticas para fortalecer y garantizar el acceso al aseguramiento universal en salud en el país.
- k) Ejercer la Autoridad de Sanidad Internacional, para el control epidemiológico en aeropuertos, puertos y puestos de control de fronteras, ante una epidemia o pandemia.
- l) Ejercer la diplomacia en salud en los espacios de integración global, subregional y regional.
- m) Las demás funciones que se establezca por Ley.

De otro lado, se encuentra en proceso la Implementación de Redes Integradas de Salud (RIS), con el fin de fortalecer el sistema de salud para brindar servicios accesibles, equitativos, eficientes y de calidad, mediante una oferta articulada.

Una RIS es el conjunto de organizaciones que presta o hace arreglos institucionales para prestar una cartera de atención de salud equitativa e integral a una población definida, a través de la articulación, coordinación y complementación, y que rinde cuentas por los resultados sanitarios y administrativos y por el estado de salud de la población a la que sirve⁶.

VI. SERVICIOS PÚBLICOS BAJO RESPONSABILIDAD FUNCIONAL DEL SECTOR SALUD

Los servicios públicos asociados a los indicadores de brechas de infraestructura y equipamiento definidos por el Sector Salud se describen brevemente a continuación:

⁴ Aprobada por Decreto Legislativo N° 1161

⁵ Decreto Legislativo N° 1504. Disposición Complementaria Modificatoria Única. - Modificación de los artículos 4-A, 5, el TÍTULO IV y la Cuarta Disposición Complementaria Final del Decreto Legislativo N° 1161

⁶ Ley N° 30885, Ley que establece la Conformación y el Funcionamiento de las Redes Integradas de Salud (RIS)



a) Servicios Públicos del Sector Salud

La atención de servicios de salud básicos se brinda en el Primer Nivel de Atención (PNA) que es la puerta de entrada de la población al sistema de salud y comprende las acciones para las atenciones de salud de baja complejidad, con el objetivo de prestar los servicios finales e intermedios por parte de los establecimientos de salud para el desarrollo de actividades de prevención, promoción, diagnóstico, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de las necesidades de salud más frecuentes.

El grado de severidad y magnitud de los problemas de salud en el PNA, plantea la atención con una oferta de gran tamaño y de baja complejidad, además se constituye en el facilitador y coordinador del flujo del usuario dentro del sistema.

La atención de servicios de salud básicos se complementa con los Centros de Promoción y Vigilancia Comunal (CPVC), los cuales desarrollan actividades educativas orientadas al cuidado de la salud de la madre y de los menores de 36 meses, acciones de vigilancia por parte del personal de salud y actores de la comunidad, así como reuniones de toma de decisiones que favorezcan el acceso a servicios de salud, sociales, educativos entre otros en el contexto de la persona, familia y comunidad, según corresponda.

La atención de servicios de salud hospitalarios comprende las acciones para las atenciones de salud de mediana y alta complejidad, con el objetivo de prestar los servicios finales e intermedios por parte de los hospitales, con un nivel resolutivo de especialización y tecnificación. Este servicio incluye actividades asistenciales, diagnósticas, terapéuticas, de rehabilitación y cuidados al paciente.

La atención de institutos especializados comprende la prestación de servicios de salud de la más alta capacidad resolutiva en un campo clínico o grupo etario; así como las propuestas de normas y estrategias a la autoridad nacional de salud, desarrollo de innovación tecnológica, investigación y docencia en el campo clínico o por grupo etario.

La atención especializada en salud pública se brinda a través de la red nacional de laboratorios de salud pública, conformada por un laboratorio de referencia nacional (INS) que es la cabeza de la red, los laboratorios de referencia regional y los laboratorios de referencia de salud pública. Cada uno de ellos, a su vez, incorpora dentro de su estructura funcional, diversos procesos para la prestación de servicios de salud en los campos de la salud pública, el control de las enfermedades transmisibles y no transmisibles, la alimentación y nutrición, la producción de biológicos, el control de calidad de alimentos, productos farmacéuticos y afines, la salud ocupacional y protección del ambiente centrado en la salud de las personas y la salud intercultural, para contribuir a mejorar la calidad de vida de la población de su ámbito de influencia.

Los servicios que no son propiamente de competencia del Sector Salud sino que corresponden a la función Planeamiento, Gestión y Reserva de Contingencia, cuya entidad responsable es la Presidencia del Consejo de Ministros, son los siguientes:

- El servicio de habitabilidad institucional se refiere al conjunto de acciones orientadas a proveer la infraestructura y equipo necesarios para el adecuado desempeño de las entidades públicas.
- Los servicios de información comprenden las acciones de soporte tecnológico destinadas a garantizar el funcionamiento adecuado de las entidades, incluyendo la gestión de datos administrativos e información asistencial.

Además del Ministerio de Salud, Gobiernos Regionales y Gobiernos Locales que ejecutan inversiones para mejorar los servicios de salud para la población en general, EsSalud, las sanidades de las Fuerzas Armadas y de la Policía Nacional del Perú, tienen a su cargo establecimientos de salud que atienden a una población objetivo específica.

EsSalud tiene por finalidad dar cobertura a los asegurados y sus derechohabientes, a través del otorgamiento de prestaciones de salud (prevención, promoción, recuperación, rehabilitación), prestaciones económicas, y prestaciones sociales que corresponden al régimen contributivo de la Seguridad Social en Salud, así como otros seguros de riesgos humanos.

La población asegurada de EsSalud se ha incrementado en los últimos 10 años a una tasa de 2.2% en promedio; ha pasado de 9,786,864 asegurados en el año 2012 a 11,767,048 al tercer trimestre del año 2021. Del total del año 2021, se cuenta con el 60.1% de la población asegurada adscrita al primer nivel de atención y el 39.9% al segundo nivel de atención.

**Tabla 1. Población asegurada adscrita, según Nivel de Atención
Tercer Trimestre 2021**

| Nivel de atención | Población asegurada - EsSalud | | |
|-------------------|-------------------------------|-----------|------------|
| | Femenino | Masculino | Total |
| Primer Nivel | 3,472,082 | 3,602,138 | 7,074,220 |
| Segundo Nivel | 2,309,879 | 2,382,931 | 4,692,828 |
| Total | 5,781,979 | 5,985,069 | 11,767,048 |

FUENTE: EsSalud

La población asegurada a las Redes asistenciales de Lima (Almenara, Rebagliati y Sabogal) representa el 46.4% de la población total y en las demás redes un 53.6%, mientras que entre las menos concentradas se encuentran las redes de Tumbes, Moyobamba y Madre de Dios.

b) Alineamiento con los Objetivos Estratégicos

El Plan Estratégico Sectorial Multianual – PESEM del Sector Salud, es el resultado del planeamiento prospectivo estratégico participativo y articulado al Plan Estratégico de Desarrollo Nacional, en el marco de lo dispuesto por la Directiva General del Proceso de Planeamiento Estratégico, emitida por el Centro Nacional de Planeamiento Estratégico – CEPLAN, concordante con los Lineamientos del Sector Salud.

Dichos objetivos también se enmarcan en el Acuerdo Nacional, que involucra al MINSA, EsSalud, la Asamblea Nacional de Gobiernos regionales, la Asociación de Municipalidades del Perú, los partidos políticos y las organizaciones de la sociedad civil. Los objetivos estratégicos sectoriales son los siguientes:

- Mejorar la salud de la población: objetivo referido a reducir los años de vida saludable perdidos anualmente (AVISA), mediante acciones para reducir la mortalidad materna e infantil, reducir la desnutrición infantil y anemia, disminuir las enfermedades transmisibles y no transmisibles y reducir los riesgos, daños y/o lesiones originados por factores externos.
- Ampliar la cobertura de aseguramiento para la protección en salud de la población: objetivo relacionado a incrementar la proporción de población afiliada a un seguro de salud, mediante el incremento de la cobertura de aseguramiento público de la población, expandir la oferta de servicios de salud, modernizar la gestión de los servicios de salud, generar capacidades para el desarrollo e implantación de tecnología, la investigación e información sanitaria.
- Ejercer la rectoría y gobernanza del Sistema de Salud en beneficio de la Población: objetivo concerniente al incremento de la satisfacción de los usuarios con la atención recibida en consulta externa, mediante un fortalecimiento de la auditoría sanitaria, de la



promoción, protección y restitución de derechos; la implementación del sistema de monitoreo y evaluación de políticas en salud y de las políticas con impacto en la salud pública; así como reforzar los arreglos interinstitucionales para la gestión multisectorial y territorial.

El Plan Estratégico Institucional (PEI) 2019-2024 Ampliado del Ministerio de Salud, es el instrumento de gestión por el cual se ejerce el rol de la rectoría del Sector Salud, formulando, dirigiendo y gestionando las políticas de salud.

El PEI del MINSA articula el ejercicio de las funciones y competencias de los órganos del Ministerio de Salud para la implementación de las políticas nacionales en el sector con la finalidad de mejorar el estado de salud de la población.

El PEI presenta un alineamiento con las acciones estratégicas sectoriales del PESEM, siendo los objetivos estratégicos institucionales en los que se incidirá para efectos de la programación multianual de inversiones, los siguientes:

- Objetivo Estratégico Institucional 04: Fortalecer la rectoría y la gobernanza sobre el sistema de salud y la gestión institucional para el desempeño eficiente, ético e íntegro, en el marco de la modernización de la gestión pública.
- Objetivo Estratégico Institucional 06: Mejorar la toma de decisiones, la prestación de servicios públicos, el empoderamiento y la satisfacción de la población, a través del Gobierno Digital en salud.

La acción estratégica prevista para el objetivo estratégico institucional 04, relacionada a la programación multianual de inversiones es: **planificación y gestión sectorial de inversiones** y mantenimiento en salud eficiente (AEI.04.06).

Las acciones estratégicas previstas para el objetivo estratégico institucional 06, relacionadas a la programación multianual de inversiones son:

- Sistemas de información e infraestructura tecnológica del Sector salud fortalecidos (AEI.06.03).
- Prestación y gestión de servicios de salud con el uso de tele-medicina, tele-gestión y tele-educación, implementados en las Redes Integradas de Salud (AEI.06.04).

Los objetivos estratégicos del PESEM relacionados con la programación de inversiones son:

- **Ampliar la cobertura de aseguramiento para la protección en salud en la población**, a través de la acción estratégica “modernizar la gestión de los servicios de salud”.
- **Fortalecer la rectoría y gobernanza del sistema de salud en beneficio de la población**, a través de la acción estratégica “fortalecer la Autoridad Sanitaria”.

En este marco, la Oficina de Programación Multianual de Inversiones (OPMI) del Ministerio de Salud, identifica los objetivos a alcanzar mediante las inversiones a nivel sectorial, de acuerdo a sus competencias, conforme a la normatividad de la materia, en concordancia con los planes sectoriales nacionales y de acuerdo a lo establecido en la Directiva General del Sistema Nacional de Programación Multianual y Gestión de Inversiones.

c) Alineamiento con el Plan Estratégico Multisectorial (PEM)

La Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030 (PNMS) denominada “Perú, País Saludable” es una política liderada por el Ministerio de Salud con enfoque territorial, formulada de forma consensuada con los sectores responsables de intervenir en los determinantes sociales de salud priorizados y con los Gobiernos Regionales y Locales, que



gestionan los servicios de salud en sus respectivas jurisdicciones, estableciendo los cuidados y atenciones de salud que reciben las personas, familias y comunidades a lo largo de su vida y las intervenciones sobre los determinantes sociales de salud priorizados, basada en el enfoque de “Cuidado Integral por Curso de Vida”, los principios del derecho y equidad en salud, la atención primaria de la salud (APS), la determinación social de la salud, la gestión territorial, la Política de Igualdad de Género, la Política Sectorial de Salud Intercultural y la Política Nacional de Gestión ante Desastres⁷.

El Plan Estratégico Multisectorial de la Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030 “Perú, País Saludable” (PEM) contiene la descripción de las intervenciones que implementarán los objetivos priorizados de la Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030, en los respectivos planes del SINAPLAN, buscando asegurar su articulación con la asignación de recursos a través del presupuesto público.

El objetivo del PEM relacionado con la programación multianual de inversiones es: **Objetivo Prioritario 2: Asegurar el acceso a servicios integrales de salud de calidad y oportunos a la población.**

VII. INDICADORES DE BRECHAS DE INFRAESTRUCTURA Y EQUIPAMIENTO EN SALUD

En el marco de la Programación Multianual de Inversiones, la Oficina General de Planeamiento, Presupuesto y Modernización, a través de la Oficina de Programación Multianual de Inversiones (OPMI) del Ministerio de Salud, en coordinación con la Dirección General de Programación Multianual de Inversiones del Ministerio de Economía y Finanzas, propone las tipologías de inversión bajo responsabilidad funcional del Sector Salud y los servicios asociados; así como los indicadores de brechas de infraestructura de servicios de salud y su medición.

La OPMI ha definido 10 indicadores de producto asociados a las brechas de infraestructura y equipamiento en salud, los cuales son los siguientes:

- 1) Porcentaje de establecimientos de salud del primer nivel de atención con capacidad instalada inadecuada.
- 2) Porcentaje de nuevos establecimientos de salud del primer nivel de atención por implementar.
- 3) Porcentaje de hospitales con capacidad instalada inadecuada.
- 4) Porcentaje de nuevos hospitales por implementar.
- 5) Porcentaje de institutos especializados con capacidad instalada inadecuada.
- 6) Porcentaje de laboratorios del Instituto Nacional de Salud con capacidad instalada inadecuada.
- 7) Porcentaje de laboratorios regionales de salud pública con capacidad instalada inadecuada.
- 8) Porcentaje de Centros de Promoción y Vigilancia Comunal por implementar.
- 9) Porcentaje de unidades orgánicas de la entidad con inadecuado índice de ocupación.
- 10) Porcentaje de sistemas de información que no funcionan adecuadamente.

Respecto a la estimación del valor de los indicadores de brecha, se ha recurrido a información disponible de fuente secundaria, teniendo en cuenta los datos del Banco de Inversiones, el Sistema de Seguimiento de Inversiones (SSI) y el portal de Transparencia Económica del MEF (Consulta Amigable). Asimismo, se contó con la participación de algunas entidades del Sector para la actualización de los indicadores y valores.

Como parte de la vinculación de los indicadores de brecha con los objetivos estratégicos institucionales y con los objetivos estratégicos sectoriales, se han identificado 08 tipologías de

⁷ Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030 “Perú, País Saludable”, aprobada con Decreto Supremo N° 026-2020-SA.



inversión correspondientes a la función, división y grupo funcional del Sector Salud, como se aprecia en la Tabla 2.

Tabla 2. Tipologías de inversiones de responsabilidad funcional del Sector Salud

| Tipología de inversión | Función | División | Grupo funcional |
|--|--|----------------------|---|
| Establecimientos de salud del primer nivel de atención | 20 Salud | 044 Salud individual | 0096 Atención médica básica |
| Establecimientos de salud hospitalarios | 20 Salud | 044 Salud individual | 0097 Atención médica especializada |
| Institutos especializados | | | |
| Laboratorios de referencia nacional | 20 Salud | 043 Salud colectiva | 0095 Control de riesgos y daños para la salud |
| Laboratorios regionales de salud pública en las regiones | 20 Salud | 043 Salud colectiva | 0095 Control de riesgos y daños para la salud |
| Centros de promoción y prevención de la salud | 20 Salud | 044 Salud individual | 0096 Atención médica básica |
| Sedes institucionales | 03 Planeamiento, gestión y reserva de contingencia | 006 Gestión | 0010 Infraestructura y equipamiento |
| Tecnologías de información y comunicación | 03 Planeamiento, gestión y reserva de contingencia | 006 Gestión | 0009: Soporte tecnológico |

Fuente: Anexo N° 02 de la Directiva General del Invierte.pe

Elaboración: OPMI - MINSa

Los indicadores de producto definidos por la OPMI, según tipologías de inversión y servicios públicos, se encuentran asociados a las brechas de infraestructura y equipamiento en salud, siendo sus indicadores los siguientes:

1. Porcentaje de establecimientos de salud del primer nivel de atención con capacidad instalada inadecuada
2. Porcentaje de nuevos establecimientos de salud del primer nivel de atención por implementar
3. Porcentaje de hospitales con capacidad instalada inadecuada
4. Porcentaje de nuevos hospitales por implementar
5. Porcentaje de institutos especializados con capacidad instalada inadecuada
6. Porcentaje de laboratorios del Instituto Nacional de Salud con capacidad instalada inadecuada
7. Porcentaje de laboratorios regionales de salud pública con capacidad instalada inadecuada
8. Porcentaje de centros de promoción y vigilancia comunal requeridos
9. Porcentaje de sedes administrativas con inadecuado índice de ocupación
10. Porcentaje de sistemas de información de salud que no funcionan adecuadamente

Identificación de establecimientos de salud con capacidad instalada inadecuada

La mayoría de establecimientos de salud en funcionamiento fueron construidos bajo normas técnicas menos exigentes en comparación con los códigos sísmicos aplicados a la infraestructura construida más recientemente.

Por tal motivo, ha sido necesario en muchos casos recurrir a las “ampliaciones” que han dado como resultado varias instalaciones con funcionalidad limitada y ambientes turgidos, contraviniendo las normas de seguridad al haberse generando un crecimiento que no obedece a un plan de desarrollo integral del establecimiento de salud.



Para efectos de estimación del valor de los indicadores de brechas de calidad, se considera que un ES presenta capacidad instalada inadecuada si la infraestructura y el equipamiento de sus servicios de salud trazadores no se encuentran de acuerdo con lo establecido en las Normas Técnicas de Salud de Infraestructura y Equipamiento N° 113, N° 110 o N° 119.

Con fines de estimación de las brechas de infraestructura, es necesario determinar la cantidad de establecimientos de salud (ES) en funcionamiento del sector público a nivel nacional, incluyendo los de ESSALUD, de las sanidades de las Fuerzas Armadas y de la Policía Nacional.

De acuerdo con la Norma Técnica de Salud N° 021-MINSA/DGSP-V.03 “Categorías de Establecimientos del Sector Salud”, los ES son aquellos que realizan atención de salud en régimen ambulatorio o de internamiento, con fines de prevención, promoción, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, para mantener o restablecer el estado de salud de las personas.

La información de los ES existentes a nivel nacional, se puede consultar en el Portal Institucional de la Superintendencia Nacional de Salud - SUSALUD, entidad a cargo del Registro Nacional de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - RENIPRESS, aplicativo informático que contiene información respecto a la infraestructura, equipamiento, recursos humanos y organización para la atención de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPRESS públicas, privadas y mixtas, autorizadas para brindar servicios de salud.

A. Porcentaje de establecimientos de salud del primer nivel de atención con capacidad instalada inadecuada.

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

En la Tabla 3 se presenta solo la cantidad de establecimientos de salud activos y en funcionamiento, por categoría y según institución responsable. No se ha incluido establecimientos de salud que no cuentan con Código Único de IPRESS o con la clasificación correspondiente a su nivel resolutivo.

Tabla 3. Establecimientos de Salud del PNA del Sector Público 2020

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

Fuente: RENIPRESS en Portal Institucional de SUSALUD. Diciembre de 2020.

Del total de ES del primer nivel de atención, se determina la proporción de ES que se encuentran funcionando en condiciones inadecuadas respecto a la infraestructura y equipamiento. Esta proporción constituye la brecha de infraestructura del primer nivel de atención en términos de calidad.

Las condiciones inadecuadas de funcionamiento las equiparamos con la capacidad instalada inadecuada, considerándose para efectos de estimación del valor del indicador “Porcentaje de establecimientos de salud del primer nivel de atención con capacidad instalada inadecuada”, que un ES del primer nivel de atención presenta capacidad instalada inadecuada, si la infraestructura y el equipamiento existentes de los servicios de salud trazadores, no se encuentran acordes con lo establecido en la Norma Técnica de Salud N° 113-MINSA/DGIEM-V.01 “Infraestructura y Equipamiento de los Establecimientos de Salud del Primer Nivel de Atención”.

Tabla 4. Establecimientos de Salud del PNA del Sector Público 2021

| Institución Responsable | Categoría del Establecimiento de Salud | | | | Total | Porcentaje |
|---|--|---------------|---------------|--------------|----------------|----------------|
| | I-1 | I-2 | I-3 | I-4 | | |
| ESSALUD | 2 | 163 | 122 | 24 | 311 | 3.50% |
| GOBIERNO REGIONAL | 4310 | 2042 | 1141 | 280 | 7,773 | 87.62% |
| INPE | 15 | 31 | 8 | | 54 | 0.60% |
| MINSA | 5 | 156 | 198 | 35 | 394 | 4.39% |
| MUNICIPALIDAD DISTRITAL | 3 | 14 | 15 | | 32 | 0.32% |
| MUNICIPALIDAD PROVINCIAL | | 1 | 38 | | 39 | 0.43% |
| SANIDAD DE LA FUERZA AEREA DEL PERU | 2 | 14 | 7 | 2 | 25 | 0.30% |
| SANIDAD DE LA MARINA DE GUERRA DEL PERU | 11 | 23 | 3 | 2 | 39 | 0.44% |
| SANIDAD DE LA POLICIA NACIONAL DEL PERU | 6 | 35 | 34 | 1 | 76 | 0.89% |
| SANIDAD DEL EJERCITO DEL PERU | 28 | 85 | 12 | 8 | 133 | 1.48% |
| Total | 4382 | 2564 | 1578 | 352 | 8,876 | 100.00% |
| Porcentaje | 49.37% | 28.89% | 17.78% | 3.97% | 100.00% | |

Fuente: RENIPRESS en Portal Institucional de SUSALUD. Diciembre de 2021.

Es necesario tener en cuenta que la cantidad total de ES puede variar de un mes a otro y de un año al siguiente, ya que como consecuencia de inspecciones técnicas un ES que brinda servicios a la población puede reportarse como activo, en funcionamiento o inoperativo. Así, en el año 2020 existían 8783 ES del primer nivel de atención en funcionamiento según datos del RENIPRESS, pero para el año 2021 esta cifra cambió a 8876. En tal sentido, con la finalidad de determinar la medida en que las brechas proyectadas se cierran de acuerdo a lo previsto, se mantiene el dato de la cantidad total de establecimientos de salud con la que inicialmente se calculó el indicador de brecha correspondiente.

La OPMI Salud proyectó que en el año 2021 el 96% del total de establecimientos de salud del primer nivel de atención, presentaría capacidad instalada inadecuada, expresada en la precariedad de la infraestructura, equipamiento obsoleto, inoperativo o insuficiente. Sin embargo, a causa de retrasos en el cumplimiento de los cronogramas de ejecución física de los proyectos, atribuibles a las Unidades Ejecutora de Inversiones, a los contratistas, a las paralizaciones de obra por el COVID-19, se ha verificado que la meta de reducción de la capacidad instalada inadecuada de los ES del primer nivel de atención ha sido afectada principalmente por las medidas restrictivas de la declaración de Estado de Emergencia Nacional, prorrogada sucesivamente desde abril de 2020. Es así que a diciembre de 2021 el 97.65% de ES del PNA presenta capacidad instalada inadecuada a nivel nacional, si utilizamos para el cálculo la cantidad total de ES del año 2020.

Los establecimientos de salud del primer nivel de atención que han sido identificados con capacidad instalada inadecuada, son aquellos que no han tenido ninguna intervención integral con infraestructura y equipamiento en los últimos 5 años. Se entiende por intervención integral a las inversiones realizadas sobre todos los servicios de salud trazadores del establecimiento de salud.



Asimismo, se considera que un establecimiento de salud no presenta brecha de infraestructura y equipamiento, si la ejecución inversiones integrales culminaron en el periodo 2016-2021; caso contrario, dicho establecimiento de salud es clasificado en el grupo que presenta capacidad instalada inadecuada.

Si bien es cierto que las inversiones de optimización, ampliación marginal, reposición y rehabilitación contribuyen al cierre de brechas de infraestructura y equipamiento, no se han contabilizado para determinar capacidad instalada de los establecimientos de salud en general, ya que son intervenciones específicas que se realizan sobre servicios de salud focalizados o incluso solo sobre activos estratégicos. Al ser inversiones de menor alcance, en comparación con los proyectos, su sola ejecución no cierra la brecha total del establecimiento de salud, aunque en una situación en la que se ejecute un conjunto de inversiones de optimización, ampliación marginal, reposición y/o rehabilitación sobre los servicios trazadores del ES, cuya culminación ocurra en el mismo año, se podría afirmar que un ES cerró brecha de infraestructura y equipamiento mediante IOARR.

Asimismo, los proyectos de inversión que intervienen solo en una parte de los servicios de salud, se consideran como intervenciones parciales que contribuyen al cierre de brechas pero que por sí mismos no definen una capacidad instalada adecuada, en términos de infraestructura y equipamiento.

El Callao, Ica, Lambayeque, Madre de Dios, Tacna y Ucayali tiene el 100% de sus ES del PNA con capacidad instalada inadecuada. El departamento de Tumbes presenta la menor cantidad nominal (54 ES) de brecha y Cajamarca presenta la brecha con mayor cantidad (865 ES) en términos de infraestructura y equipamiento. El departamento que presenta la menor brecha en términos porcentuales es Ayacucho con el 87.41%. (Ver Tabla 5)

Tabla 5. Establecimientos de Salud del Primer Nivel de Atención con Capacidad Instalada Inadecuada por Circunscripción Departamental 2021

| Departamento | Total de establecimientos de salud (ES) | Valor Proyectado de ESI * | | Valor Logrado de ESI | |
|---------------|---|---------------------------|----------------|----------------------|----------------|
| | | ESI Nominal | ESI Porcentual | ESI Nominal | ESI Porcentual |
| AMAZONAS | 490 | 481 | 98% | 480 | 97.96% |
| ANCASH | 424 | 400 | 94% | 413 | 97.41% |
| APURIMAC | 397 | 367 | 92% | 383 | 96.47% |
| AREQUIPA | 293 | 287 | 98% | 290 | 98.98% |
| AYACUCHO | 413 | 330 | 80% | 361 | 87.41% |
| CAJAMARCA | 874 | 849 | 97% | 865 | 98.97% |
| CALLAO | 84 | 83 | 99% | 84 | 100.00% |
| CUSCO | 375 | 349 | 93% | 355 | 94.67% |
| HUANCAVELICA | 417 | 398 | 95% | 406 | 97.36% |
| HUANUCO | 338 | 323 | 96% | 328 | 97.04% |
| ICA | 165 | 164 | 99% | 165 | 100.00% |
| JUNIN | 536 | 526 | 98% | 531 | 99.07% |
| LA LIBERTAD | 332 | 314 | 95% | 318 | 95.78% |
| LAMBAYEQUE | 199 | 198 | 99% | 199 | 100.00% |
| LIMA | 851 | 842 | 99% | 846 | 99.41% |
| LORETO | 458 | 449 | 98% | 456 | 99.56% |
| MADRE DE DIOS | 99 | 97 | 98% | 99 | 100.00% |
| MOQUEGUA | 70 | 69 | 99% | 69 | 98.57% |
| PASCO | 269 | 265 | 99% | 267 | 99.26% |
| PIURA | 448 | 431 | 96% | 436 | 97.32% |
| PUNO | 487 | 459 | 94% | 471 | 96.71% |
| SAN MARTIN | 390 | 370 | 95% | 383 | 98.21% |
| TACNA | 98 | 98 | 100% | 98 | 100.00% |
| TUMBES | 56 | 52 | 93% | 54 | 96.43% |
| UCAYALI | 220 | 220 | 100% | 220 | 100.00% |
| TOTAL | 8783 | 8421 | 96% | 8577 | 97.65% |

Fuente: RENIPRESS, noviembre 2021. Banco de Inversiones.

Elaboración: OPMI-MINSA.

* ESI: Establecimientos de salud del primer nivel de atención con capacidad instalada inadecuada

**B. Porcentaje de hospitales con capacidad instalada inadecuada.**

En nuestro país la mayoría de los hospitales tienen un promedio que supera los 40 años de existencia y fueron construidos bajo normas menos exigentes de códigos sísmicos que la infraestructura construida más recientemente.

Bajo estas circunstancias fue necesario en muchos casos recurrir a las “ampliaciones” que han dado como resultado varias instalaciones hospitalarias con funcionalidad limitada y ambientes turgurizados, contraviniendo las normas de seguridad al haberse generando un crecimiento que no obedece a un plan de desarrollo integral del hospital. Teniendo en cuenta que estas estructuras fueron diseñadas con una norma tecnológica muy diferente, generalmente han devenido en obsoletas; asimismo, el insuficiente mantenimiento a lo largo del tiempo ha contribuido considerablemente al deterioro físico de la infraestructura y el equipamiento. La disposición disfuncional de los hospitales más antiguos, combinada con el estado obsoleto y dañado de su equipamiento, presenta un riesgo latente para los pacientes y el personal de la salud.

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

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

Tabla 6. Hospitales del segundo y tercer nivel de atención 2020

| Departamento | Categoría de los Hospitales | | | | | Total |
|---------------|-----------------------------|-----------|-----------|-----------|----------|------------|
| | II-1 | II-2 | II-E | III-1 | III-E | |
| AMAZONAS | 7 | 1 | | | | 8 |
| ANCASH | 9 | 3 | | | | 12 |
| APURIMAC | 3 | 3 | | | | 6 |
| AREQUIPA | 6 | | 2 | 3 | | 11 |
| AYACUCHO | 7 | 1 | 2 | | | 10 |
| CAJAMARCA | 8 | 2 | 1 | | | 11 |
| CALLAO | 1 | 2 | 1 | 3 | | 7 |
| CUSCO | 5 | | 2 | 3 | | 10 |
| HUANCAVELICA | 4 | 1 | | | | 5 |
| HUANUCO | 2 | 2 | 1 | | | 5 |
| ICA | 7 | 2 | | | | 9 |
| JUNIN | 7 | 2 | 1 | 1 | 2 | 13 |
| LA LIBERTAD | 22 | 1 | 1 | 3 | 1 | 28 |
| LAMBAYEQUE | 3 | 1 | | 2 | | 6 |
| LIMA | 14 | 12 | 5 | 13 | 3 | 47 |
| LORETO | 4 | 1 | | 2 | | 7 |
| MADRE DE DIOS | 2 | | | | | 2 |
| MOQUEGUA | 3 | 1 | | | | 4 |
| PASCO | 4 | 1 | 1 | | | 6 |
| PIURA | 4 | 2 | | 1 | | 7 |
| PUNO | 10 | 4 | 1 | | | 15 |
| SAN MARTIN | 5 | 1 | 4 | | | 10 |
| TACNA | | 2 | | | | 2 |
| TUMBES | 2 | 1 | | | | 3 |
| UCAYALI | | 3 | | | | 3 |
| Total | 139 | 49 | 22 | 31 | 6 | 247 |

Fuente: RENIPRESS, diciembre 2020.



Al igual que en el caso de los establecimientos de salud del primer nivel de atención, las condiciones inadecuadas de funcionamiento de un hospital las equiparamos con la capacidad instalada inadecuada, considerándose para efectos de estimación del valor del indicador **“Porcentaje de hospitales con capacidad instalada inadecuada”**, que un hospital presenta capacidad instalada inadecuada, cuando la infraestructura y el equipamiento existentes de los servicios de salud trazadores, no se encuentran de acuerdo con lo establecido en la Norma Técnica de Salud N° 110-MINSA/DGIEM-V.01 “Infraestructura y Equipamiento de los Establecimientos de Salud del Segundo Nivel de Atención” o en la Norma Técnica de Salud N° 119-MINSA/DGIEM-V.01 “Infraestructura y Equipamiento de los Establecimientos de Salud del Tercer Nivel de Atención”, según corresponda.

A diciembre de 2021, en el Registro Nacional de IPRESS se contabilizó 261 hospitales de segundo y tercer nivel de atención, de los cuales 140 son de categoría II-1, 49 son de categoría II-2, 22 de categoría II-E, 30 de categoría III-1, 13 de categoría III-2 y 7 corresponden a la categoría III-E (Tabla 7).

El total de hospitales del año 2021 difiere de la cantidad de hospital del 2020; sin embargo, se ha utilizado el dato del año 2020 para efectos del análisis de cierre de brechas.

Tabla 7. Hospitales del segundo y tercer nivel de atención 2021

| Departamento | Categoría de los Hospitales | | | | | | Total |
|---------------|-----------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|----------|------------|
| | II-1 | II-2 | II-E | III-1 | III-2 | III-E | |
| AMAZONAS | 7 | 1 | | | | | 8 |
| ANCASH | 9 | 3 | | | | | 12 |
| APURIMAC | 3 | 3 | | | | | 6 |
| AREQUIPA | 6 | | 2 | 3 | 1 | | 12 |
| AYACUCHO | 7 | 1 | 2 | | | | 10 |
| CAJAMARCA | 8 | 2 | 1 | | | | 11 |
| CALLAO | 1 | 2 | 1 | 3 | | | 7 |
| CUSCO | 5 | | 2 | 3 | | | 10 |
| HUANCAVELICA | 4 | 1 | | | | | 5 |
| HUANUCO | 2 | 2 | 1 | | | | 5 |
| ICA | 7 | 2 | | | | | 9 |
| JUNIN | 7 | 2 | 1 | 1 | | 2 | 13 |
| LA LIBERTAD | 22 | 1 | 1 | 3 | 2 | 1 | 30 |
| LAMBAYEQUE | 3 | 1 | | 2 | | | 6 |
| LIMA | 16 | 12 | 4 | 12 | 10 | 4 | 58 |
| LORETO | 4 | 1 | | 2 | | | 7 |
| MADRE DE DIOS | 2 | | | | | | 2 |
| MOQUEGUA | 3 | 1 | | | | | 4 |
| PASCO | 4 | 1 | 1 | | | | 6 |
| PIURA | 4 | 2 | 1 | 1 | | | 8 |
| PUNO | 9 | 4 | 1 | | | | 14 |
| SAN MARTIN | 5 | 1 | 4 | | | | 10 |
| TACNA | | 2 | | | | | 2 |
| TUMBES | 2 | 1 | | | | | 3 |
| UCAYALI | | 3 | | | | | 3 |
| Total | 140 | 49 | 22 | 30 | 13 | 7 | 261 |

Fuente: RENIPRESS, diciembre 2021

Tabla 8. Hospitales con Capacidad Instalada Inadecuada por Departamento 2021

| Departamento | Cantidad total de hospitales (HOS) | Valor Proyectado de HOSI * | | Valor Logrado de HOSI | |
|---------------|------------------------------------|----------------------------|-----------------|-----------------------|-----------------|
| | | HOSI Nominal | HOSI Porcentual | HOSI Nominal | HOSI Porcentual |
| AMAZONAS | 8 | 8 | 100% | 8 | 100.00% |
| ANCASH | 12 | 11 | 92% | 12 | 100.00% |
| APURIMAC | 6 | 6 | 100% | 6 | 100.00% |
| AREQUIPA | 11 | 11 | 100% | 11 | 100.00% |
| AYACUCHO | 10 | 9 | 90% | 10 | 100.00% |
| CAJAMARCA | 11 | 11 | 100% | 11 | 100.00% |
| CALLAO | 7 | 7 | 100% | 7 | 100.00% |
| CUSCO | 10 | 10 | 100% | 10 | 100.00% |
| HUANCAVELICA | 5 | 5 | 100% | 5 | 100.00% |
| HUANUCO | 5 | 5 | 100% | 5 | 100.00% |
| ICA | 9 | 8 | 89% | 8 | 88.89% |
| JUNIN | 13 | 12 | 92% | 12 | 92.31% |
| LA LIBERTAD | 28 | 27 | 96% | 27 | 96.43% |
| LAMBAYEQUE | 6 | 6 | 100% | 6 | 100.00% |
| LIMA | 47 | 47 | 100% | 47 | 100.00% |
| LORETO | 7 | 6 | 86% | 6 | 85.71% |
| MADRE DE DIOS | 2 | 2 | 100% | 2 | 100.00% |
| MOQUEGUA | 4 | 3 | 75% | 4 | 100.00% |
| PASCO | 6 | 6 | 100% | 6 | 100.00% |
| PIURA | 7 | 7 | 100% | 7 | 100.00% |
| PUNO | 15 | 14 | 93% | 15 | 100.00% |
| SAN MARTIN | 10 | 6 | 60% | 8 | 80.00% |
| TACNA | 2 | 2 | 100% | 2 | 100.00% |
| TUMBES | 3 | 2 | 67% | 3 | 100.00% |
| UCAYALI | 3 | 3 | 100% | 3 | 100.00% |
| TOTAL | 247 | 234 | 95% | 241 | 97.57% |

Fuente: RENIPRESS, diciembre 2021. Banco de Inversiones.

Elaboración: OPMI-MINSA.

* HOSI: Hospitales con capacidad instalada inadecuada

La OPMI Salud proyectó que en el año 2021 el 95% del total de hospitales (247) del segundo y tercer nivel de atención, presentaría capacidad instalada inadecuada, expresada en la precariedad de la infraestructura, equipamiento obsoleto, inoperativo o insuficiente. Sin embargo, a causa de retrasos en el cumplimiento de los cronogramas de ejecución física de los proyectos, atribuibles a las Unidades Ejecutora de Inversiones, a los contratistas, a las paralizaciones de obra por el COVID-19, se ha verificado que la meta de reducción de la capacidad instalada inadecuada de los hospitales ha sido afectada principalmente por las medidas restrictivas de la declaración de Estado de Emergencia Nacional, prorrogada sucesivamente desde abril de 2020.

Es así que a diciembre de 2021 el 97.57% de hospitales presenta capacidad instalada inadecuada a nivel nacional, si se utiliza para el cálculo la cantidad total de hospitales del año 2020.

Los hospitales identificados como establecimientos con capacidad instalada inadecuada, son aquellos que no han tenido ninguna intervención integral con infraestructura y equipamiento en los últimos 5 años. Se considera que un hospital no presenta brecha de infraestructura y equipamiento, si la ejecución inversiones integrales culminaron en el periodo 2016-2021, caso contrario, el hospital es clasificado en el grupo que presenta capacidad instalada inadecuada.

Los departamentos con los menores valores porcentuales del indicador de brechas de hospitales son San Martín (80%), Loreto (85.71%), Ica (88.89%), Junín (92.31%) y La Libertad (96.43%), Los demás departamentos presentan el 100% de hospitales con capacidad instalada inadecuada, valor superior al porcentaje nacional (97.57%).



En términos nominales los departamentos de Lima y La Libertad, 47 y 27 respectivamente, tienen la mayor cantidad de hospitales con capacidad instalada inadecuada. Madre de Dios y Tacna cuentan con la menor cantidad de hospitales (02), los cuales presentan el 100% de capacidad instalada inadecuada.

La declaratoria del Estado de Emergencia Nacional a causa de la COVID-19, generó retrasos en la ejecución de los proyectos de inversión en salud a nivel nacional, mediante la paralización de las obras de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, los cuales tenían el objetivo de cerrar brechas de calidad y cobertura a nivel nacional, en cada uno de los tres niveles de atención del Sistema de Salud.

En el marco de la declaratoria de Estado de Emergencia Nacional, se ha venido adquiriendo equipamiento e instalando ambientes orientados principalmente a la optimización de los servicios críticos, como hospitalizaciones, unidad de cuidados intensivos, emergencias, entre otros; sin embargo, estas intervenciones no han sido suficientes para la contención de las dos primeras olas de la pandemia que se presentaron en el país, ya que la demanda superó ampliamente a la oferta de servicios de salud. Por otro lado, se ejecutaron principalmente IOARR y no fueron priorizados los demás servicios que no están vinculados a servicios críticos para la atención de pacientes COVID, por lo que no se produjo mucha incidencia en la reducción de la brecha de calidad.

C. Porcentaje de nuevos establecimientos de salud del primer nivel de atención por implementar y porcentaje de nuevos hospitales por implementar.

La estimación de la cantidad de nuevos establecimientos de salud del primer nivel de atención y de nuevos hospitales, ha tenido en cuenta la implementación del nuevo modelo de atención primaria que requiere de ES de 12 y de 24 horas de atención.

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

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

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

Un ES-12 corresponde a un tamaño poblacional de 10 000 habitantes y un ES-24 corresponde a un tamaño poblacional de 30 000 habitantes. La brecha de ES del PNA se obtiene de la diferencia entre la cantidad óptima de nuevos ES y la oferta actual de ES en funcionamiento.

Respecto a la estimación de la cantidad de nuevos hospitales, se aplica el criterio basado en el número ideal de camas, proveniente del promedio internacional, al que se debería aspirar como medio para incrementar la cobertura de la atención en los servicios hospitalarios.

La estimación considera la cantidad de hospitales que se encuentran en funcionamiento (II-1, II-2, II-E, III-1 y III-E) tomada de la base de datos del RENIPRESS, con la finalidad de

calcular el promedio de camas hospitalarias por ámbito departamental. Al aplicar la cantidad ideal de camas por cada 10,000 habitantes, se obtiene la cantidad de camas a nivel nacional y al dividir este resultado entre el promedio de camas en funcionamiento, obtenemos la cantidad óptima de nuevos hospitales. La brecha resulta de restar a la cantidad óptima de hospitales, la cantidad de hospitales en funcionamiento.

Para efectos de la identificación de la contribución al cierre de brechas, se considera como proyectos que contribuyen al cierre de brechas de nuevos hospitales requeridos, a aquellos proyectos cuyo alcance se orienta a la creación o instalación del servicio de salud hospitalario en lugares donde antes no existía.

Tabla 9: Indicadores: Porcentaje de Establecimientos de Salud por implementar

| INDICADOR | VALOR AÑO 2021 |
|--|-------------------|
| Porcentaje de nuevos establecimientos de salud del primer nivel de atención por implementar | 44% |
| Nuevos establecimientos de salud del primer nivel de atención por implementar | 1791 |
| Cantidad óptima de establecimientos de salud del primer nivel de atención | 4041 |
| Porcentaje de Nuevos Hospitales por implementar | 41% |
| Cantidad de nuevos hospitales por implementar | 156 |
| Cantidad óptima de hospitales | 383 |

FUENTE: OPMI MINSA, RENIPRESS diciembre 2020.

En el caso de las brechas de cobertura, las cifras proyectadas permanecen sin cambio porque durante los años 2020 y 2021 no se culminaron proyectos para la creación de servicios de salud.

D. Porcentaje de Institutos Especializados con capacidad Instalada Inadecuada

El indicador permite conocer la proporción de institutos especializados con infraestructura y equipamiento no acordes a los estándares sectoriales establecidos, como en la NTS N° 119-MINSA/DGIEM-V.01 "Infraestructura y Equipamiento de los Establecimientos de Salud del Tercer Nivel de Atención", incluyendo la gestión del riesgo.

Al mes de diciembre de 2021, se contabiliza 13 institutos especializados registrados en el RENIPRESS, todos de categoría III-2.

En el caso del Indicador de Brecha "porcentaje de institutos especializados con capacidad instalada inadecuada", se identificó que el 77% de dichos establecimientos prestan servicios de manera limitada, ya que la oferta de servicios de salud especializados es ampliamente superada por la demanda que proviene de todas las circunscripciones del país.

Tabla 10: Indicador Porcentaje de Institutos Nacionales Inadecuados

| INDICADOR | VALOR AÑO 2021 |
|---|-------------------|
| Porcentaje de Institutos Especializados con capacidad instalada inadecuada | 77% |
| Institutos especializados con capacidad instalada inadecuada | 10 |
| Total de institutos especializados | 13 |

FUENTE: OPMI MINSA, RENIPRESS diciembre 2020.

E. Porcentaje de laboratorios del Instituto Nacional de Salud con capacidad instalada inadecuada

El Instituto Nacional de Salud es un Organismo Público Ejecutor del Ministerio de Salud dedicado a la investigación de los problemas prioritarios de salud y de desarrollo



tecnológico. Tiene como mandato proponer políticas y normas, promover, desarrollar y difundir la investigación científico-tecnológica y brindar servicios de salud en diferentes campos para lo cual está conformado por los siguientes centros nacionales:

- Centro Nacional de Salud Ocupacional y Protección del Medio Ambiente para la Salud (CENSOPAS)
- Centro Nacional de Salud Pública (CNSP)
- Centro Nacional de Alimentación y Nutrición (CNAN)
- Centro Nacional de Productos Biológicos (CNPB)
- Centro Nacional de Salud Intercultural (CENSI)
- Centro Nacional de Control de Calidad (CNCC)

Cada uno de estos centros nacionales incorpora dentro de su estructura funcional diversos laboratorios nacionales teniendo como misión la promoción, desarrollo y difusión de la investigación científico- tecnológica y la prestación de servicios de salud en los campos de la salud pública, el control de las enfermedades transmisibles y no transmisibles, la alimentación y nutrición, la producción de biológicos, el control de calidad de alimentos, productos farmacéuticos y afines, la salud ocupacional y protección del ambiente centrado en la salud de las personas y la salud intercultural, para contribuir a mejorar la calidad de vida de la población

Se identifica capacidad instalada inadecuada cuando el Laboratorio de Referencia Nacional no cumple con las normas técnicas en infraestructura y equipamiento especializado relacionados a bioseguridad, salud ocupacional, flujos y demás estándares y parámetros internacionales:

- Buenas Prácticas de Manufactura aprobadas por Decreto Supremo 021-2018-SA
- Buenas Prácticas de Laboratorio de la OMS
- Norma Técnica Peruana ISO/IEC 17025
- Normas internacionales de la American Society for Testing and Materials (ASTM)
- Norma ANSI A 156 Standars (accesorios para puertas).
- Manual de Bioseguridad en Laboratorios de Ensayo, Biomédicos y Clínicos. Serie de Normas Técnicas 18.

En el caso del Indicador de Brecha antes citado, se identificó que 39 de ellos se encuentran realizando el servicio de manera limitada, lo cual representa el 96% del total de Laboratorios del INS.

Tabla 11. Indicador Porcentaje de laboratorios del Instituto Nacional de Salud (INS) con capacidad instalada inadecuada

| INDICADOR | VALOR AÑO 2021 |
|---|-------------------|
| Porcentaje de Institutos Especializados con capacidad instalada inadecuada | 96% |
| Laboratorios Inadecuados | 39 |
| Total de Laboratorios de Salud | 41 |

FUENTE: OPMI MINSa, RENIPRESS diciembre 2020.

F. Porcentaje de laboratorios regionales de salud pública con capacidad instalada inadecuada

El indicador permite conocer la proporción de laboratorios de salud pública en las regiones con infraestructura, equipamiento y procesos no acordes a los estándares sectoriales nacionales establecidos, además incluye la gestión de riesgo.

Actualmente, la red nacional de laboratorios de salud pública está conformada por un laboratorio de referencia nacional (INS) que es la cabeza de la red, 23 laboratorios de referencia regional y 05 laboratorios de referencia de salud pública.

El Indicador de Brecha Porcentaje de Laboratorios Regionales de Salud Pública con capacidad instalada inadecuada, tiene un valor de 96% para el año 2020, ya que casi todos los laboratorios de salud pública regionales no se encuentran en óptimas condiciones respecto a la infraestructura y equipamiento especializado que permitan brindar servicios adecuados.

Tabla 12. Laboratorios de Referencia Regional 2021

| DEPARTAMENTO | Laboratorios de salud pública regionales con capacidad instalada inadecuada (LRI) | Laboratorios de salud pública regionales en funcionamiento (LR) | Porcentaje de laboratorios de salud pública regionales con capacidad instalada inadecuada |
|---------------|---|---|---|
| AMAZONAS | 2 | 2 | 100% |
| ANCASH | 1 | 1 | 100% |
| APURÍMAC | 0 | 0 | N/A |
| AREQUIPA | 1 | 1 | 100% |
| AYACUCHO | 1 | 1 | 100% |
| CAJAMARCA | 1 | 2 | 50% |
| CALLAO | 1 | 1 | 100% |
| CUSCO | 0 | 0 | N/A |
| HUANCAVELICA | 1 | 1 | 100% |
| HUANUCO | 1 | 1 | 100% |
| ICA | 1 | 1 | 100% |
| JUNÍN | 1 | 1 | 100% |
| LA LIBERTAD | 1 | 1 | 100% |
| LAMBAYEQUE | 1 | 1 | 100% |
| LIMA | 1 | 1 | 100% |
| LORETO | 1 | 1 | 100% |
| MADRE DE DIOS | 1 | 1 | 100% |
| MOQUEGUA | 1 | 1 | 100% |
| PASCO | 0 | 0 | N/A |
| PIURA | 1 | 1 | 100% |
| PUNO | 1 | 1 | 100% |
| SAN MARTÍN | 1 | 1 | 100% |
| TACNA | 1 | 1 | 100% |
| TUMBES | 1 | 1 | 100% |
| UCAYALI | 1 | 1 | 100% |
| TOTAL | 23 | 24 | 96% |

FUENTE: OPMI MINSA, RENIPRESS noviembre 2020.

G. Porcentaje de centros de promoción y vigilancia Comunal por implementar

La proporción de Centros de Promoción y Vigilancia Comunal (CPVC) requeridos en los gobiernos locales a nivel nacional, permite identificar la necesidad de CPVC para brindar servicios de promoción de la salud en el empoderamiento de las familias respecto al cuidado adecuado y oportuno de las niñas y niños, mediante técnicas educativas de salud con la participación de las madres, cuidadores, agentes comunitarios y personal de salud, respetando sus creencias y costumbres, para la adopción de prácticas saludables que contribuyan al adecuado crecimiento y óptimo desarrollo de las niñas y niños, correspondiente a su ámbito en el marco de lo previsto en el Programa Multianual de Inversiones.

**Tabla 13. Indicador Porcentaje de Centros Promoción y Vigilancia Comunitaria requeridos**

| INDICADOR | VALOR AÑO 2021 |
|--|-------------------|
| Porcentaje de Centros Promoción y Vigilancia Comunitaria requeridos | 69% |
| CPVC por implementar | 1393 |
| Óptimo Total de CPVC a nivel nacional | 2018 |

FUENTE: OPMI-MINSA

Actualmente, el 23% de municipalidades cuentan con al menos un CPVC en funcionamiento, según la data del MINSA. Se considera como criterio para cubrir la brecha de infraestructura y equipamiento a nivel nacional de CPVC a implementar, al menos 01 por gobierno local.

Tabla 14. Centros de Promoción y Vigilancia Comunal 2021

| DEPARTAMENTO | CPVC Implementados |
|---------------|-----------------------|
| Amazonas | 22 |
| Ancash | 34 |
| Apurímac | 67 |
| Arequipa | 13 |
| Ayacucho | 0 |
| Cajamarca | 79 |
| Callao | 0 |
| Cusco | 65 |
| Huancavelica | 19 |
| Huánuco | 74 |
| Ica | 17 |
| Junín | 14 |
| La Libertad | 17 |
| Lambayeque | 8 |
| Lima | 63 |
| Loreto | 12 |
| Madre De Dios | 9 |
| Moquegua | 6 |
| Pasco | 37 |
| Piura | 3 |
| Puno | 43 |
| San Martín | 17 |
| Tacna | 2 |
| Tumbes | 4 |
| Ucayali | 0 |
| TOTAL | 625 |

Fuente: Dirección General de Promoción de la Salud- MINSA

H. Porcentaje de unidades orgánicas con inadecuado índice de ocupación

Las unidades orgánicas de las sedes administrativas con inadecuado índice de ocupación, refiere a aquellas instancias administrativas del Sector Salud que no cumplen con los parámetros establecidos, que permitan proporcionar adecuadas condiciones de trabajo (habitabilidad y funcionalidad) para el logro de objetivos institucionales.

La brecha a reducir se refiere a las condiciones de trabajo (habitabilidad y funcionalidad) para llevar adelante los procesos estratégicos y de apoyo la entidad.



La sede administrativa es el lugar donde se encuentra la administración central de una entidad pública, órgano de línea, organismo adscrito u organismo público descentralizado.

Se define a una entidad pública, como toda organización del Estado Peruano con personería jurídica de derecho público, creada por norma expresa en el que se confiere mandato a través del cual ejerce funciones dentro del marco de sus competencias y atribuciones, mediante la administración de recursos públicos.

Las brechas de calidad en las condiciones de trabajo (habitabilidad y funcionalidad) se expresarán a través de la brecha entre el índice de ocupación (m^2 /persona) de las unidades orgánicas de la entidad y el estándar establecido en el Reglamento Nacional de Edificaciones. Si el índice de ocupación actual es menor al estándar se asumirá que hay un inadecuado índice de ocupación. Se asume que dicho indicador reflejará también los requerimientos de mobiliario, equipamiento y conectividad interna

Como consecuencia del hacinamiento, espacios destinados originalmente para otros fines o la imposibilidad para realizar mejoras o ampliaciones en las sedes administrativas de las entidades del Sector Salud, el valor del Indicador de Brecha indica que el 79% de las sedes administrativas del Sector Salud a nivel nacional son inadecuadas.

I. Porcentaje de sistemas de información de salud que no funcionan adecuadamente

El presente indicador busca medir la proporción de procesos y/o procedimientos para la administración de datos e información asistencial y administrativa en el ámbito de competencia del Ministerio de Salud que no funcionan adecuadamente para la administración de datos e información.

En la actualidad, los establecimientos de salud disponen de sistemas de información para fines de gestión clínica y administrativa: Sistema de Información Geo Referenciada del MINSA, HIS MINSA, RENIPRESS, Sistema de discapacidad, Sistema de Hechos Vitales, Sistema Integrado de Egresos de Emergencia, Sistema de Registro del Certificado de Nacido Vivo en Línea, Sistema informático sanitario para atención de gestantes "Wawared", REFCON (Referencias y contrarreferencias), Defunciones y la Historia Clínica Electrónica.

Estos sistemas de información se definen como inadecuados si no cumplen completamente con los siguientes criterios: confidencialidad, integridad, confiabilidad de la información, información externa, transparencia, interoperabilidad y disponibilidad.

De estos, al menos 76% a nivel nacional, no responden adecuadamente a las necesidades de información tanto del personal de salud como de los pacientes en general, lo que representa una proporción elevada respecto al total de servicios de información en salud utilizados mayoritariamente.

VIII. EVOLUCIÓN DEL CIERRE DE BRECHAS

El cierre de brechas de infraestructura y equipamiento del Sector Salud se realiza en forma progresiva, de acuerdo con el planeamiento de inversiones de las diferentes instancias y niveles de gobierno. El resultado del planeamiento de inversiones es la determinación de la cartera de inversiones en salud, a partir de la cual se programa la ejecución de inversiones en forma multianual, de acuerdo con las disposiciones del Invierte.pe.

En la Tabla N° 15 se aprecian las diferencias entre el valor proyectado y el valor logrado correspondiente a los indicadores de brechas de establecimientos de salud del primer nivel de atención y de hospitales; el resto de indicadores no sufrieron cambios porque se esperaba que las inversiones en sus unidades productoras relacionadas no fueran inversiones significativas en general que contribuyeran de manera decisiva para disminuir sus brechas desde el año 2020.

En cambio, en el caso de ES del primer nivel de atención y hospitales se proyectaron metas ambiciosas sin prever la fuerte desaceleración económica causada por la pandemia, lo que explica en gran medida las obras paralizadas de los proyectos de inversión en salud. En tal sentido, la culminación de la ejecución de los proyectos no se produjo según lo estimado, por lo que es necesario actualizar los datos de las brechas para los siguientes años.

Tabla 15. Indicadores de Brecha de Infraestructura y Equipamiento del Sector Salud 2021

| Indicador de Brecha | Valor Proyectado | | Valor Logrado | |
|--|------------------|------------|---------------|------------|
| | Nominal | Porcentaje | Nominal | Porcentaje |
| 1. Porcentaje de establecimientos de salud del primer nivel de atención con capacidad instalada inadecuada | 8421 | 96% | 8577 | 97.65% |
| 2. Porcentaje de nuevos establecimientos de salud del primer nivel de atención por implementar | 1791 | 44% | 1788 | 44.25% |
| 3. Porcentaje de hospitales con capacidad instalada inadecuada | 234 | 95% | 241 | 97.57% |
| 4. Porcentaje de nuevos hospitales por implementar | 156 | 41% | 156 | 40.73% |
| 5. Porcentaje de institutos especializados con capacidad instalada inadecuada | 10 | 77% | 10 | 77% |
| 6. Porcentaje de laboratorios del Instituto Nacional de Salud con capacidad instalada inadecuada | 39 | 95% | 39 | 95% |
| 7. Porcentaje de laboratorios regionales de salud pública con capacidad instalada inadecuada | 23 | 96% | 23 | 96% |
| 8. Porcentaje de centros de promoción y vigilancia comunal requeridos | 1393 | 69% | 1393 | 69% |
| 9. Porcentaje de sedes administrativas con inadecuado índice de ocupación | 898 | 79% | 898 | 79% |
| 10. Porcentaje de sistemas de información de salud que no funcionan adecuadamente | 159 | 76% | 159 | 76% |

Fuente: RENIPRESS, Banco de Inversiones. Elaboración: OPMI-MINSA.

Con la recuperación del crecimiento de la economía y las medidas menos restrictivas para el desarrollo de actividades productivas; así como el control paulatino del COVID-19 y sus variantes, se prevé la culminación de los proyectos de inversión que estuvieron paralizados desde inicios de la pandemia.

En esta perspectiva, se estima que al finalizar el año 2023, según la programación multianual de inversiones de las entidades del Sector Salud, la cantidad total de ES del primer nivel de atención con capacidad instalada inadecuada disminuirá a 8286 que representa el 94.34% del total de ES públicos a nivel nacional, con lo cual se retomará la tendencia marcada antes de la pandemia hasta lograr disminuir la brecha a 90.37% en el año 2025 .



Tabla 16
Proyección de la Brecha de Establecimientos de Salud del Primer Nivel de Atención con Capacidad Instalada Inadecuada

| DEPARTAMENTO | ES (Total de establecimientos de salud) | BRECHA AÑO 2023 | | BRECHA AÑO 2024 | | BRECHA AÑO 2025 | |
|---------------|--|-----------------|---------------|-----------------|---------------|-----------------|---------------|
| | | ESI | %ESI | ESI | %ESI | ESI | %ESI |
| AMAZONAS | 490 | 472 | 96.33% | 452 | 92.24% | 448 | 91.43% |
| ANCASH | 424 | 402 | 94.81% | 393 | 92.69% | 392 | 92.45% |
| APURIMAC | 397 | 366 | 92.19% | 349 | 87.91% | 345 | 86.90% |
| AREQUIPA | 293 | 279 | 95.22% | 269 | 91.81% | 267 | 91.13% |
| AYACUCHO | 413 | 332 | 80.39% | 317 | 76.76% | 313 | 75.79% |
| CAJAMARCA | 874 | 840 | 96.11% | 815 | 93.25% | 799 | 91.42% |
| CALLAO | 84 | 80 | 95.24% | 79 | 94.05% | 77 | 91.67% |
| CUSCO | 375 | 342 | 91.20% | 324 | 86.40% | 324 | 86.40% |
| HUANCAVELICA | 417 | 376 | 90.17% | 358 | 85.85% | 351 | 84.17% |
| HUANUCO | 338 | 319 | 94.38% | 307 | 90.83% | 298 | 88.17% |
| ICA | 165 | 163 | 98.79% | 161 | 97.58% | 161 | 97.58% |
| JUNIN | 536 | 519 | 96.83% | 499 | 93.10% | 491 | 91.60% |
| LA LIBERTAD | 332 | 299 | 90.06% | 291 | 87.65% | 289 | 87.05% |
| LAMBAYEQUE | 199 | 195 | 97.99% | 191 | 95.98% | 189 | 94.97% |
| LIMA | 851 | 830 | 97.53% | 818 | 96.12% | 818 | 96.12% |
| LORETO | 458 | 438 | 95.63% | 414 | 90.39% | 409 | 89.30% |
| MADRE DE DIOS | 99 | 99 | 100.00% | 96 | 96.97% | 93 | 93.94% |
| MOQUEGUA | 70 | 67 | 95.71% | 62 | 88.57% | 60 | 85.71% |
| PASCO | 269 | 258 | 95.91% | 257 | 95.54% | 257 | 95.54% |
| PIURA | 448 | 422 | 94.20% | 418 | 93.30% | 414 | 92.41% |
| PUNO | 487 | 455 | 93.43% | 434 | 89.12% | 433 | 88.91% |
| SAN MARTIN | 390 | 375 | 96.15% | 364 | 93.33% | 361 | 92.56% |
| TACNA | 98 | 94 | 95.92% | 93 | 94.90% | 90 | 91.84% |
| TUMBES | 56 | 50 | 89.29% | 47 | 83.93% | 47 | 83.93% |
| UCAYALI | 220 | 214 | 97.27% | 212 | 96.36% | 211 | 95.91% |
| TOTAL | 8783 | 8286 | 94.34% | 8020 | 91.31% | 7937 | 90.37% |

Fuente: Consulta de Cartera de PMI.

Elaboración: OPMI-MINSA.

En la misma línea de recuperación, aunque con una disminución menos marcada, se estima que se incrementará ligeramente la creación de establecimientos de salud del primer nivel de atención, con lo cual se reducirá la brecha de nuevos establecimientos de salud por implementar, de 41.02% a 40.74% en el periodo 2023-2025.

Tabla 17
Proyección de la Brecha de Nuevos Establecimientos de Salud
del Primer Nivel de Atención por Implementar

| DEPARTAMENTO | OP (Cantidad óptima de ES del PNA) | BRECHA AÑO 2023 | | BRECHA AÑO 2024 | | BRECHA AÑO 2025 | |
|---------------|---|-----------------|---------------|-----------------|---------------|-----------------|---------------|
| | | NES | %NES | NES | %NES | NES | %NES |
| AMAZONAS | 57 | 9 | 15.79% | 9 | 15.79% | 9 | 15.79% |
| ANCASH | 157 | 59 | 37.58% | 59 | 37.58% | 59 | 37.58% |
| APURIMAC | 57 | 6 | 10.53% | 6 | 10.53% | 6 | 10.53% |
| AREQUIPA | 200 | 67 | 33.50% | 66 | 33.00% | 66 | 33.00% |
| AYACUCHO | 89 | 18 | 20.22% | 18 | 20.22% | 18 | 20.22% |
| CAJAMARCA | 193 | 50 | 25.91% | 50 | 25.91% | 50 | 25.91% |
| CALLAO | 151 | 77 | 50.99% | 77 | 50.99% | 77 | 50.99% |
| CUSCO | 181 | 53 | 29.28% | 53 | 29.28% | 53 | 29.28% |
| HUANCAVELICA | 49 | 6 | 12.24% | 6 | 12.24% | 6 | 12.24% |
| HUANUCO | 101 | 27 | 26.73% | 26 | 25.74% | 26 | 25.74% |
| ICA | 131 | 51 | 38.93% | 51 | 38.93% | 51 | 38.93% |
| JUNIN | 181 | 52 | 28.73% | 51 | 28.18% | 45 | 24.86% |
| LA LIBERTAD | 269 | 109 | 40.52% | 109 | 40.52% | 109 | 40.52% |
| LAMBAYEQUE | 175 | 90 | 51.43% | 90 | 51.43% | 90 | 51.43% |
| LIMA | 1416 | 834 | 58.90% | 832 | 58.76% | 832 | 58.76% |
| LORETO | 137 | 33 | 24.09% | 33 | 24.09% | 33 | 24.09% |
| MADRE DE DIOS | 23 | 6 | 26.09% | 6 | 26.09% | 6 | 26.09% |
| MOQUEGUA | 25 | 5 | 20.00% | 5 | 20.00% | 5 | 20.00% |
| PASCO | 36 | 5 | 13.89% | 5 | 13.89% | 5 | 13.89% |
| PIURA | 273 | 96 | 35.16% | 95 | 34.80% | 95 | 34.80% |
| PUNO | 165 | 40 | 24.24% | 40 | 24.24% | 40 | 24.24% |
| SAN MARTIN | 120 | 46 | 38.33% | 46 | 38.33% | 46 | 38.33% |
| TACNA | 49 | 16 | 32.65% | 16 | 32.65% | 16 | 32.65% |
| TUMBES | 33 | 7 | 21.21% | 7 | 21.21% | 7 | 21.21% |
| UCAYALI | 79 | 21 | 26.58% | 21 | 26.58% | 21 | 26.58% |
| TOTAL | 4347 | 1783 | 41.02% | 1777 | 40.88% | 1771 | 40.74% |

Fuente: Consulta de Cartera de PMI.

Elaboración: OPMI-MINSA.

En el caso de hospitales del segundo y tercer nivel de atención, el plazo promedio de ejecución de proyectos es de cuatro años, incluyendo el expediente técnico que se elabora y aprueba el primer año de la fase de Ejecución, sin embargo, en algunos casos la ejecución puede tardar más de 8 años.

En tal sentido, el cierre de brechas de hospitales requiere necesariamente el fortalecimiento de las Unidades Ejecutoras de Inversiones y la aplicación adecuada de la ley de Contrataciones y su Reglamento; además de la asignación oportuna de los recursos presupuestales.



Asumiendo la aplicación de procesos eficientes de gestión de inversiones, se proyecta una gran reducción de la cantidad de hospitales con capacidad instalada inadecuada al finalizar el año 2025 de 85.43% a 78.95%, lo cual equivale a un incremento de 16 hospitales que contarán con infraestructura y equipamiento acordes a las normas técnicas de salud.

Tabla 18. Proyección de la Brecha de Hospitales con Capacidad Instalada Inadecuada

| DEPARTAMENTO | HOS (Cantidad total de hospitales) | BRECHA AÑO 2023 | | BRECHA AÑO 2024 | | BRECHA AÑO 2025 | |
|---------------|---|-----------------|---------------|-----------------|---------------|-----------------|---------------|
| | | HOSI | %HOSI | HOSI | %HOSI | HOSI | %HOSI |
| AMAZONAS | 8 | 8 | 100.00% | 8 | 100.00% | 8 | 100.00% |
| ANCASH | 12 | 11 | 91.67% | 11 | 91.67% | 10 | 83.33% |
| APURIMAC | 6 | 6 | 100.00% | 6 | 100.00% | 5 | 83.33% |
| AREQUIPA | 11 | 10 | 90.91% | 10 | 90.91% | 10 | 90.91% |
| AYACUCHO | 10 | 8 | 80.00% | 8 | 80.00% | 8 | 80.00% |
| CAJAMARCA | 11 | 9 | 81.82% | 9 | 81.82% | 9 | 81.82% |
| CALLAO | 7 | 7 | 100.00% | 7 | 100.00% | 7 | 100.00% |
| CUSCO | 10 | 8 | 80.00% | 8 | 80.00% | 8 | 80.00% |
| HUANCAVELICA | 5 | 5 | 100.00% | 5 | 100.00% | 4 | 80.00% |
| HUANUCO | 5 | 3 | 60.00% | 3 | 60.00% | 3 | 60.00% |
| ICA | 9 | 4 | 44.44% | 4 | 44.44% | 4 | 44.44% |
| JUNIN | 13 | 9 | 69.23% | 6 | 46.15% | 5 | 38.46% |
| LA LIBERTAD | 28 | 26 | 92.86% | 25 | 89.29% | 20 | 71.43% |
| LAMBAYEQUE | 6 | 6 | 100.00% | 6 | 100.00% | 6 | 100.00% |
| LIMA | 47 | 46 | 97.87% | 46 | 97.87% | 46 | 97.87% |
| LORETO | 7 | 5 | 71.43% | 5 | 71.43% | 5 | 71.43% |
| MADRE DE DIOS | 2 | 2 | 100.00% | 2 | 100.00% | 2 | 100.00% |
| MOQUEGUA | 4 | 2 | 50.00% | 2 | 50.00% | 2 | 50.00% |
| PASCO | 6 | 5 | 83.33% | 5 | 83.33% | 5 | 83.33% |
| PIURA | 7 | 6 | 85.71% | 6 | 85.71% | 6 | 85.71% |
| PUNO | 15 | 13 | 86.67% | 13 | 86.67% | 11 | 73.33% |
| SAN MARTIN | 10 | 5 | 50.00% | 5 | 50.00% | 4 | 40.00% |
| TACNA | 2 | 2 | 100.00% | 2 | 100.00% | 2 | 100.00% |
| TUMBES | 3 | 2 | 66.67% | 2 | 66.67% | 2 | 66.67% |
| UCAYALI | 3 | 3 | 100.00% | 3 | 100.00% | 3 | 100.00% |
| TOTAL | 247 | 211 | 85.43% | 207 | 83.81% | 195 | 78.95% |

Fuente: Consulta de Cartera de PMI.

Elaboración: OPMI-MINSA.

Con relación a la brecha de nuevos hospitales por implementar no se prevé cambios debido a que en los PMI de las entidades del Sector salud no se ha identificado inversiones para la creación de nuevos hospitales. De la misma manera las brechas de institutos especializados, laboratorios del Instituto Nacional de Salud, laboratorios de referencia regional, unidades orgánicas de sedes institucionales y sistemas de información no se modificarán en los próximos tres años. Asimismo, en el caso de los CPVC, las inversiones previstas no cambiarán significativamente el valor total de la brecha de implementación de nuevos CPVC.