



**UNIVERSIDAD
DEL PACÍFICO**

**Escuela de
Postgrado**

**“COMPARACIÓN DEL DESEMPEÑO DE SERVICIOS
HOSPITALARIOS NO CLÍNICOS EN INSTITUTOS ESPECIALIZADOS
DE SALUD CON GESTIÓN PÚBLICA Y GESTIÓN TIPO ASOCIACIÓN
PÚBLICA PRIVADA (APP)”**

**Trabajo de Investigación presentado
para optar al Grado Académico de
Magíster en Gestión Pública**

**Presentado por
Raul Esteban Soto Chavez
Jhakelyne Herika Morales Bedoya
Nidia María Pérez Effio**

Asesora: Mg. Midori Musme Cristina Esther de Habich Rospigliosi

[0000-0003-0316-9904](tel:0000-0003-0316-9904)

Lima, octubre 2023

REPORTE DE EVALUACIÓN DEL SISTEMA ANTIPLAGIO

A través del presente, Juan Carlos Ubillús Ramírez, deja constancia que el trabajo de investigación titulado: "COMPARACIÓN DEL DESEMPEÑO DE SERVICIOS HOSPITALARIOS NO CLÍNICOS EN INSTITUTOS ESPECIALIZADOS DE SALUD CON GESTIÓN PÚBLICA Y GESTIÓN TIPO ASOCIACIÓN PÚBLICA PRIVADA (APP)", presentado por doña Jhakelyne Herika Morales Bedoya con D.N.I. 42352453, Doña Nidia María Pérez Effio con DNI 45489309, Don Raúl Esteban Soto Chávez, para optar al Grado de Magíster en Gestión Pública con doble Certificación, fue sometido al análisis del sistema antiplagio Turnitin del programa Blackboard 27 de febrero de 2024 dando el siguiente resultado.

turnitin Ir a Vista nueva JHAKELYNE HERIKA MORALES BEDOYA TESIS INVESTIGACIÓN.docx 1 de 1

UNIVERSIDAD DEL PACÍFICO Escuela de Postgrado

"COMPARACIÓN DEL DESEMPEÑO DE SERVICIOS HOSPITALARIOS NO CLÍNICOS EN INSTITUTOS ESPECIALIZADOS DE SALUD CON GESTIÓN PÚBLICA Y GESTIÓN TIPO ASOCIACIÓN PÚBLICA PRIVADA (APP)"

Trabajo de Investigación presentado para optar al Grado Académico de Magíster en Gestión Pública con doble Certificación

Presentado por Raúl Esteban Soto Chavez

Resumen de coincidencias

14 %

1	es.scribd.com	1 %
2	docplayer.es	1 %
3	tdi.kardio.net	1 %
4	www.academia.edu	1 %
5	publicacions.iadb.org	1 %
6	repositorio.ujederos...	1 %
7	repositorio.opagu.edu...	1 %
8	www.proyectoapp.pe	<1 %
9	pt.scribd.com	<1 %
10	portal.inem.sit.pe	<1 %

27 de febrero de 2024

Resumen Ejecutivo

En el Perú, los Institutos Especializados de Salud del Ministerio de Salud (MINSA) aplican dos modelos de gestión hospitalaria diferenciadas para el desarrollo de los servicios no clínicos, correspondiendo al modelo de gestión público “tradicional”, y al modelo de gestión mediante una Asociación Público-Privada (APP) tipo "Bata Gris". Existen 13 institutos especializados de salud, de los cuales 12 desarrollan el modelo de gestión público “tradicional” y uno el modelo de tipo APP.

El objetivo de nuestra presente investigación ha sido describir y analizar la diferencia del desempeño de los servicios no clínicos de los 02 modelos de gestión hospitalaria en los institutos especializados de salud con gestión pública tradicional (Instituto Nacional de Salud del Niño de Breña y al Instituto Nacional Materno Perinatal) y el Instituto tipo APP (Instituto Nacional de Salud del Niño de San Borja). Para lograr los resultados se realizó una investigación cuantitativa de diseño no experimental de tipo transeccional. Además, se realizó la recopilación de información para el análisis de contenido, y se utilizaron las fuentes primarias (datos institucionales de los institutos especializados de salud) y las secundarias (SIAF, MOF, ROF, ASIS, la OSCE, los contratos de servicios, Portal de Transparencia de cada institución y del Portal de transparencia económica del MEF).

Los servicios no clínicos considerados en el presente estudio fueron: Lavandería, limpieza, seguridad, alimentación y mantenimiento de equipos biomédicos, estos fueron analizados con indicadores de desempeño.

En la presente investigación, no se encontró la totalidad de información necesaria, en los institutos especializados de salud con modelo público tradicional, respecto a los indicadores de desempeño de los servicios no clínicos, suficientes para realizar la comparación con una APP, y tener resultados concluyentes. Sin embargo, es el primer estudio en el ámbito nacional, que proporciona información relevante y evidencia empírica sobre el desempeño de los servicios no clínicos en los institutos especializados y servirá para la toma de decisiones de los responsables de la gestión hospitalaria y de los proyectos de inversión del sector salud.

ÍNDICE

Resumen Ejecutivo	3
Introducción	8
Capítulo I. Planteamiento del Problema	10
1. Antecedentes	10
2. Problema:	13
2.1. Descripción de la realidad problemática	13
2.2. Formulación del problema	17
3. Preguntas de Investigación	17
4. Objetivos de la Investigación	17
4.1. Objetivo general	17
4.2. Hipótesis general	17
4.3. Objetivos específicos	17
5. Justificación de la Investigación	18
6. Delimitaciones, limitaciones y alcances	19
6.1. Alcance	19
6.2. Limitaciones	19
6.3. Delimitaciones	20
Capítulo II: Marco Teórico:	21
1. Status quaestionis	21
2. Modelos de gestión en Organizaciones de Salud	22
2.1. Modelo de gestión tipo APP	22
2.2. Modelo de gestión Tradicional	26
2.3. Realidad de los Servicios clínicos y no clínicos en salud	27
2.4. Gestión de los servicios no clínicos	28
2.5. La Nueva Gestión Pública en Salud	32
2.6. Gestión del desempeño en Salud	33
2.7. Definición de los indicadores de la investigación:	35
3. Marco Normativo:	41
Capítulo III: Marco Metodológico:	45
1. Enfoque de la investigación	45

1.1.	Tipo de Investigación _____	45
1.2.	Diseño de estudio _____	45
1.3.	Población de estudio _____	45
1.4.	Población Muestral _____	45
1.5.	Unidades de análisis _____	46
1.6.	Operacionalización de variables _____	46
2.	Alcance de la investigación: _____	46
2.1.	Delimitación del Estudio _____	46
2.2.	Criterios de inclusión y exclusión: _____	47
3.	Recolección de datos: _____	48
3.1.	Técnicas e instrumentos: _____	48
3.2.	Validez y confiabilidad del instrumento _____	49
3.3.	Plan de procesamiento y análisis de datos _____	49
	Capítulo IV: Resultados y análisis _____	50
1.	Recolección de datos _____	50
1.	Organigramas de servicios generales de INSN-Breña y INMP _____	50
2.	Análisis del caso Asociación Pública Privada - INSN-SB _____	52
3.	Total, de atenciones de los institutos especializados en el años 2018 y 2019 _____	53
4.	Total de camas de los Institutos Pediátricos _____	55
5.	Servicios Hospitalarios y Atenciones por servicio de los institutos especializados pediátricos: _____	56
6.	Producción de los servicios clínicos: _____	58
7.	Costos servicios clínicos _____	62
8.	Producción de los servicios no clínicos _____	62
8.1.	Servicio de Lavandería _____	62
8.2.	Servicio de Alimentación _____	64
8.3.	Servicio de Limpieza _____	67
8.4.	Servicio de vigilancia _____	71
8.5.	Servicio de mantenimiento de equipos biomédicos _____	75
9.	Costos de los servicios no clínicos _____	78
	Capítulo V: Propuestas _____	80

Capítulo VI: Conclusiones y Recomendaciones	82
Anexo 1: Organigrama del INSN- San Borja	93
Anexo 2: Indicadores de desempeño en el INSN SAN BORJA	94
Anexo 3: Propuesta de indicadores	107

INDICE DE TABLAS

Tabla 1: Lista de Institutos Especializados en Salud en el Perú	14
Tabla 2: Gestión de los servicios no clínicos en los institutos especializados del MINSA	15
Tabla 3: Identificación de los servicios no clínicos	28
Tabla 4: descripción de los modelos de gestión de servicios no clínicos en el Perú.....	29
Tabla 5: Indicadores del área de lavandería	35
Tabla 6: Indicadores del área de alimentación	36
Tabla 7: Indicadores del área seguridad y vigilancia	36
Tabla 8: Indicadores del área de limpieza	37
Tabla 9: Indicadores del área de mantenimiento de equipos biomédicos	38
Tabla 10: Indicadores de UPSS Hospitalización.....	39
Tabla 11: Indicadores de UPSS Centro Quirúrgico	40
Tabla 12: Indicadores de UPSS Emergencia.....	40
Tabla 13: Indicador de Mortalidad hospitalaria	41
Tabla 14: Indicadores de costo de oportunidad, valor por dinero	41
Tabla 15: Características de las APP.....	42
Tabla 16: Número de atenciones	53
Tabla 17: Total de camas hospitalarias INSN SB y INSN-Breña 2018.....	55
Tabla 18: Total de atendidos por servicio medicina INSN Breña año 2018 y 2019.....	56
Tabla 19: Total de Cirugías electivas y emergencia por especialidades en el INSN SB 2019	57
Tabla 20: Indicadores de producción de los Institutos Especializados de Salud 2018 - 2019.	61
Tabla 21: Ejecución presupuestal de los Institutos Especializados de Salud.....	62
Tabla 22: Cantidad de ropa lavada (Kg) en los Institutos Especializados, 2018 - 2019	63
Tabla 23: Cantidad de raciones de alimentación, por tipo, 2018-2019.....	65
Tabla 24: Cantidad de raciones de alimentación total 2018-2019	66
Tabla 25: Características del servicio de limpieza en el INSN de Breña, 2018-2019	68
Tabla 26: Características del servicio de limpieza en el INMP, 2018-2019	69
Tabla 27: Devengados por el servicio contratado de limpieza en el INSN de Breña y el INMP, 2018-2019.....	70
Tabla 28: Características del servicio de seguridad en el INSN Breña, 2018-2019	72
Tabla 29: Características del servicio de seguridad en el INMP, 2018-2019	73
Tabla 30: Devengados por el servicio contratado de vigilancia en el INSN de Breña y el INMP, 2018-2019.....	74
Tabla 31: Procesos de selección para mantenimiento de equipos biomédicos en el INSN Breña, 2018 - 2019.....	75
Tabla 32: Costos de los servicios no clínicos del INSN Breña y INMP, 2018 y 2019.	78
Tabla 33: Costos de los servicios no clínicos del INSN Breña y INMP, 2018 y 2019.	79

INDICE DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1: Organigrama del área de servicios generales en el INSN - Breña	50
Ilustración 2: Organigrama del área de servicios generales en el INMP	51
Ilustración 3: Curva de las atenciones en INSN Breña, INSN San Borja y INMP, 2018-2019	55
Ilustración 4: Tasa neta de mortalidad registrados en los institutos especializados, 2018 - 2019	62
Ilustración 5: Cantidad de ropa lavada en los institutos especializados, 2018 - 2019	63
Ilustración 6: cantidad de raciones de alimentos en los institutos especializados, 2018-2019	67

Introducción

La presente investigación tiene por finalidad explorar, describir y comparar el desempeño del modelo de gestión de los Servicios hospitalarios no clínicos en los institutos especializados de Salud con Gestión Pública y tipo Asociación Público Privada (APP) - bata gris. salud en relación a cada modelo de gestión de servicios no clínicos identificados, tanto del modelo público tradicional como del modelo de la Asociación Público Privado - APP bata gris.

De acuerdo con Tobar (2002), si bien cada organización configura un caso particular y las fórmulas que resultan apropiadas en un lugar no necesariamente serían adecuadas para otro, se realizaría un análisis comparativo sobre la variabilidad de los resultados y desempeño de institutos especializados de salud y sus causas, considerando institutos de salud comparables, que presentan similitudes en el nivel de complejidad, cartera de servicios, características de equipos biomédicos, con el que se pueda extraer resultados de los modelos de gestión sin afectación ni distorsión de otras variables, siendo la principal diferencia el modelo de gestión de los servicios no clínico.

La unidad de análisis en el presente estudio son los modelos de gestión de servicios hospitalarios no clínicos, que se abordará en 02 Institutos Especializados con gestión pública tradicional mixta: Instituto Nacional de Salud del Niño de Breña (INSN-Breña) y el Instituto Materno Perinatal (INMP) y 01 Instituto Especializado con modelo de gestión tipo APP-Bata Gris, siendo este último el Instituto Nacional Salud Niño San Borja (INSN-SB).

En las APP Bata Gris, se incluyen servicios no asistenciales, como lavandería, alimentación, vigilancia, mantenimiento de infraestructura y equipamiento, así mismo los servicios de apoyo tales como laboratorio y diagnóstico por imágenes. Estos últimos tienen un rol importante en la estructura de gestión hospitalaria para una atención de calidad y oportuna de los servicios.

En ese sentido, dado que existen dos tipos de modelos de gestión referidas exclusivamente a los servicios hospitalarios no clínicos en Institutos Especializados de Salud, es necesario determinar si el tipo modelo de gestión de los servicios hospitalarios no clínicos, tanto modelo público tradicional mixto y modelo APP Bata Gris, influye en el desempeño y la calidad de los servicios hospitalarios, por ello es necesario conocer cómo se desarrollan cada uno de estos, cuáles son los flujos de los procesos en cada uno de los servicios y sus etapas, y a su vez establecer las diferencias en los indicadores de calidad y eficiencia y su contribución directa y/o indirecta en el cumplimiento de metas de los establecimientos de salud, de tal forma que podría contribuir para tomar decisión en la inversión en salud generando ahorros al estado y brindando un mejor servicio al ciudadano, considerando además que en cada una de estos modelos, los costos comparativos de operatividad en los servicios no clínicos no guardaría una relación directa con la oferta hospitalaria o con la demanda de atenciones.

Capítulo I. Planteamiento del Problema

1. Antecedentes

En el mundo actual complejo y acelerado es casi imposible hacer algo solo, esto es una realidad en el sector salud, donde los precios cambian constantemente, el patrón de las enfermedades cambia, el uso cada vez más de la tecnología sofisticada para el diagnóstico y tratamiento han sido casi imposible imaginar una sola organización que prestará servicios sin algún tipo de asociación institucional, y surge la necesidad la participación del privado (Michell, 2020, p. 1).

Reim (2009, como se citó en Mugarura et al, 2019, p2), afirmó que “desde principio de la década de 1990 hasta la actualidad, las APP han ganado popularidad en el sector público a nivel mundial, debido a que se presentan como una solución de financiamiento frente a las restricciones presupuestarias gubernamentales”, permitiendo a los departamentos gubernamentales pasar de ser operadores de instalaciones públicas a proveedores de servicios del sector privados a través de contratos a largo plazo que estipulan responsabilidades de las partes (Kalpana, 2014a). Este panorama también se percibe en el sector salud.

En la actualidad existen diversos estudios comparativos sobre los beneficios y rendimiento de la experiencia del modelo de las APP en el sector salud a nivel mundial, frente a los resultados de hospitales con modelo tradicional; sin embargo, de acuerdo a diversos estudios comparativos entre estos modelos, no se ha podido establecer un mecanismo de comparación concluyente que permita establecer si uno de estos modelos es mejor que el otro.

Por ejemplo, de acuerdo con la National Audit Office (2010, p.4), especificó que con la información disponible de los contratos APP en el Reino Unido desde 1990 hasta 2010, tanto los costos, así como el rendimiento de los servicios no clínicos no son similares tanto en las APP como en los establecimientos con modelo tradicional. En dicho estudio, se encontró que, en los servicios de lavandería, limpieza, vigilancia y transporte, sus costos son similares tanto en las APP como en los del modelo tradicional, mientras que, respecto al servicios de alimentación, los costos en las APP son menores, y en el caso del servicio de mantenimiento, los costos en la APP son superiores, debido principalmente a la necesidad de mantener un alto nivel de estándar, especificado desde el contrato.

Por otro lado, Caballer y Vivas (2016), realizaron una investigación basada en la comparación de costos y rendimientos entre el modelo APP y hospitales públicos en España, tomando en cuenta la experiencia en la Comunidad Valenciana, el cual contaba con 5 hospitales tipo APP: Alzira (1999), Torrevieja (2006), Denia (2009), Manises (2009) y Vinalopó (2010), los cuales atendían al 20% de la población de la Comunidad. El estudio tenía por objetivo analizar empíricamente (método basado en la experiencia y en la observación de los hechos), los datos disponibles para realizar un análisis comparativo entre los hospitales públicos y hospitales bajo el modelo APP, para así identificar posibles puntos fuertes y débiles en ambos modelos.

En el análisis de datos se utilizó el estadístico “T” para evaluar cada una de las variables y ver si existe una diferencia significativa entre ambos modelos. Para evaluar la normalidad de datos, las diferencias de medias y medianas se aplicó la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Luego se realizó una regresión lineal con el objetivo de identificar qué variables tuvieron un mayor efecto en la variabilidad de costos por cada servicio. Para el análisis de eficiencia se utilizó el modelo Data Envelopment Analysis (DEA). Se ejecutó el modelo de análisis (DEA) para clasificar los hospitales, según su rendimiento de eficiencia. En cuanto al análisis de desempeño y eficiencia, se observó que el grupo de hospitales APP obtiene buenos resultados, por encima de la media de los hospitales públicos, pero no mejor en todos los casos. Por lo tanto, los resultados no fueron concluyentes como para optar por un modelo de gestión como el APP, recomiendan realizar más investigaciones al respecto. Caballer y Vivas (2016).

Acerete *et al.*(2012) Realizaron una investigación respecto al desarrollo de APP en los servicios de salud donde analizaron el supuesto éxito de este modelo de gestión, reportado por el gobierno en países como España, Portugal, Australia y Reino Unido. De la misma manera, este artículo nos brinda una mirada más cercana a la evidencia que, muestra que entregar el control de la prestación de servicios de salud al sector privado es difícil de monitorear y evaluar, lo que conlleva implicaciones de costos que aún no se han cuantificado en gran medida y puede crear un riesgo adicional. Los autores concluyen que en todos los casos estudiados en los diferentes lugares el costo de los proyectos no es transparente y el costo ha aumentado más allá de lo esperado.

Nikjoo et al. (2012), desarrollaron un estudio mixto (cualitativo-cuantitativo), con el objetivo de analizar los modelos de asociación público-privada en hospitales públicos de diferentes países, basándose en los indicadores de desempeño, con el fin de seleccionar modelos apropiados para los hospitales de Irán. Usaron los programas Excel 2007 y Expert Choice 11, para procesar los datos. Concluyeron que este estudio proporcionaba la opción de PPP¹ más común en el campo de los hospitales públicos y recopila evidencia adecuada de expertos para elegir las opciones de PPP correctas. El efecto del modelo de gestión sobre el desempeño del sector privado en los hospitales, según la opción de APP que se emprenda, será diferente.

De acuerdo con Liu *et al.* (2014), en la revisión de la literatura de la teoría a la práctica de la medición del desempeño de APP, en su afán de evaluar la medición de la efectividad de los proyectos APP en el sector salud, concluyeron que la evaluación *ex post* convencional no es suficientemente robusta para medir el desempeño de los APP, debido probablemente que estos proyectos son más complejos que en el Modelo Tradicional.

¹ Public Private Partnerships (PPP), como son conocidas las APP en los países de habla inglesa.

Por otro lado, Alonso P. *et al.* (2015), reporta que, a pesar de existir abundante literatura que analiza y evalúa los beneficios del modelo de APP en los países en su mayoría europeos, no se ha podido establecer que las APP generan mayores beneficios o que generan mayor valor por dinero en comparación con los establecimiento con modelos tradicionales, dado que en dichos estudios se ha presentado limitaciones al momento de otorgar valores o puntuaciones a las variables de tipo cualitativo, siendo estos a criterio del evaluador. Esta situación se da porque ambos mecanismos utilizan reglas de negocio distintas, tanto en alcance, plazo y esquema de gobernanza, lo cual limita la comparación entre ellos. Ferreira y Marques (2021), encontraron conclusiones similares en su estudio comparativo sobre la calidad y rendimiento de las APP y hospitales públicos en Portugal, donde no pudieron establecer si las APP superan a los hospitales públicos en indicadores de calidad y rendimiento.

2. Problema:

2.1. Descripción de la realidad problemática

En la actualidad el sector salud está pasando por una de las temporadas más difíciles que ha enfrentado, debido al contexto de la pandemia y la crisis sanitaria que el país atravesó, en la cual hemos visto evidenciada nuestras falencias en gestión al interior del sector, en todos los establecimientos de salud y sus diferentes niveles de atención Así mismo nos ha dejado profundas lecciones que deberán ser ser analizadas, para construir un futuro más promisorio y eficiente que resguarde adecuadamente la salud de la población peruana.

Los establecimientos de salud en el Perú, de acuerdo a la R.M. N°546-2011-MINSA (2011), se encuentran clasificados según sus niveles de complejidad y características funcionales que permiten responder a las necesidades de salud de la población. En dicha clasificación, se determina que, los establecimientos de salud de nivel III-2 son los de mayor categoría, y son llamados institutos especializados de salud, los cuales están encargadas de prestar los servicios de la más alta capacidad resolutive en el ámbito clínico o grupo etario específico, proponiendo además normas y estrategias a la autoridad nacional de salud, desarrollando innovación tecnológica, investigación y docencia en el campo clínico ([MINSA], 2011).

En el Perú existen 13 Institutos Especializados de Salud, de los cuales 10 se encuentran con capacidad instalada inadecuada, en los cuales prestan servicios de manera limitada, dado que la oferta de servicios de salud especializada es largamente superada por la demanda que proviene de todas las regiones del país, situación similar se observa en los otros establecimientos de salud de menor categoría (R.M. N°1109-2020-MINSA, 2020).

Tabla 1: Lista de Institutos Especializados en Salud en el Perú

Ítem	Establecimiento	Dpto.	Categoría	Administración	Año de fundación
1	Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen	Lima	III-2	ESSALUD	1941
2	Instituto Nacional cardiovascular "Carlos Alberto Pescheira Carrillo"	Lima	III-2	ESSALUD	1992
3	Instituto Nacional de Salud del Niño de San Borja	Lima	III-2	MINSA	2013
4	Instituto Nacional de Salud del Niño de Breña	Lima	III-2	MINSA	1929
5	Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas	Lima	III-2	MINSA	1981
6	Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas	Lima	III-2	MINSA	1939
7	Instituto Nacional de Oftalmología "Dr. Francisco Contreras"	Lima	III-2	MINSA	1944
8	Instituto Nacional de Rehabilitación	Lima	III-2	MINSA	1962
9	Instituto Nacional de Salud Mental	Lima	III-2	MINSA	1982
10	Instituto Nacional Materno Perinatal	Lima	III-2	MINSA	1826
11	Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas Sur	Arequipa	III-2	GORE Arequipa	2008
12	Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas Norte	La Libertad	III-2	GORE La Libertad	2007
13	Instituto Regional de Oftalmología	La Libertad	III-2	GORE La Libertad	1994

Nota: La presente tabla muestra la relación de los 13 Institutos Especializados.

Respecto al modelo de gestión de los 13 institutos especializados a nivel nacional, 02 pertenecen a EsSalud, 03 a los Gobiernos Regionales y 08 pertenecen al MINSA. De éstos 08 pertenecientes al MINSA, todos se encuentran en la provincia de Lima, y poseen una gestión de servicios clínicos similares, sin embargo, cuentan con diferentes modelos de gestión respecto a los servicios no clínicos.

En cuanto a los servicios no clínicos, de los 08 institutos especializados de salud del MINSA, 03 desarrollan un modelo de gestión pública tradicional, 01 de ellos tiene un modelo de gestión privada, mediante una Asociación Público-Privada, en el cual un privado gestiona dichos servicios por un periodo largo, siendo esta de 10 años, mientras que 04 Institutos tienen un modelo de gestión pública mixta con participación de empresas privadas con contratos a corto plazo, generalmente de 01 año.

Tabla 2: Gestión de los servicios no clínicos en los institutos especializados del MINSA

Ítem	Institutos	Gestión de los servicios no clínicos	
		Descripción	Tipo de administración
1	INSN de San Borja	Gestión a cargo de empresa privada, mediante contrato APP	Gestión privada mediante una APP
2	INSN de Breña	Gestión a cargo del Instituto	Gestión Pública mixta
3	Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas	Gestión a cargo del Instituto	Gestión Pública
4	Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas	Gestión a cargo del Instituto	Gestión Pública
5	Instituto Nacional de Oftalmología	Gestión a cargo del Instituto. Se terceriza a la gestión del servicio de lavandería y mantenimiento integral de equipos biomédicos	Gestión Pública mixta
6	Instituto Nacional de Rehabilitación	Gestión a cargo del Instituto. Se terceriza la gestión del servicio de alimentación	Gestión Pública mixta
7	Instituto Nacional de Salud Mental	Gestión a cargo del Instituto	Gestión Pública
8	Instituto Nacional Materno Perinatal	Gestión a cargo del Instituto. Se terceriza la gestión del mantenimiento de los equipos biomédicos cada año.	Gestión Pública mixta

Nota: La presente tabla muestra la relación de los 8 Institutos Especializados del MINSA y la gestión de los servicios no clínicos.

Los servicios clínicos están relacionados directamente a las funciones esenciales de cada instituto especializado de salud, tales como la atención directa de los pacientes que requieren los servicios médicos, mientras los servicios no clínicos están relacionados con las funciones no esenciales, tales como la gestión de servicios generales, gestión administrativa y los servicios de apoyo al diagnóstico.

Es importante mencionar que, si bien los servicios clínicos están relacionados con el servicios de atención al paciente, los servicios no clínicos también tienen un rol importante en la estructura de la gestión hospitalaria, toda vez que los usuarios y/o pacientes requieren de servicios de calidad, tanto en la alimentación, equipos médicos operativos (con una gestión de mantenimiento adecuado que evite la interrupción de los servicios clínicos), entre otros, que por su naturaleza contribuyen a mejorar los servicios hospitalarios (Alonso *et al.*2015).

La gestión de los servicios no clínicos de los institutos especializados bajo la modalidad tradicional de la gestión pública se encuentra incluidos en el pliego presupuestal del MINSA, cuyo monto asignado disponible es limitado, el cual no permite el mantenimiento adecuado de los equipos biomédicos, afectando a los usuarios finales.

En nuestro país, de acuerdo con la Contraloría General de la República (2022), en el INSN- Breña se ha evidenciado 05 situaciones adversas que afectan o podrían afectar la continuidad del servicio, entre ellos, el incrementado número de pacientes en espera para una cirugía electiva, y la alta congestión del servicio de emergencia de los pacientes pediátricos, entre otros.

De los 13 institutos especializados de salud del país, el único instituto que cuenta con la gestión de los servicios no clínicos bajo la administración de una APP es el Instituto Nacional del Niño San Borja (INSN-SB), el mismo que presenta una modalidad de APP de bata gris- verde.

2.2. Formulación del problema

¿Cómo se diferencia el desempeño de los servicios no clínicos de los institutos especializados de salud con distintos modelos de gestión, en Lima, en el periodo 2018-2019?

3. Preguntas de Investigación

1. ¿Cuál es el desempeño de los servicios no clínicos en el modelo de gestión de salud tradicional en los institutos especializados de salud, en el periodo de 2018-2019?
2. ¿Cuál es el desempeño del servicio hospitalario no clínico en el modelo de gestión de salud tipo Asociación Público Privada en el instituto especializado de salud, en el periodo de 2018-2019?
3. ¿Cuál es la diferencia de costos entre una APP y una gestión pública tradicional en relación a los servicios no clínicos a nivel de institutos especializados?

4. Objetivos de la Investigación

4.1. Objetivo general

- Describir y analizar la diferencia del desempeño de los servicios no clínicos de los 02 modelos de gestión hospitalaria en los institutos especializados de salud, Lima 2018-2019.

4.2. Hipótesis general

- Existe diferencia en el desempeño de acuerdo al tipo de modelos de gestión de los servicios no clínicos.

4.3. Objetivos específicos

- Identificar el desempeño de los servicios no clínicos en el modelo de gestión tradicional de salud en los institutos especializados de salud.
- Identificar el desempeño de los servicios no clínicos en el modelo de gestión tipo Asociación Público-Privada en un instituto especializado de salud.
- Analizar la diferencia de costos entre una gestión tipo APP y una gestión pública tradicional de los servicios no clínicos y su relación con el desempeño.

5. Justificación de la Investigación

En los últimos años se ha tenido la percepción, a nivel mundial, que el sector privado realiza una mejor gestión de los servicios del sector salud y que provee de una atención de calidad al usuario (The Global Health Group, 2010), tomando de ejemplo a las APP del sector. Sin embargo, de acuerdo a Acerete *et. al* (2012), no se ha realizado una evaluación sistemática del desempeño de las APP, por lo que no se sabe que tan bien funcionan. En ese sentido, actualmente el éxito de las APP en el sector salud es incierto, aun existiendo evidencia que el privado tiene mejor sostenibilidad fiscal y que podría dar un mejor uso de los recursos públicos.

Por otro lado, las APP en el sector salud son más desconocidas, y sus características han sido menos exploradas y comparadas que en otros sectores (como transporte, energía, agua y saneamiento), las experiencias en países de América Latina, tales como Brasil, Chile, Colombia y México han tenido resultados variables (Ancor Suárez- Alemán *et al.* 2021).

De acuerdo con Alonso P. *et. al* (2015), durante el 2014 la Comisión Europea analizó 15 experiencias de APP en salud, con la participación de expertos de distintas nacionalidades; sin embargo, no se pudo encontrar una metodología que permita comparar el impacto clínico y económico de las APP en relación a los modelos de contratación tradicional.

A pesar de existir abundante literatura que analiza y evalúa el modelo de APP, los estudios que han buscado establecer recomendaciones globales sobre las APP no han sido concluyentes, ya que les fue imposible establecer de manera cierta que las APP generan mayor valor por dinero que el modelo tradicional (Alonso *et. al.* 2021).

Por todo lo mencionado anteriormente consideramos importante el presente trabajo de investigación por lo siguiente, primero no existen estudios concluyentes a favor o en contra del desempeño de los servicios no clínicos tipo APP, segundo la inexistencia de investigaciones que aborden el tema a nivel nacional, tercero por la importancia de contar con información exacta de la gestión de los servicios no clínicos de nuestro país a nivel de institutos especializados de gestión tradicional y gestión tipo APP, finalmente la información brindada a través de la presente tesis servirá de base para futuras investigaciones en el campo de estudio y servirá de apoyo a los gestores para la toma de decisiones a favor del estado generando valor agregado y el mejor uso de los recursos del estado en beneficio del ciudadano.

6. Delimitaciones, limitaciones y alcances

La presente investigación tiene los siguientes alcances limitaciones y delimitaciones:

6.1. Alcance

El alcance de la presente investigación está dado por:

- **La Naturaleza del estudio:** Es un estudio cuantitativo y exploratorio.
- **Los Niveles de Estado:** El presente estudio comprende el nivel de estado nacional, debido a que analiza toda la normativa de un proyecto APP.
- **Sector:** El presente estudio es en el ámbito del sector salud que pertenecen al MINSA de categoría III-2 (institutos especializados de salud), en el año 2020.

6.2. Limitaciones

La primera limitación radica en la carencia de bibliografía referencial debido a que es el primer instituto especializado de inversión tipo APP bata gris en el país. En segundo lugar, una limitación importante es la falta de fuentes de información primaria para la recolección de datos necesarios para la investigación debido a que no son de carácter público. En tercer lugar, debido a la temporalidad del estudio siendo un retrospectivo y únicamente se incluirá 02 años, podrían tener impacto en el resultado y las conclusiones.

6.3. Delimitaciones

- **Delimitación Espacial:** El presente trabajo se desarrollará en los institutos especializados de Lima siendo éstos: el INSN-SB, INSN- Breña, y el INMP. Se decidió ingresar al INPM para ser el grupo control de instituto de gestión público mixto.

- **Delimitación Temporal:** El estudio se llevará a cabo durante el periodo enero 2018 a diciembre del 2019.

Capítulo II: Marco Teórico:

1. Status quaestionis

De acuerdo con Tobar (2002), en su investigación sobre los modelos de gestión en salud, menciona respecto a la teoría de las organizaciones y los servicios de salud que existen dos corrientes relacionadas a las estrategias para aumentar la racionalidad administrativa en los hospitales, y estos están referidos a los siguientes:

- Disciplina científica estructuralista, los cuales brindan estrategias para el aumento del control burocrático a través de una verticalización de la estructura orgánica de la institución, implementando normas y procedimientos donde sea posible, y regularizando y estandarizando todos los procesos. Dentro de esta óptica se avanzaría la racionalización de todos los servicios, incluidos los servicios generales, intermedios y finales. En este aspecto, la capacidad del gestor para obtener buenos niveles de eficiencia estará en función de: i) el peso relativo de las actividades no complejas en la producción del hospital, y ii) en el nivel de complejidad del establecimiento o perfil de la oferta.
- Disciplina contingencial, en el cual se parte del supuesto básico de que toda organización configura un caso en particular y que las fórmulas que resultan apropiadas en un lugar pueden ser inadecuadas en otro. Surge así la idea del hospital como estructura matricial en la cual se configuran equipos multidisciplinarios e integrados por distintos servicios, que trabajan en líneas de producción específicas. En ese sentido, la misión y el perfil de la demanda de cada hospital determinarían la cantidad y variedad de líneas de producción necesarias. Desde esta óptica es fundamental descentralizar el poder hacia el interior del hospital involucrando progresivamente a los médicos en las decisiones administrativas.

En cuanto a las Asociaciones Público - Privada, de acuerdo con Romero (2018), el Fondo Monetario Internacional y algunos de los gobiernos donantes. La teoría respalda este tipo de alianzas afirma que los impactos negativos de un servicio con fines de lucro pueden evitarse, y que los Gobiernos pueden aprovechar el sector privado para el bien

público. Sin embargo, los estudios demuestran que la educación, la salud y otros servicios públicos ofrecidos por proveedores privados y financiados mediante APP acarrearán riesgos importantes, especialmente en términos de aumento de desigualdad y escala de costes para los gobiernos.

Sin embargo, de acuerdo con un estudio realizado por Romero (2018), sobre la evidencia de impacto de 10 proyectos APP en países de 04 continentes, en los que se incluye al Perú, se concluyó que la provisión privada de la educación, la atención médica y otros servicios públicos a través del financiamiento de las APP no resulta ser una alternativa viable a la provisión de dichos servicios, por el contrario, puede aumentar la desigualdad y agotar los recursos de los gobiernos, dado el sobrecosto de las APP y los altos precios para la recuperación de la inversión por el financiamiento privado.

Surge de esta manera una discusión sobre si las APP pueden y deben desarrollarse en sectores estratégicos, como lo es el sector salud, dado experiencias negativas en varios países. Esta discusión si bien se enfocaría en las APP de bata blanca, sin embargo, el solo hecho de presentarse una APP de bata gris resultaría ser foco de análisis en cuanto al impacto de sus resultados, en comparación con sus contrapartes con el modelo tradicional.

2. Modelos de gestión en Organizaciones de Salud

2.1. Modelo de gestión tipo APP

Las concesiones del Estado a privados se remontan desde siglo V a.c, de acuerdo a Navarrete (2017), específicamente en la etapa republicana del Imperio Romano. Aparece como un contrato de concesión para el agro y el mejoramiento de las villas, mediante el cual Roma otorgaba grandes concesiones, bajo la figura de *Ius vectigalis*. Siglos después, en la Edad Media, la figura de concesión aparece bajo la figura del *Iure regalia*, en donde el Estado otorgaba el derecho de explotación de tierras a cambio de un canon. A partir del siglo XIX se da una expansión generalizada de la colaboración público-privada en todos los ámbitos como, transporte, energía, agua, etc.

Existe abundante bibliografía respecto a las APP sin embargo su definición continúa siendo ambigua, por lo tanto, es importante revisar estas definiciones para tener una

mayor perspectiva al respecto. Por ejemplo, el Banco Internacional de Reconstrucción y Desarrollo, Banco Mundial, Banco Asiático de Desarrollo y Banco Interamericano de Desarrollo (2014) definen a las APP de la siguiente manera:

“Contrato a largo plazo entre una parte privada y una entidad pública, para brindar un activo o servicio público en el que la parte privada asume un riesgo importante y la responsabilidad de la gestión, y la remuneración está vinculada al desempeño”

Por otro lado, la OCDE (2017) define a las APP: “acuerdos mediante los cuales el sector privado proporciona activos y servicios de infraestructura que tradicionalmente han sido provistos por el gobierno, como hospitales, escuelas, carreteras y saneamiento”. Esta definición coincide en parte a lo mencionado por Escobal (2017), quien también remueve el concepto de tiempo o duración cuando menciona que las APP son modalidades de participación del sector privado en las que este incorpora experiencia, conocimiento, especialización y tecnología con el objetivo de lograr mejores diseños, financiar, construir, mantener y operar la infraestructura y prestar servicios públicos exigentes y obligatorios estándares de desempeño. (Aparicio y Esquivel, 2021)

A nivel internacional se incorporan otros conceptos a la definición de APP como el caso de Farquharson et al (2011) quien suma a la definición tradicional de las APP lo siguiente: “(...) recibe un beneficio monetario durante la vigencia del contrato, tanto de los usuarios o del sector público, o una combinación de ambos, y por lo general devuelve la instalación a la propiedad pública al cierre del contrato”. En esta definición se adiciona el término rentabilidad mencionando así el beneficio que la parte privada obtendría por la ejecución y/o gestión del servicio público.

Asimismo, para Koppenjan (2015), las APP son acuerdos formales de colaboración entre partes públicas y privadas para planificar, construir y/o operar instalaciones públicas de manera efectiva mediante el intercambio o la reasignación de riesgos, costos, beneficios, recursos y responsabilidades en un proyecto específico. La definición de Koppenjan ha sido fortalecida por Zhang et al. (2015) quienes vieron las APP como contratos a largo plazo para el apoyo y la organización de todos los intereses de las partes involucradas y procesos del proyecto a lo largo de la vida útil del desarrollo. Esto implica que las

colaboraciones efectivas no pueden tener lugar en contratos a corto plazo, y las intervenciones de APP prosperarán en un entorno con operaciones sincronizadas y estructuras organizacionales bien gobernadas. Por otro lado, para Brinkerhoff (2011), las APP efectivas permiten el acceso a recursos clave que no pueden estar disponibles en la práctica o ser inadecuados para ciertos socios para cumplir un mandato de servicio público.

Finalmente, en el Perú se define el concepto de APP en el D.L. N°1012 (2008), como una modalidad de participación de la inversión privada en las que se incorpora experiencia, conocimientos, equipos, tecnología, y se distribuyen riesgos y recursos, preferentemente privados, con el objeto de crear, desarrollar, mejorar, operar o mantener infraestructura pública o proveer servicios públicos relacionados a esta. Además, se menciona que debe de tener ciertas características específicas que contemplen su naturaleza como: Plazos de contrato, rol de la parte privada, modo de pago, distribución de riesgos, actividades, inversión mínima.

Para el desarrollo de estos, deberán asumirse compromisos firmes y contingentes (se derivan por la ocurrencia de uno o más eventos correspondientes a riesgos propios del proyecto de APP). (Adame *et al.*,2021).

De acuerdo a lo antes mencionado y como producto de la revisión bibliográfica realizada, se precisa que, la APP se define como una colaboración entre el sector público y el privado por un lapso de tiempo determinado, por lo general a largo plazo, que surge como medida para aliviar el gasto público en infraestructura estratégica; sin embargo, de las investigaciones realizadas a nivel mundial sobre las APP, existe hasta el momento contradicciones en los resultados esperados, dado que, con las definiciones estaríamos afirmando prematuramente que las APP serían un mecanismo de financiación que mejoraría la ejecución y/o gestión de proyectos públicos, no obstante, a juzgar por los resultados prácticos en distintos países, dicha afirmación no sería del todo válida. (Romero, 2018).

2.1.1. Tipos de APP según naturaleza de previsión de los Servicios

La clasificación de acuerdo con los servicios es la siguiente. (Ancor Suarez *et al.*,2021).

2.1.1.1. APP Servicios no clínicos (mantenimiento y servicios tipo bata gris-bata verde).

Los servicios incluyen únicamente la provisión de servicios no clínicos a un establecimiento hospitalario. En la mayoría de los casos incluye provisión y mantenimiento de infraestructura y equipamiento. Alonso et al (2014) distinguen dos tipos de modelos APP para servicios no clínicos; “bata gris”, aquellas APP que incluyen “limpieza, vigilancia, seguridad, jardinería y viales alimentación, nutrición, lavandería, ropería” y “bata verde”, aquellas que incluyen “laboratorio, imágenes, logística, esterilización, y otros”. Puede incluir diseño y construcción o utilizar una infraestructura ya construida.

2.1.1.2. APP Integral (mantenimiento y servicios tipo bata blanca)

Incluyen la operación integral de un establecimiento o red de salud, incluyendo todos los servicios clínicos y no clínicos necesarios para su funcionamiento. Incluyen mantenimiento de infraestructura y/o provisión y mantenimiento de equipamiento. Puede incluir diseño y construcción o utilizar una infraestructura disponible.

El responsable de la supervisión del cumplimiento de indicadores de calidad y disponibilidad es el sector público. (Alonso et al. 2014; Rodríguez, 2018).

2.1.1.3. APP Servicios especializados.

Incluyen la provisión de servicios específicos para redes de salud. Las experiencias en la región incluyen proyectos de servicios de apoyo clínico como diagnóstico con imagen; producción de medicamentos y gestión logística de medicamentos e insumos.

Es importante mencionar que además de la clasificación anteriormente descrita, los modelos de APP responden a un carácter contractual en el que se especifican las funciones de la parte privada, el financiamiento y el resultado esperado de la alianza, los tipos de APP descritos para el sector salud por Alonso et al.(2014), menciona que la participación del privado no solo se encarga de la construcción , diseño y construcción (D+C), diseño, construcción, operación y transferencia (DBOT); sino también enfatiza la provisión completa de los servicios por la parte privada.

2.2. Modelo de gestión Tradicional

Antes de abordar el tema de los modelos de gestión pública tradicional, empezaremos por la definición de "gestión y/o administración". Para Tovar (2002), la gestión, a pesar de las dificultades de la definición y sumado a las insuficiencias teóricas de estas disciplinas parece reflejar la complejidad que involucra ambas expresiones. En algunos países de habla francesa e inglesa, ambos términos se usan indistintamente, mientras en América Latina, los términos de gestión y administración se usan indistintamente.

2.2.1. Problemática Administrativa del modelo de gestión Tradicional

La gestión de los servicios no clínicos en los institutos especializados de salud, como en otros establecimientos de salud, presentan problemas en su implementación, dado las limitaciones por no contar con personal calificado suficiente. De acuerdo con la Contraloría General de la República (CGR), el 43% de los establecimientos de salud públicos del II y III nivel de atención no cuenta con los recursos humanos suficientes para atender a los pacientes en emergencia, sea por razones presupuestarias, legales o la escasez de personal especializado. Estas limitaciones son visibles en los retrasos y en la baja calidad de los servicios, expresados en los incumplimientos para las certificaciones de calidad de cada uno de los servicios, así como certificaciones para la gestión medioambiental, entre otros.

Otro problema administrativo evidenciado en el modelo de gestión tradicional de los servicios no clínicos es el retraso para contratar bienes y/o servicios debido a que se rige bajo la Ley de Contrataciones del Estado, donde el procedimiento es más largo y además existe dificultad en contratación simultánea de varios productos y/o servicios. En contraparte, en la gestión tipo APP, los plazos son más cortos para la gestión de los bienes y/o servicios.

Por otro lado, de acuerdo con Espinoza y Márquez (2017), en la contratación tradicional se ha observado cierta sensación de pérdida de poder por parte de los estamentos directivos, y cierta dificultad para solicitar los servicios generales a través de procedimientos formales, transparentes, que se registran en una aplicación informática. Así, muchos de ellos aún no se han acostumbrado, o no quieren acostumbrarse, a realizar

sus peticiones por los mecanismos dispuestos en el contrato. Con la experiencia de las APP en el sector salud, los procesos operacionales han cambiado y los directivos deben centrarse en el “core business” asistencial de su negocio.

Asimismo, el 44.1% de los establecimientos de salud del II y III nivel de atención no cuentan con el equipamiento médico requerido para la atención de los pacientes en la UPSS² de emergencia y el 41.6% de los establecimientos visitados, no cuentan con el equipamiento mínimo de la UPSS de Patología Clínica (CGR, 2018), por lo que podemos afirmar que existe un déficit de equipos, que incluye aquellos para reposición que no han sido reemplazados. En el modelo de gestión tradicional, la reposición de los equipos sigue un proceso especificado en la Guía Técnica de Mantenimiento, infraestructura y equipos de salud (2016), el cual, en muchos casos, demanda tiempos excesivos, los cuales perjudican la adquisición de los equipos y la operación para la atención oportuna de los servicios esenciales a los usuarios.

Finalmente, esta problemática también ha sido registrado en un informe de transferencia de gestión del año 2021 (INSN-BREÑA,2021), los cuales se mencionan a continuación : Tecnología limitada en el equipamiento médico, sistema informático desintegrado, infraestructura inadecuada, demora en la dotación de insumos y la reposición de equipos médicos, deterioro de la infraestructura o insuficientes espacios para el desarrollo de las actividades quirúrgicas, falta de insumos para intervenciones quirúrgicas y procedimientos anestésicos, déficit de equipos o equipos para reposición no reemplazados o sin mantenimiento preventivo y correctivo.

2.3. Realidad de los Servicios clínicos y no clínicos en salud

En la actualidad no se concibe la prestación del servicio sanitario sino existe una infraestructura técnica que sirva de soporte y cobijo para desarrollar la asistencia sanitaria. (Díaz *et al.* 1990).

Teniendo en cuenta la anterior premisa, los establecimientos de salud, para garantizar la adecuada gestión, requieren de la participación e interacción de un equipo

² Unidad Productora de Servicios de Salud - NTS N°021-MINSA/DGSP

multidisciplinario; donde, no sólo se administre los servicios hospitalarios o los llamados servicios clínicos, sino además todos los considerados como servicios no clínicos, o denominados servicios de apoyo.

Considerando que el cliente principal del hospital es el paciente, por tanto, se debe cuidar, la satisfacción del mismo; en ese aspecto, son importantes ambos servicios para brindar una mejor atención. Los servicios clínicos están relacionados con las funciones esenciales del establecimiento, mientras que los servicios no clínicos están enfocados en los servicios generales tales como: servicio de mantenimiento de infraestructura y equipos biomédicos, servicios de limpieza, alimentación, lavandería y vigilancia (Alonso, P. *et al*, 2014).

Los hospitales de mediana y alta complejidad cuentan con diversas instalaciones y equipos biomédicos, complejos y costosos. La importancia del correcto funcionamiento de estos, condiciona en gran medida la calidad de los servicios prestados por los mismos. Sin embargo, los servicios de mantenimiento están infravalorados respecto a otros servicios (Díaz et al, 1990), dicha afirmación podría extenderse a la totalidad de los servicios no clínicos reflejado en la escasa literatura encontrada respecto a la importancia de los servicios no clínicos.

2.4. Gestión de los servicios no clínicos

La administración del establecimiento hospitalario requiere de una gestión especializada para la operación y funcionamiento de cada uno de los servicios no clínicos. La gestión de estos servicios dependerá del grado de complejidad del establecimiento. De acuerdo con la NTS N° 021-MINSA (2005), el ámbito de aplicación de los servicios no clínicos es mayor en un establecimiento de salud de alta complejidad resolutive. En el Perú, los establecimientos de salud de mayor complejidad del Ministerio de Salud son los establecimientos de nivel III-2, llamados “Institutos Especializados”

Los servicios no clínicos se encuentran caracterizados en: i) servicios de mantenimiento a la infraestructura hospitalaria, ii) servicio de mantenimiento al equipamiento hospitalario, y iii) operación y mantenimiento de los servicios generales.

Tabla 3: Identificación de los servicios no clínicos

Categorías de los servicios no clínicos	Identificación de los servicios
I. Servicios de mantenimiento a la infraestructura hospitalaria, los cuales incluyen:	- Mantenimiento de edificación - Mantenimiento del equipamiento electromecánico asociado a la infraestructura
II. Servicios de mantenimiento al equipamiento hospitalario, los cuales incluye	- Mantenimiento al equipo médico - Mantenimiento al equipamiento de servicio no clínicos
III. Operación y Mantenimiento de los servicios generales:	- Servicio de alimentación - Servicio de lavandería - Servicio de limpieza y bioseguridad - Servicio integral de seguridad - Servicio de residuos hospitalarios

Nota: La presente tabla muestra la Categoría de los servicios no clínicos de acuerdo con el MINSA.

Se entiende por servicio de mantenimiento el conjunto de medios materiales y recursos humanos que están destinados a garantizar en todo momento el correcto funcionamiento de arquitectura e ingeniería, así como la de los equipos biomédicos del centro hospitalario; asimismo, una de las otras funciones es conservar cierto nivel de la infraestructura técnica que impida un envejecimiento prematuro de los mismos, lo que supondría una descapitalización y el aumento de los costes. (Díaz, et al, 1990)

Dada la importancia de los servicios no clínicos, se necesita establecer cómo se desarrollará su gestión, si será a través de la administración del EE.SS., mediante un modelo público tradicional, modelo privado (a través de un contrato de largo plazo mediante una asociación público - privada), o un modelo público mixto, en la cual el EESS., con tercerización de determinados servicios de corto plazo (01 año).

Tabla 4: descripción de los modelos de gestión de servicios no clínicos en el Perú

Modelos de gestión de servicios no clínicos	Descripción
Modelo de gestión público - tradicional	El EESS cuenta con los recursos suficientes, incluido personal técnico especializado, para proveer de manera directa todos los servicios no clínicos.

Modelos de gestión de servicios no clínicos	Descripción
Modelo de gestión privada, a través de una APP de largo plazo	El EESS a través de un contrato de asociación público - privada, otorga la gestión de todos los servicios no clínicos a una empresa privada especializada
Modelo de gestión público mixta	La administración del EE.SS., se hace cargo de los servicios no clínicos, pero terceriza.

Nota: Esta tabla muestra la descripción de los modelos de gestión de los servicios no clínicos en el Perú.

En cuanto al modelo privado tipo APP, la gestión de los servicios no clínicos se desarrolla mediante un modelo de bata gris. Este modelo incluye los servicios no asistenciales, como: lavandería, alimentación, vigilancia, mantenimiento de infraestructura y de equipamiento, entre otros. De estos, su operación y mantenimiento se encarga el operador privado. El sector público se responsabiliza por la gestión global del centro de salud, los servicios clínicos principales, así como del control, seguimiento y evaluación del cumplimiento del contrato. (Alonso et al. 2014; Rodríguez, 2018).

Los servicios no clínicos por su naturaleza demandan una gestión administrativa y logística oportuna, ya que proveen de dichos servicios de manera continua, siendo indispensable para el funcionamiento de los establecimientos de salud, para con ello evitar retrasos y/o cancelaciones de los servicios clínicos y atenciones a los pacientes. Sin embargo, en la realidad nacional, en el modelo tradicional, donde estos servicios se encuentran bajo administración pública, no se desarrollan de acuerdo a lo programado ni cumplen con las expectativas de la población, o en algunos casos no se cuenta con planes de contingencia ante eventualidades que podría entorpecer el desarrollo normal de estos servicios.

2.4.1. Problemática en los procesos de los servicios no clínicos:

De acuerdo con el Texto Único Ordenado de la Ley de Contrataciones del Estado, Art. 21 (2019), una entidad pública puede contratar bienes o servicios mediante distintos procedimientos de selección, tales como la licitación pública, concurso público, adjudicación simplificada, selección de consultores individuales, comparación de

precios, subasta inversa electrónica, contratación directa y otros de alcance general. Asimismo, de acuerdo con el Reglamento de la Ley de Contrataciones con el Estado, Art. 35 (2018), las contrataciones estatales contemplan a su vez sistemas de contrataciones distintas, tales como suma alzada, precios unitarios, esquema mixto de suma alzada, entre otros.

Para el caso de los servicios e insumos hospitalarios, se utiliza la normativa del Sistema Nacional de Abastecimiento; sin embargo, estas presentan problemas similares al resto de las instituciones públicas. Por ejemplo, de acuerdo con el análisis desarrollado por Herrera Giurfa (2021), los problemas percibidos en las contrataciones hasta 8 UIT son asociados, principalmente, a que su utilización puede incurrir en supuestos de fraccionamiento, y además que ninguna de las partes tiene claro que puede hacer en caso de incumplimiento de la prestación.

Por otro lado, de acuerdo con Domínguez & Durand (2015), existe una deficiente gestión en el proceso de contratación estatal, por lo general, producto del desconocimiento de las fases del proceso de contratación, la demora en la adjudicación oportuna de los procesos de selección, así como la mala gestión de los actos preparativos y el proceso de selección, los cuales ocasionan el retraso del inicio de contratación para atención de necesidades, retraso en el abastecimiento de bienes, servicios y obras, así como deficiente ejecución contractual. De acuerdo a dicha afirmación, los institutos especializados de salud podrían presentar problemas similares a los mencionados, más aún en la contratación de cada uno de los servicios no clínicos.

2.4.2. Gestión de los servicios clínicos

La gestión de cualquier tipo de servicio consiste en dirigir y administrarlo con el objetivo de alcanzar las metas de la organización, pero cuando hablamos específicamente de la gestión clínica, debemos considerar que cada unidad productora de servicios clínicos deben constituirse como un centro de responsabilidad, que busca mediante el trabajo en equipo, obtener calidad técnica óptima, resultados oportunos, a costos razonables y con satisfacción del usuario, para la atención segura de los pacientes. MINSA (2009)

La gestión clínica o gestión de servicios clínicos de acuerdo a (MINSA,2009), se define como el conjunto de acciones que permiten sistematizar y ordenar los procesos de atención de salud, sustentados con la mejor evidencia científica del momento, con la participación del equipo de salud (médicos, enfermeras y personal técnico) en la toma de decisiones, en otras palabras, la gestión en los servicios asistenciales en la que se integra el conocimiento de la medicina basada en la evidencia, la gestión de las organizaciones y las habilidades necesarias para lograr un servicio eficiente y de calidad en su atención.

Asimismo, la gestión clínica implica directamente a los profesionales de la salud, quienes deben tomar directamente decisiones sobre los pacientes bajo la mejor evidencia científica disponible. Basa su importancia en el hecho de que alrededor del 70% de los recursos sanitarios son asignados fundamentalmente por los clínicos en su quehacer diagnóstico terapéutico. Así mismo la existencia de la gran variabilidad en las prácticas para atender a los pacientes con las mismas necesidades de salud puede tener repercusiones negativas tanto en la salud de los pacientes como en los costos de la atención. (MINSA,2009)

2.5. La Nueva Gestión Pública en Salud

La nueva gestión pública en entidades hospitalarias se basa en la administración de los recursos con fundamento y base en la racionalidad económica, que ejerce un control basado en los resultados del desempeño medidos en función de los principios de eficacia, eficiencia y efectividad, y bajo un sistema de evaluación y control de la gestión pública del ciclo gerencial planificar, hacer, verificar y actuar (PHVA), impulsados en la

condición del Estado de un desarrollo acelerado y tecnología de punta para afianzar el emprendimiento y la productividad económica y social del Estado de derecho. (Perea Vázquez *et al.* 2019).

2.6. Gestión del desempeño en Salud

En la administración pública el desempeño es un concepto relativamente nuevo. Según la Real Academia Española el desempeño se refiere a: “actuar, trabajar, dedicarse a una actividad”, la cual no otorga una idea básica, pero requiere una elaboración conceptual más amplia para el ámbito de la gestión pública. Tal desarrollo a menudo se ha asimilado al concepto anglosajón de *government performance*, el cual se refiere a: “la productividad, calidad, oportunidad, responsabilidad y eficacia de los servicios o programas públicos”.

Los problemas de salud y los cuidados de la salud son ampliamente heterogéneos y la medición del desempeño en específicos dominios ofrece especiales consideraciones.

Los resultados clínicos son el estándar de oro para medir la eficacia en la atención de la Salud, pero sin embargo un enfoque orientado en los resultados para gestionar el rendimiento no siempre es el apropiado. (WHO, 2000)

2.6.1. Definición de Desempeño

El concepto de desempeño en el ámbito gubernamental normalmente comprende tanto la eficiencia como la eficacia de una actividad de carácter recurrente o de un proyecto específico. En este contexto la eficiencia se refiere a la habilidad para desarrollar una actividad al mínimo costo posible, en tanto que la eficacia mide si los objetivos predefinidos para la actividad se están cumpliendo.

De acuerdo al manual de CEPAL (2005), una definición general de indicador de desempeño, sin entrar aún a especificar los ámbitos o niveles de uso, es la siguiente: “los indicadores de desempeño son medidas que describen cuán bien se están desarrollando los objetivos de un programa, un proyecto y/o la gestión de una institución”.

- **Definición de Eficiencia:** cuál es la productividad de los recursos utilizados, es decir, cuántos recursos públicos se utilizan para producir un determinado bien o servicio (CEPAL, 2005).
- **Definición de Eficacia:** cuál es el grado de cumplimiento de los objetivos, a cuántos usuarios o beneficiarios se entregan los bienes o servicios, qué porcentaje corresponde del total de usuarios. (CEPAL, 2005).
- **Definición Economía:** Cuán adecuadamente son administrados los recursos utilizados para la producción de los bienes y servicios (CEPAL, 2005).

2.6.2. Medición del Desempeño:

La medición del desempeño es una estrategia indispensable en las instituciones públicas para evaluar los niveles de optimización del rendimiento, prestación de servicios, administración de recursos y si está logrando los objetivos planteados. Asimismo, es el proceso utilizado para evaluar la eficiencia y eficacia de los proyectos, programas e iniciativas. Es un enfoque sistemático para recopilar, analizar y valorar qué tan “encaminado” están para lograr los resultados, metas y objetivos deseados. Con este objetivo se utilizan ciertos indicadores característicos. (Rock, 2022)

- **Indicadores de eficacia:** miden el grado de cumplimiento de los objetivos, sin considerar necesariamente los recursos asignados para ello.
- **Indicadores de eficiencia:** miden la productividad de los recursos utilizados, para ello relacionan los resultados alcanzados con los recursos utilizados.
- **Indicadores de economía:** miden cuán adecuadamente son administrados los recursos generados o utilizados en la producción de los bienes y servicios.

De acuerdo con Restrepo & Villegas, de Coelli *et al.* (2003), para medir la eficiencia de las organizaciones se utilizan diferentes métodos, tales como índice basado en precios, técnicas econométricas (frontera estocástica), y el análisis envolvente de datos (DEA). El análisis envolvente de datos es una técnica no paramétrica para la medición de la eficiencia relativa de unidades organizaciones, la cual fue desarrollado por Farrell, en el

año 1957; dicha técnica es utilizada de manera recurrente para la medición de eficiencia en organizaciones de salud, a nivel nacional e internacional, tal como se menciona en Ligarda & Nacch (2006), La Forgia & Harding (2009), y Jones & Ashagari (2018). En el 2016 en España se realizó un estudio “Comparación de costo y desempeño en Hospitales tipo APP y Hospital Público”, para medir el desempeño de los servicios clínicos usaron de herramienta el DEA, y analizaron 95 indicadores de los servicios clínicos con características homogéneas. Caballer & Vivas (2016).

2.7. Definición de los indicadores de la investigación:

2.7.1. Indicadores de Desempeño de los Servicios No Clínicos

Son aquellos que buscan medir cuán aceptable ha sido el desempeño de los servicios no clínicos de las instituciones de acuerdo con los servicios que brinda.

Permiten medir los atributos que aseguran la provisión adecuada de los servicios entregados a los usuarios, a continuación, describimos los indicadores para cada servicio no clínico de acuerdo con el manual de los indicadores hospitalarios del MINSA, donde incluye los servicios generales no hospitalarios que se describen a continuación. MINSA (2000):

a. Indicadores del área de Lavandería:

Tabla 5: Indicadores del área de lavandería

Tipo de indicador de desempeño	Indicadores	Descripción
Eficacia	Capacidad de ropa del área de lavandería	Permite medir el número la capacidad total de ropa en unidad de medida (kg)
Eficiencia	Porcentaje de ropa lavada por servicios	Indica la distribución porcentual de la demanda de ropa para lavado de los diferentes servicios del hospital
Eficiencia	Porcentaje de reposición de ropa	Mide el porcentaje de la ropa que es respuesta respecto al total de ropa deteriorada (solicitudes de reposición) en un determinado periodo de tiempo, por la unidad de costura del hospital

Tipo de indicador de desempeño	Indicadores	Descripción
Calidad	Número de quejas de cliente interno	Mide el número de veces de quejas de un superior en relación al servicio recibido del área de lavandería

Nota: La presente tabla describe los 4 indicadores de lavandería.

b. Indicadores del área de Alimentación:

Tabla 6: Indicadores del área de alimentación

Tipo de indicador de desempeño	Indicadores	Descripción
Eficacia	Porcentaje de satisfacción de usuario interno del servicio de Alimentación	Mide el grado de satisfacción de los usuarios del servicio de alimentación.
Economía	Costo de ración de alimentos por paciente y por personal de salud	Mide el costo de los alimentos por ración en cada uno de los pacientes y del personal de salud que recibe de este servicio.
Eficiencia	Total de raciones atendidas a los pacientes hospitalizados	Mide el número total de raciones por mes destinadas a los pacientes en el servicio de hospitalización.
Eficiencia	Total de raciones atendidas al personal de salud	Mide el número total de raciones por mes destinadas al personal de salud
Eficacia	Porcentaje de quejas y reclamos de los usuarios por la alimentación recibida	Mide el porcentaje de quejas y/o reclamo de los usuarios internos recibidos por la alimentación.

Nota: La presente tabla describe los 5 Indicadores de área de alimentación.

c. Indicadores del área Seguridad y Vigilancia

Tabla 7: Indicadores del área seguridad y vigilancia

Tipo de indicador de desempeño	Indicadores	Descripción
Calidad	Porcentaje de quejas atendidas de los usuarios internos sobre la seguridad y vigilancia de la institución	Permite medir la proporción del número de quejas que han sido atendidas en la institución, sobre el total de quejas recibidas.

Tipo de indicador de desempeño	Indicadores	Descripción
Eficacia	Porcentaje de robos y pérdidas en el establecimiento	Permite conocer la dimensión de los bienes extraídos o perdidos que forman parte del patrimonio del hospital. es la base para valorar el monto de las pérdidas.

Nota: La presente tabla describe los 2 Indicadores de área del área Seguridad y Vigilancia.

d. Indicadores del área de Limpieza:

Tabla 8: Indicadores del área de limpieza

Tipo de indicador de desempeño	Indicadores	Descripción
Eficacia	Porcentaje de retraso o suspensión de una actividad o trabajo en el área asistencial del Instituto por falta de limpieza dentro de los plazos establecidos	Nos permitirá conocer el grado de responsabilidad que tendría el servicio de limpieza en el retraso o suspensión de los servicios hospitalarios.
Eficacia	Porcentaje de peticiones en situaciones de emergencia y urgencia en el área asistencial del Instituto que son atendidas fuera de tiempo de respuesta establecido:	Permite medir si el servicio el grado de responsabilidad que tiene el servicio de limpieza en los servicios de emergencia y urgencia hospitalaria
Eficacia	Tasa de ausentismo laboral del personal de limpieza	determina el total de días de ausencia al trabajo del personal de limpieza con respecto al total de días disponibles de este recurso humano en el mismo periodo.
Calidad	Porcentaje de quejas de los pacientes y/o personal de salud sobre la limpieza de la institución	Nos permitirá conocer a cuánto corresponde las quejas derivadas por la limpieza, sobre el total de quejas de la institución, y con ello conocer si el servicio se ha desarrollado con lo mínimo requerido.

e. Indicadores del área de Mantenimiento de equipos Biomédicos:

Tabla 9: Indicadores del área de mantenimiento de equipos biomédicos

Tipo de indicador de desempeño	Indicadores	Descripción
Eficiencia	Porcentaje de mantenimiento de equipos biomédicos	Este indicador muestra qué porcentaje de los equipos han recibido y /o se ha realizado mantenimiento de tipo correctivo y preventivo.
Eficacia	Porcentaje de órdenes de mantenimiento no atendidas	Refleja la capacidad instalada y la disponibilidad del conjunto de recursos necesarios para la oferta de este servicio y la capacidad de respuesta oportuna de esta área
Eficiencia	Porcentaje de equipos paralizados e inoperativos	Los equipos biomédicos pueden fallar por diferentes causas, entre ellas la falta de mantenimiento, uso excesivo o inadecuado. Este indicador muestra qué cantidad de los equipos biomédicos existentes se encuentran inoperativos para brindar una atención oportuna de los servicios.
Eficacia	Porcentaje de retraso, interrupción o suspensión de de la actividad asistencial por las deficientes acciones de mantenimiento de los equipos y/o fallo de los equipos biomédicos	Mide la cantidad de suspensión de la actividad asistencial por las deficiencias en las acciones del mantenimiento de los equipos y/o fallo de los mismos.

Nota: La presente tabla describe los 4 Indicadores de área del área de mantenimiento de equipos biomédicos.

2.7.1.1. Indicadores de Desempeño de los Servicios Clínicos:

Los análisis de estos indicadores no son objetivo de la presente investigación, sin embargo, se están incluyendo como información complementaria para el análisis de los indicadores no clínicos.

a. Indicadores de UPSS Hospitalización:

Tabla 10: Indicadores de UPSS Hospitalización

Tipo de indicador de desempeño	Indicadores	Descripción
Eficacia	Capacidad de cama hospitalaria en UPSS Hospitalización	El número total de camas hospitalarias disponibles que cuenta la UPS hospitalización, en condiciones de uso inmediato para pacientes hospitalizados, independientemente que estén ocupados o libres.
Eficacia	Promedio de permanencia en UPSS Hospitalización	Es el promedio de días de asistencia que recibe un paciente hospitalizado en un período de tiempo, los días de permanencia dependerá de acuerdo a cada patología y especialidades.
Eficacia	Rendimiento de cama en UPSS Hospitalización:	Permite medir el número de egresos hospitalarios por cada cama hospitalaria disponible en un periodo determinado, también conocido como índice de rotación.
Eficacia	Intervalo de sustitución de cama en UPSS hospitalización	Permite medir el tiempo que permanece una cama desocupada entre el egreso de un paciente y el ingreso de otro a la misma.
Eficacia	Porcentaje de Ocupación de cama	Permite medir el grado de utilización del recurso cama de hospitalización en un periodo de tiempo. El indicador evalúa la relación que existe entre pacientes que ingresan y la capacidad real de camas de un hospital.

Nota: La presente tabla describe los 5 indicadores de hospitalización de acuerdo con el manual de MINSA (2013).

Tabla 11: Indicadores de UPSS Centro Quirúrgico

Tipo de indicador de desempeño	Indicadores	Descripción
Eficacia	Capacidad de sala de operaciones	El número total de salas de operaciones disponibles.
Eficacia	Rendimiento de Sala de Operaciones	Permite conocer el promedio de intervenciones quirúrgicas electivas que se realizan, en cada sala de centro quirúrgico, este indicador permite identificar el grado de uso de las salas de operaciones
Eficacia	Tiempo de Espera Quirúrgica	El tiempo desde que se decide la intervención quirúrgica de un paciente apto hasta que se realiza la cirugía.
Eficacia	Tasa de complicaciones intra y Postoperatorios:	Morbilidad y mortalidad dentro del acto quirúrgico y Mortalidad post operatorio dentro de las 24 horas de la cirugía realizada.

Nota: La presente tabla describe los 4 indicadores de UPSS Centro Quirúrgico de acuerdo al manual de MINSA (2013).

c. Indicadores de UPSS Emergencia:

Tabla 12: Indicadores de UPSS Emergencia

Tipo de indicador de desempeño	Indicadores	Descripción
Eficiencia	Capacidad de camas en UPSS emergencia	El número total de camas disponibles de la UPS Emergencia
Eficiencia	Porcentaje de atenciones en emergencia:	Es el porcentaje de pacientes que permanecen hospitalizados en sala de emergencia con estancia igual o mayor de > de 12 horas.
Eficiencia	Promedio de espera de atención en emergencia:	Es la relación del tiempo transcurrido desde el ingreso a sala de emergencia hasta el inicio de la atención, entre el total de pacientes atendidos por daño determinado.

d. Indicadores de Mortalidad Hospitalaria:

Tabla 13: Indicador de Mortalidad hospitalaria

Tipo de indicador de desempeño	Indicadores	Descripción
Eficacia	Mortalidad Hospitalaria	Proporción de fallecidos en el instituto respecto al total de egresos durante un mismo periodo, considerando solo las muertes que ocurrieron a partir de las 48 horas de ingresado el paciente.

Nota: La presente tabla muestra el indicador de mortalidad de acuerdo al manual de MINSA (2013).

2.7.1.2. Indicadores Costo de Oportunidad, Valor por Dinero.

Tabla 14: Indicadores de costo de oportunidad, valor por dinero

Tipo de indicador de desempeño	Indicadores	Descripción
Economía	Costo promedio por paciente	Representa el total de gasto de una institución de salud en un periodo determinado dividido entre el total de pacientes atendidos
Economía	Costo promedio por Servicio	Representa la suma de los gastos en la prestación de servicios, así como del gasto de los suministros médicos, dividido por el número de atenciones
Economía	Ejecución Presupuestaria	Representa el porcentaje de los gastos realizados en relación con el presupuesto fijado para un determinado periodo de tiempo

Nota: La presente tabla muestra los 4 indicadores del costo de oportunidad.

3. Marco Normativo:

- Decreto Legislativo N° 1362

Según el artículo 29 del reglamento del DL N° 1362 ,2018, las Asociaciones Público-Privadas (APP) en el Perú se constituyen como una de las modalidades de participación de la inversión privada, en la que se distribuyen de manera adecuada los riesgos del proyecto y se destinan recursos preferentemente del sector privado, para la

implementación de proyectos en los que se garanticen Niveles de Servicios óptimos para los usuarios.

La actual definición de APP se construye sobre el marco legal precedente y las mejores prácticas a nivel internacional, que consideran elementos como una asignación adecuada de riesgos entre los sectores público y privado y que en todas las fases del desarrollo de una APP se contemple el principio de Valor por dinero, que busca la combinación óptima entre los costos y la calidad del servicio público ofrecido a los usuarios, a lo largo de la vida del proyecto. (D.L N°1362,2018).

Tabla 15: Características de las APP

Ítems	Características	Descripción
1	Contratos de largo plazo	Los Contratos de APP duran máximo 60 años (incluye ampliaciones y renovaciones) y, en el caso de IPC, duran un mínimo de 10 años.
2	Rol del privado	Participación activa del sector privado (diseño, construcción, financiamiento, operación, mantenimiento, transferencia o reversión del activo, etc.), lo que implica que el privado asuma una gran parte de los riesgos inherentes al proyecto, según se defina en el Contrato de APP. El sector público define objetivos de interés público y/o la política de precios (tarifa) y controla el cumplimiento de los objetivos fijados y de los compromisos establecidos en el Contrato de APP.
3	Modo de repago	El repago a las fuentes de financiamiento del proyecto de APP está en función de la clasificación del proyecto (cofinanciado o autofinanciado) y puede provenir de pagos periódicos que realiza el ente público al privado y/o del cobro de tarifa a los usuarios.
4	Distribución de riesgos	El reparto de los riesgos se realiza bajo el principio de asignar el riesgo a la parte que esté mejor capacitada de administrarlo.
5	Empaquetamiento de actividades	Las actividades necesarias para el desarrollo de un proyecto (diseño, financiamiento, construcción, operación y mantenimiento) pueden estar todas a cargo del inversionista (contrato integral) o bien una combinación de ellas. Si bien la responsabilidad sobre determinadas actividades puede variar entre proyectos, bajo una APP, la gestión de la infraestructura queda en manos del privado para que el sector público pueda prestar el servicio público a los usuarios. La responsabilidad de la prestación del servicio público queda siempre en manos del sector público razón por la cual una APP no es una privatización de servicios públicos.

Ítems	Características	Descripción
6	inversión mínima	Las APP cofinanciadas de origen estatal requieren de montos de inversión mínimos para ser desarrolladas, dependiendo del alcance de cada proyecto, como: - Proyectos de relevancia nacional, estos deben tener un CTI o CTP, en los casos en que no contengan un componente de inversión, mayor a 10,000 UIT (S/ 42 millones). - En cuanto a los proyectos de competencia de los Gobiernos Regionales y Gobiernos Locales el CTI o CTP, en caso de que no contengan un componente de inversión, debe superar las 7 000 UIT (S/ 29.4 millones)
7	Desarrolla infraestructura pública, servicios públicos, entre otros.	Las APP pueden comprender bajo su ámbito, de manera enunciativa: - Infraestructura pública en general - Servicios públicos - Servicios vinculados a la infraestructura y servicios públicos. - Proyectos de investigación aplicada. - Proyectos de innovación tecnológica.
8	Generan compromisos al Estado	Compromisos Firmes: - Obligaciones de pago de importes específicos o cuantificables - Generados como contraprestación a lo previsto en el Contrato - Compromisos Contingentes: - Potenciales obligaciones de pago - Se derivan por la ocurrencia de uno o más eventos correspondientes a riesgos propios del proyecto de APP

Nota: La presente tabla es adaptado del (D.L N°1362,2018)

Ámbito de Aplicación:

En el artículo 2 del (Decreto Legislativo N°1362,2018), nos indica que el presente Decreto Legislativo es de aplicación a las entidades pertenecientes al Sector Público No Financiero (SPNF), conforme a lo dispuesto en el Decreto Legislativo N°1276, Decreto Legislativo que aprueba el Marco de la Responsabilidad y Transparencia Fiscal del Sector Público No Financiero, es decir, los Ministerios, Gobiernos Regionales, Gobiernos Locales, así como otras entidades públicas habilitadas mediante ley expresa. Respecto al ámbito territorial, la Ley Marco de APP y su reglamento se aplican en todo el territorio nacional y en los tres niveles de gobierno, siendo de cumplimiento obligatorio para cualquier funcionario y/o servidor público.

- **Decreto Legislativo N°1543 (2022)**

Modifica el Reglamento del Decreto Legislativo N 1352, dicta medidas para mejorar la gestión de proyectos y los procesos de la promoción de la inversión privada, modificando los artículos 5, 9, 15, 18, 23, 27, 29, 34, 40, 41, 44, 45, 47, 48, 49, 53, 55, 60, 61, 79, 80, 103, 104, 12.

- **Decreto Legislativo N°1252**

Es el que crea el Sistema Nacional de Programación Multianual y Gestión de Inversiones, 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.

- **Decreto Legislativo N°1432**

Modifica el Decreto Legislativo N°1252 que crea el Sistema Nacional de Programación Multianual y Gestión de Inversiones.

- **Decreto Legislativo No 1157:** Aprueba la Modernización de la Gestión de la Inversión Pública en Salud.

- **Decreto Legislativo N 1161:** Aprueba la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.

Capítulo III: Marco Metodológico:

1. Enfoque de la investigación

1.1. Tipo de Investigación

El enfoque de investigación es cuantitativo, ya que nos permite trabajar con datos comparables y promedios, entender relaciones de causa y efecto, haciendo posible que nuestros resultados e investigación se usen para reproducir este estudio u otros similares en otros establecimientos de salud del país, e incluso en otros sectores; además, esta metodología permitirá establecer protocolos de recopilación de datos estandarizados que pueden usar otros investigadores para repetir la investigación.

1.2. Diseño de estudio

El diseño de la investigación es no experimental de tipo transeccional. Es no experimental en la medida que las variables de análisis no han sido alteradas ni modificadas. Y es un estudio de tipo transeccional dado que el análisis se realizó en un periodo determinado de tiempo. Hernández-Sampieri y Mendoza (2018) plantean que las investigaciones de tipo transeccional se caracterizan por “recolectar datos en un solo momento, en un tiempo único”.

La investigación es de tipo descriptiva y retrospectiva. El nivel de la investigación será aplicado.

1.3. Población de estudio

Institutos Especializados de Salud del Ministerio de Salud ubicados en Lima Metropolitana.

1.4. Población Muestral

La muestra es no probabilística, y se considerará a 3 Institutos Especializados de salud.

- Instituto Nacional del Niño de San Borja
- Instituto Nacional Especializado del Niño Breña
- Instituto Nacional Materno Perinatal

1.5. Unidades de análisis

En este caso la unidad de análisis son los indicadores de gestión de los servicios no clínicos (número de camas, número de intervenciones quirúrgicas realizadas / total de sala de operaciones, porcentaje de intervenciones quirúrgicas suspendidas por falta de ropa, porcentaje de retraso o suspensión de una actividad o trabajo por falta de limpieza dentro de los plazos establecidos), de acuerdo con cada área de los institutos especializados de análisis.

1.6. Operacionalización de variables

Variable Independientes: Modelo de gestión hospitalaria

Variabes Dependiente: Desempeño de los servicios no clínicos

2. Alcance de la investigación:

El alcance de la presente investigación es descriptivo, se refiere a un nivel de profundidad que, si bien es básico, implica contar con una buena base de conocimiento previo acerca del tema y fenómeno de estudio, de manera que, una investigación de este alcance puede inclusive proponerse como fundamentalmente descriptiva, o bien, incorporar algún grado exploratorio dentro de sus etapas.

De acuerdo con Hernández y Baptista (2014), una investigación con enfoque cuantitativo puede tener los siguientes alcances, dependiendo, tanto de los resultados de la revisión de la literatura y de la perspectiva del estudio, como de los objetivos del investigador.

2.1. Delimitación del Estudio

2.1.1. Delimitación espacial

Se recolectó datos del Instituto Nacional del Niño de San Borja, del Instituto Nacional de Salud del Niño Breña e Instituto Nacional Materno Perinatal. Esta investigación se realizó en los Institutos Especializados localizados en la Provincia y departamento de Lima.

2.1.2. Delimitación temporal

Transversal: Periodo de tiempo, se realizó con los datos del año 2018 al 2019.

2.2. Criterios de inclusión y exclusión:

Criterios de inclusión

- De acuerdo con MINSA, en el Perú se encuentran 13 Institutos Especializados de Salud, de los cuales 02 pertenecen a ESSALUD, 03 a gobiernos regionales, y 08 al MINSA.
- Para la investigación, se tomó en cuenta a los Institutos Especializados del MINSA, los cuales se encuentran ubicados en la provincia de Lima. Por tanto, se excluye a los Institutos de ESSALUD y de los Gobiernos Regionales.
- De los 08 Institutos Especializados de Salud, para elegir la muestra de análisis, se tomó en cuenta como primer punto al Instituto Especializado que cuenta con una gestión de servicio no clínico privado - APP de bata gris (únicamente se incluirá los servicios mantenimiento de equipos biomédicos, servicio de alimentación, servicio de lavandería, servicio de limpieza y servicio de seguridad), el cual presenta una gestión privada de los servicios no clínicos. En este caso, se considera al Instituto Nacional de Salud del Niño de San Borja.
- Como segundo punto, se tomará en consideración un instituto especializado de salud que presente una gestión pública de los servicios no clínicos, y que, a su vez, para disminuir los errores en la información recolectada, presente una cartera de servicios similar al de la APP, siendo esta el Instituto Nacional de Salud del Niño de Breña.
- Como tercer punto, se tomó en cuenta otro instituto especializado de salud que presente una gestión pública de los servicios no clínicos, pero que evidencie una tercerización de algunos servicios no clínicos, configurando en ese sentido como una gestión mixta. Asimismo, para reducir sesgos en la información, se considera además un establecimiento de salud con una cartera de servicio semejante, siendo esta el Instituto Nacional Materno Perinatal.

Criterios de exclusión

- Institutos especializados de salud ubicados fuera de Lima metropolitana.
- Institutos especializados de salud que no están enfocados en la población infantil.

3. Recolección de datos:

En este estudio se realizó la recopilación de información para el análisis de contenido, se basó en la lectura que debe realizarse siguiendo el método científico, es decir, debe ser sistemática, objetiva, replicable y válida. Se utilizaron las fuentes primarias (datos institucionales de los institutos especializados de salud, en sus diferentes áreas) y las secundarias (son aquellas en donde se obtienen los datos de diferentes documentos e informes tales como el SIAF, MOF, ROF, ASIS, la OSCE, los contratos de servicios, Portal de Transparencia de cada institución y del Portal de transparencia económica del MEF, informes mensuales de supervisión de APP por Currie & Brown).

La obtención de datos se realizará a través de una solicitud a cada una de las entidades involucradas en el estudio, específicamente de las siguientes áreas administrativas: Área de Servicios Generales, Área de Oficina de Estadística e informática, Área Presupuesto y Planeamiento.

3.1. Técnicas e instrumentos:

- La técnica a utilizar será a través de la búsqueda bibliográfica de trabajos relacionados al tema ejecutados en el Perú o en otra parte del mundo para analizar los efectos del modelo de gestión hospitalaria en el desempeño de los hospitales.
- Se revisará el marco normativo referente a las APP en el Perú y la ley de Contratación del Estado en el caso de gestión pública tradicional.
- La recolección de datos se realizará a través de una solicitud a cada una de las entidades involucradas en el estudio, específicamente de las siguientes áreas administrativas: Área de Servicios Generales, Área de Oficina de Estadística e informática, Área Presupuesto y Planeamiento y el Área de la Gestión de la Calidad.
- El instrumento por utilizar consiste en una ficha de recolección de datos.

- Para el cálculo de la producción de los servicios no clínicos y sus rendimientos, se procedió a realizar la descripción de los principales factores que tienen incidencia en la producción de los institutos especializados de salud de la muestra, y posterior a ello, se realizó un análisis en relación a los costos asociados. Asimismo, se realizó un análisis tanto de los costos de cada uno de los servicios no clínicos, así como sus principales indicadores, y con ello, se analizó el grado de influencia en la producción del establecimiento.
- De acuerdo con la información analizada de todos los indicadores de producción y rendimiento de los 03 institutos especializados de salud de la muestra, presentados en el marco metodológico, se eligió utilizar 09 indicadores homogéneos, los cuales, para la presente investigación, son los que ayudaron a evaluar el desempeño de los servicios clínicos.

3.2. Validez y confiabilidad del instrumento

Al ser el instrumento una ficha de recolección de datos, no se necesitó de la comprobación de la validez a través de expertos, ni la prueba de consistencia interna a través de prueba de confiabilidad.

3.3. Plan de procesamiento y análisis de datos

Para el análisis de datos se usó estadística descriptiva, que permitió describir los resultados mediante distribución de frecuencias, promedios, tasas, y medidas de tendencia central. Para la presente investigación se utilizaron los datos que fueron obtenidos de las fuentes de información primaria y secundaria de los 03 institutos especializados de salud, de las unidades respectivas, para luego ser ingresado en una tabla de datos de Excel, en la cual se tabuló y clasificó para su análisis, mediante técnicas de estadística descriptiva, que permitió describir los resultados mediante distribución de frecuencias, promedios, tasa y medidas de tendencia central.

Capítulo IV: Resultados y análisis

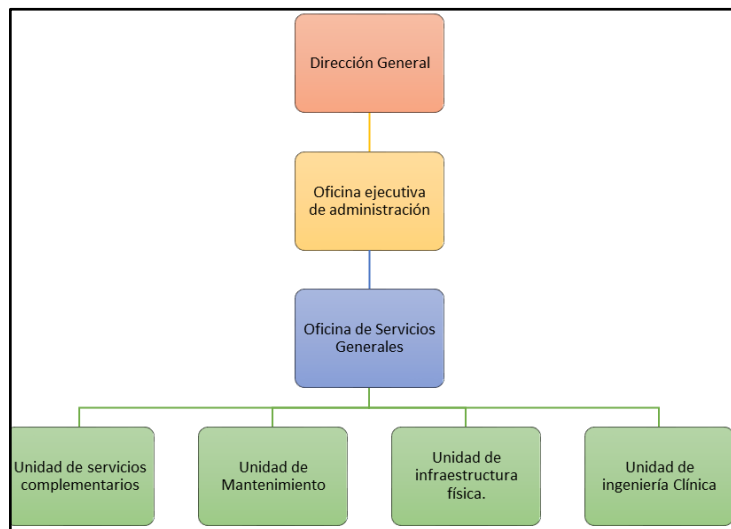
1. Recolección de datos

Para la recolección de datos de los 03 Institutos Especializados, se realizó el trámite administrativo exigido por cada entidad, este proceso presentó las siguientes limitaciones:

- 1) El modelo del proyecto de tesis exigido por cada institución es diferente
- 2) Los requisitos solicitados para la aprobación fueron heterogéneos
- 3) El costo en el INSN-Breña fue de S/ 800 soles, en el INMP S/ 260 soles y en el INSN-SB el pago ha sido exonerado debido a que uno de los estudiantes pertenece a la entidad
- 4) Todas las instituciones exigían un asesor interno con experiencia en el área del tema de estudio, en el INSN- Breña teníamos que conseguirlo de forma independiente y en las otras 2 instituciones nos lo asignaron
- 5) El tiempo que tomó el trámite del proyecto hasta la aprobación fue de 2 meses en INMP, 10 meses en el INSN-Breña, y 6 meses en el INSN-SB
- 6) La carencia de articulación entre las diferentes áreas dentro de la administración de los hospitales con modelo tradicional.

1. Organigramas de servicios generales de INSN-Breña y INMP

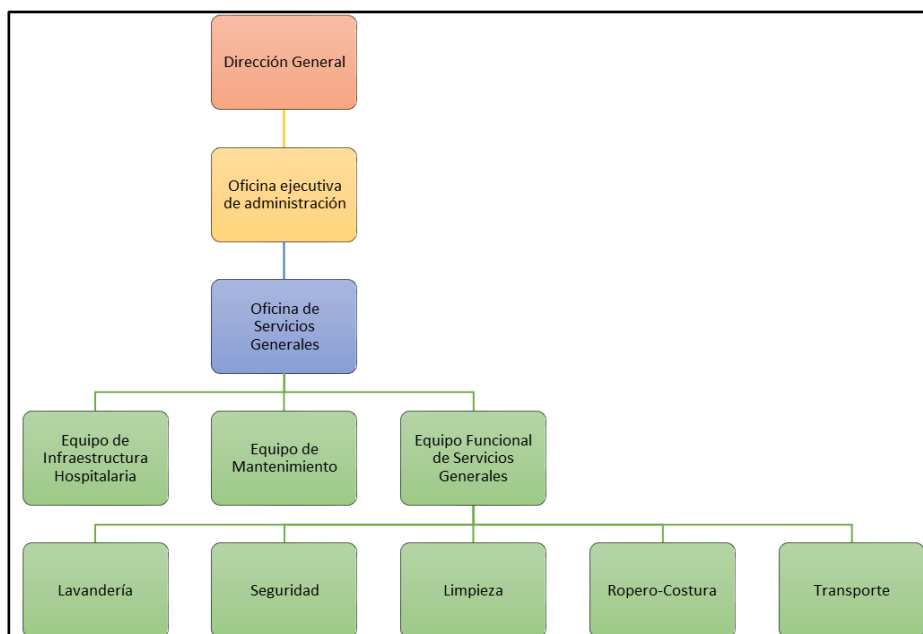
Ilustración 1: Organigrama del área de servicios generales en el INSN - Breña



Nota: Adaptado de Ministerio de Salud, Instituto Nacional de salud del Niño de Breña

En este organigrama del INSN de Breña, se observa que los servicios no clínicos pertenecen a la Oficina de Servicios Generales, la cual, a sí misma, está a cargo de la Oficina Ejecutiva de Administración. Esta información fue extraída del Manual de Organización y Funciones de la institución de la Oficina de Servicios Generales, que incluye dentro de sus unidades, las áreas de mantenimiento, infraestructura física, ingeniería clínica y servicios complementarios (MINSA, Instituto Nacional de salud del Niño de Breña, 2011).

Ilustración 2: Organigrama del área de servicios generales en el INMP



Nota: Adaptado de: Ministerio de Salud, Instituto Nacional Materno Perinatal.

En el organigrama del INMP también se pudo evidenciar que los servicios no clínicos se encuentran incluidos dentro del Equipo Funcional de Servicios Generales, el cual a su vez pertenece a la Oficina de Servicios Generales, juntamente con los Equipos de Mantenimiento y el Equipo de Infraestructura Hospitalaria. Esta estructura es similar pero no igual a la observada en el organigrama del Hospital del Niño de Breña.

Por otro lado, en el organigrama general del Instituto del Niño de San Borja (Anexo 1) se evidencia que no se mencionan los servicios generales dentro de la unidad de administración, ni tampoco en ninguna otra unidad funcional, este hecho era de esperarse ya que la administración de todos los servicios no clínicos como: lavandería, limpieza, seguridad y alimentación en la INSN-San Borja se encuentra tercerizado, a cargo de la empresa Gestion Peruana de Hospitales desde su creación.

2. Análisis del caso Asociación Pública Privada - INSN-SB

El Instituto cuenta con la mejor infraestructura y equipamiento, según lo especificado en el Proyecto de Inversión Pública "Nuevo Instituto Nacional de Salud del Niño, INSN, tercer nivel de atención, 8vo nivel de complejidad, categoría III-2, lima -Perú, con el código SNIP N 2063067. En el proyecto se consideraron 16,996 equipos biomédicos complementarios, electromecánicos, instrumental, informáticos de laboratorio, mobiliario administrativo y mobiliario clínico. El Instituto Nacional de Salud del Niño -San Borja pertenece a la unidad ejecutora 139.

En el contrato de gerencia firmado en el 2014 a la actualidad el INSN-SB mediante APP, cuenta con los servicios de mantenimiento para la edificación, las instalaciones y del equipamiento, de acuerdo a lo estipulado en la cláusula octava del contrato de gerencia entre el MINSa (contratante) y la Sociedad Gestora del proyecto (Gestora Peruana de Hospitales S.A. - GEPEHO). Los servicios que brindan de acuerdo con el contrato son un total de 10 servicios. (MINSa 2014), siendo estos:

1. Mantenimiento de la edificación, las instalaciones y del equipamiento electromecánico asociado a la infraestructura.
2. Mantenimiento del equipo clínico y equipo no clínico.
3. Operación y mantenimiento de los servicios generales de alimentación.
4. Operación y mantenimiento de los servicios generales de lavandería.
5. Operación y mantenimiento de los servicios generales de limpieza.
6. Operación y mantenimiento de los servicios generales de seguridad integral.

De todos los 10 servicios no clínicos contratados de acuerdo con el MINSa, en el presente análisis únicamente se analizarán los que son de bata gris.

Respecto al servicio de mantenimiento, para la realización de la verificación de los trabajos de bienes, el INSN- SB cuenta con los sistemas de información: Software (Módulo Integrado de Gestión Administrativa - SIGA), mediante el cual el área de patrimonio de la institución consolida la información; fichas y técnicas elaboradas por el Área de Servicios Generales, por otro lado el INSN-Breña y la INMP cuentan con el mismo software para hacer el control; esto nos permitió obtener datos similares respecto a estos servicios, sin embargo en la INSN-SB cuenta con un sistema diferencial de

registro histórico (el registro se realiza a través del aplicativo informático “Sistema de Mantenimiento Hospitalario - MANTHOSP”, que ha sido brindado por la empresa GEPEHO. (MINSa, 2014), que permite observar el estado actual de los equipos de manera actualizada, lamentablemente el INSN-Breña y INMP no cuentan con un aplicativo similar, lo que podría causar que el usuario de los equipos no se encuentre informado del estado de los equipos en mantenimiento.

Asimismo, para la supervisión de los servicios que se brinda mediante la modalidad APP, el INSN-SB cuenta con los servicios de la empresa Currie& Brown, en cumplimiento del contrato de gerencia, realizando la verificación técnica de los trabajos de mantenimiento de la infraestructura y equipamiento (MINSa, 2014).

3. Total, de atenciones de los institutos especializados en el años 2018 y 2019

De acuerdo a los informes del Análisis de Situación de Salud de los 3 institutos especializados de salud de la muestra, con igual categorización (III-2), siendo los de mayor complejidad y de referencia a nivel nacional, es importante conocer la información global de la atenciones de acuerdo a la UPPS (consulta externa, hospitalización, emergencia y atenciones de urgencia); de acuerdo a esta información, conocimos la demanda de cada servicio, y esto nos permitió determinar si existe mayor número de atenciones en los servicios de lavandería y alimentación de acuerdo a mayor número de atenciones en hospitalización de cada instituto, sobre todo enfocado en los pacientes hospitalizados que tienen más tiempo de permanencia, y por tanto, podrían generar un mayor gasto a la entidad.

Tabla 16: Número de atenciones

Institutos		Años	
		2018	2019
INSN - Breña	Consulta externa	336,426	332,327
	Hospitalización (Egresos hospitalarios)	10,225	10,930
	Emergencia	30,640	28,279
	Atenciones en Urgencia	32,942	39,475
	Total	410,233	411,011
INMP	Consulta externa	96,002	94,315
	Hospitalización (Egresos hospitalarios)	26,508	24,758
	Emergencia	68,980	63,133

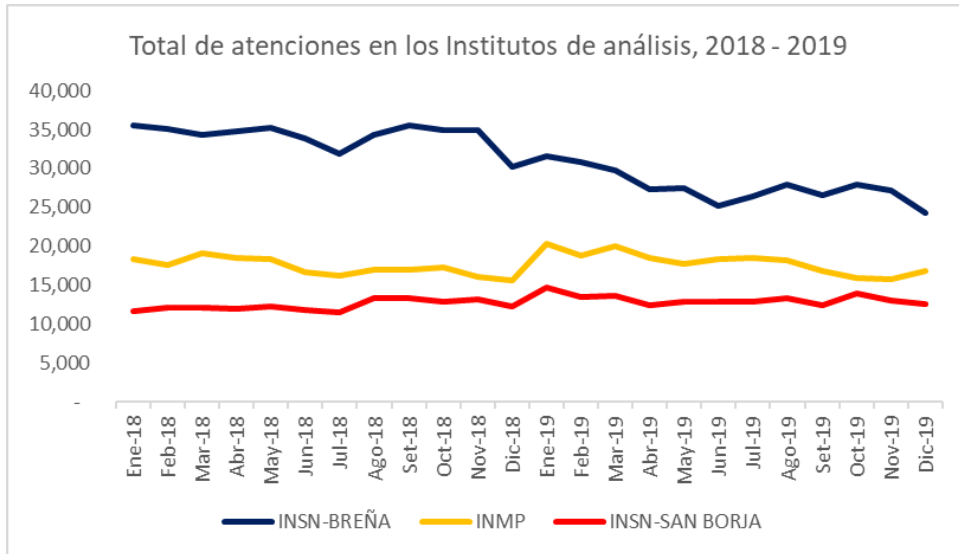
Institutos		Años	
		2018	2019
INSN - San Borja	Urgencia	16,620	33,786
	Total	208,110	215,992
	Consulta externa	128,077	142,753
	Hospitalización (Egresos hospitalarios)	5,620	5,368
	Emergencia	3,148	2,400
	Atenciones en Urgencia	11,848	8,055
	Total	148,693	158,576

Nota: La presente tabla muestra el número de atenciones de los 03 Institutos, en base a documentos ASIS 2018 y 2018 de los Institutos (INSN-SB y INSN-Breña).

En el caso de INSN-Breña, observamos una marcada diferencia en el total de atenciones por consulta externa; esto debido a que ellos consideran en el total de atenciones, tanto las consultas médicas como las consultas no médicas. Esta diferencia en la contabilización de las atenciones en consulta externa nos permitió tomar la decisión de excluirlo del análisis comparativo. Sin embargo, la consulta externa es un buen indicador de consumo y accesibilidad de servicios de Salud debido a que señala la tendencia del público para demandar atención médica, y de la misma forma, marca en qué medida están accesibles los servicios. Marracino C. *et al.* (2009). La consulta externa es el lugar inicial donde la mayoría de los pacientes llegan para su primera atención referidos de hospitales de menor complejidad, y finalmente, es donde se realiza el diagnóstico inicial y se formula un plan de manejo terapéutico.

Respecto a las atenciones en la UPSS hospitalización, se muestra que el INSN-Breña tiene el doble de atenciones que el INSN-SB; para esta variable de análisis se consideró el total de egresos hospitalarios, repitiendo este valor en el 2018 y el 2019, posiblemente es debido a que cuentan con mayor disponibilidad de camas y manejan patologías que requieren atención en el servicio de medicina, donde tiene la mayor cantidad de servicios más que los de cirugía.

Ilustración 3: Curva de las atenciones en INSN Breña, INSN San Borja y INMP, 2018-2019



Nota: La presente ilustración muestra el número total de atenciones, en base a documentos ASIS 2018 y 2019 de los Institutos (INSN-SB y INSN-Breña).

4. Total de camas de los Institutos Pediátricos

Es importante conocer la cantidad de camas hospitalarias que nos permitirá determinar los indicadores de producción que describiremos posteriormente, y conoceremos la oferta de camas que cuenta cada instituto para hospitalización tanto en UCI y hospitalización.

Tabla 17: Total de camas hospitalarias INSN SB y INSN-Breña 2018

UPSS	Total de camas INSN-SB	Total camas INSN-Breña
Hospitalización	243	365
UCI	59	20
TOTAL	302	385

Nota: La presente tabla muestra el total de camas hospitalarias de los Institutos Especializados Pediátricos.

Del total de camas operativas del 2018, podemos ver que del total de camas es diferente tanto en hospitalización y unidad de cuidados intensivos (UCI), presentándose que, en el INSN-Breña se tuvo 365 camas en hospitalización, superior en 122 a las camas operativas del INSN San Borja. Sin embargo, en cuanto

a las camas en UCI operativas, el INSN San Borja presentó 59 camas operativas, mientras que el INSN de Breña sólo contó con 20 camas operativas, reflejando que el INSN San Borja cuenta con una mayor su cobertura en el manejo de pacientes pediátricos complejos que requieren UCI.

5. Servicios Hospitalarios y Atenciones por servicio de los institutos especializados pediátricos:

En nuestro estudio tenemos a 02 institutos pediátricos (INSN-Breña y INSN-SB), con la misma población objetivo, siendo estos los recién nacidos, hasta los 17 años 11 meses 29 días; asimismo, cuentan con la misma categoría, complejidad y UPSS, pero con diferencias tanto en el volumen de atención de los pacientes por año, como en la distribución de sus servicios hospitalarios, número de camas por servicio, complejidad de intervenciones quirúrgicas y número de intervenciones quirúrgicas por año.

De acuerdo al ASIS, el INSN-Breña tiene servicios de medicina con 13 departamentos (Medicina "A", Medicina "B", Neumología, Cardiología, Neuropediatría, Medicina "C", Medicina "D", Infectología, Nefrología, Dermatología, Neonatología, Gastroenterología, Hematología), y el servicio de cirugía con 10 departamentos (Cirugía General, Urología, Neurocirugía, Oftalmología, Cirugía Plástica y Quemados, Cirugía de Tórax y Cardiovascular, Otorrinolaringología, Traumatología, Cabeza y Cuello Ginecología). A continuación, se presenta la tabla de acuerdo al total de atendidos:

Tabla 18: Total de atendidos por servicio medicina INSN Breña año 2018 y 2019.

Áreas	Total de atendidos 2018	Total de atendidos 2019
Dpto de Medicina	5,075	5,497
Dpto de Cirugía	3,499	4,042

Nota: La presente tabla se evidencia el total de atendidos por Servicio tomado del ASIS

Podemos observar que en el INSN-Breña, sus atenciones son mayores en el departamento de medicina, teniendo más servicios clínicos en este Instituto.

Se analizó la producción en la UPSS de Centro Quirúrgico para el INSN-Breña. De acuerdo al ASIS 2018, se han realizado un total de 8,834 cirugías, siendo el mayor porcentaje el

relacionado a la cirugía general. con 1,766 cirugías, seguido de oftalmología, con 1,202 cirugías, en tercer lugar, las urológicas con 828 cirugías, y en menor número las especialidades de alta complejidad tales como las de Neurocirugía, con un total de 475, cirugía de tórax y cardiovascular, con 110 cirugías, y en cuanto a la especialidad de quemados, con 183 cirugías.

Por el otro lado tenemos al INSN-SB, en el cual sus prestaciones médicas están destinadas a brindar atención integral en el trasplante de progenitores hematopoyéticos, cardiología y cirugía cardiovascular, neurocirugía, atención del neonato complejo - cirugía neonatal y el paciente quemado. En cuanto a la cantidad de sus atenciones, estos alcanzaron un total de atenciones en hospitalización un total de 5,620 para el año 2018, y para el 2019 de 5,638; y en cuanto a las intervenciones quirúrgicas, para el 2018 alcanzaron un total de 5,168 cirugías electivas, las cirugías de emergencia un total de 1084, mientras que para el 2019 se realizaron un total de 5,483 cirugías electivas y 971 cirugías de emergencia. El mayor volumen de intervenciones quirúrgicas se encuentra en cirugía pediátrica, seguido de las intervenciones quirúrgicas de alta complejidad: quemados, neuroquirúrgicos, y cardiovasculares, tal como se muestra en la siguiente tabla ASIS (2018).

Tabla 19: Total de Cirugías electivas y emergencia por especialidades en el INSN SB 2019

ESPECIALIDAD	CIRUGÍAS
Cirugía pediátrica	886
Quemados	867
Neurocirugía	845
Traumatología	622
Cirugía plástica	613
Cabeza y cuello	558
Cardiovascular	424
Odontología	413
Urología	377
Otorrinolaringología	349
Oftalmología	244
Cirugía de Tórax	208
Ginecología	35
Donación y Trasplante	13
total	6454

Nota: La presente tabla, muestra el total de cirugías realizadas en el INSN-SB.

De todos los datos recogidos en la UPSS Centro Quirúrgico no se ha considerado una clasificación de acuerdo a la complejidad de la intervención quirúrgica en sus informes de ASIS. es importante mencionar que, a pesar de ser institutos especializados, no necesariamente se operan las cirugías más complejas del país, sino que, debido a muchos factores, un paciente con cirugía no compleja termina en los institutos especializados, a diferencia de EsSalud, que clasifican a sus pacientes de acuerdo al manual de clasificación de intervenciones quirúrgicas. IPSS (1998)

6. Producción de los servicios clínicos:

De acuerdo con la información presentada en la tabla Y, en el indicador de “promedio de permanencia”, se permite evaluar el grado de aprovechamiento de la cama en UPSS hospitalización, en el cual se aprecia que para el INSN San Borja, el total de días de estancia de los pacientes en hospitalización alcanzó para el año 2018 el valor de 15 días, y para el 2019 el valor de 16 días. Para el INSN Breña, el indicador arrojó para el 2018 y 2019 las cifras de 13.3 y 12.2 días respectivamente, el cual es ligeramente inferior al presentado en San Borja. Por último, para el INMP, se obtuvo para dichos años, los valores de 4.8 y 4.9 días, muy por debajo de lo presentado por los institutos especializados de salud del niño de Breña y San Borja, esto debido a la heterogeneidad existente entre sus servicios. En nuestra opinión estas diferencias en el promedio de permanencia se deben a que la mayoría de la población de la INMP son madres gestantes o púerperas que solo toman menos de una semana en que les den de alta, en cambio en el INSN-Breña y INSN-SB el tiempo de estadía varía de acuerdo a cada caso clínico.

En relación con el indicador de “Intervalo sustitución de cama”, este indicador mide el tiempo que una cama hospitalaria permanece desocupada desde el momento de un egreso hasta el próximo ingreso; para el año 2018, en observó que los indicadores fueron de 2.1, 0.4 y 2.0 días, tanto para el INSN-San Borja, INMP y el INSN - Breña, mientras que para el año 2019, estos fueron de 1.6, 0.5 y 1.6 días para los institutos mencionados. Se apreció que el indicador tiene un comportamiento similar para los dos institutos especializados en atención de pacientes pediátricos, y dicho comportamiento se refleja en los dos años de análisis, pero no cumplen con el valor de intervalo de sustitución

ideal, cuando es mayor que 0 y menor de 1 día de acuerdo con el MINSA “Indicadores de Gestión y evaluación hospitalaria. MINSA (2013)

En cuanto al “porcentaje de ocupación de camas”, se obtuvo valores similares para los institutos especializados de análisis. Para el caso del INSN-SB, en el 2018 se encontró un valor de 88,3%, y para el 2019 el valor de 90,1%; en el caso del INSN-Breña, los resultados fueron de 87,9% y 88,2% para el año 2018 y 2019, mostrando una ligera diferencia con mayor porcentaje para INSN-SB, ambos superando el estándar de 85 % propuesto por el MINSA; pero además, se observó que un porcentaje de 90.1% evidenciado en el INSN-SB podría reflejar un exceso en la demanda real para la atención en servicios de hospitalización.

En cuanto a la UPSS Centro Quirúrgico, en el caso de “rendimiento de sala de operaciones de emergencia“, para el 2018 se obtuvo un promedio de 126.5, 128.6 y 158.3 cirugías de emergencia para el INSN-Breña, INSN-SB y INMP respectivamente, y finalmente para el año 2019 los resultados tuvieron la misma variación de 112.3 ,113.3, 153.8 para el INSN - Breña , INSN-SB y el INMP respectivamente. Es importante considerar que ambos institutos pediátricos sólo cuentan con 1 sala de operaciones de emergencia, siendo igual los promedios de cirugía de emergencia, a pesar de que INSN-Breña tiene más atenciones de emergencia pero que posiblemente no todos son quirúrgicos y el INMP tiene 04 salas de operaciones para cirugía de emergencia, y así mismo es importante considerar que el volumen de paciente que atiende por emergencia es mayor en el INMP.

Respecto al indicador de “rendimiento de cirugías electivas”, estos mostraron similares resultados. El rendimiento de las cirugías electivas en el 2018 fueron de 55.7, 51.1 y 65,1 cirugías para el INSN-SB, INSN-Breña y el INMP respectivamente, mientras que para el 2019, estos fueron de 57.5 ,56.2 y 73,4 cirugías para el INSN-SB, INSN-Breña y el INMP, es importante mencionar que el total de sala de operaciones para cada instituto es diferente, el INSN- Breña tiene 8 quirófanos, el INMP tiene 04 quirófanos y el INSN -SB tiene 12 quirófanos para cirugía electiva, esto podría explicar que el promedio de cirugías electivas ha sido mayor en el INSN-Breña.

En el indicador “rendimiento de sala de operaciones”, para el INMP se encontró para los años 2018 y 2019, el valor de 111.3 y 113.9 respectivamente. Los resultados para este indicador son inferiores para los institutos pediátricos, siendo estos de 61.9 y 60.7 cirugías en el año 2018 y 2019 respectivamente para el INSN SB, y en el caso de INSN-Breña, de 67.1 y 70.2 cirugías, para dichos años, siendo ligeramente superior a INSN-SB, esto se podía explicar por el mayor número de cirugías de menor complejidad en INSN-Breña.

El último indicador de UPSS centro quirúrgico es el “porcentaje de cirugías suspendidas”, en el cual se obtuvo un mayor porcentaje de suspensiones en el INSN-SB, siendo 12.8 % y 12.7 % para el 2018 y 2019 respectivamente, encontrándose menor porcentaje para el INSN-Breña 9.7 % y 6.4 % para el 2018 y 2019 respectivamente, podemos ver que ninguno de los institutos pediátricos alcanzó la meta fijada por el MINSA que es del 5%. También vale la pena mencionar que en el ASIS del INSN-Breña reporta como una de las causas de suspensión a la carencia de materiales o servicios de apoyo, reportándose en el 2018 un 7,9% y en el 2019 un 8,6%, y en el caso del INMP el porcentaje de suspensiones fueron de 7,9% y de 1.9% en esos años.

De todos los indicadores mencionado, el más relevante es la tasa neta de mortalidad hospitalaria, obteniendo una mayor tasa para el INSN-SB en el 2018 de 3.7 y con disminución en el 2019 de 1.3, para el INSN- Breña, de 1.7 en el 2018, y 1.1 en el 2019; los resultados en ambos institutos han sido inferiores al 4%, que es la meta del MINSA y finalmente, en el INMP, la tasa de mortalidad fue inferior a la de los institutos pediátricos, tanto en el 2018 siendo de 0.7 como en el 2019 fue 0.6 .

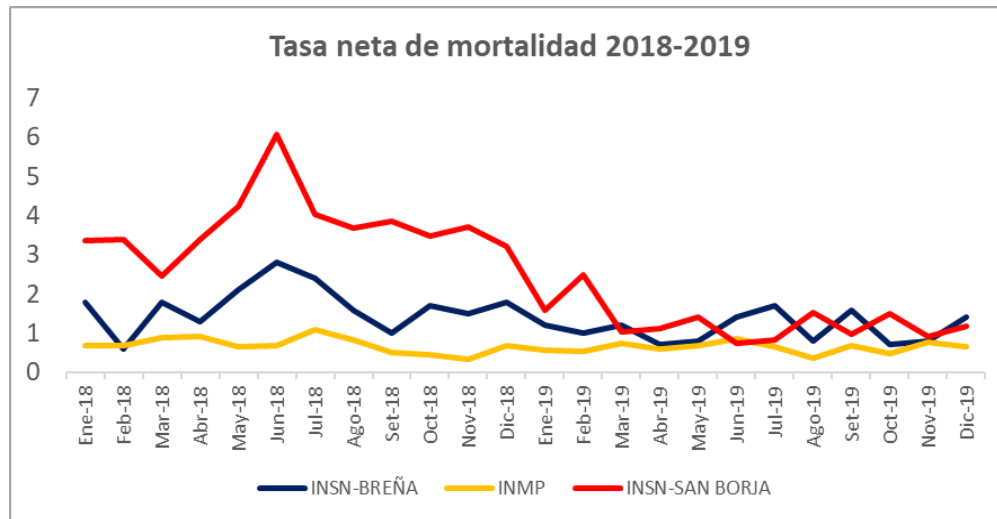
Otro indicador que es evaluado en otros estudios es el porcentaje de infecciones intrahospitalarias, en la búsqueda de la información únicamente encontramos el reporte para el INSN-Breña, mientras para el INSN-SB reportan mensualmente la densidad de incidencia / incidencia acumulada de infecciones asociadas a la atención en salud (IASS) de acuerdo a la NTS No 163-MINSA /2020 /CDC.

Tabla 20: Indicadores de producción de los Institutos Especializados de Salud 2018 - 2019

Ítem	Indicadores de producción	Año 2018			Año 2019		
		INSN Breña	INMP	INSN San Borja	INSN Breña	INMP	INSN San Borja
1	Promedio de permanencia	13.3	4.8	15	12.2	4.9	16
2	Intervalo de sustitución cama	2	0.4	2.1	1.6	0.5	1.6
3	Porcentaje ocupación de camas	87.9	92.5	88.3	88.2	90.9	90.1
4	Rendimiento cama	2.1	5.6	1.7	2.3	5.2	1.8
5	Rendimiento de Sala de Operaciones	67.1	111.3	61.9	70.2	113.9	60.7
6	Rendimiento de Sala de Operaciones (para cirugías de emergencia)	126.5	158.3	128.6	112.3	153.8	113.3
7	Rendimiento de Sala de Operaciones (para Cirugías Electivas)	51.1	65.1	55.7	56.2	73.4	57.5
8	Tasa Neta de Mortalidad	1.7	0.7	3.7	1.1	0.6	1.3
9	Porcentaje de Cirugías suspendidas	9.7	7.9	12.8	6.4	1.9	12.7

Nota: La presente tabla se evidencia los 09 Indicadores de los servicios clínicos de acuerdo a cada instituto especializado adaptado del ASIS 2018 -2019.

Ilustración 4: Tasa neta de mortalidad registrados en los institutos especializados, 2018 - 2019



Nota: La presente ilustración muestra la tasa neta de mortalidad de los 03 Institutos (2018-2019)

7. Costos servicios clínicos

De acuerdo con los datos extraídos del Seguimiento de Ejecución Presupuestal del Ministerio de Economía y Finanzas, para el año 2018, tanto el INSN y el INSN-San Borja ejecutaron cada uno S/227.9 MM. y S/222.9 MM., siendo estos montos en la práctica similares, mientras que el INMP ejecutó S/155 MM, menor al de los otros institutos. Sin embargo, para el año 2019, el presupuesto ejecutado del INSN-Breña aumentó a S/234.7 MM, mientras que en el INSN San Borja disminuyó a S/177.3 MM. En cuanto al INMP, el presupuesto ejecutado fue de S/157.5 MM, similar al del 2018.

Tabla 21: Ejecución presupuestal de los Institutos Especializados de Salud

Institutos	2018	2019
INSN - Breña	227,071,909	234,766,476
INSN - San Borja	222,986,908	177,307,746
INMP	155,091,587	157,512,936

Nota: La presente tabla muestra la ejecución presupuestal de acuerdo a Consulta Amigable (MEF).

8. Producción de los servicios no clínicos

8.1. Servicio de Lavandería

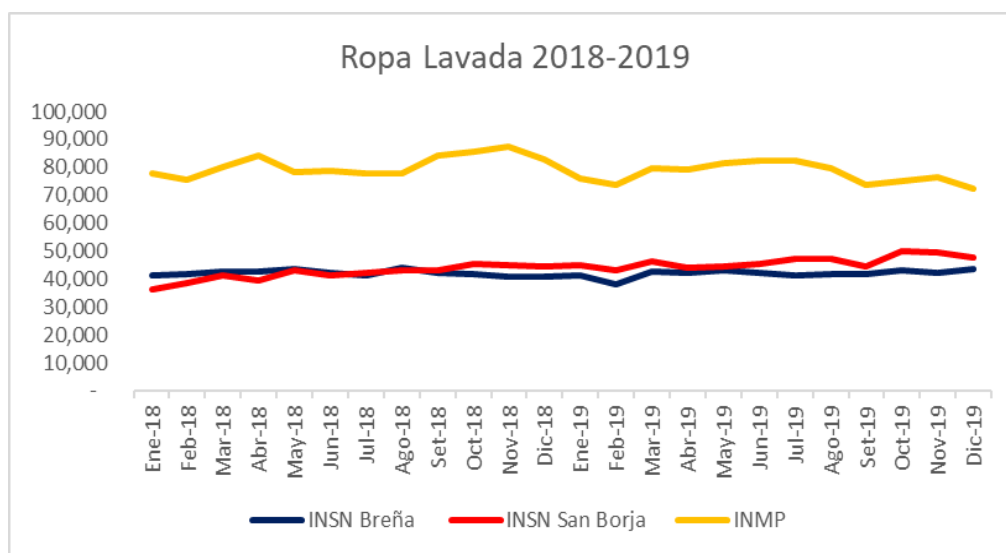
Tabla 22: Cantidad de ropa lavada (Kg) en los Institutos Especializados, 2018 - 2019

Institutos	2018		2019	
	Media Mensual	Total	Media Mensual	Total
INSN – Breña	42,019	504,231	41,910	502,920
INMP	80,976	971,714	77,709	932,504
INSN - San Borja	41,925	503,104	46,251	555,015

Nota: La presente tabla muestra la cantidad de ropa lavada de los 03 institutos especializados.

De acuerdo a Informe Mensual de Supervisión para el Minsa, en cuanto al servicio de lavandería, se observa que el INMP es la que tiene un total mayor de ropa lavada, en comparación con el total del Instituto de Salud de Breña y el de San Borja, los cuales tienen una cantidad de ropa lavada menor, y a su vez bastante similar entre ellos. Esta tendencia se repite tanto en el 2018 como en el 2019, y se evidencia lo mismo en la Ilustración 4, donde la cantidad mensual de ropa lavada de ambos institutos del niño se desarrolla de manera homogénea a lo largo de los 24 meses del estudio.

Ilustración 5: Cantidad de ropa lavada en los institutos especializados, 2018 - 2019



Nota: La presente ilustración muestra la cantidad de ropa lavada por mes de los 3 institutos especializados.

Para el caso del INSN San Borja, la empresa GEPEHO, a cargo del servicio de lavandería, realiza mediciones para medir el grado de cumplimiento en relación del contrato, y en los Informes mensuales de supervisión sobre la gestión de la APP para el MINSA, para el año 2018 se evidenció que existen indicadores que miden la satisfacción de los usuarios, así como el cumplimiento de los estándares del contrato de la APP, la misma que se presenta en el Anexo 02.

De la revisión de los indicadores, se observó que existe porcentaje de incumplimiento de ropa limpia fuera del plazo de 30 minutos para las intervenciones quirúrgicas, el cual podría retrasar el inicio de las cirugías. Asimismo, se encontró porcentaje de ropa limpia suficiente para cubrir la demanda del INS San Borja, la cual, para los meses de enero a agosto del 2018, la ropa no era suficiente, pudiendo ocasionar, en nuestra opinión, tiempos de espera para cirugías y hospitalización de los pacientes.

Por otro lado, presentan el porcentaje de retraso en la entrega, la cual se presentó para los meses de enero a junio del 2018, mientras que para el 2019 no se presentó retraso en la entrega de ropa limpia.

El INSN Breña y el INMP no contaron con el desarrollo de dichos indicadores, siendo este un factor que no ha permitido realizar una comparación con relación a la calidad de dicho servicio. Sin embargo, podría ser una variable que considerar para futuras investigaciones.

8.2. Servicio de Alimentación

En relación con el servicio de alimentación, de acuerdo a la información proporcionada por las áreas de nutrición de los institutos especializados de análisis, existen diferentes tipos de raciones de alimentación, mientras que para el INSN Breña³, se brinda 4 raciones (desayuno, almuerzo, cena, complementaria), para el caso del INSN San Borja⁴, también se brinda 4 raciones, entre desayuno, almuerzo y cena, y se agrega una ración de merienda. Si bien el público objetivo es homogéneo en ambos establecimientos, el tipo de raciones varía. En cuanto al INMP, el número de raciones si es de 3 por día, entre desayuno, almuerzo y cena.

³ Área de Servicio de Nutrición y Dietética del INSN-Breña

⁴ Informe mensual de supervisión para el MINSA

Por otro lado, se observó que, si bien el INSN Breña tiene un mayor número de atenciones por hospitalización en comparación al INSN San Borja, siendo de 10,225 atenciones en el 2018 para el INSN Breña, y de 5,620 atenciones en el mismo periodo para el INSN San Borja, siendo una relación aproximadamente de 2 a 1, similar al del periodo del 2019. Sin embargo, el número de raciones presentadas por el INSN Breña es menor en comparación con las raciones brindadas por el INSN San Borja, siendo que, para el año 2018, el INSN Breña reportó 709,445 raciones, mientras que el INSN San Borja generó 876,428 raciones en el mismo año; Asimismo, para el año 2019 se registró 704,958 para el INSN Breña, mientras que para el INSN San Borja, se registró 984,690.

Tabla 23: Cantidad de raciones de alimentación, por tipo, 2018-2019

Institutos		2018		2019	
		Pacientes	Personal	Pacientes	Personal
INSN - Breña	Desayuno	112,368	94,998	110,373	94,970
	Almuerzo	111,399	133,633	108,842	135,832
	Cena	89,339	71,335	89,525	69,899
	Complementaria	96,373		95,518	
INSN - INMP	Desayuno	87,977	56,387	85,534	58,077
	Almuerzo	93,402	92,179	90,882	88,941
	Cena	74,021	73,640	71,343	75,941
INSN - San Borja	Desayuno	238,386	-	242,793	-
	Almuerzo	282,184	-	304,396	-
	Merienda	112,456	-	129,280	-
	Cena	243,402	-	308,221	-

Nota: La presente tabla muestra la cantidad de raciones disgregado durante el periodo 2018-2019 de los 03 institutos especializados.

Tabla 24: Cantidad de raciones de alimentación total 2018-2019

Institutos	2018	2019
INSN - Breña	709,445	704,958
INMP	477,606	470,718
INSN - San Borja	876,428	984,690

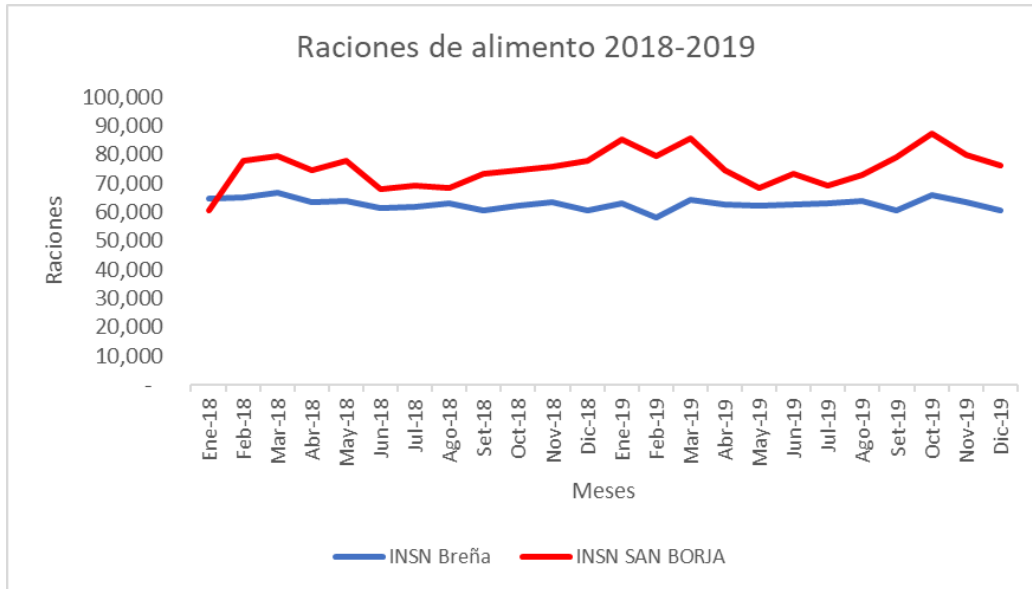
Nota: La presente tabla muestra el total de la cantidad de raciones en el periodo 2018-2019 de los 03 institutos especializados.

Esta diferencia en el número de raciones, en relación al número de atenciones, se puede deber a que en el INSN de Breña sólo se brinda alimentación a los pacientes hospitalizados, y al personal de guardia mientras que en el INSN San Borja, las raciones son brindadas tanto al paciente hospitalizado como a su tutor, y a todo el personal de turno, la cual ha sido evidenciado en nuestras visitas realizadas para el recojo de información.

Asimismo, en el Anexo N° 7 “Especificaciones técnicas de los servicios objeto del Contrato”, del Contrato de Gerencia del proyecto “Gestión del Instituto Nacional de Salud del Niño - San Borja”, se especifica que el servicio de alimentación está destinada para pacientes, familiares residentes en la zona temporal para madres, destinada a madres de pacientes ingresados en la planta octava de trasplante de médula ósea, niños en guardería, los familiares o acompañantes de los pacientes ingresados procedentes de provincia (máximo 2 acompañantes por pacientes), así como el personal de guardia.

En el INMP, se evidenció que las raciones solo son brindadas al paciente hospitalizado y al personal de guardia. Entonces, a nuestro juicio, el servicio brindado en el INSN San Borja pudo significar una mejora en la satisfacción del paciente y del tutor, mejorando de forma indirecta la calidad del servicio hospitalario.

Ilustración 6: cantidad de raciones de alimentos en los institutos especializados, 2018-2019



Nota: La presente ilustración muestra la cantidad de raciones de alimentos de los 3 institutos especializados.

Para el caso del INSN San Borja, la empresa GEPEHO, a cargo de los servicios no clínicos, entre ellos el servicio de alimentación, realizó la medición de las quejas de los usuarios relacionados con el servicio, el cual mide el grado de satisfacción de los usuarios. El INSN Breña y el INMP no realizó el nivel de satisfacción en relación a la alimentación. Si bien, para la presente investigación, no realizamos el análisis de satisfacción, podría ser una variable que considerar para futuras investigaciones.

8.3. Servicio de Limpieza

En relación con el servicio de limpieza, se encontró que tanto el INSN Breña como el INMP contratan a empresas especializadas para brindar el servicio. Para el caso del INSN Breña, en el Sistema Electrónico de Contrataciones del Estado – SEACE, se encontró que en mayo del 2016 se convocó un proceso para la contratación del servicio de limpieza hospitalaria, por un periodo de 24 meses. Desde la convocatoria hasta la firma del contrato, transcurrió 111 días calendario. El contrato se firmó en setiembre del 2016, por un monto de S/9,708,903.6 soles, el cual contempló la cantidad de 147 operarios de limpieza. El contrato culminó el 12 de noviembre del 2018.

Dado que en noviembre del 2018 culminó el contrato del 2016, correspondía realizar otro proceso para la contratación del servicio. Sin embargo, la convocatoria fue publicada el 8 de noviembre del 2018, en donde se otorgó la buena pro para el 20 de diciembre 2018. Este segundo contrato tuvo una vigencia desde el 12 de febrero de 2019 hasta el 12 de enero de 2021. El monto del contrato ascendió al S/10,970,549.83 soles, para la contratación de 152 operarios de limpieza, por un periodo de 24 meses.

Tabla 25: Características del servicio de limpieza en el INSN de Breña, 2018-2019

Características	Años donde se realizaron convocatorias / Contratos	
	2016	2018
1. Convocatoria	19/05/2016	8/11/2018
2. Otorgamiento de la buena pro	17/08/2016	20/12/2018
3. Número del contrato	Contrato N°167-INSN-2016	Contrato N°005-2019-INSN
4. Nombre del servicio	Contratación del servicio de limpieza hospitalaria para el INSN Breña por un periodo de 24 meses	Contratación del servicio de limpieza hospitalaria para el INSN Breña por un periodo de 24 meses
5. Monto del contrato	S/9,708,903.60	S/10,970,549.83
6. Monto mensual	S/404,537.65	S/457,106.24
7. Fecha de firma de contrato	07/09/2016	11/01/2019
8. Fecha de inicio de contrato	12/12/2016	12/02/2019
9. Fecha de fin del contrato	12/11/2018	12/01/2021
10. Número de operarios de los TDR	147	152

Nota: La presente tabla muestra las características del servicio de limpieza del INSN-Breña de acuerdo al Sistema Electrónico de Contrataciones del Estado.

Para el caso del INMP, en el SEACE, se encontró que en abril del 2016 se convocó un proceso para la contratación del servicio de limpieza hospitalaria, fumigación y jardinería, por un periodo de 24 meses. Desde la convocatoria hasta la firma del contrato, transcurrió 63 días calendario. El contrato se firmó en setiembre del 2019, por un monto de S/9,099,988.56 soles, el cual contempló la cantidad de 124 operarios de limpieza. Se encontró que, en octubre del 2017, se redujo el 10.62% del contrato, el cual fue comunicado mediante la Resolución Ejecutiva N°066-OEA-INMP-17. Para el desarrollo de esta investigación, no se pudo obtener el documento, con las causales de la reducción. Asimismo, dado que el contrato culminó el 01 de julio del 2018, se amplió el contrato por 94 días adicionales, así como se realizó la contratación de dos operaciones adicionales.

El 12 de julio se realizó el proceso para la contratación del servicio de limpieza hospitalaria, nuevamente para un periodo de 24 meses, pero de acuerdo con los términos de referencia de la convocatoria, se solicitó 100 operarios de limpieza, siendo ésta una cantidad menor al contrato anterior, el cual eran de 124 operarios, de los cuales 3 eran de jardinería, y 121 de limpieza.

Este segundo contrato en el INMP tuvo una vigencia de 24 meses, desde el 23 de octubre de 2020, por un monto de contrato del S/6,883,683.12 soles. Un dato relevante para el proceso de convocatoria fue que el tiempo que demandó la gestión, desde la publicación de la convocatoria, hasta la firma del contrato, fue de 111 días, donde, además, el otorgamiento de la buena pro se desarrolló aproximadamente 30 días después de lo estipulado en las bases, el cual pudo haber ocasionado un desabastecimiento del servicio.

Tabla 26: Características del servicio de limpieza en el INMP, 2018-2019

Características	Años donde se realizaron convocatorias / Contratos	
	2016	2018
1. Convocatoria	29/04/2016	12/07/2018
2. Otorgamiento de la buena pro	13/06/2016	25/09/2018
3. Número del contrato	Contrato N°084-2016-INMP	Contrato N°091-2018-INPM
4. Nombre del servicio	Contratación del servicio de limpieza hospitalaria fumigación y jardinería – 24 meses	Contratación del servicio de limpieza hospitalaria fumigación y jardinería y ex INO – 24 meses
5. Monto del contrato	S/9,099,988.56	S/6,883,683.12
6. Monto mensual	S/379,166.19	S/286,820.13
7. Fecha de firma de contrato	01/07/2016	31/10/2018
8. Fecha de inicio de contrato	02/07/2016	23/10/2018
9. Fecha de fin del contrato	01/07/2018	23/10/2020
10. Número de operarios de los TDR	124 ⁵	100

Nota: La presente tabla muestra las características del servicio de limpieza del INMP, de acuerdo al Sistema Electrónico de Contrataciones del Estado.

La gestión del proceso de contratación y del contrato, significó tanto para el INSN Breña como para el INMP, cambios tanto en monto del pago mensual, como del número de personal, el cual, a nuestro juicio, no permite una continuidad de las condiciones del servicio año a tras año, cambiando por ello las características del servicio, sin poder contar

⁵ 121 correspondieron a operarios de limpieza, y 03 a jardineros

con indicadores homogéneos para su medición intertemporal. Asimismo, con lo presentado en cuanto al tiempo de todo el proceso de la convocatoria hasta la firma del contrato, a nuestro parecer, puede significar un riesgo el no contar con el servicio en las fechas programadas, puesto que existiría el riesgo de desabastecimiento, y se tendría que activar otros mecanismos para la dotación del servicio.

Está claro que el efecto que podría tener un desabastecimiento del servicio de limpieza por riesgo de no realizar una adecuada gestión de contratación podría afectar en la producción hospitalaria, los días en el cual se presente dicho desabastecimiento. Este panorama no sucede para el caso del INSN San Borja, el cual, el servicio es brindado por la empresa adjudicataria de la APP de los servicios no clínicos, dado que tendría otros mecanismos para la contratación, en menor tiempo y/o en cumplimiento estricto de estándares de calidad, estipulados en el contrato.

En cuanto a la comparación en la gestión del pago de las oficinas de economía y/o presupuesto de los Institutos, se observó que para el caso del INSN Breña, los pagos mes a mes no son homogéneos, donde tanto para el año 2018 y 2019, el mes de enero no se realizó el pago por el servicio adjudicado, además que hay meses en donde el pago se realiza a una mayor cantidad de lo programado, como atención de los meses en donde no se registró el pago. En el caso del INMP, existe mayor variabilidad en cuanto a los pagos mensuales consignados para la atención de las responsabilidades frente al contratista del servicio, el cual, a nuestra opinión resultaría en un riesgo financiero que podría afectar la continuidad del servicio.

Tabla 27: Devengados por el servicio contratado de limpieza en el INSN de Breña y el INMP, 2018-2019

Meses	INSN Breña		INMP	
	2018	2019	2018	2019
Ene	-	-	-	-
Feb	404,538	200,231	-	292,321
Mar	404,538	294,907	1,149,004	-
Abr	404,536	457,106	-287,251	556,352
May	404,536	457,106	287,251	282,891
Jun	404,538	914,212	296,826	-
Jul	404,538	457,106	287,251	292,321
Ago.	-	457,106	74,432	575,211

Meses	INSN Breña		INMP	
	2018	2019	2018	2019
Sep.	809,075	457,106	470,164	-
Oct	808,075	457,106	470,272	575,212
Nov	404,538	457,106	62,114	292,321
Dic	804,164	-	828,743	-

Nota: La siguiente tabla muestra los devengados por el servicio contratado de limpieza, adaptado del seguimiento de la ejecución presupuestal -MEF

En cuanto a la situación del servicio brindado por la APP del INSN San Borja, en el Informe mensual de supervisión sobre la gestión de la APP para el MINSA, en el Anexo 2 se observó que, para el año 2018, la falta de limpieza fue una de las causantes por las cuales se retrasó o anuló una actividad o trabajo asistencial. Además, se evidenció casos en los cuales la programación de la limpieza no se llevó a cabo con la periodicidad establecida de acuerdo con el contrato de la APP.

8.4. Servicio de vigilancia

En relación con el servicio de vigilancia, al igual que el servicio de limpieza, tanto el INSN Breña como el INMP contratan a empresas especializadas para brindar el servicio. Para el caso del INSN de la revisión realizada de las compras de bienes y servicios institucionales del 2018 y 2019, se encontró que en septiembre del 2016 se convocó un proceso para la contratación del servicio de vigilancia y seguridad hospitalaria, por un periodo de 24 meses. Desde la convocatoria hasta la firma del contrato, transcurrió 89 días calendario. El monto del contrato fue de S/2,814,545.24 soles, siendo el costo mensual de S/117,272.72, el cual contempló la cantidad de 35 agentes de seguridad por mes. El contrato tenía una vigencia desde el 23 de enero de 2017 hasta el 24 de diciembre de 2018.

Para el año 2018, se realizó la convocatoria del servicio de vigilancia para la continuidad en los años subsiguientes. En agosto del 2018 se convocó el proceso para el servicio de vigilancia, el cual hasta la firma de contrato demandó 76 días calendario. El monto del contrato fue de S/2,784,000 soles, con un monto mensual de S/ 116,000 soles, para una cantidad de 36 agentes. Con lo mencionado, apreciamos que para el INSN Breña, los procesos de contratación de la empresa especializada se realizó sin contratiempos, evidenciándose una disminución mensual entre ambos contratos.

Tabla 28: Características del servicio de seguridad en el INSN Breña, 2018-2019

Características	Años donde se realizaron convocatorias / Contratos	
	2016	2018
1. Convocatoria	30/09/2016	2/08/2018
2. Otorgamiento de la buena pro	29/11/2016	14/09/2018
3. Contrato	Contrato 223-2016-INSN	Contrato 149-2018-INSN
4. Nombre del servicio	Servicio de vigilancia y seguridad hospitalaria especializada para un periodo de 24 meses de las instalaciones del INSN	Servicio de vigilancia y seguridad integral a nivel institucional para un periodo de 24 meses
5. Monto del contrato	S/2,814,545.24	S/2,784,000.00
6. Monto mensual	S/117,272.72	S/116,000.00
7. Fecha de firma de contrato	28/12/2016	17/10/2018
8. Inicio de contrato	23/01/2017	16/11/2018
9. Fin del contrato	24/12/2018	17/10/2020
10. Total de agentes	35.00	36

Nota: La presente tabla muestra las características del servicio de seguridad del INSN-Breña tomado del Sistema Electrónico de Contrataciones del Estado

En cuanto al INMP, de la información del SEACE, se encontró situaciones adversas en la contratación del servicio de vigilancia institucional. En el año 2016, se convocó en diciembre del 2016 el proceso de selección, el mismo que, en las bases se estipuló que la buena pro sería otorgada con fecha del 8 de febrero del 2017; sin embargo, dado observaciones suscitadas por los postores, se otorgó la buena pro el 30 de mayo del 2017, aproximadamente 111 días después de lo programado. El contrato fue firmado el 7 de julio del 2017, por un monto total de S/6,358,290.89 soles, para un periodo de 24 meses, con un monto mensual de S/264,928.79 soles, el cual contempló 77 agentes de seguridad. La vigencia del contrato era hasta el 28 de julio del 2019.

Para el año 2019, se verificó que no se realizó el proceso de contratación del servicio de vigilancia para su continuidad; por el contrario, se realizó el 15 de octubre del 2019 un proceso por causal de desabastecimiento del servicio, por un periodo de 4 meses, y un monto total de S/896,000 soles, con un monto mensual de S/224,000, para la contratación de 66 agentes de seguridad.

Sobre lo acontecido en el INMP en el 2019, sobre el proceso por desabastecimiento, a nuestro juicio, es un problema al que tanto el INMP como el INSN Breña se encuentran

expuestos, dado que los procesos de selección tienen un cierto grado de incertidumbre sobre los tiempos para la adjudicación del servicio, así como para la firma de contrato, el cual obliga a la gestión del hospital, a tomar medidas de emergencia para evitar la paralización del servicio, y que esto a su vez pueda afectar la producción y rendimiento hospitalario.

El riesgo en cuanto a mayor tiempo para los procesos de contratación de los servicios no clínicos tercerizados no sucede para el caso del INSN San Borja, el cual, el servicio es brindado por la empresa adjudicataria de la APP de los servicios no clínicos, dado que, como se ha manifestado, tendría otros mecanismos para la contratación de manera directa, sin la necesidad de transitar por el Sistema de Contrataciones con el Estado, en menor tiempo y en cumplimiento estricto de estándares de calidad, estipulados en el contrato.

Tabla 29: Características del servicio de seguridad en el INMP, 2018-2019

Características	Años donde se realizaron convocatorias / Contratos	
	2016	2019
1. Convocatoria	07/12/2016	15/10/2019
2. Otorgamiento de la buena pro	30/05/2017	15/10/2019
3. Contrato	Contrato 016-2017-INMP	Contrato 118-2019-INMP
4. Nombre del servicio	Servicio de vigilancia institucional privada para el INMP	Servicio de seguridad y vigilancia privada para el INMP periodo de 04 meses (por causal de desabastecimiento)
5. Monto del contrato	S/6,358,290.89	S/896,000.00
6. Monto mensual	S/264,928.79	S/224,000.00
7. Fecha de firma de contrato	7/07/2017	18/10/2019
8. Inicio de contrato	7/07/2017	19/10/2019
9. Fin del contrato	28/07/2019	19/02/2020
10. Total de agentes	77	66

Nota: La presente tabla muestra las características del servicio de seguridad del INMP, tomado del Sistema Electrónico de Contrataciones del Estado

En cuanto a la comparación en la gestión del pago, se observó que para el caso del INSN Breña, los pagos registrados en el Sistema de Seguimiento de Ejecución Presupuestal (Consulta Amigable del MEF), para el 2018 no se consignaron los montos totales programados, los cuales, de acuerdo con el Contrato 223-2016-INSN, debieron ser de S/117,272.72 mensual. Esta situación, en nuestra opinión, puede generar un riesgo financiero para el contratista, pudiendo existir el riesgo de paralizar el servicio, por

incumplimiento de pago de la entidad. Para el año 2019, si se consigna el pago del monto establecido en el Contrato 149-2018-INSN.

En cuanto a la gestión del pago para el INMP, la situación en cuanto al registro de pagos es similar al del INSN Breña, toda vez que, a juzgar por lo encontrado por el Sistema de Seguimiento de Ejecución Presupuestal del MEF, no se realizan los pagos de manera constante en las fechas programadas, siendo que, para los meses de enero y febrero no se hayan registrado pagos, y en marzo se presenta un pago mayor, evidenciando, a nuestro parecer, la corrección posterior de los pagos de los meses no realizados.

Para el año 2019 también se presenta dicha situación, pero con la característica que se firmó el Contrato 118-2019-INMP, en octubre del 2019, para atender el desabastecimiento del servicio de vigilancia.

Por consiguiente, a nuestro modo de ver, tanto los procesos de selección para la contratación de los servicios tercerizados de vigilancia, y de la misma manera en el servicio de limpieza, son susceptibles de no ser desarrollados en los tiempos programados, aumentando el riesgo de ser afectados por desabastecimiento, como ocurrió para el INMP en el año 2019, para el servicio de vigilancia. Asimismo, la gestión del pago por parte de la Institución hacia los contratistas también podría ocasionar problemas financieros a estos últimos, aumentando el riesgo de paralizar el servicio por incumplimiento de pago.

Tabla 30: Devengados por el servicio contratado de vigilancia en el INSN de Breña y el INMP, 2018-2019

Meses	INSN Breña		INMP	
	2018	2019	2018	2019
Ene	-	-	-	-
Feb	-	116,000	-	292,844
Mar	-	116,000	513,889	264,504
Abr	-	116,000	270,010	292,844
May	-	116,000	261,300	283,397
Jun	351,818	116,000	270,010	-
Jul	-	116,000	261,300	-
Ago.	-	116,000	270,010	642,367
Sep.	-	116,000	270,010	-
Oct	-	116,000	261,300	226,718

Meses	INSN Breña		INMP	
	2018	2019	2018	2019
Nov	-	116,000	270,010	576,241
Dic	286,133	232,000	815,620	298,667

Nota: La presente tabla muestra los devengados del servicio contratado de vigilancia en los institutos públicos tradicionales.

Por el lado del INSN San Borja, a juzgar por el Informe mensual de supervisión para el MINSA sobre la gestión de la APP, en el Anexo 2, se evidencia que no se presentaron quejas sobre la continuidad del servicio. Sin embargo, se presentan robos al interior del establecimiento, tanto para el 2018 como en el 2019.

8.5. Servicio de mantenimiento de equipos biomédicos

De acuerdo con el Sistema Electrónico de Contrataciones con el Estado, el INSN Breña realizó en el año 2018, 02 procesos de selección para la contratación del mantenimiento de equipos biomédicos, los mismos que presentaron un tiempo promedio de proceso de 30 días, desde el inicio del proceso hasta la firma de contrato. Para el año 2019, el INSN Breña realizó 09 procesos de selección para el mantenimiento de sus equipos biomédicos, por un valor total de S/ 1,237,478; de acuerdo con el análisis de los tiempos desde el inicio del proceso hasta la firma del contrato, transcurrieron en promedio 36.8 días. De acuerdo con la información proporcionada del SEACE, hubo procesos que devinieron de otros procesos previos declarados viables, en donde, por ejemplo, el tiempo desde la primera convocatoria hasta la firma del contrato alcanzó los 97 días (caso del mantenimiento correctivo del equipo de rayos x fluoroscopia).

Tabla 31: Procesos de selección para mantenimiento de equipos biomédicos en el INSN Breña, 2018 - 2019

Nº	Nombre del proceso	Valor	Inicio del proceso	del firma de contrato	de tiempo total (días)
1	Mantenimiento preventivo y correctivo de equipo de Hemodiálisis (12 meses)	199,890	22-Jun	25-Jul	33
2	Contratación del servicio de mantenimiento preventivo y correctivo para las máquinas de anestesia del servicio de Centro Quirúrgico	115,500	22-Jun	18-Jul	26

N°	Nombre del proceso	Valor	Inicio del proceso	del firma de contrato	de tiempo total (días)
3	Mantenimiento correctivo de equipos Biomédicos (laser Dermatológico)	52,603	2-Oct	25-Nov	54
4	Mantenimiento preventivo para las maquinas del servicio de anestesia del servicio de anestesiología	146,737	16-Oct	18-Nov	33
5	Mantenimiento preventivo y correctivo de equipo de hemodiálisis y planta de tratamiento de agua (24 meses)	399,850	19-Set	25-Oct	36
6	Contratación del servicio de mantenimiento preventivo de siete ventiladores mecánicos mca: puritan bennet mod. 840	90,270	12-Set	4-Oct	22
7	Contratación del servicio de mantenimiento preventivo - correctivo para los equipos de diagnóstico por imágenes	115,286	28-Ago	19-Set	22
8	Mantenimiento correctivo de equipo de rayos x fijo multipropósito digital del departamento de diagnóstico por imágenes marca philips	213,286	26-Jul	23-Ago	28
9	Mantenimiento correctivo del equipo de rayos x fluoroscopia	82,500	29-May	3-Set	97
10	Contratación del servicio para el mantenimiento correctivo de procesador automático de películas de rayos x	52,100	8-Jul	26-Jul	18
11	Contratación del servicio de mantenimiento correctivo de tres (03) ventiladores mecánicos de la unidad de cuidados intensivos	84,846	12-Feb	6-Mar	22

Nota: La presente tabla evidencia todo el proceso de selección para el mantenimiento de equipos biomédicos del INSN-Breña adaptado del Sistema Electrónico de Contrataciones del Estado.

En cuanto al INMP, en el Sistema Electrónico de Contrataciones con el Estado, se encontró que para el año 2018, el 25 de septiembre, se lanzó el proceso para el servicio de gestión de mantenimiento de equipos biomédicos para el INMP, para un plazo de 365 días calendarios, en el cual, de acuerdo con las bases integradas del Concurso Público N° 05-2018-INMP, el servicio consistiría en que *“el contratista destaca a su personal y traslada sus medios físicos a las instalaciones del INMP, para atender la demanda del mantenimiento de equipos biomédicos”*. El monto total del contrato, producto del proceso, fue de S/944,126.10 soles, con pagos mensuales de 8.333%, equivalente a S/78,674 soles mensuales por un año.

Para el año 2019, el INMP realizó en el mes de diciembre, un nuevo proceso para la contratación del servicio de gestión de mantenimiento de equipos biomédicos, por un monto total de S/ 985,500 soles. Es importante resaltar que, en el mes de junio del 2017, se firmó el contrato 014-2017-INMP, por un monto de S/822,600, para el servicio antes mencionado.

En cuanto al INSN San Borja, en el Anexo N° 7 “Especificaciones técnicas de los servicios objeto del Contrato”, del Contrato de Gerencia del proyecto “Gestión del Instituto Nacional de Salud del Niño - San Borja”, se especifica que el servicio de mantenimiento del equipamiento clínico y no clínico, el servicio deberá estar en funcionamiento 24 horas al día, los 365 días al año para atender las necesidades que pudieran surgir. Asimismo, se precisa periodos de respuesta exigidos en el contrato, los cuales son, para el caso de emergencias, el tiempo máximo de respuesta es de 30 minutos, y el tiempo máximo de corrección de 12 horas, mientras que, para las urgencias, el tiempo máximo de respuesta es de 1 hora, con un tiempo máximo de corrección de 24 horas. Finalmente, para las atenciones ordinarias, se precisa que el tiempo máximo de respuesta sería de 2 horas, con un tiempo máximo de corrección.

Con lo expuesto, a nuestro parecer, la empresa GEPEHO, a cargo de la administración de la APP del INSN San Borja, está obligado, por contrato, a garantizar una respuesta rápida y oportuna para el mantenimiento de equipos biomédicos, con el fin de evitar interrupciones en las atenciones de emergencias y hospitalizaciones; sin embargo, en el INSN de Breña, la gestión para atender la necesidad de mantenimiento, llevó a seguir el proceso de acuerdo a la Ley de Contrataciones con el Estado, lo que llevó a realizar procesos de selección para los casos que sobrepasan las 8 UIT, con un tiempo de retraso para la firma de contrato de 36.8 días. Finalmente, el INMP presentó otra modalidad, la cual es la de contratar todo el servicio de la gestión de mantenimiento por 365 días, siendo este caso, una tercerización total del servicio, siendo responsable de la respuesta de atención por parte de la empresa adjudicada.

9. Costos de los servicios no clínicos

En relación de los costos de los servicios no clínicos, se observó que, para el año 2018, el costo total de los servicios no clínicos fue de S/25,144,308 y de S/21,859,13, para el INSN Breña y el INMP, mientras que para el año 2019, los costos fueron de S/21,859,133 y de S/18,746,952. En cuanto al pago realizado a la APP del INSN San Borja, de acuerdo con los pagos registrados en el Sistema de Seguimiento de la Ejecución Presupuestal del MEF, para el año 2018, el pago alcanzó el monto de S/44,911,164. Para el año 2019, el pago a la APP no fue encontrado en el Sistema de Seguimiento antes mencionado.

De acuerdo con el responsable de la Unidad de Planeamiento y Presupuesto del INSN San Borja, hasta el año 2018, el pago a la APP era realizado directamente por el INSN San Borja, razón por la cual se encuentra registrado en el Sistema de Seguimiento de la Ejecución Presupuestal del MEF, mientras que para el 2019, el pago fue realizado por el Programa Nacional de Inversiones en Salud - PRONIS del MINSA. Sin embargo, para efectos prácticos de análisis, consideramos que para el año 2019, el costo realizado a la APP no debería ser menor, razón por la cual consideramos el mismo monto.

Tabla 32: Costos de los servicios no clínicos del INSN Breña y INMP, 2018 y 2019.

Servicios no clínicos	INSN Breña		INMP	
	2018	2019	2018	2019
Alimentación	18,624,578	13,776,965	13,963,803	12,071,917
Seguridad	890,404	1,463,200	3,381,706	2,877,580
Limpieza	5,031,771	4,512,782	3,480,530	2,866,629

Servicios no clínicos	INSN Breña		INMP	
	2018	2019	2018	2019
Lavandería	163,973	81,590	191,816	181,640
Mantenimiento de Equipos Biomédicos	433,582	2,020,167	841,278	749,186
Total	25,144,308	21,854,704	21,859,133	18,746,952

Nota: La presente tabla presenta el costo de los servicios no clínicos de los Institutos con Gestión Pública Tradicional.

En cuanto a la APP INSN San Borja, de acuerdo al contrato suscrito, la empresa no comparte ni con la administración del hospital, ni con el MINSA, ni con otra entidad del Estado, los gastos realizados; por consiguiente, para la presente investigación no ha sido posibles encontrar el detalle de los gastos asociados a cada uno de los servicios no clínicos. Por consiguiente, sólo consideramos el costo total de los servicios no clínicos.

Realizando el porcentaje de los costos no clínicos en comparación con el total del gasto devengado, se obtiene que, en el año 2018, el porcentaje de los costos no clínicos en el INSN de Breña significó el 11.1% del total de gasto devengado, mientras que para el INMP este porcentaje significó el 14.1%; sin embargo, para el INSN San Borja, el porcentaje representó el 20.1%. Para el año 2019, para el INSN Breña, el porcentaje disminuyó al 9.3%, mientras que para el INMP el porcentaje disminuyó también al 11.9%. Sin embargo, para el INSN San Borja, el porcentaje aumentó al 25.3%.

Tabla 33: Costos de los servicios no clínicos del INSN Breña y INMP, 2018 y 2019.

Institutos	2018			2019		
	Devengado total	Costo total servicio no clínico	%	Devengado total	Costo total servicio no clínico	%
INSN – Breña	227,071,909	25,144,308	11.1%	234,766,476	21,854,704	9.3%
INSN - San Borja	222,986,908	44,911,164	20.1%	177,307,746	44,911,164	25.3%
INMP	155,091,587	21,859,133	14.1%	157,512,936	18,746,952	11.9%

Nota: La presente tabla muestra el costo de los servicios no clínicos de los institutos (INSN-Breña y INMP) adaptado del Sistema Electrónico de Contrataciones del Estado.

En cuanto a la diferencia sustancial en cuanto al porcentaje que representa los servicios no clínicos en relación al total de gasto devengado en la APP del INSN San Borja, a nuestro juicio, se relaciona con el hecho de mantener estándares de calidad en todos los servicios no clínico y de apoyo (esto último incluido en el Contrato de la APP), considerando que el establecimiento tiene una construcción moderna, y los equipos biomédicos cuentan con una antigüedad dentro del periodo de vida útil (considerando la puesta en funcionamiento del establecimiento).

Por otro lado, los costos relativamente menores para el INSN Breña y el INMP, casi similares en montos y en porcentaje comparado con el total devengado, a nuestro parecer, implica que la tendencia en la gestión es a cumplir con la demanda de los servicios no clínicos, y siendo ello necesario contar con los equipos electromecánicos en funcionamiento, equipos de lavandería operativos, así como contar con la tercerización de los servicios de vigilancia y limpieza; sin embargo, dicha tendencia no prioriza la obtención de estándares de calidad en el servicio, considerando además que los servicios se desarrollan en infraestructuras con años de antigüedad considerables, no comparables con el INSN San Borja.

Capítulo V: Propuestas

Siendo uno de los pilares para la sostenibilidad del sistema nacional de salud en la mejora continua en el uso de los recursos, para lo cual lo primero es necesario tener la capacidad de medir, para así poder comparar. Para ello se debería contar con indicadores hospitalarios no clínicos estandarizados para evaluar el desempeño de los servicios no clínicos.

Con el fin de mejorar la gestión hospitalaria, consideramos que es importante desarrollar un sistema de información homologado y transparente que permita monitorear el desempeño de los servicios no clínicos a nivel de todos los establecimientos de salud del MINSA.

Asimismo, el contar con indicadores estandarizados para la medición del desempeño de los servicios no clínicos; esto permitirá que puedan ser incluidos en las normas técnicas de

salud en relación con información estadística, y exigidos por el MINSA, como Ente Rector de la salud.

Como parte de la propuesta de la presente tesis, se propone un conjunto de indicadores para la medición del desempeño de los servicios no clínicos (Anexo 03).

Capítulo VI: Conclusiones y Recomendaciones

Conclusiones:

- El presente trabajo es el primer estudio en el ámbito nacional, que proporciona información y evidencia empírica sobre el desempeño de los servicios no clínicos, por lo que sus hallazgos pueden ser útiles para futuros trabajos de investigación, en aras de propuestas de mejoras de gestión de los servicios no clínicos, y de la salud en general.
- En la presente investigación, no se encontró la totalidad de información respecto a los indicadores de desempeño de los servicios no clínicos en los institutos especializados de salud con modelo público tradicional, por lo que no se pudo realizar la comparación con una APP, y tener resultados concluyentes.
- La investigación se encuentra limitada por el tamaño de la muestra, ya que 3 institutos de salud son insuficientes para utilizar la metodología Gold Standard para la medición del desempeño como el DEA.
- El INSN de San Borja reportó que, el servicio de alimentación entregó 876,428 raciones en el año 2018, mientras que el INSN Breña entregó un total de 709,445 raciones de alimento; cabe precisar que el número de pacientes hospitalizados en el INSN San Borja fue 50% menor que el registrado por el INSN de Breña.
- En el año 2018, el INMP reportó que, el servicio de lavandería tuvo una producción de aproximadamente 971,714 kg, mientras que, el INSN de Breña y INSN de San Borja tuvieron una producción de 504,231 kg y 503,104 kg, respectivamente. Para el año 2019, la tendencia se mantuvo similar.
- En el INSN de Breña al igual que el INMP tercerizaron los servicios de vigilancia y el servicio de limpieza durante el año 2018.
- En el año 2019, el INSN de Breña reportó que, la contratación del servicio de mantenimiento de los equipos biomédicos alcanzó un promedio de 36.8 días calendario, mientras que, en el INSN de San Borja, el tiempo de respuesta y atención de mantenimiento de un equipo biomédico fue de 24 horas aproximadamente.
- El INSN-Breña reportó que el 8 % de las cirugías fueron suspendidas debido a la falta de insumos y materiales en el año 2018.

- Se encontró 50% más de atenciones en el INSN-Breña que en el INSN-San Borja en el 2018 y 2019 en el servicio de hospitalización.
- El total de los costos de servicios no clínicos en el INSN de San Borja en el 2018 representó el 20.1% del total de gasto devengado, mientras que, en el INSN de Breña, dicho porcentaje alcanzó el 11.1%, además ambos Institutos tuvieron gastos devengados totales similares, con S/227 MM y 222 MM para el INSN de Breña y INSN de San Borja respectivamente.
- No se encuentran los costos de los servicios no clínicos de la APP, debido a las cláusulas del contrato con la empresa GEPEHO, administradora de los servicios de bata gris de INSN San Borja.
- El INSN de San Borja hace uso de tecnología de información para el monitoreo del mantenimiento de sus equipos biomédicos a través del programa “Sistema de mantenimiento Hospitalario- MANTHOP”, a diferencia del INSN-Breña.

Recomendaciones:

- Se recomienda disminuir los procesos de contratación aplicados en el modelo tradicional lo que permitirá supervisar los contratos al momento de tercerizar los servicios.
- Recomendamos la implementación del uso de tecnologías de gestión de la información estandarizadas tales como el SIGA para los servicios no clínicos de los institutos de salud, para mejorar la gestión pública y desarrollar la investigación, con datos transparentes.
- Recomendamos la Incorporación de un aplicativo informático homólogo al “Sistema de mantenimiento Hospitalario- MANTHOP”, que permita monitorizar el estado actual de los equipos, y hacer un plan de mantenimiento de equipos biomédicos.
- Se recomienda para futuros estudios en el área utilizar una muestra un mínimo de 20 institutos para aplicar la metodología DEA para calcular el desempeño de forma más precisa.

Referencias Bibliográficas

Acerete, B., Stafford, A., & Stapleton, P. (2011). Spanish healthcare public private partnerships: The 'Alzira model'. *Critical Perspectives on Accounting*, 22(6), 533-549. <https://doi.org/10.1016/j.cpa.2011.06.004>

Acerete B, Stafford A, Stapleton P. (2012) New development: New global health care PPP developments—a critique of the success story. *Public Money Manag* 2012;32:311–4. <https://doi.org/10.1080/09540962.2012.691315>.

Adame Arenas, I. I., Poma Canchari, H. S., & Tacza Astuquilca, Y. I. (2021). Buenas prácticas de gestión de las APP bata blanca según los Factores Críticos de Éxito de las Asociaciones Público Privada en los años 2019 – 2020. PUCP.. https://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/20.500.12404/20630/adame_arenas_poma_canchari_tacza_astuquilca%20%281%29.pdf?sequence=1&isallowed=y

Alonso, P; Pinto, D; Astorga, I; y Freddi, (2015). “Menos cuentos, más evidencia. Asociaciones público-privadas en la literatura científica”. En: Banco Interamericano de Desarrollo. Nota 3 de la serie de notas técnicas sobre asociaciones público-privadas en el sector de la salud en América Latina. <https://publications.iadb.org/publications/spanish/viewer/Menos-cuentos-m%C3%A1s-evidencia-Asociaciones-p%C3%BAblico-privadas-en-la-literatura-cient%C3%ADfica-Nota-3-de-la-serie-de-notas-t%C3%A9cnicas-sobre-asociaciones-p%C3%BAblico-privadas-en-el-sector-de-la-salud-en-Am%C3%A9rica-Latina.pdf>

Alonso, P., Pinto, D. M., Astorga, I. y Freddi, J. (2014). Conceptos generales y modelos: Serie de notas técnicas sobre asociaciones público-privadas en el sector de la salud de América Latina.

<https://publications.iadb.org/publications/spanish/viewer/Conceptos-generales-y-modelos-Serie-de-notas-t%C3%A9cnicas-sobre--asociaciones-p%C3%BAblico-privadas-en-el-sector-de-la-salud-de-Am%C3%A9rica-Latina.pdf>

Ancor S. A., Ignacio A., Gastón A. Ponce de León O.(2021) Perfil de las Asociaciones Público-Privadas en Servicio e infraestructura de Salud de América Latina y el Caribe.BID

<https://publications.iadb.org/es/perfil-de-las-asociaciones-publico-privadas-en-servicios-e-infraestructura-de-salud-de-america>

Aparicio Aparicio, J. M., & Esquivel Trujillo, P. E. (2021). Las implicancias de ejecutar la modalidad de inversión privada de las Asociaciones Público Privadas en el sector salud. Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas (UPC).

Armijo M. & Bonnefoy J.C. (2005). CEPAL Indicadores de desempeño del Sector Público. <https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/bb0ea741-8963-4bd7-92b7-0a7b7cea6738/content>

Astorga, I., & Cambiasso, E. (2015). Guía para la contratación de proyectos de inversión en hospitales.

Banco Internacional de Reconstrucción y Desarrollo, Banco Mundial, Banco Asiático de Desarrollo y Banco Interamericano de Desarrollo. (2014). Asociaciones Público – Privadas Guía de Referencia. Versión 2.0.

<https://library.pppknowledgelab.org/documents/2512/download>

Blanken, A., & Dewulf, G. (2010). PPPs in health: Static or dynamic? Australian Journal of Public Administration, 69, S35–S47. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8500.2009.00656.x>

Brinkerhoff, D & Brinkerhoff, J (2011). Public-private partnerships: Perspectives on purposes, publicness, and good governance. Public administration and development. Public Admin. Dev. 31, 2–14 (2011). <https://doi.org/10.1002/pad.584>

Caballer-Tarazona M, Clemente-Collado A, Vivas-Consuelo D (2016) A cost and performance comparison of Public Private Partnership and public hospitals in Spain. Health Econ Rev 2016;6:17. <https://doi.org/10.1186/s13561-016-0095-5>.

Carlos Eduardo, G. R., & Ana María, L. M. (2016). Asociaciones público privadas para la infraestructura social en salud: hacia la identificación de pautas para la definición de un modelo colombiano. Universidad del Rosario. https://doi.org/10.48713/10336_12545

Cecilia E., Márquez M. (2017) Servicios no clínicos y equipamiento médico y mobiliario clínico en una APP de salud. BID; 7-9. <https://publications.iadb.org/es/curso-asociaciones-publico-privadas-en-salud-modulo-3-servicios-no-clinicos-y-equipamiento-medico-0>

Coelli, T., Estache, A., Perelman, S., y Trujillo, L. (2003). Una introducción a las medidas de eficiencia para reguladores de servicios públicos y de transporte. Bogotá: Banco Mundial.

Contraloría General de la República (2022). “ A la Gestión Sanitaria del Instituto Nacional de Salud del Niño de Breña “. En: Contraloría General de la República. 11/03/2022. Fecha de consulta 20/11/22.

https://apps8.contraloria.gob.pe/SPIC/srvDownload/ViewPDF?CRES_CODIGO=2022CSIL31600004&TIPOARCHIVO=ADJUNTO

Contraloría General de la República (2018). "Operativo de Control " Por una salud de calidad ". En Contraloría General de la República 28/05/2018. Fecha de consulta 10/09/22.

https://doc.contraloria.gob.pe/documentos/operativos/OPERATIVO_POR_UNA_SALUD_DE_CALIDAD.pdf

<https://doi.org/10.1186/s13561-016-0095-5>

Decreto Legislativo N° 1362, 23 de Julio de 2018 (Perú)

<https://www.mef.gob.pe/es/por-instrumento/decreto-supremo/18427-decreto-supremo-n-240-2018-ef/file>.

Decreto Legislativo N° 1224, 25 de Septiembre de 2015 (Perú)

https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/251471/226837_file20181218-16260-11fm7aq.pdf?v=1545176705

Decreto Legislativo 1252. Decreto Legislativo que crea el Sistema Nacional de Programación Multianual y Gestión de Inversiones, Diario Oficial El Peruano (2016). Presidencia de la República del Perú.

Decreto Legislativo N° 1543, 14 de Setiembre del 2022(Perú)

https://www.investinperu.pe/RepositorioAPS/0/2/JER/NORMAS_LEGALES/DS_2112022EF.pdf

Decreto supremo N° 024-2016 SA , aprueban el Decreto Legislativo 1157. Decreto que aprueba la Modernización de la Gestión de la Inversión Pública en Salud, Diario Oficial el Peruano (2016).Presidencia de la República del Perú.

https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/193429/192156_DS_024.pdf20180904-20266-1jjlf32.pdf?v=1594052507

Decreto Supremo N° 344-2018, aprueba el Reglamento de la Ley N° 30225 , Ley de Contrataciones del Estado , Diario Oficial el Peruano (2018). Ministerio de Economía y Finanzas.

Determinación de las Brechas de Inversiones en Salud 2016-2021. Lima: Oficina General de Planeamiento y Presupuesto del Ministerio de Salud.

<https://www.minsa.gob.pe/Recursos/OTRANS/08Proyectos/2021/DIAGNOSTICO-DE-BRECHAS.pdf>

Diaz, S., Foz, L., Gonzales, V., Hernandez, G., Izquierdo, F., Villoslada, E. (1990). Organización del Mantenimiento en Centros Sanitarios (INSALUD) https://ingesa.sanidad.gob.es/bibliotecaPublicaciones/publicaciones/internet/docs/Organizacion_mantenimien.pdf

Dominguez Peche Tatiana & Durand Miraval Nilton. (05/2015). Análisis descriptivo de la problemática de las contrataciones estatales en el marco del sistema de abastecimiento público. UNIVERSIDAD PERUANA DE CIENCIAS APLICADAS https://repositorioacademico.upc.edu.pe/bitstream/handle/10757/620716/MARCO_SISTEMA?sequence=8

El Peruano. (s/f). Elperuano.pe. Recuperado el 26 de octubre de 2022, de <https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/decreto-legislativo-que-regula-la-promocion-de-la-inversion-decreto-legislativo-n-1362-1672838-2/>

Escobal, E (24 de noviembre de 2017). “Las APP como alternativa para encarar proyectos públicos”: Los Tiempos. <https://www.lostiempos.com/actualidad/economia/20171124/eduardo-escobal-app-como-alternativa-encarar-proyectos-publicos>

Farquharson, E., Torres de Mästle, C., Yescombe, E. R., & Encinas, J. (2011). How to engage with the private sector in PublicPrivate Partnerships in Emerging Markets. Washington: World Bank.

Ferreira, D. C., & Marques, R. C. (2021). Public-private partnerships in health care services: Do they outperform public hospitals regarding quality and access? Evidence from Portugal. *Socio-Economic Planning Sciences*, 73(100798), 100798. <https://doi.org/10.1016/j.seps.2020.100798>

Franco-Miguel JL, Fullana-Belda C. Influence of the management models based on public-private collaboration in the technical and research efficiency of hospitals of the public health system. *Rev contab* 2020;23:50–63. <https://doi.org/10.6018/rcsar.389261>.

Franco-Miguel, J. L., & Fullana-Belda, C. (2020). Influence of the management models based on public-private collaboration in the technical and research efficiency of hospitals of the public health system. *Revista de contabilidad*, 23(1), 50–63. <https://doi.org/10.6018/rcsar.389261>

Gestión pública y gestión privada de servicios sanitarios públicos: más allá del ruido y *Idea furia*, una comparación internacional. (s/f). Real Instituto Elcano. Recuperado el 26 de octubre de 2022, de <https://www.realinstitutoelcano.org/policy-paper/gestion-publica-y-gestion-privada-de-servicios-sanitarios-publicos-mas-alla-del-ruido-y-la-furia-una-comparacion-internacional/>

Gholamzadeh Nikjoo R, Jabbari Beyrami H, Jannati A, Asghari Jaafarabadi M. (2012) Prioritizing public- private partnership models for public hospitals of iran based on performance indicators. *Health Promot Perspect* 2012;2:251–64. <https://doi.org/10.5681/hpp.2012.031>.

H. Patrinos et al. (2009). The role and impact of public private partnerships in education. World Bank. <https://ppp.worldbank.org/public-privatepartnership/library/role-and-impact-public-private-partnerships-education>

Herrera Giurfa†, O. F. (2021). El caso de las contrataciones de menos de 8 Unidades Impositivas Tributarias. *Advocatus*, (041), 93-101. <https://doi.org/10.26439/advocatus2021.n041.5653>

INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL. (2018). Bases Integradas Concurso Público N° 05-2018-INMP. “Servicio de Gestión de Mantenimiento de Equipos Biomedicos para el INMP N°69”.

INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL. (2017). Contrato de Gerencia del proyecto “Gestión del Instituto Nacional de Salud del Niño - San Borja” - Contrato 014-2017-INMP

INSN-SB. (2019). Análisis de la situación de Salud Hospitalaria del Instituto Del Niño de SAN BORJA 2018.

INSN-BREÑA. (2021). Informe de Transparencia de Gestión INSN 2020 AL 2021.

<https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1751570/Instituto%20Nacional%20de%20Salud%20del%20Ni%C3%B1o%20Bre%C3%B1a%20%28parte%201%209.pdf>

IPSS. (2008). Manual de Clasificación de Intervenciones Quirúrgicas según Nivel de Complejidad.

Koppenjan, J. (joop) F. M. (2005). The formation of public-private partnerships: Lessons from nine transport infrastructure projects in the Netherlands. *Public Administration*,83(1), 135-157.

<https://doi.org/10.1111/j.0033-3298.2005.00441.x>

La Forgia,G & Harding A.(2009) Public-private partnerships and public hospital performance in São Paulo, Brazil. *Health Affairs*.Jul;28(4):1114–26. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.28.4.1114>

Ligarda, J & Naccha, M (2006). La eficiencia de las organizaciones de salud a través del análisis envolvente de datos: Microrredes de la Dirección de Salud IV Lima Este 2003. An. Fac. med. vol.67, n.2, pp.142-151. ISSN 1025-5583.

Liu, J., E.D. Love, P., Smith, J., Regan, M., & Sutrisna, M. (2014). Public-Private Partnerships: a review of theory and practice of performance measurement. *International Journal of Productivity and Performance Management*, 63(4), 499-512.

<https://doi.org/10.1108/ijppm-09-2013-0154>

Marracino C. , Abadie JP. , Vera M. (Ed.). (2009). Indicadores para el monitoreo del Sistema de atención de la Salud.

https://auditoriamedica.files.wordpress.com/2009/01/indicadores_para_monitoreo_de_sistemas_de_atencion_de_la_salud.pdf

Mugarura, J. T., Ndevu, Z., & Turyakira, P. (2020). Unleashing public private partnership understanding and the ideal underpinning theories: A public sector view. *Public administration research*, 9(1), 14. <https://doi.org/10.5539/par.v9n1p14>

Marc Mitchell, M.D., M.S. (2020). *An Overview of Public Private Partnerships in Health*. Harvard School of Public Health.

<https://www.hsph.harvard.edu/international-health-systems-program/wp-content/uploads/sites/1989/2020/04/PPP-final-MDM.pdf>

Ministerio de Salud (MINSa) (2011). RM N° 546-201 Norma Técnica de Salud “Categorías de Establecimientos del Sector Salud”.

<https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/243402-546-2011-minsa>

Ministerio de Salud (MINSa). (2022). Documento técnico :Diagnóstico de brechas de infraestructura y equipamiento del sector salud.

<https://www.minsa.gob.pe/Recursos/OTRANS/08Proyectos/2022/diagnostico-brechas-infraestructura-sector-salud-2022.pdf>

<https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/243402-546-2011-minsa>

Ministerio de Salud (MINSa). (2013). Documento técnico: Indicadores de gestión y evaluación hospitalaria para Hospitales, Institutos y DIRESA.

<https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/321152-indicadores-de-gestion-y-evaluacion-hospitalaria-para-hospitales-institutos-y-diresa>

Ministerio de Salud (MINSa).(2011), Instituto Nacional de Salud del Niño de Breña. Documento técnico: Oficina de Servicios Generales,Manual de Organización y Funciones.

<http://www.insn.gob.pe/sites/default/files/transparencia/planeamiento-org/2011%20MOF-OSG.PDF>

Ministerio de Salud (MINSA).(2000).Documento técnico: Manual de Indicadores Hospitalarios.

<https://www.dge.gob.pe/portal/docs/tools/iih/protocolos/17.pdf>

Ministerio de Salud (MINSA).(2014).Contrato de Gerencia Proceso de promoción para la inversión privada del proyecto “ Gestión del Instituto Nacional de Salud del Niño de San Borja”.

Ministerio de Salud, M. (2021). *Norma Técnica de Salud para la Vigilancia de las Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud*.

https://www.dge.gob.pe/portalnuevo/wp-content/uploads/2021/04/NTS_N163_IAAS_MINSA-2020-CDC.pdf

McIntosh, N., Grabowski, A., Jack, B., Nkabane-Nkholongo, E. L., & Vian, T. (2015). A public-private partnership improves clinical performance in A hospital network in Lesotho. *Health Affairs (Project Hope)*, 34(6), 954–962. doi:10.1377/hlthaff.2014.0945.

Nalvarte Salvatierra, P. (2017). Conceptos y alcances básicos de las Asociaciones Público-privadas. *Derecho & Sociedad*, (49), 321-337. Recuperado a partir de <https://revistas.pucp.edu.pe/index.php/derechoysociedad/article/view/19898>.

National Audit Office (NAO). (2010). The performance and management of hospital PFI contracts: Report by the comptroller and auditor general, session 2010-11. Stationery Office Books.

<https://www.nao.org.uk/wp-content/uploads/2010/06/101168es.pdf>

Organization for Economic Co-operation and Development (OECD) (2017). Public Private Partnerships [Asociaciones Público Privadas].

<https://stats.oecd.org/glossary/detail.asp?ID=7315>

OXFAM International (2019). Bienestar Público o Beneficio Privado. <https://oxfamilibrary.openrepository.com/bitstream/handle/10546/620599/bp-public-good-or-private-wealth-210119-es.pdf>

Perea Vásquez, L. E., & Rojas Torres, I. L. (2019). Modelos de gestión en instituciones hospitalarias. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 18(36), 1-14. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps18-36.mgih>

Pérez-Romero C, Ortega-Díaz MI, Ocaña-Riola R, Martín-Martín JJ. Análisis multinivel de la eficiencia técnica de los hospitales del Sistema Nacional de Salud

español por tipo de propiedad y gestión. *Gac Sanit* 2019;33:325–32. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.02.005>.

Rodriguez, J. (2018). Asociaciones público-privadas (APP): ¿Cómo pueden mejorar la calidad de los servicios de salud?. *Conexión ESAN*. Recuperado de: <https://www.esan.edu.pe/conexion/actualidad/2018/11/02/asociaciones-publico-privadas-appcomo-pueden-mejorar-la-calidad-de-los-servicios-de-salud/>

Romero, M (2018, 03 de octubre) History RePPPeated - How public-private partnerships are failing. <https://www.eurodad.org/historyrepppeated>

Sadeghi A, Barati O, Bastani P, Jafari DD, Etemadian M. Experiences of selected countries in the use of public-private partnership in hospital services provision. *J Pak Med Assoc* 2016;66:1401–6.

Sadeghi, A., Barati, O., Bastani, P., Jafari, D. D., & Etemadian, M. (2016). Experiences of selected countries in the use of public-private partnership in hospital services provision. *JPMA. The Journal of the Pakistan Medical Association*, 66(11), 1401–1406.

Suárez-Alemán, A., Astorga, I., Astesiano, G., & Ponce de León, O. (2021). Perfil de las asociaciones público-privadas en servicios e infraestructura de salud de América Latina y el Caribe: Principales cifras y tendencias del sector. *Inter-American Development Bank*.

The Global Health Group. *Public-Private Investment Partnerships for Health: An Atlas of Innovation*. (2010) San Francisco: The Global Health Group, Global Health Sciences, University of California, San Francisco. <https://globalhealthsciences.ucsf.edu/sites/globalhealthsciences.ucsf.edu/files/pub/hsi-ppip-atlas.pdf>

Tobar, F. (2002). *Modelos de gestión en salud*.

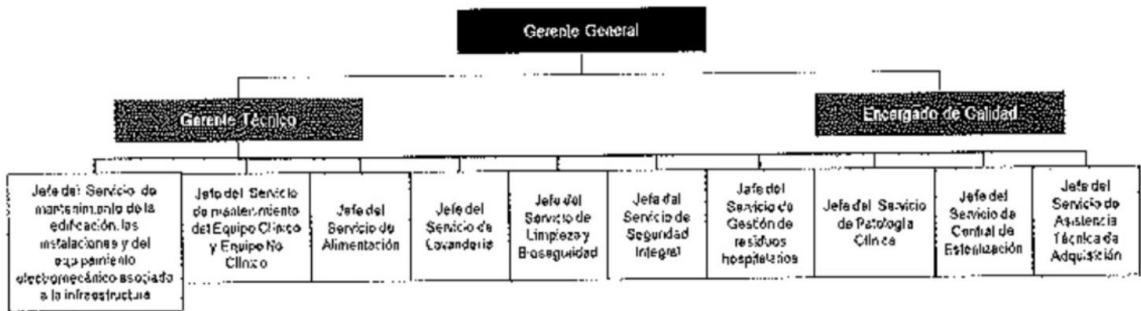
Tupayachi, E. B. (gosto 2017). Las asociaciones público-privadas en el Perú: ¿Beneficio público o negocio privado? Grupo Propuesta Ciudadana. <http://propuestaciudadana.org.pe/wp-content/uploads/2017/09/Estudio-APP.pdf>

Zanelli Reyes, H. D. (2022). Hospital management of a public-private partnership model and a traditional model in two hospitals in Callao. *Revista de La Facultad de Medicina Humana*, 22(2), 280–286. <https://doi.org/10.25176/rfmh.v22i2.4796>

Zhang, S; Gao,Y; Feng,Z; Sun,W (2015). PPP application in infrastructure development in China: institutional analysis and implications. *Int. J. Project Manage.*, 33 (3) (2015), pp. 497-509. <https://doi.org/10.1016/j.ijproman.2014.06.006>

Anexo 1: Organigrama del INSN- San Borja

ANEXO N° 5: ORGANIGRAMA MÍNIMO EXIGIDO



Anexo 2: Indicadores de desempeño en el INSN SAN BORJA

INDICADORES DE ALIMENTACIÓN - INS-SB (2018)

	Ene-18	Feb-18	Mar-18	Abr-18	May-18	Jun-18	Jul-18	Ago-18	Set-18	Oct-18	Nov-18	Dic-18
1 Número de menús por mes	60,503	77,590	79,233	74,479	77,586	68,030	69,257	68,265	73,400	74,479	75,822	77,786
2 Porcentaje de Quejas y reclamos	9.56%	0.13%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0.043 %	3.35%
3 Total de quejas de los usuarios	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

INDICADORES DE DE LAVANDERÍA - INS-SB (2018)

	Ene-18	Feb-18	Mar-18	Abr-18	May-18	Jun-18	Jul-18	Ago-18	Set-18	Oct-18	Nov-18	Dic-18
1 % de cumplimiento de entrega de ropa limpia dentro del plazo (30 min antes) para intervenciones quirúrgicas		50%	65%	53.33%	94.12%	100%	84.21%	80%	100%	100%	100%	100%
2 total de prendas sucias recibidas (Kg)	37,886	39,686	42,601	40,637	44,143	42,091	43,245	44,164	44,151	46,720	48,894	45,505
3 Total de prendas limpias entregadas (Kg)	36,373	38,691	41,377	39,519	43,063	41,089	42,177	43,104	43,135	45,534	44,763	44,280
4 % de entrega de ropa limpia suficiente para	80%	90%	65%	73.33%	64.71%	91.67%	84.21%	93.33%	100%	100%	100%	100%

cubrir la demanda del INSSB												
5	% de no realización de recojo de ropa hospitalaria para el correcto funcionamiento	30%			10%			16.70%				
6	% de realización de lavado de ropa hospitalaria de acuerdo a los protocolos	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
7	% reposición de ropa	0.06%						0,11 %				
6	% de retraso en la entrega	0.31%	1.27%	3.03%	0.44%	0.36%	0.19%					

INDICADORES DE LIMPIEZA Y BIOSEGURIDAD - INS-SB (2018)

	Ene-18	Feb-18	Mar-18	Abr-18	May-18	Jun-18	Jul-18	Ago-18	Set-18	Oct-18	Nov-18	Dic-18
1	% de retraso o anulación de una actividad o trabajo asistencial por falta de limpieza	6.67%	10%	0%	6.25%	8.33%	0%	8.33%	0%	0%	0%	0%
2	% de peticiones en situaciones de emergencia y de urgencia atendidas fuera del tiempo de respuesta	0%	0%	0%	6.25%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
3	% de limpieza programada no se lleva a cabo con la periodicidad establecida de acuerdo con el contrato	25%	0%	0%	12.50%	16.60%	0%	0%	0%	0%	0%	0%

4	% de peticiones en situaciones ordinarias y/o programadas fuera del tiempo de respuesta	0%	5 %	0%	0%	0%	0%	0%	0%	8.33%	0%	0%	0%	0%
---	---	----	-----	----	----	----	----	----	----	-------	----	----	----	----

INDICADORES DE SEGURIDAD - INS-SB (2018)

	Ene-18	Feb-18	Mar-18	Abr-18	May-18	Jun-18	Jul-18	Ago-18	Set-18	Oct-18	Nov-18	Dic-18	
1	Número de pérdidas o robos al interior	6	6	7	5	1	5	2	7	0	10	7	4

INDICADORES DE ESTERILIZACIÓN- INS-SB (2018)

	Ene-18	Feb-18	Mar-18	Abr-18	May-18	Jun-18	Jul-18	Ago-18	Set-18	Oct-18	Nov-18	Dic-18
1 % de retraso superior a una hora respecto al horario fijado para el recojo de instrumental usado	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
2 % de retraso de más de 20 min de un procedimiento diagnóstico o terapéutico por falta de material estéril	10%	0%	0%	0%	7.69%	16.67%	0%	0%	0%	0%	13.64%	0%
3 % de suspensión de un procedimiento diagnóstico o terapéutico por falta de material estéril	10%	10%	10%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	18.18%	0%
4 % de falta de material estéril que impida la realización de cualquier intervención quirúrgica de urgencia	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
5 % de no reposición y/o entrega completa de los equipos, instrumentos y material textil estéril a los respectivos servicios del INSB;N'SB	10%	30%	16.67%	10 %	16.67%	33%	0%	0%	50%	16.67%	92.86%	21.43%

**INDICADORES DE MANTENIMIENTO DE LA EDIFICACIÓN, INSTALACIONES Y EQUIPAMIENTO ASOCIADA A LA
INFRAESTRUCTURA- INS-SB (2018)**

	Ene-18	Feb-18	Mar-18	Abr-18	May-18	Jun-18	Jul-18	Ago-18	Set-18	Oct-18	Nov-18	Dic-18
1 % de acciones deficientes de mantenimiento que generan retraso, interrupción o suspensión de la actividad asistencial o trabajo asistencial	0%	0%	4.55%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	4.55%	0%
2 % de queja de mal estado de infraestructura, instalaciones o equipos que afectan negativamente a la imagen del hospital	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
3 % de infraestructura y equipos deteriorados sobre infraestructura y equipos existentes	7.67%	7,83 %	8%	8.17%	8.33%	8.50%	8.67%	8.67%	9 %	9.17%	10.17%	10.33%
4 Cantidad de mantenimiento preventivo realizado	62	99	81	104		85	122	244	201	156	80	73
5 Cantidad de mantenimiento correctivo realizado		611	1325	516		771	1043					
6 % de cumplimiento de la programación de mantenimiento preventivo	92.16%	93.75	89.46%	93.68%	93.66%	88.62%	89.69%	90,8 %	93.57%	96.97%	91.77%	96.12%

INDICADORES DE MANTENIMIENTO DE EQUIPO CLÍNICO Y NO CLÍNICO- INS-SB (2018)

	Ene-18	Feb-18	Mar-18	Abr-18	May-18	Jun-18	Jul-18	Ago-18	Set-18	Oct-18	Nov-18	Dic-18
1 % de acciones deficientes de mantenimiento que generan retraso, interrupción o suspensión de la actividad asistencial o trabajo asistencial	6.67%	6%	6.25%	13.40%	11.10%	5.88%	5,88 %	5.88%	11.11%	5.56%	7.14%	11.76%
2 % de demora o anulación en la realización de las acciones de mantenimiento correctivo a interferido en la actividad asistencial	20%	17.65%	12.50%	21.36%	27.80%	11.76%	11.76%	11.76%	11.11%	11.11%	7.14%	11.76%
3 Cantidad de mantenimientos correctivos de equipos biomédicos		275	654		706		724			951	980	
4 Porcentaje de operatividad de los equipos	99.58%	99.58%	98.93%	99,21 %	99.28%	99.02%	99.02%	99.07	99.06%	98.40%	98.44	98.95%
5 Número de mantenimiento preventivo realizados	210	75	247	355	120		168				258	16
6 % de mantenimientos preventivos realizados en el mes versus los programados	61.95%			78.64%								
7 % de equipos paralizados sobre equipos existentes	0.62%	0.83%	0.97%	0.99%	0.11%	0.31%	0.99%		0.06%	0.04%	0.03%	0.03%
8 Cantidad de equipos inoperativos clínicos y los no clínicos	70	111	180	133	120	165	107	156	158	262	262	176

9 Total de equipos clínicos operativos 2078

10 total de equipos no clínicos operativos 14679

INDICADORES DE ALIMENTACIÓN - INS-SB (2019)

	Ene-19	Feb-19	Mar-19	Abr-19	May-19	Jun-19	Jul-19	Ago-19	Set-19	Oct-19	Nov-19	Dic-19
1 Número de menús por mes	85219	79362	85721	74531	68155	73154	68972	72984	79140	87133	80034	76289
2 Porcentaje de Quejas y reclamos	3.43%	3.30%	2.64%	2.64%	2.73%	5.41%	3.56%	3.95%	3,56 %	2.27%	1.80%	0%
3 Total de quejas de los usuarios	26	25	23	23	23	46	32	35	30	20	16	0

INDICADORES DE DE LAVANDERÍA - INS-SB (2019)

	Ene-19	Feb-19	Mar-19	Abr-19	May-19	Jun-19	Jul-19	Ago-19	Set-19	Oct-19	Nov-19	Dic-19
1 % de cumplimiento de entrega de ropa limpia dentro del plazo (30 min antes) para intervenciones quirúrgicas	100%	80.00%	90.48%	82.50%	65,22 %	95%	100%	100%	95.65%	96%	100%	100%
2 total de prendas sucias recibidas (Kg)	46,314.30	44.114	48.114	46.005	46.244	46.637	48.762	48.491	46.216	51.512	51.198	49095.23

3	Total de prendas limpias entregadas (Kg)	44,958.90	42.996	46.321	44.183	44.647	45.232	47.373	47.222	44.725	50.08	49.584	47694.40
4	% de entrega de ropa limpia suficiente para cubrir la demanda del INSSB	86.6%	90%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	90.48%
5	% de no realización de recojo de ropa hospitalaria para el correcto funcionamiento		30 %										
6	% de realización de lavado de ropa hospitalaria de acuerdo a los protocolos	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
7	% reposición de ropa	0.93%											
8	% de retraso en la entrega												

INDICADORES DE LIMPIEZA Y BIOSEGURIDAD - INS-SB (2019)

	Ene-19	Feb-19	Mar-19	Abr-19	May-19	Jun-19	Jul-19	Ago-19	Set-19	Oct-19	Nov-19	Dic-19
1	% de retraso o anulación de una actividad o trabajo asistencial por falta de limpieza	0%	0%	0%	0%	0%	0%	10%	0%	0%	0%	0%
2	% de peticiones en situaciones de emergencia y de urgencia atendidas fuera del tiempo de respuesta	0%	0%	0%	0%	0%	10%	10%	10%	0%	0%	0%

3	% de limpieza programada no se lleva a cabo con la periodicidad establecida de acuerdo al contrato	16.66%	8.33 %	8.33%	0%	25%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	15%
4	% de peticiones en situaciones ordinarias y/o programadas fuera del tiempo de respuesta	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%

INDICADORES DE SEGURIDAD - INS-SB (2019)

	Ene-19	Feb-19	Mar-19	Abr-19	May-19	Jun-19	Jul-19	Ago-19	Set-19	Oct-19	Nov-19	Dic-19	
1	Número de pérdidas o robos al interior	6	3	11	6	0	1	1	0	2	1	0	0

INDICADORES DE ESTERILIZACIÓN- INS-SB (2019)

	Ene-19	Feb-19	Mar-19	Abr-19	May-19	Jun-19	Jul-19	Ago-19	Set-19	Oct-19	Nov-19	Dic-19
1 %de retraso superior a una hora respecto al horario fijado para el recojo de instrumental usado	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
2 % de retraso de más de 20 min de un procedimiento diagnóstico o terapéutico por falta de material esteril	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	4.54%	0%	0%
3 % de suspensión de un procedimiento diagnóstico o terapéutico por falta de material esteril	5%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
4 % de falta de material esteril que impida la realización de cualquier intervención quirúrgica de urgencia	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
5 % de no reposición y/o entrega completa de los equipos, instrumentos y material textil estéril a los respectivos servicios	22,73%%	10%	19.05%	5%	27.27%	27.27%	45.45%	47.62%	38.10%	40,91 %	20%	28.57%

**INDICADORES DE MANTENIMIENTO DE LA EDIFICACIÓN, INSTALACIONES Y EQUIPAMIENTO ASOCIADA A LA
INFRAESTRUCTURA- INS-SB (2019)**

	Ene-19	Feb-19	Mar-19	Abr-19	May-19	Jun-19	Jul-19	Ago-19	Set-19	Oct-19	Nov-19	Dic-19
1 % de acciones deficientes de mantenimiento que generan retraso, interrupción o suspensión de la actividad asistencial o trabajo asistencial	0%	5%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	5%	23.81%
2 % de queja de mal estado de infraestructura, instalaciones o equipos que afectan negativamente a la imagen del hospital	0%	0%	0%	0%	4.35%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
3 % de infraestructura y equipos deteriorados sobre infraestructura y equipos existentes									11.67%	11.83%	11.5%	
4 Cantidad de mantenimiento preventivo realizado		85									170	78
5 Cantidad de acciones de mantenimiento realizadas	92								132			
6 % de cumplimiento de la programación de mantenimiento preventivo	95.02%	96.53%	98.27%	98.26%	96.70%	98.24%	98.62%	98.04%	98.86%	96.74%	95.76%	96.42%

INDICADORES DE MANTENIMIENTO DE EQUIPO CLÍNICO Y NO CLÍNICO- INS-SB (2019)

	Ene-19	Feb-19	Mar-19	Abr-19	May-19	Jun-19	Jul-19	Ago-19	Set-19	Oct-19	Nov-19	Dic-19
1 % de acciones deficientes de mantenimiento que generan retraso, interrupción o suspensión de la actividad asistencial o trabajo asistencial	0.00%	12%		13.33%	11.11%	10.53%	10%	4.76%	4.76%	4.60%	5%	4.76%
2 % de demora o anulación en la realización de las acciones de mantenimiento correctivo a interferido en la actividad asistencial	14%	9.52%		23.81%	5.56%	5.26%	5%	19.05%	14.29%	13.64%	15%	14.05%
3 Cantidad de mantenimientos correctivos de equipos biomédicos	747										808	
4 Porcentaje de operatividad de los equipos	99.17%	89.20%	98.62%	99.10%	99.54%	99.68%	99.46%	99.50%	99.56%	99.14%	98.85%	99.11%
5 Número de mantenimiento preventivo realizados	76				77						191	126
6 % de mantenimientos preventivos realizados en el mes versus los programados					99.54%				99.56%		11.50%	
7 % de equipos paralizados sobre equipos existentes	0.99%								0.02%	0.02%	0.3%	
8 Cantidad de equipos inoperativos clínicos y los no clínicos	139		231	151	77	54	91	84	74	144	193	149

9 Cantidad de equipo clínico 2.078

10 cantidad equipo no clínico 1, 4676

Anexo 3: Propuesta de indicadores

SERVICIOS NO CLINICOS				
	LIMPIEZA	LAVANDERIA	SEGURIDAD	ALIMENTACION
INDICADORES DE EFICACIA	Porcentaje de retraso o anulación de una actividad otra bajo asistencial por falta de limpieza	Porcentaje de cumplimiento de entrega de ropa limpia dentro del plazo (30 min antes)	Numero de Perdidas o robos al interior	Porcentaje de quejas y reclamos
	Porcentaje de peticiones en situaciones de emergencia y urgencias atendidas fuera del tiempo de respuesta	Porcentaje de entrega de ropa limpia suficiente para cumplir la demanda		Total de quejas de los usuarios
INDICADORES DE EFICIENCIA	Porcentaje de limpieza programada no se lleva a cabo con la periodicidad	Porcentaje de no recojo de ropa hospitalaria para el correcto funcionamiento		
		Porcentaje de retraso de entrega		
INDICADORES ECONOMICOS	Costo mensual	Costo mensual detallado		Costo por ración