

MINISTERIO DE SALUD

Documento Técnico

“Necesidades de Inversión de los Establecimientos Estratégicos”

Región: Apurímac

AMBITO: CHINCHEROS

- **C.S. Uripa** (proyectado como I-4 No Quirúrgico)
- **C.S. Ocobamba** (proyectado como I-4 No Quirúrgico)
- **C.S. Huaccana** (proyectado como I-4 No Quirúrgico)

Julio 2013

INDICE DE CONTENIDOS

INTRODUCCIÓN	2
I. MARCO REFERENCIAL	3
a) Reforma para el logro de la cobertura universal en salud	3
b) El Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS)	3
c) Agenda de prioridades de política de salud	5
d) Retos de la reforma	6
II. SELECCIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD ESTRATÉGICOS EN EL MARCO DE LAS REDES DE SERVICIOS DE SALUD. EL CASO DEL ÁMBITO CHINCHEROS DE LA REGIÓN APURIMAC	8
2.1 Elementos conceptuales.....	8
2.2 Enfoque geo-socio-sanitario de la Red de Servicios de Salud	9
2.3 Criterios para la conformación de una Red de Servicios de Salud	10
2.4 Pasos para la selección de Establecimientos de Salud Estratégicos	11
2.5 Productos Finales	18
III. IDENTIFICACIÓN DE NECESIDADES DE INVERSIÓN.....	19
3.1 Metodología empleada.....	19
3.2 Proceso de identificación	19
3.3 Resultados del proceso.....	20
A. Población.....	20
B. Cartera de servicios proyectada.....	21
C. Flujos de Referencia (FR).....	27
IV. Conclusiones	30

INTRODUCCIÓN

El presente documento técnico está dirigido a fortalecer la programación de la inversión pública del sector salud en los diferentes niveles de gobierno en el mediano plazo y la formulación de estudios de preinversión mediante dos procesos de alcance nacional que ha impulsado el Ministerio de Salud y los Gobiernos Regionales en el marco de la reforma sanitaria de cobertura universal en salud, con la finalidad de continuar garantizando el derecho a la atención en salud de la población peruana y mejorar su acceso a los servicios de salud¹.

El primero proceso, denominado **Delimitación de Redes Funcionales y Selección de Establecimientos Estratégicos**, ha permitido priorizar establecimientos de salud con los cuales se estima responder a las necesidades de la demanda según patrones de uso actual de servicios de salud y tiempos de desplazamiento entre los centros poblados y los establecimientos de salud. Como resultado de la aplicación de este proceso, el Ministerio de Salud y los Gobiernos Regionales han identificado un listado de 748 establecimientos de salud en todo el país, el cual ha sido aprobado por RM 632-2012/MINSA Y RM N° 997-2012/MINSA.

El segundo proceso, denominado **Identificación de Necesidades de Inversión de los Establecimientos de Salud Estratégicos**, ha permitido identificar y estimar necesidades de inversión en establecimientos de salud del primer y segundo nivel de atención basados en el análisis de la demanda y oferta futura de servicios de salud en el marco de lo que ofrece el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS), utilizando parámetros y criterios establecidos por la metodología de Planeamiento Multianual de Inversiones en Salud aprobados por RM 577-2011/SA. Como resultado de la aplicación de este proceso y con la asistencia técnica del Ministerio de Salud a los Gobiernos Regionales, se identificaron necesidades de inversión en 278 establecimientos estratégicos de nueve regiones (Amazonas, Cajamarca, San Martín, Huánuco, Pasco, Huancavelica, Ayacucho, Puno y Ucayali).

Adicionalmente, se ha impulsado un tercer proceso que busca establecer las condiciones básicas previas a la formulación de estudios de preinversión para evitar problemas en la ejecución de proyectos de inversión de salud con componentes de infraestructura. Este proceso incluye las actividades siguientes: verificación de la situación legal de los establecimientos estratégicos, análisis preliminar de la vulnerabilidad de la ubicación del terreno y el análisis preliminar de la capacidad del terreno para ampliar o fortalecer la infraestructura.

La estructura del documento es la siguiente: en la primera parte se presentan el marco de referencia de la Reforma de Aseguramiento

¹ Materia de los Acuerdos Ejecutivos de implementación de la Agenda de Prioridades de Política de Salud del Gobierno Nacional y los Gobiernos Regionales, suscrito en Lima el 12 de setiembre de 2012 entre la Ministra de Salud, Midori de Habich Rospigliosi, el Ministro de Trabajo, José Villena Petrosino, y el Presidente de la Asamblea Nacional de Gobiernos Regionales, César Villanueva Arévalo.

Universal en Salud, el Plan Esencial de Aseguramiento, la agenda de prioridades de políticas de salud y los retos de la reforma; en la segunda parte se expone la selección de establecimientos de salud estratégicos del ámbito Chincheros de la Región Apurímac; mientras que en la tercera parte se presenta los pasos secuenciales para la identificación de necesidades de inversión y finalmente en la cuarta y quinta parte se presentan las conclusiones y anexos, respectivamente.

I. MARCO REFERENCIAL

a) Reforma para el logro de la cobertura universal en salud

Uno de los elementos clave de la reforma, ha sido la aprobación de la Ley Marco del Aseguramiento Universal en Salud, Ley N° 29344, la cual constituye un importante hito para la salud pública peruana, porque el Estado peruano reconoce el derecho a la atención en salud con calidad y en forma oportuna a todos los peruanos. Un importante paso en materia del derecho a la salud consiste en mejorar el acceso a los servicios de salud y que éstos se brinden con mayor equidad, eficacia, eficiencia, oportunidad y calidad.

El Aseguramiento Universal en Salud (AUS) es el medio a través del cual se busca lograr “que toda la población residente en el territorio nacional disponga de un seguro de salud que le permita acceder a un conjunto de prestaciones de salud de carácter preventivo, promocional, recuperativo y de rehabilitación, en condiciones adecuadas de eficiencia, equidad, oportunidad, calidad y dignidad, sobre la base del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS)”.

El Estado, a través de la política de AUS, busca que:

- Se garantice los derechos de toda la población a la atención de salud, en términos de acceso, oportunidad, calidad y financiamiento;
- Las familias estén protegidas de los riesgos de empobrecimiento asociados a eventos de enfermedad;
- Los resultados sanitarios mejoren; y,
- Se contribuya a elevar la productividad del capital humano de la nación.

b) El Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS)

Consiste en la lista priorizada de condiciones asegurables e intervenciones que como mínimo están obligadas a financiar a todos los asegurados, las instituciones administradoras de fondos de aseguramiento en salud (IAFAs), sean estas públicas, privadas o mixtas, y contiene garantías explícitas de oportunidad y calidad para todos los beneficiarios.

De acuerdo a la norma, se entiende como condiciones asegurables a los estados de salud que se buscan mantener, en caso de la población sana, o recuperar, en caso de la población enferma, que son susceptibles de ser financiados mediante esquemas de aseguramiento. Asimismo, se entiende por intervenciones a las prestaciones y/o conjunto de prestaciones en salud de carácter promocional, preventivo, recuperativo y de rehabilitación orientadas al manejo de las condiciones asegurables.

Finalmente, las garantías de calidad y oportunidad asociadas a cada tipo de prestación incluida en el plan de beneficios, hacen referencia a los estándares de calidad de la prestación y de los tiempos máximos de espera que toda red prestadora de servicios de salud está obligada a ofrecer a sus usuarios.

En este marco, el PEAS tiene las siguientes características:

Es universal: Beneficia a toda la población cubierta por un seguro de salud, incluyendo a la población afiliada al Seguro Integral de Salud (SIS), así como a los cotizantes de la Seguridad Social y los seguros privados y sus derecho habientes.

Es explícito: Contiene listas positivas de las condiciones asegurables y de las prestaciones de salud que como mínimo todas las instituciones aseguradoras están obligadas a financiar a sus afiliados, a diferencia de los planes de beneficios actuales que se basan en listas negativas o exclusiones.

La definición de este plan busca romper con la asimetría actual en que el Estado otorgue un subsidio o el asegurado cotice una cantidad de dinero sin que el asegurador se obligue a explicitar su cobertura, ni una garantía de acceso y de calidad sobre esa cobertura.

Es garantizado: El Estado asignará los recursos para financiar las prestaciones contenidas en el PEAS a la población bajo los regímenes subsidiado y semicontributivo, y supervisará el cumplimiento del financiamiento y la provisión del PEAS por parte de las instituciones administradoras de fondos de aseguramiento y los prestadores de servicios de salud, públicos y privados.

Es integral: considera todas las diversas fases de evolución clínica de una enfermedad o condición asegurable, mediante esquemas de manejo integral que cubren prestaciones de carácter promocional, preventivas, de diagnóstico, recuperativas y de rehabilitación.

Cuadro I: Resumen de contenidos del PEAS

I. 140 condiciones asegurables, vinculadas a:

- la población sana (5),
- condiciones ginecológicas y obstétricas (28),
- condiciones pediátricas (23),
- condiciones neoplásicas (7),
- condiciones transmisibles (31)
- condiciones no transmisibles (41).

Fuente: DS 016-2009/SA

Es auditable: Las garantías de calidad y oportunidad definidas en el PEAS se expresan mediante indicadores cuantificables que permitirá a la Superintendencia Nacional de Aseguramiento el seguimiento del cumplimiento por parte de los prestadores de salud.

Es incremental: El PEAS se evaluará por norma cada dos años para incluir progresivamente más condiciones de salud. Su aplicación no afecta los derechos adquiridos a través de otros planes de salud que actualmente viene recibiendo la población afiliada a otros regímenes de aseguramiento.

Cuadro 2: Prioridades de Política de Salud

1. Atención primaria y mejora del acceso a los servicios de salud.
2. Acceso a servicios especializados.
3. Mejora de la gestión hospitalaria.
4. Financiamiento de la salud

Fuente: Acta de Acuerdos Ejecutivos CIGS, 12 setiembre 2012

Los fundamentos de la elaboración del PEAS fueron los siguientes:

Epidemiológicos: El contenido del PEAS está basado en la presencia de un grupo de enfermedades que producen un daño mayor en la población, en términos de muertes prematuras o en suma de años de discapacidad, los cuales exigen un tratamiento prioritario y una garantía total en prevención, control o recuperación.

Financieros: El reto del Estado, al definir el PEAS como un conjunto mínimo de derechos en salud, es garantizar a toda la población los servicios incluidos, lo cual supone acercarlos a los ciudadanos, invirtiendo en instalar nuevas capacidades que sean socialmente aceptable y financieramente viable.

Legales: Los derechos en salud y las garantías que se explicitan en el PEAS son legalmente vinculantes, constituyendo un derecho exigible por el ciudadano.

c) Agenda de prioridades de política de salud

El Gobierno Nacional recientemente ha acordado con los Gobiernos Regionales cuatro prioridades de política en salud (Ver Cuadro 2). La primera de ellas se refiere a la atención primaria y mejora del acceso a los servicios de salud. Para ello, se propone **fortalecer la atención primaria de salud invirtiendo en 748 establecimientos de salud estratégicos en alianza con Gobiernos Regionales al 2016**². En virtud a ello se ha acordado desarrollar seis ejes de trabajo:

1. Ampliar y/o mejorar la capacidad resolutive de salud de 748 establecimientos estratégicos en 25 Gobiernos Regionales al 2016.

² - Comisión Intergubernamental de Salud (CIGS), Acuerdos ejecutivos de implementación de la Agenda de Prioridades de Política de Salud del Gobierno Nacional y los Gobiernos Regionales "Hacia el logro de la cobertura universal de salud", Lima, 12 de setiembre 2012.

2. Fortalecer el equipamiento de los establecimientos de salud de los 25 gobiernos regionales.
3. Fortalecer la estrategia de atención itinerante de la población dispersa.
4. Cerrar progresivamente la brecha de recursos humanos para la atención primaria concordante con la implementación del plan de inversión.
5. Incentivos remunerativos y profesionales para atención de establecimientos más alejados y de fronteras.
6. Desarrollar acciones tendientes a armonizar y compatibilizar el planeamiento e implementación de los planes, programas y proyectos de inversión entre MINSA, EsSalud, los Gobiernos Regionales y los Gobiernos Locales a fin de optimizar los recursos que mejoren el acceso a servicios de salud dirigidos a toda la población, en el marco del aseguramiento universal en salud en el corto, mediano y largo plazo.

d) Retos de la reforma

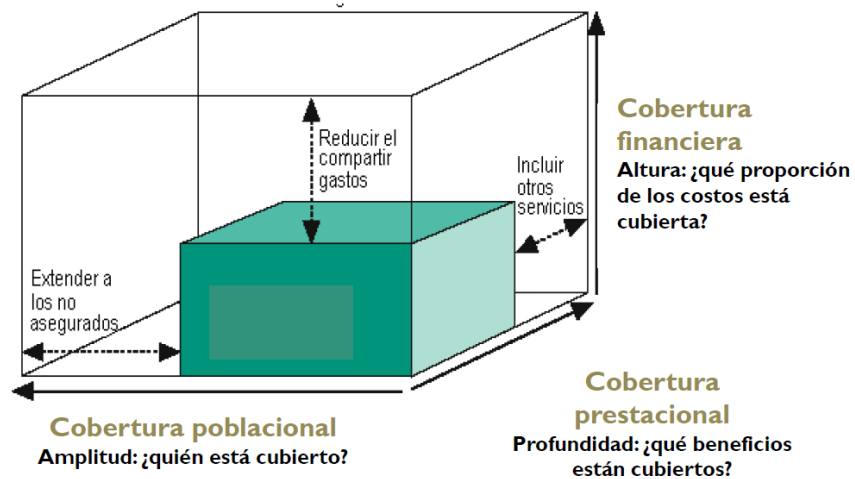
La reforma de salud que pretende ir hacia la cobertura universal en salud enfrenta retos en las tres dimensiones de cobertura:

1. Cobertura poblacional. El porcentaje de la población rural que cuenta con algún seguro es mayor al de las zonas urbanas, 75% y 60% en 2010, respectivamente. El crecimiento en la cobertura de aseguramiento ha favorecido a las zonas rurales más que a las urbanas. El porcentaje de asegurados pasó de 60% a 75% entre 2008 y 2010 en las zonas rurales, mientras que pasó de 51% a 60% en el mismo período en las zonas urbanas (ENAHU). Aún persiste el reto de avanzar en afiliar a la población pobre en ambas zonas.
2. Cobertura prestacional. El PEAS al haber incluido beneficios para la atención de enfermedades crónicas y degenerativas y otras enfermedades o condiciones antes no cubiertas, es un primer paso importante en la reforma. Sin embargo, el siguiente reto es mejorar la disponibilidad y accesibilidad de la oferta de servicios de salud para garantizar la atención de la población. Ello supone acercar los servicios de salud con mayor demanda a la población, sean éstos de baja o mediana complejidad. El mayor reto se da en las zonas rurales, donde la capacidad resolutive se caracteriza por ser de muy baja complejidad. Los avances en esta dimensión permitirán que los afiliados de las zonas rurales puedan hacer uso efectivo de los beneficios que ofrece el Estado.

Otro reto en esta dimensión es lograr que la atención sea coordinada en un territorio dado para garantizar continuidad e integralidad en la atención de los ciudadanos.
3. Cobertura financiera. Un importante reto es avanzar en el financiamiento de los beneficios que ofrece el PEAS. En la práctica supone disponer de los fondos suficientes para que la aseguradora compre los servicios de salud que los asegurados requieren. Las posibilidades de compra de servicios se incrementarán en la medida que mejore la capacidad resolutive de los establecimientos de salud, sobretodo, los rurales, permitiendo así acercar los servicios a los

ciudadanos. Ello permitirá explorar nuevos mecanismos de pago a los proveedores que fomente la entrega coordinada de servicios de salud y orientadas en la resolución de casos.

Gráfico 2: Retos de la reforma de cobertura universal en salud



Adaptado de: Reporte OMS, 2008

II. SELECCIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD ESTRATÉGICOS EN EL MARCO DE LAS REDES DE SERVICIOS DE SALUD. EL CASO DEL ÁMBITO CHINCHEROS DE LA REGIÓN APURIMAC

2.1 Elementos conceptuales

a) Modelo de Atención Integral de Salud basado en Familia y Comunidad

La “Organización de los Servicios de Salud para la Prestación” es uno de los componentes del Modelo de Atención Integral de Salud basado en Familia y Comunidad (MAIS-BFC) que responde al enfoque de Atención Primaria de la Salud y que hace énfasis en un sistema de salud cuya puerta de entrada es el primer nivel de atención, con una oferta de gran tamaño y de baja complejidad para la atención de los problemas de salud de una población determinada.

b) Red de Servicios de Salud

Conjunto de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, de diferentes niveles de atención y de distinta capacidad resolutive, articulados funcionalmente, cuya complementariedad de servicios asegura el uso eficiente de los recursos y las prestaciones prioritarias de salud.

c) Atención integral de Salud

Atención de salud con intervenciones de prevención-promoción, recuperación y rehabilitación a la persona, la familia y la comunidad.

d) Continuidad de la atención (integración vertical)

Atributo de la Red de Servicios de Salud que asegura la identificación y resolución del daño a través de la oferta de servicios de salud de diferentes niveles de atención.

e) Complementariedad (integración horizontal)

Atributo de la Red de Servicios de Salud que asegura la atención mediante la integración de las carteras de servicios de los establecimientos de salud dentro del mismo nivel de atención.

f) Niveles de atención y capacidad resolutive

En la Red de Servicios de Salud se debe garantizar la existencia de establecimientos del primer y segundo nivel de atención; así como, su articulación con establecimientos del tercer nivel de atención. Para ello, es necesario, que los establecimientos de salud sean clasificados por su capacidad resolutive.

g) Modalidades de oferta

La Red de Servicios de Salud comprende la oferta fija que incluye establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo; y la oferta móvil que incluye Equipos de Atención Integral de Salud a Población Excluida y Dispersa (Equipos AISPED), brigadas itinerantes de especialistas, campañas de atención integral, entre otras modalidades. Ambos tipos

de oferta se complementan con la finalidad de acercar los servicios de salud a toda la población y atender las necesidades de salud.

2.2 Enfoque geo-socio-sanitario de la Red de Servicios de Salud

2.2.1 Territorial:

En el proceso de conformación de Redes de Servicios de Salud se debe analizar la relación que existe entre el territorio y los servicios de salud. El territorio se organiza en circunscripciones políticas y administrativas (departamentos, provincias y distritos) y los servicios de salud se organizan en redes que cuentan con su propio ámbito jurisdiccional.

El territorio también se organiza en corredores económicos y geográficos que facilitan el comercio y el tránsito de las personas; existiendo muchas veces, varios corredores dentro de una misma circunscripción política y administrativa.

Las Redes de Servicios de Salud se conforman en base a la proximidad de los establecimientos de salud que se ubican dentro de un corredor o por ubicarse dentro de una misma circunscripción política y administrativa sin considerar muchas veces la conectividad existente. En ambos casos, estas decisiones afectan la gobernanza en salud.

Es importante tratar de ajustar la demarcación de las redes a nivel de provincias y distritos con la finalidad de facilitar las coordinaciones interinstitucionales (Gobierno Local – Red) e intersectoriales.

2.2.2 Población:

En el proceso de conformación de Redes de Servicios de Salud se debe analizar la relación que existe entre la población y los servicios de salud. Al respecto, se deben considerar los siguientes elementos:

a. Factores Demográficos y Sociales

- Crecimiento poblacional, transición demográfica y características de los grupos etarios.
- Presencia de núcleos urbanos y conglomerados rurales.
- Presencia de población dispersa, excluida y en condiciones de vulnerabilidad.
- Acceso a Servicios Básicos (Saneamiento básico, agua potable, luz, teléfono, internet)
- Presencia de determinantes sociales que vienen afectando el acceso a los servicios de salud.

b. Necesidades de Salud y Demanda de Atención

- Perfil de morbilidad y mortalidad de la población.
- Demanda de atención preventiva-promocional, recuperativa y de rehabilitación.

2, 2,3 Respuesta sanitaria:

En el proceso de conformación de Redes de Servicios de Salud se debe analizar la situación actual de los servicios de salud. Al respecto, se deben considerar los siguientes elementos:

- Oferta de los servicios de salud: Se analiza la disponibilidad y las brechas de recursos humanos en salud, infraestructura y equipamiento; así como, la productividad para determinar si existe sobreutilización o subutilización de los servicios de salud.
- Organización y funcionamiento de los servicios de salud: Se analiza la conformación de las redes de servicios de salud, la organización de los niveles de atención y la capacidad resolutive de los establecimientos de salud.

2.3 Criterios para la conformación de una Red de Servicios de Salud

a. Cobertura poblacional

- Redes metropolitanas (Lima Metropolitana y ciudades grandes)
- Redes urbanas (ciudades medianas)
- Redes rurales (ciudades pequeñas y áreas rurales).

b. Accesibilidad

- Accesibilidad Geográfica: Al menos 80% de la población debe acceder a un servicio de salud por las vías habituales.
- Zonas metropolitanas: hasta 30 minutos.
- Zonas urbanas: hasta 1 hora
- Zonas rurales: hasta 4 horas.

Accesibilidad a la atención médica especializada. Se debe asegurar el acceso de la población, principalmente, a los siguientes servicios de atención especializada.

- Obstétrica y neonatal
- Oftalmológica
- Traumatológica
- Cáncer
- Enfermedades crónico-degenerativas
- Salud mental
- Rehabilitación
- Emergencias.

c. Características de la Demanda

- Proporción de usuarios potenciales de servicios de salud públicos.

- Proporción de población asegurada de SIS, EsSalud, seguros privados y con capacidad de pago directo por los servicios.
- Conducta sobre uso de los servicios ofrecidos.
- Opiniones de las personas sobre los servicios ofrecidos.

d. Características de la Oferta

- Ubicación de los establecimientos de salud.
- Capacidad resolutive de los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo.
- Tipos de servicios y recursos disponibles.
- Rutas y distancias entre los establecimientos.
- Tipos y disponibilidad de Transporte Asistido
- Tipos y disponibilidad de Ayuda Diagnóstica
- Tipo y disponibilidad de sistemas de información y comunicación.
- Soporte Logístico

e. Demarcación Político Administrativa:

Los ajustes a la jurisdicción de una Red de Servicios de Salud se realizarán teniendo en consideración los siguientes aspectos:

- Poblaciones de zonas limítrofes entre provincias.
- Poblaciones en zonas de alto riesgo (violencia social).
- Poblaciones relacionadas con corredores socio-económicos.

2.4 Pasos para la selección de Establecimientos de Salud Estratégicos

a. Paso 1. Análisis de la oferta sanitaria

Objetivo: Determinar la situación actual de los establecimientos de salud y su organización para la referencia.

Materiales:

- Planos: Mapa regional y Mapa provincial con ubicación de los establecimientos de salud.
- Matriz N° 1.1: Formato electrónico (Excel) para la identificación de los establecimientos de salud del primer nivel de atención.
- Matriz N° 1.2: Formato electrónico (Excel) para la Identificación de los hospitales (UPSS y especialidades médicas).
- Matriz N° 1.3: Formato electrónico (Excel) para la identificación de la oferta móvil, otros prestadores públicos, banco de sangre, disponibilidad total de establecimientos y tipo de FON.

Resultados:

- Matriz N° 1.1, 1.2, 1.3 con Establecimientos de Salud con recursos identificados.
- Mapa N° 1. Mapa provincial con la ubicación y la identificación de los establecimientos de salud. Incluye su caracterización.
- Mapa N° 2. Mapa provincial con los flujos de referencia de los establecimientos de salud.
- Mapa N° 3. Mapa Regional con datos regionales sobre la oferta fija y la oferta móvil.

Procedimientos:

- La unidad de análisis para las Diresas/Geresas es la provincia y en el caso de las Direcciones de Salud de Lima Metropolitana la unidad de análisis es el distrito.
- Matriz N° 1.1. Los representantes de las redes y microrredes proceden a registrar los datos de los establecimientos de salud requeridos en la matriz sobre disponibilidad de recursos humanos, laboratorios, diagnóstico por imágenes, ambulancias, radio, teléfono, conectividad a internet, internamiento, transporte asistido, tipos de FON, establecimientos de referencia para emergencias, incluyendo distancias y tiempos de llegada usual y durante la peor temporada del año.
- Matriz N° 1.2. Los representantes de las redes y hospitales proceden a registrar los datos de los hospitales en la matriz sobre la disponibilidad de los recursos humanos según especialidades médicas y datos de las Unidades Productoras de Servicios de Salud (UPSS).
- Matriz N° 1.3. Los representantes de la Diresa/Geresa proceden a registrar datos sobre la oferta móvil, otros prestadores públicos, bancos de sangre, consolidado de los establecimientos de salud y tipos de FON.
- Mapa N° 1. Los representantes de las redes y microrredes proceden a identificar en el plano de la provincia la ubicación de los establecimientos de salud. Para ello, se utilizaron símbolos y datos numéricos. Se consignó datos sobre recursos humanos, servicios de laboratorio, servicios de imágenes (rayos X y ecógrafos), unidades de transporte asistido, radio y tipo de FON (FONP, FONB, FONE).
- Mapa N° 2. Los representantes de las redes y microrredes proceden a identificar en el plano de la provincia los flujos de referencia de emergencia de los establecimientos de salud, incluyendo datos sobre distancias y tiempos. Asimismo, se identifica el establecimiento que recibe la mayor cantidad de referencias en la red y la existencia de otros prestadores públicos y de oferta móvil.

- Mapa N° 3. Los representantes de la DIRESA/GERESA proceden a registrar datos sobre la oferta fija y la oferta móvil en un Mapa Regional.
- b. Paso 2: Análisis de la producción de la oferta sanitaria y determinación de la capacidad resolutive
- Objetivo: Determinar la concordancia de la producción de los establecimientos con la información del HIS y SIS.
- Materiales:
- Matriz N° 2: Formato electrónico (Excel) con la producción recogida por el establecimiento de salud.
- Resultados:
- Matriz N° 2 con Establecimientos de Salud con capacidad resolutive identificada.
- Procedimientos:
- Con la información obtenida de los registros del HIS y del SIS se revisó la producción de los servicios de cada uno de los establecimientos de salud, a través de indicadores trazadores de producción de la oferta.
 - Se determinó la concordancia de la información del HIS y SIS con la capacidad resolutive real de los establecimientos de salud.
 - Se identificó a los establecimientos de salud con mayor producción, de acuerdo a la información HIS y SIS.
 - Se evaluaron los indicadores de uso por cada establecimiento de salud (población asignada, atendidos, atenciones, extensión de uso).
- c. Paso 3: Análisis de la demanda y su relación con la oferta sanitaria.
- Objetivo: Jerarquización de la demanda potencial según ámbito rural o urbano.
- Materiales:
- Matriz N° 3: Formato electrónico (Excel) para el análisis de la demanda.
 - Planos: Mapa provincial con ubicación de los centros poblados y los establecimientos de salud.
- Resultados:
- Matriz N° 3 con Establecimientos de Salud con mayor volumen poblacional de referencia.
 - Mapa N° 4. Mapa provincial con los centros poblados que acceden y no acceden a un establecimiento de salud.

Procedimientos:

- Se identificó en el plano provincial los centros poblados del área geo-socio-sanitaria de influencia de cada establecimiento de salud.
- Se estimó el volumen poblacional de cada establecimiento de salud sumando la población de los centros poblados que acuden a cada establecimiento de salud de acuerdo al valor mínimo de la escala poblacional de los centros poblados (INEI).
- Se jerarquizaron los establecimientos de salud según los siguientes rangos de Grupos Poblacionales ajustados a la población del departamento, diferenciándose para zonas rurales y urbanas. Por ejemplo:

Rural

Valor 1. Hasta 1999 hab.

Valor 2. Hasta 2981 hab.

Valor 3. Hasta 6141 hab.

Valor 4. Mayor de 6141 hab.

Urbana

Valor 1. Hasta 10,053 hab.

Valor 2. Hasta 14,351 hab.

Valor 3. Hasta 24,372 hab.

Valor 4. Mayor de 24,372 hab.

- Se identificó los establecimientos de salud con Grupos Poblacionales que reportaron valores 3 y 4. Asimismo, se calculó la Población Total de Referencia Potencial a través de la sumatoria de la población referencial del conjunto de establecimientos agrupados en el área de influencia.
 - En el caso de la capital regional o zona metropolitana (urbana) se trabajó con el plano catastral para identificar los establecimientos de salud y delimitar su área geográfica y consignar la población asignada.
- d. Paso 4: Identificación de los Establecimientos de Salud Estratégicos.
- Objetivo: Identificar establecimientos de salud a ser fortalecidos en el Primer Nivel de Atención o implementados como nueva oferta especializada.

Materiales:

- Matriz N° 4: Formato electrónico (Excel) de criterios técnicos para la identificación de Establecimientos de Salud Estratégicos (zona urbana y zona rural).
- Planos: Mapa provincial y Mapa regional con la ubicación de los establecimientos de salud.

Resultados:

- Matriz N° 4 con Establecimientos de Salud Estratégicos identificados.
- Mapa N° 5. Mapa provincial con la identificación de los Establecimientos de Salud Estratégicos y los nuevos flujos de referencia.
- Mapa N° 6. Mapa Regional con la identificación de los Establecimientos de Salud Estratégicos.

Procedimientos:

- De acuerdo a lo trabajado en las sesiones 1, 2 y 3 se determinaron cuales son los establecimientos de salud que tienen mayor demanda poblacional, reciben mayor cantidad de referencias y están en los corredores sociales principales.
- Se aplicó la Matriz N° 4 de criterios técnicos para identificar a los establecimientos de salud a ser fortalecidos o priorizados, aplicándose la ficha de población rural o población urbana, según corresponda.

CRITERIOS PARA DETERMINAR EL FORTALECIMIENTO DE LA CAPACIDAD RESOLUTIVA Y/O IMPLEMENTACION DE LA ATENCIÓN ESPECIALIZADA (RURAL)

CRITERIOS		INDICADOR	RANGO	VALORACION	ESTABLECIMIENTOS DE SALUD IDENTIFICADOS				
1	POBLACIÓN TOTAL DE REFERENCIA POTENCIAL	Población potencialmente referida	≥ 20 000 hab.	6					
			10 000 - 19 999 hab	4					
			≤ 9,999 hab	2					
2	UBICACIÓN ESTRATÉGICA DENTRO DEL CORREDOR SOCIAL	Ubicación Geográfica	SI	4					
			NO	0					
3	TIEMPO A HOSPITAL DE REFERENCIA	Tiempo que demora referencia de paciente al Hospital de Referencia	≤ 4 horas	3					
			> 4 horas	0					
4	TIEMPO A ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEPENDIENTES	Promedio de tiempo de referencia desde establecimientos de salud dependientes	≤ 2 horas	4					
			2 a 3 horas	2					
			≥ 4 horas	0					
5	VÍAS DE ACCESO	Vías de acceso al Establecimiento de salud (Terrestre, fluvial y aéreo)	3 vías	6					
			2 vías	4					
			1 vía	2					
6	ESTABLECIMIENTO DE SALUD CATEGORÍA I - 4 o SUPERIOR (INFRAESTRUCTURA)	Establecimiento de salud es categoría I - 4 o superior	SI	1					
			NO	0					
7	UNIDAD DE TRANSPORTE ASISTIDO	cuenta con unidad de transporte asistido con Ambulancia	SI	1					
			NO	0					
8	FACTIBILIDAD DE SERVICIOS BÁSICOS DE SUMINISTROS PARA EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD	Localidad cuenta con servicios básicos de suministro	Agua y Luz	1					
			Una o ninguna	0					
PUNTAJE TOTAL									

CRITERIOS PARA DETERMINAR EL FORTALECIMIENTO DE LA CAPACIDAD RESOLUTIVA Y/O IMPLEMENTACION DE LA ATENCIÓN ESPECIALIZADA (URBANA)

CRITERIOS	INDICADOR	RANGO	VALORACION	ESTABLECIMIENTOS DE SALUD IDENTIFICADOS				
1	POBLACIÓN TOTAL DE REFERENCIA POTENCIAL	Población potencialmente referida	$\geq 80,000$ hab. 6 $50,000 - 80,000$ 4 $\leq 50,000$ hab 2					
2	UBICACIÓN ESTRATÉGICA DENTRO DEL CORREDOR SOCIAL PROVINCIAL PRINCIPAL (Solo el de mayor movimiento)	Ubicación en el mismo corredor o máximo 10 minutos	SI 4 NO 0					
3	TIEMPO A HOSPITAL DE REFERENCIA	Tiempo que demora referencia de paciente al Hospital de Referencia	≤ 1 hora 3 1 - 2 horas 2 > 2 horas 1					
4	TIEMPO A ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEPENDIENTES	Promedio de tiempo de referencia desde establecimientos de salud dependientes	≤ 30 min 4 30 min a 1 hora 3 ≥ 1 hora 1					
5	VÍAS DE ACCESO	Cuenta con acceso a través de carretera	Urbana 3 Urbano-Marginal 2 Rural 1					
6	ESTABLECIMIENTO DE SALUD CATEGORÍA I - 4 (INFRAESTRUCTURA)	Establecimiento de salud con infraestructura concordante a categoría I - 4 o mayor	SI 1 NO 0					
7	MEDIO DE TRANSPORTE	Establecimiento de salud con Ambulancia	SI 1 NO 0					
8	ESTABLECIMIENTO DE SALUD CUENTA CON ÁREA PARA EXPANSIÓN	Establecimiento de salud cuenta con área para expansión	SI 1 NO 0					
9	FACTIBILIDAD DE SERVICIOS BÁSICOS DE SUMINISTROS PARA EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD	Localidad cuenta con servicios básicos de suministro	Agua y Luz 3 Una o ninguna 0					

- Se determinaron los tres establecimientos de salud que alcanzaron el mayor puntaje en la provincia (distrito en el caso de Lima Metropolitanas o ciudades grandes), su capacidad resolutiva actual (RENAES), capacidad real (Paso 2) y la propuesta de fortalecimiento de la capacidad resolutiva, además del año estimado para iniciar tal fortalecimiento.

ESTABLECIMIENTO DE SALUD ESTRATÉGICO	PUNTAJE OBTENIDO	CAPACIDAD RESOLUTIVA			INICIO DE PROYECTO				TENENCIA DEL ESTABLECIMIENTO (saneamiento físico legal) SI/NO
		ACTUAL (RENAES)	REAL (SESIÓN 2)	ESTRATÉGICO (QUIRÚRGICO IIE, II-1-II-2 / NO QUIRÚRGICO I-3, I-4)	2013	2014	2015	2016	

- En el mapa provincial/distrital se reordenó el flujo de referencias en razón de los establecimientos de salud estratégicos identificados.
- e. Paso 5: Establecimientos de Salud Estratégicos y el reordenamiento de las Redes de Servicios de Salud

Objetivo: Proponer el reordenamiento de las Redes de servicios de salud que incluyan los Establecimientos de Salud Estratégicos.

Material:

- Matriz N° 5: Formato electrónico (Excel) con los criterios trazadores para la conformación de las redes.
- Planos: Mapa del ámbito de la DIRESA/DISA.

Resultados:

- Matriz N° 5 con aplicación de criterios de Redes de Servicios de Salud.
- Mapa N° 7. Mapa del ámbito de la DIRESA/DISA con la identificación de la nueva conformación de las Redes de Servicios de Salud que incluye a los Establecimientos de Salud Estratégicos.

Procedimientos:

- Se aplicó la Matriz N° 5 para determinar si la actual Red de Servicios de Salud cumplía con los cinco criterios establecidos para la conformación de redes de acuerdo al Documento Técnico “Lineamientos para la Delimitación de Redes de Salud”, RM N° 122-2001/MINSA.
 - En el mapa del ámbito de la DIRESA/GERESA o DISA que contiene los Establecimientos de Salud Estratégicos se graficó la propuesta de área territorial de las Redes de Servicios de Salud.
- f. Validación de Resultados de los Pasos 1 al 4
- Ante la dificultad que surge para medir de manera confiable la capacidad resolutive real de los establecimientos de salud, se calcula un índice de capacidad resolutive que supone el esfuerzo de recolección regular de datos de los establecimientos de salud
 - Se construyó un puntaje proxy de capacidad resolutive para los establecimientos de salud, partiendo de un concepto de capacidad resolutive que subyace y se encuentra manifiesto en los indicadores de producción (oferta) de servicios de salud. Este puntaje se obtiene a partir de la información disponible de los indicadores previamente seleccionados, para ello se utilizó un análisis estadístico denominado ‘Análisis de Componentes Principales (ACP) que permite obtener en base a resultados de correlación un valor resumen de capacidad resolutive.
 - Luego de haber obtenido el puntaje proxy de capacidad resolutive, es posible con ello ordenar a todos los establecimientos de salud de la región desde aquel con mayor capacidad resolutive (teóricamente hospitales) hasta aquel con menor capacidad resolutive (teóricamente puestos de salud), o viceversa.
 - Al estudiar el acceso de la población a los servicios se identificó el factor geográfico, definido en términos de la distancia o el tiempo de desplazamiento desde la ubicación de la población hasta los puntos de oferta del servicio, como un modelador del uso de

servicios. La resistencia al desplazamiento que impone la geografía al desplazamiento de las personas hace que la probabilidad de interacción se reduzca en relación inversa a la distancia que separa a la población de los puntos de oferta del servicio.

- Se construyó un modelo de acceso geográfico basado en una superficie del costo (dificultad) de atravesar cada segmento del territorio de estudio, utilizando un programa de información geográfica (ArcGIS v9) que permitió combinar varias capas temáticas que modelaron la dificultad de trasladarse a través de un área geográfica determinada.

2.5 Productos Finales

a. Establecimientos de Salud Estratégicos seleccionados

- Primer momento de identificación. Establecimientos de Salud Estratégicos identificados por los Gobiernos Regionales y las Direcciones de Salud de Lima Metropolitana conjuntamente con el Ministerio de Salud; como resultado de los talleres (Pasos 1 al 4).
- Segundo momento de Priorización. Establecimientos de Salud Estratégicos priorizados por los Gobiernos Regionales en coordinación entre el Ministerio de Salud. Se suscribieron Actas de Acuerdos y Compromisos.
- Tercer momento de Reconocimiento. “Listado Nacional de Establecimientos de Salud Estratégicos en el marco de las Redes de Servicios de Salud” aprobado por el Ministerio de Salud mediante Resolución Ministerial N° 632-2012/MINSA. El listado incluye 748 Establecimientos de Salud.

b. Propuesta de reordenamiento de las Redes de Servicios de Salud

- Primer momento de identificación: Propuesta de Redes de Servicios de Salud identificados por los Gobiernos Regionales y las Direcciones de Salud de Lima Metropolitana conjuntamente con el Ministerio de Salud; como resultado de los talleres (Paso 5).
- Segundo momento de aprobación: Los Gobiernos Regionales deben aprobar la propuesta de conformación de Redes de Servicios de Salud en sus respectivos ámbitos jurisdiccionales que incluyan los establecimientos de salud estratégicos.

c. Cartera de servicios para ser considerada en los Establecimientos de Salud Estratégicos

La Dirección General de Salud de las Personas del Ministerio de Salud ha establecido la Cartera de Servicios para Establecimientos de Salud I-1 al II-1 y II-E, a tenerse en cuenta en los Establecimientos de Salud Estratégicos en el marco de las Redes de Servicios de Salud.

III. IDENTIFICACIÓN DE NECESIDADES DE INVERSIÓN

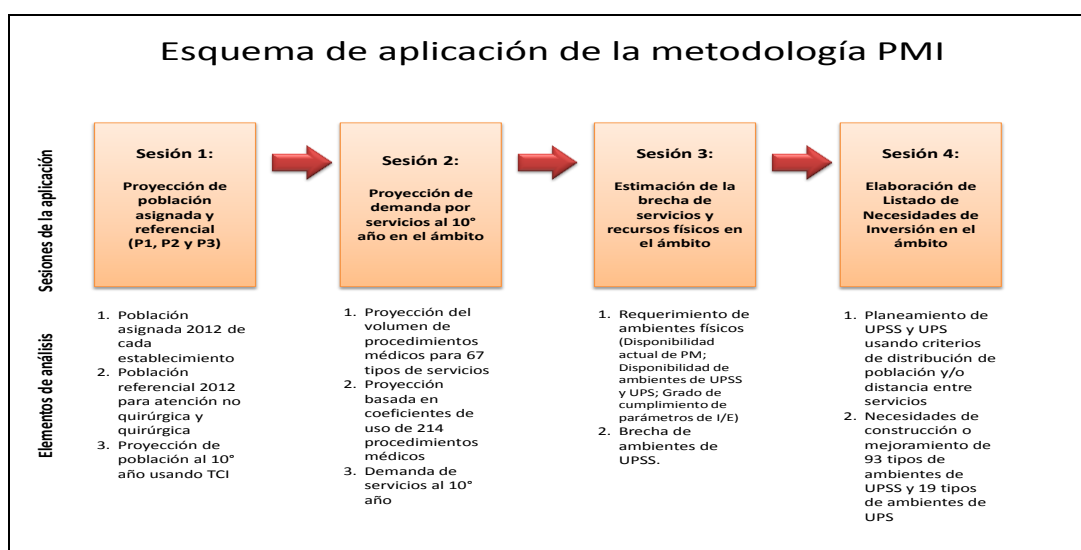
3.1 Metodología empleada

Los talleres regionales de identificación de necesidades de inversión usando los parámetros de la metodología de planeamiento multianual de inversiones (PMI) que se basa en:

- La identificación de la población asignada y referencial a cada uno de los establecimientos estratégicos, la proyección de dicha población al 10° año, para lo cual se usa la Tasa de Crecimiento Intercensal (TCI) de la región (INEI).
- La proyección del volumen de procedimientos médicos de cada uno de los 67 servicios de la cartera referencial para la red.
- El volumen es proyectado usando coeficientes de uso utilizados en la priorización de las condiciones que cubre el PEAS. Estos se sustentan en el estudio de carga de enfermedad (MINSA, 2004) y en estadísticas internacionales de utilización.
- El volumen proyectado es utilizado para definir la necesidad de ambientes en el ámbito. Para ello se utilizan estándares de producción de los ambientes de UPSS, los cuales han sido establecidos orientándose en rangos deseados de eficiencia del 60 al 80% de utilización efectiva del ambiente físico.
- Las necesidades de inversión para los servicios existentes se basan en el diagnóstico de su situación actual.

3.2 Proceso de identificación

Gráfico 4: Secuencia de las Sesiones para la Identificación de Necesidades de Inversión de los Establecimientos Estratégicos



3.3 Resultados del proceso

A. Población

El proceso de identificación de necesidades de inversión en los establecimientos estratégicos se basó en la identificación de la población asignada a cada uno de los establecimientos estratégicos como a los establecimientos que referirían casos para atención no quirúrgica y casos para atención quirúrgica.

Al primer tipo de población se le denominó P1. Para ese tipo de población las necesidades de la demanda se asocian, entre otros, a los siguientes servicios: (MED-GEN; ENF-GEN; SLM-ENF SLM-MED; OBS-GEN; ODN-GEN; FAM-GEN; FAM-MED; FAM-IEC; LAB-BAS; FAR-BAS; EST-BAS).

Al segundo tipo de población se le denominó P2. Para ese tipo de población las necesidades de la demanda se asocian, entre otros, a los siguientes servicios (MED-INT; MED-PED; MED-QUX; MED-GIN; MED-FAM; MED-TEL; ENF-DIF; SLM-PSQ; ODN-SRX; NUT-GEN; TOP-MED; FAM-ESP; FAM-COL; EMG-MED; EMG-INT; EMG-PED; EMG-GIN; EMG-OBS; ATP-MED; INT-BAS; INT-ADL; INT-PED; INT-GIN; INT-NTG; INT-RNT; LAB-INT; SRX-TLS; ECO-GEN; MRH-LEV; NUT-DIE; HEM-BAS; FAR-COM; EST-COM).

Al tercer tipo de población se le denomina P3 y se utiliza para proyectar las necesidades de la demanda asociada, entre otros, a los siguientes servicios: (MED-ANE; MED-OTR; MED-TEL; ENF-DIF; TOP-MED; EMG-INT; EMG-PED; EMG-GIN; EMG-QUX; EMG-SAL; EMG-VIN; ATP-GIN; ATP-RNP; AQX-QUX; AQX-GIN; AQX-OTR; AQX-AMB; AQX-REC; INT-ADL; INT-PED; INT-GIN; INT-NTG; INT-RNT; LAB-COM; PAT-BAS; PAT-COM; SRX-SIM; SRX-COM; SRX-TLC; ECO-DOP; MMG-GEN; MRH-LEV; NUT-DIE; HEM-BAS; FAR-COM; EST-COM).

Población actual del ámbito:

Tabla 1. Población Actual del ámbito Chincheros

N°	EESS estratégico	Provincia	P1 (Población asignada)	P2 (Población de referencia para emergencias no quirúrgicas)	P3 (Población de referencia para emergencias quirúrgicas)
1	C.S. URIPA	CHINCHEROS	7,473	22,266 ³	
2	C.S. OCOBAMBA	CHINCHEROS	2,823	13,169 ⁴	
3	C.S. HUACCANA	CHINCHEROS	2,759	10,858 ⁵	

³ Población que incluye la P1 del C.S. Uripa I-4 No Quirúrgico

⁴ Población que incluye la P1 del C.S. Ocobamba I-4 No Quirúrgico

⁵ Población que incluye la P1 del C.S. Huaccana I-4 No Quirúrgico

B. Cartera de servicios proyectada

Tabla 2. Cartera de Servicios Proyectada del C.S. Uripa I-4 No Quirúrgico

ESTABLECIMIENTO DE SALUD:	C.S. Uripa
GOBIERNO REGIONAL:	Apurímac
PROVINCIA:	Chincheros
DISTRITO:	Anco-Huallo
CARTERA DE SERVICIOS	TIPOS DE AMBIENTES PROYECTADOS
Consulta ambulatoria por médico general	MED1 CONSULTORIO EXTERNO DE MEDICO GENERAL
Consulta ambulatoria por médico especialista en pediatría	MED2b CONSULTORIO EXTERNO DE PEDIATRIA (OPCIONAL)
Consulta ambulatoria por médico especialista en medicina familiar	MED2e SALA DE CONSULTORIO EXTERNO EN MEDICINA FAMILIAR
Teleconsultas de especialidades médicas	MED4 CONSULTORIO DE TELECONSULTAS
Atención ambulatoria por enfermera	ENF1 CONSULTORIO EXTERNO DE ENFERMERIA- CRED - INMUNIZACIONES
Atención ambulatoria diferenciada por enfermera u otro profesional de la salud	ENF2a CONSULTORIO DEL ADOLESCENTE
Atención ambulatoria diferenciada por enfermera u otro profesional de la salud	ENF2b CONSULTORIO DE ESTIMULACION TEMPRANA
Atención ambulatoria diferenciada por enfermera u otro profesional de la salud	ENF2c CONSULTORIO DEL ADULTO MAYOR (OPCIONAL)
Atención diferenciada por enfermera u otro profesional de la salud	ENF2g CONSULTORIO DIFERENCIADO DE TBC
Atención ambulatoria por psicólogo	PSQ3 CONSULTORIO POR PSICOLOGO
Atención ambulatoria por obstetriz	OBS1 CONSULTORIO EXTERNO DE OBSTETRICIA
Atención ambulatoria por odontólogo general con soporte de radiología oral	ODN2 CONSULTORIO ODONTOLOGICO GENERAL CON RADIOLOGIA DENTAL
Atención ambulatoria por nutricionista	NUT1 CONSULTORIO DE NUTRICION
Atención ambulatoria por médico en tópico de procedimientos de consulta externa	TOP3a TOPICO DE PROCEDIMIENTOS
Visita domiciliaria por profesional de la salud no médico	

CARTERA DE SERVICIOS	TIPOS DE AMBIENTES PROYECTADOS
Visita domiciliaria por médico general	ATX1 SALA DE ATENCIÓN EXTRAMURAL
Visita domiciliaria por médico especialista en medicina familiar	
Intervenciones educativas y comunicacionales	
Atención itinerante por equipo multidisciplinario o campañas de salud	
Atención inicial de urgencias y emergencias por médico general	EMG3 TOPICO DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS CON AMBIENTE DE OBSERVACIÓN
Atención en ambiente de observación de emergencia	
Atención del parto vaginal por médico general	ATP1 SALA DE PARTOS + AREA DE ATENCION DE RECIEN NACIDO (d)
Atención en sala de internamiento	INT1 SALA DE INTERNAMIENTO
Atención de observación del recién nacido y monitoreo del recién nacido con patología	INT6 MONITOREO DE RECIEN NACIDO
Procedimientos de Laboratorio Clínico Tipos I-4	LAB2b LABORATORIO CLÍNICO TIPO I-4
Radiología convencional	SRX2a SALA DE RADIOLOGIA CONVENCIONAL SIMPLE
Teleradiología convencional	
Radiología convencional	ECO1 SALA DE ECOGRAFIA GENERAL + S.H
Atención rehabilitadora de discapacidades leves y moderadas	MRH1 SALA DE MEDICINA FÍSICA Y DE REHABILITACIÓN BASICA (OPCIONAL)
Expendio de medicamentos	FAR1 BOTIQUIN
Desinfección y esterilización	EST1 DESINFECCIÓN Y ESTERILIZACIÓN

UPS (Servicios generales) del C.S. Uripa I-4 No Quirúrgico

Tipo de UPS	Ambientes requeridos de UPS
Unidad de Almacén	ALM1 UNIDAD DE ALMACEN
Almacén de Medicamentos	ALM2 ALMACEN DE MEDICAMENTOS
Ambulancia terrestre tipo I	AMB1 AMBULANCIA TERRESTRE TIPO I
Transporte de personal	TRT TRANSPORTE DE PERSONAL E INSUMOS
Unidad de gestión de información	UGI UNIDAD DE GESTION DE LA INFORMACION

Tipo de UPS	Ambientes requeridos de UPS
Sala de Usos Múltiples	SUM SALA DE USOS MULTIPLES
Unidad de Casa de fuerza	CFU UNIDAD DE CASA DE FUERZA
Unidad de Cadena de frio	CFR CADENA DE FRIO
Unidad de Casa de espera materna	CMM CASA DE ESPERA MATERNA
Residencia para personal	RES RESIDENCIA PARA PERSONAL

Tabla 3. Cartera de Servicios Proyectada del C.S. Ocobamba I-4 No Quirúrgico

ESTABLECIMIENTO DE SALUD:	C.S. Ocobamba
GOBIERNO REGIONAL:	Apurímac
PROVINCIA:	Chincheros
DISTRITO:	Ocobamba
CARTERA DE SERVICIOS	TIPOS DE AMBIENTES PROYECTADOS
Consulta ambulatoria por médico general	MED1 CONSULTORIO EXTERNO DE MEDICO GENERAL
Atención ambulatoria por enfermera	ENF1 CONSULTORIO EXTERNO DE ENFERMERIA- CRED - INMUNIZACIONES
Atención ambulatoria diferenciada por enfermera u otro profesional de la salud	ENF2a CONSULTORIO DEL ADOLESCENTE (OPCIONAL)
Atención ambulatoria diferenciada por enfermera u otro profesional de la salud	ENF2b CONSULTORIO DE ESTIMULACION TEMPRANA
Atención ambulatoria diferenciada por enfermera u otro profesional de la salud	ENF2c CONSULTORIO DEL ADULTO MAYOR (OPCIONAL)
Atención ambulatoria por psicólogo	PSQ3 CONSULTORIO POR PSICOLOGO (OPCIONAL)
Atención ambulatoria por obstetriz	OBS1 CONSULTORIO EXTERNO DE OBSTETRICIA
Atención ambulatoria por odontólogo general con soporte de radiología oral	ODN2 CONSULTORIO ODONTOLOGICO GENERAL CON RADIOLOGIA DENTAL
Atención ambulatoria por nutricionista	NUT1 CONSULTORIO DE NUTRICION (OPCIONAL)
Visita domiciliaria por profesional de la salud no médico	

CARTERA DE SERVICIOS	TIPOS DE AMBIENTES PROYECTADOS
Visita domiciliaria por médico general	ATX1 SALA DE ATENCIÓN EXTRAMURAL
Visita domiciliaria por médico especialista en medicina familiar	
Intervenciones educativas y comunicacionales	
Atención itinerante por equipo multidisciplinario o campañas de salud	
Atención inicial de urgencias y emergencias por médico general	EMG3 TOPICO DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS CON AMBIENTE DE OBSERVACIÓN
Atención en ambiente de observación de emergencia	
Atención del parto vaginal por médico general	ATP1 SALA DE PARTOS + AREA DE ATENCION DE RECIEN NACIDO (d)
Atención en sala de internamiento	INT1 SALA DE INTERNAMIENTO
Atención de observación del recién nacido y monitoreo del recién nacido con patología	INT6 MONITOREO DE RECIEN NACIDO
Procedimientos de Laboratorio Clínico Tipos I-4	LAB2b LABORATORIO CLÍNICO TIPO I-4
Radiología convencional	SRX2a SALA DE RADIOLOGIA CONVENCIONAL SIMPLE
Teleradiología convencional	
Radiología convencional	ECO1 SALA DE ECOGRAFIA GENERAL + S.H
Expendio de medicamentos	FAR1 BOTIQUIN
Desinfección y esterilización	EST1 DESINFECCIÓN Y ESTERILIZACIÓN

UPS (Servicios generales) del C.S. Ocobamba I-4 No Quirúrgico

Tipo de UPS	Ambientes requeridos de UPS
Unidad de Almacén	ALM1 UNIDAD DE ALMACEN
Ambulancia terrestre tipo I	AMB1 AMBULANCIA TERRESTRE TIPO I
Transporte de personal	TRT TRANSPORTE DE PERSONAL E INSUMOS
Unidad de gestión de información	UGI UNIDAD DE GESTION DE LA INFORMACION
Sala de Usos Múltiples	SUM SALA DE USOS MULTIPLES
Unidad de Casa de fuerza	CFU UNIDAD DE CASA DE FUERZA

Tipo de UPS	Ambientes requeridos de UPS
Unidad de Cadena de frio	CFR CADENA DE FRIO
Unidad de Casa de espera materna	CMM CASA DE ESPERA MATERNA
Residencia para personal	RES RESIDENCIA PARA PERSONAL

Tabla 4. Cartera de Servicios Projectada del C.S. Huaccana I-4 No Quirúrgico

ESTABLECIMIENTO DE SALUD:	C.S. Huaccana
GOBIERNO REGIONAL:	Apurímac
PROVINCIA:	Chincheros
DISTRITO:	Huaccana
CARTERA DE SERVICIOS	TIPOS DE AMBIENTES PROYECTADOS
Consulta ambulatoria por médico general	MED1 CONSULTORIO EXTERNO DE MEDICO GENERAL
Atención ambulatoria por enfermera	ENF1 CONSULTORIO EXTERNO DE ENFERMERIA- CRED - INMUNIZACIONES
Atención diferenciada por enfermera u otro profesional de la salud	ENF2g CONSULTORIO DIFERENCIADO DE TBC
Atención ambulatoria por psicólogo	PSQ3 CONSULTORIO POR PSICOLOGO (OPCIONAL)
Atención ambulatoria por obstetriz	OBS1 CONSULTORIO EXTERNO DE OBSTETRICIA
Atención ambulatoria por odontólogo general con soporte de radiología oral	ODN2 CONSULTORIO ODONTOLOGICO GENERAL CON RADIOLOGIA DENTAL
Visita domiciliaria por profesional de la salud no médico	ATX1 SALA DE ATENCIÓN EXTRAMURAL
Visita domiciliaria por médico general	
Visita domiciliaria por médico especialista en medicina familiar	
Intervenciones educativas y comunicacionales	
Atención itinerante por equipo multidisciplinario o campañas de salud	
Atención inicial de urgencias y emergencias por profesional de la salud no médico	EMG1 TOPICO DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS

CARTERA DE SERVICIOS	TIPOS DE AMBIENTES PROYECTADOS
Atención de inyectables y nebulizaciones por enfermera	EMG2 TOPICO DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA
Atención del parto vaginal por médico general	ATP1 SALA DE PARTOS + AREA DE ATENCION DE RECIEN NACIDO (d)
Atención en sala de internamiento	INT1 SALA DE INTERNAMIENTO
Atención de observación del recién nacido y monitoreo del recién nacido con patología	INT6 MONITOREO DE RECIEN NACIDO (OPCIONAL)
Procedimientos de Laboratorio Clínico Tipos I-4	LAB2b LABORATORIO CLÍNICO TIPO I-4
Radiología convencional	SRX2a SALA DE RADIOLOGIA CONVENCIONAL SIMPLE ECO1 SALA DE ECOGRAFIA GENERAL + S.H
Teleradiología convencional	
Radiología convencional	
Expendio de medicamentos	FAR1 BOTIQUIN
Desinfección y esterilización	EST1 DESINFECCIÓN Y ESTERILIZACIÓN

UPS (Servicios generales) del C.S. Huaccana I-4 No Quirúrgico

Tipo de UPS	Ambientes requeridos de UPS
Unidad de Almacén	ALM1 UNIDAD DE ALMACEN
Ambulancia terrestre tipo I	AMB1 AMBULANCIA TERRESTRE TIPO I
Transporte de personal	TRT TRANSPORTE DE PERSONAL E INSUMOS
Unidad de gestión de información	UGI UNIDAD DE GESTION DE LA INFORMACION
Sala de Usos Múltiples	SUM SALA DE USOS MULTIPLES
Unidad de Cadena de frio	CFR CADENA DE FRIO
Unidad de Casa de espera materna	CMM CASA DE ESPERA MATERNA
Residencia para personal	RES RESIDENCIA PARA PERSONAL

C. Flujos de Referencia (FR)

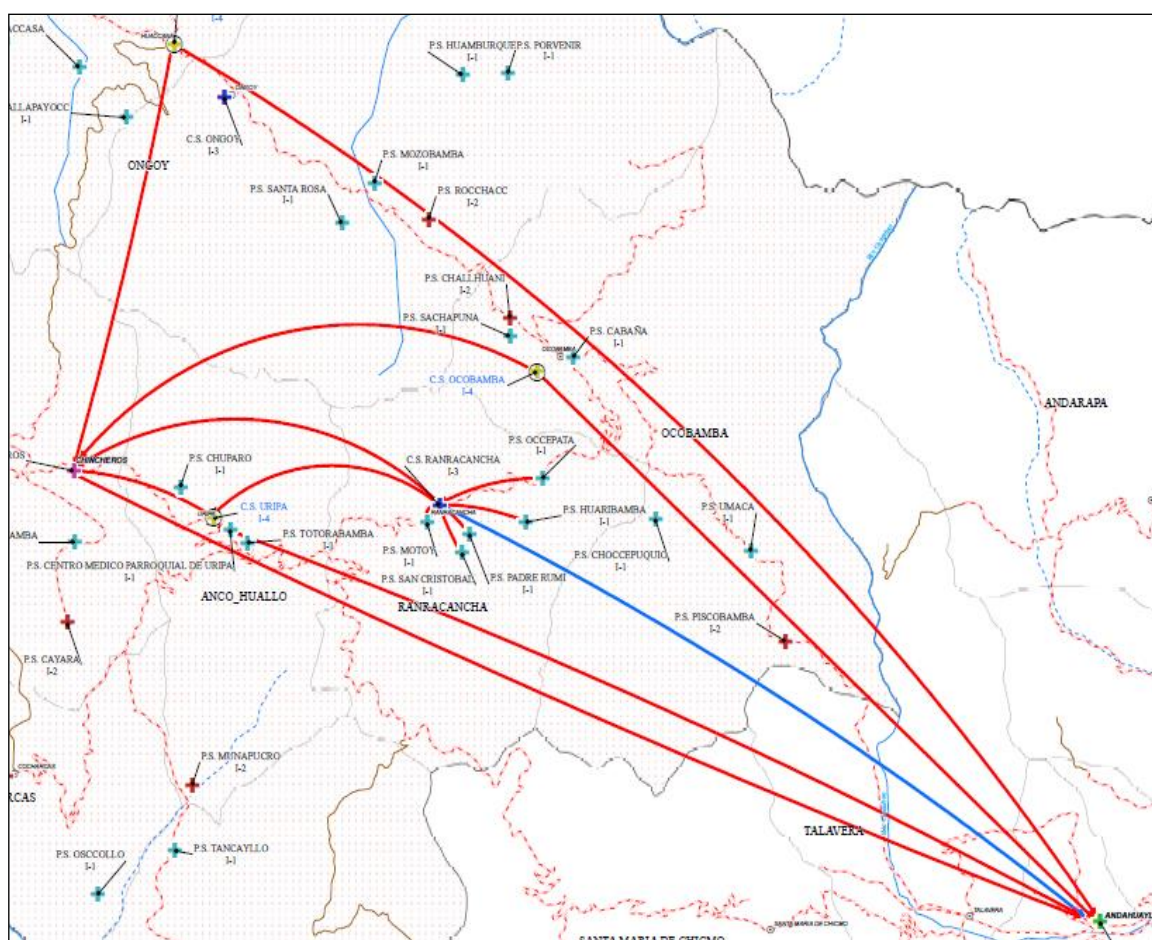
- FR para consulta médica especializada
Los establecimientos del ámbito enviarán pacientes para atención especializada en medicina interna, en medicina familiar, cirugía, anestesiología, pediatría y ginecología-obstétrica y otras de sub-especialidades al Hospital Zonal Chincheros II-1.
- FR para Emergencia
Sala de Emergencia. La población contará con Sala de Emergencia y capacidad de atención quirúrgica en el Hospital Zonal Chincheros II-1.
- FR para atención quirúrgica
Los establecimientos del ámbito envían los casos quirúrgicos de mediana complejidad al Hospital Zonal Chincheros II-1.
- FR para servicios de diagnóstico por imágenes
Para los servicios de ecografía general especializada accederán al Hospital Zonal Chincheros II-1.
- FR para servicios de laboratorio clínico
Para los servicios de laboratorio clínico completo especializado las muestras podrán ser procesadas en el Hospital Zonal Chincheros II-1, que dispondrá de tecnólogo médico y biólogo.
- FR para servicios de rehabilitación
Para los servicios de medicina de rehabilitación básica, manejado por enfermera y médico general entrenados, la población podrá acceder al Hospital Zonal Chincheros II-1.

Establecimiento de Salud Estratégico	Establecimiento de Salud que refieren	Población	Distancia de Establecimiento de Salud Estratégico
C.S Uripa	Total P2	14,793	
	C.S. RANRACANCHA	2291	2 h carro
	P.S. HUARIBAMBA	573	2h 30 min carro
	P.S. COCHARCAS	1684	4 h carro
	P.S. MUNAPUCRO	1225	3h 30m carro
	P.S. CENTRO MEDICO PARROQUIAL	1507	30 m en carro
	P.S. SAN CRISTOBAL	677	3 h en carro

Establecimiento de Salud Estratégico	Establecimiento de Salud que refieren	Población	Distancia de Establecimiento de Salud Estratégico
C.S Uripa	P.S. TOTORABAMBA	1356	1h en carro
	P.S. OCCEPATA	625	2h 30 min carro
	P.S. PADRE RUMI	625	3 h min carro
	P.S. URANMARCA	1337	5 h carro
	P.S. CHUPARO	690	30 min en carro
	P.S. URUCANCHA	518	5 h carro
	P.S. TANCAYLLO	880	5h en carro
	P.S. MOTOY	416	1h 30min en carro
	P.S. OSCCOLLO	389	2h 30 min carro
C.S Ocobamba	Total P2	10,346	
	P.S CABAÑA	320	4 H CARRO Y 5 A PIE
	P.S PORVENIR	1,602	4 H CARRO POR QUE EE.SS NO CUENTA CON UNIDAD MOVIL PARA TRASLADAR LA EMERGENCIA
	P.S HUAMBURQUE	895	3:30 A CARRO POR QUE EL EE.SS NO CUENTA CON UNIDAD MOVIL
	C.S ROCCHACC	1,969	40 MIN CARRO
	P.S Mozobamba	627	50 MIN A CARRO
	P.S CHALLHUANI	2,210	20 MIN A CARRO
	P.S UMACA	872	1 H CARRO
	P.S PISCOBAMBA	1,531	1:30 H A CARRO
	P.S CHOCCEPUQUIO	320	30 MIN CARRO
	Total P2	8,099	
C.S Huaccana	C.S. ONGOY	653	30 min CARRO
	P.S. SANTA ROSA	1,020	2 h carro

Establecimiento de Salud Estratégico	Establecimiento de Salud que refieren	Población	Distancia de Establecimiento de Salud Estratégico
	P.S. TURURO	1,074	2 h carro
	P.S. SAURI	1,635	1h 30min en carro
	P.S. POMACHUCO	1,073	1h 40 min carro
	P.S. MARA MARA	613	2 h carro
	P.S. CALLAPAYOCC	1,110	40 MIN CARRO
	P.S. MOYACCASA	511	40 MIN CARRO
	P.S. SIMPE	409	3 h en carro

Mapa de referencias



IV. Conclusiones

- El Planeamiento Multianual de Inversiones en Salud –PMI– es una metodología que ayuda a estimar mejor la demanda efectiva de servicios de salud utilizando coeficientes de uso de procedimientos médicos establecidos para cada servicio requerido en el primer y segundo nivel de atención.

Asimismo, esta metodología define mejor los requerimientos de servicios de salud que debe recibir la población en el primer y segundo nivel de atención basados en la carga de enfermedades, por lo que va más allá del análisis convencional de la oferta de salud que utiliza los requerimientos establecidos para cada categoría de establecimientos de salud que resultan mínimos para atender adecuadamente las necesidades de la población.

- El presente documento técnico expone los lineamientos, principios, parámetros y criterios que se usarán para el desarrollo de los proyectos de inversión que permitirán a los consultores y profesionales contrastar los resultados de sus diagnósticos para el dimensionamiento de las necesidades reales de los servicios de salud que la población demande en el ámbito respectivo.
- El proceso de identificación de necesidades de inversión en los establecimientos estratégicos de salud (Hospitales Nivel II-1 y II-E) es el punto de partida para una mejor programación de la inversión pública en el sector salud de mediano plazo y de formulación de estudios de preinversión que respondan efectivamente a las necesidades de demanda de servicios de salud de la población.