

Escuela de Posgrado

MAESTRÍA EN GESTIÓN PÚBLICA Y PRIVADA DE LA SALUD

Trabajo de Investigación

Evaluación y propuesta de organización de los servicios de salud del sistema de salud (SISAN) de la Fuerza Aérea Peruana (FAP) en Lima y Callao en el periodo 2018-2020

Manuel Jesus Mayorga Espichan

Para optar el Grado Académico de
Maestro en Gestión Pública y Privada de la Salud

Lima, 2022

Repositorio Institucional Continental
Trabajo de investigación



Esta obra está bajo una Licencia "Creative Commons Atribución 4.0 Internacional" .

Asesor

Mg. Augusto Quispe Chau

Dedicatoria

La presente investigación está dedicada a mis hijos, quienes me motivan e inspiran a ser cada día mejor.

Agradecimientos

A Rocío, mi compañera de ruta, con quien espero llegar al final de mis días, tomado de su mano y envuelto en su sonrisa.

Manuel Mayorga Espichán

Índice

Asesor.....	ii
Dedicatoria.....	iii
Agradecimientos	iv
Índice de Tablas.....	vii
Índice de Figuras	ix
Resumen	x
Abstract.....	xii
Introducción	xiv
Capítulo I Generalidades	15
1.1. Antecedentes	15
1.2. Identificación de la realidad-problema	18
1.3. Justificación del Trabajo de Investigación.....	24
1.4. Propósito del Trabajo de Investigación	26
1.5. Aspectos Metodológicos.....	27
1.6. Alcances y limitaciones de la Investigación	35
Capítulo II Marco Teórico.....	36
2.1. Marco teórico.....	36
2.1.1. Investigaciones previas relacionadas.....	36
2.1.2. Modelos conceptuales basados en evidencias sobre la realidad problema.....	37
2.1.3. Otras Bases teóricas.....	40
Capítulo III El Diagnóstico	42
3.1. Determinación del problema.....	42
3.1.1. Árbol de Problemas y de Causas	42
3.1.2. Sustento de evidencias	43
3.2. Análisis Organizacional	46
3.2.1. La Organización.....	46
3.2.2. Entorno Organizacional	52
Capítulo IV La Formulación.....	57
4.1. Determinación de objetivos y medios	57
4.1.1. Árbol de Objetivos y Medios	57

4.1.2. Sustento de evidencias	57
4.2. Análisis de Alternativas	60
4.3. Productos	61
Capítulo V La Propuesta de Implementación	66
5.1. Identificación de Recursos Críticos.....	66
5.1.1. Recursos Humanos	66
5.1.2. Recursos Financieros	67
5.1.3. Recursos Logísticos.....	68
5.1.4. Recurso Tiempo	69
5.2. Arquitectura Institucional (Intra e inter organizacional)	70
5.3. Metas periodo de 3 años	71
Capítulo VI Análisis de Viabilidad.....	74
6.1. Análisis de Viabilidad.....	74
6.1.1. Viabilidad Política	74
6.1.2. Viabilidad Técnica.....	74
6.1.3. Viabilidad Social	75
6.1.4. Viabilidad Presupuestal	75
6.1.5. Viabilidad Operativa.....	75
6.2. Análisis de Viabilidad según análisis de actores.....	75
6.2.1. Objetivos que persiguen los actores	76
6.3. Análisis de Viabilidad según evaluación estratégico-gerencial	77
6.3.1. Generación de valor público	77
Capítulo VII Seguimiento	80
7.1. Desarrollo de Indicadores de seguimiento.....	80
7.2. Desarrollo de Indicadores de resultado	82
Conclusiones	85
Recomendaciones	86
Referencias Bibliográficas.....	87
Anexos.....	89
Anexo 1: Matriz de consistencia	89
Anexo 2: Productos	90

Índice de Tablas

Tabla 1 Número y porcentaje de establecimientos de Salud FAP a nivel nacional según categoría, 2018.....	18
Tabla 2 Establecimientos de Salud FAP a nivel de Lima y Callao según categoría, 2018	19
Tabla 3 Categorización de la Fuerza Aérea del Perú vs. Ministerio de Salud del Perú	19
Tabla 4 Población FAP según condición, 2018.....	20
Tabla 5 Presupuesto SISAN FAP (Consulta amigable MEF) AF-2016.....	23
Tabla 6 Matriz 1. Tareas.....	29
Tabla 7 DCI por reglas de juego	31
Tabla 8 DCI por Relaciones Interinstitucionales.....	31
Tabla 9 DCI por Organización Interna	32
Tabla 10 DCI por Gerencia de Personal y Sistema de Remuneración.....	32
Tabla 11 Productos, actividades, costos en soles.....	33
Tabla 12 Objetivos, productos, actividades en el periodo de 3 años.....	71
Tabla 13 Influencia de cada uno de los actores	76
Tabla 14 Actores frente a productos	77
Tabla 15 Producto 1: Implementación de una UAPS en el primer nivel de atención para Lima y Callao	80
Tabla 16 Producto 2: Organización de la Cartera de Servicios de los establecimientos de salud del primer nivel de atención de Lima y Callao	80
Tabla 17 Producto 3: Organización del sistema de Referencias y Contrareferencias en Lima y Callao.....	81
Tabla 18 Producto 4: Establecimiento del Petitorio de Medicamentos para el primer nivel de atención en el SISAAN FAP	81
Tabla 19 Producto 1: Implementación de una UAPS en el primer nivel de atención para Lima y Callao	82
Tabla 20 Producto 2: Organización de la Cartera de Servicios de los establecimientos de salud del primer nivel de atención de Lima y Callao	82

Tabla 21 Producto 3: Organización del sistema de Referencias y Contrareferencias en Lima y Callao.....	83
Tabla 22 Producto 4: Establecimiento del Petitorio de Medicamentos para el primer nivel de atención en el SISAN FAP	83

Índice de Figuras

Figura 1. Pirámide Poblacional, 2018	21
Figura 2. Factores que interviene en las listas de espera	38
Figura 3. Estrategias para el abordaje de las listas de espera.....	39
Figura 4. Árbol de problemas	43
Figura 5. Modelo de Kast y Rosenzweig	48

Resumen

El objetivo de esta investigación es mejorar la situación de salud de la población sujeta de atención de la Fuerza Aérea Peruana (FAP) residente en Lima Metropolitana y la Provincia Constitucional del Callao a través de la organización de la oferta de servicios de las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPRESS) del primer nivel de atención y el Hospital Central FAP (HOSPI). El problema principal identificado fue el tiempo de espera prolongado y las crecientes listas de espera para el acceso a los servicios de salud en el HOSPI el que se encuentra saturado debido a la atención de personal FAP y familiares que podrían acudir al primer y segundo nivel atención y no lo hacen porque se encuentran desorganizados y con una débil capacidad resolutive.

Para el diagnóstico situacional del Sistema de Salud de la FAP (SISAN) se utilizaron dos metodologías: el modelo de Kast y Rosenzweig para el análisis interno y para el análisis del entorno se usó el modelo de Collette y Schneider; después de lo cual se identificó una realidad problemática conformada por diferentes brechas entre la situación actual y la situación esperada.

Los productos propuestos para resolver la realidad problemática, incluyen: a) Implementación de una Unidad de Atención Primaria de Salud (UAPS) en Lima Metropolitana y Callao a través de una Asociación Público Privada (APP) o contrato de servicio; b) Elaboración de una Directiva FAP con la cartera de servicios de salud prestados por la UAPS; c) Elaboración de una Directiva FAP de Referencias y Contrareferencias en Lima Metropolitana y Callao; y d) Elaboración de una Ordenanza FAP que establezca el petitorio de productos farmacéuticos en el primer nivel de atención del SISAN FAP. Para el análisis de la viabilidad y factibilidad de la implementación de los productos propuestos se utilizó la metodología Sistema de Análisis de Capacidad Institucional (SADCI), mientras que la evaluación de los posibles actores que se pudieran oponer a la implementación se realizó usando el

método MACTOR; luego de lo cual se encontró que los productos son viables y podrían contribuir a la solución de los problemas planteados.

Por último, se realizó un análisis gerencial que permitió llegar a la conclusión que la mejor alternativa de solución del problema es la implementación de una Unidad de Atención Primaria de Salud (UAPS), bajo la forma de una Asociación Público-Privada (APP) modalidad “bata blanca” en el primer nivel de atención del SISAN FAP en Lima Metropolitana y Callao.

Palabras clave: Atención Primaria de Salud, Sistemas de Salud, Listas de Espera, Asistencia Sanitaria (DeCS BIREME).

Abstract

The objective of this research is to improve the health situation of the population of the Peruvian Air Force (FAP) living in Metropolitan Lima and the Constitutional Province of Callao through the organization of the services offered by the first level health care provider institutions (IPRESS) and the FAP Central Hospital (HOSPI). The main problem identified was the long waiting time and the growing waiting lists for access to health services at the HOSPI, which is saturated due to the attention of FAP personnel and family members who could go to the first and second level of care but do not do so because they are disorganized and have a weak response capacity.

For the situational diagnosis of the FAP Health System (SISAN), two methodologies were used: the Kast and Rosenzweig model for the internal analysis and the Collerette and Schneider model for the analysis of the environment; after which a problematic reality was identified, made up of different gaps between the current situation and the expected situation.

The proposed products to solve the problematic reality include: a) Implementation of a Primary Health Care Unit (UAPS) in Metropolitan Lima and Callao through a Public Private Partnership (PPP) or service contract; b) Development of a FAP Directive with the portfolio of health services provided by the UAPS; c) Development of a FAP Directive on Referrals and Counter-referrals in Metropolitan Lima and Callao; and d) Development of a FAP Ordinance establishing the pharmaceutical products requisition at the first level of care of the SISAN FAP. For the analysis of the viability and feasibility of the implementation of the proposed products, the Institutional Capacity Analysis System (SADCI) methodology was used, while the evaluation of the possible actors that could oppose the implementation was carried out using the MACTOR method; after which it was found that the products are viable and could contribute to the solution of the proposed problems.

Finally, a managerial analysis was carried out which led to the conclusion that the best alternative for solving the problem is the implementation of a Primary Health Care Unit (UAPS), in the form of a Public-Private Partnership (PPP) in the "white coat" modality at the first level of care of the SISAN FAP in Metropolitan Lima and Callao.

Keywords: Primary Health Care, Health Systems, Waiting Lists, Health Care (MeSH NLM).

Introducción

La presente investigación se realizó para aportar conocimiento y soluciones sobre los problemas existentes en la atención de salud de la población en la Fuerza Aérea del Perú (FAP), particularmente en Lima Metropolitana y la provincia constitucional del Callao. El aporte de conocimiento y soluciones en la atención de salud se realizó a partir de la reorganización de la oferta de servicios de las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPRESS) del primer nivel de atención y el principal establecimiento del Sistema de Salud de la Fuerza Aérea del Perú (SISAN FAP), conocido como Hospital Central FAP (HOSPI).

En el primer capítulo, se definen los antecedentes normativos y operativos del SISAN FAP. En el segundo capítulo, se estableció el diagnóstico del SISAN FAP a través de un análisis interno y del entorno organizacional, el cual muestra una organización rígida con limitadas capacidades en la atención primaria, pero tiene alianzas estratégicas con el Ministerio de Salud (MINSA) y la Seguridad Social (EsSalud), para la mejor atención de los usuarios. En el tercer capítulo, se realizó el fundamento teórico del tiempo de espera prolongado para la atención en los establecimientos de salud. En el cuarto capítulo, se aborda la propuesta de implementación identificando al recurso humano con capacidades adecuadas y tiempo, como los recursos más críticos. Finalmente, el quinto capítulo hace un análisis de la viabilidad y factibilidad de la implementación de los productos propuestos utilizando la metodología Sistema de Análisis de Capacidad Institucional (SADCI) y la evaluación de los posibles actores que se pudieran oponer a la implementación usando el método MACTOR. Finalmente, se plantean conclusiones y recomendaciones en base al resultado del análisis propuesto.

Capítulo I

Generalidades

1.1. Antecedentes

La constitución política del territorio peruano reconoce a la salud como un derecho fundamental de todos los ciudadanos sin ninguna discriminación. Los principales artículos de la constitución relacionados a la salud (*Artículos N° 7, 9, 10 y 11*) (Constitución Política del Perú et al., 1993) fueron promulgados para buscar un modelo de salud solidario, equitativo y universal, cuyo acceso dependa de las necesidades de las personas sin considerar las condiciones económicas de los sujetos.

La ley N° 26842 (“Ley General de Salud”), establece en sus artículos preliminares, que la salud es una herramienta fundamental para el desarrollo humano y la calidad de vida del individuo y la comunidad (Ministerio de Salud del Perú, 1997). Asimismo, menciona que regular, vigilar y promover la salud de las personas es responsabilidad y derecho irrenunciable del estado peruano bajo las condiciones que aprueba la ley. La salud individual es repartida entre el individuo, la sociedad y el estado, siendo este último, responsable de la salud pública (Ministerio de Salud del Perú, 1997). Además, la provisión de los servicios de salud es de interés público y la cobertura es responsabilidad irrenunciable del estado peruano, quien garantiza un acceso a los servicios de salud seguros, equitativos, oportunos y de calidad. Por otro lado, el aseguramiento de la población es impulsado por el estado, quien financia total o parcialmente la prestación de salud de los ciudadanos de bajos recursos. Sin embargo, los ciudadanos son libres de elegir un sistema previsional de salud sin ser obligados a la imposición de algún sistema por parte del estado (Ministerio de Salud del Perú, 1997).

El Aseguramiento Universal de Salud (AUS), está regido por dos leyes (*“Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud”*), y su reglamento aprobado con

Decreto Supremo N° 008-2010-SA, donde mencionan que, el AUS busca la cobertura en salud de todos los ciudadanos de manera accesible, oportuna y de calidad que ofrecen los establecimientos de los distintos niveles de atención en función a los regímenes de aseguramiento (Estado peruano, 2009).

El Acuerdo Nacional realizado en 2002, promueve que el estado peruano priorice la promoción, prevención y control de enfermedades transmisibles, crónicas no transmisibles y enfermedades mentales. Estas medidas serán adoptadas de acuerdo a la necesidad de los ciudadanos, entre ellas destacan: el acceso al agua potable y saneamiento, plan integral de control de enfermedades emergentes y re-emergentes, estilos de vida saludables, descentralización de la oferta de servicios de salud, especialmente en las zonas geográficas más vulnerables, participación ciudadana en la elaboración de políticas en salud, maternidad saludable y planificación familiar, acceso gratuito y universal a los servicios de salud públicos y complementariamente, en servicios privados, acceso a la seguridad social, desarrollo de políticas de salud ocupacionales, aumento del presupuesto destinado a la salud, investigación biomédica y medicina tradicional, capacitación del recurso humano y restablecimiento de la autonomía del seguro social (Estado peruano, 2002a).

El Ministerio de Salud aprobó con Resolución Ministerial N° 167-2017/MINSA, el Documentó Técnico: “Lineamientos para la prestación de servicios de salud en Redes de Servicios de Salud”, cuyo objetivo es orientar la prestación de servicios de salud en redes integradas priorizando la calidad del servicio, y centrados en el individuo, su familia y la comunidad; para fortalecer el primer nivel de atención como puerta de entrada al sistema de salud y abordar los determinantes sociales de la salud que se ejecutaran conjuntamente entre las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPRESS), los ciudadanos, organismos sociales, actores sociales, entidades de los sectores y órganos de los gobiernos locales (Ministerio de Salud del Perú, 2017). Las IPRESS son establecimientos de salud que son creados para la atención de salud con

finés de prevención, diagnóstico, tratamiento o rehabilitación (Ministerio de Salud, 2020).

En este contexto, desde hace más de dos décadas, se inician procesos de Reforma de Salud, donde se busca reordenar el sistema prestador a uno integrado para obtener mayor eficacia y eficiencia en los servicios brindados. Para ello, el fomento de organización y gestión de las instituciones en redes integradas es una herramienta básica para la mejora del desempeño de los servicios prestadores de salud, priorizando la calidad, oportunidad y equidad.

El Sistema de Salud de la Fuerza Aérea del Perú (SISAN FAP) es el conjunto de instituciones, recursos humanos, tecnológicos y financieros destinados a la atención del personal militar y sus familiares que integran el subsistema público como prestadores de salud con su respectiva institución Administradora de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFA). En la actualidad, el 70% de la población sujeta de atención del SISAN FAP se encuentra en el área geográfica de Lima y Callao. En estas regiones se cuenta con once (11) IPRESS del primer nivel de atención, una (01) IPRESS del tercer nivel (HOSPI) y ninguna del segundo nivel¹. Las IPRESS nivel I del SISAN FAP fueron creadas en función de las necesidades particulares de la institución como pequeñas “sanidades” dentro de las unidades militares con la finalidad de ofrecer servicios de salud de muy baja complejidad en las horas de trabajo del personal militar (unidades administrativas), para el examen médico pre-vuelo de los pilotos y/o para la atención inicial de los tripulantes ante alguna eventual emergencia en las aeronaves durante las operaciones aéreas (unidades aéreas de combate). Sin embargo, los establecimientos de salud del primer nivel de atención no cuentan con la infraestructura, equipamiento y recursos humanos adecuados, lo que hace limitada su capacidad resolutive. Tampoco cuentan con los requisitos exigidos actualmente por la autoridad sanitaria nacional (MINSa) para categorizar o re-categorizar a un nivel de mayor capacidad resolutive.

¹ Registro Nacional de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud- RENIPRESS

Ante esta problemática se ha visto por conveniente plantear una nueva forma de organizar la oferta de servicios del SISAN FAP que incluya el fortalecimiento del primer nivel de atención y/o la implementación de un establecimiento de salud del segundo nivel de atención para esta región. Además, consideramos importante abordar el tema de la organización y funcionamiento de los servicios de salud con la finalidad de brindar una atención con calidad, eficiencia y oportunidad que incremente la satisfacción del personal militar FAP, dependientes y derechohabientes.

1.2. Identificación de la realidad-problema

La FAP es una organización de las Fuerzas Armadas (FFAA), es un órgano desconcentrado y una unidad ejecutora dependiente del Ministerio de Defensa (MINDEF). El Sistema de Salud de la FAP (SISAN FAP) tiene una estructura organizacional cuyos componentes principales son la Dirección de Sanidad (DISAN) que es el órgano rector del sistema, dependiente de la Dirección General de Personal (DIGPE); un órgano de financiamiento llamado Institución Administradora de los Fondos de Aseguramiento en Salud de la FAP (IAFAS FOSFAP), un órgano logístico llamado Servicio de Sanidad y Farmacia (SESAN) y 30 IPRESS, de las cuales, 22 son del primer nivel, 02 del segundo nivel (hospitales regionales de Arequipa y Loreto), un único establecimiento del tercer nivel de atención (sólo en Lima) y 05 IPRESS no se encuentran categorizadas, pero anteriormente pertenecían al primer nivel de atención, tal como se detalla en la Tabla 1.

Tabla 1

Número y porcentaje de establecimientos de Salud FAP a nivel nacional según categoría, 2018

Establecimientos de salud de la FAP a nivel nacional		
Categoría	Cantidad	Porcentaje (%)
III-1	1	3,3
II-1	2	6,6
I-4	3	10,0
I-3	5	16,6
I-2	11	36,6

I-1	3	10,0
Sin Categoría	5	16,6
Total	30	100

Fuente: FAP: Fuerza Aérea del Perú. Elaboración propia

En Lima y Callao, el SISAN cuenta con 14 IPRESS del primer nivel (Tabla 2), de las cuales sólo existe un establecimiento categoría I-4 (HOLAP dentro de la Base Aérea Las Palmas en el distrito de Santiago de Surco); 01, categoría I-3; 07, categoría I-2; 01, categoría I-1 y 03 sin categorizar; y 01 del tercer nivel (HOSPI en el distrito de Miraflores), pero ninguna IPRESS en el segundo nivel de atención. Además, los establecimientos de salud del primer nivel de atención no cuentan con la infraestructura, equipamiento y recursos humanos requeridos para recategorizar a un nivel de mayor capacidad resolutive.

Tabla 2

Establecimientos de Salud FAP a nivel de Lima y Callao según categoría, 2018

Establecimientos de salud de la FAP en Lima y Callao		
Categoría	Cantidad	Porcentaje (%)
III-1	1	7,1
I-4	1	7,1
I-3	1	7,1
I-2	7	50,0
I-1	1	7,1
Sin Categoría	3	21,4
Total	14	100

Fuente: FAP: Fuerza Aérea del Perú. Elaboración propia

Cabe resaltar que el MINSA, emitió la Resolución Ministerial N° 546-2011/MINSA de 2011, mediante la cual, se aprueba la Norma Técnica N° 021-MINSA/DGSP/V.03 denominada “Categorías de Establecimientos del Sector Salud” (Ministerio de Salud del Perú, 2011). Dicha norma establece para la FAP, la categorización que se detalla en la Tabla 3.

Tabla 3

Categorización de la Fuerza Aérea del Perú vs. Ministerio de Salud del Perú

Categorías	FAP	MINSA
I – 1	Puesto de Salud	Puesto de Salud
I – 2	Puesto de Salud con Médico General	Puesto de Salud con Médico
I – 3	Centro de Salud sin Internamiento	Centro de salud sin internamiento
I – 4	Departamento de Sanidad con Internamiento	Centro de Salud con Internamiento
II – 1	Hospital Zonal	Hospital de Nivel I
II – 2	Hospital Regional	Hospital de Nivel II
III – 1	Hospital Central FAP	Hospital de Nivel III

Fuente: FAP: Fuerza Aérea del Perú. MINSA: Ministerio de Salud del Perú. Elaboración propia

El Sistema de Sanidad FAP presta servicios de salud a una población de 59,338 personas, el mayor porcentaje corresponde a familiares con el 71.4%, seguido del Personal Militar en Actividad con el 17.9% y el 10.7% son Personal Militar en Retiro (Tabla 4).

Tabla 4

Población FAP según condición, 2018

Población según condición	Población FAP -2018	
	Nº Población	%
Militares	10,670	17.9%
Cónyuges	8,813	14.9%
Hijos	22,364	37.7%
Retiro	6,336	10.7%
Madres	6,252	10.5%
Padres	4,903	8.3%
Total	59,338	100%

Fuente: Elaboración propia

En la pirámide poblacional FAP se observa una base estrecha sumando el 3.9% entre hombres y mujeres de 0 a 4 años, se observa también un predominio de la población entre los 20 y 40 años, además resalta un porcentaje elevado de personas mayores de 65 años, que suman el 19.47% entre hombres y mujeres, cifra que duplica el promedio nacional que es del 10%. Concluyendo así que la población a la que debe atender el sistema de sanidad FAP tiene una fuerte tendencia a ser una población en su mayoría adulta y adulta mayor de pobre reemplazo poblacional. (Gráfico 1).

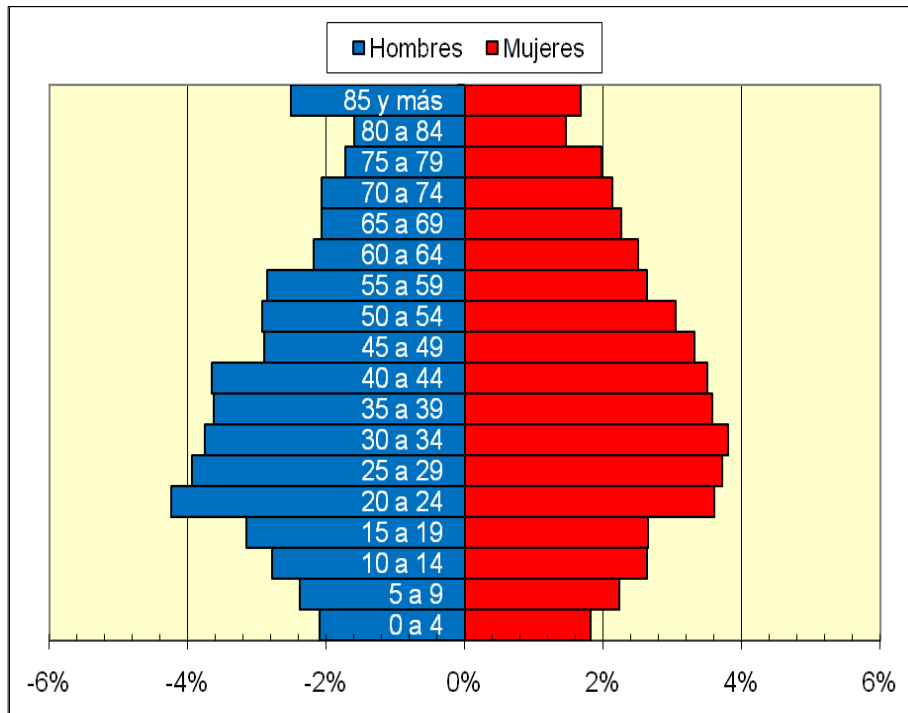


Figura 1. Pirámide Poblacional, 2018

Fuente: Departamento de Planes – Dirección de Sanidad FAP

La distribución geográfica de los hogares FAP en Lima Metropolitana se encuentra especialmente concentrada en el sur de la ciudad, particularmente en el distrito de Santiago de Surco y distritos limítrofes, donde además se encuentra la Base Aérea Las Palmas (BALPA), las Villas Militares (Villa Camacho, Villa San Gabino, Villa San Roque, Las Alamedas de Surco); los complejos habitacionales (La Cruceta, Condominio Lomas Caminos del Inca, Condominio Monte Caoba); los colegios de los hijos de Oficiales (I.E. José Abelardo Quiñones) y Sub-Oficiales (I.E. Manuel Polo Jiménez) y los Centros Recreacionales & Complejos Deportivos (CERTSE, San Roque, CEMON-Fundo Odría).

Por otro lado, se debe señalar que una característica especial de las poblaciones militares como la FAP es que cuentan con una población cautiva, es decir, mantienen parte de su población concentrada en determinadas áreas geográficas compartiendo alimentos, viviendas y actividades militares. Además, algunas Unidades se encuentran en zonas de alto riesgo para enfermedades transmisibles (dengue, malaria, chinkungunya, zyka y

leptospirosis) por la existencia de movilización de personal en las distintas Unidades y Dependencias (UU y DD) a lo largo del territorio nacional, por lo cual es importante contar con un adecuado Sistema de Vigilancia Epidemiológica y comunicación para realizar las acciones y toma de decisiones pertinentes para el control de enfermedades.

En cuanto al financiamiento del sistema, el Decreto Legislativo N° 1173 de 2013 crea la Institución Administradora de los Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS) del Fondo de Salud de la FAP (FOSFAP) que se encarga de financiar la atención integral de salud del personal militar y sus familiares, así como del personal en formación (Ministerio de Salud del Perú, 2013). Las prestaciones de salud del personal del Servicio Militar Voluntario (SMV) están fuera del alcance de esta norma y son financiadas por el Seguro Integral de Salud (SIS) bajo el régimen subsidiado, pudiendo brindarse las prestaciones por las IPRESS del SISAN. Por otro lado, los recursos de la IAFAS FOSFAP tienen tres fuentes principales de financiamiento: el aporte obligatorio del estado (equivalente al 6% de la remuneración consolidada) llamado Fondo de Salud para el Personal Militar de las Fuerzas Armadas; el Aporte Facultativo del personal militar para las prestaciones de salud de sus familiares (esposas, hijos menores de edad y padres); y Otros, donde se encuentran la rentabilidad de la inversión de los recursos, cooperación nacional o internacional, donaciones, legados y venta de activos (Ministerio de Salud del Perú, 2013). Adicionalmente, el personal militar titular contribuye de forma voluntaria en el abordaje del costo de las atenciones, medicamentos, insumos y dispositivos médicos requeridos por sus familiares directos y la FAP con el 6.7% de su presupuesto de recursos ordinarios (RO) dentro de la categoría presupuestal 0135 (“Mejora de las Capacidades Militares para la Defensa y el desarrollo Nacional”) (Estado peruano, 2018) (Tabla 5), a fin de permitir la sostenibilidad financiera del sistema, el que cada vez es más vulnerable por el incremento en la demanda por enfermedades de alto costo y la aparición de nuevas tecnologías sanitarias.

Tabla 5*Presupuesto SISAN FAP (Consulta amigable MEF) AF-2016*

Síntesis y especificaciones técnicas	Presupuesto RO AF-2016 Aprobado		Presupuesto RO AF-2016 Requerido		Sin fuente de financiamiento
	Asignado	Unidades Integradoras	SISAN	Unidades Integradoras	
DISAN	S/0.00	S/0.00	S/14,722.00	S/120,165.00	S/134,887.00
Departamentos de Sanidad en UDD	S/0.00	S/0.00	S/0.00	S/48,000.00	S/48,000.00
HOSPI	S/1,526,033.00	S/0.00	S/5,876,689.92	S/6,196,025.29	S/10,546,682.21
HOLAP	S/11,000.00	S/33,000.00	S/11,000.00	S/1,189,458.26	S/1,156,458.26
HORES	S/0.00	S/0.00	S/37,080.00	S/156,990.95	S/194,070.95
HOREN	S/0.00	S/0.00	S/32,580.00	S/144,669.55	S/177,249.55
HOREO	S/0.00	S/0.00	S/8,280.00	S/134,346.46	S/142,626.46
SESAN	S/12,809,967.00	S/0.00	S/14,911,645.07	S/602,525.29	S/3,084,203.36
Total	S/14,347,000.00	S/33,000.00	S/20,891,996.99	S/8,592,180.80	S/15,484,177.79
Total	S/14,380,000.00		S/29,484,177.79		

Fuente: Página amigable MEF

Por otro lado, el Hospital Central de la FAP (HOSPI) se encuentra saturado por una desorganizada oferta e incremento de la demanda de servicios de salud del sistema al ser el único establecimiento de categoría III-1 a nivel nacional por ser la IPRESS de referencia del sistema. En adición a ello, los usuarios acuden directamente al HOSPI para la atención de enfermedades o dolencias que podrían resolverse en otros niveles de atención de menor complejidad.

En ese sentido, el primer nivel de atención es el más cercano a la población, que debería resolver entre el 70 y 80% de la demanda, que requiere una atención con una oferta de gran tamaño y con menor uso de sus recursos (Vignolo et al., 2011). En el caso del SISAN FAP, al no tener la capacidad resolutoria en los establecimientos con los que cuenta el primer nivel de atención, se precisa de la implementación de un establecimiento con mayor capacidad resolutoria para la mayoría de las enfermedades o dolencias de la población sujeta de atención, que pueda ofrecer los principales servicios de

salud (medicina interna, pediatría, ginecología y obstetricia, cirugía de día y salud mental), es decir, una Unidad de Atención Primaria en Salud (UAPS) que pueda resolver un alto porcentaje (85%) de los problemas de salud más comunes (Vignolo et al., 2011).

Los principales problemas identificados fueron:

Problema General

El problema principal es la oferta de servicios limitada para la atención de los problemas de salud que produce un tiempo de espera prolongado y listas de espera para la atención de salud de la gran proporción del personal militar FAP y familiares en el Hospital Central FAP en Lima y Callao.

Problemas Específicos

1. Limitada capacidad resolutive en los establecimientos de salud del primer de atención del SISAN FAP en Lima y Callao por deficiencias en la infraestructura y equipamiento.
2. Déficit de recursos humanos en salud en los establecimientos de salud del primer de atención del SISAN FAP en Lima y Callao.
3. Incremento de la morbilidad por enfermedades crónicas y degenerativas en la población FAP.

1.3. Justificación del Trabajo de Investigación

El fundamento de la investigación radica en identificar una nueva estrategia de abordaje a los problemas actuales del SISAN FAP que permitan que los usuarios del sistema tengan acceso a un servicio de salud de calidad de manera oportuna, para satisfacer sus necesidades y expectativas de salud.

La presente investigación se justifica por:

- a) **Justificación Económica:** La población FAP que demanda atención de salud acude en mayor volumen al Hospital Central FAP (HOSPI), debido a que no se cuenta con un primer nivel de atención con suficiente capacidad para resolver la mayor proporción de problemas de salud en Lima Metropolitana y Callao lo que ocasiona un mayor

costo de estas prestaciones al ser realizadas en el Hospital III-1 del sistema. Así mismo, al no existir el manejo del riesgo en salud en el primer nivel, existe una saturación de los servicios de consulta ambulatoria y emergencia del HOSPI y una mayor tasa de hospitalización de los pacientes crónicos, ocasionando un mayor gasto en salud.

La investigación permitirá encontrar alternativas para mejorar la eficiencia en la utilización de los recursos del SISAN FAP considerando que los recursos son limitados. Se plantea mejorar la atención en el primer nivel dotándolo de una mayor capacidad resolutive en donde se resuelva el 85% de los problemas de salud y solo vaya al HOSPI aquello que requiera la atención de un equipo de profesionales especializados. Por ello, consideramos también que en el marco de la política de estado de promoción de la inversión privada, el financiamiento de la inversión en infraestructura y equipamiento de un establecimiento de salud del primer nivel podría realizarse bajo la modalidad de Asociación Público-Privada (APP) o de Obras por Impuestos (OXI) (Estado peruano, 2015) con la finalidad de trasladar el riesgo financiero y optimizar la eficiencia, por lo que la mejor alternativa para lograr este propósito sería la de una APP “bata blanca” que incluya además de la construcción de la infraestructura, el equipamiento, la operación y mantenimiento de las áreas asistenciales, no asistenciales y los servicios intermedios y complementarios (laboratorio, patología clínica, ayuda al diagnóstico).

- b) Justificación Práctica:** La oferta de servicios de salud del SISAN FAP se encuentra concentrada en el HOSPI, lo cual genera saturación de sus servicios y tiempos de espera prolongados sumado a una débil capacidad resolutive del primer nivel de atención. De otro lado, los usuarios tienen que desplazarse desde sus centros habitacionales hasta el HOSPI para la mayoría de las atenciones. El fortalecimiento del primer nivel de atención permitirá que el 70% a

80% de las enfermedades o dolencias se resuelvan en este nivel, por lo que la implementación de la presente propuesta permitirá optimizar la eficiencia en la utilización de los recursos del hospital de tercer nivel, lo que a su vez permitirá contar con una mayor disponibilidad presupuestaria para el mantenimiento de la infraestructura, reposición del equipamiento médico y contratación de personal profesional especialista, mejorando de esta manera la calidad de atención y seguridad de los usuarios.

- c) Justificación de Conveniencia y Pertinencia Social:** La propuesta de mejora de la capacidad resolutoria del primer nivel de atención por medio de una UAPS ubicada cerca de los centros habitacionales del personal titular FAP y sus derechohabientes, permitirá que los usuarios ahorren tiempo en sus desplazamientos para la atención de salud logrando satisfacer sus necesidades y expectativas por los servicios brindados. Se busca con ello reducir los tiempos de espera, mejorar la accesibilidad geográfica a los establecimientos de salud, mejorar la disponibilidad de medicamentos del petitorio farmacológico institucional y optimización de la oferta de profesionales de la salud de las especialidades básicas de mayor demanda.

1.4. Propósito del Trabajo de Investigación

El fortalecimiento del primer nivel de atención, dotándolo de una mayor capacidad de resolución de enfermedades o dolencias y la implementación de la Unidad de Atención Primaria en Salud (UAPS) por el SISAN FAP en Lima y Callao permitirá:

- a) Mejorar la eficacia en los resultados sanitarios a través de la gestión del riesgo en salud en la atención primaria.
- b) Optimizar la eficiencia en la utilización de los recursos del hospital de tercer nivel lo que permitirá contar con una mayor disponibilidad presupuestaria para el mantenimiento de la infraestructura, reposición del equipamiento médico y contratación de personal profesional especialista.

- c) Mejoramiento de la satisfacción de los usuarios del sistema (personal titular FAP, dependientes y derechohabientes) al reducir los tiempos de espera, mejorar la accesibilidad geográfica a los establecimientos de salud, mejorar la disponibilidad de medicamentos del petitorio farmacológico institucional, optimización de la oferta de profesionales de la salud de las especialidades básicas de mayor demanda, permitiendo el fortalecimiento de las actividades preventivo-promocionales en la atención primaria de salud.
- d) Contener la demanda de prestaciones de servicios de salud en el Hospital Central FAP (HOSPI) al reducir de manera significativa las que no corresponden a una IPRESS del tercer nivel de atención y que pueden ofertarse con eficacia, oportunidad y calidad en los establecimientos de menor nivel de atención.

Nuestra propuesta de fortalecimiento del primer nivel de atención mediante una nueva Unidad de Atención Primaria en Salud (UAPS) en el distrito de Santiago de Surco contribuye a una reorganización de la oferta de servicios que permitirá disminuir la demanda del único establecimiento de salud del tercer nivel del sistema, favoreciendo la eficiencia en la ejecución del gasto con la finalidad de mantener el óptimo estado de salud del personal militar y derecho-habientes contribuyendo de esta manera con su bienestar personal y familiar.

Por ello el propósito planteado es mejorar la salud del personal FAP titular y familiares otorgándoles una atención de salud accesible, oportuna, eficiente y de calidad a través del ordenamiento de la oferta de servicios en las regiones de Lima y Callao.

1.5. Aspectos Metodológicos

El presente Trabajo de Investigación ha utilizado 4 metodologías:

- Dos metodologías para el análisis interno y del entorno que permiten la identificación y delimitación de la realidad problemática.

Metodología de Kast y Rosenzweig o Metodología del Análisis Interno Institucional: permite la delimitación de la realidad problemática analizando la organización como un sistema conformado a su vez por cinco subsistemas: razón de ser, estructural, psicosocial, tecnológico y subsistema de gestión².

Metodología de Collette y Schneider o Metodología del Análisis del Entorno Institucional: según este modelo, el entorno tiene una influencia actual o futura en la organización (Proulx, 2015). Este entorno puede ser analizado en tres niveles: un nivel inmediato donde se encuentran los sujetos que reciben de manera directa los bienes y/o servicios de la organización, un nivel intermedio donde se encuentran las instituciones encargadas de supervisar y controlar a la organización y finalmente un nivel global donde se encuentran las tendencias nacionales e internacionales que pueden influir en la solución de los problemas que tiene la organización (Proulx, 2015).

- Dos metodologías que nos permiten evaluar la factibilidad y viabilidad de las soluciones propuestas a la realidad problemática: Análisis SADCI y Método MACTOR.

Análisis SADCI – Sistema de Análisis y Desarrollo de la Capacidad Institucional: El SADCI ayuda a aclarar lo que fue definido como objetivos de desarrollo, los recursos requeridos para lograr esos objetivos, quién hace qué para alcanzar los objetivos de desarrollo establecidos utilizando los recursos de manera efectiva: cuáles son los DCI potenciales y cómo corregir estos DCI a tiempo. Para realizar el SADCI en la Institución analizada, se deben tener en cuenta los siguientes formatos³:

² Kast F., Rosenzweig J. (1990). Administración en las organizaciones, enfoque de sistemas y contingencias. México: McGRAW-HILL.

³ Castro Quiroz J., Barrios Ipenza E., Cerna Silva C. Planes de Gestión Guía Práctica y Protocolo. 2017

1. Formulario C: Tareas (cómo lograr los objetivos utilizando dichos recursos).

Tabla 6

Matriz 1. Tareas

N° de Tarea	Descripción de tarea	Productos de las Tareas	Ejecutor de las tareas
1	La idea de inversión es el contenido del proyecto de inversión por APP	Documento de la idea de inversión	Dirección de Sanidad FAP
2	El Plan Multianual de inversiones SISAN FAP es el plan que establece las políticas y prioridades de inversión por APP.	Documento del Plan Multianual de Inversiones del SISAN FAP	Dirección de Sanidad FAP
3	La presentación de la iniciativa para APP se realiza para evaluación técnica por Pro-inversión, así como su declaratoria de interés	Declaratoria de interés	Dirección de Sanidad FAP
4	Declaración de interés de la APP	Documento de declaratoria de interés de la APP	Dirección de Sanidad FAP
5	Es la formulación del proyecto de Inversión el cual debe contener todo el sustento técnico para su ejecución.	Proyecto de inversión formulado	Dirección de Sanidad FAP
6	Es realizar la propuesta del modelo económico financiero que incluye el flujo de financiamiento y el costo del cápita por usuario para ser incluido en el contrato de APP	Modelo económico financiero formulado	Dirección de Sanidad FAP
7	Convocatoria de la APPS	Convocatoria publicada	Comité de inversiones
8	Adjudicación de la APPS	Adjudicación realizada	Comité de inversiones
9	Construcción de la UAPS	Infraestructura construida de la UAPS	Inversionista
10	Dotación de equipos y RRHH	Operación de la Unidad de Atención Primaria con RRHH y equipamiento	Inversionista
11	Marcha blanca	Puesta en operación y funcionamiento de la UAPS	Inversionista
12	Operación y funcionamiento	Reporte de Operación y Mantenimiento	Inversionista
13	Identificación de la cartera de servicios actual en los servicios de primer nivel	Reporte de la cartera actual en los servicios de primer nivel de Lima y Callao	Dirección de Sanidad FAP

N° de Tarea	Descripción de tarea	Productos de las Tareas	Ejecutor de las tareas
14	Consolidar la Cartera de Servicios en cada establecimiento de salud.	Reporte consolidado de la cartera de servicios actual de los establecimientos de primer nivel en Lima y Callao	Dirección de Sanidad FAP
15	Analizar la Cartera de Servicios de cada establecimiento de salud FAP.	Reporte de análisis	Dirección de Sanidad FAP
16	Elaborar propuesta de organización de nueva Cartera de Servicios de salud para el primer nivel de atención	Propuesta de ordenanza de cartera de servicios de salud para el primer nivel de atención	Dirección de Sanidad FAP
17	Elevar la propuesta a Dirección de Sanidad FAP	Documento de elevación	Dirección de Sanidad FAP
18	Aprobación de la Cartera de servicios del primer nivel de atención	Directiva FAP aprobada	Dirección de Sanidad FAP
19	Difundir la cartera de servicios de salud del primer nivel de atención	Documento de difusión de la cartera aprobada	Dirección de Sanidad FAP
20	Monitorear la implementación de la nueva Cartera de Servicios	Informe de implementación de la Cartera de Servicios	Dirección de Sanidad FAP
21	Identificar el flujo de referencias actual	Informe de flujo de referencia actual	Dirección de Sanidad FAP
22	Formular Directiva FAP de flujo de Referencias y Contrarreferencias en Lima y Callao	Proyecto de Directiva FAP de Referencias y Contrarreferencias en Lima y Callao	Dirección de Sanidad FAP
23	Elevar la propuesta a Dirección de Sanidad FAP	Documento de elevación del proyecto de ordenanza	Dirección de Sanidad FAP
24	Aprobación de la Directiva FAP de Referencias y Contrarreferencias en Lima y Callao	Directiva aprobada	Dirección de Sanidad FAP
25	Difundir la Directiva FAP de Referencias y Contrarreferencias en Lima y Callao	Informe de difusión de la ordenanza aprobada	Dirección de Sanidad FAP
26	Monitorear la implementación de la Directiva	Informe de implementación de la ordenanza aprobada	Dirección de Sanidad FAP
27	Identificación de necesidades de capacitación en manejo de enfermedades crónicas	Encuesta de necesidades de capacitación en manejo de enfermedades crónicas aplicada	Dirección de Sanidad FAP
28	Diseño de programa de capacitación para RRHH del SISAN FAP en manejo de enfermedades crónicas	Programa de capacitación formulado	Dirección de Sanidad FAP

Nº de Tarea	Descripción de tarea	Productos de las Tareas	Ejecutor de las tareas
29	Aprobación del programa de capacitación para RRHH del SISAN FAP en manejo de enfermedades crónicas	Directiva FAP que aprueba el programa de capacitación	Dirección de Sanidad FAP
30	Capacitación en el manejo de enfermedades crónicas	Informe de ejecución del programa de capacitación	Dirección de Sanidad FAP
31	Monitoreo de la capacitación	Informe de monitoreo	Dirección de Sanidad FAP

Fuente: Elaboración propia

2. Formulario Di: DCI por reglas de juego (ROG).

Tabla 7

DCI por reglas de juego

Código de Tarea	Descripción de DCI y explicación de sus impactos negativos	Gravedad DCI				
		1	2	3	4	5
1	La idea de inversión privada no es algo en lo que la entidad tiene practica de realizarlo. Sin embargo, se cuenta con áreas como Administración e Inversiones que podría formular la idea de inversión					x
4	La declaratoria de interés se hace en función a las opiniones de las áreas de FOSFAP. No hay experiencia en hacer declaratorias de interés. Se podría realizar con el apoyo de áreas como la Dirección de Economía FAP.					x
6	Respecto a la evaluación económico-financiera, no se tiene experiencia en ello, se tendría que solicitar asesoría de otras áreas en la entidad con las que se cuenta.					x

Fuente: Elaboración propia

3. Formulario Dii: DCI Relaciones Interinstitucionales (IRR).

Tabla 8

DCI por Relaciones Interinstitucionales

Código de Tarea	Descripción de DCI y explicación de sus impactos negativos	Gravedad DCI				
		1	2	3	4	5
1	La idea de inversión no es algo que la entidad tiene practica de realizarlo. Sin embargo, la jerarquía establece relaciones adecuadas para su generación.					x
4	La declaratoria de interés se hace en función a las opiniones de las áreas de FOSFAP, Dirección de Personal y la Dirección de Economía. No hay experiencia en hacer declaratorias de interés, pero por su organización si es posible relacionarse fácilmente.					x

Código de Tarea	Descripción de DCI y explicación de sus impactos negativos	Gravedad DCI				
		1	2	3	4	5
6	Respecto a la evaluación económico-financiera, no se tiene experiencia en ello. Se tendría que solicitar asesoría, si no se hace esto no se podría hacer la convocatoria.			x		

Fuente: Elaboración propia

4. Formulario Diii: DCI por Organización Interna (ORG).

Tabla 9

DCI por Organización Interna

Código de Tarea	Descripción de DCI y explicación de sus impactos negativos	Gravedad DCI				
		1	2	3	4	5
1	La idea de inversión no es algo que la entidad tiene practica de realizarlo. Sin embargo, no tendrá un impacto negativo ya que existen un área de inversiones FAP que puede hacer esta tarea					x
4	La declaratoria de interés se hace en función a las opiniones de las áreas de FOSFAP. No hay experiencia en hacer declaratorias de interés, se podría avanzar si participan otras áreas como el área de inversiones.					x
6	Respecto a la evaluación económico-financiera, no se tiene experiencia en ello. Se tendría que solicitar asesoría de otras áreas de la entidad como la Dirección de Economía.				x	

Fuente: Elaboración propia

5. Formulario Div: DCI por Gerencia de Personal y Sistema de Remuneración (PPR).

Tabla 10

DCI por Gerencia de Personal y Sistema de Remuneración

Código de Tarea	Descripción de DCI y explicación de sus impactos negativos	Gravedad DCI				
		1	2	3	4	5
10	La dotación de equipamiento y recursos humanos debe hacerse con recursos profesionales de la salud que para las remuneraciones del mercado no deben ser una capacidad limitada.					x
12	La operación y funcionamiento estará a cargo del agente inversionista quien asumirá el riesgo					x

Fuente: Elaboración propia

6. Formulario Dv: DCI por Habilidades (SKL).

No aplica

7. Formulario Ei: Consolidación de DCI no relacionados con habilidades.
No aplica
8. Formulario Eii: Consolidación de DCI relacionados con habilidades.
No aplica
9. Formulario F: Sinopsis de la estrategia de DI y programa de acción correspondiente o Plan de Contingencia.
No aplica

Método MACTOR – Metodología de Análisis de Actores: Según Cano (2004), esta Matriz de Alianzas y Conflictos: Tácticas, Objetivos y Recomendaciones, es una metodología que analiza las potenciales convergencias y divergencias entre los actores de la organización involucrados en la aprobación e implementación de las propuestas de solución planteadas; para lo cual se utilizan cinco matrices: identificación de actores, posición de los actores frente a los productos propuestos, tipo de influencia de cada uno de ellos, convergencias o divergencias y un plan de incidencia.

Aspectos administrativos

Tabla 11

Productos, actividades, costos en soles.

Productos	Actividades/Metas	Costos	Responsables
Implementación de una UAPS en Lima y Callao	Elaborar la idea de inversión	10,000	DISAN FOSFAP
	Aprobación en el Plan Multianual de inversiones SISAN FAP		
	Presentación de la iniciativa para APPS		
	Declaración de interés de la APPS		
	Formulación del proyecto de Inversión		
	Preparación del modelo económico financiero		
	Convocatoria de la APPS		
	Adjudicación de la APPS		
	Construcción de la UAP		
	Dotación de equipos y RRHH		
	Marcha blanca		
	Operación y funcionamiento		

Productos	Actividades/Metas	Costos	Responsables
	Identificación de la cartera de servicios actual en los servicios de primer nivel		
	Consolidar la Cartera de Servicios en cada establecimiento de salud.		
Directiva FAP de Cartera de Servicios de los establecimientos de salud de primer nivel de Lima y Callao	Analizar la Cartera de Servicios de cada establecimiento de salud FAP. Elaborar propuesta de organización de nueva Cartera de Servicios de salud para el primer nivel de atención Elevar la propuesta a Dirección de Sanidad FAP Aprobación de la Cartera de servicios del primer nivel de atención Difundir la cartera de servicios de salud del primer nivel de atención Monitorear la implementación de la nueva Cartera de Servicios Identificar el flujo de referencias actual Formular Directiva FAP de flujo de Referencias y Contrarreferencias en Lima y Callao	10,000	DISAN
Directiva FAP de flujo de Referencias y Contrarreferencias en Lima y Callao	Elevar la propuesta a Dirección de Sanidad FAP Aprobación del flujo de referencias y Contrarreferencias Difundir el flujo de referencias y contrarreferencias en los servicios de Lima y Callao Monitorear la implementación de la Ordenanza Identificación de necesidades de capacitación en manejo de enfermedades crónicas	10,000	DISAN
Programa de capacitación en gestión del riesgo para el manejo de enfermedades crónico-degenerativas	Diseño de programa de capacitación para RRHH del SISAN FAP en manejo de enfermedades crónicas Aprobación del de programa de capacitación para RRHH del SISAN FAP en manejo de enfermedades crónicas Capacitación en el manejo de enfermedades crónicas Monitoreo de la capacitación	15,000	DISAN

Fuente: Elaboración propia

1.6. Alcances y limitaciones de la Investigación

La presente investigación comprende a la Dirección de Sanidad (DISAN) órgano Rector del SISAN FAP, el órgano de financiamiento la IAFA FOSFAP, el órgano logístico SESAN y las 13 IPRESS del SISAN FAP en Lima y Callao. Asimismo, en su desarrollo se presentaron las siguientes limitaciones:

- a) La información disponible en la institución es incompleta y se encuentra dispersa debido a no contar con un sistema integrado y centralizado de gestión de la información.
- b) El Sistema de Salud de la FAP (SISAN FAP) no cuenta con una Unidad Gestora de IPRESS (UGIPRESS) que tenga la posibilidad de tener influencia por la vía del financiamiento en los establecimientos de salud de Lima y Callao, lo cual no ha permitido disponer de información complementaria.

Capítulo II

Marco Teórico

2.1. Marco teórico

2.1.1. Investigaciones previas relacionadas

En todo el mundo, la reestructuración de los sistemas sanitarios utiliza estrategias de gestión pública y privada. Los sistemas sanitarios abarcan las instituciones, organizaciones y recursos (físicos, financieros y humanos) agrupados para prestar servicios de salud que puedan satisfacer las necesidades de la población. Cuando los sistemas de salud logran un adecuado funcionamiento facilitan la cobertura universal en salud, siendo uno de los pilares de gran importancia para las instituciones gubernamentales (Fryatt & Mills, 2010).

En países de medianos y bajos ingresos como el Perú, los sistemas sanitarios son deficientes y presentan una alta mortalidad materna e infantil y una baja proporción de partos atendidos por personal de salud calificado, lo que incrementa las desigualdades socioeconómicas en el acceso a los servicios de salud (World Health Organization (WHO), 2013). Bajo este contexto, se plantea que las limitaciones y fracasos del sector público pueden ser compensados con la participación del sector privado, sobre todo en la atención primaria y establecimientos de salud de diferentes niveles. La participación del sector privado en la atención sanitaria es un tema que sigue siendo controversial debido a que muchos opinan que puede priorizar intereses mercantilistas (Unger et al., 2009) y llevar a una “privatización” de la atención de salud. Sin embargo, en estos países la reestructuración del sistema sanitario con participación de ambos sectores (público y privado) puede ser una respuesta pragmática a las limitaciones y la desatención de las necesidades de

las personas de los sistemas públicos (National Department of Health, 2011).

2.1.2. Modelos conceptuales basados en evidencias sobre la realidad problema

Las listas de espera en salud constituyen uno de los problemas más comunes en el sistema de salud público debido a la alta demanda de pacientes que recurren a los establecimientos de salud para aliviar dolencias o tratar enfermedades y la escasez de recursos generando la disconformidad de los ciudadanos por la calidad de servicio recibida en dichos establecimientos. Sin embargo, las listas de espera provocan desigualdades o discriminaciones entre los pacientes al momento de recibir un servicio de salud porque no todos tienen la misma oportunidad de ser atendidos de forma oportuna. Tal circunstancia manifiesta que existen desventajas en el sector público que necesitan ser corregidas para mantener un sistema eficiente y sostenible.

En los sistemas de salud públicos, la atención suele ser gratuita para los usuarios, dependiendo de los copagos. Por tal motivo, existe un desequilibrio entre la oferta y la demanda, donde el usuario realiza un pago por el costo del tiempo, en lugar del precio monetario. Esto ocurre especialmente en aquellos sistemas de salud públicos que funcionan bajo presupuestos globales (Rodríguez, 2009).

Para «solucionar» las listas de espera se pueden implementar varias estrategias, entre ellas destaca, el aumento de los recursos destinados a salud, y a los procedimientos o patologías con mayores tiempos de espera con un límite del presupuesto, ya que, los recursos son destinados no solo a salud sino también a otros servicios (educación, justicia, pensiones, inversión pública, etc.), y mejorar la productividad de los médicos y hospitales. Por el lado de la demanda, en ocasiones se propone establecer copagos, sobretodo en los casos

de menor complejidad. En esencia, las listas de espera surgen a partir de un desequilibrio entre la oferta y la demanda donde la provisión de servicios de salud se realiza de manera gratuita y universal (Banco Interamericano de Desarrollo, 2014).

La lista de espera es un importante indicador de eficacia, eficiencia y calidad de atención de las instituciones prestadoras de servicios de salud y es el resultado de la interrelación de diferentes factores (multifactorial), tal como se muestra en la Figura 2 (Cañizares Ruiz & Santos Gómez, 2011).

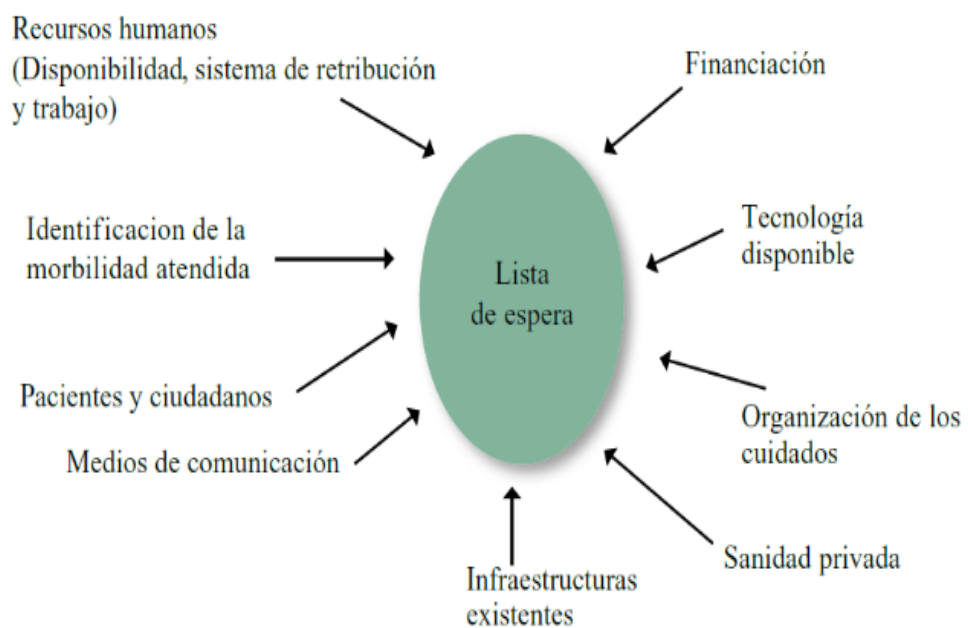


Figura 2. Factores que intervienen en las listas de espera

Fuente: (Cañizares Ruiz and Santos Gómez 2011).

Las listas de espera en salud, pueden definirse como “el conjunto de registros de pacientes que precisan una determinada prestación a la que el sistema sanitario no puede dar respuesta de forma simultánea a su prescripción” (Cañizares Ruiz & Santos Gómez, 2011). Las estrategias que se están utilizando para resolver las listas de espera se muestran en la Figura 3 (Cañizares Ruiz & Santos Gómez, 2011)

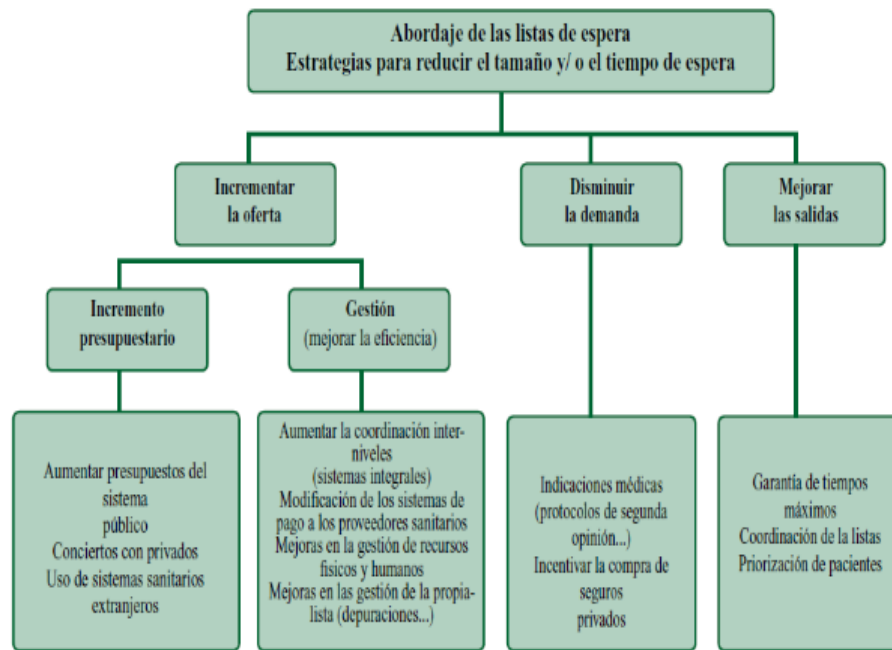


Figura 3. Estrategias para el abordaje de las listas de espera

Fuente: (Cañizares Ruiz and Santos Gómez 2011).

- a. Estrategias sustentadas en la disminución de la demanda
- b. Estrategias sustentadas en un incremento de la oferta:

Aumento de la capacidad de respuesta mediante el incremento de recursos de los establecimientos de salud: puede ser una estrategia temporal o permanente dependiendo del análisis de los factores condicionantes¹⁹.

Alianzas con prestadores de salud privados: en este caso se contratan los servicios de establecimientos de salud privados financiados con fondos públicos (Cañizares Ruiz & Santos Gómez, 2011).

Mejoras en la gestión: se introducen incentivos económicos que permiten optimizar la productividad y calidad del servicio de los profesionales de la salud (Cañizares Ruiz & Santos Gómez, 2011).

Mejor coordinación entre los diferentes niveles de atención: es una estrategia de gestión enfocada en la prestación de salud usando redes integradas con un enfoque territorial, pero que demanda un fortalecimiento de la capacidad resolutoria del primer nivel de atención, con una cartera de servicios que permita resolver los principales problemas de salud de los ciudadanos (incluyendo programas específicos para la atención de enfermedades crónicas no transmisibles), con una adecuada formulación del petitorio farmacológico y un eficaz sistema de referencias y contrareferencias del sistema (Cañizares Ruiz & Santos Gómez, 2011).

Mayor eficiencia en la gestión de los recursos materiales disponibles: con la finalidad de reducir al mínimo los “tiempos muertos”, especialmente de los establecimientos de salud de mayor capacidad resolutoria (Cañizares Ruiz & Santos Gómez, 2011).

2.1.3. Otras Bases teóricas

Según el artículo 24 del Reglamento de la Ley N°30895, Ley que fortalece la Función Rectora del Ministerio de Salud, Aprobado por D.S. N°030-2020-SA, el sector salud está conformado por el MINSA como organismo rector, junto a las instituciones públicas y privadas a nivel nacional, regional y local y personas naturales que están adscritas al organismo rector, y tienen impacto directo o indirecto en la salud individual o poblacional (Ministerio de Salud, 2020). El MINSA como organismo rector conduce el sistema de salud peruano de acuerdo con el Decreto Legislativo 1504. En este sentido, el sistema de salud peruano es el conjunto de instituciones vinculadas con la producción de los servicios de salud, con el fin de cumplir políticas públicas, principios y normas que orientan la intervención del Estado para garantizar la salud individual y colectiva (Ministerio de Salud, 2020). Estas instituciones se encuentran bajo un subsistema de salud segmentado, donde el Sistema de Salud de la Fuerza Aérea del Perú

(SISAN FAP) integra el subsistema público como prestadores de salud con su respectiva IAFA.

Se han incluido definiciones operacionales de cada componente propuesto en el sistema de salud peruano, los cuales, se basaron en el marco normativo vigente en el sector salud (Ministerio de Salud del Perú, 2011) (Anexo 8.2)

Capítulo III

El Diagnóstico

3.1. Determinación del problema

3.1.1. Árbol de Problemas y de Causas

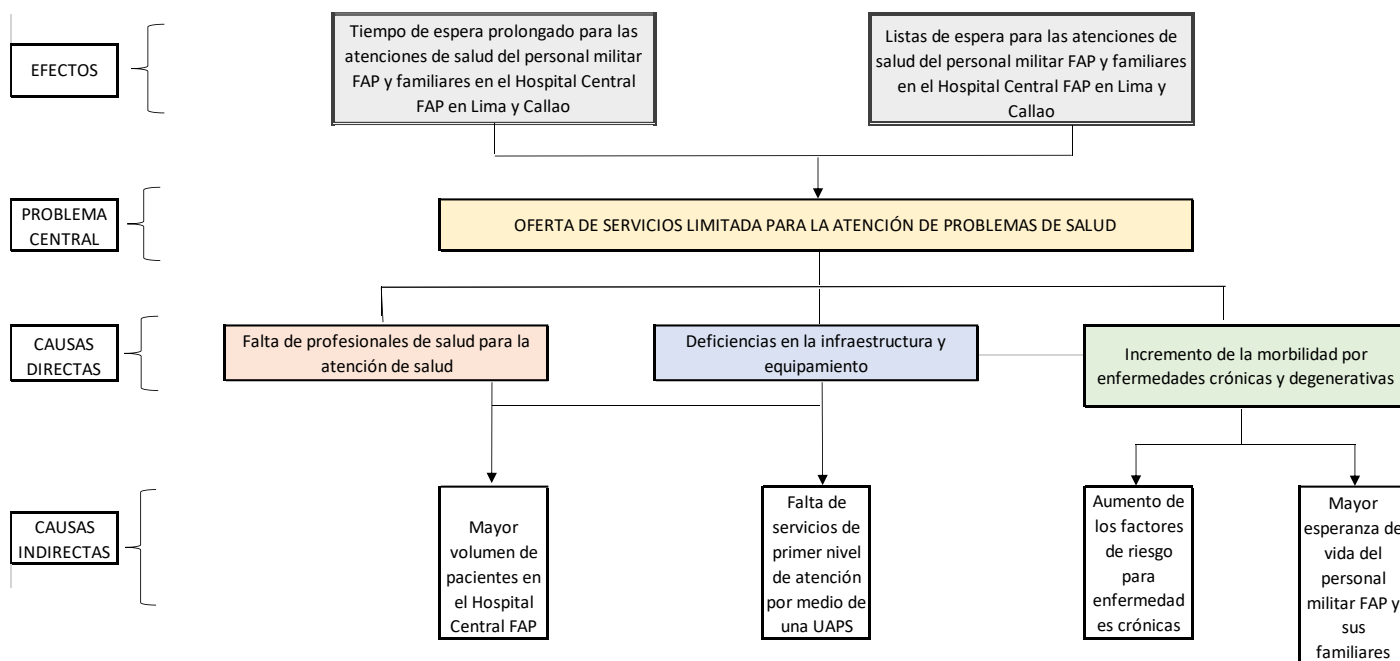
Problema General

El problema principal es la oferta de servicios limitada para la atención de los problemas de salud que produce un tiempo de espera prolongado y listas de espera para la atención de salud de la gran proporción del personal militar FAP y familiares en el Hospital Central FAP en Lima y Callao.

Problemas Específicos

1. Limitada capacidad resolutive del primer nivel de atención en infraestructura y equipamiento en el SISAN FAP en Lima y Callao.
2. Limitado número y capacidades de los recursos humanos en el primer nivel de atención en el SISAN FAP en Lima y Callao.
3. Incremento de la morbilidad por enfermedades crónicas y degenerativas en la población FAP.

Figura 4. Árbol de problemas



Fuente: autoría propia

3.1.2. Sustento de evidencias

Diagnóstico de Realidad Problema

La realidad problema tiene un ámbito interno y un ámbito externo.

En el **ámbito interno** se han encontrado los siguientes nudos críticos:

En el *subsistema tecnológico* identificamos que el SISAN FAP no ofrece una prestación de salud accesible acorde a la demanda de los usuarios, con una pobre oferta de servicios de salud con mayor capacidad resolutive en Lima Metropolitana y la provincia constitucional del Callao así como en las Unidades y Dependencias FAP (UU y DD) fuera de Lima. Asimismo, se observa una disminución progresiva de la asignación presupuestal procedente de Recursos Ordinarios (RO) tanto a nivel sectorial, institucional y particularmente del Sistema de Salud con una menor cobertura del seguro médico FOSFAP a dependientes. Por otro lado, la DISAN al no ser una

Unidad de Gestión de IPRESS (UGIPRESS) no cuenta con la independencia administrativa y financiera requerida para gestionar los recursos de manera óptima.

En el *subsistema estructural* observamos que las funciones de la DISAN se encuentran claramente especificadas y bien enfocadas, sin embargo, no son cumplidas a cabalidad debido a que, además de ellas, se cumplen actividades no programadas e indicaciones inmediatas de los superiores jerárquicos en el marco de la organización militar en la que se encuentra.

En el *subsistema psicosocial*, se evidencia que el órgano rector del SISAN no cuenta con las capacidades requeridas para una eficaz gestión del sistema, dado que la máxima autoridad sanitaria en el SISAN FAP está conformada por oficiales de carrera no médicos sin conocimiento del sector salud o médicos militares sin la suficiente formación y experiencia en gestión. A su vez, existe un déficit progresivo de profesionales asistenciales, especialistas y sub-especialistas por migración interna a ESSALUD y al sector privado debido a mejores condiciones laborales e ingresos económicos.

A nivel del **entorno**, se ha encontrado lo siguiente:

En el *entorno inmediato*, los pacientes comparten la responsabilidad de la saturación del único establecimiento de categoría III-1 del SISAN, el HOSPI.

En el *entorno intermedio*, nos enfrentamos a un MINSa debilitado, que no actualiza las normas técnicas de categorización de establecimientos de salud ni impulsa el intercambio prestacional entre los prestadores del sistema. Asimismo, el MINDEF no promueve ni articula entre sus tres sanidades (FAP, EP y MGP) el intercambio prestacional.

Problemas Institucionales:

Una vez realizado el análisis, identificamos los siguientes problemas institucionales:

- La oferta de establecimientos de salud en el primer nivel de atención cuenta con una limitada capacidad resolutive tanto en Lima Metropolitana y Callao, como en las unidades y dependencias (UU y DD) FAP fuera de Lima.
- La infraestructura y equipamiento de los establecimientos de salud del primer nivel de atención no responde a las necesidades y expectativas propuestas por los usuarios (Mezones-Holguin et al., 2016; Oscar Cetrángolo, Fabio Bertranou, 2013; Ypanaqué-Luyo & Martins, 2015) .
- Las capacidades de los recursos humanos profesionales en el primer nivel de atención tienen limitaciones relacionadas a la gestión del riesgo y enfermedades crónicas-degenerativas (Mezones-Holguin et al., 2016; Oscar Cetrángolo, Fabio Bertranou, 2013; Ypanaqué-Luyo & Martins, 2015).
- Existe una brecha de recursos profesionales médicos generalistas y especialistas en el SISAN FAP.
- Disminución progresiva de la asignación presupuestal procedente de Recursos Ordinarios (RO) tanto a nivel sectorial, institucional y particularmente del Sistema de Salud con una menor cobertura del seguro médico FOSFAP a dependientes.
- La DISAN al no ser UGIPRESS no cuenta con la independencia administrativa y financiera requeridas para gestionar los recursos de manera óptima.

3.2. Análisis Organizacional

3.2.1. La Organización

La Constitución Política del Perú establece que todos los ciudadanos tienen derecho a la salud individual, familiar y de la comunidad (Constitución Política del Perú et al., 1993). Asimismo, el artículo 9º de la misma Carta Constitucional, prescribe que el estado determina la Política Nacional de Salud, encargando al Poder Ejecutivo su normatividad y supervisión (Constitución Política del Perú et al., 1993).

La Ley N ° 27860 del MINDEF, formula, ejecuta y supervisa la política de Defensa Nacional en el campo militar como órgano rector de las FFAA, dentro del cual la Fuerza Aérea tiene como función, entre otros, la preparación y organización del componente aéreo, dentro de lo cual se encuentra el óptimo estado de salud del personal militar y sus familiares directos con la finalidad de mantener la capacidad combativa de la fuerza (Ley de Organización y Funciones del MINDEF) (Estado peruano, 2002b).

El MINDEF fue creado por Ley N ° 24654, como un organismo central del Sistema de Defensa Nacional responsable de la preparación de los Institutos de las FFAA y de la supervisión y control de los Organismos Públicos Descentralizados (OPD). Asimismo, es responsable de las estrategias de las operaciones militares, a través del Comando Conjunto de las FFAA (CCFFAA) (Estado peruano, 1987).

La FAP es una institución de las FFAA, dependiente del MINDEF, con calidad de Unidad Ejecutora (UE). La Ordenanza FAP 160-10 de 2005 vigente, establece el SISAN FAP⁴, considerando a la Dirección de Sanidad (DISAN) como órgano rector del sistema, la misma que está

⁴ Sistema de Sanidad FAP Ordenanza FAP 160-10, 2005

encargada de emitir las normas de detalle, que permitan una eficiente administración de la salud de la población FAP.

La DISAN es el ente rector del sistema dependiente de la Dirección General de Personal (DIGPE), responsable de los aspectos de medicina aeroespacial en la FAP, con el objetivo de alcanzar un estado de salud adecuado del personal militar que garantice un alto rendimiento en el trabajo, así como la salud de sus familiares, dependientes y derechohabientes. Por otro lado, el Decreto Supremo N° 245-89-EF de 1989 crea el FOSPEMFA para financiar la atención integral de la salud del personal militar de las FFAA y sus familiares dependientes.

El Manual FAP 160-3 de 2012 “Administración del Fondo de Salud de la Fuerza Aérea del Perú”, establece los procedimientos de la administración del Fondo de Salud FAP (FOSFAP) con criterios de equidad, racionalidad y transparencia.

Análisis Interno

Se delimita la realidad problema en base a metodologías de sistema propuesta por F. Kast y J. Rosenzweig (Figura 2)⁵. De acuerdo con estos autores, cada empresa puede ser visualizada como un sistema:

⁵ Kast F., Rosenzweig J. (1990). Administración en las organizaciones, enfoque de sistemas y contingencias. México: McGRAW-HILL.

La organización como sistema socio-técnico estructurado
El modelo de Kast y Rosenzweig

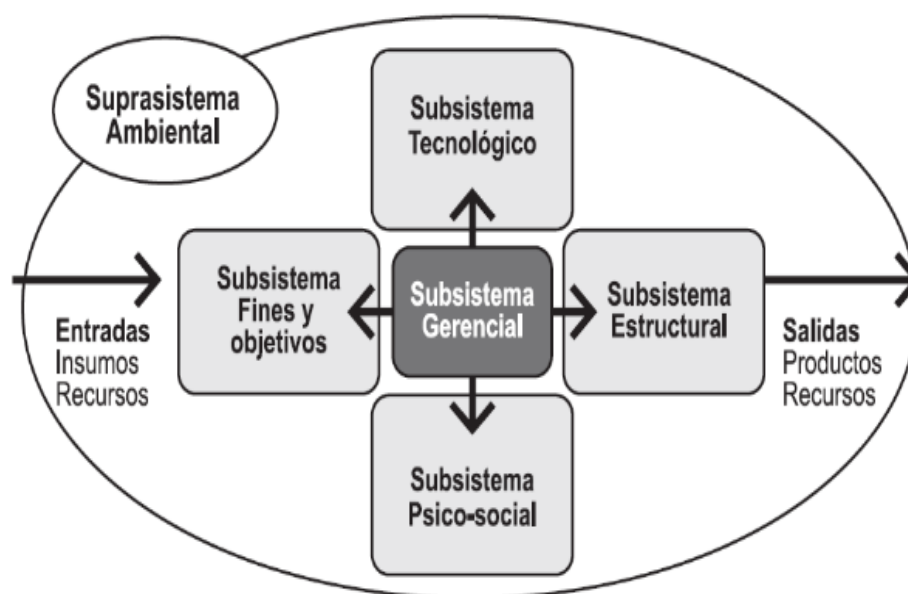


Figura 5. Modelo de Kast y Rosenzweig

Fuente: F. Kast y J. Rosenzweig

El subsistema: Razón de ser

La FAP cuenta con el SISAN FAP, cuyo órgano Rector es la DISAN FAP. La misión de la DISAN es administrar el SISAN FAP a fin de alcanzar y mantener el estado de salud óptimo que garantice el alto rendimiento del personal militar FAP y la salud de sus familiares. En relación con la misión de la institución, corresponde a la DISAN la toma de medidas para resolver la problemática identificada en salud con la finalidad de mantener un óptimo estado de salud del personal militar y sus derechohabientes. A su vez la Dirección de Sanidad-DISAN FAP, es un órgano dependiente del Comando de Personal encargado de todo el personal de la Fuerza Aérea del Perú (FAP).

El subsistema tecnológico

El SISAN FAP, para el logro de su propósito y objetivos realiza sus actividades en base a la organización de la atención de salud a sus usuarios en servicios de salud del primer nivel compuesto por postas de salud, centros médicos, un segundo nivel compuesto por los

hospitales regionales (Arequipa y Loreto) y un tercer nivel representado por el Hospital Central FAP (HOSPI). El primer nivel de atención en Lima y Callao cuenta con 13 IPRESS las que tienen limitados recursos humanos y equipamiento para resolver la mayoría de las enfermedades o dolencias. La referencia de pacientes no es fluida y por el contrario, los usuarios acuden directamente al HOSPI donde si existe capacidad resolutive. El SISAN no está ofreciendo una prestación de salud accesible y oportuna a los usuarios del sistema de salud FAP.

La ausencia de un primer nivel de atención con elevada capacidad resolutive en el SISAN FAP es uno de los nudos críticos más importantes para una prestación de salud accesible, eficaz, oportuna y de calidad a los usuarios del sistema.

El Subsistema estructural

A nivel del **sub-sistema estructural** la DISAN es el órgano rector responsable de organizar la oferta de servicios de salud del sistema por niveles de atención en función de su capacidad resolutive, integrandolos en redes con un enfoque territorial a través de un eficiente sistema de referencias y contrareferencias.

En ese sentido, observamos que las funciones descritas en el ROF se encuentran bien enfocadas, sin embargo, no son cumplidas a cabalidad, debido a que además de ellas, el personal -especialmente militar- realiza otras funciones que no corresponden a las del departamento; particularmente servicios, comisiones y representación en comités técnicos nacionales (MINSAL, CCFFAA, MINDEF), además de tareas de solución inmediata asignadas por la dirección, lo que puede consumir hasta el 80% de su tiempo de trabajo.

La DISAN presenta un Órgano de Dirección constituido por la Dirección y Subdirección; un órgano consultivo representado por la Junta de Sanidad FAP (JUSAN); un órgano de asesoría conformado por las Oficinas de Prevención de Accidentes (OPREVAC) y la Oficina de Asesoría Legal; un órgano de planeamiento, el Departamento de Planes; un órgano de control conformado por la Oficina de Inspectoría y la Oficina de Gestión de la Calidad de la Salud; órganos de apoyo representados por el Departamento de Economía y Finanzas, Departamento Administrativo, Departamento de Recursos de Salud, Capacitación y Perfeccionamiento, el Departamento de Gestión Ambiental y el Servicio de Sanidad y Farmacia (SESAN); órganos de línea constituidos por el Departamento de Medicina Aeronáutica, Departamento de Redes de Servicios de Salud, el Centro de Entrenamiento Fisiológico de Medicina Aeroespacial (CEFMA), el Hospital Central de la FAP, el Hospital de Las Palmas y los Hospitales Regionales del Norte (HOREN), Sur (HORES) y Oriente (HOREO).

A nivel del **sub-sistema psicosocial**, la función correspondiente al planeamiento estratégico del SISAN le corresponden al Departamento de Planes de la DISAN. Este departamento está organizado en tres secciones: planes y programas, racionalización y presupuesto. El personal nombrado a este Departamento crítico de la DISAN es extremadamente escaso y está conformado por siete (07) personas: Un (01) Oficial Médico con el grado de Coronel, un (01) Oficial Especialista en Finanzas con el grado de Coronel, un (01) Oficial Químico-Farmacéutico con el grado de Comandante, un (01) Técnico especialista en Finanzas, un (01) Técnico de Servicio Médico, una (01) Enfermera civil nombrada especialista en Salud Pública y una (01) Secretaria administrativa. Sólo el personal civil (enfermera y secretaria) está nombrado permanentemente a este departamento. El personal militar es nombrado por un periodo de dos años para luego ser cambiado a otras unidades FAP dentro o fuera de Lima lo que no permite continuidad en el desarrollo de la función asignada y

condiciona la pérdida del *know how* conseguido durante su permanencia en el puesto.

Los oficiales FAP que realizan tareas de gestión provienen de diferentes especialidades y no necesariamente tienen formación y/o experiencia en gestión pública y/o gestión de servicios de salud. Tampoco existe un definido perfil de los puestos y el período de rotación es corto (menos de 2 años) para conseguir los objetivos estratégicos institucionales.

Otro de los problemas que impiden el cumplimiento de la misión es que, si bien es cierto parte del personal profesional además de su especialidad de base cuenta con alguna experiencia en gestión pública en diferentes puestos dentro de la organización, no cuenta con una capacitación formal en planeamiento estratégico, gestión por procesos, presupuesto por resultados y/o gestión de servicios de salud. Tampoco existe la descripción formal del perfil de los puestos en este departamento y en el resto de la DISAN.

Las IPRESS del SISAN cuentan con profesionales de la salud, (médicos, enfermeras, obstetras y otros) militares y civiles quienes tienen una mística de trabajo y disciplina como una entidad militar y cuyos valores son la integridad, disciplina, responsabilidad y la excelencia profesional.

El subsistema de gestión

A nivel del **sub-sistema de gestión**, la DISAN cuenta con un Manual de Organización y Funciones (MOF) que se encuentra en proceso de actualización y un Plan Operativo Anual (POA). La FAP cuenta con un Plan Estratégico Institucional (“Plan Quiñones”) vigente, sin embargo, la DISAN no cuenta con un Plan Estratégico que permita tener una visión de mediano y largo plazo y que se encuentre alineado al “Plan Quiñones”. No existe un Manual de Procedimientos a nivel

del SISAN. Finalmente, a nivel institucional existen Manuales, Ordenanzas y Directivas FAP muchas de las cuales corresponden al ámbito de la DISAN.

Asimismo, existe un POA (Plan Operativo Anual) que no considera el fortalecimiento la atención primaria en Lima y Callao. Hace unos años se empezó a trabajar un Proyecto de Inversión Pública (PIP) para la implementación de una Unidad Básica de Atención Primaria en Salud (UBAPS) en el distrito de Santiago de Surco, pero sólo se completó hasta el nivel de formulación del proyecto.

3.2.2. Entorno Organizacional

Entorno Inmediato

El mercado de recursos humanos en salud, especialmente de profesionales (especialistas o generalistas), tiene una influencia relativa ya que en general en todo el sector salud hay una brecha de médicos generales y médicos especialistas que afecta a todo el sistema de salud en el Perú. Existe dificultad para encontrar profesionales de salud que deseen incorporarse al SISAN FAP en la condición de personal militar asimilado, por las condiciones remunerativas ya que en el mercado de trabajo las remuneraciones del profesional médico tienden a incrementarse.

La oferta de servicios en el SISAN FAP no tiene competencia en el mercado porque la atención que brinda se da a una población cautiva que es el personal militar y sus familiares dependientes y derechohabientes. El financiamiento de las prestaciones esta sostenido por un aporte del estado para el personal militar y el aporte de cada titular por los familiares directos, este aporte por los familiares se va ajustando de acuerdo con los costos de las prestaciones.

Los usuarios del SISAN FAP en su mayoría son adultos y adultos mayores, producto de la transición demográfica y epidemiológica de

la población peruana en general. La idiosincrasia de los usuarios del SISAN FAP fundamentalmente la de los familiares, se caracteriza por buscar de manera inmediata la mejor y más especializada atención para resolver enfermedades o dolencias en el HOSPI, a pesar de que, sus problemas de salud no sean los de mayor complejidad y podrían resolverse en el primer y segundo nivel, lo que contribuye a la saturación del único hospital especializado. Así, uno de los productos de la investigación es desarrollar un flujo de referencia que permita el direccionamiento de la demanda.

Los proveedores son los que suministran insumos, materiales y equipos biomédicos para las actividades de atención de salud en el SISAN FAP y existe una variedad que permite que exista una provisión necesaria de estos recursos materiales. Del mismo modo el MINSA a través de Centro Nacional de Recursos Estratégicos en Salud (CENARES) compra medicamentos e insumos estratégicos a través de compras corporativas, constituyéndose en el proveedor de medicamentos e insumos para los principales problemas de salud pública en todo el país, por ello provee de vacunas, medicamentos para tuberculosis, medicamentos para VIH SIDA, Malaria y dengue, a través de las llamadas estrategias sanitarias.

Entorno Intermedio

En relación con las organizaciones internacionales, no existe ninguna que pueda influir en el SISAN, al igual que para todo el sector salud. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) emite disposiciones técnicas en relación con los principales problemas de salud de las poblaciones de América Latina, el Perú como país adscrito aplica estas disposiciones al igual que el SISAN FAP.

El MINSA, como ente rector del sector salud, emite el marco legal para la organización y funcionamiento de las IPRESS, para los fondos de aseguramiento, así como las normas técnicas aplicables a toda la

atención de salud que se da a los ciudadanos del Perú, en este sentido estos dispositivos regulatorios son favorables para el SISAN FAP, porque al ser aplicados garantizan la calidad y seguridad de las prestaciones que se dan a la población FAP.

El MINSA también está propiciando el intercambio prestacional entre los diferentes subsistemas del sector, que permita resolver las brechas de atención⁶.

En relación con la supervisión y fiscalización de las prestaciones que otorgan las IPRESS a los ciudadanos, existe la Superintendencia Nacional de Salud-SUSALUD, encargada de realizar la supervisión y fiscalización de la prestación en las IPRESS del SISAN FAP, influyendo de manera positiva en el cumplimiento de la normatividad que garantice la calidad, oportunidad y seguridad de las prestaciones otorgadas a la población FAP.

Tendencias Globales:

La adopción de las nuevas tecnologías de la información y comunicación en salud (TICS) debe influir positivamente en el SISAN FAP ya que permitirá que a través del uso de estas tecnologías se mejore el seguimiento y control de los ciudadanos con afecciones agudas o crónicas (García Cuyàs et al., 2014). Del mismo modo, el uso de la telesalud y la telemedicina introduce un cambio en la mejora de la cobertura de la atención especializada en las diferentes unidades ubicadas en las regiones del país.

En el mundo también es cada vez mayor la tendencia de la organización de los servicios de salud en redes de atención integrada de servicios de salud, donde se fortalezca la articulación de las IPRESS de primer nivel con el hospital de mayor complejidad

⁶ Decreto Legislativo N° 1302 que Optimiza el Intercambio Prestacional en Salud en el Sector Público,

(Morales Eraso, 2011). Una tendencia importante en el mundo es el fortalecimiento de la atención primaria dotándola con mayor capacidad resolutiva, con médicos generalistas, médicos especialistas, equipamiento y servicios de apoyo de tal manera que se pueda resolver del 70 a 80% de la demanda en este nivel y no se saturen los servicios hospitalarios (Vignolo et al., 2011).

En la actualidad, los países de América Latina y el Perú estamos asistiendo a una “transición epidemiológica” en la que aun cuando no hemos podido resolver en su totalidad las enfermedades inmuno-prevenibles e infecto-contagiosas nos encontramos frente a un escenario de incremento sostenido de las enfermedades crónico-degenerativas (Valdez Huarcaya & Miranda Monzón, 2014). Esta situación se puede constatar con mayor notoriedad cuando analizamos las enfermedades prevalentes en la población sujeta de atención de las instituciones militares como la FAP donde la hipertensión arterial, diabetes, obesidad, el cáncer y otras representan un alto porcentaje de las prestaciones de salud y particularmente del gasto en salud del SISAN FAP⁷.

El crecimiento económico de las últimas dos décadas ha disminuido la falta de recursos económicos, de tal manera que en la actualidad la mejora del ingreso per cápita y el ingreso económico familiar promedio, determina que la demanda de atención por problemas de salud aumente contribuyendo a saturar los servicios de salud⁸.

Alianzas Estratégicas

El SISAN FAP identifica como aliados estratégicos en primer lugar las Sanidades de las FFAA como la Sanidad del Ejército, Sanidad de la Marina de Guerra y Sanidad de la Policía Nacional del Perú. En

⁷ Alerta Estudios EIRL. (2015). Análisis de la Morbilidad de los servicios del Sistema de Salud de la FAP. Consultoría para el diagnóstico Epidemiológico y Organizacional del Sistema de Salud de la FAP, 1, 13-17.

⁸ Instituto Nacional de Estadística e informática INEI. (2017). Estadísticas de Salud. Informe Técnico de Condiciones de Vida en el Perú, 4, 4-8, 40. Setiembre 2017, De Encuesta Nacional de Hogares ENAHO Base de datos.

segundo lugar, con el MINSA y ESSALUD, y en tercer lugar con el sector privado.

El SISAN FAP tiene convenios con el Seguro Integral de Salud (SIS), para el financiamiento de las prestaciones de salud del personal del Servicio Militar Voluntario (SMV) y con las otras FFAA (Marina de Guerra y Ejército del Perú) para intercambio prestacional de personal militar y familiares. Se tienen algunos convenios con IPRESS privadas para la realización de algunos exámenes auxiliares y procedimientos especializados y en curso un convenio específico con ESSALUD. Todas estas alianzas estratégicas tienen por finalidad complementar la oferta de servicios de salud dirigida a la población FAP.

Capítulo IV

La Formulación

4.1. Determinación de objetivos y medios

4.1.1. Árbol de Objetivos y Medios

Objetivo General

Fortalecer la oferta de servicios a través del desarrollo e implementación de una Unidad de Atención Primaria en Salud (UAPS) en el primer nivel de atención de los establecimientos de salud en Lima y Callao, para mejorar el recurso humano, infraestructura y equipamiento de los establecimientos de salud, y evitar que se generen listas de espera para las atenciones de salud y disminuir el tiempo de espera para las atenciones.

Objetivos Específicos

OE1. Optimizar la oferta a través de la implementación de una nueva IPRESS llamada UAPS en el primer nivel de atención, para mejorar su capacidad resolutoria correspondiente a una IPRESS de categoría I-4 ampliada.

OE 2. Reducir la demanda de atención y hospitalización en el Hospital Central de la FAP (HOSPI, categoría III-1) fortaleciendo la capacidad resolutoria de las IPRESS del primer nivel de atención.

OE 3. Optimizar la gestión de recursos humanos en salud.

4.1.2. Sustento de evidencias

En los sistemas de salud públicos, es común identificar el aumento del tiempo de espera para el acceso a la atención de salud y listas de espera para la atención de consulta ambulatoria, cirugías o

procedimientos, y esto se produce por un claro desbalance entre oferta y demanda de servicios de salud que tienen los usuarios.

En nuestro país desde hace 20 años se evidencia un incremento en la demanda de atención de salud, determinada por la transición demográfica, epidemiológica y el crecimiento económico, que no ha ido en congruencia con un incremento de la oferta ya que existe una brecha importante de oferta de servicios.

Sumado a ello se puede apreciar que la oferta tiene la capacidad para solucionar problemas infecciosos y materno-perinatales y una debilidad en la solución de problemas crónicos degenerativos, lo que lleva a la concentración de la atención a nivel de hospitales y menor capacidad resolutive de los establecimientos de salud en el primer nivel de atención.

El Sistema de Salud de la FAP-SISAN FAP no está al margen de esta realidad. Se ha desarrollado con un número de establecimientos de salud que en su mayoría corresponden al primer nivel de atención, pero tienen poca capacidad resolutive en infraestructura, equipamiento y recursos humanos, y un número menor de hospitales donde se concentra la atención especializada. Esto ha determinado que en Lima y Callao existan tiempos de espera prolongados para el acceso a la atención de salud y listas de espera en el Hospital Central FAP, lo que lleva a que este servicio tenga un nivel de saturación importante.

De la misma forma en el primer nivel existe una limitada capacidad resolutive de los problemas de salud del personal FAP y familiares. Todo ello ha planteado el reto de identificar de qué manera se puede dar solución a esta problemática de manera que el personal FAP y dependientes puedan tener un mejor acceso y calidad en la atención de salud que se le brinda.

Se realizó el levantamiento de información sobre la problemática identificando como el problema principal que existe un tiempo de espera prolongado y listas de espera para el acceso a la atención de salud del personal FAP y familiares en el Hospital Central FAP en Lima Metropolitana y Callao, y como problemas específicos, la limitada capacidad resolutive del primer nivel de atención en infraestructura y equipamiento en el SISAN FAP en Lima Metropolitana y el Callao, limitado número y capacidades de los recursos humanos en el primer nivel de atención en el SISAN FAP en Lima Metropolitana y el Callao; y un incremento de la morbilidad por enfermedades crónicas y degenerativas en la población FAP.

Se realizó el planteamiento de los productos para solucionar la problemática. Seguidamente se definieron el objetivo general y los objetivos específicos identificándose de acuerdo con el marco teórico que dentro de todas las estrategias que se tiene para la mejora del tiempo y las listas de espera, la más pertinente para el SISAN FAP es la de fortalecer el primer nivel de atención articulándolo de manera adecuada con el HOSPI en el marco de una red de servicios integrada.

Por ello se definieron los 04 productos que son: 1) la implementación de una UAPS en el primer nivel de atención con apropiada capacidad resolutive para los usuarios residentes en Lima Metropolitana y Callao; 2) organización de una Cartera de Servicios de la UAPS de Lima y Callao; 3) Directiva FAP de Referencia y Contrarreferencia; y 4) Ordenanza FAP que establezca el Petitorio de medicamentos para el primer nivel de atención en el SISAN FAP.

Dentro de ellos, el primero es aquel que alude a la construcción, equipamiento, dotación, operación y mantenimiento de una UAPS con características de organización y atención de salud diferentes a las

que tiene en la actualidad el SISAN FAP, con atención de 12 horas, con especialistas, atención preventiva, recuperativa y programas de mantenimiento de la salud y manejo de problemas de salud crónicos. Se hace una apuesta importante para poder implementarlo rápidamente y de manera sostenible por 20 años a través de la realización de una asociación público privada (APP) con el sector privado que permita transferir el riesgo financiero, y para ello se ha encontrado a través de la metodología SADCI, que existe la factibilidad para su implementación.

Los otros tres productos lo que buscan es regular y definir un marco normativo que permita dentro del SISAN FAP hacer que la UAPS funcione de manera adecuada, para lo cual existe una alta viabilidad en la implementación de estos productos.

Con ello se busca darle fluidez a la atención de salud de la población FAP en Lima y Callao, haciendo que el 85% de los problemas de salud se resuelvan en el primer nivel y solo lleguen al hospital aquellos casos que lo ameritan.

4.2. Análisis de Alternativas

Las estrategias planteadas son:

- Determinando un propósito o valor público consistente en el acceso oportuno a prestaciones de calidad por parte de los usuarios del SISAN FAP.
- Identificando un problema y determinando la realidad problemática como una limitación en el acceso a la atención y por consiguiente la existencia de listas de espera en el Hospital Central FAP del III nivel de atención.
- Realizando el análisis interno y del entorno a fin de delimitar la realidad problema, para identificar los nudos críticos en el SISAN FAP.
- Identificando la viabilidad y factibilidad de los productos.

- Implementando una UAPS en el primer nivel de atención en el área de Lima y Callao con la infraestructura, equipamiento y recursos humanos requeridos para optimizar su capacidad resolutive.
- Reduciendo la demanda por consulta ambulatoria y otros procedimientos en el Hospital Central de la FAP (HOSPI, Categoría III-1), ordenando la oferta de servicios de salud.
- Direccionando la demanda de pacientes hacia un primer nivel de atención, donde se atiende la consulta general y especializada, las urgencias en salud y la gestión de enfermedades crónicas.
- Capacitando a los recursos humanos en gestión de riesgo y manejo de enfermedades crónicas no transmisibles en la atención primaria.
- Concesionando este servicio a través de una asociación publico privada (APP).

4.3. Productos

Los productos propuestos en la investigación se detallan a continuación:

P1. Implementación de una UAPS en el primer nivel de atención en Lima y Callao a través de una APP o contrato de servicio (Ver Anexo 2).

¿Qué es? – Es un contrato de APP o contrato de servicio directo que debe ser suscrito por la máxima autoridad institucional (Comandante General de la FAP). El DL 1362 declara de interés nacional la promoción de la inversión privada en el sector público mediante Asociaciones Público Privadas (APP) con la finalidad de contribuir al cierre de brechas en infraestructura o en servicios públicos así como promover la generación de empleo productivo y la competitividad del país. Las APP surgen por iniciativa estatal o privada, pueden ser co-financiadas o auto-financiadas y son una modalidad de participación de la inversión privada, mediante contratos de largo plazo en los que interviene el Estado, a través de alguna entidad pública y uno o más inversionistas privados para desarrollar proyectos de infraestructura pública, servicios públicos, servicios vinculados a infraestructura pública y servicios públicos, investigación aplicada y/o innovación tecnológica, distribuyendo riesgos y recursos. El DS N° 240-2018-EF reglamenta el DL 1362 donde se establece que el Ministerio de Economía y Finanzas (MEF) por intermedio de

PROINVERSIÓN brindará el soporte técnico especializado en materia legal, económica, financiera y técnica, a solicitud de la FAP que es el titular del proyecto de APP. El horizonte temporal de este proyecto desde su formulación hasta el inicio de su ejecución es de 3 años, la vigencia del contrato sería de 30 años y la cobertura poblacional estimada de 42,000 personas entre el personal militar en actividad, personal militar en retiro, dependientes y derecho-habientes que residen en Lima Metropolitana y el Callao.

¿Qué estructura tiene? – Antecedentes, objetivos, características del servicio, modelo financiero, mecanismos de pago, controversias. Basados en el principio de adecuada distribución de riesgos entre las partes en el que los riesgos se distribuyen de manera que sean asignados a aquella parte con mayor capacidad para administrarlos, considerando el perfil de riesgos del proyecto se propone trasladar el riesgo financiero al sector privado. En el contrato de APP se establecerán los mecanismos de recuperación de las inversiones que realizaría el privado, incluyendo servicios complementarios. Según la norma vigente, el inversionista puede explotar los bienes objeto del contrato directamente o a través de terceros, manteniendo en todo momento su calidad de único responsable frente al Estado. En este marco el mecanismo de retorno de la inversión privada propuesto es la explotación de los recursos de la UAPS para ofertar servicios de salud a terceros (financiadores públicos y/o privados) en horarios diferenciados y/o por “puertas separadas” durante todo el tiempo de vigencia del contrato.

¿Para qué sirve? – Permitirá que en un corto plazo el SISAN FAP cuente con una UAPS construida y equipada para su operación y funcionamiento.

¿Qué problema resuelve? – Se va a resolver el problema específico 1.

Con este producto se va a resolver el problema de tener una baja capacidad resolutive para la solución de la mayoría de las enfermedades o dolencias en el primer nivel de atención. Con este proyecto se pretende resolver el 80% de los problemas de salud de la población FAP de Lima y Callao que son de baja complejidad pero de alta demanda y que actualmente son atendidos por el

establecimiento de salud III-1 del sistema ocasionando una sobredemanda de atenciones que no corresponden a su nivel generando sobre costos y una ineficiente utilización de los recursos disponibles. Esta UAPS sería categorizada como un establecimiento de salud I-4 con cartera extendida para incluir otros servicios de alta demanda en la población FAP, particularmente Cirugía de Día (general, traumatológica), Endoscopía Diagnóstica de Bajo Riesgo, Cardiología, Neumología, Endocrinología y Oftalmología.

P2. Organización de la Cartera de Servicios de los establecimientos de salud de primer nivel en Lima y Callao (Ver Anexo 2)

¿Qué es? – Es un documento de gestión llamado a Directiva FAP que debe ser aprobado por el Director de la Sanidad FAP (DISAN)

¿Qué estructura tiene? – Finalidad, objetivo, ámbito de aplicación, disposiciones generales, disposiciones específicas, responsabilidades.

¿Para qué sirve? – Permitirá que en el SISAN FAP, se encuentren claramente definidas las prestaciones que se realizarán en el primer nivel de atención lo que permita resolver el 85% de la demanda de atención en la población FAP de Lima Metropolitana y Callao.

¿Qué problema resuelve? – Se va a resolver el problema específico 2

P3. Directiva FAP de Referencias y Contrarreferencias en Lima y Callao (Ver Anexo 2)

¿Qué es? – En un documento de gestión llamado Directiva que debe ser aprobado por el Director de la Sanidad FAP (DISAN)

¿Qué estructura tiene? – Finalidad, objetivo, ámbito de aplicación, disposiciones generales, disposiciones específicas, responsabilidades.

¿Para qué sirve? – Permitirá que las referencias y contrarreferencias entre el primer nivel y el Hospital Central FAP de manera ordenada.

¿Qué problema resuelve? – Se va a resolver el problema específico 2

P4. Ordenanza FAP que establezca el Petitorio de Medicamentos para el primer nivel de atención en el SISAN FAP (Ver Anexo 2)

¿Qué es? – En un documento de gestión llamado Ordenanza FAP que debe ser aprobado por la máxima autoridad institucional (Comandante General de la FAP)

¿Qué estructura tiene? – Finalidad, objetivo, ámbito de aplicación, disposiciones generales, disposiciones específicas, responsabilidades

¿Para qué sirve? – Permitirá que el SISAN FAP disponga de un conjunto de medicamentos y dispositivos médicos requeridos para una atención de calidad en las IPRESS del primer nivel de atención de manera que los usuarios no tengan que recurrir al establecimiento de salud de mayor complejidad para resolver sus principales problemas de salud

¿Qué problema resuelve? – Se va a resolver el problema específico 2

P5. Cambio de Colocación del Personal de Salud

¿Qué es? – En un documento de gestión llamado Ordenanza FAP que debe ser aprobado por la máxima autoridad institucional (Comandante General de la FAP) a propuesta del Comando de Personal FAP.

¿Qué estructura tiene? – Finalidad, objetivo, ámbito de aplicación, disposiciones generales, disposiciones específicas, responsabilidades

¿Para qué sirve? – Permitirá redistribuir el personal asistencial, técnico, auxiliar y administrativo que actualmente labora en el Centro de Salud FAP Las Palmas (HOLAP) ubicado en el interior de la Base Aérea Las Palmas (BALPA) y el Centro de Salud FAP San Gabino ubicado en el interior de la Villa FAP del mismo nombre en el distrito de Santiago de Surco. La cartera de atenciones del Centro de Salud FAP Las Palmas quedaría restringida exclusivamente a los servicios de Medicina Aeronáutica y Salud Ocupacional dirigidos al personal militar en situación de actividad. El personal del Centro de Salud San Gabino pasaría en su totalidad a la UAPS propuesta.

¿Qué problema resuelve? – Se va a resolver el problema específico 3.

Capítulo V

La Propuesta de Implementación

5.1. Identificación de Recursos Críticos

5.1.1. Recursos Humanos

No será necesario contratar personal porque la FAP cuenta con el personal profesional especialista requerido para la implementación de los productos, razón por la cual no es un recurso crítico.

P1. Implementación de una UAPS en el primer nivel de atención en Lima y Callao a través de una APP o contrato de servicio.

Este punto implica la necesidad de formular un proyecto de inversión pública (PIP). La FAP cuenta con un equipo de profesionales especialistas en PIP y el Estado Mayor General FAP (EMGRA) cuenta con una división de profesionales especialistas, sin embargo, no contamos con especialistas en PIP relacionados al sector salud, por lo que, si se concede en un APP o un contrato directo, el concesionario realizaría los estudios de factibilidad, por lo que este punto no sería un recurso crítico.

P2. Organización de la Cartera de Servicios de los establecimientos de salud de Lima Metropolitana y Callao

Este producto requerirá la participación de un equipo técnico de la DISAN (03 profesionales de salud), los cuales forman parte de la institución; por tanto, no es un recurso crítico.

P3. Directiva FAP de Referencias y Contrarreferencias en Lima Metropolitana y el Callao

Existe una Directiva FAP previa de Referencias y Contrarreferencias, la cual tendría que ser actualizada y adecuada específicamente para la gestión del flujo de pacientes en Lima Metropolitana y la Provincia

Constitucional del Callao. Se requerirá la participación de un equipo técnico de la DISAN, lo que no demandará una cantidad adicional de recursos humanos; por lo que este factor no sería un recurso crítico.

P4. Ordenanza FAP que establezca el Petitorio de Medicamentos para el Primer Nivel de Atención en el SISAN FAP

El SISAN FAP, tiene una ordenanza que aprueba el petitorio de medicamentos en la FAP cuya última versión es del año 2015 y se encuentra desactualizada. Este petitorio no precisa los medicamentos a utilizar en el primer nivel de atención, por ello se tendrá que formular un petitorio que establezca un conjunto de medicamentos a utilizar en el primer nivel que permita una mejor cobertura de las afecciones de salud en la UAPS. Se requerirá la participación de un equipo técnico de la DISAN, lo que no demandará una cantidad adicional de recursos humanos; de manera que este factor no sería un recurso crítico.

5.1.2. Recursos Financieros

Es probable que se requiera contratar una consultoría externa para la formulación del Proyecto de Inversión Pública (PIP) o Asociación Público-Privada (APP), pero no es un factor crítico porque el financiamiento puede ser asumido con los recursos ordinarios de la FAP o formar parte de los costos asumidos por el privado que se adjudique el contrato.

P1. Implementación de una UAPS en el primer nivel de atención en Lima y Callao a través de una APP o contrato de servicio.

Este producto demanda la asignación de recursos financieros, para financiar el valor del cápita por usuario, al existir recursos financieros en la IAFAS FOSFAP, se destinaria estos recursos para ello por lo que no podría convertirse en un punto crítico, del mismo modo si se hace la inversión por una APP o contrato directo tendría que disponerse de recursos ordinarios que deberían proyectarse para 03 y 10 años.

P2. Organización de Cartera de Servicios de los establecimientos de salud de Lima Metropolitana y Callao:

No implica ningún gasto financiero, por lo que este recurso no es crítico, ya que el SISAN FAP cuenta con los recursos humanos necesarios.

P3. Directiva FAP de Referencias y Contrarreferencias en Lima Metropolitana y Callao

No implica ningún gasto financiero, por lo que este recurso no es crítico, ya que el SISAN FAP cuenta con los recursos humanos necesarios.

P4. Ordenanza FAP que establezca el Petitorio de medicamentos para el primer nivel de atención en el SISAN FAP.

No implica ningún gasto financiero, por lo que este recurso no es crítico, ya que el SISAN FAP cuenta con los recursos humanos necesarios.

5.1.3. Recursos Logísticos

No es un punto crítico porque la FAP cuenta con el presupuesto, personal y activos requeridos para el seguimiento de la implementación de los productos.

P1. Implementación de una UAPS en el primer nivel de atención en Lima y Callao, a través de una APP o contrato de servicio

Demanda una inversión en infraestructura, equipamiento, recursos humanos y materiales, así como para la operación y mantenimiento; la que sería financiada por la inversión privada, por lo que consideramos que este recurso no sería crítico para la implementación de este producto.

P2. Organización de Cartera de Servicios de los establecimientos de salud de Lima Metropolitana y Callao

Para este producto, se requerirán sólo materiales de oficina y equipos de cómputo, por lo que no son recursos críticos.

P3. Directiva FAP de Referencias y Contrarreferencias en Lima y Callao

Para este producto, se requerirán sólo materiales de oficina y equipos de cómputo por lo que no es un recurso crítico.

P4. Ordenanza FAP que establezca el Petitorio de medicamentos para el primer nivel de atención en el SISAN FAP

Para este producto, se requerirán sólo materiales de oficina y equipos de cómputo, por lo que no es un recurso crítico.

5.1.4. Recurso Tiempo

El tiempo estimado para la ejecución del proyecto es de tres años: implementación de los productos en el primer año, evaluación de resultados el segundo año y gestión de la sostenibilidad en el tercer año. Debido a que podemos disponer de un equipo de trabajo a dedicación exclusiva nombrado por el Estado Mayor FAP, el recurso tiempo no sería un recurso crítico.

P1. Implementación de una UAPS en el primer nivel de atención en Lima y Callao a través de una APP o contrato de servicio.

El equipo técnico designado por la DISAN podría dedicar 100% de su tiempo a la implementación de este producto, si se decide implementarlo por la vía de una APP tendrá un tiempo de 02 años para su adjudicación y 01 año para su operación y en este lapso debe pasar por la opinión de Pro-inversión. Si se decide implementarlo por un contrato directo tendrá un tiempo de 03 meses para la adjudicación y 04 meses para su operación. El elemento crítico para este producto

es la decisión política del Comandante General del la FAP, Director de la Sanidad FAP y Director del FOSFAP.

P2. Organización de Cartera de Servicios de los establecimientos de salud de Lima Metropolitana y Callao

Este producto requiere para su diseño 01 mes, para la implementación 01 año y para su evaluación 03 meses. En ese sentido, el tiempo no es crítico para la viabilidad de este producto.

P3. Directiva FAP de Referencias y Contrarreferencias en Lima Metropolitana y Callao

Este producto requiere para su diseño 01 mes, para la implementación 01 año y para su evaluación 03 meses. En ese sentido, el tiempo no es crítico para la viabilidad de este producto.

P4. Ordenanza FAP que establezca el Petitorio de Medicamentos para el primer nivel de atención en el SISAN FAP

Este producto requiere para su diseño 01 mes, para la implementación 01 año y para su evaluación 03 meses. En ese sentido, el tiempo no es crítico para la viabilidad de este producto.

5.2. Arquitectura Institucional (Intra e inter organizacional)

Los productos no requieren el cambio o la creación de una estructura organizacional nueva para su implementación, por lo que este punto no es crítico para su viabilidad.

5.3. Metas periodo de 3 años

Tabla 12

Objetivos, productos, actividades en el periodo de 3 años

Objetivos Específicos	Productos	Actividades/Metas	1		2		3		
			1s	2s	1s	2s	1s	2s	
Implementar una Unidad de atención Primaria en el primer nivel de atención en el área de Lima Metropolitana y Callao, con la infraestructura, equipamiento y recursos humanos requeridos para mejorar su capacidad resolutive.	Implementación de una UAPS en Lima y Callao	Elaborar la idea de inversión	x						
		Aprobación en el Plan Multianual de inversiones SISAN FAP	x						
		Presentación de la iniciativa para APPS		x					
		Declaración de interés de la APPS		x					
		Formulación del proyecto de Inversión				x			
		Preparación del modelo económico financiero				x			
		Convocatoria de la APPS					x		
		Adjudicación de la APPS					x		
		Construcción de la UAP						x	x
		Dotación de equipos y RRHH						x	x
		Marcha blanca							x
		Operación y funcionamiento							x
		Reducir la demanda de atención y hospitalización en el Hospital Central de la FAP (HOSPI, categoría III-1), ordenando la demanda de servicios de salud en Lima y Callao, con un primer nivel con mayor capacidad resolutive de los problemas de salud.	Directiva FAP de Cartera de Servicios de los establecimientos de salud de primer nivel de Lima y Callao	Identificación de la cartera de servicios actual en los servicios de primer nivel	X				
Consolidar la Cartera de Servicios en cada establecimiento de salud.	X								
Analizar la Cartera de Servicios de cada establecimiento de salud FAP.	X								
Elaborar propuesta de organización de nueva Cartera de Servicios de salud para el primer nivel de atención	X								

Objetivos Específicos	Productos	Actividades/Metas	1		2		3	
			1s	2s	1s	2s	1s	2s
Implementar la gestión del riesgo para el control de las enfermedades crónicas y degenerativas en la población FAP.	Directiva FAP de flujo de Referencias y Contrarreferencias en Lima y Callao	Elevar la propuesta a Dirección de Sanidad FAP	X					
		Aprobación de la Cartera de servicios del primer nivel de atención	X					
		Difundir la cartera de servicios de salud del primer nivel de atención	X					
		Monitorear la implementación de la nueva Cartera de Servicios		X	X	X	X	X
		Identificar el flujo de referencias actual	x					
		Formular Directiva FAP de flujo de Referencias y Contrarreferencias en Lima y Callao	x					
		Elevar la propuesta a Dirección de Sanidad FAP	x					
		Aprobación del flujo de referencias y Contrarreferencias	x					
		Difundir la cartera de servicios de salud del primer nivel de atención	x					
		Monitorear la implementación de la Ordenanza			X	X	X	X
		Identificación de necesidades de capacitación en manejo de enfermedades crónicas	X					
		Diseño de programa de capacitación para RRHH del SISAN FAP en manejo de enfermedades crónicas	X					
		Aprobación del de programa de capacitación para RRHH del SISAN FAP en manejo de enfermedades crónicas			X			

Objetivos Específicos	Productos	Actividades/Metas	1		2		3	
			1s	2s	1s	2s	1s	2s
		Capacitación en el manejo de enfermedades crónicas		X	X	X	X	X
		Monitoreo de la capacitación			X	X	X	X

Fuente: Elaboración propia

Capítulo VI

Análisis de Viabilidad

6.1. Análisis de Viabilidad

6.1.1. Viabilidad Política

Es el nudo crítico más importante ya que se requiere la decisión política al más alto nivel institucional: el Alto Mando de la FAP. Considerando el entorno político, social y económico del Perú en los últimos años que favorecen y promueven la inversión privada en el sector público, así como las exitosas experiencias recientes de implementación de Asociaciones Público-Privadas (APP) en el sector salud con las IPRESS del segundo y primer nivel de atención de ESSALUD en la provincia constitucional del Callao (Hospital Alberto L. Barton Thompson) y en el distrito de Villa María del Triunfo (Complejo Hospitalario Guillermo Kaelin) que son modelos de gestión reconocidos tanto a nivel nacional como internacional por la calidad de atención y seguridad en la prestación de servicios de salud, con altos niveles de satisfacción de los usuarios; consideramos que la alternativa de solución planteada podría ser viable. En caso se presente un escenario con alto nivel de oposición o resistencia en el Alto Mando FAP se optaría por la gestión de intereses a nivel político en el Ministerio de Defensa (MINDEF), Congreso de la República y/o Poder Ejecutivo.

6.1.2. Viabilidad Técnica

Consideramos que existe una alta viabilidad técnica en base al análisis SADCI y análisis FACTOR realizados.

6.1.3. Viabilidad Social

Consideramos que existe una alta viabilidad social en base al análisis SADCI y análisis FACTOR realizados.

6.1.4. Viabilidad Presupuestal

Consideramos que existe una alta viabilidad presupuestal debido a que el riesgo financiero se trasladaría al sector privado a través de un modelo de Asociación Público-Privada (APP).

6.1.5. Viabilidad Operativa

Consideramos que existe una alta viabilidad operativa debido a que en el modelo de gestión de Asociación Público-Privada (APP) “bata blanca” propuesto la operación de los servicios de prestación de salud no asistenciales y asistenciales de la UAPS son responsabilidad del sector privado que cuenta con una amplia experiencia de gestión a nivel nacional e internacional.

6.2. Análisis de Viabilidad según análisis de actores

- a. Comandancia General
- b. Dirección de Personal
- c. Dirección de Sanidad
- d. Servicio de Sanidad y Farmacia
- e. Dirección del Hospital Central FAP
- f. Dirección de la IAFAS FOSFAP
- g. Dirección de Economía
- h. Ministerio de Salud
- i. Superintendencia Nacional de Salud-SUSALUD

Tabla 13

Influencia de cada uno de los actores

Influencia

Actores Dominantes a, b, c, f	Actores de Enlace d, e
Actores Autonomos h, i	Actores Dominados g

Dependencia

Fuente: Elaboración propia

6.2.1. Objetivos que persiguen los actores

- ✓ Comandancia General
Mantener al personal en buen estado de salud
- ✓ Dirección de Personal
Mantener al personal en buen estado de salud
- ✓ Dirección de Sanidad
Brindar atenciones oportunas y de calidad al personal FAP y familiares
- ✓ Servicio de Sanidad y Farmacia
Abastecimiento oportuno de medicamentos e insumos para la atención del personal
- ✓ Dirección del Hospital Central FAP
Brindar atención de salud oportuna y de calidad al personal FAP y familiares
- ✓ Dirección del FOSFAP
Financiar las atenciones de salud del personal FAP y familiares haciendo uso eficiente de los recursos.
- ✓ Dirección de economía
Utilizar los recursos económicos institucionales de manera eficiente
- ✓ Ministerio de salud
Formular y hacer cumplir las políticas de salud en todo el país
- ✓ Superintendencia Nacional de Salud

Fiscalizar las prestaciones de salud del SISAN FAP para resguardar los derechos de los usuarios del sistema.

6.3. Análisis de Viabilidad según evaluación estratégico-gerencial

Tabla 14

Actores frente a productos

Matriz de Actores frente a los Productos (MAP)	Implementación de una Unidad de Atención Primaria en Salud (UAPS) en el primer nivel de atención en Lima y Callao a través de una APP o contrato de servicio	Organización de Cartera de Servicios de los establecimientos de salud de Lima Metropolitana y Callao	Directiva FAP de Referencias y Contrarreferencias en Lima Metropolitana y Callao	Ordenanza FAP que establezca el Petitorio de medicamentos para el primer nivel de atención en el SISAN FAP
Comandancia General	+ 1	+1	+1	+1
Dirección de Personal	+ 1	+ 1	+ 1	+ 1
Dirección de Sanidad	+ 1	+ 1	+ 1	+ 1
Servicio de Sanidad y Farmacia	+ 1	+ 1	+ 1	+ 1
Dirección del Hospital Central FAP	+ 1	+ 1	+ 1	+ 1
Dirección del FOSFAP	+ 1	+ 1	+ 1	+ 1
Dirección de economía	+ 1	+ 1	+ 1	+ 1
Ministerio de salud	0	+ 1	+ 1	+ 1
Superintendencia Nacional de Salud	0	+ 1	+ 1	+ 1

Fuente: Elaboración propia

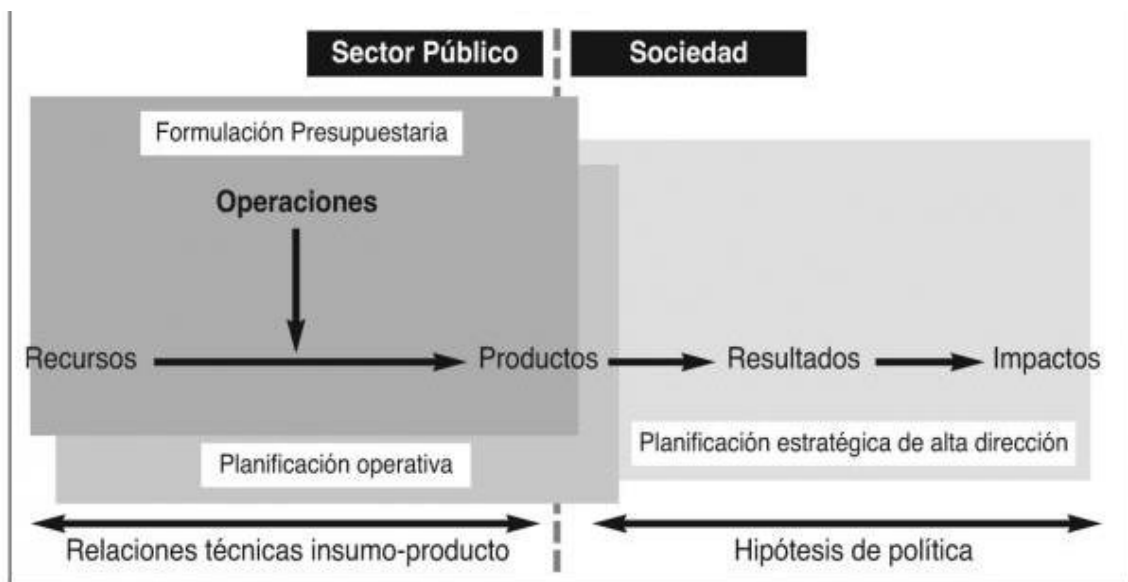
6.3.1. Generación de valor público

Según Porter (Porter, 2010) el propósito central de toda política pública siempre debe ser el ciudadano el que puede o no asignarle un valor en función de los resultados, es decir, en la capacidad de esta política para dar solución a sus principales problemas, incluyendo sus necesidades de atención en salud. Por lo tanto, el valor público en salud está definido principalmente por la eficiencia, es decir, el cociente entre los resultados y el costo para obtener dichos resultados. En

nuestro caso, el valor público de los productos propuestos se sustenta en la necesidad de optimizar la eficiencia de la oferta de servicios en las IPRESS del primer nivel de atención en Lima y Callao, dotándolas de una mayor capacidad resolutoria que permita resolver los principales problemas de salud del personal militar FAP titular, en retiro, dependientes y derecho-habientes con la finalidad de elevar la moral del combatiente al obtener mejores niveles de satisfacción respecto al servicio que reciben. Según el profesor Edgar Ortégón, el valor público tiene tres componentes: i) el grado de satisfacción que tiene el ciudadano al acceder a un servicio público, ii) la oportunidad en el acceso a los bienes o servicios y iii) si se incorpora elementos de participación y empoderamiento para la creación de ciudadanía. Creemos que nuestra propuesta se enfoca principalmente en los dos primeros componentes del valor público porque permitirá optimizar la sensación que tiene el personal FAP respecto de la manera en que se beneficiará al acceder a los servicios de salud del sistema, es decir, pensamos que los productos propuestos para contribuir en la solución de las listas de espera permitirán incrementar la sensación de satisfacción con el servicio recibido.

Por otro lado, la Cadena de Valor Público (CVP) es un modelo que permite describir de manera ordenada y secuencial el proceso o línea de producción de políticas públicas en sus diferentes componentes: a) planificación estratégica, b) planificación operativa, c) formulación presupuestaria, d) monitoreo y e) evaluación. Según Anibal Sotelo, la planificación estratégica corresponde a la Alta Dirección y define los impactos y resultados esperados. La planificación operativa es el proceso mediante el cual la organización diseña las acciones que permitirán transformar los insumos en los productos requeridos por la política pública propuesta. De otro lado, la formulación presupuestaria debe reflejar estos procesos productivos, garantizando que los recursos financieros estén asignados adecuadamente y que se los pueda gestionar de manera ágil y efectiva durante la implementación. Los eslabones de la CVP y las relaciones establecidas entre ellos constituyen los principales elementos a considerar para la construcción de los indicadores que nos permitan realizar los ajustes o cambios requeridos para generar valor público. El valor público estará definido entonces por la probabilidad de que los bienes y servicios que se generen a través de los productos propuestos (producción) puedan

modificar la situación problemática planteada y contribuir de manera real y efectiva a lograr los cambios esperados en las variables de resultado o en las variables de impacto. Consideramos que los productos propuestos en el trabajo de investigación se encuentran alineados con la línea de producción de los servicios sanitarios, particularmente en sus componentes de planificación operativa y formulación presupuestaria (traslado del riesgo financiero al inversionista privado a través de un contrato de APP) lo que permitirá contribuir a la solución del problema principal y los problemas secundarios identificados.



Fuente: Aníbal Jorge Sotelo Maciel. La cadena de valor público: un principio ordenador que previene la colisión metodológica. Fecha de acceso: 23 de marzo de 2022. <https://asip.org.ar/la-cadena-de-valor-publico-un-principio-ordenador-que-previene-la-colision-metodologica/>

Capítulo VII

Seguimiento

7.1. Desarrollo de Indicadores de seguimiento

El monitoreo se realizará a través de indicadores del cumplimiento de las actividades para lo cual se buscará la identificación de problemas o nudos críticos a resolver para el cumplimiento de lo programado.

Tabla 15

Producto 1: Implementación de una UAPS en el primer nivel de atención para Lima y Callao

Indicador	Periodicidad	Fuente de obtención	Responsable
Documento que sustenta la idea de inversión e iniciativa de APP	Trimestral	Departamento de Planes de la DISAN FAP	Director de la Sanidad FAP (DISAN)
Plan Multianual de Inversiones del SISAN FAP	Trimestral	Reporte del Departamento de Inversiones del EMGRA	Jefe del Estado Mayor General FAP (EMGRA)
Proyecto de inversión UAPS	Trimestral	Reporte del Departamento de Inversiones del EMGRA	Estado Mayor General FAP (EMGRA)

Fuente: Elaboración propia

Tabla 16

Producto 2: Organización de la Cartera de Servicios de los establecimientos de salud del primer nivel de atención de Lima y Callao

Indicador	Periodicidad	Fuente de obtención	Responsable
Estudio que identifica la actual cartera de servicios en los establecimientos de salud del primer nivel de atención de Lima y Callao	Mensual	Departamento de Planes de la DISAN	Jefe del Departamento de Planes de la DISAN
Informe de propuesta de la nueva cartera de servicios de salud para el primer nivel de atención	Mensual	Departamento de Planes de la DISAN	Jefe del Departamento de Planes de la DISAN
Oficio que eleva la propuesta de nueva cartera a la DISAN	Mensual	Oficina de Trámite Documentario de la DISAN	Jefe del Departamento de Planes de la DISAN

Fuente: Elaboración propia

Tabla 17*Producto 3: Organización del sistema de Referencias y Contrareferencias en Lima y Callao*

Indicador	Periodicidad	Fuente de obtención	Responsable
Informe del flujo actual de referencias y contrareferencias	Mensual	Dashboard en intranet del Departamento de Planes de DISAN	Jefe del Departamento de Planes de la DISAN
Formulación de la propuesta de Directiva FAP de Referencias y Contrareferencias en Lima y Callao	Mensual	Dashboard intranet del Departamento de Planes de DISAN	Jefe del Departamento de Planes de la DISAN
Oficio de elevación de propuesta de Directiva a la Dirección de Sanidad FAP	Mensual	Oficina de Trámite Documentario de la DISAN	Jefe del Departamento de Planes de la DISAN

Fuente: Elaboración propia

Tabla 18*Producto 4: Establecimiento del Petitorio de Medicamentos para el primer nivel de atención en el SISAN FAP*

Indicador	Periodicidad	Fuente de obtención	Responsable
Informe de revisión del petitorio farmacológico FAP actual	Mensual	Dashboard intranet del Departamento de Planes de DISAN	Presidente del Comité Farmacoterapéutico FAP
Documento de Formulación de propuesta de Ordenanza FAP para el Petitorio de Medicamentos del primer nivel de atención en el SISAN FAP	Trimestral	Dashboard intranet del Departamento de Planes de DISAN	Presidente del Comité Farmacoterapéutico FAP
Oficio de elevación de propuesta de Ordenanza al Estado Mayor General FAP (EMGRA)	Mensual	Oficina de Trámite Documentario de la DISAN	Director de la Sanidad FAP

Fuente: Elaboración propia

Producto 5: Cambio de Colocación del Personal de Salud

Indicador	Periodicidad	Fuente de obtención	Responsable
Informe propuesta de cambio de colocación de personal	Mensual	Departamento de Planes de DISAN	Director de Sanidad FAP
Formulación de propuesta de Ordenanza FAP para el cambio de colocación del personal profesional, técnico, auxiliar y administrativo del	Mensual	Departamento de Planes de DIGEP	Director General de Personal FAP

Centro de Salud FAP las Palmas y San Gabino			
Oficio de elevación de propuesta de Ordenanza al Estado Mayor General FAP (EMGRA)	Mensual	Oficina de Trámite Documentario de la DISAN	Director de la Sanidad FAP

Fuente: Elaboración propia

7.2. Desarrollo de Indicadores de resultado

La evaluación se realizará de manera periódica, llegando a identificar el grado de avance en el cumplimiento de los objetivos propuestos.

Tabla 19

Producto 1: Implementación de una UAPS en el primer nivel de atención para Lima y Callao

Indicador	Periodicidad	Fuente de obtención	Responsable
Formulación del proyecto de inversión y del modelo económico financiero	Semestral	Departamento de Inversiones del Estado Mayor General FAP (EMGRA)	Estado Mayor General FAP (EMGRA)
Declaración de interés de la iniciativa de APP	Semestral	Sistema de seguimiento y consulta de inversiones públicas-Invierte.pe	Proinversión
Adjudicación de la APP a una empresa del sector privado	Semestral	Sistema de seguimiento y consulta de inversiones públicas-Invierte.pe	Proinversión

Fuente: Elaboración propia

Tabla 20

Producto 2: Organización de la Cartera de Servicios de los establecimientos de salud del primer nivel de atención de Lima y Callao

Indicador	Periodicidad	Fuente de obtención	Responsable
Resolución Directoral que aprueba la Cartera de servicios del primer nivel de atención en Lima y Callao	Mensual	Oficina de Trámite Documentario de la DISAN	Director de la DISAN
Boletín informativo de la cartera de servicios de los establecimientos de salud del primer nivel de atención en Lima y Callao	Mensual	Página web FAP	Director de Comunicaciones de la FAP
Reporte de la implementación de la nueva cartera de servicios	Trimestral	Reporte ASIS de la DISAN	Jefe del Departamento de Redes de la DISAN

Fuente: Elaboración propia

Tabla 21

Producto 3: Organización del sistema de Referencias y Contrareferencias en Lima y Callao

Indicador	Periodicidad	Fuente de obtención	Responsable
Resolución Directoral que aprueba la Directiva FAP de referencias y contrareferencias	Mensual	Intranet FAP	Director de la Sanidad FAP
Boletín informativo de la Directiva de referencias y contrareferencias en Lima y Callao	Mensual	Página web FAP	Directores de los establecimientos de salud FAP de Lima y Callao
Reporte de cumplimiento de implementación de la Directiva	Trimestral	Reporte mensual de los Departamentos de Medicina Aeronáutica	Directores de los establecimientos de salud FAP de Lima y Callao

Fuente: Elaboración propia

Tabla 22

Producto 4: Establecimiento del Petitorio de Medicamentos para el primer nivel de atención en el SISAN FAP

Indicador	Periodicidad	Fuente de obtención	Responsable
Resolución de Comandancia General que aprueba la Ordenanza que establece el Petitorio de Medicamentos para el primer nivel de atención del SISAN FAP	Mensual	Intranet FAP	Jefe del Estado Mayor General FAP (EMGRA)
Documento técnico "Petitorio de Medicamentos para el primer nivel de atención en el SISAN FAP"	Mensual	Página web FAP	Director de Sanidad FAP
Reporte de cumplimiento de implementación de la Ordenanza	Trimestral	Intranet FAP	Director del Sistema de Sanidad y Farmacia FAP (SESAN)

Fuente: Elaboración propia

Tabla 23

Producto 5: Cambio de Colocación del Personal de Salud

Indicador	Periodicidad	Fuente de obtención	Responsable
Ordenanza FAP de cambio de colocación del personal	Mensual	Intranet FAP	Director General de Personal de la FAP

Resolución individual de nombramiento del personal militar y civil	Mensual	Intranet FAP	Director General de Personal de la FAP
Reportes de alta del personal que ingresa a la UAPS	Trimestral	Intranet FAP	Director General de Personal de la FAP

Fuente: Elaboración propia

Conclusiones

- a. El Sistema de Salud-SISAN FAP, cuenta con una oferta de servicios de salud en Lima y Callao con una limitada capacidad resolutive en el primer nivel de atención y una concentración de la atención especializada en el Hospital Central FAP (Nivel III-1).
- b. Existen tiempos de espera prolongados y crecientes listas de espera para el acceso de la población FAP a la atención de salud en Lima Metropolitana y la Provincia Constitucional del Callao.
- c. El Hospital Central FAP tiene saturación de sus servicios para la atención de salud lo que impacta en sus costos, eficiencia y grado de satisfacción de los usuarios.
- d. El SISAN FAP no cuenta en Lima y Callao con infraestructura, equipamiento y modelo de gestión de enfermedades crónicas en el primer nivel de atención para responder a la demanda de la población FAP.
- e. En el SISAN FAP existe limitado número de profesionales de la salud médicos generalistas y médicos especialistas en el primer nivel de atención para atender la demanda de la población FAP.

Recomendaciones

- a. Se debe fortalecer la oferta de servicios a través de la implementación de una Unidad de Atención Primaria de Salud (UAPS) en el primer nivel de atención en el SISAN FAP en Lima Metropolitana y la Provincia Constitucional del Callao con una Asociación Público Privada-APP que permita transferir el riesgo financiero y aproveche la experiencia nacional e internacional del sector privado en este modelo de gestión de servicios de salud.
- b. El SISAN FAP a través de la Dirección de Sanidad-DISAN debe formular y aprobar las ordenanzas y directivas que permitan que esta UAPS y los otros servicios de salud en el primer nivel de atención en Lima y Callao funcionen de manera articulada y adecuada a las necesidades de salud de la población FAP.
- c. La Dirección General de Personal de la FAP deberá redistribuir al personal de salud profesional, técnico, auxiliar y administrativo que actualmente labora en el Centro de Salud FAP Las Palmas y Centro de Salud FAP San Gabino por medio de una Ordenanza de cambio de colocación y nombramiento en la UAPS propuesta.
- d. Para la implementación de los productos propuestos es necesario realizar un análisis financiero a fin de costear la implementación de dichos productos.

Referencias Bibliográficas

- Banco Interamericano de Desarrollo. (2014). *Listas de espera: un mecanismo de priorización del gasto en salud*.
<https://publications.iadb.org/publications/spanish/document/Breve-15-Listas-de-espera-Un-mecanismo-de-priorización-del-gasto-en-salud.pdf>
- Cañizares Ruiz, A., & Santos Gómez, Á. (2011). *Gestión de listas de espera en el Sistema Nacional de Salud. Una breve aproximación a su análisis*.
https://www.fundacionalternativas.org/public/storage/laboratorio_documentos_archivos/9a22a4dc90277c6d4812609edb157639.pdf
- Constitución Política del Perú, Internacional, A., & Agricultura, D. (1993). *Artículo N° 149, Las autoridades de la Comunidades Campesinas y Nativas*. 1–60.
- Estado peruano. (1987). *Ley N° 24654 Ley que crea el Ministerio de Defensa*.
[https://www.mindef.gob.pe/informacion/transparencia/Norma de creación del MINDEF_2010.pdf](https://www.mindef.gob.pe/informacion/transparencia/Norma%20de%20creación%20del%20MINDEF_2010.pdf)
- Estado peruano. (2002a). *Acuerdo Nacional* (Vol. 148).
<http://portal.apci.gob.pe/marco/attach/AcuerdoNacional.pdf>
- Estado peruano. (2002b). *Ley N° 27860 Ley del Ministerio de Defensa*.
<https://docs.peru.justia.com/federales/leyes/27860-nov-11-2002.pdf>
- Estado peruano. (2009). *Decreto Supremo N ° 008-2010-SA* (Issue 29344).
https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/274328/245511_DS008-2010-SA.pdf20190110-18386-o1lddt.pdf
- Estado peruano. (2015). *Decreto Legislativo del Marco de Promoción de la Inversión Privada mediante Asociaciones Público Privadas y Proyectos en Activo*.
https://www.mef.gob.pe/contenidos/inv_privada/normas/app/DL1224_2015EF.pdf
- Estado peruano. (2018). *PROCESO PRESUPUESTARIO DEL SECTOR PUBLICO*.
https://www.mef.gob.pe/contenidos/presu_publ/ppr/estr_program/PP_0135_GNR_2018.pdf
- Fryatt, R., & Mills, A. (2010). *Taskforce on Innovative International Financing for Health Systems : showing the way forward*. February, 476–477.

- <https://doi.org/10.2471/BLT.09.075507>
- García Cuyàs, F., De San Pedro, M., & Ledesma Castelltor, A. (2014). *Las TIC para la atención a crónicos y para la promoción de la salud*. 11–13.
<https://seis.es/wp-content/uploads/2018/02/Revista-105.pdf>
- Mezones-Holguin, E., Solis-Cóndor, R., Benites-Zapata, V. A., Garnica-Pinazo, G., Márquez-Bobadilla, E., Tantaleán-Del-Águila, M., Villegas-Ortega, J., & Philipps-Cuba, F. de M. (2016). Diferencias institucionales en el insuficiente acceso efectivo a medicamentos prescritos en instituciones prestadoras de servicios de salud en Perú: Análisis de la Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios de los Servicios de Salud (ENSUSALUD 2014). *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*.
<https://doi.org/10.17843/rpmesp.2016.332.2197>
- Ministerio de Salud. (2020). *Reglamento de la Ley N° 30895 – Ley que fortalece la Función Rectora del Ministerio de Salud*. MINSA.
<http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/5204.pdf>
- Ministerio de Salud del Perú. (1997). *LEY N° 26842 – LEY GENERAL DE SALUD* (Vol. 148). <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/284868/ley-general-de-salud.pdf>
- Ministerio de Salud del Perú. (2011). *Resolución Ministerial N° 546-2011-MINSA*.
https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/272294/243402_RM546-2011-MINSA.pdf20190110-18386-cimfnp.pdf
- Ministerio de Salud del Perú. (2013). *Decreto Legislativo N° 1173*.
- Ministerio de Salud del Perú. (2017). *Resolución Ministerial N° 167-2017-MINSA*.
https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/190551/190044_RM_N_C2_B0167-2017-MINSA.PDF20180823-19572-gw3py2.PDF
- Morales Eraso, N. (2011). *Las redes integradas de servicios de salud : una propuesta en construcción*.
<https://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/3288/Fascículo14.pdf?sequence=1>
- National Department of Health. (2011). *Green Paper on national health insurance in South Africa* (Vol. 1996, Issue 1).
https://static.pmg.org.za/docs/110812nhi_0.pdf
- Oscar Cetrángolo, Fabio Bertranou, L. C. y P. C. (2013). *El sistema de salud del*

Perú: situación actual y estrategias para orientar la extensión de la cobertura contributiva.

- Porter, M. E. (2010). What Is Value in Health Care? *New England Journal of Medicine*, 363(26), 2477–2481. <https://doi.org/10.1056/NEJMp1011024>
- Proulx, D. (2015). *Diagnóstico y cambio organizacional.*
- Rodriguez, M. (2009). *Listas de espera : ¿ lo podemos hacer mejor ?* (Cuadernos de la Fundación Victor Grigols i Lucas (ed.)). Cuadernos de la Fundación Victor Grigols i Lucas.
<https://www.fundaciogrifols.org/documents/4662337/4688835/cuaderno18.pdf/5582472a-adaf-4a89-a6e8-23d71254d779>
- Unger, J.-P., Van Dessel, P., Sen, K., & De Paepe, P. (2009). International health policy and stagnating maternal mortality: is there a causal link? *Reproductive Health Matters*, 17(33), 91–104. [https://doi.org/10.1016/S0968-8080\(09\)33460-6](https://doi.org/10.1016/S0968-8080(09)33460-6)
- Valdez Huarcaya, W., & Miranda Monzón, J. (2014). *Carga de enfermedad en el Perú.* MINSA.
<https://www.dge.gob.pe/portal/docs/tools/Cargaenfermedad2012.pdf>
- Vignolo, J., Vacarezza, M., Álvarez, C., & Sosa, A. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Archivos de Medicina Interna*, 33, 7–11. http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-423X2011000100003&nrm=iso
- World Health Organization (WHO). (2013). *Accountability for Maternal , Newborn & Child Survival The 2013 Update.* WHO.
https://www.who.int/woman_child_accountability/ierng/reports/Countdown_Accountability_2013Report.pdf
- Ypanaqué-Luyo, P., & Martins, M. (2015). Uso de los servicios de salud ambulatorios en la población peruana. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública.*
<https://doi.org/10.17843/rpmesp.2015.323.1675>

Anexos

Anexo 1: Matriz de consistencia

Problema	Objetivos	Marco conceptual	Hipótesis
Problema Principal	Mejorar el acceso a los servicios de salud	El marco conceptual establece que el tiempo	La capacidad resolutive del

Existe un tiempo de espera prolongado, listas de espera y falta de profesionales de salud para el acceso a la atención de salud de la gran proporción del personal militar FAP y familiares en el Hospital Central FAP en Lima Metropolitana y Callao.	de los usuarios del SISAN, disminuyendo el tiempo de espera.	de espera y la aparición de listas de espera son indicadores del acceso de los ciudadanos a los servicios de salud, tiene un conjunto de factores que lo determinan encontrándose generalmente un desbalance entre oferta y demanda que está presente, encontrándose también que se explica por una baja capacidad resolutive del nivel básico de los servicios y la articulación en red con los servicios hospitalarios.	primer nivel de atención así como su articulación o integración en red con los servicios hospitalarios son los factores que determinan el tiempo de espera y la aparición de listas de espera en los servicios de salud.
Problema secundario 1 Limitada capacidad resolutive del primer nivel de atención en infraestructura y equipamiento en Lima Metropolitana y el Callao.	Mejorar la capacidad resolutive del primer nivel de atención en Lima Metropolitana y Callao		
Problema Secundario 2 Limitado número y capacidades de los recursos humanos en el primer nivel de atención en Lima Metropolitana y el Callao	Fortalecer las capacidades de los recursos humanos profesionales en el manejo del riesgo y enfermedades crónicas		
Problema secundario 3 Optimizar la gestión de recursos humanos en salud	Cambio de Colocación del Personal de Salud		

Anexo 2: Productos

Producto N° 1

Producto Unidad de Atención Primaria en Salud (UAPS)

Los Servicios ofertados en la Unidad de Atención Primaria de Salud (UAPS) incluyen:

1. Consulta médica general programada con oportunidad no superior a tres (3) días hábiles.
2. Consulta de Odontología, Oftalmología, Nutrición, Trabajo Social, Psicología.
3. Consulta médica por Pediatría programada, para menores de 18 años.
4. Consulta médica general no programada con oportunidad de atención integral dentro de las 24 horas siguientes a la solicitud y observación hasta por 6 horas.
5. Consulta especializada programada de ginecología, medicina interna y medicina familiar, oftalmología, psiquiatría por referencia del médico general o de la UAPS.
6. Consulta de otras especialidades según análisis de determinantes de la salud.
7. Actividades de promoción y prevención (planificación familiar, control prenatal, control crecimiento y desarrollo del niño, inmunizaciones) y de programas de gestión de enfermedades crónico-degenerativas (hipertensión arterial, diabetes, obesidad), que incluyen personal asistencial con dedicación para cada programa
8. Toma de muestras de laboratorio clínico o garantía de red para la recolección y procesamiento (de acuerdo con las coberturas del producto)
9. Radiología, Ecografía y Mamografía o garantía de red para su realización.
10. Toma e interpretación de electrocardiograma o garantía de red para su toma y procesamiento.
11. Dispensación de medicamentos genéricos para los usuarios de acuerdo con las coberturas del producto en el Petitorio de Medicamentos.

Áreas de la Unidad de Atención Primaria en Salud (UAPS)

- Área de Consulta Externa

- Área de Apoyo al Diagnóstico
- Área de Urgencias de corta estancia con observación de hasta 12 horas
- Área de Cirugía de Día
- Área de Farmacia

Modelo de Atención Inicial de Urgencias de baja complejidad

La otra puerta de entrada de los usuarios al sistema a los diferentes servicios destinados para la atención del paciente es el servicio de Urgencias, en el cual dependiendo de la condición clínica y de la situación de salud, se gestiona clínicamente el proceso de salud, sea mediante el desarrollo de los procedimientos e intervenciones clínicas definidas en las guías y/o protocolos institucionales o mediante el direccionamiento del paciente a servicios complementarios que permitan dar solución a la necesidad basada en un problema de salud.

Para lograrlo la Unidad de Urgencias gerencia por procesos sus actividades, trabaja coordinadamente en equipo para los usuarios, buscando equilibrio entre tecnología útil y la que no afecta la condición del paciente y entre el beneficio y el riesgo. En caso de que el paciente debido a su condición de salud y complejidad de su enfermedad requiera ser transferido al HOSPI, esto se hará a través del Sistema de Referencia y Contrarreferencia FAP.

Programas de Educación & Promoción de Salud y Prevención de la Enfermedad

Los programas de educación y promoción de la salud y prevención de la enfermedad están dirigidos para dar cobertura a los diferentes grupos poblacionales objeto de las intervenciones definidas de acuerdo con el ciclo vital, ofreciendo servicios de atención en control de crecimiento y desarrollo, vacunación, control prenatal, control del riesgo cardiovascular, planificación familiar, entre otros. Son seis de mantenimiento de la salud (planificación familiar, control prenatal, crecimiento y desarrollo, vacunación, cáncer de

cérvix, cáncer de mama) y cinco de cronicidad (HTA, Diabetes, Obesidad, Enfermedad Renal Crónica y Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica [EPOC]).

Producto N° 2

Producto Cartera de Servicios de la Unidad de Atención Primaria de Salud FAP (UAPS)

Objeto

Establecer las prestaciones de salud de la IPRESS Unidad de Atención Primaria de Salud FAP (UAPS) del Sistema de Sanidad FAP en Lima Metropolitana y la Provincia Constitucional del Callao.

Finalidad

Estandarizar las prestaciones de salud que brinda la UAPS FAP Surco para brindar una respuesta oportuna, eficiente y de calidad a las necesidades de salud de la población militar, dependientes y derechohabientes de la circunscripción de Lima Metropolitana y la Provincia Constitucional del Callao, así como a los usuarios FAP en tránsito.

Cartera de servicios

Tipo de atención	UPSS	Cartera de servicios	Número de consultorios, módulos o ambientes
Atención directa	Consulta externa	Medicina general	02
		Odontología general	04
		Odontología Especialidades	02
		Pediatría	02
		Ginecología y Obstetricia	01
		Cirugía general	01
		Medicina Interna	02
		Traumatología y Ortopedia	01
		Dermatología	01
		Cardiología	01
		Neumología	01
		Oftalmología	01
		Gastroenterología	01
		Psiquiatría	01
		Medicina Física y rehabilitación	01
Otorrinolaringología	01		

Tipo de atención	UPSS	Cartera de servicios	Número de consultorios, módulos o ambientes
		Programa Hipertensión Arterial	01
		Programa Diabetes mellitus	01
		Atención ambulatoria Nutricionista	01
		Atención ambulatoria Obstetra	01
		Atención ambulatoria Enfermería	01
		Atención ambulatoria Psicología	02
		Atención ambulatoria Servicio Social	01
		Inmunizaciones	01
	UPSS Urgencias	Atención en tóxico de inyectables y nebulizaciones	01
		Atención inicial de urgencias y emergencias por médico general	01
		Atención en Sala de Observación de Urgencias	01
	UPSS Hospitalización temporal	Sala de Internamiento temporal de Medicina (menos de 24h)	02
		Sala de Aislamiento	01
		Sala de Internamiento Cirugía de Día (menos de 24h)	03
	UPSS Centro Obstétrico	Atención de parto inminente vaginal eutócico por médico especialista en Ginecología & Obstetricia y por Obstetra	01
	UPSS Centro Quirúrgico	Intervenciones quirúrgicas de Cirugía de Día por médico especialista en Cirugía general	01
		Intervenciones quirúrgicas de Cirugía de Día por médico especialista en ORL	01
		Intervenciones quirúrgicas laparoscópicas de Cirugía de Día por médico especialista en Traumatología	01
		Endoscopia digestiva alta diagnóstica en pacientes sin factores de riesgo	01
	UPSS Centro de Telemedicina	Teleconsulta	01
Teleorientación			
Teleinterconsulta			
Telemonitoreo			
Atención de Soporte	UPSS Nutrición y Dietética	Evaluación nutricional ambulatoria	01
		Soporte nutricional con regímenes dietéticos	
		Soporte nutricional con fórmula lácteas	
		Soporte nutricional con fórmulas enterales para pacientes crónicos	
	PSS Banco de Sangre y Hemoterapia	Realización de pruebas para transfusión Recepción de sangre y hemocomponentes	01

Tipo de atención	UPSS	Cartera de servicios	Número de consultorios, módulos o ambientes
		Almacenamiento, distribución de sangre y hemocomponentes	01
	UPSS Central de Esterilización	Desinfección de nivel intermedio en central de Esterilización	01
		Desinfección de alto nivel en central de esterilización	
		Esterilización por medios físicos en central de esterilización	
		Esterilización por medios químicos en central de esterilización	
		Actividad desinfección y esterilización	
	UPSS Patología Clínica	Toma de muestras de sangre y pruebas rápidas	02
		Bioquímica	
		Hematología	
		Inmunología	
		Microbiología	
	UPSS diagnóstico por imágenes	Radiología convencional	01
		Radiología dental	01
		Ecografía general	01
		Mamografía	01
	UPSS Farmacia	Atención con medicamentos	01
		Farmacia clínica	
	UPSS Medicina Física & Rehabilitación	Actividad rehabilitación basada en la comunidad	12
		Terapia física	
		Terapia cardio-respiratoria	01

Tipo de Atención	Cartera de Servicios	Espacios o módulos
Otras actividades de soporte	Vigilancia epidemiológica y Salud Pública	01
	Salud ambiental	
	Registros de la Atención de la Salud e Información	01
	Referencias y Contrareferencias	

Producto N° 3

Producto Directiva del Sistema de Referencias y Contrareferencias de las IPRESS del SISAN FAP en Lima Metropolitana y Callao

Objeto

Establecer las normas y procedimientos del sistema de referencias y contrareferencias en las Instituciones Prestadoras de Salud (IPRESS) del

Sistema de Sanidad FAP de Lima Metropolitana y la Provincia Constitucional del Callao.

Finalidad

Garantizar la continuidad de la atención integral de salud del Personal Militar FAP, derechohabientes y dependientes con la debida oportunidad, seguridad, eficacia y calidad.

Normas

a.- La DISAN se encargará de difundir las políticas para la atención de salud en el SISAN FAP educando a los usuarios respecto a las limitaciones y restricciones de uso del HOSPI solo para atenciones de salud complejas.

b.- Las atenciones ambulatorias de consulta externa se deben solicitar en la IPRESS más cercana a su Unidad de nombramiento o vivienda familiar.

c.- Las urgencias y emergencias deberán ser atendidas con prontitud en la IPRESS o Sanidad FAP más cercana, quienes de acuerdo a la naturaleza y/o complejidad de la dolencia realizarán la atención inicial que permita resolver el problema de salud del paciente o decidirán la necesidad de referencia a otro establecimiento de mayor capacidad resolutive.

d.- Las IPRESS deberán remitir a la DISAN el informe médico en los formatos establecidos a fin de mantener actualizado Legajo Médico del titular FAP a fin de dar cumplimiento a la Ordenanza FAP 160-9.

f.- Las IPRESS a través de sus Departamentos de Medicina Aeronáutica podrán establecer convenios a nivel local, regional y central con otras instituciones de salud públicas (MINSALUD, ESSALUD, SISOL, Sanidades de las FFAA y PNP) privadas o mixtas para el intercambio prestacional que les permita ampliar su capacidad resolutive y resguardar la seguridad en la atención de salud de los usuarios del SISAN FAP.

Procedimientos

a.- Organización y Funciones

El Sistema de Referencia y Contra referencia del SISAN FAP se organizará según como se describe a continuación:

1) Proceso de Supervisión:

Estará a cargo del Departamento de Redes de Servicios de Salud de la DISAN cuyas funciones serán las siguientes:

- a) Supervisar la implementación y operación del Sistema de Referencia y Contrarreferencia, a través de la evaluación de los partes mensuales que serán remitidos por los Departamentos de Medicina Aeronáutica de las IPRESS FAP.
- b) Asesorar las IPRESS FAP en el proceso de organización, implementación, supervisión y evaluación del Sistema de Referencia y Contrarreferencia.

2) Proceso de Coordinación a Nivel Central:

Está a cargo del Departamento de Medicina Aeronáutica del Hospital Central FAP (HOSPI) cuyo Jefe designará un personal de salud para un servicio de 24 horas cuyas funciones serán las siguientes:

- a) Coordinar y ejecutar los procesos de referencia y contrarreferencia
- b) Resolver los casos especiales y de emergencia que requieren una atención urgente y oportuna.
- d) Informar a la DISAN a través de los partes mensuales, sobre los procesos inadecuados identificados a fin de promover la mejora continua del sistema.

3) Proceso de Coordinación a Nivel Local:

Estará a cargo de las IPRESS FAP del primer nivel de atención, cuyas funciones serán las siguientes:

- a) Usar los formatos aprobados para la referencia y contrarreferencia y registrarlos en la base de datos.
- b) Referir según el diagnóstico del paciente al nivel de salud correspondiente.
- c) Realizar el seguimiento de los usuarios referidos y contrarreferidos.

d) Preparar las estadísticas mensuales de Referencias y Contrarreferencias de su Unidad y reportar a la DISAN.

e) Implementar el Sistema de Referencia y Contrarreferencia en su IPRESS.

b.- Proceso de la Referencia

1) IPRESS de origen de la referencia:

El proceso es iniciado por el personal de salud (médico, profesional de la salud no médico o técnico en salud) que brinda la atención inicial al paciente y termina cuando se inicia la atención en la IPRESS de destino de la referencia. El personal de salud que inicia la referencia tiene las siguientes funciones:

a) Decidir la referencia según el diagnóstico médico considerando el estado de salud del paciente y basándose en criterios técnicos, así como en la capacidad resolutoria real de su establecimiento de salud.

b) Elegir la IPRESS de destino, para lo cual deberá considerar la capacidad resolutoria del establecimiento, accesibilidad geográfica y urgencia del traslado. En caso de emergencias deberá hacer las coordinaciones necesarias para la evacuación por vía terrestre o vía aérea. En caso se requiera traslado aéreo de emergencia el Jefe de la Unidad coordinará con el Comando de Operaciones FAP (COMOP) para disponer de una aeronave apropiada lo antes posible.

c) Llenar correctamente la Hoja de Referencia.

d) Disponer el tipo de personal de salud que acompañará al paciente y le brindará asistencia durante el transporte.

e) Coordinar directamente con la IPRESS de destino:

(1) Consulta externa: fecha, hora, consultorio y el especialista que realizará la atención de salud, debiendo informar oportunamente al paciente.

(2) Emergencia: comunicarse telefónicamente con el Jefe de Guardia de la IPRESS de destino para informar sobre el estado de salud del paciente y

necesidades especiales de atención para que pueda prever los recursos humanos y materiales requeridos para la recepción.

(3) Exámenes de Ayuda al Diagnóstico: coordinar con la IPRESS de destino la disponibilidad del examen o procedimiento requerido, así como la posibilidad de toma de muestras biológicas en la IPRESS de origen y su envío en las condiciones adecuadas de transporte.

2) IPRESS destino de la referencia:

a) Verificar la conformidad del formato de referencia.

b) Coordinar con Admisión y/o Medicina Aeronáutica la atención preferencial del paciente referido, si el caso lo amerita.

c) Brindar atención oportuna según las guías de práctica clínica (GPC) y evaluar la necesidad de extender la referencia para otros estudios o procedimientos especiales de mayor complejidad de la IPRESS no pueda resolver.

d) Coordinar la contrarreferencia con la documentación correspondiente a la IPRESS de origen en caso de haber resuelto el motivo de la referencia o la extensión de la referencia a otra IPRESS de mayor complejidad.

c.- Proceso de Contrarreferencia

1) Responsable:

Es el personal de salud que brinda la atención (médico, profesional de la salud no médico o técnico en salud) al usuario referido y que decide su retorno a la IPRESS de origen una vez resuelto el problema de la referencia, informando el manejo recibido, la condición de egreso y el tratamiento que debe continuar en la IPRESS de origen, si es que corresponde.

Este personal de la salud tiene las siguientes funciones y responsabilidades:

a) Definir la condición de egreso al momento de la contrarreferencia:

(1) Curado: cuando se ha solucionado el problema de salud motivo de la referencia o se ordena la situación de alta definitiva.

(2) Mejorado: cuando se ha resuelto sólo de manera parcial el problema de salud motivo de la referencia, por lo que es necesario que el paciente continúe su tratamiento y/o rehabilitación bajo supervisión de la IPRESS de origen.

(3) Atendido por apoyo al diagnóstico: cuando se han recibido los informes de los exámenes de ayuda diagnóstica solicitados.

(4) Retiro o Alta Voluntaria: cuando el paciente amparado en el principio de autonomía decide interrumpir el tratamiento indicado por la IPRESS de destino, dejando constancia por escrito de su decisión de renuncia voluntaria.

(5) Deserción: cuando el paciente abandona o interrumpe la continuidad del tratamiento indicado, abandonando físicamente la IPRESS de destino de la referencia.

(6) Fallecimiento: cuando el paciente fallece durante el tratamiento en la IPRESS de destino de la referencia.

b) Realizar los trámites documentarios de contrarreferencia

c) Llenar correcta y completamente el Formato de Contrarreferencia

d) Educar al paciente y familiares directos responsables sobre la importancia de darle continuidad al tratamiento indicado, así como a la supervisión y seguimiento en la IPRESS de destino de la contrarreferencia.

2) La IPRESS destino de la contrarreferencia, tendrá como funciones:

a) Dar conformidad a la información documentaria de la contrarreferencia

b) Evaluar si la contrarreferencia es injustificada:

(1) Cuando el paciente no se encuentra lo suficientemente estabilizado en su condición de salud y requiere continuar tratamiento especializado en el establecimiento de origen de la contrarreferencia.

(2) Cuando el establecimiento de destino no cuenta con la capacidad resolutoria o los recursos materiales y humanos requeridos para continuar el tratamiento iniciado en la IPRESS de origen de la contrareferencia.

Producto N° 4

Producto Ordenanza FAP que establece los Lineamientos Generales para la Formulación del Petitorio de Medicamentos del Primer Nivel de Atención

Objeto

Promover el uso racional de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios

Normas

a.- La formulación del Petitorio Farmacológico FAP (PFF) tendrá como referencia el Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales (PNUME).

b.- La receta médica es un documento legal, por lo que deberá ser prescrita de puño y letra por el profesional de la salud autorizado registrando su firma con el sello correspondiente (en caso de usar historia clínica electrónica deberá ingresar con los accesos exclusivos y usar firma electrónica). Se considera una falta administrativa grave la prescripción de recetas por personal no autorizado o usar otra firma y sello por orden o ausencia del profesional autorizado.

c.- La prescripción médica de fármacos deberá realizarse obligatoriamente con la Denominación Común Internacional (DCI) y/o nombre genérico (artículo 6o del D.S. No 015-2009-SA del 27-11-2009).

d.- Las IPRESS-FAP están obligadas de contar con Guías de Prácticas Clínicas (GPC) aprobadas por la DISAN donde deben estar claramente establecidos los esquemas de tratamiento de primera línea que podrán ser prescritos por el profesional de la salud autorizado.

e.- Las GPC debe estar sustentada en la Medicina Basada en Evidencias (MBE) con un nivel de argumentación mínima II-A. En situaciones especiales, los tratamientos no convencionales podrán ser aprobado por una Junta Médica de Especialistas considerando la mejor evidencia científica disponible.

f.- La prescripción será sólo por la enfermedad motivo de consulta. Se deberán evitar en todo momento:

1) Sobreprescripción médica:

a) Cuando no hay necesidad de prescribir un medicamento

b) Cuando se prescriben más medicamentos de los necesarios o la dosis es exagerada.

c) Cuando el medicamento prescrito no se encuentra en la GPC correspondiente.

2) Subprescripción médica:

a) Cuando no se indican todos los medicamentos para la condición del paciente.

b) Cuando la dosificación es insuficiente o la vía de administración no es la apropiada.

c) Cuando no se utiliza el tratamiento indicado en la GPC aprobada.

3) Prescripción médica múltiple o polifarmacia:

Cuando se utilizan de manera innecesaria varios medicamentos cuando sólo uno o dos lograrían el mismo efecto.

4) Prescripción médica extravagante:

a) Cuando los medicamentos prescritos no son los recomendados en la GPC aprobada.

b) Cuando se prescriben medicamentos con nombre comercial o de marca, teniendo alternativas genéricas o DCI disponibles en el petitorio.

5) Prescripción médica incorrecta:

Todos los casos anteriormente señalados y cuando la medicación prescrita no corresponde al diagnóstico establecido.

g.- La formulación de recetas para uso de personas no afiliadas a la IAFAS-FOSFAP y para el personal del Servicio Militar Voluntario (SMV) se considera una falta grave sujeta a sanción militar disciplinaria y/o proceso administrativo tanto para el profesional de la salud prescriptor como para los usuarios que lo solicitan o reciben. En este último caso, el personal militar titular es el responsable final de las inconductas de sus familiares dependientes y/o derecho-habientes, pudiendo estar sujeto incluso a las sanciones administrativas y/o acciones legales por parte del financiador del sistema (IAFAS-FOSFAP).

h.- El personal militar titular FAP, familiares dependientes y/o derecho-habientes evitarán recibir de manera injustificada e irregular más de una receta por el mismo diagnóstico en diferentes IPRESS-FAP bajo sanción disciplinaria y obligación de reembolso o descuento por planilla.

i.- La prescripción de productos que no figuren en el Petitorio Farmacológico FAP y que no han sido autorizados estará sujeta sanción disciplinaria para el profesional de la salud responsable, de acuerdo con lo establecido en artículo 6o del D.S. No 015- 2009-SA del 27-11-2009.

j.- El Comité Farmacoterapéutico FAP es el encargado de la formulación y actualización del PFF a propuesta de los profesionales de la salud de las IPRESS-FAP.

k.- Las IPRESS-FAP llevarán un estricto control de las existencias por medio del "Parte de Consumo de Farmacia" el que deberá ser remitido mensualmente al Servicio de Sanidad y Farmacia FAP (SESAN) para control, adquisición, distribución y reposición de los productos.

Procedimientos especiales

a.- Para la prescripción de productos farmacéuticos en pacientes crónicos:

1) Se considera que un paciente es crónico cuando padece una enfermedad que requiere tratamiento por un plazo mayor a los seis (06) meses.

2) Procedimientos a seguir por el médico tratante:

a) Elaborar "Informe Médico de Paciente Crónico" utilizando los formatos aprobados.

b) El informe será remitido al Comité Farmacoterapéutico (CFT) de la IPRESS-HOSPI.

e) El Comité Farmacoterapéutico (CFT) deberá evaluar y aprobar el informe que sustenta la inclusión como paciente crónico, el que podrá ser auditado por la IAFAS-FOSFAP.

g) Una vez aprobado el Expediente de Paciente Crónico, será remitido a la DISAN para control y actualización de la base de datos.

h) La DISAN dispondrá al SESAN la inclusión de los datos del nuevo paciente crónico en el Sistema de Pacientes Crónicos (SISCRO). Si en algún momento el médico tratante considera que se debe cambiar la dosis o el medicamento, dicho cambio se deberá registrar en el SISCRO.

i) La prescripción individual podrá realizarse hasta por un tiempo no mayor noventa (90) días, la que podrá renovarse luego de una nueva consulta de control. Los medicamentos deberán ser entregados en la farmacia más cercana al centro de trabajo o domicilio del paciente, pudiendo hacer uso de farmacias de otras IPRESS públicas o privadas autorizadas por convenio.

b.- En los casos de pacientes crónicos que requieran tratamiento con medicamentos fuera del Petitorio Farmacológico FAP o con medicamentos de marca, la prescripción deberá estar sustentada en la Medicina Basada en Evidencia (MBE) con un nivel de argumentación mínima II-A (según disponibilidad de la información), Guías de Prácticas Clínicas (GPC) nacionales o internacionales aprobadas y/o la falta de medicamentos genéricos en el mercado nacional.

