

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL PERÚ**

**FACULTAD DE DERECHO**



**Programa de Segunda Especialidad en Derecho Administrativo**

**“Aspectos jurídicos respecto a las asociaciones público privadas en salud.  
Comentarios respecto a los contratos existentes y su perspectiva en el marco de la  
emergencia sanitaria Covid-19”**

Trabajo Académico para optar por el título de Segunda Especialidad en Derecho  
Administrativo

**AUTOR**

Paolo Junior Fernández Rojas

**ASESOR**

Alejandro Martín Moscol Salinas

**CÓDIGO DEL ALUMNO**

20098116

2020

## RESUMEN

Tomando en cuenta el actual marco de emergencia sanitaria ocasionada por la Covid-19, en el presente trabajo se desarrollan los aspectos generales de las asociaciones públicos privadas en materia de salud como alternativa real para la provisión, con estándares de calidad, del referido servicio público. En ese sentido, el presente trabajo pretende reflexionar sobre la salud pública, partiendo por conceptos básicos (pero importantes), para luego citar los principales contratos de asociaciones públicos privadas suscritos y sus perspectivas a futuro.

Como parte de las labores de investigación, se han revisado las principales documentaciones y estadísticas emitidas por el ente rector en salud, las entidades relacionadas y los contratos vigentes, ello con el objetivo de plantear la hipótesis respecto a si amerita la promoción y suscripción de los contratos de asociaciones públicos privadas como un mecanismo útil para la provisión del servicio de salud. En el trabajo se concluye que el Estado debe garantizar el acceso al servicio de salud, por lo que resulta plenamente válido acudir a mecanismos colaborativos como vienen a ser las asociaciones público privadas.

## ÍNDICE

RESUMEN	01
I INTRODUCCIÓN	03
II. EL SERVICIO PÚBLICO DE SALUD EN NUESTRO RÉGIMEN JURÍDICO	04
III. ESTADO GARANTE Y LAS ASOCIACIONES PÚBLICO PRIVADAS COMO HERRAMIENTA PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PÚBLICOS	07
3.1. Las asociaciones público privada en el marco del régimen económico peruano	07
3.2. Diferencia entre la APP y la clásica contratación pública	10
IV. ESCENARIO ACTUAL DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO PÚBLICO DE SALUD	11
4.1. Entidades administrativas con competencia en el sector salud	11
4.2. Particularidades sobre la fiscalización del servicio de salud	13
4.3. Identificación de las brechas de infraestructura en el sector salud	15
V. ¿NUEVA PERSPECTIVA POST COVID?: IMPLEMENTACIÓN DE LAS ASOCIACIONES PÚBLICO PRIVADAS EN SALUD	19
5.1. Situación de los contratos de asociaciones público privadas suscritas por EsSalud	19
5.2. ¿Resulta oportuna la implementación de asociaciones público privadas en el sector salud?	23
VI CONCLUSIONES	25
VII BIBLIOGRAFÍA	26

**ASPECTOS JURÍDICOS RESPECTO A LAS ASOCIACIONES PÚBLICO  
PRIVADAS EN SALUD. COMENTARIOS RESPECTO A LOS CONTRATOS  
EXISTENTES Y SU PERSPECTIVA EN EL MARCO DE LA EMERGENCIA  
SANITARIA COVID-19**

## **I. INTRODUCCIÓN**

Un sistema de salud en apuros es lo que hemos podido observar estos últimos meses como consecuencia de esta pandemia. Este es el actual escenario y lo que ha motivado a formularnos, ahora más que nunca, si es necesario reenfocar nuestro sistema de salud y convertirlo en uno moderno, con las herramientas necesarias para lograr el ansiado servicio de calidad. No debemos perder de vista que la finalidad de la gestión pública es servir a los ciudadanos, razón que lleva a que la asignación de los recursos estatales, el diseño de sus políticas públicas y la implementación de actuaciones se encuentren en función de las necesidades de la población. En esa medida, un Estado debe ser flexible para adecuarse a las necesidades que surgen y a cualquier tipo de cambio medioambiental, social, político y económico.

Justamente ahora vemos cómo nuestra vida cotidiana ha sido alterada por el impacto del Covid-19. Desde su aparición a fines del año pasado, no ha parado de diseminarse en todos los continentes. Su llegada al Perú era inevitable, y así sucedió. El primer caso fue registrado a inicios del mes de marzo generando la respuesta del gobierno peruano (el denominado, aislamiento social obligatorio) con la finalidad de evitar replicar escenarios tan devastadores como los que se venían suscitando en países europeos en los que se registran miles de muertes y ni qué decir del impacto económico.<sup>1</sup>

Este nuevo escenario ocasionó que la clásica prestación del servicio de salud ahora se vea desbordada e incluso con la improvisación a distancia de consultas a través de mecanismos

---

<sup>1</sup> PROGRAMA DE LAS NACIONES UNIDAS PARA EL DESARROLLO – PNUD. “Covid 19 y el shock externo: Impactos económicos y opciones de política en el Perú.” EE.UU.: Covid 19 – serie de documentos de Política Pública. 2020, pág. 08. Asimismo, se puede revisar, INSTITUTO PERUANO DE ECONOMÍA -IPE “Informe del Covid 19 en la economía peruana”. Lima: Sexta Edición – abril 2020, pág. 05.

tecnológicos. Queda formularse lo siguiente: ¿nuestro sistema de salud se encontraba preparado para afrontar una pandemia?, claramente la respuesta ha sido negativa. Si de por sí la brecha de infraestructura del sector es de US\$ 9,472 millones<sup>2</sup>, entonces mucho menos nos veremos preparados para que el servicio atienda a una cantidad ingente de pacientes ávidos por recibir la prestación de salud al cual tienen derecho.

A pesar de la madurez económica lograda en los últimos años, tradicionalmente nuestro Estado ha echado mano de la inversión pública para tratar de cerrar las brechas de infraestructura en salud; no obstante, se ha dejado en segundo plano la colaboración público-privada la cual representa una alternativa óptima que, ejecutada adecuada y oportunamente, puede traer grandes beneficios sociales.

Dicho ello, en el presente artículo apuntaremos a explicar cuál es el estado actual de las asociaciones público-privadas en el sector salud y su perspectiva a futuro, además de brindar las características jurídicas de esta modalidad que lo convierten en una herramienta de gran utilidad. Este artículo busca traer a primer plano la necesidad de analizar mecanismos alternativos que permitan al Estado peruano verse preparado para cualquier eventualidad de pandemia, más aún cuando hablamos de un servicio tan esencial como el de salud.

## **II. EL SERVICIO PÚBLICO DE SALUD EN NUESTRO RÉGIMEN JURÍDICO**

Partimos por señalar lo fundamental que resulta que el Estado diseñe una política nacional coherente, en todos sus niveles de gobierno, que permita la prestación oportuna del servicio de la salud. Si bien es cierto las teorías del servicio público dificultan tener una definición de la misma<sup>3</sup>, recordemos que los servicios públicos cuentan con características propias que fueron desarrolladas por el Tribunal Constitucional en su Sentencia recaída en el Expediente No 00034-2004-PI/TC concerniente a la continuidad, naturaleza regular (calidad), acceso en condiciones de igualdad y universalidad.

---

<sup>2</sup> ASOCIACIÓN PARA EL FOMENTO DE LA INFRAESTRUCTURA NACIONAL – AFIN. “*Plan Nacional de Infraestructura 2016 – 2025*”. Lima: Corporación Gráfica Impresing S.A.C. 2015, pág. 03

<sup>3</sup> ZEGARRA VALDIVIA, Diego. “*Del servicio público a los servicios de interés genera: La evolución del service public.*” En: CDA N° 12. Lima, 2012, pág. 14-18

Ahora bien, nuestra Constitución recoge en sus artículos 7, 9 y 11 que todas las personas tienen derecho a la protección a la salud, así como el deber de contribuir a su promoción y defensa. En esa línea, es el Estado quien garantiza el libre acceso a las prestaciones de salud a través de entidades públicas y/o privadas, supervisando su adecuado funcionamiento. Por otro lado, queda claro que la sola positivización del derecho a la salud no convierte a éste en un derecho autoaplicativo, sino que se requiere de un marco normativo y la ejecución de actividades estatales propias que garanticen su materialización. Tomando en cuenta este escenario, en la sentencia recaída en el Expediente No 02480-2008-PA/TC se hace referencia a la dimensión prestacional del derecho a la salud:

***“En su dimensión prestacional, la salud es un derecho fundamental cuya satisfacción requiere de acciones prestacionales, que como lo prevé el artículo 11.º de la Constitución, pueden brindarse a través de entidades públicas, privadas o mixtas. Por ello, debe reconocerse que la salud también es un servicio público de tipo asistencial, que requiere para su efectividad de normas presupuestales, procedimentales y de organización que hagan viable su eficacia en la práctica, de manera tal que todas las prestaciones requeridas por una persona en determinada condición de salud, sean garantizadas de modo efectivo y eficaz.***

*En este contexto, **la salud como servicio público garantiza que las prestaciones sean ofrecidas de modo ininterrumpido, constante e integral** debido a que está de por medio la protección de derechos fundamentales, como la vida, la integridad y la dignidad humana. De este modo, la protección real y efectiva del derecho a la salud se garantiza mediante prestaciones eficaces, regulares, continuas, oportunas y de calidad, que también sean, simultáneamente universales e integrales.”*

*(El subrayado es nuestro)*

A nivel internacional, cabe indicar la Observancia General 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales la misma que fue recogida en la sentencia recaída en el Expediente No 01711-2004-AA/TC, en la cual el Tribunal Constitucional manifestó lo siguiente:

*“(…) Según lo dispone la Observación General 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, **el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, del 2000, abarca los siguientes elementos esenciales: disponibilidad** (número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud), **accesibilidad** (en cuatro dimensiones:*

*no discriminación, accesibilidad física, accesibilidad económica –o asequibilidad– y acceso a la información), **aceptabilidad** (establecimientos deben ser respetuosos de la cultura de las minorías, comunidades y pueblos) y **calidad** (capacitación del personal, equipamiento hospitalario, medicamentos y suministro de agua potable). Entonces, como parte de la accesibilidad, encontramos que existe una proscripción de la discriminación, por lo que el derecho a la salud se termina integrando con el derecho a la igualdad.”*  
(El subrayado es nuestro)

De la sentencia citada se puede rescatar que la Observación General 14 viene configurando las características que también ya el Tribunal Constitucional se había pronunciado anteriormente, es decir, las características de accesibilidad y calidad.

Ahora bien, en la sentencia recaída en el Expediente No 09600-2005-PA/TC el Tribunal Constitucional se pronuncia respecto a la seguridad social de los servicios de salud, lo cual resulta plenamente pertinente tomando en cuenta que las asociaciones público privadas ejecutados por EsSalud se financian de los aportes efectuados por los asegurados. Así pues, de esta sentencia se puede rescatar lo siguiente:

*“(…) Éste se manifestó mediante la implantación de seguros sociales obligatorios que conforman un primer peldaño en el proceso histórico de configuración de la seguridad social y contribuyen las normas de primera generación. **Su finalidad es la generación de un fondo de reserva que sirva para cubrir, en caso de necesidad, los gastos de salud de los trabajadores,** y para garantizar un ingreso mínimo cuando la persona no pudiera seguir generando el sustento económico para cubrir sus necesidades.*

*La evolución de tal modelo se orienta a la protección de toda la población, cualquiera sea su concreta situación laboral. **Se trata de un sistema universal y uniformizado de prestaciones sociales, financiado por las contribuciones y unificado a través de un servicio público único que se encuentra bajo la autoridad estatal.** La universalidad, principio de la seguridad social moderna, busca la inclusión de otros sectores la colectividad en su marco protector. (...)”*  
(El subrayado es nuestro)

No se debe dejar de lado a los destinatarios finales del sistema de salud estatal, esto quiere decir, los pacientes que acuden a las entidades públicas, privadas o mixtas. En la sentencia recaída en el Expediente No 02945-2003-AA/TC, el Tribunal Constitucional estableció “*los servicios públicos de salud cobran vital importancia en una sociedad, pues de ellos depende*

*no solo el logro de mejores niveles de vida de las personas, sino que incluso en la eficiencia de su prestación está en juego la vida y la integridad de los pacientes.*”

Por último, y manteniendo esta línea argumentativa, en la sentencia recaída en el Expediente No 02304-2009-PA/TC se reitera nuevamente que *“los servicios públicos de salud cobran, pues, vital importancia en la sociedad pues de la eficiencia en su prestación depende la vida y la integridad de los pacientes. Resta por agregar que la cobertura de dicho atributo no sólo abarca el ámbito estrictamente individual, sino que también se extiende al entorno familiar e incluso al comunitario, por un bien que trasciende la órbita personal.”*

Así pues, luego de haber recogido las principales sentencias del Tribunal Constitucional podemos señalar, sin mérito de duda, que todas las personas tienen el derecho de poder acceder al servicio de salud y el Estado se encuentra obligado a organizar, dirigir, reglamentar, garantizar y supervisar su prestación respetando los principios de continuidad, eficacia, eficiencia, universalidad, solidaridad, integridad y progresividad en la prestación del servicio. Ello resulta lógico porque la prestación del servicio de salud se encuentra íntimamente ligada con la realización misma del Estado social y democrático de derecho y con la defensa de la persona humana y el respeto de su dignidad.

### **III. ESTADO GARANTE Y LAS ASOCIACIONES PÚBLICO PRIVADAS COMO HERRAMIENTA PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PÚBLICOS**

#### **3.1. Las asociaciones público privada en el marco del régimen económico peruano**

El camino transitado por las asociaciones público privada tuvo su génesis en las privatizaciones, ya que fue ésta quien abrió el sendero dejándose atrás la lógica acaparadora del Estado prestador para mutar y emplear otros mecanismos que generen impacto positivo en los servicios públicos; no obstante, hablar de privatizaciones no es sinónimo de asociaciones público privada ya que en ésta última la titularidad de la infraestructura y/o servicio público sigue manteniéndolo el Estado.

A fines de los años 80, y con la economía peruana en grave recesión y descontrolable inflación, se recurrió a la técnica de la liberalización como el mecanismo que permita salir del letargo económico. Como lo manifestara O'Neil de la Fuente, se adoptó la doctrina de la *mano invisible* entendida como el reforzamiento de la propiedad privada y la libertad de contratación, siendo que este modelo fue acompañado de reformas estructurales que significaron la transformación sustancial de la función del Estado, eliminándose los privilegios de los monopolios estatales, suprimiéndose los controles de precio, levantándose las restricciones al comercio exterior, y al mismo tiempo, iniciándose un ambicioso programa de privatización del sector empresarial estatal.<sup>4</sup>

En esta misma línea, O'Neil de la Fuente indica que el programa de privatización perseguía tres grandes objetivos: **(i)** establecer una estructura estatal más pequeña y al mismo tiempo más eficiente, capaz de promover el uso eficiente de los recursos de que dispone el país; **(ii)** establecer el marco legal e institucional necesario para incrementar la inversión privada, nacional y extranjera, desarrollar la capacidad productiva y generar un mayor volumen de empleo; y, **(iii)** mejorar sustantivamente las condiciones de calidad, precios y oferta de los bienes y servicios a través de una economía competitiva.<sup>5</sup>

Una interesante exposición de motivos la podemos encontrar en el Decreto Legislativo No 674 – Ley de Promoción de la Inversión Privada en las Empresas del Estado, en la que se manifestó “*que la actividad empresarial del Estado no ha arrojado, en conjunto, resultados económicos y financieros satisfactorios, lo que, de un lado, ha impedido la generación de los recursos destinados a mejorar sus sistemas productivos y administrativos.*” Posterior al mecanismo privatizador, ya a finales de los 90 e inicios del nuevo milenio, se recurrió a la técnica de la concesión de infraestructura y servicios públicos.

Al respecto, Zegarra menciona que la concesión administrativa es una relación jurídica pública a través de la cual el Estado, representado por una entidad administrativa designada por ley, otorgada por un tiempo determinado la gestión de un servicio público u obra pública

---

<sup>4</sup> O'NEIL DE LA FUENTE. Cecilia. “De las privatizaciones a las asociaciones público privadas.” Lima: Ius Et Veritas, Tomo No 37. 2008, pág. 64-65.

<sup>5</sup> *Ibid.* pág. 65

de infraestructura de servicios públicos para su aprovechamiento económico, manteniendo el Estado la titularidad respecto de los servicios públicos y las obras públicas de infraestructura, asumiendo un rol de control y regulación y conservando la capacidad de intervención en caso sea de interés público la reversión de la concesión.<sup>6</sup>

Ahora bien, resulta oportuno señalar que hay que diferenciar entre privatizaciones (transferencia permanente de activos) y concesiones (transferencia temporal de la gestión - operación de infraestructura y/o servicio público); asimismo, diferenciar entre concesión y asociación público privada. Respecto a esta última, las APP son esquemas diferentes de la tradicional concesión porque en la concesión el concesionario asume el riesgo derivado de la infraestructura sobre los ingresos generados por el proyecto, ello al ser la tarifa su única fuente. Por el contrario, una estructura de APP añade valor al proyecto desde la perspectiva privada, pues permite asegurarse una “demanda mínima”. Mientras que las concesiones clásicas se basan en la rentabilidad financiera del proyecto (es decir, cuando las tarifas pueden cubrir los costos y generar utilidades), en las APP el Estado contribuye de diversas formas: efectuando pagos complementarios a los peajes o tarifas, cediendo en uso terrenos, entre otros.<sup>7</sup>

Si bien la modalidad de su refinanciamiento pueda que sea diferente, lo que comparte una APP con una concesión es la asignación de los riesgos que, como todo proyecto de inversión a largo plazo implica. Frente a ello, y como bien señala MAIRAL “*es propio de las APP la asignación de riesgos, cada riesgo es identificado y asignado a las partes que están en mejor condición para administrar ese riesgo. El objetivo es maximizar el valor de lo que la administración adquiere con los dineros públicos (Value for money), dejando los riesgos de propiedad y operación de la infraestructura sobre el sector privado*”.<sup>8</sup>

---

<sup>6</sup> ZEGARRA VALDIVIA, Diego. “Concesión administrativa e iniciativa privada.” En: Themis N° 39. Lima, 2005, pág. 102

<sup>7</sup> O’NEIL DE LA FUENTE. Cecilia. Op. Cit

<sup>8</sup> MAIRAL, Héctor. “La asignación de riesgos en la financiación privada de proyectos públicos.” Buenos Aires: Revista Argentina del Régimen de la Administración Pública – Ediciones RAP. 2005, pág. 143-145

Dicho ello, el actual régimen de las APP se encuentra regulado en el Decreto Legislativo 1362 el cual no solo regula a las APP sino también a los Proyectos en Activos. Recordemos que las anteriores normativas de APP partieron del Decreto Legislativo 1012 y luego el Decreto Legislativo 1224; sin embargo, con la actual normativa y la inclusión de los Proyectos en Activos se puede apreciar que el dinamismo de los proyectos de inversión requiere también de una respuesta dinámica por parte del legislador peruano.

Bajo esta premisa de constante dinámica es que también se tiene que apreciar que los servicios públicos sociales (como la educación o la salud) hacen que se tenga que recurrir a mecanismos que permitan su prestación con los esperados índices de calidad. En el quinto apartado de este artículo se busca hacer una descripción de los mecanismos existentes de las asociaciones público privadas en salud justamente en la que se acoge este mecanismo.

### 3.2. Diferencia entre la APP y la clásica contratación pública

En primer término, cabe realizar una diferenciación entre la contratación pública tradicional (recogida en la Ley N° 30225), con el mecanismo de asociación público privado regulado en la Decreto Legislativo N° 1362. Para ello recurrimos al informe elaborado por el Banco Interamericano de Desarrollo que se sintetiza en el siguiente cuadro:<sup>9</sup>

FACTORES	CONTRATO PÚBLICO TRADICIONAL	APP
<b>Duración</b>	Corto plazo, ligado a la obra	Largo plazo
<b>Alcance</b>	Infraestructura	Infraestructura e integración de servicios
<b>Indicadores de servicio</b>	No, mínimo impacto	Sí, calidad/disponibilidad

<sup>9</sup> Banco Interamericano de Desarrollo. “Concepto generales y modelos. Serie de notas sobre asociaciones público privadas en el sector salud en América Latina.” Nota Técnica No IDB-TN-714. 2014, pág. 12

<b>Riesgos</b>	Medios/bajos	Elevada
<b>Financiación</b>	Pública presupuestaria	Privada o con participación cofinanciada
<b>Pago</b>	Periódico por certificación	Inicio de actividad/resultado
<b>Tipo de contrato más común</b>	Construcción	Construcción y operación

Como se puede apreciar, las diferencias son puntuales y permiten determinar que las decisiones de las entidades por optar por alguna de ellas implican que se determine la finalidad pública que se quiera alcanzar. Si fuera de largo plazo y que incluya prestación indirecta de servicios públicos, claramente la opción recae en las APPs.

#### **IV. ESCENARIO ACTUAL DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO PÚBLICO DE SALUD**

##### **4.1. Entidades administrativas con competencia en el sector salud**

Como primer comentario cabe indicar que son varias entidades administrativas las que cuentan con competencia en la atención de salud. Si bien es cierto el **Ministerio de Salud** es el organismo que ejerce la rectoría del sector salud y que tiene a su cargo la formulación, dirección y gestión de la política de salud actuando como máxima autoridad en materia de salud; ello no desmerece que también existan otras entidades públicas en salud. Así pues, adicionalmente a este ministerio, podemos encontrar a entidades como **EsSalud** (adscrita al Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo), **Fuerzas Armadas**,<sup>10</sup> **Policía Nacional del Perú**,<sup>11</sup> **Gobiernos Regionales** y los **Gobiernos Locales**.

<sup>10</sup> Respecto a la sanidad de las Fuerzas Armadas encontramos que ésta se encuentra conformada por el Ejército, la Marina de Guerra y la Fuerza Aérea del Perú, la misma que se encuentra a cargo de la Dirección de Sanidad de la entidad y cuyas principales funciones se centra en la desarrollar y proponer políticas, normas y lineamientos desatinados a optimizar el funcionamiento de las sanidades militares.

<sup>11</sup> La sanidad de la Policía Nacional del Perú se encuentra regulada en el Decreto Legislativo N° 1267 cuyo artículo 36° menciona que esta entidad cuenta con un régimen de salud para el personal policial y familiares

Esta estructura de competencias compartidas encuentra sustento en la propia Constitución que reconoce que, siendo el Estado único e indivisible, su Gobierno es descentralizado (a nivel de Gobiernos Regionales y Locales). No debemos perder de vista el marco normativo que se cuenta en materia de descentralización el cual lo podemos encontrar en la Ley N° 27783 “Ley de Bases de la Descentralización”, la Ley N° 27867 “Ley Orgánica de Gobiernos Regionales”, y la Ley N° 27972 “Ley Orgánica de Municipalidades.” Este marco normativo justifica que los Gobiernos Regionales y Gobiernos Locales cuenten con competencias referidas a la promoción de la salud y es que, parte de esta promoción, es también contar tanto con una infraestructura y calidad en la prestación del servicio de salud.

A efectos de dotar de una mayor rectoría del Ministerio de Salud, podemos traer a colación la Ley N° 30895 “Ley que fortalece la función rectora del Ministerio de Salud”. La reglamentación de la referida norma se realizó recientemente a través del Decreto Supremo N° 030-2020-SA publicada el 15 de octubre de 2020 cuyo artículo 22° menciona que el **Sector Salud** está conformado por el MINSA como organismo rector, las entidades adscritas a él y aquellas instituciones públicas y privadas de nivel nacional, regional y local, y personas naturales que realizan actividades vinculadas a las competencias establecidas en la ley, y tienen impacto directo o indirecto en la salud, individual o colectiva.

Si bien es cierto la rectoría corresponde al Ministerio de Salud, no se debe perder de vista de la discrecionalidad con la que cuentan las entidades administrativas competentes en salud (Fuerzas Armadas, Policía Nacional del Perú, Gobiernos Regionales y los Gobiernos Locales), quienes finalmente podrán optar por la decisión de dotar de mayor infraestructura de salud en caso hayan determinado que las necesidades de su ámbito geográfico lo requieran. Evidentemente esta decisión debe estar sustentada en data que justifique el requerimiento, ya que discrecionalidad no debe entenderse como arbitrariedad en la toma de decisiones.

---

beneficiarios, con la finalidad de garantizar una adecuada asistencia y tratamiento médico. Para este efecto el personal puede acceder a un conjunto de prestaciones de salud de carácter preventivo, promocional, recuperativo y de rehabilitación, las mismas se esperan sean brindadas en óptimas y adecuadas condiciones de eficiencia, equidad, oportunidad, calidad y dignidad, sea recurriendo a la propia Sanidad Policial o a instituciones prestadoras de servicios de salud públicas, privadas o mixtas.

Sobre este concepto, como bien señala TOMÁS-RAMÓN FERNÁNDEZ “*en su significado más primario el principio en cuestión [se refiere al principio de interdicción de la arbitrariedad] postula una distinción neta entre arbitrariedad y discrecionalidad, entre lo que es fruto de la mera voluntad o el puro capricho de los administradores y lo que, por el contrario, cuenta con el respaldo -mayor o menor, mejor o peor, es otra cuestión- de una fundamentación que lo sostiene.*”<sup>12</sup>

Así pues, la discrecionalidad de la decisión encuentra fundamento en los informes y estudios que las autoridades competentes realicen, caso contrario nos encontraríamos frente a decisiones arbitrarias.

#### **4.2. Particularidades sobre la fiscalización del servicio de salud**

Independientemente de la discrecionalidad de las autoridades al momento de ejecutar las políticas sanitarias en su ámbito geográfico, no se debe perder de vista que el Ministerio de Salud (como ente rector) cuenta con la potestad supervisora reconocida en su artículo 9 del Decreto Supremo N° 030-2020-SA.<sup>13</sup> Vale recordar que la potestad fiscalizadora es propia del rol de un Estado Garante que busca proteger bienes jurídicos de importante relevancia para la comunidad.<sup>14</sup>

Así pues, en materia de fiscalización de los servicios de salud, podemos encontrar a la Superintendencia Nacional de Salud - SUSALUD entidad desconcentrada constituida mediante el Decreto Legislativo N° 1158 y que tiene naturaleza de un organismo técnico

---

<sup>12</sup> FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ, Tomás-Ramón. “*Discrecionalidad, arbitrariedad y control jurisdiccional.*” Palestra Editores: Lima, 2006, pág. 95

<sup>13</sup> **Decreto Supremo N° 030-2020-SA**  
**“Artículo 9.- Regulación y fiscalización**

*Comprende el diseño, perfeccionamiento y actualización del marco legal y normativo, de aplicación nacional o institucional, que asegure la protección y promoción de la salud de la población, respalde el ejercicio de su función rectora y el desarrollo de la capacidad institucional para la regulación y control; así como, el diseño e implementación de acciones para garantizar su cumplimiento. El Ministerio de Salud adopta medidas sectoriales que aseguran su cumplimiento en todos los niveles de gobierno, las cuales tienen carácter mandatorio, promotor, correctivo, y sancionador.”*

<sup>14</sup> SÁNCHEZ POVIS, Lucio Andrés. “*La fiscalización administrativa en el ordenamiento peruano: de la heterogeneidad a la regulación común.*” IUS ET VERITAS. Lima, No 60, 2020, pág. 38-64.

especializado adscrito al Ministerio de Salud. Al respecto, SUSALUD tiene por objetivo proteger los derechos de los usuarios del servicio de salud, fiscalizando que el acceso a este servicio sea otorgado con calidad, oportunidad, disponibilidad y aceptabilidad, lo cual es plenamente lógico ya que la salud es un servicio público.

El ámbito de competencia involucra la supervisión a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) e Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS), sean éstas públicas o privadas. Así pues, las IPRESS son todos aquellos establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo que realizan la atención en salud de prevención, promoción, diagnóstico, tratamiento y/o rehabilitación, así como aquellos servicios complementarios o auxiliares de la atención. En cuanto a las IAFAS, estas son encargadas de captar y gestionar los fondos para el aseguramiento en salud y coberturas de riesgos, como por ejemplo el SIS, ESSALUD, Fondos de las Fuerzas Armadas y Policiales, compañías de seguros, etc.

El Tribunal de SUSALUD será la última instancia, en sede administrativa, a la cual se podrá recurrir en caso se apele en el marco de los procedimientos administrativos sancionadores. La particularidad de estos procedimientos es su naturaleza trilateral, ello en tanto el usuario tenga una controversia contra una IPRESS o IAFAS involucrada, la cual será resuelta justamente por el Tribunal de SUSALUD.<sup>15</sup> Al respecto, MARTIN TIRADO comenta sobre la *tesis amplia* del procedimiento trilateral, en atención a una lectura del artículo 50 y el 219 de la Ley de Procedimiento Administrativo General señalando que las controversias pueden suscitarse entre dos o más administrados, entre la administración y administrados, y entre entidades de la administración pública.<sup>16</sup>

Así pues, SUSALUD es una entidad que tiene por finalidad velar por los derechos de salud de los usuarios, siendo que para cumplir con su misión cuenta con la Intendencia de

---

<sup>15</sup> QUIJANO CABALLERO, ÓSCAR ÍTALO “Potestad sancionadora en materia de salud” En: Revista Derecho Y Sociedad. Número 45. 2015, pp. 136-139

<sup>16</sup> MARTIN TIRADO, RICHARD JAMES. “El procedimiento administrativo general trilateral y su aplicación en la Nueva Ley del Procedimiento Administrativo General” En: Revista Derecho Y Sociedad. Número 17. 2001, pp. 226

Supervisión de IPRESS y la Intendencia de Supervisión de IAFAS, así como el procedimiento administrativo sancionador.

#### 4.3. Identificación de las brechas de infraestructura en el sector salud

Un documento de suma importancia viene a ser el publicado en enero del presente año 2020 titulado “Diagnóstico de brechas de infraestructura o acceso a servicios en el sector salud” elaborado por el propio Ministerio de Salud. Como su propio nombre lo indica, es un informe que brinda información respecto a la situación actual de calidad de la infraestructura que viene siendo empleada para la prestación del servicio de salud y sus proyecciones necesarias para los periodos del 2021 al 2023.

En atención a la Programación Multianual de Inversiones regulado por el Decreto Legislativo N° 1252, el Ministerio de Salud identificó diez (10) indicadores asociados a las brechas de infraestructura.<sup>17</sup>

Tomando en cuenta el tema de nuestro artículo, resulta de suma interés pronunciarnos sobre los hallazgos identificados respecto de los cuatro primeros indicadores, es decir, porcentaje de **(i)** establecimiento de salud del primer nivel de atención con capacidad instalada inadecuada, **(ii)** nuevos establecimientos de salud requeridos del primer nivel de atención, **(iii)** hospitales con capacidad instalada inadecuada, y **(iv)** nuevos hospitales requeridos.

Como primer dato vale indicar que, **el Sector Salud cuenta con ocho mil setecientos veintitrés (8723) establecimientos de salud del primer nivel de atención** lo cual incluye a EsSalud, sanidades de las Fuerzas Armadas y Policía Nacional del Perú a nivel nacional. Al respecto, del total de establecimientos de salud de primer nivel de atención, el 77.78%

---

<sup>17</sup> Los indicadores son (i) porcentaje de establecimiento de salud del primer nivel de atención con capacidad instalada inadecuada, (ii) porcentaje de nuevos establecimientos de salud requeridos del primer nivel de atención, (iii) porcentaje de hospitales con capacidad instalada inadecuada, (iv) porcentaje de nuevos hospitales requeridos, (v) porcentaje de institutos especializados con capacidad instalada inadecuada, (vi) porcentaje de laboratorios regionales de salud pública con capacidad instalada inadecuada, (vii) porcentaje de laboratorios del instituto nacional de salud con capacidad instalada inadecuada, (viii) porcentaje de unidades orgánicas de la Entidad con inadecuado índice de ocupación, (ix) porcentaje de sistemas de información que no funcionan adecuadamente, y (x) porcentaje de Centros de Promoción y Vigilancia Comunal.

presenta capacidad instalada inadecuada expresada en la precariedad de la infraestructura, equipamiento obsoleto, inoperativo o insuficiente.

<b>DEPARTAMENTO</b>	<b>TOTAL DE E.S. DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN</b>	<b>E.S. CON CAPACIDAD INSTALADA INADECUADA</b>	<b>INDICADOR</b>
Amazonas	490	402	82%
Ancash	420	373	89%
Apurímac	394	275	70%
Arequipa	292	233	80%
Ayacucho	412	305	74%
Cajamarca	870	605	70%
Callao	84	41	49%
Cusco	374	288	77%
Huancavelica	414	274	66%
Huánuco	335	231	69%
Ica	163	132	81%
Junín	530	453	85%
La Libertad	331	228	69%
Lambayeque	199	157	79%
Lima	838	641	76%
Loreto	456	352	77%
Madre de Dios	99	90	91%
Moquegua	66	56	%
Pasco	269	233	87%
Piura	442	377	85%
Puno	484	408	84%
San Martín	387	334	86%
Tacna	96	71	74%
Tumbes	56	38	74%
Ucayali	220	188	85%

<b>TOTAL</b>	<b>8723</b>	<b>6785</b>	<b>77.8%</b>
--------------	-------------	-------------	--------------

**FUENTE:** “Diagnóstico de brechas de infraestructura o acceso a servicios en el sector salud” elaborado por el MINSA - enero 2020

En cuanto a la infraestructura hospitalaria, éstas son responsables de satisfacer las necesidades de salud de la población a través de una atención integral ambulatoria y de servicios especializados. Respecto a su data tenemos que, a enero de 2020, en el Registro Nacional de IPRESS se han contabilizado 243 hospitales de segundo y tercer nivel de atención, de los cuales 137 son de categoría II-1, 49 son de categoría II-2, 20 de categoría II-E, 31 de categoría III-1 y 6 de categoría III-E.

Al respecto, de la totalidad de hospitales a nivel nacional el 51% presenta brecha de infraestructura que limitan a la provisión del servicio de salud en condiciones óptimas, siendo los departamentos con más altos índices de brecha Áncash (83%), Lima (76%), Tumbes (67%), Ucayali (67%) y Apurímac (67%).

<b>DEPARTAMENTO</b>	<b>TOTAL DE HOSPITALES</b>	<b>HOSPITALES CON CAPACIDAD INSTALADA INADECUADA</b>	<b>INDICADOR</b>
<b>Amazonas</b>	7	2	29%
<b>Ancash</b>	12	10	83%
<b>Apurímac</b>	6	4	67%
<b>Arequipa</b>	11	4	36%
<b>Ayacucho</b>	10	6	60%
<b>Cajamarca</b>	11	4	36%
<b>Callao</b>	7	3	43%
<b>Cusco</b>	10	5	50%
<b>Huancavelica</b>	5	3	50%
<b>Huánuco</b>	5	0	0%
<b>Ica</b>	9	0	0%
<b>Junín</b>	12	7	58%
<b>La Libertad</b>	28	15	54%

<b>Lambayeque</b>	6	2	33%
<b>Lima</b>	46	35	76%
<b>Loreto</b>	7	3	43%
<b>Madre de Dios</b>	2	1	50%
<b>Moquegua</b>	4	0	0%
<b>Pasco</b>	6	2	33%
<b>Piura</b>	6	2	33%
<b>Puno</b>	15	9	84%
<b>San Martín</b>	10	3	60%
<b>Tacna</b>	2	0	0%
<b>Tumbes</b>	3	2	67%
<b>Ucayali</b>	3	2	67%
<b>TOTAL</b>	<b>243</b>	<b>124</b>	<b>51%</b>

**FUENTE:** “Diagnóstico de brechas de infraestructura o acceso a servicios en el sector salud” elaborado por el MINSA - enero 2020

Como se comentó en el numeral precedente, la Superintendencia Nacional de Salud – SUSALUD es el organismo técnico especializado adscrito al Ministerio de Salud cuya competencia es la fiscalización de la prestación del servicio público de salud sea a nivel público o privado. Así, tenemos que SUSALUD emitió su Boletín Estadístico referido al Segundo Trimestre de 2020 en el que se pudo obtener la siguiente información como consecuencia de las actividades de supervisión efectuadas:

<b>PERIODO</b>	<b>NIVEL DE RIESGO ALTO</b>	<b>NIVEL DE RIESGO MEDIO</b>	<b>NIVEL DE RIESGO BAJO</b>
<b>Segundo Trimestre 2019</b>	46,7%	27.6%	25.8%
<b>Tercer Trimestre 2019</b>	58.0%	27.2%	14.8%
<b>Cuarto Trimestre 2019</b>	35.9%	33.8%	30.4%

<b>Primer Trimestre 2020</b>	33.3%	35.9%	30.8%
<b>Segundo Trimestre 2020</b>	43.5%	34.8%	21.7%

**ELABORACIÓN PROPIA**

FUENTE: “Boletín Estadístico - Segundo Trimestre de 2020.” SUSALUD. 2020, pág. 150

Los riesgos que determinó SUSALUD para la elaboración del referido Boletín fueron los siguientes: vigilancia de dispositivos in vitro COVID-19, gestión del oxígeno medicinal, gestión de productos farmacéuticos, productos sanitarios en IPRESS y UGIPRESS, y gestión para la provisión de sangre segura. Así pues, se puede observar que los niveles de riesgo detectados por SUSALUD en su Boletín - Segundo Trimestre 2020, se encuentran íntimamente vinculadas a las labores de gestión de los servicios médicos.

**V. ¿NUEVA PERSPECTIVA POST COVID?: IMPLEMENTACIÓN DE LAS ASOCIACIONES PÚBLICO PRIVADAS EN SALUD**

**5.1. Situación de los contratos de asociaciones público privadas suscritas por EsSalud**

EsSalud cuenta con personería jurídica de derecho público interno y se encuentra adscrita al Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo, conforme a la Ley N° 27056 “Ley de creación del Seguro Social de Salud”; adicional a ello, cuenta con la particularidad de la intangibilidad de los fondos de la seguridad social (Ley N° 28006), con lo que EsSalud maneja su propio presupuesto y se encuentra en la posibilidad de disponer discrecionalmente de él, ello en el marco de las necesidades del servicio y encontrándose debidamente motivada.

El reconocimiento legal en cuanto a la dotación de infraestructura de salud la encontramos en el Decreto Supremo N° 025-2007-TR cuyo artículo 26° indica que EsSalud podrá celebrar todo tipo de contratos y/o convenios permitidos por la legislación peruana, incluyendo contratos para la realización de inversiones y servicios de mediano o largo plazo según se establezca en su Plan Estratégico de Inversiones, con los mecanismos de adjudicación y sus procedimientos generales que se contemplen en la legislación peruana bajo la modalidad

establecida por su Consejo Directivo.

Este reconocimiento legal también fue regulado en el derogado Decreto Legislativo N° 1012 y, actualmente, en la Tercera Disposición Complementaria Final del Decreto Legislativo N° 1362 que establece que EsSalud, en el marco de la autonomía, se encuentra facultado a promover, tramitar y suscribir contratos de asociación público privada, con el objeto de incorporar inversión y gestión privada en los servicios que presta a los asegurados.

En las asociaciones público privadas en materia de salud encontramos modalidades particulares como el de **Bata Blanca**, que incluye la gestión de recursos humanos, servicios asistenciales y no asistenciales; **Bata Gris**, que abarca solo servicios no asistenciales (Ej.: lavandería, vigilancia, gestión de residuos, mantenimiento de equipos); **Bata Verde**, que incluye servicios no asistenciales y servicios de apoyo asistencial como laboratorio clínico, diagnóstico de imágenes, etc.; y, **Especializada**, en los que se presta servicios específicos.

Dicho ello, EsSalud cuenta suscritos cuatro (04) contratos bajo la modalidad de asociación público privadas, de los cuales, tres (03) de ellos se enfocan a la infraestructura hospitalaria la cual mencionamos a continuación<sup>18</sup>:

#### A. Hospital III – Alberto Barton Callao

FICHA TÉCNICA	
<b>Fecha de suscripción</b>	31 de marzo de 2010
<b>Modalidad de inversión</b>	Iniciativa privada autofinanciada
<b>Partes</b>	Seguro Social de Salud – EsSalud (Concedente) Calla Salud S.A.C. (Concesionario)
<b>Plazo</b>	32 años
<b>Contraprestación</b>	RPI-inf (Retribución por inversión en infraestructura) RPI-equ (Retribución por inversión de equipamiento) RPO (Retribución por operación y mantenimiento)

<sup>18</sup> Las Asociaciones Público-Privadas del sector salud en el Perú. Lima: Fondo Editorial UPC. Primera Edición. 2020. Pág. 12-14

## B. Hospital III – Villa María del Triunfo

FICHA TÉCNICA	
Fecha de suscripción	31 de marzo de 2010
Modalidad de inversión	Iniciativa privada autofinanciada
Partes	Seguro Social de Salud – EsSalud (Concedente) Calla Salud S.A.C. (Concesionario)
Plazo	32 años
Contraprestación	RPI-inf (Retribución por inversión en infraestructura) RPI-equ (Retribución por inversión de equipamiento) RPO (Retribución por operación y mantenimiento)

## C. Torre Trecca

FICHA TÉCNICA	
Fecha de suscripción	27 de agosto de 2010
Modalidad de inversión	Iniciativa privada autofinanciada
Partes	Seguro Social de Salud – EsSalud (Concedente) Consorcio Trecca S.A.C. (Concesionario)
Plazo	20 años
Contraprestación	RPI-inf (Retribución por inversión en infraestructura) RPI-equ (Retribución por inversión de equipamiento) RPO (Retribución por operación y mantenimiento)

Al respecto, BRAVO ORELLANA menciona que las características de estos contratos suscritos por ESSALUD son las siguientes: (i) estandarizadas, (ii) autosostenibles, (iii) derivadas de iniciativas privadas, y (iv) correspondiente a un modelo de costos. Son contratos autosostenibles, ello debido a que son mediante los recursos de los asegurados los que cubre las contraprestaciones de la sociedad operadora. Por otro lado, los contratos han sido estructurados bajo el modelo de costos, lo que en buena cuenta quiere decir que el riesgo de demanda corresponde a la entidad, pero el riesgo del servicio lo asume el operador privado especializado. Adicionalmente, durante la vigencia de los contratos, el operador privado mantiene el derecho de uso y usufructo de la infraestructura, luego del cual pasará

automáticamente a ser propiedad de EsSalud.<sup>19</sup>

En cuanto al esquema de la contraprestación, estos tres contratos manejan el RPI-inf (Retribución por inversión en infraestructura), RPI-equ (Retribución por inversión de equipamiento), RPO (Retribución por operación y mantenimiento). Al respecto, el artículo 3 de nuestro actual Decreto Legislativo N° 1362° recoge como principio la generación de valor por dinero en las fases de desarrollo de las APP es responsabilidad del Órgano Promotor de la Inversión Privada (OPIP) o de la entidad pública titular del proyecto y puede darse de manera no limitativa al momento de establecer mecanismos de pago vinculados a la prestación del servicio y/o disponibilidad de la infraestructura. Así pues, en buena cuenta, nuestro régimen se acoge la operatividad de la APP a efectos de condicionar la contraprestación al privado (pago por disponibilidad).<sup>20</sup>

En cuanto a los contratos vigentes de APP en salud, podemos observar que el esquema acogido contempló la retribución por la infraestructura (construcción), equipamiento, y finalmente, la operación. Al respecto, debemos tener presente que estos contratos fueron suscritos el 2010 atendiendo a la necesidad de contar no solo con infraestructura hospitalaria, sino también con la garantía de su operación con altos estándares de calidad, ello debido a que la salud es un servicio público. Si bien es cierto, nuestro actual régimen de APP busca que la contraprestación amerite la operatividad de la infraestructura, hay que tener presente la alta complejidad de contar con instalaciones hospitalarias para la atención a los usuarios, razón que justificaría el esquema de retribución por infraestructura (RPI-inf) y equipamiento (RPI-equi).

Como un factor propio de los contratos de asociaciones público privadas, tenemos que las controversias podrán ser dilucidadas a través de dos mecanismos. El primero, como consecuencia de un trato directo, siendo que en caso no se logre un consenso, se optará por

---

<sup>19</sup> BRAVO ORELLANA, Sergio. “Asociaciones público privadas en el sector salud” Lima: Revista Círculo de Derecho Administrativo de la Pontificia Universidad Católica del Perú. Tomo No 13. 2013, pág. 136

<sup>20</sup> BENAVENTE, Patricia; ESCAFFI, José; SEGURA, Alonso y José TÁVARA. “Las Alianzas Público-Privadas (APP) en el Perú: Beneficios y riesgos” Lima: Tarea Asociación Gráfica Educativa. Noviembre 2017, pp. 58

el arbitraje. Evidentemente estos mecanismos de solución de controversia buscan que los mismos sean resueltos en atención a la especialidad y complejidad de la materia.

## **5.2. ¿Resulta oportuna la implementación de asociaciones público privadas en el sector salud?**

En el apartado 4.3. del presente artículo se identificó la situación actual de la infraestructura del sector salud, obteniendo que existe una grave brecha. En efecto, de los ocho mil setecientos veintitrés (8723) establecimientos de salud del primer nivel de atención tenemos que seis mil setecientos ochenta y cinco (6785) se encuentran con capacidad instalada inadecuada, lo cual representa el 77.78% de la totalidad de los establecimientos de salud. Este mismo escenario podemos encontrar respecto a la infraestructura hospitalaria debido a que de los doscientos cuarenta y tres (243) hospitales a nivel nacional, se tiene que ciento veinticuatro (124) se encuentran con inadecuada capacidad, que representa el 51%.

Frente a esta innegable realidad, cabe cuestionarse si los mecanismos clásicos de contratación pública (en la cual, una vez concluida la obra, la gestión será efectuada por la Administración Pública) son los mecanismos idóneos para dotar de salud a la comunidad. En efecto, el mecanismo clásico empleado por las entidades del sector salud para la dotación de infraestructura lo encontramos en la Ley N° 30225 “Ley de Contrataciones del Estado”; sin embargo, consideramos oportuno abrir el debate respecto a la utilización de otros mecanismos reconocidos por nuestro régimen jurídico que permitan dotar de mayor eficiencia y dinamismo en la provisión del servicio público de salud.

Si bien es cierto actualmente nuestro régimen jurídico cuenta con un abanico interesante como lo resulta lo regulado en la Ley N° 29230 “Ley que Impulsa la Inversión Pública Regional y Local con Participación del Sector Privado”, más conocida como “Obras por Impuesto”; así como los denominados “Proyectos en Activos” regulado en el Decreto Legislativo N° 1362; lo cierto es que el mecanismo de Obras por Impuesto no involucra la gestión/administración del servicio por parte del privado; y, respecto a los Proyectos en Activos, éstos han sido diseñados como una alternativa de explotación de los activos de las

entidades públicas (como lo son los predios, acudiendo a su arrendamiento, derecho de superficie, etc.)

Así pues, estos mecanismos tienen una visión diferente de explotación de infraestructura lo cual es plenamente saludable porque permite a las entidades poder recurrir a ellas en caso se requiera una explotación de infraestructura. Sin embargo, hablar de prestación de salud es referirnos a un servicio público que debe acarrear la mayor de las diligencias en cuanto a su prestación por parte de las autoridades.

Frente a este escenario, consideramos como alternativa real a las asociaciones público privadas las cuales se erige como el mecanismo que podría dotar de calidad y eficiencia al momento de la prestación del servicio de salud, y ello debido a que la gestión de la misma se encontraría a cargo de sociedades operadoras especializadas en la materia (que es, en buena cuenta, el objetivo). No debemos olvidar que la gran diferencia entre la obra pública tradicional y las asociaciones público privadas la encontramos en la gestión y es que en la obra pública la gestión se realizará de manera directa (entidad pública), mientras que en las APP la gestión es indirecta (a través de un operador privado elegido luego de licitarlo).

Actualmente la entidad que ha venido recurriendo al mecanismo de las APP es EsSalud la cual cuenta con cuatro (04) contratos de este tipo, bajo un esquema de retribución por inversión en infraestructura, equipamiento, operación y mantenimiento; sin embargo, resulta necesario que las demás entidades que también cuentan con competencias en el sector salud como lo son las Fuerzas Armadas, Policía Nacional del Perú, Gobiernos Regionales y los Gobiernos Locales, opten por recurrir a este mecanismo, previo análisis y motivación del costo/beneficio de su decisión.

No debe perderse de vista que, si bien nuestro régimen permite la libre iniciativa privada, también es cierto que un Estado Garante cuenta con herramientas como la fiscalización. Así pues, esta última actividad viene siendo desempeñada, en buena medida, por la Superintendencia Nacional de Salud – SUSALUD. Además, los propios contratos de

asociaciones públicas privadas cuentan con apartados de control de calidad, caso contrario se puede aplicar las penalidades correspondientes.

## VI. CONCLUSIONES

- El sector salud cuenta con altos índices de brecha de infraestructura, identificándose que el 77.78% de la totalidad de los establecimientos de salud del primer nivel de atención, y el 51% de la totalidad de la infraestructura hospitalaria, carecen de capacidad instalada adecuada.
- Tradicionalmente las entidades administrativas han recurrido a la contratación de obra pública como el mecanismo para dotar de infraestructura al sector de salud; sin embargo, la pandemia originada por el Covid-19 ha llevado a considerar la necesidad de recurrir a modalidades alternativas para la prestación del servicio de salud. Frente a esta realidad, resulta razonable optar por las asociaciones público privadas toda vez que esta modalidad permite una gestión indirecta por parte del sector privado especializado, garantizándose no solo una infraestructura, sino la prestación del servicio de salud bajo estándares de calidad y accesibilidad.
- A pesar de la rectoría del Ministerio de Salud, existen entidades con competencia en el sector (EsSalud, Fuerzas Armadas, Policía Nacional del Perú, Gobiernos Regionales y Locales), lo cual puede dificultar la aplicación homogénea de las políticas públicas, especialmente al momento de dotar de infraestructura y una prestación de calidad del servicio de salud. Queda a discrecionalidad de las entidades competentes recurrir a las asociaciones público privadas para dotar de infraestructura y prestación en salud, previo análisis del mismo.
- Recurrir a las asociaciones público privadas no implica que el Estado desconozca sus labores de supervisar la calidad de la prestación en salud. Así pues, se cuenta con la Superintendencia Nacional de Salud – SUSALUD que, en el marco de sus competencias fiscalizadoras y sancionadoras, es el organismo supervisor en materia de salud velando por el derecho de los usuarios de estos servicios.

## VII. BIBLIOGRAFÍA

### ASOCIACIÓN PARA EL FOMENTO DE LA INFRAESTRUCTURA NACIONAL - AFIN

2015 “*Plan Nacional de Infraestructura 2016 – 2025*”. Lima: Corporación Gráfica Impresing S.A.C.

### BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO – BID

2014 “*Conceptos generales y modelos. Serie de notas sobre asociaciones público privadas en el sector salud en América Latina.*” Nota Técnica No IDB-TN-714

2016 “*10 años de Asociaciones Público Privadas (APP) en salud en América Latina, ¿qué hemos aprendido?*” Nota Técnica No IDB-TN-1068

### BENAVENTE, Patricia; ESCAFFI, José; SEGURA, Alonso y José TÁVARA

2017 “*Las Alianzas Público-Privadas (APP) en el Perú: Beneficios y riesgos*” Lima: Tarea Asociación Gráfica Educativa.

### BRAVO ORELLANA, Sergio

2013 “*Asociaciones público privadas en el sector salud*” Lima: Revista Círculo de Derecho Administrativo de la Pontificia Universidad Católica del Perú. Tomo No 13

### CORPORACIÓN ANDINA PARA EL FOMENTO - CAF

2018 “*Asociación Público Privada en América Latina: Guía para Gobierno Regionales y Locales*”. Banco de Desarrollo de América Latina

### FERÁNDEZ RODRÍGUEZ, Tomás-Ramón.

2006 “*Discrecionalidad, arbitrariedad y control jurisdiccional.*” Palestra Editores: Lima

### INSTITUTO PERUANO DE ECONOMÍA - IPE

2020 “*Informe del Covid 19 en la economía peruana*”. Lima: Sexta Edición – Abril 2020

**MAIRAL. Héctor**

2005            “*La asignación de riesgos en la financiación privada de proyectos públicos.*”  
En: Revista Argentina del Régimen de la Administración Pública – Ediciones  
RAP. Buenos Aires.

**MARTIN TIRADO, RICHARD JAMES**

2001            “*El procedimiento administrativo general trilateral y su aplicación en la  
Nueva Ley del Procedimiento Administrativo General*” En: Revista Derecho  
Y Sociedad. Número 17

**O’NEIL DE LA FUENTE, Cecilia**

2008            “De las privatizaciones a las asociaciones público privadas.” Lima: Ius Et  
Veritas, Tomo No 37. 2008

**PROGRAMA DE LAS NACIONES UNIDAS PARA EL DESARROLLO - PNUD**

2020            “*Covid 19 y el shock externo: Impactos económicos y opciones de política en  
el Perú*”. EE.UU: Covid 19 – serie de documentos de Política Pública.

**PROINVERSIÓN**

2018            “*Portafolio de proyectos 2020 - 2021*”. Lima.

**QUIJANO CABALLERO, ÓSCAR ÍTALO**

2015            “*Potestad sancionadora en materia de salud*” En: Revista Derecho Y  
Sociedad. Número 45

**SANTOFIMIO GAMBOA, Jaime**

2010            “*El Contrato de Concesión de Servicios Públicos. Coherencia con los  
postulados del Estado Social y Democrático de Derecho en aras de su  
estructuración en función de los Intereses Públicos*”. Universidad Carlos III.,  
Madrid

**SÁNCHEZ POVIS, Lucio Andrés**

2020            “*La fiscalización administrativa en el ordenamiento peruano: de la  
heterogeneidad a la regulación común*”. Lima: Revista IUS ET VERITAS de  
la Pontificia Universidad Católica del Perú. Tomo No 60

## **SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD**

2020 “Boletín Estadístico - Segundo Trimestre de 2020.”

### **ZEGARRA VALDIVIA, Diego**

2005 “*Concesión administrativa e iniciativa privada.*” En: Themis N° 39. Lima

2012 “*Del servicio público a los servicios de interés genera: La evolución del service public.*” En: CDA N° 12. Lima, 2012, pág. 14-18

