

Estudio de Caso Asociación Pública Privada Hospital III Alberto Barton-Callao y su Centro de Atención Primaria de la Red Asistencial Sabogal de EsSalud

BETHSABÉ ANDIA PEREZ

Octubre, 2020

Documentos de Discusión de DAWN #30

DRAFT for discussion

© 2020 DAWN bajo una licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0).

Este artículo es parte de un esfuerzo de investigación internacional de autoras feministas del Sur Global. Los Documentos de Discusión de DAWN están destinados a generar un amplio debate y discusión de análisis en curso bajo los diferentes temas en los que trabaja DAWN. Los documentos están disponibles antes de su finalización como parte de nuestra misión de informar, trabajar en red y movilizar. Los comentarios y sugerencias son bienvenidos y pueden enviarse a info@dawnnet.org.

Este documento se puede utilizar libremente sin modificaciones y con referencias claras al autor y a DAWN.

Bethsabé Andia Perez. 2020. Estudio de Caso Asociación Público Privada Hospital III Alberto Barton-Callao y su Centro de Atención Primaria de la Red Asistencial Sabogal de EsSalud. DAWN. Suva (Fiji).

ESTUDIO DE CASO
ASOCIACIÓN PÚBLICO PRIVADA HOSPITAL III ALBERTO BARTON-
CALLAO Y SU CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA RED
ASISTENCIAL SABOGAL DE EsSalud.

BETHSABÉ ANDÍA PÉREZ

Índice

Lista de cuadros y gráficos

Siglas y acrónimos

Resumen

Introducción

Capítulo 1 Contexto.

Capítulo 2 Marco legal y regulatorio.

Capítulo 3 Principales actores.

Capítulo 4 Características de la APP NHB.

Capítulo 5 Impacto de la APP NHB en los DDHH y Género.

Capítulo 6 Transparencia.

Capítulo 7 Resistencia.

Referencias bibliográficas.

Notas.

Lista de cuadros

- Cuadro N°1.1 Modalidades de Ejecución de los proyectos priorizados en el Plan Nacional de Infraestructura para la Competitividad.
- Cuadro N°1.2 Proyectos APP en el Sector Salud al 2020
- Cuadro N°2.1 Tipo de proyectos APP
- Cuadro N°3.1 Sistema Nacional de Promoción de la Inversión privada
- Cuadro N°4.1 Resumen acuerdos Adenda N°2
- Cuadro N°5.1 Observaciones a los estándares mínimos e indicadores
- Cuadro N°5.2 Indicadores de satisfacción que no cumplen las metas
- Cuadro N°5.3 Indicadores de calidad que no cumplen las metas
- Cuadro N°5.4 Indicadores de resultados que no cumplen las metas

Lista de gráficos

- Gráfico N°3.1 Participación del Ministerio de Economía en el Sistema Nacional de Promoción de la Inversión Privada
- Gráfico N°3.2 Organigrama PROINVERSION
- Gráfico N°3.3 Monto de inversión en APP adjudicado por sector. De enero 2008 a diciembre 2018.
- Gráfico N°3.4 Número de proyectos APP adjudicados por sector. De enero 2008 a diciembre 2018.

Siglas y Acrónimos

AFIN	Asociación para el Fomento de la Infraestructura
APP	Asociación Público Privada
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
BM	Banco Mundial
CGTP	Confederación General de Trabajadores del Perú
CONFIEP	Confederación Nacional de Instituciones Empresariales Privadas
COPRI	Comisión de Promoción de la Inversión Privada
CPIP	Comité de Promoción de la Inversión Privada de EsSalud
CPISS	Comité de Promoción de Infraestructura y Servicios de Salud
CR	Certificado de Reconocimiento de Derechos Irrevocables
DL	Decreto Legislativo
DS	Decreto Supremo
EPS	Entidades Prestadoras de Salud
EsSalud	Seguro Social de Salud
FED-CUT	Federación Centro Unión de Trabajadores del Seguro Social de Salud del Perú
FMI	Fondo Monetario Internacional
FOMIN	Fondo Multilateral de Inversiones
FONAFE	Fondo Nacional de Financiamiento de La Actividad Empresarial del Estado
FONCEPRI	Fondo de Promoción de La Inversión Privada en las Obras Públicas de Infraestructura y de Servicios Públicos
FOROSALUD	Foro de la Sociedad Civil en Salud
IGV	Impuesto General a las Ventas
INDES	Instituto Interamericano de Desarrollo Económico y Social
INVIERTE.PE	Sistema Nacional de Programación Multianual y Gestión de Inversiones
IPRESS	Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Privadas
IPSS	Instituto Peruano de Seguridad Social
MEF	Ministerio de Economía y Finanzas
MINJUS	Ministerio de Justicia y Derechos Humanos
MINSALUD	Ministerio De Salud
MMM	Marco Macroeconómico Multianual
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos
OCI	Órgano de Control Interno
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PNIC	Plan Nacional de Infraestructura para la Competitividad
PROINVERSIÓN	Agencia de Promoción de la Inversión Privada
PROMCEPRI	Comisión de Promoción de Concesiones Privadas
RPI	Retribución por Inversiones
RPO	Retribución por Operaciones
RPS	Retribución por el Servicio
SINAMES	Sindicato Nacional de Médicos de EsSalud
SINAMSSOP	Sindicato Nacional Médico del Seguro Social del Perú
SINESSS	Sindicato Nacional de Enfermeras del Seguro Social de Salud
SNPIP	Sistema Nacional de Promoción de la Inversión Privada
SO	Sociedad Operadora
SUTACAS	Sindicato Unido de Trabajadores Asistenciales Callao Salud
TUO	Texto Único Ordenado
UIT	Unidad Impositiva Tributaria
USAID	United States Agency for International Development

El presente estudio de caso, describe el proceso de privatización del Estado, desde la década de los 90, así como el sistema institucional desarrollado con la asesoría de los organismos internacionales, con la finalidad de promover la implementación de las Asociaciones Público Privadas (APP) como solución al déficit de infraestructura en el país. Analiza a profundidad la APP Hospital Alberto Barton-Callao y su Centro de Atención Primaria de La Red Asistencial Sabogal de EsSalud, que se encuentra actualmente en operación, observando que es un proyecto complejo, que no ha sido negociado adecuadamente, pues existen vacíos en el contrato en relación al nivel del establecimiento, la definición de los servicios, la periodicidad para el seguimiento a los indicadores y para su modificación, entre otros; además se han firmado adendas que perjudican a EsSalud, con serios indicios de corrupción.

En relación a la transparencia se evidencia que no se ha consultado a los actores principales —ni al interior, ni al exterior de EsSalud—, que no se han publicado los documentos que sustentan las decisiones tomadas en cuanto al contrato, ni a las adendas. Tampoco se están publicando los reportes de supervisión que permitan la veeduría ciudadana.

Esta situación, incrementa la tensión entre los intereses de la empresa operadora —por obtener tantos beneficios como le sea posible—, y EsSalud que debe velar por los intereses de los usuarios. Impactando en la calidad de los servicios que estos deben recibir, pues la empresa viene incumpliendo las metas referidas a los indicadores de calidad y resultados, afectando sobre todo la salud de las mujeres, e infringiendo los derechos laborales del personal, que en su mayoría son mujeres.

Se concluye que la APP Barton ha significado un costo mayor que la inversión y gestión pública directa, tanto en el financiamiento de la infraestructura como en el costo de operación de los servicios, que la retribución anual que pagará EsSalud durante 30 años, no corresponde a los servicios que brinda, comprometiendo la inversión en la atención de otros servicios de salud.

Frente a ello el movimiento social y sindical sigue resistiendo para evitar la implementación de las APP y la privatización de los servicios públicos, con la finalidad de garantizar servicios de calidad para la población en su conjunto.

Introducción

El objetivo del estudio, es brindar evidencias sobre la APP del Nuevo Hospital III Alberto Barton y su Centro de Atención Primaria, de la Red Asistencial Sabogal de EsSalud (APP Alberto Barton), esto desde un marco analítico interseccional feminista, que posibilite prevenir y resistir el impacto negativo de las APP en los derechos humanos de las mujeres y de los sectores sociales menos favorecidos.

Considerando la precaria situación del sector salud, es de suma importancia analizar los impactos de las APP en este sector, y así garantizar el derecho a la salud de las mujeres y la población en su conjunto.

El estudio parte de una revisión general del contexto en el que se promueven las APP –la evolución del marco legal, los principales actores–, para luego pasar a concentrarse en las características de la APP Barton, su implementación y repercusión en los derechos humanos de las mujeres y de los sectores sociales menos favorecidos, seguidamente se analiza la transparencia en el proceso de selección hasta su implementación, para finalizar en el análisis de la resistencia, que se ha dado en el proceso por parte de las organizaciones sociales.

Capítulo 1 Contexto

1.1 Antecedentes

Los países de América Latina, a inicios de los años noventa, adoptaron un sistema económico de mercado, implementando programas de estabilización macroeconómica y reformas estructurales, estas medidas tenían como objetivo –declarado desde la perspectiva del Consenso de Washington– generar las condiciones para el crecimiento sostenido de la economía sobre la base de la inversión privada, así como reinsertar a los países de la región en el mercado financiero internacional.

En el caso del Perú, las medidas mencionadas fueron implementadas durante el gobierno de Alberto Fujimori (1990-2000). El programa de estabilización, se inició en agosto de 1990 sustentado en la política monetaria y la política fiscal. El proceso de reformas estructurales se inició en marzo de 1991, “comprendió la liberalización comercial, del mercado de capitales, del sistema financiero, y del mercado laboral” así como la reforma “de la actividad pública y de la gestión del gobierno”. (Otero, 2001, p.9). Es decir, se suprimieron las restricciones para la inversión extranjera, abriéndose la economía al comercio internacional, se desregularon los mercados y se privatizaron las empresas públicas.

El proceso de privatización se inició en septiembre de 1991 con la promulgación de la Ley de Promoción de la Inversión Privada en Empresas del Estado (D.L. 674). En la que se manifiesta que el crecimiento de la inversión privada debe promoverse en todos los ámbitos de la actividad económica nacional, que la actividad empresarial del Estado no ha arrojado, en conjunto, resultados positivos por lo que deben crearse las condiciones necesarias para el desarrollo y crecimiento de la inversión privada en el ámbito de las empresas del Estado, con el objeto de lograr la modernización, saneamiento y vigorización de las actividades a su cargo. A su vez se crearon los órganos promotores de la inversión privada: La Comisión de Promoción de la Inversión Privada (COPRI) y los Comités Especiales. Los mismos que posibilitaron la implementación de un ambicioso programa de privatizaciones.

El 8 de noviembre de 1991 se emite el D.L. 758, para la Promoción de las Inversiones Privadas en la Infraestructura de Servicios Públicos, en el marco de esta norma, el concepto de obras públicas, comprende, entre otros, obras de infraestructura de transportes, saneamiento ambiental, energía, salud, educación, pesquería, telecomunicaciones, turismo, recreación e infraestructura urbana. En tanto, el concepto de servicios públicos, se refiere, entre otros, al transporte público, saneamiento, telecomunicaciones, alumbrado público, así como servicios de educación, salud y recreación. El 21 de agosto de 1996 se publicó el D.L. 839 que aprueba la Ley de Promoción de la Inversión Privada en Obras Públicas de Infraestructura y de Servicios Públicos por la cual se declara de interés nacional la promoción de la inversión privada en el ámbito de las obras públicas de infraestructura y de servicios públicos, bajo la modalidad de Concesión. Creándose la Comisión de Promoción de Concesiones Privadas (PROMCEPRI), quien asume todas las competencias para la entrega en concesión de las obras públicas de infraestructura y de servicios públicos. A su vez se crea el Fondo de Promoción de la Inversión Privada en las obras públicas de infraestructura y de servicios públicos (FONCEPRI), para así financiar las actividades propias del otorgamiento de concesiones.

La privatización de empresas públicas, constituyó un componente primordial en el programa de reformas estructurales en búsqueda de la modernización de la economía, "fue concebida como una herramienta a través de la cual el Estado trasladaría al sector privado la iniciativa productiva y empresarial" y así supuestamente, conseguir una mayor eficiencia en la asignación de recursos y en la producción de bienes y servicios (Ruiz, 2002, p.10).

El rol subsidiario del Estado se consolidó en la nueva Constitución promulgada en 1993, en cuyo Régimen Económico se establece que "Sólo autorizado por ley expresa, el Estado puede realizar subsidiariamente actividad empresarial, directa o indirecta, por razón de alto interés público o de manifiesta conveniencia nacional. La actividad empresarial, pública o no pública, recibe el mismo tratamiento legal." (Art. N° 60).

Además, para facilitar la inversión privada se dieron diversos instrumentos normativos, como los contratos ley, en virtud de los cuales el Estado establecía garantías y otorgaba seguridad a los inversionistas, impidiendo que el Estado implemente cambios radicales en las políticas tributarias y regulatorias, que pudieran implicar un mayor costo en los proyectos de inversión.

Al inicio de la década de los noventa, el Estado tenía una importante intervención en diferentes sectores de la economía, asumiendo el papel de empresario en casi todas las actividades económicas. Su participación abarcaba a 186 empresas, de las cuales 135 eran no financieras y 51 estaban ligadas al sistema financiero. (Otero, 2001, p.17).

El proceso de privatizaciones, significó el retiro del Estado en importantes sectores productivos, y la reducción de su participación en otros.

Una década después de haberse iniciado el proceso de privatización de empresas públicas en el Perú, se detectó que "algunas fueron vendidas a precios subvaluados, que en ciertos casos la privatización no se justificaba, que estuvo mal concebida y, que los recursos que se obtuvieron por su venta no tuvieron los destinos adecuados" (Ruiz, 2002, p. 9). Además, que no se había logrado la eficiencia en los sectores privatizados por lo que se había incumplido con el principio que las justificaba. (Ruiz, 2002).

Pese a ello, todos los gobiernos posteriores –Toledo, García, Humala, Kuczynski–, incluido el actual de Vizcarra, continuaron con la política de promover y facilitar dicho proceso, con especial énfasis en las inversiones que estaban ligadas a la concesión de obras de

infraestructura y servicios públicos, perfeccionando los instrumentos legales para facilitar su implementación, como se puede ver en el Compendio de legislación de Promoción de la Inversión Privada (Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, 2012) y en las normas legales posteriores.

1.2 La política económica y las APP

La política económica peruana, mantiene desde la década de los 90, la tendencia internacional que busca reducir la participación del Estado en la economía. De acuerdo con ello uno de sus principales instrumentos de política pública es la Política Nacional de Promoción de la Inversión Privada en APP y Proyectos de Activos (Ministerio de Economía y Finanzas (MEF), 2016) –formulada a finales de la gestión de Ollanta Humala (2011-2016),–, la cual tiene como objetivo fomentar la participación del sector privado en las modalidades de APP y Proyectos en Activos, para supuestamente, contribuir de manera eficiente al cierre de la brecha de infraestructura pública existente en el país, lograr la mejora del alcance y la calidad de los servicios públicos, la dinamización de la economía nacional, la generación de empleo productivo, y así alcanzar la tan ansiada competitividad del país.

“Para ello el Estado debe generar las condiciones adecuadas a nivel político, normativo, institucional, social y económico, entre otras que favorezcan el cumplimiento de los objetivos” de la política mencionada (MEF, 2016, p.2), lo cual profundiza el proceso de privatización del gasto público puesto en marcha desde el MEF.

En este contexto, los lineamientos de la política económica establecidos en el Marco Macroeconómico Multianual¹ (MMM) 2020-2023, (MEF, 2019a), para alcanzar un crecimiento económico sostenido, se basan en el impulso a las inversiones, la competitividad y la productividad, en línea con las principales prácticas internacionales, con lo que se busca que el Perú se encamine a ser miembro de la OCDE.

En consecuencia, el impulso del PBI se dará principalmente fortaleciendo el dinamismo de la inversión privada, uno de cuyos pilares es el Plan Nacional de Infraestructura para la Competitividad (PNIC) (MEF, 2019c), en el cual se han priorizado 52 proyectos de infraestructura por un monto de 30,060 millones de dólares. Donde el 66% de la inversión se realizará bajo la modalidad de las APP (ver cuadro N°1.1).

Además, se han aprobado normas para mejorar el marco normativo de las APP y las obras por impuestos, constituyéndose comités de seguimiento para asegurar la ejecución de grandes proyectos de inversión. Adicionalmente la Agencia de Promoción de la Inversión Privada (PROINVERSIÓN) viene aplicando medidas para incentivar la inversión privada como los convenios de estabilidad jurídica, el reintegro tributario y la recuperación anticipada del Impuesto General a las Ventas (IGV). (MEF, 2019a). En sus 21 años de existencia PROINVERSIÓN (n.d.) ha realizado procesos que han significado más de 50,000 millones de dólares en contratos de inversión.

A su vez los lineamientos de la política fiscal del MMM (MEF, 2019a), contemplan mejorar el proceso de gestión de la inversión pública, y así reducir las brechas de infraestructura. Para lo cual se han aprobado normas en el Sistema Nacional de Programación Multianual y Gestión de Inversiones (conocido como INVIERTE.PE)² así como en los sistemas de las APP y Obras por Impuestos, las cuales buscan agilizar procesos, reducir tiempos, aumentar la eficiencia y la calidad de los proyectos, y “se continuará promoviendo la participación del sector privado mediante la optimización del Sistema Nacional de Promoción de la Inversión privada y Obras por impuestos”. (MEF, 2019a, p.10)

Cuadro N° 1.1

MODALIDADES DE EJECUCIÓN DE LOS PROYECTOS PRIORIZADOS EN EL PLAN NACIONAL DE INFRAESTRUCTURA PARA LA COMPETITIVIDAD

MODALIDAD DE EJECUCIÓN		PROYECTOS	INVERSIÓN (US \$ Millones)*	%
Asociaciones Público Privadas	Autofinanciado	18	6,032	20 %
	Cofinanciado	11	13,729	46 %
Obra Pública		17	9,320	31 %
Proyectos Activos		6	980	3%
TOTAL		52	30,060	100 %

(*) Tipo de cambio utilizado 3.3 soles.

Adaptado del Plan nacional de Infraestructura para la Competitividad (MEF, 2019c, p.41)

Elaboración propia.

Los proyectos APP adjudicados por sector, se han centrado en energía, transporte, comunicaciones y saneamiento. Al igual que los que se han priorizado en el PNIC, cuyos criterios de priorización se basan en la competitividad, el crecimiento y el desarrollo social en términos productivos (MEF, 2019d). Sin contemplar los impactos en las brechas de género,³ ni la política económica, ni la política nacional de productividad y competitividad contemplan disminuirlas.

1.3 El sector salud y las APP

La reforma de salud en los años 90 se dio como parte de la reforma general o proceso de modernización del Estado (Mesa-Lago, 2005) "se expresó sectorialmente con la formulación de los Lineamientos de la Política de Salud 1995-2000" (OPS, 2002, p. 3) en los cuales se plantea que "el Estado debe garantizar el suministro de servicios básicos de salud y que el desarrollo humano, incluida la salud, es una responsabilidad social que abarca a los sectores público y privado" (MINSA, 1998, p. 31). En ese sentido se plantea la reformulación de la relación Estado-sociedad civil, hacia una relación de complementariedad y competencia entre los servicios de salud estatales, de la seguridad social y privados, para un mayor acceso y mejor atención a la población. Para lo cual es "imperativo la Reforma del Sector Salud. Ello implica aceptar y enfrentar con eficacia el desafío de hacer cambios que conduzcan hacia el pluralismo y la competitividad, removiendo regulaciones anacrónicas que reducen la potencialidad productiva del sector y construyendo nuevos modelos de financiamiento, gestión y prestación de servicios para lograr la equidad, eficiencia y calidad." (MINSA, 1998, p. 43).

Desde 1995 "la reforma fue administrada centralmente por las autoridades del Ministerio de Salud. El diseño de la reforma se basó en los principios orientadores contenidos en los "Lineamientos de Política Sectorial 1995-2000"; el financiamiento de las experiencias de campo y la implementación del proceso se dio a través de proyectos que contaron con apoyo financiero del BID, Banco Mundial, del Tesoro Público y de la cooperación técnica internacional." (OPS, 2002, p.5)

"El marco jurídico del sector se renovó el año 1997 con dos leyes" (OPS, 2002, p. 9), la Ley General de Salud (Ley 26790) que establece la responsabilidad del Estado en la provisión de servicios de salud pública y en la promoción del aseguramiento universal y progresivo, y la Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud (Ley 26790) que introduce nuevas formas de atención a los beneficiarios de la Seguridad Social con la participación de proveedores privados.

En dicha ley, se entiende por "Entidades Prestadoras de Salud (EPS), a las empresas e instituciones públicas o privadas distintas del IPSS⁴ cuyo único fin es el de prestar servicios de atención para la salud, con infraestructura propia y de terceros" (Art.13). Asimismo, las entidades empleadoras, pueden otorgar coberturas de salud a sus trabajadores en actividad, mediante servicios propios o a través de planes o programas de salud contratados con las EPS, y así gozar de un crédito respecto a sus aportaciones.

Posteriormente se han dado otras estrategias para la participación del sector privado como la tercerización e intermediación de servicios, y más recientemente la contratación de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud privadas (IPRESS) en el marco de la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud (Ley N° 29344, 2009).

En este contexto, se han utilizado las APP como un mecanismo para ampliar la cobertura de servicios. En la actualidad existen en operación en el sector salud cuatro proyectos de APP, 3 gestionados por EsSalud y uno por el Ministerio de Salud (MINSa), ver cuadro 1.2.

Cuadro N°1.2

Proyectos APP en el Sector Salud al 2020

RESPONSABLE DE LA GESTIÓN	NOMBRE	TIPO DE PROYECTO	ALCANCE	AÑO ADJUDICACIÓN OPERACIÓN	DURACIÓN DEL CONTRATO
EsSalud	Hospital Callao y Red Sabogal	Iniciativa privada/Auto financiada	Diseño, construcción, equipamiento médico y atención integral con población asignada.	2010/ 2014	30 años de operación + 2 de construcción
EsSalud	H. V. M. T y Red Rebagliati	Iniciativa privada/Auto financiada	Diseño, construcción, equipamiento médico y atención integral con población asignada.	2010/ 2014	30 años de operación +2 de construcción
EsSalud	Red almacenes y farmacias	Iniciativa Privada/Auto financiada	Construcción de almacenes, remodelación de bodegas de hospitales y gestión logística de medicamentos e insumos.	2009/ 2012	10 años operación +3m puesta en marcha
MINSA	Gestión del Instituto Nacional del Niño – San Borja	Publicación cofinanciada	Mantenimiento: de la edificación, instalaciones. Equipamiento clínico y no clínico. Operación y mantenimiento de los servicios generales y los servicios de Apoyo al Diagnóstico. Servicio de Asistencia técnica de adquisición.	Julio 2014/ Oct.2014	10 años operación +3m puesta en marcha +15d Verificar inventario

Fuente: EsSalud, MINSA.
Elaboración propia.

Capítulo 2 Marco legal y regulatorio de las APP.

Como habíamos mencionado anteriormente, fue a inicios de la década del 90, durante el gobierno de Fujimori, que se dio todo un marco normativo que posibilitó un fuerte incentivo a la promoción de la inversión privada en el ámbito del Estado, que continuó con los gobiernos posteriores, incluido el actual, siendo desde entonces el marco legal en que se vienen desarrollando las APP.

Sin embargo, la publicación del D.L. 1012 (2008), marca un hito dado que se aprueba específicamente la Ley marco de Asociaciones Público Privadas, para la participación del sector privado en la operación de la infraestructura pública o la prestación de servicios públicos con la finalidad de viabilizar su implementación, generar empleo productivo y mejorar la competitividad del país.

En dicho D.L. se definió las APP como "modalidades de participación de la inversión privada en las que se incorpora experiencia, conocimientos, equipos, tecnología, y se distribuyen riesgos y recursos, preferentemente privados, con el objeto de crear, desarrollar, mejorar, operar o mantener infraestructura pública o proveer servicios públicos." (Art.3)

A su vez se clasificó a las APP como autosostenibles y cofinanciadas. Las autosostenibles son las que demandan una mínima o nula garantía financiada por parte del Estado y cuyas garantías no financieras tienen una probabilidad nula o mínima de demandar el uso de recursos públicos. Las cofinanciadas son las que requieran del cofinanciamiento o del otorgamiento o contratación de garantías financieras o garantías no financieras que tengan una probabilidad significativa de demandar el uso de recursos públicos. (Art.4)

De tal manera que las APP según la modalidad de financiamiento y origen de la iniciativa pueden ser de cuatro tipos como se muestra en el cuadro N°2.1.

Cuadro N°2.1

TIPOS DE PROYECTOS APP		
CLASIFICACIÓN		
ORIGEN	Iniciativa Estatal / Autofinanciada	Iniciativa Estatal/ Cofinanciada
	Iniciativa Privado / Autofinanciada	Iniciativa Privada / Cofinanciada

Fuente: D.L. 1012, 2008.
Elaboración propia.

También se establecieron los principios bajo los cuales se debían desenvolver los proyectos bajo la modalidad de APP:

- Valor por dinero. Establece que un servicio público debe ser suministrado por aquel privado que pueda ofrecer una mayor calidad a un determinado costo o los mismos resultados de calidad a un menor costo.
- Transparencia. Establece que toda la información cuantitativa y cualitativa que se utilice para la toma de decisiones durante las etapas de evaluación, desarrollo, implementación y rendición de cuentas de un proyecto, deberá ser de conocimiento ciudadano, bajo el principio de publicidad establecido en el artículo 3 del Texto Único Ordenado de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública (D.S.N°043-2003-PCM).
- Competencia. Establece que se deberá promover la búsqueda de la competencia a fin de asegurar eficiencia y menores costos en la provisión de infraestructura y servicios públicos, así como evitar cualquier acto anticompetitivo y/o colusorio.
- Asignación adecuada de riesgos. Debe existir una adecuada distribución de los riesgos entre los sectores público y privado.

El D.L. 1012 es el que estuvo vigente durante el proceso de suscripción del contrato de la APP Barton, el cual en su Quinta Disposición Complementaria Final señala que EsSalud, en el marco de la autonomía que la ley le confiere, se encuentra facultado a promover, tramitar y suscribir contratos de APP con el objeto de incorporar inversión y gestión privada en los servicios que presta a los asegurados.

Posteriormente se han dado otras normas que afianzan la promoción de la inversión privada, como el Decreto Legislativo del Marco de Promoción de la Inversión Privada mediante Asociaciones Público Privadas y Proyectos en Activos (D.L. 1224, 2015) y su

Reglamento (DS N° 410-2015-EF).

El actual gobierno, dio el D.L. 1362 (2018) Asociación Público Privada y de Proyectos en Activos, por el cual se creó el Sistema Nacional de Promoción de la Inversión Privada (SNPIP), conformado por las entidades públicas pertenecientes al Sector Público No financiero (Art.2). Es decir, incluye al conjunto de entidades públicas del Gobierno Nacional, de los Gobiernos Regionales y los Gobiernos Locales y a las empresas públicas no financieras.

El SNPIP, es un sistema funcional para el desarrollo de las Asociaciones Público Privadas y de los Proyectos en Activos (Art.5.1.). Está integrado por principios, normas, procedimientos, lineamientos y directivas técnico normativas, orientados a promover y agilizar la inversión privada. (Art. 5.2)

Se ha perfeccionado el sistema para incrementar la inversión privada en todos los niveles de gobierno, pese a ello, en la legislación no existen mecanismos de evaluación y seguimiento de resultados, para saber si la modalidad de las APP es más adecuada que la inversión pública tradicional, ni para evaluar el impacto de los proyectos en los derechos ambientales, sociales ni en las brechas de género.

Asimismo, los principios son declarativos dado que no se dan los mecanismos adecuados para aplicarlos o se generan excepciones que debilitan su aplicación.

Por ejemplo, el Reglamento del D.L. 1362 (DS N° 240-2018-EF), establece un procedimiento simplificado para iniciativas estatales, cuya regla especial se centra en que la opinión del MEF se limita a la capacidad de pago del Estado, y a la verificación de la clasificación del proyecto. Este procedimiento se aplica a las APP cuyo costo total sea inferior a 15,000 Unidades Impositivas Tributarias (UIT), que para el 2018 significaban alrededor de 19 millones de dólares, monto superior al presupuesto anual de la mayoría de municipalidades distritales del país, con lo que en la práctica todas podrían llevarlo adelante, con controles débiles.

Como lo manifiestan varios autores, la debilidad de las organizaciones encargadas de manejar los procesos, las deficiencias del marco normativo, entre otros, han posibilitado que las APP sean un campo propicio para la corrupción, generando mayores costos económicos y políticos para la sociedad. (Alarco, 2015; Baca, 2017; Benavente, 2017; Alarco y Salazar, 2019).

De otro lado, en el sistema no existen mecanismos para incorporar la voz de las comunidades o las personas involucradas en la priorización y desarrollo de los proyectos, ni en el seguimiento de su ejecución. Atentando más bien contra sus derechos, ya que en las reglas procedimentales del D.L. 1362, se obliga a las entidades públicas titulares de los proyectos ejecutados bajo la modalidad de APP, a "iniciar tempranamente el proceso de identificación, adquisición, saneamiento, y expropiación de los predios y áreas necesarias y de respaldo para la ejecución del proyecto, así como la liberación de interferencias bajo responsabilidad" y se les faculta a "realizar los procesos de reubicación o reasentamiento que permitan la liberación y saneamiento de terrenos y predios para la implementación del proyecto" (Art.30).

3. Principales actores

Los principales actores son: a. el Estado, b. la empresa privada, c. los organismos internacionales y d. la sociedad civil.

- a. El Estado, regula y promueve la inversión privada mediante las APP y los proyectos en activos y ha generado un marco institucional transversal al conjunto de entidades públicas en todos los niveles de gobierno ver cuadro N°3.1

El SNPIP, está presidido por el Ministerio de Economía y Finanzas, quien establece la política de promoción de la inversión privada, cuyo ente rector es la Dirección General de Política de Promoción de la Inversión Privada, la cual establece los lineamientos y emite opinión vinculante (ver gráfico N°3.1); a su vez PROINVERSIÓN como entidad adscrita tiene por objeto promover la inversión privada mediante las APP, proyectos en activos y obras por impuestos, para su incorporación en servicios públicos, infraestructura pública, en activos, proyectos y empresas del Estado. En el gráfico N°3.2 se muestra la estructura de PROINVERSIÓN, cuyo Consejo Directivo está integrado por autoridades del más alto nivel.

Cuadro N°3.1

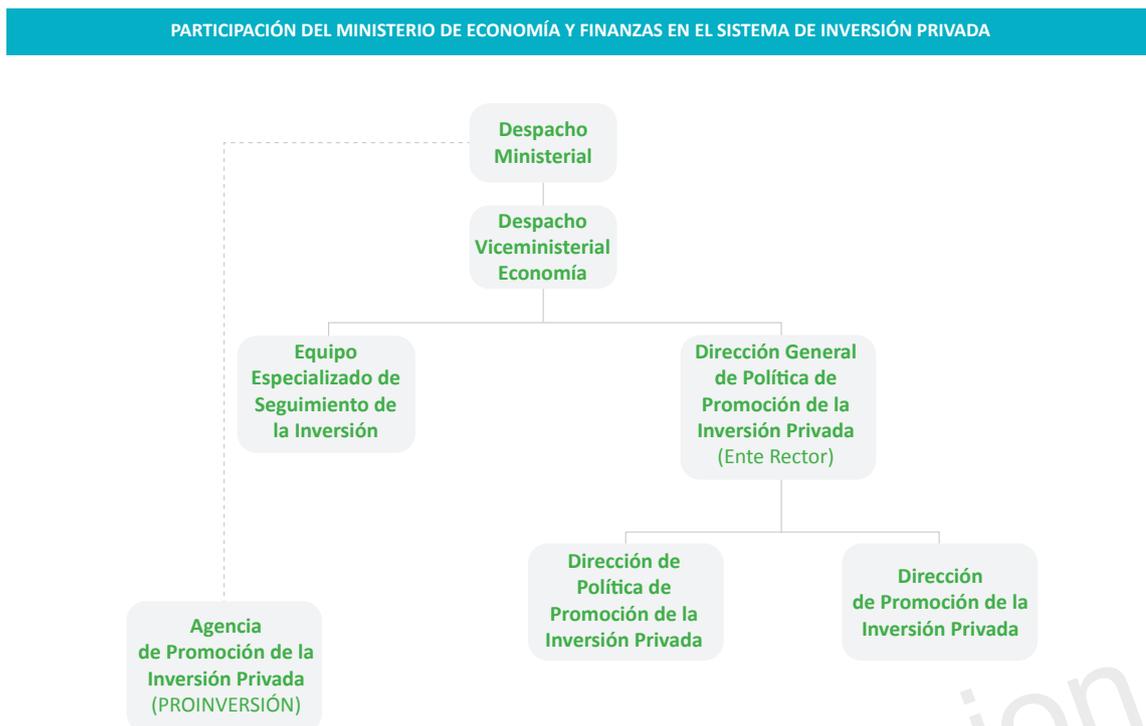
SISTEMA NACIONAL DE PROMOCIÓN DE LA INVERSIÓN PRIVADA		
CENTRAL	Ministerio de Economía y Finanzas La Agencia de Promoción de la Inversión Privada - PROINVERSIÓN Comités Especiales	Otras entidades públicas habilitadas mediante ley expresa Comité de Promoción de la Inversión Privada-CPIP Órgano especializado para la gestión de Proyectos>300,000 UIT*
	Los Ministerios Comité de Promoción de la Inversión Privada-CPIP Órgano especializado para la gestión de Proyectos>300,000 UIT	
	Los Organismos reguladores	
	La Contraloría General de la República, sin perjuicio de su autonomía y atribuciones legales	
REGIONAL	Gobierno Regional Comité de Promoción de la Inversión Privada-CPIP Órgano especializado para la gestión de Proyectos>300,000 UIT	
LOCAL	Gobierno Local Comité de Promoción de la Inversión Privada-CPIP Órgano especializado para la gestión de Proyectos>300,000 UIT	

(*) UIT 2020 Aprox. 1,265 US dólares.

Basado en el D.L. N° 1362, 2018; DS N°240-2018-EF

Elaboración propia

Gráfico N°3.1



Basado en: el Organigrama del MEF (2019b); D.L. N° 1362, 2018; DS N°240-2018-EF.
Elaboración propia

Gráfico N°3.2



Basado en PROINVERSIÓN, 2018, p25; D.L. N° 1362, 2018; DS N°240-2018-EF.
Elaboración propia

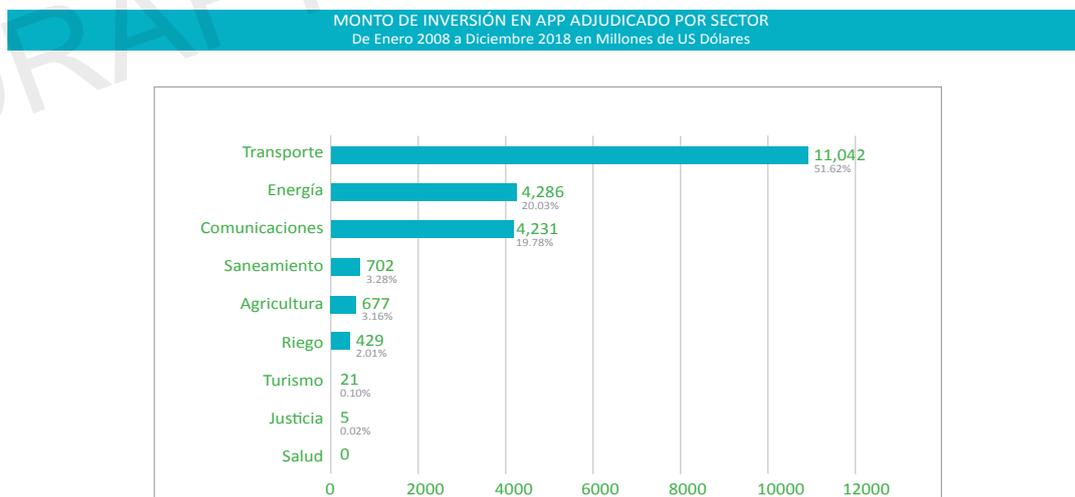
- b. La empresa privada, participa directamente en las licitaciones o proponiendo proyectos, en muchos de los cuales se ha recurrido a la corrupción:

Esta (...) incluye a todos los regímenes neoliberales de los últimos 25 años. Su principal medio han sido las asociaciones público privadas (APP) con el objetivo de lograr la asignación de la infraestructura y servicios públicos, permitir sobrecostos y acotar beneficios a los usuarios. (Alarco,2017).

Además, a través de los gremios empresariales, influye para que el Estado formule políticas que favorezcan la inversión privada en las APP. La Confederación Nacional de Instituciones Empresariales Privadas –CONFIEP, por ejemplo, promueve y difunde este tipo de inversiones. Este año la presidenta de la CONFIEP, María Isabel León, lideró la visita de embajadores de seis naciones acreditados en nuestro país, al Hospital de EsSalud Alberto Leopoldo Barton, donde resaltó que el sector privado, a través de las APP, puede contribuir a que el Estado brinde, con mayor dinamismo y calidad, los servicios que provee al ciudadano. (CONFIEP, 2020)

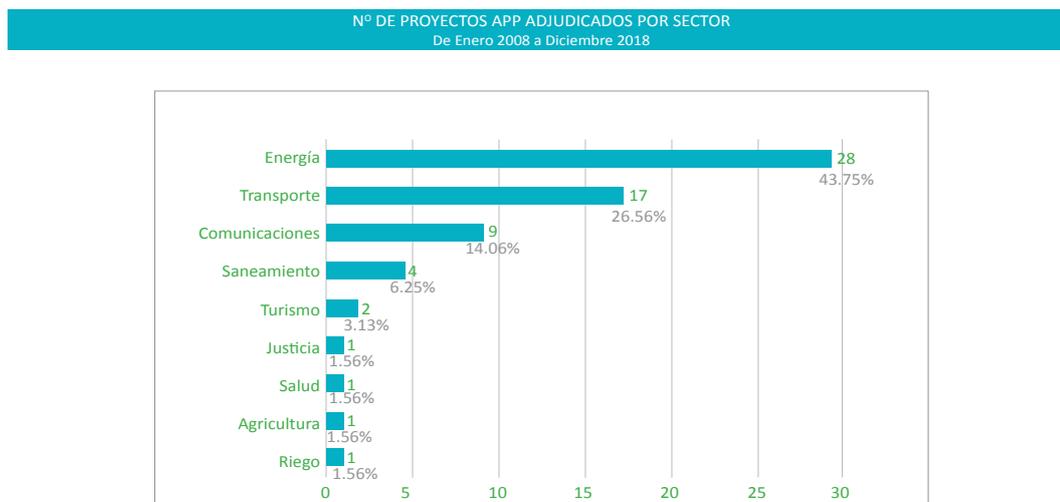
También orienta el tipo de sectores donde invertir, de acuerdo a sus intereses, las APP se han concentrado, en cuanto a montos invertidos y número de proyectos ejecutados, en transporte, energía y comunicaciones como puede verse en los Gráficos N°3.3 y N°3.4. Lo cual se ve reforzado en el Plan Nacional de Infraestructura 2016-2025 propuesto por la Asociación para el Fomento de la Infraestructura - AFIN (Bonifaz, J. et al.,2015).

Gráfico N°3.3



Adaptado de Estadísticas MEF (n.d.)
Elaboración propia

Gráfico N°3.4



Adaptado de Estadísticas MEF (n.d.)
Elaboración propia

c. Los organismos internacionales, que promueven y dan sustento teórico, técnico y financiamiento a las APP.

El Banco Mundial en su informe "Invertir en Salud" (1993) "sentó los principios básicos de las reformas y los nuevos sistemas. El FMI, la USAID y el BID, así como las aseguradoras/proveedoras y prepagas privadas, funcionarios de los gobiernos y académicos han contribuido a perfilar dichos principios." (Mesa-Lago, 2005, p. 35)

En el informe mencionado, el BM plantea un enfoque triple para mejorar las condiciones de salud en los países en desarrollo, primero fomentar políticas de crecimiento, segundo orientar el gasto público en salud a programas de bajo costo y alta eficacia, tercero facilitar mayor diversidad y competencia en el financiamiento y la prestación de servicios de salud. Por lo que recomienda que los gobiernos deberían financiar los servicios esenciales y el resto de servicios se podrían cubrir mediante financiamiento privado, por vía de los seguros privados o sociales. También recomienda fomentar la competencia y la participación del sector privado en la prestación de los servicios públicos de salud. En esa línea el BM asesoró la elaboración del Plan Maestro 2013-2021 de EsSalud que prioriza entre otros el uso de las APP para las nuevas inversiones y para la gestión de las unidades de salud. (EsSalud,2014)

El Banco Interamericano de Desarrollo (BID), por su parte considera que las APP son un mecanismo para desarrollar infraestructura y mejorar el acceso a los servicios en la Región. Sostiene, que el aprovechamiento de los beneficios de las APP por los países, depende en gran parte de una adecuada distribución y manejo de los riesgos asociados, así como de las contingencias asociadas para el Estado. Por este motivo, promueve el desarrollo de las capacidades institucionales de los gobiernos para la evaluación y gestión de estos riesgos (BID, n.d). El Perú es parte del Grupo de Manejo de Riesgos en APP, dedicado a generar un espacio de intercambio y cooperación entre los especialistas en financiamiento de naturaleza público-privada.

En el marco del desarrollo de capacidades el BID en conjunto con el Fondo Multilateral de Inversiones (FOMIN), el Instituto Interamericano de Desarrollo Económico y Social (INDES) y en coordinación con el MEF, desarrolló el curso Asociaciones Público Privadas en Perú: Análisis del Nuevo Marco Legal.⁵

El BID también promueve y financia la estructuración de proyectos, EsSalud ha recibido una asignación en el marco de su programa Regional de Asesoramiento para inversiones en APP, con la finalidad de desarrollar un proyecto de APP en la ciudad de Piura. (EsSalud, 2019)

La OCDE, instituyó el año 2014 el "Programa País" como instrumento para apoyar a economías emergentes en el diseño de sus reformas y el fortalecimiento de sus políticas públicas. El Perú lo suscribió en diciembre de dicho año, este programa, incluyó un conjunto de proyectos, que se llevaron a cabo en un plazo de dos años (2015-2016), con el fin de apoyar al Perú en su agenda de reformas, y mejorar sus políticas públicas en áreas prioritarias clave. El Programa implicó la inclusión de algunos instrumentos legales de la OCDE, como la Recomendación del Consejo sobre Principios para Gobernanza Pública de las Asociaciones Público Privadas⁶, la participación en los programas y los órganos de la OCDE, y la implementación efectiva de los estándares y buenas prácticas de la OCDE. (MEF, 2016). Las normas legales emitidas a partir del 2015 han apuntado a adecuarse a estos principios.

d. La sociedad civil, está representada en parte por los sectores académicos como las universidades y los centros de investigación, quienes proporcionan análisis y evidencias sobre las ventajas y desventajas de las APP, brindando además información sobre los casos de corrupción que se han generado, la difusión de estos hechos se ve más como un problema de corrupción de funcionarios y empresarios, antes que como un cuestionamiento a la promoción de la inversión privada por parte del Estado.

Otro sector muy importante de la sociedad civil, está compuesto por los movimientos sociales⁷, que denuncian y se oponen a las APP y a la privatización de los servicios públicos, lo que veremos con más detalle en el capítulo de resistencia.

Capítulo 4 Características de la APP Barton

4.1 Proceso

EsSalud (2008) aprobó su Plan Plan Estratégico 2008-2011 y su Plan Estratégico de Inversiones, luego debió realizar un análisis costo-beneficio para definir la modalidad de inversión y optar por una APP.⁸

El principio del valor por dinero, que es básico para determinar la conveniencia de utilizar una APP, no se aplicó porque según el reglamento del D.L. 1012 (D.S N° 146-2008-EF) el Comparador Público Privado (expresión numérica del valor por dinero) debía aplicarse a proyectos de más de 100,000 UIT, lo cual el año 2008 significaba proyectos de más de 112 millones de dólares, y la inversión proyectada referencial de la APP Barton ascendía a US \$39.9 millones.

En las iniciativas públicas, el Estado define las características de los bienes y servicios que deben ofertar los interesados, EsSalud en cambio utilizó la modalidad de iniciativa privada por la que se solicita a proponentes privados, presentar propuestas bajo un conjunto de requisitos. EsSalud publicó la invitación internacional el 26 y 30 de marzo

del 2008 y solo el consorcio BM3 SALUD integrado por cuatro empresas españolas (Ribera Salud S.A., Mensor Consultoría y Estrategia S.L., BM3 Obras y Servicios, Exploraciones Radiológicas Especiales ERESA) expresó su interés en participar, y desarrolló una propuesta que cumplía con los requisitos técnicos establecidos en las Bases y el Proyecto de Contrato.

El Consejo Directivo de EsSalud declaró de interés público la propuesta presentada por el consorcio, y esta fue publicada y difundida para que en el plazo de 90 días los terceros interesados puedan presentar sus expresiones de interés respecto a la ejecución del proyecto, debiendo acompañar a la solicitud de interés una carta fianza. Solo el consorcio BM3 SALUD se presentó para ejecutar el proyecto por lo que no hubo competencia. El 10 de febrero del 2009 el Consejo Directivo de EsSalud aprobó la adjudicación directa al consorcio BM3 SALUD.

Contrato e intervinientes

El contrato de APP del Nuevo Hospital III Callao y su Centro de Atención Primaria de la Red Asistencial Sabogal de EsSalud, fue suscrito el 31 de marzo del 2010, entre el Seguro Social de Salud-EsSalud y la empresa Callao Salud S.A.C. (EsSalud, 2010a).

EsSalud es un organismo público descentralizado, con personería jurídica de derecho público interno, adscrito al Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo, cuya finalidad es dar cobertura a los asegurados y sus derechohabientes, a través del otorgamiento de prestaciones que corresponden al régimen contributivo de la Seguridad Social en Salud. (Ley 27056, 1999)

Para el cumplimiento de sus fines, EsSalud, de acuerdo a su ley de creación, puede 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. (DS N°025-2007-TR)

La empresa Callao Salud S.A.C., en adelante Sociedad Operadora⁹ (SO) está conformada por siete empresas españolas (BM3 Obras y Servicios S.A, Ribera Salud S.A., Mensor Consultoría y Estrategia S.L., IBT Health, BM3 Iberosalud S.L., Exploraciones Radiológicas Especiales S.A, Ibérica de mantenimiento S.A.), el accionista mayoritario es IBT Salud que pertenece a IBT Group, grupo empresarial especializado en el desarrollo y ejecución de obras públicas, proyectos de equipamiento y en concesiones. (Callao Salud SAC, 2016)

Adendas

La SO solicitó modificaciones al contrato el 21 de febrero 2011, y luego de los procesos administrativos respectivos, la Oficina Central de Promoción y Gestión de Contratos de Inversiones emitió la conformidad a las modificaciones del contrato, firmándose la Adenda N°1 el 7 de abril de 2011. (EsSalud,2011). Las modificaciones aceptadas, benefician notoriamente a la SO, perjudicando inexplicablemente a EsSalud y al Estado peruano, entre las que figuran:

- La transferencia de propiedad de la infraestructura o equipamiento a EsSalud de manera automática a la emisión y entrega de cada CR RPI (Sección V), por la cual la SO evita pagar el impuesto temporal a los activos netos como lo establece la Ley 28424 (2004).
- En la sección VI de Régimen de bienes, se elimina el párrafo referido a que las mejoras que se hubieran realizado, quedarán a beneficio de EsSalud sin que la SO pueda exigir reembolso alguno por las mismas.
- En la sección XIV Garantías, se incluye el acápite por el cual la SO previa autorización de EsSalud podrá *ceder su posición contractual*, así como constituir algún gravamen

sobre el Derecho de Superficie.

- En la Sección XIX Resolución del contrato, se agrega un párrafo por el que en cualquier supuesto de resolución, se reconoce a la SO los gastos generales e inversiones realizadas, más el IGV aplicable.
Se modifica el acápite 19.21, eliminando el párrafo que indica que en ningún caso los montos reconocidos a la SO, serán considerados como un pago adicional al RPS, sino por el contrario que estos reemplazan al RPS.
Se modifica el acápite 19.22, eliminando el párrafo que indica que luego de la fecha de liquidación EsSalud emitirá una instrucción al fiduciario a fin de detener los desembolsos y proceder a liquidar el fideicomiso, y los adeudos que subsistan se pagarán en forma directa.
- En el anexo A se modifica el área del terreno donde se construirá el Nuevo Hospital III, originalmente el programa arquitectónico debía adecuarse a un área de 24,465.05 m² y disminuye a 21,939.12 m². A pesar de que el área del terreno disminuyó en un 10% los costos de infraestructura no disminuyeron.

La segunda Adenda se da a raíz de la comunicación cursada por EsSalud a la SO para la terminación del contrato, debido a que la SO no había acreditado el Cierre Financiero, es decir que no había acreditado que contaba con el compromiso del financiamiento necesario para ejecutar la Construcción de la Infraestructura. Luego de un proceso de trato directo se continuó con el contrato y se suscribe el 28 de marzo 2012 (EsSalud,2012).

Para efectos de la continuidad del contrato se acuerda que:

- Las partes remiten al Bank of America Merrill Lynch la información solicitada.
- Concluida la entrega de la información la SO tiene un plazo de 40 días para acreditar el cierre financiero.

Sobre las responsabilidades de cada parte en la operación se acuerda:

- Desarrollar los indicadores de servicio y estándares mínimos de atención necesarios para monitorear el debido cumplimiento de las obligaciones comprendidas en los servicios sanitarios y no sanitarios.
- Actualizar la cartera de servicios y el plan de equipamiento. Para lo cual se realizará una evaluación coordinada de la cartera de servicios, el plan de equipamiento y la población asegurada adscrita.
- Resolución de las controversias que pudieran emerger relativas al manual de calidad y/o el resultado de la evaluación mencionada, mediante un peritaje.

Se menciona que se realizará una evaluación coordinada de las actualizaciones acordadas en la Adenda, pero este documento no está disponible en la web de Essalud (n.d). En el cuadro N°4.1 resumimos los acuerdos que modifican las responsabilidades de la SO y EsSalud y que ameritan conocer la evaluación realizada para determinar si se mantiene un equilibrio o se favorece a la APP en desmedro de EsSalud.

Cuadro N°4.1
Resumen acuerdos Adenda N°2

COMPROMISOS DE LA SO	BENEFICIOS QUE LA SO RECIBE DE EsSalud	OBSERVACIONES
<p>Centro de hemodiálisis y 60,000 sesiones anuales.</p> <p>Atención extrahospitalaria.</p> <p>Pruebas diagnósticas a la población no adscrita siempre que exista la disponibilidad de la oferta requerida para la población adscrita.</p>	<p>Actualización del plan de equipamiento (implica una inversión por parte de EsSalud, cada 3 años para el grupo II y cada 10 años para el grupo I).</p> <p>Compras corporativas.</p> <p>La SO puede externalizar servicios</p>	<p>El plan de equipamiento fue de \$11,449,870 en el grupo I y \$1,375,240 en el grupo II. Lo cual podría significar una inversión mayor a los servicios que se reciben.</p> <p>Además, se trastoca el objetivo de la APP, EsSalud va a invertir para que la APP opere.</p> <p>Dependen de la demanda de la población adscrita por lo que pueden no realizarse.</p> <p>El mayor uso de los equipos para las pruebas diagnósticas, repercutirán en la actualización del equipamiento que tendría que hacer EsSalud.</p> <p>La SO puede tender a abaratar costos y se complejiza el control de la calidad de los servicios.</p>

Fuente: Adenda 2 (EsSalud, 2012).
Elaboración propia

En ninguna parte del proceso se han empleado mecanismos que posibiliten la participación de los actores importantes, dentro y fuera de EsSalud, para de esa manera recoger críticas y sugerencias.

4.2 Objeto

El objeto de la APP Barton, es el Diseño, Construcción de Infraestructura, Dotación de Equipamiento, Operación y Mantenimiento del Nuevo Hospital III Callao y su Centro de Atención Primaria de la Red Asistencial Sabogal de EsSalud, para la atención de una población adscrita conformada por 250,000 asegurados acreditados asignados al CAS. Brindando los siguientes servicios de Bata blanca:

- Emergencia.
- Consulta externa.
- Hospitalización.
- Centro Obstétrico.
- Centro Quirúrgico.
- Ayuda al diagnóstico y tratamiento.
- Unidad de cuidados críticos.
- Hospital de día médico quirúrgico.
- Atención domiciliaria.
- Atención extrahospitalaria de urgencias.
- Rehabilitación y fisioterapia.
- Centro de Atención primaria.
- Centro de Hemodiálisis.
- Servicios no clínicos.

4.3 Principales aspectos del contrato

4.3.1 Plazo

El horizonte del proyecto es de 32 años, dos años de construcción y 30 años de operación.

El contrato indicaba que los plazos de construcción se iniciaban después del cierre financiero, como este demoró dos años se alargaron los plazos entre la adjudicación el año 2010 y el inicio de operaciones que fue el 30 de abril del 2014.

4.3.2 Régimen Económico y Financiero

Los proyectos de Bata blanca pueden ser por pago *per cápita* o por pago de servicios. En la APP Barton se ha utilizado el modelo *per cápita*, considerando la atención integral de la población adscrita, incluyendo la atención de la red.

EsSalud ha asignado a la SO la atención de salud de 250,000 asegurados y se le asigna un monto *per cápita* por cada asegurado (independientemente de la utilización de los servicios que estos realicen, el monto *per cápita* se calcula sobre un nivel de siniestralidad y de procedimientos médicos a realizar). (Bravo,2013)

El Ingreso total de la sociedad operadora (SO) está compuesto por una Retribución por Inversiones (**RPI**) y una Retribución por Operaciones (**RPO**), esta retribución de periodicidad mensual que debe pagar EsSalud se denomina **Retribución por el Servicio (RPS)**.

La **RPI** se divide en dos componentes:

- Retribución por Inversiones en Infraestructura: RPI-I, los pagos se realizan mensualmente por el periodo de 15 años
- Retribución por Inversiones en Equipos: RPI-E, se solventa mensualmente por diez años respecto a los equipos del Grupo I y tres años para los equipos del Grupo II.¹⁰

El primer pago del RPI se realiza de manera irrevocable el mes 31 contado desde la fecha de inicio de la construcción.

La **RPO**, tiene dos componentes:

- Los costos de Operación Asistencial: RPOA
- Los costos de Operación y Mantenimiento: RPMO

Ambos se pagan mensualmente desde la fecha de inicio de operaciones.

El **RPS** es igual a la suma de los conceptos antes numerados, a los cuales se debe añadir el IGV. A su vez los conceptos detallados están sujetos a variaciones y/o ajustes.

$$\mathbf{RPS = RPI (RPI I + RPI E) + RPO (RPOA + RPMO)}$$

La estructura de pagos a la SO que debe realizar EsSalud considera además deducciones por penalidades y ajustes.

4.3.3 Recursos de inversión y operación

La inversión proyectada referencial, para la realización de las obligaciones del contrato, de acuerdo a la propuesta económica ascendía a US \$39,917,100.11. No obstante el capital de inversión se actualizó mediante la Adenda N°2 y ascendió a 48,449,001.68 millones de dólares, sin IGV (EsSalud, 2018b). Lo que ha significado un incremento de 21% sobre la propuesta inicial. El pago por RPI pasó de 6.9

millones de dólares anuales a 8.6 millones de dólares. (Ver cuadro 4.2).

El costo de operación a la firma del contrato fue de 65.8 millones de dólares. (Ver cuadro 4.2). Siendo mucho mayor que el definido en el estudio que se realizó para comparar costos de servicios hospitalarios, dicho análisis determinó que el sector público operaba a 60 millones de dólares anuales frente a la oferta del operador especializado de APP de 45 millones de dólares anuales (Bravo,2013) lo cual constituía un ahorro, sin embargo, finalmente el costo de la APP fue mucho mayor.

Cuadro No 4.2
Retribución anual APP Barton 2010-2018
En dólares US

RUBROS	2010	2018
Infraestructura (RPI-I):	\$4,772,775.36	\$4,575,048.31
Equipamiento (RPI-E):	\$2,306,538.12	\$4,094,472.03
Operación asistencial (RPO-A):	\$50,077,060.00	\$76,668,865.25
Operación y Mantenimiento administrativo (RPM-O)	\$15,776,000.00	
RPS	\$72,932,373.48	\$85,338,385.59
RPS + IGV	\$86,789,524.44	\$100,699,295.00
IGV	19%	18% ¹¹

Fuente: EsSalud, 2010a y 2018b.
Elaboración propia

El incremento de la inversión, el mayor costo de operación, así como los ajustes que debe solventar EsSalud cuestionan la eficacia de usar la modalidad de una APP.

4.3.4 Supervisión del contrato y operaciones

EsSalud ejerce sus competencias administrativas por sí mismo y/o a través de un Tercero (Supervisor). Por parte de EsSalud la verificación del cumplimiento de las obligaciones de la SO, las realiza la Oficina de Seguimiento de Ejecución de Contratos APP. A su vez EsSalud debe contratar a un Supervisor del diseño, infraestructura y equipamiento, y del Contrato y de las Operaciones. Corresponde a este último, efectuar las acciones de fiscalización legal, financiera y económica; así como la fiscalización técnica sobre los índices y estándares definidos a partir de la fecha de inicio de las operaciones. No existen mecanismos de participación de los gremios ni de los/as usuarios, ni de otras entidades de la sociedad civil.

EsSalud también tiene la potestad de revisar los estándares y ratios de funcionamiento de los servicios inicialmente definidos, pudiendo adaptarlos a la realidad de la Red Asistencial, pero en el contrato no se indica cada cuánto tiempo se hará la revisión, ni los mecanismos para realizarla.

De otro lado existen inconsistencias en el contrato, los requerimientos mínimos para la elaboración del proyecto de iniciativa privada fueron definidos para un Hospital de Nivel III como se muestra en el anexo X del contrato (EsSalud, 2010b). No obstante, en el Anexo 1-3 donde se detallan los indicadores de servicio y estándares mínimos de atención se dice "Dado que el establecimiento propuesto corresponde al segundo nivel de atención, cuenta en consecuencia con servicios (...) de acuerdo a la cartera de servicios aprobada" (EsSalud, 2010b:147). Todo lo cual suscita continuas discusiones con la SO y genera ineficiencias que perjudican a los asegurados.

(EsSalud, 2019).

La permanente tensión, entre los intereses de la SO que tiende a mantener o incrementar su rentabilidad, y por el otro EsSalud que debe velar por los intereses de los asegurados, va en desmedro de los servicios de salud que reciben los asegurados.

Capítulo 5. Impacto de la APP NHB en los DDHH y género.

5.1 Los aspectos económicos

Tanto el incremento de la inversión, como los costos de operación, afectan directamente la cobertura y calidad de los servicios de los asegurados, ya que reducen la posibilidad de inversión en otros servicios de salud.

A esto se le agrega, los costos de la supervisión de los contratos y de las operaciones y las dificultades que tiene EsSalud para la administración del contrato, el seguimiento de los indicadores, los procesos para la revisión del contrato, los mecanismos de negociación entre otros (EsSalud, 2019).

A ello se suma los sobrecostos generados por presumibles actos de corrupción. La invitación internacional para la presentación de iniciativas privadas fue para el desarrollo de un **Hospital Nivel III** y un centro de atención primaria. Pero según lo que publica El Comercio (2018), el informe de auditoría 066-2015-2-0251 del Órgano de Control Interno (OCI) de EsSalud, halló que el Comité de Promoción de Infraestructura y Servicios de Salud (CPISS), aprobó la propuesta que resultó ganadora "sin observar que los planes de equipamiento e infraestructura no contemplaban los servicios mínimos correspondientes a un hospital de categoría III-1", con lo que se incumplió lo establecido en las bases de la invitación internacional para la presentación de iniciativas privadas.

Entonces, cuando EsSalud cataloga a la APP Barton como un Hospital Nivel II, está favoreciendo a la SO, ya que se le deriva pacientes de baja y mediana complejidad, por lo tanto, de menores costos de atención. Los gremios se han manifestado contra esta situación y denuncian que la APP Barton cobra S/ 300 millones de soles anuales¹² y solo atiende patologías simples. (SINAMSSOP, 2017; SINESSS,2017)

El mencionado informe de auditoría también dice que el CPISS "aprobó, a solicitud del consorcio, la modificación en la definición del costo de medicinas". Lo que según la OCI ocasionó que pacientes con hemofilia y con tratamientos biológicos del hospital Barton, fueran referidos al Alberto Sabogal, lo que generó un gasto de S/576.499¹³ que fue trasladado al hospital Sabogal. (El Comercio, 2018)

5.2 La cobertura y calidad de los servicios

Se arguye que en las instituciones del Estado no se controla la productividad ni la calidad del servicio brindado, dado que no existen premios ni penalidades, lo cual sí existe en las APP, aunque no necesariamente se cumple. Por un lado, porque los indicadores de calidad pueden ser débiles (Alarco y Salazar, 2019) o porque el contrato es deficiente, y/o la supervisión no es adecuada y/o la gobernanza es débil.

Esto se comprueba en la APP Barton, dado que, si bien el contrato especifica penalidades contractuales, en la descripción de las penalidades de la fase de operación establecidas en el Anexo VI del contrato, **no se incluye el incumplimiento de los indicadores de servicio y estándares mínimos de atención.**

Es por esto que recién a cuatro años de iniciadas las operaciones el Tribunal de Arbitraje de la Cámara de Comercio de Lima, realizó el reconocimiento sobre los mecanismos de aplicación de penalidades impuestas por EsSalud, mediante laudos emitidos el 12 de julio y el 15 de agosto del 2018 (EsSalud, 2018a).

Asimismo, recién el 2018 se han aprobado e implementado tres procedimientos internos para mejorar la gestión del contrato de la APP Barton:

- Procedimiento de aplicación de penalidades de hospitales por modalidad de APP v01.
- Procedimiento para otorgar conformidad a los informes de la supervisión de los contratos de operación y supervisión del contrato de operación de hospitales por modalidad de APP v.01.
- Procedimiento interno de verificación de las penalidades del contrato de operación de hospitales por modalidad de APP v.02. (EsSalud, 2018a, p.54)

La categorización II que EsSalud le ha dado al Hospital Barton, en vez de III, perjudica a los pacientes (adscritos y a los pacientes que le derivan) que escapan a las capacidades asistenciales de la APP Barton, ya que no serán atendidos, y serán derivados a otros centros asistenciales con las consecuencias fatales que esto puede acarrear en un paciente con dolencias complejas.

Los estándares mínimos de atención y los indicadores pactados, son otro aspecto que no garantiza una mejor calidad en el servicio, en comparación con otros establecimientos de EsSalud, debido a que hay estándares e indicadores con metas menores a las formulados por el MINSA o el mismo EsSalud, hay indicadores que están mal formulados y pueden más bien ser perjudiciales, como el indicador de cobertura de tamizaje de mamografías. En el cuadro N°5.1 damos algunos ejemplos de esta situación.

Además de la debilidad de los estándares e indicadores pactados, se tiene que la SO no cumple las metas establecidas. El año 2017, la medición de los 40 indicadores de servicio arrojó que 15 indicadores (el 38%) no llegaban a la meta, como se muestra en los cuadros 5.2, 5.3, y 5.4.

Cuadro N°5.1
Observaciones a los Estándares mínimos e Indicadores

TIPO / NOMBRE	OBSERVACIONES
Estándar mínimo	
Consulta externa médico, 5 pacientes por hora.	El estándar del MINSA es 3-4 según especialidad (MINSA, 2013).
Indicadores de satisfacción del usuario	
Porcentaje de quejas	Limita la posibilidad de presentar quejas dado que para ser consideradas se tienen que presentar elementos probatorios o verificables.
Porcentaje de quejas del servicio quirúrgico.	
Porcentaje de quejas del servicio clínico.	
Porcentaje de quejas del servicio diagnóstico.	
Indicadores de calidad	
Porcentaje de pacientes con diferimentos de primeras citas para consulta externa y/o procedimientos diagnósticos y terapéuticos. Mayor a 5 días	Deberían establecerse protocolos de acuerdo al tipo de síntomas, en ciertos casos 5 días puede ser demasiado.
Porcentaje de pacientes con diferimentos de citas continuadoras para consulta externa y/o procedimientos diagnósticos y terapéuticos. Mayor a 10 días	El estándar en el MINSA (2001) es <7 días.
Porcentaje de pacientes con diferimento para cirugía mayor a 30 días	Deberían establecerse protocolos de acuerdo al tipo de enfermedad, en ciertos casos 30 días puede ser demasiado.
Uso de protocolos y guías de práctica clínica, meta 90%.	El uso de protocolos es un compromiso contractual por lo que debería tener una meta de 99%.
Indicadores de resultado	
Diagnóstico precoz de cáncer de mamas, meta >60%.	El indicador no debería ser estático debería plantearse metas progresivas como lo hace el MINSA (2017)
Diagnóstico precoz de cuello uterino, meta >60%.	El indicador no debería ser estático debería plantearse metas progresivas.
Cobertura de tamizaje de PAP, meta >60%.	El estándar para EsSalud (2016) es 70%. El indicador no debería ser estático debería plantearse metas progresivas.
Cobertura de tamizaje de mamografías en mujeres mayores de 40 años, meta >60%.	La OPS recomienda que el tamizaje con mamografías se realice en mujeres entre 50-69 años. Y en el caso de mujeres entre 40-49 años se sugiere que se realice en un contexto de investigación, monitoreo y evaluación rigurosos. (OPS, 2015).
Tasa de cesáreas menor a 38%	El estándar del MINSA es 20%-25% (MINSA, 2013)

Fuente: EsSalud, 2010b. Anexo I.3 Indicadores de servicio y estándares mínimos de atención.
 Elaboración propia.

Cuadro N°5.2
Indicadores de Satisfacción que no cumplen las Metas
 Agosto 2017

NOMBRE DEL INDICADOR	RESULTADO	META
Satisfacción del usuario	83.46	90%
Satisfacción del usuario del servicio quirúrgico	88.85	90%
Satisfacción del usuario de servicio clínico	64.04%	90%
Satisfacción del usuario del servicio de diagnóstico	83.64%	90%

Fuente: EsSalud, 2017
 Elaboración propia

Cuadro N°5.3
Indicadores de Calidad que no cumplen las Metas
 Agosto 2017

NOMBRE DEL INDICADOR	RESULTADO	META
Porcentaje de pacientes con diferimientos de primeras citas para consulta externa y/o procedimientos diagnósticos y terapéuticos. Mayor a 5 días	27.60%	<5%
Porcentaje de pacientes con diferimientos de citas continuadoras para consulta externa y/o procedimientos diagnósticos y terapéuticos. Mayor a 10 días	15.25%	<10%
Disponibilidad de medicamentos: indicador de dispensación	95.67%	>99%
Porcentaje de pacientes con enfermedad hipertensiva del embarazo complicado.	42.03%	<5%

Fuente: EsSalud,2017
 Elaboración propia

Cuadro N°5.4
Indicadores de Resultados que no cumplen las Metas
 Agosto 2017

NOMBRE DEL INDICADOR	RESULTADO	META
Diagnóstico precoz de cáncer de mamas	33.33%	>60%
Cobertura de tamizaje de PAP	21.28%	>60%
Cobertura de tamizaje de mamografías en mujeres mayores de 40 años.	16.01%	>60%
Cobertura de tamizaje de cáncer de próstata.	34.77%	>50%
Tasa de cesáreas	41.28%	<38%
Inmunizaciones – cobertura de vacuna pentavalente	60.27%	>90%
Inmunizaciones – cobertura de vacuna antipoliomielítica.	0.25%	>90%
Inmunizaciones cobertura de sarampión, paperas y rubeola.	88.88%	>90%
Control pre natal-captación de gestantes.	47.16%	>90%

Fuente: EsSalud,2017
 Elaboración propia

De los 13 indicadores de calidad y de resultado, que no cumplen con la meta, son 6 los que comprometen directamente a la salud de las mujeres,¹⁴ cuyas cifras están muy lejos de las metas propuestas, ahondando las brechas de salud que afectan a las mujeres.

5.3 Las condiciones laborales su impacto en las trabajadoras

En el contrato de la APP Barton se especifica que la SO debía sujetarse a las normas que regulan las relaciones laborales de los trabajadores de la actividad privada. Asimismo, debía aplicar los regímenes especiales de trabajo, pero esto no se cumplió.

Según la información recogida de las redes sociales de informantes clave, entre las condiciones laborales se implantó un rol anual compensatorio¹⁵ que:

- Atentaba contra el derecho a la jornada continua.
- No contabilizaba las horas extra
- Atentaba contra el derecho a las 150 horas mensuales de las enfermeras/os técnicos y auxiliares asistenciales.

Esto perjudicaba a las/os trabajadoras/es, debido a que no solo disminuía sus ingresos, sino que no les permitía conciliar su vida familiar y laboral. Además, perjudicaba su posibilidad de capacitarse o complementar sus ingresos, por lo que se vieron en la obligación de sindicalizarse y así hacer valer sus derechos.

Durante la pandemia, en mayo del 2020, el sindicato denunció la falta de equipos de protección personal y solicitó que estos se distribuyan sin discriminación (debido a que se estaban repartiendo las mascarillas oficiales a los administrativos y las de menor calidad al personal asistencial). Asimismo, denunciaron la falta de contratación de personal con sueldos dignos y acordes al mercado actual.

Estas condiciones atentan contra la salud del personal que en su mayoría son mujeres, se genera sobrecarga laboral y se amplía la brecha salarial.

Capítulo 6. Transparencia

La transparencia implica "la visibilidad social de los actos" (Figuerola, 2015, p.6) y la estabilidad de las normas legales, ambos factores son fundamentales para la vigilancia ciudadana, para generar igualdad de oportunidades en los procesos públicos y para contar con evidencias que permitan formular políticas públicas adecuadas.

En los portales de EsSalud, si bien se encuentra el contrato y las adendas de la APP Barton, no se encuentra la información que sustente las decisiones tomadas, ni los documentos que permitan el seguimiento de la fase de operación, el único reporte sobre los indicadores fue publicado el 2017.

Por otra parte, el proceso normado en el D.L. 1012, genera ventajas al consorcio que desarrolla la propuesta declarada de interés, dado que cuenta con un conocimiento previo del contrato y del proyecto, lo cual limita las condiciones competitivas de los procesos.

También quebranta la transparencia, las continuas modificaciones a las normas legales. En el caso de las adendas, el reglamento del D.L. 1012 (DS N°146-2008-EF) establecía que no podían efectuarse adendas al contrato durante los primeros tres años desde la fecha de su suscripción, una vez culminado dicho plazo si la adenda propuesta superaba el 15% del costo total del proyecto de APP, la entidad evaluará la conveniencia de realizar un nuevo proceso de selección (Art.9). Sin embargo, este artículo fue modificado por el D.S. N° 144-2009-EF, estableciendo diversas causales por las cuales se podía suscribir adendas durante los primeros tres años. Justamente lo que sucedió con la APP Barton, generando sobrecostos para el Estado y altas posibilidades de corrupción.

Seguimiento y evaluación del contrato

Corresponde al Supervisor del Contrato y de las Operaciones, efectuar las acciones de fiscalización técnica sobre los indicadores de servicio y estándares mínimos de atención, elaborar informes mensuales de sus actividades y de la aplicación de penalidades entre otros.

En el contrato se establece que "Cada vez que las penalidades alcancen el diez por ciento (10%) de la Inversión Proyectada Referencial, Essalud estará facultado para proceder a la resolución del contrato o acordar la continuidad de su ejecución con imposición de nuevas penalidades." (EsSalud, 2010a, p.170)

El Supervisor además debería realizar:

- La validación de herramientas normativas, procedimentales e informáticas
- La aplicación de procedimientos y herramientas para el control, monitoreo y seguimiento, así como la emisión de reportes mensuales.
- El seguimiento de los indicadores, reportes mensuales y anuales con recomendaciones.

Los vacíos en el contrato (EsSalud, 2019), en cuanto a la definición de penalidades, en la periodicidad para hacer el seguimiento a los indicadores y para su modificación entre otros, van en desmedro de un seguimiento efectivo y de la calidad del servicio que deben recibir las/os usuarias/os.

La falta de transparencia, al no publicar en la web de EsSalud, ni las herramientas, ni los reportes del supervisor, impide el seguimiento y monitoreo por parte de la sociedad civil, pues al no contar con evidencias sobre la marcha de la APP, de ser el caso, no es posible denunciar ni demandar la resolución del contrato. Lo cual, como se ha venido observando, genera un ambiente propicio para la corrupción, en desmedro de la calidad de los servicios que deben recibir los asegurados.

Capítulo 7. Resistencia

El movimiento social viene resistiendo durante décadas a la privatización de los servicios públicos, denunciando las diversas estrategias que pretenden privatizar el Seguro Social de Salud (EsSalud), se considera que las APP, así como la tercerización de los servicios, son evidentes mecanismos que conducen a la privatización de la salud, además de ser focos de corrupción.

• Resistencia interna

Cuando la APP Barton inició sus operaciones al parecer cumplió con los derechos laborales del personal, pero con el transcurso del tiempo la situación laboral se fue deteriorando. Una trabajadora lo relata de esta manera:

Esta empresa empezó muy bien cumpliendo con sus trabajadores en todo. Pero hoy en día todo esta de cabeza para nosotros el personal con el rol anual es muy lamentable trabajar en estas condiciones. De venir en la mañana y regresar para la noche. Trabajar cansada y estresada del tráfico. Fatal. (Ramirez, 2018)

A su vez la SO comenzó a condicionar la estabilidad laboral a la firma de acuerdos que lesionaban los derechos de las trabajadoras como lo relata una trabajadora:

Eso paso años atrás en admisión comenzamos con horarios de 6 horas rotativos y luego nos impusieron el horario de las 9 horas igual nos obligaron a firmar y hasta el momento no podemos retornar al horario del inicio de contrato, esa empresa está acostumbrada a trabajar al miedo. (Polo, 2018)

Ante esta situación y a pesar de las hostilizaciones de la SO, en marzo del 2018 se formó el Sindicato Unido de Trabajadores Asistenciales Callao Salud (SUTACAS), cuya primera directiva está dirigida por una trabajadora e integrada por 7 mujeres y un varón.

Entre sus reclamos, se manifestaron contra el rol anual compensatorio, así como contra la sobrecarga laboral, al incluir en los procedimientos de enfermería y del técnico asistencial, procedimientos que deben estar a cargo de un tecnólogo médico. Logrando en ambos casos que se reconocieran sus derechos.

Han realizado campañas contra las prácticas antisindicales, así como gestiones ante las autoridades de EsSalud y del Ministerio de Salud para sustentar legalmente sus demandas.

También en las redes sociales vía Twitter sus dirigentes han alertado sobre las APP: "Sr. Vizcarra no mas APPS no permita el despilfarro de dinero en alguien que no solo acorta nuestros derechos laborales e impone un modelo extranjero que van contra nuestras leyes profesionales nuestras leyes no se privatizan no mas abuso!!!" (Luna,2018)

La estrategia más utilizada por el SUTACAS para ejercer presión son los plantones en el frontis del Hospital Barton, así como el uso de Facebook y Twitter para difundir sus acciones.

- Participación de las organizaciones sociales

La oposición de los gremios a la implementación de las APP en el sector salud, se ha manifestado de diversas maneras. Se han incluido en los pliegos de reclamo, por ejemplo, el 2010 el Sindicato Nacional Médico del Seguro Social del Perú (SINAMSSOP), lo planteó en los siguientes términos "ESSALUD se compromete a no implementar la privatización ni las asociaciones público privadas", (2010a) pero finalmente en el acta de compromiso con EsSalud se dejó constancia que "no han arribado a acuerdos (...) relativos a las Asociaciones Público Privadas y Contrataciones Administrativas de Servicios" (2010c)

También se pronunciaron solicitando la inconstitucionalidad del D.L. 1012, porque consideraban que las APP eran la base de la privatización de EsSalud. (SINAMSSOP, 2010b)

La Confederación General de Trabajadores del Perú, lo ha incluido en diversas plataformas de lucha por ejemplo el 2014 propuso: "Defensa de la salud y educación pública, aumento de presupuesto conforme al Acuerdo Nacional. Defensa de la seguridad social (EsSalud) autónoma frente al MEF y FONAFE y sin privatización de sus servicios. No a las privatizaciones a través de los Asociados Públicos-Privados." (CGTP,2014) Y en la plataforma del paro nacional del 9 de Julio 2015 se planteó "No a las privatizaciones ni Asociaciones Publico Privadas de las empresas estratégicas del Estado y de los servicios públicos". (CGTP, 2015)

Ante la presentación del Plan Maestro 2013-2021 de EsSalud que prioriza entre otros "el uso de procesos de contratación de entes privados y de asociaciones público-privadas para nuevas inversiones y para la gestión de unidades de salud." (EsSalud, 2014) Se formó el Frente de Defensa del Derecho a la Salud y la Seguridad Social, constituido por nueve sindicatos de EsSalud, quienes:

Reafirmaron que el Sistema Nacional de Salud Pública cuenta con suficiente capacidad instalada, en muchos casos ociosa, y el Estado y EsSalud cuentan con suficiente presupuesto y recursos para promover una fuerte inversión en repotenciar los hospitales, policlínicos y centros asistenciales (...) sin la necesidad de contar con la participación de las Asociaciones Público Privadas (APPs), que en el fondo representan un millonario negocio de recursos y privilegios a espaldas del pueblo. (SINAMSSOP, 2014)

La Federación Centro Unión de Trabajadores del Seguro Social de Salud del Perú (FED-CUT, 2015), con el título "Contratos APP lesivos para ESSALUD y el país", denunció que se había obligado a renunciar a la Gerente Central de Prestaciones de Salud, por proponer revisar los contratos de las APP Kaelin y APP Barton, por considerarlos perjudiciales para EsSalud.

El Sindicato Nacional de Médicos de EsSalud (SINAMES, 2015) publicó un pronunciamiento en el que rechaza un sistema de salud fragmentado, segmentado, desfinanciado, que cosifica a la persona humana y mercantiliza la salud. También se opone a la privatización (vía tercerizaciones y las APP) por no ser equitativa, ni inclusiva y porque además profundiza la crisis en salud.

El año 2017 cuando se creó el Comité de Promoción de la Inversión Privada de EsSalud (CPIP) a cargo de llevar adelante los proyectos de inversión privada mediante Asociaciones Público Privadas y Proyectos en Activos, diversas instituciones se pronunciaron, el Sindicato Nacional de Enfermeras del Seguro Social de Salud, sostuvo que:

Bajo el argumento de dar cobertura a los asegurados y sus derechohabientes, se pretende dejar en manos de privados los servicios de salud que son costeados con dinero de los asegurados; con los riesgos que implica dicha modalidad al dejar en manos de terceros el compromiso de la atención y calidad que merece la población asegurada del país. (SINESSS, 2017)

Además, alertaron a la sociedad civil sobre los gastos que hace EsSalud en las APP de los hospitales Alberto Barton y Guillermo Kaelin, así como la puesta en marcha de dos nuevas APP en Piura y Chimbote, mientras no se asignan recursos para atender la falta de profesionales de salud y asistenciales, mantenimiento y adquisición de equipos, e infraestructura obsoleta.

El periodista Sarmiento (2017), reportó que el Colegio médico del Perú solicitó a EsSalud demostrar con estudios técnicos que las alianzas público-privadas fomentarán buenos resultados en el sector salud y que, de plasmarse estas alianzas, el Estado deberá colocar topes a las ganancias económicas del sector privado. Reportó también que el sindicato médico del Seguro Social manifestó que "no existe la necesidad de contar con las APP en el sector Salud, ya que el presupuesto con el que cuenta alcanza para construir hospitales, comprar equipos y contratar más médicos."

Por su parte el Foro de la sociedad civil en salud - Forosalud, movimiento nacional, que trabaja desde las perspectivas de derechos humanos, género e interculturalidad se ha manifestado en diversos espacios contra la privatización de la salud y sobre las consecuencias negativas para la población que tendrá la aplicación de la modalidad de las Asociaciones Público Privadas en el sector Salud. (Lazo, 2020)

Las estrategias más empleadas son la denuncia en medios alternativos (dado que los medios comerciales generalmente no las difunden), los comunicados en redes sociales, la inclusión de la oposición a las APP en diversas plataformas de lucha.

Pese a existir un consenso en el movimiento social sobre los problemas y desventajas de las APP en los servicios públicos, este no logra asentarse en una corriente unificada, sólida y alternativa en oposición de las APP.

Síntesis y Recomendaciones

Desde la década de los 90 en el Perú se ha dado un proceso de privatización de los servicios públicos y de promoción de la inversión privada en proyectos de infraestructura pública. El Estado peruano ha generado un sistema transversal en todos los niveles de gobierno y al más alto nivel para promover la inversión privada en APP apoyado y asesorado por los organismos internacionales. Ante ello, el movimiento social durante décadas viene resistiendo a la privatización de los servicios públicos y denunciando las diversas estrategias —entre ellas las APP—, destinadas a privatizar la Salud.

La legislación sobre las APP y sus continuas modificaciones, limitan las condiciones competitivas de los procesos. Esto aunado a la falta de transparencia y de mecanismos para la participación de la sociedad civil, generan espacio para la corrupción.

La APP Barton ha implicado un costo mayor que la inversión pública tradicional, tanto en la inversión, como en el costo de operación. El costo creciente e inflexible de la retribución anual que deberá pagar EsSalud durante 30 años, no está acorde a los servicios de Nivel II que brinda y compromete la inversión en la atención de otros servicios de salud.

La APP Barton es un proyecto complejo, los vacíos en el contrato van en desmedro de una supervisión efectiva y de la calidad del servicio que deben recibir las/os usuarias/os. La cobertura y calidad de los servicios no están garantizados, además de la debilidad de los estándares e indicadores pactados, se tiene que la SO no cumple las metas de calidad ni los resultados establecidos, tampoco respeta los derechos laborales de las/os trabajadoras/es.

Recomendaciones en relación a las APP

- Eliminar la modalidad de las APP por iniciativa privada y solo considerar las APP de iniciativa pública que estén comprendidas en el marco del Sistema Nacional de Planeamiento Estratégico.
- Generar mecanismos para la participación de la sociedad civil en las diferentes fases de los proyectos.
- Incorporar criterios ambientales y de igualdad de género en las diferentes fases de los proyectos.
- Generar los mecanismos para que se cumpla el principio de transparencia en la información.
 - o Obligación de que en el portal de la entidad pública se cuente con los documentos que sustenten la toma de decisiones respecto a los contratos.
 - o Obligación de publicar la propuesta de contrato antes de su firma para recibir observaciones o sugerencias.
 - o Obligación de publicar los informes de seguimiento y evaluación del Supervisor del Contrato.
- Generar los mecanismos para que los procesos sean transparentes y competitivos.
- Contar con evaluaciones *ex ante* y *ex post* de los proyectos.
- La evaluación *ex ante* debe incluir: evaluación del impacto ambiental, impacto de género, e impacto cultural.
- Aplicar procesos de consulta previa durante la evaluación *ex ante* cuando se trate de proyectos que puedan afectar a comunidades.

- Garantizar la aplicación a todos los proyectos del Principio de Valor por Dinero, contar con una metodología para aplicar el Comparador Público Privado.
- Regulación estricta de renegociaciones y uso de adendas para todos los contratos y publicación de los documentos que sustenten su realización.
- Contar con información pública sobre: indicadores, estándares mínimos, costos unitarios que permita a la sociedad civil hacer observaciones y seguimiento a los proyectos.

Recomendaciones en relación a la resistencia a las APP

- Conjuguar esfuerzos, para evitar que las voces de la sociedad civil que se oponen a las APP se diluyan, frente a la agresiva estrategia de promoción de las APP implementada por el gobierno.
- Acciones estratégicas
 - o Demandar que no se realicen nuevos contratos de APP hasta que se efectúe una evaluación transparente de las APP en funcionamiento.
 - o Realizar campañas de difusión sostenidas sobre el SNPIP y los resultados de las APP.
 - o Hacer seguimiento a los informes sobre corrupción y difundirlos.
 - o Incorporar en los pliegos de reclamo demandas basadas en la ley de transparencia en la información que permitan hacer seguimiento a los contratos y de ser el caso contar con elementos para solicitar la resolución de los mismos.
- Fortalecimiento
 - o Generar espacios de formación sobre el SNPIP y la legislación de las APP, que posibiliten una mirada integral.
 - o Generar espacios de intercambio de experiencias en: el seguimiento a los contratos, campañas de difusión e incidencia.
- Gestión del conocimiento para transformarlo en un capital intelectual que genere una corriente de opinión y fortalezca al movimiento social que resiste a las APP y a la privatización.
 - o Identificar, recabar y organizar el conocimiento existente sobre las APP peruanas
 - o Promover la creación de nuevo conocimiento, profundizando en el estudio de los aspectos legales, tributarios, costos de transacción, costos de promoción, entre otros, así como en el estudio de casos.

Referencias bibliográficas

Agencia de Promoción de la Inversión Privada, (2018). *Memoria anual 2018* [pdf] Lima: PROINVERSIÓN. Disponible en: <http://www.proinversion.gob.pe/RepositorioAPS/0/1/JER/MEMORIA/Memoria-anual-de-ProInversion-2018.pdf> [Consulta 21 de septiembre 2020]

Agencia de Promoción de la Inversión Privada, (n.d.) Cartera de proyectos de inversión. [en línea] Disponible en: <https://www.proyectosapp.pe/modulos/JER/PlantillaProyectoEstadoSector.aspx?are=0&prf=2&jer=5351&sec=24> [Consulta 21 de septiembre 2020]

Alarco, G., (2015). *¿Negocio Público Privado? Ventajas y desventajas de las asociaciones públicas privadas (APP) en América Latina*. [pdf]. Lima: Latindadd. Disponible en: <http://www.latindadd.org/wp-content/uploads/2018/08/negocio-publico-privado-ventajas-y-desventajas-de-las-app-en-america-latina.pdf> [Consulta 21 de septiembre 2020]

Alarco, G., (2017). *Corrupción, neoliberalismo y asociaciones público privadas*. [en línea] Otra Mirada. Disponible en: <http://www.otramirada.pe/corrupci%C3%B3n-neoliberalismo-y-asociaciones-p%C3%BAblico-privadas> [Consulta 21 de septiembre 2020]

Alarco, G. y Salazar, C., (2019). *Riesgos Público-Privados: fallas regulatorias en las Asociaciones Público-Privadas y recomendaciones de política para la región desde el caso peruano*. Lima: Latindadd.

Baca, E., (2017). *Las asociaciones público-privadas en el Perú: ¿Beneficio público o negocio privado?* Lima: Grupo Propuesta Ciudadana.

Banco Interamericano de Desarrollo, (n.d.). LAC PPP Risk Management Group – LAC PPP RMG. [en línea] Disponible en: <https://www.iadb.org/es/lacpppgroup> [Consulta 21 de septiembre 2020]

Banco Mundial, (1993). *Informe sobre el desarrollo mundial 1993: Invertir en Salud* Resumen. Washington, D.C.: Banco Mundial.

Bebbington, A., Scurrah, M. y Bielich, C., (2008). *Mapeo de movimientos sociales en el Perú actual* [pdf] CEPES, Universidad de Manchester. Disponible en: https://hummedia.manchester.ac.uk/schools/seed/socialmovements/publications/report/s/Bebbingtonetal_InformeMapeodeMovimientosSocialesPeru.pdf [Consulta 21 de septiembre 2020]

Benavente, P. Escaffi, J. Segura, A. y Távara, J., (2017). *Las Alianzas Público-Privadas (APP) en el Perú: beneficios y riesgos*. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú- Escuela de Gobierno y Políticas Públicas.

Bonifaz, J., Urrunaga, R., Aguirre, J., Urquizo, C., (2015). *Plan nacional de infraestructura 2016-2025. Un plan para salir de la pobreza*. Lima: AFIN y Escuela de Gestión Pública de la Universidad del Pacífico.

Bravo, Sergio, (2013) *Asociaciones Público Privadas en el sector salud*. [pdf] *Revista de Derecho Administrativo-RDA* (13), pp.123-141. Disponible en: <http://revistas.pucp.edu.pe/index.php/derechoadministrativo/article/view/13472> [Consulta 21 de septiembre 2020]

Callao Salud SAC, (2016) *Memoria Corporativa 2016. Complejo Hospitalario Alberto Barton* [pdf] Disponible en: <https://callaosalud.com.pe/presentacion/quienes-somos> [Consulta 21 de septiembre 2020]

Confederación General de Trabajadores del Perú, (2014). VI Asamblea Nacional de Delegados de la CGTP aprueba plataforma de lucha y prepara medidas de protesta. [en línea] Disponible en: <http://www.pcperuano.com/vi-asamblea-nacional-de-delegados-de-la-cgtp-aprueba-plataforma-de-lucha-y-prepara-medidas-de-protesta/> [Consulta 21 de septiembre 2020]

Confederación General de Trabajadores del Perú, (2015). *CGTP Perú* [Facebook]. 2 de julio. Disponible en: https://es-la.facebook.com/notes/cgtp-per%C3%BA/-plataforma-de-lucha-del-paro-nacional-9-de-julio-cgtp/1726275177599760/?_tn_=H-R [Consulta 21 de septiembre 2020]

Confederación Nacional de Instituciones Empresariales Privadas, (2020). CONFIEP impulsa las Asociaciones Público-Privadas [online] CONFIEP. Disponible en: <https://www.confiep.org.pe/noticias/confiep-impulsa-las-asociaciones-publico-privadas-para-que-ciudadanos-reciban-servicios-publicos-de-calidad/> [Consulta 21 de septiembre 2020].

Consejo Nacional de Competitividad y Formalización, (2019). *Política Nacional de Competitividad y Productividad*. Lima: MEF- CNCF

Constitución Política del Perú, (2016). Décimo primera edición oficial. Lima: Ministerio de Justicia y Derechos Humanos.

El Comercio, (2018). Essalud nombra a gerentes investigados por corrupción. *El Comercio* [online] Disponible en: <https://elcomercio.pe/lima/sucesos/essalud-nombra-gerentes-investigados-corrupcion-noticia-529013-noticia/> [Consulta 21 de septiembre 2020].

EsSalud, (2008). Acuerdo N°5-2-ESSALUD, aprueba Plan Estratégico 2008-2011 y Plan de inversiones [pdf] Disponible en: http://www.essalud.gob.pe/transparencia/pdf/planes/Acuerdo_5-2_ESSALUD_2008.pdf [Consulta 21 de septiembre 2020]

EsSalud, (2010a). *Contrato. Asociación Público Privada Nuevo Hospital III Alberto Barton - Callao*. [pdf] Disponible en: <http://www.essalud.gob.pe/asociacion-publico-privada-contratos-vigentes/> [Consulta 21 de septiembre 2020]

EsSalud, (2010b). *Anexos. Asociación Público Privada Nuevo Hospital III Alberto Barton - Callao*. [pdf] Disponible en: <http://www.essalud.gob.pe/asociacion-publico-privada-contratos-vigentes/> [Consulta 21 de septiembre 2020]

EsSalud, (2011). *Adenda N° 01. Asociación Público Privada Nuevo Hospital III Alberto Barton - Callao*. [pdf] Disponible en: <http://www.essalud.gob.pe/asociacion-publico-privada-contratos-vigentes/> [Consulta 21 de septiembre 2020]

EsSalud, (2012). *Adenda N°2. Asociación Público Privada Nuevo Hospital III Alberto Barton - Callao*. [pdf] Disponible en: <http://www.essalud.gob.pe/asociacion-publico-privada-contratos-vigentes/> [Consulta 21 de septiembre 2020]

EsSalud, (2014). EsSalud presenta Plan Maestro 2013-2021 [en línea] Disponible en: <http://www.essalud.gob.pe/essalud-presenta-plan-maestro-2013-2021/> [Consulta 21

de septiembre 2020]

EsSalud, (2016). *Detección temprana del cáncer de cuello uterino en ESSALUD*. [pdf] Lima: ESSALUD, Gerencia central de prestaciones de salud, Gerencia de políticas y normas de atención integral de salud. Disponible en: http://www.essalud.gob.pe/ietsi/pdfs/guias/DIREC_DETECCION_TEMP_CANCERCUELLO_UTERINO.pdf [Consulta 21 de septiembre 2020]

EsSalud, (2017). *Hospital Alberto Leonardo Barton Thompson: Publicación de indicadores contractuales (julio-septiembre 2017)*. [pdf] Gerencia Central de Promoción y Gestión de Contratos de Inversiones. Disponible en: http://www.essalud.gob.pe/transparencia/pdf/publicacion/HOSPITAL_ALBERTO_LEONARDO_BARTON_THOMPSON.pdf [Consulta 21 de septiembre 2020]

EsSalud, (2018a) Memoria Anual 2018. [pdf] Lima: EsSalud. Disponible en: <http://www.essalud.gob.pe/memoria-institucional/> [Consulta 21 de septiembre 2020]

EsSalud, (2018b). Ficha técnica del proyecto construcción del nuevo hospital III Callao. [pdf] Disponible en: http://www.essalud.gob.pe/transparencia/pdf/publicacion/ficha_contrato_hospt_callao.pdf [Consulta 21 de septiembre 2020]

EsSalud, (2019). Hacia la modernización de la seguridad social en el Perú. Libro blanco 2. Lima: Seguro Social de Salud.

EsSalud, (n.d.). Contratos Vigentes. [en línea] <http://www.essalud.gob.pe/asociacion-publico-privada-contratos-vigentes/> [Consulta 21 de septiembre 2020]

Federación Centro Unión de Trabajadores del Seguro Social de Salud del Perú, (2015). Contratos APP son lesivos para ESSALUD y el País. Informativo 06 CDN FED CUT [en línea] Disponible en: https://issuu.com/fedcut/docs/informativo_cut_06_2015 [Consulta 21 septiembre 2020]

Figueroa, Navarro A. (2015) Corrupción y criminalización del estado: la experiencia de la descentralización en el Perú. [pdf] Disponible en: http://perso.unifr.ch/derechopenal/assets/files/articulos/a_20150608_01.pdf [Consulta 21 de septiembre 2020]

Instituto Nacional de Estadística e Informática, (2019). *Perú Brechas de género 2019. Avances hacia la igualdad de mujeres y hombres*. [pdf] Lima: INEI. Disponible en: www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1716/Libro.pdf [Consulta 21 de septiembre 2020]

Luna, R., (2018). Sr. Vizcarra.....no mas APPs [Twitter] 20 de Mayo. Disponible en: https://mobile.twitter.com/rociolatin/with_replies [Consulta 21 de septiembre 2020]

Mesa-Lago, C., (2005). *Las reformas de salud en América Latina y el Caribe: su impacto en los principios de la seguridad social*. Documentos de proyectos. Santiago de Chile: CEPAL.

Ministerio de Economía y Finanzas, (2016). *Política Nacional de Promoción de la Inversión Privada en APP y Proyectos en Activos*. [pdf] Lima: MEF. Disponible en: https://www.mef.gob.pe/contenidos/inv_privada/normas/Anexo_Politica_Nacional_Promocion_Inversion_Privada_APP_PA.pdf [Consulta 21 de septiembre 2020]

Ministerio de Economía y Finanzas, (2019a). *Marco Macroeconómico Multianual 2020 –*

2023. [pdf] Lima: MEF. Disponible en:
https://www.mef.gob.pe/contenidos/pol_econ/marco_macro/MMM_2020_2023.pdf
[Consulta 21 de septiembre 2020]

Ministerio de Economía y Finanzas, (2019b). *Organigrama*. [pdf] Lima: MEF. Disponible en:
https://www.mef.gob.pe/contenidos/acerc_mins/doc_gestion/organigrama_2019.pdf
[Consulta 21 de septiembre 2020]

Ministerio de Economía y Finanzas, (2019c). *Plan Nacional de Infraestructura para la Competitividad* [pdf] Lima: MEF. Disponible en:
https://www.mef.gob.pe/contenidos/inv_privada/planes/PNIC_2019.pdf [Consulta 21 de septiembre 2020]

Ministerio de Economía y Finanzas, (n.d.). Estadística. [en línea] Disponible en:
<https://www.mef.gob.pe/es/asociaciones-publico-privadas/estadistica> [Consulta 21 de septiembre 2020]

Ministerio de Justicia y Derechos Humanos (2012) *Compendio de Legislación de Promoción de la Inversión Privada*. Colección Jurídica. Lima: MINJUS.

Ministerio de Salud, (1998). *El desafío del cambio del milenio: Un sector salud con equidad, eficiencia y calidad. Lineamientos de política de salud 1995-2000* [pdf] Lima: MINSA. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/352755-el-desafio-del-cambio-del-milenio-un-sector-salud-con-equidad-eficiencia-y-calidad-lineamientos-de-politica-de-salud-1995-2000> [Consulta 21 de septiembre 2020]

Ministerio de Salud, (2001). *Manual de indicadores hospitalarios. Serie herramientas metodológicas en epidemiología y salud pública N°004*. Lima: MINSA, Oficina General de Epidemiología.

Ministerio de Salud, (2011). *Norma Técnica de Salud "Categorías de Establecimientos del Sector Salud" RM N° 546-2011-MINSA* [PDF] Lima: MINSA. Disponible en:
<https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/243402-546-2011-minsa>
[Consulta 21 de septiembre 2020]

Ministerio de Salud (2013) *Indicadores de gestión y evaluación hospitalaria, para hospitales, institutos y DIRESA. Documento de trabajo*. [pdf] Lima: MINSA, Oficina General de Estadística e Informática. Disponible en:
<http://bvs.minisa.gob.pe/local/MINSA/2739.pdf> [Consulta 21 de septiembre 2020]

Ministerio de Salud, (2017). *Plan Nacional para la prevención y control de cáncer de mamas 2017-2021 (RM N° 442-2017-MINSA)*. Lima: MINSA, Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública, Dirección de Prevención y Control de Cáncer.

OECD, (2020) Recommendation of the Council on Principles for Public Governance of Public-Private Partnerships, OECD/LEGAL/0392 [pdf] Disponible en:
<https://legalinstruments.oecd.org/public/doc/275/275.en.pdf> [Consulta 21 de septiembre 2020]

Organización Panamericana de la Salud, (2002). *Análisis de las Reformas del Sector Salud en los Países de la Región Andina*. 2da edición.[pdf] OPS, Área de desarrollo estratégico de la salud. Disponible en:
https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Analisis_Reforma_Sector_Salud-SubRegion_Andina_2002.pdf [Consulta 21 de septiembre 2020]

Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud, (2015). *Documento de posición de la OMS sobre el tamizaje por mamografía. Resumen de recomendaciones*. [pdf] OPS, OMS. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2015/SP-Mammography-Factsheet.pdf> [Consulta 21 de septiembre 2020]

Otero Bonicelli, C., (2001). *Perú: gestión del Estado en el período 1990-2000*. Serie Gestión Pública 14. Santiago de Chile: ILPES, CEPAL.

Polo, M., (2018). Sindicato Unido de Trabajadores Asistenciales de Callao Salud [Facebook]. 9 de enero. Disponible en: https://es-la.facebook.com/pg/Sindicato-Unido-de-Trabajadores-Asistenciales-De-Callao-Salud-163097324448932/posts/?ref=page_internal [Consulta 21 de septiembre 2020]

PROINVERSIÓN ver Agencia de Promoción de la Inversión Privada

Ramírez, D., (2018). Sindicato Unido de Trabajadores Asistenciales de Callao Salud [Facebook]. 25 de enero. Disponible en: https://es-la.facebook.com/pg/Sindicato-Unido-de-Trabajadores-Asistenciales-De-Callao-Salud-163097324448932/posts/?ref=page_internal [Consulta 21 de septiembre 2020]

Ruiz Caro, A., (2002) *El proceso de privatizaciones en el Perú durante el período 1991-2002*, Santiago de Chile. ILPES, CEPAL.

Sarmiento, M., (2017). *Alianzas público-privada en el sector Salud desatan cuestionamientos al Ejecutivo*. [en línea] lamula.pe. Disponible en: <https://redaccion.lamula.pe/2017/07/26/alianza-publico-privada-en-el-sector-salud-desata-cuestionamientos-al-ejecutivo/lumasap/> [Consulta 21 de septiembre 2020]

Sindicato Nacional de Enfermeras del Seguro Social de Salud, (2017). *Gestión de EsSalud busca traspasar a empresas extranjeras el servicio a la salud por el que pagan millones de asegurados*. [en línea] SINESSS. Disponible en: <https://sinesss.org/gestion-de-essalud-busca-traspasar-a-empresas-extranjeras-el-servicio-a-la-salud-por-el-que-pagan-millones-de-asegurados/> [Consulta 21 de septiembre 2020]

Sindicato Nacional de Médicos de EsSalud "SINAMES", (2015). Pronunciamiento. *Diario Uno*, (22 de marzo) p.7.

Sindicato Nacional Médico del Seguro Social del Perú, (2010a). Pliego 2010 [pdf] SINAMSSOP. Disponible en: <http://www.sinamssop.org/pliegos-y-acuerdos-anteriores/> [Consulta 21 de septiembre 2020]

Sindicato Nacional Médico del Seguro Social del Perú, (2010b). Comunicado 008-2010 [pdf] SINAMSSOP. Disponible en: <http://www.sindicatomedicoperu.org/pdf/comunicado/C-2010/comunicado008.pdf> [Consulta 21 de septiembre 2020]

Sindicato Nacional Médico del Seguro Social del Perú, (2010c). Acta 2010 [pdf] SINAMSSOP. Disponible en: <http://www.sinamssop.org/pliegos-y-acuerdos-anteriores/> [Consulta 21 de septiembre 2020]

Sindicato Nacional Médico del Seguro Social del Perú, (2014). Nota de prensa N° 004-2014-UG [en línea] SINAMSSOP. Disponible en: <http://www.sinamssop.org/2014/12/nueve-sindicatos-de-essalud-constituyeron-frente-de-defensa-del-derecho-a-la-salud-y-la-seguridad-social/> [Consulta 21 de septiembre 2020]

2020]

Sindicato Nacional Médico del Seguro Social del Perú, (2017). *No al ofrecimiento de ESSALUD a empresas británicas APP's*. [en línea] SINAMSSOP. Disponible en: <http://www.sinamssop.org/2017/04/no-al-ofrecimiento-de-essalud-a-empresas-britanicas-apps/> [Consulta 21 de septiembre 2020]

NORMAS LEGALES DEL PERÚ

Leyes

Ley No. 26777, (1977) Impuesto Extraordinario a los Activos Netos Aplicables a Perceptores de Renta de Tercera Categoría. Diario Oficial El Peruano, 3 de mayo.

Ley N° 26790, (1997). Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud. Diario Oficial El Peruano, 15 de mayo.

Ley N° 26842, (1977). Ley General de Salud, Diario Oficial El Peruano, 15 de julio.

Ley N° 27056, (1999). Ley de Creación del Seguro Social de Salud (ESSALUD), Diario Oficial El Peruano, 29 de enero.

Ley N° 28006, (2003). Ley que garantiza la intangibilidad de los Fondos y Reservas de la Seguridad Social y restituye la Autonomía Administrativa, Económica, Financiera y Presupuestal de EsSalud, Diario Oficial El Peruano, 17 de junio.

Ley N° 28424, (2004). Impuesto temporal a los activos netos. Diario Oficial El Peruano, 21 de diciembre.

Ley N° 29344, (2009). Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, Diario Oficial El Peruano, 9 de abril.

Decretos Legislativos

Decreto Legislativo N° 674, (1991). Ley de Promoción de la Inversión Privada de las Empresas del Estado. Diario Oficial El Peruano, 27 de setiembre.

Decreto Legislativo No 758, (1991). Normas para la Promoción de las inversiones privadas en la infraestructura de servicios públicos. Diario Oficial El Peruano, 8 de noviembre.

Decreto Legislativo N° 839, (1996). Ley de Promoción de la Inversión Privada en Obras Públicas de Infraestructura y de Servicios Públicos. Diario Oficial El Peruano, 21 de agosto.

Decreto Legislativo N° 1012, (2008). Ley marco de asociaciones público - privadas para la generación de empleo productivo y dicta normas para la agilización de los procesos de promoción de la inversión privada. Diario Oficial El Peruano, 13 de mayo.

Decreto Legislativo N° 1224, (2015). Marco de Promoción de la Inversión Privada mediante Asociaciones Público Privadas y Proyectos en Activos. Diario Oficial El Peruano, 25 de setiembre.

Decreto Legislativo N° 1251, (2016). Modifica el DL N° 1224 Ley Marco de Promoción de la Inversión Privada mediante Asociaciones Público Privadas y Proyectos en Activos. Diario Oficial El Peruano, 30 de noviembre.

Decreto Legislativo N° 1252, (2016). Crea el Sistema Nacional de Programación Multianual y Gestión de Inversiones y deroga la Ley N° 27293, Ley del Sistema Nacional de Inversión Pública. Diario Oficial El Peruano, 01 de diciembre.

Decreto Legislativo N° 1362, (2018). Regula la Promoción de la Inversión Privada mediante Asociaciones Público Privadas y Proyectos en Activos. Diario Oficial El Peruano, 21 de julio.

Decretos Supremos

Decreto Supremo N° 043-2003-PCM, (2003). Texto Único Ordenado de la Ley N° 27806, Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública. Diario Oficial El Peruano, 4 de abril.

Decreto Supremo N° 025-2007-TR, (2007). Establece disposiciones relacionadas con la Seguridad Social en Salud y Seguro Social de Salud. Diario Oficial El Peruano, 20 de diciembre.

Decreto Supremo N° 146-2008-EF, (2008). Reglamento del D.L. 1012 que aprueba la ley marco de APP. Diario Oficial El Peruano, 8 de diciembre.

Decreto Supremo N° 144-2009-EF, (2009). Modifican Art.9 del D.S. N°146-2008-EF. (Reglamento del DL 1012). Diario Oficial El Peruano, 24 de junio.

Decreto Supremo N° 127-2014-EF, (2014). Aprueba el nuevo Reglamento del D.L. 1012 que aprobó la ley marco de APP. Diario Oficial El Peruano, 31 de mayo.

Decreto Supremo N° 410-2015-EF, (2015). Aprueban Reglamento del Decreto Legislativo No 1224 Marco de Promoción de la Inversión Privada mediante Asociaciones Público Privadas y Proyectos en Activos. Diario Oficial El Peruano, 27 de diciembre.

Decreto Supremo N°077-2016-EF, (2016). Aprueba la Política Nacional de Promoción de la inversión Privada en Asociaciones Público-Privadas y Proyectos en Activos. Diario Oficial El Peruano, 11 de abril.

Decreto Supremo N° 240-2018-EF, (2018). Reglamento del Decreto Legislativo N° 1362, que regula la Promoción de la Inversión Privada mediante APP y Proyectos en Activos. Diario Oficial El Peruano, 30 de octubre.

Notas

¹ El Marco Macroeconómico Multianual, es el documento más relevante en materia económica, contiene las proyecciones macroeconómicas y fiscales, así como los supuestos en los que éstas se basan, por un periodo de cuatro años.

² Sistema cuyo ente rector es la Dirección General de Inversión Pública del Ministerio de Economía y Finanzas, nació mediante el Decreto Legislativo N° 1252 del 1 de diciembre de 2016.

³ Para información sobre las brechas de género en el Perú ver INEI, 2019.

⁴ Instituto Peruano de Seguridad Social, que luego mediante la Ley N° 27056, se convierte en el Seguro Social de Salud (EsSalud).

⁵ Los materiales utilizados en el curso están disponibles en:

https://www.mef.gob.pe/index.php?option=com_content&view=article&id=4609&Itemid=102291&lang=es
[Consultado 21-09-2020]

⁶ Ver OECD, 2020.

⁷ “Entendemos por movimiento social a un proceso de acción colectiva politizada dirigido a luchar contra formas de acumulación y colonización que reproducen la injusticia y que cuenta con una visión alterna de sociedad y desarrollo”. Bebbington (2008)

⁸ El plan de inversiones no está disponible en el portal de EsSalud en la sección de Planeamiento y organización <http://www.essalud.gob.pe/transparencia/index.html> [Consultado 21-09-2020], tampoco esta disponible el análisis costo beneficio en el portal de ESSSALUD de los contratos APP vigentes

<http://www.essalud.gob.pe/asociacion-publico-privada-contratos-vigentes/> [Consultado 21-09-2020]

⁹ Es la persona jurídica constituida por el adjudicatario que suscribe el contrato APP con EsSalud.

¹⁰ Ver lo que corresponde a cada grupo en el contrato APP (EsSalud, 2010a, p.67)

¹¹ El 1° de marzo 2011 el IGV bajó a 18%.

¹² Aproximadamente \$90 millones de dólares (T.C. Bancario promedio del periodo 2019: 3.34)

¹³ Aproximadamente \$173 mil dólares (T.C. Bancario promedio del periodo 2019: 3.34)

¹⁴ Resaltados en color naranja.

¹⁵ El Rol anual compensatorio, suma las horas de trabajo de todo el año y las distribuye arbitrariamente, no contemplando la jornada laboral diaria ni mensual legalmente establecida.

Documentos de Discusión de DAWN #30

© 2020 DAWN bajo una licencia Creative Commons
Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0
Internacional (CC BY-NC-ND 4.0).



www.dawnnet.org