Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América
Facultad de Ciencias Económicas
Escuela Profesional de Economía

Análisis económico para la optimización de la inversión en equipamiento médico: estudio de caso de la Red Prestacional Sabogal de EsSalud

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

Para optar el Título Profesional de Economista

AUTOR

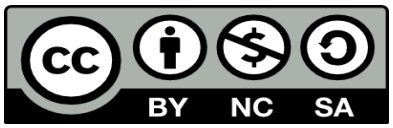
Martha Margarita CUBILLAS SARMIENTO

ASESOR

Dr. Raúl Alberto RENGIFO LOZANO

Lima, Perú

2025



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

Cubillas, M. (2025). *Análisis económico para la optimización de la inversión en equipamiento médico: estudio de caso de la Red Prestacional Sabogal de EsSalud*. [Trabajo de suficiencia profesional de pregrado, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Ciencias Económicas, Escuela Profesional de Economía]. Repositorio institucional Cybertesis UNMSM.

Metadatos complementarios

Datos de autor	
Nombres y apellidos	Martha Margarita Cubillas Sarmiento
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	08525087
URL de ORCID	-----
Datos de asesor	
Nombres y apellidos	Raúl Alberto Rengifo Lozano
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	07537379
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0002-6545-6442
Datos del jurado	
Presidente del jurado	
Nombres y apellidos	Manuel Antonio Gavilano Aspillaga
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	40772805
Miembro del jurado 1	
Nombres y apellidos	Oscar Eulogio Suarez Flores
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	07858961
Datos de investigación	
Línea de investigación	No aplica.

Grupo de investigación	No aplica.
Agencia de financiamiento	Sin financiamiento.
Ubicación geográfica de la investigación	Obligatorio. Indique el lugar o lugares y sus coordenadas en **grados decimales GD** donde ha sido realizada la investigación. La ubicación geográfica no está referida a su domicilio, en el caso que no precise un lugar donde se haya realizado la investigación coloque Universidad Nacional Mayor de San Marcos y sus coordenadas geográficas. Ejemplo: Edificio: (Si se trata de una investigación en laboratorio, universidad, empresa o institución) País: Perú Departamento: Lima Provincia: Lima Distrito: Carabayllo Centro poblado: Centro poblado rural Santa Rosa (según corresponda) Urbanización: (según corresponda) Manzana y lote: (según corresponda) Calle: (según corresponda) Latitud: -11.77453 Longitud: -76.98543 Se requieren coordenadas, no colocar enlaces. Puedes obtener las **coordenadas GD** de sitios como https://www.google.com.pe/maps/ https://www.coordenadas-gps.com/ https://www.mapsdirections.info/
Año o rango de años en que se realizó la investigación	Junio 2025 - octubre 2025
URL de disciplinas OCDE	https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#5.02.01

ACTA DE SUSTENTACIÓN DEL TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE ECONOMISTA

Reunidos en EL Salón de Grados de la Facultad de Ciencias Económicas el día sábado 22 de noviembre de 2025 a **las 1:00** pm, ante el Jurado presidido por el catedrático **Mg. MANUEL ANTONIO GAVILANO ASPILLAGA** e integrado por los catedráticos :**Econ. OSCAR EULOGIO SUAREZ FLORES y Dr. RAÚL ALBERTO RENGIFO LOZANO**

Se presenta la Bachiller **MARTHA MARGARITA CUBILLAS SARMIENTO** para realizar la defensa de su Trabajo de Suficiencia **Profesional "ANÁLISIS ECONÓMICO PARA LA OPTIMIZACIÓN DE LA INVERSIÓN EN EQUIPAMIENTO MÉDICO: ESTUDIO DE CASO DE LA RED PRESTACIONAL SABOGAL DE ESSALUD"** presentado para la obtención del Título Profesional de Economista.

De acuerdo a las normas vigentes la Bachiller después de finalizada la exposición absolvió las preguntas planteadas por los miembros del jurado. Concluida esta fase se suspendió el acto público, a fin de que los señores catedráticos en votación secreta procedieran a la calificación correspondiente

Acto seguido el presidente del Jurado informó que la graduando había sido Aprobada

por unanimidad con el calificativo de 17 - Diecisiete.
(Números y letras)

Para dar fe del acto, suscriben la presente acta el Presidente, los Miembros del Jurado, a los Veintidós días del mes de noviembre de 2025.

Mg. MANUEL ANTONIO GAVILANO ASPILLAGA
Presidente

Econ. OSCAR EULOGIO SUAREZ FLORES
Miembro

Dr. RAÚL ALBERTO RENGIFO LOZANO
Asesor

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE
SAN MARCOS
Universidad del Perú, Decana de América

CERTIFICADO DE SIMILITUD

Yo, RAÚL ALBERTO RENGIFO LOZANO en mi condición de asesor acreditado con el Dictamen N° 000057-2025-EPE-FCE/UNMSM del trabajo de suficiencia profesional, cuyo título es "Análisis Económico para la Optimización de la Inversión en Equipamiento Médico: Estudio de Caso de la Red Prestacional Sabogal de Essalud", presentado por la bachiller MARTHA MARGARITA CUBILLAS SARMIENTO para optar el Título Profesional de Economista.

CERTIFICO que se ha cumplido con lo establecido en la Directiva de Originalidad y de Similitud de Trabajos Académicos, de Investigación y Producción Intelectual. Según la revisión, análisis y evaluación mediante la plataforma PIDS, el documento evaluado cuenta con el 18 % de similitud, nivel PERMITIDO para continuar con los trámites correspondientes y para su publicación en el repositorio institucional.

Se emite el presente certificado en cumplimiento de lo establecido en las normas vigentes, como uno de los requisitos para la obtención del Título Profesional de Economista.

Lima, 19 de noviembre de 2025

Firma del Asesor

Nombres y Apellidos del asesor: RAÚL ALBERTO RENGIFO LOZANO

DNI: 07537379

Dedicatoria

A mi querida madre, por darme siempre su apoyo constante e incondicional para seguir adelante ante las circunstancias adversas, por compartir conmigo este sueño. Espero y deseo con todo mi corazón que desde el cielo te sientas muy orgullosa y feliz al ver lograr la culminación de esta primera etapa, no ha sido fácil…pero te lo debo a ti.

Agradecimientos

A mis hijos, por ser siempre una motivación para seguir avanzando y creciendo profesionalmente, su apoyo fue muy importante para superar cada desafío que se presentó en este camino.

A mi padre y hermanos porque siempre están presentes para mí en todos los momentos importantes, buenos o malos, de mi vida.

A la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, a la Facultad de Economía, por los conocimientos que me ha brindado en esta maravillosa profesión.

A mi asesor por su gran apoyo en la realización de este trabajo.

RESUMEN

El trabajo “Análisis Económico para la Optimización de las Necesidades de Inversión en Equipos en ESSALUD” busca evaluar la eficiencia de las inversiones que realiza el Seguro Social de Salud del Perú (ESSALUD) en la adquisición de equipos médicos.

El estudio aborda el problema de la subutilización y la desigual distribución de equipos, a pesar de los grandes montos invertidos, lo que refleja ineficiencias en la gestión de la inversión pública. El objetivo es proponer mejoras desde una perspectiva económica aplicada.

La metodología empleada es de enfoque mixto (cuantitativo y cualitativo), utilizando herramientas clave como el Análisis Costo-Beneficio (ACB) y el Análisis Costo-Efectividad (ACE) para evaluar la rentabilidad social.

Los resultados indican que muchos proyectos no cumplen con la rentabilidad social esperada debido a fallas en la formulación y evaluación de las propuestas, y a la débil articulación entre las áreas. También se detectan debilidades en el mantenimiento y el seguimiento del ciclo de vida de los equipos.

El trabajo concluye que la implementación de medidas correctivas optimizará el gasto público, mejorará la equidad en la distribución de recursos y elevará la calidad del servicio de ESSALUD, asegurando su sostenibilidad financiera.

Palabras Clave: Análisis económico, Inversión pública, Equipamiento médico, ESSALUD, Eficiencia, Costo-beneficio, Optimización de recursos.

ÍNDICE GENERAL

Dedicatoria 2
Agradecimientos 3
RESUMEN 4
ÍNDICE GENERAL 5
CAPITULO I: SEGURO SOCIAL DE SALUD – ESSALUD 9
1.1. Breve reseña 9
1.2. Misión, visión y objetivos estratégicos 10
1.3. Razón social 11
1.4. Actividad económica 12
1.5. Marco presupuestario 17
1.5.1. Presupuesto institucional de apertura de los órganos desconcentrados 17
1.5.2. Otras actividades que realiza ESSALUD 20
1.6. Organigrama 21
1.7. Actividades de desempeño laboral 23
1.8. Descripción del puesto 23
1.9. Problemas importantes en ESSALUD 24
1.10. RED PRESTACIONAL SABOGAL 26
1.11. Presupuesto institucional de apertura – PIA- RPS 31
CAPITULO II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA 32
2.1. Situación problemática 32
2.2. Descripción del problema 33
2.3. Formulación del Problema 41
2.3.1. Problema General 41
2.3.2. Problemas Específicos 41
2.4. Formulación de Objetivos 41
2.4.1. Objetivo General 41
2.4.2. Objetivos Específicos 42
2.5. Justificación Teórica y Practica 42
2.5.1. Justificación Teórica 42
2.5.2. Justificación Práctica 43
2.6. Limitaciones 43
2.7. Alcances 44

2.8. Sustento técnico - análisis costo beneficio para la compra de equipos en la Red Prestacional Sabogal.....44
2.9. Estudio de Caso: Compra de un Tomógrafo para el Hospital Alberto Sabogal Sologuren.....46
2.9.1. Antecedentes y Justificación.....46
2.9.2. Alternativas de solución.....47
2.9.3. Costos del proyecto.....47
2.9.4. Beneficios económicos.....48
2.9.5. Evaluación económica.....48
2.9.6. Beneficios sociales e institucionales.....49
2.9.7. Conclusión.....49
2.10. Conocimientos Teóricos del bachiller en el cumplimiento de sus funciones.....50
CAPÍTULO III: BASES TEÓRICAS.....52
3.1. Teorías Económicas Fundamentales.....52
3.2. Conceptos Clave en Economía de la Salud y Evaluación de Tecnologías Sanitarias (ETS).....55
CAPÍTULO IV: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....56
4.1. Conclusiones.....56
4.2. Recomendaciones.....56
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....58

INDICE DE TABLAS

Tabla 1: Número de asegurados - tipo de aseguramiento a junio 2024.....14
Tabla 2: Cantidad centros asistenciales según nivel de atención.....15
Tabla 3: Cantidad de centros asistenciales oferta extrainstitucional.....15
Tabla 4: Distribución de población asegurada por redes a junio 2024.....16
Tabla 5: Presupuesto Institucional de Apertura – Año Fiscal 2025 – Detalle de ingresos y egresos.....18
Tabla 6: Presupuesto institucional de apertura - año fiscal 2025 - Fondo del Régimen Contributivo de la Seguridad Social en Salud (Ley N° 26790) (En soles).....19
Tabla 7: Presupuesto Institucional de Apertura – Año Fiscal 2025 – Redes prestacionales y asistenciales.....20
Tabla 8: Población asegurada en las 3 redes principales de Lima metropolitana.....25
Tabla 9: Población de la red prestacional sabogal a julio 2025 – diferenciada por centros.....26
Tabla 10: Centros de Atención de la Red Prestacional Sabogal.....27
Tabla 11: Equipamiento de Imagenología en la Red Prestacional Sabogal.....28
Tabla 12 Promedio de días de espera para exámenes de tomografía - RPS.....29
Tabla 13: Exámenes de tomografía (solicitudes) a junio 2025 – RPS.....30
Tabla 14: Formato para requerimiento de activos adicionales.....36
Tabla 15: Formato para requerimiento de activos por reposición.....37
Tabla 16: Evaluaciones con Indicación Quirúrgica en la Red Prestacional Sabogal.....39
Tabla 17: Tiempo de espera Quirúrgica (A mayo 2025).....39
Tabla 18: Alternativas de solución.....47
Tabla 19: Inversión inicial.....47
Tabla 20: Costos.....47

INDICE DE FIGURAS

Figura 1: Organigrama.....22
Figura 2: Niveles de Atención.....27
Figura 3: Equipos estratégicos operativos – RPS.....28
Figura 4: Número de días de Diferimiento de Citas de Apoyo al Diagnóstico en Radiología y Ecografía – Red Prestacional Sabogal – RPS.....29
Figura 5: Diferimiento para Citas (Días) – RPS.....30
Figura 6: Gastos Operativos de la RPS.....31
Figura 7: Memorando Circular – Procedimiento para el Requerimiento de Equipos.....34

INTRODUCCION:

El desarrollo de un sistema de salud eficiente y equitativo constituye una prioridad para el Estado peruano, especialmente en el contexto actual de creciente demanda por servicios médicos de calidad. En este marco, el Seguro Social de Salud (ESSALUD) desempeña un papel fundamental al brindar atención integral a millones de trabajadores y sus familias en todo el país. Sin embargo, uno de los principales desafíos que enfrenta la institución radica en la adecuada gestión y optimización de las inversiones en equipamiento médico, elemento indispensable para garantizar la continuidad y eficacia de los servicios de salud.

Durante los últimos años, ESSALUD ha destinado importantes recursos financieros a la adquisición de equipos médicos de diversa complejidad, con el propósito de modernizar su infraestructura hospitalaria y mejorar la capacidad resolutiva de sus establecimientos. No obstante, se ha evidenciado que muchas de estas inversiones no han alcanzado los resultados esperados en términos de eficiencia, uso óptimo y sostenibilidad. En diversos casos, la falta de planificación técnica, la limitada evaluación económica y los problemas de mantenimiento han generado ineficiencias en la asignación de recursos públicos.

Ante esta situación, el análisis económico se presenta como una herramienta esencial para evaluar la racionalidad de las decisiones de inversión. Su aplicación permite medir el impacto social y financiero de los proyectos. En este sentido, el presente trabajo tiene como propósito analizar los factores que inciden en la eficiencia de las inversiones en equipos médicos en ESSALUD, y proponer lineamientos orientados a optimizar su gestión, desde una perspectiva económica aplicada.

CAPITULO I: SEGURO SOCIAL DE SALUD – ESSALUD

1.1. Breve reseña

El Seguro Social en el Perú tuvo sus inicios durante el gobierno del expresidente Oscar R. Benavides, quien aprobó la Ley N° 8433 en 1936. Esta Ley estableció el Seguro Social Obrero Obligatorio con la finalidad de brindar cobertura de salud y prestaciones sociales a la clase trabajadora. Los primeros servicios de salud se dieron en el Hospital Obrero que en la actualidad se llama Hospital Guillermo Almenara Irigoyen.

Desde su creación, el sistema de seguridad social en el Perú ha pasado por varias etapas de evolución. En 1948 se promulgo el Decreto Ley N° 10902 que creo la Caja Nacional del Seguro Social del Empleado, mediante la cual se brinda cobertura a los empleados públicos y privados, pero en el año 1973, mediante Decreto Ley N° 20212, se unificaron ambos regímenes dando origen al Instituto Peruano de Seguridad Social (IPSS), lo cual representó un avance social al eliminar las diferencias existentes en la cobertura que recibían los trabajadores obreros y empleados.

No obstante, debido a problemas administrativos producto del crecimiento de la Demanda asistencial y falta de eficiencia en la oferta brindada fue necesario una reforma estructural que se concretó en el año 1999, mediante la Ley N° 27056, Ley de Creación del Seguro Social de Salud (ESSALUD) como un organismo público descentralizado, adscrito al ministerio de Trabajo de Promoción del Empleo (MTPE), con autonomía técnica, administrativa, económica y financiera cuya finalidad es otorgar prestaciones de salud a sus asegurados y derechohabientes bajo los principios de eficiencia , equidad y sostenibilidad.

Sin embargo, desde la entrada en vigor de la Ley 27056, se han dictado una serie de disposiciones legales que impactan en el alcance de sus funciones y en el ejercicio de su autonomía. Específicamente la ley N° 29626, Ley de Presupuesto del Sector Publico

para el año Fiscal 2011, la cual incorpora a Essalud al ámbito del FONAFE, convirtiéndola en la única entidad pública de salud que se encuentra a cargo del Fonafe. En la actualidad el Seguro Social de Salud, es una entidad pública descentralizada que se encuentra adscrita al Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo, cuyo principal propósito es brindar atención a los asegurados y sus derechohabientes mediante distintos servicios como son: atención médica, promoción de la salud, medidas preventivas, rehabilitación, beneficios económicos y programas sociales, conforme al régimen de contribución de la Seguridad Social del sector y otras formas de aseguramiento.

1.2. Misión, visión y objetivos estratégicos

Misión: "Brindar aseguramiento y prestaciones de salud, económicas y sociales para el cuidado integral de nuestros asegurados, con personal especializado y una gestión innovadora y eficiente que promuevan la accesibilidad, inclusión, oportunidad, pertinencia y calidad de los servicios" (PEI 2025-2030)

La misión de EsSalud, centrada en garantizar la protección integral de la salud, puede ser interpretada económicamente como la provisión de un bien, donde la intervención estatal se justifica para corregir fallas de mercado como la asimetría de información y la incapacidad de los individuos de asegurarse contra ciertos riesgos catastróficos.

VISION: "Al 2030, EsSalud será una entidad aseguradora y prestadora sostenible financieramente que prioriza la atención primaria de salud, fortaleciendo el primer nivel de atención, centrada en crear valor a nuestros asegurados, reconocida por su excelencia, integridad, disrupción, atención humanizada, alta especialización, investigación y docencia. (PEI 2025-2030)

La visión de ser una organización líder en seguros de salud introduce el concepto de competencia por comparación (benchmarking) con el sector privado, impulsando la búsqueda de eficiencias.

Objetivos estratégicos de Essalud

- Mejorar la seguridad social a través del otorgamiento eficiente y equitativo de las prestaciones de salud, económicas y sociales para beneficio de los asegurados.
- Garantizar la sostenibilidad económica y financiera en un marco de buen gobierno corporativo para beneficio de los asegurados y empleadores.
- Fortalecer la atención en todos los niveles con enfoque en atención primaria y énfasis en el primer nivel.
- Mejorar la gestión institucional garantizando la separación de Iafas e Ipress.
- Promover la identidad y el desarrollo de los servidores enfocado en valores, así como la excelencia en la formación continua en salud
- Impulsar la transformación digital, la disrupción y las decisiones basadas en evidencia.

Los objetivos estratégicos, que priorizan la calidad y la accesibilidad, deben ser operacionalizados mediante métricas cuantificables. Por ejemplo, la reducción de listas de espera no es solo un indicador clínico, sino una variable proxy de la eficiencia en la asignación de recursos escasos (capital médico y tiempo de especialistas), cuyo mejoramiento impacta directamente en la productividad de la población afiliada (Musgrove, 1999).

1.3. Razón social

La Sede principal del Seguro Social de Salud (EsSalud), es en la ciudad de Lima en el Jr. Domingo Cueto N° 120, distrito de Jesús María, con RUC N° 20131257750.

1.4. Actividad económica

La actividad económica de Essalud está enfocada en otorgar servicios sociales contemplados en el régimen contributivo de la seguridad social en salud, con el objetivo de satisfacer las necesidades de más de 12 millones de asegurados, los cuales son:

- Atención del cuidado de salud: Mediante la atención médica para los asegurados en uno de los centros de EsSalud.
- Prestaciones económicas: Se refiere a los subsidios que obtiene un asegurado en determinadas circunstancias:
    - Subsidio por Lactancia: Es la ayuda económica que se entrega a las madres de un recién nacido, hijo de una asegurada titular, con el propósito de ayudar a solventar los gastos relacionados con el bebé.
    - Subsidio por maternidad: Es dinero al que tiene derecho la asegurada titular durante el período de 98 días de descanso posterior al alumbramiento de su hijo, a fin de contrarrestar los ingresos no percibidos debido a su licencia por maternidad.
    - Subsidio por Sepelio: Es el dinero que se otorga al asegurado que ha cubierto los gastos de los servicios funerarios por el fallecimiento de un asegurado regular y titular, ya sea en situación activa o pensionado.
    - Subsidio por incapacidad laboral temporal: Es el dinero al que tienen derecho el asegurado titular, por las pérdidas económicas derivadas de la inhabilidad para desempeñar su trabajo ocasionada por la pérdida de su salud.
- Prestaciones sociales: Es el servicio que brinda EsSalud a fin de proteger a la población asegurada frente a eventos que puedan limitar la capacidad del

asegurado en realizar sus actividades normales. En este servicio se tiene al Centro Especializado de Rehabilitación Profesional y Centro del Adulto Mayor. EsSalud ofrece, además, servicios de recuperación, prevención, rehabilitación promoción, prestaciones sociales y prestaciones económicas, los cuales son:

- Seguro Regular: Destinada a individuos que desempeñan labores como empleados dependientes en empresas formalmente constituidas, así como a sus familiares directos además de asegurados que reciben una pensión.
- Seguro Potestativo: Está diseñado para todos, además de trabajadores independientes que tengan capacidad aportar de forma independiente al Seguro Social de Salud.
- Seguro Agrario EsSalud: Este régimen está dirigido a todos los trabajadores que se desempeñen en actividades de cultivo y/o crianza, avícolas, agroindustriales o acuícolas. Sin embargo, excluye a los trabajadores de la industria forestal.
- Seguro contra Accidentes: Este seguro indemniza al asegurado en caso de que el afiliado sufra fallecimiento, invalidez permanente o parcial como consecuencia directa de un accidente, y está disponible exclusivamente para los afiliados a los regímenes laboral estándar, agrario y voluntario.

El alcance del servicio que brinda la entidad es muy amplio. A junio de 2024 existe una población asegurada de 12 245 404, lo que equivale a un 36 % de la población total del país, entre titulares y derechohabientes, divididos en los siguientes tipos de asegurados como se muestra en la TABLA N° 1.

Tabla 1: Número de asegurados - tipo de aseguramiento a junio 2024

TIPOS DE ASEGURADOS	NÚMERO	PARTICIPACIÓN
Regulares	**10 941 369**	**89,35%**
Activo	9 014 638	73,62 %
Pensionista	1 315 084	10,74 %
Trabajador del hogar	71 242	0,58 %
Pescador artesanal	4 832	0,04 %
Contrato Administrativo de Servicio (CAS)	535 573	4,37 %
Agrarios	**731 716**	**5,98 %**
Dependiente	716 355	5,85 %
Independiente	15 335	0,13 %
Actividad acuícola	26	0,00 %
Potestativo	**22 884**	**0,19 %**
Plan Protección Total	2 230	0,02 %
EsSalud Independiente Personal Familiar	395	0,00 %
EsSalud Independiente (antiguo)	3 551	0,03 %
+EsSalud Seguro Potestativo	16 708	0,14 %
Otras coberturas	**549 435**	**4,49 %**
Agrario dependiente	549 433	4,49 %
Agrario independiente	2	0,00 %
Total de asegurados	**12 245 404**	**100,00 %**

Fuente: Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas

Del 100 % de población asegurada, 89,35 % comprende a los asegurados regulares; el 5,98%, a los asegurados agrarios; el 0,19 %, a los potestativos, y el 4,49 %, a otras coberturas.

Essalud realiza la atención médica mediante 400 establecimientos de salud a nivel nacional que tienen diferentes niveles de complejidad, los cuales están distribuidos de la siguiente manera: 298 centros de atención de nivel I, 83 centros de nivel II y 10 centros de nivel III, así como 9 establecimientos de salud que pertenecen a la oferta extra institucional (7 Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) que funcionan mediante convenios y contratos con entidades del sector público y privado,

junto con 2 hospitales operados bajo la modalidad de Asociación Público-Privada (APP).

Tabla 2: Cantidad centros asistenciales según nivel de atención

TIPO	CENTROS ASISTENCIALES
NIVEL III	**10**
INSTITUTOS	2
HOSPITAL NACIONAL	8
NIVEL II	**83**
CENT NAC.	1
H.IV	2
H.III	9
H.II	26
H.I	45
NIVEL I	**298**
POL.	23
C.A.P.III	37
C.M.	42
C.A.P.II	49
C.A.P.I	38
P.M.	109
TOTAL	**391**

No Incluye oferta Extrainstitucional

Fuente: Estadística Institucional de EsSalud al cierre del 2024

Tabla 3: Cantidad de centros asistenciales oferta extrainstitucional

TIPO	CENTROS ASISTENCIALES EXTRAINSTITUCIONALES
NIVEL I	**7**
POL	7
NIVEL II	**2**
H.III	2
TOTAL	**9**

Incluye Asociación Público Privada
Fuente: Estadística Institucional de EsSalud al cierre del 2024

De acuerdo con la Ley N° 27056, los servicios prestacionales de salud se dividen en dos grandes ámbitos:

- Prestaciones de prevención y promoción de la salud: comprenden la educación para la salud, evaluación y control de riesgos e inmunizaciones.
- Prestaciones de recuperación de la salud: comprenden la atención médica, medicinas e insumos médicos, prótesis y aparatos ortopédicos imprescindibles y servicios de rehabilitación.

Para atender estos servicios, la infraestructura asistencial se organiza a través de 26 Redes Asistenciales y 04 Redes Prestacionales, además del Instituto Nacional Cardiovascular (Incor) y del Centro Nacional de Salud Renal (CNSR).

Las Redes Prestacionales ubicadas en Lima Metropolitana concentran la atención del 45,6 % de la población asegurada, la cual, a junio de 2024, llegó a 12 245 404 personas. Mientras que las redes de Arequipa, La Libertad, Piura, Lambayeque, Ica, Cusco y Junín representan el 33,4 % de la población asegurada, conforme se observa en la tabla 4.

Tabla 4: Distribución de población asegurada por redes a junio 2024

NOMBRE DE RED	TITULAR	DERECHO HABIENTES	TOTAL POR RED	PARTICIPACION
Red Prestacional Rebagliati	1 358 427	682 506	**2 040 933**	16,7 %
Red Prestacional Sabogal	1 179 339	732 465	**1 911 804**	15,6 %
Red Prestacional Almenara	1 042 584	587 534	**1 630 118**	13,3 %
Red Asistencial Arequipa	433 727	292 814	**726 541**	5,9 %
Red Asistencial La Libertad	429 246	294 434	**723 680**	5,9 %
Red Asistencial Piura	422 434	296 294	**718 728**	5,9 %
Red Prestacional Lambayeque	362 653	232 479	**595 132**	4,9 %
Red Asistencial Ica	302 121	201 531	**503 652**	4,1 %
Red Asistencial Cusco	298 252	133 040	**431 292**	3,5 %
Red Asistencial Junín	233 142	158 266	**391 408**	3,2 %
Red Asistencial Loreto	153 416	103 104	**256 520**	2,1 %
Red Asistencial Áncash	141 314	96 292	**237 606**	1,9 %
Red Asistencial Cajamarca	124 176	81 590	**205 766**	1,7 %
Red Asistencial Huánuco	120 269	75 057	**195 326**	1,6 %

Red Asistencial Juliaca	107 264	58 711	**165 975**	1,4 %
Red Asistencial Ucayali	97 026	68 578	**165 604**	1,4 %
Red Asistencial Ayacucho	87 741	43 630	**131 371**	1,1 %
Red Asistencial Huaraz	83 957	47 019	**130 976**	1,1 %
Red Asistencial Tacna	82 804	47 294	**130 098**	1,1 %
Red Asistencial Tarapoto	75 373	50 991	**126 364**	1,0 %
Red Asistencial Apurímac	72 151	35 771	**107 922**	0,9 %
Red Asistencial Puno	68 801	37 937	**106 738**	0,9 %
Red Asistencial Moquegua	64 339	41 541	**105 880**	0,9 %
Red Asistencial Pasco	53 422	42 140	**95 562**	0,8 %
Red Asistencial Huancavelica	62 043	30 670	**92 713**	0,8 %
Red Asistencial Amazonas	51 701	29 218	**80 919**	0,7 %
Red Asistencial Tumbes	40 797	32 483	**73 280**	0,6 %
Red Asistencial Jaén	40 537	22 210	**62 747**	0,5 %
Red Asistencial Moyobamba	35 736	23 643	**59 379**	0,5 %
Red Asistencial Madre de Dios	24 729	16 641	**41 370**	0,3 %
TOTAL GENERAL	**7 649 521**	**4 595 883**	**12 245 404**	**100%**

Fuente: Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas

1.5. Marco presupuestario

El presupuesto para Essalud para el año 2025, es de S/ 17,469,467,778.00 conformado por la venta de servicios que representa un 97% de los ingresos y el 3% representado por los ingresos financieros, ingresos por participación o dividendos y otros.

1.5.1. Presupuesto institucional de apertura de los órganos desconcentrados

El Presupuesto Institucional de Apertura – PIA, a nivel desagregado por fondos y dependencias de ESSALUD, para el ejercicio 2025, fue aprobado mediante Resolución de Gerencia General N° 002335-GG-ESSALLUD-2024, de fecha 27 de diciembre 2024 sobre la base de lo ratificado por el Consejo Directivo de ESSALUD mediante Acuerdo de Consejo Directivo N° 11-10E- ESSALUD-2024 de fecha 13.12.2024 en concordancia con lo aprobado por el Fondo Nacional de Financiamiento

de la Actividad Empresarial del Estado – FONAFE mediante Acuerdo de Directorio N° 002-2024/014-FONAFE.

Es en base al precitado marco presupuestal es que las distintas unidades de organización han programado las prestaciones de salud, prestaciones económicas, prestaciones sociales, actividades operativas e iniciativas gestión que forman parte del Plan Operativo Institucional -POI 2025, desagregado por dependencias, los cuales se visualizan en las siguientes tablas.

Tabla 5: Presupuesto Institucional de Apertura – Año Fiscal 2025 – Detalle de ingresos y egresos

PRESUPUESTO INSTITUCIONAL DE APERTURA - AÑO FISCAL 2025

Anexo 01 - Información consolidada para desagregación del PIA 2025
Detalle de Ingresos y Egresos
(En soles)

CONCEPTO	MONTO	% PART.
1. INGRESOS	**17,469,467,778**	100.0%
1.1 INGRESOS DE OPERACIÓN	**17,469,467,778**	100.0%
1.1.2 Venta de Servicios	**16,932,639,885**	96.9%
- Aportaciones	16,670,103,308	95.4%
- Ley N° 30478 (Aportes 4.5% AFP)	250,676,017	1.4%
- Prestaciones a No Asegurados	11,860,560	0.1%
1.1.3 Ingresos Financieros	**287,481,298**	1.6%
1.1.4 Ingresos por Participaciones o Dividendos	**903,063**	0.0%
1.1.6 Otros	**248,443,532**	1.4%
2. EGRESOS	**17,477,674,795**	100.0%
2.1 EGRESOS DE OPERACIÓN	**16,378,037,746**	93.7%
2.1.1 Prestaciones	**15,725,324,301**	89.9%
2.1.1.1 Redes Prestacionales y Asistenciales	13,554,095,427	77.5%
2.1.1.2 Programas Centrales Administrados por Encargo	2,171,228,874	12.4%
2.1.2 Comisión AFESSALUD	**254,384,755**	1.5%
2.1.3 Pensiones D.L. Nº 20530	**398,328,690**	2.3%
2.2 TRANSFERENCIAS A LA ONP (Pens. D.L.18846)	**151,381,223**	0.9%
2.3 EGRESOS DE CAPITAL	**948,255,826**	5.4%
2.3.1 Presupuesto de Inversiones - FBK	**723,407,387**	4.1%
2.3.2 Inversión Financiera	**224,848,439**	1.3%
RESULTADO ECONÓMICO	**-8,207,017**	
SALDOS DE EJERCICIOS ANTERIORES	**8,207,017**	
SALDO FINAL	**0**	

Tabla 6: Presupuesto institucional de apertura - año fiscal 2025 - Fondo del Régimen Contributivo de la Seguridad Social en Salud (Ley N° 26790) (En soles)

CONCEPTO	MONTO	% PART.
1. INGRESOS	**17,459,340,764**	100.0%
1.1 INGRESOS DE OPERACIÓN	**17,459,340,764**	100.00%
1.1.2 Venta de Servicios	**16,932,639,885**	97.00%
- Aportaciones	**16,670,103,308**	95.50%
- Ley N° 30478 (Aportes 4.5% AFP)	**250,676,017**	1.40%
- Prestaciones a No Asegurados	**11,860,560.00**	0.10%
1.1.3 Ingresos Financieros	**287,478,922**	1.60%
1.1.4 Ingresos por Participaciones o Dividendos		0.00%
1.1.6 Otros	**239,221,957**	1.40%
2. EGRESOS	**17,467,547,781**	100.0%
2.1 EGRESOS DE OPERACIÓN	**16,367,910,732**	93.7%
2.1.1 Prestaciones	**15,725,151,271**	90.0%
2.1.1.1 Redes Prestacionales y Asistenciales	13,554,095,427	77.6%
2.1.1.2 Programas Centrales Administrados por Encargo	2,171,055,844	12.4%
2.1.2 Comisión AFESSALUD (1,4% de los Ingresos operativos)	**244,430,771**	1.4%
2.1.3 Pensiones D.L. Nº 20530	**398,328,690**	2.3%
2.2 TRANSFERENCIAS A LA ONP (Pens. D.L.18846)	**151,381,223**	0.9%
2.3 EGRESOS DE CAPITAL	**948,255,826**	5.4%
2.3.1 Presupuesto de Inversiones - FBK	**723,407,387**	4.1%
2.3.2 Inversión Financiera	**224,848,439**	1.3%
RESULTADO ECONÓMICO	**-8,207,017**	
SALDOS DE EJERCICIOS ANTERIORES	**8,207,017**	

Fuente: Gerencia General – Resolución N° 2335-GG-ESSALUD-2024 Gerencia General – Resolución N° 2335-GG-ESSALUD-2024

Un aspecto que debe ser analizado corresponde al gasto de capital que contemplan los proyectos de inversión que necesita la entidad para mejorar sus servicios, el mismo que solo representa el 4 % del presupuesto total.

Tabla 7: Presupuesto Institucional de Apertura – Año Fiscal 2025 – Redes prestacionales y asistenciales

ORGANOS DESCONCENTRADOS	RUBRO					TOTAL GENERAL	% PARTICIPACIÓN
	COMPRA DE BIENES	GASTO DE PERSONAL	SERVICIOS PRESTADOS POR TERCEROS	TRIBUTOS	GASTOS DIVERSOS DE GESTION		
Red Asistencial Amazonas	5,382,008	47,946,418	23,014,812	18,055	703,747	77,065,040	0.57%
Red Asistencial Ancash	35,139,836	162,366,211	44,421,786	122,257	497,948	242,548,038	1.79%
Red Asistencial Apurimac	11,802,952	80,644,461	36,485,477	29,021	410,391	129,372,302	0.95%
Red Asistencial Arequipa	163,162,879	553,052,280	197,913,005	123,742	480,798	914,732,704	6.75%
Red Asistencial Ayacucho	15,028,170	66,613,744	32,391,502	4,665	578,917	114,616,998	0.85%
Red Asistencial Cajamarca	18,192,504	84,730,769	29,911,685	8,752	323,869	133,167,579	0.98%
Red Asistencial Cusco	59,302,990	215,005,198	84,145,824	59,560	667,480	359,181,052	2.65%
Red Asistencial Huancavelica	5,415,437	45,972,044	16,690,565	1,284	430,091	68,509,421	0.51%
Red Asistencial Huanuco	17,981,709	113,315,418	43,023,407	8,006	510,012	174,838,552	1.29%
Red Asistencial Huaraz	9,173,825	47,560,823	29,138,265	66,360	509,804	86,449,077	0.64%
Red Asistencial Ica	51,775,867	256,771,956	124,235,745	150,595	969,930	433,904,093	3.20%
Red Asistencial Jaen	4,753,171	28,042,623	18,134,995	-	359,297	51,290,086	0.38%
Red Asistencial Juliaca	17,019,596	96,633,784	34,502,472	2,624	278,134	148,436,610	1.10%
Red Asistencial Junin	65,116,747	267,942,899	98,033,490	92,356	971,944	432,157,436	3.19%
Red Asistencial La Libertad	109,655,319	532,645,762	161,480,297	1,286	527,149	804,309,813	5.93%
Red Asistencial Loreto	33,810,605	121,734,542	76,073,538	48,536	388,501	232,055,722	1.71%
Red Asistencial Madre De Dios	4,997,070	31,912,601	15,307,489	11,046	356,904	52,585,110	0.39%
Red Asistencial Moquegua	21,227,945	82,937,447	35,137,999	3,560	651,385	139,958,336	1.03%
Red Asistencial Moyobamba	5,221,254	34,632,646	23,466,221	3,001	219,388	63,542,510	0.47%
Red Asistencial Pasco	9,402,860	110,420,654	20,990,216	13,478	676,258	141,503,466	1.04%
Red Asistencial Piura	72,524,018	249,888,729	182,769,544	73,352	378,283	505,633,926	3.73%
Red Asistencial Puno	17,644,788	105,479,177	27,800,451	3,961	191,299	151,119,676	1.11%
Red Asistencial Tacna	31,596,515	125,857,038	39,256,078	-	260,178	196,969,809	1.45%
Red Asistencial Tarapoto	23,065,379	66,153,289	49,463,468	17,781	274,070	138,973,987	1.03%
Red Asistencial Tumbes	10,438,409	37,940,413	37,655,251	30,451	415,486	86,480,010	0.64%
Red Asistencial Ucayali	24,821,913	66,581,242	68,560,049	16,636	286,926	160,266,766	1.18%
Red Prestacional Lambayeque	113,714,726	449,804,804	174,699,423	298,598	466,819	738,984,370	5.45%
Red Prestacional Almenara	404,222,555	1,188,550,595	308,290,645	1,260,839	150,728	1,902,475,362	14.04%
Red Prestacional Rebagliati	507,560,742	1,459,812,699	726,270,319	743,593	185,012	2,694,572,365	19.88%
Red Prestacional Sabogal	232,640,315	796,547,138	718,297,210	614,303	164,740	1,748,263,706	12.90%
Centro Nacional De Salud Renal	9,540,311	34,436,279	195,048,074	83,934	122,325	239,230,923	1.77%
Instituto Nac. Cardiovascular	52,245,510	102,820,664	35,765,267	53,913	15,228	190,900,582	1.41%
TOTAL	2,163,577,925	7,664,754,347	3,708,374,569	3,965,545	13,423,041	13,554,095,427	100.00%

1.5.2. Otras actividades que realiza ESSALUD

El Seguro Social de Salud (EsSalud) está encargado de administrar el régimen contributivo de la seguridad social en salud y otros seguros de riesgos humanos. Entre sus funciones se encuentran la elaboración de normas y políticas que garanticen el

acceso a prestaciones de salud, económicas y sociales de sus asegurados y derechohabientes, brindando servicios de cobertura en salud.

EsSalud realiza contratos y convenios con instituciones prestadoras de servicios de salud (IPRESS) privadas y públicas, a fin de ofrecer a sus asegurados alternativas para la atención médica. Asimismo, supervisa y controla la calidad, oportunidad y eficiencia de las prestaciones otorgadas por las IPRESS propias o contratadas.

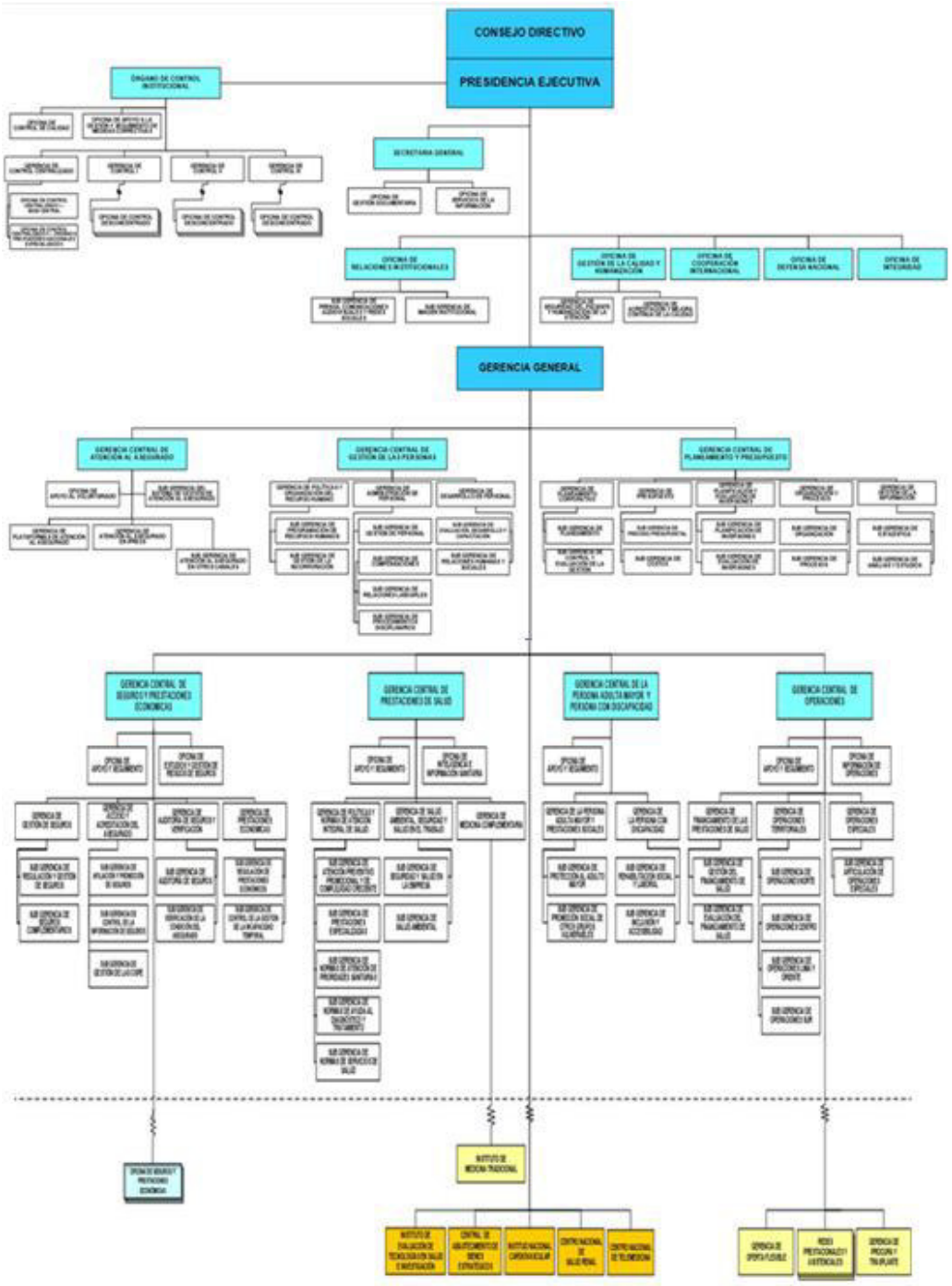
También desarrolla programas de bienestar social, especialmente para adultos mayores y personas con discapacidad, así como programas de prevención de riesgos laborales y salud ocupacional y tiene la potestad de recaudar, fiscalizar y determinar las aportaciones y recursos establecidos por ley. pudiendo delegar estas funciones parcial o totalmente a entidades públicas o privadas.

EsSalud formula y aprueba investigaciones, reglamentos internos, documentos de gestión, promoviendo la difusión y evaluación de tecnologías sanitarias. También puede establecer alianzas de cooperación con entidades nacionales e internacionales para obtener recursos que contribuyan al cumplimiento de sus fines y objetivos.

1.6. Organigrama

La estructura organizacional de Essalud presenta una estructura jerárquica funcional cuyo diseño eficiente minimiza las fricciones en el flujo de información entre las gerencias médicas, de logística y financieras, cruciales para la toma de decisiones de inversión. Se presenta un Consejo Directivo, encargado de velar en la toma de decisiones para actuar en beneficio de la organización y los asegurados, seguido de la Presidencia Ejecutiva y su Gerencia General, las Gerencias Centrales y Las Gerencias de las Redes Asistenciales.

Figura 1: Organigrama



1.7. Actividades de desempeño laboral

Actualmente el cargo desempeñado por el bachiller es Técnico Administrativo II de la Gerencia de Servicios Prestacionales de Nivel I Y II de la Red Prestacional Sabogal.

La Gerencia de Servicios Prestacionales Nivel I y II, tiene la responsabilidad, entre otras, de organizar, formular e implementar modelos de atención al asegurado que garanticen la eficiencia en la prestación de salud, para lo cual una de las necesidades es la formulación adecuada del requerimiento en equipamiento médico para todos los centros pertenecientes a la Red Prestacional Sabogal.

1.8. Descripción del puesto

El bachiller, como Técnico administrativo realiza labores de coordinación, recopilación de información, elaboración de informes con la finalidad de lograr una gestión pública eficiente en el área. Entre las funciones realizadas se encuentran las siguientes:

- Coordinación Interdirectoral. Articulación con los directores de las IPRESS, para la implementación de mejoras en la gestión de servicios.
- Optimización de Recursos: Desarrollo de propuestas para la optimización del uso de recursos humanos, materiales y tecnológicos en los establecimientos de salud de la red.
- Participación en el diseño y evaluación de proyectos de mejora en infraestructura y equipamiento de los establecimientos de nivel I y II.
- Brindar apoyo y propuestas relacionadas con la elaboración de fichas y términos de referencia que presentan los centros.
- Brindar apoyo en el levantamiento de información para el control de los requerimientos de inversiones en infraestructura y equipamiento hospitalario en el ámbito de competencia del área y conforme a la normativa vigente.

- Realizar el seguimiento de expedientes que ingresan a la Unidad orgánica
- Brindar apoyo con la asistencia técnica que se brinda a los diversos órganos desconcentrados de acuerdo a la normativa vigente.
- Apoyar en la Programación, ejecución y control de las Actividades del área,
- Recopilar, Verificar, Ordenar y Registrar información que se genere en el área en que se desempeña
- Preparar reportes, cuadros, gráficos e informes diversos solicitados.
- Absolver las consultas técnico-administrativas del ámbito de competencia y emitir el informe correspondiente.

1.9. Problemas importantes en ESSALUD

El aspecto político ha impactado desfavorablemente en Essalud, como en todas las entidades del estado, esto debido a los constantes cambios en las designaciones de sus funcionarios. En los últimos tres años se ha tenido alrededor de 10 funcionarios diferentes a cargo de la Presidencia Ejecutiva del Seguro Social.

Asimismo, la entidad afronta varios problemas entre los que destacan el debilitamiento de programas en favor de los asegurados como el Padomi, y el cierre de algunas unidades básicas de atención primaria que contribuyen a mejorar la calidad de atención ambulatoria y la descongestión de los hospitales principales. En la actualidad, el promedio de una cita médica en centros médicos y policlínicos es de 1 mes y en hospitales de alta complejidad es de 3 meses sobre todo en especialidades, congestionando y provocando malestar en el usuario.

Según la data oficial de Essalud, el total de asegurados a junio de 2024 es de 12 millones 245 mil 404 asegurados, y se financia principalmente mediante los aportes de los empleadores equivalentes al 9 % de la remuneración de los trabajadores.

Asimismo, Essalud se organiza, como ya se había manifestado, en 26 redes Asistenciales y 04 Redes Prestacionales, además del Instituto Nacional Cardiovascular (Incor) y del Centro Nacional de Salud Renal (CNSR).

Sin embargo, la atención de los asegurados se concentra en Lima Metropolitana con el 45,6% de la población asegurada distribuida en las tres redes principales: Red Prestacional Rebagliati, Red Prestacional Sabogal y Red Prestacional Almenara, de la siguiente manera:

Tabla 8: Población asegurada en las 3 redes principales de Lima metropolitana

NOMBRE DE RED	TITULAR	DERECHOHABIENTES	TOTAL POR RED	PARTICIPACION
Red Prestacional Rebagliati	1 358 427	682 506	**2 040 933**	16,7 %
Red Prestacional Sabogal	1 179 339	732 465	**1 911 804**	15,6 %
Red Prestacional Almenara	1 042 584	587 534	**1 630 118**	13,3 %
TOTAL GENERAL	**3 580 350**	**2 002 505**	**5 582 855**	**45,6%**

A pesar de sus avances en digitalización, infraestructura y gestión hospitalaria, ESSALUD enfrenta desafíos importantes relacionados con la eficiencia del gasto público, la brecha de equipamiento médico y la optimización de las inversiones en tecnología sanitaria, la cual se realiza bajo el marco del Sistema Nacional de Programación Multianual y Gestión de Inversiones (Invierte.pe), que regula la formulación, evaluación y ejecución de los proyectos públicos.

En este contexto, la aplicación de herramientas de análisis económico resulta fundamental para garantizar una mejor asignación de recursos, promover la sostenibilidad financiera y fortalecer la capacidad institucional para responder eficazmente a las necesidades de salud de la población asegurada.

El desarrollo de la presente investigación, se enfoca en la problemática que enfrenta la Red Prestacional Sabogal parte muy importante de todo el engranaje que representa Essalud.

1.10. RED PRESTACIONAL SABOGAL

La Red Prestacional Sabogal, al mes de julio 2025, brinda atención a una Población Asegurada de 1959,705, pertenecientes a la Provincia Constitucional del Callao y Lima Norte, mediante 24 centros asistenciales de diferentes niveles de atención como se visualiza en la tabla 9.

Tabla 9: Población de la red prestacional sabogal a julio 2025 – diferenciada por centros

POBLACION ASEGURADA - RED PRESTACIONAL SABOGAL
JULIO 2025

IPRESS	HOMBRE	MUJER	TOTAL	%
POL. - APP - ALBERTO LEOPOLDO BARTON T.	123,383	133,776	257,159	13%
H.II GUSTAVO LANATTA LUJAN	51,719	51,594	103,313	5%
H.II LIMA NORTE - CALLAO L. NEGREIROS V.	29,583	29,358	58,941	3%
H.I MARINO MOLINA SCIPPA	68,309	70,145	138,454	7%
H.I OCTAVIO MONGRUT MUÑOZ	71,327	77,876	149,203	8%
CAP III HNA. MARIA DONROSE SUTMOLLER	74,853	67,598	142,451	7%
CAP III LUIS NEGREIROS VEGA	60,490	69,971	130,461	7%
CAP III METROPOLITANO CALLAO	52,236	47,532	99,768	5%
CAP III PUENTE PIEDRA	72,980	65,430	138,410	7%
RETABLO - COMAS	70,815	68,344	139,159	7%
POL. FIORI	103,958	92,038	195,996	10%
CAP III CARABAYLLO	53,209	48,932	102,141	5%
CAP III PEDRO REYES BARBOZA	22,987	21,730	44,717	2%
CAP III HUARAL	23,229	21,903	45,132	2%
IPRESS PROLIMA - LOS OLIVOS	37,920	35,299	73,219	4%
IPRESS TREBOL - LOS OLIVOS	20,554	22,544	43,098	2%
IPRESS VILLASOL - LOS OLIVOS	21,157	23,183	44,340	2%
CAP II CHANCAY	13,625	11,946	25,571	1%
CAP II PARAMONGA	5,458	4,907	10,365	1%
CAP II SAYAN	6,568	5,781	12,349	1%
P.M. OYON	2,995	2,463	5,458	0%
TOTAL GENERAL	**987,355**	**972,350**	**1,959,705**	**100%**

Fuente: Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas - GCSPE

Tabla 10: Centros de Atención de la Red Prestacional Sabogal

IPRESS RED PRESTACIONAL SABOGAL	Nº	NIVEL ATENCION	
H.N. ALBERTO SABOGAL SOLOGUREN	1	1	TERCER NIVEL
H III ALBERTO LEOPOLDO BARTON	1	6	SEGUNDO NIVEL
H.II GUSTAVO LANATTA LUJAN	1		
H.II LIMA NORTE-CALLAO LUIS NEGREIROS VEGA	1		
H II DE ESPECIALIDADES QX CANTA	1		
H.I MARINO MOLINA SCIPPA	1		
H.I OCTAVIO MONGRUT MUÑOZ	1		
C.A.P.III LUIS NEGREIROS	1	17	PRIMER NIVEL
C.A.P.III HNA MARIA DONROSE SUTMOLLER	1		
C.A.P.III PUENTE PIEDRA	1		
C.A.P.III CARABAYLLO	1		
C.A.P.III METROPOLITANO DEL CALLAO	1		
C.A.P.III PEDRO REYES BARBOZA	1		
C.A.P.III HUARAL	1		
POL. FIORI	1		
POL. ALBERTO LEOPOLDO BARTON THOMPSON	1		
C.A.P.III RETABLO-COMAS	1		
POLIC. LOS OLIVOS	1		
POLIC. SAN NICOLAS	1		
C.A.P.II CHANCAY	1		
C.A.P.II PARAMONGA	1		
C.A.P.II SAYAN	1		
P.M. OYON	1		
P.M. HUMAYA	1		
TOTAL	24	24	

Fuente: Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas - GCSPE

Figura 2: Niveles de Atención

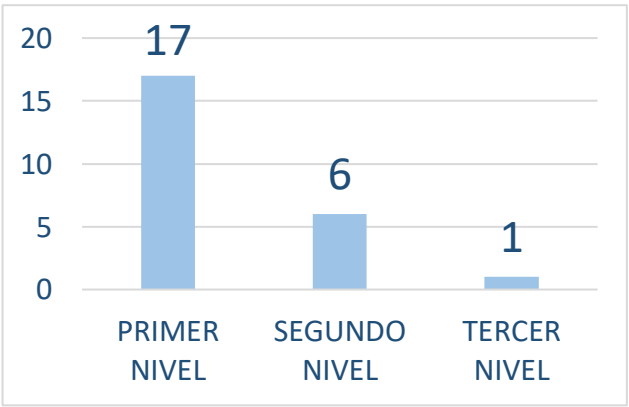


Tabla 11: Equipamiento de Imagenología en la Red Prestacional Sabogal

Equipamiento (Imagenología)

IPRESS	ANGIOGRAFO - TOMOGRAFO		COCARDIOGRAF		ECOGRAFO		EQUIPO DE RAYOS X ESTACIONARIO		EQUIPO DE RAYOS X RODABLE		COEMULSIFICAD		HOLTER		MAMOGRAFO		MAQUINA DE ANESTESIOLOGIA		VENTILADOR MECANICO	
	Inoperativo	perati	perati	Operativo	Inoperativo	Operativo	Inoperativo	Operativo	Inoperativo	Operativo	perati	Operativo	Inoperativo	perati	Inoperativo	Operativo	Inoperativo	Operativo	Inoperativo	Operativo
ALBERTO SABOGAL SOLOGUREN	1			2	8	10		1	2	8		1			2		1	12	22	7
CANTA CALLA						2				1								2		
CARABAYLLO					2	2		1												
CHANCAY					1	1	1													
EL RETABLO - COMAS					1	2		1												
FIORI						2		1												
GUSTAVO LANATTA LUJAN				1		4		2		1			1		1		3	2	5	2
HERMANA MARIA DONROSE STUMOLLER					2	2		1												
HUARAL					1	3		1	1											1
LA VILLA						1														
LIMA NORTE CALLAO - LNV				1	3	6		2	1	2			1		1	1	3	7		1
LUIS NEGREIROS						2														
MARINO MOLINA SCIPPA					1	2		2	1	1						1		4	2	1
METROPOLITANO DEL CALLAO					2	2		1												
OCTAVIO MONGRUT MUÑOZ				1	1	4		1		2			1		1	1	2	2	4	
OYON						1														
PARAMONGA						2														
PEDRO REYES DE BARBOZA					1	1		1												
PUENTE PIEDRA					1	2	1	1												
SAYAN						1			1	1										
TOTAL	1			5	24	52	2	16	6	16		1	3		5	3	9	29	33	12

Fuente: SISMAC, a junio 2025

Figura 3: Equipos estratégicos operativos – RPS

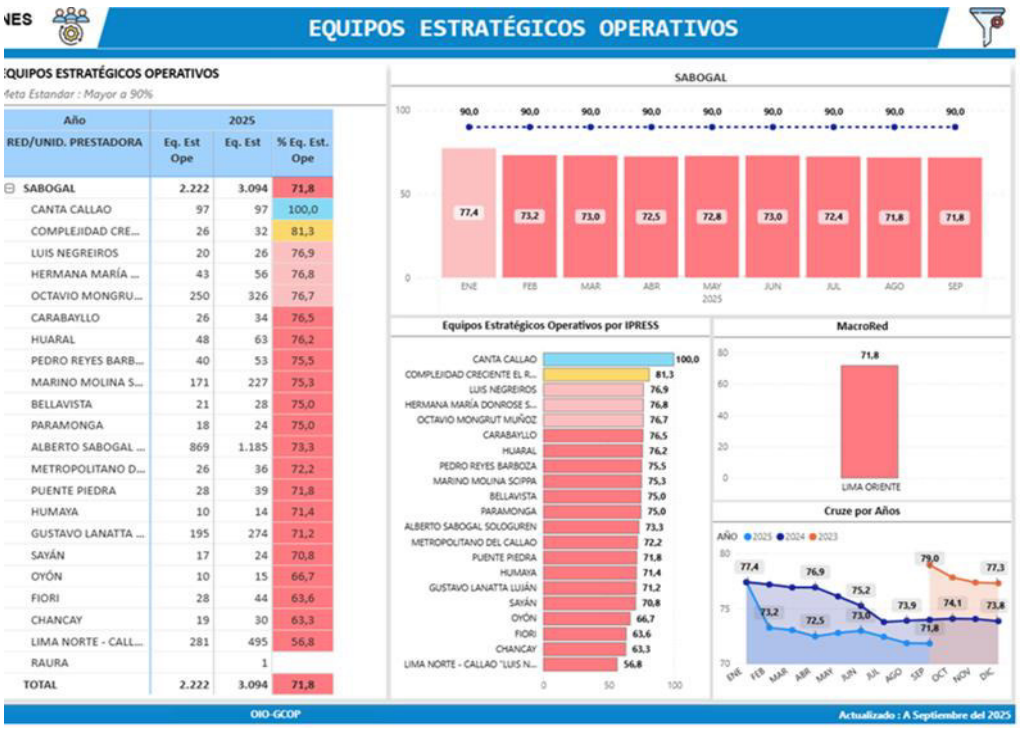
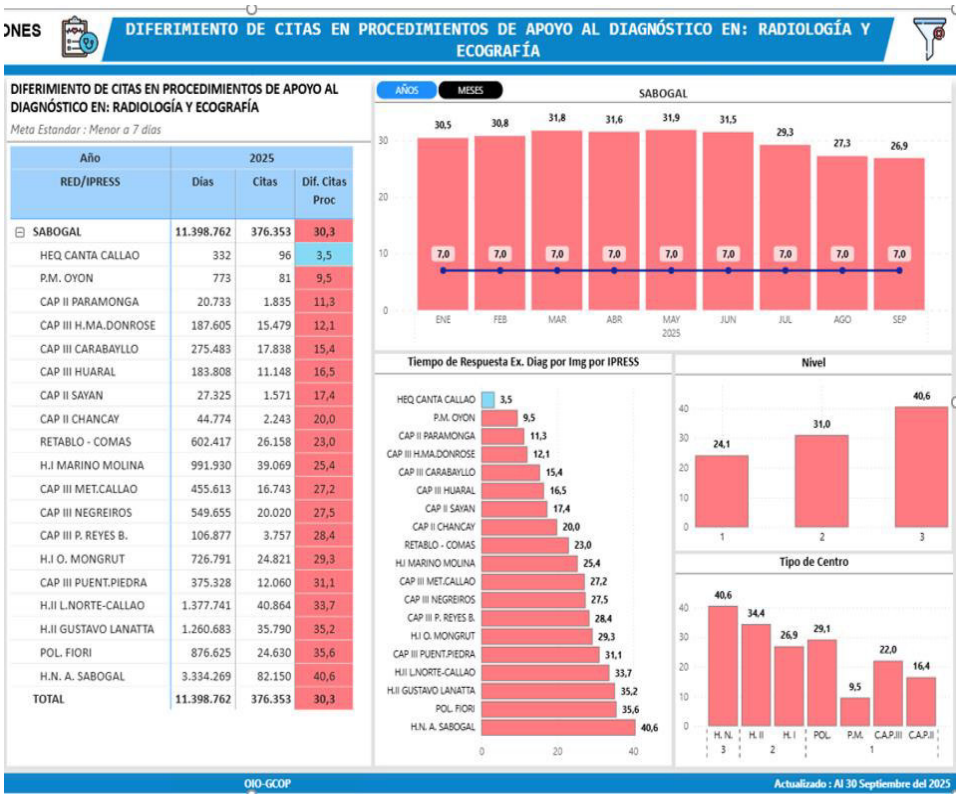


Tabla 12 Promedio de días de espera para exámenes de tomografía - RPS

IPRESS QUE PROCESA	IPRESS SOLICITANTE	TOTAL DIAS DE ESPERA	TOTAL DE INFORMES EMITIDOS	PROMEDIO DE DIAS DE ESPERA
H.II LIMA NORTE-CALLAO	C.M. ANCIJE	11	2	6
	CAP III CARABAYLLO	109	3	36
	HI OCTAVIO MONGRUT	4,100	89	46
	H.II GUSTAVO LANATTA	354	11	32
	HI MARIO MOLINA	12,082	282	43
	H.II LIMA-NORTE-CALLAO	26,246	615	43
	POL. FIORI	372	7	53
	IPRESS TREBOL	8	1	8
	IPRESS VILLASOL	196	4	49
	PADOMI	6	2	3
	TOTAL	**43,484**	**1,016**	**43**

Fuente: Sistema de explotación de datos ESSI julio -2025

Figura 4: Número de días de Diferimiento de Citas de Apoyo al Diagnóstico en Radiología y Ecografía – Red Prestacional Sabogal – RPS



Año	2025		
RED/IPRESS	Días	Citas	Dif. Citas Proc
SABOGAL	11.398.762	376.353	30,3
HEQ CANTA CALLAO	332	96	3,5
P.M. OYON	773	81	9,5
CAP II PARAMONGA	20.733	1.835	11,3
CAP III H.MA.DONROSE	187.605	15.479	12,1
CAP III CARABAYLLO	275.483	17.838	15,4
CAP III HUARAL	183.808	11.148	16,5
CAP II SAYAN	27.325	1.571	17,4
CAP II CHANCAY	44.774	2.243	20,0
RETABLO - COMAS	602.417	26.158	23,0
H.I MARINO MOLINA	991.930	39.069	25,4
CAP III MET.CALLAO	455.613	16.743	27,2
CAP III NEGREIROS	549.655	20.020	27,5
CAP III P. REYES B.	106.877	3.757	28,4
H.I O. MONGRUT	726.791	24.821	29,3
CAP III PUENT.PIEDRA	375.328	12.060	31,1
H.II L.NORTE-CALLAO	1.377.741	40.864	33,7
H.II GUSTAVO LANATTA	1.260.683	35.790	35,2
POL. FIORI	876.625	24.630	35,6
H.N. A. SABOGAL	3.334.269	82.150	40,6
TOTAL	11.398.762	376.353	30,3

Fuente: GERENCIA CENTRAL DE OPERACIONES

Oficina de Información de Operaciones

Figura 5: Diferimiento para Citas (Días) – RPS

MES-AÑO	Ago-2025			TOTAL		
RED/IPRESS/SERVICIO	Suma Días	Total Citas	Dif.	Suma Días	Total Citas	Dif.
R.A. SABOGAL	6,931,405	260,608	26.60	6,931,405	260,608	26.60
P.M. HUMAYA	67	1	67.00	67	1	67.00
H.II L.NORTE-CALLAO	1,014,416	23,682	42.83	1,014,416	23,682	42.83
H.N. A. SABOGAL	2,035,662	56,866	35.80	2,035,662	56,866	35.80
IPRESS VILLASOL	114,306	3,859	29.62	114,306	3,859	29.62
CAP III NEGREIROS	461,352	16,755	27.54	461,352	16,755	27.54
H.I O. MONGRUT	428,260	15,822	27.07	428,260	15,822	27.07
H.I MARINO MOLINA	771,353	29,162	26.45	771,353	29,162	26.45
CAP III H.MA.DONROSE	299,304	12,006	24.93	299,304	12,006	24.93
CAP II CHANCAY	58,387	2,382	24.51	58,387	2,382	24.51
H.II GUSTAVO LANATTA	438,973	18,385	23.88	438,973	18,385	23.88
IPRESS TREBOL	87,312	3,971	21.99	87,312	3,971	21.99
P.M. OYON	2,799	130	21.53	2,799	130	21.53
CAP III HUARAL	111,533	5,392	20.68	111,533	5,392	20.68
CAP III PUENT.PIEDRA	252,957	13,060	19.37	252,957	13,060	19.37
CAP II SAYAN	153	8	19.13	153	8	19.13
CAP III MET.CALLAO	220,642	11,819	18.67	220,642	11,819	18.67
CAP III CARABAYLLO	140,337	7,822	17.94	140,337	7,822	17.94
CAP III P. REYES B.	74,359	4,417	16.83	74,359	4,417	16.83
CAP II PARAMONGA	42,371	2,517	16.83	42,371	2,517	16.83
POL. FIORI	175,777	10,625	16.54	175,777	10,625	16.54
IPRESS PROLIMA	94,107	5,969	15.77	94,107	5,969	15.77
H.M. LOS OLIVOS	22,614	1,953	11.58	22,614	1,953	11.58
RETABLO - COMAS	83,008	13,697	6.06	83,008	13,697	6.06
HEQ CANTA CALLAO	1,356	308	4.40	1,356	308	4.40
TOTAL	6,931,405	260,608	26.60	6,931,405	260,608	26.60

Tabla 13: Exámenes de tomografía (solicitudes) a junio 2025 – RPS

CENTRO	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	TOTAL
CAP III CARABAYLLO		3	2		1	4	10
CAP III HNA. MARIA DONROSE SUTMOLLER		1					1
CAP III HUARAL	1		2	1		4	8
CAP III LUIS NEGREIROS VEGA			2				2
CAP III PEDRO REYES BARBOZA		4			2	1	7
CAP III PUENTE PIEDRA	1						1
H.I MARINO MOLINA SCIPPA	44	60	249	291	255	268	1167
H.I OCTAVIO MONGRUT MUÑOZ	71	80	77	103	111	81	523
H.II GUSTAVO LANATTA LUJAN	795	604	674	760	946	928	4707
H.II LIMA NORTE - CALLAO L. NEGREIROS V.	3478	2922	2892	3879	4077	4114	21362
IPRESS TREBOL - LOS OLIVOS		1	2	2			5
IPRESS VILLASOL - LOS OLIVOS	2	6	8	3	1		20
POL. FIORI	3	1	1	1	1	5	12
RETABLO - COMAS						1	1
TOTAL	4395	3682	3909	5040	5394	5406	27826

1.11. Presupuesto institucional de apertura – PIA- RPS

Con memorándum N° 000215-GPRE-GCPP-ESSALUD-2025, la Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto dio a conocer el Presupuesto Institucional de Apertura para el Año Fiscal 2025 para la Red Prestacional Sabogal por un importe de S/ 1´748,263,706.00. El mismo que fue distribuido para gastos en personal por un importe de S/ 796,547,138.00, gastos en compra de bienes S/ 232,640,315.00 y gastos en servicios de S/ 719,076,253.

- Rubro de Personal: Planilla de Remuneraciones Régimen Laboral 276 -728
- Rubro de Bienes: Materiales e insumos para la operatividad asistencial y administrativa
- Rubro de Servicios: Contratación de servicios por terceros correspondiente a servicios generales, mantenimiento de infraestructura y equipos, servicios asistenciales, locación de servicio, etc.

Figura 6: Gastos Operativos de la RPS

Gasto Operativo
Red Prestacional Sabogal

CONCEPTO	PIA 2025	EJECUCIÓN							EJECUCIÓN A JULIO	SALDO PPTAL	AVAN. %
		ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO			
GASTO DE PERSONAL	796,102,789	51,847,350	84,091,016	51,325,623	51,990,759	72,847,966	52,678,329	92,131,342	456,912,385	339,190,404	57.4
BIENES	232,640,315	2,001,073	25,929,111	25,144,623	21,382,725	22,912,768	23,812,953	19,133,483	140,316,738	92,323,577	60.3
SERVICIOS	719,520,602	47,466,758	50,955,885	58,782,587	55,496,351	58,494,311	63,930,809	57,908,463	393,035,164	326,485,438	54.6
TOTAL	1,748,263,706	101,315,181	160,976,012	135,252,833	128,869,835	154,255,045	140,422,091	169,173,288	990,264,286	757,999,420	56.6

Fuente: SAP 15.07.2025

CAPITULO II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

2.1. Situación problemática

En el contexto actual del sistema de salud peruano, ESSALUD cumple un rol fundamental en la prestación de servicios médicos a nivel nacional. Sin embargo, enfrenta serias limitaciones en la gestión eficiente de sus recursos, particularmente en lo referente a la planificación y ejecución de inversiones en equipos médicos. La disponibilidad, el estado y el uso adecuado de estos equipos son factores determinantes para garantizar la calidad y continuidad de la atención médica, así como para optimizar el uso de los fondos públicos destinados al sector.

Contar con equipamiento médico adecuado permite la realización de diagnósticos más precisos y oportunos, lo que mejora la calidad del tratamiento que reciben los asegurados. Un equipamiento más moderno o en buen estado ayuda a tener también tratamientos más efectivos, reduciendo el riesgo de errores médicos que luego puedan comprometer la salud del asegurado. Por otro lado, estos equipos ayudan a fortalecer la prevención en salud, ya que permiten controlar y prevenir las enfermedades.

En los últimos años, se ha evidenciado que muchas unidades asistenciales de ESSALUD presentan problemas de subutilización, obsolescencia o duplicidad de equipos médicos, lo que repercute negativamente en la eficiencia operativa y económica de la institución. Asimismo, se observa que las decisiones de inversión no siempre se sustentan en evaluaciones económicas integrales que consideren criterios de rentabilidad social, costo-beneficio o análisis de costo-efectividad. Esto ocasiona desequilibrios en la asignación de recursos y, en algunos casos, inversiones que no responden a las necesidades reales de la demanda de servicios.

A ello se suma la insuficiente coordinación entre las áreas técnicas y económicas, así como la falta de mecanismos sistemáticos para evaluar la priorización de proyectos de

equipamiento bajo un enfoque de eficiencia y sostenibilidad. Las restricciones presupuestales y los procedimientos administrativos prolongados dentro del marco del Sistema Nacional de Programación Multianual y Gestión de Inversiones (Invierte.pe) agravan aún más esta problemática, retrasando la reposición oportuna de equipos críticos para la atención de los asegurados.

La Red Sabogal de EsSalud enfrenta el desafío crónico de una brecha entre la demanda de servicios de diagnóstico y tratamiento de mediana y alta complejidad, y la capacidad resolutiva de su parque tecnológico. Esta brecha se manifiesta en listas de espera prolongadas para estudios como tomografías o ecografías, lo que constituye una falla de asignación con consecuencias económicas tangibles. Desde la perspectiva económica, el tiempo de espera es un costo de oportunidad para el paciente (días de trabajo perdidos, progresión de la enfermedad) y un costo para el sistema (mayor complejidad y costo del tratamiento futuro).

La realidad problemática es, en esencia, un problema de optimización bajo restricciones: cómo asignar un presupuesto de capital limitado entre una canasta de posibles inversiones en equipamiento médico, de modo que se maximice el beneficio social neto, considerando no solo el costo de adquisición, sino los flujos de costos operativos, de mantenimiento y el impacto en la productividad del sistema de salud (Hurst & Jee-Hughes, 2001).

2.2. Descripción del problema

El bachiller, ha observado que la falta de una adecuada y oportuna cobertura de equipos en la Red Prestacional Sabogal, se debe a diversos factores, entre ellos podemos mencionar que cuando se realiza la programación de la adquision de un equipamiento médico, se desconocería el nivel de avance del proceso logístico. Así mismo, se desconoce las reposiciones de equipos ya realizadas, la renovación de equipamiento

médico y no hay en la red un seguimiento de los requerimientos realizados por las áreas usuarias,

Así mismo, las Jefaturas Medicas, tendrían poco conocimiento de la normatividad vigente para realizar proyectos de inversión en equipamiento, ya que los equipos médicos llevan un proceso distinto al de otros bienes estratégicos como medicamentos o material médico considerado fungible por lo que los Centros tienen problemas al realizar una buena determinación de su necesidad integral, el cual, para ser oportuno debe tener en cuenta algunos puntos importantes.

Por lo que consideró necesario realizar una capacitación a los diferentes centros asistenciales a fin de difundir y orientar en el correcto estudio y análisis de las Directivas y Normas remitidas por las Gerencias Centrales relacionadas a las Necesidades de Inversión y guiarlos en la clasificación y estructura de sus diferentes necesidades, la cual podía ser un proyecto de inversión, IOAARR u otros Gastos de Capital – OGK, elaborando la siguiente circular -como se visualiza en la siguiente imagen- para el estricto cumplimiento de las Jefaturas Medicas, así como en brindar la asesoría necesaria para el logro de los fines contemplados.

Figura 7: Memorando Circular – Procedimiento para el Requerimiento de Equipos



EsSalud

"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"

MEMORANDO CIRCULAR N° 000015-HII LNC-LNCV-GSPNIYII-GRPS-ESSAL
Callao, 22 de Noviembre del 2024

Para: **Dr. MARTIN CHINCHA LINO**
Jefe del Departamento de Medicina
Dr. MOISES CALLE PEÑA
Jefe del Servicio de Emergencia y Cuidados Críticos
Dr. CESAR FLORES CALDERON
Jefe del Servicio de Medicina
Dr. HECTOR SAMAN VICENTE
Jefe del Servicio de Pediatría
Dra. MARIELLA FARIAS MUÑIZ
Jefa del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación
Dr. FABIO TRELLES BURNEO
Jefe del Departamento de Cirugía
Dra. ROXANA GUTIERREZ CERNA
Jefa del Servicio de Cirugía
Dr. ALFREDO FANG MARINO
Jefe Servicio de Gineco – Obstetricia
Dra. ANGELICA RAMOS HERNANDEZ
Jefa del Servicio de Anestesiología y Centro Quirúrgico
Dr. GILBERTH VELAZCO GONZALES
Jefe del Departamento de Ayuda al Diagnóstico y Tratamiento
Dra. LILIANA MESIAS GANDARILLAS
Jefa del Servicio de Patología Clínica
QF. MIRTHA BARRIOS HERNANDEZ
Jefa (e) del Servicio de Farmacia
Dr. FERNANDO HURTADO MEDINA
Coordinador del Servicio de Diagnóstico por Imágenes
Lic. RUBEN PULIDO ADVINCULA
Jefe del Servicio de Enfermería
Dr. RAMON ESPINO CORTES
Jefe de la Unidad de Admisión y Referencias
Lic. CRISTHIANS DE LA TORRE COLLAO
Jefe de la División de Administración
Lic. MAGALY SOLIS ANCHANTE
Jefe de la División de Planeamiento y Calidad

De: **ENRIQUE SANTIAGO MECHATO ALDAVE**
DIRECTOR HOSPITAL II LIMA NORTE - CALLAO LUIS NEGREIROS VEGA

Asunto: PROCEDIMIENTO PARA EL REQUERIMIENTO DE EQUIPOS EN EL HII LIMA NORTE CALLAO
• Pautas para la Identificación de Necesidades de Inversión

Referencia: ***a) Resolución de Gerencia General N° 1076-GG-ESSALUD-2021, que aprueba la Directiva N° 11-GCPP-ESSALUD-2021 "Normas para la Planificación y Programación de Inversiones No Financieras"***
b) Resolución de Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto N° 03-GCPP-ESSALUD-2021, que aprueba la Guía Técnica de Planificación de Inversiones:
Ficha de Identificación de Necesidades de Inversión – FINI

c) Memorando Circular N° 003-GRPS-ESSALUD-2024

Expediente: 0106420240000115.

Tengo el agrado de dirigirme a ustedes y, de acuerdo a lo indicado en el asunto hacerle llegar las pautas para el Requerimiento de Equipos, mobiliarios y otros en el HIILNC Luis Negreiros Vega, con la finalidad de asegurar una correcta coordinación entre las diversas áreas y optimizar las gestiones realizadas por las jefaturas de nuestro hospital en la etapa de identificación de sus necesidades de inversión.

Al respecto, el objetivo del presente es brindar orientación en los procedimientos administrativos a seguir para la elaboración de la ficha FINI, así como definir los documentos a remitir para la Planificación de las Inversiones en Essalud dentro del marco normativo establecido por los documentos de la referencia.

En ese sentido, a fin de contribuir al cierre de brechas en infraestructura y/o de acceso a prestaciones de salud es necesario identificar las necesidades de inversión que permitan una mejor atención a nuestros asegurados.

A continuación, se les recuerda lo establecido en la normatividad vigente:

- *La ficha FINI es el documento técnico mediante el cual se sustentan las necesidades de proyectos de inversión y/o inversiones tipo IOARR y otros gastos de capital y tiene carácter de Declaración Jurada, la cual debe ser detallada en el numeral 3.4, teniendo en cuenta el anexo de la ficha para los casos de equipamiento nuevo y equipamiento por reposición.*

- ***Para el caso de equipamiento electromecánico** nuevo como aires acondicionados u otros similares, la Gerencia de Ejecución de Proyectos de Proyectos de Inversión reporta que es necesario contar con la siguiente información técnica:*
  1. *Especificaciones técnicas de los equipos de aire acondicionado.*
  2. *Factibilidad de energía eléctrica*
  3. *Plano de distribución de los equipos*
  4. *Plano de Instalaciones mecánicas de los almacenes*
  5. *Plano de instalaciones eléctricas de los almacenes*
  6. *Plano de instalaciones sanitarias*

  Toda la documentación antes indicada deberá ser elaborada y visada por la Of. de Ingeniería Hospitalaria y Servicios Generales de la Red Prestacional Sabogal.

- ***Cabe indicar que en la ficha FINI solo se considera los equipos clasificados como activos**, en el caso de bienes no considerados activos, su requerimiento se realiza considerando el "Maestro de Materiales" el cual los clasifica como:*
  - *ERSA: Herramientas y Repuestos*
  - *HAWA: Material Medico*

  El requerimiento de estos bienes NO se considera en la ficha FINI.

- *En el caso que se soliciten dispositivos o materiales que no representan un activo y son clasificados como ERSA (repuestos) O HAWA (dispositivos y material médico) estos se deberán solicitar a la Oficina de Administración de la Red Prestacional Sabogal con atención a la Oficina de Ingeniería Hospitalaria y a la Oficina de Abastecimiento y Control Patrimonial respectivamente.*

- *A través de la Oficina de Gestión y Desarrollo se podrá solicitar asistencia técnica para el llenado correcto de las Fichas FINI.*

Asimismo, para la adquisición de equipos adicionales o por reposición, se debe tener en cuenta las siguientes condiciones en la elaboración de la ficha FINI:

Esta es una copia autenticada imprimible de un documento electrónico archivado por ESSALUD, aplicando lo dispuesto por el Art. 25 del D.S. 070-2013- PCM y la Tercera Disposición Complementaria Final del D.S. 026-2016-PCM.

CONDICIONES PARA LA ADQUISICION DE EQUIPOS POR REPOSICION

- *Los equipos a reponer deben encontrarse en el Sistema Integrado Patrimonial Contable (SIPC) en condición de **ALTA.***
- *De acuerdo al Anexo 1–B de la ficha FINI, deberá **cumplir al menos tres de los factores** condicionantes de reposición: Estado Operativo, Obsolescencia Tecnológica, Daño Imprevisto, Mantenimiento Correctivo Oneroso, Fallas Frecuentes, Vida Útil.*
- *Los equipos requeridos por Reposición, **deberán contar con Código Patrimonial.***
- *El equipo que reemplazará al equipo que será dado de baja, debe contar con **Código SAP**, debiendo consignar la denominación exacta del activo correspondiente a dicho código.*
- *Para los casos de reposición de activos cuya antigüedad sea menor a su vida útil, adicionalmente a las condiciones precedentes se deberá complementar el sustento con un Informe Técnico.*

CONDICIONES PARA LA ADQUISICION DE EQUIPOS ADICIONALES

- *Los equipos que se solicitan como adicionales en el Anexo 1-A de la ficha FINI, deberán contar con **Sustento Técnico del Área Usuaria**, el cual debe ser cualitativo y cuantitativo, describiendo la oferta y brecha actual que fundamente la cantidad solicitada de equipos adicionales.*
- *La estimación de la cantidad de activos debe realizarse en función de la producción del servicio, rendimiento del activo, demanda no atendida y la disponibilidad de infraestructura, presentando un cuadro con la distribución del activo solicitado por ambiente, en caso se requiera incrementar la producción del servicio.*
- *Adjuntar **especificaciones técnicas** con VB correspondientes.*
- *El activo adicional solicitado debe contar con **Código SAP vigente**, debiendo consignarse la denominación exacta del activo correspondiente a dicho código identificando el nombre estandarizado del activo. **NO** se podrá solicitar equipos que no cuenten con dicho código.*

Es importante mencionarles que nuestro requerimiento de necesidades de inversión es remitido por la Oficina de Gestión y Desarrollo de la RPS a la GERENCIA DE PLANEAMIENTO Y PRESUPUESTO, la cual, luego de su evaluación REALIZARA LA INSCRIPCION DE NUESTRO REQUERIMIENTO EN EL RNI (Registro de Necesidades de Inversión),

Al respecto es importante indicar lo siguiente:

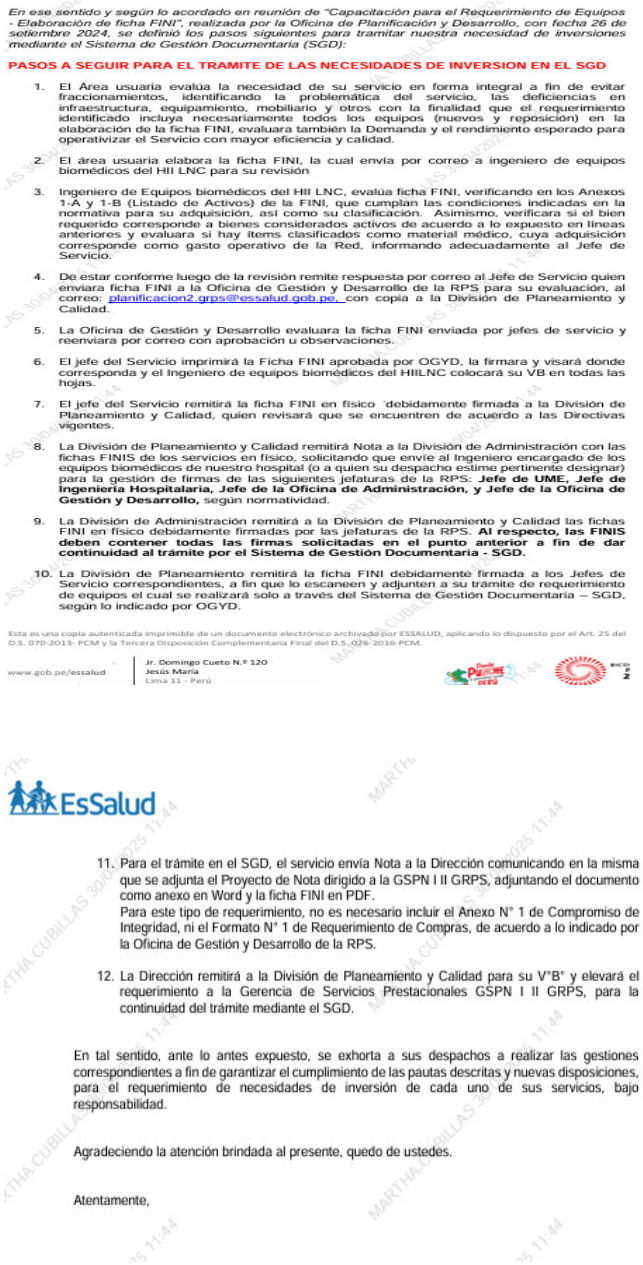
a) Toda necesidad de inversión inscrita como APTA en el Registro de Necesidades de Inversión (RNI) tiene un periodo de vigencia de 3 años.
b) Las Inversiones IOARR de Optimización y Reposición deben seguir los procedimientos establecidos por el Sistema Inviente.pe, lo cual considera que para su programación y posterior ejecución requiere ser incorporado al Programa Multianual de Inversiones PMI, lo cual permitiría iniciar la fase de ejecución del ciclo de inversión.
c) Si luego de dicho periodo no se ha iniciado la ejecución, ni se encuentra priorizada en el Plan Anual de Inversiones - PAI o Programa Multianual de Inversiones - PMI correspondiente, será excluida automáticamente.
d) En caso persista la necesidad excluida, se debe remitir la FINI actualizada.

Asimismo, el Memorando Circular N° 003-GRPS-ESSALUD-2024 a la letra indica:

.../todo trámite de las Necesidades de Inversión a través de las fichas FINI se deberá realizar a través del Sistema de Gestión Documentaria SGD, para remitir vuestro requerimiento a la Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto (GCPP)

.../ las FINI deberán contener las firmas del jefe del Servicio (UPS) o Director del Establecimiento (UP), Jefe de la Ofi. de Ingeniería Hospitalaria (OIHySG), Jefe de la Of. De Administración de la Red (OA) y Jefe de la Of. de Gestión y Desarrollo (OGYD) previamente antes de su trámite por el SGD.../

(El subrayado es nuestro)



En ese sentido y según lo acordado en reunión de "Capacitación para el Requerimiento de Equipos - Elaboración de ficha FINI", realizada por la Oficina de Planificación y Desarrollo, con fecha 26 de setiembre 2024, se definió los pasos siguientes para tramitar nuestra necesidad de inversiones mediante el Sistema de Gestión Documentaria (SGD):

PASOS A SEGUIR PARA EL TRAMITE DE LAS NECESIDADES DE INVERSION EN EL SGD

1. El Área usuaria evalúa la necesidad de su servicio en forma integral a fin de evitar fraccionamientos, identificando la problemática del servicio, las deficiencias en infraestructura, equipamiento, mobiliario y otros con la finalidad que el requerimiento identificado incluya necesariamente todos los equipos (nuevos y reposición) en la elaboración de la ficha FINI, evaluara también la Demanda y el rendimiento esperado para operativizar el Servicio con mayor eficiencia y calidad.
2. El área usuaria elabora la ficha FINI, la cual envía por correo a ingeniero de equipos biomédicos del HII LNC para su revisión
3. Ingeniero de Equipos biomédicos del HII LNC, evalúa ficha FINI, verificando en los Anexos 1-A y 1-B (Listado de Activos) de la FINI, que cumplan las condiciones indicadas en la normativa para su adquisición, así como su clasificación. Asimismo, verificara si el bien requerido corresponde a bienes considerados activos de acuerdo a lo expuesto en líneas anteriores y evaluara si hay ítems clasificados como material médico, cuya adquisición corresponde como gasto operativo de la Red, informando adecuadamente al Jefe de Servicio.
4. De estar conforme luego de la revisión remite respuesta por correo al Jefe de Servicio quien enviara ficha FINI a la Oficina de Gestión y Desarrollo de la RPS para su evaluación, al correo: planificacion2.grps@essalud.gob.pe, con copia a la División de Planeamiento y Calidad.
5. La Oficina de Gestión y Desarrollo evaluara la ficha FINI enviada por jefes de servicio y reenviara por correo con aprobación u observaciones.
6. El jefe del Servicio imprimirá la Ficha FINI aprobada por OGYD, la firmara y visará donde corresponda y el Ingeniero de equipos biomédicos del HIILNC colocará su VB en todas las hojas.
7. El jefe del Servicio remitirá la ficha FINI en físico debidamente firmada a la División de Planeamiento y Calidad, quien revisará que se encuentren de acuerdo a las Directivas vigentes.
8. La División de Planeamiento y Calidad remitirá Nota a la División de Administración con las fichas FINIS de los servicios en físico, solicitando que envíe al Ingeniero encargado de los equipos biomédicos de nuestro hospital (o a quien su despacho estime pertinente designar) para la gestión de firmas de las siguientes jefaturas de la RPS: **Jefe de UME, Jefe de Ingeniería Hospitalaria, Jefe de la Oficina de Administración, y Jefe de la Oficina de Gestión y Desarrollo,** según normatividad.
9. La División de Administración remitirá a la División de Planeamiento y Calidad las fichas FINI en físico debidamente firmadas por las jefaturas de la RPS. **Al respecto, las FINIS deben contener todas las firmas solicitadas en el punto anterior a fin de dar continuidad al trámite por el Sistema de Gestión Documentaria - SGD.**
10. La División de Planeamiento remitirá la ficha FINI debidamente firmada a los Jefes de Servicio correspondientes, a fin que lo escaneen y adjunten a su trámite de requerimiento de equipos el cual se realizará solo a través del Sistema de Gestión Documentaria – SGD, según lo indicado por OGYD.

Esta es una copia autenticada imprimible de un documento electrónico archivado por ESSALUD, aplicando lo dispuesto por el Art. 25 del D.S. 070-2013- PCM y la Tercera Disposición Complementaria Final del D.S. 026-2016-PCM.

www.gob.pe/essalud | Jr. Domingo Cueto N.° 120 Jesús María Lima 11 - Perú

EsSalud

11. Para el trámite en el SGD, el servicio envía Nota a la Dirección comunicando en la misma que se adjunta el Proyecto de Nota dirigido a la GSPN I II GRPS, adjuntando el documento como anexo en Word y la ficha FINI en PDF.
    Para este tipo de requerimiento, no es necesario incluir el Anexo N° 1 de Compromiso de Integridad, ni el Formato N° 1 de Requerimiento de Compras, de acuerdo a lo indicado por la Oficina de Gestión y Desarrollo de la RPS.
12. La Dirección remitirá a la División de Planeamiento y Calidad para su V°B° y elevará el requerimiento a la Gerencia de Servicios Prestacionales GSPN I II GRPS, para la continuidad del trámite mediante el SGD.

En tal sentido, ante lo antes expuesto, se exhorta a sus despachos a realizar las gestiones correspondientes a fin de garantizar el cumplimiento de las pautas descritas y nuevas disposiciones, para el requerimiento de necesidades de inversión de cada uno de sus servicios, bajo responsabilidad.

Agradeciendo la atención brindada al presente, quedo de ustedes.

Atentamente,

Siendo los cuadros para el envío de información los siguientes:

Tabla 14: Formato para requerimiento de activos adicionales

UPS o Servicio	COD. SAP	NOMBRE DEL ACTIVO ADICIONAL	CANTIDAD	CLASIFICACIÓN DEL ACTIVO (*)	DISPONIBILIDAD DE AMBIENTE ADECUADO (SI / NO) (**)	DISPONIBILIDAD DE INSTALACIONES (SI / NO) (***)	SUSTENTO (****)

(*) Para equipos indicar: Biomédico (B), Electromecánico (E), Complementario (C), Informático y Comunicaciones (INF), Mobiliario Clínico (MC), Mobiliario Administrativo (MA) y para Vehículos (V)

(**) Indicar si la UPSS o Servicio cuenta con ambientes para la ubicación y operación del o los equipos adicionales a adquirir.(**) Indicar si los ambientes en donde se ubicará los activos adicionales cuentan con instalaciones eléctricas y/o sanitarias y/o informáticas adecuadas para su funcionamiento.
(****) Presentar el sustento en documento adicional, suscrita por el Jefe de Servicio o UPSS

Tabla 15: Formato para requerimiento de activos por reposición

UPSS o Servicio	DATOS DEL ACTIVO REEMPLAZANTE		DATOS DEL ACTIVO A REEMPLAZAR						
	COD. SAP	NOMBRE	NOMBRE	CLASIFICACIÓN DEL ACTIVO (*)	CÓDIGO PATRIMONIAL	ANTIGÜEDAD (AÑOS)	¿SE ENCUENTRA OPERATIVO? (SI / NO)	PERIODO SIN OPERAR (meses)	SUSTENTO DE REPOSICIÓN (**)

(*) Para equipos indicar: Biomédico (B), Electromecánico (E), Complementario (C), Informático y Comunicaciones (INF), Mobiliario Clínico (MC), Mobiliario Administrativo (MA) y para Vehículos (V).

(**) Consignar por lo menos tres (03) de las condiciones indicadas en el artículo 34.5 de la Directiva de Gerencia General N° 24-GCPI-ESSALUD-2019 V.01(Para equipos biomédico, electromecánico y complementario adjuntar informe de UME)

Es importante sindicar que, dentro de la normatividad vigente, Essalud no establece un estudio económico costo beneficio, costo social, para el requerimiento de necesidades de inversión en equipamiento. Por lo cual, los centros envían su información en función al cumplimiento de indicadores los cuales son establecidos en el Plan Operativo.

La Red Prestacional consolida la información y tendría problemas al momento de realizar la identificación de equipos depreciados para reponer, trataría de no adquirir el equipamiento médico de manera tardía, máxime, si los equipos actuales se encuentran en estado crítico, o usando equipos que se encuentran en condiciones inadecuadas dentro de los centros de salud o peor aun teniendo los equipos en modo de alquiler, lo cual consume presupuesto de partidas presupuestales, las cuales son muy necesarias para la operatividad de las IPRESS.

Asimismo, la Red Prestacional Sabogal consolida la información y lo concerniente a Activos Fijos es remitido a la SUB GERENCIA DE ESTUDIOS DE PREINVERSION DE ESSALUD, quienes evaluan lo requerido y al ser inversiones

que se coberturan a través de una IOARR (Inversiones de Optimización, Ampliación Marginal, Rehabilitación y Reposición), pueden tomar más de un ejercicio presupuestal para su aprobación desde su estimación hasta que llegue el equipo al centro indicado.

A su vez la Subgerencia de Estudios de Preinversion del Seguro Social de Salud, tiene muchas dificultades para evaluar los Proyectos de Inversión a nivel nacional los cuales incluyen la Limitada Programación Presupuestal, la falta de profesionales capacitados adecuadamente para la elaboración de los estudios de Pre inversión, la falta de coordinación con las Redes Asistenciales y Prestacionales, lo cual es un gran obstáculo en el proceso de Pre inversión ya que necesita datos y colaboracion delas redes para efectivizar el estudio, y sobre todo las presiones políticas o intereses particulares, lo cual puede llevar a decisiones que no son óptimas desde el punto de vista técnico, económico y social, incluso paralizando algunos estudios para priorizar otros no necesariamente de modo técnico.

En este contexto, la falta de un adecuado sistema de equipamiento lleva a un embalse de pacientes con alguna indicación quirúrgica, debido a que no pueden realizarse los exámenes prequirúrgicos oportunamente. De acuerdo a los datos obtenidos, estos pacientes suman 15,747 en el primer semestre del 2025 en la Red Prestacional Sabogal, de los cuales 10, 438 no tienen ninguna evaluación prequirúrgica, lo cual representa el 66% de asegurados en espera, como se puede ver en la siguiente tabla.

Tabla 16: Evaluaciones con Indicación Quirúrgica en la Red Prestacional Sabogal

RED/IPRESS/SERVICIO	CON EVALUACION PREQX	SIN EVALUACION PREQX	Total
⊟ R.A. SABOGAL	5.309	10.438	15.747
⊞ H.N. A. SABOGAL	3.454	4.595	8.049
⊟ H.II L.NORTE-CALLAO	953	3.615	4.568
CIRUGIA GENERAL	363	1.811	2.174
OFTALMOLOGIA	191	533	724
UROLOGIA GENERAL	80	307	387
GINECOLOGIA	66	307	373
ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA	112	225	337
CIRUGIA PEDIATRICA	35	184	219
OTORRINOLARINGOLOGIA	46	147	193
CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLO Y MAXILO FACIAL	29	80	109
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA	22	18	40
ANESTESIA, ANALGESIA Y REANIMACION	9	3	12
⊟ H.I MARINO MOLINA	559	1.727	2.286
CIRUGIA GENERAL	290	1.264	1.554
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA	146	267	413
ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA	67	151	218
OFTALMOLOGIA	55	38	93
UROLOGIA GENERAL		6	6
ANESTESIA, ANALGESIA Y REANIMACION	1	1	2
⊞ H.II GUSTAVO LANATTA	184	239	423
⊟ H.I O. MONGRUT	159	262	421
CIRUGIA GENERAL	63	146	209
ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA	58	18	76
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA	27	46	73
OTORRINOLARINGOLOGIA	6	25	31
OFTALMOLOGIA		20	20
UROLOGIA GENERAL	5	7	12
Total	5.309	10.438	15.747

Asimismo, la falta de equipos biomédicos es uno de los factores que incide en tener el indicador de Tiempo de Espera quirúrgico por encima del estándar de 45 días promedio según datos de la siguiente tabla a mayo 2025.

Tabla 17: Tiempo de espera Quirúrgica (A mayo 2025)

Centro Asistencial	Lista de Espera Quirúrgico	Tiempo de Espera Quirúrgico (Prom. días)
H N SABOGAL	7,083	224.3
H II L. NEGREIROS	933	60.2
H I MARINO MOLINA	387	25.8
H I O. MONGRUT	134	61.1
H II G. LANATTA	91	77.2
Red Prestacional Sabogal	**8,628**	**193.6**

Fuente: GCOP-OIO

Por otro lado, es muy importante resaltar que la gestión pública moderna busca optimizar el uso de los recursos del Estado bajo principios económicos que garanticen la eficiencia y la equidad social. Según Musgrave y Musgrave (1989), el Estado cumple tres funciones fundamentales: la asignación eficiente de recursos, la distribución equitativa del ingreso y la estabilización económica.

En el Perú, estos principios se materializan a través del Sistema Nacional de Presupuesto Público y del Sistema Nacional de Programación Multianual y Gestión de Inversiones (Invierte.pe), que orientan la asignación del gasto hacia intervenciones que generen mayor valor público (Ministerio de Economía y Finanzas [MEF], 2022)

En el caso de EsSalud, estos principios se traducen en la búsqueda de eficiencia en la gestión de recursos, priorizando inversiones en equipamiento médico e infraestructura hospitalaria que mejoren la capacidad resolutiva de las redes prestacionales.

La Red Prestacional Sabogal, como parte del Seguro Social de Salud (EsSalud), enfrenta el desafío de atender una alta demanda de servicios médicos en Lima Norte y Callao. Desde una perspectiva económica, la mejora de su equipamiento médico debe analizarse bajo criterios de eficiencia, equidad y sostenibilidad.

El análisis económico permite determinar si las inversiones en equipos contribuyen efectivamente a mejorar la productividad del sistema hospitalario, reducir los costos operativos y elevar la calidad de los servicios.

De este modo, la aplicación de los principios y teorías antes mencionadas orienta la toma de decisiones racionales, priorizando aquellas inversiones que generen mayor impacto en la salud pública y bienestar social de la población asegurada.

En este contexto, resulta necesario aplicar un análisis económico riguroso que permita identificar oportunidades de optimización en la inversión en equipos médicos, considerando tanto la eficiencia económica como el impacto social. Este enfoque

contribuirá a una mejor asignación de recursos públicos, garantizando que las inversiones realizadas por ESSALUD generen el mayor beneficio posible para la población asegurada.

Por lo tanto, el presente trabajo busca analizar de qué manera el análisis económico puede servir como herramienta para optimizar las necesidades de inversión en equipos médicos en ESSALUD, promoviendo una gestión más racional, transparente y eficiente de los recursos institucionales.

2.3. Formulación del Problema

2.3.1. Problema General

¿De qué manera la aplicación del análisis económico financiero, que integre herramientas de evaluación de inversiones (VAN, TIR, Costo – Efectividad) puede contribuir a la optimización de la toma de decisiones para la inversión en equipamiento médico en la Red Prestacional Sabogal, permitiendo una asignación más eficiente y sostenible de los recursos institucionales?

2.3.2. Problemas Específicos

¿Qué factores económicos y de gestión influyen en la ineficiencia de las inversiones en equipos médicos en ESSALUD?

¿Cómo afecta la falta de evaluación económica (costo-beneficio o costo-efectividad) en la priorización de las inversiones institucionales?

2.4. Formulación de Objetivos

2.4.1. Objetivo General

Analizar de qué manera el análisis económico puede contribuir a la optimización de las necesidades de inversión en equipos médicos en ESSALUD, promoviendo una asignación eficiente, racional y sostenible de los recursos institucionales.

2.4.2. Objetivos Específicos

Identificar los principales factores económicos y de gestión que generan ineficiencias en las inversiones en equipos médicos dentro de ESSALUD.

Evaluar el impacto de la ausencia de criterios económicos (como el análisis costo-beneficio y costo-efectividad) en la priorización de las inversiones en equipamiento médico.

2.5. Justificación Teórica y Practica

2.5.1. Justificación Teórica

La justificación de este estudio se sustenta en tres pilares: económica, social y gerencial. Desde el punto de vista económico, es imperativo justificar el gasto de capital público demostrando su eficiencia. La mala asignación de recursos en equipamiento médico genera enormes pérdidas por subutilización o por altos costos de operación y mantenimiento, desviando fondos que podrían destinarse a otras áreas críticas de la salud pública.

El estudio busca fundamentarse en los aportes del análisis costo-beneficio, costo-efectividad y análisis marginal, herramientas propias de la economía pública que permiten determinar el uso más adecuado de los recursos escasos. Asimismo, se relaciona con los principios del Sistema Nacional de Programación Multianual y Gestión de Inversiones (Invierte.pe), que promueve la sostenibilidad y eficiencia del gasto público.

Este estudio proporcionará una metodología rigurosa para cuantificar el retorno social de la inversión, trascendiendo el enfoque tradicional basado únicamente en la urgencia o el lobby de proveedores. Es una aplicación concreta de la teoría de la elección pública para mejorar la eficiencia del Estado (Stiglitz, 2000).

2.5.2. Justificación Práctica

En el ámbito práctico, el estudio reviste gran importancia debido a que ESSALUD destina una porción significativa de su presupuesto anual a la adquisición, mantenimiento y renovación de equipos médicos. Sin embargo, diversas evidencias muestran que estos procesos no siempre se realizan bajo criterios técnicos y económicos adecuados, generando ineficiencias, sobrecostos y limitaciones en la atención de los asegurados.

El presente trabajo propone aplicar el análisis económico como una herramienta de apoyo a la gestión institucional, permitiendo evaluar con mayor objetividad la pertinencia, rentabilidad y prioridad de las inversiones en equipamiento médico. Esto permitirá optimizar la asignación de recursos, garantizar el uso racional del presupuesto y mejorar la calidad del servicio ofrecido a los usuarios del sistema de salud.

Asimismo, los resultados de este estudio pueden servir de insumo para la toma de decisiones estratégicas en los niveles de planeamiento y presupuesto de ESSALUD, contribuyendo al diseño de políticas internas de inversión basadas en evidencia económica. De esta manera, la investigación ofrece un aporte concreto y aplicable a la gestión pública, orientado al uso eficiente de los recursos del Estado y al fortalecimiento institucional.

2.6. Limitaciones

El estudio enfrentará varias limitaciones. La limitación de información será un reto, ya que los sistemas de costos hospitalarios en el sector público suelen ser rudimentarios, dificultando la aplicación de un modelo de costeo ABC preciso. Existirá una limitación metodológica al intentar cuantificar en términos monetarios los beneficios intangibles de la salud (ej. valor de un año de vida ganado, calidad de vida), lo que requerirá el

uso de métricas proxy o el análisis de costo-efectividad. Finalmente, una limitación de generalización es inherente al estudio de caso; los resultados serán específicos para el contexto de la Red Sabogal, aunque la metodología propuesta podrá ser replicada y adaptada en otras redes de EsSalud.

2.7. Alcances

El alcance de la investigación se delimita temporalmente a un análisis de la situación actual y a proyecciones a 10 años, que es el ciclo de vida típico de gran parte del equipamiento médico. Geográficamente, se circunscribe a la Red Prestacional Sabogal. En términos de contenido, el estudio se centrará en el equipamiento médico de diagnóstico por imágenes (Tomógrafo), el cual es necesario en casi todos los servicios médicos. El alcance metodológico incluirá: diagnóstico del estado actual, evaluación financiera de alternativas de inversión (usando VAN y TIR).

2.8. Sustento técnico - análisis costo beneficio para la compra de equipos en la Red Prestacional Sabogal

La falta de equipamiento adecuado se evidencia en una alta demanda de exámenes de tomografía y resonancia, los cuales superan la capacidad instalada, provocando demoras en el diagnostico afectando la calidad de atención o la derivación frecuente de pacientes a centros externos que incrementa los costos por el servicio.

Entonces, a fin de mejorar la capacidad de diagnóstico y reducir los costos y tiempos de atención, se debe realizar una priorización de los servicios de equipamiento, por lo que se vio necesario realizar el presente estudio que evidenciaría la necesidad de su uso para la priorización y optimización de las necesidades de inversión en la red prestacional sabogal.

Dentro de las alternativas de solución se analizan 2 opciones:

- Mantener el servicio tercerizado (sin comprar equipo).

- Comprar e instalar un equipo propio de tomografía

Cada alternativa se evaluará en términos de costos y beneficios.

Identificación y cuantificación de costos:

Incluye costos de inversión, operación y mantenimiento, tanto iniciales como recurrentes.

a) Costos de inversión (C_0):

- Adquisición del equipo Tomógrafo
- Obras civiles y adecuaciones del ambiente.
- Instalación eléctrica, climatización y blindaje magnético.
- Capacitación del personal.

b) Costos de operación y mantenimiento (C_t):

- Energía eléctrica.
- Personal técnico y médico especializado.
- Mantenimiento preventivo y correctivo.
- Insumos (criogenia, bobinas, software, etc.).

Identificación y cuantificación de beneficios:

Se valoran los beneficios económicos y sociales, en términos monetarios cuando sea posible.

a) Beneficios económicos:

- Ahorro por evitar pagos a terceros (clínicas o servicios externos).
- Incremento en la productividad (más pacientes diagnosticados en menos tiempo).
- Reducción de traslados y derivaciones (menor gasto logístico).

b) Beneficios sociales / intangibles:

- Mejora en la oportunidad diagnóstica.
- Incremento en la satisfacción del asegurado.
- Reducción de morbilidad por diagnósticos tempranos.

Cálculo de indicadores financieros

Una vez estimados los flujos de costos y beneficios a lo largo del tiempo (10 años de vida útil), se calculan los principales indicadores:

- Valor Actual Neto (VAN)
- Tasa Interna de Retorno (TIR)
- Relación Beneficio/Costo (B/C)

Evaluación de riesgos y sostenibilidad

Se analiza la disponibilidad presupuestal, la capacidad del personal, el mantenimiento y los posibles riesgos (obsolescencia, costos de repuestos, etc.).

2.9. Estudio de Caso: Compra de un Tomógrafo para el Hospital Alberto Sabogal Sologuren

2.9.1. Antecedentes y Justificación

El Hospital Sabogal actualmente cuenta con dos equipos propios de tomografía, ambos inoperativos, motivo por el cual los pacientes que requieren estudios especializados son derivados a servicios externos, generando altos costos a la institución y demoras en la atención diagnóstica.

En el periodo 2024, se realizaron 44,230 derivaciones de estudios de tomografía, con un costo promedio de S/ 450 por examen, lo que representa un gasto anual aproximado de S/ 19,903,500.

Ante la creciente demanda y la necesidad de fortalecer la capacidad diagnóstica institucional, se propone la adquisición e instalación de cuatro equipos de Tomografía,

con el fin de mejorar la oportunidad diagnóstica, reducir gastos por servicios externos y optimizar la atención a los asegurados.

2.9.2. Alternativas de solución

Tabla 18: Alternativas de solución

ALTERNATIVAS DE SOLUCION

ALTERNATIVA	DESCRIPCION	OBSERVACION
1- MANTENER LA SITUACION ACTUAL	Continuar derivando estudios a proveedores externos	No mejora la capacidad institucional
2- ADQUIRIR EQUIPO TOMOGRAFO PROPIO	Compra, instalacion y operación de un equipo de TOMOGRAFIA	Requiere inversion inicial pero reduce costos recurrentes

2.9.3. Costos del proyecto

a) Inversión inicial (Año 0)

Tabla 19: Inversión inicial

Concepto	Unidades	Costo (S/.)	Total
Equipo de Tomografía	4	1,800,000	7’200,000
Adecuación de ambiente e infraestructura	1	500,000	500,000
Sistema eléctrico, climatización y blindaje	1	300,000	300,000
Capacitación de personal técnico y médico	1	50,000	50,000
Total Inversión Inicial (C_0)			8’050,000

b) Costos anuales de operación y mantenimiento (Años 1–10)

Tabla 20: Costos

Concepto	Costo anual (S/.)
Personal técnico y médico	250,000

Energía eléctrica e insumos	120,000
Mantenimiento preventivo y correctivo	80,000
Total anual (C_t)	450,000

2.9.4. Beneficios económicos

a) Ahorros directos

El hospital dejará de pagar S/ 19,903,500 anuales a servicios externos por tomografías

2.9.5. Evaluación económica

- Horizonte de evaluación: 10 años
- Tasa de descuento: 10% anual (según MEF – Invierte.pe)

Paso 1: Flujo Neto Anual

19,903,500 – 450,000 = 19,453,500

Paso 2: Cálculo del VAN

VAN = 19’453,500 * ((1 – (1 + 0.10)$^{-10}$) / 0.10) - 8’050,000

VAN = 111,256.146

Paso 3: Calculo de la TIR

$$0 = -8{,}050{,}000 + 19{,}453{,}500 \left(\frac{1 - (1 + r)^{-10}}{r} \right)$$

El resultado es una TIR superior al 240% anual, lo que indica una altísima rentabilidad (muy por encima del costo de oportunidad del 10%)

El VAN = 111,256.146 es positivo. El proyecto crea valor, ya que recupera el valor inicial casi de inmediato y genera grandes beneficios durante los 10 años que es su vida útil.

Paso 4: Relación B/C

En primer lugar, se haya el Valor Presente de los Beneficios

$$VP = CF \times \frac{1-(1+r)^{-10}}{r}$$

$$VP = 19{,}453{,}500 \times 6.1446 = 119{,}533{,}336$$

Luego, la relación Beneficio / Costo seria:

$$B/C = \frac{VP_{beneficios}}{Costo\ inicial}$$

$$B/C = \frac{119{,}533{,}336}{8{,}050{,}000} = 14.85$$

2.9.6. Beneficios sociales e institucionales

- Reducción del tiempo promedio de espera para resonancia de 45 a 10 días.
- Diagnóstico temprano y mejor seguimiento de enfermedades crónicas.
- Disminución de traslados a centros externos (ahorro logístico).
- Mejora en la satisfacción del asegurado y cumplimiento de metas de oportunidad diagnóstica.

2.9.7. Conclusión

El análisis costo–beneficio demuestra que la adquisición del equipo de tomografía es económicamente rentable y socialmente conveniente, al presentar un:

- VAN positivo: 111,256.146
- Relación B/C: 14.85
- TIR: 240%

Por tanto, se recomienda la aprobación e incorporación de la inversión en el plan operativo y presupuestal para el Hospital Sabogal para su ejecución en el ejercicio 2026.

2.10. Conocimientos Teóricos del bachiller en el cumplimiento de sus funciones

La Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos me ha brindado una serie de conocimientos que han sido aplicados en el Seguro Social de Salud donde laboro, resaltando los siguientes temas:

Microeconomía: Este curso ha brindado un entendimiento profundo de los principios económicos a nivel de empresa y mercado. Me ha ayudado a analizar los factores que influyen en la demanda y oferta de proyectos de inversión, así como a entender cómo se asignan los recursos, parte fundamental para evaluación económica de los proyectos.

Formulación y Evaluación de Proyectos: Este curso ha sido muy importante para comprender los principios básicos y metodologías de formulación y evaluación de proyectos. Me ha permitido aplicar técnicas adecuadas para el apoyo en la elaboración de estudios con las Jefaturas Medicas.

Economía Financiera: Este curso me ha permitido analizar la rentabilidad económica de los proyectos, así como calcular los indicadores financieros.

Macroeconomía: El conocimiento de los principios de macroeconomía me ha servido de valiosa ayuda para comprender el contexto macroeconómico en el que se desarrollan los proyectos de inversión. Muy importantes como la inflación, el

crecimiento económico y la política fiscal, a fin de evaluar el impacto en el análisis de las variables.

Los cursos aprendidos han sido fundamentales para mi desempeño, en las áreas de trabajo que realizo en Essalud, cumpliendo de manera eficiente las funciones encomendadas.

CAPÍTULO III: BASES TEÓRICAS

3.1. Teorías Económicas Fundamentales

La Teoría de la Producción y de los Costos, la cual modela al hospital como una firma multiproducto que combina insumos (capital -equipos- y trabajo -médicos-) para producir outputs (actos médicos, altas, vidas salvadas). Esta teoría permite analizar conceptos como las economías de escala (si duplicar el equipamiento reduce el costo promedio por diagnóstico) y las economías de alcance (si un mismo equipo puede servir para múltiples especialidades) (Ferguson, 1969).

La Teoría de la Elección Pública, que explica el comportamiento de los actores dentro de las burocracias públicas y los posibles fallos en la asignación de recursos cuando no existen mecanismos de mercado, justificando la necesidad de herramientas técnicas como las evaluaciones económicas para guiar las decisiones (Buchanan & Tullock, 1962).

La Teoría del Capital y la Inversión, que provee el marco para evaluar proyectos de largo plazo, introduciendo los conceptos de flujo de caja descontado, riesgo y costo de oportunidad del capital, fundamentales para calcular el VAN y la TIR de las inversiones propuestas (Ross et al., 2019).

Desde el punto de vista macroeconómico, la inversión en capital físico (como los equipos médicos) incrementa la capacidad productiva del sistema de salud. Una gestión adecuada de este capital genera retornos en términos de mayor productividad, reducción de tiempos de atención y mejora de resultados sanitarios.

Basada en los planteamientos de Irving Fisher (1930), John Maynard Keynes (1936) y la teoría del capital humano de Gary Becker (1964), esta perspectiva sostiene que las inversiones en infraestructura, equipamiento y formación generan rendimientos

sociales futuros. En el sector salud, las inversiones en equipamiento médico constituyen capital productivo que eleva la calidad y productividad de los servicios.

Aplicada a la Red Sabogal, la adquisición de equipos biomédicos representa una inversión en capital productivo sanitario, que mejora la eficiencia de los procesos clínicos, optimiza los tiempos de atención y fortalece la capacidad resolutiva de los hospitales. Asimismo, la capacitación del personal médico y técnico constituye una inversión en capital humano indispensable para el uso óptimo del equipamiento.

La Teoría del Costo de Oportunidad, Todo gasto público implica sacrificar otras alternativas de uso del presupuesto. Por ello, cada inversión en equipos debe evaluarse considerando qué otros proyectos o necesidades podrían financiarse con los mismos recursos, asegurando que la elección sea la más eficiente.

Desarrollada desde los aportes clásicos de David Ricardo (1817) y formalizada por Lionel Robbins (1932), esta teoría establece que todo uso de recursos implica renunciar a un uso alternativo. En la gestión pública, se aplica al decidir entre proyectos o programas de inversión, buscando la alternativa que brinde el mayor retorno social.

Robbins (1932) destacan que toda decisión pública implica renunciar a una alternativa. En la Red Sabogal, asignar presupuesto a equipamiento médico significa dejar de financiar otras áreas, como infraestructura o programas de prevención; por ello, las decisiones deben sustentarse en análisis costo-beneficio que identifiquen las alternativas con mayor retorno social y sanitario.

La Teoría de la Asignación Óptima de Recursos: Plantea que los recursos son escasos y deben asignarse de manera que generen el mayor beneficio posible para la sociedad. En el caso de ESSALUD, esto implica orientar las inversiones hacia los equipos que produzcan el mayor impacto en la atención médica y en la eficiencia del servicio.

Propuesta por Vilfredo Pareto y desarrollada por Musgrave (1959) y Arrow (1963), esta teoría sostiene que los recursos deben distribuirse de manera que se alcance el máximo bienestar social sin perjudicar a otros agentes. En el ámbito de la gestión pública, implica asignar el presupuesto hacia sectores donde el beneficio social marginal sea mayor, como la salud o la educación.

En la Red Prestacional Sabogal, esto se traduce en priorizar la inversión en equipos médicos de alta demanda y utilidad clínica (por ejemplo, tomógrafos, ventiladores o monitores multiparámetro), garantizando una distribución eficiente de los recursos disponibles y mejorando la atención en los servicios hospitalarios y de emergencia.

La Teoría del Bienestar y la Eficiencia Económica, De acuerdo con Pareto y Pigou, la eficiencia se alcanza cuando es imposible mejorar la situación de un individuo sin empeorar la de otro. En la gestión pública, esto se traduce en la eficiencia del gasto público, donde cada sol invertido debe generar el máximo beneficio posible para la población beneficiaria

Inspirada en los aportes de Arthur Pigou (1920), Pareto (1906) y Amartya Sen (1985), esta teoría plantea que las políticas públicas deben orientarse a mejorar el bienestar social considerando tanto la eficiencia económica como la equidad distributiva. En instituciones como EsSalud, se traduce en garantizar acceso equitativo y servicios eficientes para todos los asegurados.

Según Pigou (1920) y Sen (1985), las decisiones del Estado deben orientarse a maximizar el bienestar social y reducir desigualdades. En el contexto de EsSalud-Sabogal, esta teoría respalda las políticas de ampliación y modernización de equipamiento médico, ya que contribuyen a reducir brechas en el acceso y calidad de la atención, especialmente en zonas de alta demanda de servicios.

3.2. Conceptos Clave en Economía de la Salud y Evaluación de Tecnologías Sanitarias (ETS)

Este ítem operacionaliza las teorías en conceptos aplicables al sector salud. El concepto de Eficiencia, desglosado en técnica (maximizar output con insumos dados) y asignativa (elegir la combinación de insumos que minimice costos para un output dado), es el norte de la optimización. La Evaluación Económica de Tecnologías Sanitarias es la disciplina que provee las herramientas: el Análisis Costo-Beneficio (ACB), que valora todos los costos y beneficios en unidades monetarias, y el Análisis Costo-Efectividad (ACE), que compara alternativas según su costo por unidad de resultado en salud ganado (ej. costo por año de vida ganado ajustado por calidad -QALY-), siendo este último más apropiado para el sector público donde la monetización de la vida es éticamente compleja (Drummond et al., 2015).

Finalmente, el concepto de Ciclo de Vida del Equipo obliga a un análisis que va más allá del precio de compra, incluyendo los costos de instalación, operación, mantenimiento, repuestos y valor residual, lo que se conoce como Costo Total de Propiedad, crucial para una evaluación financiera robusta.

CAPÍTULO IV: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1. Conclusiones

El análisis costo–beneficio demuestra que la adquisición de un Tomógrafo es económicamente rentable y socialmente beneficioso.

Se estima un VAN positivo de S/ 111,256.146 y un B/C de 14.85

Superando en gran medida los beneficios esperados.

Se identifico que los principales factores que afectan la eficiencia de las inversiones son la insuficiente evaluación costo-beneficio, la falta de priorización técnica y la carencia de sistemas de información que faciliten el seguimiento del estado de los equipos

La inversión contribuirá a reducir los costos por derivaciones externas y mejorar la calidad y oportunidad diagnóstica.

La propuesta se alinea con los objetivos estratégicos de EsSalud en materia de modernización tecnológica y fortalecimiento de la atención especializada.

4.2. Recomendaciones

Incluir el proyecto de Compra de un Tomógrafo para el Hospital Sabogal, en el Plan Anual de Equipamiento 2026 de la Red Prestacional Sabogal.

Solicitar a la Sub Gerencia de Estudios de Pre Inversión de Essalud, realizar el respectivo estudio de Pre Inversión para la Red Prestacional Sabogal, visto los beneficios obtenidos en el presente estudio.

Luego de su Formulación, Solicitar a la Sub Gerencia de Pre Inversión la inclusión de la Compra de un Tomógrafo para el Hospital Sabogal en la Programación Multianual de Inversiones (PMI) 2026.

Considerar la incorporación de metodologías de evaluación económica en las fases iniciales de requerimientos de inversión de los diferentes centros asistenciales de la Red Prestacional Sabogal.

Priorizar la reposición y adquisición de equipos en función de criterios técnicos y de impacto social, asegurando una distribución equitativa y basada en necesidades reales de la población asegurada.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Buchanan, J. M., & Tullock, G. (1962). The calculus of consent: Logical foundations of constitutional democracy. University of Michigan Press.

Drummond, M. F., Sculpher, M. J., Claxton, K., Stoddart, G. L., & Torrance, G. W. (2015). Methods for the economic evaluation of health care programmes (4th ed.). Oxford University Press.

Ferguson, C. E. (1969). The neoclassical theory of production and distribution. Cambridge University Press.

Fuchs, V. R. (2011). Who shall live? Health, economics and social choice (2nd ed.). World Scientific Publishing.

Getzen, T. E. (2010). Health economics and financing (4th ed.). John Wiley & Sons.

Hurst, J., & Jee-Hughes, M. (2001). Performance measurement and performance management in OECD health systems. OECD Labour Market and Social Policy Occasional Papers, No. 47. OECD Publishing.

Kaplan, R. S., & Porter, M. E. (2011). How to solve the cost crisis in health care. Harvard Business Review, 89(9), 46-54.

Kessler, D. P. (2013). The organization and economics of health care. The MIT Press.

Ley N° 27056, Ley de la Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud, Publicada en el Diario Oficial El Peruano (1999).

Musgrove, P. (1999). Public spending on health care: How are different criteria related? Health Policy, 47(3), 207-223.

Porter, M. E., & Teisberg, E. O. (2006). Redefining health care: Creating value-based competition on results. Harvard Business Review Press.

Ross, S. A., Westerfield, R. W., & Jaffe, J. (2019). Corporate finance (12th ed.). McGraw-Hill Education.

Stiglitz, J. E. (2000). Economics of the public sector (3rd ed.). W. W. Norton & Company.

Wang, B. (2010). Medical equipment maintenance: Management and oversight. Synthesis Lectures on Biomedical Engineering, 5(1), 1-76. Morgan & Claypool Publishers.