

PAUTAS PARA LA ELABORACIÓN DEL PROGRAMA MÉDICO FUNCIONAL DE PROYECTOS DE INVERSIÓN EN SALUD

La Oficina de Programación Multianual de Inversiones - OPMI del Ministerio de Salud ha establecido pautas para orientar a las Unidades Formuladoras a nivel nacional sobre la elaboración de los programas médicos funcionales de los estudios de preinversión de establecimientos de salud en la fase de formulación y evaluación. Estas pautas se deben aplicar de manera referencial, según corresponda.

La elaboración de los programas médicos funcionales de los proyectos de inversión en la fase de formulación y evaluación debe tomar en consideración las funciones y responsabilidades de las Unidades Formuladoras establecidas en el Reglamento y la Directiva General del Sistema Nacional de Programación Multianual y Gestión de Inversiones – SNPMGI; así como, las funciones y responsabilidades que deben cumplir las Autoridades de Salud correspondientes, en el marco del Decreto Legislativo N° 1157 que aprueba la Modernización de la Gestión de la Inversión Pública en Salud y su Reglamento.

Se debe tener en consideración que la elaboración de los programas médicos funcionales por parte de las Unidades Formuladoras - UF se basan en aspectos técnico - normativos del sector salud; por ello es fundamental la participación de la Autoridad de Salud correspondiente, en razón de que estas entidades conocen de cerca el estado situacional de salud del ámbito de su competencia y son responsables de la conducción e implementación de las normas sectoriales.

Objetivo

Establecer pautas para la elaboración de los programas médicos funcionales de los proyectos de inversión de establecimientos de salud en la etapa de formulación y evaluación.

Marco Legal

1. Ley N° 26842, Ley General de Salud.
2. Ley N° 30885, Ley que establece la Conformación y Funcionamiento de las Redes Integradas de Salud (RIS).
3. Ley N° 30895, Ley que fortalece la función rectora del Ministerio de Salud.
4. Decreto Legislativo N° 1157, Decreto Legislativo que aprueba la Modernización de la Gestión de la Inversión Pública en Salud.
5. Decreto Legislativo N° 1161, aprueba la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
6. Decreto Legislativo N° 1252, Decreto Legislativo que crea el Sistema Nacional de Programación Multianual y Gestión de Inversiones.
7. Decreto Supremo N° 013-2006-SA, Decreto Supremo que aprueba el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
8. Decreto Supremo N° 024-2016-SA, Decreto Supremo que aprueba el Reglamento del Decreto Legislativo N° 1157.
9. Decreto Supremo N° 008-2017-SA, aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud y modificatorias.
10. Decreto Supremo N° 242-2018-EF, Decreto Supremo que aprueba el Texto Único Ordenado del Decreto Legislativo N° 1252.
11. Decreto Supremo N° 284-2018-EF, Decreto Supremo que aprueba el Reglamento del Decreto Legislativo N° 1252, modificado por el Decreto Supremo N° 179-2020-EF.
12. Decreto Supremo N° 030-2020-SA, Decreto Supremo que aprueba el Reglamento de la Ley N° 30895.
13. Decreto Supremo N° 019-2020-SA, Decreto Supremo que aprueba el Reglamento de la Ley N° 30885.

14. Resolución Ministerial N° 546-2011/MINSA, Resolución Ministerial que aprueba la NTS N° 021-MINSA/DGSP-V.03, Norma Técnica de Salud “Categorías de Establecimientos del Sector Salud”.
15. Resolución Ministerial N° 045-2015/MINSA, Resolución Ministerial que aprueba la Norma Técnica de Salud N° 113-MINSA/DGIEM-V01 "Infraestructura y Equipamiento de los Establecimientos de Salud del Primer Nivel de Atención".
16. Resolución Ministerial N° 660-2014/MINSA, Resolución Ministerial que aprueba la Norma Técnica de Salud N° 110-MINSA/DGIEM-V.01 "Infraestructura y Equipamiento de Establecimientos de Salud del Segundo Nivel de Atención".
17. Resolución Ministerial N° 862-2015/MINSA, Resolución Ministerial que aprueba la Norma Técnica de Salud N° 119-MINSA/DGIEM-V01 "Infraestructura y Equipamiento de Establecimientos de Salud del Tercer Nivel de Atención".
18. Resolución Directoral N° 001-2019-EF/63.01, que aprueba la Directiva N° 001-2019-EF/63.01 “Directiva General del Sistema Nacional de Programación Multianual y Gestión de Inversiones”, modificada por la Resolución Directoral N° 006-2020-EF/63.01 y por la Resolución Directoral N° 008-2020-EF/63.01.
19. Resolución Directoral N° 004-2019-EF/63.01, que aprueba instrumentos metodológicos en el marco del Sistema Nacional de Programación Multianual y Gestión de Inversiones y dictan otras medidas.

I. CONSIDERACIONES GENERALES

Para la elaboración del programa médico funcional, previamente se requiere el análisis de la organización de las redes integradas de salud, la determinación de la oferta actual, la necesidad o demanda y finalmente el dimensionamiento de los servicios de salud, por lo que se requiere la elaboración y validación de los siguientes puntos:

- Análisis Funcional de Servicios de Salud con Enfoque de Redes Integradas de Salud
- Análisis de la Demanda
- Programa de Recursos Humano Incrementales
- Programa Médico Funcional¹

II. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS

2.1. ANÁLISIS FUNCIONAL DE SERVICIOS DE SALUD CON ENFOQUE DE REDES INTEGRADAS DE SALUD²

Contenido:

Descripción del área de influencia del Proyecto de Inversión³

Ubicación y División Política, Mapa de Área, Población Total y Pirámide Poblacional, Proyecciones de Población.

Análisis de los servicios de salud del ámbito del Proyecto de Inversión

¹ El Programa Médico Funcional, que es aprobado por la Autoridad de Salud correspondiente, forma parte de los contenidos mínimos de un perfil, así como, de una ficha técnica, por lo que debe ser anexado a estos instrumentos, como parte del sustento de la viabilidad y registrado en el Banco de Inversiones como un documento adicional.

² Este documento debe ser validado por la Autoridad de Salud.

³ Área de Influencia: Es el espacio geográfico donde se ubica la población beneficiada con la implementación del proyecto de inversión.

De la organización Institucional de la Autoridad Sanitaria y de servicios de salud del área de influencia.

- Organigrama de la DIRESA/GERESA/DIRIS, hasta nivel de establecimientos de salud.
- Redes Integradas de Salud del área de influencia y sus establecimientos de salud, señalando el rol que cumplen.
- Perfil epidemiológico relevante para el análisis del área de influencia.

De la Oferta de Servicios de Salud del área del Proyecto

- Tabla de Cartera de Servicios de Salud comparativa entre los establecimientos de salud acorde a la capacidad resolutive.
- Producción de servicios de los establecimientos de salud de las Redes Integradas de Salud del ámbito,
- Recursos Humanos en Salud y tipo de contrato del establecimiento y dentro del ámbito regional, macrorregional o nacional.
- Establecimientos de salud de otros prestadores y cartera de servicios de salud comparativa.
- Descripción de limitaciones funcionales y de articulación de las Redes Integradas de Salud.
- Intercambio Prestacional.

Del Sistema de Referencia y Contrarreferencia

- Mapas de flujos de referencia actual según destino.
- Cuadros de tiempos y distancias según flujo de referencia efectuadas,
- Descripción de anillos de contención por servicios.
- Descripción de vías de acceso y comunicación e impacto sobre el acceso a los servicios de salud,
- Disponibilidad de soporte informático para la operatividad del sistema y registro de actividades, ⁴
- Medios de comunicación utilizados para coordinación de referencias y la funcionalidad de los mismos,
- Modalidad en el traslado de las referencias, tipos de ambulancias y/o estrategias utilizadas para este fin (bomberos, SAMU, comunidad, etc.)

Propuesta de Organización Funcional de servicios de salud

- Análisis y propuestas de acciones para el cierre de Brecha de acceso y cobertura de Servicios de Salud del área bajo estudio.
- Cartera de Servicios de Salud proyectada para el establecimiento de salud a intervenir
- Organización funcional de los servicios de salud con el proyecto.
- Flujo de referencias contrarreferencia proyectado.
- Población beneficiaria del ámbito de influencia.

2.2. ANÁLISIS DE LA DEMANDA⁵

⁴ Especificar los sistemas de registro de información

⁵ Este documento debe ser validado por la Autoridad de Salud.

2.2.1. Debe establecerse el **Horizonte de Evaluación** según el tiempo que comprende la fase de ejecución y fase de funcionamiento.

2.2.2. Se identifica la **Población Total** del área de influencia; la cual es toda la población que se encuentra dentro de área geográfica que será intervenido con el proyecto de Inversión, se puede utilizar como referencia la población dada por el Instituto Nacional de Estadística e Informática.

2.2.3. La estimación de la **demanda** requiere distinguir entre **demanda de servicios de salud recuperativos** y **servicios de servicios de salud preventivos promocionales**.

a) **Demanda de Servicios de Salud Recuperativos**

La **Población de Referencia** es la proporción de la población total vinculada con el objetivo central del Proyecto de Inversión (PI).

$$\text{POBLACIÓN DE REFERENCIA} = \text{POBLACIÓN TOTAL} \times \% \text{ DEL SEGMENTO DE INTERÉS}$$

La **Población Demandante Potencial** es el segmento de la población de referencia afectada por el problema central, respecto al servicio de salud que se intervendrá con el PI, por carecer del servicio o recibirlo de forma inadecuada.⁶

$$\text{POBLACIÓN DEMANDANTE POTENCIAL} = \text{POBLACIÓN DE REFERENCIA} \times \text{PORCENTAJE DE MORBILIDAD}$$

La **Población Demandante Efectiva** es el segmento de la población demandante potencial que busca activamente el bien o servicio para dar solución al problema central que padece. También se puede entender como la población que, por determinación de la política sectorial, debe acceder al servicio.⁷

$$\text{POBLACIÓN DEMANDANTE EFECTIVA} = \text{POBLACIÓN DEMANDANTE POTENCIAL} \times \% \text{ BÚSQUEDA DE ATENCIÓN EN ES MINSA}$$



b) **Demanda de Servicios de Salud Preventivos Promocionales**

La **Población de Referencia** para la población que recibirá atención preventiva poblacional es la población total vinculada con el objetivo central del PI.

$$\text{POBLACIÓN DE REFERENCIA} = \text{POBLACIÓN TOTAL}$$

La **Población Demandante Efectiva** que recibirá la atención preventivo promocional es de acuerdo al grupo etario, población de riesgo, mujeres en edad fértil entre otro, de la población total vinculada con el objetivo central del PI.

$$\text{POBLACIÓN DEMANDANTE EFECTIVA} = \text{POBLACIÓN DE REFERENCIA} \times \text{SEGMENTO A INTERVENIR}$$

⁶ Referencia:

⁷ Referencia: ENAHO

2.2.4. Posterior a la estimación de la población demandante efectiva, para el caso de las atenciones recuperativas, se debe **establecer la proporción de población afectada por patologías de baja, mediana y alta complejidad**, la cual se obtiene del análisis de las patologías atendidas con mayor frecuencia en el ámbito de intervención, como mínimo de un año. Estos porcentajes son identificados en conjunto con la Autoridad de Salud correspondiente.

Años	Población Demandante Efectiva	Baja Complejidad	Mediana Complejidad	Alta Complejidad
		Porcentaje de distribución (%)	Porcentaje de distribución (%)	Porcentaje de distribución (%)
1				
2				
3				
4				
Año n				

2.2.5. La **demanda efectiva** corresponde al número de atenciones de los servicios de salud tanto recuperativo como preventivo promocional, que realizará el establecimiento de salud a intervenir o crear; el cual se obtiene mediante la aplicación de ratios de concentración y distribución correspondientes al servicio.

Demanda Efectiva Recuperativa



Demanda Efectiva Preventivo Promocional



2.2.6. Una vez obtenida la demanda efectiva por cada servicio de salud propuesto, este se proyecta de acuerdo a los años establecidos en el horizonte de evaluación del proyecto.

2.2.7. Finalmente, la demanda efectiva que se obtiene al último año del horizonte de evaluación es la que será vinculada al dimensionamiento de los ambientes/camas/sillones del Programa Médico Funcional.

2.3. PROGRAMA MÉDICO FUNCIONAL

2.3.1. La UF determina el Grado de Utilización (GDU), de cada una de las prestaciones de la cartera de servicios, dividiendo las atenciones del último año del horizonte de evaluación del proyecto, entre el valor referencial del volumen de producción optimizada para cada uno de los servicios en los que se intervendrá con el proyecto.

2.3.2. El valor referencial del volumen de producción optimizada se obtiene de la Directiva Administrativa N° 199-MINSA/DGSP-V.01 "Directiva Administrativa que establece el listado de valores referenciales del volumen de producción optimizada de los servicios de salud para la formulación de los proyectos de inversión pública", aprobada por la Resolución Ministerial N° 442-2014-MINSA, para de establecimientos de baja y mediana complejidad del alcance de distrital y provincial.

2.3.3. Para el caso de establecimientos de salud de mediana y alta complejidad de alcance regional, macrorregional o nacional, el valor de producción optimizada de los servicios de salud deberá ser elaborada por la UF y validada por la Autoridad de Salud correspondiente.

2.3.4. El GDU se consigna con dos decimales para determinar si el o los ambientes resultantes son funcionales (compartido con otro(s) servicio(s) o especialidad), exclusivos o no itinerantes.

2.3.5. La UF registrará en la columna de observaciones las precisiones que se dan con relación a la funcionalidad, programación, arquitectura o equipamiento del servicio a implementar, según se requiera. Ejemplo: sala de operaciones de diferentes especialidades, salas de procedimientos, consultorios externos, entre otros.

2.3.6. La estructura del PMF que las UF deben utilizar se muestra en la siguiente tabla:

CARTERA DE SERVICIOS	ATENCIONES DEL ÚLTIMO AÑO DEL HE	VALOR REFERENCIAL DEL VOLUMEN DE PRODUCCIÓN OPTIMIZADA	GDU	DENOMINACIÓN DEL AMBIENTE	CANTIDAD DE AMBIENTES / CAMAS	Observaciones
Denominación de la UPSS o Actividad						
Denominación del Servicio						

Cartera de Servicios de Salud

Se detalla el listado de prestaciones de salud obtenidas del análisis de servicios de salud con enfoque de red. Esta tiene que estar acorde a la Directiva Administrativa N° 197-MINSA/DGSP-V.01 Directiva Administrativa de Cartera de Servicios de Salud.

Atenciones Año “n”

Se colocan las atenciones que brindaría el futuro establecimiento de salud al último año del horizonte de evaluación del proyecto

Valor Referencial del Volumen de Producción Optimizada del Ambiente

Es la cantidad óptima de atenciones que puede producir un ambiente o cama hospitalaria en un año.

Grado de Utilización

Es el ratio de uso del ambiente o cama, que resulta del dividir el número de atenciones sobre el valor referencial del volumen de producción optimizada del ambiente.

Ambiente del Servicio

Denominación que se le da al ambiente donde se brindarán las prestaciones de salud.

Número de Ambientes/Camas⁸/Sillones/Cuna

Se establece el número de ambientes/camas/sillones/cuna producto del redondeo del grado de utilización. Aquí es donde se aplica la funcionalidad de los servicios con el fin de optimizar ambientes.

Observaciones:

Precisiones que se dan con relación a la funcionalidad, programación, arquitectura o equipamiento del servicio a implementar, según se requiera.

2.4. PROGRAMA DE RECURSOS HUMANOS INCREMENTALES

2.4.1. Elaborado por la UF en conjunto con la Autoridad de Salud correspondiente, el cual establece la brecha de recursos humanos en salud establecida entre la determinación de la necesidad y a la disponibilidad de recurso humano para los servicios planteados en el programa médico funcional; asimismo, está proyectada acorde al horizonte de evaluación del proyecto, estableciendo las estrategias necesarias para la cobertura de la brecha en cada año del horizonte de evaluación.

2.4.2. Para la elaboración de este instrumento se debe utilizar la metodología de estimación de brecha de recursos humanos en salud establecida por el Sector:

- Guía Técnica para la Metodología de Cálculo de las Brechas de Recursos Humanos en Salud para los Servicios Asistenciales del Primer Nivel de Atención, aprobado bajo Resolución Ministerial N° 176-2014/MINSA.
- Guía Técnica para la Metodología de Cálculo de las Brechas de Recursos Humanos en Salud para los Servicios Asistenciales del Segundo y Tercer Nivel de Atención. aprobado bajo Resolución Ministerial N° 437-2014/MINSA.

2.4.3. El Programa de Recursos Humano Incrementales debe tener la opinión favorable de la Autoridad de Salud Regional para el caso de establecimientos de salud de mediana y baja complejidad de alcance distrital, provincial, regional y macrorregional.

2.4.5. Para el caso de establecimiento de salud o institutos de ámbito nacional debe contar con la opinión favorable de la DIGEP.

2.4.6. Este instrumento debe ser presentado una vez cuente con la opinión favorable de las áreas especializadas que han revisado el programa médico funcional previo a la emisión de la aprobación de este último.

⁸ Camas hospitalarias: Número de camas disponibles para pacientes internados, e incluye las camas de aislados. No se considera a las cunas y/o incubadoras, así como camas de cuidados intensivos, cuidados intermedios, de observación de emergencias, recuperación, centro obstétrico (camas de puerperio inmediato, dilatación y expulsivo)