



Revista Peruana de Medicina Experimental y
Salud Pública

ISSN: 1726-4642

revmedex@ins.gob.pe

Instituto Nacional de Salud
Perú

Zevallos, Leslie; Salas, Valerio; Robles, Luis
ASOCIACIONES PÚBLICO-PRIVADAS PARA SERVICIO DE SALUD: ¿LA SOLUCIÓN AL SISTEMA
DE SALUD PERUANO?

Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública, vol. 31, núm. 4, octubre-diciembre, 2014,
pp. 769-774

Instituto Nacional de Salud
Lima, Perú

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=36333050024>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

ASOCIACIONES PÚBLICO-PRIVADAS PARA SERVICIO DE SALUD: ¿LA SOLUCIÓN AL SISTEMA DE SALUD PERUANO?

Leslie Zevallos^{1,a}; Valerio Salas^{2,b}; Luis Robles^{3,c}

RESUMEN

La participación del inversor privado en la prestación de servicios de salud públicos, en la figura denominada "asociación público-privada" (APP) data del siglo pasado, tanto en América Latina como en Europa, en el Perú se publicó en el 2008 la normativa para APP en infraestructura, mantenimiento y prestación de servicios en general, pero es a finales del 2013 cuando se inicia a implementar APP para servicios de salud. En Colombia se dieron cuenta de que esta modalidad les resulta muy costosa; en Chile no regularon desde el inicio y hoy es difícil regular al privado; Costa Rica nunca entregó todo el poder de decisión al privado, siempre mantuvo la responsabilidad de brindar el servicio de salud a su población y mantiene la salud como un derecho. En el Perú, en esta etapa de implementación de APP para servicios de salud, no se tiene en cuenta las recomendaciones de otras experiencias como: la transparencia, participación de todos los involucrados, desarrollo de legislación específica, entre otros.

Palabras clave: Asociación público-privada; Sector privado; Reforma de la Atención de Salud (fuente: DeCS BIREME)

PUBLIC-PRIVATE PARTNERSHIPS FOR HEALTH SERVICES: THE SOLUTION FOR THE PERUVIAN HEALTH SYSTEM?

ABSTRACT

Private investor participation in the provision of public health care services (called "public-private partnership" or PPP) dates from the last century, both in Latin America and Europe. In Peru, legislation for PPPs was published in 2008 in terms of infrastructure, maintenance and service provisions in general; but it was at the end of 2013 when PPP began to be implemented for health services. In Colombia, it was realized that this model was very costly. In Chile, the private sector was not regulated from the beginning and today it is difficult to regulate. Costa Rica never gave full decisional power to private sector; the responsibility for providing health services to its population and maintaining health as a right has always been maintained. In Peru, at this stage of PPPs implementation for health services, other experiences are not taken into account such as: transparency, participation of all stakeholders, development of specific legislation, among others.

Key words: Public-private partnership, Private sector, Health Care Reform (source: MeSH NLM).

INTRODUCCIÓN

Como parte de la "Reforma del Sector Salud" en el Perú, actualmente se está convocando a varios hospitales en la modalidad de "asociación público-privada (APP) en salud", esto se puede evidenciar en la hoja de ruta publicada en la página web del MINSA. La población en general la está entendiendo en el sentido de que va a solucionar el problema de salud de los peruanos; por otro lado en los médicos y otros servidores públicos del sector salud hay desconcierto.

La sociedad público-privada para servicios de salud ha sido un tema de discusión desde sus orígenes; cada vez más los gobiernos y las organizaciones internacionales han reconocido el potencial que encierra la colaboración público-privada para mejorar los resultados en salud, sin embargo, no resulta fácil determinar el grado óptimo de implantación del sector privado en un sistema de salud, ya que no se trata de un asunto exclusivamente técnico, sino que también depende de los valores políticos de cada sociedad o país ⁽¹⁾. Aún hay preguntas sin responder, por ejemplo: ¿cómo se pueden estructurar

¹ Autoridad Nacional de Servicio Civil (SERVIR). Lima, Perú

² Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú

³ Secretaria General del Ministerio de Salud Perú. Lima, Perú.

^a Médico especialista de Gestión en Salud; ^b médico residente de Gestión en Salud; ^c médico especialista en Administración de Salud.

Recibido: 16-08-14 Aprobado: 15-10-14

y supervisar las interacciones público-privadas con el fin de evitar o hacer frente a los conflictos de interés?, ¿cómo se pueden hacer alianzas para funcionar de acuerdo con los principios de buen gobierno? ⁽²⁾.

En la primera parte se desarrolla la terminología empleada en las diferentes publicaciones oficiales referente a las APPs, en la segunda se analiza las diferentes modalidades de APPs contempladas en la normativa peruana, y en la tercera se incluye las experiencias en otros países. Se revisó toda la información disponible sobre el tema; la búsqueda se realizó en las bases de datos PubMed (www.pubmed.com), SciELO (<http://www.scielo.org>) y el motor de búsqueda de Google académico; la estrategia de búsqueda incluyó términos relacionados con “participación público-privada”, “reforma de la atención de salud” y que estuvieron disponibles durante el mes de mayo de 2014.

SOBRE LA TERMINOLOGÍA EMPLEADA AL ABORDAR EL TEMA

Antes de abordar el tema es necesario exponer términos usados en la normativa vigente y en las comunicaciones oficiales, términos como: asociación público privada (APP), es una modalidad de participación de la inversión privada en las que se incorpora experiencia, conocimientos, equipos, tecnología, y se distribuyen riesgos y recursos, preferentemente privados, con el objeto de crear, desarrollar, mejorar, operar o mantener infraestructura pública o proveer servicios públicos relacionados a esta ⁽³⁾; esquema denominado “bata gris”, en el cual el MINSA proveerá el personal de salud y un operador privado se encargará de gestionar la operación y mantenimiento de la infraestructura y del equipamiento. Aunque en el Convenio 015-2013/MINSA, para la elaboración de proyectos de inversión, firmado por MINSA y ProInversión (MEF) contempla en su literal d) Atención médica especializada en zonas rurales de difícil acceso ⁽⁴⁾. Es decir Incluye todo el servicio de salud, además de bata gris.

Unidad productora de servicios (UPS): es la unidad básica funcional del establecimiento de salud constituida por el conjunto de recursos humanos y tecnológicos en salud, organizada para desarrollar funciones homogéneas y producir determinados servicios, si es servicios de salud (UPSS). Se distinguen dos grupos: unidades productoras de servicios de salud de atención directa, donde se realizan las prestaciones finales a los usuarios y unidades productoras de servicios de salud de atención de soporte, donde se realizan las prestaciones que coadyuvan al diagnóstico y tratamiento de los problemas clínicos quirúrgicos de usuarios que acuden a las UPSS de atención directa ⁽⁵⁾.

Respecto al término empleado “servicios complementarios” en la hoja de ruta para la implementación de asociaciones público privadas en salud, en la página web del MINSA ⁽⁶⁾, se refiere a servicios de salud de atención de soporte; debieran usar esta última porque es la que figura en la normativa vigente referente a establecimientos de salud y unidades productoras de servicios de salud. Sobre la denominación “APP en salud”, en sendos documentos del MINSA aluden a asociación público privada para servicios de salud de atención de soporte, nosotros usamos: “APP para servicios de salud” ya que el “servicio médico” es un todo para las necesidades del paciente, que incluye servicios de salud de atención directa más servicios de salud de atención de soporte. Si bien se puede dividir al momento de facturar, la suma total equivaldrá al servicio prestado, suma que deberá costear el paciente o reembolsar el Estado.

Se puede acceder a una APP ya sea por iniciativa estatal o por iniciativa privada, dependiendo de si el origen del proyecto está en el sector público o en el sector privado ⁽³⁾. Por otro lado, las APPs para servicios de salud no implican privatización, La participación del sector privado no ha implicado una transferencia hacia él, de los bienes institucionales del sector público ⁽¹⁾.

Concesión. Acto administrativo por el cual el Estado otorga, por un plazo determinado, a una persona jurídica, nacional o extranjera, bajo determinadas condiciones la ejecución y usufructo o explotación de determinadas obras públicas de infraestructura o la prestación de determinados servicios públicos (según glosario de términos del Ministerio de Economía y Finanzas).

¿CÓMO FUNCIONA UNA ASOCIACIÓN PÚBLICO-PRIVADA?

Las normas regulatorias en materia de inversión privada son 61 ⁽⁷⁾, actualizadas a junio de 2014, estas regulan directa o indirectamente las APPs, dejando claro en líneas generales sobre las condiciones y formas en cómo debe establecerse y funcionar las APPs en Perú en cuanto infraestructura, mantenimiento y prestación de servicios. Pero es necesario hacer algunas precisiones, como desarrollar mecanismos legales específicos para inversión en salud, esto por el tipo de necesidad que satisface un servicio de salud, como ocurre en experiencias internacionales, dentro del marco del Decreto Legislativo 1012 ⁽⁸⁾; por ejemplo, establecer el límite al margen de utilidad, comparador público-privado, otorgarle o no todo el poder de decisión al privado. La regulación es necesaria no solo por razones de eficiencia, sino también para que los servicios lleguen a

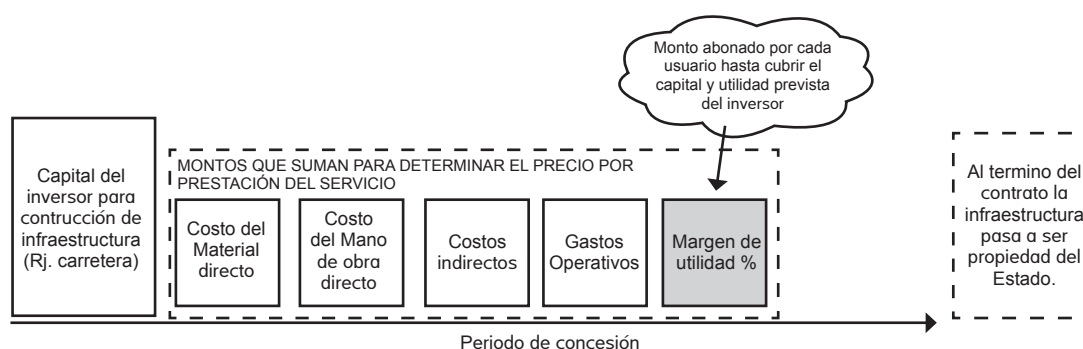


Figura 1. Esquema clásico de cómo funciona una APP.

Fuente: Reglamento del Decreto Legislativo 1012, Ley Marco de Asociaciones Público - Privadas para la Generación de Empleo Productivo.

los grupos más pobres de la población que, usualmente, constituyen el segmento de mercado menos rentable ⁽⁹⁾.

Las modalidades de APP descritos son: la concesión, asociación en participación, contratos de gerencia, contratos de riesgo compartido, contratos de especialización, *joint ventures*, así como cualquier otra modalidad contractual permitida por ley ⁽³⁾, en el caso del Instituto Nacional de Salud del Niño, sede San Borja (INSN-SB), será a través de la suscripción de “contrato de gerencia”, el cual es el contrato por el cual se entrega en gestión la conservación y mantenimiento integral de la infraestructura, de las instalaciones y el equipamiento general del INSN-SB, así como la prestación de servicios de apoyo al diagnóstico y servicios generales, entre otros definidos en el anexo 9- términos de referencia ⁽¹⁰⁾.

Clasificación: APPs autosostenibles son aquellas que se financian a través de las tarifas que pagan los usuarios o de precios, peajes o modalidad similar de recuperación de inversión. De requerir garantías financieras, estas tienen una probabilidad de ocurrencia mínima o nula. Son mínimas sino superan el 5% del costo total de inversión y, de requerir garantías no financieras, tengan una probabilidad nula o mínima de demandar uso de recursos públicos.

Cuando la probabilidad del uso de recursos públicos no sea mayor al 10% para cada uno de los primeros 5 años de ejecución del proyecto. Cofinanciadas: son aquellas que requieren de cofinanciamiento (desembolso único o periódico de recursos públicos) o del otorgamiento o contratación de garantías financieras o no financieras que tengan una probabilidad significativa de demandar el uso de recursos públicos ⁽³⁾.

¿POR QUÉ UNA APP PARA SERVICIOS DE SALUD, EN LA ACTUALIDAD EN EL PERÚ?

El tema de APP para servicios de salud viene desde septiembre de 2008 cuando se crea el primer comité “Comité de Inversión del Ministerio de Salud” cuya finalidad era evaluar los proyectos de obras públicas de infraestructura y de servicios públicos que serán otorgados a los promotores de la Inversión privada ⁽¹¹⁾.

Antes de plantear una alternativa de solución, primero se debió identificar los problemas de funcionamiento del sistema de salud, en vez tomar acciones paliativas, entonces tendríamos una lista de imperfecciones, y

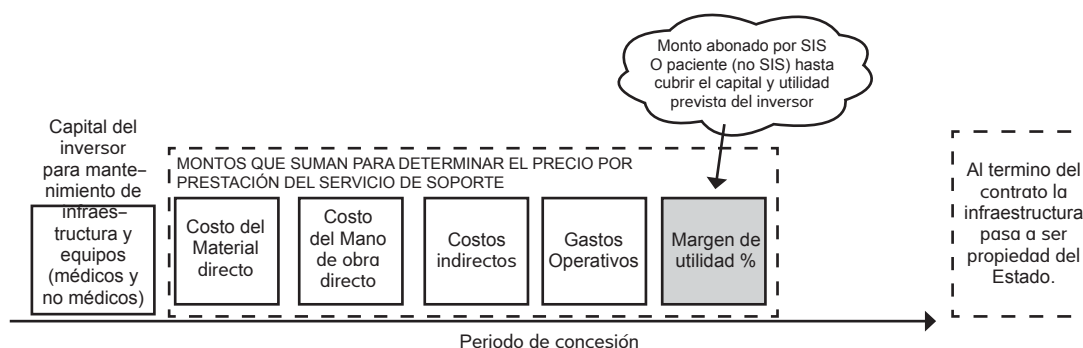


Figura 2. Esquema propuesto para APP del INSN-SB.

Fuente: Reglamento del Decreto Legislativo 1012 y Bases del Concurso público internacional para “Gestión del Instituto Nacional de Salud del Niño-San Borja”.

para cada una de estas se debe plantear una o más alternativas de solución, y de allí decidir por una solución para cada imperfección, por ejemplo, realizando una investigación operativa.

Según la hoja de ruta para la implementación de asociaciones público privadas en salud del Ministerio de Salud, las APPs se han consolidado como una estrategia complementaria para la mejora del acceso y la disponibilidad de la oferta de servicios de salud a la población, principalmente a aquella pobre y excluida ⁽⁶⁾, se entiende que se abordará solamente el componente estructura del proceso asistencial: estructura, proceso y resultado ⁽¹²⁾.

Lo cierto es que las APPs para servicios de salud ya están en marcha en el Perú, la autoridad del Ministerio de Salud ya realizó las convocatorias, entre ellas el concurso público para la "Gestión del Instituto Nacional de Salud del Niño-San Borja" y que según sus términos de referencia los objetivos del contrato son:

- Mantenimiento de la edificación, instalaciones y equipamiento electromecánico asociado a la infraestructura, áreas verdes y estacionamiento.
- Mantenimiento de equipamiento clínico y no clínico.
- Operación y mantenimiento de los servicios generales (alimentación, lavandería, limpieza, seguridad y gestión de residuos hospitalarios).
- Operación y mantenimiento de los servicios de apoyo al diagnóstico (patología clínica y central de esterilización).
- Servicio de asistencia técnica de adquisición.

Entonces, de los objetivos del contrato se desprende que se va a mejorar el componente disponibilidad en lo que corresponde a estructura. El componente "proceso" se asume que mejorará por la administración privada, pero solamente en servicios de soporte, faltará abordar el servicio de atención directa.

También se ha reconocido que el sector privado tiene varios mecanismos para maximizar los beneficios que pueden entrar en conflicto con el objetivo de mejorar la salud ⁽¹³⁾. Por ahora solamente se tiene el caso del INSN-SB (en MINSA) para analizar y aún no se dispone de resultados nacionales publicados, pero se puede analizar experiencias de otros países y prestar atención a las recomendaciones Internacionales sobre el tema.

Colombia, hace décadas emprendió con su reforma en salud, uno de los hitos fue la implementación de la Ley 100 de 1993, norma primordial del sistema de seguridad social integral en Colombia y la creación

de entidades promotoras de salud (EPS) que son privadas, su equivalente en el Perú son las instituciones administradoras de fondos aseguramiento en salud (IAFAS) privados. Otro hito fue el desarrollo de las asociaciones público privada para servicios de salud, luego de casi de dos décadas uno de los expertos que dirigieron la reforma, Thomas Bossert dijo: *Pero el sistema también buscaba mejorar la eficiencia del servicio de salud y disminuir el desperdicio de recursos, y esta fue la parte que no funcionó. El camino que escogió Colombia, de hacer este esfuerzo de conseguir recursos destinados a la salud y luego dárselos a empresas privadas resultó muy costoso, porque se esperaba que la competencia entre ellas iba a mejorar la eficiencia del servicio y esto no sucedió* ⁽¹⁴⁾.

En Costa Rica el financiamiento de los servicios está basado en un impuesto progresivo sobre el salario, lo cual tiende a incrementar la equidad social y respeta el principio de solidaridad, dos aspectos importantes para fortalecer la cohesión social; así mismo, el acceso a los servicios de salud se sigue considerando un derecho que el Estado garantiza. Las clases más altas consumen más servicios de salud que las poblaciones más pobres. Otro aspecto muy importante es que Costa Rica ha mantenido la equidad en el acceso a los servicios ⁽¹⁵⁾.

El sistema de financiamiento de la atención médica en Chile es regresivo, es decir, los pobres están financiando los servicios de las clases más acomodadas, el Estado se responsabiliza nada más que de una parte de los que no pueden acceder al sistema privado. Además, en Chile, la descentralización regional de hospitales y municipal de las clínicas, ha creado desigualdades en la calidad de oferta, las jurisdicciones más pobres no tienen capacidad de ofrecer servicios de la misma calidad que las más ricas, las clases más altas consumen más servicios de salud que las poblaciones más pobres. En el acceso a los servicios en Chile ha aumentado la inequidad, por otra parte, las instituciones de salud previsual (ISAPRE), con una población más joven y más sana, originan mayor gasto en salud que los servicios de la red pública. Ello sugiere que los servicios privados son más ineficientes que los públicos o, alternativamente, que la demanda de una gran parte de la población con menos recursos no es atendida. Cualquiera de las dos posibilidades no es deseable ⁽¹⁵⁾.

En Inglaterra, en los años 2005/06 había 53 asociaciones público privadas operando, para 2013/14 se planea 126 APPs. Este incremento se produce a pesar de la continua controversia que rodea a la APP sobre su alto costo y su asociación con los cortes y cierres de servicios de Salud ⁽¹⁶⁾.

En el nivel Internacional tres aspectos condujeron a la participación del privado en salud; en primer lugar, la década de 1990 estuvo marcada por un cambio ideológico de "liberar" a "modificar" el mercado. El segundo cambio contextual que ha creado un terreno fértil para las APPs mundiales, es la creciente contrariedad de la ONU con sus agencias. Las preocupaciones acerca de la eficacia de las Naciones Unidas, incluido el incremento de evidencias sobre la superposición de mandatos y competencias entre agencias, condujo directamente a la creación de asociaciones para tratar temas específicos y limitados. En tercer lugar, también se ha reconocido ampliamente que los determinantes de la salud son muy amplios y la agenda de la salud es tan grande que ningún sector u organización puede hacer frente por sí solo ⁽¹⁷⁾.

Entonces, se tiene las experiencias de otros países para analizarlas y aprender de ellas, también hay recomendaciones para que una APP para servicios en salud tenga éxito. En el corto plazo: a) objetivos claramente especificados, realistas y compartidos; b) funciones y responsabilidades acordadas y claramente delineadas; c) beneficios para ambas partes; d) mostrar transparencia; e) mantenimiento activo de la asociación; f) igualdad de participación; g) cumplir con las obligaciones acordadas. A largo plazo se plantea la pregunta de si los valores de la parte más débil son cooptados por el más fuerte. La respuesta a esta pregunta depende de la elección de los socios privados, así como de la naturaleza de la gobernanza de la APP ⁽¹³⁾.

CONCLUSIONES

En este momento no es factible medir resultados de las APPs en el Perú, ...*Aunque ha habido algunos casos de éxito, es demasiado pronto para predecir las*

consecuencias de la alianza. Muchas asociaciones son nuevas y se ve mejor como experimentos sociales ⁽²⁾.

Existe varias modalidades de APP, pero no hay evidencia sobre cuál es la más conveniente para establecer una APP para servicios de salud en Perú.

En los documentos publicados por el Ministerio de Salud del Perú sobre APP para servicios de salud, no se evidencia la aplicación de recomendaciones de experiencias internacionales para lograr APPs exitosas.

El Costo del "servicio de salud de atención de soporte" repercute directamente en el costo del servicio de salud global. El reembolso al privado por los "servicios de salud de atención de soporte" y/o "servicios de salud de atención directa" cuando se establezcan las APPs, provendrán del Estado Peruano, para el caso de la población pobre.

Por último, la APP para los servicios de salud es una alternativa mas no "la solución", siempre y cuando se siga las recomendaciones arriba comentadas, sin embargo, se sostiene que continuar con la investigación en este ámbito es esencial.

Contribuciones de autoría: VS; ha participado en la concepción del artículo, búsqueda de información análisis y redacción. LZ ha participado en revisión crítica del documento. LR ha participado en revisión crítica del documento.

Fuentes de financiamiento: autofinanciado.

Conflictos de interés: los autores declaran no tener conflictos de interés.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Frenk J. Caleidoscopio de la salud. En: Nigenda G, Troncoso E, Arreola H, López M, González LM. *Mezcla público-privada en el sector salud. Reflexiones sobre la situación en México*. México, D.F.: Fundación Mexicana para la Salud; 2003. p. 229-42.
2. Buse K, Waxman A. *Public-private health partnerships: a strategy for WHO*. B World Health Organ. 2001 Jan;79(8):748-54.
3. Perú, Ministerio de Economía y Finanzas. Decreto Supremo 146-2008-EF (actualizado al 08.11.2012), aprueba el Reglamento del Decreto Legislativo N° 1012, Ley Marco de Asociaciones Público - Privadas para la Generación de Empleo Productivo y dicta Normas para la Agilización de los Procesos de Promoción de la Inversión Privada [Internet]. Lima, Perú: MEF; 2013 [citado el 24 de diciembre de 2013]. Disponible en: https://www.mef.gob.pe/index.php?option=com_docman&Itemid=101612&lang=es
4. Perú, Ministerio de Salud. Convenio 015-2013/MINSA; Convenio de asistencia técnica en la modalidad de encargo entre el Ministerio de Salud y la agencia de promoción de la inversión privada [Internet]. Lima, Perú: Minsa; 2013 [citado el 30 de diciembre de 2013]. Disponible en: ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/Transparencia/01InformacionInst/archivolegaldigital/Convenio2013/Conv015_2013_MINSA.pdf
5. Perú, Ministerio de Salud. Norma Técnica de Salud 021-MINSA/DGSP V.03 Norma Técnica de Salud "Categorías de Establecimientos del Sector Salud". [Internet]. Lima, Perú: Minsa; 2013 [citado el 30 de diciembre de 2013].

- de 2013]. Disponible en: [ftp://ftp.minsa.gob.pe/OEI/SistemaHis3.05/Otros_Recursos/Categorias%20establecimientos%20salud%20\(RM546-2011-MINSA\).pdf](ftp://ftp.minsa.gob.pe/OEI/SistemaHis3.05/Otros_Recursos/Categorias%20establecimientos%20salud%20(RM546-2011-MINSA).pdf)
6. Perú, Ministerio de Salud. Hoja de Ruta para la implementación de Asociaciones Público Privadas en Salud [Internet]. Lima, Perú: MINSA; 2013 [citado el 24 de diciembre de 2013]. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/ogpp/app/hojaruta.html>
 7. Perú, Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. *Compendio de Legislación de Promoción de la Inversión Privada*. Lima: MINJUSDH; 2012.
 8. Perú, Ministerio de Salud. Una alternativa para las inversiones en el Sector Salud [Internet]. Lima, Perú: MINSA; 2013 [citado el 30 de diciembre de 2013]. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/ogpp/app/eventos/representaciones%20event1/APP%20-%20alternativa%20para%20inversion%20en%20Sect.%20Salud.pdf>
 9. Chong A, Lora E. ¿Valieron la pena las privatizaciones? Nueva Sociedad. 2007 Ene-Feb;207:80-92.
 10. ProInversión, Ministerio de Salud. Proceso de promoción de la Inversión Privada del proyecto “Gestión del Instituto Nacional de Salud del Niño-San Borja” Bases del Concurso público internacional [Internet]. Lima, Perú: ProInversión; 2014 [citado el 01 de enero de 2014]. Disponible en: http://www.proyectosapp.pe/RepositorioAPS/0/2/JER/SS_HOSPITAL/BASES_PUBLICADAS.pdf
 11. Perú, Ministerio de Economía y Finanzas. Resolución Suprema 017-2008-SA Crean el Comité de Inversión del Ministerio de Salud [Internet]. Lima, Perú: MEF; 2013 [citado el 24 de diciembre de 2013]. Disponible en: http://www.mef.gob.pe/index.php?option=com_content&view=article&id=337&Itemid=100905
 12. Lorenzo S. Estructura, proceso y resultado de la atención sanitaria. Rev Calidad Asistencial. 2001;16(Supl. 1):S10.
 13. Buse K, Walt G. Global public-private partnerships: part II – what are the health issues for global governance? Bull World Health Organ. 2000;78(5):699-709.
 14. Ronderos MT. Lo mejor y lo más débil del sistema de salud colombiano [Internet]. Semana. 06 de julio de 2009 [citado el 24 de diciembre de 2013]. Disponible en: <http://www.semana.com/nacion/salud-seguridad-social/articulo/lo-mejor-mas-debil-del-sistema-salud-colombiano/104899-3>
 15. Homedes N, Ugalde A. Privatización de los servicios de salud: las experiencias de Chile y Costa Rica. Gac Sanit. 2002;16(1):54-62.
 16. Hellowell M, Pollock A; The Centre for International Public Health Policy. *The impact of PFI on Scotland's NHS: a briefing*. Edinburgh: University of Edinburgh; 2006.
 17. Buse K, Walt G. Global public-private partnerships: part I – a new development in health? Bull World Health Organ. 2000;78(4):549-61.

Correspondencia: Valerio Salas Suna
 Dirección: Jr. Francisco Mariátegui 143 -
 Jesús María
 Teléfono: 976348024
 Correo electrónico: thebest.gestionensalud@gmail.com