

UN PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD OPORTUNO Y DE CALIDAD

Lima, enero de 2024

Índice

1.	Introducción	3
2.	Marco normativo y oportunidad	5
3.	Modelo de gestión	8
3.1.	Rectoría y conducción	11
3.2.	Financiamiento	14
3.3.	Prestación de servicios de salud	16
3.3.1.	Abastecimiento de factores de producción	16
3.3.2.	Gestión de la prestación	16
4.	Conclusiones	20
5.	Anexos	22
6.	Referencias	28



INTRODUCCIÓN



Capítulo 1

Introducción

En nuestro primer informe ofrecimos un diagnóstico de la situación del primer nivel de atención en salud en el Perú, con especial énfasis en tres regiones: Arequipa, Moquegua y Tacna. Un estudio de este tipo es fundamental porque se sabe que una primera línea de cuidado de la salud adecuadamente constituida, con recursos humanos suficientes y capacitados, historia clínica electrónica, recursos terapéuticos y una ruta organizada de referencia y contrarreferencia de pacientes tiene el potencial de resolver hasta el 85% de los problemas de salud frecuentes en la población (Vignolo, et al., 2011). El reto está en implementar un modelo de gestión que permita organizar y operar en red, de manera sostenible y eficiente, una oferta con esas características.

Por eso, en nuestro segundo informe identificamos una alternativa a considerar para lograr este primer nivel cercano al ciudadano y efectivo: el modelo de las Unidades Básicas de Atención Primaria de Salud (UBAPS), desarrollado por EsSalud hasta hace pocos años en las provincias de Lima y el Callao. Una de sus fortalezas era que cada establecimiento de salud tenía asignada una determinada población. El financiamiento capitado —es decir, donde por cada asegurado el establecimiento recibe un pago a cambio de una cobertura lograda o de prestaciones de salud brindadas— incentivó a los prestadores de salud al logro de resultados sanitarios. Las UBAPS disponían de una plataforma digital con la historia clínica electrónica de los pacientes, lo que permitía el registro y la trazabilidad de las atenciones y facilitaba otros procesos de soporte.

A partir de la experiencia de las UBAPS, y como solución al problema de acceso a servicios de salud, propusimos la creación de los establecimientos de salud **puerta de entrada con capacidad resolutive ampliada** (PECRA) para ámbitos urbanos con alta

densidad poblacional. Planteamos que los establecimientos PECRA sean administrados por un gestor de servicios de soporte privado, con competencias necesarias para dinamizar y transparentar el uso de los recursos. Esto requiere que el Seguro Integral de Salud (SIS), que brinda cobertura al 70% de la población peruana, tenga capacidad de realizar compra estratégica, específicamente de paquetes de prestaciones para atender oportunamente y con calidad a sus afiliados. A su vez, los establecimientos deben ser fortalecidos en su desempeño por un gestor de servicios que optimice el desarrollo de los procesos de soporte¹ para que el equipo de salud se concentre en la prestación de servicios de salud.

Considerando todo lo anterior, planteamos crear establecimientos PECRA seleccionándolos dentro de la oferta existente entre los establecimientos de categoría 1-3 —es decir, aquellos centros de salud que atienden 12 horas y cuentan con personal médico y otros profesionales de la salud como obstetra, enfermero, nutricionista, psicólogo y odontólogo—. Asimismo, reforzar su capacidad resolutive e incluir tecnologías de apoyo al diagnóstico y tratamiento.

Para que este modelo de gestión pueda plantearse en el sector público, sin embargo, es necesario un marco legal que le dé soporte. Por ello, en lo inmediato hemos identificado una alternativa: la cogestión y la participación ciudadana contempladas en la Ley 29124 que establece un marco normativo que puede ser contextualizado.

¹ Los procesos de soporte son aquellos que se dan en los establecimientos de salud con el objetivo de asistir oportunamente al personal del establecimiento y garantizar la adecuada prestación de servicios de salud: abastecimiento de medicamentos, instalación de servicios básicos de agua, luz, entre otros.



MARCO NORMATIVO Y OPORTUNIDAD



Capítulo 2

Marco normativo y oportunidad

Como se menciona en la introducción, implementar los establecimientos PECRA en el Perú requiere evaluar el marco normativo que los respalda. Un instrumento clave es la Ley 29124, que propone la cogestión y participación ciudadana para el primer nivel de atención en los establecimientos de salud del Ministerio de Salud (Minsa) y de las regiones, en el marco de la conformación de una Comunidad Local de Administración de Salud (CLAS). Las CLAS garantizan la participación ciudadana a través de su asamblea y son el órgano de cogestión de servicios de salud en el marco del reglamento de la Ley 29124. Se constituyen como asociaciones civiles sin fines de lucro con personería jurídica.

Asimismo, la Ley 29124, en su artículo 2, otorga facultades al Minsa, a los Gobiernos regionales y a los Gobiernos locales para establecer formas de cogestión. Subraya la capacidad de los órganos de cogestión para administrar los recursos humanos, financieros, bienes materiales, equipos y otros asignados, así como el mantenimiento de la infraestructura y el equipamiento. También está contemplada la existencia de mecanismos que promueven la participación ciudadana, los agentes comunitarios de salud y las organizaciones comunitarias.

Complementariamente, en su artículo 6, el Decreto Supremo 017-2008, que aprueba el reglamento de la citada ley, detalla los aspectos operativos para implementar estos acuerdos de cogestión. Postula que los Gobiernos regionales y los Gobiernos locales pueden promover y desarrollar, en su ámbito, acuerdos de cogestión en salud para atender la demanda de servicios. Además, autoriza a las CLAS a efectuar contrataciones y definir convenios de cogestión después de su vencimiento. Estos aspectos ofrecen un marco para implementar los establecimientos PECRA empleando estos instrumentos entre el Estado y la comunidad organizada.

Existe evidencia de avances gracias a la implementación de los modelos de cogestión a través de las CLAS. Altobelli (2010) señala que los centros de salud CLAS, ya sea en las áreas urbanas o rurales, reportaron mayor eficiencia, influencia positiva en variables de acceso y utilización de servicios de salud para niños que un centro no CLAS, ya sea rural o urbano. De igual modo, mostraron resultados destacados, tales como colas de espera más cortas, rechazo a la discriminación, más horas de atención al paciente, y suficiente personal de salud, en especial, médicos especialistas. Llano et al. (2020) reportan resultados similares, como mayor tasa de satisfacción y menor tiempo de espera para la consulta médica. Lo anterior respalda la oportunidad de implementar los establecimientos PECRA aprovechando y mejorando la configuración de un centro CLAS.

Adicionalmente, políticas nacionales como la Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030 y el Plan 1000, que enfatizan el fortalecimiento del primer nivel de atención, brindan oportunidades para la implementación de los PECRA. Estos lineamientos, junto con la participación ciudadana, la inversión en el primer nivel de atención, y la adaptación y uso de nuevas tecnologías de la información configuran un entorno propicio para sacar adelante esta iniciativa empleando el modelo de cogestión.

La Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030, promulgada en el año 2020, destaca la importancia de fortalecer el primer nivel de atención como la puerta de entrada al sistema de salud y reconoce la necesidad de ampliar la cobertura de servicios de salud en este nivel (Ministerio de Salud, 2020). Además, recientemente el Minsa anunció el lanzamiento del Plan 1000, orientado a fortalecer la atención en el primer nivel de atención invirtiendo en centros de salud con un alto impacto a nivel de

los Gobiernos subnacionales. (Diario El Peruano, 2023).

La Ley 29124 también plantea la colaboración de otras instituciones, sobre todo locales, y la promoción de la participación de la comunidad en la gestión del establecimiento de salud. Ello configura la base para fortalecer las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPRESS) en el primer nivel de atención en el sentido esperado.

La academia también subraya la importancia de la inversión en este nivel de atención. Así, de acuerdo con Hanson, et al. (2022), la falta de asignación de recursos y de incentivos en el ámbito no hospitalario lleva a que numerosas personas eludan el primer nivel de atención porque no resuelve sus problemas de salud, y se vean obligadas a optar por el gasto de bolsillo en salud o a buscar atención en servicios especializados hospitalarios.

En resumen, el marco normativo proporcionado por la Ley 29124 y su reglamento configuran una sólida base para implementar los PECRA a partir de los convenios de cogestión. Serían el vínculo jurídico entre el Estado y el órgano de cogestión para administrar los servicios de salud y asignar los recursos necesarios. Esta propuesta se inscribe en el marco de las políticas nacionales vigentes y se fortalece con la participación de la ciudadanía, que le otorga legitimidad y favorece el funcionamiento de este tipo de establecimientos en el ámbito regional.

Finalmente, en el Anexo 1 recogemos algunas experiencias internacionales en modelos de cogestión en salud. Estas experiencias muestran distintas modalidades de operatividad en los modelos de cogestión e ilustran algunas oportunidades que pueden ser tomadas en cuenta en la presente propuesta.



MODELO DE GESTIÓN

ES

Capítulo 3

Modelo de gestión

En esta sección se describe la propuesta del modelo de gestión de los establecimientos PECRA en el marco de los convenios de cogestión. En línea con lo presentado en el primer informe, profundizaremos en los modelos planteados vinculándolos a tres procesos: rectoría y conducción, financiamiento y prestación de servicios de salud. Además, tomando como base los conceptos sobre los establecimientos PECRA presentados en el segundo informe, detallaremos cómo la articulación del modelo de cogestión y la compra de servicios favorecen el logro de resultados sanitarios a nivel local.

La Ley 29124 entiende como cogestión en salud

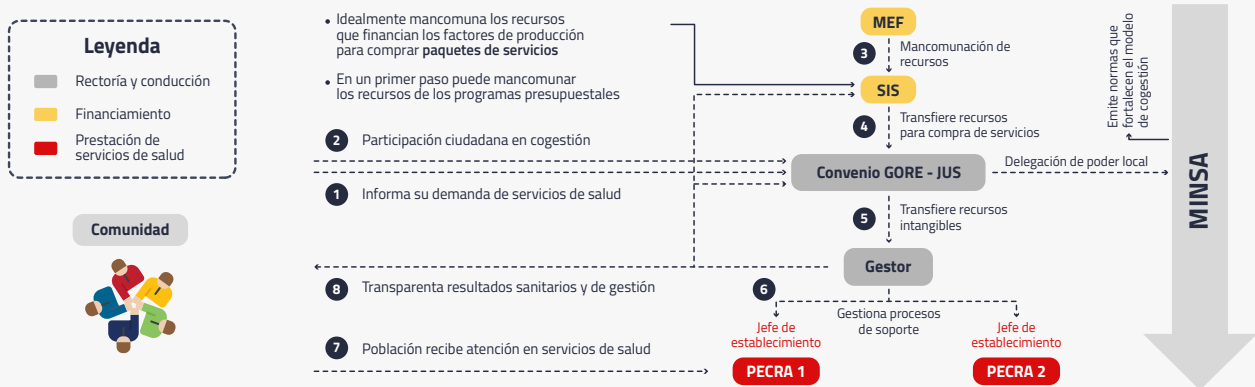
“a las acciones que desarrolle la comunidad para el bienestar de la salud de la población en un territorio definido, y que impliquen tanto su participación en los servicios públicos como su acción sobre los determinantes de la salud y en la toma de decisiones conjuntas respecto de las prioridades de políticas e intervenciones en salud vinculadas al cuidado de esta y de los recursos; y

a la implementación de mecanismos de rendición de cuentas y vigilancia ciudadana de las acciones.”

Un aspecto clave para el modelo es el acuerdo previo entre el Estado, representado por el Gobierno regional y el Gobierno local, y el órgano de cogestión para la administración de los establecimientos de salud y la asignación de los recursos, denominado convenio de cogestión. En ese contexto, se recuerda que Arequipa, Moquegua y Tacna tienen un alto índice de avance en la organización de las CLAS.

El Gráfico 1 resume aspectos referidos al modelo de gestión e identifica ocho momentos clave. También muestra a los principales actores involucrados. Según el marco legal sobre los convenios de cogestión en salud, es posible que el Estado encargue el poder local de la administración de los recursos públicos a un órgano de cogestión territorial mediante los acuerdos que se suscriban². En ese sentido, el Minsa reconoce y promueve la institucionalidad de los órganos de cogestión y debe emitir normas concordantes para ello.

Gráfico 1: Modelo de gestión de establecimientos PECRA en el marco de la cogestión de servicios de salud



Elaboración propia.

² El artículo 4 de la Ley 29124 señala que los órganos de cogestión “son formas organizativas participativas cuya finalidad es la gestión de la salud en un ámbito territorial específico, en el cual se toman decisiones relativas al manejo de recursos públicos, expresadas en un acuerdo de gestión y sujetas a la vigilancia social”. Y que las CLAS “son órganos de cogestión constituidos como asociaciones civiles sin fines de lucro con personería jurídica, de acuerdo a lo señalado por el Código Civil”.

Según la secuencia del gráfico, primero las autoridades locales identifican y recogen información de la demanda de servicios de salud de la ciudadanía y determinantes sociales para sustentar y conformar el órgano de cogestión entre el Gobierno regional y la Junta Urbana de Salud (JUS). La constitución de la JUS es el segundo aspecto clave, pues representa a la ciudadanía (en la siguiente subsección describiremos su rol). Es en este nivel donde se identifican y programan los recursos que serán requeridos.

Tercero, el Ministerio de Economía y Finanzas (MEF) provee los recursos para el financiamiento de las prestaciones de salud a cargo del Seguro Integral de Salud (SIS). Ello permite al SIS comprar paquetes de servicios de salud y acordar el logro de determinados indicadores mediante la resolución de las necesidades y demandas de sus afiliados. Un primer paso hacia la mancomunación del financiamiento es incluir los recursos que actualmente forman parte de los diferentes programas presupuestales; es decir, que el SIS gestione el presupuesto actual que reciben los programas presupuestales.

Cuarto, el SIS firma convenios con el órgano de cogestión (que garantiza la participación ciudadana) y el Gobierno regional (como parte del Estado). En estos convenios se validan los resultados sanitarios esperados, se acuerdan otras cláusulas necesarias y se declara la intangibilidad de los recursos destinados a la gestión de los establecimientos PECRA. Se propone que los contenidos referidos a las obligaciones de la JUS se dividan en dos secciones: los referidos a las prestaciones de servicios y los aspectos vinculados a la gestión del soporte.

Quinto, el órgano de cogestión representado por la Asamblea de la Junta Urbana de Salud (AJUS) elige a un gestor de servicios de soporte privado. Esto luego de un proceso de convocatoria abierta, que puede tener un alcance regional o macrorregional para incentivar una mayor presencia y

y competencia de empresas. Para ello previamente se debe establecer un perfil de gestor. Este tendrá la responsabilidad de recibir, tomar decisiones y rendir cuentas sobre los recursos intangibles destinados al abastecimiento de los factores de producción en los establecimientos PECRA. Los factores de producción son aquellos recursos esenciales para que la prestación de servicios de salud pueda realizarse: talento humano, infraestructura y equipamiento, productos farmacéuticos y dispositivos médicos, servicios de tecnologías de información, entre otros bienes y servicios disponibles.

Sexto, junto con los jefes de establecimiento de cada PECRA, el gestor privado identifica las necesidades de recursos en el tiempo y establece los aspectos preparatorios necesarios. Es responsable de organizar y ejecutar los procesos de soporte que garantizan el oportuno abastecimiento de los factores de producción necesarios para la adecuada prestación de servicios de salud.

Séptimo, el gestor privado monitorea y hace seguimiento del uso de los recursos para que, en coordinación con el jefe del establecimiento PECRA, se ofrezcan las prestaciones de servicios de salud manteniendo los estándares de calidad acordados. Ello implica una relación sinérgica entre el gestor privado, el jefe de cada PECRA y los equipos multidisciplinarios de salud (EMS). Estos últimos están conformados por un médico especialista en salud de la familia o médico general, un enfermero, un obstetra y un auxiliar de salud³, todos los cuales tienen capacidad de atender al usuario o de derivarlo, en caso sea necesario. La programación de actividades está orientada a lograr los resultados sanitarios requeridos por el convenio de cogestión, que constituyen requisitos para obtener el pago variable por parte del SIS.

Finalmente, el gestor privado es responsable de elaborar los informes de resultados y de gestión para rendir cuentas, junto con los directivos de la JUS, de manera transparente a la población, la AJUS

³ Este EMS puede ser enriquecido con el concurso de otros profesionales como nutricionistas, odontólogos y psicólogos, para promover un abordaje interdisciplinario e integral.

y el SIS. Este reporte es un insumo clave para que el financiador pague el monto variable al órgano de gestión y mejore los acuerdos actualizando los respectivos convenios suscritos con los representantes del Estado.

3.1 Rectoría y conducción

El modelo de cogestión en salud plantea una oferta de servicios que se perfila a partir de identificar la demanda de cuidados de salud de la ciudadanía. Proponemos que la prestación de servicios de salud esté a cargo de los establecimientos PECRA. Para ello, el Gobierno regional, en su calidad de autoridad regional sanitaria, hace uso del modelo de cogestión en zonas urbanas con alta densidad poblacional en coordinación con los Gobiernos locales respectivos.

Considerando las experiencias exitosas de las Unidades Básicas de Atención Primaria de Salud (UBAPS) y ajustando los aspectos necesarios, planteamos un mecanismo de financiamiento asociado al logro de resultados sanitarios esperados en la población. Esta propuesta recoge elementos exitosos en la implementación de los modelos de cogestión, a través de las CLAS, y las adapta a las zonas urbanas tomando en consideración el enfoque aplicado en las UBAPS.

Para ello, los Gobiernos regionales y locales deben presentar las características del modelo a la ciudadanía. Luego, haciendo uso de datos sanitarios locales o de otras fuentes de información poblacional, recogen información de las principales demandas de servicios de salud de la ciudadanía. El Gobierno local comunica los resultados a su población y el procedimiento y cronograma para la creación de la Junta Urbana de Salud (JUS).

Proponemos que la JUS sea el órgano que, bajo la jurisdicción de un Gobierno local, represente a la ciudadanía para que gestione los servicios de salud públicos en su territorio. Estará integrada por un presidente, un tesorero y un secretario. La elección de esta terna se debe desarrollar bajo mecanismos democráticos que favorezcan la participación de las personas de la comunidad.

Una vez conformada la JUS, se procede a seleccionar a la empresa que asumirá la gerencia (gestor privado). Se establecerá un procedimiento de selección que incentive la competencia, brinde transparencia y ofrezca medidas de protección al modelo de gestión. Entre estos incentivos se puede mencionar la compra de servicios con reglas de juego e indicadores claros; la constitución de alguna modalidad de protección de los recursos destinados al pago por el servicio buscando a futuro constituir un fideicomiso; la definición que la supervisión en la ejecución del contrato sea un tercero competente (no miembros del Gobierno regional o local para evitar riesgos de discrecionalidad); la definición de los mejores tiempos posibles en relación a la duración del contrato entre la JUS y el gestor privado seleccionado; los incentivos al equipo multidisciplinario de salud EMS y márgenes a cargo del gestor, entre otros aspectos.

El gestor privado estará a cargo de los procesos de soporte que permiten la provisión continua, oportuna y con calidad de los factores de producción esenciales para la prestación, de modo que los EMS puedan dedicar su tiempo a su misión: cuidar la salud de la población asignada a su cargo.

La JUS y los representantes del Gobierno regional, del Gobierno local y de los trabajadores de los establecimientos de salud conformarán la Asamblea de la Junta Urbana de Salud (AJUS).

De manera similar a lo reglamentado para las asambleas de las CLAS, la AJUS tiene entre sus funciones aprobar las cuentas y balances, y el estatuto y su modificación, así como otros asuntos aludidos a la administración del convenio de cogestión. Además, ratifica el plan de salud local a partir de una propuesta elaborada por el jefe del establecimiento y el gestor. Este contiene la programación de los recursos necesarios y las actividades a realizar para alcanzar las metas sanitarias en la población que atienden los establecimientos PECRA.

Posteriormente, y siguiendo el plan, el gestor coordina con el jefe del PECRA el adecuado

abastecimiento de los factores de producción y hace seguimiento al uso de estos recursos. Así, busca eficiencia y alcanzar los resultados sanitarios establecidos en el convenio de cogestión.

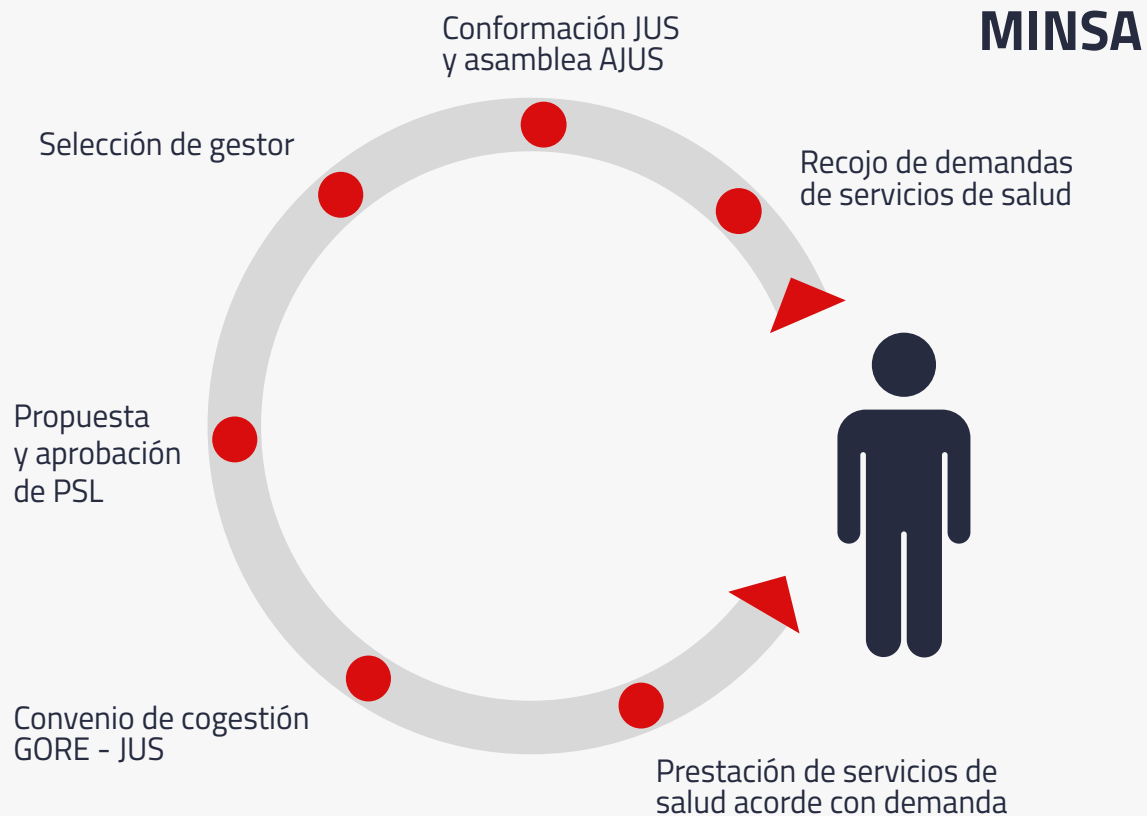
En este punto conviene resaltar las diferencias entre el jefe de un establecimiento PECRA y el gestor. De acuerdo al artículo 4 del Decreto Supremo 013-2006-MINSA, el jefe de establecimiento o director médico tiene la responsabilidad técnica de cumplir las disposiciones establecidas en la Ley General de Salud y otras que establezca el ente rector. Es decir, está a cargo del proceso misional de gestión de las prestaciones de salud que se expresa en los cuidados, atención médica y sanitaria brindada a las personas en el establecimiento y en las actividades extramurales. En cambio, el gestor asegura y gestiona el

abastecimiento de los factores de producción, cautela su uso adecuado y es el responsable final de reportar el logro de resultados ante las autoridades.

Este proceso de rectoría y conducción tiene el respaldo del Minsa que, en el marco de la Ley 29124, es el ente encargado de emitir las directivas nacionales necesarias para la ejecución, evaluación y monitoreo de la cogestión de servicios de salud. Corresponde al rector facilitar la implementación de los modelos a aplicar en las zonas urbanas. Debe emitir directivas claras para la implementación y operación del modelo, a la par que realiza un monitoreo estratégico del proceso.

En el siguiente gráfico resumimos la propuesta de conducción de los establecimientos PECRA bajo el modelo de cogestión en salud.

Gráfico 2: Flujo de conducción del establecimiento PECRA bajo modalidad de cogestión



Elaboración propia.

Todo lo anterior requiere adecuaciones a la norma que favorezcan el desarrollo de nuevos modelos de gestión. En primer lugar, es necesario modificar el reglamento de la Ley 29124 para que permita regular no solo los modelos de cogestión CLAS, sino que brinde un marco institucional a otros tipos, como el que se propone. Específicamente, recomendamos abordar las características del perfil idóneo para los gestores en el marco del nuevo modelo planteado, pues actualmente el artículo 50 del reglamento establece que solo pueden ser gerentes aquellos profesionales de la salud colegiados y habilitados, lo que reduce las posibilidades para seleccionar gestores calificados.

Asimismo, proponemos diseñar con antelación mecanismos de respuesta ante contingencias o emergencias por situaciones de desabastecimiento de los factores de producción, lo que podría afectar la calidad y oportunidad de los servicios de salud que se brinda a los ciudadanos. De igual modo, normar las opciones de renovación, ampliación o revisión de los acuerdos de cogestión de manera que se establezcan reglas claras y predecibles para los actores interesados. Por ejemplo, plantear aspectos que permitan revisar un contrato o establecer topes de utilidad para el gestor, de considerarse necesario.

La adecuada conducción del modelo requiere de sistemas de información de gestión clínica y administrativa seguros y eficaces. Respecto a los primeros, el SIS tiene la oportunidad de promover la interoperabilidad del formato único de atención para hacer seguimiento al uso del financiamiento público y la gestión de la historia clínica del paciente, además de reducir los múltiples registros que hoy existen. En el caso de los sistemas administrativos, se requiere acentuar la interoperabilidad de los actuales sistemas. Y, para promover la participación ciudadana, los Gobiernos locales deben contar con herramientas informáticas que faciliten una mayor información al alcance de su población.

Considerando todo lo expuesto, la aplicación del presente modelo de rectoría y conducción hace

necesarias las siguientes condiciones habilitantes:

- **El Minsa modifica el reglamento de la ley que establece la cogestión para:**

- Fomentar el desarrollo de modelos de cogestión en zonas urbanas con alta densidad poblacional.

- Precisar el perfil del gestor y la experiencia mínima requerida en gestión de procesos de soporte y servicios de salud. Implica fijar criterios de inclusión basados en capacidades y competencias necesarias.

- Establecer un marco de negociación entre el órgano de cogestión y el gestor privado de manera que cada actor tenga claros sus roles y se incentive la oferta y competencia entre las empresas interesadas.

- **El Minsa norma los mecanismos de respuesta a contingencias o emergencias** en el caso de desabastecimiento de los factores de producción, para facilitar al gestor la provisión continua de estos recursos.

- **El SIS exige la implementación de sistemas de información** que permitan el monitoreo y la fiscalización del uso de los recursos de manera transparente.

- **El gestor dispone de las capacidades para contar con mecanismos de incentivos** con sus colaboradores y facilidades para implementar los sistemas de información que resuelvan los requerimientos de las autoridades para un mejor manejo de los recursos. Por ejemplo, implementar centros de costos.

- **Los Gobiernos locales brindan información a la población** sobre la implementación de la cogestión en salud.

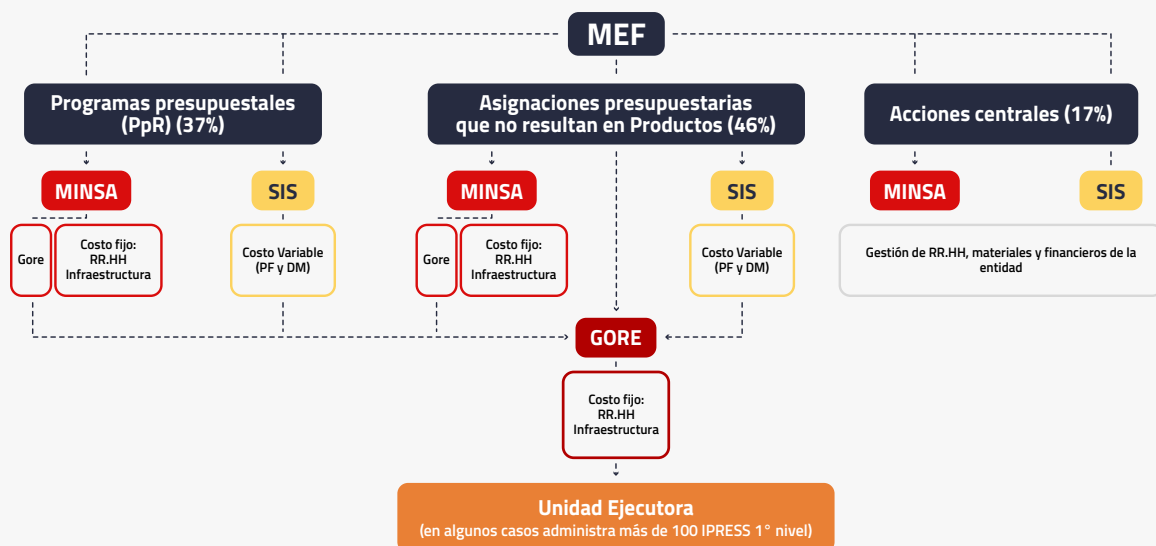
3.2 Financiamiento

Para el proceso de financiamiento planteamos que los recursos destinados al abastecimiento de los factores de producción sean mancomunados en el SIS. Esto dado que, en su condición de institución administradora de fondos de aseguramiento en salud (IAFAS) pública con responsabilidad de velar por la atención oportuna de sus afiliados, compra servicios de atención de salud.

En el informe anterior mostramos que el

financiamiento actual que recibe el primer nivel de atención está fraccionado. El siguiente gráfico confirma cómo, bajo distintas herramientas de asignación de presupuesto, el Gobierno regional recibe recursos de diferentes fuentes para la planificación, gestión y prestación de servicios de salud en el primer nivel de atención. Y ejecuta su presupuesto a través de unidades ejecutoras en salud, que en algunos casos pueden administrar más de 100 establecimientos del primer nivel de atención.

Gráfico 3: Modelo de financiamiento actual del primer nivel de atención



Elaboración propia.

Este fraccionamiento de recursos entre diferentes entes administrativos genera una considerable carga de trabajo y poca alineación de incentivos para un eficiente uso de los recursos (Lagrada-Rombaua, et al., 2022). El SIS, como aseguradora, necesita canalizar el uso de sus recursos hacia resultados tangibles, lo cual se complica por este contexto.

Ante ello proponemos establecer mecanismos de compra de servicios de salud diferenciados a nivel local. Específicamente, los establecimientos PECRA deben tener capacidades para atender: i) salud pública, ii) salud familiar y comunitaria, y iii) atención

ambulatoria con acceso a especialidades médicas. Esto plantea diferentes escenarios y retos.

En el caso de las estrategias de salud pública, cuyas intervenciones buscan promover la salud y prevenir enfermedades, se sugiere el mecanismo **de pago por servicio**. Consiste en fijar previamente una tarifa por los servicios prestacionales y transferir los recursos para las prestaciones de salud que se hayan realizado (Langenbrunner, et al., 2009). En el caso de intervenciones como tamizajes tempranos o inmunizaciones, este tipo de esquema incentiva que el prestador realice la mayor cantidad de prestaciones posibles en su ámbito de influencia.

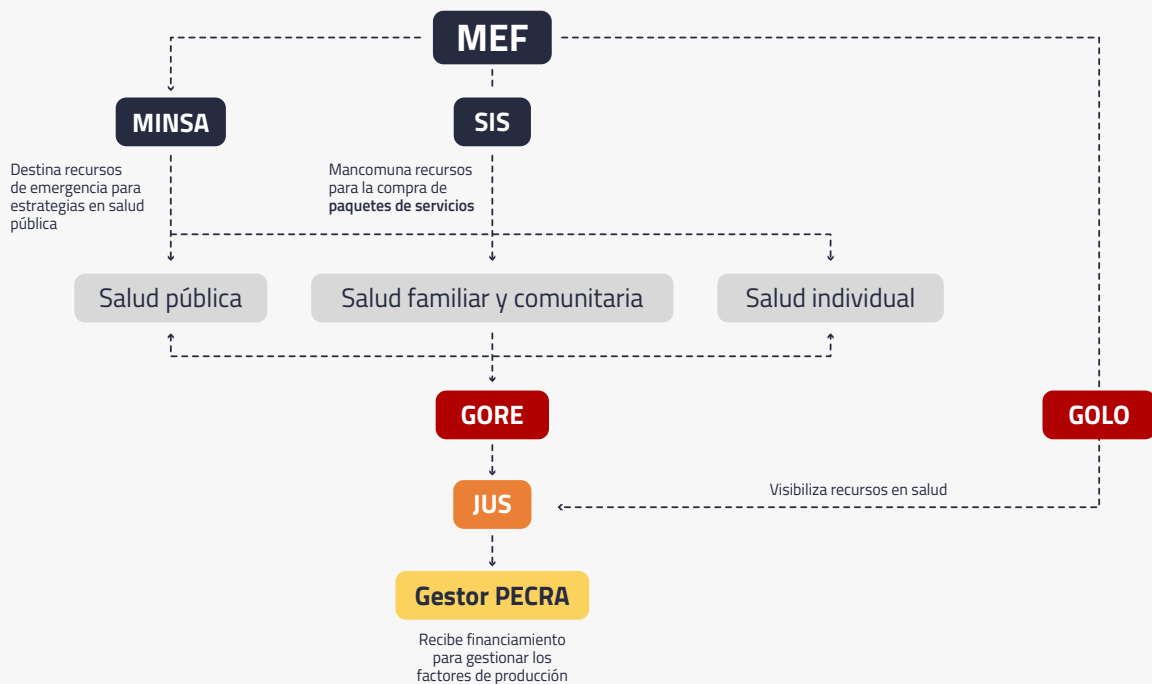
De manera similar, proponemos que las intervenciones en salud familiar y comunitaria sean financiadas bajo el modelo de **pago por servicios con enfoque en resultados** y con tarifas establecidas con anterioridad. Estas intervenciones buscan promover hábitos saludables, el seguimiento a las condiciones familiares, acciones comunicacionales, entre otros.

En el caso del financiamiento de las atenciones ambulatorias de salud individual, planteamos el mecanismo de **financiamiento per cápita** con un monto fijo y otro variable, este último condicionado

al logro de resultados sanitarios en la población.

Las modalidades de financiamiento propuestas requieren que el SIS sea capaz de mancomunar los recursos necesarios para financiar los factores de producción. Posteriormente, de acuerdo al modelo de cogestión en salud, estos recursos serían transferidos al Gobierno regional quien, siguiendo el convenio establecido con la JUS, transferiría los recursos para la gestión de los establecimientos PECRA. El siguiente gráfico resume el flujo de financiamiento propuesto.

Gráfico 4: Flujo de financiamiento del modelo de cogestión en salud



Elaboración propia.

El flujo de financiamiento propuesto no se rige por herramientas presupuestales rígidas. Por el contrario, los recursos económicos se asignan sobre la base de las estrategias que han sido definidas y priorizadas con participación de la ciudadanía, y que tienen también el criterio del gestor privado para optimizarlas e implementarlas.

La aplicación del presente modelo de financiamiento requiere de las siguientes condiciones habilitantes:

- **El MEF asigna al SIS los recursos económicos necesarios**, previo acuerdo y en función de la programación de los órganos de cogestión.
- **El SIS implementa sistemas de información que favorecen la fiscalización** y el manejo transparente en la asignación, uso de recursos y logro de resultados sanitarios.
- **El Estado peruano, a través de sus entidades, asegura la intangibilidad de los recursos** destinados a la gestión de los establecimientos PECRA.

Para ello puede establecerse un fondo de fideicomiso o instrumento similar.

- **La JUS cuenta con personería jurídica para poder recibir los recursos económicos** en el marco de los convenios de cogestión en salud.
- **El gestor informa de manera transparente los ingresos disponibles de diferentes fuentes** y dispone o implementa los sistemas de información que permiten hacer seguimiento del uso del financiamiento público. Es decir, los directivos de la JUS o los miembros de la comunidad pueden acceder a información financiera y de gestión de manera sencilla, empleando herramientas de tecnologías de información.

3.3 Prestación de servicios de salud

La prestación de servicios de salud necesita que la oferta de servicios se adapte a las demandas de servicios de la población según su perfil epidemiológico. En esta sección abordaremos el flujo de abastecimiento y luego describiremos el modelo prestacional de manera sucinta.

3.3.1 Abastecimiento de factores de producción

Los factores de producción están compuestos por

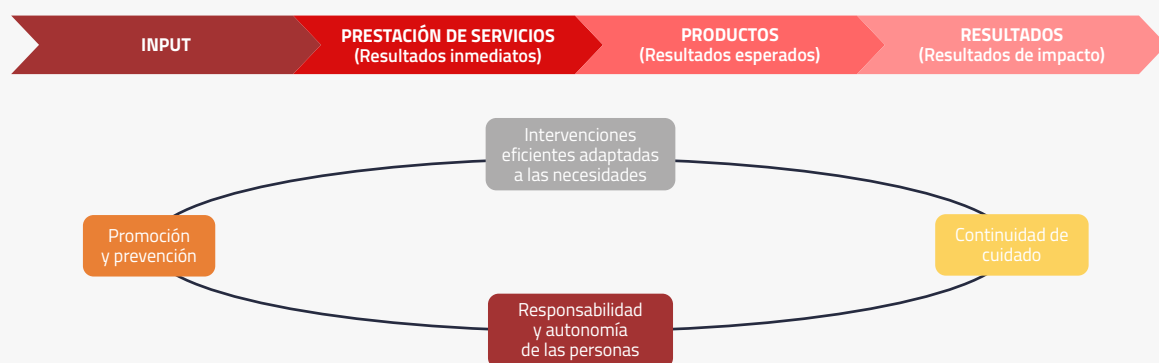
recursos humanos, productos farmacéuticos y dispositivos médicos, infraestructura y equipamiento, y servicios básicos, generales y administrativos necesarios para el abastecimiento de los establecimientos PECRA en el marco del modelo de cogestión. Además, se incorporan a los sistemas de información como elementos críticos para garantizar el adecuado funcionamiento de los establecimientos.

El Anexo 2 muestra un cuadro de responsabilidades en el abastecimiento de cada factor de producción según actor. Resalta la importancia de establecer los mecanismos que aseguren la continuidad de la provisión de factores de producción para garantizar una adecuada prestación de servicios de salud.

3.3.2 Gestión de la prestación

Las prestaciones en los servicios de salud son las acciones que se implementan para alcanzar los objetivos propuestos en el cuidado de las personas. Se articulan cuando el cuidado es entregado considerando el modelo de gestión del establecimiento, la competencia de los equipos de salud y el compromiso de la comunidad, aspecto acentuado en el caso de una gestión compartida y participativa.

Gráfico 5: Cadena de valor del proceso de prestación de servicios de salud



Fuente: Ministerio de Salud de Chile (2021) – Marco operativo de la Estrategia de Cuidado Integral Centrado en las Personas (ECICEP).

El gráfico anterior muestra cuán dependiente de los insumos (input) necesarios o los factores de producción es la prestación del servicio. Esta se puede organizar con un enfoque de cadena de valor, donde brinde paquetes para la población a su cargo diferenciando las siguientes líneas de trabajo:

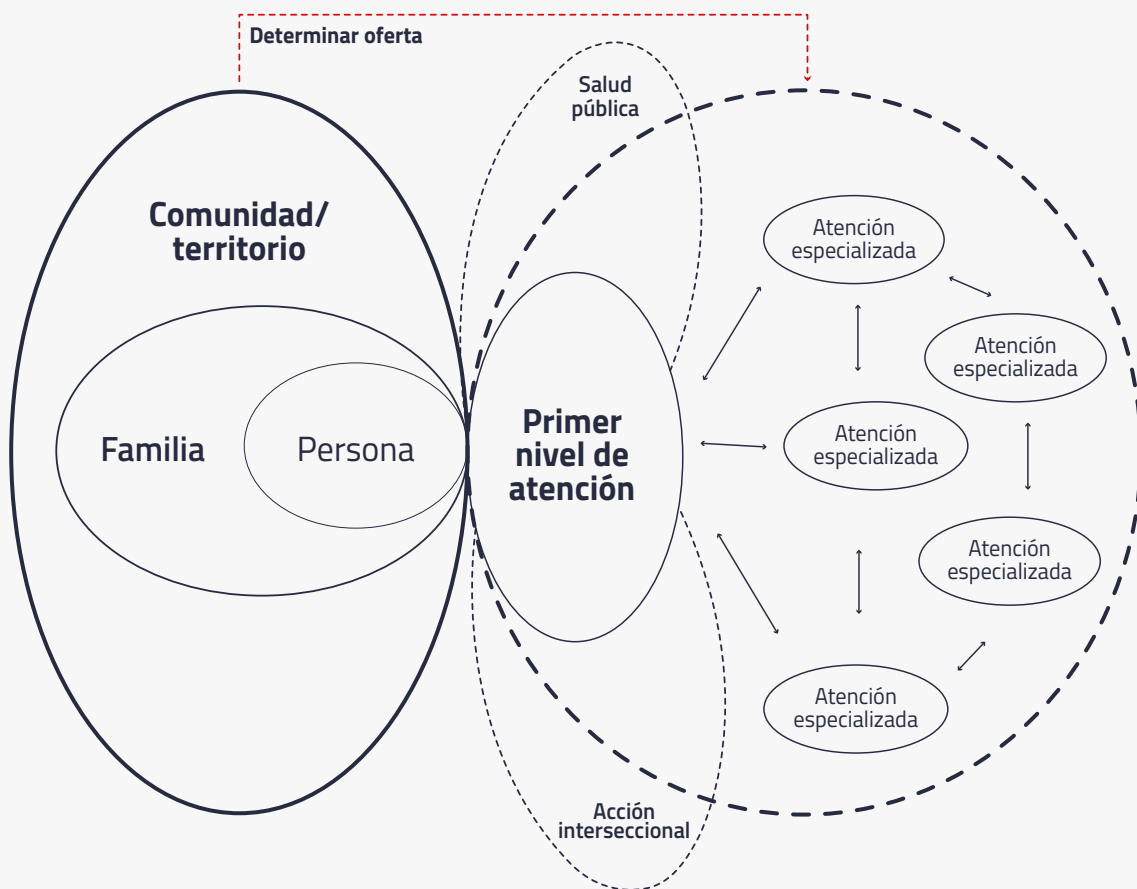
- **Salud pública.** Promoción de la salud, protección específica de riesgos, tamizaje de prioridades sanitarias, vigilancia en salud pública, respuesta a emergencias de salud pública y participación comunitaria.
- **Salud familiar y comunitaria.** Servicios de salud familiar y comunitaria cambiando el modelo de cuidado hacia la prevención y la atención temprana de riesgos de salud. Para hacer eficiente este tipo de intervenciones en el terreno se recomienda

focalizar las acciones en personas y familias en condición de riesgo.

- **Atención ambulatoria con enfoque interdisciplinario y acceso a especialidades médicas.** Servicios médicos y de otros profesionales de la salud en función de los riesgos de las personas identificadas. Se dispone de procedimientos y diagnósticos por imágenes y de laboratorio. (Propuesta: Plan de fortalecimiento del primer nivel de cuidado de la salud 2024-2027 - Minsa).

A partir de ello se consiguen productos que, transcurrido un tiempo, son los resultados tangibles. Porque el propósito de estas acciones debe ser lograr impactos beneficiosos en las comunidades intervenidas.

Gráfico 6: Relación entre la demanda y la oferta de servicios de salud



Adaptado de Ministerio de Salud de Chile (2021).
Elaboración propia

El Gráfico 6 muestra el vínculo dinámico entre comunidad / familia / persona y establecimiento PECRA, la oferta especializada (de ser necesaria), las acciones de salud pública y las acciones de naturaleza intersectorial, posiblemente vinculadas al abordaje de los determinantes sociales de la salud. Esta enorme complejidad de relaciones requiere un marco nuevo, adaptado al nuevo contexto digital y que represente un salto cualitativo en relación a la actual "Guía técnica para la categorización de establecimientos del sector salud".

En este proceso se identificará a dos grupos de personas:

a. Las personas sin diagnóstico de alguna patología, que se espera participen en la prevención de la aparición de alguna condición crónica mitigando el desarrollo de nuevas afecciones crónicas o reduciendo el impacto futuro en su salud y calidad de vida.

b. Las personas con algún diagnóstico de cronicidad, entre las que se instale un sistema proactivo que ofrezca un cuidado integral, continuo y adaptado a sus necesidades; y se promueva, además, la corresponsabilidad de las personas para gestionar su propia salud (autocuidado). (Chile – Marco Operativo ECICEP).

En ese sentido, proponemos el siguiente flujo de atención de una persona que acude a un establecimiento PECRA: la recibe un EMS entrenado —médico, enfermera, psicólogo, nutricionista—, con especial atención en las personas con mayor riesgo por la presencia de varias comorbilidades. De requerirse un manejo más complejo, pide la asistencia de médicos especialistas en la atención ambulatoria. Estos profesionales colaborarán con varios PECRA supervisando su atención o brindando soporte en línea o presencial, según sea necesario.

Atributos de la prestación en los establecimientos PECRA

Un aspecto relevante de la propuesta es que se busca que el EMS dedique todos sus esfuerzos al cuidado de la población asignada. Para ello planteamos:

- **Dedicación exclusiva de los miembros del EMS** al desarrollo del proceso de prestación de servicios. Esto implica abandonar roles administrativos.⁴
- **Labor en equipo empleando información y actuando en una lógica de red** para mantener vínculos de trabajo con el hospital o los hospitales de referencia y asegurar la continuidad del cuidado.
- **Aplicación de un enfoque de cuidado centrado en la persona** para evitar que sea atendida por diferentes profesionales y en diferentes compartimientos estancos. Esta situación se reemplazaría por un cuidado a cargo de un EMS y, en particular, de un médico competente que conduce la atención necesaria y recibe el respaldo y los recursos que requiera para ello.
- **Adopción del enfoque de riesgos para identificar a la población que necesita un cuidado prioritario**, sobre todo al iniciar el despliegue de actividades.
- **Definición de las acciones de articulación con el segundo nivel de atención** que brinda oferta más compleja en atención ambulatoria y hospitalización. Es, por tanto, adonde referirán a los pacientes que así lo requieran.
- **Organización de una red de soporte de especialistas** para brindar mayor capacidad resolutive al EMS.

La flexibilidad para organizar la oferta en los establecimientos PECRA requiere romper las categorías de establecimientos actuales para que los gestores puedan pensar y actuar fuera de la caja.

⁴ Una excepción a esta regla es el caso del jefe de establecimiento quien dedica parte de su tiempo a una labor coordinada con el tercero a cargo de la gestión de los factores de producción.

Esto también debe cambiar la manera como se gestionan las inversiones en salud. Es necesario aprovechar la vigencia de la cuarta revolución digital para llevar la tecnología a la consulta ambulatoria de manera flexible y no concentrarla solamente en los hospitales. El Anexo 3 muestra recomendaciones para establecer indicadores que permitan el monitoreo y seguimiento de los establecimientos PECRA.

Asimismo, la implementación de esta propuesta demanda las siguientes condiciones habilitantes:

- **Elaboración por el Minsa, o por la instancia que esta entidad delegue, de los instrumentos de gestión de la prestación:** guías de práctica clínica, organización de los flujos de referencia y contrarreferencia, criterios de uso de tecnologías sanitarias, entre otros.
- **Flexibilización del modelo actual de categorización de los establecimientos de salud** para permitir que los Gobiernos regionales, los Gobiernos locales y los gestores de establecimientos PECRA puedan organizar la oferta con apoyo de los sistemas de información, la tecnología y la virtualidad cautelando la seguridad y calidad de las prestaciones.
- **Precisar la regulación necesaria para que los categorización de los establecimientos de salud** para permitir que los Gobiernos regionales, los Gobiernos locales y los gestores de establecimientos PECRA puedan organizar la oferta con apoyo de los sistemas de información, la tecnología y la virtualidad cautelando la seguridad y calidad de las prestaciones.
- **Definición de instrumentos de monitoreo que permitan seguir el desempeño de los establecimientos PECRA** y la labor del gestor privado. Esto pasa por cautelar la continuidad e integralidad del cuidado brindado, el manejo de los recursos encargados y la rendición de cuentas periódica, y por mantener un marco de gobernanza transparente.



CONCLUSIONES



Capítulo 4

Conclusiones

La implementación de los establecimientos PECRA necesita un marco normativo que sustente el cambio de paradigma de gestión propuesto, donde el asegurador requiere que el prestador obtenga resultados sanitarios, para lo cual, entre otras cosas, compra servicios de salud.

En el marco del presente modelo, los acuerdos de cogestión en salud permiten la participación de la ciudadanía en el planteamiento de sus demandas de servicios de salud y la gestión de la oferta de servicios. A su vez, el órgano de cogestión representado en la Asamblea de la Junta Urbana de Salud (AJUS) elige, mediante convocatoria abierta, a un gestor privado con un perfil idóneo en función de las características y condiciones establecidas por el ente rector. Este gestor es el encargado de los procesos de soporte para abastecer los factores de producción que permiten una oportuna oferta de servicios de salud. Asimismo, es el responsable final de los logros sanitarios.

La rectoría y conducción del modelo de cogestión propuesto delega a nivel territorial la administración de los recursos económicos bajo un marco de convenio que exige el logro de resultados sanitarios. Si bien el Minsa, en su calidad de ente rector, tiene un marco normativo vigente para implementar estos modelos, necesita arreglos institucionales para definir condiciones claras para cada uno de los actores interesados.

En cuanto al financiamiento, se considera la mancomunación de recursos en el SIS para que este pueda realizar la compra de servicios a la contraparte a cargo del cuidado de la población y responsable de los logros sanitarios territoriales. En este caso, bajo el modelo de cogestión en servicios de salud, el gestor privado es el ente que recibe los fondos para brindar los procesos de soporte que permitan la operación y el logro de resultados sanitarios. Se proponen tres mecanismos de

financiamiento según estrategias sanitarias de intervención: i) salud pública, ii) salud familiar y comunitaria y iii) salud individual empleando, en los casos pertinentes, el enfoque de riesgo para priorizar los esfuerzos.

Este modelo prestacional busca que las personas cuenten con cuidados integrales, continuos y centrados en ellas. Que utilice la capacidad de innovación que ofrece la cuarta revolución tecnológica, y se rija por un marco normativo que permita una gestión flexible orientada a resultados para garantizar la calidad del cuidado de la salud y la eficiencia.

Finalmente, esta propuesta u otras similares deben ser puestas en discusión para que el ente rector tome las mejores decisiones y lidere un proceso de cambio legítimo ante la sociedad. Un cambio que no puede seguir siendo postergado.



ANEXOS

5

Anexo 1: Experiencias internacionales de modelos de cogestión y participación ciudadana en salud

Para ilustrar los beneficios de los modelos de cogestión y participación ciudadana, revisamos cuatro experiencias internacionales exitosas: Suecia, Canadá, España y Estados Unidos.

Suecia tiene un sistema de salud que otorga autonomía a las regiones y municipios en la planificación y provisión de servicios de salud, pues permite que los adapten a sus necesidades locales. Para ello, emplea la estrategia de "diálogos ciudadanos", donde la ciudadanía expresa preferencias y propuestas de políticas. En estos diálogos no intervienen grupos específicos, sino que los participantes son seleccionados considerando diversidad en edad y distribución geográfica dentro de la región. Su reclutamiento involucra métodos diversos, desde campañas amplias hasta enfoques específicos. Asimismo, en estos diálogos varía la presencia de políticos; algunos actúan como apoyo y otros lideran las interacciones. Los diálogos, que incluyen discusiones y grupos focales, generalmente ocurren en las primeras etapas del proceso de decisión, con objetivos que van desde recopilar opiniones ciudadanas hasta informar y legitimar decisiones (Fredriksson & Modigh, 2023).

En Canadá, los centros locales de salud son un ejemplo de desarrollo comunitario con un enfoque sociosanitario que integra al sector prestador de salud y a la población. Sus consejos de dirección están conformados por personal del centro de salud, miembros de la comunidad y un representante de la fundación, si esta existe. Se establecen procesos de consulta entre la población para definir las prioridades y los programas a implementar. Quebec es la provincia canadiense que más ha implementado este modelo (Casado, 1998).

En España funcionan el modelo de atención

primaria orientada a la comunidad (COPC) y el programa de actividades comunitarias en atención primaria (PACAP) de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC). El modelo COPC propone la colaboración entre profesionales de la salud y miembros de la comunidad para identificar problemas de salud locales, planificar intervenciones y ejecutar programas. Mediante reuniones, encuestas y grupos de discusión, los profesionales trabajan con líderes comunitarios y residentes para identificar problemas prioritarios. Una vez identificados, desarrollan intervenciones en colaboración con la comunidad, tales como programas de promoción de la salud y campañas de concienciación.

En cuanto al programa de actividades comunitarias en atención primaria (PACAP), este tiene como objetivo fortalecer la atención primaria y fomentar la participación comunitaria en la salud. Para atender problemas locales de salud, impulsa intervenciones específicas en la comunidad, tales como campañas preventivas y proyectos educativos. Además, ofrece formación en atención comunitaria a profesionales de la salud, promueve la investigación comunitaria y fomenta la colaboración entre profesionales, organizaciones y residentes para mejorar la salud de la comunidad (PACAP, s.f.).

Por último, en Estados Unidos destacan los consejos de dirección de los centros de salud y el modelo de atención primaria orientada a la comunidad (Community Oriented Primary Care, COPC), similar al de España. Este tipo de consejos promueven la propiedad y participación comunitaria. Se reúnen regularmente para aprobar presupuestos, gestionar finanzas y personal, establecer políticas y prioridades, y evaluar actividades, incluyendo la satisfacción del paciente.

Los centros de salud son dirigidos por un equipo que incluye un director ejecutivo y un director médico, y la comunidad participa directamente en su planificación y gestión, pues define servicios y proporciona información para identificar necesidades. La integración de líderes comunitarios en los consejos de dirección ha mejorado la participación ciudadana (Casado, 1998).

En cuanto al modelo COPC, entró en vigor en la década de 1960 para implicar a la comunidad en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades. La comunidad participa conformando comités de salud, realizando encuestas de salud y colaborando en la planificación e implementación de intervenciones de salud. Estos comités, integrados por miembros de la comunidad —incluidos líderes comunitarios, representantes de organizaciones locales y residentes— trabajan en conjunto con proveedores de servicios de salud para identificar y abordar problemas de salud locales. Las encuestas recopilan información sobre problemas de salud y necesidades de atención médica, para así guiar las intervenciones. Un elemento clave del modelo COPC es que la participación activa de la comunidad permite abordar problemas específicos de salud mediante intervenciones culturalmente apropiadas (Gofin & Gofin, 2011).

Anexo 2: Responsabilidades en el abastecimiento de factores de producción bajo el modelo de cogestión en servicios de salud propuesto

Actores	Abastecimiento de factores de producción				Sistemas de información
	Recursos humanos	Productos farmacéuticos y dispositivos médicos	Infraestructura y equipamiento	Servicios básicos, generales, administrativos	
Minsa	Supervisa la aplicación de criterios adecuados al personal de salud. Emite directivas para su reubicación.	Norma acciones de contingencia ante escenarios de desabastecimiento en los establecimientos bajo modelo de cogestión.	Emite normas técnicas de infraestructura y equipamiento para el primer nivel. Flexibiliza el actual modelo de categorización de instituciones prestadoras de servicios de salud.		Emite normas técnicas relacionadas.
MEF	Destina recursos económicos para el pago del personal de salud.		Destina recursos económicos para la inversión y el pago del personal de salud.	Destina recursos económicos para el pago de estos servicios y del personal.	Destina recursos económicos para el pago de estos servicios y del personal.
Centro Nacional de Abastecimiento de Recursos Estratégicos en Salud (Cenares)		Compra, distribuye y abastece oportunamente a los establecimientos PECRA con productos farmacéuticos y dispositivos médicos.			
SIS	Mancomuna recursos económicos.				Lidera la implementación de sistemas de información de gestión clínica.
Gobiernos regionales	Reubica al personal de salud, en caso sea necesario y según los lineamientos del Minsa.		Atiende la demanda de nueva infraestructura y equipamiento haciendo uso de instrumentos de inversión pública como IOARR.		Promueve el empleo de los sistemas de información en el nivel local y la comunidad.
Gobiernos locales			Puede atender demanda de nueva infraestructura y equipamiento mediante inversión pública o IOARR previa coordinación con Gobiernos regionales.	Puede favorecer convenios entre el gestor y empresas proveedoras de servicios básicos.	Promueve el empleo de los sistemas de información en la comunidad.

⁵ Las inversiones de optimización, de ampliación marginal, de rehabilitación y de reposición (IOARR) son instrumentos de inversión pública que representan una intervención puntual, selectiva y específica sobre algún activo o subconjunto de activos. Suelen ser intervenciones de baja complejidad técnica, riesgo acotado y cuya necesidad resulta siendo evidente (MEF, 2023).

Actores	Abastecimiento de factores de producción				Sistemas de información
	Recursos humanos	Productos farmacéuticos y dispositivos médicos	Infraestructura y equipamiento	Servicios básicos, generales, administrativos	
JUS	Recoge demandas de la población o entes supervisores como la Superintendencia Nacional de Salud (SuSalud) para vigilar la mejora del abastecimiento de los factores de producción.				
Gestor	<p>Contrata al personal faltante para alcanzar el logro de resultados sanitarios según contrato.</p> <p>Puede diseñar incentivos para el personal de salud.</p>	<p>Pide oportunamente al Minsa - Cenares. De no obtener pronta respuesta, solicita una compra institucional al Gobierno regional. Caso contrario, activa mecanismos de compra según el modelo de cogestión o lineamientos del Minsa.</p> <p>Hace uso de sus sistemas de gestión administrativa para tener un inventario que genere mecanismos de alerta.</p>	<p>De necesitar nueva infraestructura o su modificación, es responsable de gestionar el pedido con el Gobierno regional.</p>	<p>Gestiona el abastecimiento de servicios básicos, generales, administrativos y necesidades de equipamiento.</p>	<p>Es responsable de evaluar el buen estado del funcionamiento de los sistemas de información de gestión administrativa.</p> <p>Utiliza el módulo de gestión MEF o implementar un sistema de gestión ERP (Enterprise Resource Planning) interoperable.</p>
Jefe de establecimiento	Dirige EMS y supervisa su desempeño.				

Elaboración propia.

Anexo 3: Abordaje para identificar los indicadores de monitoreo y evaluación que pueden ser aplicados en los establecimientos PECRA, en función del desarrollo de su cadena de valor

Input	Prestación de servicios	Productos	Resultados
Monitoreo del inicio de la operación.	Monitoreo de la cobertura de las prestaciones.	Monitoreo de las condiciones crónicas y de factores de riesgo / protectores.	Medición de impacto y evaluación de la estrategia (cambios).
<ul style="list-style-type: none"> Formación de equipos multidisciplinarios de salud (EMS). Verificación de la organización de procesos vinculados a factores de producción. Citas según perfil de riesgo identificado. Enlace al responsable del nivel hospitalario. 	<p>Cobertura (funcionamiento) de:</p> <ul style="list-style-type: none"> Identificación y atención de población de mayor riesgo. Atención integral (ingreso y control). Seguimiento a distancia (telesalud). Nivel de servicio en unidades productoras de servicios de salud (UPSS). 	<ul style="list-style-type: none"> Autocuidado de las condiciones crónicas. Adherencia al tratamiento farmacoterapéutico y a los controles. Estabilización de condiciones crónicas. 	<ul style="list-style-type: none"> Hospitalizaciones evitables. Tasa de asistencia a servicios de urgencia. Autopercepción de la condición de salud.

Fuentes: Ministerio de Salud de Chile (2021).

Elaboración propia.



REFERENCIAS



Referencias

- Altobelli, L., 2010. *Historia y lecciones del Programa de Administración Compartida y las CLAS en el Perú: Oportunidad y empoderamiento para la equidad en salud*. s.l.:s.n.
- Casado, V., 1998. *De paseo por los países desarrollados con la salud comunitaria*. s.l.:s.n.
- Diario El Peruano, 2023. *Ministerio de Salud pone en marcha Plan 1000*. s.l.:s.n.
- Fredriksson, M. & Modigh, A., 2023. Public involvement in the Swedish health system: citizen dialogues with unclear outcomes.. *BMC Health Serv Res*, 23(947).
- Gofin, J. & Gofin, R., 2011. *Essentials of Global Community Health (Jones & Bartlett Learning)*. s.l.:s.n.
- Hanson, K. y otros, 2022. *The Lancet Global Health Commission on financing primary health care: putting people at the centre*. s.l.:s.n.
- Lagrada-Rombaua, L., Encluna, L. & Gloria, E., 2022. *Consolidating Primary Health Care Financing in a Devolved Setting: Case Study from the Philippines*, s.l.: Lancet Global Health Commission on Financing Primary Health Care.
- Langenbrunner, J., Cashin, C. & O'Dougherty, S., 2009. *Designing and implementing health care provider payment systems how-to manuals*, s.l.: World Bank.
- Llanos, L., Arena, D., Valcarcel, B. & Huapaya, O., 2020. *Historia de la atención primaria de salud en Perú: entendiendo su camino y perspectivas actuales*. s.l.:s.n.
- MEF, 2023. *Lineamientos para la identificación y registro de las Inversiones de Optimización de Ampliación Marginal, de Rehabilitación y de Reposición - IOARR*, Lima: s.n.
- Ministerio de Salud de Chile, 2021. *Marco operativo estrategia de cuidado integral centrado en las personas para la promoción, prevención y manejo de la cronicidad en contexto de multimorbilidad*, s.l.: s.n.
- Ministerio de Salud, 2020. *Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030*, s.l.: s.n.
- PACAP, s.f. *¿Qué es el PACAP?*. [En línea] Available at: <https://pacap.net/que-es-el-pacap/> [Último acceso: 2023 Diciembre 14].
- Vignolo, J., Vacarezza, M., Álvarez, C. & Sosa, A., 2011. Niveles de atención, de prevención y atención primaria de. *Archivos de Medicina interna*, 33(1), pp. 7-11.