

# Marco general del sistema de salud

# Marco general del sistema de salud

# Documento de investigación

# Marco general del sistema de salud



Lima, setiembre de 2020

# Tabla de contenido

Siglas y acrónimos	7
Glosario	9
I. Resumen	11
II. Mirada panorámica del sistema de salud	14
III. Procesos misionales del sistema de salud peruano	20
3.1 Gestión del financiamiento	21
3.2 Gestión de la prestación	23
IV. Restricciones desde la mirada del usuario	27
V. Sistema de salud en el contexto de la emergencia sanitaria	30
Referencias	33

# Índice de cuadros

Cuadro 1: Funciones de la rectoría	18
Cuadro 2 : Financiamiento del Perú y países de la región, 2018	21
Cuadro 3: Afiliados por IAFAS, 2020	22
Cuadro 4: Brecha de personal de la salud en el subsistema Minsa-GORE por departamento, 2019	24
Cuadro 5: Camas UCI por cada 100,000 personas	31

# Índice de ilustraciones

Ilustración 1: Carga de enfermedad 1990-2017 (concentración por tipo de enfermedad)	15
Ilustración 2: Sistema de salud peruano	17
Ilustración 3: Modelo de atención hospitalaria, Lima Metropolitana	26
Ilustración 4: Pacientes de consulta externa que reciben todos sus medicamentos en la red donde se atendieron	28
Ilustración 5: Lugares de atención para la población que presentó problemas de salud	28
Ilustración 6: Principales motivos por los que no acudió a un centro o establecimiento de salud	29

# Siglas y acrónimos

AUS	Aseguramiento Universal en Salud
CUS	Cobertura Universal de Salud
Diresa	Direcciones regionales de salud
DL	Decreto Legislativo
DU	Decreto de Urgencia
EPS	Empresas prestadoras de salud
Enaho	Encuesta Nacional de Hogares
FF.AA.	Fuerzas Armadas
Fissal	Fondo Intangible Solidario en Salud
FOSFAP	IAFAS de la Fuerza Aérea del Perú
FOSMAR	IAFAS de la Marina de Guerra del Perú
FOSPEME	IAFAS del Ejército del Perú
Geresa	Gerencias regionales de salud
GORE	Gobiernos regionales
IAFAS	Instituciones administradoras de fondos de aseguramiento en salud
IPRESS	Instituciones prestadoras de servicios de salud

MEF	Ministerio de Economía y Finanzas
Minsa	Ministerio de Salud
OMS	Organización Mundial de la Salud
ODS	Objetivo de Desarrollo Sostenible
PEAS	Plan Esencial de Aseguramiento en Salud
PNP	Policía Nacional del Perú
PPR	Presupuesto por Resultados
PBI	Producto Bruto Interno
EsSalud	Seguro Social de SaludRIS
RIS	Redes integradas de salud
RJ	Resolución Jefatural
RM	Resolución Ministerial
Sinadef	Sistema Informático Nacional de Defunciones
SIS	Seguro Integral de Salud
UBAP	Unidad Básica de Atención Primaria de Salud
UCI	Unidad de Cuidados Intensivos

# Glosario

## Aseguramiento Universal en Salud (AUS):

Es el "proceso orientado a lograr que toda la población residente en el territorio nacional disponga de un seguro de salud que le permita acceder a un conjunto de prestaciones de salud de carácter preventivo, promocional, recuperativo y de rehabilitación" (Ley N.º 29344, 2009).

## Capacidad resolutiva (o nivel resolutivo):

Se refiere a la capacidad de la oferta de servicios para satisfacer las necesidades de salud de la población. Puede medirse en términos cuantitativos y cualitativos. La primera determina si se concreta el número de servicios suficientes requeridos, y la segunda analiza si esos servicios efectivamente solucionan la severidad de las necesidades de la población (Minsa, 2005).

## Carga epidemiológica:

Se le denomina también carga de enfermedad. Mide el estado de salud de la población tomando como indicador los años de vida saludables perdidos (AVISA), para así identificar los problemas de salud prioritarios de un país. Incorpora dos componentes: años de vida perdidos por muerte prematura y años de vida perdidos por haber sido vividos padeciendo una discapacidad (Minsa, 2016).

## Cobertura Universal de Salud (CUS):

Es la meta prioritaria de todo sistema de salud. Consiste en "asegurar que todas las personas reciban los servicios sanitarios que necesitan, sin tener que pasar penurias financieras para pagarlos" (OMS, 2012). Consta de tres dimensiones: prestacional (servicios cubiertos), poblacional (proporción de personas cubiertas) y financiera (proporción de gastos cubiertos).

## Gasto de bolsillo:

Gasto que realizan las personas al momento de recibir un servicio sanitario por no tener otro tipo de cobertura, por ejemplo, la de un seguro de salud. Posee el riesgo de afectar las finanzas de los hogares.

## IAFAS (o instituciones administradoras de fondos de aseguramiento en salud):

Son las encargadas de gestionar los recursos para financiar prestaciones de salud (Ley N.º 29344, 2009). Pueden ser públicas, privadas o mixtas.

## Intercambio prestacional:

Acuerdos<sup>1</sup> entre instituciones — prestadoras y aseguradoras— de diversos subsistemas de salud para garantizar la prestación y financiamiento de servicios de salud.

### **IPRESS (o instituciones prestadoras de servicios de salud):**

Son establecimientos públicos, privados o mixtos que brindan servicios de salud según el nivel de atención autorizado y acreditado por la autoridad competente (Ley N.º 29344, 2009).

### **Mecanismo de pago:**

Es la forma como el financiador de salud, Estado o una compañía de seguros, compra servicios al prestador del servicio de salud. Permite distribuir el riesgo entre actores y puede generar incentivos para la eficacia y calidad en la prestación de servicios de salud.

### **Nivel de atención (o nivel de complejidad):**

Categoría de organización de los establecimientos de salud según la complejidad de servicios que se brindan. Son tres niveles de atención: el primer nivel corresponde a puestos y centros de salud, mientras que el segundo y tercero a hospitales.

### **Procesos de soporte:**

Brindan apoyo a los procesos operativos o misionales (PCM, 2013).

### **Procesos estratégicos:**

Determinan las políticas, estrategias, objetivos y metas de una entidad, y velan por asegurar su cumplimiento (PCM, 2013).

### **Procesos misionales:**

Son los “procesos de producción de bienes y servicios de la cadena de valor [...] Incorporan los requisitos y necesidades del ciudadano o destinatario de los bienes y servicios, y son los encargados de lograr la satisfacción del mismo” (PCM, 2013).

### **Sistema de referencias y contrarreferencias:**

Mecanismo desarrollado para garantizar la continuidad de la atención, desarrollando “flujos de tránsito” entre las IPRESS por niveles de complejidad. Cuando un paciente es referido de un centro de salud a un hospital, se refiere. Por el contrario, cuando es enviado a un establecimiento de menor nivel, se contrarrefiere.

### **Trazabilidad:**

Es la capacidad de rastrear los procesos u objetivos para contar con información completa en todas las etapas de su desarrollo (GS1 Perú, 2006).

# I. Resumen

La pandemia del COVID-19 ha hecho visibles debilidades estructurales de los sistemas de salud de todo el mundo, y el caso peruano no ha sido la excepción. Concretamente, ha confirmado la urgente necesidad de realizar reformas que permitan que los servicios de salud lleguen a todos los ciudadanos de manera eficiente, oportuna y con calidad.

Esta es la primera de seis notas de política en las que abordaremos qué cambios indispensables requiere implementar el sector salud en el Perú, y cuáles son las posibles estrategias de solución, siempre desde la perspectiva del ciudadano.

En este primer documento presentamos el panorama general del sistema de salud según su constitución, organización y principales restricciones, especialmente las que enfrentamos los usuarios para acceder a sus servicios.

**El primer nivel de atención se encuentra desfasado y no responde al actual contexto demográfico y epidemiológico del país.** El Perú posee una población que se dirige hacia el envejecimiento paulatino. En el periodo del 2007 al 2017, según el último censo, la tasa de crecimiento poblacional de las personas mayores de 65 años fue del 3.4%. Asimismo, la población está presentando nuevos hábitos de consumo relacionados a enfermedades no transmisibles, como el cáncer y la diabetes. Para el 2017, el 66% de la carga epidemiológica a nivel nacional pertenece a dicha categoría. EsSalud y el Ministerio de Salud (Minsa) han realizado esfuerzos para mejorar su primer nivel de atención con el Programa de Atención Domiciliaria (Padomi) y las Redes Integradas de Salud (RIS), respectivamente. Sin embargo, son aún programas limitados para un sector de usuarios.

**El sistema de salud es fragmentado y segmentado según las características socioeconómicas y laborales de la población asegurada.** A pesar de la promulgación de la Ley de Aseguramiento Universal en el 2009 y del Decreto de Urgencia sobre las medidas para la Cobertura Universal de Salud en el 2019, el acceso efectivo a la seguridad social depende principalmente de las características socioeconómicas y laborales del usuario. En el sector público, se ha creado subsistemas verticales por sector (PNP, FFAA y EsSalud), cada una con una gestión de financiamiento y prestación del servicio independiente. Esta situación impide que se desarrolle una política integrada de seguridad social y que se pueda generar acciones articuladas en el sector.

**La falta de articulación entre el gobierno central, los gobiernos regionales (GORE) y los gobiernos locales (GOLO) afecta la rectoría del Minsa respecto a las políticas de salud.** El proceso de descentralización brindó a los GOLO y GORE funciones sanitarias que

se han ejercido de manera limitada por la falta de un modelo de gestión articulado por el gobierno central. En la práctica, los GORE y GOLO solo realizan acciones operativas y replican el modelo de funcionamiento del gobierno nacional, sin tomar en cuenta las particularidades de sus jurisdicciones. Se requiere que los GORE y los GOLO adapten los lineamientos centrales y estándares mínimos del Minsa a las necesidades de sus regiones y distritos.

**Existe una recaudación limitada del presupuesto, una redistribución afectada por la fragmentación de las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS) y un sistema de compra de servicios a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) ineficiente y poco sostenible.** El gasto total en salud respecto al PBI es del 5.2%, cifra que se encuentra por debajo del promedio de los países que pertenecen a la OCDE (8.9%). Asimismo, cada una de las IAFAS públicas funciona como un pool que administra sus recursos de manera independiente, lo que influye en la fragmentación del sistema y la segmentación de la seguridad social. Respecto a la forma de compra de los servicios sanitarios a las IPRESS, se realiza bajo el enfoque del histórico de consumo de los usuarios, un esquema poco eficiente que no responde a la demanda real de la población.

**Se identifica brechas de infraestructura, de recursos humanos y problemas en el abastecimiento de medicinas y dispositivos médicos.** En EsSalud la brecha de infraestructura para el 2035 se estima en 28 281 millones de soles; mientras que, para el Minsa, en 27 545 millones de soles. Respecto a la falta de personal de salud, el Minsa estima que la brecha es de 73 093 profesionales a nivel nacional. En Lima, se requiere unos 8 685 profesionales de salud para cerrar la brecha. En cuanto a los productos farmacéuticos y los dispositivos médicos, se observa un

almacenamiento y distribución ineficiente, debido a una programación burocrática de los medicamentos, basada en un comportamiento inercial y no en el conocimiento de la demanda real.

**Debido a la fragmentación en la gestión de la prestación del servicio, el ejercicio del mecanismo de intercambio prestacional es prácticamente nulo.**

Desde el 2018, se estableció la creación de las Redes Integradas de Salud (RIS) para prestar una cartera de atención equitativa e integral, a través de la articulación, coordinación y complementación de los servicios entre diversos subsistemas. Sin embargo, en la práctica, las IPRESS ofrecen a los asegurados de otros subsistemas solo los servicios que no están utilizando. En el actual contexto de la crisis sanitaria por el COVID – 19 y tras una serie de controversias por la tarifa por día del servicio de Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), el Minsa logró llegar a un acuerdo con las IPRESS privadas y mixtas para que los pacientes del Seguro Integral de Salud (SIS) puedan atenderse en sus instalaciones.

**El 41% de los peruanos que reportó un síntoma, signo o enfermedad en las cuatro últimas semanas, acudió a la botica o farmacia para atenderse y no a un establecimiento de salud.**

Este fenómeno se debe a las limitaciones de los usuarios para acceder a los servicios que brindan las diversas IPRESS. Pese a que el 95.8% de la población se encuentra afiliada a algún tipo de seguro de salud, el acceso a los servicios es muy limitado y poco concurrido por los pacientes. La distancia de los centros hospitalarios a los hogares, la falta de medicamentos, la desconfianza al personal, la demora en la atención, entre otras razones, explican este comportamiento de un importante sector de la población. La Política Nacional de Modernización de la Gestión Pública al 2021 busca, justamente, solucionar este problema poniendo al ciudadano en

el centro del servicio, identificando y atendiendo sus necesidades de manera oportuna.

**La crisis sanitaria causada por el COVID – 19 ha desnudado las deficiencias estructurales del sistema de salud del país.**

El colapso del sistema de salud en diversas regiones del país ha sido la evidencia de las deficiencias del sistema de salud. Las brechas se han acentuado entre los usuarios que deben enfrentar la falta de camas UCI y la escasez de balones de oxígeno. Sin embargo, también puede convertirse en una oportunidad para incrementar el presupuesto en el sector y avanzar hacia un sistema de salud articulado e integrado. Se ha designado establecimientos universales de atención para pacientes de COVID – 19 como el hospital de Ate Vitarte la Villa Panamericana y se ha propuesto desde el Congreso el aumento progresivo del presupuesto público hasta el 8% en el sector salud.

## II. Mirada panorámica

La finalidad de todo sistema de salud es proteger a las personas para que tengan vidas sanas y contribuir, así, a su bienestar y, de este modo, al desarrollo del país.

En el Perú, está cambiando el perfil demográfico de su población orientándose claramente hacia el envejecimiento: el crecimiento poblacional total entre 2007 y 2017 fue de 0.7%, mientras que el de los mayores de 65 años fue de 3.4% (INEI, 2017). Esto, junto con los nuevos hábitos de consumo, menos saludables, ha llevado a que la carga epidemiológica haya cambiado significativamente. Mientras que, en 1990, el 48% era originada por enfermedades transmisibles, maternas, neonatales y nutricionales, al año 2017 el 66% era causada predominantemente por enfermedades no transmisibles como las afecciones cardiovasculares y respiratorias, el cáncer y la diabetes (ver Ilustración N.º 1).

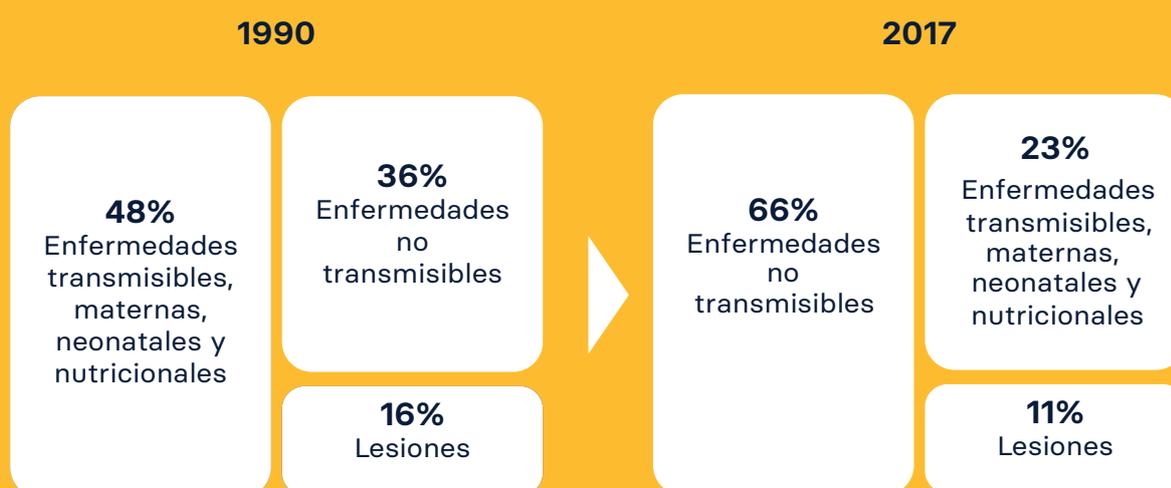
Según el último estudio de carga de enfermedad del Ministerio de Salud (Minsa), entre las condiciones no transmisibles, los cinco grupos que generan mayor pérdida de años de vida saludable son: los trastornos mentales y del comportamiento (20%), las enfermedades cardiovasculares (13%), las enfermedades osteomusculares y del tejido conectivo (11%), las condiciones neurológicas (11%) y los tumores malignos (8%) (Minsa, 2018). Estos últimos constituyen, además, la principal causa de mortalidad en el país.

El actual sistema de salud no ha orientado sus servicios para satisfacer esta demanda. Por ejemplo, veamos el primer nivel de atención, el más importante porque es el contacto inicial entre el usuario con un padecimiento o necesidad de salud y el sistema. Al estar cerca de la población a través de centros y puestos de salud, debería poder atender y resolver la mayor parte de servicios requeridos. Solo de ser necesario, deriva al paciente al segundo y tercer nivel de atención (hospitales generales y hospitales de alta especialización, respectivamente). Sin embargo, nuestro primer

nivel de atención sigue priorizando servicios para enfermedades transmisibles, maternas, neonatales y nutricionales<sup>2</sup>, desfasados de la realidad sanitaria nacional.

**Si bien ha habido algunos avances para ajustar la oferta de servicios, son todavía experiencias puntuales, no generalizadas.** El Seguro Social de Salud (EsSalud) ha fortalecido el tratamiento de pacientes crónicos en el primer nivel de atención con Padomi, un servicio domiciliario para pacientes con incapacidad de desplazamiento (EsSalud, 2008), y con el Centro de Atención Integral en Diabetes e Hipertensión (CEDHI)<sup>3</sup>. También destaca la experiencia de las Unidades Básicas de Atención Primaria de Salud (UBAP)<sup>4</sup> por su cobertura en el primer nivel de atención en algunos distritos de Lima. El Minsa, por su parte, ha implementado el Programa de Inversión Creación de Redes Integradas de Salud<sup>5</sup> (RCG N.º 54-2019-PRONIS-CG, 2019), uno de cuyos componentes principales es el reforzamiento del primer nivel de atención. A pesar de ello, la implementación del programa es aún limitada.

**Ilustración 1: Carga de enfermedad 1990-2017 (concentración por tipo de enfermedad)**



Fuente: Global Health Data Exchange (2019). Elaboración propia.

Para hacer frente a los retos sanitarios, la Organización Mundial de la Salud (OMS) establece la necesidad de contar con CUS. Su fin es “asegurar que todas las personas reciban los servicios sanitarios que necesitan, sin tener que pasar penurias financieras para pagarlos” (OMS, 2012). Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades debe ser el objetivo principal de los sistemas de salud. No en vano es

una de las metas del tercer Objetivo de Desarrollo Sostenible (ODS), “Salud y bienestar”<sup>6</sup>.

La CUS tiene tres dimensiones: prestacional (servicios cubiertos), poblacional (proporción de personas cubiertas) y financiera (proporción de gastos cubiertos) (OMS, 2010). Las tres están en constante tensión (trade-off) porque el dilema siempre estará en: cubrir a una mayor población o

### **Recuadro 1: Configuración de los sistemas de salud**

La mayor parte de sistemas de salud en el mundo se configuran de forma mixta siguiendo las características de los siguientes dos modelos:

- **Modelo de servicio nacional de salud**

Inspirados en el aporte del economista y político británico William Beveridge. Presentado en Inglaterra en 1942, se financia con impuestos. Establece que todo ciudadano en edad laboral debe pagar una serie de tasas sociales para recibir prestaciones en caso enfermedad, desempleo, jubilación, entre otros eventos. El criterio de Beveridge es que este sistema permitiría asegurar un nivel de vida mínimo por debajo del cual nadie debe caer. Es de carácter universal y conforma un sistema unificado (pool) que gestiona el riesgo de las personas.

- **Modelo de Bismarck**

Debe su nombre al canciller alemán Otto Von Bismarck que, a fines del siglo XIX, propuso el seguro social para promover el bienestar de los trabajadores y maximizar su rendimiento. Se financia por aportes del salario o pago de primas. Usualmente el sistema está conformado por diversos aseguradores, cada uno de los cuales funciona como un pool de riesgos individual.

Es decir, mientras el modelo de servicio nacional de salud, financiado por impuestos, ofrece la prestación, el modelo del seguro social administra los aportes de los asegurados, pero encarga la prestación a terceros.

Independientemente de la configuración del modelo, los sistemas de salud pueden ser fragmentados o integrados. En los primeros, los procesos se gestionan de forma vertical —usualmente por una sola institución— para grupos poblacionales específicos. En los segundos prevalece la separación de funciones entre entidades, cada una de las cuales gestiona procesos específicos de forma transversal a toda la población, al margen de su condición laboral o socioeconómica. Esta especialización en la gestión de los procesos permite aumentar la eficiencia del sistema de salud.

un plan de beneficios más extenso o una cobertura financiera más completa. Cualquier sistema de salud que intente financiar todos los servicios para toda la población verá, eventualmente, la necesidad de un racionamiento implícito —a través de colas, por ejemplo—. Avanzar en estas dimensiones es un arte que implica buscar la combinación óptima para garantizar “un piso de protección social”. Este suele consistir en ofrecer cobertura financiera completa de un plan de beneficios acotado para toda la población. Como se explica en el Recuadro N.º 1, en el sistema de salud público esta cobertura financiera se basa en impuestos.

Para garantizar la CUS en el Perú, en 2009 se promulgó la Ley de AUS (Ley N.º 29344),

cuyo objetivo es “garantizar el derecho pleno y progresivo de toda persona a la seguridad social en salud”. Para ello, existen diversas Instituciones administradoras de fondos de aseguramiento en salud (IAFAS) que deben brindar, como mínimo, el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS). Este cubre el 65% de la carga de enfermedad (140 diagnósticos)<sup>7</sup> y ofrece garantías explícitas de calidad y oportunidad.

Diez años después, el Decreto de Urgencia (DU) N.º 017-2019 permitió cerrar la brecha de cobertura poblacional, porque determinó que todos los residentes en Perú que carecieran de un seguro de salud —independientemente de su clasificación

**Ilustración 2: Sistema de salud peruano**



\*El Fondo Intangible Solidario en Salud (Fissal) es una IAFAS dentro del subsistema público que brinda protección para enfermedades de alto costo: siete tipos de cáncer (mama, cuello uterino, próstata, estómago, colon, leucemias y linfomas), enfermedad renal crónica y procedimientos de alto costo (hemodiálisis, diálisis peritoneal y trasplantes: médula ósea, renal y hepático).

Elaboración: propia

económica— quedarían afiliados al Seguro Integral de Salud (SIS).

Según el Artículo N.º 1 de la Ley General de Salud (Ley N.º 26842), “toda persona tiene el derecho al libre acceso a prestaciones de salud y a elegir el sistema previsional de su preferencia”. Sin embargo, el acceso efectivo a cada una de las IAFAS depende de factores como las características socioeconómicas y laborales de la población. Así, se conforman subsistemas verticales para grupos poblacionales específicos, cada uno de los cuales conduce sus procesos misionales de gestión

del financiamiento y de la prestación de forma independiente (Ilustración N.º 2). Cada subsistema público está adscrito a un sector del Estado y es conducido por un ministerio: el Ministerio de Trabajo y Promoción de Empleo para EsSalud, el Ministerio del Interior para el subsistema de la Policía Nacional del Perú (PNP), y el Ministerio de Defensa para los de las Fuerzas Armadas (FF.AA.). Por eso se dice que el sistema de salud peruano es fragmentado y segmentado.

La fragmentación debilita el sistema de salud, porque impide desarrollar una política integrada

### Cuadro 1: Configuración de los sistemas de salud

Funciones propias del Minsa	Funciones compartidas con los GORE y GOLO
Conducción sectorial: formula y dirige la política sectorial, define metas y planes estratégicos, y desarrolla las acciones para su implementación.	Armonización de la provisión de servicios de salud: organiza la oferta de servicios de salud de modo que sea integral, de calidad y equitativa.
Regulación y fiscalización: desarrolla los mecanismos e instrumentos normativos para hacer seguimiento de lo estipulado como parte de la función de conducción sectorial.	Garantía del aseguramiento en salud: garantiza el acceso a un paquete prestacional de cobertura mínima universal.
Ejecución de las funciones esenciales de salud pública <sup>10</sup> .	Modulación del financiamiento: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Desarrolla políticas para la complementariedad de los esquemas de financiamiento para un acceso equitativo.</li> <li>• Corrige las desviaciones sectoriales estableciendo las prioridades de asignación de recursos.</li> <li>• Establece mecanismos de seguimiento.</li> </ul>

Fuentes: Robles Guerrero (2013) ; y OMS y OPS (1997)

que genere valor al ciudadano. Además, refuerza acciones desarticuladas que afectan la eficiencia y equidad de los servicios que ofrece. Esto ocurre desde el más alto nivel de la conducción sectorial, dada la débil y fragmentada rectoría a cargo del Minsa (Ley N.º 27657, Ley del Minsa)<sup>8</sup>. El Ministerio de Economía y Finanzas (MEF) también participa en la definición de prioridades mediante el esquema de Presupuesto por Resultados (PPR), que supedita el financiamiento del sector a intervenciones sanitarias específicas (Lazo Gonzales, et al., 2016).

La articulación con subniveles de gobierno se define en el proceso de descentralización iniciado en 2002 —Ley de Bases de la Descentralización (Ley N.º 27783)—, mediante el cual se establecieron las funciones sanitarias de los Gobiernos regionales (GORE) y los Gobiernos locales (GOLO)<sup>9</sup>. Así, como se puede ver en el Cuadro N.º 1, las funciones de rectoría se ejercen de forma compartida (Robles Guerrero, 2013). El Gobierno central participa en la definición de las políticas, mientras que los GORE y GOLO desarrollan políticas complementarias y se centran en la modulación y la operación.<sup>10</sup>

Sin embargo, este proceso fue realizado con limitaciones, sin que desde la instancia rectora se establezca un modelo de gestión articulado, centrándose los GORE en el cumplimiento de funciones de administración de recursos y no ejerciendo los GOLO sus responsabilidades sanitarias de modo importante. Esta desarticulación entre los tres niveles de gobierno debilita la rectoría del Minsa, pero sobre todo afecta a los ciudadanos. El proceso de descentralización transmitió el paradigma funcional del Gobierno nacional a las regiones, que habitualmente replican la estructura orgánica del Minsa. Esto afecta el ejercicio de las funciones sanitarias de las autoridades regionales y locales a cabalidad porque, en la práctica, las direcciones regionales de salud (Diresa) y las

gerencias regionales de salud (Geresa) funcionan de modo similar que las otras unidades ejecutoras —por ejemplo, redes de salud—centrándose en acciones operativas. Lo que les correspondería hacer es adaptar la política y los lineamientos sanitarios del nivel central a las necesidades de sus regiones, mediante una planificación territorial que mantenga los estándares definidos por el Minsa.

Un reto que tienen los GORE, y que no es específico del sector salud, es que cuentan con autonomía administrativa; es decir pueden, por ejemplo, contratar recursos humanos sin la supervisión del Minsa. Esto vuelve discrecional este tipo de procesos, por la carencia de estándares aplicables a estos procesos, e impide garantizar las capacidades técnicas adecuadas.

Por su parte, a los GOLO les corresponde articular la gestión de los servicios del primer nivel de atención y manejar la información comunitaria para realizar acciones preventivas y promocionales. Sin embargo, el ejercicio de estas funciones ha sido muy limitado en todo el país, sin que las municipalidades participen de la toma de decisiones y de la gestión de la salud en sus territorios<sup>11</sup>.

**La falta de articulación entre el Gobierno nacional y los Gobiernos subnacionales afecta al sector salud, específicamente su rectoría.** Para corregirlo se aprobó la normativa que fortalece dicha función<sup>12</sup> y precisa, por ejemplo, que le corresponde el seguimiento y monitoreo de las funciones de salud pública transferidas a los GORE<sup>13</sup> (Ley N.º 30423, Artículo N.º 2). Esta normativa, sin embargo, aún no ha sido implementada<sup>14</sup>.

### **III. Procesos misionales del sistema de salud peruano**

Las funciones esenciales que, según su misión, le competen al sistema de salud peruano son la gestión del financiamiento y de la prestación de los servicios de salud. Veamos sus principales características y restricciones.

### 3.1 GESTIÓN DEL FINANCIAMIENTO

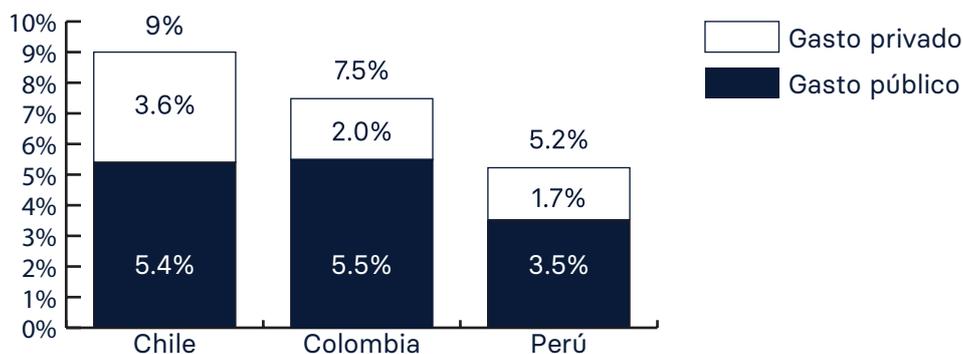
La gestión del financiamiento se caracteriza por presentar tres subfunciones (Arrieta, et al., 2017):

- Recaudación: mecanismos para obtener recursos.
- Mancomunación: acumulación y administración de los ingresos del sistema de salud en un fondo común para la “redistribución eficiente de recursos dentro del sistema y a la población tomando en cuenta los diferentes riesgos que enfrenta la población según su condición social, su ciclo de vida y su estado de salud” (Arrieta, et al., 2017). Se conoce tradicionalmente como aseguramiento y se asocia a la cobertura de un plan de beneficios.

- Compra de servicios: esquemas de pago que emplean las IAFAS para comprar servicios de salud a las IPRESS. Son claves para la distribución de riesgos y la alineación de incentivos entre ambos actores.

En cuanto a la recaudación, los recursos destinados para el financiamiento del sector salud en el Perú son limitados: a 2018 representaban el 5.2% del Producto Bruto Interno (PBI), inferior al estándar promedio de 8.9% de los países pertenecientes a la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE, 2017). Este porcentaje también es menor al de países de la región como Chile y Colombia (Cuadro N.º 2), cuyo gasto total en salud como proporción del PBI es de 9% y 7.5%, respectivamente.

**Cuadro 2 : Financiamiento del Perú y países de la región, 2018**



Fuentes: OMS (2020)

En cuanto a la mancomunación, esta se ve afectada por la fragmentación. Cada una de las múltiples IAFAS administra sus recursos como un pool independiente. La principal IAFAS pública, que cubre al 60% de la población (SuSalud, 2020), es el SIS. Se financia por impuestos y fue creado para

brindar cobertura a la población pobre y vulnerable. Desde 2019, con la promulgación del DU N.º 017-2019, cubre a todos los residentes en el Perú que no tienen otro seguro de salud.

La seguridad social se compone principalmente de EsSalud, que cubre a los asalariados del sector formal de la economía. Es la segunda IAFAS en términos de afiliados (30% de la población). Como un aspecto complementario a este régimen están las empresas prestadoras de salud (EPS), que son IAFAS privadas de suscripción voluntaria para la prestación de atenciones de menor complejidad<sup>15</sup>.

Existen cuatro otras IAFAS públicas que aseguran a la población de las FF.AA. y la PNP: el Fondo de Aseguramiento en Salud de la PNP (Saludpol) y las IAFAS de la Marina de Guerra del Perú (FOSMAR), del Ejército del Perú (FOSPEME) y de la Fuerza Aérea del Perú (FOSFAP).

Finalmente, las IAFAS privadas cubren al 6.4% de la población con capacidad de pago. El Cuadro N.º 3 presenta la distribución de afiliados por IAFAS.

**Cuadro 3: Afiliados por IAFAS, 2020**

IAFAS	Cantidad	Proporción
SIS	20,566,739	59.6%
EsSalud	10,365,129	30.0%
SALUDPOL	456,301	1.3%
FOSPEME	37,774	0.1%
FOSMAR	71,298	0.2%
FOSFAP	43,549	0.1%
Privados	2,111,232	6.1%
EPS	853,626	2.5%
<b>Total</b>	<b>34,505,648</b>	<b>100%</b>

(\*) Datos al 01/09/2020

Fuente: SuSalud (2020)

La segmentación en el aseguramiento, bajo la cual las personas acceden a una IAFAS por sus características socioeconómicas y laborales, determinó que a 2019, diez años después de la

promulgación de la Ley Marco de AUS, todavía el 22.4% de la población carezca de un seguro de salud (Enaho, 2019). Esta proporción corresponde mayormente a trabajadores del sector informal

no pobre que no son elegibles por ninguna de las IAFAS existentes. A junio de 2020, después de la promulgación del DU N.º 017-2019, el 95.8% de la población contaba con un seguro de salud (SuSalud, 2020).

Finalmente, en cuanto a la compra de servicios, todas las IAFAS públicas aplican mecanismos de pago<sup>16</sup> para su red de IPRESS propia o principal. El problema es que, al apelar al presupuesto o consumo histórico para sustentar su asignación, no desarrollan incentivos para alcanzar mejores resultados sanitarios, ni para contener costos en los prestadores, lo que afecta la eficacia y sostenibilidad del sistema.

Asimismo, es dramática la carencia de sistemas de información interoperables, que se comuniquen entre sí y permitan la trazabilidad<sup>17</sup> de los recursos. Ello explica por qué, en el contexto de la pandemia, demoró tanto sincerar la data sobre camas disponibles. En diez días, el Comando de Operaciones COVID-19 logró construir una plataforma única en el sistema de salud que permite, después de 80 años —según declaraciones de Pilar Mazzetti, jefa del Comando COVID—, conocer la cantidad de camas de Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) disponibles en todo el país, tanto en establecimientos públicos como en privados (Andina, 2020). De haber existido ese tipo de información con anterioridad se podría haber gestionado mejor la pandemia.

### 3.2 GESTIÓN DE LA PRESTACIÓN

Un fundamento del proceso de prestación peruano es el modelo de atención que define las intervenciones sanitarias, los objetivos de los servicios y ordena la red prestacional. Recientemente, el Minsa aprobó el “Modelo de cuidado integral de salud por curso de vida para la

persona, familia y comunidad (MCI)”<sup>18</sup>. Este aborda las necesidades esenciales de la salud<sup>19</sup> de forma integral desde diversos enfoques: el entorno, las dimensiones de la persona, los niveles de atención y la integralidad de los cuidados (promoción, prevención, recuperación, rehabilitación y paliativos) (Rossel De Almeida, 2020).

En la Declaración de Alma Ata (Kazajistán) de 1978, la comunidad internacional estableció que la atención primaria en salud es la base de todo sistema de salud. Debe ser su puerta de acceso y garantizar la prestación de la mayor parte de servicios demandados por la población<sup>20</sup>. Según este criterio, se debería organizar la red prestacional y distribuir la atención de problemas prevalentes entre el primer, segundo y tercer nivel, atendiendo al 85%, 10% y 5%, respectivamente (Vignolo, et al., 2011).

Sin embargo, según la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2007), los países de América Latina han basado sus modelos en una atención primaria selectiva que prioriza intervenciones de prevalencia alta<sup>21</sup> y enfocada en reducir la mortalidad materna e infantil. Como se mencionó, en el Perú el primer nivel de atención también centra sus atenciones en condiciones materno-perinatales, y no atiende efectivamente las afecciones no transmisibles, que son la principal fuente de carga de enfermedad. Además, en la práctica el nivel resolutivo es menor por problemas en el abastecimiento de recursos estratégicos y otras tecnologías, y por las brechas existentes de infraestructura y recursos humanos.

Solo en EsSalud, la brecha de infraestructura para el año 2035 se calcula en 28,281 millones de soles (EsSalud, 2019), mientras que en el Minsa asciende a 27,545 millones de soles (MEF, 2019). En cuanto a recursos humanos, en 2019 el Minsa estimó una brecha de 73,093 profesionales de la salud (Cuadro

N.º 4), con Lima requiriendo la mayor cantidad: 8,685 profesionales.

El abastecimiento de productos farmacéuticos y dispositivos médicos presenta una serie de problemas que impiden que la población acceda

a ellos de forma completa, oportuna, eficiente y segura. Resaltan la programación basada en el comportamiento histórico y no en la demanda real, la adquisición con mecanismos poco eficientes y procesos burocráticos, y el almacenamiento y

**Cuadro 4: Brecha de personal de la salud en el subsistema Minsa-GORE por departamento, 2019**

Departamento	Médico cirujano (*)	Médico especialista	Profesional salud	Técnicos asistenciales	Total
Amazonas	55	180	1,243	843	2,321
Áncash	92	513	1,495	1,373	3,473
APURÍMAC	105	270	785	870	2,030
Arequipa	45	656	1,888	1,495	4,084
Ayacucho	50	538	1,094	1,311	2,993
Cajamarca	103	518	1,933	1,512	4,066
Callao	2	163	409	243	817
Cusco	175	912	2,546	3,263	6,896
Huancavelica	61	179	630	571	1,441
Huánuco	38	85	314	352	789
Ica	7	148	245	366	766
Junín	96	601	1,648	1,796	4,141
La Libertad	118	1,389	3,544	3,366	8,417
Lambayeque	12	327	615	587	1,541
Lima	125	2,016	3,863	2,681	8,685
Loreto	74	707	2,035	1,109	3,925
Madre de Dios	2	30	98	71	201
Moquegua	1	273	379	463	1,116
Pasco	55	337	1,108	935	2,435
Piura	128	154	1,035	599	1,916
Puno	223	654	2,068	2,381	5,326
San Martín	79	727	1,931	1,322	4,059
Tacna	6	14	78	111	209
Tumbes	6	121	305	199	631

Ucayali	15	117	424	259	815
<b>Total</b>	<b>1,673</b>	<b>11,629</b>	<b>31,713</b>	<b>28,078</b>	<b>73,093</b>

(\*) En el Perú, un médico general hace referencia al título universitario de médico cirujano.

Fuente: Dirección General de Salud de las Personas, Minsa (2019).

distribución sin garantizar el cumplimiento de las buenas prácticas.

La gestión de tecnologías de información también presenta brechas por la multiplicidad de sistemas existentes que no conversan entre sí, así como por la falta de automatización y registro en línea de la información.

Todas estas brechas generan que el primer y segundo nivel de atención no cubran efectivamente la demanda. La atención se concentra en los hospitales y los recursos se distribuyen según la complejidad de las IPRESS. Esto lleva a situaciones como la que muestra la siguiente ilustración con la distribución de recursos para la red a cargo del Minsa en Lima Metropolitana durante 2019: el 68% está centrado en el tercer nivel; el segundo recibe únicamente el 9%; y el primero, 23%. (ver Ilustración N.º 1)

La gestión de la prestación también se caracteriza por su fragmentación. Aunque legalmente las IAFAS pueden comprar servicios de salud a IPRESS de otros subsistemas, cada una usa casi exclusivamente sus propias redes prestacionales (Lazo Gonzales, et al., 2016). El mecanismo del intercambio prestacional instalado desde 2011<sup>22</sup> ha pasado por evaluación y replanteamiento con diversas normativas. Las más recientes son el Decreto Legislativo (DL) N.º 1466, que aprueba disposiciones para facilitar su implementación en el marco de la emergencia COVID-19, y la Resolución Jefatural (RJ) N.º 050-2020 del SIS, que define el tarifario por día para los paquetes de atención de los asegurados al SIS con COVID-19 en los servicios

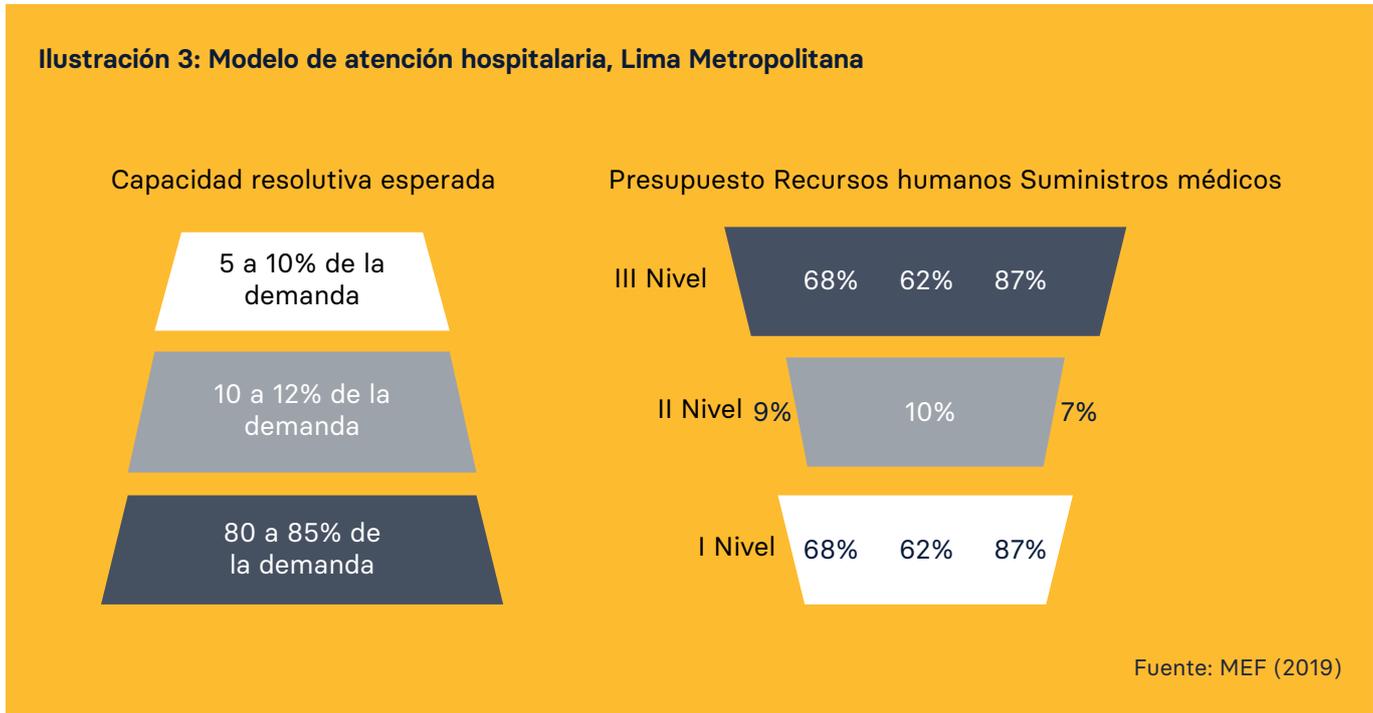
de UCI y hospitalización en las IPRESS privadas y mixtas. Luego de una serie de controversias, se llegó a fijar la tarifa en 55,000 soles más IGV por la totalidad del tiempo en UCI que requiera la atención.

A pesar de esto, la implementación del intercambio prestacional ha sido sumamente limitada, sobre todo porque obedece a una lógica residual según la cual las IPRESS ofrecen a los asegurados de otros subsistemas solo los servicios en los que tiene capacidad instalada ociosa. Esto quiere decir que, en la práctica, las redes prestacionales solo permiten el ingreso de afiliados de otros subsistemas cuando los del propio no están demandando servicios de salud específicos.

Frente a ello están las redes integradas de salud (RIS). Establecidas por la Ley N.º 30885 de 2018, son el "conjunto de organizaciones que presta o hace los arreglos institucionales para prestar una cartera de atención de salud equitativa e integral a una población definida, a través de la articulación, coordinación y complementación, y que rinde cuentas por los resultados sanitarios y administrativos y por el estado de salud de la población a la que sirve". A diferencia del intercambio prestacional, se espera que las RIS gestionen de forma integrada la totalidad de la red prestacional entre los diversos subsistemas, lo que permitiría usar la oferta de forma eficiente y evitar duplicidades.

# "La pandemia ha desnudado las deficiencias estructurales de un sistema de salud que lleva años gestionándose de manera inercial".

Para operativizar las RIS, recientemente se aprobó su reglamento con el DS N.º 019-2020 -SA. Se centrarán en el primer y segundo nivel de atención, por lo que deberán articularse con el tercer nivel de atención mediante un sistema de referencias y contrarreferencias eficiente.



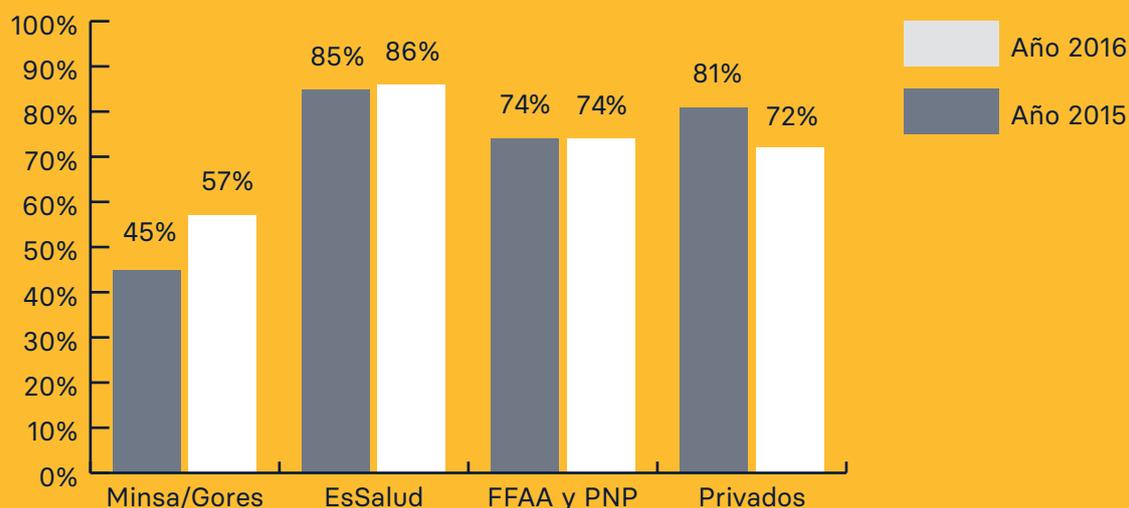
## IV. Restricciones desde la mirada del usuario

Uno de los principales pilares de la Política Nacional de Modernización de la Gestión Pública al 2021 es la gestión por resultados al servicio del ciudadano. Es decir, “poner al centro” a la persona. Implica identificar sus necesidades para satisfacerlas, lo que pasa por ordenar los procesos y actividades del sector público para generar valor (PCM, 2013).

Un correcto balance del sistema de salud peruano debe analizar si los servicios sanitarios llegan efectivamente a los ciudadanos y atienden sus necesidades. En cuanto a cobertura poblacional, se ha avanzado mucho desde la aprobación del DU N.º 017-2019. Sin embargo, a pesar de que el 95.5% de la población está afiliada a una IAFAS (SuSalud, 2020), el acceso a servicios aún es muy limitado. Esto se refleja en los otros dos ejes de la CUS: la cobertura prestacional y la cobertura financiera.

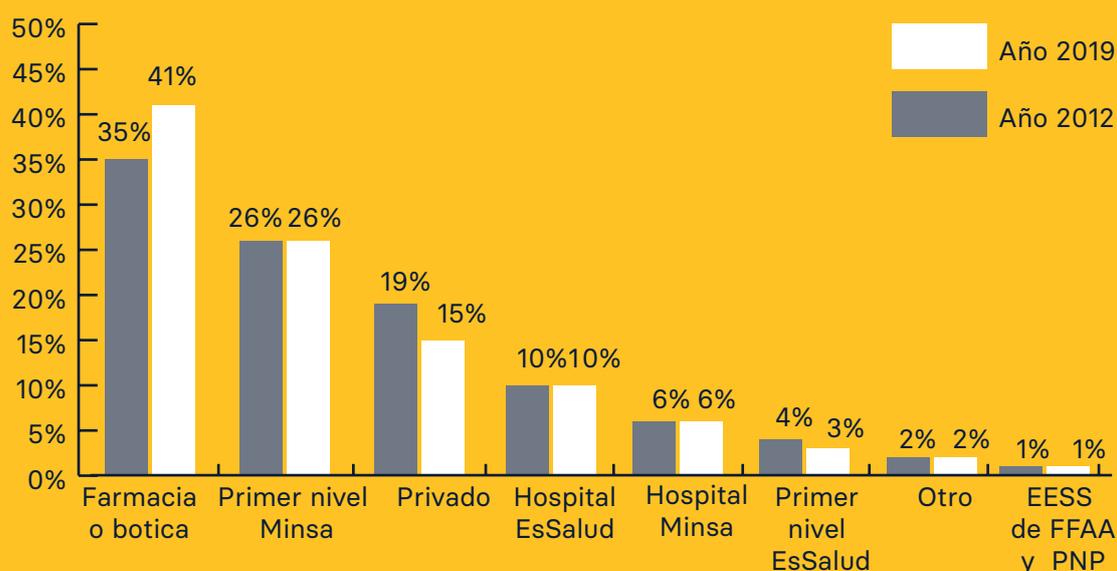
La Ilustración N.º 4 muestra la proporción de usuarios que recibe todos los medicamentos en la red prestacional donde se atendió. Cuando se indagó en los motivos por los cuales solo el 57% de usuarios de la red pública (SuSalud, 2016) los recibió, el 70% mencionó que no había medicamentos en la farmacia de la IPRESS, y el 12% dijo haber recibido indicaciones del personal de la IPRESS de adquirir los medicamentos fuera de esta (SuSalud, 2016).

**Ilustración 4: Pacientes de consulta externa que reciben todos sus medicamentos en la red donde se atendieron**



Fuente: SuSalud (2016)

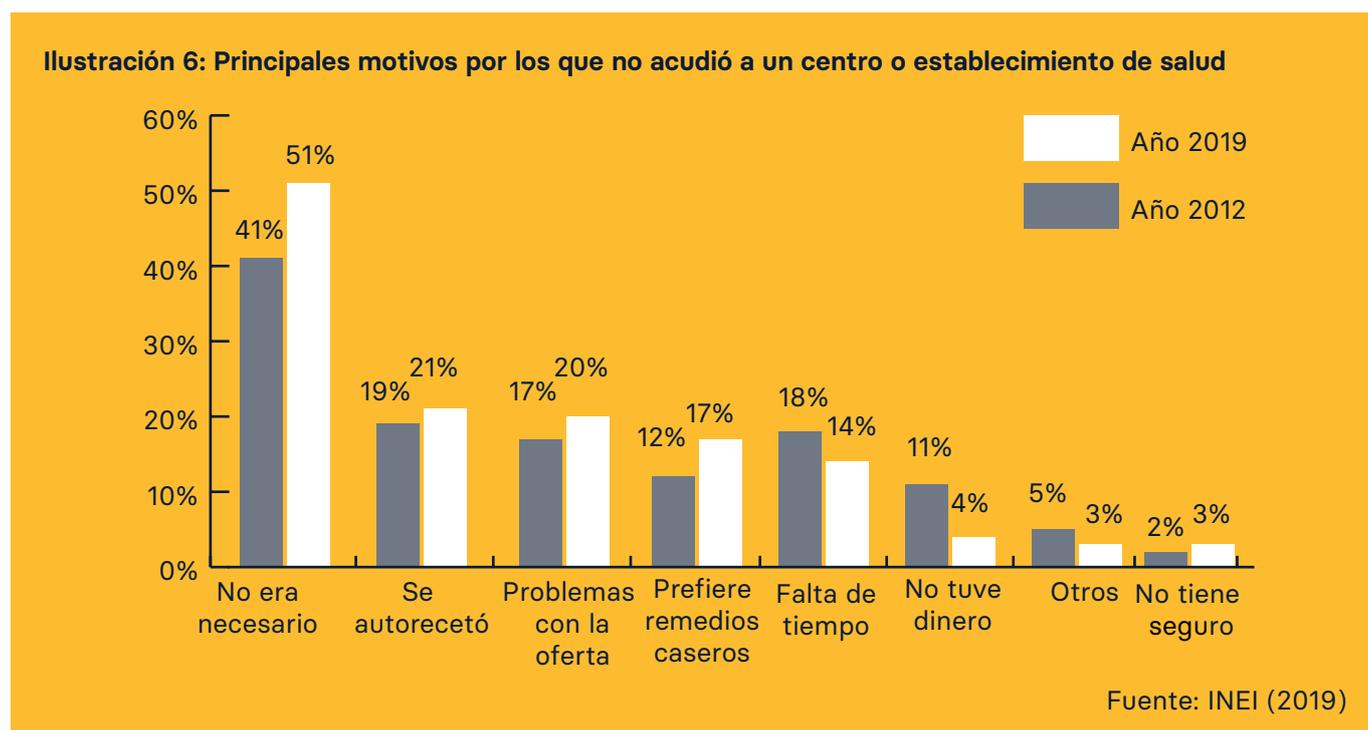
**Ilustración 5: Lugares de atención para la población que presentó problemas de salud**



Fuente: INEI (2019)

Las limitaciones para acceder a servicios cuando se acude a las IPRESS llevan a la población a buscar otras alternativas de atención. Según la Encuesta Nacional de Hogares (Enaho), del total de población que reportó tener un síntoma, signo o enfermedad en las últimas cuatro semanas, el 60% buscó atención. Pero de ellos (Ilustración N.º 5), el 41% lo hizo en una botica o farmacia y no en un establecimiento de salud. Más aún, entre 2012 y 2019 esta proporción se incrementó en seis puntos porcentuales.

Entre los motivos por los que no se buscó atención en una IPRESS al presentar un problema de salud<sup>23</sup> están el automedicarse (21%) y la preferencia por remedios caseros (17%). Por el lado de la oferta, 21% respondió que el establecimiento les quedaba muy lejos, la atención demoraba mucho, no confiaban en los médicos y eran maltratados por el personal de salud (SuSalud, 2019) (ver Ilustración N.º 6).



Finalmente, el gasto de bolsillo en el Perú es de 28% como porcentaje del gasto total en salud (Banco Mundial, 2020). Este nivel es superior al estándar de la OMS (15-20%) que, además, señala que el gasto de bolsillo es de las formas más inequitativas para enfrentar problemas de salud (OMS, 2010).

## V. Sistema de salud en el contexto de la emergencia sanitaria

A raíz de la pandemia por el COVID-19, el Perú continúa en un periodo de emergencia sanitaria declarado el 6 de marzo de 2020 (DS N.º 044-2020-PCM) y extendido hasta el 7 de setiembre con el DS N.º 020-2020-SA. Al 31 de agosto se contaban 652,037 contagiados y 28,944 fallecidos. El grupo más afectado por el virus, que concentra el 61% de los fallecidos, son los hombres mayores de 50 años (INS y CDC-Minsa, 2020).

La situación es más grave cuando se observa la data del Sistema Informático Nacional de Defunciones (Sinadef), según la cual hay un exceso de 72,146 fallecidos entre abril y agosto de 2020 en comparación a los mismos meses de 2019. Estas cifras podrían estar reflejando un subregistro del número de decesos causados por el COVID-19, pero también un incremento en el número de defunciones causadas por otras condiciones, especialmente enfermedades no transmisibles.

**La pandemia ha desnudado las deficiencias estructurales de un sistema de salud que lleva años gestionándose de manera inercial**, con instituciones centradas en cumplir formalmente las funciones que dictan sus normas y no en entregar valor para los ciudadanos como parte de su servicio público. Esto se ha hecho evidente con el colapso del sistema de salud en diversas regiones. Las brechas se han acentuado y los usuarios no son atendidos de forma efectiva.

Uno de los aspectos más críticos durante la pandemia ha sido la escasez inicial de camas de UCI en el país. El 18 de marzo, la RM N.º 095-2020-MINSA definió el Plan Nacional de Reforzamiento de los Servicios de Salud y Contención del COVID-19, y estableció 276 camas UCI a nivel nacional para atender a los enfermos

por este coronavirus. Se priorizó casi la totalidad de camas para COVID existentes, que al 14 de abril sumaban 525 camas (Minsa, 2020), y se fueron ampliando progresivamente hasta llegar a 1,685 en agosto.

En el Cuadro N.º 5 se especifican las camas UCI por subsistema de salud según cada 100,000 personas (considerando su población afiliada). El promedio nacional es de 3.9 camas por cada 100,000 personas cuando, según el presidente de la Sociedad Peruana de Medicina Intensivista (2019), el rango mínimo debería estar entre 6 a 10 camas por cada 100,000 habitantes. En términos generales, el Perú no cumple con este estándar, con un escenario especialmente crítico en el subsistema público.

**Cuadro 5: Camas UCI por cada 100,000 personas<sup>24</sup>**

Institución	Total	Afiliados	Camas UCI x cada 100,000 personas
Público (afiliados al SIS e IPRESS del Minsa y GORE)	623	20,566,739	3.0
EsSalud	537	10,365,129	5.2
Privado	296	2,964,858	10.0
FF.AA. y PNP	56	608,922	9.2
<b>Total</b>	<b>1,512</b>	<b>34,505,648</b>	<b>4.4</b>

(\*) Datos del Registro de Afiliados al AUS-SuSalud

(\*\*) Para el SIS se consideró la suma de las camas UCI en el Minsa y GORE

(\*\*\*) Datos al 31/08/2020

Fuentes: Sala Situacional Covid-19 (2020) y SuSalud (2020)

Otro aspecto clave que se ha hecho visible con la pandemia es la escasez de balones de oxígeno. El informe especial N.º 018-2020-DP de la Defensoría del Pueblo encontró que, a junio de 2020, 12 de las 25 regiones del país tenían un stock de oxígeno menor a siete días.

La pandemia está obligando a avanzar hacia un sistema de salud articulado e integrado. En el ámbito prestacional esto ya empezó con la designación de establecimientos universales de atención para COVID-19, como el hospital de Ate Vitarte y la Villa Panamericana. Además, se han emitido normas como los mencionados DL N.º 1466 y DU N.º 019-2020 que fortalecen el intercambio prestacional y las RIS, respectivamente. Y desde el Congreso de la República se ha aprobado una ley<sup>25</sup> que declara en emergencia el sistema nacional de salud y regula su proceso de reforma con una serie de cambios en la gestión, entre los que incluye el incremento progresivo del presupuesto hasta un 8% del PBI.

Si bien lo anterior es un avance y la salud del Perú ha sido, finalmente, puesta en agenda, son necesarios cambios en diversas dimensiones del sistema. En primer lugar, fortalecer el modelo de gestión potenciando la rectoría del Minsa para garantizar la adecuada conducción sectorial y definición de políticas. Para ello es clave la articulación intersectorial y entre los tres niveles de Gobierno.

Además, se requiere avanzar hacia el cierre de brechas del sector, definiendo y fortaleciendo los procesos de gestión de la prestación y del financiamiento. Solo así se podrá caminar hacia el acceso efectivo de servicios, con un sistema de salud puesto al servicio de los ciudadanos.

Finalmente, nada de lo anterior será posible si no se refuerzan otros procesos como el de

abastecimiento, la gestión de recursos humanos y el uso intensivo y extensivo de tecnologías de información. En los siguientes documentos de política que forman parte de esta serie abordaremos cada una de estas problemáticas y plantearemos propuestas concretas para resolverlas.

## Referencias

- Andina, 2020. Mazzetti: hemos construido una plataforma única del sistema de salud después de 80 años. [En línea] Available at: <https://andina.pe/agencia/noticia-mazzetti-hemos-construido-una-plataforma-unica-del-sistema-salud-luego-80-anos-794988.aspx>
- Arrieta, A. y otros, 2017. Propuestas de reformas en el sistema de pensiones, financiamiento en la salud y seguro de desempleo. Lima: Comisión de Protección Social.
- Banco Mundial, 2020. Datos abiertos. [En línea] Available at: <https://data.worldbank.org/indicador/SH.XPD.OOPC.CH.ZS?locations=PE> [Último acceso: 7 Junio 2020].
- Dirección General de Salud de las Personas, 2019. MINSA y Gobiernos Regionales. Recursos Humanos en Salud. Ayuda Memoria. Diciembre 2019, Lima: Dirección General de Salud de las Personas - Ministerio de Salud.
- Enaho, 2019. [En línea] Available at: <http://inei.inei.gob.pe/microdatos/>
- EsSalud , 2019. Plan Estratégico de Inversiones EsSalud 2019-2035, Lima: EsSalud.
- EsSalud, 2008. Manual Institucional, s.l.: s.n.
- EsSalud, 2008. Manual Institucional, Lima: EsSalud.
- EsSalud, 2020. Seguro Social de Salud. [En línea] Available at: <http://www.essalud.gob.pe/centro-especializado-en-atencion-integral-en-diabetes-e-hipertension-cedhi/>
- Falen, J. & Castillo, N., 2020. En mayo hubo 14 mil decesos más respecto al 2019 ¿Exceso de muertes está relacionado al COVID-19?. [En línea] Available at: <https://elcomercio.pe/peru/exceso-de-muertes-tienen-relacion-directa-con-el-covid-19-en-mayo-hubo-14-mil-decesos-mas-respecto-al-2019-noticia/>
- Global Health Data Exchange, 2019. [En línea] Available at: <http://ghdx.healthdata.org/>
- GS1 Perú, 2006. Rastreabilidad de alimentos, s.l.: s.n.
- INEI, 2017. Censos Nacionales 2017: XII de Población y VII de Vivienda, s.l.: s.n.
- INS y CDC-Minsa, 2020. Sala Situacional COVID-19 Perú. [En línea] Available at: [https://covid19.minsa.gob.pe/sala\\_situacional.asp](https://covid19.minsa.gob.pe/sala_situacional.asp)
- Lazo Gonzales, O., Alcalde Rabanal, J. & Espinosa Henao, O., 2016. El sistema de salud en el Perú. Situación y desafíos. Lima: Colegio Médico del Perú y REP S.A.C..
- Ley N.º 29344, 2009. Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, s.l.: s.n.
- MEF, 2019. Consulta amigable. [En línea] Available at: <http://apps5.mineco.gob.pe/coronavirus/Navegador/default.aspx?y=2020&ap=ActProy>
- MEF, 2019. Plan Nacional de Infraestructura para la Competitividad. Lima: MEF.
- Minsa, 2005. Norma Técnica. Categorías de Establecimientos del sector salud, s.l.: s.n.
- Minsa, 2016. Carga de Enfermedad en el Perú. Estimación de los años de vida saludables perdidos 2016, s.l.: s.n.
- Minsa, 2018. Estudio de carga de enfermedad. Lima: Minsa.
- Minsa, 2020. Formato F500.2 – Aplicativo (Camas) para gestión centralizada de la Disponibilidad de camas de Hospitalización y UCI. [En línea] Available at: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/605981/distribucion-de-camas-uci-a-nivel-nacional.pdf>
- Minsa, 2020. Sala Situacional Covid-19. [En línea] Available at: [https://covid19.minsa.gob.pe/sala\\_situacional.asp](https://covid19.minsa.gob.pe/sala_situacional.asp)
- Municipalidad de San Borja, 2020. San Borja presenta primer Observatorio Municipal Covid-19 para cerco epidemiológico de pacientes contagiados en viviendas. [En línea] Available at: <http://www.munisanborja.gob.pe/2020/06/01/san-borja-presenta-primer-observatorio-municipal-covid-19-para-cerco-epidemiologico-de-pacientes-contagiados-en-viviendas/> [Último acceso: 15 Junio 2020].
- OCDE, 2017. OECD Reviews of Health System: Perú 2017. Paris: OECD Publishing.
- OMS y OPS, 1997. La rectoría en los Ministerios de Salud en los procesos de reforma sectorial. Washington: OMS.
- OMS, 2010. Informe sobre la salud en el mundo. s.l.:OMS.
- OMS, 2012. ¿Qué es la cobertura sanitaria universal?. [En línea] Available at: [https://www.who.int/features/qa/universal\\_health\\_coverage/es/](https://www.who.int/features/qa/universal_health_coverage/es/) [Último acceso: 4 Junio 2020].
- OMS, 2020. Global Health Expenditure Database. [En línea] Available at: <https://apps.who.int/nha/database> [Último acceso: 10 Junio 2020].
- OPS, 1978. Declaración de Alma Ata, s.l.: OPS.
- OPS, 2007. La Renovación de Atención Primaria de Salud de las Américas. Washington: OPS.
- PCM, 2013. Política Nacional de Modernización de la gestión pública al 2021, Lima: PCM.
- RCG N.º 54-2019-PRONIS-CG, 2019. Aprobación de Manual Operativo de Programa de Inversión "Creación de Redes Integradas de Salud", s.l.: s.n.

RCG N.º 54-2019-PRONIS-CG, 2019. Aprobación de Manual Operativo de Programa de Inversión "Creación de Redes Integradas de Salud", s.l.: s.n.

RM N.º 076-2014-Minsa, 2014. Aprueban la "Guía Técnica para la Categorización de Establecimientos del Sector Salud", s.l.: s.n.

RM N.º 546-2011/Minsa, 2011. Aprueban Norma Técnica de Salud "Categorías de Establecimientos del Sector Salud", s.l.: s.n.

Robles Guerrero, L. R., 2013. Ejercicio de la función de regulación de la autoridad de salud nacional: eje de la rectoría sectorial en salud. *Anales de la Facultad de Medicina*, 74(1), pp. 43-48.

Rossel De Almeida, G., 2020. Modelo de cuidados integrales de salud por curso de vida para la persona, familia y comunidad. Lima: Minsa.

SuSalud, 2016. Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios del Aseguramiento Universal de Salud. Lima: SuSalud.

SuSalud, 2019. Boletín Estadístico. Cuarto trimestre. Lima: SuSalud.

SuSalud, 2020. Registro Nacional de Afiliados, Lima: SuSalud.

SuSalud, 2020. Registro Nominal de Asegurados. Boletín del 6 de julio de 2020, s.l.: s.n.

Vignolo, J., Vacarezza, M., Álvarez, C. & Sosa, A., 2011. Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Arch Med Interna*, XXXIII(1), pp. 11-14.

## Notas finales

- 1 Estos se denominarán "convenios" si los actores son públicos y "contratos" si los actores son privados.
- 2 Los servicios cubiertos se precisan en la normativa de categorización, que establece tres niveles de atención: Resolución Ministerial (RM) N.º 546-2011/Minsa que aprueba la Norma técnica de salud "Categorías de establecimientos del sector salud" (2011) y la RM N.º 076-2014-Minsa, que aprueba la "Guía técnica para la categorización de establecimientos del sector salud" (2014).
- 3 Es un centro especializado de apoyo que brinda prestaciones de promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento precoz de las complicaciones secundarias de la diabetes e hipertensión (EsSalud, 2020).
- 4 Modelo de gestión y organización del primer nivel de atención diseñado por EsSalud cuyo proceso de implementación implica el funcionamiento de una oferta de servicios de salud de tipo ambulatorio que brinda atención integral de salud en forma oportuna y accesible a una población asegurada residente en un determinado territorio geográfico delimitado
- 5 Código Único de Inversión 2416127.
- 6 Los Objetivos de Desarrollo Sostenible (2015-2030) son una iniciativa impulsada por Naciones Unidas como parte de la agenda de desarrollo tras los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). Son 17 objetivos y 169 metas que fueron respaldados por 193 países.
- 7 Estos se agrupan en: (i) población sana, (ii) condiciones obstétricas y ginecológicas, (iii) condiciones pediátricas, (iv) condiciones neoplásicas (tumores), (v) condiciones transmisibles, (vi) condiciones no transmisibles.
- 8 El Artículo N.º 123 de la Ley N.º 26842, Ley General de Salud, establece que la "autoridad de salud de nivel nacional es el órgano especializado del Poder Ejecutivo que tiene a su cargo la dirección y gestión de la política nacional de salud y actúa como la máxima autoridad normativa en materia de salud".
- 9 Las funciones sanitarias de los GORE y los GOLO se establecen, respectivamente, en la Ley N.º 27867 "Ley Orgánica de Gobiernos Regionales" (2002) y Ley N.º 27972 "Ley Orgánica de Municipalidades" (2003).
- 10 Las funciones esenciales de salud pública son once: (i) Seguimiento, análisis y evaluación de la situación de salud; (ii) vigilancia de la salud pública, investigación y control de riesgos y daños en salud pública; (iii)

- promoción de la salud; (iv) participación de los ciudadanos en la salud; (v) desarrollo de políticas y capacidad institucional de planificación y gestión en materia de salud pública; (vi) fortalecimiento de la capacidad institucional de regulación y fiscalización en materia de salud pública; (vii) evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios; (viii) desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública; (ix) garantía y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud individuales y colectivos; (x) investigación en salud pública; y (xi) reducción del impacto de las emergencias y desastres en la salud (OPS, 2002).
- 11 Son muy pocas las municipalidades que sí realizan estas funciones. Destaca la de San Borja (Lima) que, como parte de sus acciones para contener el COVID-19, implementó el primer observatorio municipal de contagiados para realizar un cerco epidemiológico (Municipalidad de San Borja, 2020).
  - 12 Ley N.º 30423 "Ley que establece medidas para fortalecer la autoridad de salud del nivel nacional, con el fin de garantizar la prevención, control de riesgos y enfermedades de la población" y Ley N.º 30895 "Ley que fortalece la función rectora del Ministerio de Salud".
  - 13 Antes de la aprobación de esta ley, la función de salud pública se aplicaba de forma discrecional en los GORE. Esto generó, por ejemplo, que en 2014 un gobernador regional de Puno decidiera no seguir el esquema de vacunación del Minsa.
  - 14 En ella se establecieron las siguientes facultades para la autoridad de salud: (i) Efectuar seguimiento, fortalecimiento y mejoramiento continuo de las funciones, relacionadas con la gestión de salud pública, transferidas a los GORE; (ii) Emitir informes de monitoreo y supervisión del cumplimiento de funciones de la autoridad sanitaria regional o local, con disposiciones de obligatoria implementación en el caso de riesgos de salud pública originados por incumplimiento de funciones o factores exógenos; y (iii) Ante incumplimiento de disposiciones indicadas en el punto (ii) o por factores exógenos, implementar medidas de respuesta efectiva e inmediata de carácter temporal desde el Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades en coordinación con los GORE, GOLO y organismos competentes en la materia del Minsa.
  - 15 Existen cinco —Sanitas Perú S.A. EPS, Rímac S.A. EPS, Pacífico EPS S.A., Mapfre Perú S.A. EPS y La Positiva S.A. EPS— que se crearon para brindar cobertura a un plan denominado como capa simple: "Conjunto de intervenciones de salud de mayor frecuencia y menor complejidad (prevención, chequeos médicos, ayuda al diagnóstico, entre otros)" (EsSalud, 2008). Las EPS ofrecen planes con una cobertura más amplia a las que sus asegurados acceden con el pago de primas y copagos.
  - 16 Es la forma de asignación de dinero que realiza el financiador de salud (por ejemplo, el Gobierno o la compañía de seguros) para comprar servicios al prestador del servicio de salud. Distribuir el riesgo entre estos actores puede generar incentivos para la eficacia y calidad en la prestación.
  - 17 Capacidad de rastrear los procesos por los que pasa un producto u objeto para obtener información completa de todas las etapas del procedimiento.
  - 18 RM N.º 030-2020/MINSA.
  - 19 Desarrollo físico, mental, intelectual, emocional y social (Rossel De Almeida, 2020).
  - 20 La atención primaria en salud se define como "la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación" (OPS, 1978).
  - 21 La OPS define la tasa de prevalencia como el número de casos existentes de una enfermedad u otro evento de salud dividido entre el número de personas de una población en un período específico.
  - 22 En 2011 se establecieron los primeros convenios de intercambio prestacional entre Minsa, EsSalud y el SIS en Lima Metropolitana. A partir de 2012 se empezó a llevar a cabo con los GORE.
  - 23 Se incluye a la población que no buscó ningún tipo de atención y a la que solo acudió a la botica o farmacia.
  - 24 Se asume que las camas UCI publicadas en la Sala Situacional COVID-19 son muy cercanas al total de las instituciones, dado que gran parte de estas están siendo usadas para pacientes con este coronavirus.
  - 25 El proyecto de ley agrupa los 4927/2020-CR, 5097/2020-CR, 5037/2020, 5214/2020, 5220/2020, 5252/2020, 5268/2020 y 5181/2020- CR. Aunque el 21 de mayo el Congreso votó a favor de la propuesta, hasta el cierre de esta nota de política todavía no había sido promulgada por el Poder Ejecutivo.