

Nota de política

Marco general del sistema de salud

Nota de política

Marco general del sistema de salud



VIDENZA
CONSULTORES

Lima, setiembre de 2020

Panorama general del sistema de salud

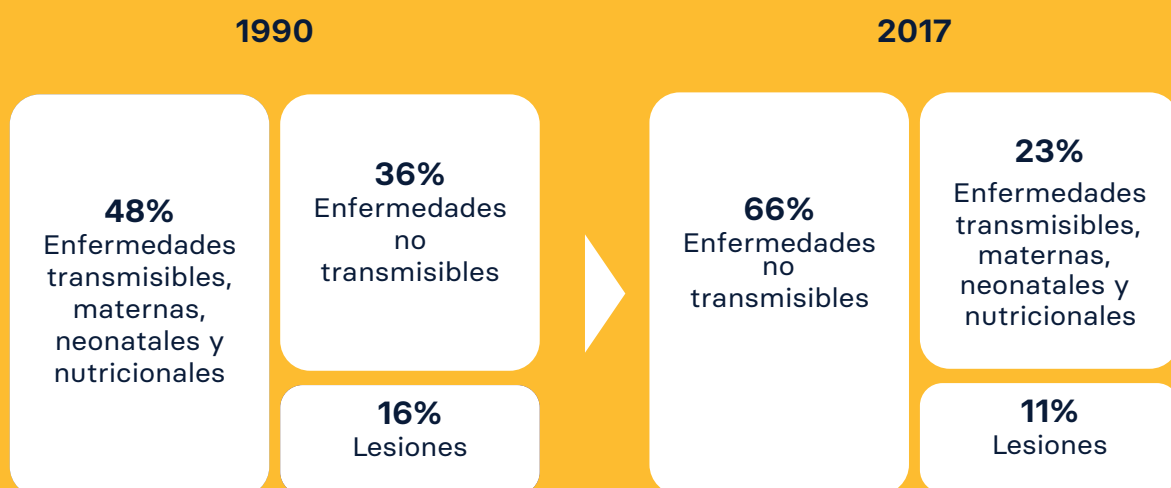
El primer nivel de atención se encuentra desfasado y no responde al actual contexto demográfico y epidemiológico del país. El Perú posee una población que se dirige hacia el envejecimiento paulatino. En el periodo del 2007 al 2017, según el último censo, la tasa de crecimiento poblacional de las personas 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 han 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

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



Fuente: Global Health Data Exchange (2019).

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.

Deficiencias y brechas del sector salud

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 identifican 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.

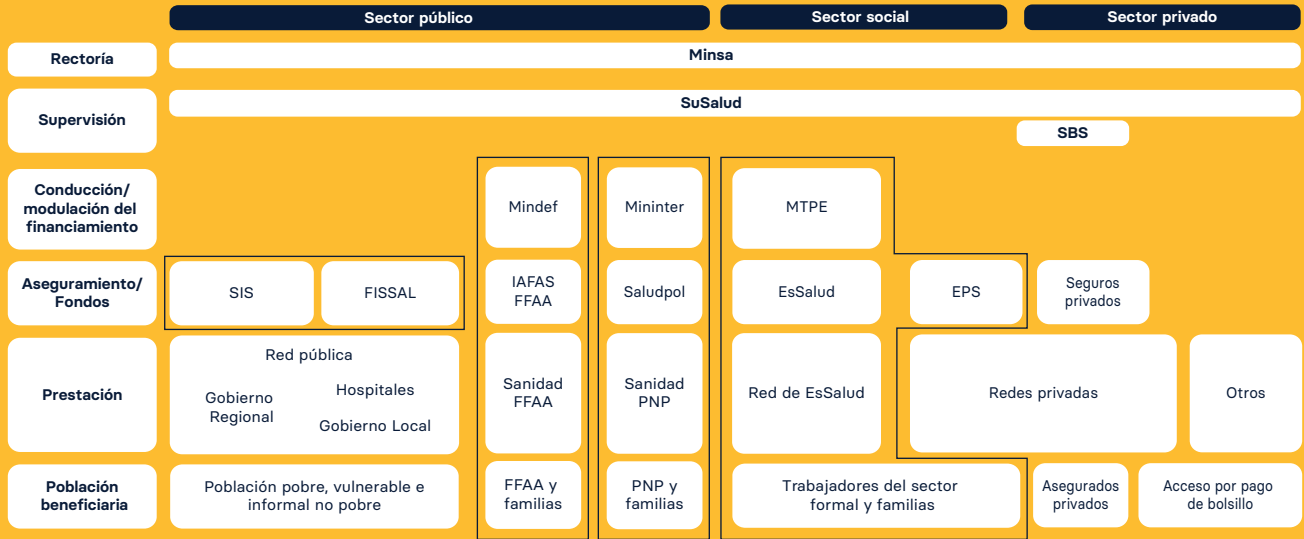
Debido a la fragmentación en la gestión de la prestación del servicio, el ejercicio del mecanismo de intercambio prestacional es prácticamente nulo.

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 95.5% de la población se encuentra afiliada a algún tipo de seguro de salud, el acceso a los servicios es muy limitado y poco

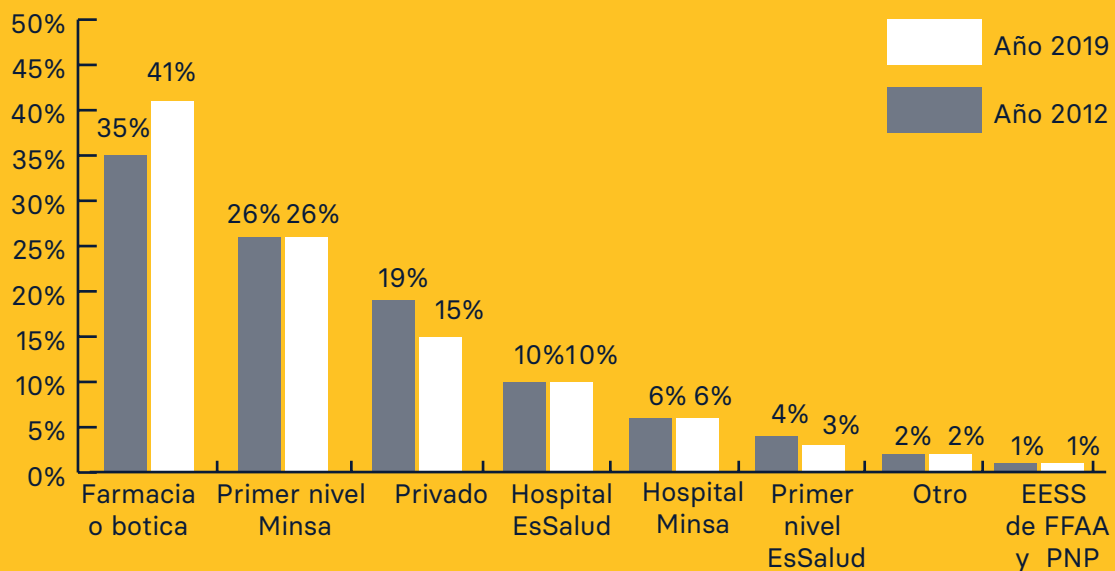
Ilustración 2: Sistema de salud peruano



*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

Ilustración 3: Lugares de atención para la población que presentó problemas de salud



Fuente: INEI (2019)

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.

Salud en el contexto de la pandemia

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.

