

Financiamiento en el sector salud

Financiamiento en el sector salud

Documento de investigación 2

Financiamiento en el sector salud



VIDENZA
CONSULTORES

Lima, setiembre de 2020

Tabla de contenido

Siglas y acrónimos	11
Glosario	13
I. Resumen	15
II. Financiamiento del sector salud	16
2.1. Recaudación	17
• Restricciones	17
2.2. Mancomunación	19
2.2.1. SIS	20
2.2.2. EsSalud y empresas prestadoras de salud (EPS)	20
2.2.3. IAFAS de la PNP y FF.AA.	21
2.2.4. Privados y otras IAFAS	21
2.2.5. IAFAS de alto costo	22
• Restricciones	22
2.3. Compra de servicios	25
• Restricciones	25
III. Financiamiento en el contexto del COVID-19	26
IV. Lineamientos de política propuestos	31
4.1. Lineamientos para cambios estructurales	32
4.2. Lineamientos de mediano plazo	33
Referencias	35

Índice de cuadros

Cuadro 1: Presupuesto público asignado a los sectores Interior y Defensa	21
Cuadro 2 : Distribución del presupuesto para hacer frente a la pandemia, según niveles de gobiernode la región, 2018	27
Cuadro 3: Presupuesto adicional COVID – 19 para productos farmacéuticos y dispositivos médicos	29
Cuadro 4: Regiones más críticas	30

Índice de ilustraciones

Ilustración 1: Evolución del gasto en salud en el Perú 2013-2019 (miles de millones de soles)	17
Ilustración 2: Gasto público en salud (% PBI, 2017)	18
Ilustración 3: Gasto de bolsillo en salud (% gasto total en salud, 2017)	18
Ilustración 4: Afiliados y presupuesto de salud 2012-2020	19
Ilustración 5: Flujos de financiamiento del sistema de salud peruano población que presentó problemas de salud	22
Ilustración 6: Financiamiento del subsistema público	24
Ilustración 7: Contagiados por 100,000 habitantes	28
Ilustración 8: PIM per cápita y % de ejecución por departamento	28

Siglas y acrónimos

APNOP	Asignaciones presupuestarias que no resultan en productos
CUS	Cobertura Universal de Salud
DU	Decreto de Urgencia
EPS	Empresas prestadoras de salud
EsSalud	Seguro Social de Salud
FF.AA.	Fuerzas Armadas
Fonafe	Fondo Nacional de Financiamiento de la Actividad Empresarial del Estado
FOSFAP	IAFAS de la Fuerza Aérea del Perú
FOSMAR	IAFAS de la Marina de Guerra del Perú
FOSPEME	IAFAS del Ejército del Perú
GORE	Gobiernos regionales
IAFAS	Instituciones administradoras de fondos de aseguramiento en salud
INPE	Instituto Nacional Penitenciario
IPSS	Instituto Peruano de Seguridad Social

IPRESS	Instituciones prestadoras de servicios de salud
MEF	Ministerio de Economía y Finanzas
Minsa	Ministerio de Salud
OMS	Organización Mundial de la Salud
PCM	Presidencia del Consejo de Ministros
PEAS	Plan Esencial de Aseguramiento en Salud
PIM	Presupuesto Institucional Modificado
PNP	Policía Nacional del Perú
PPR	Presupuesto por Resultados
SIS	Seguro Integral de Salud
SISFOH	Sistema de Focalización de Hogares
Sisol	Sistema Metropolitano de la Solidaridad
TIC	Tecnologías de la información y comunicación
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 resolutive (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).

Compra de servicios:

Es uno de los subprocesos de la gestión del financiamiento, y está relacionado a la definición esquemas de pago por parte de las IAFAS para comprar servicios de salud a las IPRESS. Es clave para distribuir riesgos y alinear incentivos entre ambos actores.

Gasto catastrófico:

Es el desembolso sanitario que compromete una proporción de los gastos totales del hogar (usualmente, entre el 10% y 25%) o igual al 40% de los gastos de subsistencia, entendidos como el gasto total deducido de los destinados a servicios de primera necesidad (OMS y El Banco Mundial, 2015).

Gasto empobrecedor:

Gasto sanitario que lleva a los usuarios por debajo de la línea de pobreza.

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

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

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).

Mancomunación:

Es un subproceso de la gestión del financiamiento que implica acumular y administrar los ingresos del sistema de salud en fondos, considerando la gestión del riesgo de los afiliados. Se le conoce tradicionalmente como aseguramiento y se asocia a la cobertura de un plan de beneficios.

Mecanismo de pago:

Es la forma como el financiador de salud, el 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.

Procesos de soporte:

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

Procesos estratégicos:

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

Recaudación:

Es uno de los tres subprocesos de la gestión del financiamiento. Consiste en la recolección de recursos para el financiamiento en salud. Usualmente, se da por impuestos para los sistemas públicos de salud y por aportes de empleados o empleadores en sistemas de tipo de seguridad social.

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

A pesar de los esfuerzos del Poder Ejecutivo para contener la pandemia del COVID-19, las debilidades estructurales de nuestro sistema de salud son evidentes. En gran medida, este viene funcionando de manera inercial, sin un aumento en el financiamiento que haga frente a los cambios normativos aprobados y a las necesidades sanitarias de la población (por ejemplo, el aseguramiento universal). Continúan vigentes ineficiencias identificadas.

El presente documento de investigación se centra en analizar el funcionamiento y las restricciones de la gestión del financiamiento, uno de los procesos misionales de todo sistema de salud. No solo es la base para la cobertura financiera de los servicios sanitarios, sino que es pieza clave para garantizar el acceso efectivo de la población y mejorar su estado de salud.

Abordaremos los principales subprocesos de la gestión del financiamiento —recaudación, mancomunación y compra de servicios—, y analizaremos su configuración y principales limitaciones. A partir de ello, plantearemos lineamientos de política para poner en agenda las necesidades de reforma en el mediano y largo plazo.

II. Financiamiento del sector salud

La gestión del financiamiento es clave para lograr la CUS¹ y determinante de la cobertura poblacional, prestacional y financiera.

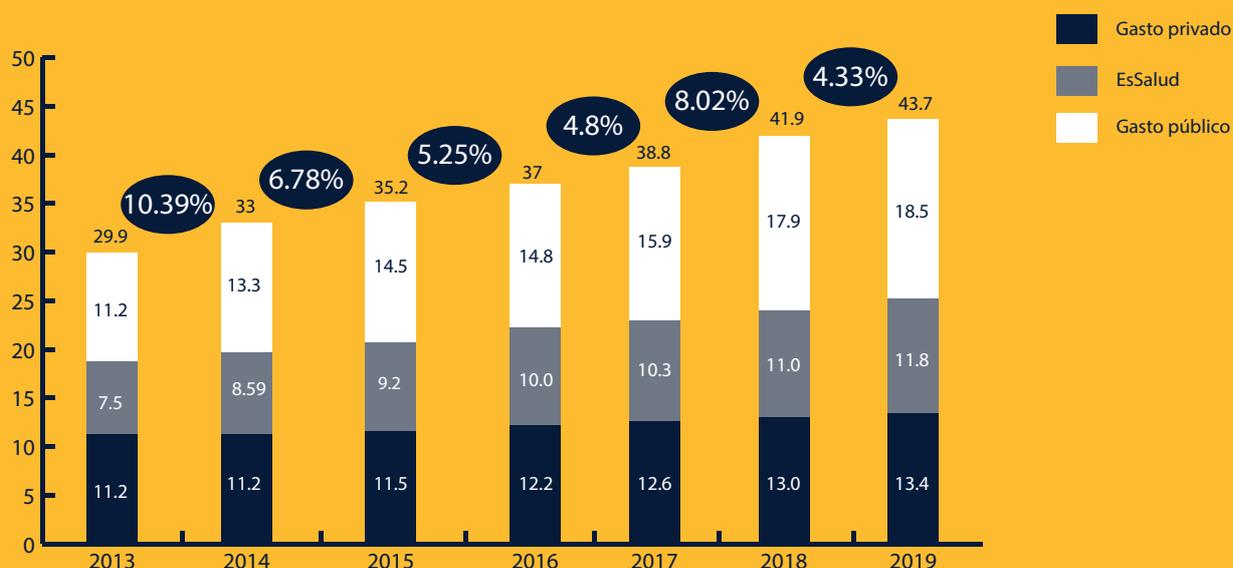
Tiene tres subprocesos. El primero es la **recaudación**, centrado en obtener recursos o fuentes para financiar los servicios sanitarios. El segundo, la **mancomunación** o **aseguramiento**, se centra en brindar cobertura a la población, para lo cual administra los recursos financieros y gestiona los riesgos. Finalmente está la **compra de servicios**, que implica que el asegurador desarrolla mecanismos de pago para comprar servicios a los prestadores. Analicemos la situación actual de cada uno de ellos.

2.1. Recaudación

En los últimos años, el financiamiento del sector salud se ha incrementado significativamente (Ilustración N.º 1). Considerando sus diversas fuentes —públicas², gasto del Seguro Social de Salud (EsSalud) y privadas—, **el gasto aumentó en 46%: pasó de casi 30,000 millones en 2013 a poco menos de 44,000 millones de soles en 2019.**

La mayor parte del presupuesto privado correspondió a gasto de bolsillo; es decir, a los pagos que los usuarios del sistema de salud desembolsan en el punto de atención: 76% en 2019 (OMS, 2020). De ese gasto de bolsillo, el 39.6% fue para medicamentos (Enaho, 2019).

Ilustración 1: Evolución del gasto en salud en el Perú 2013-2019 (miles de millones de soles)



Fuentes: OMS (2020), MEF (2020), EsSalud (2019).
Elaboración propia

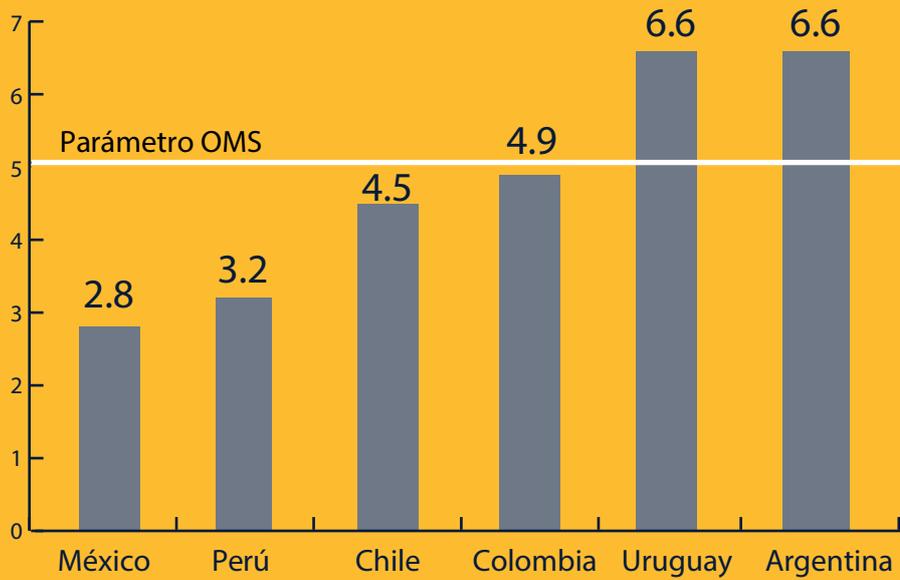
Restricciones

Pese a que el financiamiento ha tenido una tendencia creciente, la cobertura financiera es todavía limitada y está lejos de los estándares que establece la OMS para lograr la CUS. Ningún país la ha alcanzado destinando al gasto público en salud un porcentaje menor a entre el 5% o 6% de su PBI. En cuanto al gasto de bolsillo, la OMS señala que no debe superar un rango entre el 15% y el 20% del gasto total en salud.

El Perú aún está por debajo de estos estándares: 3.2% para el gasto público en salud y 28.2% para el gasto de bolsillo (Banco Mundial, 2020). Asimismo, en comparación con otros países de la región muestra un menor financiamiento (ver Ilustración N.º 2 e Ilustración N.º 3).

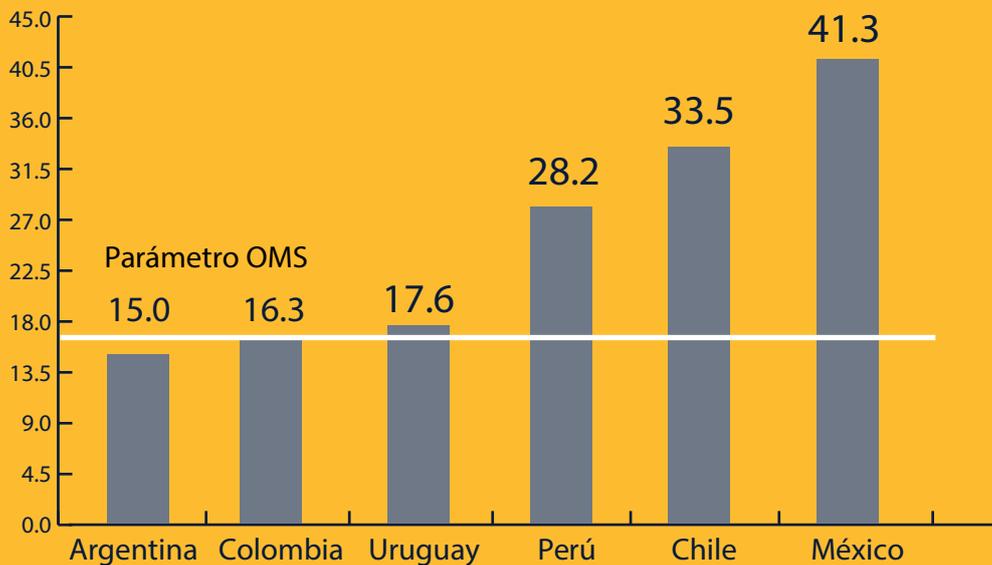
De los tres ejes de la CUS, el mayor avance se ha dado en la cobertura poblacional. Concretamente, en el año 2019 se aprobó la Ley Marco del Aseguramiento Universal y se promulgó el Decreto de Urgencia (DU) N.º 017-2019. Este último establece que toda persona residente en el Perú

Ilustración 2: Gasto público en salud (% PBI, 2017)



Fuente: Banco Mundial (2020).

Ilustración 3: Gasto de bolsillo en salud (% gasto total en salud, 2017)



Fuente: Banco Mundial (2020).

que no cuente con un seguro de salud (22.4% en 2019) será afiliada al Seguro Integral de Salud (SIS) (SuSalud, 2019).

El Artículo N.º 6 de dicho DU precisa cómo deberá implementarse³ para optimizar la calidad del gasto y la eficiencia en el uso de los recursos. Es indudable que este mayor número de asegurados

ejerce una mayor presión en el sistema de financiamiento y plantea la necesidad imperiosa de asignar recursos adicionales. Sin embargo, el aumento en la cobertura poblacional no vino acompañado de más financiamiento: la Ilustración N.º 4 presenta la tendencia entre 2012 y 2020 del

aseguramiento al SIS y el presupuesto asignado del subsistema Minsa-GORE⁴. Como se puede ver, ambos tuvieron una tendencia creciente hasta 2019 y en lo que queda del 2020.

Ilustración 4: Afiliados y presupuesto de salud 2012-2020



(*) Afiliados al 01/09/2020.

(**) Presupuesto al 01/09/2020.

Fuentes: Registro de Afiliados al AUS-SuSalud (2020) y SIAF (2020).

Elaboración propia.

En agosto de 2019 se estimó un presupuesto adicional requerido de 851 millones de soles⁵ para garantizar, por lo menos, los mayores costos en medicamentos e insumos médicos de la población sin seguro que se afiliaría al SIS.

Un riesgo adicional de la limitada cobertura financiera y el alto gasto de bolsillo es que el gasto en salud lleve a las familias a caer en gasto catastrófico o empobrecedor⁶. Estos son relevantes porque ponen en riesgo las finanzas de los hogares, empeorando considerablemente su calidad de vida.

2.2. Mancomunación

La mancomunación o aseguramiento de la gestión del financiamiento es clave porque permite que la población acceda a la cobertura financiera. Está fragmentada en múltiples instituciones administradoras de fondos de aseguramiento en salud (IAFAS), cada una de las cuales gestiona sus recursos con un pool de riesgos independiente. A continuación, se aprecian las principales.

2.2.1. SIS

La principal IAFAS pública es el SIS. Creado en 2001 con la Ley del Ministerio de Salud (Ley N.º 27657), su fin es otorgar cobertura sanitaria a la población desprotegida, particularmente en situación de pobreza o vulnerabilidad. Para ello se establecieron dos tipos de seguro: el semicontributivo, para la población con capacidad de pago limitada, y el subsidiado, para la población sin capacidad de pago que figura como pobre o pobre extrema en el Sistema de Focalización de Hogares (SISFOH) del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social o que ha sido priorizada como vulnerable. Este tipo de seguro subsidiado se financia totalmente por impuestos, mientras que el semicontributivo recibe, además, aportes de los afiliados.

Como señalamos, el DU N.º 017-2019 amplió la cobertura a la población residente en el Perú que no contara con un seguro de salud. Bajo el esquema "SIS para todos", cubre el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS), que incluye una lista de tratamientos asociados a diagnósticos y variantes clínicas (Ley N.º 29344). Por otro lado, los regímenes subsidiado y semicontributivo cubren el plan complementario y la cobertura extraordinaria, que se definen por topes financieros: cubren todo el universo de condiciones, a excepción de una lista de exclusión muy reducida (Resolución Jefatural N.º 197-2012-SIS).

Incorporar al SIS a toda la población sin un seguro de salud es un gran avance para garantizar un piso de protección social. Sin embargo, la diferencia en las coberturas implica riesgos, pues no todos tendremos el mismo acceso al derecho de la salud. Además, la configuración mixta de los esquemas de cobertura genera problemas de gestión. Es decir, mientras el PEAS consiste explícitamente de un listado de coberturas, los planes complementarios se definen, de forma

implícita, como la totalidad de condiciones salvo el listado de excusión. Esto complica calcular una prima para estimar el financiamiento que garantice la sostenibilidad del sistema.

El SIS cuenta con 21,238,280 afiliados a fines de agosto 2020. De ellos, solo el 0.9% pertenece al régimen semicontributivo (185,775 personas) (SIS, 2020). La población afiliada al SIS se atiende en la red pública de IPRESS) que pertenecen al Ministerio de Salud (Minsa) y a Gobiernos regionales (GORE). En ellas, además, se pueden atender los no asegurados al SIS realizando pago del bolsillo.

2.2.2. EsSalud y empresas prestadoras de salud (EPS)

En 1999 se creó el régimen de seguridad social, para garantizar la protección de los trabajadores del sector formal de la economía (Ley N.º 27056⁷). Las altas tasas de informalidad de la economía peruana, de 71.1% en 2019 según la Cámara Nacional de Comercio, Producción, Turismo y Servicios (2020), limitan el acceso al seguro social: a finales de agosto de 2020 cuenta con 10,365,129 afiliados (SuSalud, 2020), alrededor de un tercio de la población del país.

De otro lado, EsSalud pertenece al sector Trabajo y Promoción de Empleo y tiene su propia red prestacional. Se financia por aportes de la seguridad social pagados por el empleador⁸. Esta institución se encuentra dentro del ámbito del Fondo Nacional de Financiamiento de la Actividad Empresarial del Estado (Fonafe).

Como parte del régimen de seguridad social se tiene a las EPS. Estas son IAFAS privadas con fines de lucro, de las que los afiliados al seguro regular pueden elegir ser parte. En este caso se destina la cuarta parte del aporte a EsSalud (2.25%) y se realizan copagos voluntarios. Como las EPS venden planes de salud libremente, sus afiliados se

denominan potestativos. A setiembre de 2020, había 850,891 personas afiliadas a alguna de las cinco EPS existentes⁹ (SuSalud, 2020).

2.2.3. IAFAS de la PNP y FF.AA.

Los trabajadores de la Policía Nacional del Perú (PNP) y sus derechohabientes pertenecen al subsistema de la IAFAS Saludpol, adscrita al sector Interior y creada en 2013 con el Decreto Legislativo (DL) N.º 1174, Ley del Fondo de Aseguramiento en Salud de la Policía Nacional del Perú.

Cada institución armada tiene su propio asegurador: IAFAS del Ejército del Perú (FOSPEME), IAFAS de la Marina de Guerra del Perú (FOSMAR) y IAFAS de la

Fuerza Aérea del Perú (FOSFAP), todas adscritas al sector Defensa.

Estas cuatro IAFAS tienen sus propios planes de salud y se financian de forma mixta. Por un lado, con aportes del 6% que realiza el Estado según los ingresos que percibe el titular. También se destinan recursos del tesoro público para el financiamiento de las redes prestacionales propias. Estas IPRESS dependen de sus direcciones de sanidad (Cuadro N.º 1) que, en el caso de la PNP, está adscrita al sector Interior y, en el de las FF.AA., a Defensa.

La IAFAS Saludpol, no cobra aportes ni copagos, a pesar de que su ley de creación lo autoriza. En las

Cuadro 1: Presupuesto público asignado a los sectores Interior y Defensa

Sector ¹	Presupuesto Institucional Modificado (PIM)	Devengado	% ejecución ²
Interior	587,245,872	256,188,019	43.6
Defensa	361,773,098	210,938,035	58.3

1 El presupuesto corresponde al de la función salud de los sectores Interior y Defensa.

2 La ejecución es al 1 de setiembre de 2020.

Fuente: MEF (2020).

IAFAS de las FF.AA. sí se efectúan copagos para ciertos servicios.

La coexistencia entre fuentes propias de la IAFAS que provienen del 6% de la pensión o propina¹⁰ y de las que se asignan del tesoro público a sus IPRESS, complejiza el esquema de financiamiento e impide la correcta trazabilidad de los recursos.

2.2.4. Privados y otras IAFAS

El acceso al subsistema privado depende de la capacidad de pago de los usuarios. Por ello, su alcance es limitado: 6.4% de peruanos estuvieron

afiliados a una IAFAS privada en 2019, equivalentes a 2,290,290 personas (SuSalud, 2020). En este sector también están las prepagas, que son IPRESS a las que se paga un monto determinado por adelantado para una posterior atención de salud¹¹. Otro subsistema es el Sistema Metropolitano de la Solidaridad (SISOL), implementado por la Municipalidad Metropolitana de Lima y al que se accede mediante el pago de bolsillo. En 2019 tuvo un total de 9,883,693 de atenciones (SISOL, 2020).

2.2.5. IAFAS de alto costo

El alto riesgo de caer en gasto catastrófico y empobrecedor posee detrás la inadecuada cobertura financiera que lleva a un elevado gasto de bolsillo. Este problema es especialmente relevante para aquellos diagnósticos o procedimientos de alto costo, es decir, aquello que cuestan grandes sumas de dinero. Estos afectan indistintamente a toda la población y pueden poner en riesgo el financiamiento del sector salud. Por ello, la mayor parte de países desarrollan esquemas de cobertura específicas para las prestaciones y tratamientos de alto costo.

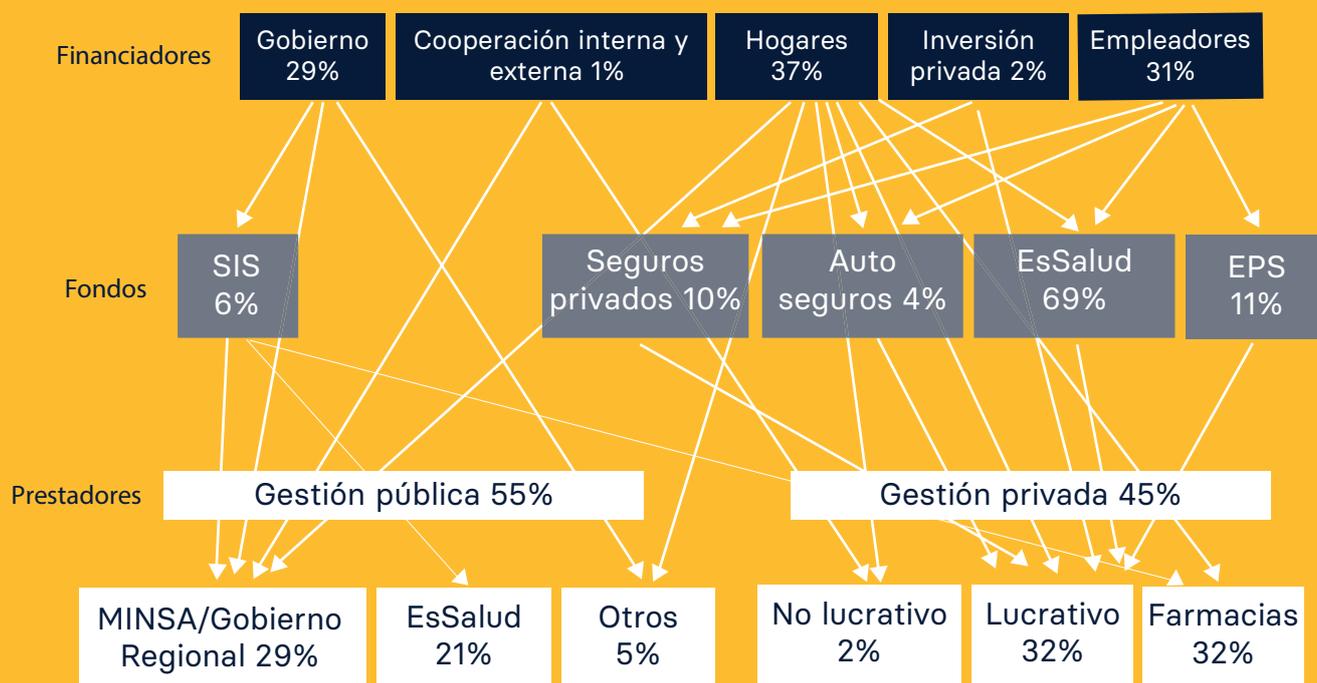
En el Perú no existe un esquema universal efectivo para la cobertura del alto costo: cada subsistema desarrolla mecanismos específicos. En el subsistema público, el Fondo Intangible Solidario en Salud (Fissal) es la única IAFAS específica para

cubrir el alto costo: cáncer, enfermedad renal y procedimientos de alto costo¹². Por otro lado, EsSalud cubre el alto costo dentro de su plan de beneficios y los subsistemas policial y militar cubren condiciones específicas como cáncer. Esta fragmentación impide que los usuarios estén efectivamente cubiertos y, a largo plazo, afecta la sostenibilidad del sistema en su conjunto.

Restricciones

La fragmentación entre estas múltiples IAFAS complejiza considerablemente los flujos de financiamiento del sistema de salud peruano, como se ve en la Ilustración N.º 5.

Ilustración 5: Flujos de financiamiento del sistema de salud peruano



Nota: Los autoseguros son la cobertura directa que empresas privadas ofrecen directamente a los trabajadores. Imagen tomada del estudio de cuentas nacionales del Minsa en 2015 (las proporciones corresponden al año 2012).

Fuente: Petrera, Palomino y Ortiz (2015)

La administración de fondos es especialmente fragmentada en el sector público, donde coexisten dos esquemas de financiamiento diferenciados. Por un lado, bajo la lógica del aseguramiento, está el SIS. A pesar de la necesidad para los aseguradores de definir una prima actuarialmente justa a su plan de beneficios para garantizar la sostenibilidad y gestionar los riesgos de sus afiliados, para el SIS esto no es posible porque combina cobertura explícita e implícita y no cubre un “paquete definido” sobre el cual estimar la prima.

El SIS no es un seguro ad hoc, porque no gestiona el costo total del plan de beneficios. Lo que hace es pagar solo el costo variable (insumos y medicamentos), mientras que el costo fijo (recursos humanos, equipamiento e infraestructura) es financiado por el presupuesto de las IPRESS proveniente del Minsa y GORE. Tampoco administra un fondo, porque no se calcula sobre una base actuarial, sino en función de asignaciones históricas (Centrálogo, et al., 2013). Es decir, el SIS, en la práctica, transfiere recursos casi inercialmente siguiendo el comportamiento de los años previos, sin cobrar una prima que financie el plan de salud y responda a las necesidades de la demanda sanitaria.

Frente a la lógica de aseguramiento que sigue el SIS, se tiene el esquema de Presupuesto por Resultados (PPR), instaurado por el Ministerio de Economía y Finanzas (MEF) en 2007. Este se centra en “la asignación de recursos a productos y resultados medibles en favor de la población” (MEF, 2020), para lo cual define metas de política e intervenciones a las que asocia la asignación de presupuesto. El 39% del PIM de la función salud se establece bajo este esquema en nueve programas presupuestales específicos del sector salud¹³ y cinco de otros sectores con actividades sanitarias¹⁴. Por otro lado, el 46% del presupuesto se fija bajo

la partida de “asignaciones presupuestarias que no resultan en productos” (APNOP), que no siguen un programa específico, mientras que el presupuesto restante se asigna en acciones centrales¹⁵.

Con la implementación del esquema PPR, el MEF ganó mucho protagonismo en definir las prioridades del sector salud según mecanismos de gestión por resultados. Al instaurar una lógica centrada en el presupuesto, debilita la rectoría del Minsa (Lazo-Gonzales, et al., 2016). Esto porque la política sanitaria está fuertemente orientada a los programas presupuestales, en los que se definen los insumos necesarios para cada uno de sus productos y actividades. A partir de ello, el MEF aplica una lógica fiscalizadora del gasto, en lugar de trazar los lineamientos macro de funcionamiento, con un monitoreo efectivo y oportuno de estándares de eficiencia y calidad. El criterio debiera ser inverso: se requiere con urgencia implementar una lógica centrada en la planificación y la identificación de las necesidades sectoriales, desde una perspectiva ciudadana, y sobre ello definir la asignación presupuestal.

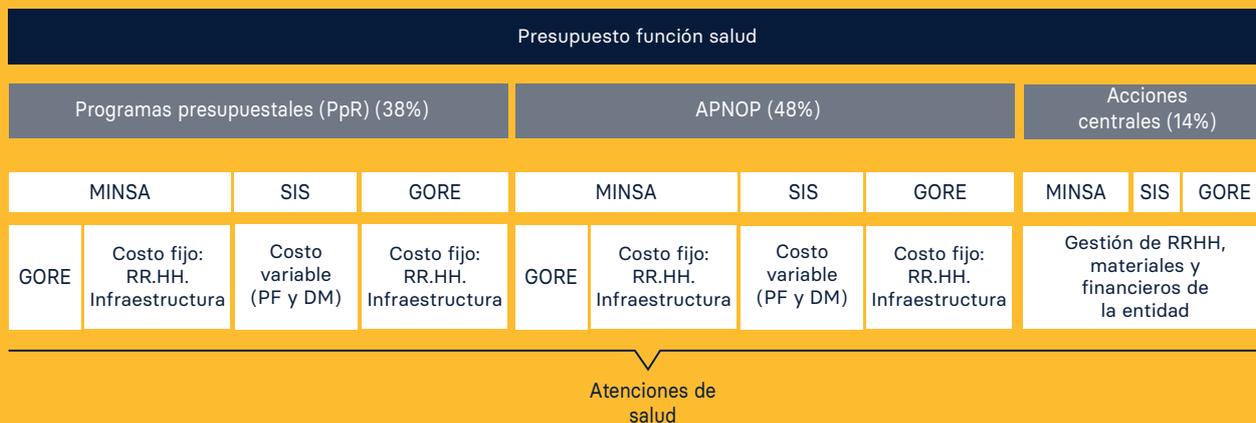
El escenario general, entonces, es que los esquemas de aseguramiento del SIS y de intervenciones verticales del PPR se superponen entre sí y funcionan bajo reglas de gasto distintas. Esto dificulta considerablemente la gestión de los recursos financieros y lleva a que un mismo bien o servicio pueda ser adquirido o financiado con lineamientos diversos e incluso superpuestos. Esta complejidad en la toma de decisiones para el gestor que está en la operación se aprecia en la Ilustración N.º 6.

Un esquema de financiamiento complejo pierde eficiencia, dificulta la trazabilidad de los recursos e impide hacer un correcto seguimiento de la calidad del gasto. Esto se potencia por las brechas existentes en términos de tecnologías de la

información y comunicación (TIC): existen múltiples sistemas de información no interoperables entre sí, registran la información de forma agregada

(resumida, no detallada), no están en línea, entre otras limitaciones.

Ilustración 6: Financiamiento del subsistema público



Elaboración propia

"Un riesgo adicional de la limitada cobertura financiera y el alto gasto de bolsillo es que el gasto en salud lleve a las familias a caer en gasto catastrófico o empobrecedor".

2.3. Compra de servicios

La compra de servicios que realizan las IAFAS a las redes de IPRESS determinan, en estas, los incentivos para ofrecer los servicios en el sistema y lograr la sostenibilidad de su financiamiento. Para ello se definen mecanismos de pago, que consisten en la fórmula definida por el pagador (la IAFAS) para compensar al prestador por atender a un paciente (Miller, 2007).

Estos mecanismos de pago distribuyen riesgos entre el prestador y el financiador. En un extremo está el mecanismo de pago por partidas — definiendo categorías presupuestales y asignando recursos bajo una lógica histórica incremental— o el pago por servicios, que genera incentivos a la sobreproducción por parte del prestador. Como todo el riesgo recae en el financiador, no existen incentivos para limitar los costos y se pone en peligro la sostenibilidad del financiamiento.

En el otro extremo está el mecanismo de pago capitado, donde se asigna un monto fijo por afiliado en un periodo de tiempo. Esto puede generar incentivos para limitar los costos, pero corre el riesgo de generar una producción menor a la necesaria por los prestadores y no satisfacer toda la demanda del sistema. Para lograr la CUS es recomendable un pago prospectivo —que se calcule antes de realizar los desembolsos, adelantado las necesidades de la demanda con proyecciones—. Estos, frente a cálculos basados

en el consumo histórico, permitirán la cobertura financiera de la demanda sanitaria, evitando el gasto de bolsillo (OPS, 2013).

Restricciones

Aunque en la normativa sectorial y en el DU N.º 017-2019 se define el uso de los mecanismos de pago, en la práctica las IAFAS del sistema de salud peruano contratan los servicios basándose en la asignación a través de partidas presupuestales específicas y según patrones de consumo histórico.

Por ejemplo, el SIS paga un monto fijo por asegurado para el primer nivel de atención, independientemente de si este se atiende o no. Para ello realiza un cálculo retrospectivo utilizando el consumo del año anterior. En el caso de los hospitales, el monto lo calcula por servicio brindado. Estas formas de pago impiden repartir riesgos entre aseguradores y prestadores para desarrollar incentivos que fomenten la prevención, contengan costos y mejoren en la calidad del servicio.

III. Financiamiento en el contexto de la COVID-19

Para atender la pandemia del COVID-19, el Ejecutivo efectuó una serie de transferencias que incrementaron el presupuesto del año fiscal en 20,036,581,470 soles (Cuadro N.º 2). De estos recursos, un 18.2% (3,651,360,002 soles) fueron destinados para actividades sanitarias, pues forman parte de la función salud. Si bien la ejecución tanto en el nivel regional y local de gobierno supera el 40%, en el nivel central aún no llega al 30%.

Cuadro 2: Distribución del presupuesto para hacer frente a la pandemia, según niveles de gobierno

Partida	PIM (soles)	% ejecución
Presupuesto total	20,036,581,470	46.9%
Función salud	3,651,360,002	48.8%
Gobierno nacional	2,344,757,372	46%
Gobiernos regionales	1,204,770,449	53.5%
Gobiernos locales	101,832,181	58.8%

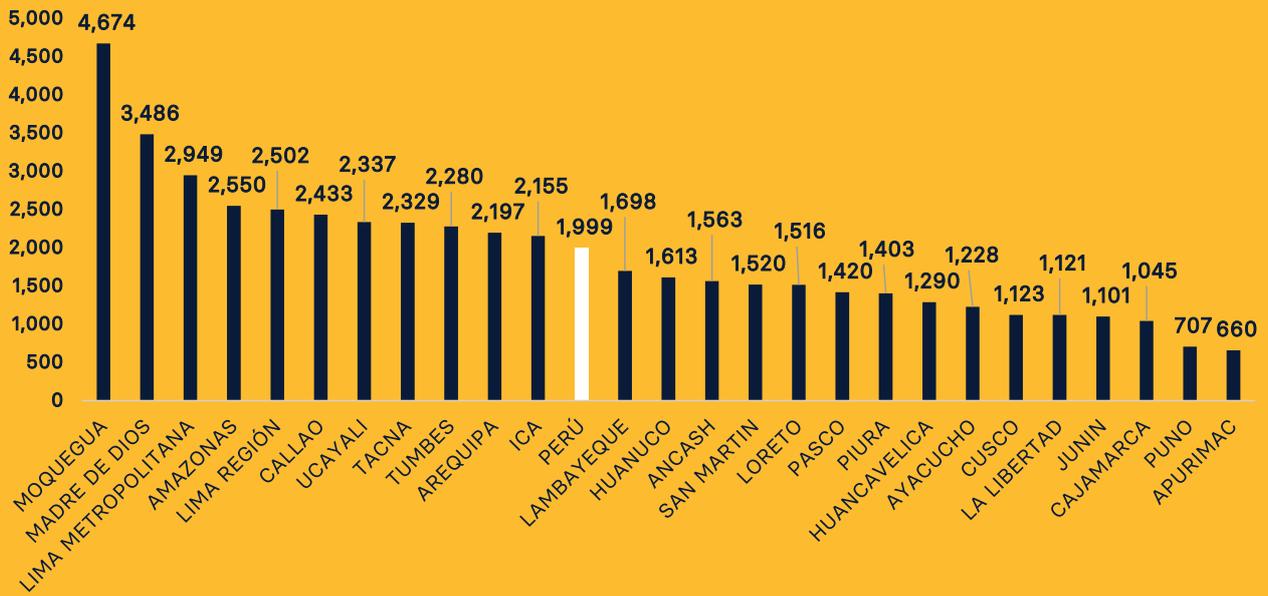
(*) Actualizado al 1 de setiembre, 2020

Fuente: MEF (2020).

La comparación de las siguientes dos ilustraciones permite ver la asignación presupuestal en función de las necesidades regionales: la Ilustración N.º 7 muestra las regiones con más contagiados, mientras que la Ilustración N. 8 presenta el presupuesto per cápita asignado y el porcentaje de ejecución. Las regiones más afectadas en términos de contagiados, especialmente Moquegua y Amazonas, están entre las que menos presupuesto han ejecutado. Asimismo, no hay cifras que permitan identificar si estas transferencias vienen siendo suficientes para hacer frente a las necesidades. Además, la asignación presupuestal per cápita no siempre sigue una relación directa

con la cantidad de contagiados de las regiones. Tal es el caso de San Martín y Piura, que figuran entre las regiones con mayor presupuesto adicional per cápita asignado, pero también en el medio inferior de contagiados.

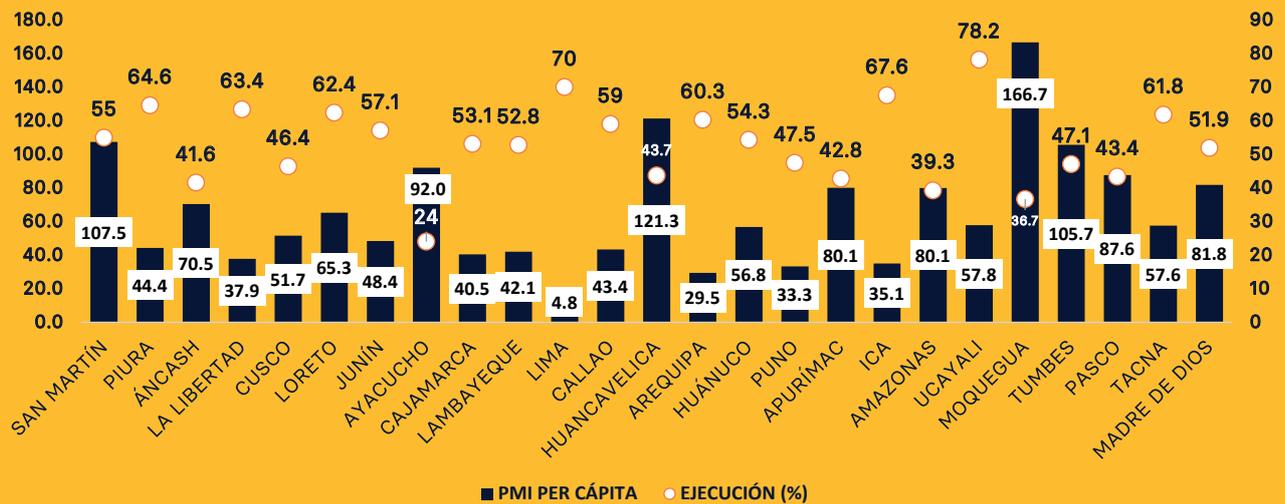
Ilustración 7: Contagiados por 100,000 habitantes



* Actualizado al 31 de agosto de 2020

Fuente: Minsa (2020)

Ilustración N.º 8: PIM per cápita y % de ejecución por departamento



*Actualizado al 1 de setiembre de 2020

Fuente: Minsa (2020), MEF (2020).

A pesar del esfuerzo que supone este presupuesto adicional del Ejecutivo para enfrentar la pandemia, esta no se ha podido contener eficientemente, lo cual se debe, parcialmente a los bajos niveles de ejecución. En el siguiente cuadro se observa el detalle de esta en los bienes claves para hacerle frente al COVID – 19, que en el nivel central llega

al 27% en dispositivos médicos, mientras que a solo el 12% en productos farmacéuticos. Si bien la situación mejora en los gobiernos regionales y locales, la ejecución de estos últimos bienes continúa siendo limitada, con un 30.6% en el nivel regional.

Cuadro 3: Presupuesto adicional COVID – 19 para productos farmacéuticos y dispositivos médicos

Nivel de gobierno	Productos farmacéuticos		Dispositivos médicos	
	PIM	% ejecución	PIM	% ejecución
Total	406,785,250	36.1	971,083,104	53.7
Nacional	370,840,713	35.8	707,626,861	52.2
Regional	31,863,207	37.0	237,308,221	56.5
Local	4,081,330	63.4	26,148,022	67.9

(*) Presupuesto y ejecución al 03 de setiembre de 2020.

Fuente: MEF (2020).

Es urgente optimizar la estrategia de atención de la pandemia. El siguiente cuadro muestra las regiones más críticas, de acuerdo con la información de la situación actual COVID – 19 del 29 de agosto de la Dirección General de Epidemiología.

Cuadro 4: Regiones más críticas

Prioridad	Región	Grado de prioridad
1	Loreto	I
2	Lambayeque	
3	Ucayali	
4	Tumbes	
5	Piura	
6	Callao	
7	Lima	
8	Áncash	
9	Ica	
10	La Libertad	
11	Junín	
12	Huánuco	
13	Amazonas	
14	San Martín	
15	Arequipa	
16	Cusco	
17	Madre de Dios	
18	Ayacucho	
19	Tacna	IV
20	Pasco	
21	Cajamarca	
22	Puno	
23	Moquegua	
24	Huancavelica	IV
25	Apurímac	

Fuente: DGE (2020).

IV. Lineamientos de política propuestos

Hacer frente a la pandemia COVID-19 y a las futuras emergencias de salud pública exige una serie de cambios estructurales.

A continuación, planteamos medidas de mediano plazo que permitirán avanzar hacia los cambios sistémicos necesarios a largo plazo.

4.1. Lineamientos para cambios estructurales

Para que las medidas de financiamiento que presentamos sean viables, se necesita mejorar el modelo de gestión del sistema de salud. Esto implica empezar por fortalecer la rectoría del Minsa en la definición de la política sanitaria y de la agenda sectorial, así como asignar el presupuesto para cumplirlas (no al revés, como ocurre ahora que se supedita las prioridades del sector al régimen presupuestal).

En el tercer documento de investigación de esta serie abordaremos a profundidad cómo se puede mejorar la gestión del sistema de salud.

Ordenar los flujos de financiamiento

Es prioritario optar por un esquema de financiamiento único en el sector público, con reglas de juego claras que ordenen la actual coexistencia entre el régimen de aseguramiento —regido por el SIS— y el financiamiento de intervenciones verticales del PPR.

Asimismo, es necesario fortalecer al SIS como un seguro que financie el costo total de un plan de salud definido como un listado explícito de diagnósticos y tratamientos, en lugar de la actual cobertura basada en topes financieros para el plan complementario y la cobertura extraordinaria. Lo que sucede ahora es que, como el seguro cubre el universo posible de condiciones con un presupuesto determinado, se generan colas y se limita el acceso efectivo de los pacientes a los servicios de salud. Un plan definido como un listado establecido permitiría establecer una prima o cuota, gestionar el riesgo y garantizar la sostenibilidad del financiamiento en el largo plazo. En consecuencia, sería recomendable que el plan complementario y la cobertura extraordinaria sean precisados,

también, mediante un listado de diagnósticos o tratamientos.

El PPR debe centrarse en cubrir las intervenciones de salud pública o que generan externalidades positivas considerables y que, por tanto, deban ser cubiertas por el Minsa. Esto se refiere a que toda actividad de consumo o producción genera efectos indirectos, conocidos como externalidades. Las positivas se dan cuando estos beneficios no solo impactan en quienes producen y consumen estos bienes o servicios, sino contribuyen a un universo más amplio de personas. Tal es el caso de los servicios públicos de calidad, que benefician a la sociedad en su conjunto.

Mecanismos para la sostenibilidad

La fragmentación en la administración de fondos y los mecanismos de pago basados en el consumo histórico ponen en riesgo la sostenibilidad del sistema de financiamiento. Es imprescindible tener un financiamiento garantizado para la cobertura del plan de salud: aumentar el presupuesto público para ampliar el SIS según lo establecido en el DU N.º 017-2019. Como se mencionó, debería ser de al menos 851 millones de soles.

Luego, se debe mancomunar los fondos de las diferentes IAFAS para generar un pool integrado que disminuya el financiamiento y mejore la gestión de riesgos. Esto permitirá la existencia de subsidios cruzados por estado de salud, edad y nivel de ingresos¹⁶. Para implementar y delimitar esta medida es necesario tomar en cuenta la intangibilidad de fondos y reservas de la seguridad social, que se establece en el Artículo N.º 12 de la Constitución Política del Perú. Esto podría implicar que estos fondos se manejen en una cuenta independiente, pero con una sola institución administradora.

También se requiere desarrollar diferentes mecanismos de pago que permitan gestionar los costos y orientar los incentivos entre aseguradores y prestadores. Finalmente, desarrollar un esquema de financiamiento para enfermedades de alto costo que garantice su cobertura y evite el riesgo de caer en gasto catastrófico o empobrecedor. Esto sucede, por ejemplo, con las enfermedades crónicas como el cáncer y la insuficiencia renal, que requieren de enormes desembolsos imposibles de asumir con un presupuesto familiar básico. El Estado debe impedir que el costo de estos tratamientos lleve a dichas familias a la pobreza.

Mejorar la trazabilidad de los recursos

Para el correcto seguimiento de los recursos financieros se requiere impulsar el desarrollo de las TIC. Y esto pasa, en primer lugar, por aumentar la conectividad a nivel nacional, especialmente limitada en zonas rurales. Un efecto directo de esta brecha es la reducida implementación en las IPRESS del sistema de historia clínica electrónica de los pacientes. Actualmente, solo 1,041 de las 8,330 IPRESS públicas (Minsa y GORE) cuentan con el sistema instalado (SuSalud, 2020) (Minsa, 2020).

Además, es necesario desarrollar una solución interoperable entre la gestión del financiamiento y los otros procesos relacionados, que esté en línea con información desagregada, que, por ejemplo, compare presupuesto, adquisiciones y uso de bienes. Complementariamente, será necesario capacitar al personal en el uso de estas soluciones, por la importancia de promover la cultura digital y el uso de información.

Para estas medidas es fundamental desarrollar lo estipulado en el DU N.º 006-2020, que creó el Sistema de Transformación Digital bajo la rectoría de la Secretaría de Gobierno Digital¹⁷ de la Presidencia del Consejo de Ministros (PCM), y el DU

N.º 007-2020, que establece el marco de confianza digital¹⁸.

4.2. Lineamientos de mediano plazo

La gestión del financiamiento en el mediano plazo debe centrarse en mejorar la eficiencia del uso de recursos.

Orientar el sistema de financiamiento a la gestión por resultados

Es necesario definir indicadores de eficiencia y resultado donde estén claras las metas de desempeño y sus hitos de implementación. Si bien esto es lo que ha buscado el esquema PPR, el sistema no ha funcionado por problemas en la definición del marco lógico de los programas y la multiplicidad de indicadores que, en la práctica, se miden de forma muy limitada. Frente a ello, es clave que el MEF promueva el logro de lineamientos y objetivos estratégicos, efectuando el seguimiento en un sistema de información robusto.

Incrementar la eficiencia del sistema de contrataciones del Estado

Las decisiones de contratación requieren tomar en cuenta la sostenibilidad de estas decisiones en el mediano y largo plazo. Esto es especialmente importante en la contratación de personal sanitario, donde aún existen brechas considerables por cubrir en las regiones.

Incrementar la eficiencia de la inversión del sector salud

Cuando cada subsistema construye su propia infraestructura le resta eficiencia al sistema e incluso genera duplicidades en la oferta sanitaria¹⁹, además de las limitaciones que ha demostrado la modalidad clásica de contratación. Hoy las RIS buscan articular las redes prestacionales bajo una lógica conjunta que obedece a criterios territoriales,

integrando la oferta de los diversos subsistemas. Lo recomendable es que las decisiones de inversión en infraestructura, de ser el caso, se realicen de forma conjunta entre subsistemas. Una opción importante a explorar son las modalidades de asociación con

el sector privado tales, como las Asociaciones Público Privadas – APP o la modalidad de “take or pay”²⁰ que permite lograr niveles de servicio a los usuarios, economía de tiempo y reducir riesgos al Estado.

Referencias

- Banco Mundial, 2020. Datos abiertos. [En línea] Available at: <https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.OOPC.CH.ZS?locations=PE> [Último acceso: 7 Junio 2020].
- Cámara Nacional de Comercio, Producción, Turismo y Servicios, 2020. Información ampliada del Reporte Regional Edición N° 384, Lima: PERUCÁMARAS. Banco Mundial, 2020. Datos abiertos. [En línea] Available at: <https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.OOPC.CH.ZS?locations=PE> [Último acceso: 7 Junio 2020].
- Centrálogo, Ó., Bertranou, F., Casanova, L. & Casalí, P., 2013. El sistema de salud del Perú: situación actual y estrategias para orientar la extensión de la cobertura contributiva, Lima: OIT/Oficina de la OIT para los países Andinos.
- DGE, 2020. SITUACION ACTUAL "COVID-19" al 21 de junio 2020, Lima: DGE.
- Enaho, 2019. Encuesta Nacional de Hogares - Salud 2019. [En línea] Available at: <http://inei.inei.gob.pe/microdatos/>
- EsSalud, 2008. Manual Institucional, Lima: EsSalud.
- EsSalud, 2019. Estados financieros, Lima: EsSalud.
- GS1 Perú, 2006. Rastreabilidad de alimentos, s.l.: s.n.
- Lazo-Gonzales, O., Alcalde-Rabanal, J. & Espinosa-Henao, O., 2016. El sistema de salud en Perú. Situación y desafíos, s.l.: s.n.
- Ley N.º 29344, 2009. Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, s.l.: s.n.
- Ley N.º 29344, 2009. Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, s.l.: s.n.
- MEF, 2020. ¿Qué es Presupuesto por Resultados (PpR)? [En línea] Available at: <https://www.mef.gob.pe/en/presupuesto-por-resultados/ique-es-ppr?id=2122#:~:text=En%20el%20Per%C3%BA%20desde%20el,mejora%20de%20su%20calidad%20de> [Último acceso: 2 Junio 2020].
- MEF, 2020. Consulta amigable. [En línea] Available at: <http://apps5.mineco.gob.pe/coronavirus/Navegador/default.aspx?y=2020&ap=ActProy>
- MEF, 2020. Sistema de Información Administrativa Financiera. [En línea] Available at: <https://apps5.mineco.gob.pe/transparencia/Navegador/default.aspx> [Último acceso: 10 Junio 2020].
- Miller, H. D., 2007. Creating Payment Systems to Accelerate Value-Driven Health Care: Issues and Options for Policy Reform. s.l.:The Common Wealth Fund.
- 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, 2020. Sala situacional COVID. [En línea] Available at: https://covid19.minsa.gob.pe/sala_situacional.asp [Último acceso: 12 Junio 2020].
- Minsa, 2020. Sistema de Información de HCE, s.l.: Minsa.
- OMS y El Banco Mundial, 2015. Tracking Universal Health Coverage. First Global Monitoring Report. Francia: s.n.
- OMS, 2012. ¿Qué es la cobertura sanitaria universal?. [En línea] Available at: 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, 2013. OPS/OMS en México Cobertura Universal en Salud: lecciones internacionales aprendidas y elementos para su consolidación en México. México D.F.: OPS.
- PCM - Secretaría General, 2013. Documento orientador: metodología para la implementación de la gestión por procesos en las entidades de la administración pública en el marco del D.S. N° 004-2013-PMC, Lima: PCM .
- Petrera, M., Palomino, N. & Ortiz, E., 2015. Cuentas Nacionales de Salud 1995-2012. Lima: Minsa.
- R.D. N.º 002-2011-EF/76.01, 2020. Anexo N° 5: Descripción de las acciones centrales, Lima: MEF.
- SIAF, 2020. Consulta Amigable (Mensual). [En línea] Available at: <https://apps5.mineco.gob.pe/transparencia/mensual/default.aspx?y=2012&ap=ActProy>
- SIS, 2020. Boletín Estadístico Mensual del Seguro Integral de Salud. [En línea] Available at: TlxY2UtNDRmMi04MWRmLWExMzJjMGViOTIIMyIsImMi0jR9 [Último acceso: 9 Junio 2020].
- SISOL, 2020. INFORME N° 069 - 2020-OPP-SISOL/MML: Evaluación del POI 2019, Lima: SISOL.
- SuSalud, 2019. Boletín Estadístico. Cuarto trimestre. Lima: SuSalud.
- SuSalud, 2019. Boletín Estadístico. Cuarto Trimestre de 2019, s.l.: s.n.
- SuSalud, 2020. Centro de Información. [En línea] Available at: <http://portal.susalud.gob.pe/cdi/reporte-mensual-de-eps-boletin-anuario/>

Notas finales

- 1 Fue planteada inicialmente por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y se constituye como una de las metas del tercer Objetivo de Desarrollo Sostenible: "Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades". "Ver el primero documento de esta serie para mayor detalle (Marco general del sistema de salud).
- 2 Incluye el gasto de la función salud, que corresponde al presupuesto de tesoro público que se asigna al sector salud en los tres niveles de gobierno, a las Sanidades — aparato prestacional— de las Fuerzas Armadas (FF.AA.) y la Policía Nacional del Perú (PNP), y al Instituto Nacional Penitenciario (INPE).
- 3 Específicamente: un sistema en línea para la programación de turnos y citas; automatizar los servicios de apoyo al diagnóstico; automatizar la prescripción y dispensación; implementar un sistema de contabilidad de costos; implementar activos informáticos en todas las unidades ejecutoras (UE); y publicar indicadores de desempeño.
- 4 Dentro de la función salud se considera solo el presupuesto del "sector salud" en el nivel nacional, restando los sectores justicia, interior, defensa, entre otros, para tomar solo al subsistema público (Minsa-GORE). Además, se considera todo el presupuesto de GORE y Gobiernos locales, aunque para el año 2020 no incluye el presupuesto adicional destinado al COVID-19.
- 5 La estimación se realizó considerando un costo variable del PEAS de 218.3 soles.
- 6 El gasto será catastrófico cuando representa una proporción elevada del gasto total del hogar (usualmente, entre el 10% y 25%) (OMS y El Banco Mundial, 2015), mientras que empobrecedor cuando lleva a la familia por debajo de la línea de pobreza.
- 7 El Seguro Social del Perú se creó en 1973 a partir de la fusión de la Caja Nacional de Seguro Social y el Seguro Social del Empleado. En 1980 pasó a ser el Instituto Peruano de Seguridad Social (IPSS), sobre el que luego se crea EsSalud.
- 8 Las tasas de aporte varían: en el seguro regular es del 9%, mientras que en el régimen agrario es de 6% e irá aumentando gradualmente hasta 9% en 2029, según lo establecido en el DU N.º 043-2019.
- 9 Sanitas Perú S.A. EPS, Rímac S.A. EPS, Pacífico EPS S.A., Mapfre Perú S.A. EPS y La Positiva S.A. EPS.
- 10 La propina en la FF.AA. y PNP corresponde al dinero que reciben los alumnos en las escuelas de oficiales.

- 11 Entre las prepagas con mayor cantidad de afiliados están Oncosalud (860,148), la Clínica San Pablo (40,282) y la Clínica Ricardo Palma (36,484) (SuSalud, 2019).
- 12 Trasplante renal, hepático y de médula ósea, hemodiálisis y diálisis peritoneal.
- 13 0001: Programa articulado nutricional, 0002: Salud materno-neonatal, 0016: TBC-VIH/SIDA, 0017: Enfermedades metaxénicas y zoonosis, 0018: Enfermedades no transmisibles, 0024: Prevención y control del cáncer, 0104: Reducción de la mortalidad por emergencias y urgencias médicas, 0129: Prevención y manejo de condiciones secundarias de salud en personas con discapacidad y 0131: Control y prevención en salud mental.
- 14 0051: Prevención y tratamiento del consumo de drogas (Comisión Nacional para el Desarrollo y la Vida sin Drogas), 0068: Reducción de vulnerabilidad y atención de emergencias por desastres (Presidencia del Consejo de Ministros), 0080: Lucha contra la violencia familiar (Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, 0135: Mejora de las capacidades militares para la defensa y el desarrollo nacional (Ministerio de Defensa), 0137: Desarrollo de la ciencia, tecnología e innovación tecnológica (Presidencia del Consejo de Ministros).
- 15 Destinadas al financiamiento de "actividades orientadas a la gestión de los recursos humanos, materiales y financieros de la entidad" (R.D. N.º 002-2011-EF/76.01, 2020).
- 16 Se generan cuando se dan transferencias temporales indirectas entre la población que se atiende en el sistema de salud. Así la población sana puede "subsidiar" a la enferma. Lo mismo ocurre con la población joven y la de mayor edad, y la de mayores y menores ingresos.
- 17 Se define como "proceso continuo, disruptivo, estratégico y de cambio cultural que se sustenta en el uso intensivo de las tecnologías digitales, sistematización y análisis de datos para generar efectos económicos, sociales y de valor para las personas".
- 18 Se basa en tres ámbitos: protección de datos personales y transparencia, bajo el Ministerio de Justicia y Derechos Humanos; protección del consumidor, bajo el Instituto Nacional de Defensa de la Competencia y de la Protección de la Propiedad Intelectual (Indecopi); y seguridad digital, bajo la Secretaría de Gobierno Digital de la PCM.
- 19 Es común que se invierta en múltiples hospitales de uso específico para cada subsistema sin que exista una adecuada gestión en cada uno de ellos. Así, puede darse que en una región hay dos o más hospitales de diversos subsistemas, todos desabastecidos y con equipamiento obsoleto.
- 20 Método de contratación en la que se paga una tarifa plana por un servicio, se consuma o no. Permite reducir el riesgo y los costos esperados en el largo plazo.