

# Redes integradas de salud en el Perú

# Redes integradas de salud en el Perú

# Redes integradas de salud en el Perú

Enero del 2021



**VIDENZA**  
CONSULTORES

# Tabla de contenido

|   |    |
|---|----|
| I. Siglas y acrónimos   | 5  |
| II. Glosario  | 6  |
| III. Resumen  | 8  |
| IV. Diagnóstico   | 9  |
| 4.1. Funcionamiento de la red prestacional en Perú  | 9  |
| 4.2. Marco normativo  | 15 |
| V. Dificultades y recomendaciones para implementar RIS de calidad                                       | 18 |
| 5.1. Proceso estratégico: rectoría  | 18 |
| 5.1.1. Ejercicio rector del Minsa para promover las RIS y capacidad de conducción sanitaria en los GORE | 18 |
| 5.2. Proceso misional: gestión de las prestaciones  | 19 |
| 5.2.1. Falta de enfoque centrado en el ciudadano  | 19 |
| 5.3. Proceso de soporte   | 20 |
| 5.3.1. Limitada calidad y gestión del personal de salud   | 20 |
| 5.3.2. Gestión logística heterogénea  | 21 |
| 5.3.3. Sistemas de información poco desarrollados y no interoperables                                   | 22 |
| VI. COVID- 19: avances hacia la articulación prestacional   | 24 |
| Referencias bibliográficas  | 27 |

# I. Siglas y acrónimos

|                 |   |
|-----------------|---|
| <b>APP</b>      | Asociación público-privada  |
| <b>SERVIR</b>   | Autoridad Nacional del Servicio Civil                             |
| <b>AVISAS</b>   | Años de vida saludables perdidos                                  |
| <b>CUS</b>      | Cobertura sanitaria universal                                     |
| <b>Diresa</b>   | Dirección regional de salud                                       |
| <b>EPP</b>      | Equipo de protección personal (EPP)                               |
| <b>EsSI</b>     | Servicio de Salud Inteligente de EsSalud                          |
| <b>GOLO</b>     | Gobiernos locales   |
| <b>GORE</b>     | Gobiernos regionales  |
| <b>IAFAS</b>    | Instituciones administradoras de fondos de aseguramiento en salud |
| <b>IGSS</b>     | Instituto de gestión de servicios de salud                        |
| <b>IPRESS</b>   | Instituciones prestadoras de servicios de salud                   |
| <b>MAIS</b>     | Modelo de atención integral en salud                              |
| <b>Minsa</b>    | Ministerio de Salud   |
| <b>OMS</b>      | Organización Mundial de la Salud                                  |
| <b>OPS</b>      | Organización Panamericana de la Salud                             |
| <b>RIAPS</b>    | Redes integradas de atención primaria de salud                    |
| <b>RIS</b>      | Redes integrales de salud   |
| <b>SICOVID</b>  | Sistema Integrado para COVID-19                                   |
| <b>SNCDs</b>    | Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud            |
| <b>UGIPRESS</b> | Unidades de gestión de las IPRESS                                 |

## II. Glosario

### **Atención integral en salud**

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 resolutive)**

Capacidad de la oferta de servicios para satisfacer las necesidades de salud de la población. Se mide en términos cuantitativos y cualitativos. En el primer caso, toma en cuenta la capacidad de producir la suficiente cantidad de servicios para satisfacer las necesidades de la población. En el segundo, analiza la capacidad para producir el tipo de servicios que efectivamente solucionan las necesidades de la población (Minsa, 2005).

### **Cartera de servicios de salud**

Conjunto de prestaciones que brindan los establecimientos de salud y el servicio médico de apoyo. Responden a las necesidades de salud de la población y a las prioridades sanitarias sectoriales (DS N° 019-2020-SA, 2020).

### **Cobertura sanitaria universal (CUS)**

Consiste en asegurar que las personas reciban los servicios sanitarios que necesitan, sin tener que pasar penurias financieras para pagarlos (OMS, 2012). Tiene tres dimensiones: prestacional (servicios cubiertos), poblacional (personas cubiertas) y financiera (gastos cubiertos).

### **Establecimientos de salud**

Lugares donde se ofrece atención de salud en régimen ambulatorio o de internamiento con fines de prevención, promoción, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación (DS N° 019-2020-SA, 2020).

### **Equipo de gestión de las redes integradas de salud (RIS)**

Son los profesionales de las unidades de gestión de las IPRESS (UGIPRESS) que aseguran el buen uso de los recursos, operaciones, control y rendición de cuentas, y gerencian las operaciones de la RIS (DS N° 019-2020-SA, 2020).

### **IAFAS**

Son las instituciones administradoras de fondos de aseguramiento en salud. Se encargan de gestionar los fondos destinados a financiar prestaciones de salud o coberturas de riesgos de salud de sus afiliados (Ley N° 29344, 2009).

### **IPRESS**

Son las instituciones prestadoras de servicios de salud son establecimientos públicos, privados o mixtos (Ley N° 29344, 2009).

### **Procesos misionales**

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

### **Puerta de entrada al sistema de salud**

Es el primer punto de contacto de los usuarios con el sistema de salud en la atención domiciliaria, prehospitalaria, hospitalaria electiva o de emergencia (Cosavalente-Vidarte O, et al., 2019).

### **Trazabilidad**

Capacidad de rastrear procesos o productos para contar con información completa en todas las etapas del procedimiento (GS1 Perú, 2006).

# III. Resumen

La pandemia por la enfermedad COVID-19 ha hecho visible la necesidad de organizar las redes integradas de salud (RIS) en el Perú. Estas 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” (El Peruano, 2018). Implementar adecuadamente las RIS permitiría mejorar el acceso y la calidad de los servicios de salud, al articular establecimientos y servicios, de diferentes niveles de complejidad y en territorios definidos, para atender a poblaciones asignadas. Además, contribuiría a fortalecer la gestión del primer nivel de atención —centros de salud y postas médicas— para que sean la puerta de entrada de los ciudadanos al sistema nacional de salud y puedan resolver la mayor parte de servicios requeridos.

En este documento de investigación presentamos el diagnóstico situacional y normativo de las RIS. Luego, abordamos los retos y recomendaciones para hacer realidad el trabajo coordinado y efectivo de la prestación sanitaria. Y, finalmente, proponemos cambios que pueden implementarse en un tiempo razonable para ayudar a mitigar emergencias sanitarias como la actual pandemia.



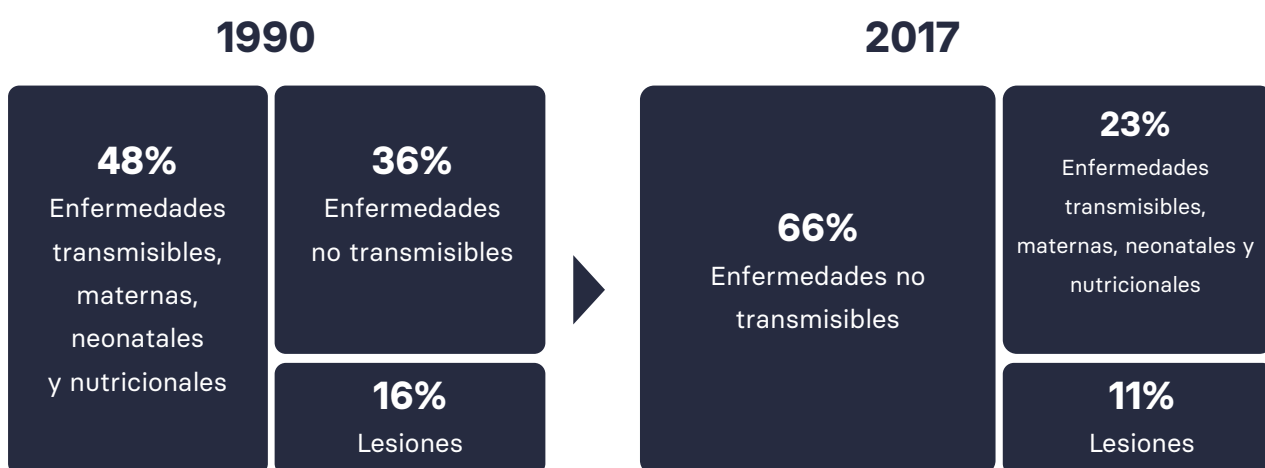
# IV. Diagnóstico

## 4.1. Funcionamiento de la red prestacional en el Perú

La gestión de la prestación del servicio es uno de los procesos misionales centrales del sistema de salud; es decir, está establecida en su misión como una de sus funciones esenciales. Debe brindar los servicios sanitarios de manera oportuna, segura y con calidad. Y las atenciones deben responder a las necesidades sanitarias de la población.

Como vimos en el primer documento de esta serie, la carga de enfermedad en el Perú ha venido cambiando. En los años noventa, la mayor parte estaba concentrada en enfermedades transmisibles, maternas, neonatales y nutricionales. Sin embargo, en la última década hay una mayor presencia de enfermedades no transmisibles: afecciones cardiovasculares, cáncer, diabetes, enfermedades crónicas, entre otras (ver Ilustración N.º 1). Estos cambios en el perfil epidemiológico son un desafío para el sistema de salud, que debe buscar nuevas formas de satisfacer esta demanda de servicios.

**Ilustración N° 1: Carga de enfermedad en el Perú 1990-2017 (concentración por tipo de enfermedad, %)**



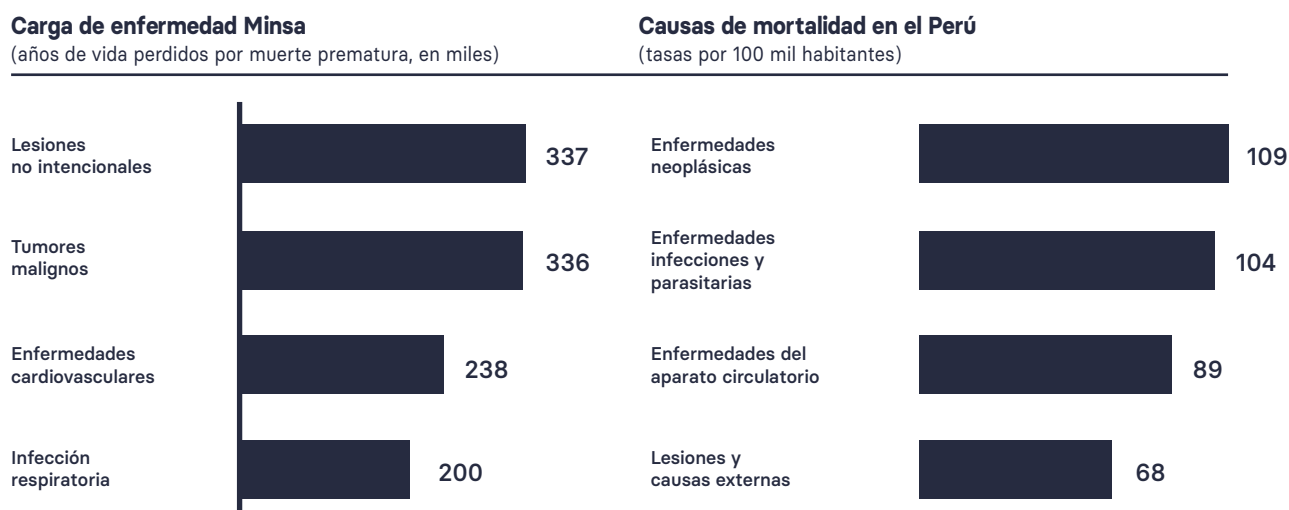
Fuente: GBD compare, Global Health Data Exchange<sup>1</sup>  
Elaboración propia.

<sup>1</sup> <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>

La información del Ministerio de Salud (Minsa) muestra que las enfermedades neoplásicas son la principal causa de mortalidad en el país (ver Ilustración N.º 2). Las enfermedades cardiovasculares también son una fuente importante de años de vida perdidos y de mortalidad.

El sistema de salud peruano enfrenta problemas relacionados a patologías infecciosas y a los determinantes de la salud, entendidos estos como los factores personales, sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos. Pero, además, su población presenta afecciones de países más desarrollados con estilos de vida sedentarios.

**Ilustración N° 2: Carga de enfermedad y causas de mortalidad - Minsa**



Fuente: Minsa (2016)  
Elaboración propia

Esta doble exigencia sanitaria, con cargas epidemiológicas absorbidas tanto de países en desarrollo como de países desarrollados, es enfrentada desde subsectores fragmentados que funcionan como entes independientes, sin buscar cooperación ni complementariedades<sup>2</sup>. Por ejemplo, cada una de las instituciones administradoras de fondos de

2 Como vimos en el documento anterior de esta serie, referido al modelo de gestión, en el sector salud hay cuatro subsectores: el Minsa y los Gobiernos regionales (GORE), el Seguro Social de Salud (EsSalud), las sanidades de las Fuerzas Armadas (FF.AA.) y de la Policía Nacional del Perú (PNP), y el subsector privado.

aseguramiento en salud (IAFAS) usa exclusivamente su red prestacional (Lazo-Gonzales O., 2016). Esto significa, por ejemplo, que un asegurado de EsSalud debe atenderse únicamente en los establecimientos de salud de EsSalud, y no del Minsa u otros.

Para que los asegurados puedan hacer uso indistinto de las redes prestacionales de salud se requiere aplicar mecanismos de intercambio prestacional. Sin embargo, su implementación ha sido casi nula. Esto porque, en la práctica, el mecanismo se ha desarrollado con una lógica residual: las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPRESS) solo ofrecen atender a los asegurados de otros subsistemas para aquellos servicios en los que cuentan con capacidad instalada ociosa.

**Ilustración N° 3: Niveles de atención y esquema de organización de las RIS**



\*Establecimientos de salud o clínicas

Fuente: El Peruano (2019)  
Elaboración propia

Además, la debilidad del primer nivel de atención —con insuficientes recursos para atender la demanda— hace que los ciudadanos busquen resolver sus problemas de salud yendo principalmente a las farmacias y boticas privadas (15.8%), en lugar de acudir a un establecimiento de salud. Esto revela la necesidad de replantear el modelo de atención.

**Cuadro N° 1: Población con algún problema de salud que buscó atención, según lugar o establecimiento de consulta**

| <b>Lugar o establecimiento</b>              | <b>2019 (enero-marzo)</b> | <b>2020 (enero-marzo)</b> |
|---|---------------------------|---------------------------|
| <b>Total que buscó atención</b>             | <b>42.8%</b>              | <b>40.8%</b>              |
| <b>Farmacia o botica</b>                    | <b>16.9%</b>              | <b>15.8%</b>              |
| <b>Minsa</b>                                | <b>12.8%</b>              | <b>12.8%</b>              |
| <b>Particular</b>                           | <b>6.4%</b>               | <b>5.4%</b>               |
| <b>EsSalud</b>                              | <b>5.9%</b>               | <b>5.6%</b>               |
| <b>Fuerzas Armadas y/o Policía Nacional</b> | <b>0.2%</b>               | <b>0.3%</b>               |
| <b>Otros*</b>                               | <b>0.5%</b>               | <b>0.5%</b>               |

\* Otros: domicilio, casa de curandero o huesero

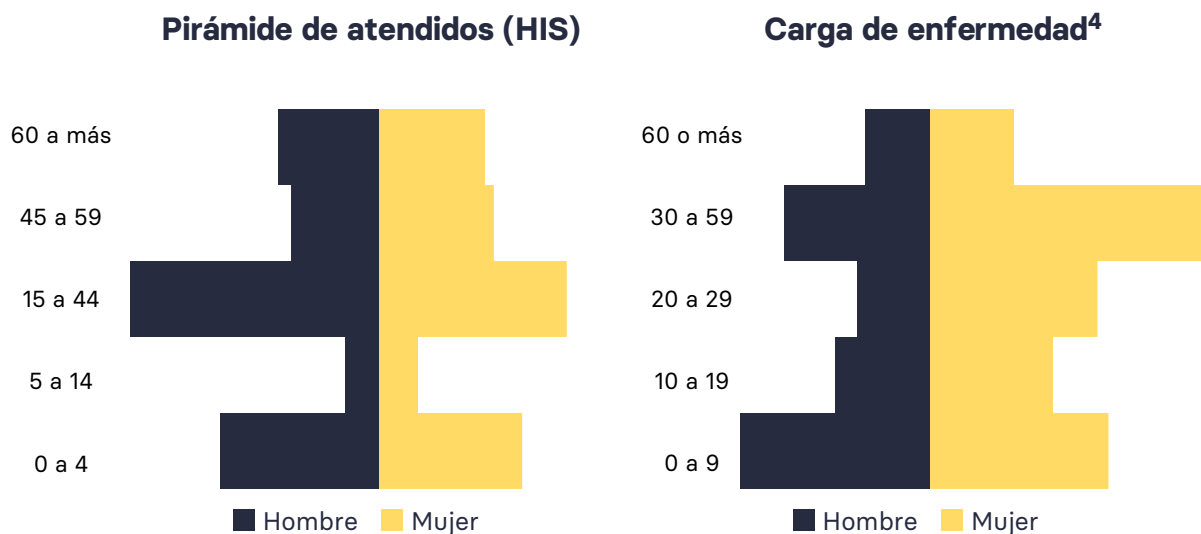
Fuente: ENAHO (2020).

Elaboración propia

La brecha prestacional queda clara, también, cuando observamos cómo se distribuyen las atenciones en el ámbito Minsa-GORE<sup>3</sup>. Su oferta se orienta principalmente a resolver la demanda de población infantil (0 a 4 años) y femenina en edad fértil (15 a 44 años), pese a que, como vimos, el reto hoy son las enfermedades no transmisibles. Es decir, no hay concordancia entre la carga de enfermedad, la demanda efectiva de servicios y la oferta de la red pública en el país.

3 <https://www.minsa.gob.pe/hisminsa/>

## Ilustración N° 4: Número de atendidos por sexo y edad



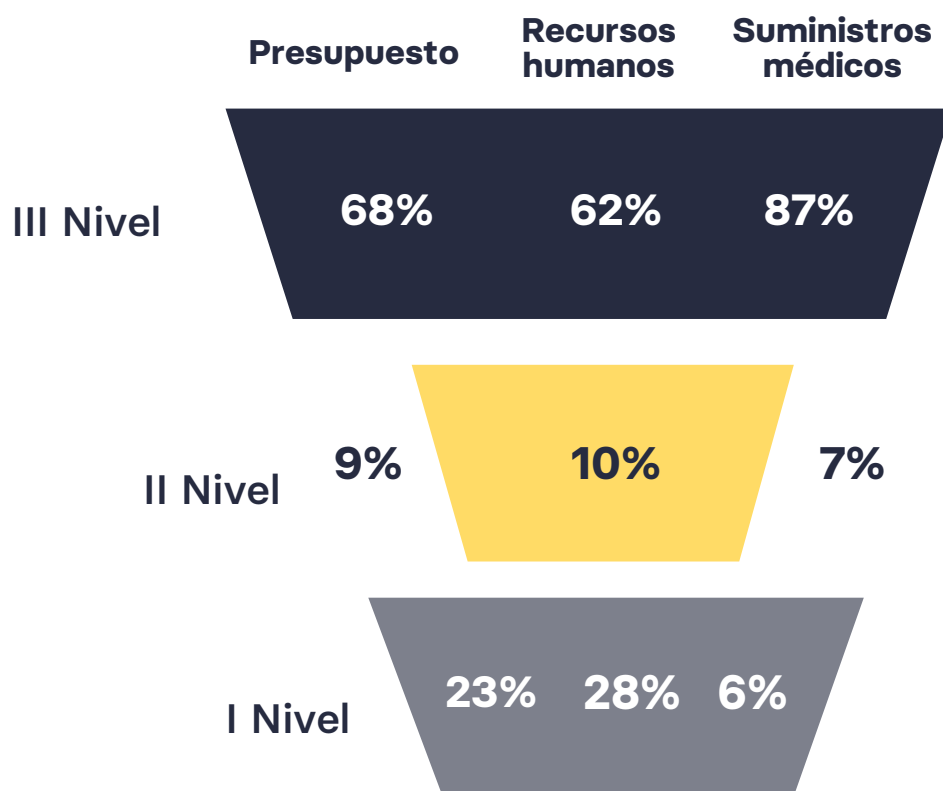
Fuente: HIS (2018); Minsa (2016)  
Elaboración propia

Esta incapacidad para atender la demanda de manera integral también se debe a la falta de un modelo de atención que oriente el proceso de gestión prestacional<sup>5</sup>. El primer nivel de atención debería resolver entre el 80% al 85% de las necesidades de salud más frecuentes (Minsa, 2011). Sin embargo, si vemos Lima Metropolitana comprobamos que mantiene el esquema de un hospital céntrico que acapara el 68% del presupuesto, el 62% de los recursos humanos y el 87% de los suministros médicos (ver Ilustración N.º 4).

4 Basada en la información de los años de vida saludables perdidos (AVISAS).

5 Para mayor detalle, ver el documento anterior de esta serie, referido al modelo de gestión.

**Ilustración N° 5: Distribución de presupuesto, recursos humanos y suministros médicos por niveles de atención, Lima Metropolitana**



Fuente: SIAF (2019)  
Elaboración propia

La dificultad para acceder a una atención oportuna y de calidad lleva a una sobreutilización de los hospitales y de la atención en emergencias. Esto especialmente en EsSalud, que concentra el 70% de las atenciones en emergencias.

Se necesita un cambio estructural y nuevos modelos de atención y gestión. Y, en ese camino, surge el modelo de las redes integradas de salud (RIS).

Si bien el viraje al modelo de las RIS es una oportunidad (Minsa, 2016), deberá enfrentar la brecha existente en infraestructura, estimada en 57,000 millones de soles (MEF, 2019)<sup>6</sup> y en 73,093 profesionales de la salud como déficit en recursos humanos (Minsa, 2019).

<sup>6</sup> 28,281 millones de soles para EsSalud (EsSalud, 2019) y 27,545 millones de soles para el Minsa y los GORE.

## 4.2. Marco normativo

Ilustración N° 6: Flujo de tiempo de normativa y su descripción en el marco de las RIS



Elaboración propia

La intención de construir un modelo prestacional basado en las RIS, con énfasis en el primer nivel de atención, no es nueva. De hecho, en la década de los noventa la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) impulsaron las RIS como unidades de conducción, programación y gerencia a través del desarrollo integral de la salud (Cosavalente-Vidarte O, et al., 2019).

En el Perú, en 2002 la Ley N.º 27783 transfirió las competencias sectoriales (funciones y servicios) a los Gobiernos regionales y locales y determinó la conformación de redes bajo el concepto de microrredes de establecimientos y servicios de salud (Ley N° 27783, 2002; Cosavalente-Vidarte O, et al., 2019). Ese mismo año se promulgó la Ley N.º 27813, "Ley del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud" (SNCDs), que transfirió a los Gobiernos regionales y locales los servicios públicos de salud. Se precisó que dicho proceso de transferencia debía ser acompañado "de los recursos financieros, técnicos, materiales y humanos directamente vinculados a los servicios transferidos que aseguren su continuidad y eficiencia, hasta su culminación". Su temporalidad dependía de la capacitación integral del personal responsable de conducirlas, así como de la articulación de acciones con los demás servicios o componentes del SNCDs.

Posteriormente se publicó la Resolución Ministerial (RM) N.º 729-2003-Minsa, que implementó el Modelo de atención integral en salud (MAIS). Este coloca a la persona, la familia y la comunidad como el centro de la misión sanitaria (CDN, 2003).

En 2013 se publicó la primera normativa específica sobre redes integradas mediante el Decreto Legislativo (DL) N.º 1166, que aprobó la conformación y el funcionamiento de las redes integradas de atención primaria de salud (RIAPS). Sin embargo, fue posteriormente derogada (El Peruano, 2013; Cosavalente-Vidarte O, et al., 2019).

En 2018 se logró la aprobación de la propuesta de las RIS, bajo la Ley N.º 30885, que establece su conformación y funcionamiento y las define como el conjunto de organizaciones que prestan una cartera de atención de salud de manera equitativa e integral a una población definida territorialmente. Para ello promueve la articulación, coordinación y complementación de servicios entre las IPRESS de los diversos subsistemas, siempre con énfasis en el primer nivel de atención (El Peruano, 2018).

Dos años después, el 28 de mayo de 2020, se difundió el reglamento de dicha ley (DS N.º 019-2020-SA). El documento define los criterios de delimitación territorial y poblacional para la conformación de las RIS —tamaño, concentración y accesibilidad— en función de una cartera de servicios. Además, prioriza el primer nivel de atención y establece los parámetros para el funcionamiento de las RIS según provisión, financiamiento, gobernanza y mecanismos de control.

El reglamento enfatiza la conformación de equipos de trabajo funcionales a cargo de la autoridad sanitaria regional y la autoridad sanitaria de Lima Metropolitana, con roles equivalentes. Sin embargo, desde el inicio del proceso de descentralización de las funciones de salud sigue pendiente que la Municipalidad Metropolitana de Lima asuma estas responsabilidades. El reglamento otorga, tanto a la autoridad sanitaria regional como a la autoridad sanitaria de Lima Metropolitana la función de monitoreo, supervisión y evaluación de las RIS (DS N.º 019-2020-SA, 2020).

Los equipos de gestión RIS son los responsables de administrar la provisión de servicios de salud individual y pública, supervisar con apoyo de la gestión clínica y de las tecnologías de información y comunicación (TIC), y proponer los flujos de referencia y contrarreferencia de las RIS hacia los hospitales e institutos especializados. Además, asignan los



recursos a sus IPRESS en función de su productividad y las necesidades de la demanda (DS N° 019-2020-SA, 2020).

El reglamento toma en cuenta a todas las IAFAS e IPRESS públicas y privadas para la conformación y el financiamiento de las RIS, sin distinción temporal para incluir a las IPRESS de EsSalud, Minsa y Gobiernos regionales (GORE) en este proceso. Es decir, el reglamento no precisa si este proceso se deberá realizar por etapas ni qué institución deberá incorporarse primero. Esto permite que las IPRESS privadas y mixtas se puedan ir incorporando progresivamente mediante la suscripción de contratos, para que las RIS puedan ampliar y optimizar su capacidad de atención.

En el marco del proyecto del Banco Interamericano de Desarrollo y del Banco Mundial titulado “Creación de redes integradas de salud (RIS) de Perú”, con énfasis en Lima Metropolitana y regiones priorizadas (Banco Mundial, 2019), el 13 de junio de 2020 se promulgó la RM N.º 391-2020-Minsa. Esta aprueba el listado de prestaciones referenciales para la cartera de servicios en establecimientos del primer nivel de atención de 12 horas (que deben ser la puerta de entrada de la RIS) y de 24 horas (zonas sanitarias de la RIS). Esta disposición define las prestaciones necesarias de cada establecimiento de salud del primer nivel para que brinden un conjunto de intervenciones por etapa de vida. Por ejemplo: vejez y vacunación, juventud y planificación familiar, entre otras.

En el marco de la emergencia sanitaria COVID-19, el 21 de abril de 2020 se publicó el DL N.º1466 que aprobó disposiciones para fortalecer y facilitar la implementación del intercambio prestacional en salud. Este busca permitir la adecuada prestación de los servicios de prevención y atención de salud para las personas contagiadas y con riesgo de contagio. Sin embargo, más que nuevas normas, lo que es indispensable es desplegarlas con acciones tangibles.

# V. Dificultades y recomendaciones para implementar RIS de calidad

Para promover la implementación efectiva de las RIS en el Perú es necesario resolver las brechas estratégicas, misionales y de soporte<sup>7</sup>. En esta sección exponemos las principales dificultades que limitan la gestión e implementación eficiente de las RIS, además de recomendaciones para lograr su aplicación de manera gradual, según la prioridad del caso.

## 5.1. Proceso estratégico: rectoría

### 5.1.1. Ejercicio rector del Minsa para promover las RIS y capacidad de conducción sanitaria en los GORE

A raíz de la desactivación del Instituto de Gestión de Servicios de Salud (IGSS) en el año 2017 (RM N° 522-2017/Minsa), los hospitales nacionales y las DIRIS de Lima Metropolitana pasaron a estar a cargo del Minsa. Para ello, transfirieron sus competencias, funciones, presupuesto, recursos, acervo documentario y bienes.

Sin embargo, la función principal e indelegable del Minsa es la rectoría del sistema nacional de salud. Debe conducir, regular y supervisar su funcionamiento, así como hacer seguimiento y evaluar el desempeño y resultados de políticas, planes y programas de su competencia. El reglamento de las RIS también incorpora al Minsa como responsable de planear, coordinar, ejecutar y monitorear las políticas. Además, de implementarlas de manera conjunta con las autoridades sanitarias regionales, locales y de Lima Metropolitana.

Este doble rol del Minsa, como rector y operador de la gestión prestacional en la ciudad de Lima, le resta fortaleza a su conducción porque se ve obligado a ser juez y parte, con lo que distrae recursos y tiempo. Frente a ello se propone diferenciar claramente sus funciones y transferir el proceso de gestión de las prestaciones a la Municipalidad Metropolitana de Lima.

Por otro lado, las direcciones regionales de salud (DIRESA), o sus

<sup>7</sup> Más detalle sobre los macroprocesos de salud en el primer documento de esta serie "Marco general del sistema de salud".

equivalentes regionales, son parte de la Gerencia de Desarrollo Social de los GORE y son responsables de proponer las políticas regionales de salud, así como de dirigir los establecimientos de salud de su ámbito. Sin embargo, hoy funcionan esencialmente como administradoras de recursos, sin agregar valor a la gestión de salud ni asumir el reto de lograr resultados sanitarios en sus departamentos. Ello se debe, en gran parte, a la falta de capacidad para la conducción, la inestabilidad de los equipos de gestión en los GORE y las diferentes estructuras organizacionales existentes en cada región.

Se requiere definir el modelo organizacional para las regiones, de modo que se establezca una línea de autoridad clara entre el rector nacional (Minsa) y el rector regional en salud. Este modelo debe permitir mejorar la comunicación y el flujo de información. Y, por supuesto, incluir el monitoreo de indicadores que midan la gestión regional, de modo que se conozca el desempeño de las autoridades y los logros o retrocesos en salud en dicha localidad.

## **5.2. Proceso misional: gestión de las prestaciones**

### **5.2.1. Falta de enfoque centrado en el ciudadano**

Las RIS deben articular los establecimientos de salud en el territorio para atender la demanda con adecuada capacidad resolutive. En cambio, hoy la categorización de los establecimientos de salud promueve una distribución heterogénea de la oferta, donde cada IPRESS intenta tener más servicios propios para aumentar su categoría. Esto sumado a la falta de organización que impide un adecuado sistema de referencias y contrarreferencias: 6 de cada 10 usuarios reportaron no estar satisfechos con el servicio (Salomón, 2017). Este alude a las actividades administrativas y asistenciales que permiten derivar a un paciente a un establecimiento de salud de mayor capacidad resolutive para que, concluido el tratamiento, sea nuevamente remitido al establecimiento de origen para asegurar la continuidad en su atención y cuidado.

Es necesario que el Minsa reemplace el modelo obsoleto de categorización de establecimientos de salud y pase a otro que gestione las RIS de manera sinérgica para utilizar toda su capacidad resolutive. Deben establecer convenios y contratos entre establecimientos. Para ello, el ente rector y las IAFAS deben definir las modalidades de compra y venta de servicios, de modo que los gestores de las RIS puedan tomar decisiones seguras en el tiempo.

Por otro lado, el fortalecimiento del primer nivel de atención es clave para que resuelva el 80-85% de los problemas de salud de la población. El uso del pago capitado<sup>8</sup> por paciente atendido como modalidad de financiamiento en las RIS es un buen incentivo para lograr resultados sanitarios tangibles, si se establecen las metas a lograr para recibir mayores recursos necesarios. Las unidades de gestión de las IPRESS (UGIPRESS) tienen el rol de proveer recursos para las RIS y deben ser el soporte para la operación de todos los servicios en la red, con una lógica centrada en las necesidades de los usuarios.

Por último, es primordial establecer un flujo efectivo de referencias y contrarreferencias que, usando una plataforma única de gestión, promueva la complementariedad en la cartera de servicios. Este sistema también contribuiría a garantizar la continuidad vertical de la red prestacional (entre los diferentes niveles de atención).

Proponemos organizar un sistema de referencias y contrarreferencias considerando la oferta multisectorial. El ente rector debe emplear información y conocimiento de la realidad peruana, y buscar articular la capacidad resolutive en los diferentes territorios considerando las diferencias regionales para su adecuado manejo. Esto pasa por identificar gestores competentes y modelar adecuadamente los tiempos y esquemas que requiere el traslado asistido de los pacientes que necesitan una referencia.

## **5.3. Procesos de soporte**

### **5.3.1. Limitada calidad y gestión del personal de salud**

Si bien el reglamento de las RIS incentiva las capacidades de los gestores, no especifica cómo se logrará. Dos temas a destacar al respecto.

En primer lugar, se debe reforzar las competencias de quienes manejarán los establecimientos y las RIS. Si se decide que sean los médicos o profesionales de salud quienes los gerencien, deberán ser capacitados para dirigir a sus equipos de gestión y a los profesionales de la salud, conocer los sistemas administrativos del Estado, y coordinar con actores locales clave —como el municipio y las organizaciones sociales de base— para un mayor acercamiento a la comunidad, entre otros aspectos.

<sup>8</sup> Es el pago por asegurado estimado tomando en cuenta el costo medio de ofrecer determinados servicios a una población.

Además, para conformar los equipos de gestión RIS hay que atraer y promover talento capaz de gestionar la provisión de los servicios de salud. Se debe retomar el desarrollo de la carrera pública para reclutar gestores sanitarios mediante convocatorias abiertas, competitivas y transparentes. Una alianza con la Autoridad Nacional del Servicio Civil (SERVIR) sería una señal importante.

Otra opción es optar por un modelo donde administradores calificados asuman esta responsabilidad. En cualquier caso, los equipos de conducción deben tener identificados los logros de gestión a obtener. Serán claves para ello los tableros de mando con indicadores generados por los sistemas de información prestacional, financiero y logístico.

En segundo lugar, lejos de lograr una mirada del proceso completo, el modelo de gestión actual limita la gerencia a funciones específicas. Así, por ejemplo, las estrategias sanitarias se manejan de forma independiente entre sí y con equipos de profesionales distintos. Entonces, puede observarse al personal a cargo de las inmunizaciones realizando su labor con diligencia y visitando los hogares, pero con un solo objetivo: vacunar. En cambio, se podría tener una mirada enfocada en el ciudadano que permita cuidarlo de manera integral: protegerlo también contra otros riesgos o desarrollar labor preventiva ante la prevalencia de anemia o desnutrición, problemas de salud mental, detección de síndrome metabólico, entre otros. Esta mirada reduciría los reprocesos y mejoraría la productividad de la RIS en su conjunto.

### **5.3.2. Gestión logística heterogénea**

La información de los recursos y su utilización es fundamental para lograr eficiencia y continuidad de la provisión de servicios en la red. Sin embargo, debido a la fragmentación del sector, existen diferencias en la gestión logística de cada subsistema. Esto impide alcanzar las ventajas de un sistema integrado, como ocurre con las economías de escala en los procesos de adquisición y distribución o la gestión de inventarios tomando en cuenta la información de todos los almacenes (que ahora son "islas" de información).

Más aún, la ausencia de información sobre el ciclo de abastecimiento de los medicamentos, desde la programación y compra hasta que llega finalmente al ciudadano, afecta la calidad de los servicios. Cuando los medicamentos recetados por el médico no llegan al paciente, este se ve obligado a utilizar su dinero para comprarlos en las farmacias privadas, lo que aumenta el gasto de bolsillo y afecta la economía familiar. Además, al perderse información de esta demanda insatisfecha se perpetúa la

ineficiencia del ciclo.

Para superar esto, se recomienda adoptar una solución que permita la trazabilidad de los recursos en toda la cadena de abastecimiento público. Solo así se podrá garantizar la continuidad de la atención. Y ello implica adoptar un estándar de identificación para “seguir” al bien en la cadena logística, tener aplicaciones informáticas integradas o interoperables, e instaurar una cultura de gestión de la información. Debe considerar un proceso logístico gestionado con oportunidad, calidad y eficiencia. Además, que esté relacionado al proceso de gestión de la prestación, pues define qué recursos terapéuticos se necesitan para satisfacer la demanda.

Para lograr lo anterior es necesario que las aplicaciones electrónicas del sector estén homologadas con aquellas promueve Perú Compras, la central de compras del Estado peruano, pues simplificará la labor operativa en la UGIPRESS. Sistemas de información interoperables serán claves para enlazar la información en las distintas fases de la cadena de abastecimiento público y de la prestación de salud que permitan mejorar el servicio.

### **5.3.3. Sistemas de información poco desarrollados y no interoperables**

Los gestores tienen dificultades para tomar decisiones sustentadas en la información, pues las aplicaciones vinculadas al financiamiento, prestación y soporte no están conectadas entre sí, mantienen vacíos, se reportan con poca oportunidad y consistencia, e incluso algunas se superponen<sup>9</sup>. En consecuencia, los indicadores sanitarios y de gestión no se miden de manera adecuada. De hecho, cada subsector maneja su propio sistema informático o aplicaciones para los procesos administrativos y de gestión prestacional, con calidad heterogénea y dependiendo de variables como la velocidad de conexión, el nivel de obsolescencia de su infraestructura en tecnologías de la información o la resistencia al uso de entornos digitales.

Es imprescindible desarrollar interfaces para que los sistemas informáticos sean interoperables, vinculen los datos prestacionales, financieros, administrativos y logísticos, y mejoren la calidad y disponibilidad de información de los procesos críticos del sector salud.

9 En el ámbito Minsa-GORE existen diferentes sistemas para recolectar información (HIS, SIS, SISMED), además de los propios de los hospitales de mayor complejidad. Esto lleva a que la información registrada sea redundante y haya poca consistencia en los datos.

Una experiencia positiva es el Servicio de Salud Inteligente (EsSi)<sup>10</sup> de EsSalud, una solución para registrar las atenciones de salud en toda su red y que, además, vincula en Lima y Callao al sistema de información del abastecimiento de medicamentos a cargo de su operador logístico. Esto implica un cambio en la cultura organizacional en las entidades del Estado y en los funcionarios públicos, muchos de los cuales muestran resistencia o tienen dificultades objetivas para desempeñarse en un entorno digital. Por ello, es aconsejable desplegar acciones previas que implementen y promuevan el uso de las nuevas herramientas digitales (historias clínicas electrónicas y telesalud, por ejemplo). Estas herramientas servirían para que el personal pueda destinar mayor tiempo en la atención sanitaria, y facilitarían la rendición de cuentas.

La fragmentación entre subsectores no contribuye a garantizar la cobertura de aseguramiento de salud. Hoy, los ciudadanos asegurados al SIS y EsSalud solo pueden acudir al establecimiento de salud que indica su seguro. Para garantizar la atención integral en la RIS de modo independiente a la IAFAS a la que esté adscrita el usuario, se propone manejar la información crítica para lograr la continuidad vertical —referencias y contrarreferencias a los distintos niveles de complejidad— y horizontal —servicio de distintos subsistemas cuando sea necesario—.

Por último, para que las medidas relacionadas a los sistemas de información funcionen y alcancen a la población desde las redes de salud, es necesario fortalecer la cultura digital de los ciudadanos. Esto mediante estrategias que promuevan el uso de estas tecnologías y mejoren el acceso a nuevos servicios del Estado como la telesalud, clave para mejorar la cobertura prestacional en estos tiempos. Es necesario incentivar a los peruanos a que usen herramientas digitales para hacer seguimiento de su condición de salud, y fomentar aspectos como la promoción de salud, el seguimiento clínico, el control epidemiológico, entre otros.

10 <https://essi.pe/>

## **6. COVID-19: avances hacia la articulación prestacional**

Para enfrentar la pandemia, el “Plan nacional de reforzamiento de los servicios de salud y contención del COVID-19” readecuó los servicios de salud: se expandió la oferta sanitaria, se incrementaron los recursos, y se adaptaron los protocolos para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los casos confirmados. Además, se estableció que todas las entidades públicas y privadas debían responder al Minsa en los aspectos sanitarios. Mientras los pacientes graves pueden ser transferidos a clínicas privadas con una tarifa pagada por el Gobierno, la atención no relacionada al nuevo coronavirus quedó restringida a servicios de emergencia y urgencia.

A pesar de los esfuerzos del sistema de salud para enfrentar la pandemia, se han visibilizado y acentuado las carencias y deficiencias estructurales por resolver para articular las redes de salud de manera gradual y eficiente. El siguiente cuadro sintetiza las restricciones y recomendaciones planteadas de la sección anterior, en el marco del manejo de la emergencia sanitaria.



**Cuadro N° 2: Recomendaciones para implementar las RIS en el marco de la emergencia sanitaria**

| Procesos           | Recomendación  |
|--------------------|--|
| <b>Estratégico</b> | Lograr la articulación de las RIS (hasta las redes especializadas) para la trazabilidad de los pacientes COVID y no COVID y la continuidad en su atención.   |
|                    | Recuperar funciones del ente rector (Minsa) para la gestión centralizada de la emergencia sanitaria.   |
| <b>Misional</b>    | Mejorar la gestión de información y coordinación entre los agentes de la red pres-tacional para realizar las referencias de un modo oportuno y seguro, a través del Sistema Integrado para COVID-19 (SICOVID).   |
|                    | Fortalecer el primer nivel de atención para reducir la saturación de la oferta hospitalaria <sup>11</sup> .  |
|                    | Fortalecer los servicios de atención médica del primer nivel de atención: oxígeno-terapia y otros de atención rutinaria.   |
|                    | Desarrollar una estrategia vecinal para empoderar a las comunidades y que pue-dan contribuir en la atención y seguimiento de los pacientes. Por ejemplo: empa-dronar a la población vulnerable, así como formar redes de ayuda económica y social que brinden información y guías de atención y aislamiento a los contagiados que están en su hogar. |
|                    | Culminar los hospitales en construcción, que fueron convocados como procesos clásicos de obras públicas.   |
|                    | Optimizar la capacidad instalada actual: emplear espacios no ocupados en las IPRESS para atender a más pacientes, redistribuir los ambientes, construir centros temporales adicionales u hospitales de campaña para atender a pacientes leves o moderados.   |
|                    | Fortalecer la red nacional de laboratorios públicos y facilitar su articulación con laboratorios de otras instituciones, como universidades y empresas privadas, mediante alianzas estratégicas.   |

11 En los primeros meses de la pandemia, dado que las IPRESS del primer nivel de atención estaban débiles o cerradas, las personas optaron por acercarse a un hospital o instituto especializado, lo que las expuso a mayor riesgo. Peor aún, no accedieron a la atención médica requerida, lo que agravó su condición.

| Procesos       | Recomendación  |
|----------------|--|
|                | <p>Garantizar la distribución de equipos profesionales en el territorio según las necesidades sanitarias de la emergencia.</p>   |
| <b>Soporte</b> | <p>Desarrollar soluciones para lograr seguridad y disponibilidad de información crítica de hechos vitales (datos de contagiados, recuperados y fallecidos), abastecimiento de recursos críticos y equipo de protección para el personal de salud.</p>                        |
|                | <p>Establecer puntos de conectividad en las IPRESS del primer nivel de atención para garantizar el acceso a la telesalud de los servicios comunitarios y las personas. Esto tomando en consideración la mejora en las capacidades digitales del personal y la población.</p> |

# Referencias bibliográficas

Banco Mundial, 2019. Proyecto creación de redes integradas de salud beneficiará a 20.3 millones de peruanos [En línea]

Available at: <https://www.bancomundial.org/es/news/press-release/2019/01/31/proyecto-creacion-de-redes-integradas-de-salud-beneficiara-a-203-millones-de-peruanos>

CDN, 2003. RM 729-2003-MINSA: "La salud integral: compromiso de todos - El modelo de atención integral de salud" [En línea]

Available at: [https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/282407/254174\\_RM729-2003.pdf20190110-18386-1ngi05p.pdf](https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/282407/254174_RM729-2003.pdf20190110-18386-1ngi05p.pdf)

Cosavalente-Vidarte O, Z. L., J, F. & S., C.-F., 2019. Proceso de transformación hacia las redes integradas de salud en el Perú. Rev Perú Med Exp Salud Pública, 36(2), p. 319

DS N° 019-2020-SA, 2020. El Peruano [En línea]

Available at: <https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/decreto-supremo-que-aprueba-el-reglamento-de-la-ley-n-30885-decreto-supremo-n-019-2020-sa-1866899-12/>

El Peruano, 2013. DL N.º 1166: "Decreto Legislativo que Aprueba la Conformación y Funcionamiento de las Redes Integradas de Atención Primaria de Salud" [En línea]

Available at: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/197030-1166>

El Peruano, 2018. Ley N.º 30885: "Ley que establece la Conformación y el Funcionamiento de las Redes Integradas de Salud (RIS)" [En línea]

Available at: <https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/ley-que-establece-la-conformacion-y-el-funcionamiento-de-las-ley-n-30885-1724734-2/>

El Peruano, 2019. Crearán redes integradas de salud [En línea]

Available at: <https://www.elperuano.pe/noticia-crearan-redes-integradas-salud-76442.aspx>

ENAH0, 2019. Microdatos: base de datos [En línea]

Available at: <http://inei.inei.gob.pe/microdatos/>

ENAH0, 2020. Informe técnico: condiciones de vida en el Perú [En línea]

Available at: <http://m.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/condiciones-de-vida-ene-feb-mar2020.pdf>

Gestión, 2020. Perú ocupa el puesto 100 en velocidad de internet fijo a nivel mundial, alerta Opecu [En línea]

Available at: <https://gestion.pe/tecnologia/peru-ocupa-el-puesto-100-en-velocidad-de-internet-fijo-a-nivel-mundial-alerta-opecu-nndc-noticia/>

GS1 Perú, 2006. Rastreabilidad de alimentos, s.l.: s.n.

INEI, 2017. Perú: Perfil sociodemográfico [En línea]

Available at: [https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib1539/cap01.pdf](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1539/cap01.pdf)

Lazo-Gonzales O., A.-R. J. E.-H. O., 2016. El sistema de salud en Perú: situación y desafíos, 2016: Colegio Médico del Perú

Ley N.º 27783, 2002. El Peruano [En línea]

Available at: [https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/255673/229441\\_file20181218-16260-6rs0bk.pdf](https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/255673/229441_file20181218-16260-6rs0bk.pdf)

Ley N.º 27813, 2002. El Peruano [En línea]

Available at: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/424120/ley-n-27813.pdf>

Ley N.º 29344, 2009. El Peruano [En línea]

Available at: <https://www.gob.pe/institucion/congreso-de-la-republica/normas-legales/229356-29344>

Ley N.º 29344, 2009. El Peruano [En línea]

Available at: <https://www.gob.pe/institucion/congreso-de-la-republica/normas-legales/229356-29344>

Minsa, 2005. Lineamientos para la adecuación de la organización de las direcciones regionales de salud en el marco el proceso de descentralización [En línea]

Available at: [http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1212\\_MINSA1503.pdf](http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1212_MINSA1503.pdf)

Minsa, 2005. Norma técnica. Categorías de establecimientos del sector salud, s.l.: s.n.

Minsa, 2011. Modelo de atención integral de salud basado en familia y comunidad [En línea]

Available at: <https://determinantes.dge.gob.pe/archivos/1880.pdf>

- Minsa, 2011. Plan nacional de fortalecimiento del primer nivel de atención [En línea]  
Available at: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/1620.pdf>
- Minsa, 2016. Carga de enfermedad en el Perú [En línea]  
Available at: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/276778-carga-de-enfermedad-en-el-peru-estimacion-de-los-anos-de-vida-saludables-perdidos-2016>
- Minsa, 2016. Hacia la cobertura universal en salud [En línea]  
Available at: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3398.pdf>
- Minsa, 2019. Minsa y Gobiernos regionales. Recursos humanos en salud. Ayuda memoria. Diciembre 2019. [En línea]
- MINSA, 2020. Diagnóstico de brechas de infraestructura o acceso a servicios en el sector salud. [En línea]  
Available at: <https://www.minsa.gob.pe/transparencia/index.asp?op=301#>
- MinSalud, 2015. Estudio sobre el modo de gestionar la salud en Colombia [En línea]  
Available at: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Estudio%20sobre%20el%20modo%20de%20gestionar%20la%20salud%20en%20Colombia.pdf>
- Minsa, s.f. HISMINSA [En línea]  
Available at: <https://www.minsa.gob.pe/hisminsa/>
- Mor, N., 2020. In developing countries, communities and primary care providers—not hospitals—hold the key to successful pandemic response, Washington: Brookings
- OMS, 2006. World Health Report [En línea]
- RM N° 391-2020-MINSA, 2020. El Peruano [En línea]  
Available at: [https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/835327/RM\\_391-2020-MINSA.pdf](https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/835327/RM_391-2020-MINSA.pdf)
- Salomón, M., 2017. Propuesta de un modelo de gestión pública de referencia-contrarreferencia para optimizar la calidad de servicio al paciente en una microrred hospitalaria de Lima ciudad 2017 , s.l.: USMP
- Susalud, 2020. Registro nominal de asegurados [En línea]

Available at:

<https://mail.google.com/mail/u/1/#inbox/VKp?projector=1&messagePartId=0.2>

University of Washington, 2017. GBD Compare | Viz Hub. [En línea]

Available at: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>

[Último acceso: 22 mayo 2020]

