



2. Políticas sociales

# 2.2 Cambios en el sistema de salud centrados en el ciudadano

Janice Seinfeld, Óscar Ugarte, César Amaro,  
Oriana Salomón, Alfredo Dancuart  
VIDENZA CONSULTORES

**Proyecto Perú Debate 2021: propuestas hacia un mejor gobierno**

Cayetano Heredia 861, Jesús María  
perudebate.org

**Organizadores:**

Consortio de Investigación Económica y Social (CIES)  
Escuela de Gobierno y Políticas Públicas de la Pontificia Universidad Católica del Perú (EGPP-PUCP)  
Instituto de Estudios Peruanos (IEP)  
Asociación Civil Transparencia  
Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico (CIUP)  
IDEA Internacional

**Primera edición:** Lima, abril de 2021

**Coordinador:** Kevin Tello

**Edición y corrección de estilo:** Luis Ráez

**Diseño e ilustraciones:** Enrique Gallo

Hecho el depósito legal en la Biblioteca Nacional del Perú  
N.º de depósito legal: 2021-03652

Los organizadores, aliados estratégicos y auspiciadores no comparten necesariamente las opiniones que se presentan en esta publicación, que son de exclusiva responsabilidad de los autores.

## Contenido

### 4

#### Presentación

### 5

#### Resumen

### 6

#### Diagnóstico de la situación actual

Mandato de la política sanitaria nacional e internacional	6
Estado de la salud en el Perú	7
Causas y determinantes del estado de salud	8
Limitaciones en los procesos estratégicos	9
Limitaciones en los procesos misionales: gestión del financiamiento	10
Limitaciones en los procesos misionales: gestión de la prestación	12
Limitaciones en los procesos de soporte	13

### 15

#### Opciones de política

Gestión de la rectoría	15
Financiamiento	16
Prestación	17
Recursos humanos	18
Tecnologías de la información y la comunicación	18
Abastecimiento	19

### 20

#### Identificación de los costos y beneficios de las opciones de política

Análisis de costos y beneficios	20
---------------------------------	----

### 23

#### Objetivos específicos

Diferenciación de la rectoría de la prestación	23
Disponer de información para tomar decisiones	23
Ordenar el flujo e incrementar el financiamiento en salud	24
Implementar las RIS	24

### 25

#### Obstáculos para la implementación de la política seleccionada

Diferenciación de la rectoría de la prestación	25
Disponer de información para tomar decisiones	25
Ordenar el flujo e incrementar el financiamiento en salud	26
Implementar las RIS	26

### 27

#### Recomendaciones para la implementación

Diferenciación de la rectoría de la prestación	27
Disponer de información para la toma de decisiones	28
Ordenar el flujo e incrementar el financiamiento en salud	28
Implementar las RIS con enfoque en las necesidades ciudadanas	28

### 30

#### Hoja de ruta

Diferenciación de la rectoría de la prestación	30
Disponer de información para la toma de decisiones	30
Ordenar el flujo e incrementar el financiamiento en salud	31
Implementar las RIS con enfoque en las necesidades ciudadanas	31

### 32

#### Siglas, abreviaturas y acrónimos

### 34

#### Anexos

### 48

#### Referencias bibliográficas

# Presentación

La pandemia ha visibilizado y profundizado aún más las grandes brechas y desigualdades sociales, así como las debilidades estructurales e institucionales del Perú. A 200 años de su independencia, los viejos y graves problemas del país persisten. Sin embargo, el bicentenario y el proceso electoral del 2021 son una oportunidad para discutir los temas clave y más urgentes que deberá priorizar el nuevo gobierno, como la atención a la crisis sanitaria y la reactivación económica.

En este marco, seis instituciones de la academia y la sociedad civil peruana —el Consorcio de Investigación Económica y Social, la Escuela de Gobierno y Políticas Públicas de la Pontificia Universidad Católica del Perú, el Instituto de Estudios Peruanos, la Asociación Civil Transparencia, el Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico e IDEA Internacional— han sumado esfuerzos y organizado el proyecto *Perú Debate 2021: propuestas hacia un mejor gobierno*.

Esta iniciativa tiene como objetivos fortalecer la capacidad de los partidos políticos para diseñar planes de gobierno, elevar el nivel del debate electoral y aportar evidencia y propuestas de política a las autoridades electas para el periodo 2021-2026. Como parte del proyecto, se han elaborado 20 documentos de política agrupados en cuatro ejes temáticos: (i) reforma del Estado y gestión pública, (ii) políticas sociales, (iii) desarrollo productivo y empleo y (iv) desarrollo y ambiente.

Cada documento de política incluye un diagnóstico, opciones de política, recomendaciones para la implementación de la política propuesta y una hoja de ruta para el próximo gobierno con horizontes a 100 días, un año y cinco años de gestión. Todo ello se pone a disposición de los partidos políticos, los candidatos a la Presidencia y al Congreso de la República, los medios de comunicación, la sociedad civil y la ciudadanía en general.

Finalmente, este esfuerzo no hubiera sido posible sin el apoyo de nuestros cuatro aliados estratégicos y 11 auspiciadores, a quienes agradecemos por su compromiso con la gobernabilidad democrática y el desarrollo sostenible del Perú.

Javier Portocarrero, Martín Tanaka, Cecilia Blondet  
Ivan Lanegra, Gustavo Yamada y Percy Medina

Comité de coordinación

# Cambios en el sistema de salud centrados en el ciudadano



**Janice Seinfeld**  
VIDENZA  
CONSULTORES



**Óscar Ugarte**  
VIDENZA  
CONSULTORES



**César Amaro**  
VIDENZA  
CONSULTORES



**Oriana Salomón**  
VIDENZA  
CONSULTORES



**Alfredo Dancuart**  
VIDENZA  
CONSULTORES

## RESUMEN

El sector sanitario en el Perú afronta retos significativos en los procesos de rectoría, financiamiento, prestación y soporte (abastecimiento de medicamentos y disponibilidad de tecnologías de información). Aunque hay avances —especialmente en el derecho al aseguramiento en salud y en diversos indicadores sanitarios—, los desafíos para lograr la cobertura prestacional y financiera para todos los peruanos son enormes. La pandemia agrava esta situación. Se proponen cambios en el Sistema Nacional de Salud (SNS) para priorizar el servicio a los ciudadanos. De nueve medidas consideradas, se eligen cuatro: la diferenciación del proceso de rectoría de la gestión de la prestación; la implementación de un sistema de información oportuno y de calidad para la toma de decisiones; el ordenamiento del flujo e incremento del financiamiento en salud; y la implementación de las redes integradas de salud. Son el primer paso hacia una reforma integral.

**PALABRAS CLAVE:** *sistema de salud, políticas públicas, ciudadanos, cobertura efectiva, nivel de servicio*

# Diagnóstico de la situación actual

## Mandato de la política sanitaria nacional e internacional

**E**l derecho a la salud se estableció con la Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Allí, se dispuso que “el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano” (OMS, 1947). Para orientar el accionar público, las Naciones Unidas han aprobado los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) —vigentes entre 2000 y 2015— y los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), con visión a 2030. Los ODS son 17, de los cuales el tercero es específicamente sobre salud y bienestar (ver sección Anexos), mientras que el segundo, referido a llegar a cero hambre, se centra en poner fin a todas las formas de malnutrición.

Asimismo, la OMS (2010) acuñó el concepto de cobertura universal en salud (CUS) como una de las metas más importantes de los sistemas sanitarios. Esta se basa en tres dimensiones: (i) prestacional —servicios sanitarios cubiertos—, (ii) poblacional —proporción de la población protegida— y (iii) financiera —proporción de gastos cubiertos—. En el Perú, la Constitución afirma que todos los peruanos tienen derecho a la protección en salud (artículo N.º 7) y que el Estado se encarga de establecer la política nacional sanitaria (artículo N.º 9). Asimismo, en la Ley N.º 26843 o Ley General de Salud, se señala que “toda persona tiene el derecho al libre acceso a prestaciones de salud”.

Las políticas nacionales se articulan con el accionar de las instituciones públicas bajo la orientación del Sistema Nacional de Planeamiento Estratégico (SINAPLAN). Las 35 políticas de Estado se definieron progresivamente en el Acuerdo Nacional (AN) desde 2002. Estas orientan la definición del Plan Estratégico de Desarrollo Nacional (PEDN) vigente (Plan Bicentenario: el Perú hacia el 2021).

Las políticas se articulan con los Planes Estratégicos Multianuales (PESEM) de cada sector.<sup>1</sup> La Visión de Perú al 2050, aprobada en 2019 por el foro del AN, es la base para la elaboración del PEDN al 2050. En materia de salud, establece que el cuidado debe ser “[...] universal, equitativo, oportuno y de calidad, con enfoque intercultural, en todo el territorio” (Acuerdo Nacional, 2019). En relación con los otros planes, en el Anexo 2 se encuentra en detalle el vínculo con el sector salud.

Asimismo, en 2015, se aprobaron los objetivos para la reforma de salud, entre los que se incluye el acceso universal al cuidado y atención (Acuerdo Nacional, 2015). En agosto de 2020, se aprobó la Política Nacional Multisectorial de Salud (PNMS) al 2030 “Perú, país saludable”, la cual marca la agenda en salud para los próximos años. A su vez, en la reunión N.º 129 del AN, se aprobó la construcción de un sistema unificado de salud como uno de los cinco puntos a tratar por el Pacto Perú (Acuerdo Nacional, 2020).

Como se observa, el horizonte del Sistema Nacional de Salud (SNS) está definido. Sin embargo, en su implementación persisten brechas que limitan el logro de la CUS y la continui-



**La Constitución afirma que todos los peruanos tienen derecho a la protección en salud y que el Estado se encarga de establecer la política nacional sanitaria.**

<sup>1</sup> En la dimensión territorial, se establecen otros planes: Plan de Desarrollo Regional Concertado (PDRC) y los Planes de Desarrollo Local Concertado (PDLCL).

dad de la atención. Por ello, se proponen mejoras para hacer efectivo el mandato sanitario y ser coherentes con los objetivos de la reforma de salud establecidos por el AN en agosto de 2015, que tienen “al ser humano como fin de la reforma de salud” (Acuerdo Nacional, 2015).

### Estado de la salud en el Perú

En los últimos años, se han dado avances en diversos indicadores sanitarios. Por ejemplo, en Perú, las tasas de mortalidad en neonatos y en niños menores de cinco años son de 10 y 19 por cada 1000 nacidos vivos, respectivamente. Ello supera las metas establecidas en el tercer ODS, de 12 y 25, respectivamente (INEI, 2019a). La mortalidad materna ha disminuido de 265 a 68 muertes por cada 100,000 nacidos vivos entre 1990 y 2015; la meta del tercer ODS es de 70 muertes (INEI, 2019b).

Persisten retos importantes para conseguir el acceso equitativo, efectivo y oportuno a servicios de salud de calidad, lo que se refleja en las diferencias de los indicadores por lugar de residencia y nivel educativo.

Todo esto ha sido acompañado de una mejora en el acceso a derechos de salud sexual y reproductiva: entre 2009 y 2019, los partos institucionales se incrementaron del 81% al 92% (INEI, 2019a). Además, el uso de métodos modernos de planificación familiar se incrementó de 33% a 56% en mujeres de 15 a 49 años, entre 1991 y 2019 (INEI, 2020 y 2019a). A su vez, la desnutrición crónica se ha reducido en el periodo 2010-2019 en 11 puntos porcentuales: 12% de niños menores de cinco años la padecen (INEI, 2019a). Esto se debe a diversas iniciativas estatales plasmadas en el Programa Articulado Nutricional (PAN).

Sin embargo, persisten retos importantes para conseguir el acceso equitativo, efectivo y oportuno a servicios de salud de calidad, lo que se refleja en las diferencias de los indicadores por lugar de residencia y nivel educativo. Por ejemplo, la mortalidad neonatal (Anexo 3) en las zonas rurales, en la selva, en el quintil inferior de riqueza y en el caso de madres con solo educación primaria sigue siendo mayor a la buscada en el ODS.

Asimismo, en 2019, la desnutrición crónica afectó a 25% y 8% de los niños menores de cinco años en las zonas rurales y urbanas, respectivamente (INEI, 2019a), y fue considerablemente mayor en el quintil inferior de riqueza (27%) que en el quintil superior (3%). Además, mientras el 30% de niñas y niños de seis a 35 meses en Lima Metropolitana tiene anemia, el 49% la presenta en la sierra (*ibidem*).

Igualmente, las brechas de género limitan el acceso a la salud. Las mujeres sufren una mayor proporción de enfermedades crónicas. Entre las principales causas está el “trabajo de la mujer, dentro y fuera del hogar que, en muchos casos, pone en peligro su salud. Las largas horas de trabajo pueden agotar su cuerpo, bajar sus defensas e impedir que este combata enfermedades” (INEI, 2019b). Estas brechas también afectan a la población LGTBI: del 47% que indicó haber tenido problemas de salud en los últimos 12 meses, el 54% estuvo relacionado con salud mental (INEI, 2017a).

Por otro lado, los pueblos indígenas (PP.II.) son un grupo vulnerable por presentar “[...] niveles más altos de pobreza y falta de acceso a servicios básicos, como agua y saneamiento, así como niveles más bajos de alfabetización [...], obstáculos de acceso a la salud pública, la mayor prevalencia de las enfermedades crónicas [...]” (OPS, 2020). Cuando existe una institución prestadora de servicios de salud (IPRESS) en su ámbito,<sup>2</sup> en el 92% de los casos esta es de nivel I-1 o I-2 (INEI, 2017b; INEI, 2017c), cuya capacidad resolutoria es reducida. A esto se suman las brechas en la aplicación del enfoque de interculturalidad, lo cual lleva a la inadecuada adaptación de los servicios públicos y a la falta de información oportuna.<sup>3</sup>

<sup>2</sup> Solo el 5% de las comunidades nativas cuenta con un centro de salud sin internamiento y el 2% con internamiento.

<sup>3</sup> Las fuentes de información continuas para ambas comunidades son los tres censos de comunidades indígenas (1993, 2007 y 2017). Adicionalmente, se han realizado 11 análisis de la situación de la salud (ASIS) de PP.II.



## **La pandemia exhibe las limitaciones que enfrentamos en el campo de la salud pública, como la falta de trazabilidad de contactos, problemas con la gestión de medicamentos y la planificación de vacunas.**

A nivel nacional, la tendencia en las últimas décadas ha sido el envejecimiento de la población (INEI, 2019a) y el cambio de los hábitos de consumo. Esto ha generado un cambio en el perfil epidemiológico (Anexo 4), pasando de una morbilidad causada por condiciones sanitarias transmisibles en 1990, a una basada en condiciones no transmisibles (etapa previa a la pandemia).

Sin embargo, en los PP.II., las enfermedades infecciosas siguen siendo significativas. En el Censo de Comunidades Nativas, más de la mitad de los censados (57%) reportó haber sufrido de diarrea y vómitos en los últimos 12 meses, el 38% declaró haber tenido anemia o desnutrición, el 36% parasitosis y el 31% malaria o paludismo (INEI, 2017b). A su vez, el Censo de Comunidades Campesinas muestra un patrón similar (INEI, 2017c).

### **Causas y determinantes del estado de salud**

Bajo el modelo de la CUS, Perú ha avanzado en la cobertura poblacional. En 2009, con la Ley N.º 29344 o Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud (AUS), se estableció el aseguramiento como la estrategia para lograr el acceso de toda la población a servicios de salud. En 2019, 22% de los peruanos aún no contaba con un seguro (INEI, 2019c). Por ello, se promulgó el Decreto de Urgencia (DU) N.º 017-2019 para adscribir progresivamente a la población restante al Seguro Integral de Salud (SIS). A setiembre de 2020, el 96% de la población se encontraba asegurada (SUSALUD, 2020a) (Anexo 5).

Sin embargo, las brechas mencionadas en la sección anterior y el manejo de la pandemia —que ha dejado más de 925,431 casos positivos, 34,992 fallecidos oficiales al 10 de noviembre (Ministerio de Salud, 2020a) y diversas regiones colapsadas— demuestran las limitaciones estructurales en los otros dos ejes de la CUS: las coberturas financiera y prestacional.

A su vez, la pandemia exhibe las limitaciones que enfrentamos en el campo de las acciones de salud pública. Por mencionar algunas, la falta de trazabilidad de contactos, los problemas con la rectoría en la gestión de medicamentos y la planificación para la aplicación de vacunas con el fin de garantizar acceso oportuno y seguro. Por otro lado, la ausencia de información de calidad y en línea, así como el limitado financiamiento, también son una barrera para coordinar las acciones de salud pública.

A noviembre de 2020, se había incrementado el presupuesto de la función de salud en 42%, por la exigencia de enfrentar la crisis sanitaria a como dé lugar. Para 2021, se anunció un presupuesto de apertura histórico; sin embargo, no guarda relación con el presupuesto requerido para continuar enfrentando la pandemia y los demás retos sectoriales (Ministerio de Economía y Finanzas, 2020a).

Este documento se centra en el ámbito público, que concentra a la mayor parte de asegurados (90%) y atendidos. Para analizar los problemas del SNS, se identifican las restricciones en sus procesos estratégicos, misionales y de soporte.<sup>4</sup>

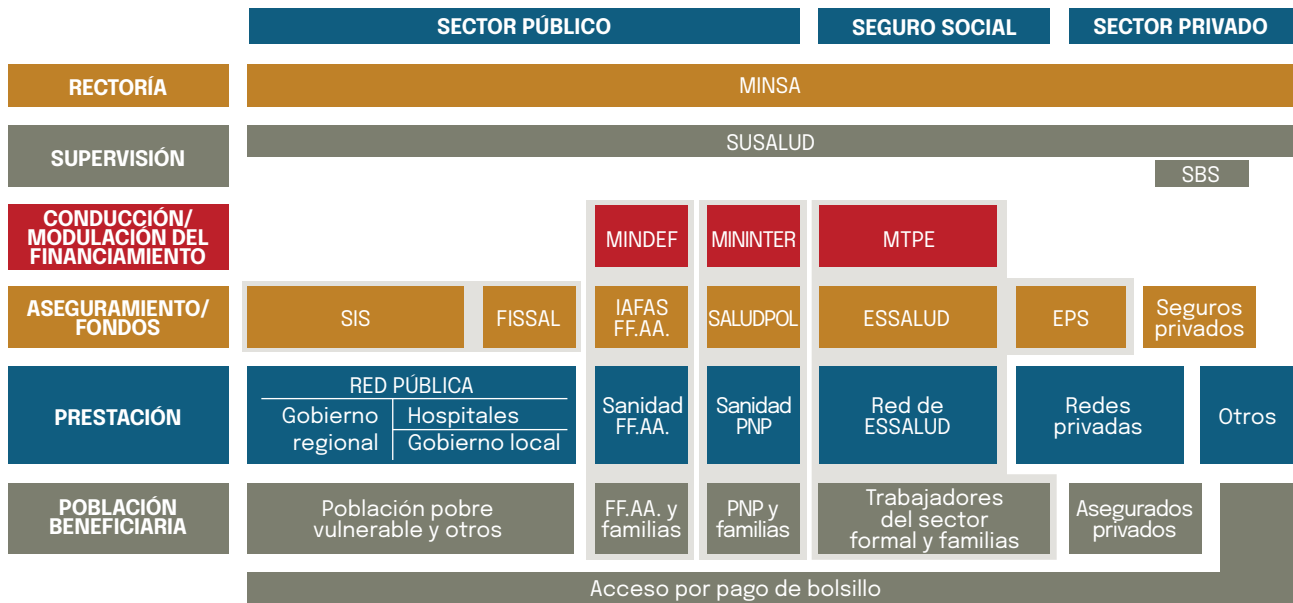
<sup>4</sup> Los procesos estratégicos son los que definen las políticas y orientan el accionar del sector. Los misionales se centran en generar los bienes o servicios como parte de la cadena de valor para satisfacer la demanda de los ciudadanos. Los procesos de soporte contribuyen a realizar los otros dos (PCM-Secretaría General, 2013).



**Limitaciones en los procesos estratégicos**

El SNS se encuentra fragmentado: cada subsistema replica los procesos de gestión del financiamiento y de la prestación en su ámbito para atender a sus beneficiarios. La Ilustración 1 describe las funciones y actores del SNS.

**Ilustración 1. Sistema de salud peruano**



Elaboración propia.

Las diferentes instituciones compiten con el rol de conducción del Ministerio de Salud (MINSA), dificultando la articulación de la política sanitaria. A esto se suma que el MINSA tiene a su cargo gestionar la prestación en Lima Metropolitana,<sup>5</sup> donde administra las Direcciones de Redes Integradas de Salud (DIRIS) y sus IPRESS, y también a hospitales nacionales e institutos especializados, restándole capacidad a su rectoría.

Por otro lado, la toma de decisiones sigue una lógica inercial. La gestión de recursos públicos se basa habitualmente en presupuestos históricos en lugar de la planificación institucional, pues esta última se reduce prácticamente a una formalidad administrativa. Un elemento que contribuye a esta situación es la carencia de información estratégica, actualizada y consistente.

Los principales organismos responsables de la regulación en el SNS son la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD), que protege los derechos en salud supervisando que el acceso a los servicios sea otorgado con calidad, oportunidad, disponibilidad y aceptabilidad en todas las IPRESS y las IAFAS (SUSALUD, 2020b); la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas (DIGEMID), responsable de garantizar la eficacia, seguridad y calidad de los productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios<sup>6</sup> (DIGEMID, 2020); y la Dirección General de Salud Ambiental e Inocuidad Alimentaria (DIGESA), que actúa a través de la “certificación, prevención, vigilancia, supervigilancia, fiscalización y control de los riesgos sanitarios en salud ambiental, inocuidad alimentaria y salud ocupacional” (DIGESA, 2020).

5 En la Dirección General de Operaciones en Salud del MINSA.

6 Una de sus funciones es participar de una comisión integrada por todos los subsectores públicos para definir el Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales (PNUME), la lista de medicamentos que el Estado puede proveer habitualmente.

Las tres entidades requieren de mayor eficacia en el ejercicio de sus respectivas funciones, y las dos últimas necesitan una reestructuración organizacional para mejorar el desempeño y eficiencia de sus servicios para la protección de los ciudadanos. En el marco de las propuestas para el desarrollo de una nueva rectoría por parte del MINSA, se requiere de un análisis exhaustivo para la transformación de estos actores.

Además, existe una desarticulación institucional para la gestión del sistema en los tres niveles de gobierno. El proceso de descentralización de la década de 2000 —Ley de Bases de la Descentralización (Ley N.° 27783)— estableció funciones sanitarias para los gobiernos regionales (GORE) y los gobiernos locales (GOLO).<sup>7</sup> Así, el MINSA da los lineamientos de política y ejerce las funciones de conducción sectorial, regulación, fiscalización y ejecución (Robles Guerrero, 2013), mientras que los GORE y GOLO operativizan y adaptan las políticas a las funciones de articulación, armonización de la provisión de servicios, modulación del financiamiento y logro de la garantía del aseguramiento. Sin embargo, estas instancias subnacionales suelen limitarse a replicar el paradigma funcional del nivel central para administrar los recursos presupuestales.

Un modelo de gestión distinto y que debe ser analizado es el del Seguro Social de Salud del Perú (ESSALUD). Este asegurador y prestador incluye a trabajadores formales y sus derechohabientes, a través de un régimen contributivo, y ofrece un plan de beneficios casi ilimitado.<sup>8</sup> Su red prestacional es principalmente hospitalaria y urbana, mientras que su modelo de gestión vertical y los brazos operativos con los que cuenta favorecen la toma de decisiones con mayor rapidez que el MINSA y GORE.

Ello se evidencia en el logro de reformas interesantes en los últimos años, como su ágil migración a la historia clínica electrónica (HCE) a escala nacional entre 2018 y 2019.<sup>9</sup> Esto se alcanzó en un plazo significativamente menor al del MINSA, que inició su proceso en 2013, bajo la Ley N.° 30024 para crear el Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas (RENHICE), y aún no se consolida (América Sistemas, 2019). A su vez, en el contexto de la pandemia y considerando su velocidad para tomar y ejecutar decisiones, fue el subsector elegido para la transformación y gestión de la Villa Panamericana (Agencia EFE, 2020), y de otras sedes hospitalarias en el país.

Por otro lado, en el sector privado, las principales empresas de salud han unificado sus procesos de aseguramiento y prestación mediante integraciones verticales. En el mercado *retail* de medicamentos, el principal conglomerado empresarial también ha integrado vertical y horizontalmente sus operaciones relacionadas, concentrando la oferta en sus usuarios finales, sobre todo en ámbitos urbanos. Si bien todo esto merece un análisis profundo, como se mencionó previamente, este documento se enfoca principalmente en estrategias de mejoramiento de la salud en el ámbito público.

### Limitaciones en los procesos misionales: gestión del financiamiento

La gestión del financiamiento se compone de tres subprocesos: (i) recaudación —que consiste en conseguir los recursos o fuentes para el financiamiento del sistema—; (ii) mancomunación o aseguramiento —se refiere a la administración de los recursos financieros para la gestión del riesgo en *pool*—; (iii) compra de servicios prestacionales de las IAFAS a las IPRESS, a través de mecanismos de pago.

Los principales organismos responsables de la regulación en el SNS son SUSALUD, DIGEMID y DIGESA. Las tres entidades requieren de mayor eficacia en el ejercicio de sus respectivas funciones, y las dos últimas necesitan una reestructuración organizacional para mejorar el desempeño y eficiencia de sus servicios.

<sup>7</sup> Ley N.° 27867 o Ley Orgánica de Gobiernos Regionales (2002) y Ley N.° 27972 o Ley Orgánica de Municipalidades (2003).

<sup>8</sup> Lo cual representa un riesgo para la sostenibilidad del fondo, sobre todo al pasar en algunos años el bono demográfico.

<sup>9</sup> Tomando en cuenta experiencias previas en el subsector y escalando progresivamente.

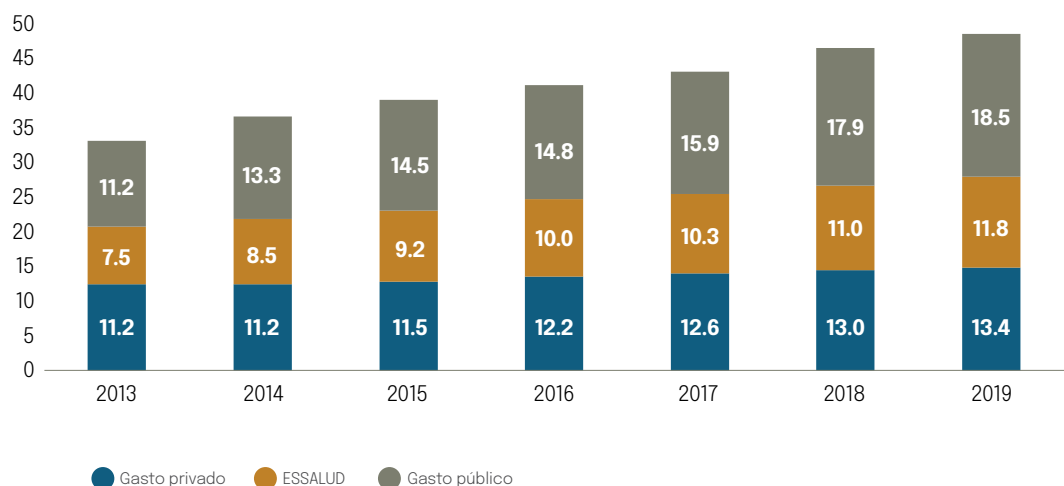
En cuanto a recaudación, el financiamiento en los distintos subsectores se ha incrementado en los últimos años (Ilustración 2): el gasto total en salud público (MINSA-GORE y ESSALUD) y privado ha pasado de 29,900 millones a 43,700 millones de soles, mostrando un aumento de 46%.

Sin embargo, el financiamiento aún no cumple con los estándares de la OMS para lograr la CUS,<sup>10</sup> y es menor al de los pares regionales (Anexo 6); asimismo, es insuficiente para satisfacer las promesas de universalidad de la salud.

Además, en el país se presenta un elevado gasto de bolsillo (28.2% como proporción del gasto total en salud) (Banco Mundial, 2017), que incrementa la probabilidad de caer en gasto catastrófico o empobrecedor.<sup>11</sup> En 2017, el 11.5% y 9.5% de peruanos que se sometieron a una atención quirúrgica presentaron estos riesgos, respectivamente (Banco Mundial, 2017). El financiamiento de la salud a través de gasto de bolsillo es la forma más ineficiente e inequitativa de hacerlo, y debilita la prevención y promoción de la salud. Para evitar la quiebra de los hogares, se requiere brindar protección financiera efectiva a todos los ciudadanos.

Igualmente, la cobertura del alto costo está fragmentada entre los diversos subsistemas de salud y no es homogénea. El Fondo Intangible Solidario de Salud (FISSAL) cubre ciertas prestaciones priorizadas a los afiliados al SIS; ESSALUD incluye el alto costo dentro de su plan de salud (las exclusiones son muy limitadas); el Fondo de Aseguramiento en Salud de la Policía Nacional del Perú (SALUDPOL) y las IAFAS militares se centran en diagnósticos específicos, tales como el cáncer.

**Ilustración 2. Evolución del gasto en salud en el Perú 2013-2019**  
(miles de millones de soles)



Con relación a la mancomunación de los fondos del sistema, la fragmentación lleva a que cada uno de los subsistemas conforme una *pool* independiente de recursos financieros. Ello genera que se pierda eficiencia en la administración de fondos y que no se incentive la especialización en la gestión. Además, imposibilita los subsidios cruzados entre subsectores —de sanos a enfermos, de jóvenes a adultos mayores y por nivel de ingresos—, propios de la mancomunación.

<sup>10</sup> Se identificó y acordó que se requiere que el gasto público en salud como proporción del producto bruto interno (PBI) sea de al menos 6% (Organización Panamericana de la Salud, 2018). En Perú, este es de 3.8% (MEF, 2018; ESSALUD, 2018).

<sup>11</sup> El gasto en salud es catastrófico si es una proporción significativa del presupuesto del hogar —usualmente, entre el 10% y 25% del presupuesto total de los hogares o el 40% del total deducido de los gastos de subsistencia (OMS y Banco Mundial, 2015)—. Es empobrecedor cuando lleva a una familia por debajo de la línea de pobreza.

La lógica de financiamiento del sector sanitario presenta limitaciones, pues coexisten dos raciocinios que se superponen. Por un lado, el esquema de aseguramiento con el SIS como IAFAS pública, el cual no funciona como un seguro al financiar principalmente solo el costo variable de la atención —insumos y medicamentos— de un plan de beneficios y basar sus proyecciones en función a la evolución histórica. Por ello, no se puede estimar una prima sobre una base actuarial que constituya un fondo y garantice la sostenibilidad del seguro.

Por otro lado, se tiene la lógica del presupuesto por resultados (PpR), que define su cobertura mediante intervenciones verticales con productos e indicadores de seguimiento. A pesar de que su propósito es garantizar la calidad del gasto, en la práctica, limita la gestión financiera y fragmenta más los recursos que se asignan.

Si bien se han definido los mecanismos de pago en la normativa (ver por ejemplo el DU N.° 017-2019), en la práctica se emplea el pago por partidas presupuestales específicas y se asignan los recursos bajo una lógica histórica e inercial. Por ello, no hay incentivos para promover la eficiencia en el sistema, incluyendo acciones para reducir riesgos como la prevención y promoción de la salud.

En el caso de ESSALUD, bajo el régimen contributivo, existen distorsiones específicas que atentan contra la sostenibilidad del modelo. El Estado, como empleador de los asegurados del sector sanitario, educativo y de profesionales bajo el régimen de contratación de contrato administrativo de servicios (CAS), paga un porcentaje menor en relación con otros empleadores.

Los gastos en salud de este grupo poblacional superan ampliamente a los aportes del Estado como empleador (Anexo 7), generando un déficit aproximado de 582 millones de soles (Cotlear, 2019). Además, a octubre de 2019, existía una deuda de alrededor de 4200 millones de soles a ESSALUD, de los cuales el 67% corresponde al sector privado y el 37% restante al sector público, particularmente GORE y GOLO (ESSALUD, 2019).

### Limitaciones en los procesos misionales: gestión de la prestación

A pesar de que el modelo de atención peruano<sup>12</sup> afirma estar centrado en la persona y la relación con su entorno, realmente no se da una cobertura prestacional efectiva. Esto se debe, en parte, a la fragilidad del primer nivel de atención y a la desarticulación existente entre sus actores.

Desde la Declaración de Alma Ata de 1978, se reconoce la importancia de la atención primaria y el fortalecimiento de los componentes preventivo y promocional. Asimismo, se considera que los problemas más prevalentes de los sistemas de salud deberían atenderse en el primer nivel de atención (85% de la demanda) (Vignolo *et al.*, 2011). A pesar de ello, la organización de la red prestacional en Perú está fuertemente sesgada a lo hospitalario y tiene un primer nivel centrado en las condiciones materno-infantiles, sin abordar hoy otros problemas prevalentes como el de las enfermedades no transmisibles.

Esto lleva a que no se atienda tempranamente la demanda, que termina concentrándose en los hospitales. La Ilustración 3 muestra la oferta a cargo del MINSa para Lima Metropolitana. Tomando en cuenta el presupuesto devengado, el gasto en recursos huma-

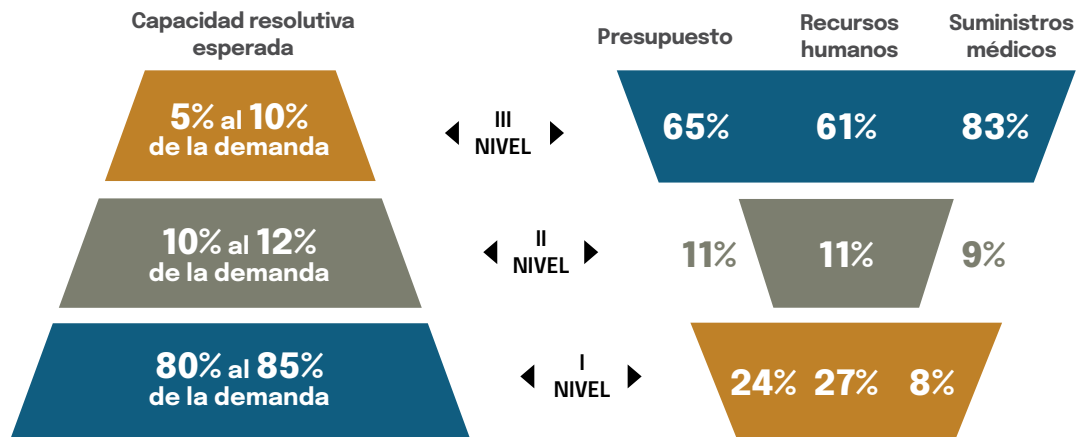


**A pesar de que el modelo de atención peruano afirma estar centrado en la persona, realmente no se da una cobertura prestacional efectiva.**

<sup>12</sup> El MINSa, con la Resolución Ministerial (RM) N.° 030-2020/MINSa aprobó el Modelo de Cuidado Integral de Salud por Curso de Vida para la Persona, Familia y Comunidad (MCI).

nos y en suministros médicos de las unidades ejecutoras (UE), se observa que la mayor proporción de recursos se destinan al tercer nivel de atención, cuando el primer y el segundo nivel deberían poder atender alrededor del 90% de la demanda (Vignolo *et al.*, 2011).

**Ilustración 3. Modelo de atención hospitalaria en el subsector público, Lima Metropolitana-2020\***



\*Fecha al 19 de octubre de 2020.  
Fuente: Vignolo (2011), MEF (2020). Elaboración propia.

Igualmente, el recurso humano en salud (RHUS) es clave. Los profesionales con capacidades adecuadas permiten mejorar la facultad resolutiva en los establecimientos. Sin embargo, su distribución no va de acuerdo con el modelo de fortalecimiento del primer nivel de atención, pues actualmente solo cuenta con el 37.5% del total del personal asistencial (Observatorio de Recursos Humanos en Salud, 2020a).

Asimismo, el modelo prestacional es deficiente por su alta fragmentación, ya que presenta redes desarticuladas y específicas en cada subsistema (Anexo 8). Así, existe duplicidad en la oferta y un gasto ineficiente. Desde 2011, existe el intercambio prestacional, que permite referir pacientes mediante convenios; sin embargo, se usa muy poco porque se sustenta en una lógica residual (incluso en su más reciente modificación normativa en 2020, el Decreto Legislativo N.° 1466), bajo la cual una IPRESS puede atender a afiliados de otras IAFAS solo cuando tiene capacidad instalada ociosa *ex post*.

Por otro lado, las Redes Integradas de Salud (RIS), que articulan IPRESS de diferentes prestadores, fueron establecidas con la Ley N.° 30885 de 2018 y reglamentadas con el el Decreto Supremo N.° 019-2020 en un intento por mejorar la articulación. Sin embargo, su implementación aún no es efectiva. Por otro lado, los avances en la telesalud durante la pandemia, especialmente aquellos relacionados a los aspectos normativos, han sido significativos (Anexo 9).

### Limitaciones en los procesos de soporte

Los procesos de soporte deben brindar los recursos necesarios para el desarrollo de los procesos misionales y estratégicos. En relación con las tecnologías de información y comunicación (TIC) existen brechas considerables de conectividad. Como ejemplo de ello se puede ver el limitado acceso a internet (el 54% de los establecimientos públicos de salud ubicados en áreas rurales carece de un proveedor de internet) (Banco Mundial y Banco Interamericano de Desarrollo, 2018). Además, cada subsistema de salud tiene múltiples sistemas de información —usualmente uno para cada proceso— que no son interoperables entre sí, no suelen estar automatizados ni se encuentran en línea.

En el MINSA, hay aproximadamente 300 aplicaciones informáticas (Ministerio de Salud, 2020b) y recién en el marco de la pandemia se ha construido un aplicativo denominado Sistema Integrado para COVID-19 (SISCOVID), útil en el recojo de información sobre camas y otros equipos en el sector. La falta de información de calidad y oportuna perjudica el desempeño de todos los procesos del SNS.

En la gestión de RHUS existe una importante brecha cualitativa, cuantitativa y de distribución territorial del personal sanitario (Acuerdo Nacional, 2015). Perú posee 13.6 médicos por cada 10,000 habitantes (Ministerio de Salud, 2018a), una cifra significativamente menor al promedio de la OCDE (29.2) (Banco Mundial, 2017) y a países de la región como Chile (22.9) (Ministerio de Salud de Chile, 2017) y Colombia (21.8) (Banco Mundial, 2017).

La brecha también se da por especialidades y por distribución territorial (Anexo 10). Asimismo, se deben revisar las modalidades de contratación, ya que en el país 26,044 personas (casi el 10% del total de contratos) se encuentran bajo la modalidad de servicio de terceros (Observatorio de Recursos Humanos en Salud, 2020b), la cual no brinda los incentivos adecuados ni la protección social correspondiente. Finalmente, es necesario mejorar la formación y la actualización de competencias profesionales en el personal asistencial y el desarrollo de habilidades gerenciales para los gestores de las RIS e IPRESS.

El abastecimiento de recursos estratégicos en salud hoy no busca explícitamente lograr un nivel de servicio, entregando medicamentos u otras tecnologías biomédicas a los usuarios con oportunidad y calidad. Se carece habitualmente de información consistente y oportuna. La programación se hace con información histórica y no se cuenta con una estrategia de adquisición. Además, no se gestionan los inventarios con información en línea, ni se cumplen habitualmente las buenas prácticas de almacenamiento y distribución en el sector público, poniendo en riesgo la calidad de los bienes.

Una excepción a esta situación viene ocurriendo en las redes asistenciales de Lima y Callao de ESSALUD, con el programa Farmacia Vecina, que muestra indicadores de avance destacables, integra la información prestacional con la logística y logra un nivel de servicio del 99% mediante la dispensación de recetas de medicamentos completas entregadas a los pacientes (Farmacia Vecina, 2020).



**Perú posee 13.6 médicos por cada 10,000 habitantes, una cifra significativamente menor al promedio de la OCDE (29.2) y a países de la región como Chile (22.9) y Colombia (21.8).**

# Opciones de política

**P**ara abordar los retos presentados en el diagnóstico, se necesitan cambios estructurales en el SNS. Si bien se han propuesto diversas reformas en los últimos años, estas no se han llegado a consolidar. El contexto de crisis ocasionado por la pandemia y la cercanía de las elecciones generales crean espacios para replantear las prioridades del sector y proponer los cambios necesarios.

El análisis de las opciones de solución se hará bajo el enfoque de gestión por procesos alineados al logro de resultados, uno de los cinco pilares de la Política Nacional de Modernización de la Gestión Pública al 2021 (PCM, 2013), que busca atender las necesidades de los ciudadanos con procesos que añaden valor (Anexo 11). Bajo esta óptica, las propuestas de política pretenden promover un mejor acceso a servicios de salud, con calidad, seguridad y oportunidad.

**Ilustración 4. Macroprocesos del sector salud**

<b>Estratégicos</b>	Gestión y rectoría	Gestión de conocimiento		
<b>Misionales</b>	Gestión del financiamiento	Gestión de las prestaciones		
<b>Soporte</b>	Gestión de recursos estratégicos	Gestión de las TIC	Gestión de recursos humanos	
	Gestión logística (otros recursos)	Gestión de la inversión en infraestructura	Otros	

Elaboración propia.

El MINSA, como ente rector, “conduce, regula y promueve la intervención del Sistema Nacional de Salud” (Ministerio de Salud, 2002). Debe dirigir los procesos estratégicos, estableciendo la política sectorial, y gestionar el conocimiento a través de la producción, análisis y difusión de información para incentivar la innovación (Ministerio de Salud, 2016).

Los procesos misionales son la gestión del financiamiento y de la prestación, los cuales garantizan la cobertura necesaria para el cuidado de la salud de los ciudadanos. Por su parte, los procesos de soporte son necesarios para el adecuado funcionamiento del sistema. Siguiendo esta clasificación, se proponen nueve opciones de política para mejorar los servicios que reciben los ciudadanos.

## Gestión de la rectoría

### Diferenciación de la rectoría de la prestación

La separación de funciones es fundamental para la especialización de las entidades en el ejercicio de los procesos del sector y para incrementar su eficiencia. Para cambiar el esquema actual —en el que gran parte de los recursos del MINSA se destinan a ordenar la prestación, entrando en conflictos de interés al ser rector y prestador—, se propone la diferenciación de las funciones.

Es importante destacar que entre 2013 (creación con el DL N.º 1167) y 2017 (derogación con la Ley N.º 30526) existió el Instituto de Gestión de Servicios de Salud (IGSS), que gestionaba la prestación en el ámbito de Lima Metropolitana, separando las funciones.

El MINSA, como ente rector, "conduce, regula y promueve la intervención del Sistema Nacional de Salud". Debe dirigir los procesos estratégicos, estableciendo la política sectorial, y gestionar el conocimiento a través de la producción, análisis y difusión de información para incentivar la innovación.

#### Propuestas

- Crear dos entidades encargadas de la gestión de la prestación en Lima Metropolitana: una primera Unidad de Gestión de IPRESS (UGIPRESS), asignada al primer y segundo nivel de atención, y una segunda UGIPRESS para hospitales nacionales, incluidos los institutos especializados de alcance nacional, optimizando recursos.
- Separar las funciones a nivel regional con la creación de una UGIPRESS por departamento, encargada de la prestación. Se ha de gestionar que cuente con los recursos necesarios y que no se dupliquen las funciones con los GORE.
- Promocionar y orientar la inversión pública sectorial a nivel nacional desde el MINSA, cambiando el esquema de búsqueda de obra pública por otro centrado en lograr altos estándares de nivel de servicios y seguridad de las personas.

#### Disponer de información para la toma de decisiones

La nueva rectoría debe venir acompañada del fortalecimiento del recojo y uso de los datos.

#### Propuestas

- Implementar un sistema de información sectorial e integrado en línea, así como la historia clínica electrónica en todos los subsistemas pendientes. El sistema debe permitir contar con información continua del equipamiento, recursos humanos e insumos estratégicos de todos los establecimientos. Se pueden aprovechar las lecciones aprendidas en la implementación de los sistemas para el recojo de información prestacional (camas hospitalarias, unidades de cuidados intensivos, etc.) por la COVID-19.
- Crear una Unidad de Inteligencia Sanitaria, con el fin de contar con información integral para el diagnóstico de la situación de salud y para la toma de decisiones.
- Crear una entidad de conducción estratégica para la formulación de políticas, la cual oriente a la Unidad de Inteligencia Sanitaria.

#### Fortalecer la supervisión y fiscalización

Para mejorar el servicio brindado por el SNS, el MINSA requiere de instancias que permitan hacer efectiva su función supervisora y fiscalizadora.

#### Propuestas

- Regresar a SUSALUD la supervisión efectiva de los estándares de calidad definidos por el MINSA. Esta se encuentra bajo la Dirección de Intercambio Prestacional, Organización y Servicios de Salud del MINSA desde el cambio del Reglamento de Operaciones y Funciones (ROF) de 2017.<sup>13</sup> SUSALUD ha de supervisar el aseguramiento y la prestación, para lograr una mejora continua del servicio y proteger los derechos de las personas.
- Modernizar y digitalizar los procesos de DIGEMID y DIGESA. Así, se podrán completar los trámites en menor tiempo y contar con información estratégica y oportuna para mejorar las políticas. En el caso de DIGEMID, se podrán tramitar las autorizaciones sanitarias en menos tiempo, brindando acceso, seguridad, calidad y eficacia en la oferta de medicamentos, insumos y drogas.

#### Financiamiento

##### Ordenar el flujo e incrementar el financiamiento en salud

Se requiere ordenar y simplificar el flujo del financiamiento para mejorar la gestión de los recursos.

<sup>13</sup> Previamente, esta función la ejercía SUSALUD (ROF, Artículo N.° 17, 2014).



### Propuestas

- Fortalecer al SIS como IAFAS, para que pueda gestionar financieramente el plan de salud, considerando sus costos totales y permitiendo la sostenibilidad del financiamiento. El SIS deberá recibir una prima por afiliado para financiar las prestaciones respectivas. El Decreto Supremo N.º 010-2016-SA, que establece las disposiciones para las IAFAS públicas, es coherente con esta propuesta, así como la Ley N.º 29761 (Ley de Financiamiento Público de los Regímenes Subsidiado y Semicontributivo del Aseguramiento Universal en Salud). Esta última establece los principios de eficiencia, sostenibilidad y transparencia para orientar el financiamiento del aseguramiento universal en salud.
- Mantener el esquema PpR exclusivamente para acciones de salud pública (enfermedades transmisibles) y de prevención.
- Crear un fondo para la cobertura de condiciones de alto costo de todos los ciudadanos. De esta forma, se pueden aprovechar las economías de escala para gestionar más eficientemente los recursos financieros. Asimismo, se podrán homogeneizar los tratamientos según estándares de calidad e incrementar la generación de conocimiento.
- Implementar efectivamente mecanismos de pago para la compra de servicios presenciales. Esto es clave porque la forma en que las IAFAS pagan a las IPRESS determinará la priorización y entrega de determinados servicios. Así, por ejemplo, un sistema de pago por servicio puede incentivar el sobretratamiento, mientras que uno de pago capitado, la prevención y promoción de la salud.
- Se propone el uso de pago capitado en el primer y segundo nivel y a nivel hospitalario, el *diagnosis-related group* (DRG) y los *pay for performance* (incentivo al cumplimiento de metas). Es importante tomar en consideración la posibilidad de desarrollar mecanismos de contratación de largo plazo centrados en alcanzar la cobertura efectiva de servicios de salud. Estos permiten una mayor flexibilidad para las IPRESS y otorgan mayor predictibilidad en el comportamiento de los proveedores. Para ello, se requiere el desarrollo de un marco legal, ya que la negociación directa y el riesgo compartido no están contemplados en la legislación vigente con la Ley N.º 30225, Ley de Contrataciones del Estado (LCE).
- Apoyar la separación de funciones de ESSALUD, siguiendo la hoja de ruta institucional establecida en el *Libro blanco*.



**Actualmente, la fragmentación del sistema de salud genera que los asegurados de cada IAFAS se atiendan casi exclusivamente en las IPRESS del subsistema correspondiente.**

### Prestación

#### Implementar las Redes Integradas de Salud

Se propone implementar las RIS conformando redes de IPRESS entre subsistemas. El fin es operativizar lo establecido en la Ley N.º 30885 y su reglamento (DS N.º 019-2020-SA). Actualmente, la fragmentación del sistema de salud genera que los asegurados de cada IAFAS se atiendan casi exclusivamente en las IPRESS del subsistema correspondiente. El modelo vigente de intercambio prestacional posee una aplicación muy limitada y no incentiva la mejora y ampliación de servicios en función de la planificación *ex ante*.

### Propuestas

Implementar las RIS tomando en cuenta la normativa actual, pero añadiendo los establecimientos de ESSALUD y los privados que quieran participar. Se debe definir una lista de priorización para la puesta en marcha y establecer alcances clave previos que aseguren su funcionamiento (por ejemplo, el alcance territorial, rutas de referencia y contrarreferencia por especialidad y tipo de servicio sanitario, mecanismos de pago y organización para la provisión de servicios). Sin duda, ello también implica fortalecer el primer nivel de atención como puerta de ingreso al sistema de salud.

### Recursos humanos

#### Promover la formación de médicos y otros profesionales de la salud

Para dar soporte a las políticas propuestas, se requiere de capital humano capacitado. Actualmente, existe una brecha cuantitativa y cualitativa de profesionales de la salud en muchos territorios. Para promover su formación y desarrollo se plantean las siguientes medidas:

##### Propuestas

- Estimar las brechas de profesionales de la salud en los tres niveles de gobierno, tomando en cuenta el ámbito gerencial y gubernamental.
- Aumentar las vacantes para profesionales de la salud en universidades públicas.
- Promover el establecimiento de una carrera sanitaria meritocrática, con evaluación de desempeño, y eliminar la modalidad de contratación de servicios de terceros para funciones permanentes.
- Asegurar la calidad de los programas de pregrado y posgrado, mediante la continuidad del proceso de licenciamiento emprendido por la Superintendencia Nacional de Educación Superior Universitaria (SUNEDU).
- Financiar y asignar idóneamente las plazas de residentado. Evaluar la composición del Consejo Nacional de Residentado Médico (CONAREME) y de otras entidades encargadas de la asignación de vacantes para el residentado (médicos, obstetras, enfermeras, odontólogos, químicos farmacéuticos). El CONAREME y comisiones similares deben estar orientadas a identificar las necesidades sanitarias nacionales y regionales para asignar idóneamente las plazas. Asimismo, se deben explorar oportunidades para incrementar la coordinación y financiamiento del sector privado.

Se debe contar con la implementación de la infraestructura digital y sistema de información requerido. Si se hubiera tenido información actualizada sobre la evolución del coronavirus y la disponibilidad de los recursos, en el marco de la pandemia por COVID-19, se habría podido contar con mejores políticas y obtener mejores resultados.

#### Fortalecer la Escuela Nacional de Salud Pública (ENSP)

Se recomienda mejorar las capacidades en gestión y gobierno de los servidores públicos mediante el fortalecimiento de la ENSP.

##### Propuestas

- Brindar programas de especialización para contar con profesionales capacitados en funciones de conducción, definición de políticas públicas y gobierno en todo el territorio.
- Articular a otras universidades e instituciones para brindar una mayor oferta de contenidos y pasantías en otros países.

### Tecnologías de la información y la comunicación

#### Incrementar la conectividad en los establecimientos de salud

Para la toma de decisiones y la gestión de los establecimientos, se requiere de información actualizada y de calidad.

##### Propuestas

- Ampliar la conectividad de las IPRESS a través del incremento de la cobertura de electricidad e internet. Se debe contar con la implementación de la infraestructura digital y sistema de información requerido. Si se hubiera tenido información actualizada sobre la evolución del coronavirus y la disponibilidad de los recursos, en el marco de la pandemia por COVID-19, se habría podido contar con mejores políticas y obtener mejores resultados.

- Crear una solución tecnológica para facilitar la telesalud. Durante la pandemia, se evidenció la necesidad de contar con mecanismos para continuar la atención de forma no presencial. Si bien se dieron algunas normas para facilitar esta modalidad durante los últimos meses, se requiere de una estrategia planificada para escalar la telesalud a nivel nacional.

### Abastecimiento

#### **Promover un operador logístico, tomando el nivel de servicio como indicador de resultado**

Se ha de garantizar que todos los ciudadanos puedan beneficiarse de terapias de forma segura, asequible, completa y oportuna.

#### Propuestas

- Contar con un operador logístico que brinde servicios con estándares internacionales y cuente con indicadores de resultado adecuados, como el nivel de servicio (atención de ítems recetados). De esta forma, el incentivo estará puesto en que el paciente reciba efectivamente su prescripción, en lugar de tener inventarios o estar concentrado en el aumento de la ejecución presupuestal sin vincularlo a una contraparte en los resultados sanitarios.
- El operador puede ser público o privado. En cualquier caso, debe mostrar resultados en el nivel de servicio, como lo hace actualmente el operador privado en ESSA-LUD. Lo fundamental es lograr un abastecimiento eficiente, transparente y centrado en el ciudadano.



**Se debe contar con un operador logístico que brinde servicios con estándares internacionales y cuente con indicadores de resultado adecuados, como el nivel de servicio (atención de ítems recetados).**

# Identificación de los costos y beneficios de las opciones de política

**E**n la presente sección, se analizan los costos y beneficios asociados a cada opción de política, así como la estrategia de priorización de políticas. Un mayor detalle se encuentra en el Anexo 12.

## Análisis de costos y beneficios

### Gestión de la rectoría

Las tres políticas propuestas presentan costos asociados a:

- Coordinación y negociación con actores relevantes
- Creación y puesta en marcha de nuevas unidades de gestión e información
- Generación de mayor burocracia, aunque esta debe ser más eficiente

Un aspecto vinculado al análisis de información es la limitada conectividad en los establecimientos de salud, la cual debe incrementarse para lograr el recojo de datos de manera oportuna.

El beneficio será contar con una institución rectora fuerte y especializada, que además maneje información oportuna para la toma de decisiones en el sector.

En el caso de la fiscalización, existe un costo por dotar al MINSA de instancias operativas que permitan hacer efectiva su función supervisora. Ello implica desarrollar e implementar la normativa correspondiente, así como transformar institucionalmente a SUSALUD, DIGEMID, DIGESA y otras instancias con funciones de supervisión para lograr el cumplimiento de los estándares de calidad y desempeño que defina el MINSA. Cada entidad afronta un proceso de adecuación interno diferente.

El reforzamiento de SUSALUD y su correcta supervisión promoverán la mejora de la calidad de la prestación de las IPRESS, así como la gestión financiera de las IAFAS. En el caso de DIGEMID y DIGESA, la optimización de los procesos se traducirá en beneficios en el acceso y la seguridad sanitaria.

### Financiamiento

La crisis generada por la pandemia ha debilitado las finanzas públicas en un contexto de menor recaudación fiscal. El presupuesto institucional de apertura (PIA) de la función de salud en el 2020 fue de 18,500 millones de soles; el presupuesto institucional modificado (PIM), al 10 de noviembre del 2020, es de 26,437 millones. El proyecto de presupuesto de la función de salud para el 2021 es de 20,940 millones de soles (Ministerio de Economía y Finanzas, 2020b), lo cual muestra una reducción significativa de los recursos en relación con el PIM.

Este escenario dificulta la obtención de los fondos adicionales necesarios para implementar las políticas e incrementar sostenidamente el financiamiento en el sector, mientras se sigue atendiendo la emergencia sanitaria.

El fortalecimiento del SIS para convertirlo en una verdadera IAFAS implica costos de adecuación normativos y operativos (gestión financiera). A eso se sumará el esfuerzo por

lograr cambios en la gestión del Ministerio de Economía y Finanzas (MEF), para promover al SIS como un seguro público.

En el caso de la transformación del FISSAL a un fondo para el tratamiento de enfermedades de alto costo con carácter universal, se tendrá un costo asociado a la adecuación normativa e implementación del fondo con capacidades de gestión.

Por otra parte, la implementación de los mecanismos de pago implica costos vinculados a la adecuación del marco normativo para nuevas estrategias de contratación, así como la puesta en marcha de un sistema de información que respalde los procesos y transacciones.

Dentro de los beneficios, se obtendría eficiencia en la gestión de recursos por el ordenamiento del flujo y por la gestión del riesgo; además, se mejoraría el acceso y la cobertura financiera. También se ganará predictibilidad en la administración de recursos. El uso de mecanismos de pago incentivará a las IPRESS a enfocarse en el logro de resultados sanitarios. Asimismo, al promoverse formas de contratación competitivas, aumentará la eficiencia y productividad en beneficio de una mayor cobertura para los usuarios.

#### **Prestación**

La implementación de las RIS presenta costos asociados al cambio en el modelo organizacional, lo que puede generar resistencias en algunos equipos que perciban una amenaza al *statu quo*. También hay un esfuerzo al optimizar el flujo de información y definir la toma de decisiones entre los subsistemas y actores relevantes involucrados en la puesta en marcha, así como una tendencia a homologar los planes de beneficios a cubrir. Es necesario tomar en cuenta los costos del diseño y adecuación de la política para lograr una operación eficiente.

No obstante, implementar las RIS trae muchos beneficios: una mejor gestión y organización de la oferta prestacional, la ampliación de la oferta efectiva para los ciudadanos al utilizar los recursos públicos y privados disponibles, una planificación eficiente de los recursos, mayor coordinación entre subsistemas y niveles de gobierno y reducción de la carga administrativa de las IPRESS. Las RIS además facilitarán la cobertura sanitaria de la población asignada territorialmente, ordenando su ingreso al sistema a través del primer nivel de atención y estableciendo un flujo adecuado de referencia y contrarreferencia.

#### **Soporte**

Las políticas de recursos humanos traerán como beneficio una mejor cobertura y prestación de salud para los ciudadanos, el incremento de especialistas en el territorio nacional y el logro de estándares de calidad en la atención.

Para el fortalecimiento de la ENSP, se requiere invertir recursos en la revisión y diseño de los programas formativos con una perspectiva abierta al conocimiento global, la firma y ejecución de convenios relacionados y otras actividades vinculadas a asegurar la calidad de la enseñanza. Como beneficio, esta propuesta permitirá mejorar la oferta de gestores con capacidades de gestión y gobierno para todo el SNS.

Hay costos asociados a la estimación (cuantificación) y seguimiento de la brecha de profesionales; asimismo, al mayor financiamiento requerido para expandir las vacantes en universidades públicas y en el internado, y a un modelo de gestión que oriente las decisiones sobre la formación de profesionales de la salud considerando las necesidades del país.



**Implementar las RIS trae beneficios: mejor gestión de la oferta prestacional, ampliación de la oferta para los ciudadanos, planificación eficiente de los recursos, mayor coordinación entre subsistemas y niveles de gobierno y reducción de la carga administrativa.**

El esfuerzo por lograr la trazabilidad de los recursos facilita la obtención de resultados sanitarios al incrementarse la cobertura sanitaria, pues los ciudadanos acceden a tratamientos completos y oportunos. Ello requiere contar con un solo dueño del proceso, un sistema de monitoreo y el concurso de operadores logísticos, además de inversión en TIC

La propuesta de incremento de la conectividad en los establecimientos de salud permite la recolección de datos en línea, así como el incremento de la eficiencia del sistema, sentando las bases para la expansión de la telesalud. Esta implementación requiere de un esfuerzo por incrementar el acceso a energía e internet, proveer el *hardware* y aplicativos interoperables necesarios, promover un cambio cultural y desarrollar las competencias necesarias en el personal sanitario y gestores de salud.

Se propone la medición del desempeño del proceso de abastecimiento por el nivel de servicio brindado a usuarios finales. El esfuerzo por lograr la trazabilidad de los recursos facilita la obtención de resultados sanitarios al incrementarse la cobertura sanitaria, pues los ciudadanos acceden a tratamientos completos y oportunos. Ello requiere contar con un solo dueño del proceso, un sistema de monitoreo y el concurso de operadores logísticos, además de inversión en TIC.

## Objetivos específicos

**A** través de un proceso de priorización (Anexo 13), se identificaron cuatro reformas urgentes para los próximos años. En la presente sección, se describen los objetivos específicos para las medidas elegidas, así como las metas de mediano plazo. Estas se plantean basadas en indicadores, lo que permitirá hacer el seguimiento y la evaluación necesaria.

### Diferenciación de la rectoría de la prestación

**Objetivo:** Lograr un mejor desempeño del SNS, alineado a las necesidades de salud de los ciudadanos.

La especialización en la función rectora, diferenciada de la prestacional y acompañada de una actitud convocante y articuladora del MINSA con los demás actores del SNS, es fundamental para que ejerza el liderazgo y la autoridad que le corresponde.

Se proponen metas que reflejen una mejora integral del SNS a través de indicadores seleccionados:

- Reducir la tasa de mortalidad neonatal por cada 1000 nacidos vivos de 10 a siete.<sup>14</sup>
- Reducir la gestación en adolescentes (15-19 años), actualmente en 13%.
- Reducir la presencia de anemia en gestantes, actualmente en 29%.
- Reducir la proporción del número de partos por cesárea, actualmente en 36%.
- Reducir la mortalidad prematura por morbilidad evitable de una serie de enfermedades no transmisibles. Por ejemplo, porcentaje de pacientes con diabetes tipo 2 que se vuelven insulino dependientes.
- Extender el diagnóstico y tratamiento de patologías priorizadas. Por ejemplo, porcentaje de personas con cáncer de cuello uterino diagnosticadas en estadio 1.

La diferenciación de funciones debe evaluarse empleando indicadores de resultados. Con relación a la creación de las UGIPRESS de alcance departamental, se plantea como metas de proceso la identificación de los ámbitos de las RIS a organizar y la transferencia de funciones.

### Disponer de información para tomar decisiones

**Objetivo:** Implementar un sistema de información gerencial integrado e interoperable que permita la formulación de políticas, la toma de decisiones y el adecuado seguimiento y evaluación de los procesos y logro de resultados.

El análisis oportuno y la toma de decisiones, con información y sustento basado en evidencia, representa un cambio en el modelo de gestión del SNS. De este modo, se desplegará una acción que soporta la rectoría sectorial y los procesos misionales del SNS, brindando información oportuna y consistente.

Se proponen como metas el incremento del número de sistemas críticos interoperables y el aumento de IPRESS con Sistema de Información de Historia Clínica Electrónica (SI-HCE) implementado; asimismo, la organización y puesta en marcha de la unidad encargada de la investigación y análisis de los datos a cargo del rector, así como de la entidad encar-

<sup>14</sup> La fuente de información para los primeros cuatro indicadores es la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) y el valor que se presenta como actual corresponde a 2018. La magnitud de la reducción en el primer indicador es pequeña debido a que es un indicador complejo (requiere mejora en la atención de los partos, durante la gestión y atención de problemas congénitos). En Chile, la tasa de reducción anual es de 2% aproximadamente para los últimos tres años (Banco Mundial, 2017).

gada de la conducción estratégica. En el Anexo 14 se encuentran detalladas las metas a mediano plazo por objetivo.

### **Ordenar el flujo e incrementar el financiamiento en salud**

**Objetivo:** Optimizar el flujo de financiamiento destinado a las IPRESS.

Se debe ordenar el flujo e impulsar el uso de mecanismos de pago. Por ello, se requiere la definición del costo total per cápita a ser pagado por el SIS a las RIS. Es decir, este debe actuar como un verdadero seguro de salud y financiar el costo total del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS) y de los planes complementarios por cada asegurado, según corresponda. De esta forma, el SIS puede hacer una gestión estratégica de los recursos y atender integralmente la demanda de prestaciones.

Así, se optimizará la eficiencia del sistema y se alinearán los incentivos entre financiadores y prestadores para obtener mejores resultados sanitarios. Es importante identificar el porcentaje de la demanda atendida efectivamente (así como la demanda insatisfecha), mediante un sistema de información prestacional, para tener una línea de base y medir el avance. Luego, es necesario que el financiamiento del SIS sea completo (es decir, costo fijo y costo variable por asegurado).

La creación de un fondo para enfermedades de alto costo permitirá una mejor cobertura para los ciudadanos, la generación de conocimiento y la estandarización de procedimientos a nivel nacional, lo que optimizará la gestión del financiamiento. Se proponen como metas a mediano plazo: el diseño del fondo, la creación de la normativa y la transferencia de funciones del FISSAL, así como la definición de su plan de beneficios.

También se plantea incrementar el financiamiento al sector sanitario: el gasto público en salud debe alcanzar el 6% del PBI, siguiendo las recomendaciones de la OMS. Ello permitirá elevar el gasto per cápita del aseguramiento público e irlo equiparando al per cápita del aseguramiento contributivo. En efecto, es fundamental equiparar el financiamiento entre subsistemas, así como los planes de beneficios.

### **Implementar las RIS**

**Objetivo:** Aumentar la capacidad de provisión de los servicios de salud por medio de las RIS.

Esta política busca expandir la oferta prestacional de calidad al contar con RIS operativas en el territorio nacional. Los peruanos podrán acceder oportunamente a una atención de calidad ordenada y continua. Para ello, es necesario mejorar la coordinación, la complementariedad y la continuidad de los servicios entre las IPRESS de los distintos subsistemas del sector salud.

Se propone como meta de mediano plazo la conformación efectiva del 100% de las RIS diseñadas con IPRESS de los ámbitos MINSA-GORE, ESSALUD, sanidades de la PNP y Fuerzas Armadas y privados interesados en participar para el 2025 como máximo.

Asimismo, se recomienda establecer la cartera de servicios de salud individual y salud pública que cubra el PEAS, la definición de las rutas de referencia y contrarreferencia por especialidad y tipo de servicio, así como la asignación de población aplicando criterios territoriales. Por último, se deben establecer reglas para la compra y venta de servicios entre IAFAS e IPRESS pertenecientes a diferentes subsistemas que conformen una misma RIS. En el Anexo 15, se encuentran detalladas las metas a mediano plazo por objetivo.



# Obstáculos para la implementación de la política seleccionada

**S**i bien las propuestas priorizadas enfrentan obstáculos para ser implementadas, el proceso electoral y la puesta en agenda de la reforma sanitaria tienen el potencial de facilitar un cambio en favor del bienestar de todos los peruanos.

## Diferenciación de la rectoría de la prestación

El factor político es una de las mayores barreras externas para esta medida. La experiencia del hoy inexistente IGSS muestra que es factible separar la prestación de la rectoría en Lima Metropolitana, pero que se requiere tomar decisiones y sostenerlas en el tiempo para alcanzar resultados favorables.

Además, la inadecuada coordinación entre los distintos niveles de gobierno representa un riesgo al momento de conducir el sistema. Se necesita el desarrollo de capital humano y de capacidades de gestión para contar con un ente rector capaz de definir reglas de juego, asegurar continuidad de las políticas y brindar estabilidad contractual e institucional a los actores.

La creación de las UGIPRESS en Lima Metropolitana implica el traslado de recursos del MINSA a estas nuevas unidades, lo que puede generar resistencias al interior de este organismo.

De la misma forma, los grandes hospitales perderían autonomía para decidir, hoy de un modo poco articulado, la gestión presupuestal y el manejo prestacional. Este tipo de cambios rompe una inercia instalada en los hospitales que, teóricamente, deberían atender casos complejos, pero que ahora manejan casos que podrían ser resueltos en el primer nivel de atención. La propuesta podría generar una presión adversa desde los gremios que temen cambios en la actual rutina.

La inadecuada coordinación entre los distintos niveles de gobierno representa un riesgo al momento de conducir el sistema. Se necesita el desarrollo de capital humano y de capacidades de gestión para contar con un ente rector capaz de definir reglas de juego.

En el ámbito regional, una barrera interna es la heterogeneidad de las competencias para una adecuada conducción y prestación, lo que puede dificultar el proceso de creación y dirección de las UGIPRESS regionales. Es por ello que en estas circunstancias el proceso debe contar con respaldo político, ser gradual, considerar la voz de los involucrados, e informar y comprometer a la ciudadanía para ganar apoyo y legitimidad.

## Disponer de información para tomar decisiones

La gran brecha en conectividad e infraestructura en el país representa un obstáculo clave para generar información de calidad.

La mejora integral de los sistemas de información optimizará los procesos y permitirá la transparencia del manejo prestacional y financiero a lo largo del SNS. Pueden existir círculos de microcorrupción que presionen para impedir esta reforma.

La crisis económica que actualmente experimenta el país se traducirá en una caída de la recaudación tributaria. Esta representa la principal barrera externa para incrementar el financiamiento público en salud. A esto se suma la desconfianza del MEF para incrementar presupuesto cuando la ejecución sectorial no es la óptima.

Asimismo, esta política requiere un cambio en la cultura organizacional del MINSA, IPRESS, entre otros actores. Es posible que se genere una barrera interna, a causa de personal que no desee adaptarse a una gestión sustentada en información y evidencia, en la que se requiere usar los datos cotidianamente. Sin embargo, la experiencia de ESSALUD con el manejo de datos demuestra que el cambio es beneficioso y posible.

### **Ordenar el flujo e incrementar el financiamiento en salud**

La crisis económica que actualmente experimenta el país se traducirá en una caída de la recaudación tributaria. Esta representa la principal barrera externa para incrementar el financiamiento público en salud. Por otro lado, a esto se suma la desconfianza del MEF para incrementar presupuesto cuando la ejecución sectorial no es la óptima. A ello se añade el temor de los funcionarios por las acciones del sistema de control interno, lo que afecta proponer y crear cambios en los procesos y nuevos mecanismos.

La conversión del SIS a una IAFAS, que cubra costo total, implica un cambio radical en la forma de asignar y gestionar el presupuesto para salud individual y salud pública, lo que puede provocar resistencia en el MEF. La transformación del SIS requerirá de gestores capaces para manejar los fondos del aseguramiento y utilizar mecanismos de pago que logren los resultados sanitarios y optimicen el uso de recursos en las IPRESS. Así, una limitación podría estar en el propio SIS, por una posible rutina instalada que consiste en solo ver datos prestacionales y transferir fondos a las UE.

La creación del fondo de alto costo tiene como barrera al actual SIS, ya que esta decisión exige un cambio en la forma en que se financian y tratan las enfermedades de alto costo (conversión del FISSAL). Asimismo, se requiere de un sistema de información robusto para tomar decisiones, sin que se afecte la sostenibilidad financiera, y mejorar la cobertura en beneficio de los ciudadanos. De la misma manera, se necesita que el MINSA defina explícitamente<sup>15</sup> el PEAS y los planes complementarios (hay nueve años de retraso en la actualización de este plan), y dinamizar la labor de la Red Nacional de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (RENETSA) para que esta defina qué tecnologías van a financiar el fondo.

### **Implementar las RIS**

Esta política lleva varios años sin implementarse, a pesar del aparente consenso sobre sus beneficios. La primera barrera externa viene de una decisión política cambiante en el tiempo, que ha demorado mucho en definir el modelo conceptual y de gestión para las RIS. Por ello, se requiere de apoyo, en la ruta de construcción de una mayor institucionalidad, para proteger el modelo y extender su alcance a todo el país.

Otra dificultad, esta vez interna, proviene de la carencia de competencias de los actuales gestores para un buen manejo de las redes.

Existen otros obstáculos internos derivados de la falta de definiciones y de brazos ejecutores para facilitar la operación de las RIS (definición de un plan de beneficios, tarifario, la existencia de un sistema de referencias y contrarreferencias, la responsabilidad para asumir cada proceso de soporte, la gestión de RR.HH., entre otros aspectos).

<sup>15</sup> "Asegurar el otorgamiento de las prestaciones de salud contempladas en el PEAS por los diferentes regímenes de financiamiento" (Ministerio de Salud, 2009).

# Recomendaciones para la implementación

**P**ara llevar a cabo las cuatro políticas priorizadas, se requiere identificar a los actores responsables y las acciones más importantes a adoptar. A continuación, se presentan recomendaciones para su implementación.

## Diferenciación de la rectoría de la prestación

Es un reto complejo para el SNS. Se debe trasladar la prestación de Lima a las nuevas UGIPRESS, organizando la oferta de primer y segundo nivel, así como la nacional de alta complejidad. Para ello, es necesario modificar significativamente el modelo organizacional del MINSA y el presupuesto asignado.

Se recomienda tomar en consideración las lecciones aprendidas con el fallido proceso de implementación del IGSS, así como ponderar los estudios sobre la red hospitalaria de Lima y Callao (Ministerio de Salud, 2015) para conseguir el respaldo político necesario. El MINSA es el ente encargado de diseñar y conducir el proceso de diferenciación de la rectoría de la prestación, en coordinación con los actores relevantes.

Se debe planificar y delimitar el ámbito territorial y poblacional de las UGIPRESS. Incluso, para el caso del primer y segundo nivel de prestación de Lima, se recomienda que las funciones de conducción de las cuatro DIRIS se trasladen a una nueva dirección del MINSA encargada de conducir y homogeneizar la prestación, y que la función de prestación se traslade a la UGIPRESS. En el caso de las regiones, el MINSA debe coordinar con los GORE la definición de las funciones de las nuevas UGIPRESS, brindando el soporte y acompañamiento técnico necesario.

El MINSA es el encargado de definir el plan de beneficios mínimos a cubrir y SUSALUD debe supervisar a nivel sectorial la aplicación del plan de beneficios respectivo, enfatizando la vigencia de las garantías explícitas. De esta forma, la ciudadanía podrá ejercer su derecho de acceder a una atención completa, oportuna y de calidad desde una IPRESS que es parte de una RIS, hasta los niveles de complejidad que sean necesarios.

El ente rector define los roles y el alcance de los actores bajo el nuevo modelo: UGIPRESS, RIS, IPRESS, operadores logísticos, entre otros.

El MINSA también debe promocionar y orientar la inversión pública sectorial a nivel nacional, cambiando el esquema de búsqueda de obra pública por otro centrado en lograr altos estándares de nivel de servicios y seguridad de las personas.

El DL N.° 1157, aprobado en 2013, dispone la creación de una Comisión Multisectorial de Inversión en Salud para coordinar una inversión integrada entre los diferentes subsectores. Es urgente el liderazgo y la concertación sectorial, intergubernamental e interinstitucional para articular y armonizar la prestación.

Se debe trasladar la prestación de Lima a las nuevas UGIPRESS, organizando la oferta de primer y segundo nivel, así como la nacional de alta complejidad. Para ello, es necesario modificar significativamente el modelo organizacional del MINSA y el presupuesto asignado.

### Disponer de información para la toma de decisiones

El MINSA es responsable de formular políticas basadas en evidencia, de conducir el sector y difundir información promoviendo datos abiertos. Por ello, se necesita diseñar y sustentar la inversión necesaria para lograr la conectividad del 100% de las IPRESS públicas en el territorio nacional (internet e intranet). Además, en coordinación con la Secretaría de Gobierno Digital de la Presidencia del Consejo de Ministros (PCM), debe asegurar la interoperabilidad de los sistemas de información y aplicativos críticos para la operación del SNS.

En paralelo, el MINSA debe diseñar y revisar los indicadores críticos sectoriales para evaluar el desempeño del SNS. La información se genera en cada IPRESS o IAFAS, las cuales requieren registrar o comunicar los datos de manera estándar a los repositorios del SNS. Se deben tomar en cuenta las lecciones aprendidas en SUSALUD, que actualmente obtiene información prestacional y financiera del SNS.

Se plantea la creación de una Unidad de Inteligencia de Datos, responsable del análisis de información y de otra entidad encargada de orientar el análisis y de proponer políticas. Es importante considerar la experiencia de la Unidad de Inteligencia y Análisis de Datos (UIAD) de ESSALUD.

### Ordenar el flujo e incrementar el financiamiento en salud

Siguiendo las recomendaciones de la OMS, es necesario incrementar el financiamiento público en el sector salud de forma sostenida y progresiva. El Poder Ejecutivo es responsable de planificar y efectuar este proceso mediante un trabajo coordinado entre el MINSA, el MEF y la PCM.

El fortalecimiento del SIS como IAFAS requiere mejorar las capacidades de gestión financiera del SIS; asimismo, calcular la siniestralidad para estimar una prima por asegurado, y dialogar con el MEF para pasar a un modelo donde reciba recursos de acuerdo con la prima y número de asegurados. Esto involucra un aumento significativo de los recursos financieros que maneja el SIS, y por ello es importante la mejora de la capacidad de gestión financiera.

En paralelo al proceso de cobertura financiera de la salud individual a cargo del SIS, el MEF y el MINSA deben desactivar los programas presupuestales (PP) dirigidos a salud individual.

En el caso de ESSALUD, ya se ha definido una ruta hacia la separación de funciones. El MINSA deberá apoyar el proceso siguiendo las recomendaciones establecidas en el *Libro blanco*.

Para la creación del fondo para la cobertura universal de enfermedades de alto costo, se necesita elaborar un plan en coordinación con el FISSAL y los demás actores relevantes, desarrollar la propuesta legal, organizar una red de IPRESS de alta complejidad y diseñar la puesta en marcha.

### Implementar las RIS con enfoque en las necesidades ciudadanas

Para asegurar el éxito del proceso, se requiere resolver ciertas condiciones críticas para la operación con diversas instituciones. Por ello, se deben definir las reglas de compra entre IAFAS e IPRESS, el tarifario, el diseño del sistema de referencia y contrarreferencia y organizar la prestación para cumplir con las garantías explícitas establecidas en los pla-



**EL MINSA es responsable de formular políticas basadas en evidencia, de conducir el sector y difundir información promoviendo datos abiertos.**

nes de beneficio, así como tender a homologarlos. Este proceso debe ser emprendido en conjunto entre el MINSA, SUSALUD, IAFAS, IPRESS y UGIPRESS lo antes posible.

Una vez resueltos los aspectos señalados, se deben conformar y formalizar las primeras RIS de modo progresivo y sostenido, aplicando la normativa definida por el ente rector, la cual establece tres criterios: tamaño poblacional; concentración poblacional; y accesibilidad geográfica, económica, social y cultural. El MINSA es el encargado de liderar el proceso y definir las funciones de las UGIPRESS como unidad de soporte de las RIS. Se sugiere elaborar una estrategia de implementación priorizada de RIS en Lima y regiones.

La cartera de servicios de salud debe ser mejorada mediante inversión u optimización de la oferta prestacional. El MEF, el MINSA y las RIS deben establecer la agenda de inversiones para lograr una cobertura efectiva.



**La cartera de servicios de salud debe ser mejorada mediante inversión u optimización de la oferta prestacional. El MEF, el MINSA y las RIS deben establecer la agenda de inversiones para lograr una cobertura efectiva.**

## Hoja de ruta

**F**inalmente, es necesario el concurso de operadores logísticos para gestionar los inventarios de recursos estratégicos y asegurar un alto nivel de servicio a los usuarios finales, de modo que obtengan su terapia completa y se realicen oportunamente los procedimientos indicados.

### 100 días

#### Diferenciación de la rectoría de la prestación

- Identificar las lecciones aprendidas con el IGSS e informes pasados para la elaboración de un plan y hoja de ruta para la creación de dos UGIPRESS en Lima Metropolitana.
- Planificar la unificación de las cuatro DIRIS de Lima en una dirección nueva en el MINSA, como parte de la función rectora de armonización de la prestación.
- Planificar la formulación, aprobación y puesta en marcha de los nuevos organismos e instrumentos de gestión del MINSA y GORE.

### 1 año

- Lograr consensos entre actores relevantes (MINSA, GORE, Municipalidad Metropolitana de Lima, congresistas, académicos, entre otros), a través de reuniones de trabajo.
- Unificar las cuatro DIRIS de Lima en una nueva dirección establecida en el MINSA, para la homogeneización de la normativa, optimizando el tamaño organizacional y la dimensión de uso de recursos.
- Modificar el ROF del MINSA de acuerdo a la planificación prevista.
- Implementar dos UGIPRESS en Lima Metropolitana: una encargada del primer y segundo nivel de atención y otra de la prestación de alta complejidad.
- Definir y aprobar un plan multianual de inversiones que tenga el enfoque de atención de nivel de servicios.
- Apoyar el proceso de diferenciación de funciones ya acordado en ESSALUD.

### 5 años

- Culminar el diseño e implementación de las UGIPRESS departamentales, delimitando el rol de los GORE y el MINSA.
- Consolidar el proceso de desarrollo de capacidades en los equipos de gestión de los GORE e instituciones hospitalarias de mayor complejidad.
- Consolidar los mecanismos de monitoreo, asistencia técnica y evaluación necesarios para el proceso de reestructuración organizacional del sector salud.

#### Disponer de información para la toma de decisiones

- Diseñar y aprobar una hoja de ruta para la transformación digital, articulando la Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030 con la Agenda Digital del Sector Salud 2020-2025.
- Diseñar y revisar indicadores estratégicos que abarquen todo el SNS.
- Identificar todas las fuentes de datos, aplicativos y sistemas del SNS, y evaluar su interoperabilidad.
- Mejorar y desarrollar la interoperabilidad de los sistemas de información y aplicativos transversalmente.
- Diseñar e implementar la Unidad de Inteligencia de Datos y la entidad encargada de la conducción estratégica en el MINSA (incluir en el ROF cuando se modifique para la política anterior).
- Alcanzar conectividad efectiva en el 100% de IPRESS públicas, a través de la ejecución de un plan multianual de inversiones.
- Contar con información actualizada y el análisis respectivo de todos los actores del SNS por parte de la Unidad de Inteligencia de Datos.

## 100 días

### Ordenar el flujo e incrementar el financiamiento en salud

- Establecer un acuerdo político que disponga como política nacional el incremento sostenido del financiamiento para el sector salud.
- Diseñar el plan de adecuación del SIS para convertirse en una IAFAS pública, que cuente con autonomía para manejar riesgos, recibir una prima por asegurado y negociar la compra servicios a IPRESS públicas y privadas.
- Alcanzar un acuerdo con el MEF para la implementación del plan de adecuación del SIS.
- Apoyar el proceso de separación de funciones de ESSALUD.
- Establecer la hoja de ruta para la creación de un fondo para cubrir enfermedades de alto costo.

## 1 año

- Generar capacidades institucionales y de gestión financiera en el SIS, de acuerdo a sus nuevas funciones.
- Estimar prima por asegurado, según siniestralidad y carga de enfermedad de los afiliados.
- Transferir recursos al SIS de acuerdo al nuevo modelo.
- Aprobar la ley para la creación del fondo de alto costo.
- Organizar una red de prestadores de alta complejidad para enfermedades de alto costo.
- Aprobar un plan de regularización de aportes del empleador público a ESSALUD, por concepto de contribuciones por trabajadores de educación, salud y CAS.

## 5 años

- Consolidar el proceso de conversión del SIS, mediante la desactivación de PP para salud individual.
- Poner en marcha el fondo de alto costo y desactivar el FISSAL.
- Garantizar el pago de la deuda privada y pública a ESSALUD por 4200 millones de soles, adecuando el DU N.º 037-2019.
- Haber incrementado el financiamiento público en salud para alcanzar al menos 6% del PBI.

### Implementar las RIS con enfoque en las necesidades ciudadanas

- Definir instrumentos y sistemas necesarios para la operación de las RIS (cartera de servicios, tarifario, rutas de referencia y contrarreferencia, mecanismos de pago, entre otros).
- Elaborar la estrategia priorizada de implementación de las RIS en Lima y regiones.

- Incluir IPRESS de ESSALUD en las RIS conformadas, modificando la hoja de ruta existente.
- Poner en marcha las RIS progresivamente.
- Enfocar la cadena de abastecimiento por nivel de servicio, en coordinación con el Centro Nacional de Abastecimiento de Recursos Estratégicos en Salud (CENARES), y de ser necesario convocar a otros operadores logísticos como soporte.
- Diseñar un plan de inversiones integral en coordinación con la Comisión Multisectorial de Inversión en Salud, para mejorar la oferta de servicios de las RIS.

- Ejecutar el plan de inversiones definido, incluyendo nuevas modalidades de obtención de servicios.

## Siglas, abreviaturas y acrónimos

AN	Acuerdo Nacional
ASIS	Análisis de la Situación de la Salud
AUS	Aseguramiento Universal en Salud
CAS	Contrato administrativo de servicios
CENARES	Centro Nacional de Abastecimiento de Recursos Estratégicos en Salud
CONAREME	Consejo Nacional de Residencia Médica
CUS	Cobertura universal en salud
DIGEMID	Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas
DIGESA	Dirección General de Salud Ambiental
DIRIS	Direcciones de Redes Integradas de Salud
DL	Decreto Legislativo
DRG	<i>Diagnosis-related group</i>
DU	Decreto de Urgencia
ENDES	Encuesta Demográfica y de Salud Familiar
ENSP	Escuela Nacional de Salud Pública
EPS	Entidades Prestadoras de Salud
ESSALUD	Seguro Social de Salud del Perú
FF.AA.	Fuerzas Armadas
FISSAL	Fondo Intangible Solidario de Salud
GOLO	Gobiernos locales
GORE	Gobiernos regionales
HCE	Historia clínica electrónica
IAFAS	Instituciones administradoras de fondos de aseguramiento en salud
IGSS	Instituto de Gestión de Servicios de Salud
IPRESS	Institución prestadora de servicios de salud
LCE	Ley de Contrataciones del Estado
MEF	Ministerio de Economía y Finanzas
MINDEF	Ministerio de Defensa
MININTER	Ministerio del Interior
MINSAL	Ministerio de Salud
MTPE	Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
ODS	Objetivos de Desarrollo Sostenible
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PAN	Programa Articulado Nutricional
PBI	Producto bruto interno
PCM	Presidencia del Consejo de Ministros
PDLC	Planes de Desarrollo Local Concertado
PDRG	Plan de Desarrollo Regional Concertado
PEAS	Plan Esencial de Aseguramiento en Salud
PEDN	Plan Estratégico de Desarrollo Nacional
PESEM	Planes Estratégicos Multianuales
PIA	Presupuesto institucional de apertura
PIM	Presupuesto institucional modificado
PNMS	Política Nacional Multisectorial de Salud
PNP	Policía Nacional del Perú
PNUME	Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales
PP	Programas presupuestales
PP.II.	Pueblos indígenas
PpR	Presupuesto por resultados
RENESIA	Red Nacional de Evaluación de Tecnologías Sanitarias
RENHICE	Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas
RHUS	Recursos humanos en salud
RIS	Redes Integradas de Salud
RM	Resolución Ministerial



ROF	Reglamento de Organización y Funciones
RR.HH.	Recursos humanos
SALUDPOL	Fondo de Aseguramiento en Salud de la Policía Nacional del Perú
SBS	Superintendencia de Banca, Seguros y AFP
SINAPLAN	Sistema Nacional de Planeamiento Estratégico
SINEACE	Sistema Nacional de Evaluación, Acreditación y Certificación de la Calidad Educativa
SIS	Seguro Integral de Salud
SISCOVID	Sistema Integrado para COVID-19
SNS	Sistema Nacional de Salud
SUNEDU	Superintendencia Nacional de Educación Superior Universitaria
SUSALUD	Superintendencia Nacional de Salud
TIC	Tecnologías de información y comunicación
UE	Unidad ejecutora
UGIPRESS	Unidades de Gestión de IPRESS
UIAD	Unidad de Inteligencia y Análisis de Datos

## Anexos

### Anexo 1: Metas de ODS

#### Cuadro 1. Metas del ODS 3: salud y bienestar

Metas
<ul style="list-style-type: none"><li>● Reducir la tasa de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100,000 nacidos vivos.</li><li>● Reducir mortalidad neonatal a menos de 12 por cada 1000 nacidos vivos, y mortalidad de niños menores de cinco años al menos hasta 25 por cada 1000 nacidos vivos.</li><li>● Poner fin al VIH/SIDA, tuberculosis, malaria y otras enfermedades transmisibles.</li><li>● Reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles y promover la salud mental.</li><li>● Fortalecer prevención y tratamiento del abuso de sustancias adictivas y el alcohol.</li><li>● Reducir a la mitad el número de muertes y lesiones por accidentes de tránsito.</li><li>● Garantizar acceso universal a servicios de salud sexual y reproductiva.</li><li>● Lograr cobertura sanitaria universal, incluyendo protección financiera.</li><li>● Reducir considerablemente las muertes y enfermedades causadas por productos químicos peligrosos y contaminación.</li></ul>

Fuente: Naciones Unidas (2015). Elaboración propia.

### Anexo 2: Vínculo entre los planes y el sector sanitario

Tres de las políticas del AN se encuentran alineadas con los ODS en materia de salud. Por su parte, el AN se encuentra solo parcialmente alineado con el PEDN, ya que el primero es más amplio. El segundo se centra en intervenciones materno-infantiles, en fortalecer el aseguramiento y financiamiento, mejorar la provisión de servicios con énfasis en la atención primaria y la participación ciudadana. Lo mismo ocurre entre el PEDN y el PESEM: el alineamiento es parcial para algunos indicadores y objetivos, específicamente los centrados en salud materno-infantil. El AN y el PESEM presentan objetivos, indicadores y metas, mientras que el PEDN no llega a ese nivel de detalle. Se centra en definir las políticas a nivel país, planteando objetivos y acciones estratégicas.

**Anexo 3: Comparación entre mortalidad y objetivo del ODS**

**Cuadro 2. Mortalidad neonatal y mortalidad en niños menores a cinco años, 2017-2018**

El objetivo del ODS 3 es una mortalidad neonatal menor a 12 por cada 1000 nacidos vivos, y de 25 en niños menores de cinco años.

Característica seleccionada	Mortalidad neonatal (por 1000 nacidos vivos)	En la niñez (por 1000 nacidos vivos)
<b>Área de residencia</b>		
Urbana	(9)	15
Rural	14	28
<b>Región natural</b>		
Lima Metropolitana*	(7)	(11)
Resto de la costa	(10)	17
Sierra	(11)	23
Selva	(13)	28
<b>Educación de la madre</b>		
Sin educación	(11)	(21)
Primaria	(13)	28
Secundaria	10	17
Superior	(7)	(13)
<b>Quintil de riqueza</b>		
Quintil inferior	(14)	31
Segundo quintil	(11)	18
Quintil intermedio	(8)	15
Cuarto quintil	(7)	11
Quintil superior	(7)	(12)
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>19</b>

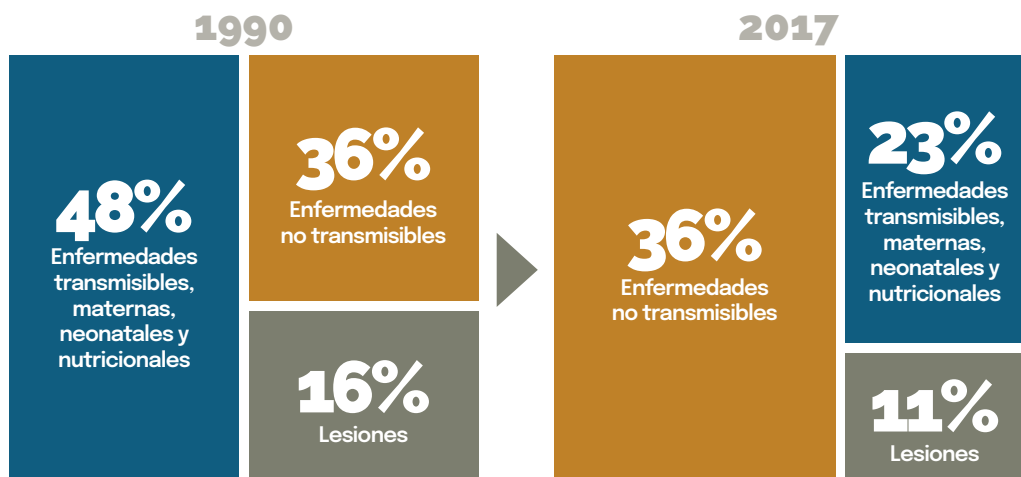
Nota: Los datos entre paréntesis son referenciales. Tienen coeficiente de variación superior a 15%.

\* Comprende la provincia de Lima y la Provincia Constitucional del Callao.

Fuente: INEI (2019a). Elaboración propia.

**Anexo 4: Evolución de carga de enfermedad**

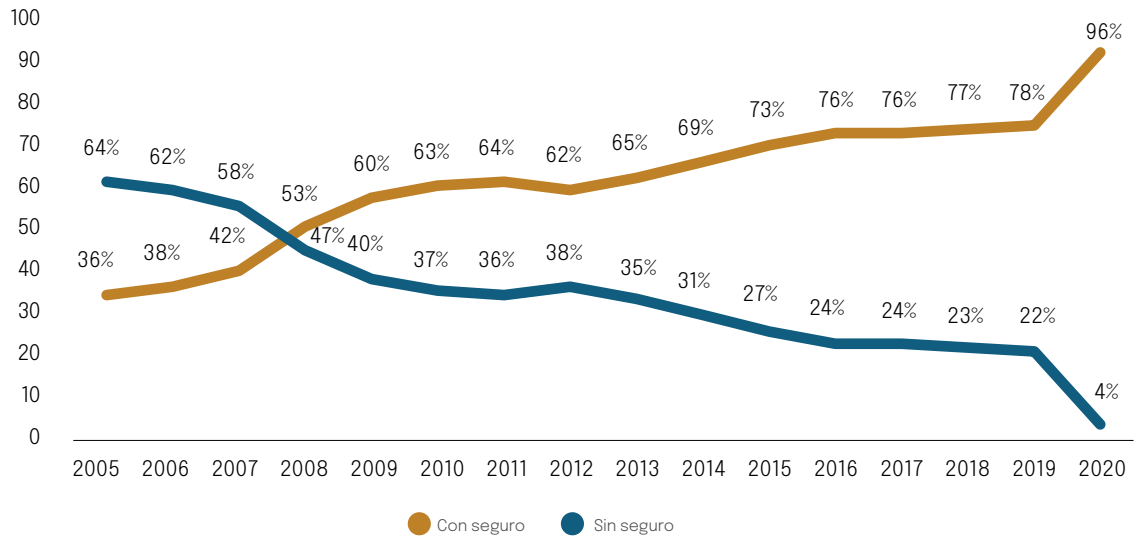
**Ilustración 5. Carga de enfermedad 1990-2017 (concentración por tipo de enfermedad)**



Fuente: Health Metrics and Evaluation (2020). Elaboración propia.

Anexo 5: Evolución en el aseguramiento en Perú

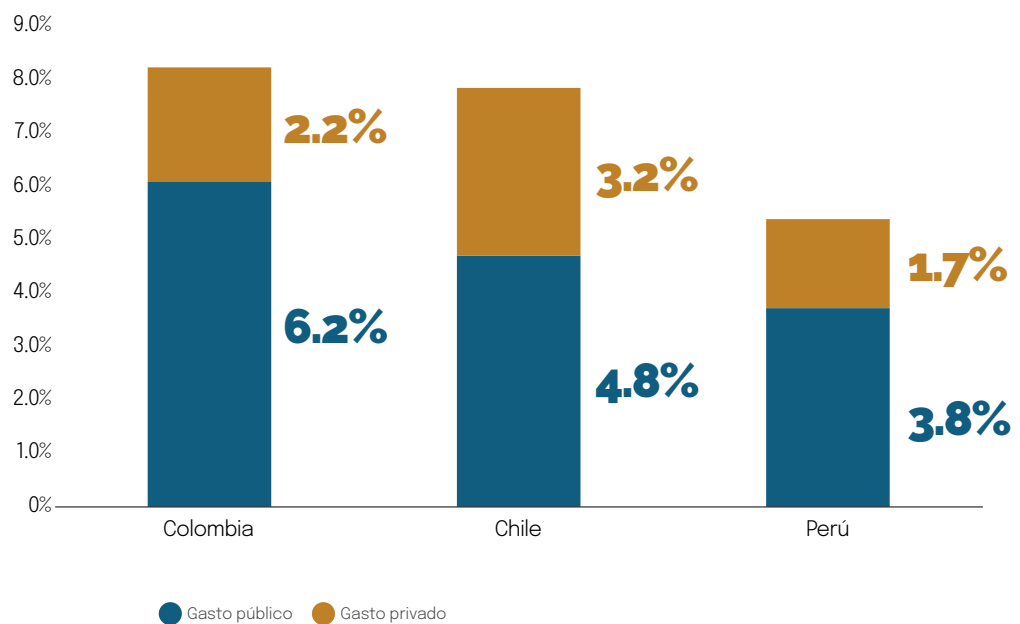
Ilustración 6. Tendencia en el aseguramiento



\*A octubre de 2020  
Fuente: INEI (2018), SUSALUD (2020a). Elaboración propia.

Anexo 6: Comparación del gasto en salud con países de la región

Ilustración 7. Financiamiento del Perú y países de la región, 2018 (% del PBI)



Fuente: OMS (2017), MEF (2018), ESSALUD (2018). Elaboración propia.

### Anexo 7: Aportes y gastos en ESSALUD

**Cuadro 3. Superávit o déficit por tipo de población**

	Población	Población (%)	Aporte anual para salud (79% del aporte total)	Gasto en salud	Superávit (+) o déficit (-) total	Superávit (+) o déficit (-) per cápita	Impuesto (+) o subsidio (-) como % del aporte para salud
<b>Público</b>	<b>2,972,366</b>	<b>26%</b>	<b>1,850,813,369</b>	<b>2,282,408,027</b>	<b>-431,594,658</b>	<b>-145</b>	<b>-23%</b>
Educación	650,660	6%	430,632,817	616,364,144	-185,731,327	-285	-43%
Salud	232,588	2%	186,511,929	238,690,106	-52,178,177	-224	-28%
CAS	499,098	4%	268,801,438	614,111,400	-345,309,962	-692	-128%
Otros gobiernos central	1,062,612	9%	658,257,658	599,057,671	59,199,987	56	9%
Municipalidades	419,562	4%	245,477,173	170,021,164	75,456,009	180	31%
Regiones	107,846	1%	61,132,354	44,163,542	16,968,812	157	28%
<b>Privado</b>	<b>6,021,648</b>	<b>52%</b>	<b>6,297,125,694</b>	<b>3,266,898,676</b>	<b>3,030,227,018</b>	<b>503</b>	<b>48%</b>
Asegurado agrario	868,470	8%	155,675,618	351,960,431	-196,284,813	-226	-126%
Pensionista	1,511,879	13%	412,817,692	2,656,273,473	-2,243,455,781	-1484	-543%
Pensionista regular	1,274,994	11%	372,219,592	2,454,524,154	-2,082,304,562	-1633	-559%
Solicitante de pensión	90	0%	0	342,843	-342,843	-3809	
Beneficiario de Ley 30478	236,795	2%	40,598,100	201,406,476	-160,808,376	-679	-396%
Otros	125,470	1%	57,846,959	184,216,172	-126,369,213	-1007	-218%
<b>Total</b>	<b>11,499,833</b>	<b>100%</b>	<b>8,774,279,331</b>	<b>8,741,756,779</b>	<b>32,522,552</b>		

Fuente: Cotlear (2019). Elaboración propia.

### Anexo 8: Distribución de IPRESS según categoría e institución

**Cuadro 4. Distribución del total de IPRESS según categoría e institución**

Institución	III-2	III-1	III-E	II-2	II-1	II-E	I-4	I-3	I-2	I-1	S/C	Total
MINSA	7	10	2	4	2	1	30	169	130	4	63	422
Gobiernos regionales	3	9	2	30	90	12	273	1067	2005	4248	174	7913
Municipalidad provincial	-	-	-	-	-	1	-	37	1	-	9	48
Municipalidad distrital	-	-	-	-	-	-	-	8	12	3	13	36
ESSALUD	2	8	1	14	38	3	22	108	155	1	43	395
Sanidad Ejército	-	1	-	-	1	1	9	10	81	27	3	133
Sanidad PNP	-	1	-	-	1	1	2	32	36	6	6	85
Sanidad Naval	-	1	-	-	-	-	2	3	22	11	28	67
Sanidad FAP	-	1	-	-	-	1	2	7	13	3	2	29
INPE	-	-	-	-	-	-	-	8	30	14	6	58
Privado	1	4	1	27	90	156	87	1811	2475	3737	6493	14,882
Otro	1	-	-	1	1	-	4	11	13	10	18	59
<b>Total</b>	<b>14</b>	<b>35</b>	<b>6</b>	<b>76</b>	<b>223</b>	<b>176</b>	<b>431</b>	<b>3271</b>	<b>4973</b>	<b>8064</b>	<b>6858</b>	<b>24,127</b>

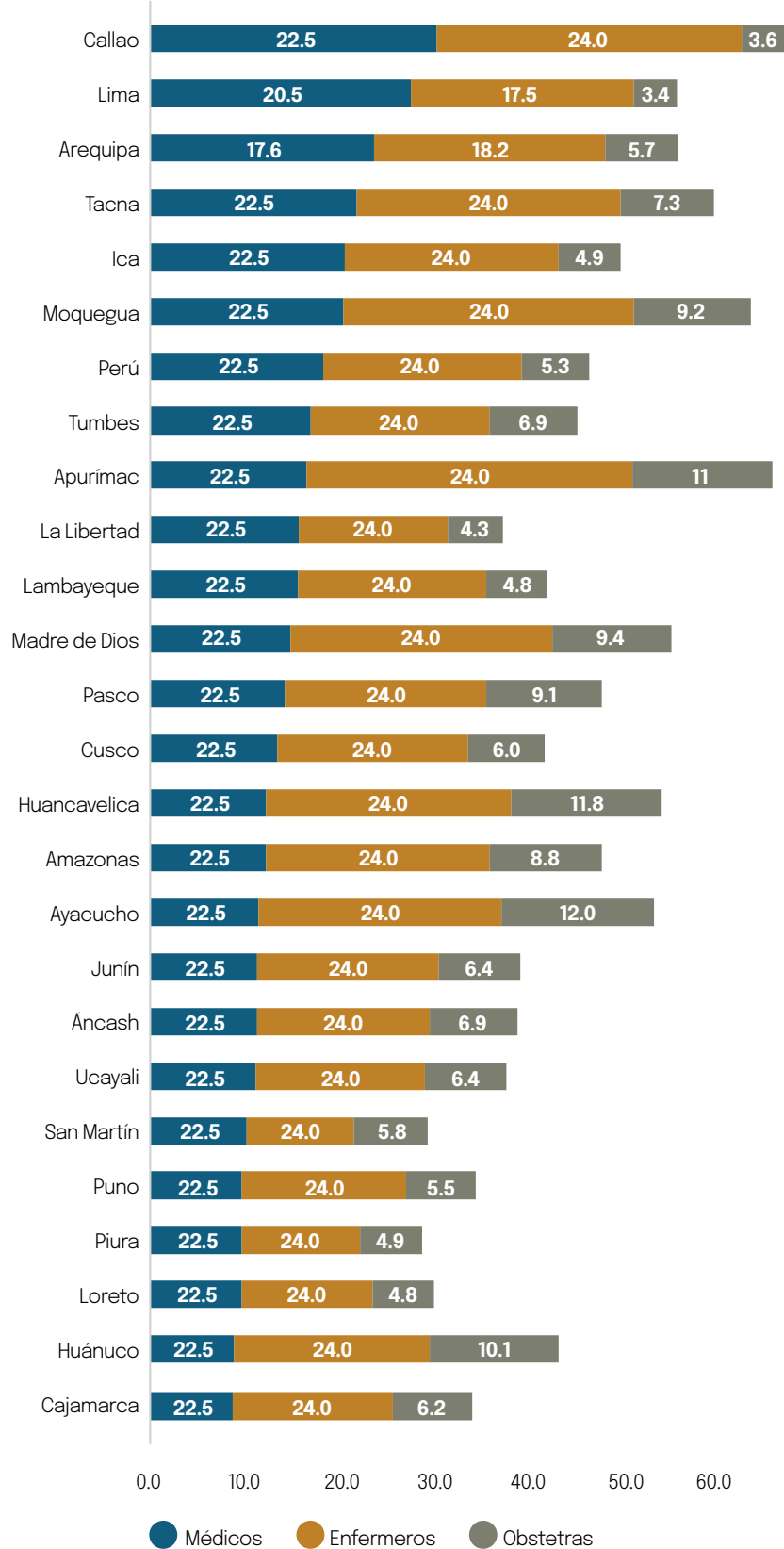
Fuente: SUSALUD (2020c). Elaboración propia.

### Anexo 9: Normas sobre telesalud

El DL N.° 1490 fortaleció la telesalud, junto con otras normas complementarias para la telegestión (RM N.° 116-2020), teleorientación y telemonitoreo (RM N.° 146-2020-MINSA), así como la inclusión de estos servicios en el tarifario del SIS (Resolución Jefatural N.° 033-2020/SIS). El 19 de julio de 2020, el MINSA informó que durante el primer semestre se dieron 3,407,052 atenciones en los cuatro servicios de telemedicina: teleinterconsulta, teleconsulta, telemonitoreo y teleorientación (Ministerio de Salud, 2020c). Además, la implementación de la telemedicina en el subsector público fue ganadora del Premio Buenas Prácticas en Gestión Pública 2019, y logró que 1023 establecimientos de salud brinden servicios de telemedicina, se den 128,681 atenciones de monitoreo a gestantes y se brinden 2,021,026 atenciones de teleorientación durante la pandemia (Ministerio de Salud, 2020d).

**Anexo 10: Densidad de profesionales de la salud según departamento**

**Ilustración 8.** Densidad de profesionales de la salud (por cada 10,000 habitantes), según departamento



Fuente: MINSA (2018a). Elaboración propia.

### Anexo 11: Gestión por procesos

El análisis del sistema sanitario se realiza para los tres tipos de procesos que existen:

- Procesos estratégicos. “Definen y verifican las políticas, estrategias, objetivos y metas de una organización” (PCM - Secretaría General, 2013).
- Procesos misionales. Están vinculados “a la producción de bienes y servicios de la cadena de valor” (PCM - Secretaría General, 2013). Es decir, generan productos para cubrir las necesidades de los ciudadanos con un valor añadido.
- Procesos de soporte. “Realizan actividades de apoyo necesarias para el buen funcionamiento de los procesos operativos o misionales” (PCM - Secretaría General, 2013).

Cada grupo de procesos cumple funciones distintas. Los procesos estratégicos dirigen el sector y orientan a los procesos misionales, los cuales, por su parte, se encargan de la producción de bienes y servicios. Finalmente, los procesos de soporte brindan apoyo transversal para la consecución de los objetivos.

Anexo 12: Matriz de costos, beneficios, ganadores y perdedores por opción de política

	Política	Costos	Beneficios	Ganadores	Perdedores
Rectoría	Diferenciación de la rectoría de la prestación	<ul style="list-style-type: none"> <li>Derivados de la coordinación entre los diferentes sectores: tiempo y desarrollo de políticas</li> <li>Inversión y gasto corriente para la implementación de nuevas unidades de gestión de la prestación</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mayor eficiencia por la separación de funciones y especialización de actores: MINSA como rector y unidades de gestión para la prestación</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ciudadanos con un sistema más eficiente y con una oferta con incentivos para mejorar su cobertura y calidad</li> <li>MINSA fortalecido como ente rector</li> <li>IPRESS públicas con incentivos para lograr una mayor eficiencia en la prestación de servicios</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Interesados en mantener <i>statu quo</i> actual por razones subalternas</li> </ul>
	Disposición de información para la toma de decisiones	<ul style="list-style-type: none"> <li>Implementación de sistemas de información interoperables</li> <li>Creación de Unidad de Inteligencia de Datos en el MINSA</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Información de procesos misionales (gestión del financiamiento y prestación) y de soporte oportuna y consistente para tomar mejores decisiones</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>MINSA: más información de calidad para la toma de decisiones</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Interesados en mantener <i>statu quo</i> actual por razones subalternas</li> </ul>
	Fortalecimiento de la supervisión y fiscalización	<ul style="list-style-type: none"> <li>Desarrollo e implementación de normativa</li> <li>Costos de adaptación institucional en SUSALUD</li> <li>Costos de digitalización de DIGEMID</li> <li>Costos de organización de proceso de control y vigilancia de DIGESA</li> <li>Esfuerzo de adaptación en las IPRESS para lograr los estándares de calidad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mejora la calidad de la prestación de las IPRESS</li> <li>Mejora la gestión financiera de las IAFAS</li> <li>Mayor eficiencia en los procesos de DIGEMID, ampliando la competencia y oferta de recursos</li> <li>Incremento de la confianza en DIGESA</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ciudadano: mayor calidad en los servicios prestacionales que recibe</li> <li>IAFAS: uso más eficiente de los recursos financieros y logro de economía en sus costos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>IPRESS que no cumplan los requisitos de calidad establecidos</li> <li>IAFAS que no gestionen eficientemente sus recursos</li> </ul>
Financiamiento	Ordenamiento del flujo e incremento del financiamiento en salud	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cambio en la cultura organizacional y procesos de seguimiento presupuestal del MEF</li> <li>Adaptación de los programas presupuestales (PpR)</li> <li>Consideración de un alcance universal</li> <li>Costo de fortalecer al SIS como IAFAS:</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mayor eficiencia en la administración de los recursos: estimación de una prima en función del riesgo, y definición y promoción de mecanismos de pago para la compra de servicios prestacionales</li> <li>Contribución del esquema de PpR a</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ciudadano: obtención de un plan de beneficios cubierto efectivamente</li> <li>Gestores públicos: simplificación de la gestión de los recursos</li> <li>SIS: fortalecimiento como IAFAS</li> <li>IAFAS: ahorro de recursos por formas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>MEF: pérdida de capacidad de control sobre la gestión formal presupuesto</li> <li>IPRESS públicas: riesgo de quedar desfinanciadas por una menor transferencia del SIS (que como asegurador pagaría el costo total de prestaciones)</li> </ul>



**Política**

**Costos**

- cambios normativos y operativos
- Implementación y operación del fondo de alto costo
- Implementación de los sistemas de información necesarios para establecer mecanismos de pago
- Desarrollo e implementación de normativa para los nuevos mecanismos de compra de servicios prestacionales

**Beneficios**

- mejorar la cobertura de salud pública de manera universal y a simplificar la gestión de los recursos financieros
- MEF centrado en sus procesos misionales (no microgestión de los recursos)
- Cobertura financiera de enfermedades de alto costo ampliada y mejorada
- Incentivos para logro de resultados sanitarios y eficiencia en el financiamiento (pues el presupuesto se asocia al cumplimiento de resultados sanitarios)
- Contención del gasto ineficiente de recursos por la asignación y balance del riesgo entre prestadores y aseguradores
- Acceso a formas de contratación competitivas (que permitan mejores precios y una oferta más predecible) con el sector privado

**Ganadores**

- más efectivas de contratación
- IPRESS: optimización de su gasto por el desarrollo de mayores actividades de promoción y prevención de salud
- Proveedores privados: disposición de predictibilidad para tomar riesgos y participar con nuevos mecanismos de contratación

**Perdedores**

- individuales), si su desempeño no es el adecuado (incumplimiento de indicadores relacionados con la asignación presupuestal)
- FISSAL: cese de operaciones para dar paso al fondo de alto costo (pero es su base constitutiva)
- Actores que toman ventaja actualmente de la discrecionalidad que deja el manejo del presupuesto por partidas

**Implementación de las Redes Integradas de Salud (RIS)**

- Esfuerzo de coordinación entre subsistemas para la definición de las RIS
- Diseño e implementación del sistema de referencia y contrarreferencia de las RIS estableciendo los flujos necesarios
- Costos de adecuación del sistema prestacional: tarifarios conjuntos, inversión coordinada, etc.

- Ampliación de la cobertura prestacional derivada de una mayor eficiencia del sistema
- Fortalecimiento del primer nivel de atención como puerta de ingreso al sistema
- Descongestión de los hospitales
- Promoción de la continuidad de la atención
- Ahorro de costos, al atenderse oportunamente los problemas de salud desde el primer nivel de atención

- Ciudadano: mayor acceso a una cobertura prestacional efectiva y a un servicio completo, continuo, oportuno y de calidad
- Hospitales: descongestión por la contención de la demanda en el primer nivel (se permite mayor eficiencia y calidad en la atención)
- Primer nivel de atención fortalecido: aumento de su capacidad

- RR.HH. de las IPRESS que no se adaptan a la nueva lógica de gestión integrada
- Pacientes de los subsistemas policial y militar que seguirán afrontando una red prestacional congestionada

Política	Costos	Beneficios	Ganadores	Perdedores
			resolutiva, alineada a necesidades de salud actuales	
<b>Promoción de una mejor formación de médicos y otros profesionales de la salud</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Costos asociados a la estimación y seguimiento de la brecha de profesionales de la salud</li> <li>• Esfuerzo de coordinación con SUNEDU para mejorar el desempeño de los centros de educación superior del país</li> <li>• Incremento del financiamiento de vacantes en universidades públicas</li> <li>• Incremento de financiamiento de los distintos tipos de residentado</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mejora de la cobertura y calidad de la prestación</li> <li>• Incremento del acceso, particularmente a especialidades médicas hoy escasas</li> <li>• Mejora de la capacidad resolutiva de las IPRESS y redes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ciudadano: mejor atención e incremento de acceso a las especialidades a través del territorio</li> <li>• IPRESS: incremento de capacidad resolutiva</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Instituciones y universidades que se benefician del actual <i>statu quo</i></li> <li>• CONAREME: posibilidad de perder poder de decisión</li> </ul>
<b>Fortalecimiento de la Escuela Nacional de Salud Pública (ENSP)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Costos derivados de la creación de programas, firma de convenios y aseguramiento de la calidad de enseñanza</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desarrollo de habilidades gerenciales y de gobierno necesarias para la gestión de las diferentes instancias del sistema</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• IPRESS e IAFAS: capital humano calificado para una gestión eficiente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• RR.HH. que se resistan al cambio o presenten dificultades para adaptarse a la nueva lógica de gestión</li> </ul>
<b>Incremento de la conectividad en los establecimientos de salud</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adquisición, operación y mantenimiento de la infraestructura digital (acceso a energía estable, internet, <i>hardware</i>, <i>software</i>)</li> <li>• Costo de capacitación y cambio cultural de gestores y personal sanitario para el uso de dispositivos, protocolos y estrategias de comunicación efectiva</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mayor eficiencia del sistema de salud por la agilización en sus procesos estratégicos y misionales</li> <li>• Generación de información oportuna y de mejor calidad</li> <li>• Información disponible para la toma de decisiones y como soporte para los sistemas de seguimiento y monitoreo de los procesos del SNS</li> <li>• Trazabilidad de los recursos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• SNS: agilidad en los procesos y otras actividades. Logro de la trazabilidad de los recursos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• RHUS que se resistan al cambio o presenten dificultades para adaptarse a la nueva lógica de gestión</li> </ul>
<b>Medición del desempeño del proceso de abastecimiento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Costo del estudio para el diseño del sistema de monitoreo</li> <li>• Inversión en</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Información y trazabilidad para tomar decisiones y lograr un alto nivel de servicio</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ciudadano: mayor acceso a terapias oportunas, seguras y de calidad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Actores que toman ventaja de la discrecionalidad que deja el modelo</li> </ul>

Política	Costos	Beneficios	Ganadores	Perdedores
por el nivel de servicio brindado a usuarios finales (indicador de resultado)	<p>conectividad</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Inversión en el sistema de información</li> <li>• Gasto corriente para la operación del sistema de monitoreo</li> <li>• Costo de la capacitación de recursos humanos y tiempo de adaptación al nuevo enfoque</li> </ul>	<p>de los productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Incentivos alineados a mejores resultados sanitarios</li> <li>• Cobertura sanitaria efectiva que mejora el nivel de salud de la población, gracias al acceso a tratamientos y procedimientos completos y oportunos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• MEF: logro de eficiencia del gasto sanitario</li> </ul>	<p>actual de gestión del abastecimiento</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Personal con resistencia al cambio</li> </ul>

### Anexo 13: Metodología de priorización

Para la selección de las políticas, se realizó una priorización cuantitativa y cualitativa. En primer lugar, se desarrolló el método de Hanlon como aproximación cuantitativa. Choi *et al.* (2019) evalúan la pertinencia de emplear diversos métodos para la evaluación de programas de salud, tales como la votación simple, el análisis multicriterio o el método de Delfos. Sin embargo, recomiendan el uso de la metodología de Hanlon por su versatilidad para considerar aspectos tanto técnicos como políticos. Si bien esta propuesta se centra en proponer una metodología para la Organización Panamericana de la Salud (OPS), se establece que el método puede ser utilizado por países con necesidades de priorización similares.

El método original de Hanlon, descrito en Choi *et al.* (2019), incluye cuatro componentes para el cálculo del BPR, valor numérico estimado con el que priorizan las políticas. Los elementos que se toman en cuenta son el tamaño del problema, la seriedad del problema, la efectividad de la medida y la factibilidad de la política. Este último componente, conocido como análisis PEARL, sirve como un indicador del riesgo de implementar la medida y contiene cinco subcomponentes: pertinencia, factibilidad económica, aceptabilidad, recursos disponibles o potenciales y legalidad. Las preguntas específicas que se consideran en el análisis de PEARL son:

- ¿Es pertinente para resolver el problema de salud?
- ¿Tiene sentido económico realizar el proyecto? ¿Hay consecuencias económicas si no se interviene?
- ¿Lo aceptará la comunidad?
- ¿Hay presupuesto disponible o potencialmente disponible?
- ¿Las leyes actuales permiten implementar el proyecto?

Cuando una de las políticas no cumple uno de los cinco criterios de factibilidad de PEARL, no obtiene puntaje, por lo que no es priorizada.

Posteriormente, se propusieron variantes del método de Hanlon; entre ellas, incluir un componente que tome en cuenta el análisis costo-beneficio (Vilnius y Dandoy, 1990), la separación del análisis PEARL de la fórmula, de modo que sirva como un filtro previo (Neiger *et al.*, 2011), o la inclusión de dos componentes para la evaluación: posicionamiento institucional e inequidad (Choi *et al.*, 2019). El posicionamiento institucional es una variable clave en el caso

de la OPS, ya que considera la disposición del país con el que se está trabajando para implementar las recomendaciones realizadas. Así, la OPS, en su metodología, asigna mayor puntaje para la priorización de políticas o programas si es que la probabilidad de implementación por parte de los países con los que trabaja es mayor.

Para el presente estudio, fue necesario adaptar la metodología de Hanlon de la OPS (Choi *et al.*, 2019). Específicamente, el BPR se estimó considerando tres componentes: (i) tamaño del problema (A), (ii) seriedad del problema (B) y (iii) efectividad de la intervención (C).

En el siguiente cuadro, se presenta un resumen de estos componentes y las variables que se emplean para calcularlos.

**Cuadro 5. Resumen de componentes empleados en la metodología**

Variables	Subcomponentes	Valores
Tamaño del problema: extensión del problema, número de personas a las que afecta		0 a 10
Seriedad del problema: es el resultado de evaluar la urgencia del problema, la pérdida económica que genera para la sociedad y la externalidad que provoca	Urgencia	0 a 10
	Pérdida económica	0 a 10
	Severidad del impacto negativo en otros	0 a 10
Efectividad de la intervención: grado de éxito de la intervención en alcanzar el objetivo propuesto bajo circunstancias normales		0 a 10

En el caso del tamaño del problema (A), se asigna un puntaje entre cero y 10 dependiendo de a cuántas personas afecta el problema. Choi *et al.* (2019) sugieren que si el problema afecta a pocas personas, se asigne puntaje entre cero y tres; si afecta a un grupo medio, de cuatro a seis; y si afecta a un gran número, entre siete y 10.

Por el lado de la seriedad del problema (B), el cálculo depende de tres subcomponentes: (i) la urgencia para resolver el problema (B1); (ii) la pérdida económica que genera el problema (B2); (iii) la severidad del impacto negativo a individuos no implicados directamente en el problema (B3). El cálculo original de Choi *et al.* (2019) incluía un cuarto componente asociado a la severidad de las consecuencias. Es decir, a la cantidad de años de vida saludables perdidos por muerte prematura o discapacidad generados por el problema. Dado que las políticas evaluadas no están asociadas directamente con este factor, se decidió no considerarlo para el cálculo.

Los tres subcomponentes se puntúan de cero a 10, dependiendo de qué tan urgentes, costosos en términos económicos o serios para agentes externos a la transacción son.

Finalmente, B se calcula como:

$$B = \frac{2}{3} (B1 + B2 + B3)$$

El valor de B debe estar acotado entre cero y 20 para mantener la fórmula de BPR planteada por Choi *et al.* (2019). En el modelo original, cada subcomponente de B presenta valores entre cero y cinco, por lo que solo se suman. Sin embargo, como se decidió no incluir un subcomponente en la adaptación planteada, se propone que los subcomponentes estén acotados entre cero y 10, y se corrige multiplicando por 2/3, de tal manera que B se mantenga entre cero y 20.

El tercer componente, la asignación de puntaje para la efectividad (C), tiene un puntaje de entre cero y 10 puntos. Los autores plantean que, si el grado de éxito de la intervención en alcanzar el objetivo propuesto bajo circunstancias normales es nulo o bajo, se asigne puntaje entre cero y tres; si es algo efectiva, se asignen entre cuatro y seis puntos; o si es muy efectiva, entre siete y 10 puntos.

Finalmente, para el cálculo del BPR, se aplica la siguiente fórmula:

$$BPR = \frac{(A+B)C}{3}$$

Su valor final está acotado entre cero y 100 puntos, y luego de ordenar los puntajes de mayor a menor, se obtiene una lista priorizada de políticas.

### Resultados de la estimación

El Cuadro 6 presenta el consolidado de las evaluaciones. Se ordenan las políticas según la priorización en cada tipo de proceso (valores presentados en la columna 2).

La primera columna de cada cuadro presenta el *ranking* general de priorización, considerando todas las políticas propuestas. En la segunda, se muestra el *ranking* de las políticas por tipo de proceso según el puntaje obtenido, siguiendo la metodología expuesta en el documento. Adicionalmente, en las columnas cinco y seis, se presenta el puntaje asignado por componente y el valor final (BPR).

Posteriormente, se hizo una revisión cualitativa de las políticas. Para ello, se tomaron en cuenta los resultados de la etapa previa, el análisis de costos, beneficios, ganadores y perdedores, la potencial viabilidad *ad portas* de las elecciones generales, las consecuencias de la crisis sanitaria y los riesgos asociados.

Hubo entrevistas con expertos del sector sanitario y reuniones de trabajo en las que se revisaron las distintas dimensiones de cada opción de política. En esta etapa, se decidió replantear algunas de las políticas iniciales en función de los comentarios recibidos, y priorizar las cuatro políticas mencionadas en el documento.

**Cuadro 6. Consolidado de resultados de la evaluación**

Puesto global	Puesto por tipo de proceso	Proceso	Política	Método de Hanlon						
				A	B1	B2	B3	B	C	BPR
1	1	<b>Rectoría</b>	1. Implementar la gestión por resultados centrada en el ciudadano en el sector salud.	9.33	9.67	9.67	10.00	19.56	9.67	93.09
4	2		2. MINSA ejerce exclusivamente función de rectoría.	9.00	9.00	9.00	9.67	18.44	9.33	85.38
11	3		3. Fortalecer el proceso de descentralización en salud.	8.33	9.00	8.00	8.67	17.11	8.33	70.68
15	4		4. La función de calidad retorna a SUSALUD.	8.00	8.50	8.50	6.50	15.67	8.00	63.11
16	5		5. Contar con estrategia de inversión conjunta a nivel país.	8.67	9.00	9.00	6.33	16.22	7.33	60.84
19	6		6. Separar funciones en ESSALUD.	5.67	6.67	7.00	6.33	13.33	8.00	50.67
3	1	<b>Financiamiento</b>	1. Desarrollar un sistema de seguimiento de la calidad del gasto público en salud.	9.33	9.67	9.67	9.00	18.89	9.33	87.80
8	2		2. Implementar mecanismos de compra de servicios prestacionales.	9.33	8.67	9.67	8.33	17.78	8.33	75.31
9	3		3. Ordenar y simplificar el flujo de financiamiento a las RIS e IPRESS en el sector salud.	8.33	8.67	9.67	7.67	17.33	8.67	74.15
17	4		4. Diseñar y establecer un mecanismo para la cobertura universal de alto costo.	7.00	7.00	9.00	6.33	14.89	8.00	58.37
7	1	<b>Prestación</b>	1. Implementar un sistema de monitoreo y evaluación de los servicios prestacionales para garantizar la cobertura prestacional efectiva.	9.67	9.67	9.67	8.67	18.67	8.33	78.70
12	2		2. Fortalecer la telemedicina y el uso de tecnología para desarrollar modalidades de atención más cercanas al usuario.	8.00	7.67	8.33	7.67	15.78	8.33	66.05
13	3		3. Conformar las RIS de forma integrada entre IPRESS de todos los subsistemas bajo criterios territoriales.	8.67	7.67	9.33	7.00	16.00	8.00	65.78
2	1	<b>TIC</b>	1. Implementar un sistema de información interoperable en los ámbitos prestacional, financiero y abastecimiento.	9.33	9.33	9.67	9.67	19.11	9.67	91.65
5	2		2. Ampliar la conectividad de las IPRESS.	9.00	7.67	9.00	9.67	17.56	9.33	82.62
10	1	<b>RR.HH.</b>	1. Desarrollar capacidades de gestión del recurso humano.	9.33	7.33	8.33	8.33	16.00	8.67	73.19
14	2		2. Desarrollar el capital humano mediante un esquema de capacitación y actualización del conocimiento.	8.67	6.33	8.00	8.00	14.89	8.33	65.43
18	3		3. Incentivar el fortalecimiento de competencias profesionales en sinergia con la SUNEDU y el Sistema Nacional de Evaluación, Acreditación y Certificación de la Calidad Educativa (SINEACE).	7.00	7.67	7.00	7.33	14.67	7.33	52.96
6	1	<b>Abastecimiento</b>	1. Implementar un modelo de gestión del abastecimiento basado en el nivel de servicio.	9.00	9.00	9.00	8.33	17.56	9.00	79.67

#### Anexo 14: Objetivos y metas de mediano plazo para la implementación del sistema de información

Objetivo	Meta de mediano plazo
<ul style="list-style-type: none"> <li>Implementar un sistema de información integrado e interoperable, que permita la formulación de políticas, la toma de decisiones y el adecuado seguimiento y evaluación.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Aumento del porcentaje de sistemas críticos interoperables (considerar el riesgo de conectividad)</li> <li>Incremento del porcentaje de IPRESS que cuentan con el Sistema de Información de Historia Clínica Electrónica (SIHCE) implementado</li> <li>Creación de una Unidad de Inteligencia y Análisis de Datos de los procesos del SNS y una entidad de conducción estratégica (prestación, financiamiento, soporte)</li> </ol>

Elaboración propia.

#### Anexo 15: Objetivos y metas de mediano plazo para la implementación de las RIS

Objetivo	Meta de mediano plazo
<ul style="list-style-type: none"> <li>Expandir la oferta prestacional de calidad al contar con RIS operativas en el territorio nacional.</li> <li>Mejorar la coordinación entre los distintos subsistemas del sector salud.</li> <li>Aumentar capacidad de resolución de las RIS</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Identificación de los ámbitos de las RIS a organizar</li> <li>Hoja de ruta para la transferencia de funciones</li> <li>Transferencia de la función salud y organización de las RIS en Lima Metropolitana.</li> <li>Incremento del número de RIS implementadas (evaluación por departamento)</li> </ol>

## Referencias bibliográficas

- Acuerdo Nacional y UNDP (2017). *Objetivos de Desarrollo Sostenible y Políticas de Estado del Acuerdo Nacional*. Acuerdo Nacional.
- Acuerdo Nacional (2015). *Los objetivos de la reforma de salud*.  
<https://acuerdonacional.pe/2015/10/los-objetivos-de-la-reforma-de-salud/>
- Acuerdo Nacional (2019). *Visión del Perú al 2050*. <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1111485/Visi%C3%B3n-del-Peru-al-2050.pdf>
- Acuerdo Nacional (2020). *Sesión 129-Foro del Acuerdo Nacional dio inicio al proceso de diálogo para consensuar el Pacto Perú*.
- Agencia EFE (2020). La Villa Panamericana reabre como el gran hospital de Perú para el COVID-19. *EFE*. <https://www.efe.com/efe/espana/sociedad/la-villa-panamericana-reabre-como-el-gran-hospital-de-peru-para-covid-19/10004-4209034>
- América Sistemas (2019). *La historia clínica electrónica de EsSalud*.  
<http://www.americasistemas.com.pe/la-historia-clinica-electronica-de-essalud/>
- Asamblea General de Naciones Unidas (1948). *Declaración Universal de Derechos Humanos*. ONU.
- Banco Mundial y Banco Interamericano de Desarrollo (2018). *Perfil del programa de inversión en redes integradas de salud*. MINSa.
- Banco Mundial (2017). *Datos abiertos*.  
<https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.OOPC.CH.ZS?locations=PE>
- Banco Mundial (2020). *Datos abiertos*.  
<https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.OOPC.CH.ZS?locations=PE>
- CEPLAN (2011). *Plan Bicentenario. El Perú hacia el 2021*.
- Choi, B. et al. (2019). The Pan American Health Organization-adapted Hanlon method for prioritization of health programs. *Rev. Panam. Salud Pública*.
- Congreso de la República (2016). Pleno aprobó desactivación del Instituto de Gestión de Servicios de Salud. <http://www2.congreso.gob.pe/Sicr/Prensa/heraldo.nsf/CNtitulares2/1FF853C5ED5298D70525806800037E39/?OpenDocument>
- Cotlear, D. (2019). *Las colas de EsSalud. Una tomografía económica: lo bueno, lo malo y lo feo*. ESSALUD.
- DIGEMID (2020). *¿Qué es la DIGEMID?* Dirección General de Medicamentos Insumos y Drogas.  
<http://www.digemid.minsa.gob.pe/Main.asp?Seccion=39>
- DIGESA (2020). *Dirección General de Salud Ambiental e Inocuidad Alimentaria*.  
<http://www.digesa.minsa.gob.pe/institucional1/institucional.asp>
- El Peruano (2020). EsSalud realizó más de cuatro mil atenciones en Centro de Aislamiento Temporal para Pacientes COVID-19 de la Villa Panamericana. *El Peruano*.  
<https://elperuano.pe/noticia-estado-fortalece-atencion-la-villa-panamericana-100864.aspx>
- ESSALUD (2018). *Año 2018-Presupuesto de ingresos y egresos*. ESSALUD.



- ESSALUD (2019). *ESSALUD: deuda por aportaciones supera los S/4 mil millones*. <http://www.essalud.gob.pe/essalud-deuda-por-aportaciones-supera-los-s-4-mil-millones/>
- Farmacia Vecina (2020). *Reporte del 04.04.2020 al 29.09.2020*. ESSALUD.
- Institute for Health Metrics and Evaluation (2020). *GBD Compare* [en línea, último acceso: 5 septiembre 2020]. <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>
- INEI (2017a). *Primera Encuesta Virtual para personas LGBTI 2017*.
- INEI (2017b). *III Censo de Comunidades Nativas*.
- INEI (2017c). *I Censo de Comunidades Campesinas*.
- INEI (2018). *Encuesta Nacional de Hogares*.
- INEI (2019a). *Informe principal. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2019*.
- INEI (2019b). *Perú. Brechas de género 2019*.
- INEI (2019c). *Encuesta Nacional de Hogares sobre Condiciones de Vida y Pobreza 2019*.
- INEI (2020). *Series anuales de indicadores principales de la ENDES, 1986-2019*.
- Ministerio de Economía y Finanzas (2018). *Consulta amigable*. <https://apps5.mineco.gob.pe/transparencia/Navegador/default.aspx?y=2017&ap=ActProy>
- Ministerio de Economía y Finanzas (2020a). *Consulta amigable*. <https://apps5.mineco.gob.pe/transparencia/Navegador/default.aspx>
- Ministerio de Economía y Finanzas (2020b). *Proyecto de ley de presupuesto del sector público para el año fiscal 2021*.
- Ministerio de Salud (2002). *Ley N.° 27657*.
- Ministerio de Salud (2009). *Ley N.° 29344. Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud*.
- Ministerio de Salud (2015). *Caracterización de las áreas de influencia de los hospitales de Lima Metropolitana y Callao*.
- Ministerio de Salud (2016a). *Mapa de procesos institucional del MINSA*.
- Ministerio de Salud (2016b). *Plan Estratégico Sectorial Multianual 2016-2021*.
- Ministerio de Salud (2018A). *Compendio estadístico: Información de recursos humanos del sector salud-Perú*.
- Ministerio de Salud (2020a). *Comunicado N.° 271*. <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/307686-minsa-casos-confirmados-por-coronavirus-covid-19-ascienden-a-865-549-en-el-peru-comunicado-n-274>
- Ministerio de Salud (2020b). *Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030 "Perú, país saludable"*. MINSA.

- Ministerio de Salud (2020c). MINSA: *Más de tres millones de atenciones se han registrado en los diversos servicios de telemedicina a nivel nacional*. <https://www.gob.pe/en/institucion/minsa/noticias/212426-minsa-mas-de-tres-millones-de-atenciones-se-han-registrado-en-los-diversos-servicios-de-telemedicina-a-nivel-nacional>
- Ministerio de Salud (2020d). *Telemedicina en MINSA: Acercando la salud a más peruanos en tiempos de COVID-19 con ayuda de la tecnología*. OPS.
- Ministerio de Salud [Chile] (2017). *Informe sobre brechas de personal de salud por servicio de salud*.
- Naciones Unidas (2015). *Objetivo 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades*.
- Naciones Unidas (2018). *Objetivos de Desarrollo Sostenible*. <http://www.un.org/sustainabledevelopment/sustainable-development-goals/>
- Neiger, B. *et al.* (2011). Basic priority rating model 2.0: current applications for priority setting in health promotion practice. *Health Promot Pract.*, pp. 166-171.
- Observatorio de Recursos Humanos en Salud (2020a). *Disponibilidad de RHUS por variables de interés*. MINSA.
- Observatorio de Recursos Humanos en Salud (2020b). *Evolución de RHUS en MINSA y GORE*. MINSA.
- OMS (1947). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. OMS.
- OMS (2010). *Informe sobre la salud en el mundo*. OMS.
- OMS (2017). *Global Health Expenditure Database*. <https://apps.who.int/nha/database> [Último acceso: 15 octubre 2020].
- Organización Panamericana de la Salud (2018). *Espacio fiscal para la salud en América Latina y el Caribe*. Organización Panamericana de la Salud.
- Organización Panamericana de la Salud (2020). *Consideraciones relativas a los pueblos indígenas, afrodescendientes y otros grupos étnicos durante la pandemia de COVID-19*. OPS.
- PCM (2013). *Política Nacional de Modernización de la Gestión Pública al 2021*.
- 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 DS N.° 004-2013-PMC*. PCM.
- PNUD (2000). *Objetivos de Desarrollo del Milenio*. [https://www.undp.org/content/undp/es/home/sdgoverview/mdg\\_goals.html](https://www.undp.org/content/undp/es/home/sdgoverview/mdg_goals.html)
- Robles Guerrero, R. (2013). Ejercicio de la función de regulación de la autoridad de salud nacional: eje de la rectoría sectorial en salud. *Anales de la Facultad de Medicina*, 74(1), pp. 43-48.
- SUSALUD (2020a). *Registro Nominal de Asegurados*. SUSALUD.
- SUSALUD (2020b). *Plataforma digital única del Estado peruano*. <https://www.gob.pe/4104-superintendencia-nacional-de-salud-que-hacemos>

SUSALUD (2020c). *Registro de IPRESS-RENIPRESS*. <http://datos.susalud.gob.pe/dataset/registro-de-ipress-renipress>

Vignolo, J. *et al.* (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Med Interna*, XXXIII(1), pp. 11-14.

Vilnius, D. y Dandoy, S. (1990). A priority rating system for public health programs. *Public Health Rep.*, pp. 463-470.

# PERU

## DEBATE 2021

Propuestas hacia un mejor gobierno

### ORGANIZADORES



### ALIADOS ESTRATÉGICOS



### AUSPICIADORES



[www.perudebate.org](http://www.perudebate.org)