

2.2

Cambios en el sistema de salud centrados en el ciudadano

RESUMEN

El sector sanitario en el Perú afronta retos significativos en los procesos de rectoría, financiamiento, prestación y soporte (abastecimiento de medicamentos, disponibilidad de tecnologías de información). Aunque hay ciertos 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.



Janice Seinfeld
VIDENZA
CONSULTORES



Óscar Ugarte
VIDENZA
CONSULTORES



César Amaro
VIDENZA
CONSULTORES



Oriana Salomón
VIDENZA
CONSULTORES



Alfredo Dancuart
VIDENZA
CONSULTORES

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

Introducción

La Constitución Política del Perú establece que todos los peruanos tienen derecho a la protección en salud (artículo N.º 7) y que el Estado define la política nacional de salud (artículo N.º 9). Es el Ministerio de Salud (MINSA) el ente rector del Sistema Nacional de Salud (SNS).

La Organización Mundial de la Salud (2010)¹ acuñó el concepto de cobertura universal en salud (CUS) como la meta más importante de todo sistema sanitario. Se basa en tres dimensiones: prestacional (servicios sanitarios cubiertos), poblacional (proporción de la población protegida) y financiera (proporción de gastos cubiertos). La cobertura po-

blacional ha avanzado enormemente, con 96% de los peruanos asegurados (SUSALUD, 2020).² Pero persisten grandes retos en la prestación y la cobertura financiera de las atenciones.

Este documento se centra en el ámbito público, pues concentra la mayor parte de asegurados (90%) (SUSALUD, 2020) y atendidos. Proponemos un análisis bajo el enfoque de gestión por procesos: los estratégicos, dirigidos a definir políticas y el accionar del sector; los misionales, centrados en generar los bienes y servicios para satisfacer la demanda de los ciudadanos; y los de soporte, para apoyar a ambos (PCM-Secretaría General, 2013).³

Limitaciones en los procesos estratégicos

El SNS está fragmentado: para atender a sus beneficiarios, cada subsistema replica los procesos de gestión del financiamiento y de la prestación. La Ilustración 1 describe funciones y actores.

Además, el MINSA gestiona la prestación en Lima Metropolitana, administra las Direcciones de Redes Integradas de Salud (DIRIS) y sus instituciones prestadoras de servicios de salud (IPRESS), así como hospitales nacionales e institutos especializados. La toma de decisiones sigue una lógica inercial, sin información estratégica actualizada.

Limitaciones en los procesos misionales

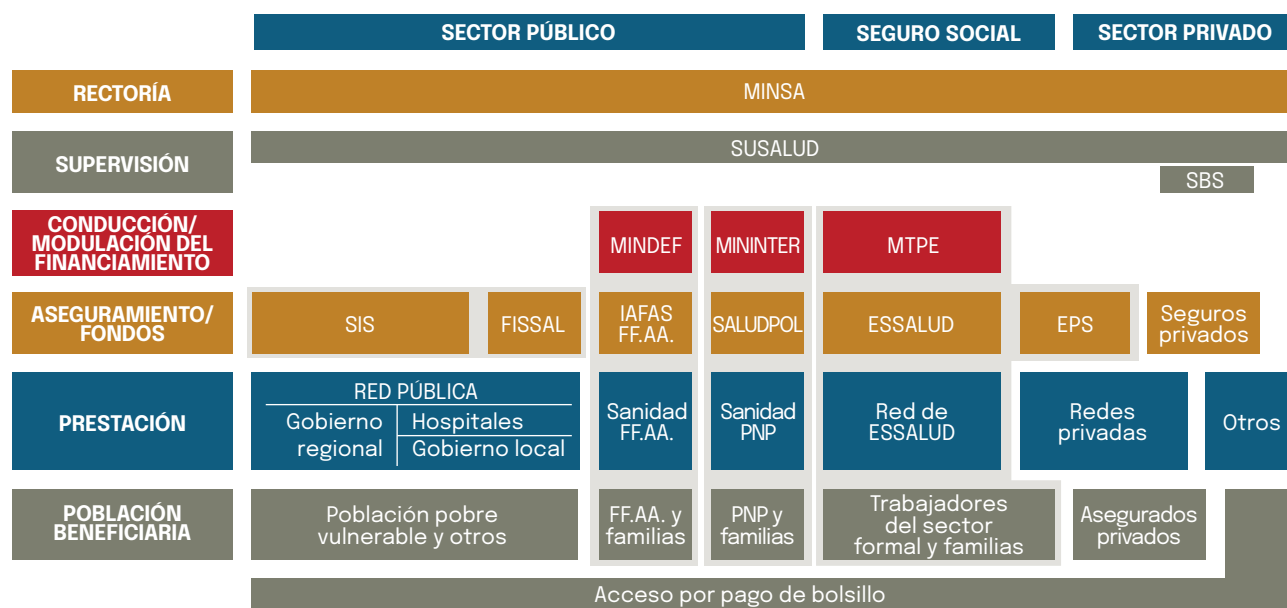
En relación con el financiamiento público, el Perú no cumple con los

1 Organización Mundial de la Salud (2010). *Informe sobre la salud en el mundo*. OMS.

2 SUSALUD (2020). *Registro nominal de asegurados*. SUSALUD.

3 PCM-Secretaría General (2013). *Documento orientador: metodología para la implementación de la gestión por procesos en las entidades de la administración pública en el marco del D.S. N.º 004-2013-PMC*. PCM.

ILUSTRACIÓN 1. SISTEMA DE SALUD PERUANO



Elaboración propia.

estándares recomendados por la OMS para lograr la CUS⁴ y destina menos recursos que sus pares regionales. Además, el gasto de bolsillo en salud es elevado.

El aseguramiento a través del Seguro Integral de Salud (SIS) es limitado e ineficiente. Financia principalmente el costo variable de la atención del plan de beneficiarios. Y no emplea, como un seguro debería, una prima equivalente al gasto promedio por asegurado. El financiamiento de las prestaciones también proviene de los distintos programas presupuestales. El esquema de presupuesto por resultados (PpR) tiene intervenciones verticales con productos e indicadores de seguimiento, lo que dificulta la gestión integral de los recursos.

En la gestión de la prestación no hay cobertura efectiva. El primer y el segundo nivel deberían resolver alrededor del 85% de la demanda (Vignolo *et al.*, 2011),⁵ pero el SNS es "hospitalocéntrico".

Aunque el funcionamiento de las redes integradas de salud (RIS)

fue aprobado en mayo de 2020 (Decreto Supremo N.° 019-2020-SA), aún no se ponen en marcha.

Limitaciones en los procesos de soporte

En gestión de los recursos humanos en salud, la brecha es cualitativa, cuantitativa y de distribución (Acuerdo Nacional, 2015).⁶ El Perú tiene 13.6 médicos por cada 10,000 habitantes (Ministerio de Salud, 2018).⁷ Chile tiene 22.9 (Ministerio de Salud, 2017)⁸ y Colombia, 21.8 (Banco Mundial, 2017).⁹

Asimismo, la conectividad en el país está en estado crítico. Ello limita los potenciales avances de la historia clínica electrónica. El 54% de los establecimientos públicos de salud rurales no tiene acceso a internet (Banco Mundial y Banco Interamericano de Desarrollo, 2018).¹⁰ Además, falta información oportuna y de calidad: cada subsistema tiene sistemas de información no interoperables, no automatizados y no están en línea.

Opciones de política

Para generar cambios a favor de la ciudadanía se plantean nueve opciones de política, divididas en seis rubros.

Gestión de la rectoría

Diferenciación de la rectoría de la prestación

- Crear dos entidades encargadas de gestionar la prestación en Lima Metropolitana: una Unidad de Gestión de IPRESS (UGIPRESS) para el primer y segundo nivel de atención, y otra para alta complejidad.
- Crear una UGIPRESS por departamento encargada de la prestación.
- Migrar de un modelo de inversión pública del MINSA y los GORE a uno que incluya planificación sectorial a nivel nacional y centrado en el nivel de servicio.

4 Se requiere que el gasto público en salud, como proporción del producto bruto interno (PBI), sea de al menos 6% (*Espacio fiscal para la salud en América Latina y el Caribe*, de la Organización Panamericana de la Salud, 2018). En Perú, es de 3.8% (*Consulta amigable*, del MEF, 2018; *Presupuesto de ingresos y egresos*, de ESSALUD, 2018).

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

6 Acuerdo Nacional (2015). *Los objetivos de la reforma de salud*. <https://acuerdonacional.pe/2015/10/los-objetivos-de-la-reforma-de-salud/>

7 Ministerio de Salud (2018). *Compendio estadístico: Información de recursos humanos del sector salud-Perú*.

8 Ministerio de Salud [de Chile] (2017). *Informe sobre brechas de personal de salud por servicio de salud*.

9 Banco Mundial (2017). Datos abiertos. <https://data.worldbank.org/indicador/SH.MED.PHYS.ZS?locations=OE-CO>

10 Banco Mundial y Banco Interamericano de Desarrollo (2018). *Perfil del programa de inversión en redes integradas de salud*.



El primer y el segundo nivel de atención en salud deberían resolver alrededor del 85% de la demanda, pero el SNS es “hospitalocéntrico”.

Disposición de información para la toma de decisiones

- Implementar la historia clínica electrónica y un sistema de información sectorial digital.
- Crear una entidad de conducción estratégica para formular políticas con apoyo del análisis de la información.

Fortalecimiento de la supervisión y fiscalización

- Devolver a la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD) la supervisión de los estándares de calidad definidos por el MINSA.
- Modernizar y reestructurar la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas (DIGEMID) y la Dirección General de Salud Ambiental (DIGESA).

Financiamiento

Ordenamiento del flujo e incremento del financiamiento en salud

- Fortalecer al SIS para que sea un verdadero asegurador, que financie sus prestaciones con primas por afiliado, considerando el costo total del plan de salud.
- Mantener el esquema de PpR exclusivamente para acciones de salud pública y de prevención y promoción de la salud.
- Crear un fondo para cubrir enfermedades de alto costo.
- Implementar mecanismos de pago para comprar servicios prestacionales.
- Apoyar la separación de funciones del Seguro Social de Salud del Perú (ESSALUD) siguiendo la hoja de ruta institucional.

Prestación

Implementación de las RIS

Incluir los establecimientos de ESSALUD y de los privados que deseen participar.

Recursos humanos

Promoción de la formación de médicos y otros profesionales de la salud

- Estimar las brechas de profesio-

sionales de la salud en los tres niveles de gobierno, tomando en cuenta el ámbito gerencial.

- Aumentar las vacantes para su formación en universidades públicas.
- Promover una carrera sanitaria meritocrática.
- Financiar y asignar idóneamente las plazas de residentado de profesionales de la salud.

Fortalecimiento de la Escuela Nacional de Salud Pública (ENSP)

- Brindar programas de especialización en gestión.
- Articular mejores contenidos con universidades e instituciones.

Tecnologías de la información y la comunicación

Incremento de la conectividad en los establecimientos de salud

- Ampliar la conectividad de las IPRESS.
- Crear soluciones tecnológicas para consolidar la telesalud.

Abastecimiento

Promoción de un operador logístico tomando el nivel de servicio como indicador de resultado

Puede ser público o privado.

Hoja de ruta

Se priorizan dos procesos de rectoría y dos misionales.

Diferenciación de la rectoría de la prestación

- Identificar las lecciones aprendidas con el Instituto de Gestión de Servicios de Salud (IGSS) y estudios realizados para elaborar la hoja de ruta de creación de dos UGIPRESS en Lima Metropolitana.
- Planificar la unificación de las cuatro DIRIS de Lima en una dirección del MINSA.

Disposición de información para la toma de decisiones

- Plantear 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 para el SNS.

Ordenamiento del flujo e incremento del financiamiento en salud

- Lograr que el incremento sostenido del financiamiento para el sector salud sea una política nacional.
- Diseñar el plan de adecuación del SIS para convertirse en una IAFAS autónoma que gestione riesgos, reciba una prima por asegurado y compre servicios a IPRESS públicas y privadas.

Implementación de las RIS con enfoque en las necesidades ciudadanas

- Definir instrumentos para la operación de las RIS: cartera de servicios, tarifario, rutas de referencia y contrarreferencia, mecanismos de pago, entre otros.

100 días

Diferenciación de la rectoría de la prestación

- Planificar la formulación, aprobación y puesta en marcha de los nuevos organismos e instrumentos de gestión del MINSA y GORE.

Disposición de información para la toma de decisiones

- Identificar fuentes de datos, aplicativos y sistemas críticos del SNS. Evaluar su interoperabilidad y ver la experiencia de la Unidad de Inteligencia y Análisis de Datos (UIAD) de ESSALUD.

Ordenamiento del flujo e incremento del financiamiento en salud

- Acordar con el MEF la implementación del plan de adecuación del SIS.
- Apoyar la separación de funciones de ESSALUD.
- Establecer la hoja de ruta que crea un fondo para enfermedades de alto costo.

Implementación de las RIS con enfoque en las necesidades ciudadanas

- Elaborar la estrategia priorizada de implementación de las RIS en Lima y regiones.

1 año

- Lograr consensos entre actores relevantes, delimitando el alcance de las UGIPRESS.
- Concretar la unificación de las cuatro DIRIS de Lima.
- Modificar el Reglamento de Organización y Funciones (ROF) del MINSA según la planificación.
- Implementar dos UGIPRESS en Lima Metropolitana: una para el primer y segundo nivel de atención, y otra para la prestación de alta complejidad.
- Definir y aprobar un plan multianual de inversiones sectorial priorizando el nivel de servicios.
- Apoyar el proceso de diferenciación de funciones en ESSALUD.

- Desarrollar la interoperabilidad de los sistemas de información y aplicativos críticos.
- Diseñar e implementar la Unidad de Inteligencia de Datos del MINSA (incluir en el ROF).

- Generar capacidades institucionales y de gestión financiera en el SIS.
- Estimar la prima por asegurado según siniestralidad y carga de enfermedad.
- Transferir recursos al SIS según el nuevo modelo.
- Lograr aprobar la ley de 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 contribuciones de trabajadores de educación, salud y bajo contrato administrativo de servicios (CAS).

- Incluir IPRESS de ESSALUD y privadas que deseen participar en las RIS conformadas.
- Poner en marcha las RIS progresivamente.
- Enfocar la cadena de abastecimiento en el nivel de servicio, en coordinación con el Centro Nacional de Abastecimiento de Recursos Estratégicos en Salud (CENARES). De ser necesario, convocar a otros operadores logísticos calificados.
- Diseñar el plan de inversiones integral, en coordinación con la Comisión Multisectorial de Inversión en Salud, para mejorar la oferta de las RIS.

5 años

- Culminar el diseño y la implementación de las UGIPRESS departamentales.
- Consolidar el desarrollo de capacidades con los GORE y hospitales de mayor complejidad.
- Consolidar los mecanismos de monitoreo, asistencia técnica y evaluación del proceso de reestructuración organizacional del sector salud.

- Lograr conectividad efectiva en el 100% de IPRESS públicas mediante la ejecución del plan multianual de inversiones.
- Recabar y utilizar información actualizada y análisis de los procesos del SNS por parte de la Unidad de Inteligencia de Datos.

- Consolidar la conversión del SIS mediante la desactivación del PpR para salud individual.
- Poner en marcha el fondo de alto costo y desactivar el Fondo Intangible Solidario de Salud (FISSAL).
- Establecer el financiamiento público en salud con al menos 6% del PBI.

- El plan de inversiones debe estar ejecutado y debe incluir nuevas modalidades de obtención de servicios.