

Situación actual del mercado de salud peruano

Encargado por:
Sociedad de Comercio Exterior del Perú - ComexPerú



Realizado por:
Videnza Consultores



Lima, agosto de 2022

Índice

1.	Siglas y acrónimos	7
2.	Resumen ejecutivo.....	9
3.	Introducción	12
4.	Situación del Sistema Nacional de Salud	13
4.1	Rectoría	13
4.2	Prestación	17
4.3	Financiamiento	22
4.4	Abastecimiento	29
5.	Matriz de <i>benchmark</i> en la región	34
6.	Principales problemas	39
7.	Propuestas de solución	40
7.1	Rectoría	40
7.1.1	Mejor información	40
7.1.2	Mejora de la capacidad de regulación y fiscalización.....	41
•	SuSalud	41
•	Digemid y Digesa	42
•	Recursos humanos	43
7.2	Prestación	45
7.2.1	Mejora de la capacidad resolutive del primer nivel.....	45
7.2.2	Implementación de las redes integradas de salud	46
7.3	Financiamiento	47
7.3.1	Integración de los fondos de financiamiento públicos	47
7.3.2	Mejora de la capacidad para tomar decisiones	49
•	Promoción de la cultura digital	49
•	Gestión por resultados	50
7.4	Abastecimiento	51
7.4.1	Seguimiento y monitoreo del nivel de atención brindado	51
7.4.2	Optimización del sistema de contrataciones del Estado	51
7.4.3	Interoperabilidad con los sistemas de información de abastecimiento ...	51
7.4.4	Terciarización de la operación logística	53
8.	Conclusiones y recomendaciones.....	54
9.	Anexo.....	57

10. Referencias..... 67

Índice de gráficos

Gráfico N.º 1: Camas hospitalarias según sector a nivel nacional (2022).....	20
Gráfico N.º 2: Densidad de RHUS por 10,000 habitantes (2013-2021)	21
Gráfico N.º 3: Porcentaje de asegurados según IAFAS a nivel nacional (mayo de 2022)	24
Gráfico N.º 4: Número de asegurados a IAFAS privadas a nivel nacional (2022)	24
Gráfico N.º 5: Gasto de bolsillo como porcentaje del gasto corriente en salud (2010- 2019)	27
Gráfico N.º 6: Afiliados al SIS y presupuesto en salud (2012-2021).....	27
Gráfico N.º 7: Gasto público corriente en salud por afiliado al SIS (2021).....	28
Gráfico N.º 8: Gasto público per cápita anual en salud (en soles).....	29
Gráfico N.º 9: Frecuencia de la escasez de recursos estratégicos (percepción en 2016)	31
Gráfico N.º 10: Evolución de IPRESS con DME mayor a 80%.....	31
Gráfico N.º 11: Entrega del total de medicamentos recetados en la farmacia del establecimiento de salud en atenciones de consulta externa (2016).....	33
Gráfico N.º 12: Lugar de búsqueda de atención (2019, 2020, 2021).....	34
Gráfico N.º 13: Porcentaje de atenciones según servicios de telesalud	46
Gráfico N.º 14: Presupuesto por asegurado de EsSalud y SIS (2016-2021)	48
Gráfico N.º 15: Porcentaje de establecimientos del primer nivel implementados con HCE (2022)	50
Gráfico N.º 16: Situación de PC e Internet en farmacias (febrero, 2022)	53
Gráfico N.º 17: Porcentaje de IPRESS por sector (2022).....	57
Gráfico N.º 18: IPRESS sin categorización privadas y no privadas (2022).....	58
Gráfico N.º 19: Establecimientos de salud del primer nivel de atención que funcionan al menos 12 horas (2022).....	59
Gráfico N.º 20: Oferta de camas hospitalarias por 1,000 habitantes (2022)	59
Gráfico N.º 21: Oferta de camas hospitalarias según sector (2022)	60
Gráfico N.º 22: Oferta de camas UCI por 100,000 habitantes (2022).....	60
Gráfico N.º 23: Densidad de RHUS por cada 10,000 habitantes (2013-2021)	61
Gráfico N.º 24: Porcentaje de establecimientos del primer nivel implementados con HCE (2021)	61
Gráfico N.º 25: Porcentaje de asegurados según IAFAS (2021)	62
Gráfico N.º 26: Gasto público corriente en salud por afiliado al SIS (2017-2021).....	62
Gráfico N.º 27: Porcentaje de IPRESS que cuentan con más del 80% de DME (a mayo 2022)	63
Gráfico N.º 28: Distribución de boticas, droguerías, farmacias y laboratorios (2022) ..	64

Índice de ilustraciones

Ilustración N.º 1: Sistema de salud peruano	15
Ilustración N.º 2: Características principales de las IAFAS	25
Ilustración N.º 3: Cadena de suministro (ideal) del sector salud.....	30
Ilustración N.º 4: Resultados de Padomi Delivery y Farmacia Vecina (2021).....	33
Ilustración N.º 5: Datos (ejemplos).....	50
Ilustración N.º 6: Ejemplo de dashboard SALOG (2019).....	52

Índice de cuadros

Cuadro N.º 1: Funciones en salud en el Perú	13
Cuadro N.º 2: Número total de IPRESS por nivel de atención categorizados, mayo de 2022	18
Cuadro N.º 3: Matriz de <i>benchmark</i> en la región: comparación con el Perú.....	36
Cuadro N.º 4: Problemas identificados	39
Cuadro N.º 5: Principales problemas y propuestas de solución al SNS	55
Cuadro N.º 6: Número de IPRESS por nivel de atención (2022).....	57
Cuadro N.º 7: Matriz de <i>benchmark</i> en la región.....	65

1. Siglas y acrónimos

APP	Asociaciones público-privadas
AUS	Aseguramiento universal en salud
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
BM	Banco Mundial
CDA	Clinical Document Architecture
CEABE	Central de Abastecimiento de Bienes Estratégicos
CENARES	Centro Nacional de Abastecimiento de Recursos Estratégicos en Salud
CMIS	Comisión Multisectorial de Inversión en Salud
DGA	Dirección General de Abastecimiento
DIGEMID	Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas
DIGESA	Dirección General de Salud Ambiental e Inocuidad Alimentaria
DU	Decreto de Urgencia
ENSUSALUD	Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios en Salud
EPS	Empresas prestadoras de salud
EsSalud	Seguro Social de Salud
FISSAL	Fondo Intangible Solidario de Salud
FOSFAP	Fondo de Salud de la Fuerza Aérea del Perú
FOSMAR	Fondo de Salud de la Marina de Guerra del Perú
FOSPEME	Fondo de Salud para el Personal Militar del Ejército
GES	Garantías explícitas en 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
INEN	Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas
IPRESS	Instituciones prestadoras de servicios de salud
MEF	Ministerio de Economía y Finanzas
Minsa	Ministerio de Salud
MTC	Ministerio de Transportes y Comunicaciones
MTPE	Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo
OSCE	Organismo Supervisor de Contrataciones del Estado
PCM	Presidencia del Consejo de Ministros
PCRIS	Programa Creación de Redes Integradas de Salud
PEAS	Plan Esencial de Aseguramiento en Salud
PERÚ COMPRAS	Central de Compras Públicas
PNMGP	Política Nacional de Modernización de la Gestión Pública
PNUME	Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales

PRONIS	Programa Nacional de Inversiones en Salud
RHUS	Recursos humanos en salud
RIS	Redes integradas de salud
RISS	Redes integradas de servicios de salud
ROF	Reglamento de Organización y Funciones
Saludpol	Fondo de Aseguramiento en Salud de la Policía Nacional del Perú
SBN	Superintendencia Nacional de Bienes Estatales
SBS	Superintendencia de Banca, Seguros y AFP
SIS	Sistema Integral de Salud
SNA	Sistema Nacional de Abastecimiento
SNS	Sistema Nacional de Salud
SUNEDU	Superintendencia Nacional de Educación Superior Universitaria
SuSalud	Superintendencia Nacional de Salud
TIC	Tecnologías de la información y las comunicaciones
UCI	Unidades de cuidados intensivos
UGIPRESS	Unidades de gestión de instituciones prestadoras de servicios de salud
UPSS	Unidades productoras de servicios de salud

2. Resumen ejecutivo

Entre marzo de 2020 y julio de 2022 se reportaron más de 210.000 fallecidos por COVID-19 en nuestro país. Ajustando por el tamaño poblacional y considerando estimaciones de la Organización Mundial de la Salud y *The Economist*, el Perú es uno de los países con mayor mortalidad de América Latina, bastante por encima de nuestros pares regionales como Colombia o Chile.

¿Por qué nos fue tan mal? Por un lado, la estrategia de salud emprendida para enfrentar al virus fue inadecuada: uso de pruebas serológicas como método de diagnóstico y suspensión de los servicios en establecimientos de salud públicos del primer nivel de atención, por ejemplo. Por otro lado, el sector salud del país tiene malas condiciones estructurales para enfrentar esta situación: brechas significativas de recursos humanos, infraestructura y tecnología; alta informalidad laboral y carencia de una política de protección social sostenida en el tiempo. Las escasas herramientas disponibles y una gestión inapropiada terminan costando demasiadas vidas.

Peor aún, el aprendizaje y los cambios que se debían emprender en estos años para mejorar el sistema de salud han sido limitados. Los errores que se vienen cometiendo en el sector público afectan gravemente a la población. Mientras se observan problemas en el acceso a medicamentos —como los productos oncológicos—, las mejoras de los establecimientos de salud del primer nivel, que deberían ser la puerta de entrada al sistema de salud, son muy escasas, y la organización de las redes integradas continúa siendo incipiente. A ello se le suma la inestabilidad política, que dificulta la institucionalidad y la toma de decisiones.

Las anteriores son algunas muestras de la precaria situación del sector salud, que impacta particularmente en los ciudadanos más vulnerables. La población de menores recursos, habitualmente del sector informal y que no cuenta con seguro social ni puede pagar un seguro privado, debe hacer largas colas para acceder a la atención en los grandes hospitales públicos, ante el deficiente estado de las postas médicas cercanas a sus hogares.

Además, ante los problemas de desabastecimiento público debe efectuar gastos de bolsillo para comprar los medicamentos necesarios o para automedicarse buscando una solución a sus problemas de salud. Durante la pandemia, los hogares con menores recursos fueron los más afectados en términos económicos: gastaron hasta 4.5 veces más en salud si se comparan hogares afectados por el virus con relación a otros del mismo quintil superior (Grupo de Economía de la Salud, 2022).

El presente documento identifica los principales problemas del sector salud empleando el enfoque sistémico y la gestión por procesos como marco conceptual. Asimismo, propone mejoras concretas a implementar en beneficio de la ciudadanía.

Como primer problema se identifica una inadecuada conducción del sistema de salud por parte del Ministerio de Salud (Minsa). La entidad se concentra en labores operativas y sus “brazos”, encargados de regular, no cuentan con el capital humano, la tecnología ni la infraestructura necesarias. Puntualmente, la Superintendencia Nacional de Salud (SuSalud) tiene escasa cobertura nacional (solo cuenta con oficinas en Lima y Lambayeque) y el marco legal vigente limita su capacidad de fiscalización, por ejemplo, ante la persistencia de la oferta informal de servicios de salud.

En el ámbito prestacional, la situación de los establecimientos de salud públicos en el país es crítica: casi el 100% de centros de salud y hospitales cuentan con capacidad instalada inadecuada¹. Asimismo, están desarticulados y no se aprovechan las sinergias de un trabajo organizado en red. Es frecuente que pacientes de hospitales públicos terminen viajando a otro departamento, habitualmente a la ciudad de Lima, para poder atenderse. El Seguro Integral de Salud (SIS) debería hacer intercambio prestacional o compra de servicios con establecimientos del Seguro Social de Salud (EsSalud) y privados para lograr acceso oportuno y de calidad para sus asegurados.

A su vez, el financiamiento público es insuficiente y está gestionado de forma ineficiente. Si bien el número de ciudadanos con seguro creció significativamente en los últimos años (llega al 98%), no hay un incremento proporcional de los recursos públicos para solventar las atenciones de estos nuevos asegurados. Además, existen múltiples fondos públicos con reglas distintas. El SIS, el más grande seguro en número de afiliados (alrededor de dos tercios del total), recibe recursos del tesoro público y depende del presupuesto que el Ministerio de Economía y Finanzas (MEF) le asigne anualmente.

Finalmente, la gestión del abastecimiento público de medicamentos, sobre todo en el ámbito Minsa–Gore², aún se maneja con información histórica e inoportuna, en lugar de centrarse en el nivel de servicio brindado a los ciudadanos. Es decir, debería medir lo efectivamente recibido con relación a lo prescrito por el facultativo. Este modelo acentúa la falta de transparencia y trazabilidad de los recursos, desde su adquisición hasta la entrega al usuario final. Además, la operación logística muestra importantes carencias, sobre todo en el espacio regional, lo que afecta el acceso de la población a tecnologías sanitarias necesarias.

Esta situación, que era preocupante antes de la pandemia, es insostenible en un escenario de transición epidemiológica y próximo envejecimiento de la población, lo que acentúa la prevalencia de enfermedades crónico-degenerativas. Si el Perú aspira a desarrollarse y ser competitivo, es clave mejorar el acceso de los ciudadanos a los cuidados integrales de salud. Y para ello no es necesario realizar grandes modificatorias legales. Muchas de las propuestas expuestas en este documento han sido analizadas en el Ejecutivo por décadas y pueden aplicarse con el marco normativo vigente. Lo que

¹ Precariedad de la infraestructura, equipamiento obsoleto, inoperativo o insuficiente.

² Comprende a los establecimientos de salud del Ministerio de Salud y de los Gobiernos regionales y locales.

se necesita son cambios graduales y sostenidos en el tiempo, de modo que la población se beneficie tangiblemente.

En esa línea, se debe impulsar que el Ministerio de Salud se centre en dirigir el sistema de salud dejando de lado las labores operativas, como el conducir la red de establecimientos de salud de la provincia de Lima. Esto último, además de distraerlo de sus funciones de conducción, lo colocan como juez y parte al momento de regular.

A su vez, fortalecer los “brazos operativos” del ministerio, de modo que, por ejemplo, la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas (Digemid) reduzca sus plazos para la revisión y autorización de tecnologías sanitarias, y que SuSalud pueda fiscalizar efectivamente los servicios de salud en todo el país para combatir la informalidad y cautelar la cobertura y calidad de la atención. Esto se consigue con capital humano competente, mejores procesos y la provisión de infraestructura, equipamiento y tecnologías necesarias, con modificaciones legales puntuales correspondientes.

En el ámbito prestacional, las personas deben poder acceder a cuidados de salud cerca de su hogar que resuelvan la mayor parte de sus necesidades (80-85%) y que, de ser el caso, sean referidas con oportunidad a un establecimiento de mayor complejidad para su atención. Esto pasa por asignar a los ciudadanos a un centro o policlínico del primer nivel de atención con enfoque territorial. Así, los ciudadanos conocen su puerta de entrada al sistema de salud, y el personal sanitario conoce a la población que debe cuidar. Estos establecimientos deben contar con médico y profesionales de la salud según la demanda de la población, así como con medicamentos y equipamiento necesario. Una intervención fundamental que espera ser implementada es la de las redes integradas de salud (RIS). Esta iniciativa propone mejorar y articular un número de establecimientos de salud en el territorio para brindar una atención oportuna, de calidad y sostenible financieramente.

Desde 2018 se viene aprobando su marco legal y herramientas de gestión, pero a la fecha, debido a los múltiples cambios en los equipos de gestión y en los planes de trabajo, no hay RIS operando efectivamente. Estas redes pueden considerar la colaboración de EsSalud y del sector privado como parte de su oferta. Pero, para ello, el seguro público debe financiar el valor de estas atenciones a los prestadores en los plazos establecidos.

Otro punto esencial es la implementación de la historia clínica electrónica y los sistemas de soporte en línea. Esto permitiría que los pacientes no dupliquen pruebas de apoyo al diagnóstico ni se preocupen por su información médica, y que los gestores de la salud puedan conocer, en tiempo real, el nivel de servicio recibido por los ciudadanos para gestionar eficientemente los recursos.

Para lograr brindar estos cuidados de forma sostenible y eficiente es clave la integración gradual de los diferentes fondos públicos. Permitiría reducir los costos administrativos,

estandarizar gradualmente tarifas y guías de práctica clínica, y emplear los mecanismos disponibles para asegurar una cobertura financiera efectiva a los ciudadanos.

En el campo del abastecimiento de recursos para la salud debe incorporarse el nivel de servicio recibido por los usuarios finales como el indicador de monitoreo por excelencia, así como digitalizar el proceso para mitigar los riesgos de corrupción. En la misma línea, se necesita incrementar la capacidad de operación logística tercerizando este proceso a empresas calificadas.

Para darle un buen remedio a este sistema de salud, hoy en cuidados intensivos, se necesita un cambio tangible que emplee el marco legal vigente y sostengan su curso de acción en el tiempo. Ello parte por reconocer el derecho al acceso a la atención en salud, y por fomentar la apertura para la coordinación y el aprendizaje mutuos entre los sectores público y privado.

3. Introducción

En el Perú, los ciudadanos afrontan diversos problemas para acceder a cuidados de salud de calidad. Antes de la pandemia era común observar largas filas, desde la madrugada, de pacientes fuera de hospitales públicos en mal estado para lograr una atención. Asimismo, existía un porcentaje importante de la población sin seguro de salud, una limitada cantidad de medicamentos disponible en las farmacias de los establecimientos, múltiples idas y vueltas por parte del Ministerio de Salud (Minsa) sobre la organización y conducción de los actores³, entre otras dificultades.

La pandemia de la COVID-19 saturó rápidamente la capacidad de atención de un sistema de salud que ya estaba por colapsar, y dejó en evidencia para la agenda pública las enormes carencias estructurales y de capacidad de gestión. En los primeros meses se crearon diferentes grupos de trabajo y comisiones para intentar organizar de forma más ágil la respuesta a la pandemia. Esto demostró que las instancias de coordinación existentes eran insuficientes.

En agosto de 2022, 28 meses después del primer caso reportado y con cerca del 70% de la población mayor a 12 años con tres dosis de vacuna contra la COVID-19, el país sigue en estado de emergencia y en emergencia sanitaria sin mayores cambios y menos avances en el sistema de salud. Ello es otra muestra de los problemas al dirigir la política sanitaria: la toma de decisiones no está basada en evidencia. No se han realizado esfuerzos efectivos para cerrar la brecha de infraestructura, equipamiento, tecnología ni recursos humanos en el sector público, que asegura al 91%⁴ de la población.

³ Por ejemplo, a fines de 2013 se creó el Instituto de Gestión de Servicios de Salud (IGSS) para gestionar la prestación de salud en Lima Metropolitana, antes a cargo del Minsa. Sin embargo, fue desactivado en 2016 y devolvió todas las funciones.

⁴ Considerando a EsSalud.

Hoy los ciudadanos se atienden en establecimientos de salud en peores condiciones: el Minsa señala que cerca del 100% tiene infraestructura inadecuada. Por ello los ciudadanos deben recurrir a alternativas para solucionar sus problemas de salud, como gastar directamente en medicamentos, seguramente sintomáticos, en boticas o farmacias.

En este documento se presenta un estado de la situación del Sistema Nacional de Salud, que comprende tanto al sector público como al privado. Para identificar los problemas principales y alternativas de solución se toma como marco conceptual el enfoque de la gestión por procesos. Este comprende la rectoría de las autoridades en salud y conducción del sistema, la prestación de los cuidados en salud, el financiamiento de las atenciones y la gestión del abastecimiento de medicamentos y dispositivos médicos. Además, se recoge información de Chile y Colombia para tener un *benchmark* de países latinoamericanos y se desagrega el análisis y la información disponible para seis regiones⁵.

4. Situación del Sistema Nacional de Salud

4.1 Rectoría

La rectoría se define como el conjunto de funciones ejercidas por el Gobierno para alcanzar los objetivos planteados en salud. Es un proceso social y político que va más allá de mandar o regular mediante normas (Robles - Guerrero, 2017; Gianella, 2020). En el Perú, el Ministerio de Salud (Minsa) es la autoridad nacional de salud según la Ley N.º 26842⁶ y, como tal, ejerce la rectoría del sistema de salud.

Con el proceso de descentralización⁷ se optó por un modelo donde el Minsa comparte algunas funciones rectoras con los Gobiernos regionales y locales. En síntesis, el Gobierno central debiera encargarse de la definición de políticas y aspectos de salud pública, mientras que las autoridades subnacionales adaptan las políticas a su territorio y se centran en la operación (REDES y Videnza, 2020a). Desde una perspectiva teórica, el detalle de estas funciones exclusivas y compartidas se presenta a continuación.

Cuadro N.º 1: Funciones en salud en el Perú

Funciones exclusivas del Minsa	Funciones compartidas con los Gobiernos regionales y locales
Conducción sectorial <ul style="list-style-type: none"> Dirección de la política sectorial. Definición de metas y planes estratégicos. Desarrollo de acciones para su implementación. 	Armonización de la provisión de servicios de salud <ul style="list-style-type: none"> Organización de la oferta de servicios de salud.

⁵ Lima, Arequipa, Junín, Loreto, Puno y La Libertad.

⁶ Ley General de Salud.

⁷ Ley N.º 27783, “Ley de Bases de la Descentralización” (2002), Ley N.º 27867 “Ley Orgánica de Gobiernos Regionales” (2002) y Ley N.º 27972 “Ley Orgánica de Municipalidades” (2003).

Funciones exclusivas del Minsa	Funciones compartidas con los Gobiernos regionales y locales
Regulación y fiscalización <ul style="list-style-type: none"> Desarrollo de mecanismos e instrumentos normativos para hacer seguimiento. 	Garantía del aseguramiento en salud <ul style="list-style-type: none"> Garantía del acceso a un paquete de cobertura mínima universal.
<ul style="list-style-type: none"> Ejecución de las funciones esenciales de salud pública. 	Modulación del financiamiento <ul style="list-style-type: none"> Desarrollo de políticas para la complementariedad de los esquemas de financiamiento. Corrección de las desviaciones sectoriales estableciendo las prioridades de asignación. Establecimiento de mecanismos de seguimiento.

Fuente: REDES y Videnza (2020a) y Robles - Guerrero (2013)

De esta forma, el Minsa debe formular los lineamientos de política nacional de salud y conducir a los múltiples actores del sistema de salud para alcanzar las metas propuestas. Sin embargo, existen diversos aspectos que dificultan el adecuado ejercicio de la rectoría. Uno de ellos es la fragmentación y la segmentación entre los diferentes *stakeholders*.

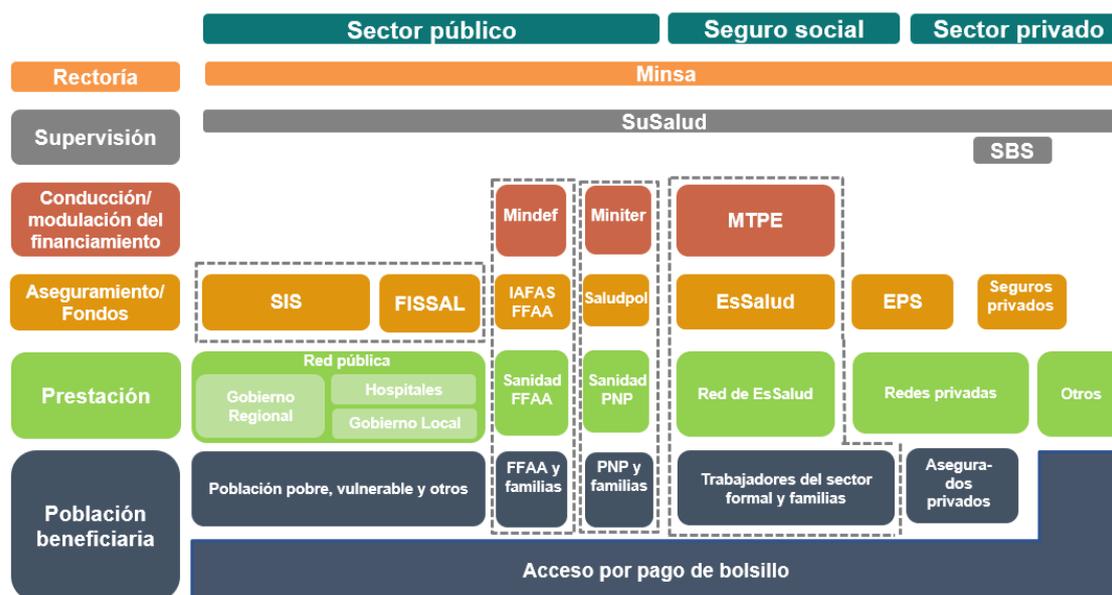
En la Ilustración N.º 1 se observa una representación gráfica de los actores del sistema de salud según sus funciones principales. En primer lugar, existen tres grandes subsectores: el público, el seguro social y el privado. Todos están bajo la rectoría del Minsa y deben ser supervisados por la Superintendencia Nacional de Salud (SuSalud).

El rol de esta última entidad es velar por los derechos en salud verificando que el acceso a los servicios sea otorgado con calidad, oportunidad, disponibilidad y aceptabilidad en todas las instituciones prestadoras y aseguradoras (SuSalud, 2022a). Adicionalmente, la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP (SBS) supervisa a las aseguradoras privadas (que representan a alrededor del 9% del total de peruanos asegurados) en el manejo de sus fondos y el contenido de los contratos (Arrieta, Seinfeld, Prieto, Tuesta, & Jaramillo, 2017).

El Minsa tiene órganos de línea como la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas (Digemid), y a la Dirección General de Salud Ambiental e Inocuidad Alimentaria (Digesa) para hacerse cargo de la regulación y fiscalización en los aspectos de su competencia. La primera es denominada la autoridad nacional de medicamentos, responsable de cautelar la eficacia, seguridad y calidad de los productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios⁸ (Digemid, 2022), mientras que Digesa es la autoridad en salud ambiental e inocuidad alimentaria (Digesa, 2022).

⁸ 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 debe proveer habitualmente en la red pública de servicios de salud.

Ilustración N.º 1: Sistema de salud peruano



Fuente: Elaboración propia

A partir de la función de modulación⁹ del financiamiento en salud se evidencia una fuerte segmentación. Por un lado, las Fuerzas Armadas (Marina, Aérea y Ejército) están bajo la dirección del Ministerio de Defensa (Mindef). La gestión de los fondos se da en sus tres “aseguradoras” o IAFAS¹⁰ y cuenta con su propia red prestacional para los titulares y sus familias. De forma similar, la Policía Nacional del Perú es conducida por el Ministerio del Interior (Miniter). El Fondo de Aseguramiento en Salud de la Policía Nacional del Perú (Saludpol) se encarga de la gestión del financiamiento y también cuenta con una red propia de establecimientos, insuficiente, para los titulares y sus familias.

Los trabajadores formales y sus derechohabientes están asegurados en el Seguro Social de Salud (EsSalud), institución adscrita al Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo (MTPE). EsSalud cumple los roles de financiador y prestador en simultáneo, gestionando el financiamiento de sus aportantes y contando con su propia red de establecimientos¹¹. Los trabajadores formales pueden optar por destinar parte de su aporte a las empresas prestadoras de salud (EPS) para acceder a establecimientos privados, asumiendo copagos, deducibles, entre otros. A su vez, las personas también pueden pagar directamente por un seguro privado, autoseguro o prepagas que brindan acceso a redes privadas de servicios de salud.

El Seguro Integral de Salud (SIS) es el mayor asegurador del país, con cerca de 24.7 millones de afiliados (SuSalud, 2022b), y está adscrito al Minsa. Para la cobertura de

⁹ Asignación de recursos de acuerdo con las prioridades.

¹⁰ Fondo de Salud para el Personal Militar del Ejército (FOSPEME), Fondo de Salud de la Marina de Guerra del Perú (FOSMAR) y Fondo de Salud de la Fuerza Aérea del Perú (FOSFAP).

¹¹ Existen prestaciones brindadas en establecimientos privados para algunas condiciones. Esto también ocurre de forma limitada para los afiliados al SIS a través del FISSAL.

ciertas condiciones de alto costo cuenta con el Fondo Intangible Solidario de Salud (FISSAL). Los asegurados del SIS pueden atenderse en los establecimientos de salud públicos gestionados por el Minsa¹² y los Gobiernos regionales y locales a nivel nacional. Como se verá más adelante, estos prestadores, que deben cubrir a cerca de dos terceras partes de la población, tienen limitaciones y carencias trascendentes.

Se aprecia entonces que existen múltiples actores en el sistema de salud que gestionan sus procesos de manera heterogénea y con diferentes niveles de desarrollo y calidad, no conversan entre sí, segmentan la recolección y el análisis de información, y dificultan el ejercicio de conducción del Minsa. Por ello, si bien el ministerio elabora la normativa y guías¹³, despliega habitualmente un paradigma funcional inercial. La evidencia indica que el progreso en el fortalecimiento de la función rectora del Minsa en los últimos años ha sido poco significativo¹⁴ (Cañizares, 2017), y esto tiene implicancias negativas en la equidad, calidad y eficiencia del sistema (Gianella, 2020).

La débil gobernanza central se agudiza con la desarticulación institucional para la gestión del sistema de salud en los niveles subnacionales de gobierno. En teoría, el Minsa establece las disposiciones a los Gobiernos regionales y locales con el fin de que estos las complementen y adapten a sus necesidades. Sin embargo, en la práctica se observa que las instancias subnacionales regionales suelen replicar lo desarrollado a nivel central, y el nivel local tiene un reducido aporte.

Asimismo, los escasos “brazos operativos” del Minsa para la regulación y supervisión como SuSalud, Digemid y Digesa tienen una capacidad limitada para ejercer su mandato legal. A esto se suma la ausencia de regulación desde la perspectiva de la modulación de aspectos fundamentales como la gestión de recursos humanos e inversiones¹⁵, así como el desconocimiento de los usuarios, prestadores y financiadores acerca de mecanismos para resolver desacuerdos sobre derechos en salud, lo que afecta directamente a las personas (Hidalgo-Salas, Ortiz-Perez, Lobaton-Flores, Huamani-Nahuinlla, & Mezones-Holguin, 2016).

Además, la toma de decisiones se dificulta debido a que no se cuenta con información completa y actualizada. Un ejemplo a inicios de la pandemia fue que no se sabía el número de camas hospitalarias ni de unidades de cuidados intensivos (UCI) en el país, lo que felizmente fue corrigiéndose durante la emergencia sanitaria. El Minsa no puede aún planificar y evaluar adecuadamente el desempeño del sector porque sigue empleando información agregada en múltiples canales de poca calidad y consistencia.

¹² El Minsa gestiona la prestación pública en Lima Metropolitana.

¹³ Robles - Guerrero (2017) prueba que el proceso de estandarización de producción normativa del Minsa en el año 2005 derivó en un proceso más ordenado y seguro, con menores riesgos de errores y respaldo técnico científico.

¹⁴ En 2018 se promulgó la Ley N.º 30895, Ley que fortalece la función rectora del Minsa, y su reglamento fue aprobado con el Decreto Supremo N.º 030-2020-SA, pero no se observaron cambios significativos.

¹⁵ Si bien el Minsa cuenta con una dirección de recursos humanos y otra de planeamiento, están enfocadas en el subsector público.

Esto afecta directamente a los ciudadanos, que muchas veces deben duplicar exámenes de laboratorio o registrar diversos formularios para obtener servicios (Padilla, 2018) en vez de tener información unificada en línea. Esta ineficiencia y reprocesos persistentes genera mayores costos al sistema y a los usuarios.

4.2 Prestación

La prestación de servicios en salud en el Perú está basada conceptualmente en el Modelo de cuidado integral de salud por curso de vida para la persona, familia y comunidad (MCI)¹⁶. El desarrollo de este nuevo modelo de atención sostiene que la salud de un individuo y su entorno están interconectados a lo largo de su vida. Por ello, se proponen acciones complementarias de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación que tengan implicancias positivas en el estado de salud de las personas a largo plazo.

También toma en cuenta la heterogeneidad territorial del país, por lo cual el cuidado de la salud se debería adecuar a los requerimientos regionales y locales (Minsa, 2021a). Sin embargo, a pesar de las bondades de este instrumento, no es aplicado de modo extensivo en la red de servicios públicos, lo que afecta la calidad e integralidad de las intervenciones sanitarias.

Para brindar las prestaciones, el Minsa categoriza a los establecimientos de salud o instituciones prestadoras de servicios de salud (IPRESS) de acuerdo con su capacidad para resolver problemas de salud. Para ello, define las unidades productoras de servicios de salud (UPSS), que guardan relación con el nivel de complejidad de los procesos operativos y de soporte requeridos para resolver las necesidades de salud de los usuarios¹⁷.

Esta forma de organizar la oferta, centrada en los establecimientos de salud, hace que los gestores públicos la organicen en “capas” separando el primer nivel de los hospitales y afectando, con ello, la continuidad de la atención. Se alienta un paradigma en los gestores sanitarios y autoridades regionales y locales por conseguir que sus establecimiento de salud obtengan el mayor nivel de categoría posible, sin una mirada de trabajo articulado en redes de salud.

Como se puede observar en el Cuadro N.º 2, según el Registro Nacional de IPRESS, en el Perú hay un total de 19,067 establecimientos de salud activos y categorizados¹⁸ a mayo de 2022. De ellos, 97% pertenece al primer nivel de atención y 3% corresponde al segundo y tercer nivel.

¹⁶ RM N.º 220-2021-Minsa.

¹⁷ RM N.º 076-2014-Minsa.

¹⁸ Se identificaron 5,179 establecimientos activos sin categoría a la fecha, de los cuales el 95% es privado.

Cuadro N.º 2: Número total de IPRESS por nivel de atención¹⁹ categorizados, mayo de 2022

Nivel de atención	Categoría del EESS	Sector público	EsSalud	Sector privado	Total
Primer	I-1	4,396	2	4,322	8,720
	I-2	2,445	162	2,811	5,418
	I-3	1,502	122	2,290	3,914
	I-4	336	24	85	445
	Total	8,679	310	9,508	18,497
Segundo	II-1	99	39	90	228
	II-2	33	14	31	78
	II-E	18	6	185	209
	Total	150	59	306	515
Tercero	III-1	21	8	4	33
	III-2	11	2	1	14
	III-E	5	2	1	8
	Total	37	12	6	55
Total		8,866	381	9,820	19,067
Porcentaje		46%	2%	52%	100%

Fuente: SuSalud (2022c)
Elaboración propia

Como se observa, en el primer nivel de atención, el sector público y privado cuentan con un número similar de establecimientos. Sin embargo, mientras que la mayoría de los 9,508 establecimientos privados²⁰ son consultorios médicos y de otros profesionales de la salud, los 8,679 establecimientos públicos son postas, centros médicos o policlínicos que deberían de funcionar como puerta de entrada al sistema de salud público, pero que, como veremos, no lo cumplen por el estado precario en el que se encuentran.

En el segundo y tercer nivel, con hospitales, institutos especializados y clínicas, observamos cómo la participación relativa del Estado y de EsSalud crece significativamente²¹.

Al realizar un análisis por departamento de la distribución de establecimientos²², se identifica una mayor concentración en la región Lima, que alcanza los 8,834; es decir,

¹⁹ Dentro de cada nivel se incorporan subcategorías crecientes en función de los servicios brindados.

²⁰ Los consultorios privados están desarticulados y en ocasiones brindan atenciones para las cuales no están categorizados, sobre todo en los sectores urbano-marginales de las principales ciudades.

²¹ Es el subsector que presenta menor proporción de establecimientos en todos los segmentos de atención. Sin embargo, se reconoce que tiene una oferta hospitalaria más robusta que suele colapsar por la demanda de atenciones no resueltas en el primer nivel.

²² Se considera el total de establecimientos.

37% respecto al total a nivel nacional. En cuanto a las demás regiones priorizadas²³, Arequipa cuenta con 1,102; Junín, con 1,038; Puno, con 736; Loreto, con 724; y La Libertad, con 710 establecimientos.

Los establecimientos de salud del primer nivel de atención, como postas o policlínicos, deberían ser la puerta de entrada al sistema de salud y garantizar la prestación de la mayor parte de servicios requeridos, como actividades de prevención y promoción de la salud, diagnóstico temprano y control de pacientes (Seinfeld, 2021). Por ello, es consistente que cerca de dos terceras partes del total de establecimientos correspondan a esta categoría. Sin embargo, su descuido y escasa capacidad resolutoria, en el caso de los servicios públicos, y la carencia efectiva de trabajo en red entre todos los actores, hace que la atención sea inadecuada.

Cerca de la mitad de establecimientos del primer nivel pertenecen a la categoría I-1, lo que implica que no tienen personal médico y su capacidad de respuesta es muy limitada. A ello se suma que el 58% de los establecimientos del primer nivel funcionan menos de doce horas al día (Observatorio del Bicentenario, 2022a) y que alrededor del 97% de los servicios públicos de salud presentan capacidad instalada inadecuada²⁴ (Minsa, 2022a). Asimismo, debe tomarse en cuenta que solo el 32.4% del total de médicos del subsector público atiende en el primer nivel de atención (Observatorio del Bicentenario, 2022b).

En conclusión, el Perú cuenta con numerosos establecimientos del primer nivel, pero son débiles e incapaces de trabajar articuladamente para resolver las necesidades más frecuentes de salud de la población. En ese contexto, el usuario no logra una respuesta efectiva y se siente descontento con el servicio brindado. Por ejemplo, el tiempo de espera para la atención (desde que llega el paciente al establecimiento hasta que ingresa al consultorio externo) es de 101 minutos en promedio, lo que demuestra poca oportunidad²⁵. Esta situación, que afecta al acceso de la población al sistema de salud, se refleja al constatar que el lugar preferido de la población para buscar atención ante la presencia de problemas de salud sea, desde hace varios años, la farmacia o botica privada (ENSUSALUD, 2016).

Este escenario se ha acentuado durante la pandemia, que obligó a los servicios, sobre todo hospitalarios, a concentrarse en atender a los pacientes afectados con la COVID-19, mientras que, en el primer nivel de atención del sector público, hubo un cierrapuertas generalizado durante varios meses.

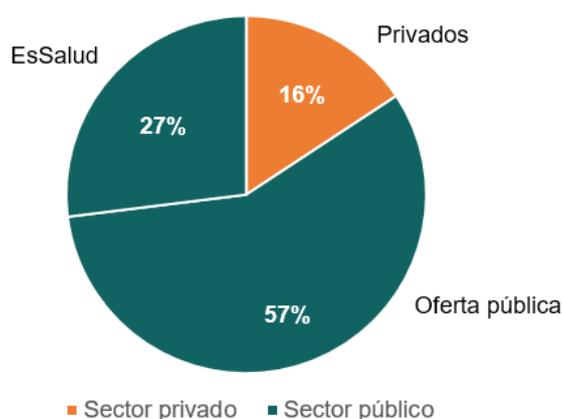
²³ En el Anexo N.º 1 se presenta información desagregada de todos los indicadores seleccionados posibles para las regiones priorizadas.

²⁴ La infraestructura y el equipamiento de los servicios de salud trazadores no se encuentran de acuerdo con lo establecido en las normas. Esto refleja la precariedad de la infraestructura y un equipamiento obsoleto, inoperativo o insuficiente.

²⁵ Cabe recalcar que las clínicas privadas mostraron el menor tiempo de espera promedio en los tres años que se realizó la encuesta.

En los niveles de mayor complejidad también se presentan brechas significativas. El 98% de hospitales cuenta con capacidad instalada inadecuada²⁶ en el ámbito público (Minsa, 2022a). Asimismo, a nivel nacional se cuenta con 1.1 camas por 1,000 habitantes, cuando el promedio de América Latina y el Caribe es de 1.9. Además, este promedio nacional esconde grandes diferencias. Mientras Moquegua presenta 1.9 camas por 1,000 habitantes, Huánuco tiene 0.5 y Piura 0.6, por mencionar algunos ejemplos (Observatorio del Bicentenario, 2022c). A continuación se presenta la composición de camas según subsector en el Perú. Como se observa, el subsector público y EsSalud concentran 84% del total de camas en el país.

Gráfico N.º 1: Camas hospitalarias según sector a nivel nacional (2022)

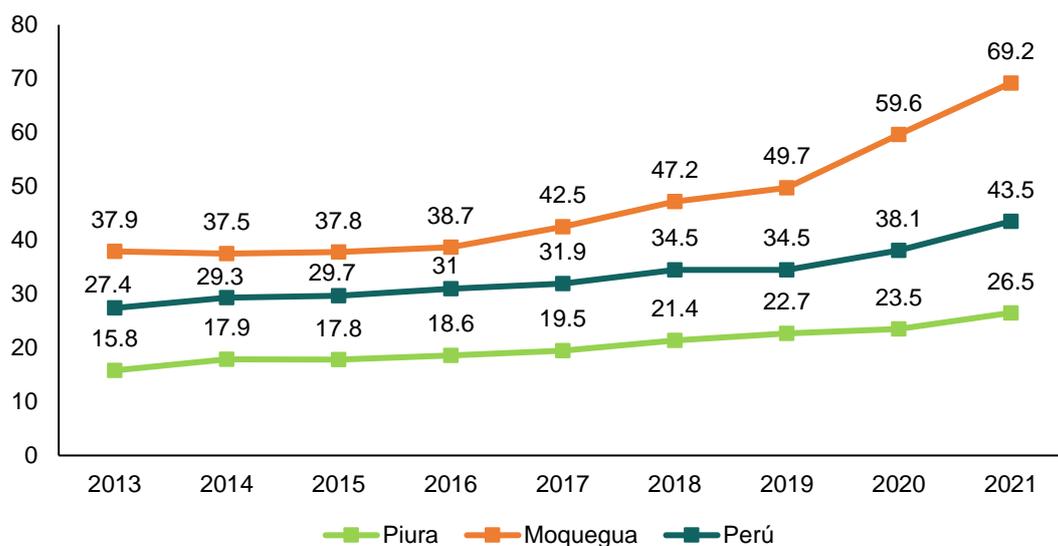


Fuente: Observatorio del Bicentenario (2022c)
Elaboración propia

Otro factor clave es la gestión de los recursos humanos en salud (RHUS), que incluyen médicos, enfermeras, obstetras, entre otros. Como se aprecia en el Gráfico N.º 2, la densidad de RHUS por cada 10,000 habitantes en el Perú ha pasado de 27.4 en 2013 a 43.5 en 2021, y muestra un marcado incremento desde el inicio de la pandemia. Aquí también se presentan grandes disparidades: mientras Moquegua presenta 69.2 RHUS por cada 10,000 habitantes, Piura alcanza 26.5. Sin embargo, la brecha en comparación con otros países de la región aún es significativa. Por ejemplo, Chile contaba con 52 médicos por 10,000 habitantes en 2018 y Argentina con 40 en 2017 (Banco Mundial, 2019).

²⁶ Considerando la precaria situación actual, es alarmante que a 2020 se registren 14 hospitales paralizados con un monto de S/ 1,900 millones (Ojo Público, 2020).

Gráfico N.º 2: Densidad de RHUS por 10,000 habitantes (2013-2021)



Fuente: Minsa (2021b), Minsa (Minsa, 2022b)
Elaboración propia

Por otro lado, es preocupante que alrededor del 50% de los estudiantes de medicina humana que rinden el Examen Nacional de Medicina lo desaprobeban (Minsa, 2020). Este escenario aún no es revertido por el incipiente proceso de licenciamiento de escuelas y facultades de medicina que viene realizando la Superintendencia Nacional de Educación Superior Universitaria (SUNEDU). En consecuencia, la brecha de recursos humanos que afronta el Perú es cuantitativa, cualitativa y de una deficiente distribución en el territorio (Acuerdo Nacional, 2015).

Otro aspecto clave del sector es la de conectividad y sistemas de información. Solo el 12% de los establecimientos del primer nivel ha implementado en su administración la historia clínica electrónica (HCE) (Observatorio del Bicentenario, 2022d), y cada subsector cuenta con soluciones informáticas diferentes que no son interoperables, o incluso mantienen el registro en papel como un estándar de desempeño habitual y aceptable. Esta limitación es un reflejo de lo mucho que hay por hacer en la agenda de la salud digital en el país.

Para optimizar la gestión de los recursos actuales se debe articular la oferta de salud en redes integradas de salud (RIS), asignando a cada una de ellas una población en determinado territorio. Así, los ciudadanos accederán al sistema de salud a través de un centro de primer nivel y, de requerir mayor nivel de resolutivez, serían derivados a un hospital. Se espera que la historia clínica del paciente y la información de los procedimientos realizados, en diferentes servicios o lugares, estarían disponibles en toda la red, mediante la HCE, para que los médicos y pacientes cuenten con trazabilidad de la información de estos últimos y los recursos administrados.

En el Perú, las RIS se conformaron en 2018 con la Ley N.º 30885²⁷. Sin embargo, a la fecha el avance ha sido escaso y centrado en acciones preparatoria más que en un proceso de cambio de modelo de gestión centrado en las personas. A estas redes, que aún no se operativizan, ahora se añade un nuevo actor y un gran reto: la Red Oncológica Nacional creada por la Ley Nacional de Cáncer y su Reglamento.

De ese modo, se espera el inicio del diseño y desarrollo de un modelo de oferta especializada articulada, de alcance nacional y que pretende brindar cobertura universal. Sin embargo, aún no se aprecia claridad en el diseño liderado por el ente rector y, en este caso particular, por la entidad especializada: el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN). Este tipo de iniciativas deben ser moduladas para evitar la multiplicidad de intervenciones que, aunque respaldadas por un marco legal, fragmentan aún más el proceso de prestaciones de salud en el país.

En el Minsa existe el Programa de Creación de Redes Integradas de Salud (PCRIS) para brindar soporte técnico y recursos para organizar a las IPRESS en redes, con un enfoque especial en la atención primaria. El PCRIS cuenta con financiamiento internacional y apoyo técnico por parte del Banco Mundial y del Banco Interamericano de Desarrollo, pero el constante cambio de autoridades y la falta de planificación y de un norte claro han limitado la ejecución de este proyecto.

4.3 Financiamiento

La gestión de financiamiento es un proceso crucial para alcanzar una cobertura sanitaria universal; es decir, que toda la población cuente con un seguro de salud a través del cual acceda efectivamente a los servicios sanitarios. Esta estrategia se encuentra respaldada por la Ley N.º 29344 – Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud y el Decreto de Urgencia N.º 017-2019²⁸, que decreta que toda la población residente no afiliada a un seguro de salud debe ser incorporada al SIS.

Para comprender mejor las implicancias del financiamiento es necesario conocer sus tres subprocesos: (i) la recaudación de recursos financieros, (ii) la administración de los fondos y gestión de riesgos, y (iii) la compra de servicios a los establecimientos de salud para que los asegurados reciban atención sanitaria. Estos subprocesos son llevados a cabo por las instituciones administradoras de fondos de aseguramiento en salud (IAFAS) públicas o privadas, conocidas como aseguradoras de salud. Cada IAFAS realiza este proceso y sus subprocesos de manera distinta, lo que genera una diferente

²⁷ También, se encuentra alineada a la Política General de Gobierno al 2021 y a la Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030: Perú, País Saludable. Asimismo, el Decreto Supremo N.º 019-2020-SA aprobó el reglamento de la Ley N.º 30885.

²⁸ En 2021, se dieron dos Decretos de Urgencia (DU) adicionales: DU N.º 046-2021, que dicta medidas extraordinarias y urgentes en materia económica y financiera para fortalecer el aseguramiento universal en salud en el marco de la emergencia nacional por la COVID-19 y el DU N.º 078-2021, que modifica el DU N.º 046-2021.

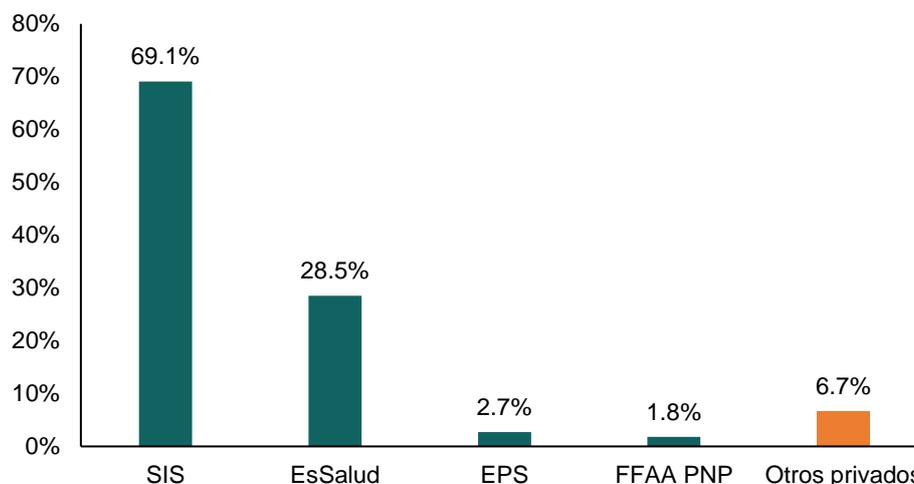
gestión del financiamiento, desiguales coberturas a sus asegurados, variación en los niveles de eficiencia y calidad de su gestión, entre otros aspectos.

En el país, la mayoría de las personas está afiliada a una IAFAS pública, como el SIS y EsSalud, tal como se muestra en el siguiente gráfico. Un grupo reducido de peruanos (6.7%) cuenta con aseguramiento privado²⁹: en Lima Metropolitana (14.5%), Arequipa (9.4%), La Libertad (4.4%), Puno (1.4%), Junín (2.3%) o Loreto (1.9%) (SuSalud, 2022d).

En el caso de los seguros privados, estos se pueden clasificar en tres grupos: empresas de seguros, prepagas y autoseguros. Las primeras son las que acumulan un mayor número de afiliados y, entre ellos, resaltan las IAFAS Rímac Seguros y Pacífico Seguros, que concentran al 87% de afiliados. En el grupo de prepagas resalta Oncosalud, que agrupa al 86% de afiliados a este tipo de seguros. Los autoseguros tienen una participación mucho más pequeña que los anteriores. Algunos ejemplos son el Seguro Médico Familiar del Colegio Médico del Perú o el Fondo de Empleados del Banco de la Nación, que concentran al 48% de asegurados de este grupo.

²⁹ Sin considerar a las EPS.

Gráfico N.º 3: Porcentaje de asegurados según IAFAS a nivel nacional (mayo de 2022)



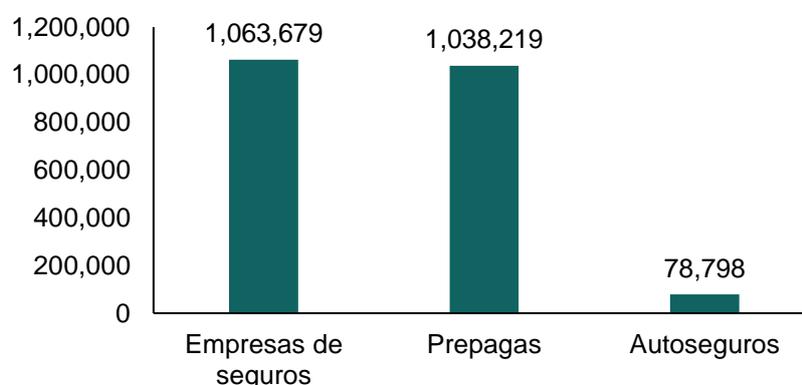
Las personas pueden estar afiliados a más de un seguro, lo que permite que la suma de los porcentajes exceda el 100%.

La categoría “Otros privados” comprende a las empresas privadas, autoseguros y prepagas.

Fuente: SuSalud (2022d)

Elaboración propia

Gráfico N.º 4: Número de asegurados a IAFAS privadas a nivel nacional (2022)



Fuente: SuSalud (2022d)

Elaboración propia

En el ámbito público, el SIS es financiado principalmente por impuestos³⁰. Por ello, cada año se le entrega recursos del tesoro público que, a su vez, son transferidos a los distintos pliegos presupuestales³¹. Es decir, no constituye un verdadero fondo de aseguramiento que recibe una prima por cada persona asegurada y gestiona los riesgos que correspondan. EsSalud, al contrario, se financia a través de los aportes de sus asegurados y las sanidades de las fuerzas armadas y policiales emplean un esquema

³⁰ Cabe resaltar que el presupuesto destinado al SIS solo cubre lo correspondiente al costo variable. El costo fijo es financiado por el Minsa y Gobiernos regionales.

³¹ Gobiernos regionales y también al propio Minsa, puesto que mantiene en Lima la conducción de la red de servicios públicos a través de las direcciones de redes integradas y hospitales de esta ciudad.

mixto de contribuciones del Estado como empleador y en algunos casos aportes de los propios asegurados a sus respectivos fondos para financiar algunas coberturas adicionales.

Por el lado de las IAFAS privadas, existen las EPS, las prepagas³² y las empresas de seguros que requieren una prima mensual. Asimismo, los autoseguros refieren a una cobertura directa que obtienen empresas privadas o asociaciones para sus trabajadores o integrantes.

Las coberturas de los diferentes seguros varían entre IAFAS y regímenes. El SIS, en su régimen gratuito, debe financiar el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud³³ (PEAS) e incorpora, nominalmente, a toda la población sin un seguro de salud. Asimismo, sus regímenes subsidiado y semicontributivo deberían cubrir el plan complementario y la cobertura extraordinaria, definidos por topes financieros. En el caso de EsSalud, los empleadores contribuyen mensualmente con 9% de la remuneración del empleado. Sin embargo, existen grupos específicos por los que se aporta montos diferenciados³⁴. Esta situación heterogénea se resume en la siguiente ilustración.

Ilustración N.º 2: Características principales de las IAFAS³⁵

	SIS	EsSalud	FFAA	EPS	Privados
Organización	Público			Privado	
Distribución	25,007,448 (69%)	9,531,761 (29%)	1,642,798 (2%)	924,614 (3%)	658,799 (7%)
Cobertura	PEAS explícito	PEAS implícito		PEAS (en proceso de implementar)	Limitada según planes. No cubre preexistencias.
	Planes complementarios y FISSAL	Universal	Amplia para titulares. Limitada para familiares.		
Financiamiento	Tesoro público Aportes de regímenes contributivos	Aportes de afiliados	Tesoro público - aporte del empleador	2.25% de la remuneración de afiliados	Prima Aporte mensual

Cifras actualizadas a mayo de 2022.

Privados incluyen a empresas de seguros, autoseguros y prepagas.

Fuente: SuSalud (2022d)

Elaboración propia

En los últimos años se han implementado acciones para optimizar el proceso de financiamiento y lograr la cobertura sanitaria universal. Sin embargo, estas medidas no

³² Corresponde al sistema de seguros propios de una clínica.

³³ Plan mínimo a ser cubierto por las IAFAS a nivel nacional. El PEAS vigente fue aprobado en 2021 con el Decreto Supremo N.º 23-2021-SA.

³⁴ Por ejemplo, por los docentes del magisterio o el personal del Minsa, el gobierno aporta solo el 9% del 65% de sus remuneraciones. La existencia de estos regímenes afecta la sostenibilidad financiera de la IAFAS.

³⁵ Una persona puede tener más de un seguro. Por eso, los porcentajes superan el 100%.

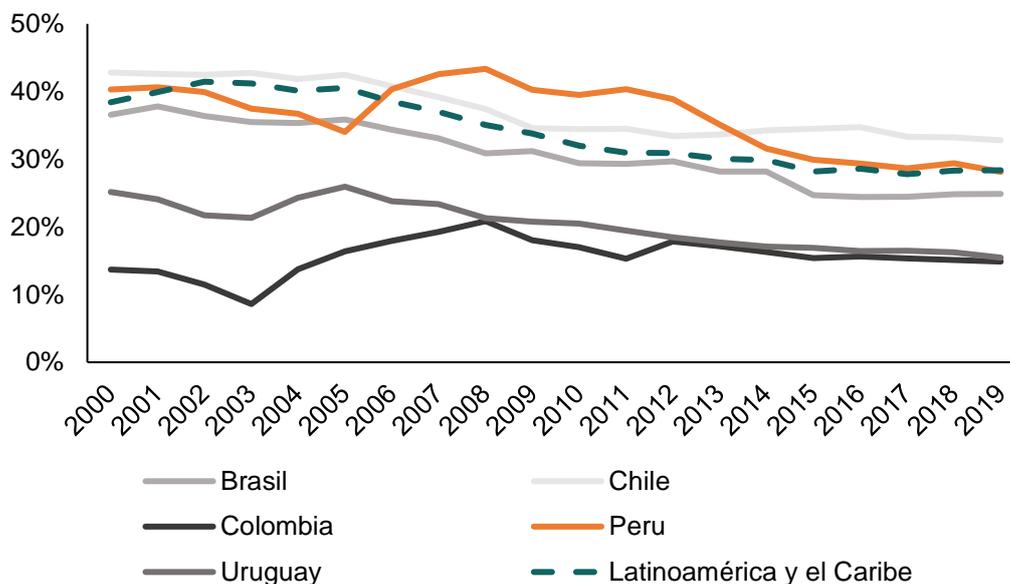
han beneficiado equitativamente a los asegurados de las IAFAS de los diferentes subsectores de salud. Particularmente el SIS ha sufrido el incremento de las personas afiliadas a su cargo, sin recibir recursos adicionales, por lo menos de modo proporcional. En ese sentido, existe el peligro de saturación y colapso del sistema público si no se gestiona correctamente y mejora el flujo de recursos financieros para estos servicios sanitarios.

Un problema significativo es la existencia de múltiples fondos financieros. Cada uno es gestionado independientemente y administra sus propios recursos sin tomar en cuenta los de otros subsectores. Las IAFAS, al tener diferentes modelos de gestión, tienen coberturas heterogéneas, distinta situación de sus redes prestacionales y diferente espalda financiera, lo que, sumado a una débil rectoría, desalienta el intercambio prestacional. Es decir, la fragmentación entre los fondos limita que los ciudadanos puedan atenderse con oportunidad en establecimientos de salud distintos al de su aseguradora, en caso de ser necesario.

Las IAFAS funcionan como islas al no compartir información crítica entre ellas, lo que resta eficiencia a la gestión financiera. Esta heterogeneidad de coberturas gestionadas con procesos y procedimientos diversos, hacen más complejo el flujo de financiamiento del sistema de salud peruano y complican el cálculo de la prima para estimar un valor que garantice sostenibilidad a la estrategia del aseguramiento universal. Esto, además, dificulta la trazabilidad de recursos, impide analizar la calidad del gasto y complica el proceso de diferenciación de roles financiador y prestador.

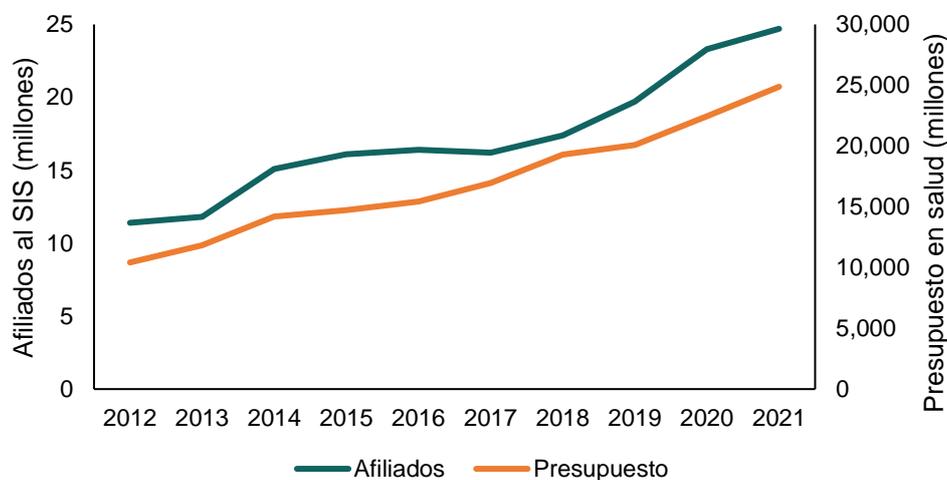
En este escenario, el gasto de bolsillo se erige como una opción real para financiar las atenciones de pacientes, aunque es la manera menos eficiente. Esto es así porque obliga a la persona a incurrir en un desembolso individual no previsto, pudiendo derivar a un gasto catastrófico y empobrecedor. En el Perú, este tipo de egreso supera el rango sugerido por la OMS (15-20%), pero se encuentra en el promedio de la región (28% del gasto corriente en salud). Otros países, como Uruguay o Colombia, muestra una mejor situación para este indicador, con 13 puntos porcentuales por debajo del Perú, tal como se muestra en el siguiente gráfico (OMS, 2010; Banco Mundial, 2019).

Gráfico N.º 5: Gasto de bolsillo como porcentaje del gasto corriente en salud (2010-2019)



Fuente: Banco Mundial (2019)
Elaboración propia

Gráfico N.º 6: Afiliados al SIS y presupuesto en salud (2012-2021)



Para el presupuesto en salud, se consideró el Presupuesto Institucional Modificado (PIM) al sector salud en el nivel nacional (restando los sectores que no son salud) y se añadió Gobiernos regionales y locales. No se consideró el presupuesto adicional destinado a COVID-19 en los años 2020 y 2021.

Fuente: MEF (2021), SuSalud (2022d)
Elaboración propia

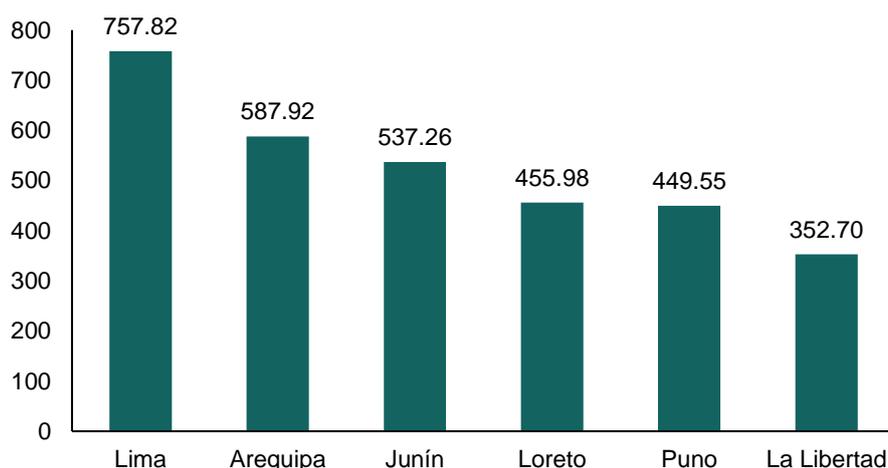
Según una estimación de 2019, el presupuesto adicional mínimo requerido para garantizar medicamentos e insumos de población sin seguro que se afiliaría al SIS ascendía a S/ 851 millones (REDES y Videnza, 2020b). Pero, al no disponerse de los

recursos suficientes, muchos pacientes quedaron desprovistos de los medicamentos o insumos necesarios para sus tratamientos, o tuvieron que recurrir a oferta privada incrementando el gasto de bolsillo.

Por otro lado, se calcula que el PEAS aprobado recientemente tiene un costo per cápita de S/ 805. Sin embargo, actualmente el gasto estimado es de S/ 552 por asegurado al SIS. Es decir, se estaría financiando solo el 57% de lo necesario para cubrir el PEAS a los 23 millones de afiliados al SIS, o alrededor de 9 millones de afiliados no tendrían una cobertura efectiva.

La situación regional es incluso más preocupante. Lima y Arequipa son las regiones que cuentan con un mayor gasto anual en salud por afiliado al SIS, a comparación de regiones como Puno o La Libertad, tal como se muestra en el siguiente gráfico. En específico, el gasto per cápita en La Libertad es solo el 46.5% del gasto en Lima. Esta inequidad perjudica a los pacientes, especialmente a los afectados por enfermedades complejas y costosas.

Gráfico N.º 7: Gasto público corriente en salud por afiliado al SIS (2021)



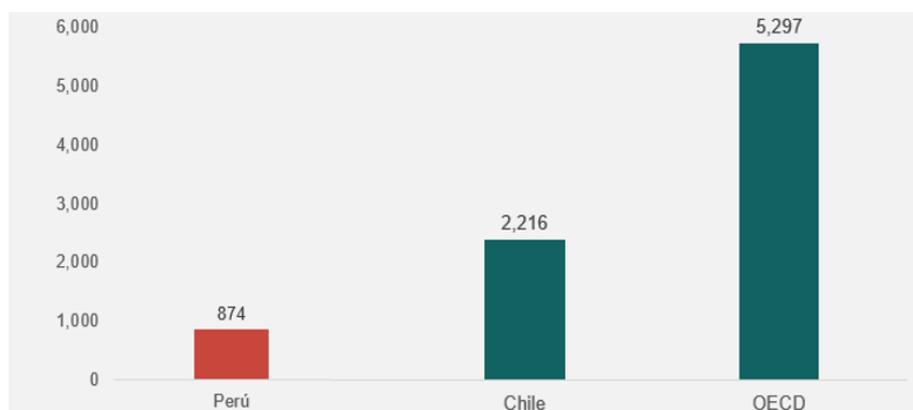
El gasto público corriente se calculó tomando en cuenta los recursos devengados de la división funcional salud individual para cada Gobierno regional y pliegos en el caso de Lima. Se tomaron en cuenta las genéricas de gasto: personal y obligaciones, pensiones y otras prestaciones sociales, bienes y servicios y otros gastos.

Fuente: MEF (2021), SuSalud (2022d)
Elaboración propia

En Latinoamérica, el Gobierno del Perú gasta relativamente poco en comparación con sus pares. Se estima que esto representa alrededor de la tercera parte de lo gastado en

Chile. Esta brecha se incrementa de manera aún más considerable al compararnos con países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OECD).

Gráfico N.º 8: Gasto público per cápita anual en salud (en soles)



4.4 Abastecimiento

El abastecimiento se encarga de la gestión de la provisión y entrega de los recursos necesarios para realizar las prestaciones de salud que demandan los ciudadanos. En 2018, a través del Decreto Legislativo N.º 1439 se creó el Sistema Nacional de Abastecimiento (SNA) como un conjunto de procesos interrelacionados que proveen los bienes, servicios y obras necesarios para que las entidades públicas cumplan sus procesos misionales.

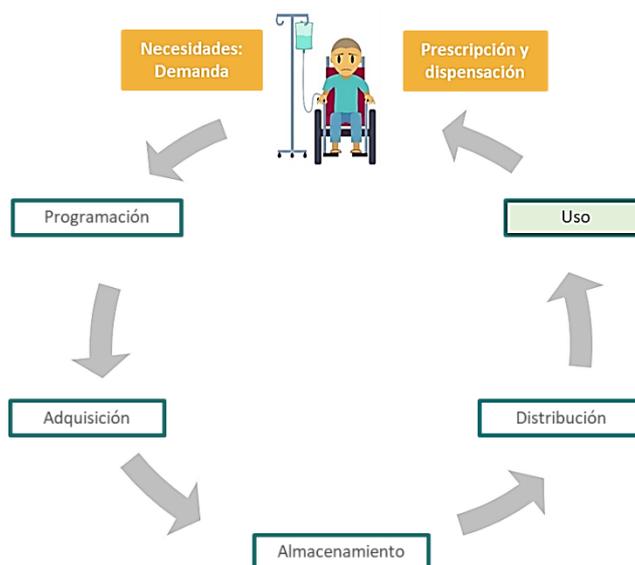
Los procesos incluidos son la programación, adquisición y administración de bienes y muebles o inmuebles, y aplican a todas las entidades públicas. Los actores principales del SNA son su rector, la Dirección General de Abastecimiento (DGA) del Ministerio de Economía y Finanzas (MEF); el Organismo Supervisor de Contrataciones del Estado (OSCE) y la Central de Compras Públicas (PERÚ COMPRAS), actores clave en relación a la adquisición; y la Superintendencia Nacional de Bienes Estatales (SBN), que tiene un rol en la administración de bienes muebles o inmuebles. Estos deben articularse con las áreas usuarias y de logística respectivas.

En el sector salud, las áreas usuarias son los servicios y establecimientos de salud, en especial si son unidades ejecutoras, así como las autoridades regionales de salud que consolidan los requerimientos según corresponda. Al mismo tiempo, las áreas logísticas coordinan con los operadores logísticos de cada subsector, tales como el Centro Nacional de Abastecimiento de Recursos Estratégicos en Salud (CENARES) del Minsa-Gore o la Central de Abastecimiento de Bienes Estratégicos (CEABE) de EsSalud.

Es importante recalcar que la cadena de abastecimiento pública del sector salud está centrada en los recursos estratégicos para la salud o los bienes utilizados para brindar las prestaciones. Esto abarca a los productos farmacéuticos, dispositivos médicos — que incluye al equipo biomédico—, productos sanitarios, entre otros. Los subprocesos

de la gestión del abastecimiento son la programación, adquisición, almacenamiento y distribución. A este ciclo se le añade la selección o evaluación de tecnologías sanitarias (ETS) al inicio del mismo, y al final el uso de estas que incluye a la prescripción, dispensación y seguimiento terapéutico. Lo mencionado se resume en la siguiente ilustración.

Ilustración N.º 3: Cadena de suministro (ideal) del sector salud

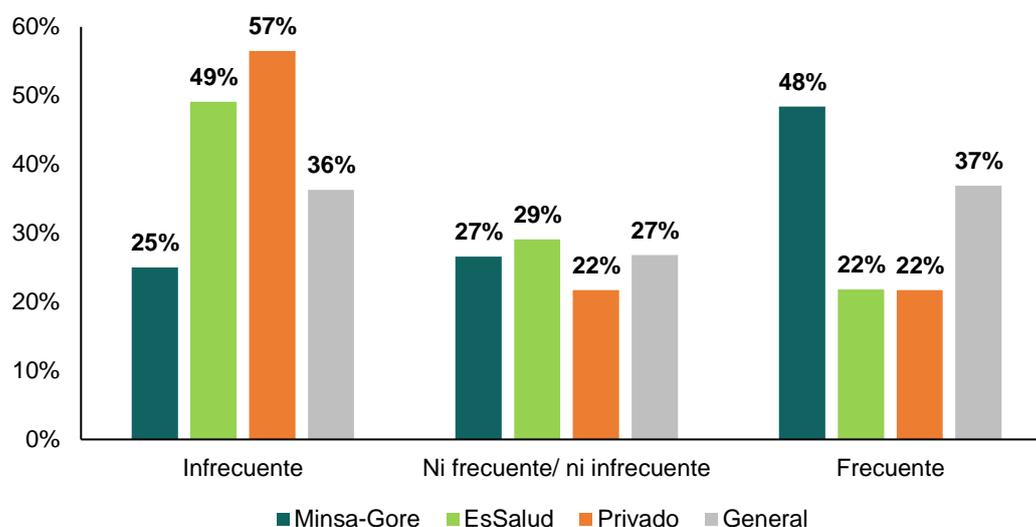


Elaboración propia

El sentido de las flechas resalta que el centro de la cadena de abastecimiento es el ciudadano. Por lo tanto, sus necesidades sanitarias configuran la demanda de recursos estratégicos (punto de partida) que serán satisfechas en su calidad de usuario final (punto de llegada). La ilustración anterior sintetiza el funcionamiento de la cadena de abastecimiento basado en un enfoque de procesos y resultados donde todas las actividades que agregan valor están concatenadas y no generan feudos independientes.

Desafortunadamente, en el Perú la cadena de abastecimiento pública del sector salud no funciona de forma óptima. De hecho, la regulación relacionada al SNA es de índole general y aún no se tienen instrumentos específicos para el sector salud considerando la exigencia de calidad, oportunidad y cantidad necesaria para la atención. Hoy persisten una serie de problemas que afectan la disponibilidad de recursos estratégicos en las farmacias de los establecimientos de salud del sector público y, con ello, el acceso al ciudadano. Así, el usuario final es el directo perjudicado con este pobre desempeño, como se observa en el siguiente gráfico.

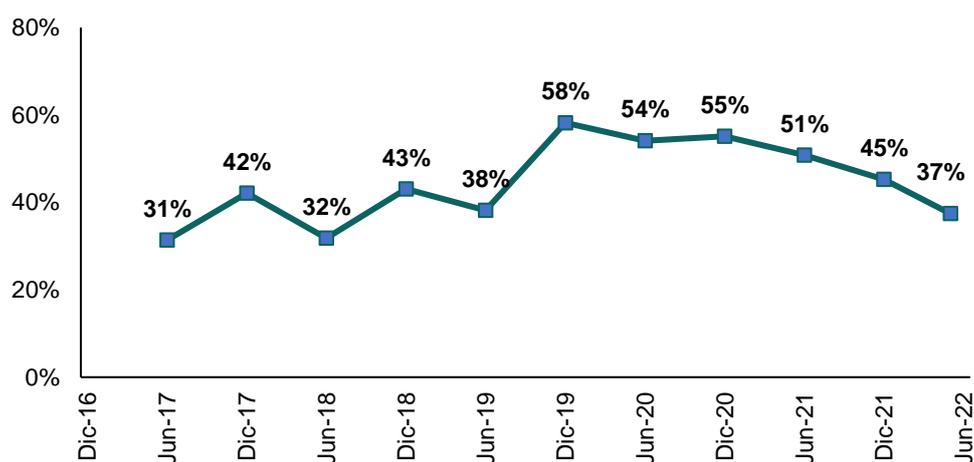
Gráfico N.º 9: Frecuencia de la escasez de recursos estratégicos (percepción en 2016)



Fuente: Ensusalud (2016)
Elaboración propia

Según lo reportado por Sismed (2022), la evolución de la disponibilidad de medicamentos esenciales (DME) no ha sido positiva en los últimos 5 años, tal y como se observa en el Gráfico N.º 11. A la fecha, solo el 37% de IPRESS a nivel nacional cuenta con una disponibilidad mayor al 80% de medicamentos esenciales, que es un indicador limitado por la poca oportunidad con que se mide y la poca seguridad de su consistencia³⁶.

Gráfico N.º 10: Evolución de IPRESS con DME mayor a 80%



Fuente: Sismed (2022)

³⁶ El Sismed, desplegado en el ámbito Minsa – Gobiernos regionales, cada mes identifica y consolida información de consumo e inventario para obtener reportes representativos. Esto afecta su oportunidad y, al no cruzarse con otras bases de datos, se limita su consistencia.

En principio, en el Perú no se ha logrado que los diferentes subsectores de salud establezcan como indicador de resultado de la operación logística a lograr un alto nivel de servicio. Idealmente, este es entendido como la proporción de atenciones brindadas con éxito. Es decir, en el caso de los recursos estratégicos en salud —como los medicamentos—, se entiende que el paciente reciba de manera completa y oportuna todo lo prescrito por el médico. Sin embargo, en el Estado este criterio de medición no existe o no se emplea extensivamente.

Para dar unos ejemplos, consideremos a los ámbitos Minsa-Gore y EsSalud. En el primer caso se mide el nivel de servicio basado únicamente en los usuarios intermedios. Esto significa que se limita a determinar la disponibilidad de recursos estratégicos en los establecimientos de salud, principalmente en sus almacenes y farmacias. Este dato muchas veces no está actualizado debido a la debilidad e inseguridad de los sistemas de información existentes. En contraste, EsSalud mide este indicador considerando los fármacos entregados a los usuarios, pero este avance solo se aplica en las tres redes de Lima y el Callao.

Estas diferencias impiden evaluar el desempeño del abastecimiento en el sector salud, así como estimar la demanda real de los recursos estratégicos en salud. Es decir, la cadena de abastecimiento pública del sector salud opera con información imprecisa que no permite gestionar y satisfacer las necesidades de los ciudadanos. Adicionalmente, el presupuesto se mantiene asignando de manera histórica, lo que dificulta aún más la adquisición de los bienes, pues no se vincula de modo flexible a las necesidades de la demanda. A esto se añade la multiplicidad de aplicativos en el sector salud y su falta de interoperabilidad, lo que no permite que exista trazabilidad en el abastecimiento público en la mayor parte de sus procesos.

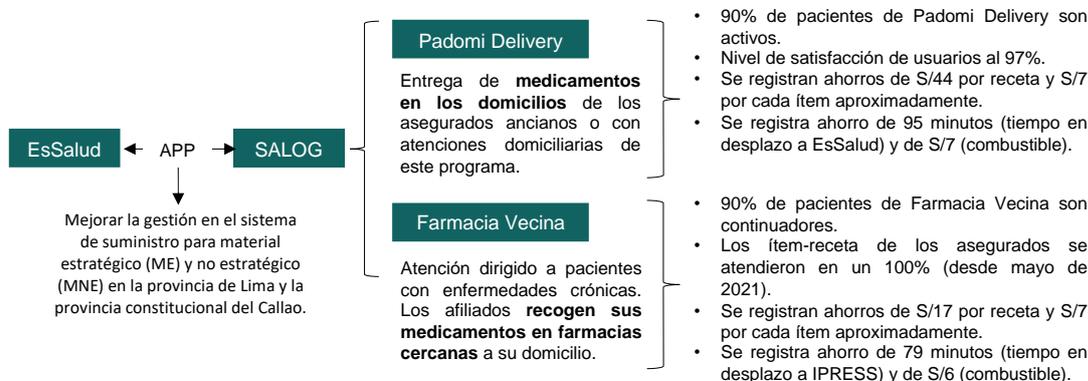
Si bien esto es cierto para casi todos los subsectores de salud, EsSalud mantiene una mejor gestión de su operación logística en Lima y el Callao, al menos en lo referido a la gestión de inventarios. Una fortaleza es la articulación con una empresa privada (SALOG), mediante la modalidad de asociación público-privada, para encargar parte de la operación logística. Específicamente, la que corresponde a los subprocesos de almacenamiento y distribución de los recursos estratégicos.

Dos programas desarrollados por EsSalud y SALOG han obtenido resultados importantes en Lima y el Callao. Estos son Padomi Delivery y Farmacia Vecina, con altos niveles de satisfacción, excelente nivel de servicio (100%³⁷) y que generan ahorros a los pacientes en tiempo (95 minutos) y combustible (S/ 7) de traslado a IPRESS de

³⁷ A agosto 2021

EsSalud, beneficiando a 5.5 millones de asegurados por mes con cerca de 700 puntos de distribución (SALOG, 2022).

Ilustración N.º 4: Resultados de Padomi Delivery y Farmacia Vecina (2021)

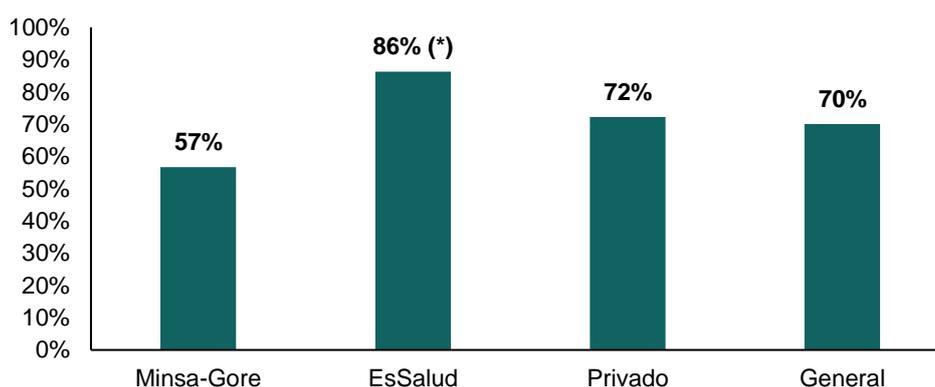


Los datos se obtuvieron para el año 2021.

Fuente: SALOG SA
Elaboración propia

Lo mencionado ha contribuido a mejorar el nivel de servicio de EsSalud: ha pasado de 85% a 99% en promedio en el período 2010-2019³⁸. Desafortunadamente, la falta de un operador logístico con suficiente capacidad en el Estado —o en cada uno de sus subsectores— ha impedido expandir esta experiencia y lograr una adecuada gestión del abastecimiento para evitar quiebres de *stock* (o lo contrario) en las farmacias de los establecimientos de salud del sector público del país. Esto se expresa en las cifras de entrega de recetas completas de medicamentos.

Gráfico N.º 11: Entrega del total de medicamentos recetados en la farmacia del establecimiento de salud en atenciones de consulta externa (2016)



(*): El porcentaje señalado para el caso de EsSalud es el promedio nacional que, como se observa, es inferior al promedio logrado en Lima y Callao a través de un operador logístico privado. De hecho, en el año de la encuesta, las regiones más críticas fueron Piura (26%), Lambayeque (28%) y Huancavelica (17%).

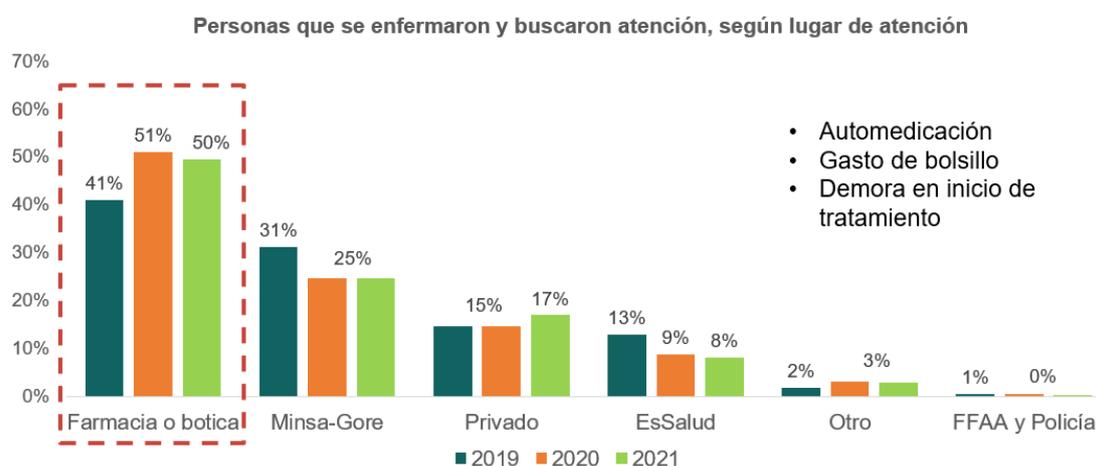
³⁸ Las cifras mostradas para el nivel de servicio fueron calculadas en base a los datos recogidos por SOL Analytics, el sistema de información utilizado por el operador logístico mencionado.

CENARES aún no asume el liderazgo del abastecimiento público de estos recursos, afectando la gestión de los diferentes procesos de gestión relacionados: no se realiza una programación basada en la demanda real; no se utilizan estrategias para la adquisición; no se dispone de una red de almacenamiento y distribución, dificultando la gestión de inventarios.

La ausencia de un operador logístico con suficiente capacidad resolutive tampoco permite la gestión de los sistemas de información que puedan trazar el desempeño de la cadena de abastecimiento. Estos problemas afectan la disponibilidad y acceso de los ciudadanos a los recursos estratégicos en salud incrementando el gasto de bolsillo o desincentivando a que el paciente comience o continúe con el tratamiento farmacológico recomendado por el médico tratante.

Ante ese escenario, las personas buscan otras opciones para tratarse, acudiendo a la oferta más cercana y accesible: la primera opción es la atención en una la botica o farmacia privada. Esta oferta de medicamentos, compuesta principalmente por cadenas de boticas o boticas y farmacias independientes, se encuentra concentrada en las ciudades del país.

Gráfico N.º 12: Lugar de búsqueda de atención (2019, 2020, 2021)



Fuente: INEI (2022)

5. Matriz de *benchmark* en la región

A continuación, se detalla un *benchmark* de las buenas prácticas internacionales de los sistemas de salud en los últimos años en cada uno de los procesos mencionados anteriormente: rectoría, prestación, financiamiento y abastecimiento.

Se muestran las experiencias de dos países, Chile y Colombia, pues presentan características similares a las del Perú.

Cuadro N.º 3: Matriz de *benchmark* en la región: comparación con el Perú

	Chile	Colombia	Perú
Rectoría	<ul style="list-style-type: none"> - El Ministerio de Salud (MINSAL) conduce el sector salud - La Superintendencia de Salud de Chile supervisa la provisión del servicio, la categorización o acreditación de las Isapress, y tiene potestad sancionadora. - Cada municipalidad tiene un Departamento de Salud adscrito a su autoridad bajo supervisión del MINSAL. <p>La mayoría de los establecimientos de atención del primer nivel dependen de los municipios.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Los hospitales de segundo y tercer nivel se encuentran bajo la supervisión del SNSS. - El Instituto de Salud Pública (ISP) es la institución de referencia para cuestiones de salud pública, supervisa los laboratorios públicos y la autorización, control de calidad e importación de medicamentos. 	<ul style="list-style-type: none"> - El Ministerio de Salud y Protección Social (Minsalud) tiene la rectoría del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). - La Superintendencia Nacional de Salud está facultada para realizar actividades de inspección, vigilancia y control a fin de garantizar la operatividad del SGSSS. - Los distritos y municipios cuentan con sus direcciones locales de salud. - El Instituto Nacional de Salud (INS) y el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA) tienen a su cargo la vigilancia, regulación, inspección y el control de medicamentos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Minsa es rector del Sistema Nacional de Salud, pero mantiene funciones operativas en Lima Metropolitana. - Susalud cautela el derecho al acceso a servicios de salud de los ciudadanos y tiene potestad sancionadora. Necesita operar en todo el territorio nacional. - Los Gobiernos regionales tienen autoridad sobre la función salud en su ámbito. Habitualmente limitan su labor a la oferta de sus propios establecimientos de salud y a las acciones de salud pública. - Los municipios tienen escaso peso en la oferta de servicios del primer nivel de atención, con escasas excepciones. - El INS es la institución de referencia en salud pública. La Digemid autoriza la producción y comercialización de medicamentos y tiene capacidad sancionadora. Requiere de una reingeniería.

	Chile	Colombia	Perú
Prestación	<ul style="list-style-type: none"> - El SNSS desarrolla el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria (MAIS), que comienza a implementarse en Chile en la Reforma de Salud de 2005. - La implementación del MAIS se lleva a cabo a través de las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS), en desarrollo desde 2014. - Se organizan los establecimientos que integran la red para superar la fragmentación que se produce por la especialización y parcelación de los establecimientos y niveles de atención. Se cuestiona el enfoque hospitalo-céntrico y propone un cambio en la gestión. 	<ul style="list-style-type: none"> - Marco del Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS). - Elaboración e implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS). 	<ul style="list-style-type: none"> - Existe un Manual de Implementación del Modelo de Cuidado Integral de Salud por Curso de Vida para la Persona, Familia y Comunidad (MCI) 2021. - Antes se han establecido documentos parecidos, pero no se han implementado efectivamente. - En 2018 se aprueba el marco legal (ley y reglamento) de las redes integradas de salud (RIS). - Posteriormente se establecen formalmente algunas RIS en la provincia de Lima y otros departamentos del país. Sin embargo, no se aprecia un cambio en el modelo de gestión. - No se cuestiona el enfoque hospitalo-céntrico.
Financiamiento	<ul style="list-style-type: none"> - Toda persona puede acceder a alguno de los seguros, pero la orientación del seguro público (Fonasa) es colectiva e independiente de los riesgos de salud que pueda presentar. - Los seguros privados (Isapres) funcionan en base a planes con tarifas en base a los riesgos o preexistencias. 	<ul style="list-style-type: none"> - Los servicios de salud se financian con contribuciones de los trabajadores asalariados e independientes afiliados a las EPS, con contribuciones del gobierno y con contribuciones de los empleadores. - El Fondo de Seguridad y Garantía (FOSYGA) mancomuna y redistribuye a las entidades promotoras de salud según la cantidad de afiliados que tienen en cada uno de los regímenes: contributivo o subsidiado. 	<ul style="list-style-type: none"> - Se establece el aseguramiento universal en salud (AUS) mediante la Ley AUS de 2009. Sin embargo, no se procede a una clara separación de roles financiador y prestador. - El seguro público SIS, a cargo del régimen subsidiado, no constituye un fondo ni gestiona recursos mediante primas por sus asegurados. Mantiene un modelo de transferencia de fondos cada vez más limitado. - No se cuenta con un Fondo de Alto Costo transversal para financiar las patologías y

	Chile	Colombia	Perú
	La Ley Ricarte Soto del 2015 crea un sistema de protección financiera para diagnósticos y tratamientos de alto costo.	- Se establece una Cuenta de Alto Costo con cargo a los recursos del FOSYGA.	tecnologías sanitarias de alto costo. El FISSAL está acotado a la población del SIS con un presupuesto limitado.
Abastecimiento	- La Central de Abastecimiento (CENABAST) actúa como un intermediario en la compra y distribución de medicamentos, insumos y equipo médico para el SNSS. Funciona como regulador del mercado al conseguir precios más bajos dado el volumen de compras que maneja, aunque los servicios de salud y hospitales del sector público son libres de comprar al proveedor que elijan.	- Minsalud, a través de la Dirección de Medicamentos y Tecnologías en Salud, se encarga de la realización de la negociación y compra centralizada de medicamentos.	- Al persistir un modelo fragmentado y segmentado existen esfuerzos aislados para constituir operadores logísticos. - CENARES tiene el encargo de liderar el proceso de abastecimiento de recursos estratégicos, pero no despliega un rol efectivo nacional e intersectorial.

Más detalle de los casos de Chile y Colombia se ven en el Anexo N.º 2.

Fuente: Becerril & Reyes (2011); Gattini (2018); Perú Compite (2021); USAID (2007); Guerrero & et al. (2011); Papale & et al. (2018); Minsa (2020); Universidad del Desarrollo (2019), Minsalud (2021); Minsalud (2022)

Elaboración propia

6. Principales problemas

Una perspectiva panorámica del sector en el país permite identificar los problemas más importantes en los diferentes procesos del SNS.

A continuación, se presenta una síntesis de los retos más relevantes de acuerdo con los cuatro procesos analizados, que al final impactan en el acceso oportuno de los ciudadanos peruanos a una oferta de salud organizada en red, de calidad y que brinden un servicio satisfactorio.

Cuadro N.º 4: Problemas identificados

Proceso	Problema
Rectoría	Autoridad débil y concentrada en labores operativas, lo que limita la regulación, supervisión, monitoreo y evaluación a cargo del ente rector.
	Información estratégica inadecuada e incompleta para la toma de decisiones.
Prestación	Retraso e inadecuada implementación de las RIS, afectando el acceso a los servicios de salud de las personas, sobre todo pobres y vulnerables.
	Débil capacidad resolutive en los establecimientos de salud públicos.
Financiamiento	Múltiples fondos o formas de financiamiento con reglas de asignación y de rendición de cuentas heterogéneas.
	Desconexión entre el incremento de la cobertura poblacional (aseguramiento) y la asignación de más recursos financieros.
Abastecimiento	No se emplea el indicador nivel de servicio para asegurar al ciudadano el acceso a tecnologías sanitarias necesarias.
	Ausencia de trazabilidad de los recursos a lo largo del proceso.
	Escasos operadores logísticos que brinden soporte a los prestadores del sector público.

Elaboración propia

7. Propuestas de solución

Para la elaboración de las propuestas se entrevistó a diferentes actores del sistema de salud, se analizó investigaciones previas realizadas en el país y se tomó a Chile y Colombia como países de referencia para identificar buenas prácticas en salud.

7.1 Rectoría

El Minsa tiene dificultades para ejercer su rectoría sobre los *stakeholders* del sistema de salud. Para mejorar su capacidad de planificación, regulación y fiscalización se proponen dos medidas: (i) la implementación de un sistema de información estratégica sectorial en línea para la toma informada de decisiones; y (ii) el fortalecimiento de sus “brazos operativos” para la regulación de los siguientes aspectos: productos farmacéuticos y dispositivos médicos; inocuidad alimentaria y salud ambiental; gestión de recursos humanos; e inversión pública.

Un aspecto adicional, de puntual solución que requiere de decisión política, es la decisión de transferir la función salud a la Municipalidad provincial de Lima. De ese modo el Minsa se concentraría en su rol rector.

7.1.1 Mejor información

Como se mencionó, al iniciar la pandemia el ente rector no sabía con precisión ni oportunidad indicadores básicos como el número de camas, de balones de oxígeno y otros recursos en el territorio. Este desconocimiento limitó severamente la capacidad de acción y por eso, entre otros factores, se optó por la creación de un Comando COVID para planificar estrategias e implementar los lineamientos necesarios, en lugar de seguir la ruta de decisiones de los órganos establecidos en el sector salud.

Para optimizar la capacidad del Minsa de tomar decisiones informadas con alcance sectorial y poder regular efectivamente se propone:

- **Cerrar la brecha de conectividad y equipamiento** en los establecimientos de salud y del personal extramuros. Además, asegurar que los diferentes sistemas de información prestacionales y administrativos sean interoperables (puedan conversar entre sí). De esta forma, se puede recolectar información precisa y en tiempo real de alcance nacional, sin importar el lugar de la prestación. Esto requiere inversión y trabajo conjunto con la Secretaría de Gobierno Digital de la Presidencia del Consejo de Ministros (PCM), el MEF y el Ministerio de Transportes y Comunicaciones (MTC).
- **Implementar la historia clínica electrónica (HCE)** en el sector público, para reducir ineficiencias por duplicidad de exámenes o pérdida de documentos físicos, además que permite liberar la carga del paciente que hoy se preocupa de estos trámites. En este aspecto cabe destacar la experiencia

internacional de HCE de Colombia. Mediante la Ley 2015 de 2020, el Gobierno de este país brindó las disposiciones para intercambiar los datos clínicos de los usuarios de forma clara, completa y estandarizada a través de un único sistema moderno, digital e interoperable (Congreso de la República de Colombia, 2020). Debe notarse que los establecimientos de salud en Colombia usan el lenguaje de programación de Health Level Seven-HL7 como un proceso de unificación al estándar Clinical Document Architecture (CDA) (Benedetti, 2016).

- **Diseñar indicadores críticos sectoriales** que permitan monitorear el desempeño del sistema de salud. Empleando los registros en los establecimientos de salud, que en lo posible deben ser únicos, el Minsa puede crear tableros de mando gerenciales que resuman los datos de indicadores definidos. Una experiencia a observar será la que despliegue la Red Oncológica Nacional, pues se dispone la creación de registros hospitalarios en los establecimientos de salud y que el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN) haga seguimiento al desempeño de los actores. Esto facilita la rectoría, pero también se deben considerar la sinergia con los otros procesos.

7.1.2 Mejora de la capacidad de regulación y fiscalización

Para asegurar la calidad de los servicios de salud prestados a la población, así como velar por la adecuada gestión del financiamiento y el uso eficiente de recursos, el Minsa necesita regular y fiscalizar adecuadamente a los actores del sistema de salud. Ello implica poner reglas claras y consensuadas, así como estándares mínimos de calidad. Así, se podría sancionar a aquellos prestadores que incumplan dichos estándares.

Un ejemplo de ello es el diseño de las penalidades a los actores, particularmente públicos. Si se ponen multas a establecimientos bajo la gestión del propio Minsa o de los Gobiernos regionales, el dinero para pagarlas será del mismo tesoro público. De la misma forma, en caso se cierren UPSS de los establecimientos de salud, se estaría retirando parte de la escasa oferta de salud. Por ello, es clave contar con las autonomías necesarias en los diferentes órganos para imponer sanciones proporcionales, que incentiven una mejor gestión y velen por la calidad de los cuidados en salud.

A continuación, se presentan propuestas de mejora para la SuSalud, la Digemid y la Digesa. Además, se comentan lineamientos generales para mejorar la regulación de los recursos humanos y las inversiones en todo el sistema.

- **SuSalud**

SuSalud es una entidad adscrita al Minsa encargada de proteger los derechos en salud de los ciudadanos. En el año 2013, con el Decreto Legislativo N.º 1158, se fortaleció su autoridad al encargarle nuevas funciones y delimitar sus campos de acción. Sin

embargo, en 2016 se reasignaron algunas funciones con el Decreto Legislativo N.° 1289 hacia los Gobiernos regionales. En particular, se trasladó la función de supervisar el proceso de registro y categorización de los establecimientos de salud, así como de conducir y supervisar el proceso de acreditación, entre otras (Consejo Privado de la Competitividad, 2021).

Esto debilitó la capacidad de velar por la calidad de los servicios de salud que reciben los ciudadanos por las limitaciones en los Gobiernos regionales para cumplirlas y la reducción del alcance de SuSalud. Por ello, se propone devolver a la superintendencia³⁹ las funciones vinculadas a la categorización y acreditación de los establecimientos de salud. Así, una autoridad con autonomía podrá fiscalizar la prestación, tanto pública como privada.

En este aspecto es clave prestar atención a las sanciones que puede imponer la autoridad, de modo que no se generen incentivos perversos. Esta facultad es consistente con lo visto en otros países. En Chile, la Superintendencia de Salud puede fiscalizar aspectos jurídicos y financieros, categorizar, acreditar y sancionar infracciones cometidas con amonestaciones, multas o cancelaciones, entre otros (Consejo Privado de la Competitividad, 2021).

En ese sentido, es importante que SuSalud no solo sancione y cierre UPSS, sino que revitalice y acompañe el proceso de acreditación con planes con plazos e hitos determinados. De no cumplir el prestador, podrían aplicarse sanciones proporcionales, de forma similar a lo observado con el proceso de licenciamiento de universidades realizado por la SUNEDU.

A esta recomendación se suma el fortalecer el capital humano en la institución, de modo que cuente con personal calificado suficiente en el territorio nacional, así como implementar un sistema en línea para recoger información de indicadores trazadores de satisfacción y calidad definidos por la institución, y obtener un monitoreo oportuno. A este análisis se puede sumar la Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios en Salud (ENSUSALUD), discontinuada inexplicablemente en 2016. Se propone retomarla para tener información clave de los procesos del sistema de salud.

- **Digemid y Digesa**

Ambas direcciones son órganos de línea técnico-normativos del Minsa con objetivos diferentes. Mientras que la Digemid vela por que la población tenga acceso a medicamentos seguros, eficaces y de calidad y que estos sean usados racionalmente (Digemid, 2022), Digesa se encarga de la salud ambiental e inocuidad alimentaria (Digesa, 2022).

³⁹ Ello implicaría un cambio de ley.

Tanto la Digemid como Digesa requieren de personal especializado para cubrir efectivamente sus funciones. En el caso de la Digemid, las competencias necesarias exigen el concurso de expertos en evaluaciones de tecnologías sanitarias. Mientras que Digesa necesita investigadores y especialistas en salud ambiental, determinantes de la salud y ciencias de los alimentos. En esa línea, ambos órganos podrían incentivar una rama de desarrollo de nuevo talento en alianza con la academia. A esto se suma la necesidad de migrar al cambio cultural que representa la transformación digital.

Además, en el marco del proceso de descentralización, los Gobiernos regionales cuentan con autoridades regionales en medicamentos y salud ambiental que no tienen la capacidad suficiente para cumplir sus funciones. Se sugiere evaluar esta tensión entre el nivel regional y nacional para fortalecer y capacitar a las autoridades regionales y locales, articulando y realizando un monitoreo efectivo de su labor. Este último problema se presenta con mayor severidad en Digesa, ya que en las últimas décadas se trasladaron gradualmente algunas de sus funciones a ministerios y otros actores del Poder Ejecutivo⁴⁰.

- **Recursos humanos**

Los RHUS son una pieza clave en la prestación de cuidados en salud para la población. Actualmente el Minsa cuenta con una Dirección General de Personal de la Salud, dependiente del Viceministerio de Prestaciones y Aseguramiento en Salud, y con una Oficina General de Gestión de Recursos Humanos del sector Salud que depende de la Secretaría General. Mientras que la dirección es responsable de formular la política sectorial en materia de personal de la salud y de realizar su seguimiento y evaluación (Minsa, 2022a), la oficina se encarga de gestionar procesos administrativos del personal del ministerio (Minsa, 2022b).

Por otra parte, EsSalud cuenta con una Gerencia Central de Gestión de las Personas, encargada de conducir, supervisar y evaluar a los recursos humanos de la institución (EsSalud, 2022). En el sector privado, los prestadores cuentan con sus propias políticas y planes de desarrollo de recursos humanos.

Como se observa, cada subsector tiene su propio modelo de gestión del talento, con lineamientos, requisitos, escalas salariales y evaluaciones diferentes. Si bien la dirección del Minsa tiene un alcance sectorial, en la práctica suele limitarse al propio subsector. Por eso se propone regular la gestión de recursos humanos en el país considerando los siguientes puntos:

Planificación de largo plazo: los recursos humanos toman tiempo en formarse y especializarse. Para cerrar la brecha actual, que se incrementará en la medida que la población envejezca y aumente la demanda por servicios de salud, es clave un análisis

⁴⁰ Por ejemplo, si bien la fiscalización en el ámbito de agua es parte de sus funciones, con la creación del Ministerio del Ambiente y otras autoridades ambientales se reorganizaron sus funciones.

prospectivo. De modo que estime adecuadamente las demandas de la población en el futuro con alcance nacional considerando los nuevos escenarios por el avance en salud digital, tecnologías sanitarias, equipamiento, procedimientos, entre otros aspectos.

Definición de políticas de formación de alcance nacional: para la formación de profesionales de la salud y otros RHUS es clave identificar el estado de los centros de estudios y la malla curricular ofrecida a los estudiantes. Lo ideal es que los estudios estén alineados a las demandas de salud del país y aseguren una formación sólida. Asimismo, es clave incentivar la formación de profesionales y especialistas en función a las necesidades de las RIS y otras redes especializadas que se organicen, como la Red Oncológica Nacional.

Armonización de las condiciones laborales: existe tensión entre los diversos RHUS por sus diferentes condiciones laborales. Cada gremio cuenta con una ley de trabajo propia, haciendo más compleja esta situación. Así, hay un limitado espacio para ordenar y mejorar las condiciones laborales, ya que estas normas fueron impulsadas por intereses particulares de grupo y no en función a las prioridades del sector salud.

Los países de la región registran diferentes avances en este proceso. Chile tiene un desarrollo avanzado y Colombia uno intermedio en políticas de gestión de RHUS. De hecho, Chile está en una mejor situación de los países andinos de la región en cuanto a la densidad alcanzada de RHUS por población. Además, en relación a la formación y ocupación del personal en salud, ha ejecutado programas de fortalecimiento de competencias de acuerdo a su especialidad en universidades y programas de incentivos financieros y no financieros como el de Médicos Generales de Zona para brindar mayor cobertura a zonas rurales. Por su parte, Colombia ha procurado que la especialidad de medicina familiar cuente con financiamiento estatal (OPS, 2015).

Gestión de la inversión en salud: la expansión de los servicios de salud en el país debe seguir una agenda concertada que atienda las principales brechas de la población en el territorio de forma eficiente. No obstante, no existe un espacio formal con la representatividad correspondiente para planear, priorizar y supervisar las inversiones. Actualmente, cada subsector maneja ciertas obras con independencia, perdiendo sinergia, y el Minsa puede supervisar algunas inversiones a través del Programa Nacional de Inversiones en Salud (PRONIS).

En 2013 se aprobó el Decreto Legislativo N.º 1157 que tenía como objeto establecer los mecanismos y procedimientos para el planeamiento, priorización y seguimientos de las inversiones en salud en el país. Dentro de las medidas dispuestas se estableció la creación de una Comisión Multisectorial de Inversión en Salud (CMIS) con integrantes de todos los actores públicos en salud para coordinar la agenda de inversiones con una mirada sistémica. Sin embargo, la misma no tiene un rol activo en la actualidad. Se propone recuperar al CMIS como el espacio de concertación para la planificación y priorización de las inversiones del sector. Además, es importante explorar métodos

alternativos a la obra pública tradicional para acelerar el cierre de las brechas de infraestructura en el sector. Los programas Gobierno a Gobierno y las asociaciones público-privadas han demostrado ser una alternativa efectiva, siempre que se asegure la operación adecuada y el traspaso de conocimientos a los funcionarios de carrera.

7.2 Prestación

Es un proceso crítico que depende de la disponibilidad de recursos (humanos, equipamiento, tecnología, entre otros) y la forma como se organizan estos. Dadas las limitaciones que afronta el país, la forma más costo-eficiente de brindar cuidados en salud es potenciando los establecimientos de salud del primer nivel y organizando su oferta (centros de salud y policlínicos), articulando con el segundo nivel de atención (hospitales) en Redes Integradas de Salud (RIS).

7.2.1 Mejora de la capacidad resolutive del primer nivel

Los establecimientos de salud del primer nivel de atención deberían poder atender alrededor del 80% de las necesidades de salud de la población (Vignolo, Vacarezza, Álvarez, & Sosa, 2011). Estos deben estar centrados en promover hábitos saludables en la población, controlar a los pacientes crónicos y atender problemas de salud frecuentes.

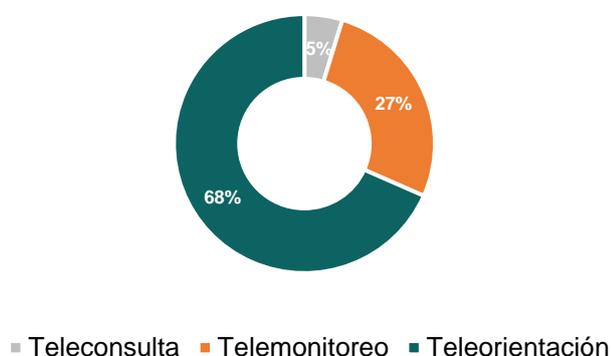
Para que el primer nivel del Perú puede realizar esto de forma efectiva requiere incrementar su capacidad resolutive, ya que actualmente muchos establecimientos no cuentan con personal, infraestructura ni equipo necesario. En ese sentido, se propone:

- Asignar una población definida en el territorio para cada RIS y establecimiento del primer nivel⁴¹. Así, el ciudadano cuenta con un lugar de atención cerca al hogar y el prestador tiene una población definida por cuidar. Actualmente el Minsa no tiene información nominal para realizar esta asignación, a diferencia de EsSalud que sí gestiona con la información básica de sus asegurados.
- Hacer un censo de la oferta del primer nivel disponible y contrastarla con las demandas de salud de la población en el territorio para identificar lugares con sobreoferta o carencia de esta.
- Ampliar el horario de atención de los centros a al menos 12 horas al día, de modo que la ciudadanía pueda atenderse antes o después del trabajo, algo clave en una economía todavía informal como la peruana.
- Disponer de médicos y profesionales de la salud capacitados. Para ello es necesario promocionar la especialidad de medicina familiar y comunitaria mejorando los incentivos económicos y línea de carrera. Asimismo, pueden financiarse más plazas en dicha especialidad.

⁴¹ Se podría considerar al sector privado de brindarse las reglas claras e incentivos adecuados.

- Incorporar en los planes de inversión a los establecimientos de salud del primer nivel, asegurando un plan para su mantenimiento adecuado. Es urgente desarrollar estrategias Gobierno a Gobierno o modalidades innovadoras de gestión de inversiones.
- Fomentar la telesalud mediante la implementación de conectividad, historia clínica electrónica y sistemas administrativos en línea. Hoy solo el 5% de los servicios de telesalud corresponden a teleconsulta, como se muestra en el siguiente gráfico.

Gráfico N.º 13: Porcentaje de atenciones según servicios de telesalud



Fuente: Minsa (2022a)
Elaboración propia

- Activar un sistema de referencia y contrarreferencia en línea que permita mejorar la oportunidad del traslado a establecimientos de mayor complejidad (trabajo en red) y asegurar la continuidad de la atención.
- Alinear la oferta de los establecimientos de salud del primer nivel de acuerdo al contexto territorial para que, entre otras cosas, sean capaces de brindar las garantías explícitas en salud (GES).

7.2.2 Implementación de las redes integradas de salud

Organizar la oferta de salud en redes es una recomendación de diferentes organismos multilaterales hace décadas y que diversos países en el mundo han aplicado. Por ejemplo, desde 2014 se vienen implementando las RISS en Chile (Gobierno de Chile, 2018) con el objetivo de centrar la prestación en los ciudadanos, romper con la fragmentación administrativa, institucional y organizacional del sistema de salud, fortalecer el enfoque territorial y adecuado a la comunidad, y desarrollar la gestión basada en la capacidad resolutoria (Gobierno de Chile, 2019).

En el caso peruano, se cuenta con normativa⁴² y financiamiento⁴³ para la implementación de las RIS, pero no se observa un avance significativo en el proyecto. Los constantes cambios políticos y falta de liderazgo del Minsa para alcanzar los hitos planificados han limitado este proceso. Incluso se cuenta con una entidad adscrita al Minsa denominada PCRIS, que tiene aún escaso despliegue.

Para hacer frente a esto y comenzar la implementación de las RIS es clave darle mayor institucionalidad y respaldo político al proyecto. Un elemento nuevo es la articulación de las RIS con redes especializadas, como la Red Oncológica Nacional, que está en proceso de diseño. Un reto pendiente será lograr la continuidad y longitudinalidad de atención entre ambos tipos de redes de servicios.

7.3 Financiamiento

Dado que existen problemas que no permiten alcanzar una gestión del financiamiento eficiente, es necesario plantear medidas al respecto.

7.3.1 Integración⁴⁴ de los fondos de financiamiento públicos

Como se mencionó, uno de los grandes problemas es la multiplicidad de fondos o modalidades de financiamiento que se gestionan independientemente y con diferentes sistemas de asignación de recursos. Una medida que debería abordarse para ordenar los distintos flujos de financiamiento del sistema de salud es estandarizar los procesos críticos en el sector público. Al respecto, el desarrollo del Proyecto de mejoramiento de la Administración Financiera del Sector Público a través de la transformación digital, financiado por el BID representa una nueva oportunidad para este objetivo.

Otro aspecto es la mancomunación de fondos para una mejor administración de los recursos financieros y una gestión más eficiente de los riesgos. Esto ocurre porque, ante una mayor integración de fondos, menor es el nivel de incertidumbre que genera en los ciudadanos respecto a la cobertura de salud. Así, un fondo unitario mantendría el riesgo distribuido entre todos los afiliados del mismo. Además, podrían generarse subsidios cruzados entre subgrupos: por ejemplo, entre jóvenes y ancianos o enfermos y sanos.

Para implementar y delimitar esta medida es necesario que se considere el Artículo N.º 12 de la Constitución Política del Perú, que establece la intangibilidad de fondos y reservas de la seguridad social. Una opción es que estos fondos se manejen en una cuenta independiente, pero con una sola institución administradora.

En ese sentido, es importante que el gobierno elabore una hoja de ruta que conduzca a la integración gradual de las diferentes IAFAS, con reglas de juego claras que permitan

⁴² Ley N.º 30885 y su Reglamento (DS N.º 019-2020-SA).

⁴³ El Banco Mundial aprobó un préstamo por USD 125 millones en 2019 (Banco Mundial, 2019).

⁴⁴ No implica la unificación de todos los fondos, pues algunos tienen carácter de intangibilidad. Significa la estandarización gradual de procedimientos y tarifarios para agilizar la gestión administrativa.

organizar la actual existencia conjunta de regímenes de aseguramiento y el financiamiento de intervenciones verticales del presupuesto por resultados.

En ese escenario, es relevante fortalecer al SIS para que pase a ser un seguro que financie el costo total de un plan de salud definido con un listado explícito de diagnósticos y tratamientos. Esto reemplazaría la actual cobertura basada en topes financieros para el plan complementario, ya que esto origina colas extensas y un limitado acceso a los servicios de salud. Si se tuviese un solo listado como plan definido para financiar efectivamente, se podría establecer una prima o cuota, gestionar el riesgo y garantizar la sostenibilidad del financiamiento en el largo plazo.

La integración de fondos debe realizarse con cautela, pues no se debe atender contra la intangibilidad de recursos de EsSalud. Esto es crucial debido a que el presupuesto anual estimado por asegurado es de S/ 1,371 para esta institución, mientras que, para el caso del SIS, solo llega a S/ 737 en 2019. Es decir, 46% menos de lo correspondiente a EsSalud, tal como se muestra en el siguiente gráfico.

Gráfico N.º 14: Presupuesto por asegurado de EsSalud y SIS (2016-2021)



Fuente: EsSalud (2022), MEF (2021)
Elaboración propia

En un inicio se puede implementar esta medida en el primer nivel de atención, para lo cual se debe calcular un valor per cápita y elaborar un tarifario común. Por el lado de las condiciones de mayor complejidad, se puede construir un fondo de alto costo que mitigue el riesgo de gasto catastrófico. Ello implica emplear nuevas modalidades de pago a los prestadores. Este fondo actuaría como un asegurador de segundo piso, financiado por las primas de los diferentes fondos, idealmente, a través del FISSAL.

Asimismo, es importante articular las redes prestacionales por medio de las RIS, que siguen un criterio territorial. De esta forma, se puede integrar la oferta y se podría tomar

decisiones de inversión en infraestructura de forma conjunta entre subsectores. Algo importante a resaltar es que las modalidades de asociación con el sector privado, como las asociaciones público-privadas (APP), suelen alcanzar mejores niveles de servicio a usuarios, economías de tiempo y reducción de riesgos al Estado (Redes & Videnza, 2020).

Otro problema importante que enfrenta la gestión del financiamiento es la desconexión entre el incremento de la cobertura poblacional y la asignación de recursos financieros. Esta situación pone en riesgo la sostenibilidad del sistema de financiamiento. En ese sentido, es imprescindible aumentar el presupuesto público para ampliar el SIS según lo establecido en el DU N.º 017-2019. Como se mencionó, este debió ascender al menos a S/ 851 millones en 2019.

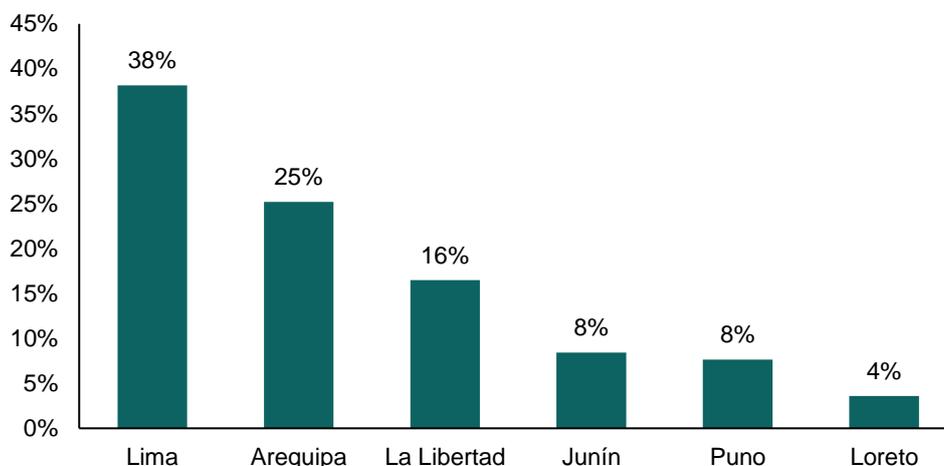
7.3.2 Mejora de la capacidad para tomar decisiones

- **Promoción de la cultura digital**

También es necesario mejorar la trazabilidad de los recursos, lo que puede desarrollarse por medio del impulso de las tecnologías de la información y las comunicaciones (TIC). El aumento de la conectividad en el país, sobre todo en las zonas rurales, beneficiaría la gestión en gran medida. Un ejemplo de esto es lograr implementar en todas las IPRESS el sistema de historias clínicas electrónicas. Actualmente, existen regiones como Loreto donde el porcentaje de establecimientos de primer nivel implementados con HCE es mínimo (4%). Otras, como Lima, están en mejor posición (38%), aunque aún es insuficiente.

Hay ejemplos plausibles logrados en la implementación de la HCE en EsSalud y el Hospital de Emergencia de Villa El Salvador. En el primer caso, mediante el empleo en toda su red del EsSI (Servicio de Salud Inteligente), que permite una gestión en línea de información de la atención de los asegurados en su red prestacional en beneficio de casi 10 millones de asegurados. En el segundo caso, a través del SISGALEN PLUS, que ha interconectado sus servicios brindando, gradualmente, un servicio de calidad a sus usuarios. Este hospital ha ordenado el flujo de referencias de las IPRESS a su cargo, organizadas en red. Cuenta con un equipo de profesionales en sistemas de información que brindan soporte al desarrollo y la expansión de la cultura digital. Puede ser considerado un prototipo a expandir en otros establecimientos de similar nivel de complejidad.

Gráfico N.º 15: Porcentaje de establecimientos del primer nivel implementados con HCE (2022)



Fuente: Videnza Instituto (2022)
Elaboración propia

Si bien existe un convenio firmado entre el subsector Minsa-Gobiernos regionales y EsSalud, este aún no se ha hecho efectivo.

Es crucial poner énfasis en estos avances en todos los subsectores del sector salud, incluido el privado. Lo mencionado será más fácil de gestionar y operar en tanto se amplíe la cobertura de conectividad a nivel nacional. Por ello, es importante continuar y terminar con la Red Dorsal de Fibra Óptica para dotar a alrededor de 3,800 establecimientos de salud de un servicio de Internet de calidad.

Ilustración N.º 5: Datos (ejemplos)



Fuente: Defensoría del Pueblo (2021), SHCE (2021)

- **Gestión por resultados**

Otro punto conveniente para optimizar las decisiones de financiamiento es lograr su orientación a una gestión por resultados. Para ello, es necesario definir indicadores de eficiencia y resultado; las metas de desempeño y los hitos de implementación deben estar claramente fijados. Esto, de alguna manera, era lo que se buscaba con el esquema de presupuesto por resultados. Sin embargo, esta intención no se materializa plenamente por problemas en la definición del marco lógico de los programas y la multiplicidad de indicadores que, en la práctica, se miden de forma muy limitada. El MEF es la entidad que debe promover el logro de lineamientos y objetivos estratégicos, por

medio del seguimiento mediante un sistema de información robusto (Redes & Videnza, 2020).

7.4 Abastecimiento

Considerando la problemática identificada anteriormente se brindarán recomendaciones para contribuir a la solución de los mismos.

7.4.1 Seguimiento y monitoreo del nivel de atención brindado

Es importante tener una definición consensuada del nivel de servicio, indicador de resultado principal de la operación logística. Solo así los establecimientos de salud reportarán información uniforme que sea comparable entre sí y útil para el gestor. Esta definición debe orientarse a observar el abastecimiento bajo un enfoque integral. Por este motivo, se propone utilizar la siguiente definición empleada por la Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID, por sus siglas en inglés): proporción de atenciones brindadas con éxito hacia el usuario intermedio (disponibilidad en farmacias) y usuario final (ciudadanos con recetas completas).

7.4.2 Optimización del sistema de contrataciones del Estado

Es necesario articular los sistemas de información que respaldan el proceso de gestión de contrataciones del Estado para aumentar su eficacia. Se debe tomar en cuenta la sostenibilidad de las decisiones en el mediano y largo plazo.

Asimismo, es importante considerar la implementación de mecanismos diferenciados para la adquisición de tecnologías sanitarias de alto costo, compartiendo riesgos con los proveedores, beneficiando a los pacientes que lo requieran, pero sin perjudicar la sostenibilidad financiera del SNS.

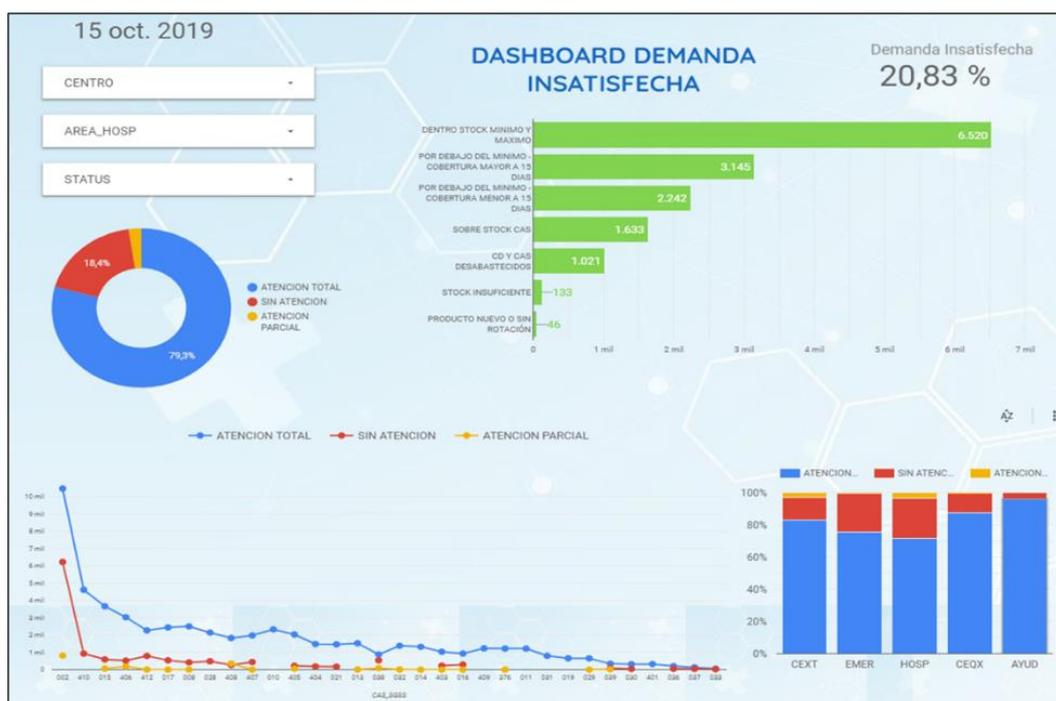
7.4.3 Interoperabilidad con los sistemas de información de abastecimiento

Es fundamental lograr la trazabilidad de la cadena de abastecimiento pública del sector salud. Esto requiere de sistemas de información robustos e interoperables que recojan los datos y los procesen en tiempo real. Lo mencionado debe mantenerse en todos los subsectores, para tener una mirada sectorial del abastecimiento en salud.

De este modo, se podrá vincular la información prestacional y administrativa, lo que permitirá trazar estos procesos, evaluar su desempeño, y también contribuir a estimar las necesidades de los recursos estratégicos en salud. En otras palabras, se tendrán datos consistentes de la demanda. Adicionalmente, los sistemas de información tienen un rol valioso en el abastecimiento, por ejemplo, trazando la información de los contratos con proveedores o gestionando los inventarios para evitar quiebres de *stock* que afecten la oportunidad en el acceso al paciente.

Esto se puede visualizar, por ejemplo, a través del sistema de información que el operador logístico (SALOG S.A) emplea para la gestión de inventarios de los establecimientos de salud de EsSalud en Lima y Callao. Este permite apreciar los *stocks* disponibles en cada farmacia de un establecimiento de salud, así como las casuísticas asociadas a los quiebres de *stock*, las frecuencias, entre otros. La información se muestra a través de un *dashboard* como el siguiente.

Ilustración N.º 6: Ejemplo de dashboard SALOG (2019)

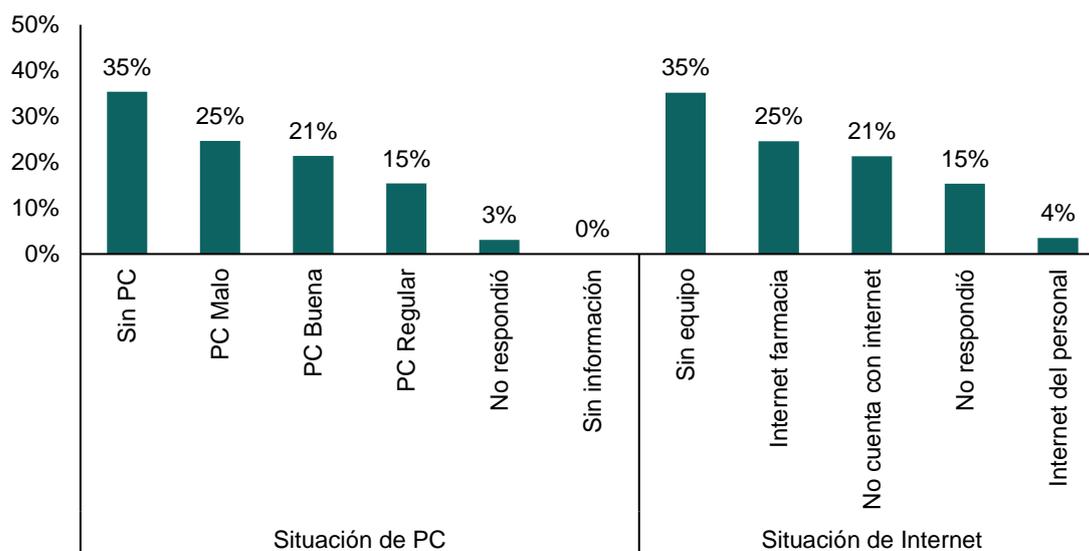


Fuente: SALOG SA

Adoptar este tipo de soluciones requiere un cambio cultural en el personal administrativo y sanitario para utilizar sistemas de información. Para lograrlo, el Minsa tiene una agenda digital aprobada a través de la Resolución Ministerial N.º 816-2020-MINSA. Su implementación es clave, con el acompañamiento técnico de la Secretaría de Gobierno Digital de la Presidencia de Consejo de Ministros.

Es fundamental que se fortalezca la cadena de abastecimiento público desde los servicios, las farmacias de las IPRESS y almacenes de las Unidades de Gestión de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (UGIPRESS). Como se puede observar en el siguiente gráfico, 35% de estos establecimientos no cuentan con computadoras ni equipos de Internet, y en el 40% de farmacias las computadoras identificadas son categorizadas como regulares y malas.

Gráfico N.º 16: Situación de PC e Internet en farmacias (febrero, 2022)



Fuente: Minsa (2022b)
Elaboración propia

7.4.4 Terciarización de la operación logística

Finalmente, un tema clave para mejorar la gestión del abastecimiento es tercerizar la operación logística. Si bien el CENARES o CEABE —por dar algunos ejemplos— deben ser fortalecidos como dueños del proceso en materia de abastecimiento en el ámbito sectorial o subsectorial, también se deben explorar alternativas de colaboración público-privada para incrementar la eficiencia y la oportunidad en la realización de las operaciones logísticas.

Es decir, que cada dueño del proceso tenga brazos logísticos que le permitan agilizar y mejorar el desempeño de la cadena de abastecimiento pública del sector salud. La participación de los actores privados podría verse ampliada —conforme pase el tiempo— hacia distintos subprocesos del abastecimiento. Por ejemplo: iniciar solo con distribución, ampliar hacia el almacenamiento, monitoreo de la calidad, entre otros.

De ser diseñada e implementada correctamente, esta alternativa podría ser sumamente beneficiosa para el sector público de la salud. De hecho, dado que estos actores privados tienen las competencias, tecnologías y flexibilidad organizacional para centrarse en el objetivo principal (mantener un alto nivel de servicio para sus usuarios), valdría la pena que luego gestionen inventarios, diseñen e implementen redes de almacenamiento y distribución, entre otros.

Se sugiere conocer y replicar este tipo de experiencias en otros subsectores y regiones. Para lograrlo, es clave definir los estándares de calidad y desempeño a exigir, así como negociar la obtención de las mejores condiciones para el Estado y los usuarios finales de los servicios de salud.

8. Conclusiones y recomendaciones

El sistema de salud peruano presenta debilidades en sus diferentes procesos lo que le impide brindar servicios suficientes, oportunos y de calidad a la ciudadanía. Esta situación afecta la salud, vida y economía de las personas y sus familias, pues incrementa el gasto de bolsillo de modo inequitativo. Un viraje estratégico y la implementación de propuestas prácticas pueden cambiar y mejorar este escenario.

En el caso de la rectoría, se requiere que el Minsa asuma su rol y abandone labores operativas que lo distraen. Un catalizador para ello es contar con mayor y mejor información estratégica para la toma de decisiones y tener “brazos operativos” capaces de regular y fiscalizar procesos críticos como el derecho a acceder a servicios de salud de los ciudadanos. Eso requiere, además, construir institucionalidad, aspecto crítico en los últimos años por los cambios constantes de ministros de Estado y equipos de gestión que han afectado aún más la continuidad de las políticas sanitarias. Mantener la línea de conducción para desarrollar una agenda de cambio, que requiere de tiempo e hitos claros, es una necesidad apremiante.

En el ámbito de la prestación es urgente poner en operación las RIS con una perspectiva intersectorial, enfocando los esfuerzos en el primer nivel de atención para empezar este proceso. Una organización de la red de servicios con enfoque territorial y centrada en las personas es la forma más costo-eficiente de abordar el problema del acceso a la atención de salud, lo que permitirá a millones de personas acceder a servicios de protección y cuidado. Este esfuerzo requiere de recursos necesarios (equipamiento, talento humano, tecnologías sanitarias), pero sobre todo de un cambio en el modelo de gestión que pase de la actual inercia de “empujar” recursos para brindar un servicio con muchas limitaciones, a centrarse en otro que atienda la demanda de las personas y obligue a los diferentes actores que brindan o hacen posible esta oferta, a alinear sus actividades en función a estas necesidades.

En el caso del financiamiento, es clave articular la gestión de los diferentes fondos y modalidades existentes y buscar rutas más eficientes. Es importante conectar la actual expansión del aseguramiento nominal (más del 98% de los peruanos tiene un seguro de salud) con la asignación de recursos para proteger la cobertura financiera y evitar la persistencia de acciones orientadas a contener la demanda o generar estadística poco consistente para sustentar y obtener presupuesto. La organización de un fondo de alto costo asentado en el actual FISSAL es otro aspecto pendiente. De ese modo, se puede optimizar la gestión del riesgo de las enfermedades catastróficas, por su impacto en la economía familiar y en la sostenibilidad del SNS, que emplean tecnologías sanitarias de alto costo poco accesibles en la actualidad.

Finalmente, en el caso del abastecimiento se debe incorporar el concepto de nivel de servicio en todos los establecimientos y servicios de salud públicos, para que la

demanda de los ciudadanos esté vinculada a la labor de los gestores. Así, las personas recibirán sus recetas completas o tendrán acceso a los procedimientos indicados. Por otro lado, es necesario realizar una evaluación económica que sustente la decisión de implementar la mejor alternativa de gestión del abastecimiento mediante operadores logísticos, públicos o privados calificados.

Con todo lo anterior se iniciará un proceso de cambio, hoy urgente e importante, para ir mitigando el alto gasto de bolsillo que afecta a los peruanos por no acceder a una oferta de servicios de salud decente.

Cuadro N.º 5: Principales problemas y propuestas de solución al SNS

Proceso	Problema	Propuesta
Rectoría	Información estratégica inadecuada e incompleta necesaria para la toma de decisiones.	Diseñar y aplicar indicadores críticos de monitoreo y evaluación de aplicación en todo el sector.
		Liderar el cierre de la brecha de conectividad y equipamiento en TIC en la red de establecimientos de salud del Estado.
		Implementar la HCE en los establecimientos públicos y promover la interoperabilidad de las soluciones e integración de los datos e información clave.
Rectoría	Autoridad débil y distraída en labores operativas (prestación de la provincia de Lima), lo que limita su rol en la regulación y supervisión del SNS.	Devolver las funciones vinculadas a la categorización y acreditación de establecimientos a SuSalud.
		Expandir su labor en todo el territorio para proteger los derechos de las personas.
		Alentar planes efectivos para implementar las RIS, asegurando las condiciones mínimas de servicio.
		Analizar información periódica mediante indicadores trazadores (simplificar el registro y promover la información en línea, transparente e interoperable).
		Reinstaurar la ENSUSALUD por lo menos temporalmente, hasta organizar un SI en línea.
		Potenciar el capital humano de SuSalud, DIGEMID y DIGESA. Reingeniería de las dos últimas para lograr autoridad nacional.
		Promover transformación digital en DIGEMID y DIGESA.
Prestación	Inadecuada implementación de las RIS, lo que limita el acceso a los servicios.	Implementar las RIS de modo constante y efectivo. Establecer los incentivos necesarios y lograr el respaldo de los ciudadanos.
	Débil capacidad resolutoria de los establecimientos de salud.	Mejorar la capacidad resolutoria del primer nivel (población asignada, médico en establecimiento, HCE implementada, sistema de referencia y contrarreferencia, tecnologías necesarias, otros).

Proceso	Problema	Propuesta
		Emplear las capacidades de todos los actores (públicos y privados)
Financiamiento	Múltiples fondos de recursos con reglas de asignación y rendición de cuentas distintas.	Mancomunación de los fondos de financiamiento a cargo de la IAFAS pública más competente. Creación del Fondo de Alto Costo (una opción es emplear al FISSAL).
	Desconexión entre el aumento de la cobertura poblacional y la limitada asignación de recursos financieros (SIS).	Cambiar el modelo de financiamiento en el SIS: pasar de un presupuesto que se ejecuta casi inercialmente a una asignación de primas por asegurado. Ello requiere que el SIS se constituya en un fondo de aseguramiento.
Abastecimiento	No se aplica el concepto de nivel de servicio (orientado al ciudadano) y ausencia de trazabilidad del proceso logístico.	Hacer seguimiento y monitoreo del nivel de atención brindado al ciudadano (entrega de recetas y procedimientos de manera completa y oportuna). Ello requiere de información de carácter nominal a través de un SI interoperable.
	Pobre operación logística con información fragmentada.	Interoperabilidad entre los sistemas de información en salud y de abastecimiento.
		Simplificar la gestión administrativa relacionada en los pliegos presupuestales y unidades ejecutoras.
		Terciarización de la operación logística.

Elaboración propia

9. Anexo

Anexo N.º 1: Información detallada según regiones priorizadas

A continuación, se presenta información desagregada para las regiones de Arequipa, Junín, La Libertad, Lima, Loreto y Puno. Estos fueron seleccionados en conjunto con el cliente por su relevancia en términos de prestación y de representación de las diferentes áreas geográficas. El análisis se divide en función de los procesos del SNS descritos previamente.

Prestación

La región que cuenta con más establecimientos de salud es Lima, con 8,884; y la que cuenta con menos establecimientos de salud es Puno, con 736. Como se observa en el siguiente cuadro, del total de IPRESS, la mayoría está categorizada en el primer nivel de atención en todos los departamentos elegidos.

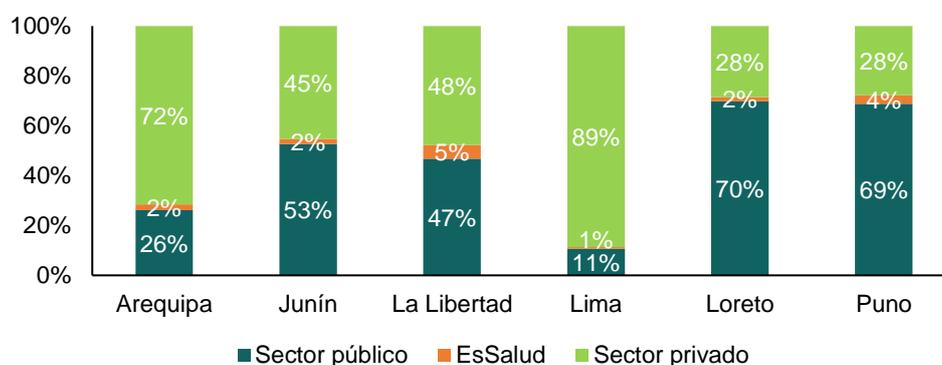
Cuadro N.º 6: Número de IPRESS por nivel de atención (2022)

Departamento	Sin categoría	Nivel I	Nivel II	Nivel III	Total
Arequipa	426	649	24	3	1,102
Junín	252	762	21	3	1,038
La Libertad	111	550	43	6	710
Lima	2,200	6,465	188	31	8,884
Loreto	109	604	9	2	724
Puno	92	623	21	0	736

Fuente: SuSalud (2022c)
Elaboración propia

Existe una gran concentración de IPRESS en el sector privado en Lima (89%). Sin embargo, en regiones como Loreto y Puno, la mayoría pertenece al sector público, que representa alrededor del 70%.

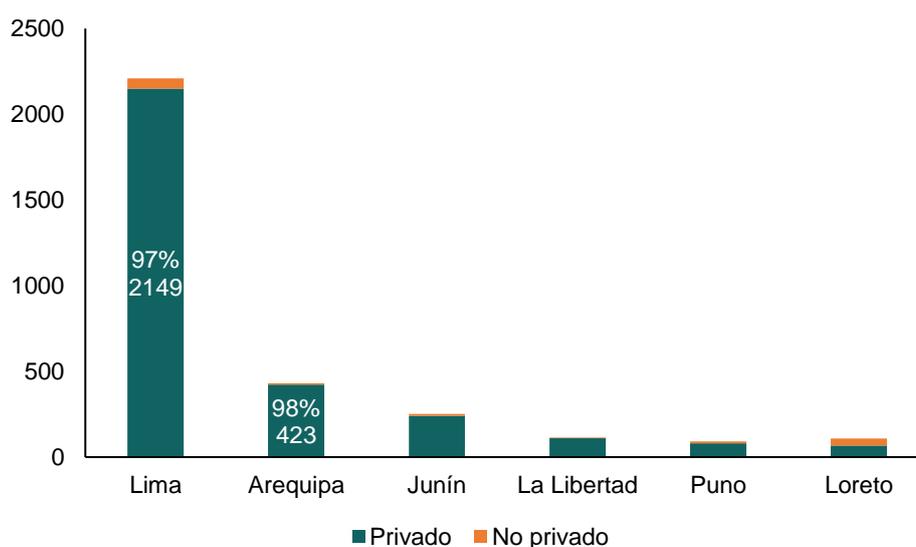
Gráfico N.º 17: Porcentaje de IPRESS por sector (2022)



Fuente: SuSalud (2022c)
Elaboración propia

Cabe resaltar que, del grupo de IPRESS no categorizadas, la mayoría se encuentra en el sector privado. El caso en donde la diferencia es más alta es en Lima, pues el 97% de las IPRESS no categorizadas son privadas. Esto se debe al mayor desarrollo de IPRESS privadas de menor categoría en la capital, sobre todo en las zonas urbano-marginales. En otras regiones también es fácil notar que la mayoría de IPRESS sin categorización se encuentran en el ámbito privado, tal como se ve en el siguiente gráfico.

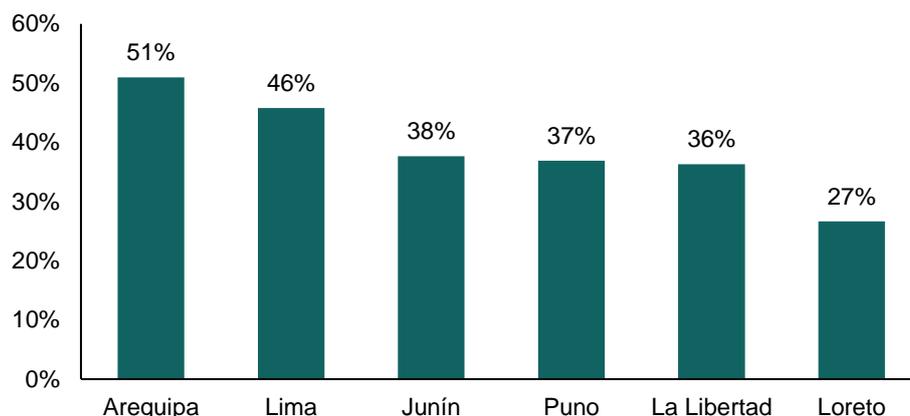
Gráfico N.º 18: IPRESS sin categorización privadas y no privadas (2022)



Fuente: SuSalud (2022c)
Elaboración propia

Arequipa es el departamento con la mayor proporción de establecimientos de salud del primer nivel de atención que funcionan al menos doce horas: 51% (supera incluso a Lima). Loreto es el departamento con la menor proporción de IPRESS del nivel primario que trabajan al menos doce horas al día: 27%.

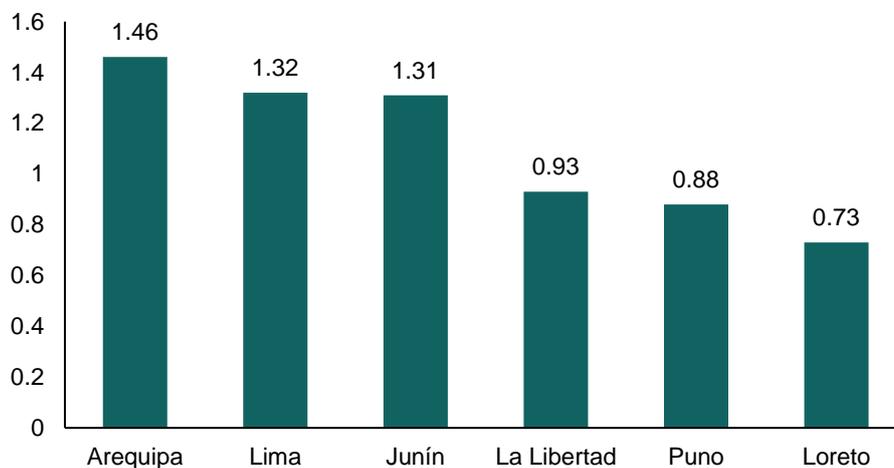
Gráfico N.º 19: Establecimientos de salud del primer nivel de atención que funcionan al menos 12 horas (2022)



Fuente: Observatorio del Bicentenario (2022a)
Elaboración propia

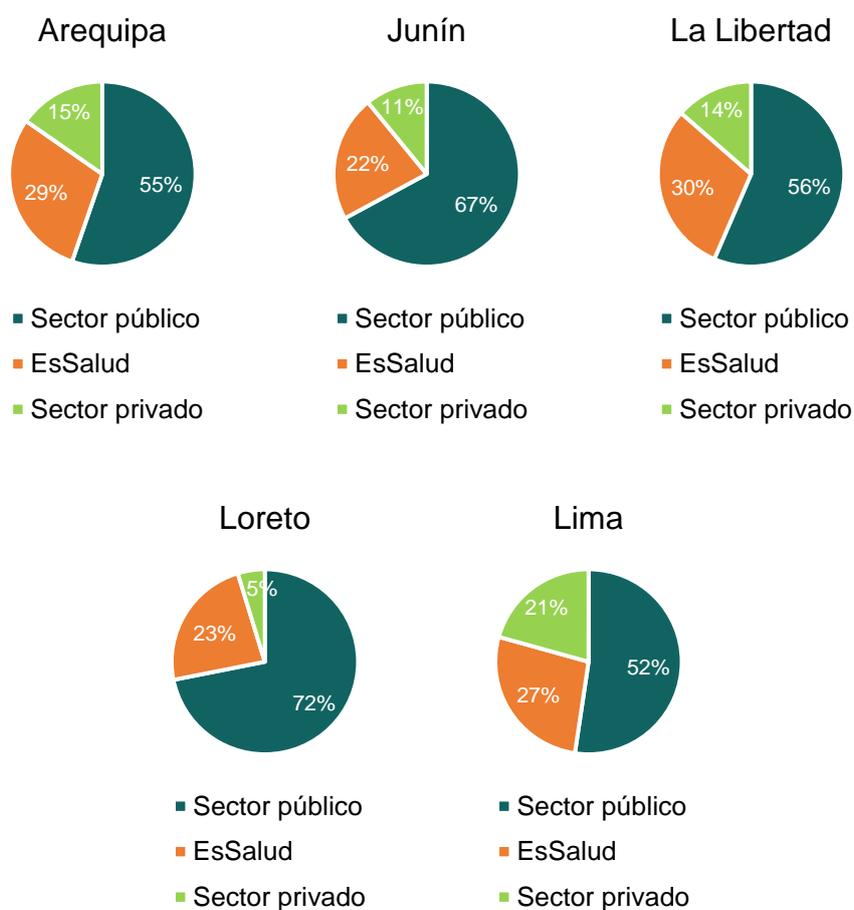
En cuanto al equipamiento, la mayor disponibilidad de camas hospitalarias por 1,000 habitantes está en Arequipa (1.46), y es el doble que la región Loreto (0.73). En su mayoría, las camas hospitalarias son ofertadas por el sector público, como se puede observar en el siguiente gráfico.

Gráfico N.º 20: Oferta de camas hospitalarias por 1,000 habitantes (2022)



Fuente: Observatorio del Bicentenario (2022c)
Elaboración propia

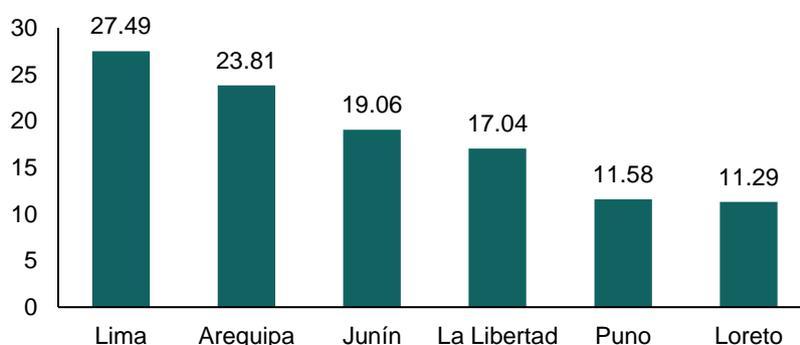
Gráfico N.º 21: Oferta de camas hospitalarias según sector (2022)



Fuente: Observatorio del Bicentenario (2022c)
Elaboración propia

El registro de camas UCI cobró especial relevancia a partir de la pandemia, lo que, a su vez, reveló las disparidades a nivel departamental. Actualmente Lima suma 27.49 camas UCI por 100,00 habitantes y Loreto alcanza 11.29.

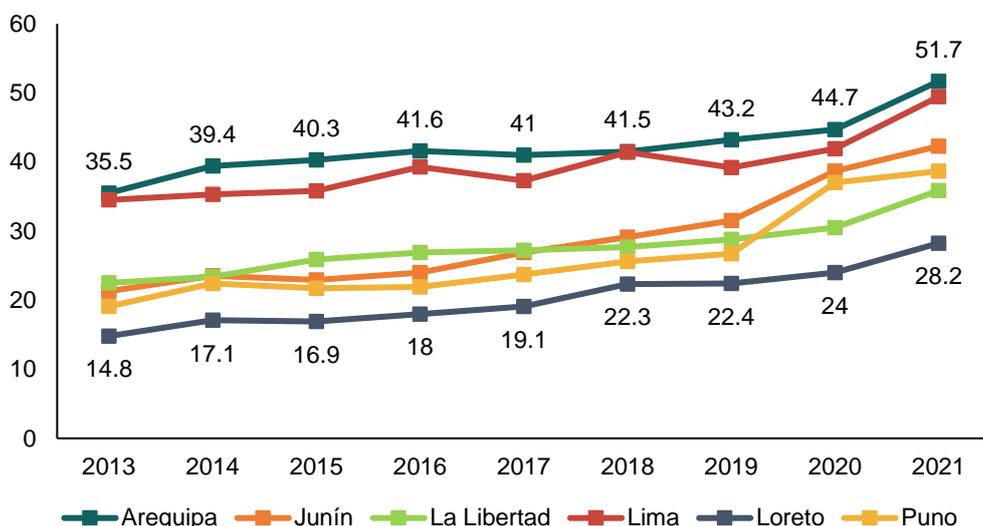
Gráfico N.º 22: Oferta de camas UCI por 100,000 habitantes (2022)



Fuente: Observatorio del Bicentenario (2022c)
Elaboración propia

La inequidad territorial persiste a lo largo del tiempo en las regiones focalizadas, dadas las diferencias significativas en la cantidad de personal de salud que atiende a las necesidades de su población. Nuevamente, Loreto es la región que ocupa la menor posición respecto a los demás departamentos mencionados.

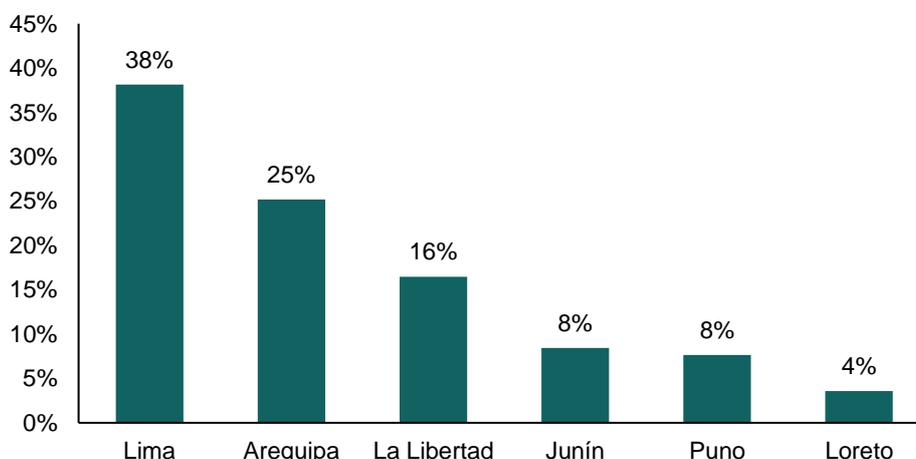
Gráfico N.º 23: Densidad de RHUS por cada 10,000 habitantes (2013-2021)



Fuente: Minsa (2021b), Minsa (Minsa, 2022b)
Elaboración propia

Otro indicador importante es el avance con respecto a la implementación de HCE, según el cual 38% de las IPRESS del primer nivel en Lima cuentan con este sistema de información. Esto contrasta de manera significativa con Loreto, que alcanza solo 4% de IPRESS del primer nivel con HCE implementada.

Gráfico N.º 24: Porcentaje de establecimientos del primer nivel implementados con HCE (2021)

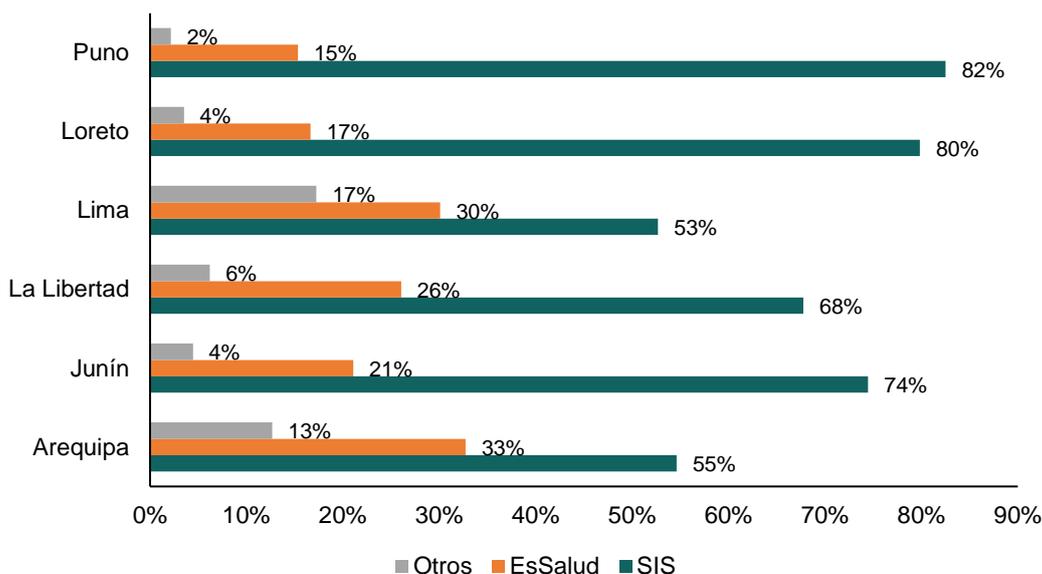


Fuente: Observatorio del Bicentenario (2022d)
Elaboración propia

Financiamiento

En todos los departamentos identificados predomina la afiliación al SIS. En particular, los asegurados a esta IAFAS en las regiones de Puno y Loreto representan 82% y 80%, respectivamente. Esto ocurre por las condiciones sociales y económicas de estas poblaciones, dedicadas en buena parte a actividades primarias como la agricultura, y por la persistencia de la informalidad en sus cascos urbanos.

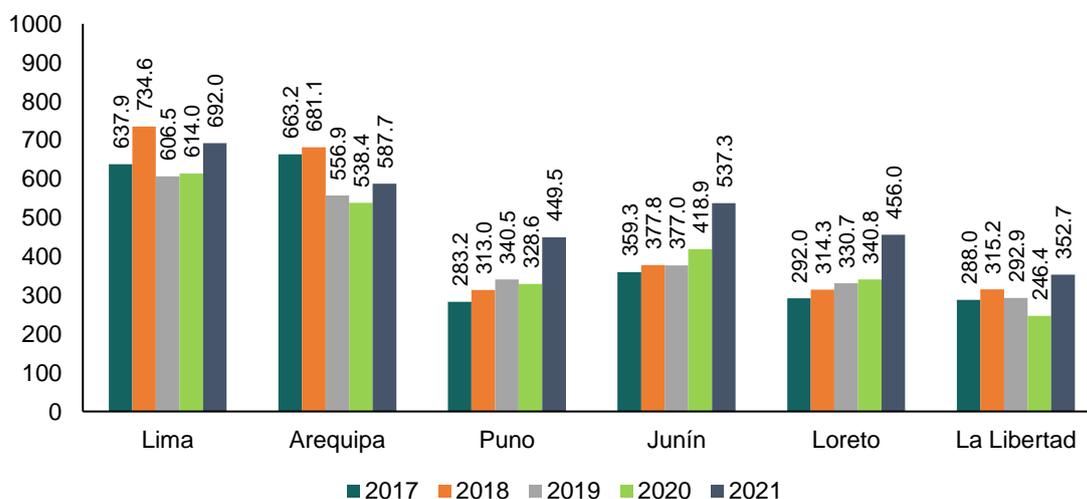
Gráfico N.º 25: Porcentaje de asegurados según IAFAS (2021)



Fuente: SuSalud (2022d)
Elaboración propia

Hacia 2021, en regiones como Puno, Junín, Loreto y La Libertad se aprecia una tendencia creciente en el gasto público corriente en salud por afiliado al SIS. En Lima y Arequipa se observa un estancamiento en los últimos años.

Gráfico N.º 26: Gasto público corriente en salud por afiliado al SIS (2017-2021)



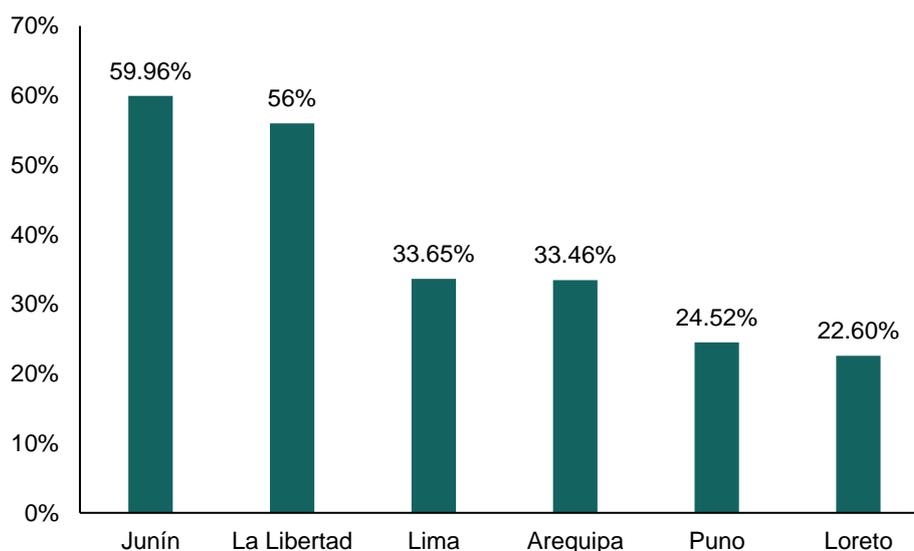
El gasto público corriente se calculó tomando en cuenta los recursos devengados de la división funcional salud individual para cada Gobierno regional y pliegos en el caso de Lima. Se tomó en cuenta las genéricas de gasto: personal y obligaciones, pensiones y otras prestaciones sociales, bienes y servicios y otros gastos.

Fuente: MEF (2021), SuSalud (2022d)
Elaboración propia

Abastecimiento

A mayo de 2022, gran parte de las regiones, como se muestra en el subgrupo de regiones priorizadas, presenta un nivel de IPRESS con más del 80% de disponibilidad de medicamentos esenciales (DME) por debajo del 50%. Regiones como Loreto cuentan con un DME mucho más bajo: 22.6%. Esto se muestra en el siguiente gráfico.

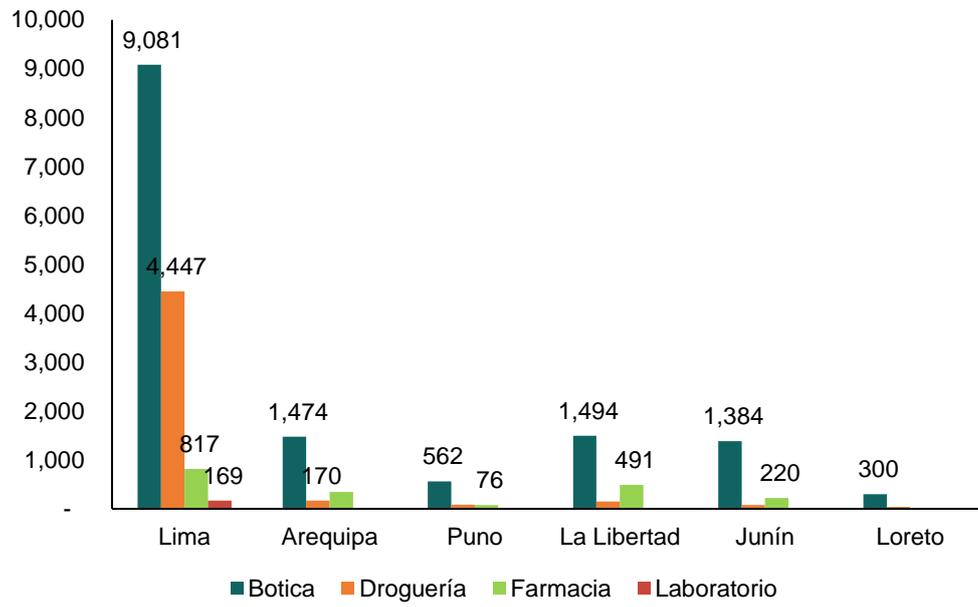
Gráfico N.º 27: Porcentaje de IPRESS que cuentan con más del 80% de DME (a mayo 2022)



Fuente: Sismed (2022)
Elaboración propia

En el caso de la oferta privada de medicamentos, tales como boticas, droguerías, farmacias y laboratorios, según reporte de DIGEMID, se aprecia que una gran proporción está en Lima. Además, en todas las regiones priorizadas, con relación al mercado *retail*, existe una proporción mucho mayor de boticas que de farmacias.

Gráfico N.º 28: Distribución de boticas, droguerías, farmacias y laboratorios (2022)



Fuente: Dlgemid (2022)
Elaboración propia

Anexo N.º 2: Información sobre Chile y Colombia en torno a los procesos del sistema de salud

Cuadro N.º 7: Matriz de *benchmark* en la región

	Chile	Colombia
Rectoría	<ul style="list-style-type: none"> - MINSAL ejerce la conducción del sector salud en su conjunto estableciendo las políticas, los planes y las normas de acuerdo con las directivas del Gobierno y siguiendo las reglas del Código Sanitario. - La Superintendencia de Salud de Chile mantiene las funciones referidas a: (i) la supervisión de la provisión del servicio, (ii) la categorización y/o acreditación de las Isapress, y (iii) la potestad sancionadora. - Cada municipalidad tiene un Departamento de Salud adscrito a la autoridad municipal e independiente de las otras municipalidades, pero bajo supervisión técnica del MINSAL. La mayoría de los establecimientos de atención de primer nivel dependen de los municipios, mientras que los hospitales de segundo y tercer nivel se encuentran bajo la supervisión del SNSS. - El ISP es la institución de referencia para cuestiones de salud pública y se encarga de supervisar los laboratorios públicos y todo lo relacionado con la autorización, control de calidad e importación de medicamentos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Minsalud tiene la rectoría del SGSSS y define las directrices para la realización de las actividades de vigilancia y control por parte de los entes nacionales y territoriales. - La Superintendencia Nacional de Salud está legalmente facultada para realizar actividades de inspección, vigilancia y control en prácticamente todos los niveles del funcionamiento de los diversos actores que participan en el sector salud a fin de garantizar la operatividad del SGSSS. - Los distritos y municipios cuentan con sus propias direcciones locales de salud, son responsables de hacer el diagnóstico de la situación de salud de la población y se encargan de la vigilancia del sistema de salud pública en sus respectivas jurisdicciones. - El INS y el INVIMA tienen a su cargo la vigilancia, regulación, inspección y el control de medicamentos.

	Chile	Colombia
Prestación	<ul style="list-style-type: none"> - El SNSS adhiere al MAIS, que comienza a implementarse en Chile en el contexto de la Reforma de Salud de 2005. - La implementación del MAIS se lleva a cabo a través de las RISS, que se desarrolla desde 2014. - Esto supone organizar a los distintos establecimientos que integran la red para superar la fragmentación que se produce por la especialización y parcelación de los establecimientos y niveles de atención. Esta estrategia interpela el enfoque hospitalo-céntrico y propone un cambio en la gestión. 	<ul style="list-style-type: none"> - Marco del MIAS. - Elaboración e implementación de las RIAS. - Esto se basa en el modelo británico el cual ofrece un proceso sistemático para esquematizar las actividades que garanticen la accesibilidad, la evaluación, la planificación y la prestación de servicios de salud.
Financiamiento	<ul style="list-style-type: none"> - Toda persona puede acceder a alguno de los seguros, pero la orientación del seguro público (Fonasa) es colectiva e independiente de los riesgos de salud que pueda presentar una persona, mientras que los seguros privados (Isapres) funcionan en base a planes que se tarifican en base a los riesgos o preexistencias. 	<ul style="list-style-type: none"> - Los servicios de salud se financian con contribuciones de los trabajadores asalariados e independientes afiliados a las EPS, con contribuciones del Gobierno y con contribuciones de los empleadores. Todas estas contribuciones se reúnen en el FOSYGA, el cual las redistribuye a las entidades promotoras de salud según la cantidad de afiliados que tienen en cada uno de los dos regímenes, contributivo o subsidiado.
Abastecimiento	<ul style="list-style-type: none"> - CEBANAST actúa como un intermediario en la compra y distribución de medicamentos, insumos y equipo médico para el SNSS. Funciona como regulador del mercado al conseguir precios más bajos dado el volumen de compras que maneja, aunque los servicios de salud y hospitales del sector público son libres de comprar al proveedor que elijan. 	<ul style="list-style-type: none"> - Minsalud, a través de la Dirección de Medicamentos y Tecnologías en Salud, se encarga de la negociación y compra centralizada de medicamentos.

Fuente: Becerril & Reyes (2011); Gattini (2018); Perú Compite (2021); USAID (2007); Guerrero & et al. (2011); Papale & et al. (2018); Minsa (2020); Universidad del Desarrollo (2019), Minsalud (2021); Minsalud (2022)
Elaboración propia

10. Referencias

- Acuerdo Nacional. (22 de octubre de 2015). *Los objetivos de la reforma de salud*. Recuperado el 6 de Setiembre de 2020, de <https://acuerdonacional.pe/2015/10/los-objetivos-de-la-reforma-de-salud/>
- Arrieta, A., Seinfeld, J., Prieto, L., Tuesta, D., & Jaramillo, M. (2017). *Propuestas de reformas en el sistema de pensiones, financiamiento en la salud y seguro de desempleo*. Lima: Comisión de Protección Social.
- Banco Mundial. (2019). *Proyecto Creación de Redes Integradas de Salud beneficiará a 20.3 millones de peruanos*. Recuperado el 11 de Junio de 2022, de <https://www.bancomundial.org/es/news/press-release/2019/01/31/proyecto-creacion-de-redes-integradas-de-salud-beneficiara-a-203-millones-de-peruanos#:~:text=%2D%20El%20Directorio%20Ejecutivo%20del%20Banco,o%20seguro%20privado%20de%20salud.>
- Banco Mundial. (2019). *World Bank Open Data*. Recuperado el 2022, de <https://data.worldbank.org/>
- Becerril-Montekio, V., & Reyes, J. (2011). Sistema de salud de Chile. *Salud Pública de México*.
- Benedetti, M. (2016). *Análisis de las barreras para la unificación de una Historia Clínica Electrónica -HCE- en Colombia*.
- Cañizares, R. (2017). Evolución del sistema de salud de Perú: buenas prácticas y desafíos en su construcción. Década 2005-2014. *Anales de la Facultad de Medicina*, 445-451.
- Congreso de la República de Colombia. (2020). *Ley 2015 del 2020*.
- Consejo Privado de la Competitividad. (2021). *Informe de Competitividad 2021*. Lima.
- DIGEMID. (2022). *Dirección General de Medicamentos Insumos y Drogas*. Recuperado el 8 de octubre de 2020, de <http://www.digemid.minsa.gob.pe/Main.asp?Seccion=39>
- DIGEMID. (2022). *Estudios e Investigación de Acceso y Uso*. Obtenido de <https://repositorio.digemid.minsa.gob.pe/handle/DIGEMID/189>
- DIGESA. (2022). *Dirección General de Salud Ambiental e Inocuidad Alimentaria*. Recuperado el 8 de octubre de 2020, de <http://www.digesa.minsa.gob.pe/institucional1/institucional.asp>

- ENSUSALUD. (2016). *Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios en Salud*. Obtenido de http://portal.susalud.gob.pe/wp-content/uploads/archivo/encuesta-sat-nac/2016/INFORME_FINAL_ENSUSALUD_2016.pdf
- EsSalud. (2022). *Reglamento de Organización y Funciones del Seguro Social de Salud*. Lima: EsSalud.
- Gattini, C. (2018). El sistema de salud en Chile. *OCHISAP*.
- Gianella, C. (2020). *Fortalecer el sistema de salud público para la equidad en salud: una necesidad impostergable*. Lima: PUCP, HSS.
- Gobierno de Chile. (2018). *Informe de implementación estrategia de redes integradas de servicios de salud (RISS) en el sistema público de salud 2014-2017*. Santiago: Ministerio de Salud.
- Gobierno de Chile. (2019). *Orientaciones para la planificación y programación en red 2019*. Santiago.
- Guerrero, R., Gallego, A., Becerril, V., & Vasquez, J. (2011). *Sistema de salud de Colombia*.
- Hidalgo-Salas, D., Ortiz-Perez, C., Lobaton-Flores, J., Huamani-Ñahuinlla, P., & Mezones-Holguin, E. (2016). Mecanismos alternativos para la solución de controversias en el contexto de los derechos en salud: Experiencia peruana desde el centro de conciliación y arbitraje de la superintendencia nacional de salud. *Revista peruana de medicina experimental y salud pública*, 567-573.
- INEI. (2022). Obtenido de <https://www.inei.gob.pe/bases-de-datos/>
- MEF. (2021). *Consulta amigable*. Recuperado el 2022, de <https://apps5.mineco.gob.pe/transparencia/Navegador/default.aspx>
- Minsa. (2020). *Documento Técnico: Modelo de Cuidado Integral de Salud por Curso de Vida para la Persona, Familia y Comunidad (MCI)*.
- Minsa. (2020). *Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030*. Obtenido de <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1272348/Pol%C3%ADtica%20Nacional%20Multisectorial%20de%20Salud%20al%202030.pdf>
- Minsa. (2021a). *Hitos del Quinquenio 2016-2021*. Lima.
- Minsa. (2021b). *Compendio estadístico: Información de Recursos Humanos del Sector Salud Perú 2013 - 2020*.

- Minsa. (2022a). *Diagnóstico de Brechas de Infraestructura y Equipamiento del Sector Salud*. Obtenido de <https://www.minsa.gob.pe/Recursos/OTRANS/08Proyectos/2022/diagnostico-brechas-infraestructura-sector-salud-2022.pdf>
- Minsa. (2022a). *Dirección General de Personal de la Salud*. Recuperado el 11 de Junio de 2022, de <https://www.gob.pe/21126-ministerio-de-salud-direccion-general-de-personal-de-la-salud>
- Minsa. (2022a). *Dirección General de Telesalud, Referencia y Urgencias*. Obtenido de <https://www.minsa.gob.pe/reunis/data/tablero-digtel.asp>
- Minsa. (2022b). *Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas*. Obtenido de Capacidad instalada en servicios de farmacia de IPRES y almacenes de UGIPRESS del Minsa y Gobiernos Regionales: <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiYzg3NmZDAtZjEyYy00ODZILTkxMDQtZDRkODBhZmZkODQyIiwidCI6IjExMzgxOTYwLWVvYWMtNGRkNC1hZTQ0LWVViZGRmNGE3OTVjYyJ9&pageName=ReportSection26e5329e6074b4a413a9>
- Minsa. (2022b). *Información de Recursos Humanos en el sector Salud*.
- Minsa. (2022b). *Oficina General de Gestión de Recursos Humanos del sector Salud*. Recuperado el 11 de Junio de 2022, de <https://www.gob.pe/21189-ministerio-de-salud-oficina-general-de-gestion-de-recursos-humanos-del-sector-salud>
- Minsalud. (2021). *Colombia avanza en abastecimiento de medicamentos*. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Colombia-avanza-en-abastecimiento-de-medicamentos-.aspx>
- Minsalud. (2022). *Negociación y compra centralizada de medicamentos*. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/salud/MT/Paginas/negociacion-y-compra-centralizada-de-medicamentos.aspx>
- Observatorio del Bicentenario. (2022a). *Establecimientos de salud que funcionan al menos 12 horas*. Lima: Minsa.
- Observatorio del Bicentenario. (2022b). *Médicos en el sector público (MINSA - GORE)*. Lima: Minsa.
- Observatorio del Bicentenario. (2022c). *Oferta de camas hospitalarias y Oferta de camas UCI*. Lima: Minsa.
- Observatorio del Bicentenario. (2022d). *Evolución de la Historia Clínica Electrónica*. Lima: Minsa.

- OCDE. (2017). *Reviews of Health Systems: Peru 2017*. Paris: OECD Publishing.
- OMS. (2010). *Estudio sobre la salud en el mundo*. OMS.
- OPS. (2015). *Planificación y Gestión en Recursos Humanos en Salud en los Países Andinos*. Obtenido de <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3592.pdf>
- Padilla, P. (2018). *Sistematización de la reforma de los sistemas de información en salud del Ministerio de Salud del Perú (MINSA) en el período 2016-2017*. Obtenido de <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/341085/WHO-HIS-HSR-17.32-eng.pdf?sequence=1>
- Papale, R., Schiaffino, S., & Garcia, M. (2018). *Manual de buenas prácticas de Latinoamérica*.
- Perú Compite. (2021). *Informe de competitividad*.
- REDES y Videnza. (2020a). *Marco general del sistema de salud*. Lima: REDES.
- REDES y Videnza. (2020b). *Financiamiento en el sector salud*. Lima.
- Robles - Guerrero, L. (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), 43-48.
- Robles - Guerrero, L. (2017). Una década de experiencia en el ejercicio de la función de regulación de la Autoridad Nacional de Salud: Perú 2006 – 2015. *Horizonte Médico (Lima)*, 17(2), 59-70.
- Seinfeld, J. (2021). Salud desde la prevención y cuidados médicos cercanos. En *Propuestas del Bicentenario. Rutas para un país en desarrollo* (págs. 167-196). Lima: Penguin Random House.
- Sismed. (2022). *Sismed*. Obtenido de Número de IPRESS según rangos de DME: <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoie3MWNmMTMtYTJmMi00N2ZILTgxYjUtMzZiM2FmYWU0ODdjliwidCI6IjExMzgxOTYwLWVvYWMtNGRkNC1hZTQ0LWVvZGRmNGE3OTVjYyJ9>
- SuSalud. (2022a). *Plataforma digital única del Estado Peruano*. Recuperado el 8 de Octubre de 2020, de <https://www.gob.pe/4104-superintendencia-nacional-de-salud-que-hacemos>
- SuSalud. (2022b). *Registro Nominal de Asegurados. Boletín del 30 de mayo de 2022*. Lima.

- SuSalud. (2022c). *Registro Nacional de IPRESS - RENIPRESS*. Obtenido de Datos abiertos de SuSalud: <http://datos.susalud.gob.pe/dataset/registro-nacional-de-ipress-renipress>
- SuSalud. (2022d). *Consulta Afiliacion*. Obtenido de Datos abiertos de SuSalud: <http://datos.susalud.gob.pe/dataset/consulta-afiliacion>
- Universidad del Desarrollo. (2019). *Estructura y funcionamiento del Sistema de Salud Chileno*.
- USAID. (2007). *La función rectora de autoridad sanitaria nacional en acción: lecciones aprendidas de conducción y regulación*.
- Videnza Instituto. (2022). *Historia Clínica Electrónica*. Obtenido de Propuestas del Bicentenario: <https://propuestasdelbicentenario.pe/observatorio/#/salud/325>
- Vignolo, J., Vacarezza, M., Álvarez, C., & Sosa, A. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Arch Med Interna*, XXXIII(1), 11-14.