



Situación actual del sistema de salud peruano

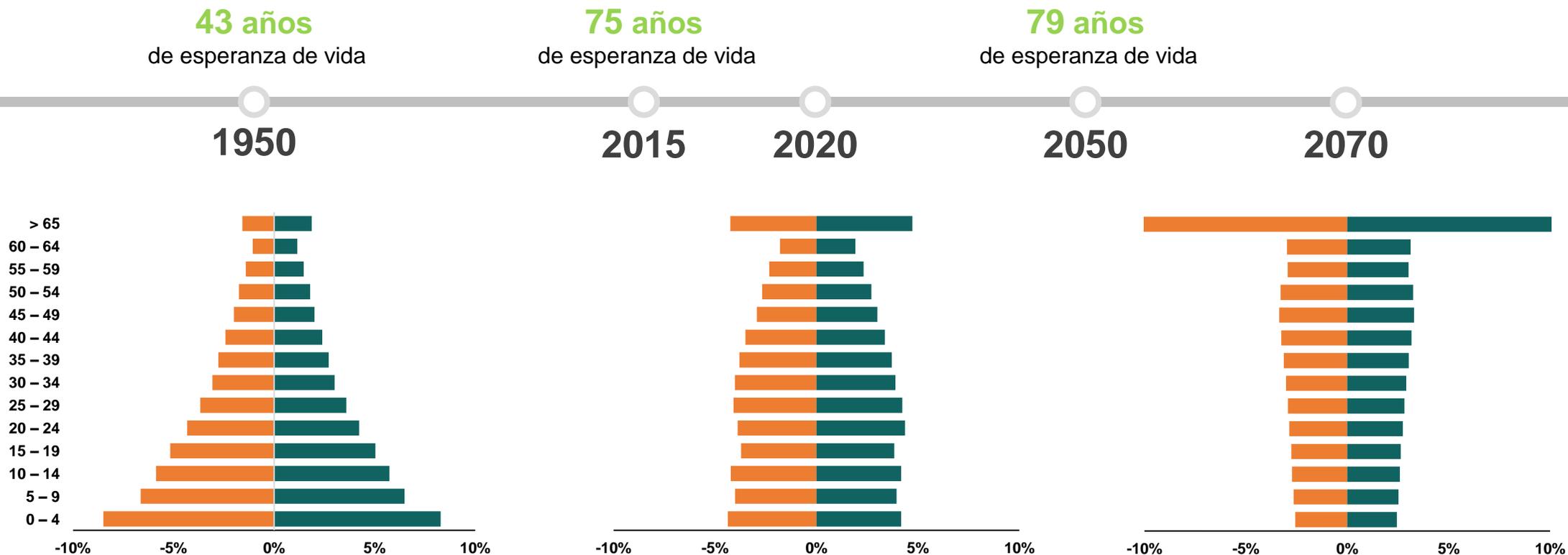
Lima, Agosto 2024

Contexto



Disminución de la fecundidad y aumento de la esperanza de vida

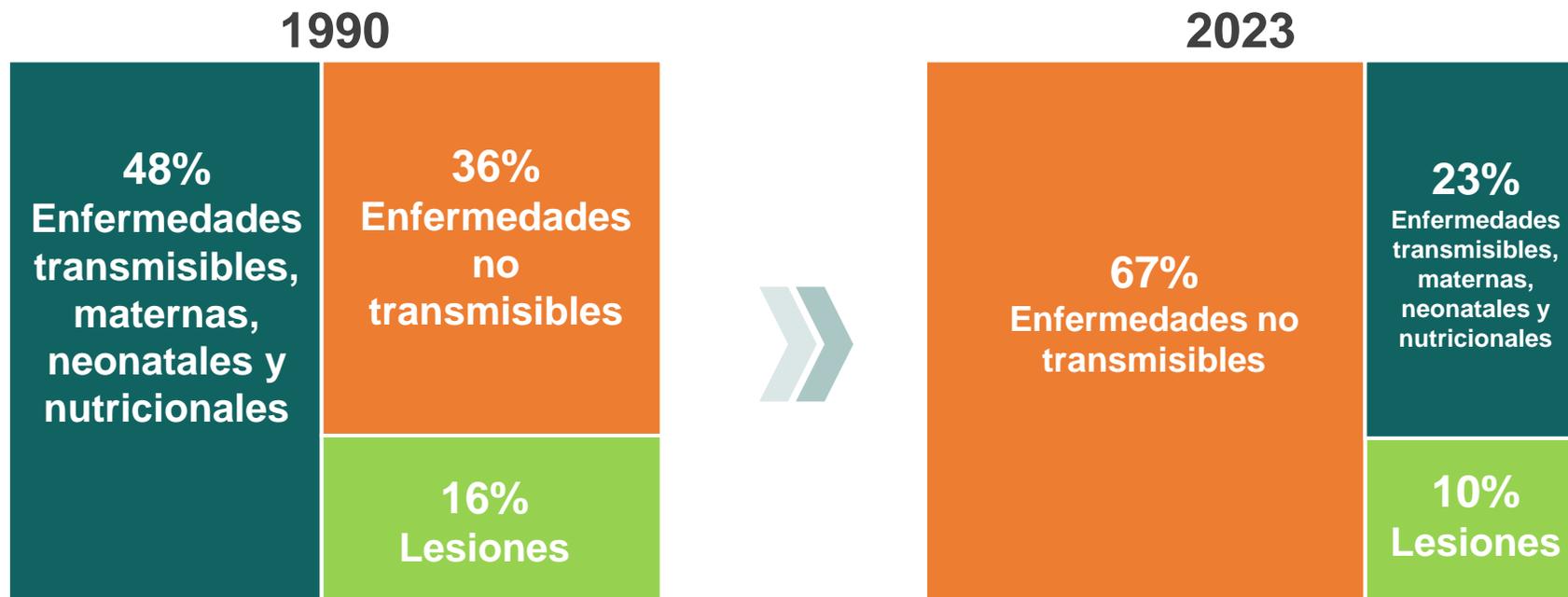
Se prevén cambios en la **pirámide poblacional** y **esperanza de vida al nacer**



“La estructura poblacional evidencia un incremento progresivo de la población adulta y adulta mayor, así como una reducción de los grupos más jóvenes (**envejecimiento poblacional**) que se explica por los efectos de la transición demográfica” - Conclusiones ASIS MINSA.

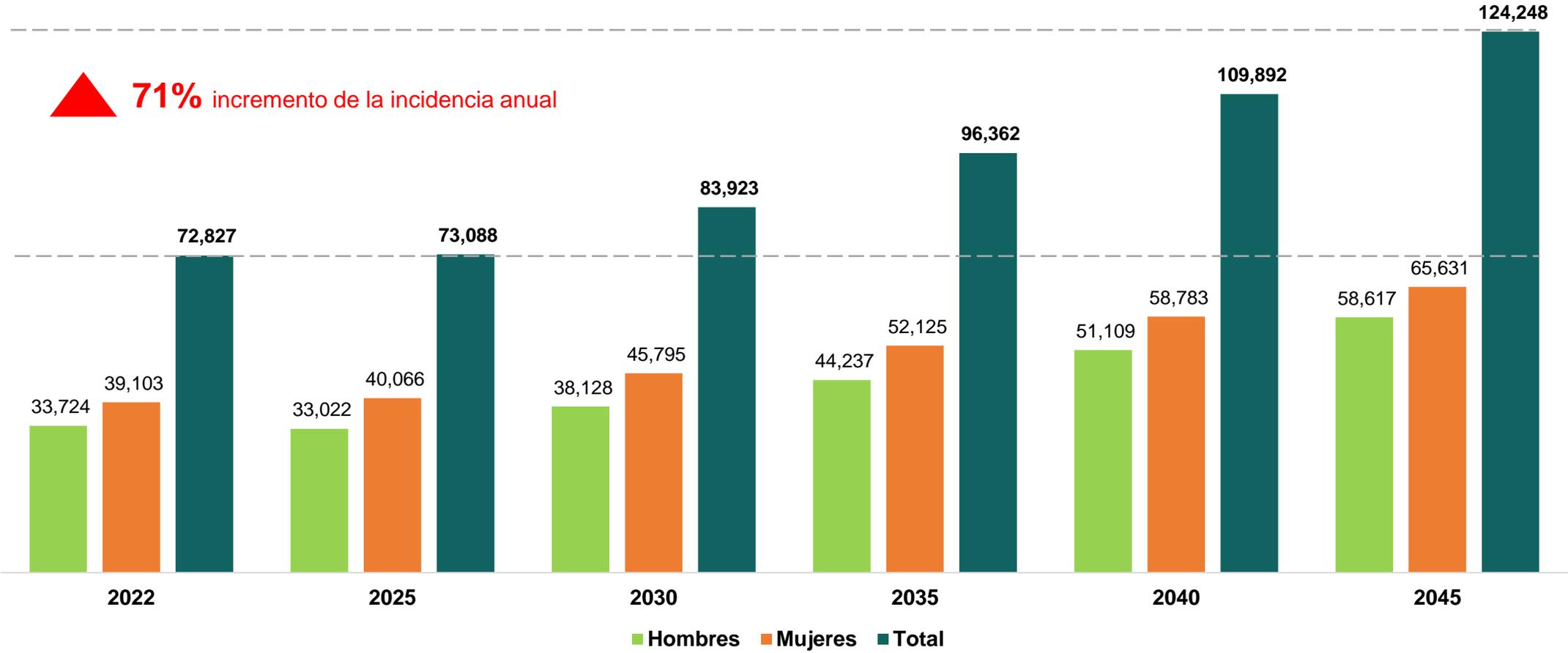
Mayor prevalencia de enfermedades no transmisibles

La carga de enfermedad en el país es **crónica**



Las enfermedades no transmisibles o crónicas son afecciones de larga duración que, por lo general, evolucionan lentamente y no se transmiten de persona a persona. Su principal causa son los factores genéticos, sin embargo, pueden afectar a toda persona debido a sus estilos de vida poco saludables, inactividad física y mala alimentación. Algunos ejemplos de estas enfermedades son hipertensión arterial, diabetes, sobrepeso, cáncer, entre otros.

La incidencia de cáncer en el Perú viene aumentando. Para el 2045, se habrá incrementado en más del 70%



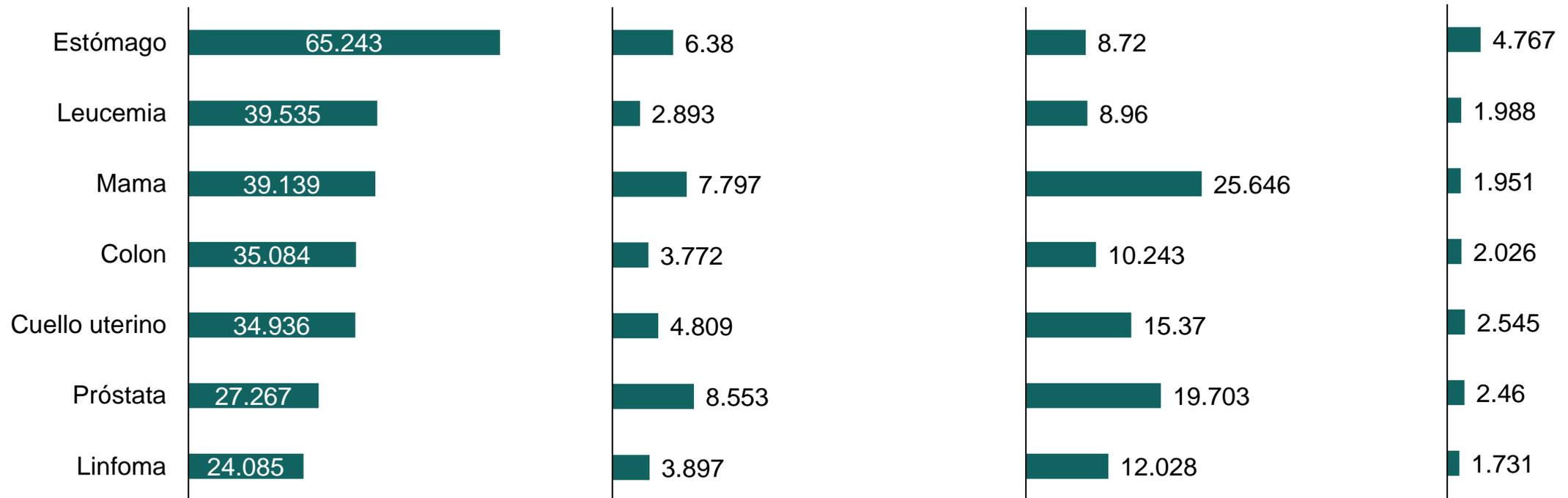
Sin embargo, algunas tienen un importante componente preventivo como el cáncer de estómago y cuello uterino

Enfermedad de alto costo
(en miles por avisa^{1/})

Incidencia
(en miles)

Prevalencia^{2/}
(en miles)

Mortalidad
(en miles)



1/ Años de vida saludable perdidos, conformado por el número de años de vida perdidos por muerte prematura (AVP) y los años de vida vividos con discapacidad (AVD)

2/ Prevalencia de cáncer para 5 años.

La incidencia de la diabetes también viene aumentando y, sin embargo, el acceso a tratamientos no ha mejorado

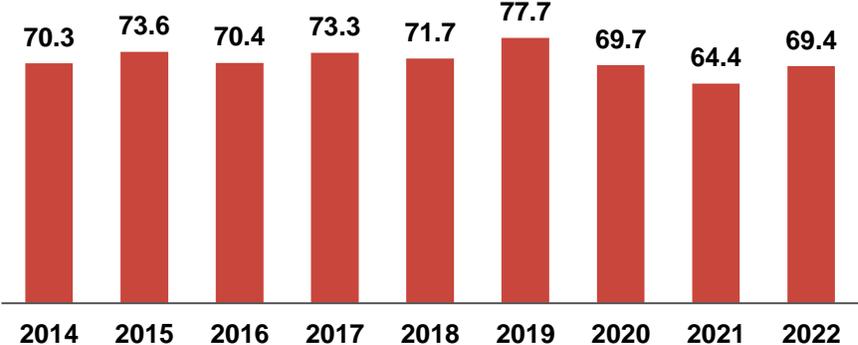
Diabetes mellitus

Porcentaje de personas de 15 y más años de edad que reportan tener diabetes mellitus diagnosticada por un profesional de salud



3 de cada 10 personas con diabetes mellitus diagnosticadas, no recibieron tratamiento en los últimos 12 meses

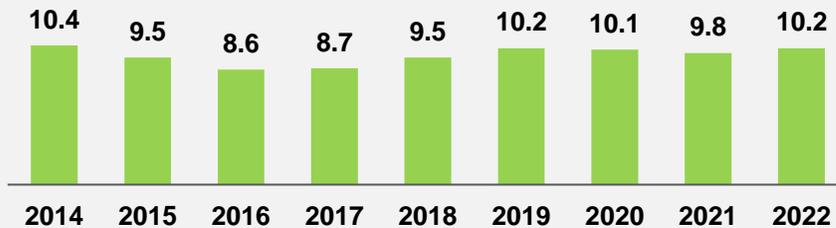
Porcentaje de personas diabéticas que reciben tratamiento



Lo mismo sucede con la hipertensión arterial. La incidencia viene en aumento, pero el acceso a tratamientos es limitado

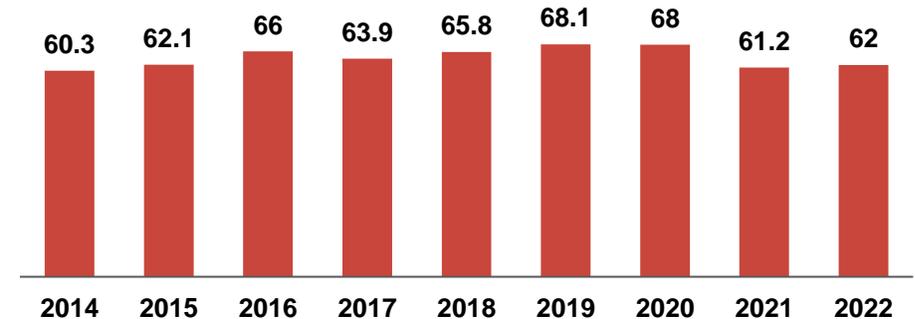
Hipertensión arterial

 **Porcentaje de personas de 15 y más años de edad que reportan tener presión arterial elevada diagnosticada por un profesional de salud**

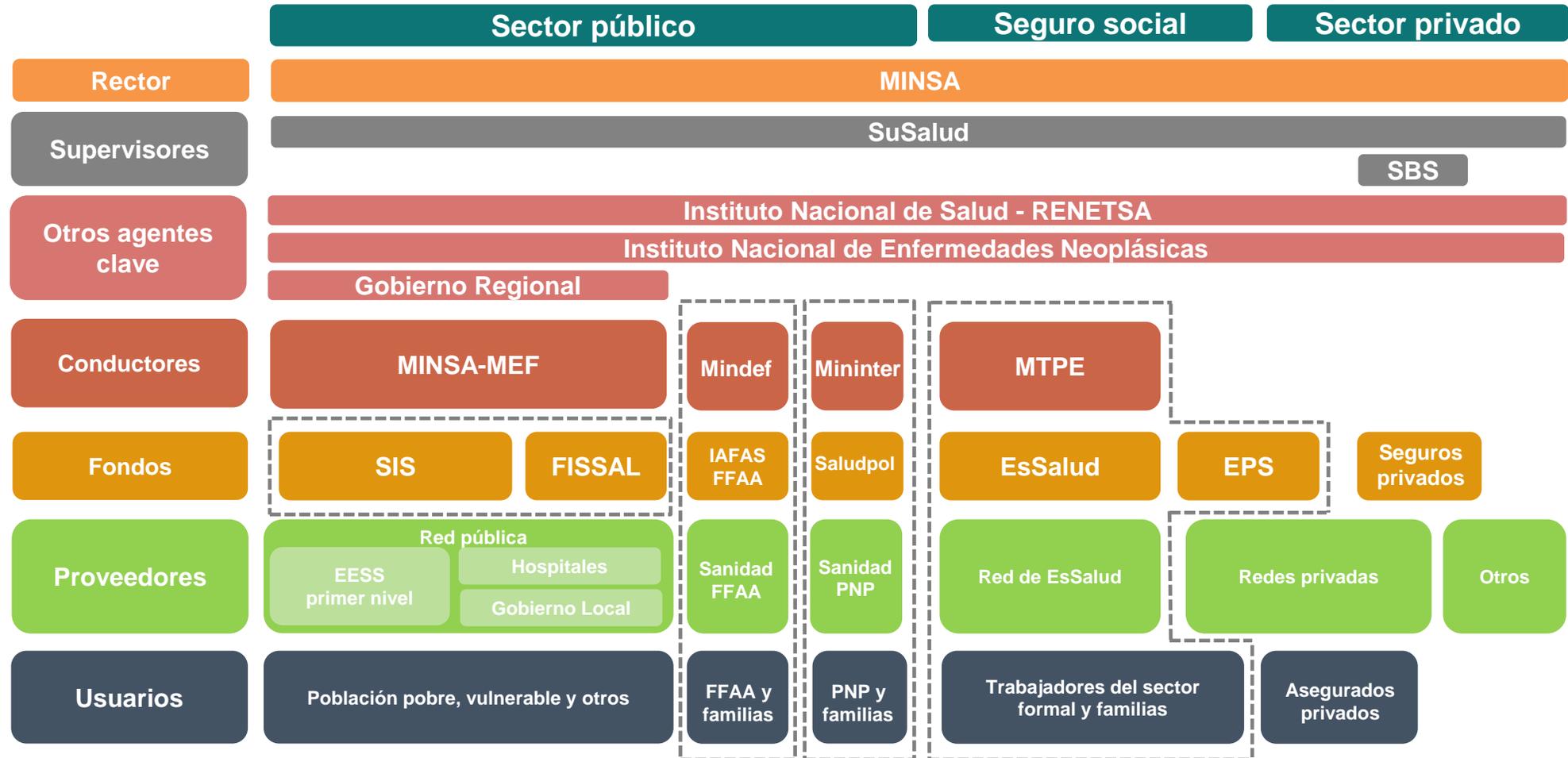


4 de cada 10 personas con hipertensión arterial, no recibieron tratamiento en los últimos 12 meses

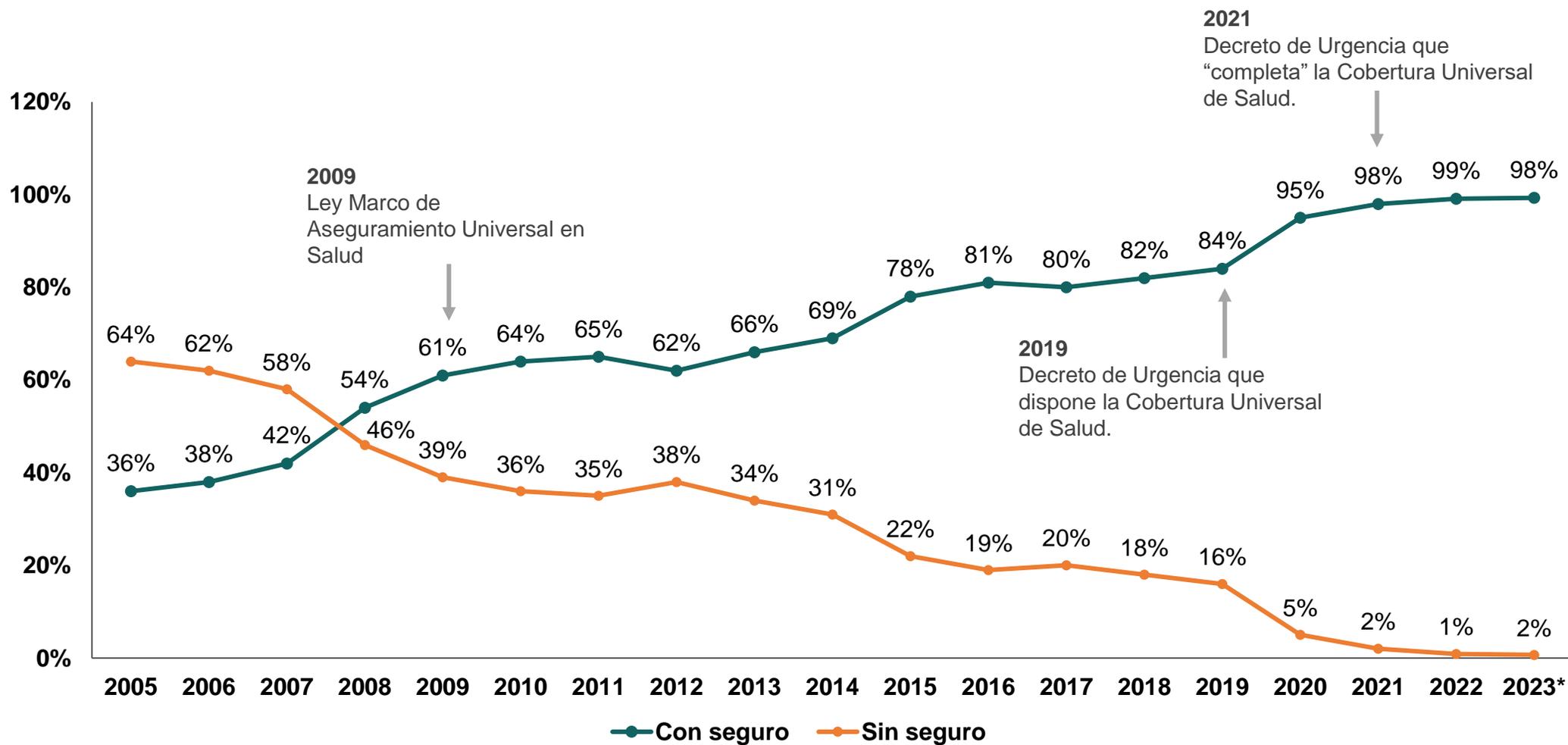
Porcentaje de personas hipertensas que reciben tratamiento



La fragmentación y segmentación del sistema no se ha reducido

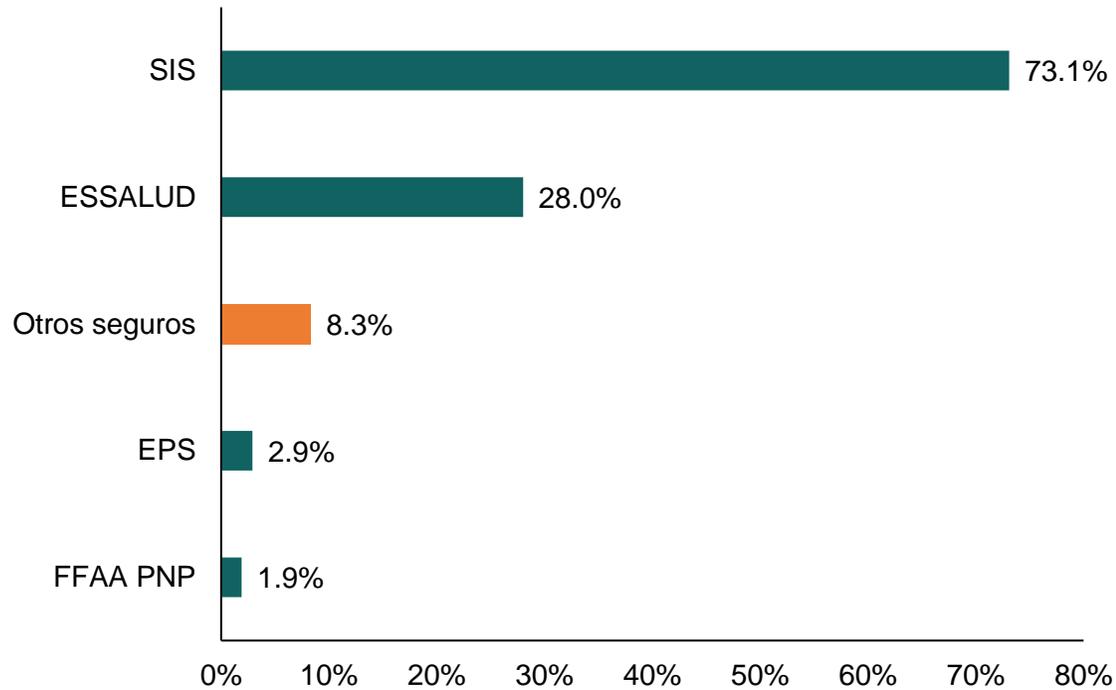


Casi el 100% de los ciudadanos cuenta con un seguro de salud (nominalmente)



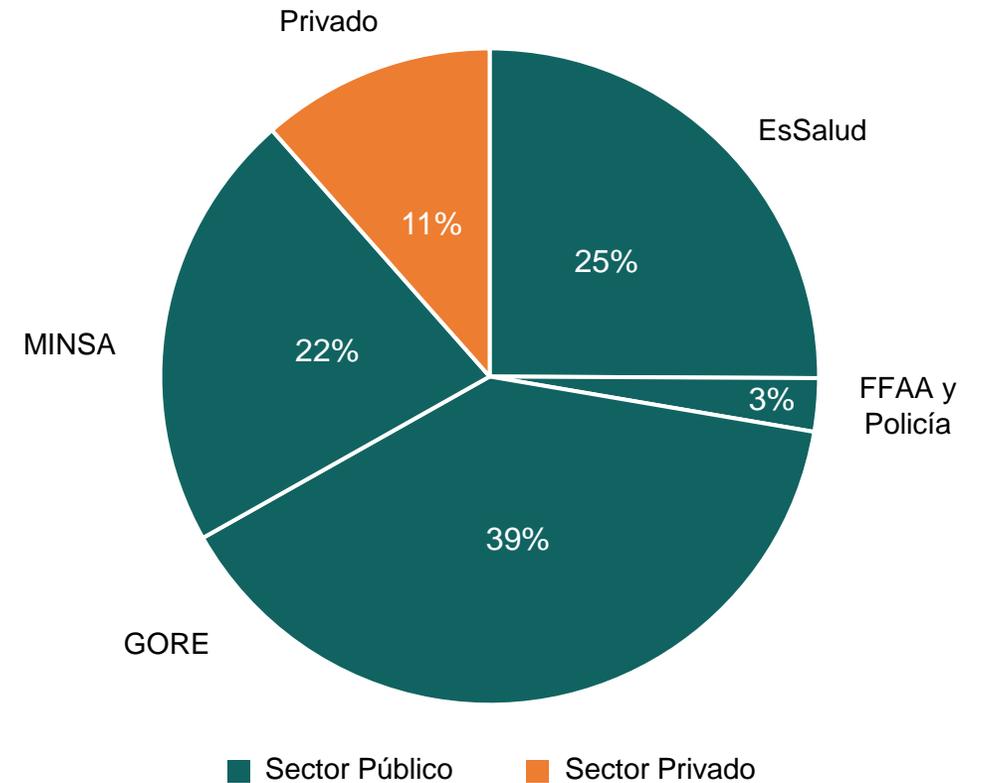
El sector público asegura a la mayoría de los ciudadanos en el Perú

Distribución de asegurados 2024*



*Del total que tiene al menos un seguro de salud

Distribución de camas hospitalarias 2024



Diagnóstico de la situación actual del SNS



Cuatro procesos clave del sistema de salud

Financiamiento

- Recaudación
- Mancomunación
- Compra estratégica de servicios



Prestación

- Prevención y promoción de la salud
- Recuperación y rehabilitación de la salud

Rectoría

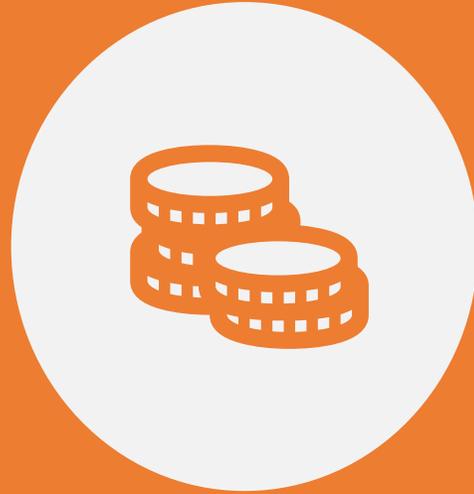
- Conducción sectorial
- Regulación y fiscalización
- Armonización de la provisión de los servicios de salud
- Garantía del aseguramiento en salud.
- Modulación del financiamiento
- Medición de la ejecución de las Funciones Esenciales de Salud Pública

Abastecimiento

- Programación, adquisición, almacenamiento, distribución y uso de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios.
- Gestión de información, financiamiento, supervisión, monitoreo, evaluación y asistencia técnica del sistema de suministro



Rectoría



Financiamiento



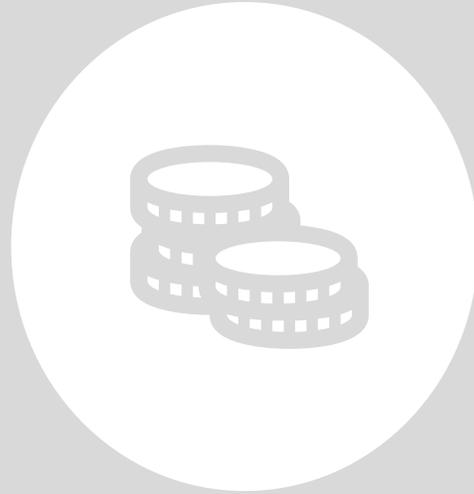
Prestación



Abastecimiento



Rectoría



Financiamiento



Prestación



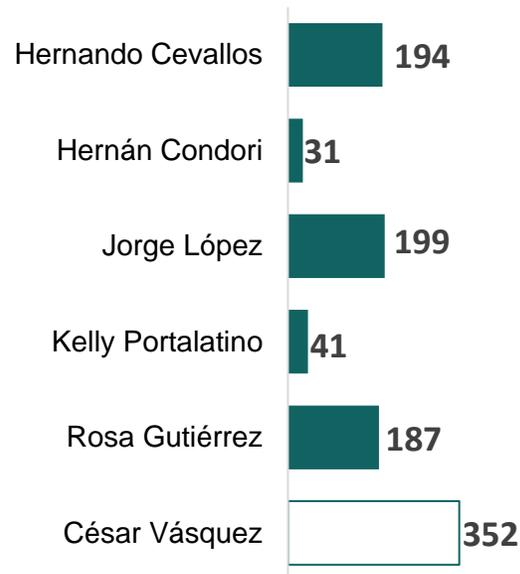
Abastecimiento

Rectoría debilitada por alta rotación funcionarios

Ministros Minsa vs Presidente Ejecutivo Essalud

Número de días en el cargo de los ministros de salud

(Gobierno Pedro Castillo – actualidad)

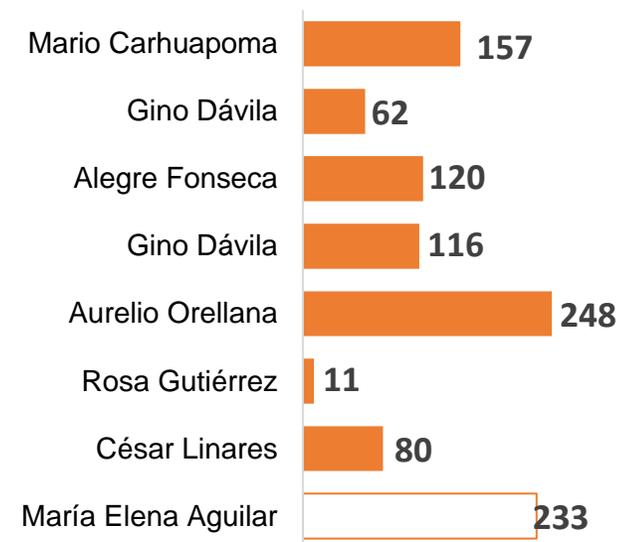



Promedio de gestión de un ministro de salud:
167 días
(5 meses)

*César Vásquez se encuentra en el cargo desde el 19 de junio de 2023.

Número de días en el cargo de los presidentes ejecutivos de Essalud

(Gobierno Pedro Castillo – actualidad)



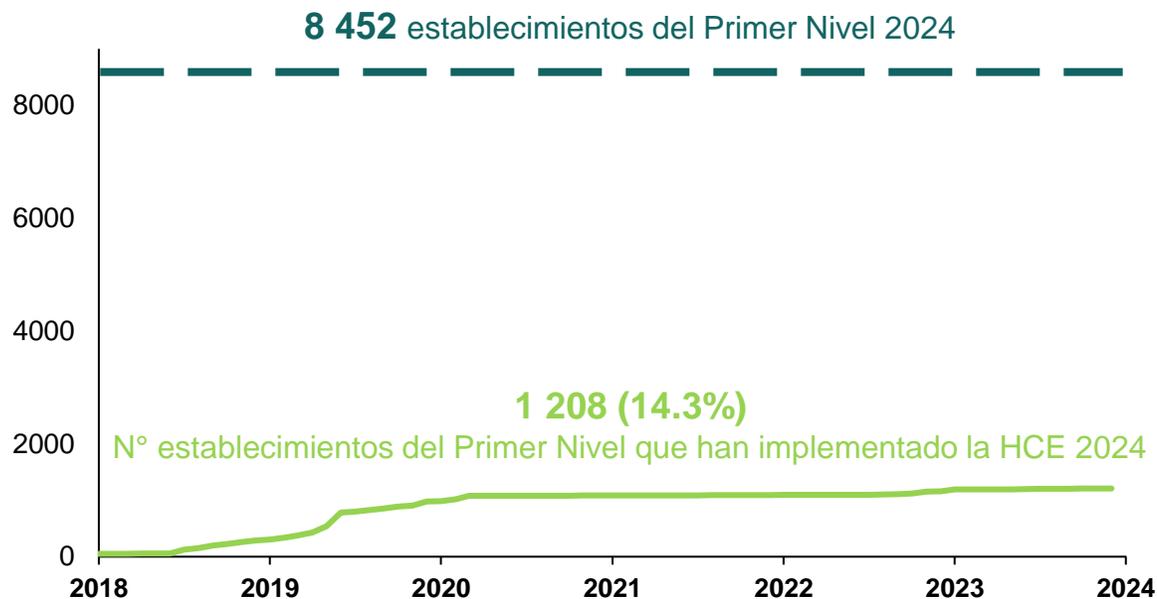

Promedio de gestión de un presidente ejecutivo de Essalud:
128 días
(4 meses)

*María Aguilar se encuentra en el cargo desde el 11 de octubre de 2023.

Nota: Información actualizada al 04 de junio del 2024.

Lenta modernización y articulación territorial de los servicios de salud

Avance en la implementación de la historia clínica electrónica (HCE) en establecimientos públicos de salud

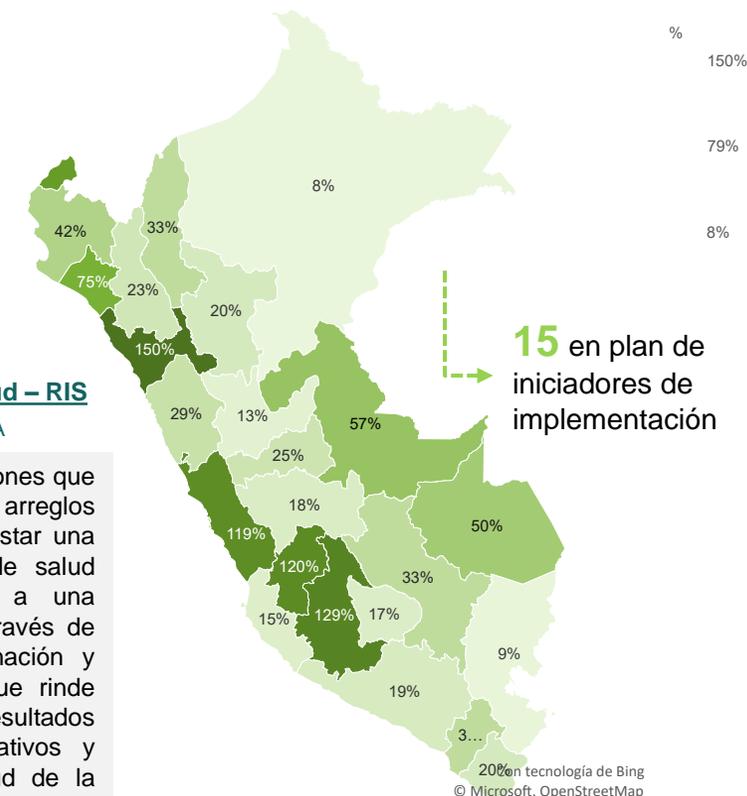


Fuente: REUNIS (2024).

Avance en la conformación de las RIS proyectadas

Red Integrada de Salud – RIS DS N°019-2020-SA

Conjunto de organizaciones que presta, o hace los arreglos institucionales para prestar una cartera de servicios de salud equitativa e integral a una población definida, a través de la articulación, coordinación y complementación, y que rinde cuentas por los resultados sanitarios y administrativos y por el estado de salud de la población a la que sirve.



Fuente: Minsa (2021, 2024).



Rectoría



Financiamiento



Prestación



Abastecimiento



Rectoría



Financiamiento



Prestación



Abastecimiento

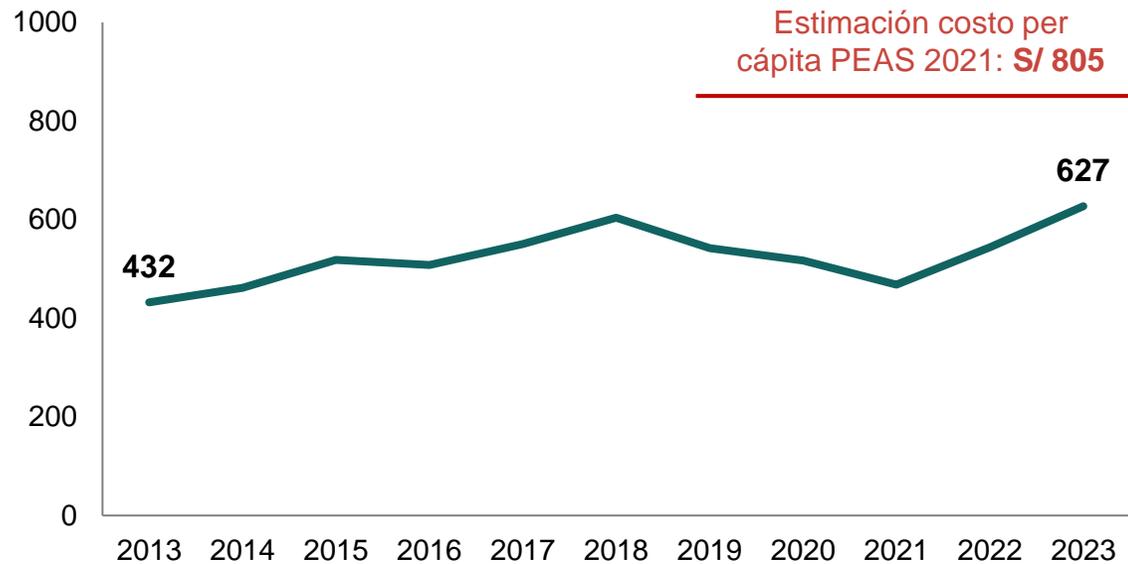
Se actualizó el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud

Aumentó la cobertura prestacional y, en consecuencia, se incrementó la necesidad de cobertura financiera

Contenido	PEAS 2009	PEAS 2021
Agrupamiento de las condiciones asegurables	Por grupo de infecciones: Población sana, obstétricas y ginecológicas, pediátricas, neoplásicas, transmisibles, no transmisibles, agudas	Persona sana y persona con enfermedad
Condiciones asegurables	140	162 (9 persona sana, 153 persona con enfermedad)
Diagnósticos CIE-10	936	1691
Carga de enfermedad	65%	81.3%
Contenido de la matriz de prestaciones	Tipo de intervención, nivel de atención, código CPT, descripción simplificada, cobertura por evento, observaciones	Intervención, prestación, código CPMS, denominación CPMS, sustento técnico, precisiones
Intervenciones	Prevención, diagnóstico, tratamiento, seguimiento (tanto a nivel de recuperación y rehabilitación)	Promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, seguimiento (tanto a nivel de recuperación y rehabilitación)
Procedimientos	535 códigos únicos de procedimientos (códigos CPT)	1384 códigos únicos de procedimientos (códigos CPMS)

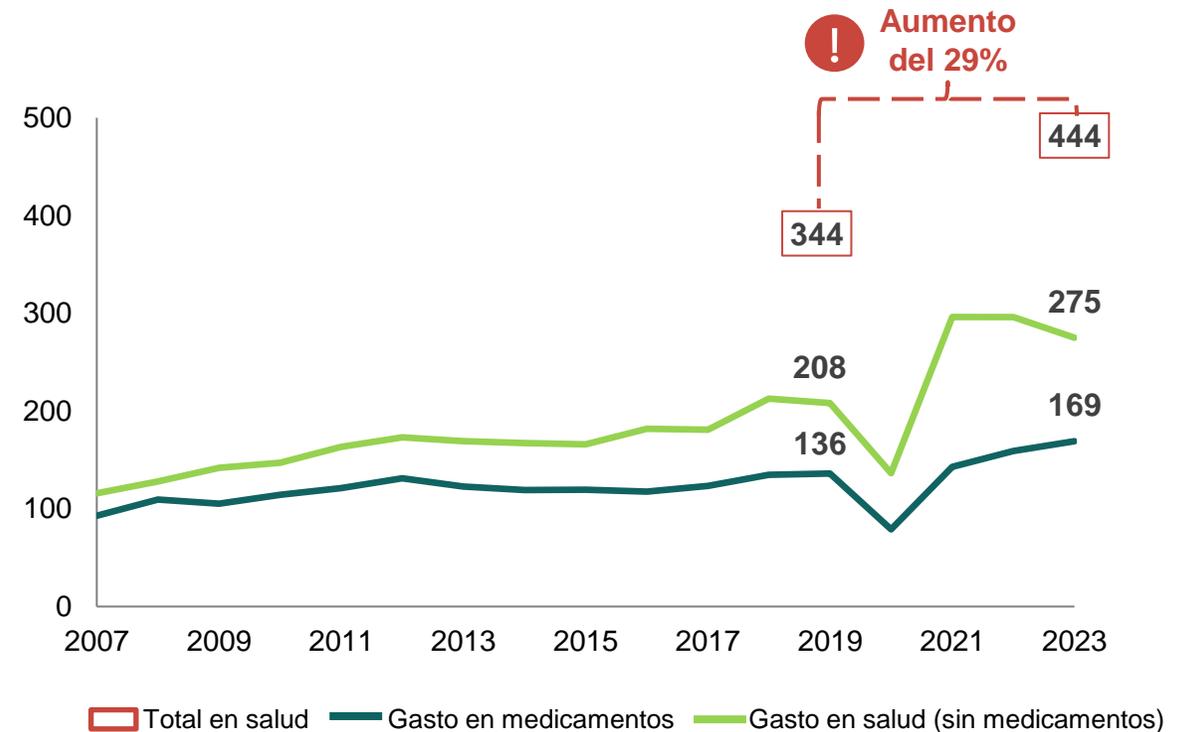
La insuficiente cobertura financiera efectiva del PEAS conlleva a un incremento del gasto de bolsillo

Gasto devengado en el PEAS por asegurado SIS (S/)



Fuente: MEF (2024).

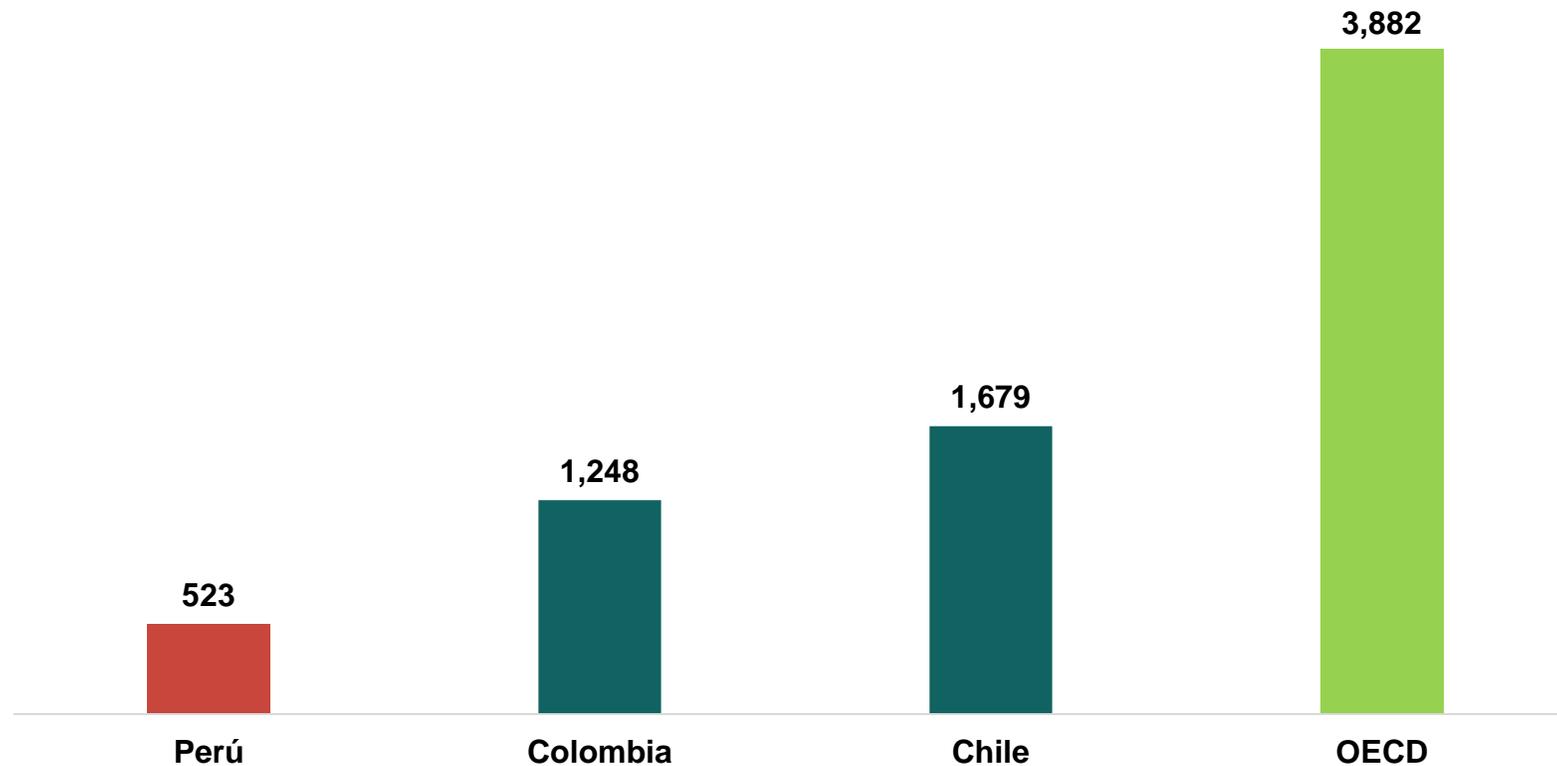
Gasto de bolsillo per cápita (S/)



Fuente: Enaho (2023).

El sector público invierte **poco** en salud en relación con las garantías comprometidas

Gasto público per cápita anual en salud (en USD PP), 2022



El financiamiento público es fraccionado e ineficiente

Asignación del presupuesto función salud 2023 (PIM)

Programas presupuestales (PpR)* (34%)

Asignaciones presupuestarias que no resultan en Productos (52%)

Acciones centrales (14%)



Atenciones de salud

*Actualmente son 14 programas presupuestales.



Rectoría



Financiamiento



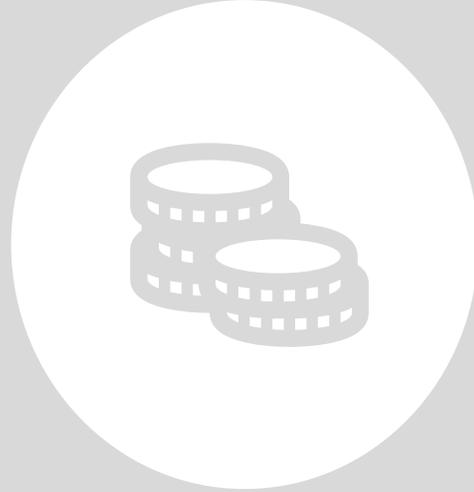
Prestación



Abastecimiento



Rectoría



Financiamiento



Prestación



Abastecimiento

Existe una gran cantidad de establecimientos de salud de baja capacidad resolutiva

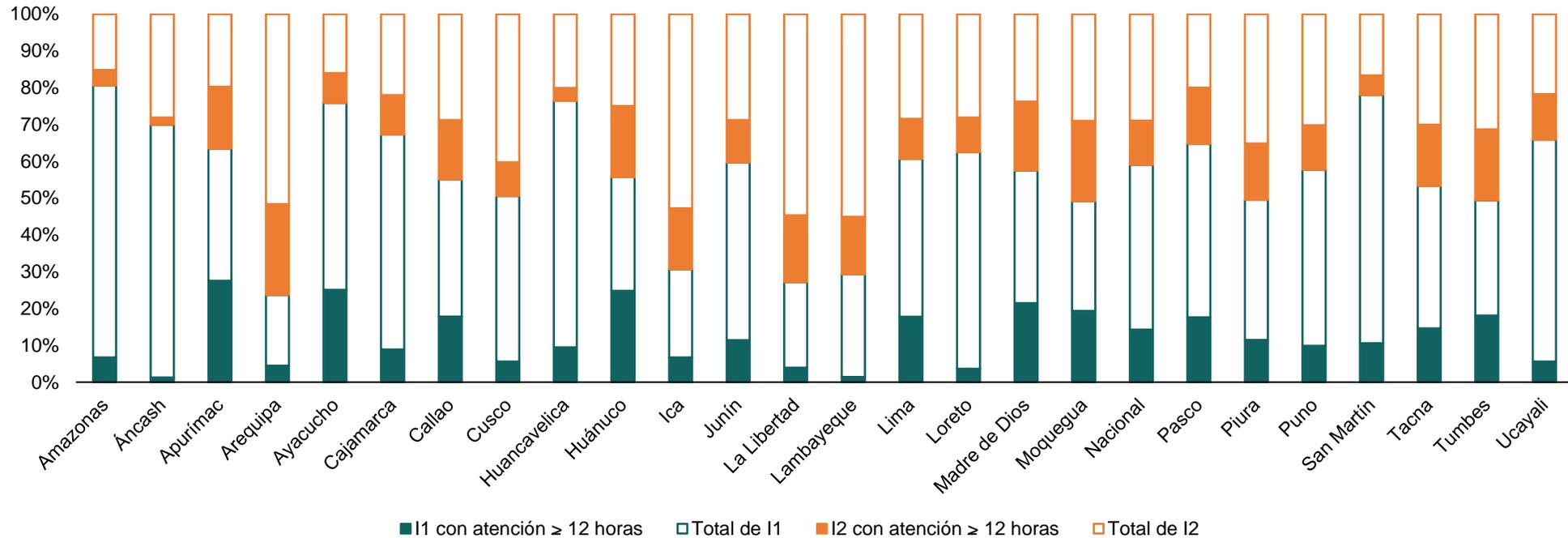
Establecimientos de salud a nivel nacional

Nivel de atención	Categoría del EESS	Sector público
Primer	I-1	4,354
	I-2	2,286
	I-3	1,490
	I-4	322
	Total	8,452 (97.9%)
Segundo	II-1	93
	II-2	39
	II-E	14
	Total	146 (1.7%)
Tercero	III-1	18
	III-2	10
	III-E	7
	Total	35 (0.4 %)

29.7%
en ámbito
urbano

Nota: actualizado a abril del 2024.

Solo pocos establecimientos funcionan al menos 12 horas (I-1 y I-2)



Los establecimientos I-1 no están obligados por norma a tener un médico en el establecimiento lo que implica que su capacidad de respuesta es muy limitada (representan el 51% del primer nivel de atención).

A marzo del 2024, **solo el 5.25%** de los médicos del primer nivel trabajaba en establecimientos I-1.

Infraestructura y equipamiento inadecuado

Más del 95% de establecimientos presenta capacidad instalada inadecuada



Primer nivel
8 783 establecimientos

97.7%
con capacidad
inadecuada



Hospitales
247 establecimientos

97.6%
con capacidad
inadecuada

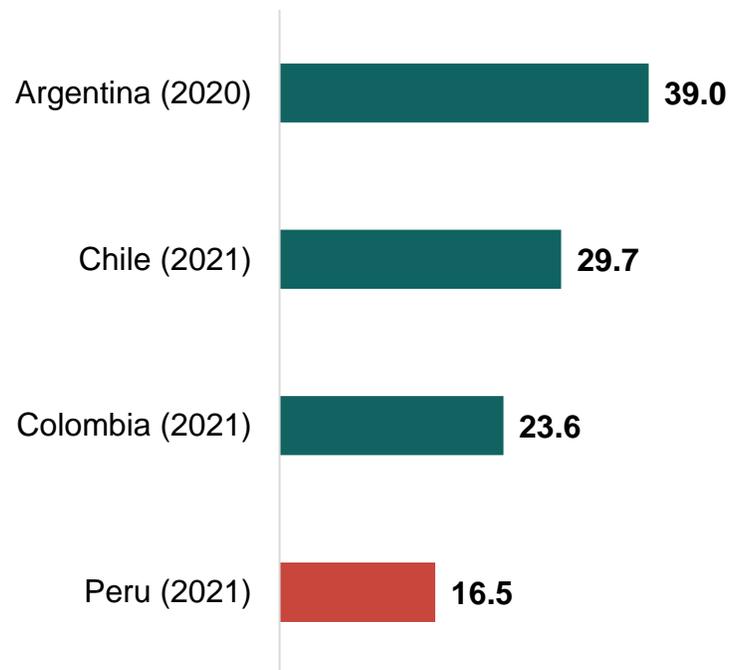


**Institutos
Especializados**
41 establecimientos

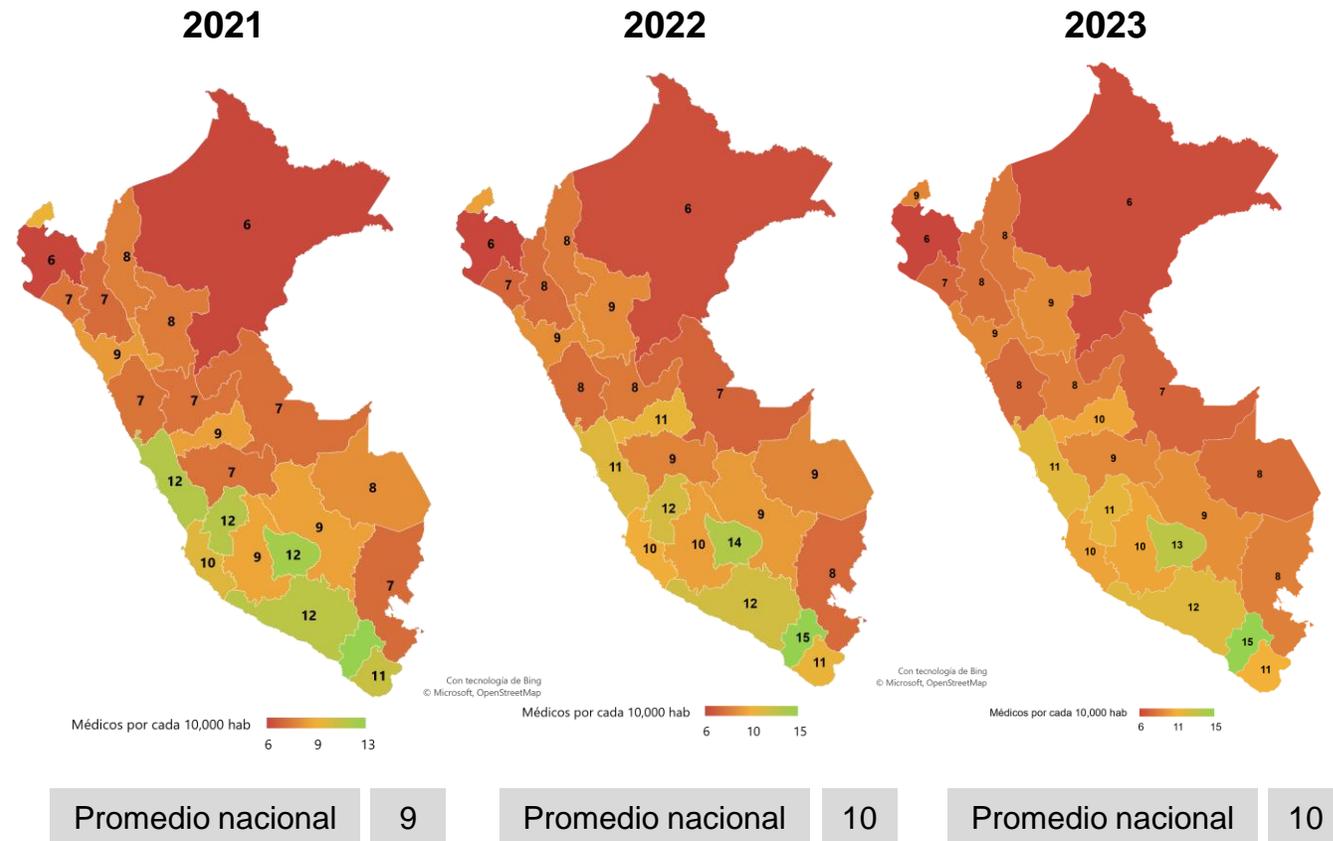
95.1%
con capacidad
inadecuada

Existen brechas importantes de recursos humanos

Médicos por 10,000 habitantes

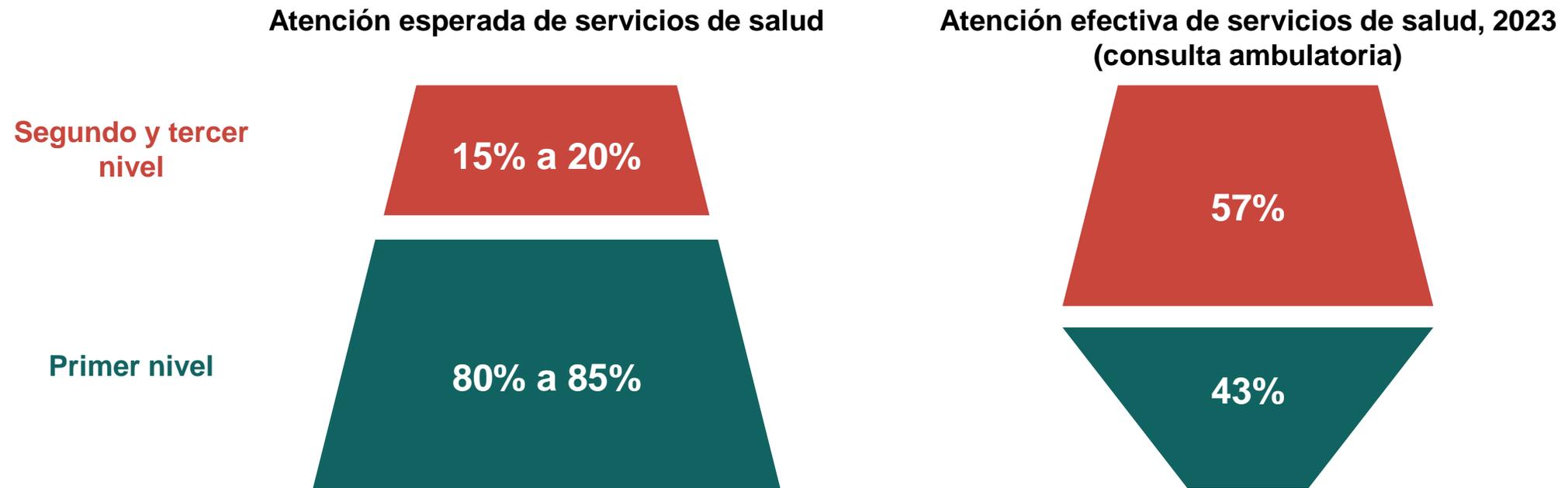


Médicos en el sector público por 10,000 habitantes



El sistema de salud sigue siendo hospitalocéntrico

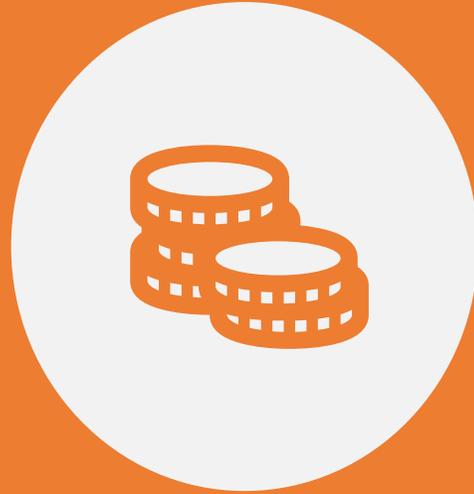
El primer nivel de atención en salud debería resolver el 80-85% de la demanda. Actualmente solo atiende al 43% de la demanda.



Nota: Información de marzo a diciembre del 2023.



Rectoría



Financiamiento



Prestación



Abastecimiento



Rectoría



Financiamiento



Prestación

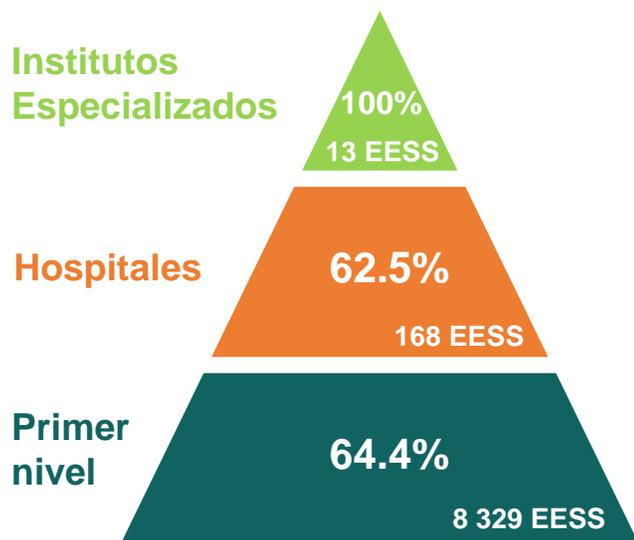


Abastecimiento

El acceso a medicamentos es **limitado en el sector público**

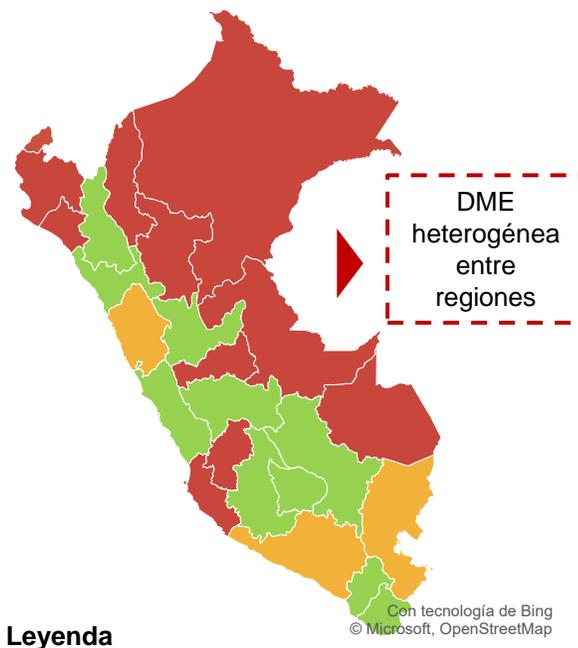
2 de cada 5 establecimientos del primer y segundo nivel de atención NO tienen disponibilidad de medicamentos esenciales. Esto a pesar de que el indicador utilizado es sumamente débil.

Establecimientos con DME* > 80% según clasificación



*DME: Disponibilidad de medicamentos esenciales

Establecimientos con DME > 80% según región



Caso: disponibilidad del sulfato ferroso

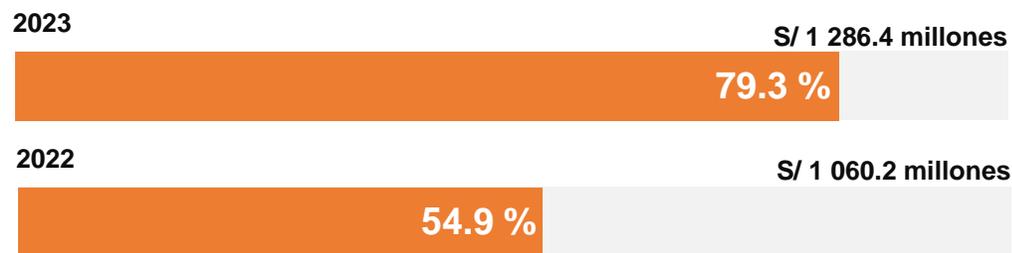
3 de cada 10 establecimientos I-1 reportan **desabastecimiento o subabastecimiento** del producto

La suplementación con sulfato ferroso ayuda en la prevención, control y tratamiento de la anemia por deficiencia de hierro.

NTS N°2 13/MINSA-DGIESP-2024 Norma técnica de salud: prevención, control y tratamiento de la anemia por deficiencia de hierro

La alta rotación de funcionarios en CENARES amplifica sus problemas de gestión

Procesos adjudicados de los programados en el Plan anual de contrataciones



Fuente: Conosce (2024).

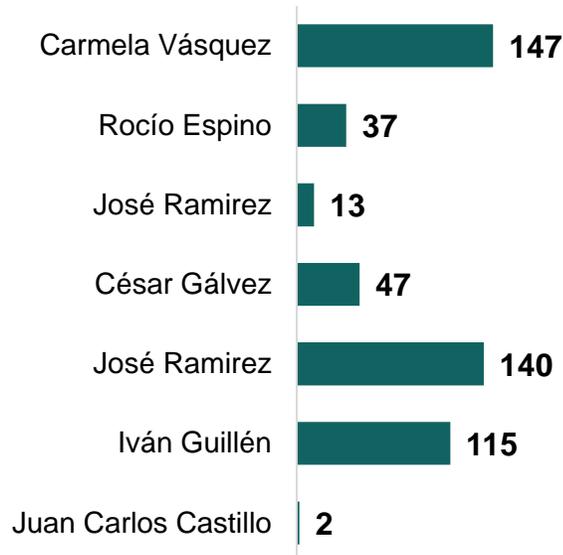
Presupuesto devengado



Fuente: MEF (2024).

Número de días en el cargo de los directores generales del CENARES

(Enero 2023 – actualidad)



Promedio de gestión de un director general:

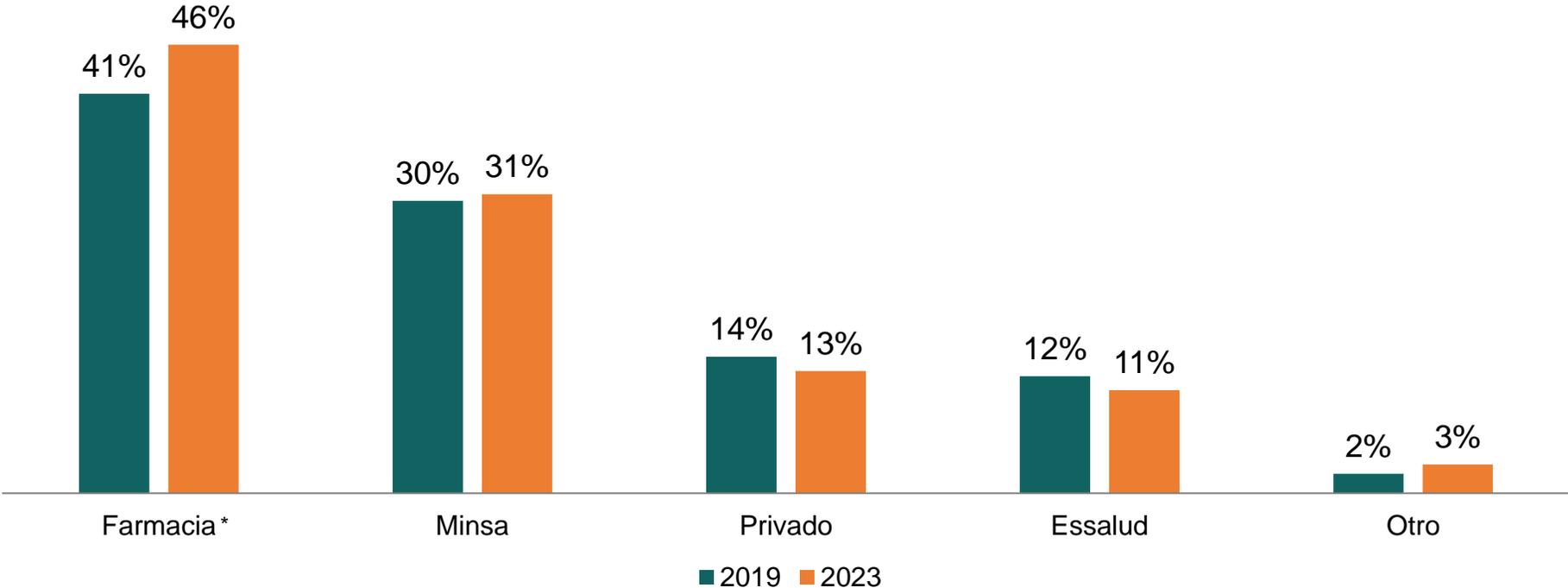
71 días
(2.3 meses)

*Juan Carlos Castillo se encuentra en el cargo desde el 18 de mayo de 2024.

Información actualizada al 20 de mayo del 2024.

Los usuarios recurren a las farmacias y boticas como principal lugar de atención

Personas que se enfermaron y buscaron atención, según lugar de atención



*Se aclara que es solo ambulatorio y se hace referencia a farmacias y boticas fuera del establecimiento de salud

Sin embargo, la repuesta del Estado es legislar para las farmacias y boticas. Medicamentos genéricos y su oferta obligatoria

Ley N° 32033



Establece que **434** medicamentos genéricos sean comercializados de manera obligatoria



58 medicamentos no se encuentran en el mercado peruano



13 no tienen registro sanitario



34 tienen un único proveedor



40 productos los venden dos o tres laboratorios

Caso de éxito: Farmacia vecina de EsSalud

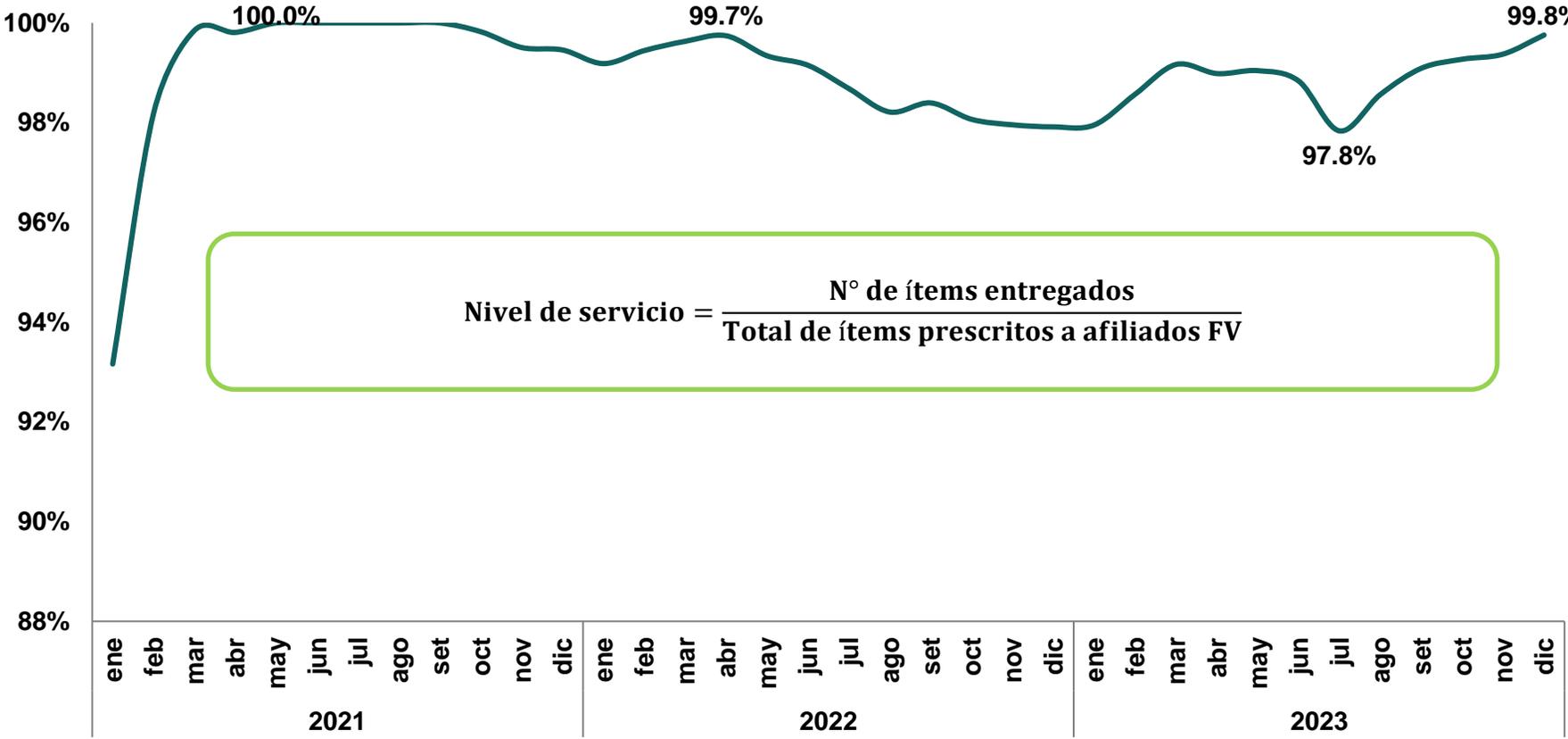


Los afiliados **recogen sus medicamentos en farmacias cercanas** a su domicilio.
Atención dirigida a pacientes con enfermedades crónicas.



En el Perú, Farmacia Vecina es una experiencia exitosa al asegurar la entrega de medicamentos a los asegurados de Essalud

Nivel de servicio (2021 - 2023)



$$\text{Nivel de servicio} = \frac{\text{N}^\circ \text{ de ítems entregados}}{\text{Total de ítems prescritos a afiliados FV}}$$



¿Qué hacer para cuidar mejor a los
ciudadanos?



Medidas para mejorar la atención en salud **en el corto plazo**

Paquete de medicamentos (Abastecimiento)

Cambiar el actual indicador de disponibilidad de medicamentos en la farmacia por el de nivel de servicio: recetas completas entregadas efectivamente/ recetas prescritas.

Promover la receta médica electrónica para mejorar el acceso, uso y trazabilidad de las terapias farmacológicas y el proceso de abastecimiento.

Mejorar la cadena logística a cargo de la entrega de medicamentos para pacientes crónicos mediante el expendio y dispensación en farmacias y boticas privadas

Paquete de atenciones RIS

Implementar un paquete de seguimiento y tratamiento a pacientes adultos mayores y población en riesgo en sus hogares como parte de la estrategia de Redes Integradas de Salud

Estructura (Rectoría - Prestación)

Promover la adecuación de los establecimientos I-1 como anexos de los establecimientos de mayor complejidad en las zonas urbanas

Mejora de los servicios de soporte

Financiar la compra centralizada de los servicios de internet para toda la red de IPRESS públicas del primer nivel de atención

Todo esto para **promover el cuidado de la salud y resolver las necesidades ciudadanas**

Medidas para mejorar la atención en salud **en el mediano plazo**

Fortalecer al SIS como Fondo de Aseguramiento (IAFAS)

Con capacidad de gestionar eficientemente el financiamiento de los planes de beneficio a su cargo. El SIS deberá recibir un presupuesto equivalente a la prima por afiliado por el número de afiliados. A su vez, contratará con los prestadores mediante mecanismos eficientes de pago

Impulsar la rápida implementación de las RIS

Se debe considerar la participación de los establecimientos de salud de EsSalud y del sector privado

Crear un fondo para la cobertura del alto costo

Con la finalidad de evitar que la población incurra en gasto catastrófico, se debe constituir un Fondo universal que sea intangible y autónomo.

Implementar la UGIPRESS Lima

Las IPRESS de Lima Metropolitana dejan el pliego presupuestal del MINSA, liberando al rector de actividades operativas. Pasan a estar a cargo de la Municipalidad Metropolitana de Lima

Implementar sistemas de información para la toma de decisiones

Puesta en marcha de la historia clínica electrónica y de sistemas ERP en los establecimientos de salud, logrando la interoperabilidad de las fuentes de datos disponibles

Comparación de Sistemas de Salud





Rectoría

- ¿Cuál es la máxima autoridad del sector salud?
- ¿Quién supervisa el servicio de salud?
- ¿Qué responsabilidades tienen los actores locales?
- ¿Con qué sistemas de información se ejerce rectoría? ¿Implementaron la HCE?

Financiamiento

- ¿Cómo se maneja el presupuesto?
- ¿Existe un fondo de alto costo?
- ¿Cuánto representa el gasto de bolsillo del gasto en salud?
- ¿Cuántas personas tienen un seguro privado?

Prestación

- ¿Existe un plan que defina la cobertura mínima de servicios de salud?
- ¿Cómo se articula territorialmente la prestación de servicios de salud?
- ¿Cuántos establecimientos de salud son privados?

Abastecimiento

- ¿Qué institución está a cargo de la autorización y compra de medicamentos?
- ¿Un afiliado al régimen subsidiado puede recoger sus medicamentos en farmacias privadas?
- ¿Han implementado la receta electrónica?
- ¿Qué indicador de disponibilidad y suministro utilizan?

Rectoría



¿Cuál es la máxima autoridad del sector salud?

Ministerio de Salud

Ejerce la rectoría nacional, fija y formula las políticas de salud.

Ministerio de Salud y Protección Social

Rector del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Ministerio de Sanidad

Se encarga de la propuesta y ejecución de la política en salud, planificación y asistencia sanitaria.

Ministerio de Salud

Es el rector del Sistema Nacional de Salud, con funciones operativas en Lima Metropolitana.

¿Quién supervisa el servicio de salud?

Superintendencia de Salud de Chile

Supervisa la provisión del servicio, la categorización o acreditación de las ISAPRES, y tiene potestad sancionadora.

Superintendencia Nacional de Salud

Realiza actividades de inspección, vigilancia y control a fin de garantizar la operatividad del SGSSS.

Subdirección General de Calidad Asistencial

Establece estándares de calidad y seguridad de establecimientos sanitarios, realiza evaluación y auditoría.

Superintendencia Nacional de Salud

Cautela el derecho al acceso a servicios de salud y tiene potestad sancionadora en todo el territorio nacional.

¿Qué responsabilidades tienen los actores locales?

Municipalidades

El Primer nivel de atención depende de cada municipalidad y tiene un Departamento de Salud adscrito a su autoridad bajo supervisión del MINSAL.

Distritos y Municipios

Cuentan con direcciones locales de salud quienes diagnostican la situación de salud y la vigilancia del sistema de salud pública en sus jurisdicciones.

Comunidades Autónomas (CA)

Se dividen en Zonas o Áreas Básicas de Salud, en donde se agrupan los municipios, y poseen centros de atención primaria. Cada CA define sus grados de libertad

Gobiernos Regionales

Autoridad sobre la función salud en su ámbito y jurisdicción. Oferta servicios de sus propios establecimientos de salud, incluyendo acciones de salud pública.

¿Con qué sistemas de información se ejerce rectoría?
¿Implementaron la HCE?

La Ficha Clínica Electrónica es la principal fuente de datos. El 90.3% de los establecimientos de atención primaria (APS) cuentan con registros clínicos electrónicos completos.

El aplicativo MiGestión integra información para la construcción de indicadores y reportes en una sola Suite dirigido al MSPS. Los datos provienen de fuentes internas y externas del MSPS

Los Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud proporcionan información del sistema sanitario de manera integrada y sistemática. Más del 95% de los médicos de atención primaria (AP) cuentan con sistemas de HCE.

A Enero del 2023, del total de 8,279 establecimientos del primer nivel de atención en el país, solo 1,194 (14.4%) están implementados con Historia Clínica Electrónica.

Financiamiento



¿Cómo se maneja el presupuesto?

Fonasa cubre a las personas cotizantes (7% de su renta) y a las personas carentes de recursos con un aporte directo del Estado. Los seguros privados (ISAPRES) funcionan en base a planes con tarifas.

La ADRES se encarga de girar a las EPS los recursos correspondientes a las unidades de pago por capitación (UPC) de los afiliados de ambos regímenes: subsidiado y contributivo.

Los impuestos son la base de la financiación y representan un 94, % de los recursos, que se distribuyen entre las Comunidades Autónomas (89%), la Administración Central (3%) Corporaciones locales (1%) y ciudades autónomas (0,01%)

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 limitado.

¿Existe un fondo de alto costo?

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 que opera como un fondo autogestionado que garantiza la estabilización del sistema de salud

No existe una entidad especializada. Luego de la asignación de un código nacional por el AEMPS y de adoptar la financiación pública, la CIPM fija el precio del medicamento de alto costo.

No se cuenta con un Fondo de Alto Costo transversal para patologías y tecnologías sanitarias de alto costo. El FISSAL se acota a la población del SIS con presupuesto limitado.

¿Cuánto representa el gasto de bolsillo del gasto en salud?

En el 2019 fue el 32% del total, uno de los más altos entre los países de la OCDE, se redujo a 28.9% en 2021. De este gasto, 40% corresponde a la adquisición de medicamentos.

En 2022, el gasto de bolsillo en salud en Colombia es el más bajo de la región: apenas el 15% del gasto total de salud en el país.

En España, el gasto de bolsillo representa el 19.62% del gasto en salud al 2020. El 72,5% del gasto sanitario privado corresponde a los pagos directos o “de bolsillo” de los hogares.

Al 2020, el gasto de bolsillo representó el 22.76% del gasto en salud. En 2023, según la ENAHO, el gasto de bolsillo anual per cápita ascendió a casi los USD 118

¿Cuántas personas tienen un seguro privado?

Las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE) son parte de un sistema privado de seguros que cobertura alrededor de 2.7 millones beneficiarios, aprox. 14% de la población total a marzo 2024

A abril 2024, unas 23.1M personas pertenecen al régimen contributivo*, mientras que 26.5M, al régimen subsidiado. *al menos un 8% de la población paga un seguro privado adicional a lo que ya se obtiene a través del Estado

Alrededor del 24% de la población (11.6 millones de españoles) pagan un seguro privado de salud al 2021.

Un 8.1% de la población pertenece a un Seguro Privado de Salud, Prepaga, autoseguros a diciembre 2023

Prestaciones



¿Existe un plan que defina la cobertura mínima de servicios de salud?

Las ISAPRES y el Fonasa deberán asegurar el otorgamiento de las garantías explícitas en salud exigibles por Ley para las personas afiliadas (acceso, oportunidad, protección financiera y calidad).



El Plan de Beneficios en Salud es el conjunto de servicios de salud que las EPS deben garantizar a todos los afiliados de ambos regímenes (subsidiado y contributivo).



La cartera de Servicios Básica del Sistema Nacional de Salud está contenida en la ley de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. Las comunidades autónomas podrán añadir servicios a sus respectivas carteras.



El Plan Esencial de Aseguramiento en Salud es el plan mínimo de beneficios que debe recibir cualquier afiliado a un seguro de salud público, privado o mixto.

¿Cómo se articula territorialmente la prestación de servicios de salud?

Los establecimientos asistenciales, municipales de atención primaria y públicos o privados que mantengan convenios con el servicio de salud se organizan mediante las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) como una forma de organizar y combinar los recursos para operativizar el modelo de atención.

Las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) se desarrollan por el Ministerio de Salud y Protección Social dentro de la Política de Atención Integral en Salud - PAIS.

Mediante el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud se procede a la toma de decisiones y a la búsqueda de consensos y vinculaciones entre la Administración General del Estado y las comunidades autónomas.

En 2018 se aprueba la ley y el 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.

¿Cuántos establecimientos de salud son privados?

Del número total de establecimientos prestadores de salud, las clínicas privadas representan el 22.6% del total.

Del total de 41,427 IPS de Colombia, el 60.5% de instituciones son privadas.

Existen 432 hospitales privados, lo que representa el 56% del total de centros del país, superando por consiguiente a los 345 centros públicos existentes.

Según la información del Registro Nacional de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, existen 24,839 IPRESS en el Perú, de los cuales el 62% son privadas.

Abastecimiento



¿Qué institución está a cargo de la autorización y compra de medicamentos?

Central de Abastecimiento (CENABAST)
Intermediario en la compra y distribución de medicamentos, insumos y equipo médico para el SNSS.

Minsalud
La Dirección de Medicamentos y Tecnologías en Salud, se encarga de la realización de la negociación y compra centralizada de medicamentos.

INGESA
Encargado de realizar la compra centralizada de medicamentos. Se adhieren voluntariamente los servicios de salud de las CCAA y demás estatales

CENARES
Lidera el proceso de abastecimiento de recursos estratégicos, pero no despliega un rol efectivo nacional e intersectorial.

¿Un afiliado al régimen subsidiado puede recoger sus medicamentos en farmacias privadas?

Medida 4 de la Política Nacional de Medicamentos: Entrega de medicamentos a domicilio para personas con dependencia severa que se controlan en centros de atención primaria

Algunas Empresas Sociales del Estado implementan estrategias de entrega del medicamento en casa. Orientado a personas adultas mayores, pacientes crónicos y persona en condición de discapacidad.

Ley 13/2022, de Ordenación y Atención Farmacéutica de la Comunidad de Madrid regula el delivery a domicilio el cual solo está permitido para las oficinas de farmacia. Además, permite la entrega en cualquier farmacia

Essalud implementó el programa Farmacia Vecina que permite a los asegurados con enfermedades crónicas recoger sus medicinas, prescritas, en farmacias cercanas a su hogar

¿Han implementado la receta electrónica?

La implementación del Sistema Nacional de Receta electrónica consta de cuatro etapas entre 2023 y 2026. A diciembre 2023, 23,660 prescriptores la usaron

Mi Prescripción (Mipres) es una herramienta tecnológica que prescribe servicios y tecnologías no incluidos en el Plan de Beneficios

La Receta Electrónica es una realidad (100%) en todas las CC.AA

la RM N°079-2022-MINSA aprobó el estándar de transacción de la receta electrónica en IPRESS tanto públicas como privadas

¿Qué indicador de disponibilidad y suministro utilizan?

Se registra el número de días de stock cero para los productos en seguimiento y la cobertura garantizada (recetas despachadas de manera completa y oportuna por mes calendario, mayor al 98%)

El monitoreo por medicamento a nivel nacional indica el estado clasificado por desabastecido (ausencia total), en riesgo de desabastecido, en monitorización y no desabastecido.

Desde el 2008 la AEMPS reporta los problemas de suministros de medicamentos según sus distintas presentaciones. De esta manera, miden el impacto en los usuarios finales y califican su impacto asistencial

Se mide la disponibilidad de medicamentos esenciales en base al informe de consumo integrado y el stock de medicamentos.

Anexo



Recomendación sobre porcentaje actual de aporte a las EPS



Ley N° 26790
Ley de Modernización
de la Seguridad Social
en Salud

Artículo 16: crédito a las EPS

25% del 9% de la remuneración = **2.25%** de la remuneración

DS N° 009-97-SA – Artículo 41: cobertura EPS

“...Al menos las prestaciones de la **capa simple** y la atención de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales no cubiertos por el seguro complementario de trabajo de riesgo...”

Capa simple (1997)

- Patologías frecuentes
- Sencillas
- Principalmente manejo ambulatorio

PEAS (2009)

- 140 condiciones asegurables
- 936 diagnósticos

DS 008-2010 (2010)

- Se designa representantes para desarrollar estudio del cálculo del crédito sobre los aportes para cubrir el PEAS en el sistema complementario de Essalud **en un plazo no mayor a 30 días**

Demanda: APEPS solicitó:
i) Minsa elabore el estudio referido en reglamento PEAS y 2) Se proponga modificación de aportes

Sentencia: Minsa debe nombrar a responsables de elaborar el estudio en un plazo de **30 días**

(2017) (2018)

PEAS (2021)

- 162 condiciones asegurables
- 1,691 diagnósticos

Convenio 068-2024-MINSA (2024)

- Minsa suscribe convenio con OIT para realización estudio actuarial

Incremento de la oferta de baja, mediana e incluso alta complejidad



Es razonable prever una modificación al cálculo del porcentaje de los aportes a que se refiere el inciso a) del Art. 6 de la Ley N° 26790, previo estudio actuarial y de previsión de costos, en favor de las EPS

Recomendación sobre porcentaje actual de aporte a las EPS



Ley N° 26790
Ley de Modernización
de la Seguridad Social
en Salud

Artículo 16: crédito a las EPS

25% del 9% de
la remuneración = **2.25%** de la
remuneración

DS N° 009-97-SA – Artículo 41: cobertura EPS

“...Al menos las prestaciones de la **capa simple** y la atención de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales no cubiertos por el seguro complementario de trabajo de riesgo...”

Capa simple (1997)

- Patologías frecuentes
- Sencillas
- Principalmente manejo ambulatorio

PEAS DS 008-2010 (2009) (2010)

- 140 condiciones asegurables
- 936 diagnósticos
- Se designa representantes para desarrollar estudio del cálculo del crédito sobre los aportes para cubrir el PEAS en el sistema complementario de Essalud **en un plazo no mayor a 30 días**

Incremento de la oferta de baja, mediana e incluso alta complejidad



Es razonable prever una modificación al cálculo del porcentaje de los aportes a que se refiere el inciso a) del Art. 6 de la Ley N° 26790, previo estudio actuarial y de previsión de costos, en favor de las EPS

Recomendación sobre porcentaje actual de aporte a las EPS



Ley N° 26790
Ley de Modernización
de la Seguridad Social
en Salud

Artículo 16: crédito a las EPS

25% del 9% de
la remuneración = **2.25%** de la
remuneración

DS N° 009-97-SA – Artículo 41: cobertura EPS

“...Al menos las prestaciones de la **capa simple** y la atención de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales no cubiertos por el seguro complementario de trabajo de riesgo...”

Demanda (2017)

- APEPS solicitó: i) Minsa elabore el estudio referido en reglamento PEAS y 2) Se proponga modificación de aportes

Sentencia (2018)

- Minsa debe nombrar a responsables de elaborar el estudio **en un plazo de 30 días**

PEAS (2021)

- 162 condiciones asegurables
- 1,691 diagnósticos

Convenio 068-2024-MINSA (2024)

- Minsa suscribe convenio con OIT para realización estudio actuarial

Incremento de la oferta de baja, mediana e incluso alta complejidad



Es razonable prever una modificación al cálculo del porcentaje de los aportes a que se refiere el inciso a) del Art. 6 de la Ley N° 26790, previo estudio actuarial y de previsión de costos, en favor de las EPS



T: +51 967 316 975 • Avenida de la Floresta 497, San Borja • www.videnzaconsultores.org

Videnza Consultores. Derechos reservados. Copyright 2024. Protegido bajo las leyes de derechos de autor.
Prohibido su reproducción, reenvío, o modificación total o parcial sin autorización escrita de Videnza Consultores.

Anexo N° 1 - Fichas de propuestas para mejorar el SNS

Propuestas a corto plazo

Propuesta N° 1	
Proceso	Abastecimiento de medicamentos
Propuesta	Cambiar el actual indicador de disponibilidad de medicamentos en la farmacia por el de nivel de servicio: recetas completas entregadas efectivamente por cada receta prescrita
¿Qué problemas resuelve esta propuesta?	
<p>La implementación de la política de aseguramiento universal en salud ha permitido que casi el 100% de los peruanos cuenten con un seguro de salud, con un 73.1% asegurados al Seguro Integral de Salud (SIS) y 28% al Seguro Social de Salud (EsSalud).</p> <p>Sin embargo, a pesar de esta amplia cobertura de aseguramiento, los peruanos acuden a las farmacias o boticas ante la necesidad de una atención de salud. La Encuesta Nacional de Hogares (ENAHOG) 2023 estima que el 46% de las personas que necesitan atención, la buscan en las farmacias o boticas. Más aún, el gasto de bolsillo en salud viene aumentando, lo que expone a los hogares a un mayor riesgo financiero (Minsa, 2023). Asimismo, el gasto promedio por persona en salud asciende a solo S/444¹ en el 2023, de los cuales S/169 se destinan a medicamentos.</p> <p>Además, solo el 62% de prestadores de salud del Ministerio de Salud (Minsa) – Gobierno Regional (GORE) tiene una disponibilidad de medicamentos esenciales mayor al 80% a marzo de 2024², lo que explicaría la necesidad de acudir a una farmacia privada en lugar de un establecimiento de salud público. En cambio, el actual modelo de gestión se enfoca en medir el desempeño del proceso de abastecimiento, en lugar de asegurar la entrega del servicio a los usuarios finales.</p> <p>En este escenario, la propuesta contribuye a alinear el proceso de abastecimiento de medicamentos, pasando de un enfoque centrado en la oferta y el mantenimiento de inventarios a otro orientado en buscar la atención efectiva de la necesidad de los ciudadanos de acceder a su terapia farmacológica.</p>	
¿Qué se requiere adaptar en términos normativos y operativos?	
<p>Modificaciones normativas de las siguientes directivas:</p> <ul style="list-style-type: none">• RM N° 116-2018-Minsa que aprueba la Directiva Administrativa N° 249-Minsa 2018/DIGEMID “Gestión del Sistema Integrado de Suministro Público de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios – SISMED”• RM N° 339-2024-Minsa que modifica la Directiva Administrativa N° 249-Minsa 2018/DIGEMID• RJ N° 00050-2024/J que aprueba la Directiva N° 002-2024-SIS/GREP-V.01 “Directiva para el Registro de la Información de las Prestaciones Otorgadas a los Asegurados del Seguro Integral de Salud (SIS) en el Formato Único de Atención (FUA)” y	

¹ Cálculo realizado por Videnza Consultores en base a la Encuesta Nacional de Hogares 2023

² <https://propuestasdelbicentenario.pe/observatorio/#!/desarrollohumano/salud/315>

- RJ N° 064-2023-SIS/J, que aprueba la directiva N° 004-2023- SIS/OGTI-V.01 “Directiva que regula el uso de las aplicaciones Informáticas del Seguro Integral de Salud”

Realizar cambios en los procesos operativos:

- Aprobar e implementar el indicador de desempeño (nivel de servicio de la farmacia).
- Alinear los sistemas de información del Sistema Integrado de Suministro de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios (SISMED), el SIS y el Sistema de Información de Historias Clínicas Electrónicas (SIHCE) del Minsa para vincular el Formato Único de Atención (FUA) del SIS a la receta médica atendida efectivamente. En los casos que la Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) dispongan de Historia Clínica Electrónica (HCE), establecer las interfases y los procedimientos de verificación de entrega que sean necesarios.

¿Qué voluntad política se requiere? ¿Dónde está la decisión?

Se necesita voluntad política para cambiar el actual modelo de gestión de suministro público en el Minsa. El Poder Ejecutivo, específicamente el Minsa, debe liderar este proceso.

¿Cuáles son los costos y riesgos más importantes que deben considerarse?

Costos:

- Costos relacionados a la comunicación y cambio de la cultura organizacional en los actores del proceso y de información y empoderamiento de los usuarios.
- Costos de adecuación operativa como la conectividad (interna y externa a las IPRESS), la adecuación de sistemas de información del SIS, SISMED y SIHCE y la elaboración de reportes para gestores.

Riesgos:

- Exposición para las autoridades del problema de la calidad de entrega de servicio.

¿Cuáles son los beneficios esperados (centrado en el usuario)?

- Al cuantificar y seguir las recetas efectivamente entregadas a los usuarios mediante un indicador, el proceso se orienta hacia las necesidades de la demanda.
- Se motiva a un comportamiento orientado a resolver las fallas en el proceso para adoptar las medidas correctivas necesarias.
- Visibiliza la carencia de determinados medicamentos que pueden llevar a la toma de decisiones oportuna.
- Oportunidad para el Centro Nacional de Abastecimiento de Recursos Estratégicos en Salud (CENARES) para mejorar su rol de ente distribuidor y convocar operadores logísticos privados para brindar una mejor cobertura regional en el país.
- Oportunidad para promover la participación de la ciudadanía y favorecer el monitoreo participativo.

Propuesta N° 2	
Proceso	Abastecimiento de medicamentos
Propuesta	Promover el empleo de la receta médica ³ electrónica ⁴ para mejorar el acceso, uso y trazabilidad de las terapias farmacológicas y el proceso de abastecimiento
¿Qué problemas resuelve esta propuesta?	
<p>La receta electrónica sectorial es una herramienta indispensable para modernizar y mejorar la eficiencia del sistema de salud. Ha sido implementada en los países desarrollados y ahora se está replicando en Latinoamérica. Esta herramienta facilita el proceso de prescribir medicamentos, mejora la eficiencia en la entrega, control y seguimiento, integración con registros médicos y reducción de costos.</p> <p>Sin embargo, en el Perú, la falta de trazabilidad de la atención efectiva de las recetas en las IPRESS del sector público es una barrera para mejorar el acceso y la calidad de uso de los recursos terapéuticos. La carencia de una receta electrónica afecta la seguridad e integridad de la información y la portabilidad que beneficia al usuario.</p> <p>Esta propuesta facilitará la trazabilidad contribuyendo a mejorar el proceso de abastecimiento y la calidad de uso de los recursos terapéuticos. Eventualmente, contribuirá a reducir el gasto de bolsillo de los asegurados a las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS) públicas.</p> <p>Se quiere que la receta electrónica sectorial se establezca como un documento de uso obligatorio, con valor clínico y transaccional que instrumenta el seguimiento del gasto de bolsillo en Productos Farmacéuticos (PF) y Dispositivos Médicos (DM) en los asegurados a las IAFAS públicas.</p>	
¿Qué se requiere adaptar en términos normativos y operativos?	
<p>Actualmente existe un Proyecto de Ley de Protección financiera para el acceso oportuno de los asegurados a los medicamentos en el marco del Aseguramiento Universal en Salud presentado por la Asociación de EPS (APEPS) cuyo debate, mejora y aprobación brindaría el marco legal necesario y facilitaría significativamente este proceso.</p> <p>Es posible iniciar la labor en el subsector Minsa–GORE con modificaciones normativas de los siguientes instrumentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • RM N° 116-2018-Minsa que aprueba la Directiva Administrativa N° 249-Minsa 2018/DIGEMID “Gestión del Sistema Integrado de Suministro Público de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios – SISMED”. • RM N° 339-2024-Minsa que modifica la Directiva Administrativa N° 249-Minsa 2018/DIGEMID que define receta médica, considerando la versión electrónica. 	

³ Es el documento de carácter sanitario que incluye en forma escrita la prescripción farmacológica o no farmacológica, realizada por un profesional de salud prescriptor autorizado y que está orientado a solucionar o prevenir un problema de salud en un determinado paciente. La receta médica debe ser elaborada en forma clara y legible, y debe cumplir con los requisitos establecidos en el Reglamento de Establecimientos Farmacéuticos, aprobado con Decreto Supremo N° 014-2011-SA y demás normativa de la materia. La receta médica se puede emitir en forma manuscrita o electrónica (RM N° 339-2024-Minsa).

⁴ Receta médica en forma digital que cumple con lo establecido en las normas legales vigentes y que resulta de la prescripción que realiza un profesional de salud autorizado directamente en un programa informático, a través de dispositivos electrónico de transmisión de datos (computadora personal, tablet y otros) e incluye la firma digital como respaldo del acto prescriptivo (DS N° 005-2021-SA). La RM N.° 079-2022-Minsa aprueba la Directiva establece el estándar de transacción de la receta electrónica en los procesos de prescripción y dispensación de medicamentos y otros productos farmacéuticos.

- RJ N° 00050-2024/J que aprueba la Directiva N° 002-2024-SIS/GREP-V.01 “Directiva para el Registro de la Información de las Prestaciones Otorgadas a los Asegurados del Seguro Integral de Salud (SIS) en el Formato Único de Atención (FUA)”.
- Convenios del SIS con los GORE u otras Unidades de Gestión de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (UGIPRESS).
- Además, debe ocurrir un desarrollo normativo similar al proceso de implementación del modelo de Transacción Electrónica de Datos Estandarizados de Facturación para el Intercambio Prestacional en Salud – Modelo TEDEF – IP desarrollado por SUSALUD (RS N° 002-2023-SUSALUD/S).
- Otros por definir.

Es necesario realizar cambios en diferentes procesos operativos:

- Realizar arreglos institucionales y acuerdos para lograr la conectividad en las IPRESS públicas participantes y mejorar el acceso a los medicamentos prescritos en el marco de la estrategia Aseguramiento Universal de la Salud (AUS) y la implementación de la receta médica electrónica. Para ello, se necesitan adaptar los convenios entre el SIS y las UGIPRESS estableciendo financiamiento, incentivos y labor para lograr interoperabilidad entre los sistemas de información relacionados.
- Lograr la interoperabilidad entre los sistemas de información del SIS y del SISMED, considerando la información logística. Este proceso incluye lo siguiente: la adopción de estándares de interoperabilidad para validar la receta médica emitida por las IPRESS públicas; auditorías periódicas para asegurar la integridad del proceso de atención; medidas relacionadas a protocolos de identificación, autenticación de usuarios, disposiciones de seguridad, entre otros aspectos.

¿Qué voluntad política se requiere? ¿Dónde está la decisión?

Es necesaria la voluntad política en el Poder Ejecutivo para resolver la barrera tecnológica existente. Esta decisión puede facilitarse en la actualización de la agenda digital del sector salud.

Asimismo, se debe contar con el apoyo de los GORE para facilitar el proceso de implementación de los sistemas necesarios para operar la receta electrónica.

¿Cuáles son los costos y riesgos más importantes que deben considerarse?

- Costo de cambio en la cultura organizacional del Minsa y en particular de la Dirección General de Medicamentos Insumos y Drogas (DIGEMID) para facilitar el proceso (facilitar un flujo libre de información entre actores).
- Costo de conectividad en las IPRESS públicas.
- Costo de la adecuación del SISMED para implementar cambios en el sistema de información público y tramas de datos para la comunicación (usando códigos QR)

Riesgos:

- Poco involucramiento de los GORE en la labor de mejorar los sistemas de conectividad y en lograr el cambio organizacional necesario.

¿Cuáles son los beneficios esperados (centrado en el usuario)?

- Reducción del gasto de bolsillo en medicamentos.
- Conocimiento de la demanda real de recursos terapéuticos.
- Trazabilidad del proceso generando valor para mejorar la gestión del abastecimiento público, la calidad de uso de los recursos terapéuticos (patrones de prescripción y utilización de PF).
- Se favorece, bajo la conducción del ente rector, que las IAFAS, UGIPRESS e IPRESS públicas adopten y usen estándares de codificación, de mensajería y de canal de comunicación. Adoptar efectivamente el estándar de interoperabilidad HL7 FHIR⁵.
- Asimismo, se puede favorecer la posterior interoperabilidad con EsSalud y reducir los costos de comunicación entre IPRESS públicas, farmacias y boticas privadas.

⁵ Recursos Rápidos de Interoperabilidad en Salud (Fast Healthcare Interoperability Resources – FHIR): Es el estándar de interoperabilidad desarrollado por HL7 para el intercambio de información clínica y administrativa en temas de salud.

Propuesta N° 3	
Proceso	Abastecimiento de medicamentos
Propuesta	Mejorar la cadena logística para la entrega de medicamentos para pacientes crónicos mediante el expendio y dispensación en farmacias y boticas privadas
¿Qué problemas resuelve esta propuesta?	
<p>En el Perú, la mayor carga de enfermedad proviene de Enfermedades No Transmisibles (ENT): 70.7% del total de Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVISA), equivalente a 127.7 AVISA por cada 1,000 habitantes. Estas enfermedades son responsables de la mayoría de las muertes prematuras y discapacidades en el país (Minsa, 2019). El Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) en su informe "Perú: Enfermedades No Transmisibles y Transmisibles 2021", señala que el 9.8% de las personas de 15 años o más han sido diagnosticadas con Hipertensión Arterial. Solo el 61% recibieron o adquirieron medicamentos con receta médica en los últimos 12 meses (INEI, 2022). Por su parte, en el 2022, 5.1% de las personas mayores de 15 años han sido diagnosticadas con diabetes mellitus y solo el 64% de las personas diagnosticadas tuvieron acceso a tratamiento médico (INEI, 2022).</p> <p>Actualmente, solo 6 de cada 10 establecimientos de salud cuentan con disponibilidad de medicamentos esenciales mayor al 80%. La situación de la gestión del suministro es precaria: los almacenes y sistemas logísticos, con singulares excepciones, incumplen las Buenas Prácticas de Almacenamiento (BPA) y Buenas Prácticas de Distribución y Transporte (BPDyT) poniendo en riesgo la calidad de los PF y DM que gestionan.</p> <p>La propuesta busca mejorar el abastecimiento y la provisión efectiva de recursos terapéuticos en la línea final de atención a los usuarios (farmacias y boticas privadas que se suman a la red pública de servicios de salud). Asimismo, contribuye al establecimiento del indicador de nivel de servicio, beneficiando a los usuarios finales</p>	
¿Qué se requiere adaptar en términos normativos y operativos?	
<p>Normativos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cambios en el ROF del Ministerio de Salud referidos al rol de CENARES y DIGEMID para definir responsabilidades vinculadas al abastecimiento público. • La propuesta emplea el marco normativo de la Ley de Contrataciones de Estado y de las Asociaciones Público-Privadas a cargo de la Agencia de Promoción de la Inversión Privada (ProInversión). <p>Operativos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reorientar el rol del CENARES para que implemente medidas que favorezcan el suministro adecuado de medicamentos. Ello puede requerir asociaciones público-privadas con operadores logísticos certificados en BPA y BPDyT para cubrir la demanda de PF y DM de las IPRESS públicas cuando exista necesidad. • Promover el rol financiador del SIS mediante dos posibles modalidades: <ul style="list-style-type: none"> ○ Compra de medicamentos a farmacias y boticas empleando el marco legal que permite el DL N° 1165 que establece el mecanismo de "Farmacias Inclusivas" para mejorar el acceso a Medicamentos Esenciales a favor de los afiliados al SIS (pacientes crónicos). También se puede analizar la viabilidad de implementar bajo una modalidad similar al FARMASIS. 	

- Uso de los inventarios adquiridos por el Estado, principalmente por el CENARES, distribuidos por operadores logísticos privados a una red de farmacias y boticas particulares que expenden o dispensan a los usuarios finales (pacientes crónicos)
- Cautelar que los acuerdos y asociaciones aprobadas incluyan compromisos de suministro, plazos de entrega definidos, entre otros aspectos de dominio público.
- Implementar un sistema de monitoreo y evaluación, amigable y de acceso público para verificar el cumplimiento del nivel de servicio, los acuerdos de abastecimiento y la calidad de los PF y DM suministrados, permitiendo identificar cualquier desviación o incumplimiento y tomar las medidas correctivas necesarias.

¿Qué voluntad política se requiere? ¿Dónde está la decisión?

Se requiere respaldo del Ministerio de Economía y Finanzas (MEF) y decisión política del Minsa. Asimismo, un rol activo de ProInversión para facilitar los acuerdos con actores privados.

¿Cuáles son los costos más importantes que deben considerarse?

- Costos de contratación de operadores logísticos.
- Costos relacionados a la comunicación y cambio de la cultura organizacional en los actores del proceso y de información y empoderamiento de los usuarios.
- Costos de adecuación operativa: conectividad (interna y externa a las IPRESS); adecuación de sistemas de información del SIS, SISMED y SIHCE; elaboración de reportes para gestores.

¿Cuáles son los beneficios esperados (centrado en el usuario)?

- Menor gasto de bolsillo.
- Mejora en la atención del usuario/paciente.
- Adopción de indicador nivel de servicio asegura atención de demanda de usuarios intermedios y finales.
- Mejora en la calidad en los procesos de abastecimiento al contar los involucrados en el almacenamiento y distribución con BP.
- Mejora en la eficiencia del proceso de abastecimiento.

Propuesta N° 4	
Proceso	Prestación
Propuesta	Implementación de un paquete de seguimiento y tratamiento a pacientes adultos mayores y población en riesgo en sus hogares como parte de la estrategia de Redes Integradas de Salud
¿Qué problemas resuelve esta propuesta?	
<p>En el Perú, la mayor carga de enfermedad proviene de ENT, representando un 70.7% del total de AVISA. Estas enfermedades son responsables de la mayoría de las muertes prematuras y discapacidades en el país (Minsa, 2019).</p> <p>Las patologías crónicas incrementan su carga de enfermedad en las personas de mayor edad. Pero buena parte de estas personas no están recibiendo un tratamiento oportuno, pese a ser diagnosticadas. De acuerdo con los informes de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2023, 3 de cada 10 personas con diabetes mellitus diagnosticadas no recibieron tratamiento en los últimos 12 meses, asimismo, 4 de cada 10 personas con hipertensión arterial no recibieron tratamiento en los últimos 12 meses.</p> <p>El Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI) de EsSalud atiende con la entrega de medicamentos a personas mayores de 60 años. Este constituye una experiencia exitosa que permite ahorro en el tiempo de traslado de sus asegurados en aproximadamente 2 horas y media en la población del quintil más pobre. El modelo PADOMI se podría replicar en las Redes Integradas de Salud (RIS) del Minsa y de los GORES. De las 212 RIS proyectadas, a octubre del 2023, 42 (20%) han sido estructuradas y están en proceso de formalización, 79 (37%) han sido estructuradas y formalizadas mediante acto resolutivo, y 15 (7%) vienen siendo implementadas (Minsa, 2023). El modelo debería estar vinculado al territorio; de esa manera cada RIS se hace responsable de desplegar Equipos Multidisciplinarios de Salud (EMS) para identificar a las familias y establecer el perfil de riesgo de la población que atender.</p>	
¿Qué se requiere adaptar en términos normativos y operativos?	
<p>Normativos</p> <ul style="list-style-type: none"> Implementar directivas de seguimiento de la RIS con enfoque de población en riesgo, específicamente adultos mayores mediante los EMS a su cargo. <p>Operativos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Reorganizar la programación de financiamiento del SIS a las IPRESS que sean parte de esta estrategia, vinculando el mismo al logro de metas sanitarias en la población objetivo. Reorganizar los EMS considerando la programación de recursos necesarios y cobertura a lograr para cumplir con la estrategia. 	
¿Qué voluntad política se requiere? ¿Dónde está la decisión?	
Se requiere respaldo del MEF para el otorgamiento de financiamiento y decisión del ente rector Minsa en la implementación y la evaluación del proceso. Igualmente, es necesario el compromiso de los Gobiernos Regionales en la implementación de la estrategia.	
¿Cuáles son los costos más importantes que deben considerarse?	
<ul style="list-style-type: none"> Costo de implementar una nueva estrategia en los GORE y prestadores. Costo del financiamiento de la estrategia. 	

¿Cuáles son los beneficios esperados (centrado en el usuario)?

- Población adulto mayor y población en riesgo de ámbitos urbanos recibe cuidados de salud domiciliarios.
- Se identifican estrategias de previsión y mejora de modelo de cuidado integral de salud ante un escenario inminente de cambio del perfil de demanda (hacia usuarios adultos mayores).
- Se hace efectiva la estrategia de seguimiento y monitoreo con enfoque territorial en pacientes adultos mayores y población en riesgo en el marco de las RIS.

Propuesta N° 5	
Proceso	Rectoría / Prestación
Propuesta	Promover la adecuación de los establecimientos I-1 como anexos de los establecimientos de mayor complejidad en las zonas urbanas
¿Qué problemas resuelve esta propuesta?	
<p>Las IPRESS de categoría I-1 son las de menor capacidad resolutive⁶ pues no cuentan, por lo menos, con un médico cirujano. Hay 4,354 en la red pública de servicios de salud del país a cargo del Minsa y los GORE, de los que el 29.7% está en ámbito urbano.</p> <p>El funcionamiento de esta oferta en las ciudades distrae recursos escasos para la implementación de las RIS.</p> <p>Por ello se propone que los establecimientos I-1 en zonas urbanas sean considerados como una Unidad Prestadora de Servicios de Salud (UPSS) dentro de la cartera de servicios de un establecimiento puerta de entrada según el ámbito RIS.</p>	
¿Qué se requiere adaptar en términos normativos y operativos?	
<p>Normativos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Modificar la Resolución Ministerial N° 546-2011/Minsa que aprueba la NTS N° 021-Minsa/DGSP-V.03 Norma Técnica de Salud “Categorías de Establecimientos del Sector Salud”. • Modificar la Resolución Ministerial N° 225-2019/Minsa Reglamento de la Ley N° 30885, Ley que establece la conformación y el funcionamiento de las Redes Integradas de Salud (RIS). • Modificar la Directiva Administrativa N° 329-Minsa/DGAIN-2022 Directiva Administrativa de conformación de Redes Integradas de Salud (RIS). <p>Operativos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar esta oferta en las ciudades del país en el marco del proceso de organización y puesta en marcha de las RIS en zona urbana. • Establecer el acto resolutive (emitido por la Dirección Regional de Salud – DIRESA, la Gerencia Regional de Salud – GERESA y la Dirección de Redes Integradas de Salud – DIRIS) que adscribe la UPSS a la IPRESS puerta de entrada. • Prever la articulación de esta oferta a las IPRESS de mayor complejidad y capacidad resolutive para lograr un efecto sinérgico. 	
¿Qué voluntad política se requiere? ¿Dónde está la decisión?	
Decisión en el Minsa y capacidad de convencimiento a los GORE para facilitar este proceso, el cual debe ocurrir en el marco de la organización de las RIS.	
¿Cuáles son los costos y riesgos más importantes que deben considerarse?	
<p>Costos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Costo de cambio en la cultura organizacional del Minsa y en particular de la DIGEMID para facilitar el proceso (facilitar un flujo libre de información entre actores). 	

⁶ Corresponden a esta categoría los siguientes establecimientos de salud: Puesto de Salud, denominado también Posta de Salud (con un profesional de la salud no médico cirujano); consultorio de profesional de la salud (no médico cirujano).

Riesgos:

- Riesgo político de resistencia de dirigentes y pobladores de algunas localidades que pueden mal entender el proceso como desprotección de sus derechos al acceso a servicios de salud en su comunidad.
- Riesgo administrativo con los trabajadores de salud que son removidos de los establecimientos vinculados y asignados a las IPRESS puerta de entrada.

¿Cuáles son los beneficios esperados (centrado en el usuario)?

- Mayor disponibilidad de recursos para la conformación de los EMS en los territorios urbanos.
- Menor dedicación de tiempo para gestionar y dotar de recursos a IPRESS de categoría I-1 que no tienen capacidad resolutive suficiente para el ámbito urbano.
- La población accede a una oferta ampliada con mayor capacidad resolutive en lugares donde antes existía una oferta limitada a las capacidades del establecimiento I-1.

Propuesta N° 6	
Proceso	Mejora de los servicios de soporte
Propuesta	Financiar la compra centralizada de los servicios de internet para toda la red de IPRESS públicas del primer nivel de atención.
¿Qué problemas resuelve esta propuesta?	
<p>La limitada conectividad de las IPRESS públicas afecta una labor en red de los servicios de salud. Asimismo, se limita la sinergia interna entre las UPSS de una de ellas por carencia de una intranet. Mas aún, se afecta la articulación entre IPRESS para el desarrollo de actividades complementarias tales como la telesalud o la operación del sistema de referencia y contrarreferencia. En el 2023, solo 673 IPRESS contaban con servicio de telemedicina⁷.</p> <p>Además, los establecimientos públicos del primer nivel cuentan muchas veces con más de un operador del servicio de internet por UPSS, sin tener un estándar mínimo de calidad.</p> <p>La propuesta busca asegurar la provisión del servicio de internet con un estándar de calidad y seguridad en los establecimientos de salud del primer nivel. Así, se asegura dar el insumo base para implementar la salud digital y usar ágilmente la información.</p>	
¿Qué se requiere adaptar en términos normativos y operativos?	
<p>Normativos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Arreglos a los convenios entre el SIS, GORE y otras UGIPRESS. • Una opción es disponer de un artículo en la Ley de presupuesto para el año fiscal siguiente promoviendo esta decisión. • Modificación de la norma de categorización para exigir que las nuevas IPRESS, incluyendo consultorios externos, tengan acceso a internet de manera obligatoria en las zonas urbanas. <p>Operativos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar las necesidades de conectividad y de tecnologías de la información de las IPRESS pertenecientes a los GORE y otras UGIPRESS. • Disponer del financiamiento en el SIS para poder convocar a uno o varios procesos de selección (previa definición de estrategia de provisión del servicio). Una opción tecnológica es seguir el ejemplo de EsSalud que dispone de una Red Privada Virtual o Virtual Private Network (VPN), que es una conexión cifrada a Internet desde un dispositivo a una red. Esto contribuye a una transmisión segura de datos confidenciales. Evita que personas no autorizadas espíen el tráfico y permite que el usuario trabaje de manera remota. 	
¿Qué voluntad política se requiere? ¿Dónde está la decisión?	
<ul style="list-style-type: none"> • El MEF debe respaldar la decisión, para conseguir proteger el presupuesto necesario. • Sectorialmente, se requiere de la decisión política del Minsa y del compromiso operativo del SIS. • Compromiso político de los GORE es necesario en el respaldo de la estrategia. 	
¿Cuáles son los costos y riesgos más importantes que deben considerarse?	

⁷ <https://www.gob.pe/institucion/Minsa/noticias/931451-Minsa-fortalece-la-red-nacional-de-telesalud-en-678-establecimientos-del-primer-nivel-de-atencion-con-equipamiento-informatico-y-biomedico>

- Costo incremental del servicio de conectividad.
- Costos del cambio en la cultura organizacional.

¿Cuáles son los beneficios esperados (centrado en el usuario)?

Se facilita la labor asistencial y administrativa al establecerse una organización en red que puede comunicarse y compartir recursos e información para el desarrollo de sus procesos, en particular el referido a la prestación de servicios de salud y los procesos de soporte que se despliegan en la IPRESS, RIS y en el sistema de salud.

Propuestas a mediano y largo plazo

Propuesta N° 1	
Proceso	Financiamiento
Propuesta	Fortalecer al SIS como Fondo de Aseguramiento (IAFAS), para que pueda gestionar eficientemente el financiamiento de los planes de beneficio a su cargo. El SIS deberá recibir un presupuesto equivalente a la prima por afiliado multiplicada por el número de afiliados. A su vez, pagará a los prestadores utilizando mecanismos eficientes de pago, lo que incentivará mayor oportunidad y eficiencia en la prestación.
¿Qué problemas resuelve esta propuesta?	
<p>Actualmente los ciudadanos afiliados al SIS representan el 73.8% del total de asegurados en el país⁸. Es la IAFAS pública más importante por su cobertura poblacional. Sin embargo, su capacidad de comprar prestaciones para garantizar el acceso al Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS) es insuficiente e ineficiente.</p> <p>Los prestadores públicos del ámbito Minsa – GORE que atienden a los asegurados del SIS, tienen, en general, una gestión presupuestal compleja por las múltiples fuentes de financiamiento existentes, lo que obstaculiza la adecuada prestación de servicios y, por ende, la implementación de la política de Aseguramiento Universal en Salud.</p> <p>La propuesta que se presenta busca resolver el problema del acceso a un financiamiento predecible, suficiente y eficiente, conforme se constituya el SIS en una IAFAS pública autónoma que gestiona un fondo. Así podrá cumplir con desarrollar los procesos de recaudación, mancomunación y compra estratégica de servicios, aplicando diferentes modalidades de pago. El SIS podrá incentivar en los prestadores un mejor desempeño, al orientarlos a la búsqueda de resultados sanitarios previamente establecidos.</p>	
¿Qué se requiere adaptar en términos normativos y operativos?	
<p>Normativos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Modificación de la Ley N° 29344, Ley de Aseguramiento Universal en Salud • Modificación del modelo actual de gestión presupuestal del sector salud, DL N° 1440 • Ley de presupuesto del sector público • Convenios entre el SIS, los GORE y DIRIS de Lima • Aplicación efectiva del DS N° 010-2016-SA “Disposiciones para las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud públicas” • Ley N° 29761, Ley de Financiamiento Público de los Regímenes Subsidiado y Semicontributivo del Aseguramiento Universal en Salud. <p>Operativos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cambio organizacional en el SIS para que tenga la capacidad para desarrollar adecuadamente los procesos de recaudación, mancomunación y compra estratégica de servicios. 	

⁸ REGINA. Boletín Informativo SUSALUD, 27 de mayo de 2024.

<ul style="list-style-type: none"> • Implementar las modalidades de pago requeridas. Se sugiere que el financiamiento de las RIS emplee el mecanismo de pago capitado y el empaquetamiento de las prestaciones de servicios de salud por caso resuelto. • El SIS debe velar por la continuidad de la atención de sus asegurados. • El Minsa debe garantizar el cumplimiento del Artículo 22° de la Ley N° 29344 “Criterios para la articulación de las instituciones prestadoras de salud”, para que las IPRESS que brindan atención a los asegurados del SIS articulen sus servicios de acuerdo con los siguientes criterios, entre otros: <ol style="list-style-type: none"> 1. Estandarización de las intervenciones y los manuales de procesos y procedimientos brindados por los prestadores. 2. Aplicación de Guías de Práctica Clínica estandarizadas del PEAS. • Promover la aplicación del DS N° 010-2016-SA “Disposiciones para las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud públicas que organiza los procesos de las IAFAS públicas”.
<p>¿Qué voluntad política se requiere? ¿Dónde está la decisión?</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Se requiere la decisión del más alto nivel en el Poder Ejecutivo y una labor de convencimiento en el Congreso de la República para lograr el respaldo político y la aprobación del marco legal necesario.
<p>¿Cuáles son los costos y riesgos más importantes que deben considerarse?</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Costos de adecuación normativos y operativos, incluyendo la gestión financiera de la IAFAS SIS. • Costo del esfuerzo presupuestal destinado al pago de las IPRESS públicas. • Riesgo de gestionar el cambio del actual modelo de financiamiento en salud.
<p>¿Cuáles son los beneficios esperados (centrado en el usuario)?</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Eficiencia en la gestión de recursos al ordenarse el flujo del financiamiento y por la gestión del riesgo. • Mejora en el acceso de la ciudadanía a una cobertura financiera definida. • Mayor predictibilidad en la administración de recursos para el SIS y las IPRESS públicas. • Posibilidad de que el SIS incentive a los prestadores al logro de resultados sanitarios.

Propuesta N° 2	
Proceso	Financiamiento
Propuesta	Crear un fondo para la cobertura de prestaciones de salud de alto costo de todos los ciudadanos.
¿Qué problemas resuelve esta propuesta?	
<p>En el Perú, la demanda por tratamientos de mayor valor económico viene creciendo. Financiar enfermedades de alto costo puede implicar que las familias incurran en un gasto catastrófico, es decir, aquel que puede empobrecer a las familias y limitar el acceso a los tratamientos. Por ello, es importante financiar las enfermedades asociadas a gastos catastróficos.</p> <p>En el Perú, los tumores malignos son la cuarta categoría con mayor carga de enfermedad (medido según años de vida saludable perdidos) y las enfermedades neoplásicas son la principal causa de muerte prematura (CDC, 2019). Asimismo, en el 2020 se estimaron alrededor de 70 mil casos nuevos y 35 mil defunciones por cáncer (IARC, 2021).</p> <p>Existen diferencias en las coberturas prestacionales ofrecidas por las diferentes IAFAS públicas como el Fondo Intangible Solidario de Salud (FISSAL), EsSalud, el Aseguramiento en Salud de la Policía Nacional del Perú (SaludPol), entre otras, lo que genera una falta de previsibilidad en la protección financiera para enfermedades de alto costo, afectando además un manejo prestacional articulado y de calidad.</p> <p>La brecha en el financiamiento para el tratamiento de enfermedades de alto costo es aproximadamente de 4,164 millones de soles. De este total, la inversión pendiente para el tratamiento de cáncer representa el 68.4% (S/ 2,847 millones).</p> <p>La propuesta tiene por objetivo otorgar cobertura financiera universal a los pacientes diagnosticados con una enfermedad de alto costo y evitar así el gasto catastrófico y empobrecedor en las familias peruanas. Para ello, el Fondo debe lograr la mancomunación de los recursos que actualmente asignan las IAFAS públicas al alto costo, así como establecer primas de reaseguro a cada una de ellas de modo que permita una adecuada gestión del riesgo.</p>	
¿Qué se requiere adaptar en términos normativos y operativos?	
<p>Normativos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ley N° 29761, Ley de Financiamiento Público de los Regímenes subsidiado y semicontributivo del Aseguramiento Universal en Salud - capítulo IV. • DL N° 1163, que aprueba disposiciones para el fortalecimiento del Seguro Integral de Salud – artículo 11. • Ley N° 27056, Ley de creación del Seguro Social de Salud (EsSalud). • Modificación de Ley N° 26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud • DL N° 1163, aprueba disposiciones para el fortalecimiento del Seguro Integral de Salud • DL N° 1173, sobre Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud de las Fuerzas Armadas • DL N° 1174, Ley del Fondo de Aseguramiento en Salud de la Policía Nacional del Perú <p>Operativos:</p>	

<ul style="list-style-type: none"> • Ordenar el presupuesto destinado para delimitar la cobertura del PEAS y de enfermedades de alto costo. Se requiere predictibilidad y capacidad de gestión. • Transformar el FISSAL en una entidad pública con las capacidades necesarias para que asuma la gestión de un Fondo de Alto Costo autónomo, universal e intangible (IAFAS de segundo piso). • Actualizar el marco regulatorio y de supervisión para el sector de seguros y reaseguros estableciendo los estándares de la gestión de riesgos.
<p>¿Qué voluntad política se requiere? ¿Dónde está la decisión?</p>
<ul style="list-style-type: none"> • El Congreso de la República debe aprobar la Ley que permite la Creación del Fondo de Alto Costo con cobertura universal poblacional. • El MEF debe ordenar y asegurar el financiamiento del Fondo de Alto Costo y concentrarlo en una única partida⁹, de acuerdo con un estudio de cálculo de primas. • EsSalud, SaludPol y las IAFAS de las Fuerzas Armadas (FFAA) deben tener la voluntad de mancomunar fondos para diluir el riesgo que implica la cobertura financiera de una enfermedad de alto costo en grupos poblacionales más pequeños.
<p>¿Cuáles son los costos y riesgos más importantes que deben considerarse?</p>
<p>Costos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realización de estudios para definir el diseño de primas de reaseguro. • Financiamiento de la brecha de cobertura. Se debe garantizar al menos la cobertura prestacional de alto costo ofrecida actualmente por el FISSAL. • Financiamiento para la generación de capacidades necesarias del nuevo equipo institucional a cargo del Fondo de Alto Costo. • Desarrollo de capacidades regionales y locales. • Desarrollo de servicios de salud especializados descentralizados. • Generación de un proceso de especialización en la vigilancia de contratos bajo un esquema reaseguro. <p>Riesgos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sostenibilidad financiera del Fondo. Se requiere del soporte del MEF para asegurar su solvencia económica.
<p>¿Cuáles son los beneficios esperados (centrado en el usuario)?</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Los usuarios podrán recibir servicios de salud de alto costo en el marco de una visión integral del diagnóstico, tratamiento y seguimiento del cuidado de la enfermedad. • Al ser un fondo de cobertura universal en el país se mitiga el riesgo catastrófico en las familias peruanas al sufrir este tipo de daños. • Optimización de recursos financieros mediante economías de escala, permitiendo una gestión más eficiente. • Normalización de los tratamientos conforme a estándares de calidad.

⁹ Se propone que sea el FISSAL para aprovechar la experiencia acumulada, pero otorgándole la autonomía necesaria.

Propuesta N° 3	
Proceso	Prestación
Propuesta	Impulsar la implementación de las RIS incluyendo la participación de los establecimientos de salud de EsSalud y del sector privado
¿Qué problemas resuelve esta propuesta?	
<p>Las RIS son el conjunto de organizaciones (IPRESS y Servicios Médicos de Apoyo (SMA)) que presta o hace los arreglos institucionales para brindar una cartera de atención de salud equitativa e integral a una población definida. Su labor es atender las necesidades de salud de los ciudadanos en el territorio nacional.</p> <p>De las 212 RIS proyectadas por el ente rector, el 55.7% están pendientes de conformarse. 15 están consideradas como iniciadores de la implementación, lo cual evidencia el retraso en este proceso. Más aún, en la actualidad solo se considera la oferta de las IPRESS a cargo del Minsa y los GORE para conformar las RIS.</p> <p>La propuesta busca superar este escenario. Se pretende dinamizar la organización y puesta en marcha de una red prestacional nacional que permita la implementación del Modelo de Cuidado Integral de la Salud por Curso de Vida para la Persona, Familia y Comunidad, aplicando la estrategia de Atención Primaria de Salud. Es decir, lograr la mejor cobertura prestacional posible con la oferta pública y privada disponible.</p>	
¿Qué se requiere adaptar en términos normativos y operativos?	
<p>Normativos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Modificación del Reglamento de la Ley N° 30885, Ley que establece la conformación y funcionamiento de las RIS. Deben considerarse medidas para la incorporación efectiva de los prestadores privados y de EsSalud. • Aplicación del DU 017-2019, modificado por el DL N° 1466, que establece medidas para la cobertura universal de salud. En particular, los aspectos referidos a sus artículos 5° De las modalidades y mecanismos de pago que efectúe el SIS, que fundamentó el DS N° 006-2020, y 6° Mejoras en la gestión y eficiencia de la oferta de servicios de salud el cual sustenta la RM N° 177-2023-Minsa, que publica el proyecto de Reglamento que aprueba las "Disposiciones para mejorar la gestión y la eficiencia en la prestación de servicios de salud en las IPRESS del Ministerio de Salud y Gobiernos Regionales". • Convenios entre el SIS, GORE y DIRIS de Lima, entre el SIS y EsSalud y otras IAFAS públicas. Contratos entre el SIS e IPRESS y SMA privados. • Modificación de la norma de categorización (RM N° 546-2011-Minsa que aprueba la NTS N°021-Minsa/DGSP-V.03 "Categorías de Establecimientos del Sector Salud" para operar en una lógica de redes. <p>Operativos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Implementar el Modelo de Cuidado Integral de la Salud por Curso de Vida para la Persona, Familia y Comunidad que se despliega en el territorio. Como modelo centrado en la persona, se cautelará la <i>integración clínica</i> para gestionar la continuidad, complementariedad y coordinación del cuidado integral de salud. • Promover que se implemente el artículo 6 del DU N° 017-2019, modificado por el DL N° 1466 sobre mejoras en la gestión y eficiencia de la oferta de servicios de salud en IPRESS del Minsa y GORE, que incluya como mínimo: (i) La implementación de un sistema en línea de la programación de turnos y citas de la cartera de servicios de salud ofertados por todas las IPRESS, y su publicación en el portal del Minsa, de los GORE y de SUSALUD, (ii) La 	

automatización de los servicios de apoyo al diagnóstico; (iii) La automatización de la prescripción y dispensación de los medicamentos para el público usuario; (iv) La implementación de la contabilidad de costos de la cartera de servicios de salud y la valorización individual (v) La implementación y uso de los aplicativos informáticos correspondientes en las unidades ejecutoras de salud del Gobierno Nacional y Gobierno Regional responsables de la provisión de servicios de salud; y (vi) La publicación de indicadores de desempeño de las IPRESS (insumos, procesos, calidad, resultados).

¿Qué voluntad política se requiere? ¿Dónde está la decisión?

- Se requiere la decisión del más alto nivel en el Poder Ejecutivo, el compromiso del Minsa y de los GORE para implementar los cambios necesarios.

¿Cuáles son los costos y riesgos más importantes que deben considerarse?

- Costos asociados al cambio en el modelo organizacional, por la posible resistencia en equipos que perciban amenaza al *statu quo*.
- Costo de optimización del flujo de información, definición de la toma de decisiones y confianza entre subsistemas y nuevos actores relevantes.
- Costos del diseño y adecuación de la política para lograr una operación eficiente.
- Costo del esfuerzo presupuestal destinado al pago de las IPRESS públicas y privadas.
- Riesgo de gestionar el cambio del actual modelo de gestión prestacional.

¿Cuáles son los beneficios esperados (centrado en el usuario)?

- Garantía de cobertura sanitaria para la población a través de las RIS. El acceso al sistema será mediante el primer nivel de atención y se establecerá un flujo adecuado de referencia y contrarreferencia.
- Se contribuye a la organización de una red nacional de UGIPRESS, IPRESS y SMA que brindan cobertura prestacional en el territorio.
- Mejora en la gestión y organización de la oferta de servicios de salud, ampliando la disponibilidad efectiva para los ciudadanos mediante el aprovechamiento de recursos públicos y privados.
- Facilita la planificación eficiente de recursos, con roles definidos, y se promueve una mayor coordinación entre subsistemas y niveles de gobierno. Se deberá reducir la carga administrativa de las IPRESS.

Propuesta N° 4	
Proceso	Prestación
Propuesta	Crear dos entidades encargadas de la gestión de la prestación en Lima Metropolitana: una primera Unidad de Gestión de IPRESS (UGIPRESS), asignada al primer y segundo nivel de atención, y una segunda UGIPRESS para hospitales nacionales, incluidos los institutos especializados de alcance nacional.
¿Qué problemas resuelve esta propuesta?	
<p>El Minsa es el ente rector del Sistema Nacional de Salud (SNS), pero, además en Lima Metropolitana tiene a su cargo la gestión de la prestación. Específicamente, administra las 4 Direcciones de Redes Integradas de Salud (DIRIS) y sus respectivas IPRESS, coordina con los hospitales nacionales e institutos especializados. Esta labor le resta dedicación y capacidad a su rol como conductor.</p> <p>Por ello, se propone la separación de funciones. Se favorecerá la especialización de las entidades en la ejecución de los procesos en el sector salud lo que incrementará su eficiencia. Esta propuesta tiene por objetivo que el Minsa se concentre solo en el ejercicio de la rectoría. Para ello, se delegarán en la Municipalidad Metropolitana de Lima las funciones de prestación, tal como sucede en el resto de las regiones en el país.</p> <p>Además, por su naturaleza especializada, se propone la creación de una UGIPRESS que articule la oferta hospitalaria macrorregional, nacional y especializada en todo el territorio.</p>	
¿Qué se requiere adaptar en términos normativos y operativos?	
<p>Normativos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Actualizar la Resolución de Secretaría de Descentralización N° 343-2011-PCM/SD que aprueba el Plan de Acción para la Transferencia de las Funciones Sectoriales de Salud a la Municipalidad Metropolitana de Lima. • Modificar la nonagésima disposición complementaria final de la Ley N° 31953, "Ley de Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2024" en la cual se establece la suspensión de transferencias de competencias sectoriales y recursos del Ministerio de Salud a la Municipalidad Metropolitana de Lima. • Puesta en marcha, a partir de la emisión de una Resolución Ministerial, del proceso de transferencia las DIRIS que integran el pliego del Minsa, los hospitales e institutos especializados al régimen especial de Lima Metropolitana. • Promover una iniciativa legislativa para crear la UGIPRES a cargo de la oferta hospitalaria en el país, entidad que podría ser un Pliego Presupuestario. <p>Operativos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La Oficina General de Gestión Descentralizada del Minsa debe elaborar, en coordinación con la Municipalidad Metropolitana de Lima, un plan de transferencia de competencias sectoriales. • Organización y desarrollo de instrumentos de gestión para la UGIPRESS Lima Metropolitana y la UGIPRESS a cargo de los hospitales macrorregionales, nacionales e institutos especializados. • Creación y puesta en marcha de las nuevas unidades de gestión, así como preparación y estrategia de reasignación de recursos humanos capacitados. 	
¿Qué voluntad política se requiere? ¿Dónde está la decisión?	

- Se requiere la decisión política del Minsa y del MEF para transferir los recursos económicos y conformar las UGIPRESS mencionadas.
- El alcalde de la Municipalidad Metropolitana de Lima debe estar de acuerdo con el proceso y participar activamente en la transición del otorgamiento de las funciones.
- Los Gobiernos Regionales con hospitales de alcance macroregional deben estar convencidos de las bondades de contar con una UGIPRESS que articule la oferta compleja a nivel nacional.

¿Cuáles son los costos y riesgos más importantes que deben considerarse?

Costos:

- Desarrollo de capacidades para garantizar una adecuada gestión de la red de establecimientos de salud en Lima Metropolitana.
- Costo de la UGIPRESS a cargo de la oferta hospitalaria.

Riesgos

- Generación de nueva burocracia, aunque se espera que esta sea más eficiente al tener roles claros.
- Se puede debilitar aún más la gestión sanitaria en Lima Metropolitana por limitaciones en las capacidades del equipo municipal a cargo.

¿Cuáles son los beneficios esperados (centrado en el usuario)?

- La articulación de la oferta especializada en el país beneficiará su organización y operación, por ejemplo, con una mejor operación del sistema de referencia y contrarreferencia.
- El Minsa tendrá mayor capacidad para ejercer su función rectora y de conducción del sector salud de un modo competente.

Propuesta N° 5	
Proceso	Información
Propuesta	Puesta en marcha de la historia clínica electrónica (HCE) y de un sistema de planificación y gestión de recursos (ERP) en los establecimientos de salud públicos. Se promoverá la interoperabilidad de los sistemas críticos de información.
¿Qué problemas resuelve esta propuesta?	
<p>Actualmente, la mayor parte de ciudadanos que se atienden en IPRESS públicas carecen de una HCE. Los profesionales de la salud no cuentan con la información necesaria para brindar una buena calidad de atención ni para cautelar la <i>integración clínica</i>. Solo el 14.3% de los establecimientos del Primer Nivel han implementado la HCE 2024 (REUNIS 2024)</p> <p>Más aún, en la red pública de servicios de salud subsisten cientos de aplicativos con soluciones parciales y fragmentadas para atender las necesidades de datos e información de los diferentes usuarios, en los distintos niveles de gobierno. Esta situación genera inseguridad, pérdida de oportunidad, duplicidad de registros, entre otros aspectos, que afectan la atención de salud y la gestión sanitaria.</p> <p>La propuesta busca el desarrollo de la interoperabilidad de los sistemas de información críticos para disponer de datos e información necesarios para el desarrollo de los procesos misionales del sistema nacional de salud. En particular, promueve la implementación de la HCE y la adopción de un ERP para mejorar la gestión de las RIS.</p> <p>El momento puede ser propicio para llevar a cabo esta propuesta, pues actualmente existe un clima favorable para la digitalización en salud.</p>	
¿Qué se requiere adaptar en términos normativos y operativos?	
<p>Normativos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030. “Perú país saludable” en lo concerniente a implementar canales y servicios digitales para brindar información clara y oportuna sobre los servicios de salud a las personas. • R.M. N° 816-2020-Minsa. Documento Técnico Agenda digital del sector salud 2020 – 2025. • R.M. N° 1174 – 2023. Plan Estratégico Sectorial Multianual 2024 – 2030. Sector Salud. • Ley N° 30024, Ley que crea el Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas y modifica el Decreto Legislativo N° 1306. Se crea el Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas como la infraestructura tecnológica especializada en salud que mantiene la información de la historia clínica electrónica. • Decreto Supremo N° 009-2017-SA, que aprueba el Reglamento de la Ley N° 30024, Ley que crea el Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas • R.M. N° 356-2022/MINSA que dispone que los Sistemas de Información de Historias Clínicas Electrónicas cuya titularidad sea ejercida por el Minsa, se denomine Sistemas de Información de Historias Clínicas Electrónicas - SIHCE del Minsa <p>Operativos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Establecimiento de los estándares y procesos de interoperabilidad. • Implementación de los sistemas de historia clínica electrónica - SIHCE en todas las IPRESS públicas con conectividad. Debe valorarse el avance 	

<p>logrado por EsSalud que emplea el sistema Servicio de Salud Inteligente – ESSI.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Organización del Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas - RENHICE como repositorio de las HCE generadas por las IPRESS del territorio nacional. • Implementación de los sistemas de información HCE/ERP en las IPRESS públicas, promoviendo el intercambio de información en línea con otras UGIPRESS, IPRESS e IAFAS del país. • Diseño y empleo de indicadores críticos sectoriales para evaluar el desempeño del SNS, generados por los sistemas de información en uso en las RIS.
<p>¿Qué voluntad política se requiere? ¿Dónde está la decisión?</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Se requiere de la decisión política del Minsa y el compromiso del MEF para asegurar el financiamiento del proceso y dar sostenibilidad a los cambios. • Es importante el compromiso político de los GORE en el respaldo de la estrategia.
<p>¿Cuáles son los costos y riesgos más importantes que deben considerarse?</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Cambio en la cultura organizacional de las IPRESS públicas. Parte del personal puede no desear adaptarse a una gestión sustentada en información y evidencia. • Costos de implementación de las soluciones tecnológicas, incluyendo, la adquisición y desarrollo de soluciones, así como el equipamiento y desarrollo de competencias en los actores.
<p>¿Cuáles son los beneficios esperados (centrado en el usuario)?</p>
<ul style="list-style-type: none"> • El usuario final recibirá cuidados de salud más seguros, de mayor calidad, con mejor oportunidad y reduciendo el gasto de bolsillo o del presupuesto público. • Los profesionales de la salud tomarán decisiones con datos e información disponible y confiable. • Los gestores dispondrán de mejores elementos de juicio para tomar decisiones sobre los recursos públicos que administran.

Anexo N° 2: Revisión sobre el porcentaje de aporte a las EPS y el sistema de salud en Francia

1. Recomendación sobre porcentaje actual de aporte a las EPS

El año 1997 la Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud, Ley N° 26790 creó a las Entidades Prestadoras de Salud (EPS) que son las empresas e instituciones públicas o privadas distintas de EsSalud, cuyo único fin es el de prestar servicios de atención para la salud, con infraestructura propia y de terceros (artículo 13). Esta ley establece que las Entidades Empleadoras que otorguen coberturas de salud a sus trabajadores en actividad, mediante servicios propios o a través de planes o programas de salud contratados con EPS, gozarán de un crédito respecto de las aportaciones (artículo 15), equivalente al 25% de la contribución a la que se refiere el inciso a) del Art. 6¹ (artículo 16).

También la ley precisó que las prestaciones del Seguro Social de Salud, que incluye a las EPS, en ningún caso podrán tener una cobertura inferior al Plan Mínimo de Atención (artículo 9). Esto es luego denominado **Capa Simple**² (artículo 2 del D.S. N° 009-97 SA).

Posteriormente, el año 2009 se establece en la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, el **Plan Esencial de Aseguramiento en Salud** (PEAS), que es una lista priorizada de condiciones asegurables e intervenciones que **como mínimo** son financiadas a todos los asegurados por las instituciones administradoras de fondos de aseguramiento en salud (IAFAS), sean estas públicas, privadas o mixtas, con garantías explícitas de oportunidad y calidad (artículo 13 de Ley N° 29344). El Reglamento de la Ley establece que el PEAS reemplaza a la Capa Simple definida en el artículo 2 del D.S. N° 009-97 SA (artículo 96). Por tanto, el Plan de Salud ofertado por una EPS debe considerar por lo menos las condiciones asegurables contenidas en el PEAS (artículo 101).

Esta decisión cambia las reglas de juego establecidas en la Ley N° 26790, pues se pasa de una cobertura orientada al cuidado de patologías sencillas y frecuentes, habitualmente de manejo ambulatorio (capa simple), a otro escenario de atención integral que requiere oferta de baja, mediana e incluso alta complejidad (PEAS). Por tanto, se recomienda calcular el porcentaje de los aportes a que se refiere el Art. 16 de la Ley N° 26790, mediante un estudio actuarial y de previsión de costos. Se debe

¹ Literal modificado por el Artículo 1 de la Ley N° 28791, publicada el 21 julio 2006: "a) Afiliados regulares en actividad: El aporte de los trabajadores en actividad, incluyendo tanto los que laboran bajo relación de dependencia como los socios de cooperativas, equivale al 9% de la remuneración o ingreso..."

² Conjunto de intervenciones de salud de mayor frecuencia y menor complejidad detalladas en el Anexo 1 del D.S. 009-97 SA.

considerar, por un lado, los costos que enfrentan las EPS y por el otro, los costos de EsSalud bajo supuestos de eficiencia y calidad razonables.

2. Sistema de salud en Francia

- La inscripción en el sistema de seguro de salud de Francia es obligatoria. Este cubre la mayoría de los costos hospitalarios, de atención médica y de atención a largo plazo, así como los medicamentos recetados. Los pacientes son responsables del coseguro, los copagos y las facturas de saldo por los honorarios médicos que exceden las tarifas cubiertas
- 95% de los ciudadanos tiene un seguro complementario (CHI) para ayudar a reducir estos gastos de bolsillo, así como cubrir la atención dental, auditiva y visual.
- En el 2000 se crea un sistema de cobertura de salud para residentes que no han sido admitidos en el seguro de salud obligatorio (SHI) de los empleados. Desde enero del 2016 la elegibilidad para SHI fue otorgada de manera universal.
- La prestación de atención médica en Francia es una responsabilidad nacional. El Ministerio de Asuntos Sociales, Salud y Derechos de la Mujer es responsable de definir la estrategia nacional de salud.
- Este Ministerio está representado en las regiones por las Agencias Regionales de Salud, las cuales son responsables de coordinar la salud de la población y la atención médica, incluyendo la prevención y la prestación de cuidados, la salud pública y la atención social.
- En el 2017, el gasto total en salud de Francia constituyó el 11.5% del PBI, de los cuales el 77% correspondió a financiamiento público.

2.1 Sobre el SHI y la estrategia de vouchers en salud

- El *statutory health insurance* o Seguro de Salud Obligatorio (SHI) en Francia es universal y ofrece una amplia canasta de beneficios, aunque se requiere el copago para cubrir todos los servicios esenciales. La dependencia de la población al seguro complementario privado (CHI) para cubrir estos costos directos ocasiona pagos promedio muy bajos de bolsillo (OOP), y tiene implicancias sobre la solidaridad, la redistribución financiera y la eficiencia en el sistema de salud.
- El financiamiento del SHI se compone 53% de los impuestos pagados por los trabajadores y sus empleados; 34% del impuesto nacional a la renta; 12% por impuestos aplicados al tabaco y al alcohol, a la industria farmacéutica y a los seguros de salud complementarios (CHI); y un 1% proviene de subsidios del Estado.
- El SHI no cubre todos los gastos de atención médica. Existen copagos considerables para casi todos los servicios de salud y la posibilidad de facturación adicional por parte de algunos profesionales. En general, se espera que los beneficiarios paguen por adelantado la atención ambulatoria y reclamen

el reembolso a los fondos de seguro (tanto SHI como CHI), basándose en tarifas predefinidas. Aunque los proveedores aceptan cada vez más un sistema de pago por terceros, que exime a los pacientes de pagar el costo total de la atención en el punto de uso, el pago directo sigue siendo común en el sector ambulatorio. La parte de los costos cubierta por el SHI varía según el tipo de servicio y tipo de medicamento: el 70% de los costos de visitas ambulatorias, aproximadamente el 80% de los costos de atención hospitalaria y entre el 15% y el 100% del costo de los fármacos aprobados.

- Para reducir la carga de los copagos para los grupos de ingresos más bajos (personas que viven 20% por debajo del límite de pobreza), en 2000 se introdujo un esquema complementario de seguro de salud financiado por el estado (CMU-C). Además, en 2004 se introdujeron vouchers de CHI (ACS) para subsidiar la compra de CHI privado para personas que no son elegibles para la CMU-C pero cuyos ingresos están por debajo del límite de pobreza. Estos esquemas fueron reemplazados por uno nuevo (Complémentaire santé solidaire, C2S) en 2019 para cubrir a todas las personas que viven por debajo del límite de pobreza. Este seguro complementario público permite una cobertura del 100% de los costos de servicios y medicamentos incluidos en la canasta de beneficios (sin compartir costos). También tiene una mejor cobertura de atención dental y óptica, que son mal reembolsadas por el paquete básico del SHI. Además, los pacientes están exentos de pagos por adelantado y los profesionales no pueden facturar adicionalmente a los pacientes bajo este esquema. El umbral de ingresos para beneficiarse de este esquema depende de los ingresos del hogar y varía según su composición (aproximadamente €9000/año para una persona sola o €13560/año para una pareja).
- Históricamente, las gafas, lentes de contacto, coronas dentales, puentes, dentaduras y tratamientos de ortodoncia para adultos han sido mal reembolsados por el SHI. En 2020, la reforma "100% Salud" (100% Santé) introdujo una nueva canasta de beneficios para estos servicios, regulando los precios de la atención dental básica, incluidas coronas, puentes y dentaduras básicas, así como gafas y audífonos para mejorar la equidad en el acceso.
- Sin embargo, la persistente e incluso creciente cobertura desigual del CHI (con costos que aumentan con la edad, sin relación con los ingresos) llevó al gobierno a lanzar, en 2021, una consulta de alto nivel sobre el papel del CHI en la financiación de la salud. Las propuestas que se debaten incluyen la eliminación de la compartición de costos para servicios esenciales (reembolso del 100% por parte del SHI), pero al 2023 no había acuerdo sobre la definición de este nuevo paquete de beneficios (es decir, servicios esenciales).

2.2 Recomendaciones sobre la experiencia en Francia

- De acuerdo al Banco Mundial, el diseño original de Francia, basado en la compartición de costos para todos los servicios, requirió el lanzamiento de esquemas complementarios para abordar las desigualdades. El programa de seguro financiado por el Estado para los más pobres (Cobertura Médica Universal), materializado por el Seguro de Salud Obligatorio (SHI), ha mejorado el acceso a la atención para estos grupos, pero el costo-efectividad de otras medidas como vouchers (reemplazado por el Complémentaire santé solidaire, C2S) e incentivos financieros para promover el acceso a seguros de salud complementarios ha sido questionable. Esta última afirmación se sustenta en problemas registrados como la negación a la atención por parte de algunos profesionales de la salud, en el menor acceso a servicios de salud de aquellos que se encuentran ligeramente por encima del umbral de selección al esquema y a la baja regulación de los contratos que podría favorecer la sobreutilización de los recursos.
- La experiencia de Francia sugiere que un diseño de SHI más integral para los servicios esenciales puede ser más rentable para abordar las desigualdades, que ajustes incrementales a través de diferentes esquemas complementarios.

3. Bibliografía

Barroy, H., Or, Z., Kumar, A. & Bernstein, D., 2014. *Sustaining Universal Health Coverage in France: A Perpetual Challenge*, Washington: s.n.

Chevreur, K., Brigham, K., Perronnin, M. & France. In: Sagan A, T. S. e., 2016. *Voluntary health insurance in Europe: Country experience*, Copenhagen : s.n.

The Commonwealth Fund, 2020. *International Health Care System Profiles France*. [En línea]

Available at: <https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/france>

[Último acceso: 28 06 2024].

World Health Organization, 2023. *France Health system review*, Copenhagen: s.n.