

## **Hoja de ruta del sector salud: un aporte desde el sector privado**

Desde ComexSalud estamos firmemente comprometidos con impulsar mejores políticas públicas que pongan al ciudadano por delante. En tal sentido, la *Hoja de ruta del sector salud: un aporte desde el sector privado* constituye un documento guía con las recomendaciones prioritarias para brindar un mejor servicio de salud centrado en el paciente, que evite la inequidad social, con una cobertura amplia y estandarizada, y que promueva la innovación, en beneficio de todos los peruanos. La salud es un derecho fundamental que debe garantizarse a todo nivel, de modo que el crecimiento económico se traduzca en una mejor calidad de vida.

**Lima, 18 de noviembre de 2019**

## DIAGNÓSTICO Y PROBLEMÁTICA DEL SECTOR SALUD

### **A. Sistema público de salud**

- Tenemos un sistema público altamente dividido y fragmentado, que termina por afectar la calidad del servicio: MINSA, con el SIS; MTPE, con ESSALUD; y las sanidades de las FF.AA. y la PNP. Pero esta fragmentación no acaba allí, pues solo los establecimientos de salud de Lima son administrados por el MINSA, mientras que el resto es gestionado por las respectivas direcciones regionales de salud (DIRESAS), gerencias regionales de salud (GERESAS) o direcciones de redes integradas de salud (DIRIS).
- La cobertura aún es limitada. Un 23.6% de la población aún no cuenta con algún tipo de seguro, un 74.7% accede a un seguro público (47.3% al SIS, 26.2% a ESSALUD y 1.4% al seguro de las FF.AA. o PNP) y tan solo un 3.6% cuenta con seguro privado (2% con seguro particular, 1.1% con EPS, 0.5% con seguro universitario y 0.2% con otros) (ENAHO, 2018). Además, nuestro país cuenta con una menor cobertura financiera en comparación con otros países de la región, según Videnza Consultores.
- Existe un retraso en la adopción de innovación. El retraso en la adopción de tratamientos (medicamentos) es de 15 años o más y muchos tratamientos nunca llegan a ser cubiertos. Dada la migración de la carga de enfermedades hacia aquellas no transmisibles, es indispensable acelerar este proceso.
  - ✓ Por ejemplo, los medicamentos incluidos en el Listado Complementario de Productos Oncológicos en 2017 incluyó productos lanzados en el mundo el 2003, 2004 y 2005. Ningún producto posterior a tal periodo ha sido incluido en un Petitorio Nacional, inclusive contando con la aprobación de las autoridades estadounidenses y europeas (FDA y EMA), lo que implica que los pacientes tengan que pagar por ellos cuando deberían estar cubiertos por el sistema de salud (público o privado), tal como ocurre en muchos países de la región.
  - ✓ Los tratamientos de alto costo actualmente no tienen una periodicidad de revisión para decidir coberturas. El procedimiento implementado en 2018 para cobertura de tratamientos nuevos no está operativo. La evaluación de tecnologías sanitarias aún es poco predecible, sin criterios participativos, con poca transparencia y sin participación de la industria, academia, pacientes y sociedad civil organizada. Por ello, es imprescindible asegurar mayor transparencia en la formulación de los petitorios de medicamentos, con mayor participación de los sectores mencionados.
- Existe un sistema deficiente de gestión y logística de los medicamentos, que origina un desabastecimiento crónico del sector y conlleva a que los medicamentos tengan que ser pagados por el paciente o sus familiares (gasto de bolsillo).
  - ✓ A pesar de que el Estado realiza el aseguramiento en establecimientos del MINSA y de los Gobiernos regionales, casi uno de cada dos pacientes que recibe receta médica por consulta externa (79.5% del total) debe comprar la totalidad o parte de sus medicinas con recursos propios (ENSUSALUD, 2016). De lo contrario, no se trata o acude a opciones “más baratas” con mayor riesgo de adquirir medicamentos ilegales. En promedio, el gasto de bolsillo en salud constituye alrededor del 30% (Montañez Ginocchio, 2018; IQVIA, 2018).
  - ✓ Los resultados demuestran que la descentralización hay traído problemas en el abastecimiento de medicamentos, por lo que se requiere reevaluar la política de abastecimiento actual e implementar un sistema logístico más eficiente y una mejor estimación de la demanda.
  - ✓ A setiembre de 2019, un 33.6% de los establecimientos de atención primaria<sup>1</sup> a nivel local tenía un bajo nivel de disponibilidad de medicamentos esenciales, un 30.5% con disponibilidad regular, un 27.3% con disponibilidad alta y tan solo un 8.6% contaba con la cantidad óptima, según el Sistema Integrado de Suministro de Medicamentos e Insumos Médico-Quirúrgicos.

---

<sup>1</sup> Puestos de salud, postas de salud, centros de salud y centros médicos (categorías I-1, I-2, I-3 y I-4)

- ✓ Si se analizan el segundo<sup>2</sup> y el tercer<sup>3</sup> nivel de atención, el panorama tampoco mejora. Se evidencia que en casi todos los hospitales del país, existe una gran cantidad de medicamentos en sobre *stock* (con disponibilidad para cubrir la demanda por más de seis meses y, en consecuencia, con riesgo de vencimiento) o en sub *stock* (no pueden cubrir su demanda de consumo por más de dos meses). En general, la mayor parte de los hospitales adolece de desabastecimiento, poca o excesiva disponibilidad de la mayor parte de sus medicamentos.
- La inversión en salud debe incrementarse y la ejecución presupuestal es aún baja y tiene una gran ventana de mejora. La inversión en salud como porcentaje del PBI en el Perú es de 3.3%, según datos del Banco Mundial, cuando el promedio de la región bordea un 4% y el de la OCDE un 10.1%. Por otro lado, si bien la ejecución presupuestal es solo una aproximación a la eficiencia en este proceso, nos está indicando que hay dinero que no se está empleando para solucionar el problema de desabastecimiento en el sector.
  - ✓ En nuestro país, el 9.1% de la población tiene riesgo de gasto catastrófico como consecuencia de una intervención quirúrgica. Además, actualmente el Estado destina alrededor del 50% del presupuesto que se necesita para atender apropiadamente a los pacientes con patologías de alta complejidad, según Videnza Consultores.
  - ✓ En el Perú, la compra de productos farmacéuticos incluye a las vacunas y los medicamentos, principalmente, y la ejecución promedio del gasto, entre 2009 y 2018, ha alcanzado un 92.5% y un 78.5%, respectivamente.
  - ✓ A octubre de 2019, dos meses antes de cerrar el año, solo un 50% y un 51.2% del gasto en vacunas y medicamentos había sido ejecutado, respectivamente. Además, vale recalcar que la compra de dichos medicamentos está fragmentada, alrededor de un 60% la realiza el Gobierno nacional y un 40%, los Gobiernos regionales.
  - ✓ Si analizamos solo el gasto de los pliegos presupuestales del sector salud, el MINSA y el INEN, se evidencia una ejecución eficiente hasta 2016. En los años siguientes, en cambio, se situó por debajo del 80%.
- Existe brecha de profesionales y falta de planeamiento en la asignación del presupuesto para personal.
  - ✓ Por ejemplo, en ESSALUD se calcula que faltan incorporar 9,000 profesionales de enfermería y 5,000 médicos, según la OIT (2019), y en el MINSA hacen falta más de 16,000 especialistas, según datos del propio MINSA.
  - ✓ Además, el sistema de salud peruano presenta una mayor proporción de personal administrativo respecto a la proporción de médicos, lo cual muestra una clara discordancia frente a las recomendaciones de la OMS. El *benchmark* internacional sugiere que deben existir alrededor de 5 médicos por cada personal administrativo. Según cifras para el 2016, en el MINSA y los Gobiernos regionales tal ratio fue de 0.5 (1 médico por cada dos administrativos), en ESSALUD de 0.8, en la PNP de 0.2 y en las FF.AA. de 5.1.
- Las atenciones necesitan una mejor focalización, de acuerdo con su complejidad. Según el informe *Por una salud de calidad 2019* de la Contraloría General de la República, en adelante Informe CGR, el 53.7% de las intervenciones quirúrgicas realizadas en los establecimientos de mayor complejidad (nivel III) fueron de “baja” y “mediana” complejidad, lo que revela mala focalización de la atención. Además, el 68.8% de las atenciones de emergencia que se hicieron en los hospitales públicos durante el 2018 fue catalogado como “Prioridad III y IV”, es decir, no son propiamente “Emergencias”.
- Los avances del sector público son aún lentos. Los resultados del Informe CGR revelan que el 65.6% de las observaciones realizadas en la visita de control 2018 persisten. Por ejemplo, un 45% de los establecimientos de salud no implementaron indicadores de gestión, a pesar de observaciones persistentes. Además, 19 establecimientos reportaron no contar con ningún sistema de control del *stock* de sus medicamentos.

<sup>2</sup> Hospitales y clínicas de atención general o con mayor especialización (categorías II-1, II-2 y II-3)

<sup>3</sup> Hospitales y clínicas de atención general con mayores unidades productoras de servicios de salud y servicios en general e institutos especializados (categorías III-1, III-2 y III-3)

- El mantenimiento de los establecimientos de salud de atención primaria es insuficiente. Según la Resolución Ministerial N° 358-2019/MINSA, el 55% de los establecimientos de salud de categoría I y el 79.3% de hospitales cuentan con una capacidad instalada inadecuada, es decir, poseen una infraestructura precaria, equipamiento obsoleto, inoperativo o insuficiente. A esto se suma que, según el Informe CGR, tan solo el 1% del presupuesto total de los establecimientos de salud inspeccionados fue destinado a su mantenimiento, lo cual da cuenta del limitado esfuerzo por garantizar instalaciones de calidad.
- En cuanto a ESSALUD, el problema principal es administrativo/financiero.
  - ✓ Actualmente, las funciones de financiamiento y prestación no se encuentran separadas.
  - ✓ Existe gran capacidad en operaciones complejas, pero se requiere mayor atención en la atención primaria para descongestionar los establecimientos de mayor complejidad y focalizar mejor la atención.
  - ✓ Existe un retraso en la adopción de innovación de tratamientos y medicamentos.
  - ✓ Existe un gran problema de sostenibilidad financiera por las deudas que enfrenta y los diferentes regímenes de aporte.
- Los pacientes muchas veces prefieren no acudir al sistema público. Por todo lo anterior, a pesar de que la mayor parte de peruanos cuenta con un seguro público (74.7%), del 58.2% de la población que se enfermó en 2018, un 44.5% no buscó atención y tan solo un 23.8% acudió a un establecimiento público; mientras que un 22.8% fue a una botica o farmacia y un 8.2%, a una clínica o consultorio particular (ENAHO, 2018).

## **B. Mercado farmacéutico**

- El sector público es el mayor participante del mercado farmacéutico (en unidades). Hacia 2018, los hospitales públicos representaron casi un 80%, lo cual se ha mantenido estable en los últimos años, y el sector *retail* abarcó un 18.2% (IQVIA, 2018).
- Los precios no constituyen el problema central. Si bien es común escuchar en los medios de comunicación que los precios de los medicamentos son desproporcionados, hay estudios como el de [Ipsos](#) que demuestran que nuestro país tiene, en promedio, precios más baratos (entre 60% y 92% menores) que muchos países de la región, incluso que aquellos con controles de precios como Colombia y Ecuador. El estudio encuentra que los precios de las medicinas más comunes son 30% menores en Perú en comparación al promedio de América Latina.
- El problema de genéricos en el Perú pasa por implementar la Ley de Intercambiabilidad (Ley 29459, DS 024-2018/MINSA) de forma gradual, que garantizaría que los “genéricos” sean intercambiables, es decir, demuestren mediante estudios que su efecto terapéutico es el mismo que su par de marca. Así, un ciudadano podría comprar un medicamento genérico, por lo general más asequible, teniendo la tranquilidad de que funciona igual que el original, facilitando así el acceso y mejorando la salud de la población.
  - ✓ DIGEMID se ha demorado 10 años en publicar el reglamento y ha empezado con solo 7 productos de 1,500.
  - ✓ La necesidad de la intercambiabilidad surge porque el registro sanitario no garantiza que el medicamento genérico tenga el mismo efecto que uno de marca. Actualmente, DIGEMID supervisa que los laboratorios cuenten con insumos adecuados, que exista un control de calidad para que los resultados obtenidos sean reproducibles y que los procesos de producción, almacenamiento y dispensación se realicen siguiendo las mejores prácticas. Sin embargo, no evalúa qué sucede cuando el paciente consume un medicamento y si este es seguro y eficaz respecto a su par de marca, según un estudio sobre intercambiabilidad elaborado por Apoyo Consultoría.

## **RECOMENDACIONES PRIORITARIAS**

Asegurar que cada persona que se atienda en un establecimiento de salud en el Perú tenga acceso a un tratamiento oportuno y adecuado, para lo cual se debe:

1. **Aseguramiento:** Incorporar a la población sin ningún seguro al sistema público, con coberturas suficientes.
2. **Inversión en salud y financiamiento de enfermedades catastróficas:** Asegurar una adecuada inversión en salud e incrementar año a año la misma en 0.5% del PBI. Asimismo, crear un Fondo que permita financiar las enfermedades catastróficas de alto costo, que asegure la cobertura de los tratamientos de dichas enfermedades para todos los sub-sistemas de salud del Perú.
3. **Implementar un proceso permanente de adopción de nuevos tratamientos:** Dicho proceso debe incluir un Proceso de Evaluación de Tecnologías Sanitarias con participación de la comunidad médica, de los pacientes y de la industria privada, destrabando el proceso de compra de productos fuera del Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales (PNUME), considerando el enorme atraso que existe en este. Por ello, es imprescindible asegurar mayor transparencia en la formulación de los Petitorios de Medicamentos, utilizando metodologías modernas multicriterios (MCDA), con mayor participación de la academia, sociedad civil y el sector privado. Si bien el Proyecto de Ley 01711/2016-CR referido a la participación ciudadana en este proceso se aprobó en setiembre del presente año y se remitió la autógrafa, su promulgación y la subsecuente elaboración del reglamento por parte del Ministerio de Salud aún quedan pendientes.
4. **Modernizar los procesos de gestión de los medicamentos:** Los resultados demuestran que una descentralización en este proceso no ha traído resultados muy alentadores, por lo que se requiere reevaluar la política de abastecimiento actual e implementar un sistema logístico más eficiente. En este sentido, se debe renovar el sistema de compras de medicamentos, principalmente en el caso de productos únicos, para obtener condiciones comerciales distintas a las tradicionales que benefician a los pacientes y al Estado, como por ejemplo, pago por resultados, pagos por tratamientos y no por producto, límites de compra, etc.
5. **Mejorar el sistema de gestión de infraestructura y equipamiento de los establecimientos de salud:** Más de la mitad de los establecimientos de diversa complejidad cuentan con una infraestructura inadecuada, por lo que las condiciones mínimas para una prestación de calidad deben monitorearse a tiempo real y con mayor frecuencia. Asimismo, promover las redes de intercambio prestacional. Aprovechar la infraestructura del privado para brindar mayores y mejores prestaciones en salud.
6. **Promover mayor participación del sector privado en la gestión de salud:** Se puede realizar a través de APP, como los casos exitosos de Salog (logística) y de hospitales de ESSALUD (bata blanca), así como promover el intercambio prestacional para servicios específicos. Por otra parte, si se busca mejorar el abastecimiento de medicamentos, se podría implementar la Ley de Farmacias Inclusivas (DL 1165, 7 diciembre 2013). Esto permitiría mayor acceso para los pacientes apoyados por una red de cadenas y boticas privadas; una reducción del gasto de bolsillo y la lucha frontal al mercado de medicamentos ilegales (Videnza, 2019).
7. **Crear la Superintendencia Nacional de Medicamentos, Insumos y Drogas (SUNAMID):** Convertir a la DIGEMID (dirección de línea del MINSa) en un organismo público (Autoridad de Nivel VI), con la autonomía funcional, técnica, administrativa, económica, financiera y presupuestal necesaria para desarrollar sus actividades más eficientemente. Esta garantiza su independencia con un Director Ejecutivo elegido por concurso público, y contando con un Consejo Directivo (integrado por distintas entidades públicas) y Consejo Consultivo (conformado por representantes de la academia, organizaciones civiles y empresariales).

Además, se deben aprovechar los análisis de calidad regulatoria y la VUCE 2.0 para depurar y simplificar los procedimientos administrativos de la entidad.

8. **Implementar la Ley de Intercambiabilidad:** Darle mayor celeridad y alcance a la Ley 29459 y al DS 024-2018/MINSA. Con la implementación gradual de esta se reducirá la asimetría de información, pues el registro sanitario actualmente no garantiza la eficacia del efecto de los medicamentos genéricos.
9. **Crear el Observatorio de Precios, Disponibilidad, Bioequivalencia, Biosimilaridad y Calidad de los productos farmacéuticos:** Actualmente, DIGEMID cuenta con un observatorio de precios y otro de calidad (reporta pesquisas a los medicamentos), pero ambos aún no son muy conocidos ni tampoco muy amigables al usuario. Además, en el caso del observatorio de precios, la información reportada es principalmente de Lima y no comprende otras regiones.
10. **Separar la prestación del financiamiento en el caso de ESSALUD:** La medida permitirá que se puedan focalizar esfuerzos en garantizar la sostenibilidad financiera y una atención de calidad a los asegurados.