

# SISTEMA DE SALUD EN EL PERÚ

NOVIEMBRE 2020

# CONTENIDO

03-05

Mirada  
panorámica del  
sistema de salud

06-08

Procesos misionales  
del sistema de salud  
peruano

09-10

Restricciones  
desde la mirada  
del usuario

11-14

Lineamientos  
para cambios  
estructurales



# MIRADA PANORÁMICA DEL SISTEMA DE SALUD

La finalidad del sistema de salud es proteger a las personas para que tengan vidas sanas y contribuir, así, a su bienestar y al desarrollo del país.

El cambio del perfil demográfico de la población peruana — orientado hacia el envejecimiento— y los nuevos hábitos de consumo han llevado a que la carga epidemiológica varíe significativamente. Mientras que en 1990 el 48% era originada por enfermedades transmisibles, maternas, neonatales y nutricionales, al año 2017 el 66% es causada predominantemente por enfermedades no transmisibles como las afecciones cardiovasculares y respiratorias, el cáncer y la diabetes.

## ILUSTRACIÓN N.º 1

Carga de enfermedad 1990-2017  
(concentración por tipo de enfermedad)

1990

**48%**

Enfermedades transmisibles, maternas, neonatales y nutricionales

**36%**

Enfermedades no transmisibles

**16%** Lesiones

2017

**66%**

Enfermedades no transmisibles

**23%**

Enfermedades transmisibles, maternas, neonatales y nutricionales

**11%** Lesiones

Fuente: Global Health Data Exchange (2019). Elaboración propia

El actual sistema de salud no orienta sus servicios para satisfacer esta demanda. El primer nivel de atención debería poder atender y resolver la mayor parte de servicios requeridos. Y solo derivar al paciente a un hospital cuando sea estrictamente necesario. Sin embargo, nuestro primer nivel de atención continúa priorizando servicios para enfermedades transmisibles, maternas, neonatales y nutricionales.

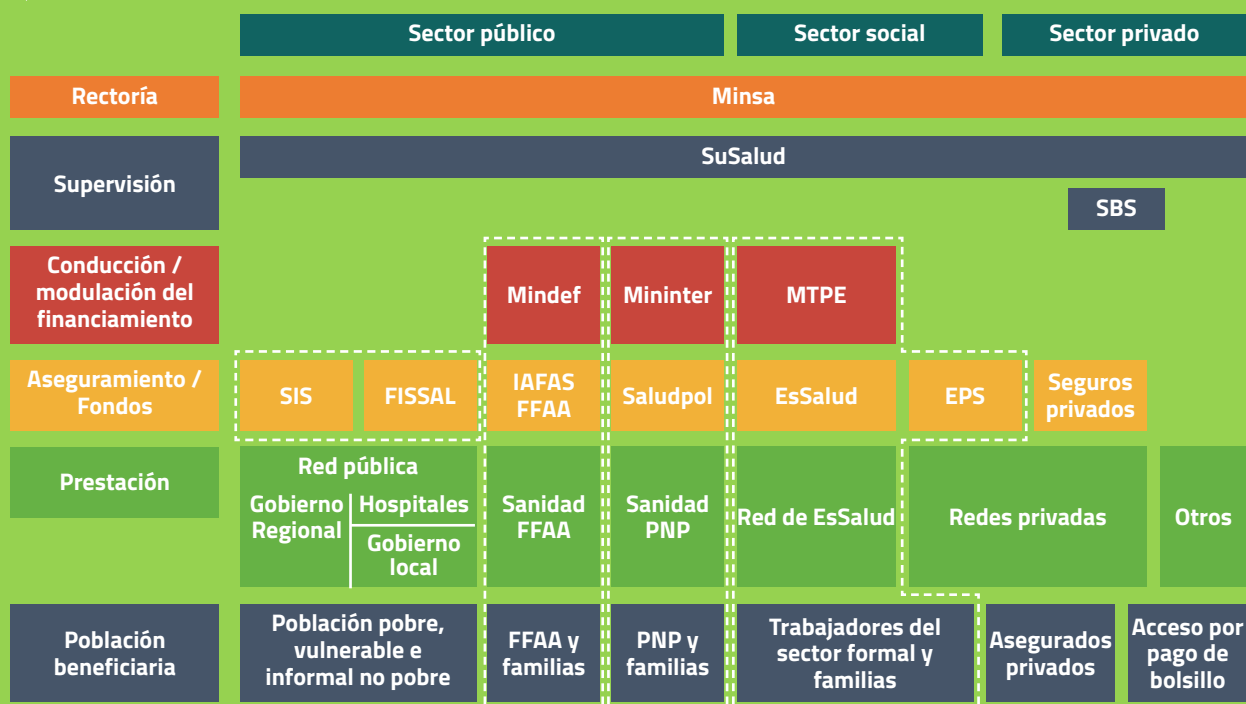
Para hacer frente a los retos sanitarios, la Organización Mundial de la Salud (OMS) propone contar con cobertura universal de salud (CUS). Esta tiene tres dimensiones: prestacional (servicios cubiertos), poblacional (proporción de personas cubiertas) y financiera (proporción de gastos cubiertos) (OMS, 2010). Las tres están en constante tensión (trade-off) porque el dilema siempre estará entre: cubrir a una mayor población o un plan de beneficios más extenso o una cobertura financiera más completa.

Para garantizar la CUS en el Perú, en 2009 se promulgó la Ley de AUS (Ley N.º 29344), cuyo objetivo es “garantizar el derecho pleno y progresivo de toda persona a la seguridad social en salud”.

Diez años después, el Decreto de Urgencia (DU) N.º 017-2019 permitió cerrar la brecha de cobertura poblacional, al establecer que todos los residentes en Perú que carecieran de un seguro de salud — independientemente de su clasificación económica — quedarían afiliados al Seguro Integral de Salud (SIS). Según el Artículo N.º 1 de la Ley General de Salud (Ley N.º 26842), “toda persona tiene el derecho al libre acceso a prestaciones de salud y a elegir el sistema previsional de su preferencia”.

Sin embargo, el acceso efectivo a cada una de las instituciones administradoras de fondos de aseguramiento en salud (IAFAS) depende de las características socioeconómicas y laborales de la población. Así, se conforman subsistemas verticales para grupos poblacionales específicos, cada uno de los cuales maneja sus procesos misionales de gestión del financiamiento y de la prestación de forma independiente (Ilustración N.º 2). Cada subsistema público está adscrito a un sector del Estado y es conducido por un ministerio diferente. El sistema de salud peruano es fragmentado y segmentado.

**ILUSTRACIÓN N.º 2** Sistema de salud peruano



\*El Fondo Intangible Solidario en Salud (Fissal) es una IAFAS pública que brinda protección para enfermedades de alto costo: siete tipos de cáncer (mama, cuello uterino, próstata, estómago, colon, leucemias y linfomas), enfermedad renal crónica y procedimientos de alto costo (hemodiálisis, diálisis peritoneal y trasplantes: médula ósea, renal y hepático).

Elaboración: propia



La fragmentación debilita el sistema de salud, porque impide una política integrada. Esta desarticulación de acciones afecta la eficiencia y equidad de los servicios.

La articulación con subniveles de gobierno se definió en el proceso de descentralización iniciado en 2002 —Ley de Bases de la Descentralización (Ley N.° 27783)—, que estableció las funciones sanitarias de los Gobiernos regionales (GORE) y los Gobiernos locales (GOLO). El Gobierno central define las políticas, mientras que los GORE y GOLO desarrollan políticas complementarias. Sin embargo, no se estableció un modelo de gestión articulado que priorizara la función de administración de recursos de los GORE y donde los GOLO asumieran responsabilidades sanitarias importantes.

---

<sup>1</sup> Las funciones sanitarias de los GORE y los GOLO se establecen, respectivamente, en la Ley N.° 27867 "Ley Orgánica de Gobiernos Regionales" (2002) y Ley N.° 27972 "Ley Orgánica de Municipalidades" (2003).



# PROCESOS MISIONALES DEL SISTEMA DE SALUD PERUANO

Estos procesos son la razón de ser del sistema de salud: gestión del financiamiento y gestión de la prestación de los servicios de salud.

## GESTIÓN DEL FINANCIAMIENTO

La gestión del financiamiento tiene tres subfunciones (Arrieta, et al., 2017):

**Recaudación:** mecanismos para obtener recursos.

**Mancomunación:** acumulación y administración de los ingresos del sistema de salud en un fondo común para la "redistribución eficiente de recursos". Se conoce también

3 subfunciones de la gestión del financiamiento

Recaudación

Mancomunación

Compra de servicios

como aseguramiento y se asocia a la cobertura de un plan de beneficios.

**Compra de servicios:** esquemas de pago que emplean las IAFAS para comprar servicios de salud a las IPRESS. Son claves para la distribución de riesgos y la alineación de incentivos entre ambos actores.

En cuanto a la recaudación, los recursos destinados para el financiamiento del sector salud en el Perú son limitados: a 2018 representaban el 5.5% del Producto Bruto Interno (PBI), inferior al estándar promedio de 8.9% de los países pertenecientes a la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE, 2017). Este porcentaje también es menor al de países de la región como Chile y Colombia, cuyo

gasto total en salud como proporción del PBI es de 8% y 8.4%, respectivamente.

La mancomunación se ve afectada por la fragmentación. Cada IAFA administra sus recursos como un *pool* independiente. El Cuadro N.º 1 presenta la distribución de afiliados por IAFAS.

Respecto a la compra de servicios, todas las IAFAS públicas deberían aplicar mecanismos de pago<sup>2</sup> para su red de IPRESS propia o principal. El problema es que, al apelar al presupuesto o consumo histórico para sustentar su asignación, no hay incentivos para alcanzar mejores resultados sanitarios ni para contener costos en los prestadores, lo que afecta la eficacia y sostenibilidad del sistema.

### CUADRO N.º 1

#### Afiliados por IAFAS, 2020

IAFAS	Cantidad	Proporción
SIS	20,788,036	60.8%
EsSalud	9,725,022	28.4%
FF.AA. y PNP	609,889	1.7%
Privados	2,164,225	6.3%
EPS	862,686	2.5%
<b>Total</b>	<b>34,149,858</b>	<b>100%</b>

(\*) Datos al 09/11/2020  
Fuente: SuSalud (2020)

<sup>2</sup> Es la forma de asignación de dinero que realiza el financiador de salud (por ejemplo, el Gobierno o la compañía de seguros) para comprar servicios al prestador del servicio de salud. Distribuir el riesgo entre estos actores puede generar incentivos para la eficacia y calidad en la prestación.

## GESTIÓN DE LA PRESTACIÓN

El modelo de atención debe definir las intervenciones sanitarias, los objetivos de los servicios y ordenar la red prestacional.

Solo en EsSalud la brecha de infraestructura para el año 2035 se calcula en 28,281 millones de soles (EsSalud, 2019), mientras que en el Minsa asciende a 27,545 millones de soles (MEF, 2019). En cuanto a recursos humanos, en 2019 el Minsa estimó una brecha de 73,093 profesionales de la salud (Cuadro N.º 4), con Lima requiriendo la mayor cantidad: 8,685 profesionales.

El abastecimiento de productos farmacéuticos y dispositivos médicos tiene problemas que impiden que la población acceda a ellos de forma completa, oportuna, eficiente y segura. La programación se basa en el comportamiento histórico y no en la demanda real, la adquisición aplica mecanismos poco eficientes y procesos burocráticos, y no se garantiza el cumplimiento de las buenas prácticas de almacenamiento y distribución.

La gestión de tecnologías de información tiene brechas por la multiplicidad de sistemas existentes no conversan entre sí, así como por la falta de automatización y registro en línea de la información.

Estas brechas generan que el primer y segundo nivel de atención no cubran la demanda. La atención

se concentra en los hospitales y los recursos se distribuyen según la complejidad de las IPRESS. La ilustración N.º 3 muestra la distribución de recursos para la red a cargo del Minsa en Lima Metropolitana durante 2019: el 68% está centrado en el tercer nivel; el segundo recibe solo el 9%; y el primero, 23%.

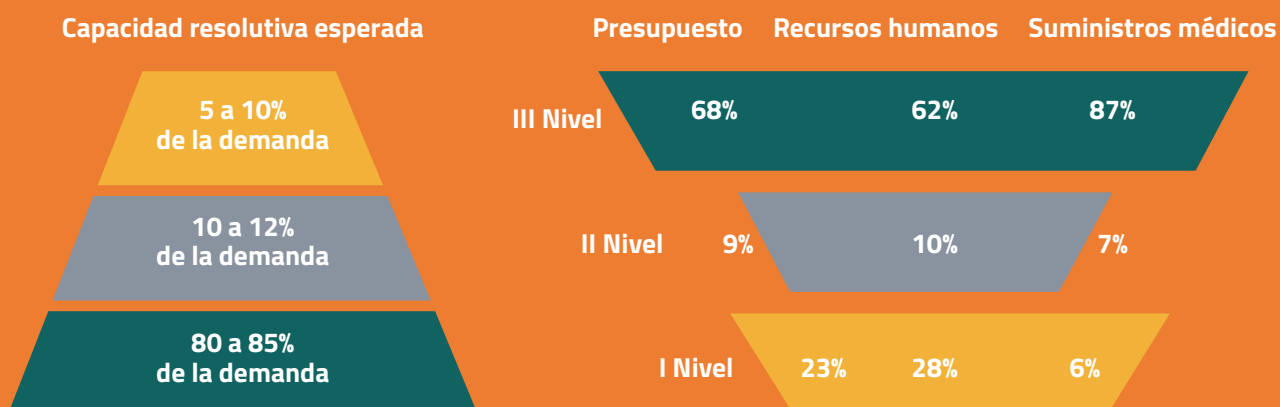
Aunque legalmente las IAFAS pueden comprar servicios de salud a IPRESS de otros subsistemas, cada una usa casi exclusivamente sus propias redes prestacionales (Lazo Gonzales, et al., 2016). La implementación del intercambio prestacional ha sido muy limitada, siguiendo una lógica residual según la cual las IPRESS ofrecen a los asegurados de otros subsistemas solo los escasos servicios con capacidad instalada ociosa.

Frente a ello están las redes integradas de salud (RIS)<sup>3</sup>. A diferencia del intercambio prestacional, se espera que gestionen de forma integrada la red prestacional entre los diversos subsistemas, lo que permitirá usar la oferta de forma eficiente y evitar duplicidades.

Se centrarán en el primer y segundo nivel de atención, y deberán articularse con el tercer nivel de atención mediante un sistema de referencias y contrarreferencias aún no definido.

ILUSTRACIÓN N.º 3

Modelo de atención hospitalaria, Lima Metropolitana



Fuente: MEF (2019)

<sup>3</sup> Establecidas por la Ley N.º 30885 de 2018





## RESTRICCIONES DESDE LA MIRADA DEL USUARIO

Uno de los principales pilares de la “Política nacional de modernización de la gestión pública al 2021” es la gestión por resultados al servicio del ciudadano. Identificar sus necesidades para satisfacerlas pasa por ordenar los procesos y actividades del sector público para generar valor (PCM, 2013).

Por tanto, se debe analizar si los servicios sanitarios llegan efectivamente a los ciudadanos y atienden sus necesidades. Se debe analizar si los servicios sanitarios llegan a los ciudadanos y atienden sus necesidades. En cuanto a cobertura poblacional, a pesar de que el 95.28% de la población está afiliada a una IAFAS (SuSalud, 2020), el acceso a servicios aún es muy limitado. Esto se refleja en la debilidad de los otros dos ejes de la CUS: la cobertura prestacional y la cobertura financiera.

Otros 2 ejes de la CUS:

Cobertura  
prestacional

Cobertura  
financiera

Las limitaciones para acceder a servicios cuando se acude a las IPRESS llevan a la población a buscar otras alternativas de atención. Según la Encuesta Nacional de Hogares (Enaho), del total de población que reportó tener un síntoma, signo o enfermedad en las últimas cuatro semanas, el 60% buscó atención. Pero de ellos, el 41% lo hizo en una botica o farmacia y no en un establecimiento de salud. Entre 2012 y 2019 esta proporción se incrementó en seis puntos porcentuales.

Los motivos por los que no se busca atención en una IPRESS al presentar un problema de salud<sup>4</sup> son el automedicarse (21%) y la preferencia por remedios caseros (17%). Por el lado de la oferta, 21% respondió que el establecimiento les quedaba muy lejos, la atención demoraba mucho, no confiaban en los médicos y eran maltratados por el personal de salud (SuSalud, 2019).



Finalmente, el gasto de bolsillo en el Perú es de 28% como porcentaje del gasto total en salud (Banco Mundial, 2020). Este nivel es superior al estándar de la OMS (15-20%) que, además, señala que el gasto de bolsillo es de las formas más inequitativas para enfrentar problemas de salud (OMS, 2010).

---

<sup>4</sup>Se incluye a la población que no buscó ningún tipo de atención y a la que solo acudió a la botica o farmacia.



## LINEAMIENTOS PARA CAMBIOS ESTRUCTURALES

5 lineamientos

Financiamiento

Salud digital

Modelo de gestión

Abastecimiento de recursos estratégicos en salud

Redes integrales de salud

## FINANCIAMIENTO



- Ordenar y simplificar los flujos de financiamiento
- Implementar mecanismos para la sostenibilidad
  - o Financiamiento garantizado para la cobertura del plan de salud
  - o Mancomunar los fondos de las diferentes IAFAS para generar un *pool* integrado
  - o Promover diferentes mecanismos de pago que permitan gestionar los costos y orientar los incentivos entre aseguradores y prestadores
  - o Desarrollar un esquema de financiamiento para enfermedades de alto costo que garantice su cobertura y evite el riesgo de caer en gasto empobrecedor
- Mejorar la trazabilidad de los recursos
- Orientar el sistema de financiamiento a la gestión por resultados
- Incrementar la eficiencia del sistema de contrataciones del Estado
- Mejorar la eficiencia de la inversión del sector salud

## MODELO DE GESTIÓN



- Reforzar la articulación intrasectorial a partir de una fuerte línea de conducción del Minsa que hile las iniciativas de cada subsector
- Mantener procesos de monitoreo y evaluación eficientes soportados en un sistema de información que articule los distintos tableros de gestión
- Fortalecer los niveles subnacionales de gobierno, empezando por los GORE
- Definir los resultados a lograr y establecer el indicador de nivel de servicio al ciudadano
- Caracterizar los procesos involucrados y verificar que tengan una secuencia en una lógica de cadena de valor
- Dimensionar o identificar la estructura organizacional necesaria que soportará los procesos identificados
- Ajustar el marco normativo existente
- Promover un sistema de meritocracia que otorgue reconocimiento a todo funcionario que cumpla las metas y objetivos establecidos

## REDES INTEGRALES DE SALUD



- Definir el modelo organizacional para las regiones, de modo que se establezca una línea de autoridad clara entre el rector nacional (Minsa) y el rector regional en salud
- Reemplazar el modelo obsoleto de categorización de establecimientos de salud y pase a otro que gestione las RIS de manera sinérgica para utilizar toda su capacidad resolutive
- Fortalecimiento del primer nivel de atención
- Establecer un flujo efectivo de referencias y contrarreferencias que, usando una plataforma única de gestión, promueva la complementariedad en la cartera de servicios
- Conformar los equipos de gestión RIS. Atraer y promover talento capaz de gestionar la provisión de los servicios de salud
- Considerar un proceso logístico gestionado con oportunidad, calidad y eficiencia. Además, que esté relacionado al proceso de gestión de la prestación, pues define qué recursos terapéuticos se necesitan para satisfacer la demanda
- Las aplicaciones electrónicas del sector deben estar homologadas y ser interoperables para enlazar la información en las distintas fases de la cadena de abastecimiento público y de la prestación de salud que permitan mejorar el servicio



## SALUD DIGITAL



- Cambiar el foco de atención de la organización sanitaria
  - o Establecer el uso de la información como paso crítico para la toma de decisiones y gestionarla de modo integrado en la red prestacional
  - o Desarrollar soluciones seguras e interoperables para lograr la disponibilidad de información crítica
- Orientar los recursos a resultados
  - o Mayor conectividad para incrementar la cobertura territorial de los servicios de telesalud
  - o Mejorar la autopista digital
- Competencias para el registro, la gestión y el uso de la información
  - o Fortalecer las capacidades digitales y desarrollar incentivos para el uso de las nuevas tecnologías
  - o Desarrollar una solución interoperable que permita la trazabilidad de la información
- Mejorar la cultura de información
  - o Promover la cultura digital en los usuarios finales del sistema de salud (ciudadanos)
  - o Alentar estrategias para lograr la digitalización en la comunidad (nivel local)

## ABASTECIMIENTO DE RECURSOS ESTRATÉGICOS EN SALUD



- Gestionar el abastecimiento para lograr un alto nivel de servicios para los ciudadanos
- Realizar la programación alineada a la demanda sanitaria
- Homologar las especificaciones técnicas de los recursos estratégicos y establecer distintos mecanismos de compra de medicamentos en función de los costos que estos representan para el Estado y la competencia existente en el mercado
- Almacenamiento y distribución que faciliten la gestión de inventarios
- Información al servicio de los gestores para lograr excelentes niveles de servicio
- Tercerizar la operación logística