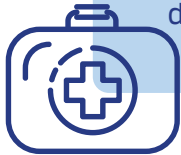


EJE DE SALUD

Problema identificado: A pesar de la expansión de la cobertura de aseguramiento de salud en la última década y el incremento del presupuesto público en el sector -10% promedio anual en los últimos veinte años-, el acceso efectivo a estos servicios es todavía insuficiente y desigual entre la población, lo que revela carencias en la gestión de presupuestos. La falta de acceso efectivo tiene diversos factores, entre los cuales destaca una baja eficiencia del gasto público en salud, una débil atención en el nivel primario, y la baja ejecución de garantías de calidad mínima entre prestadoras de salud.



Objetivo A: **Promover una mayor eficiencia del gasto público en salud**

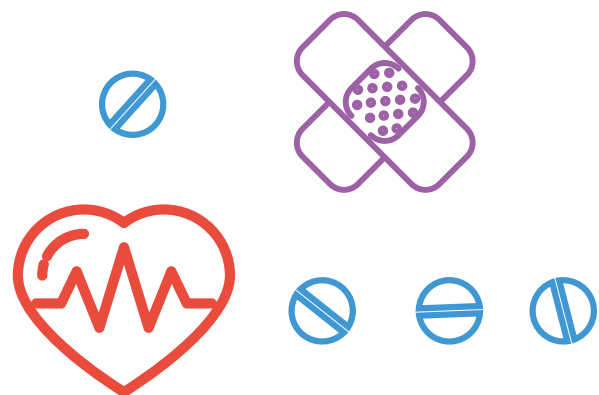
- Simplificación del diseño institucional del sistema de salud.
- Ordenar la actual fragmentación del financiamiento de salud.
- Alinear incentivos de financiamiento con el desempeño de los prestadores de salud.

Objetivo C: **Fortalecer los estándares de calidad mínima en la atención de salud**

- Otorgar a SUSALUD el rol rector en la garantía de calidad mínima de los prestadores de salud.
- Establecer guías clínicas estandarizadas de cumplimiento para prestadores de salud.
- Establecer el costo de la actualización del PEAS y ejecutar sus garantías de calidad.

Objetivo B: **Asegurar un acceso y atención de salud oportunos**

- Incrementar la dotación de recursos en el primer nivel de atención y profundizar la cobertura territorial.
- Fortalecer las redes integradas de salud.
- Promover la asociación público-privada para la atención en salud.



DIAGNÓSTICO

Brecha de acceso efectivo a servicios de salud en el marco del aseguramiento universal en el Perú

Según la ENAHO, la población que manifestó contar con seguro de salud se incrementó de 36% en 2004 a 77% en 2019, principalmente por la expansión del Seguro Integral de Salud (SIS), de 15% a 49% en este período de tiempo. Por otra parte, las estadísticas del registro al Aseguramiento Universal de Salud muestran un virtual aseguramiento de toda la población al 2019, lo que se alcanzó, en parte, por el DU N° 017-2019, que estableció que todo ciudadano sin cobertura de salud sea afiliado al SIS. Actualmente, más de 31 millones de personas en el Perú cuentan con algún seguro de salud, 20 millones de las cuales están afiliadas al Seguro Integral de Salud (SIS).

Sin embargo, pese a los avances en lo que se puede denominar una cobertura "nominal", aún persiste una brecha en el acceso "efectivo" a los servicios de salud en el Perú. Por ejemplo, en el 2019, según la ENAHO, del total de personas que presentaron algún problema de salud, solo el 31% acudió a un centro o establecimiento de salud; ante el impacto de la pandemia, esta proporción se redujo a 14% al tercer trimestre del 2020. Asimismo, según la ENDES, en ese mismo año, el 21% de niños menores de 36 meses no contaba con todas las vacunas básicas para su edad, y solo el 38% no había asistido a todos los controles de crecimiento y desarrollo (CRED) correspondientes.

Además, en el Perú aún se observan amplias desigualdades en el acceso a los servicios de salud, en especial según ámbito geográfico o región, nivel socioeconómico del hogar y nivel educativo de la madre. Por ejemplo, mientras que el 60% de las personas en el Callao acudieron a un centro de salud ante un malestar o enfermedad que podría ser de importancia en el 2019 según la ENAHO, solo el 29% lo hizo en Puno. Asimismo, en el 2019, la tasa de vacunación era mayor entre los niños con madres con nivel educativo más alto o niños en hogares con un mejor nivel socioeconómico.

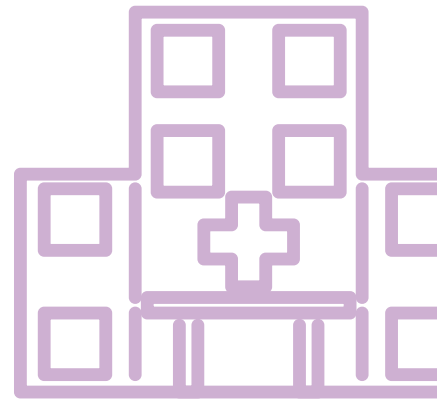
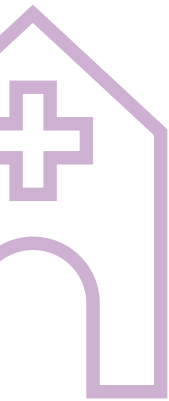


SISTEMA DE SALUD FRAGMENTADO

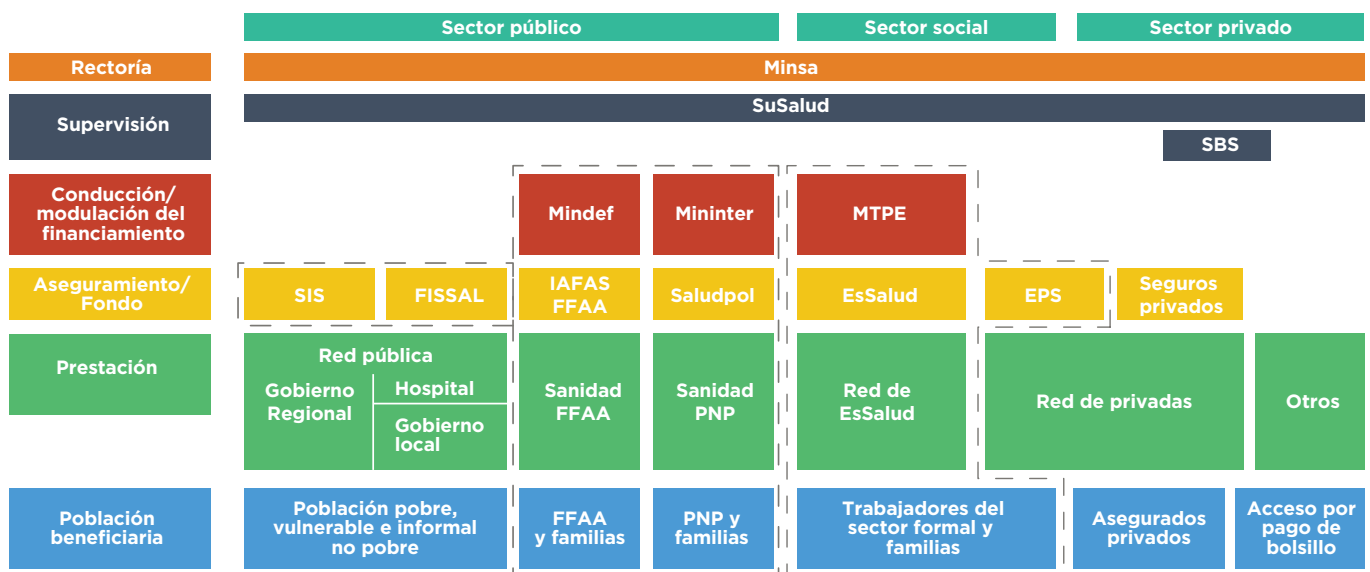
Uno de los factores que explican estos pobres resultados es la fragmentación institucional del sistema de salud actual. Por debajo de la división público-privado del sistema de salud, se observan distintos subsistemas bajo el manejo de diferentes instituciones del Estado -hasta cuatro ministerios-, lo que fragmenta el financiamiento y gestión de recursos en todo el sistema, contribuye a la ineficiencia de la prestación de servicios y dificulta la dirección de políticas de Estado en materia de salud.

El sistema de salud público requeriría de reestructuración que simplifique su diseño institucional y el manejo del financiamiento. Esta reforma contribuiría particularmente a fortalecer la atención del PEAS, aquel conjunto de condiciones de salud priorizadas y que representan la cobertura de salud mínima y universal de baja complejidad. La simplificación del sistema de salud permitiría gestionar recursos y riesgos de manera que se logre asegurar la provisión del PEAS a toda la población con garantías mínimas de atención.

Más aún, esta fragmentación reside y se agrava por las diferencias socioeconómicas y laborales de la población. Por ejemplo, en 2019, sistemas como EsSalud y las Entidades Prestadoras de Seguros (EPS), financiadas por trabajadores formales y de mayores ingresos, obtuvieron recursos por afiliado casi 30 veces mayores que en el Sistema integrado de Salud (SIS), el cual debe atender a la población más vulnerable.



Estructura del Sistema de salud peruano

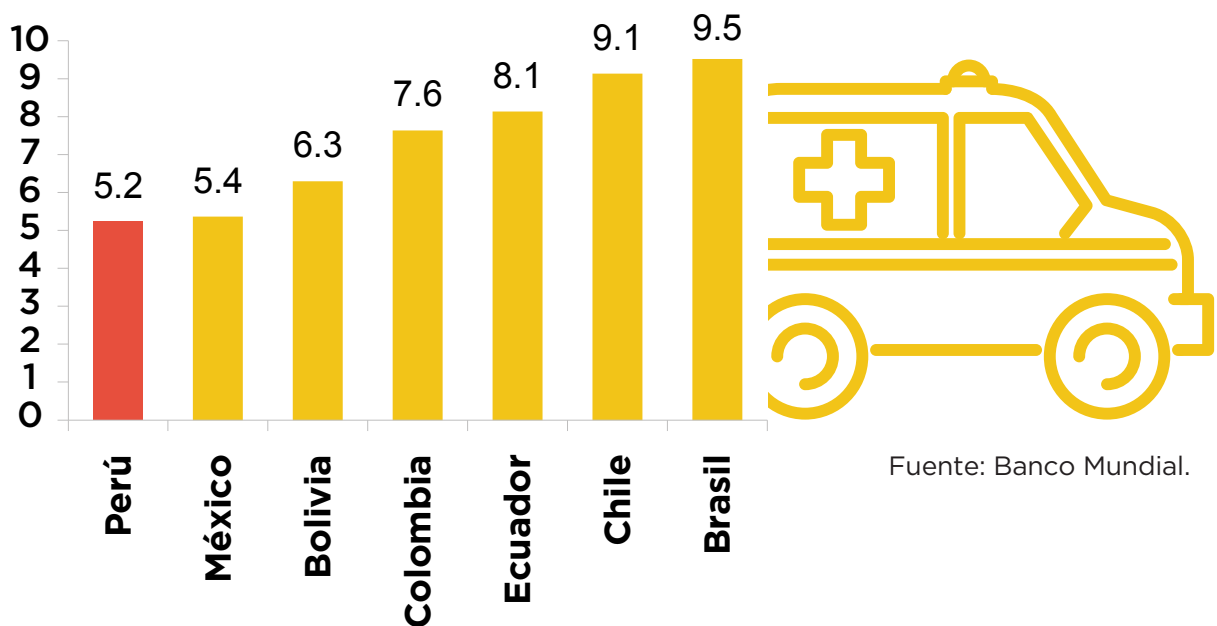


Fuente y elaboración: Videnza Consultores.

GESTIÓN DE LOS RECURSOS DE SALUD

El presupuesto público en el sector salud aún es menor como porcentaje del PBI que el promedio de América Latina (8.0% del PBI en 2018). Sin embargo, en términos reales, este presupuesto ha crecido a una tasa promedio anual de 10% durante los últimos veinte años. De esta manera, se requiere también atender ineficiencias en la gestión de los recursos y alinear incentivos entre prestadores de salud y fondos de aseguramiento para la adecuada prestación de servicios de salud. En parte, el reordenamiento del sistema de salud mencionado anteriormente contribuiría a establecer una asignación de recursos más eficiente según resultados e indicadores de calidad de los prestadores.

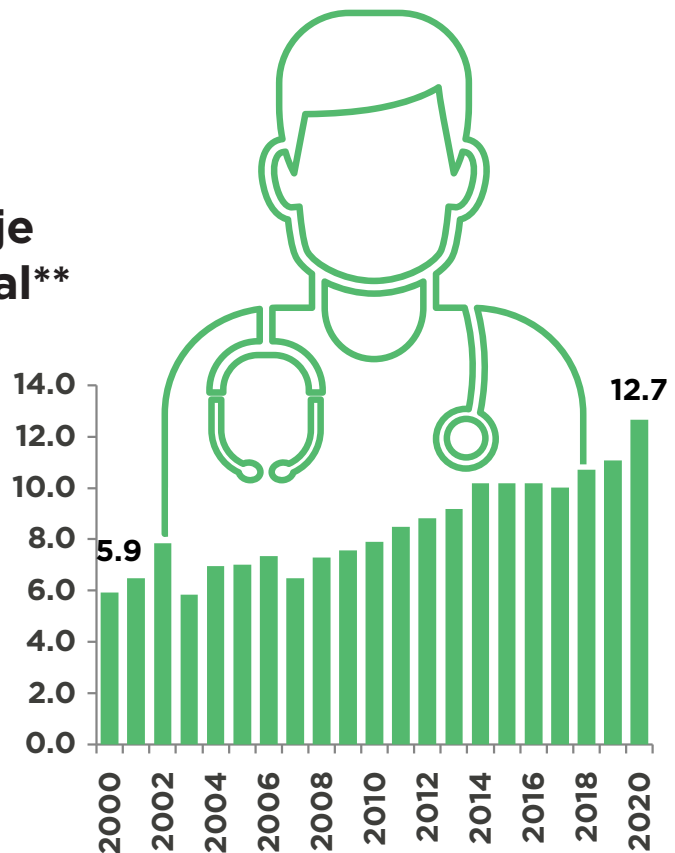
América Latina: Gasto en salud, 2018 (en % del PBI)



Fuente: Banco Mundial.

GESTIÓN DE LOS RECURSOS DE SALUD

Presupuesto público* en salud como porcentaje del presupuesto total real** 2000-2020*** (en %)



*/De 2000-2003, PIA; en adelante PIM. **/En soles constantes. ***/ De 2000-2007, Función de Salud y Sanamiento; Programas de Salud Individual y colectiva. En 2008: Programas de Salud individual, colectiva, lucha contra el consumo de drogas, nutrición infantil y salud materno neonatal. De 2009 en adelante, Función Salud. Fuentes: MEF - SIAF.

Por otro lado, el mecanismo de intercambios prestacionales en salud entre distintos fondos de aseguramiento y sus redes de prestaciones no ha sido efectivo en la práctica. Los intercambios prestacionales hacen referencia a la posibilidad de que un asegurado de cualquier seguro de salud pueda atenderse en un establecimiento de salud de la red prestacional de un seguro de salud distinto. Para lograr este intercambio, los fondos de aseguramiento deben acordar una tarifa estándar según las condiciones médicas por las cuales se está tratando el paciente, su nivel de ingresos, entre otros.

En 2013 se estableció la normativa para los intercambios prestacionales de asegurados en fondos públicos, como el SIS, EsSalud y las IAFAS de las FF.AA. y el PNP. Sin embargo, según el Banco Mundial y Videnza Consultores, estos intercambios han sido muy limitados, en parte por la falta de acuerdo respecto a los costos de prestación entre los distintos seguros de salud.

Además, según SUSALUD, más del 90% de las prestaciones en salud se realizan en redes públicas, lo que puede llevar a una saturación de los establecimientos públicos, como se ha visto durante la pandemia por el COVID-19. Una manera de descongestionar las redes públicas es la promoción de intercambios prestacionales entre redes públicas y privadas. Estos fueron normados en abril del 2020, pero las negociaciones acerca de la tarifa social que sería financiada por los seguros públicos en redes privadas fueron establecidas en julio del 2020. Esta demora en el acuerdo potencialmente llevó a un conjunto de familias atendidas por redes privadas a gastos catastróficos innecesarios y que tendrían que haber sido financiados por sus aseguradoras. A pesar del acuerdo, según prestadores privados consultados, no existen garantías de pago por parte de los fondos públicos como el SIS y EsSalud.

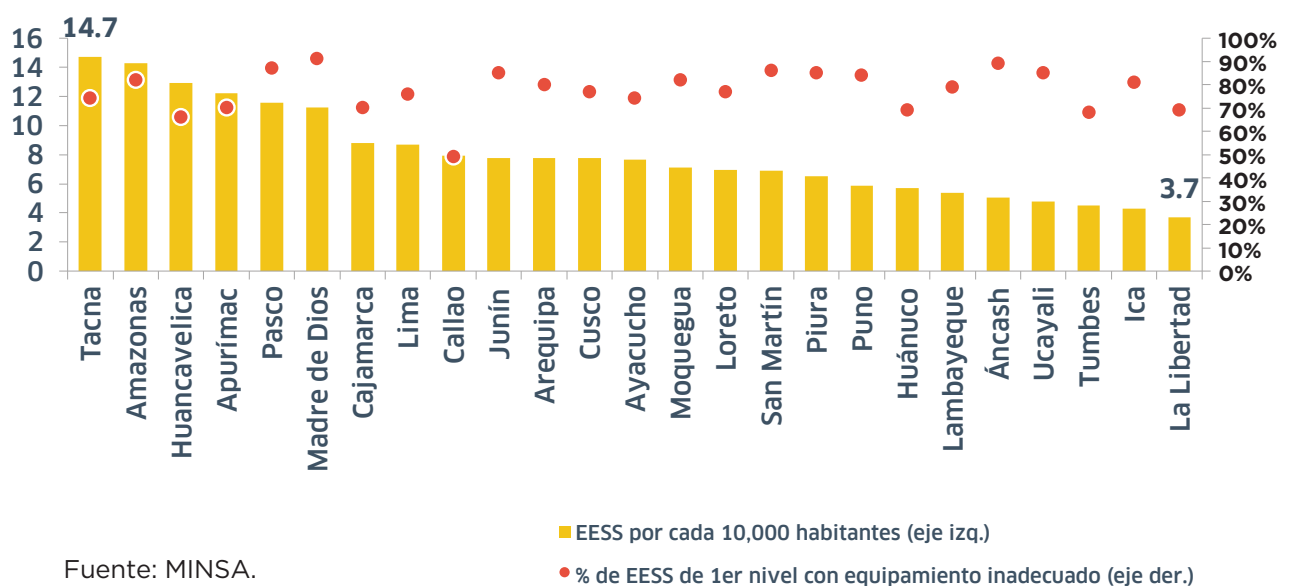
BRECHA DE OFERTA EN SALUD

El limitado acceso efectivo está también asociado a las brechas en la oferta de salud. Según el Plan Nacional de Infraestructura para la Competitividad (2020), se estima que la brecha de infraestructura en el sector asciende a S/ 27.5 mil millones. Asimismo, según el MINSA, al 2020, el 78% de establecimientos de salud del primer nivel contaría con capacidad instalada inadecuada, al igual que el 51% de hospitales en el Perú. Más aún, se calcula que se necesitaría 281 nuevos establecimientos del primer nivel y 66 hospitales a nivel nacional para cubrir las demandas de salud de la población.

Adicionalmente, los centros de salud se caracterizan por tener una distribución heterogénea a lo largo del territorio nacional. Por ejemplo, mientras que en La Libertad hay solo 3.7 establecimientos por cada 10,000 habitantes, en Tacna hay 14.7. La escasez de establecimientos es mayor en el ámbito rural, en donde el 13% de la población se demoraba 2 o más horas en llegar al centro de salud más cercano según la ENAHO 2019, comparado con solo el 3% en el ámbito urbano. Cabe notar que la oferta de infraestructura de salud está asociada positivamente con el número de personas atendidas.

Oferta de establecimientos de salud según departamento, 2020

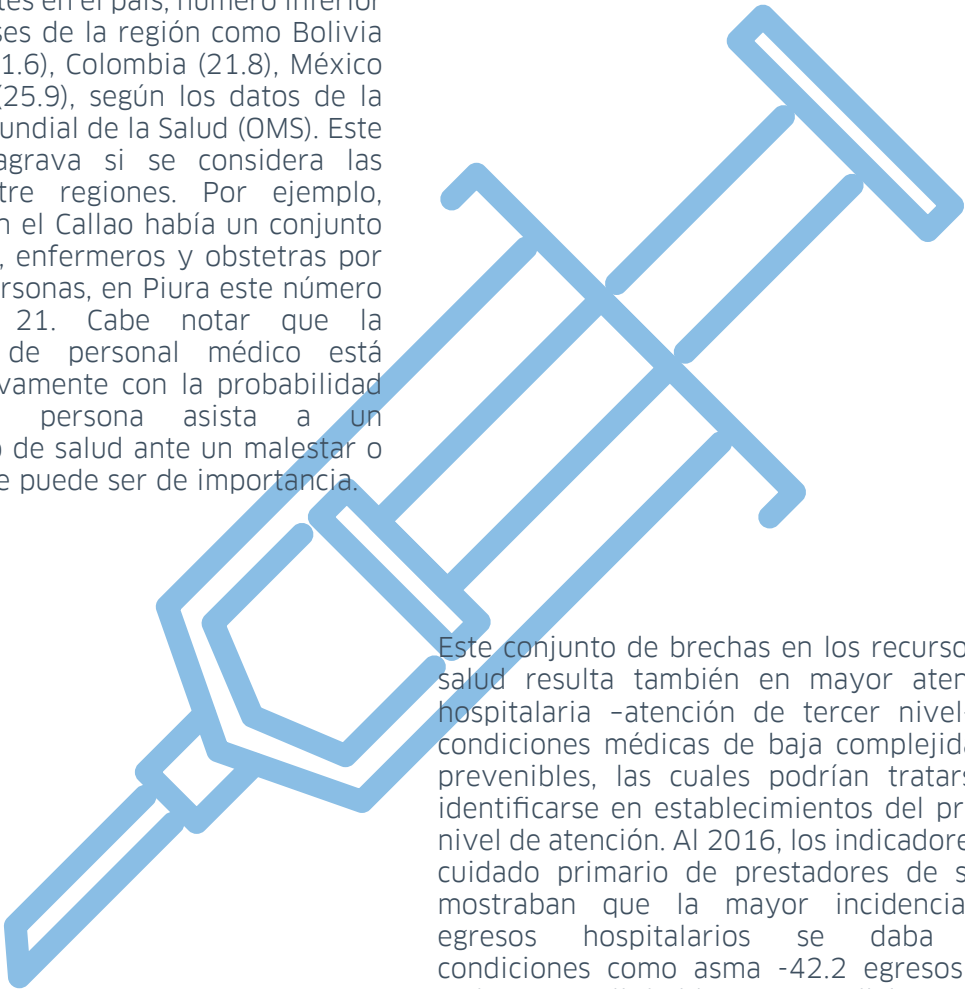
(en número de EESS por cada 10,000 hab y % de EESS de 1er nivel con equipamiento inadecuado)



Fuente: MINSA.

BRECHA DE OFERTA EN SALUD

Por otra parte, se observa una escasez de recursos humanos en salud en el Perú. En el 2018, se contaba con 13.6 médicos por cada 10,000 habitantes en el país, número inferior al de otros países de la región como Bolivia (15.9), Brasil (21.6), Colombia (21.8), México (23.8) y Chile (25.9), según los datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Este problema se agrava si se considera las diferencias entre regiones. Por ejemplo, mientras que en el Callao había un conjunto de 50 doctores, enfermeros y obstetras por cada 10,000 personas, en Piura este número era de solo 21. Cabe notar que la disponibilidad de personal médico está asociada positivamente con la probabilidad de que una persona asista a un establecimiento de salud ante un malestar o enfermedad que puede ser de importancia.



Este conjunto de brechas en los recursos de salud resulta también en mayor atención hospitalaria -atención de tercer nivel- de condiciones médicas de baja complejidad o prevenibles, las cuales podrían tratarse e identificarse en establecimientos del primer nivel de atención. Al 2016, los indicadores de cuidado primario de prestadores de salud mostraban que la mayor incidencia de egresos hospitalarios se daba por condiciones como asma -42.2 egresos por cada 100 mil habitantes- y diabetes -32 egresos por cada 100 mil- lo que se debería a diagnósticos tardíos en el primer nivel de atención. El reforzamiento de la atención primaria de salud se hace necesario ante el incremento en los últimos años de enfermedades no transmisibles, tales como las cardiovasculares, según los estudios recientes de carga de enfermedad.

CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD

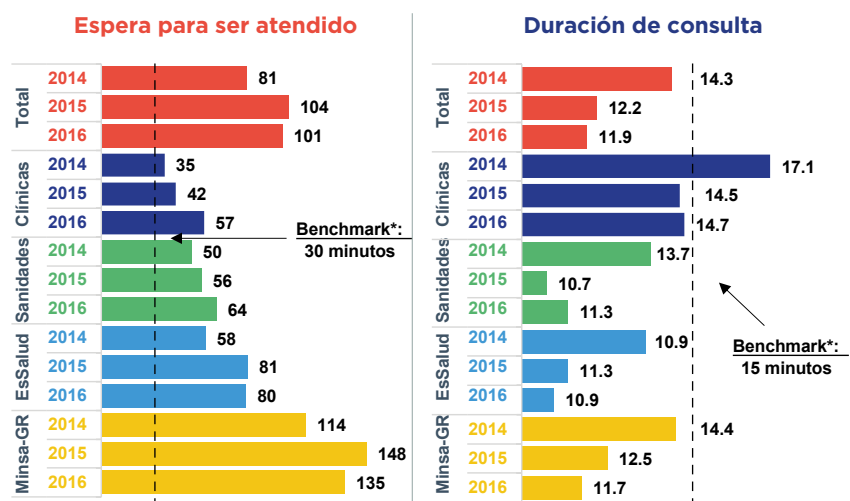
Más allá de la disponibilidad de establecimientos de salud, la baja calidad de la atención en establecimientos de salud puede desincentivar la búsqueda de atención por parte de la población y no hacer efectivas las garantías de aseguramiento del PEAS. De acuerdo con SUSALUD, al cuarto trimestre del 2019, el 52.5% de la población con algún problema de salud no buscó atención -57.4% en el Perú rural-, mientras que el 19% se dirigió a una farmacia o botica. Entre las razones por las cuales un segmento de la población no acudió a un establecimiento de salud, el 52% no lo consideró necesario, 34% usó remedios caseros o se autorrecetó y 23% señaló que no tenía seguro o por falta de tiempo.

Estos resultados reflejan el todavía alto gasto de bolsillo de la población, el cual, según el Banco Mundial y la OECD, representaba 28% del gasto total en salud en 2017, superior al rango estándar de la OMS entre 15 y 20% (Videnza, 2020).

Asimismo, la mayor automedicación responde, en parte, a las dificultades de acceso al nivel de atención, como también a la carencia de medicamentos en establecimientos de salud públicos.

Además, los retos de calidad en la atención se agravan según los tipos de prestadores de salud. De acuerdo con el IPE (2017), en promedio, la espera de atención en el 2016 fue casi tres veces mayor en las prestadoras públicas del Minsa y de los gobiernos regionales -135 minutos- que en clínicas privadas -57 minutos-. A su vez, la espera en estas últimas está por encima del benchmark indicado -30 minutos- por el Minsa. Como resultado de la mayor espera de atención en los establecimientos del Minsa y de los gobiernos regionales, la duración de las consultas se ha venido reduciendo y está por debajo de los 15 minutos mínimos sugeridos por los indicadores de gestión del Minsa.

Tiempo de espera para ser atendido en consultorio y duración de la consulta, 2014-2016 (en minutos)



Fuente: SUSALUD.
Elaboración: IPE

*A partir de "Indicadores de Gestión y Evaluación Hospitalaria para Hospitales, Institutos y Diresa" del Minsa (2013)

PROPUESTAS DE POLÍTICA

Para lograr un mayor acceso efectivo de la ciudadanía a su cobertura de aseguramiento, se proponen tres objetivos: (a) promover una mayor eficiencia del gasto en salud; (b) asegurar un acceso y atención de salud oportunos; y (c) fortalecer los estándares de calidad mínima en la atención de salud. A continuación, se presentan las propuestas de política para cada objetivo.

Objetivo A:

Promover una mayor eficiencia del gasto en salud

- **Simplificación del diseño institucional del sistema de salud:** Se propone reordenar los diferentes subsistemas de salud pública -actualmente bajo la autoridad de cuatro ministerios -MINSA, MTPE, MININTER y MINDEF- y otorgar al MINSA la conducción del sistema público en su conjunto. Con ello, se propone, además, fortalecer las capacidades institucionales y de gestión del MINSA para ejercer este rol, dejando de lado sus actuales funciones como prestador de servicios.

- **Ordenar la actual fragmentación del financiamiento de salud:** Luego de garantizar la conducción del sistema por parte del MINSA, se requiere -como propone Videnza y la Comisión de Protección Social- llevar una transición hacia la mancomunación de los fondos de las diferentes Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS) y lograr un solo financiamiento integrado, proveniente de una sola prima pagada por los asegurados. Este fondo único optimizaría la gestión de riesgos de la salud de la población y lograría reducir costos durante la negociación con las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS). Asimismo, se propone establecer una separación clara de las funciones de financiamiento y prestación de servicios. Para ello, se necesita fortalecer el gobierno corporativo de esta única IAFA y las IPRESS para una gestión más eficiente del financiamiento, de la asignación de recursos y de la prestación de servicios.

- **Alinear incentivos de financiamiento con el desempeño de los prestadores de salud:**

La fragmentación del financiamiento que reciben las prestadoras de salud públicas también distorsiona el esquema de incentivos que estas tienen para mejorar la calidad de sus prestaciones a cambio de incrementos de presupuesto para los establecimientos. De esta manera, se propone que variaciones en el financiamiento del SIS a las Direcciones Regionales de Salud se determinen por un sistema de premios en función a indicadores de desempeño, por ejemplo, infecciones intrahospitalarias, así como la reducción de los costos de atención. Este esquema de premios alinea incentivos entre el financiamiento recibido y el desempeño de las IPRESS. Sin ser una condición previa, el alineamiento de incentivos se podría implementar de manera más óptima una vez creado un fondo integrado de financiamiento.

Objetivo B:

Asegurar un acceso y atención de salud oportunos

- **Incrementar la dotación de recursos en el primer nivel de atención y profundizar la cobertura territorial:** Los establecimientos médicos del primer nivel tienen como objetivo atender a pacientes de baja complejidad -la mayor demanda de atención- y así evitar una concentración de la atención en IPRESS hospitalarias. Asimismo, el fortalecimiento de este nivel de atención permitiría fortalecer un enfoque de salud preventiva que detecte con anticipación enfermedades no transmisibles y promueva buenos hábitos de salud. Se propone incrementar y fortalecer el capital humano en el primer nivel de atención para cerrar brechas de oferta y acceso.

- **Fortalecer las redes integradas de salud:** Ante la actual desarticulación de los establecimientos de salud según subsistemas y ámbitos geográficos, las redes integradas de salud contribuyen a una gestión eficiente. Estas redes buscan permitir la interoperabilidad de la información de los diferentes actores del sistema de salud. Se requiere continuar y profundizar la implementación de estas redes según etapas, con el objetivo final de poder integrar, en el mediano plazo, a todo el conjunto de instituciones del MINSA y, en el largo plazo, a los establecimientos de EsSalud y del sector privado.

- **Promover la asociación público-privada para la atención en salud:** Se requiere promover y fortalecer los intercambios prestacionales entre IPRESS públicas y privadas, en particular en contextos de emergencia. Estos intercambios se fortalecerían con la separación entre funciones de prestación y financiamiento señaladas en el objetivo A. Además, se propone fortalecer la gestión de establecimientos de salud a través de mecanismos como la asociación público-privada, los cuales han sido promovidos por EsSalud en los últimos años.

Objetivo C:

Fortalecer los estándares de calidad mínima en la atención de salud

- **Otorgar a SUSALUD el rol rector en la garantía de calidad mínima de los prestadores de salud:** En un rol similar al que cumple la SUNEDU en el sector educación, se propone fortalecer a SUSALUD para ejercer un rol garante de los estándares mínimos de calidad brindados por los prestadores de salud. Así, SUSALUD tendría un rol más activo en la acreditación y certificación de establecimientos de salud, así como de la fiscalización en el cumplimiento de estándares mínimos. En paralelo con la reorganización del diseño institucional del sistema público, se busca simplificar las redes de supervisión, en las que también participan instituciones como la Defensoría del Pueblo, los Gobiernos Regionales, entre otros, con el objetivo de que SUSALUD lidere y articule esta función.

- **Establecer guías clínicas estandarizadas de cumplimiento para prestadores de salud:** Con el objetivo de asegurar la adecuada provisión del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS), se propone finalizar la estandarización de la atención de los prestadores de salud a través de guías prácticas clínicas para cada una de las condiciones asegurables. Estas guías deberían ser elaboradas por cada IPRESS en función a sus condiciones, pero en cumplimiento de lineamientos provistos por SUSALUD. Además, el establecimiento de guías de atención contribuye a la formulación de presupuestos más predecibles cada año.

- **Establecer el costo de la actualización del PEAS y ejecutar sus garantías de calidad:** Se propone evaluar el costo estándar del proyecto de actualización del PEAS con el objetivo de establecer una tarifa estándar que asegure y promueva los intercambios prestacionales. Se requiere también evaluar el proyecto del PEAS según los estudios de carga de enfermedad, para revisar su efectividad y cobertura. Además, para una mejor aplicación del PEAS, está pendiente el fortalecimiento y ejecución de garantías de oportunidad -tiempos máximos de atención- y de calidad -procedimiento efectivos- para las condiciones incluidas en el PEAS. Por último, cabe mencionar que la versión final de la actualización del PEAS no debería incluir enfermedades con costos potencialmente catastróficos, los cuales se deben financiar a través de fondos de alto costo (actualmente FISSAL).

Bibliografía

Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. (2018). *Carga de enfermedad en el Perú: Estimación de los años de vida saludables perdidos 2016*. Lima: MINSA.

Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. (2019). *Análisis de Situación de Salud del Perú 2018*. Lima: MINSA.

Comisión de Protección Social. (2017). *Propuestas de reforma en el sistema de pensiones, financiamiento en la salud y seguro de desempleo*. Lima.

Decreto Legislativo N°1466. (20 de Abril de 2020). *El Peruano*, págs. 2-6.

Instituto Peruano de Economía. (2017). *Revisión integral y propuesta de reforma para el sector salud en el Perú*. Lima: IPE.

Morón, E. (22 de Junio de 2020). Cómo debería pagarse la atención sanitaria de la pandemia. Gestión.

OECD/Banco Mundial. (2020). *Panorama de la Salud: Latinoamérica y el Caribe 2020*. París: OECD.

SUSALUD. (2020). *Boletín estadístico: Primer trimestre 2020*. Lima: SUSALUD.
Videnza Consultores. (2020). *Sistema de Salud en el Perú*. Lima: Videnza Consultores.

