

Estudios de la OCDE sobre los Sistemas de Salud: Perú 2025



Estudios de la OCDE sobre los Sistemas de Salud: Perú 2025

Tanto este documento, así como cualquier dato y cualquier mapa que se incluya en él, se entenderán sin perjuicio respecto al estatus o la soberanía de cualquier territorio, a la delimitación de fronteras y límites internacionales, ni al nombre de cualquier territorio, ciudad o área.

Los datos estadísticos para Israel son suministrados por y bajo la responsabilidad de las autoridades israelíes competentes. El uso de estos datos por la OCDE es sin perjuicio del estatuto de los Altos del Golán, Jerusalén Este y los asentamientos israelíes en Cisjordania bajo los términos del derecho internacional.

Por favor, cite esta publicación de la siguiente manera:

OECD (2025), *Estudios de la OCDE sobre los Sistemas de Salud: Perú 2025*, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/262a739e-es>.

ISBN 978-92-64-46929-7 (impresa)

ISBN 978-92-64-85302-7 (PDF)

ISBN 978-92-64-33572-1 (HTML)

Publicado originalmente por la OCDE con el título: OECD (2025), *OECD Reviews of Health Systems: Peru 2025*, OECD Reviews of Health Systems, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/f3ddb6a4-en>.

Imágenes: Portada © Ministerio de Salud, Perú.

Las erratas de las publicaciones se encuentran en línea en: <https://www.oecd.org/en/publications/support/corrigenda.html>.

© OCDE 2025



Atribución/Reconocimiento 4.0 Internacional (CC BY 4.0)

Este trabajo está disponible bajo la licencia Creative Commons Attribution/Reconocimiento 4.0 Internacional. Al utilizar este trabajo, acepta estar sujeto a los términos de esta licencia (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

Atribución – debe citar el trabajo.

Traducciones – debe citar la obra original, identificar cambios al original y agregar el siguiente texto: *En caso de discrepancia entre la obra original y la traducción, solo se considerará válido el texto de la obra original.*

Adaptaciones – debe citar el trabajo original y agregar el siguiente texto: *Esta es una adaptación de un trabajo original de la OCDE. Las opiniones expresadas y los argumentos utilizados en esta adaptación no deben considerarse representativos de los puntos de vista oficiales de la OCDE o de sus Países miembros.*

Material de terceros – la licencia no se aplica al material de terceros en la obra. Si utiliza dicho material, usted es responsable de obtener el permiso del tercero y de cualquier reclamación por infracción.

No debe utilizar el logotipo, la identidad visual o la imagen de portada de la OCDE sin permiso expreso ni sugerir que la OCDE respalda su uso del trabajo.

Cualquier disputa que surja bajo esta licencia se resolverá mediante arbitraje de conformidad con el Reglamento de Arbitraje de la Corte Permanente de Arbitraje (PCA) de 2012. El lugar del arbitraje será París (Francia). El número de árbitros será de uno.

Prólogo

El Consejo de la OCDE decidió iniciar las conversaciones de adhesión con Perú el 25 de enero de 2022. El 10 de junio de 2022, el Consejo adoptó una hoja de ruta para la adhesión de Perú al Convenio de la OCDE [C/MIN(2022)24/FINAL] (la “Hoja de Ruta”), en la que se establecen los términos y condiciones y el proceso para la adhesión a la OCDE. La Hoja de Ruta estipula que, para que el Consejo pueda adoptar una decisión fundamentada sobre la adhesión de Perú, los comités técnicos de la OCDE mencionados en ella, incluido el Comité de Salud, examinarán a fondo a Perú.

El siguiente informe de antecedentes se elaboró para sustentar el debate del examen de adhesión del Comité de Salud con Perú el 10 de junio de 2024, durante su 35º período de sesiones. De conformidad con el párrafo 28 de la Hoja de Ruta, el Comité de Salud aceptó desclasificar el presente informe el 3 de febrero de 2025 y publicarlo bajo la autoridad del Secretario General, con el fin de que más personas puedan conocer su contenido. La publicación de este documento y el análisis y las recomendaciones que contiene no prejuzga en modo alguno el resultado de las evaluaciones efectuadas como parte del proceso de adhesión de Perú a la OCDE.

Para la redacción del presente informe se han utilizado los conocimientos técnicos y los materiales aportados por numerosos funcionarios de salud, profesionales sanitarios, expertos de la sociedad civil y otros expertos en materia de salud a los que el equipo de examen de la OCDE entrevistó durante una misión de investigación llevada a cabo del 18 al 21 de marzo de 2024 y teleconferencias bilaterales. El informe también refleja la información facilitada en febrero de 2024 en el estudio de adhesión sobre la capacidad de los datos de salud, el cuestionario de la política de examen para la adhesión y los Cuestionarios de Datos de Salud que la OCDE publica periódicamente recibidos en abril de 2024.

Agradecimientos

El presente informe ha sido gestionado y preparado por Caroline Berchet, Lisbeth Waagstein, José Manuel Jerez Pombo y Frederico Guanais. Tom Raitzik Zonenschein prestó su asistencia para la investigación. Los autores quieren darles las gracias a Stefano Scarpetta, Mark Pearson, Francesca Colombo, Eric Sutherland, Valentina Patrini y Marie-Anne Valfort, de la Dirección de Empleo, Trabajo y Asuntos Sociales de la OCDE, y a Vincenzo Spiezia y Limor Shmerling Magazanik, de la Dirección de Ciencia, Tecnología e Innovación. Expresan también su agradecimiento a Gandia Robertson, Ignacio Mansilla y Anastasia Poorhassan, del Departamento Jurídico; a Lucy Hulett por sus aportaciones editoriales; a Isabelle Vallard por brindar asistencia administrativa, y a Guillaume Haquin por su apoyo en la gestión de recursos.

Para la redacción del presente informe se han utilizado los conocimientos técnicos y los materiales aportados por numerosos funcionarios de salud, profesionales sanitarios, expertos de la sociedad civil y otros expertos en materia de salud a los que el equipo de examen de la OCDE entrevistó durante una misión de investigación llevada a cabo del 18 al 21 de marzo de 2024 y teleconferencias bilaterales. El informe también refleja la información facilitada en febrero de 2024 en el estudio de adhesión sobre la capacidad de los datos de salud, el cuestionario de la política de examen para la adhesión y los Cuestionarios de Datos de Salud que la OCDE publica periódicamente recibidos en abril de 2024.

El equipo de examen expresa su agradecimiento a funcionarios del Ministerio de Salud, incluido el Ministro César Vásquez Sánchez (Ministro de Salud), Eric Peña Sánchez (Viceministro de Salud Pública), Diego Sime Rendón (Ejecutivo Adjunto de Cooperación Bilateral de la Oficina General de Cooperación Técnica Internacional del Ministerio de Salud), Jimena Limay Castillo (especialista en cooperación internacional en la Oficina General de Cooperación Técnica Internacional del Ministerio de Salud); a funcionarios del Seguro Social de Salud EsSalud, incluida María Elena Aguilar Del Águila (Presidenta Ejecutiva); a funcionarios de la Superintendencia Nacional de Salud, incluido Juan Carlos Velasco Guerrero (Superintendente), y a otros funcionarios del Despacho Viceministerial de Prestaciones y Aseguramiento en Salud del Ministerio de Salud, el Seguro Integral de Salud y el Instituto Nacional de Salud.

El equipo de examen está especialmente agradecido a la Oficina General de Cooperación Técnica Internacional del Ministerio de Salud y, en especial, a Jimena Gisella Limay Castillo, Sonia Hilser Vicuña y Diego Sime Rendón. La Representación Permanente del Perú ante los organismos económicos internacionales con sede en París, en particular, el Ministro Consejero Gerald Pajuelo Ponce y el Ministro Luis Mayaute Vargas; así como la Ministra Giovanna Gómez Valdivia y el Tercer Secretario Jairo Pérez Santos de la Secretaría Técnica de la Comisión Multisectorial Perú-OCDE, proporcionaron su apoyo para los exámenes.

Índice

Prólogo	3
Agradecimientos	4
Siglas y abreviaturas	8
Resumen ejecutivo	10
1 Evaluación y recomendaciones	13
Aunque en el último decenio Perú ha avanzado en la prestación de una atención de salud adecuada, redoblar los esfuerzos puede ayudar a reducir las grandes desigualdades en el acceso a la atención	14
Perú debe reducir la fragmentación de su sistema de salud	14
Es posible unificar más el sistema de salud mediante una gobernanza de la calidad más sólida y una infraestructura de información de salud interoperable	15
La resiliencia y la sostenibilidad del sistema de salud de Perú pueden mejorar	16
Aunque Perú ha mejorado en los últimos años su preparación frente a crisis sanitarias, debe reforzar la planificación y los incentivos del personal para mejorar la resiliencia de su sistema de salud	17
2 Panorama del sistema de salud de Perú	21
Estado de salud y necesidades en materia de atención de salud	22
El sistema de salud y su gobernanza	36
La infraestructura de datos de salud y su gobernanza	43
Referencias	48
Notas	49
3 Accesibilidad y calidad de la atención en el sistema de atención de salud de Perú	50
Garantizar el acceso a la atención	51
Mejorar la calidad de la atención	67
Referencias	79
Notas	81
4 La sostenibilidad y la resiliencia del sistema de atención sanitaria de Perú	82
Refuerzo de la sostenibilidad y el financiamiento del sistema de salud	83
Aseguramiento de una mano de obra adecuada y eficiente	94
Prevención y preparación	97
Referencias	102
Notas	105

GRÁFICOS

Gráfico 2.1. La desigualdad en los ingresos se redujo de manera constante en Perú entre 2000 y 2021, aunque sigue por encima de la media de la OCDE	22
Gráfico 2.2. Empleo informal en Perú en comparación con otros países de la región, 2020-22	23
Gráfico 2.3. La esperanza de vida en Perú es una de las más bajas de los países de la OCDE, pero es superior a la media de América Latina y el Caribe	24
Gráfico 2.4. Evolución de la mortalidad de niños menores de 1 año, OCDE, Perú y países seleccionados, 1990-2021	25
Gráfico 2.5. Tasa de mortalidad materna en las distintas regiones de Perú, 2017-21	25
Gráfico 2.6. Prevalencia de la anemia en niños de 6 a 35 meses por zona geográfica, 2009-23	26
Gráfico 2.7. Prevalencia de la anemia en niños de 6 a 35 meses por región, 2021-22	26
Gráfico 2.8. Causas de la mortalidad en Perú por grupo de enfermedad, 2021	27
Gráfico 2.9. Exceso de mortalidad causado por la pandemia de COVID-19, 2020-21	28
Gráfico 2.10. Porcentaje de la población mayor de 65 y de 80 años, 2022 y 2050	29
Gráfico 2.11. Tasas de mortalidad por causas evitables, 2022 (o el año más próximo)	30
Gráfico 2.12. Porcentaje de la población adulta con obesidad, 2000-22	31
Gráfico 2.13. Porcentaje de la población adulta con obesidad en las distintas regiones, 2021	31
Gráfico 2.14. Proporción de trastornos de salud mental tratados en cada nivel de atención, 2014-22	34
Gráfico 2.15. Porcentaje de la población con problemas de salud mental que recibió atención, 2022	34
Gráfico 2.16. Porcentaje de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) por subsistema, 2024	39
Gráfico 2.17. Estructura del sistema de salud peruano	40
Gráfico 2.18. Lugares donde solicitaron atención de salud las personas con problemas sanitarios, 2012-22	41
Gráfico 2.19. Primer nivel de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS), 2023	42
Gráfico 3.1. Cobertura del seguro de salud declarada por plan de aseguramiento, 2005-22	52
Gráfico 3.2. Evolución de la población sin asegurar por zona geográfica, 2005-21	53
Gráfico 3.3. Camas de hospital por cada 1.000 habitantes, 2022 (o año más cercano)	55
Gráfico 3.4. Disparidades regionales en la densidad de camas de hospital por cada 1.000 habitantes	55
Gráfico 3.5. Evolución de los profesionales sanitarios en Perú en todos los subsectores, 2013-22	56
Gráfico 3.6. La densidad de médicos y enfermeros es una de las más bajas de los países de la OCDE	57
Gráfico 3.7. Tasa de médicos y enfermeros por región, 2022	58
Gráfico 3.8. Media de consultas médicas presenciales por persona, 2019 y 2022	58
Gráfico 3.9. Gasto directo por tipo de gasto, 2012-21	59
Gráfico 3.10. Porcentaje de la población que afirma tener necesidades médicas no cubiertas por zona de residencia, 2011-22	60
Gráfico 3.11. Participación de establecimientos de IPRESS en la Red Nacional de Telesalud, por nivel de atención	64
Gráfico 3.12. Porcentaje de trabajadores de la salud con capacitación en materia de telesalud, por región	66
Gráfico 3.13. Uso de la telesalud en función de la ubicación geográfica en Perú, 2020-23	66
Gráfico 3.14. Porcentaje de los usuarios que calificaron la calidad de la atención recibida en establecimientos de salud del MINSA y EsSalud como “buena o muy buena”, 2022	67
Gráfico 3.15. Las tasas de vacunación contra el sarampión y la difteria, el tétanos y la tos ferina son de las más bajas de la OCDE, 2022	68
Gráfico 3.16. Ingresos hospitalarios de adultos por asma y enfermedad pulmonar obstructiva crónica, 2021	69
Gráfico 3.17. Tasas de cribado de cáncer de mama y de cuello de útero, 2014-21	77
Gráfico 3.18. Distribución de los estadios clínicos en el momento del diagnóstico por tipo de cáncer, 2016	78
Gráfico 4.1. En Perú, el gasto en salud se encuentra entre los más bajos de la OCDE	83
Gráfico 4.2. Composición del gasto en salud por esquemas de financiamiento en Perú en 2022	84
Gráfico 4.3. Gasto gubernamental en salud como porcentaje de gasto gubernamental total	84
Gráfico 4.4. Evolución del PIM, 2010-2022	87
Gráfico 4.5. Evolución de los ingresos de EsSalud, 2010-2022	87
Gráfico 4.6. Porcentaje de instituciones prestadoras de salud (IPRESS) con un stock insuficiente o sin stock en las diferentes regiones, febrero de 2024	93
Gráfico 4.7. Perú experimentará un aumento en las proporciones de resistencia a los antimicrobianos entre 2019 y 2035	98
Gráfico 4.8. Número de casos y muertes por dengue en Perú, 2000-2023	101
Gráfico 4.9. Cambio en las muertes prematuras atribuibles a la contaminación ambiental por materia particulada, 2000-2019	102

CUADROS

Cuadro 2.1. Prestación de servicios comunitarios de salud mental, 2014-22	33
Cuadro 2.2. Principales acuerdos de financiamiento de la sanidad en el sistema de salud de Perú, 2023	40
Cuadro 2.3. Causas de las reclamaciones de pacientes presentadas a SUSALUD, 2018 y 2022	43
Cuadro 3.1. Promedio de los tiempos de espera para consultas médicas, por plan de cobertura y zona geográfica	61
Cuadro 4.1. El programa de PPR cuenta con nueve programas en el sector sanitario	89

Siglas y abreviaturas

CEABE	Central de Abastecimiento de Bienes Estratégicos
CENARES	Centro Nacional de Abastecimiento de Recursos Estratégicos en Salud
CENATE	Centro Nacional de Telemedicina
CNS	Consejo Nacional de Salud
DIGEMID	Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas
ENAH	Encuesta Nacional de Hogares
ENDES	Encuesta Demográfica y de Salud Familiar
ENESM	Encuesta Nacional Especializada en Salud Mental
ENSAP	Escuela Nacional de Salud Pública
ENSUSALUD	Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios en Salud
EPS	Entidad prestadora de salud
EsSI	Sistema de Servicio de Salud Inteligente
EsSalud	Seguro Social de Salud
FUA	Formato Único de Atención
HIS-MINSA	Sistema de Información de Salud
IAFAS	Institución Administradora de Fondos de Aseguramiento en Salud
IETSI	Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación
INEI	Instituto Nacional de Estadística e Informática
INFORHUS	Registro Nacional del Personal de la Salud
INS	Instituto Nacional de Salud
IP	Intercambio de prestaciones
IPRESS	Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud
MAIS	Modelo de Atención Integral de Salud
MAIS-BFC	Modelo de Atención Integral en Salud basado en Familia y Comunidad
MCI	Modelo de Cuidado Integral de Salud por Curso de Vida para la Persona, Familia y Comunidad
MEF	Ministerio de Economía y Finanzas
MIDIS	Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social
MINSA	Ministerio de Salud
PEAS	Plan Esencial de Aseguramiento en Salud
PEN	Sol peruano
PNMS	Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030
PNUME	Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales
PpR	Presupuesto por Resultados
PROFAM	Programa Nacional de Formación en Salud Familiar y Comunitaria
RAM	Resistencia antimicrobiana
RENETSA	Red Nacional de Evaluación de Tecnologías Sanitarias
RENIEC	Registro Nacional de Identificación y Estado Civil
REUNIS	Repositorio Único Nacional de Información en Salud
RIS	Redes Integradas de Salud
RNT	Red Nacional de Telesalud
SERUMS	Servicio Rural y Urbano Marginal en Salud
SIHCE	Sistema de Información de Historia Clínica Electrónica

SIS	Seguro Integral de Salud
SISMED	Sistema Integrado de Suministro de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios
SNCDS	Sistema Nacional Coordinado Descentralizado de Salud
SUSALUD	Superintendencia Nacional de Salud
UE	Unidades ejecutoras

Resumen ejecutivo

En los últimos cuatro decenios, Perú ha hecho notables avances en la mayoría de los indicadores de salud de la población. El país ha aumentado considerablemente la esperanza de vida, reducido la tasa de mortalidad de niños menores de 1 año y la tasa de mortalidad materna, y ampliado la cobertura sanitaria. La esperanza de vida ha subido aproximadamente 13 años desde 1980, llegando a los 72,4 años en 2022, mientras que la mortalidad de niños menores de 1 año disminuyó de 83 muertes por cada 1.000 nacidos vivos en 1980 a 11 en 2021. La mortalidad materna también se ha reducido a la mitad, de 101,9 muertes por cada 100.000 nacidos vivos en 2002 a 51,9 en 2023. Estas mejoras son el fruto, fundamentalmente, de las reformas de la sanidad y, sobre todo, de la introducción de la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud en 2009. En consecuencia, la cobertura del seguro se incrementó del 61 % en 2009 al 97 % en 2023, siendo el Seguro Integral de Salud (SIS) una pieza clave para cubrir a las poblaciones pobres y subatendidas.

Sin embargo, Perú aún lidia con un sistema de salud que continúa estando segmentado y fragmentado, formado por múltiples subsistemas públicos que atienden a distintos grupos poblacionales, lo que genera desigualdad en el acceso a la atención. En Puno, una región andina con una gran densidad de población indígena, la proporción de personas que afirman tener necesidades médicas no satisfechas casi duplica la del área metropolitana de Lima (el 40 %, frente al 23 %). Las mujeres (33 %) declaran con más frecuencia tener necesidades médicas no satisfechas que los hombres (29 %), y se enfrentan a tiempos de espera más largos que los hombres. Asimismo, es urgente mejorar la infraestructura de salud de Perú. Se considera que muchos establecimientos públicos de salud son deficientes y entrañan riesgos para la seguridad de los pacientes y la prestación de servicios. En términos generales, el sistema de salud sigue careciendo de la integración y la coordinación necesarias para garantizar un acceso equitativo a atención de calidad a toda la población peruana. Para plantar cara a estos retos, es necesario fortalecer la gobernanza de la calidad, invertir en mejoras de los servicios de salud de gran impacto, y frenar las ineficiencias. En este contexto, el examen identifica las posibilidades para que Perú construya un sistema sanitario más fuerte, así como para reforzar las políticas y prácticas existentes con vistas a mejorar el acceso, la calidad de la atención, la eficiencia y la resiliencia.

La fragmentación y segmentación persistentes de su sistema de salud afectan a la calidad y eficiencia de este, así como al acceso a él. El sistema está dividido en dos subsistemas principales: EsSalud, un sistema contributivo que cubre a los trabajadores asalariados y a sus familias, y el SIS, un sistema no contributivo financiado mediante los impuestos generales dirigido a poblaciones pobres y vulnerables. Estos sistemas operan redes independientes de proveedores con estructuras de gobernanza y financiamiento diferenciadas, lo que da lugar a ineficiencias, la duplicación de servicios en algunas zonas y deficiencias en otras, en particular en regiones rurales. Si quiere resolver estos problemas, Perú debería mejorar los intercambios prestacionales, permitiendo que las personas afiliadas al SIS y EsSalud accedan a un conjunto básico de servicios de salud en ambas redes. También se podría lograr un enfoque más unificado armonizando los Planes Esenciales de Aseguramiento en Salud entre ambos subsistemas, siguiendo el ejemplo de Chile, Colombia y México. No obstante, tales reformas deben encontrar un equilibrio entre ampliar el acceso y mantener la calidad de los servicios para que la población las apoye.

Otros pasos esenciales hacia la mayor integración del sistema de salud son la mejora de la gobernanza de la calidad de la atención de salud y el establecimiento de una infraestructura de información de salud. Los sistemas de datos de salud de Perú siguen estando muy fragmentados, lo que impide medir de manera efectiva los resultados sanitarios y la calidad de los servicios. El desarrollo de un sistema nacional de datos de salud unificado es un paso en la dirección correcta, pero para que sea efectivo se requiere una mayor participación en todos los subsistemas. Estandarizar y hacer obligatoria la comunicación de los indicadores de calidad y de resultados permitiría mejorar el seguimiento y la comparación de la calidad de la atención brindada por los distintos proveedores. Los responsables de formular políticas también deberían mejorar la forma en que utilizan los sistemas de información e integrar los datos de manera más eficaz en el proceso decisorio. En lo que respecta a la gobernanza de la calidad, hay margen para fortalecer en mayor medida las iniciativas de calidad a nivel del sistema, pues en estos momentos el alcance y la profundidad de las iniciativas depende de la capacidad regional o local para asumir mecanismos de aseguramiento de la calidad.

Para mejorar la infraestructura de salud e invertir en intervenciones de gran impacto, Perú tendrá que movilizar recursos sanitarios adicionales. Si bien el financiamiento del SIS prácticamente se ha cuadruplicado en el último decenio, el sistema de salud de Perú sigue sin disponer de fondos suficientes si se lo compara con los estándares regionales e internacionales. En 2022, el país únicamente destinó el 6,2 % de su PIB a salud, menos que Costa Rica (7,2 %), Colombia (7,6 %) y Chile (10,0 %). Además, el gasto público sigue muy por debajo de la media de la OCDE, lo que redundará en unos gastos directos elevados (que equivalieron al 27 % del gasto sanitario total en 2022). Sin embargo, la sostenibilidad financiera continúa siendo motivo de preocupación en un contexto con poco margen de maniobra fiscal, y es necesario seguir mejorando la eficiencia del gasto sanitario. El proceso de presupuestación es enormemente restrictivo: los fondos se asignan por partidas, lo que limita la flexibilidad en la distribución de los recursos. Si se transfiriesen costos recurrentes, como el mantenimiento y los gastos laborales, al Ministerio de Salud, se podrían mejorar la eficiencia y la planificación de la fuerza de trabajo. Aparte de la mejora del proceso de presupuestación, el sistema de salud también tiene un enorme potencial para obtener ganancias en la eficiencia. La implementación de fórmulas de ajuste del riesgo para garantizar un financiamiento suficiente al SIS basado en las necesidades sanitarias de la población, la mejora de la rendición de cuentas en relación con los establecimientos públicos de salud, y la adopción de una presupuestación basada en los resultados para los principales objetivos de salud son medidas necesarias. También resulta crucial fortalecer la atención primaria de salud, en particular mediante la implantación de Redes Integradas de Salud y la mejora de la capacidad diagnóstica. Habida cuenta de la creciente carga que suponen enfermedades no transmisibles como la obesidad y de la persistencia de enfermedades infecciosas como el dengue, otra medida fundamental que debería valorarse es la inversión en prevención y promoción de la salud. Asimismo, si se optimizasen las adquisiciones farmacéuticas y se ampliase la disponibilidad de medicamentos genéricos, se podrían reducir los costos al tiempo que se mejora la accesibilidad de los tratamientos.

La pandemia de COVID-19 puso de manifiesto las vulnerabilidades de Perú en lo que respecta a la preparación para crisis de salud, ya que el país tuvo las mayores tasas de exceso de mortalidad de los países de América Latina y la OCDE en 2020 y 2021. A pesar de que Perú ha mejorado desde entonces sus capacidades de respuesta de emergencia mediante planes nacionales para pandemias y políticas estratégicas, la aplicación efectiva de estos a escala regional continúa siendo un reto. Será fundamental fortalecer la vigilancia regional y garantizar suficiente capacidad técnica y organizativa a nivel local para incrementar la resiliencia frente a futuras crisis de salud. Pero Perú también debería resolver los déficits de personal, que agravan aún más las dificultades a las que se enfrenta su sistema de salud. Para colmar esas lagunas se necesitan estrategias para retener a los trabajadores de salud, como mejoras salariales y programas de incentivos específicos. La ampliación de la formación en enfermería y la integración de los agentes de salud comunitarios también podrían mejorar la prestación de servicios y promover iniciativas de medicina preventiva.

Que Perú esté a punto de lograr la cobertura universal de salud supone todo un hito. Pese a ello, el país continúa teniendo dificultades para garantizar que todos los peruanos y las peruanas puedan acceder a servicios de calidad, lo cual implica proporcionar la asistencia adecuada, en el momento oportuno, respondiendo a las necesidades y preferencias del paciente, al tiempo que se minimiza el desperdicio de los exiguos recursos. Si acomete reformas específicas y aprende de las mejores prácticas internacionales, Perú podrá desarrollar un sistema de salud más resiliente e inclusivo que satisfaga las necesidades de su población diversa.

1 Evaluación y recomendaciones

Este capítulo resume la evaluación exhaustiva llevada a cabo en el marco del examen de la adhesión de Perú y presenta recomendaciones clave para mejorar el desempeño del sistema de salud en dimensiones esenciales, como el acceso, la calidad, la sostenibilidad, la eficiencia y la resiliencia. Si bien se han realizado notables avances en los indicadores de salud de la población y el acceso a la atención (en especial tras la promulgación de la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud en 2009), siguen existiendo grandes desigualdades en el acceso a una atención de calidad entre los distintos grupos de la población. Estas disparidades son fruto de la fragmentación y la segmentación del sistema de salud de Perú, y se ven agravadas por una infraestructura de salud insuficiente, la escasez de trabajadores de salud, y los considerables desequilibrios geográficos en la distribución del personal. Para plantar cara a estos retos, es necesario fortalecer la gobernanza de la calidad y los sistemas de información de salud, invertir en mejoras de los servicios de salud de gran impacto, y frenar las ineficiencias.

Perú cuenta con políticas e instituciones bien diseñadas de las que otros países podrían aprender, y que deberían ser más conocidas a nivel internacional. Sin embargo, debido a los limitados recursos de Perú, será esencial realizar esfuerzos encaminados a aumentar la rentabilidad para liberar los recursos necesarios a fin de invertir más en la mejora de la calidad y la accesibilidad de la atención, en especial para las mujeres, los grupos étnicos desfavorecidos y los grupos de población que viven en las zonas rurales.

Aunque en el último decenio Perú ha avanzado en la prestación de una atención de salud adecuada, redoblar los esfuerzos puede ayudar a reducir las grandes desigualdades en el acceso a la atención

En los últimos 40 años, Perú ha mejorado considerablemente en la mayoría de los indicadores generales de salud de la población. En especial, en Perú ha aumentado mucho la esperanza media de vida, que ha subido 13 años desde 1980, llegando a los 72,4 años en 2022. La mortalidad de niños menores de 1 año ha disminuido drásticamente en los últimos decenios, de 83 fallecidos por cada 1.000 nacidos vivos en 1980 a 11 fallecidos en 2021. La mortalidad materna también se ha reducido, de 101,9 muertes por cada 100.000 nacidos vivos en 2002 a 51,9 en 2023. La expansión de la cobertura sanitaria ha contribuido a estas mejoras. Perú promulgó una Ley Marco de Aseguramiento Universal de la Salud en 2009 y, desde entonces, ha realizado avances sustanciales hacia la cobertura universal. La cobertura del aseguramiento ha seguido aumentando, del 61 % de la población en 2009 pasó al 83 % en 2017 y superó el 97 % en 2023. La afiliación al Seguro Integral de Salud, la aseguradora pública, ha sido el instrumento primordial en el que se ha apoyado la expansión de la cobertura sanitaria. Las anteriores reformas fueron marcadamente progresivas, y se diseñaron específicamente para llegar a la población pobre y vulnerable. La afiliación aumentó a mayor velocidad entre la población con menos recursos y en las zonas rurales (entre 2005 y 2022, por ejemplo, la cobertura del Seguro Integral de Salud de las poblaciones rurales pasó del 25 % al 85 %), y el acceso a los servicios sanitarios logró una distribución más igualitaria. En 2019, por ejemplo —antes de la pandemia de COVID-19—, se registró que el 77 % de los niños de menos de 1 año habían recibido vacunas rutinarias tanto en las zonas urbanas como en las rurales. Del mismo modo, los pagos directos han disminuido más de un 22 % en la última década.

No obstante, todavía existen grandes desigualdades en el acceso a atención de salud. En Puno (la región andina con una gran densidad de población indígena), por ejemplo, la proporción de personas que afirman tener necesidades médicas no satisfechas casi duplica la del área metropolitana de Lima (el 40 %, frente al 23 %). Las mujeres (33 %) declaran con más frecuencia tener necesidades médicas no satisfechas que los hombres (29 %), y se enfrentan a tiempos de espera más largos que los hombres. Se observan desigualdades étnicas y regionales similares en países miembros de la OCDE como Colombia, Chile y México. Otras poblaciones, como la comunidad de personas lesbianas, gays, bisexuales, transgénero e intersexuales (LGBTI), también tienen dificultades para acceder a la atención sanitaria.

Perú debe reducir la fragmentación de su sistema de salud

La segmentación y fragmentación del sistema de salud de Perú tiene repercusiones negativas en el acceso a la atención, la calidad y la eficiencia. Perú se enfrenta a un doble reto, pues su sistema sanitario está segmentado (está dividido en diferentes subsistemas que atienden a distintos segmentos de la población) y fragmentado (estos subsistemas no están debidamente integrados y coordinados). El Seguro Social de Salud (EsSalud) y el Seguro Integral de Salud (SIS) cubren a distintos grupos de la población, proporcionan distintos niveles de cobertura y cuentan con redes independientes de proveedores con sus propias estructuras de gobernanza y sistemas de financiamiento. EsSalud opera una red exclusiva a la que solo pueden acceder las personas afiliadas al sistema del Seguro Social de Salud, que cubre a

aproximadamente el 26 % de la población (todos trabajadores formales asalariados y sus familias). Por otra parte, las personas afiliadas al SIS son atendidas en establecimientos públicos de salud que son titularidad directa del Ministerio de Salud en el área metropolitana de Lima y de los gobiernos regionales en el resto del país. El SIS cubría en torno al 62 % de la población en 2023, en su mayoría personas pobres, grupos vulnerables, emprendedores y trabajadores por cuenta propia. Mientras que el SIS es un sistema esencialmente no contributivo y se financia mediante los impuestos generales, EsSalud es un sistema contributivo que se financia casi exclusivamente con contribuciones relacionadas con el empleo.

La fragmentación implica la duplicación de servicios en algunas regiones, donde operan a la vez hospitales de ambas redes, mientras que en otras (normalmente en las zonas rurales) solo es posible acceder al sector público del SIS. Esto da lugar a la asignación ineficiente de los recursos sanitarios y a desigualdades en el acceso a una atención de calidad. Muchos pacientes, en especial los cubiertos por EsSalud, se ven obligados a acudir a hospitales para recibir atención primaria de salud. En 2022, solo el 32 % de la población peruana acudió primero a un centro público de atención primaria de salud cuando necesitaba asistencia de salud. Para promover un acceso igualitario en todos los subsistemas, se recomienda redoblar el uso de los intercambios prestacionales para un conjunto básico de servicios, como los servicios de atención primaria de la salud. Estos intercambios prestacionales permiten a los afiliados recurrir al SIS o a EsSalud para acceder a los servicios de salud de la red a la que no están afiliados. De este modo, se mejoraría el acceso a la atención de salud preventiva e integral, y se lograría un uso más eficiente de la sanidad.

Además, para reducir la fragmentación del sistema de salud, a Perú le vendría bien armonizar de forma progresiva el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud entre el SIS y EsSalud. Chile, Colombia y México, países miembros de la OCDE cuyos sistemas de salud están fragmentados de un modo similar, han adoptado medidas para fomentar la convergencia de los planes de aseguramiento de los diferentes sistemas de seguro de salud. Una de las principales dificultades radicará en definir el nivel de servicios que se ofrece en el plan de aseguramiento común. Si son demasiado restringidos, las personas afiliadas al Seguro Social de Salud tendrían acceso a menos servicios que con el sistema actual, lo que mermaría el apoyo a la reforma.

Es posible unificar más el sistema de salud mediante una gobernanza de la calidad más sólida y una infraestructura de información de salud interoperable

En Perú, existen pocas iniciativas en materia de calidad a nivel sistémico. Aunque los establecimientos de salud son los responsables de implementar procesos de gestión de la calidad, como el establecimiento de directrices de prácticas clínicas, la elaboración de protocolos para la seguridad de los pacientes y la realización de auditorías, solo lo hacen de manera esporádica, y su seguimiento depende de la capacidad regional o local para asumir mecanismos de aseguramiento de la calidad. Además, los indicadores de calidad y de resultados se recopilan y analizan de manera irregular. El proceso de evaluación de los establecimientos de salud del Ministerio de Salud se centra en analizar si cumplen las normativas, pero el sistema se focaliza en el cumplimiento de unos estándares mínimos de disponibilidad de los servicios (como el registro de la infraestructura, el equipamiento y las reservas de fármacos en los sistemas de información) y acarrea sanciones, en lugar de premiar y apoyar las iniciativas de mejora. Sería positivo centralizar las funciones de aseguramiento de la calidad e intensificar la supervisión de las actividades locales y regionales. Podría reforzarse el papel de la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD) estableciendo estándares nacionales de calidad para todos los subsistemas, vigilando el cumplimiento de estos estándares de calidad y proporcionando incentivos para las mejoras de la calidad. Otros países miembros de la OCDE cuentan con inspecciones nacionales similares en el ámbito de la salud. Un ejemplo es la *Haute Autorité de Santé* de Francia, que verifica de manera independiente el cumplimiento de los estándares de calidad, define las buenas prácticas y ayuda a los establecimientos con más dificultades a mejorar sus estándares de calidad.

Perú también se beneficiaría de contar con una infraestructura de información de salud interoperable que mejorase aún más la eficacia de su sistema de salud en términos de accesibilidad, calidad y ganancias en eficiencia. En Perú, la información de salud no está estandarizada entre los distintos subsistemas, y resulta difícil vincular los datos de salud personales entre los diversos establecimientos de salud. En consecuencia, no es posible medir de forma exhaustiva las actividades, la calidad de la atención o los resultados a escala nacional, a fin de comparar a los distintos proveedores, ni hacer un seguimiento de los protocolos asistenciales, en particular en el caso de los pacientes con necesidades asistenciales complejas. A tal fin, Perú está trabajando en sistema único nacional de datos de salud (REUNIS) que le permita compartir un conjunto básico de información entre todos los subsistemas. El Ministerio de Salud y los gobiernos regionales son los que transmiten fundamentalmente datos de salud al sistema de información REUNIS. Aumentar la interoperabilidad entre todos los subsistemas y estandarizar y hacer obligatoria la comunicación de indicadores relativos a los recursos, las actividades y la calidad de la atención ayudaría a crear un sistema de seguimiento armonizado. También es preciso redoblar los esfuerzos para aumentar la comunicación de datos y la comparabilidad de estos siguiendo las normas de la OCDE para la realización de análisis comparativos nacionales e internacionales. Por ejemplo, Perú utiliza datos procedentes de encuestas y comunica la esperanza de vida en bloques de cinco años, mientras que la mayoría de los países se basan en estadísticas demográficas que obtienen de tablas de supervivencia. Asimismo, Perú no tiene la capacidad de facilitar datos sobre el empleo, la migración del personal y el gasto sanitario por tipo de servicios y de proveedores. Muchos países de América Latina y el Caribe miembros de la OCDE empezaron teniendo las mismas limitaciones y poco a poco fueron aumentando el alcance de los datos que presentaban.

La resiliencia y la sostenibilidad del sistema de salud de Perú pueden mejorar

El gasto sanitario en Perú es reducido, lo que indica que su sistema de salud está infradotado en comparación con los de otros países de América Latina y el Caribe y la OCDE. En 2022, Perú destinó el 6,2 % de su PIB a salud, un porcentaje inferior que en Costa Rica (7,2 % del PIB), Colombia (7,8 % del PIB) o Chile (10,0 % del PIB). En la misma línea, el nivel de gasto público total es mucho menor en Perú que en otros países de la OCDE y de América Latina y el Caribe. En 2021, el gasto público total equivalió al 23 % del PIB, un porcentaje menor que en Chile (26 %) o México (27 %), y fue casi la mitad que la media de la OCDE (40 % del PIB). Esto se traduce en un elevado gasto directo. En 2022, los pagos directos supusieron el 27 % del gasto sanitario total, casi 1,4 veces más que la media de la OCDE, que se sitúa en el 19 %.

Si bien los recursos financieros destinados al Seguro Integral de Salud (SIS) prácticamente se han cuadruplicado en el último decenio (de 517 millones PEN en 2010 a 2.483 millones PEN en 2022), el escaso gasto público es un problema directamente relacionado con los reducidos ingresos del Estado, consecuencia de una carga impositiva relativamente baja y una limitada base tributaria a causa de la informalidad. El complejo proceso de presupuestación es otro obstáculo para la sostenibilidad financiera del sistema de salud peruano. El Ministerio de Economía y Finanzas realiza un control estricto del presupuesto del Seguro Integral de Salud e impide que los fondos destinados a una partida presupuestaria se reasignen a otra. Esto implica que, aunque quizás el Ministerio de Salud, los gobiernos regionales o las unidades ejecutoras dispongan de fondos para una partida, necesiten financiamiento para otra y no puedan redistribuir los fondos entre partidas. Asimismo, las transferencias del Gobierno al Seguro Integral de Salud únicamente se calculan teniendo en cuenta los costos variables de los servicios y no incluyen costos recurrentes como los gastos de mantenimiento y personal. Esto afecta a la capacidad de los gobiernos regionales y locales para prestar servicios de salud, ya que pueden tener unas capacidades técnicas y financieras limitadas para administrar estos costos. Transferir el pago de los costos recurrentes al Ministerio de Salud para subsanar este problema ayudaría a garantizar la sostenibilidad financiera a largo plazo del sistema de salud y aumentaría la capacidad del Ministerio de Salud para implementar

mecanismos de pago adicionales que incentiven una atención de calidad y la contratación de más trabajadores.

A Perú le convendría priorizar los esfuerzos encaminados a obtener ganancias en eficiencia y reducir el despilfarro en el sector sanitario, con vistas a liberar recursos para mejorar la infraestructura de salud. Al igual que varios países, Perú debe atender la necesidad de aumentar la inversión en el sistema de salud a fin de mejorar la calidad y el acceso, con un financiamiento público limitado y prioridades contrapuestas para la distribución de los fondos públicos. Perú debería utilizar fórmulas de ajuste de riesgo para aumentar la eficiencia, a fin de garantizar que el SIS cuente con recursos suficientes para atender a la población afiliada a él y cubrir sus necesidades de salud. También es necesario reforzar, mediante el establecimiento de mejores mecanismos de pago, la rendición de cuentas de los establecimientos públicos de salud que son propiedad directa del Ministerio de Salud en el área metropolitana de Lima y de los gobiernos regionales en lo que respecta a la mejora de los resultados de salud de la población y la calidad de la atención. La adopción de una presupuestación basada en los resultados para objetivos de salud horizontales clave y el aumento de la flexibilidad presupuestaria para los gobiernos regionales y locales impulsará aún más la eficiencia del gasto en salud pública.

Asimismo, es necesario prestar especial atención a la prevención y la promoción de la salud mediante la modernización del sector de la atención primaria de salud, el desarrollo continuo del Modelo de Cuidado Integral de Salud por Curso de Vida para la Persona, Familia y Comunidad, y la implantación progresiva de Redes Integradas de Salud. Esto es fundamental para garantizar que la atención primaria de salud pueda desempeñar sus principales funciones en lo que respecta a la salud pública, la prevención y la gestión de enfermedades, apoyándose en una capacidad de laboratorio y diagnóstico suficiente. Este es un asunto de especial importancia debido a las necesidades de salud de la población, que en los últimos años se caracterizan por las crecientes tasas de obesidad, la persistencia de la elevada prevalencia de la anemia y el predominio aún en la actualidad de enfermedades infecciosas como el dengue.

Puesto que el Ministerio de Salud considera que la mayoría de los establecimientos públicos de salud son precarios o incapaces de proporcionar una atención adecuada a los pacientes, Perú también debería convertir los hospitales pequeños e ineficientes en establecimientos de salud intermedios, al tiempo que fortalece las aplicaciones de telesalud y el transporte médico, a fin de no poner en peligro el acceso a atención de pacientes de agudos que viven en zonas remotas. Esto ayudaría a mejorar la seguridad de los pacientes y aumentaría la eficiencia en la asignación.

Otras medidas esenciales para aumentar la eficiencia en el gasto farmacéutico consisten en mejorar la planificación y el proceso de abastecimiento de medicamentos no estratégicos, garantizar una mayor disponibilidad de genéricos e integrar el análisis económico en las evaluaciones de la tecnología de la salud.

Aunque Perú ha mejorado en los últimos años su preparación frente a crisis sanitarias, debe reforzar la planificación y los incentivos del personal para mejorar la resiliencia de su sistema de salud

La COVID-19 tuvo un impacto devastador en la salud de la población peruana. En 2020 y 2021, el país tuvo el mayor exceso de mortalidad anual de todos los países de América Latina y el Caribe y de la OCDE. Perú tuvo una media de 437 muertes adicionales por cada 100.000 personas en 2020 y 2021, casi el cuádruple que la media de la OCDE, de 114 muertes adicionales por cada 100.000 personas, y más del doble de la media de América Latina y el Caribe. Los malos resultados de salud se explican por la existencia de unos determinantes de la salud mejorables, unos sistemas de información deficientes, la escasez de personal sanitario clave y la limitada coordinación entre los distintos subsistemas para brindar una atención adecuada.

La respuesta de Perú a la pandemia de COVID-19 hizo que se mejorase su preparación frente a crisis gracias a la consolidación de la gestión de crisis. Entre 2020 y 2022, el MINSA ejecutó cinco planes nacionales para hacer frente a la pandemia de COVID-19, todos ellos en línea con el Reglamento Sanitario Internacional. La elaboración de la Política Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres al 2050 y los planes de la *Estrategia para la prevención y respuesta ante emergencias internacionales de salud pública*, junto con el fortalecimiento de la capacidad de laboratorio para controlar la vigilancia de las enfermedades infecciosas, también han contribuido a mejorar la preparación frente a crisis. Perú también está avanzando hacia el enfoque de Una Salud con el desarrollo de un sistema integrado de control de la resistencia a los antimicrobianos (RAM) que abarca los sectores sanitario, agrícola, productivo y medioambiental, y con la formulación de una Ley Marco para la Contención de la Resistencia a los Antimicrobianos bajo el Enfoque “Una Salud”. No obstante, la eficacia de las iniciativas de preparación frente a pandemias y crisis sanitarias depende de su ejecución robusta a escala regional. Pese a contar con planes nacionales claros en los que se identifican las fuentes de financiamiento, el éxito de estas medidas depende en gran parte de las decisiones y ejecuciones regionales. Los problemas de capacidad técnica y organizativa a nivel regional podrían conducir a la ejecución deficiente de estas políticas sanitarias esenciales, lo que haría necesaria una vigilancia adicional a nivel central.

Para mejorar la resiliencia del sistema de salud de Perú, resulta necesario elaborar una estrategia de planificación de la fuerza de trabajo más sólida que abarque los distintos subsistemas y tenga en cuenta las necesidades a medio y largo plazo. Aunque ya ha adoptado medidas para fortalecer sus políticas relativas al personal sanitario (por ejemplo, mediante la creación del Registro Nacional del Personal de la Salud y los programas SERUMS y PROFAM, destinados a reforzar la capacitación de los médicos de las zonas rurales y de atención primaria), Perú todavía tiene problemas para aumentar el número de trabajadores de la salud y corregir los desequilibrios geográficos. Por ejemplo, Perú tenía una densidad de médicos per cápita de 1,6 por cada 1.000 habitantes en 2022, un número bajo y ligeramente inferior a la media de la región de América Latina y el Caribe (2 por cada 1.000) y muy inferior a la media de la OCDE, de 3,8. Como ocurre en otros países de la región y de la OCDE, en Perú existen importantes disparidades geográficas en la oferta de médicos, que escasean especialmente en las zonas rurales. En 2021, tan solo el 9,8 % de los médicos trabajaba en zonas rurales, frente al 14,8 % en 2013. También se deberían reforzar las estrategias destinadas a que el personal sanitario siga ejerciendo, por ejemplo, mediante planes de mejora salarial para los trabajadores de la salud del sector público y los que trabajan en zonas rurales. Perú podría tratar de mejorar la resiliencia de su sistema de salud invirtiendo en la capacitación de enfermeras y enfermeros e integrando a la comunidad de trabajadores de la salud, al tiempo que realiza actividades de prevención sanitaria y promoción de la salud.

Recuadro 1.1. Recomendaciones políticas para fortalecer el desempeño del sistema de salud peruano

Perú puede plantearse aplicar las siguientes recomendaciones con el fin de mejorar el desempeño de su sistema de salud y de incrementar su sostenibilidad y resiliencia, para así acercarse más a los estándares, las políticas y las mejores prácticas de la OCDE:

Mejorar el acceso y la calidad

- Aumentar el uso del intercambio de servicios entre el SIS y EsSalud en lo tocante a los servicios básicos de atención primaria de salud.
- Armonizar progresivamente el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud entre el SIS y EsSalud, y ofrecer a las personas afiliadas un seguro secundario para los servicios que no estén incluidos en él.
- Seguir promoviendo el uso de la telesalud para atender mejor a las poblaciones que viven en zonas remotas. Mejorar la conectividad para garantizar las teleconsultas en las regiones menos desarrolladas y más remotas.
- Reforzar la atención primaria de salud en Perú para que pueda desempeñar todas sus funciones claves en relación con la salud pública, la prevención y la gestión de las patologías crónicas. Plantearse evaluar el plan de estudios de Medicina, y velar por que el programa de capacitación PROFAM se ofrezca en todas las facultades de Medicina y sea obligatorio para quienes quieran ejercer como médicos de atención primaria. La atención primaria de salud debería sustentarse en una capacidad de laboratorio y diagnóstico suficiente.
- Continuar introduciendo cambios en los sistemas de pago de la atención primaria de salud y de la atención hospitalaria, con miras a premiar la calidad de la atención (por ejemplo, asignar una capitación ponderada a los establecimientos de salud, en lugar de a las unidades regionales; utilizar los pagos para un conjunto de servicios, y plantearse introducir pagos complementarios para fomentar la coordinación de la atención y la gestión efectiva de las enfermedades crónicas).
- Crear un marco nacional de aseguramiento de la calidad sólido a nivel del sistema que esté unificado en todos los subsistemas. Intensificar la vigilancia de las actividades locales y regionales. Reforzar el papel de SUSALUD para el establecimiento de estándares de calidad nacionales, hacer un seguimiento del cumplimiento de dichos estándares y ofrecer incentivos para las mejoras de la calidad. Plantearse introducir gradualmente un sistema voluntario de acreditación para los hospitales.
- Seguir unificando el sistema de información y reforzar la recopilación, la estandarización y la interrelación de datos nacionales y el análisis de datos de salud con vistas a mejorar la calidad de la atención. Mejorar la coordinación entre el SIS y EsSalud a fin de aumentar la interoperabilidad de los registros sanitarios electrónicos. Velar por que la estrategia nacional para la gobernanza de los datos de salud se adopte antes de que termine 2025.
- Adoptar los estándares de la OCDE para la realización de análisis comparativos nacionales e internacionales con el objetivo de mejorar la calidad y la cobertura de los datos, sobre todo en lo que respecta a los indicadores relativos a la calidad de la atención, los resultados de salud y las actividades de atención de salud. Es importante presentar informes anuales sobre los principales indicadores del estado de salud, como la esperanza de vida al nacer.

Reforzar la eficiencia y la sostenibilidad financiera

- Estudiar formas de aumentar los ingresos públicos para garantizar financiamiento adicional para el sistema de salud peruano, fundamentalmente aprovechando las ganancias en eficiencia.
- Simplificar los mecanismos de presupuestación sanitaria para que los gobiernos regionales y locales tengan más flexibilidad para realizar reasignaciones presupuestarias. Transferir los

pagos de los costos recurrentes (mantenimiento y salarios) al Ministerio de Salud, respaldado con recursos adicionales del MEF.

- Alejarse del gasto histórico y asignar los recursos del SIS teniendo en cuenta el número de afiliados y sus necesidades sanitarias. Aumentar el uso de la presupuestación basada en resultados centrando la atención en los objetivos de salud horizontales clave.
- Modernizar la atención primaria de salud incrementando las competencias de los médicos generales y hacer obligatoria la capacitación en medicina de atención primaria.
- Mejorar la eficiencia en la asignación transformando los hospitales pequeños y menos productivos en establecimientos de salud intermedios, para así consolidar los recursos en los centros hospitalarios de mayor tamaño. Garantizar el acceso puntual a atención urgente con aplicaciones de telesalud y el transporte médico de hospitales rurales a hospitales generales mejor equipados de zonas urbanas. Implementar en los hospitales sistemas de pago que incentiven la calidad.
- Fortalecer la planificación del abastecimiento de medicamentos mediante sistemas de información que permitan estimar mejor la demanda sanitaria. Aumentar la administración por parte del Ministerio de Salud para ayudar a las regiones que no poseen una capacidad de planificación o administrativa suficiente para realizar las compras directamente.
- Aumentar la disponibilidad de medicamentos genéricos obligando a las farmacias privadas a que, de los medicamentos esenciales que tengan en existencias, el 30 % siempre sean genéricos. Integrar la evaluación económica en las evaluaciones de la tecnología de la salud.

Mejorar la resiliencia y la preparación

- Invertir en la planificación de la fuerza de trabajo nacional teniendo en cuenta las necesidades de la población y la distribución regional de los trabajadores de la salud. Incrementar los requisitos de presentación de informes de INFORHUS aplicables a todos los subsistemas a fin de evaluar las necesidades en términos de recursos humanos. Proporcionar apoyo a las autoridades regionales que no tengan el alcance y la capacidad técnica y financiera necesarios para evaluar sus propias necesidades en materia de personal sanitario y formular posibles políticas.
- Implantar estructuras de incentivos adecuadas para mejorar la contratación y retención de los trabajadores de la salud. Proporcionar incentivos financieros más elevados, combinados con incentivos de otra índole, a médicos y enfermeros para que trabajen en regiones remotas y subatendidas.
- Vigilar y regular la práctica dual público-privada. Permitir que médicos y enfermeros ocupen más de un puesto en el sector público.
- Invertir en enfermería por medio de programas de capacitación y educación que contribuyan a la práctica avanzada. Integrar de una manera más oficial a los agentes de salud comunitarios en el sistema de salud, en particular en zonas rurales donde atienden a poblaciones indígenas.
- Seguir fortaleciendo la cooperación multisectorial para luchar contra la RAM. Subsana las deficiencias en la ejecución de políticas con vistas a mejorar la gestión y la vigilancia en todas las partes interesadas relevantes, fundamentalmente mediante una aplicación más coherente de las directrices relativas al uso de antibióticos, la realización de un seguimiento sistemático para fundamentar las políticas, y campañas nacionales amplias que conciencien acerca de la RAM.
- Desarrollar una respuesta política a nivel nacional, regional y local para revertir la tendencia en la vacunación infantil, que está descendiendo. Esto incluye mantener unos sólidos estándares de calidad, realizar campañas nacionales de comunicación pública, fomentar la alfabetización en materia de salud y llevar a cabo programas de divulgación.
- Fortalecer la preparación frente al riesgo de pandemias a través de la Política Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres al 2050, que deberá estar respaldada por planes operativos adecuados a nivel regional.

2 Panorama del sistema de salud de Perú

Este capítulo presenta el panorama del sistema de salud de Perú. Para ello, empieza resumiendo el contexto socioeconómico del país, tras lo cual analiza sus necesidades sanitarias y en materia de atención de salud. La primera sección muestra que, a pesar de que Perú ha realizado avances considerables en la mejora de los indicadores generales de salud de la población, las crecientes tasas de obesidad, los niveles persistentemente elevados de anemia y la prevalencia constante de enfermedades infecciosas constituyen un desafío cada vez mayor para la salud pública. La segunda sección examina la estructura del sistema de salud y hace hincapié en los principales agentes del sector sanitario financiado por el Gobierno. La tercera sección se centra en la infraestructura de información de salud en la que se sustenta la prestación de atención de salud. Presenta la gran cantidad de datos digitales de salud que se recaban, al tiempo que incide en la falta de estandarización entre los distintos subsistemas y en las dificultades para interrelacionar los datos personales de salud entre los diversos establecimientos de salud.

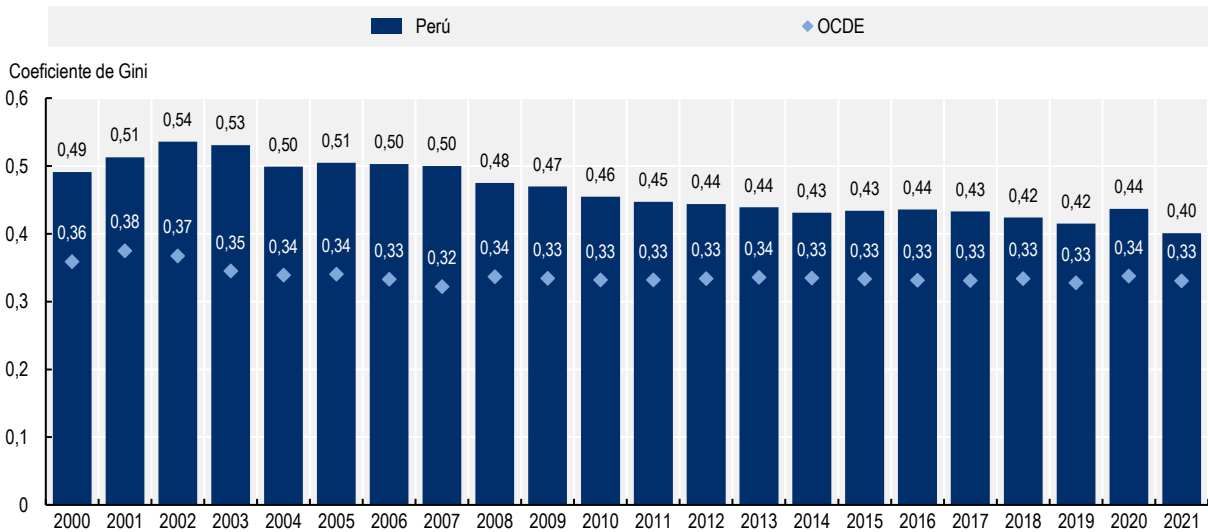
Estado de salud y necesidades en materia de atención de salud

El actual contexto socioeconómico de Perú

Perú es el tercer país más grande de América Latina y es extremadamente diverso, tanto geográficamente como en términos socioeconómicos. El país está dividido en 26 regiones y hace frontera con el Ecuador y Colombia al norte, el Brasil al este, Bolivia y Chile al sur, y el océano Pacífico al oeste. Está atravesado por la cordillera de los Andes que, junto con la selva del Amazonas al noreste, da lugar a un entorno geográfico complejo. En 2022, Perú tenía aproximadamente 34,1 millones de habitantes (World Bank, 2024^[1]), y la densidad de población era mayor en la costa del Pacífico y menor en las cordilleras y selvas. Los mestizos, personas de origen mixto indígena y europeo, son el mayor grupo étnico de Perú, pues constituyen aproximadamente el 60 % de la población. Según el censo de 2017, la población quechua es el grupo indígena de mayor tamaño, y a él pertenece aproximadamente el 20 % de la población. Por su parte, se estima que los aimaras constituyen el 5 % de la población total del país; los afroperuanos, el 4 %, y la población blanca (de origen europeo), el 6 % (OECD, 2023^[2]).

Entre 2000 y 2019, Perú registró un crecimiento económico mantenido, con una tasa media de crecimiento anual del 5,1 %, lo que mejoró los niveles de vida e hizo que se erigiera como uno de los países de más rápido crecimiento y una de las economías más estables de América Latina (OECD, 2023^[2]). La estabilidad macroeconómica, la apertura comercial y un entorno internacional favorable permitieron que el país se convirtiera en una economía de ingreso mediano-alto y registrara un aumento de la renta per cápita de 2.040 USD en 2002 a 7.126 USD en 2022, y un descenso de la pobreza del 60 % al 33 % en el mismo período (World Bank, 2024^[3]). La desigualdad también se ha reducido considerablemente: el coeficiente de Gini bajó de 0,49 en 2000 a 0,40 en 2021 (Gráfico 2.1). Sin embargo, Perú todavía se enfrenta a importantes dificultades económicas y sociales, a las que se suman las fuertes disparidades entre unas regiones y otras. Por ejemplo, el PIB per cápita en la región de Moquegua es casi ocho veces mayor que la de San Martín.

Gráfico 2.1. La desigualdad en los ingresos se redujo de manera constante en Perú entre 2000 y 2021, aunque sigue por encima de la media de la OCDE

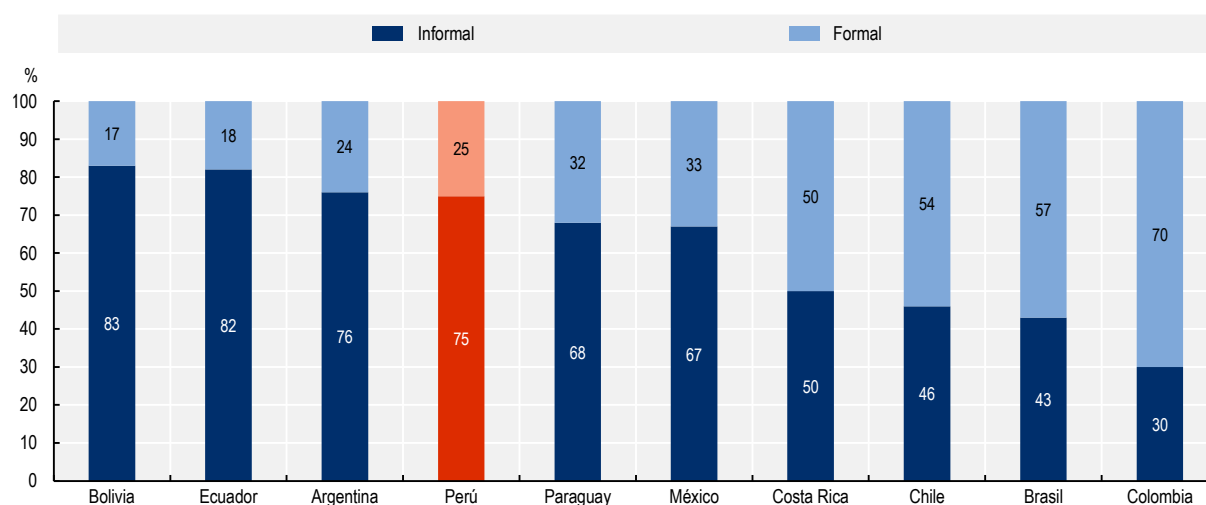


Fuente: Banco Mundial (2024).

Además, el avance hacia un mayor nivel de vida aminoró cuando acabó el *boom* de los precios de los productos básicos en 2015, y en 2020 la pandemia de COVID-19 tuvo graves consecuencias para las vidas y los medios de subsistencia, dejando tras de sí un exceso de mortalidad más elevado y una contracción económica más acusada que en la mayoría de los países del mundo y revirtiendo algunos de los avances logrados en la reducción de la pobreza (OECD, 2023^[2]). La pandemia también puso de manifiesto deficiencias estructurales que ya existían, como uno de los mayores niveles de informalidad de toda la región de América Latina (Gráfico 2.2), ya que en torno al 75 % de los trabajadores no tenía acceso a mecanismos de protección social, ahorros o créditos, tampoco garantizados por el Estado, a los que recurrir. La informalidad, que se asocia a unos niveles de pobreza elevados, desigualdad en los ingresos y exclusión social, es alta entre las mujeres, las poblaciones rurales, y las personas indígenas y afroperuanas.

Asimismo, la pandemia de COVID-19 tensionó el sistema de salud peruano, que ya sufría importantes problemas estructurales. Perú se enfrenta a un doble reto, pues su sistema sanitario está segmentado (está dividido en diferentes subsistemas que atienden a distintos segmentos de la población) y fragmentado (estos subsistemas no están debidamente integrados y coordinados). Si bien Perú ha hecho notables progresos hacia la cobertura universal desde la promulgación de la Ley Marco de Aseguramiento Universal de la Salud de 2009, existe un amplio reconocimiento de que hay margen para garantizar que toda la población peruana pueda acceder a servicios de calidad. La fragmentación del sistema de salud peruano, el déficit de personal y la limitada infraestructura de información de la salud obstaculizan la prestación de una atención eficiente, sostenible y de calidad.

Gráfico 2.2. Empleo informal en Perú en comparación con otros países de la región, 2020-22

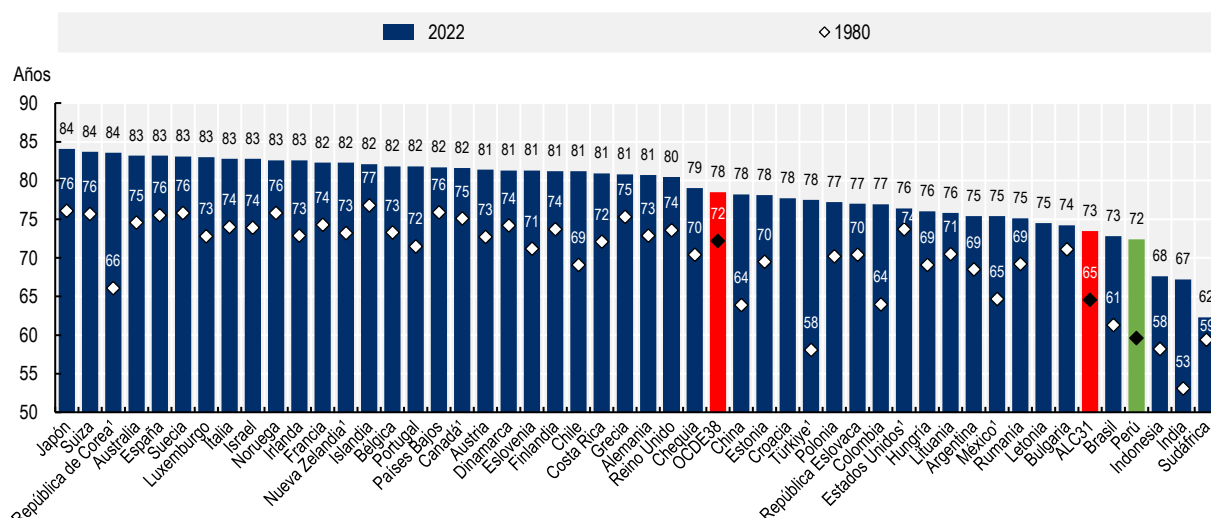


Fuente: OIT, Sistema de Información y Análisis Laboral para América Latina y el Caribe (SIALC)

Perú ha logrado aumentar considerablemente la esperanza de vida

La esperanza de vida en Perú ha aumentado 13 años en los últimos cuatro decenios. En 2022, la esperanza de vida al nacer era de 72,4 años (Gráfico 2.3). Esta cifra estaba 6,1 años menos que la media de la OCDE y era relativamente baja en comparación con la de otros países de América Latina y el Caribe, como México (75), Colombia (77), Costa Rica (81) y Chile (81).

Gráfico 2.3. La esperanza de vida en Perú es una de las más bajas de los países de la OCDE, pero es superior a la media de América Latina y el Caribe



1. Datos relativos a 2021.

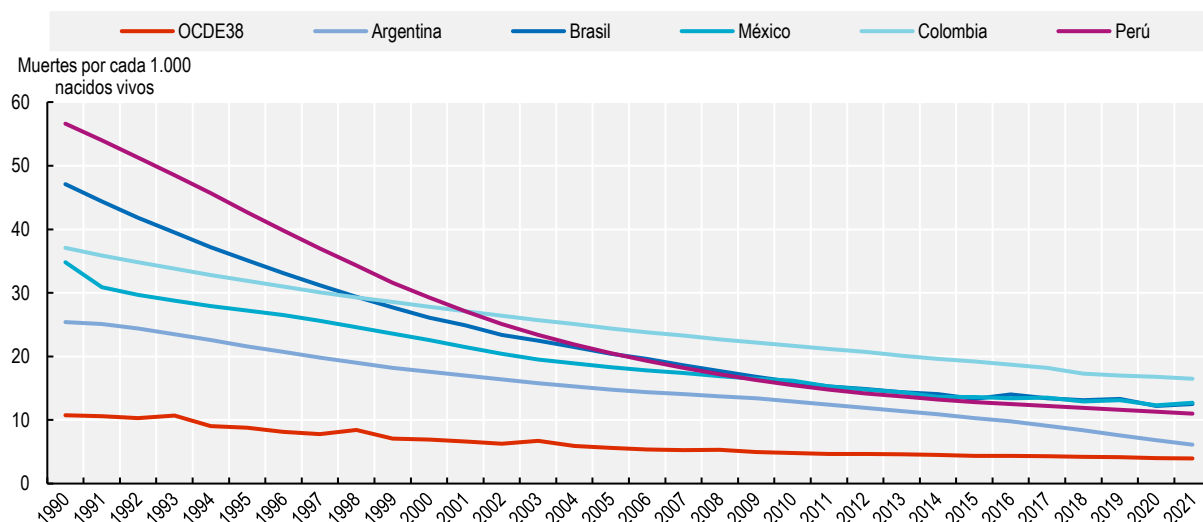
Nota: Los últimos datos disponibles para Reino Unido son de 2020. No se dispone de datos sobre Letonia y Croacia de 1980, ni de datos sobre Eslovenia de 1982. Para calcular la media de América Latina y el Caribe se utilizaron datos de los indicadores del desarrollo del Banco Mundial. Fuente: Estadísticas de Salud de la OCDE de 2023, Banco Mundial 2024.

En Perú, la brecha de género en la esperanza de vida es ligeramente menor que en los países de la OCDE. De media, las mujeres peruanas viven casi 5 años más que los hombres, cuya esperanza de vida media es de 70,1 años. Esta brecha de género se encuentra por debajo de la media de la OCDE, que en 2022 era de 5,2 años.

La mortalidad de niños menores de 1 año ha disminuido drásticamente en los últimos decenios en Perú, de 83 muertes por cada 1.000 nacidos vivos en 1980 a 11 en 2021. Esta tendencia se ha producido en paralelo a la brusca disminución de la mortalidad de niños menores de 1 año en otros países de América Latina y el Caribe, como México, el Brasil, la Argentina y Colombia. A pesar de que todos estos países han reducido drásticamente sus tasas de mortalidad de niños menores de 1 año en las últimas décadas, siguen estando por encima de la media de la OCDE, que era de 3,9 muertes por cada 1.000 nacidos vivos en 2021 (véase el Gráfico 2.4). Los datos del censo nacional de 2017 también evidenciaron disparidades por grupos étnicos en Perú. El 2,9 % de los niños nacidos vivos de mujeres en edad reproductiva que se identificaban como indígenas u originarias de los Andes moría, frente al 2 % cuando las madres pertenecían a otras etnias (INEI, 2018^[4]).

Aunque la mortalidad materna también se ha reducido, de 101,9 muertes por cada 100.000 nacidos vivos en 2002 a 51,9 en 2023, subió hasta las 80,9 muertes en 2020 y las 87,4 en 2021, lo que podría explicarse por la menor prestación de servicios de salud y los mayores obstáculos para acceder a ellos durante la pandemia de COVID-19 (CDC, 2021^[5]). Asimismo, cuando la mortalidad materna se analiza como porcentaje de las mujeres en edad reproductiva, se constata que existen grandes desigualdades entre las distintas regiones geográficas de Perú. Por ejemplo, en 2021 la tasa de mortalidad materna en la región de Madre de Dios era 8,3 veces mayor que en Moquegua (Gráfico 2.5) (CDC, 2021^[5]).

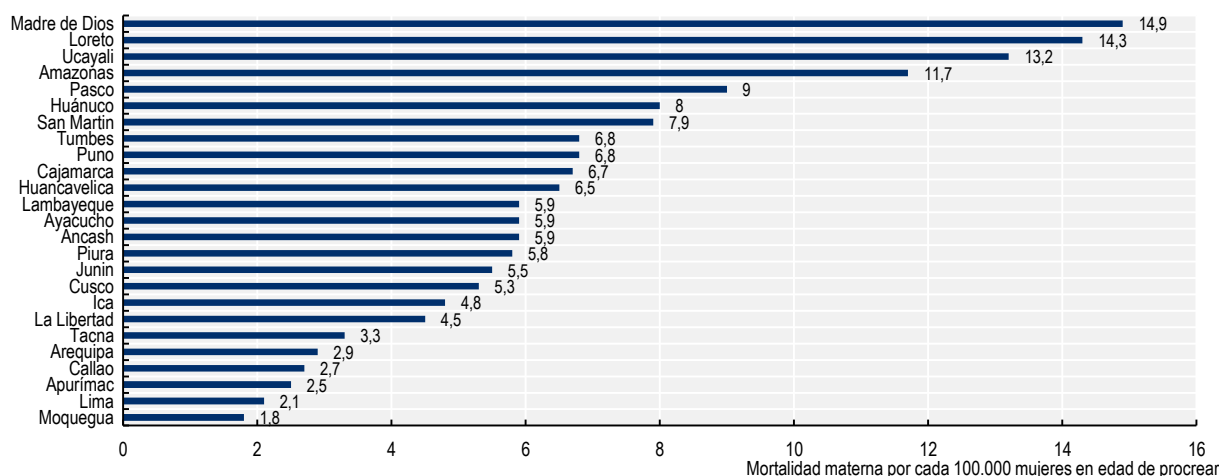
Gráfico 2.4. Evolución de la mortalidad de niños menores de 1 año, OCDE, Perú y países seleccionados, 1990-2021



Nota: Los datos relativos al Brasil se basan en estimaciones.

Fuente: Estadísticas de Salud de la OCDE de 2023, e información facilitada por Perú en el cuestionario sobre estadísticas de salud de la OCDE de 2024.

Gráfico 2.5. Tasa de mortalidad materna en las distintas regiones de Perú, 2017-21



Fuente: CDC (2021^[5]), Análisis de Situación de Salud (ASIS) 2021.

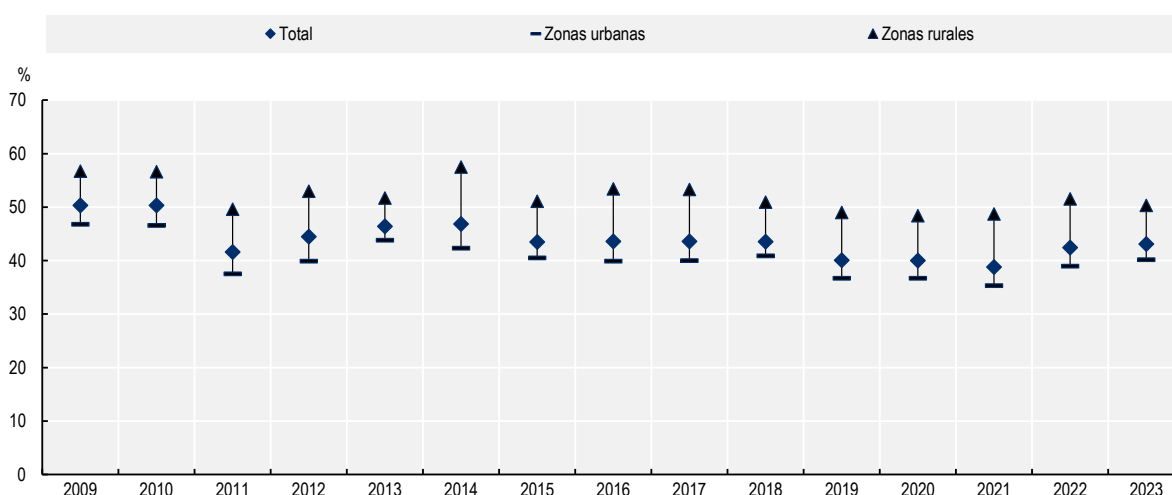
La elevada prevalencia de la anemia sigue siendo un importante problema de salud pública en Perú

La anemia sigue siendo uno de los problemas de salud pública más importantes y antiguos del país, y se deriva fundamentalmente de la malnutrición, ya sea por una dieta insuficiente o por una dieta desequilibrada sin el aporte de hierro necesario. En 2023, de media, el 43 % de los niños de entre 6 y 35 meses padecía anemia (Gráfico 2.6). Hay importantes diferencias en su prevalencia entre las zonas urbanas (40 %) y rurales (50 %), así como de unas regiones a otras. En 2022, Puno presentaba la mayor prevalencia de anemia: el 67 % de los niños de entre 6 y 35 meses estaba anémico, una prevalencia muy

superior a la de Moquegua (28 %) (Gráfico 2.7). Perú ha probado varias estrategias para solucionar este problema, entre las que se encuentran el Plan Multisectorial de Lucha contra la Anemia, el Plan Multisectorial para la Reducción y Control de la Anemia Materno-Infantil y la Desnutrición Crónica Infantil 2017-21, y estrategias más recientes como “Niños de hierro” y “Cuna Más con punche contra la anemia” del Ministerio de Salud (MINSA) y el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS), respectivamente.

En 2021, la malnutrición crónica afectaba al 11,5 % de los niños menores de 5 años, lo que supuso una disminución frente al 13,1 % de 2016. Atendiendo al lugar de residencia, la malnutrición crónica afectaba mucho más a las niñas y los niños de zonas rurales (24,4 %) que a los de zonas urbanas (6,8 %) (INEI, 2021^[6]).

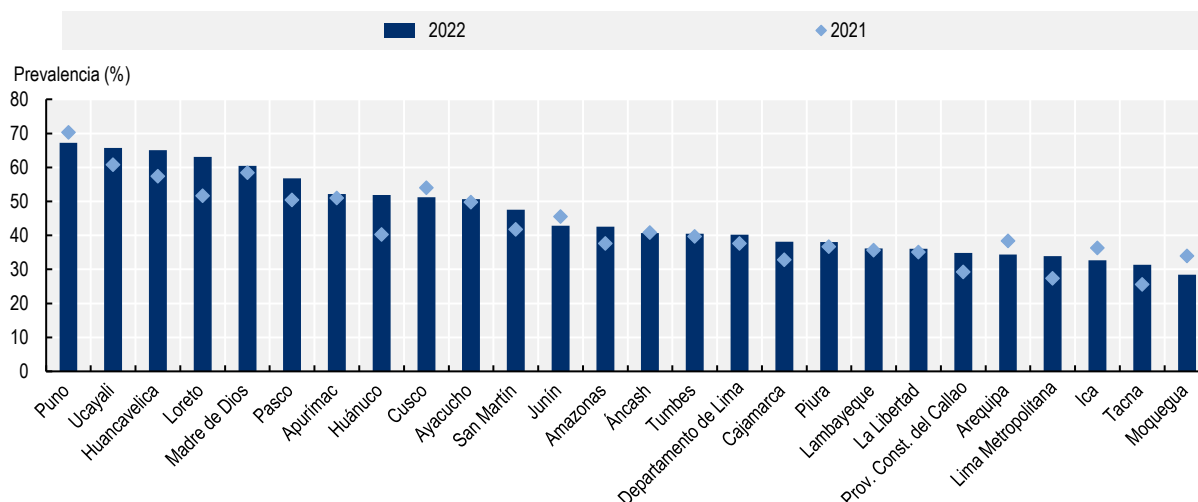
Gráfico 2.6. Prevalencia de la anemia en niños de 6 a 35 meses por zona geográfica, 2009-23



Nota: Los datos correspondientes a 2023 se han extraído de un comunicado de prensa, ya que el conjunto de datos de la ENDES de 2023 todavía no estaba públicamente disponible en el momento de elaborar el gráfico.

Fuente: Elaborado con datos de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) de 2022 y 2023.

Gráfico 2.7. Prevalencia de la anemia en niños de 6 a 35 meses por región, 2021-22

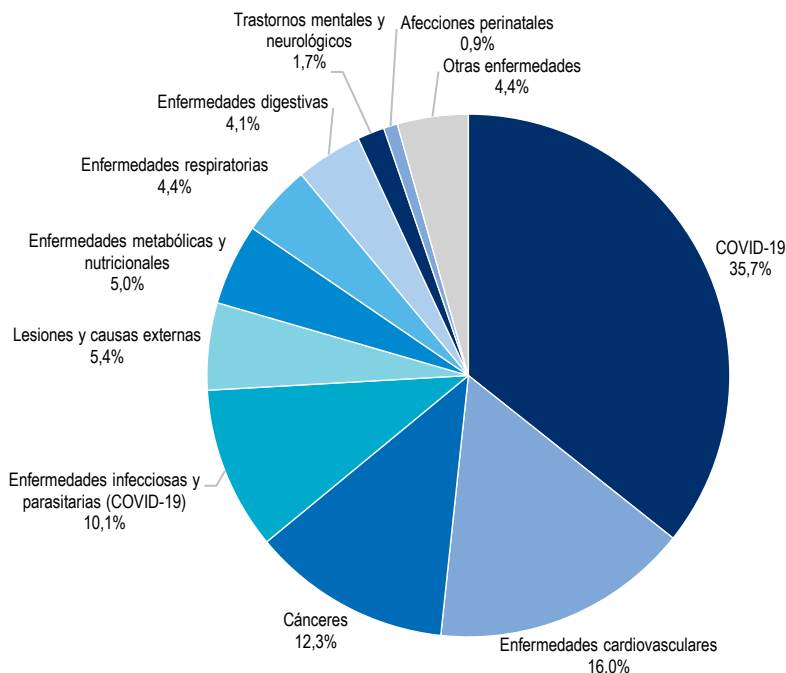


Fuente: ENDES, 2022.

La COVID-19 tuvo un impacto trágicamente profundo en la salud de la población peruana

En 2021, las principales causas de defunción fueron la COVID-19 (35,7 %), seguida de enfermedades cardiovasculares (16 %), cánceres (12,3 %) y enfermedades infecciosas y parasitarias distintas de la COVID-19 (10,1 %) (Gráfico 2.8).

Gráfico 2.8. Causas de la mortalidad en Perú por grupo de enfermedad, 2021

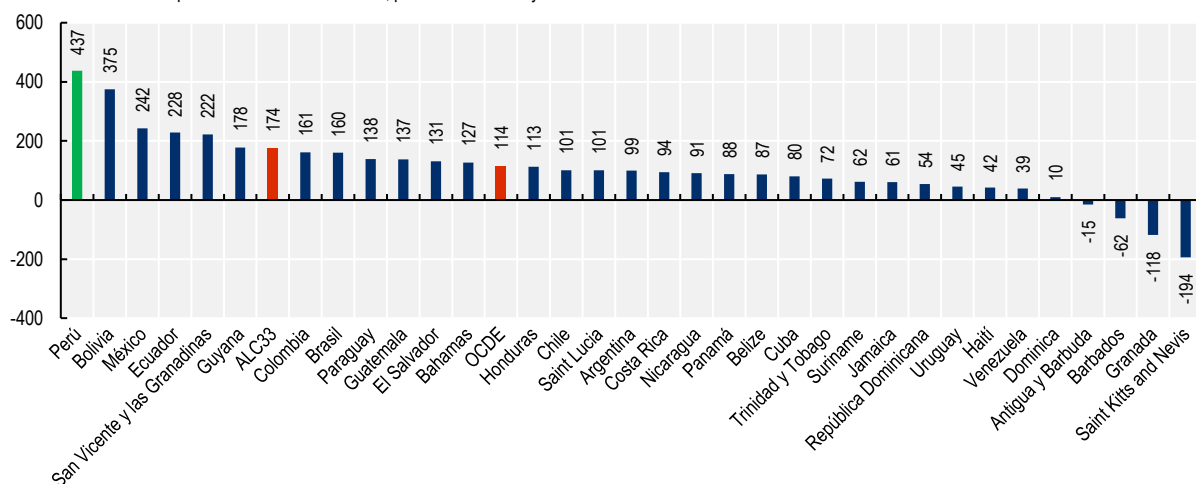


Fuente: MINSA (2021^[7]), *Repositorio Único Nacional de Información en Salud*, www.minsa.gob.pe/reunis/data/tasas_mortalidad.asp, y CDC (2021^[5]), *Análisis de Situación de Salud (ASIS) 2021*, Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades (CDC) del Ministerio de Salud, www.gob.pe/institucion/ensap/informes-publicaciones/4509305-analisis-de-situacion-de-salud-asis-2021 (consultado el 21 de febrero de 2024).

El exceso de mortalidad da una idea más completa del impacto de la COVID-19 en cada país, ya que en él no influyen las variaciones en la forma de registrar los fallecimientos debidos específicamente a la COVID-19 entre unos países y otros, y tiene en cuenta tanto los fallecimientos que pueden atribuirse directamente a la COVID-19 como aquellos relacionados indirectamente con el virus. En 2020 y 2021, el exceso de mortalidad anual de Perú fue superior al de otros países de América Latina comparables, con un exceso medio de 437 muertes por cada 100.000 personas, casi el cuádruple que la media de la OCDE, de 114 por cada 100.000 personas (Gráfico 2.9). Otros parámetros fundamentales, como la esperanza de vida, la mortalidad materna y el acceso a servicios de prevención, también empeoraron durante la pandemia. Por ejemplo, la esperanza de vida bajó 3,8 años en Perú (en comparación con la media de 0,7 años de los países de la OCDE) entre 2019 y 2021, y la mortalidad materna aumentó un 55 % en el mismo período.

Gráfico 2.9. Exceso de mortalidad causado por la pandemia de COVID-19, 2020-21

Exceso de mortalidad por cada 100.000 habitantes, promedio de 2020 y 2021

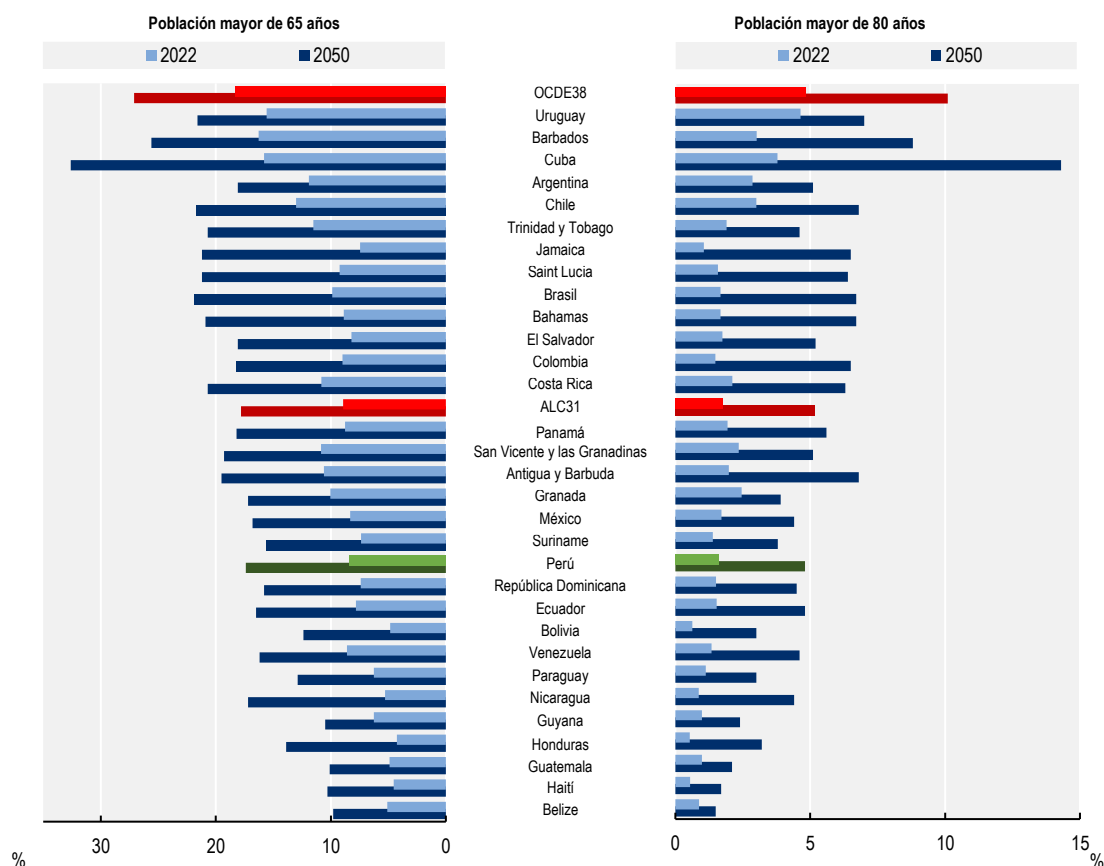


Fuente: OMS (2022^[8]), Exceso de mortalidad mundial asociado a la COVID-19 (estimaciones basadas en modelos).

El porcentaje de la población mayor de 65 años va en aumento

Aunque la población de Perú es relativamente joven en comparación con los países de la OCDE, se prevé que el porcentaje de personas mayores de 65 años aumente del 8,4 % en 2022 al 17,4 % en 2050, y que el porcentaje de las personas mayores de 80 años aumente del 1,6 % en 2022 al 4,8 % en 2050. Estos porcentajes están muy en consonancia con las proyecciones demográficas para otros países de América Latina y el Caribe (Gráfico 2.10).

Gráfico 2.10. Porcentaje de la población mayor de 65 y de 80 años, 2022 y 2050

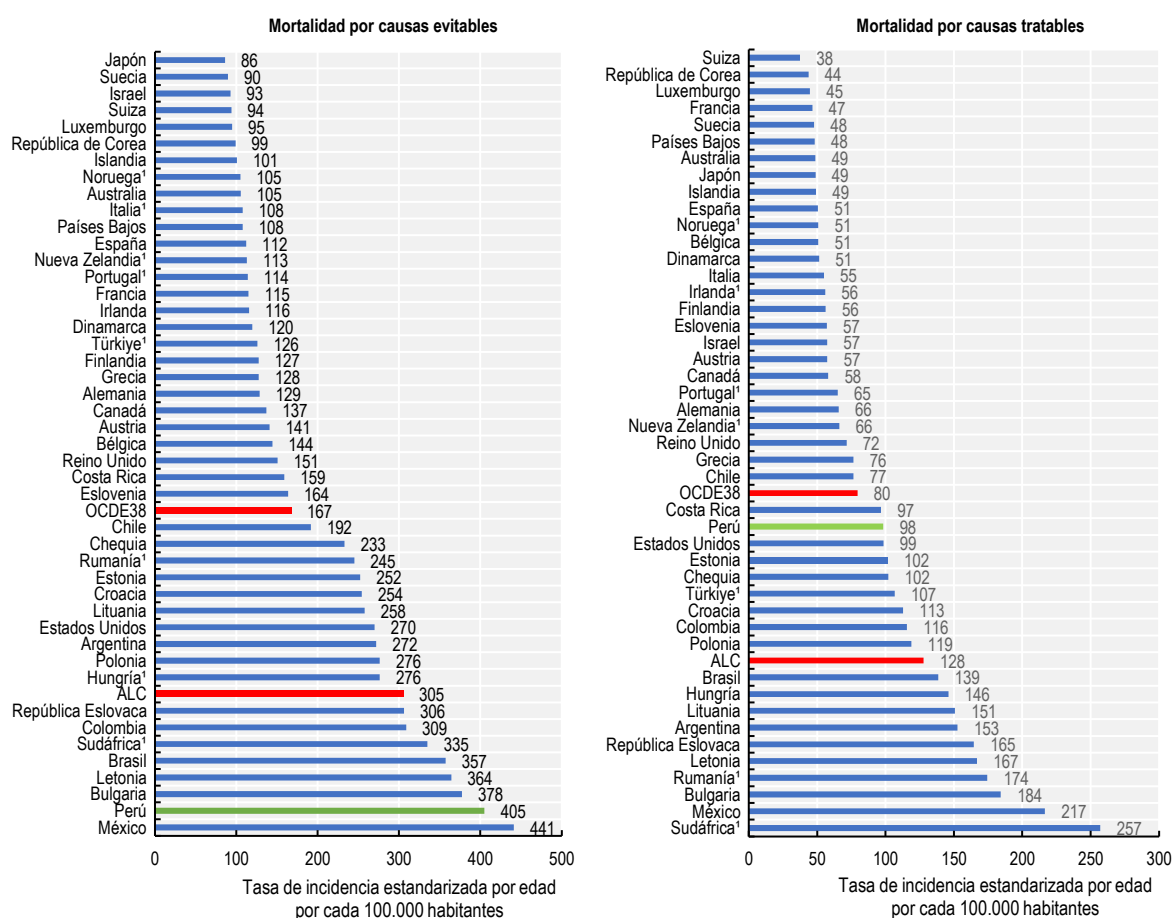


Fuente: Estadísticas de Salud de la OCDE de 2021 y *World Population Prospects* de las Naciones Unidas, 2022.

Podrían evitarse una gran cantidad de muertes prematuras, en especial mediante políticas de salud pública más efectivas

Perú tiene unos altos niveles de mortalidad prevenible y tratable. El Gráfico 2.11 presenta dos indicadores diferentes de mortalidad evitable. El panel de la izquierda representa la mortalidad prevenible y muestra que, después de México, Perú tiene la tasa más elevada de mortalidad prevenible, que es más del doble que la media de la OCDE. Esto indica que en Perú fallecen muchas más personas a causa de enfermedades que podrían haberse prevenido mediante intervenciones efectivas de salud pública y prevención destinadas a controlar los determinantes más generales de la salud, como el estilo de vida o los factores ambientales. En el panel de la derecha se muestra la mortalidad tratable, es decir, el porcentaje de muertes que podrían haberse evitado con una mejor atención, en particular con una prevención secundaria y unos tratamientos de mayor calidad. La tasa de mortalidad tratable de Perú (98 por cada 100.000 habitantes) es un 24 % superior a la media de la OCDE (80 por cada 100.000 habitantes).

Gráfico 2.11. Tasas de mortalidad por causas evitables, 2022 (o el año más próximo)



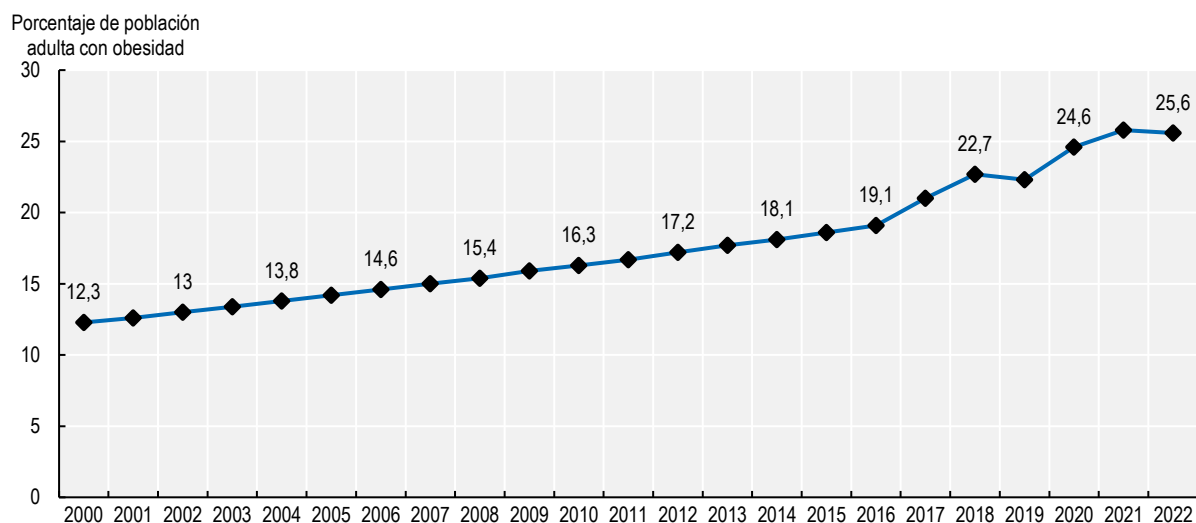
1. El dato más reciente corresponde a 2016-19.

Nota: La media de América Latina y el Caribe se calcula a partir de los siete países incluidos en el gráfico.

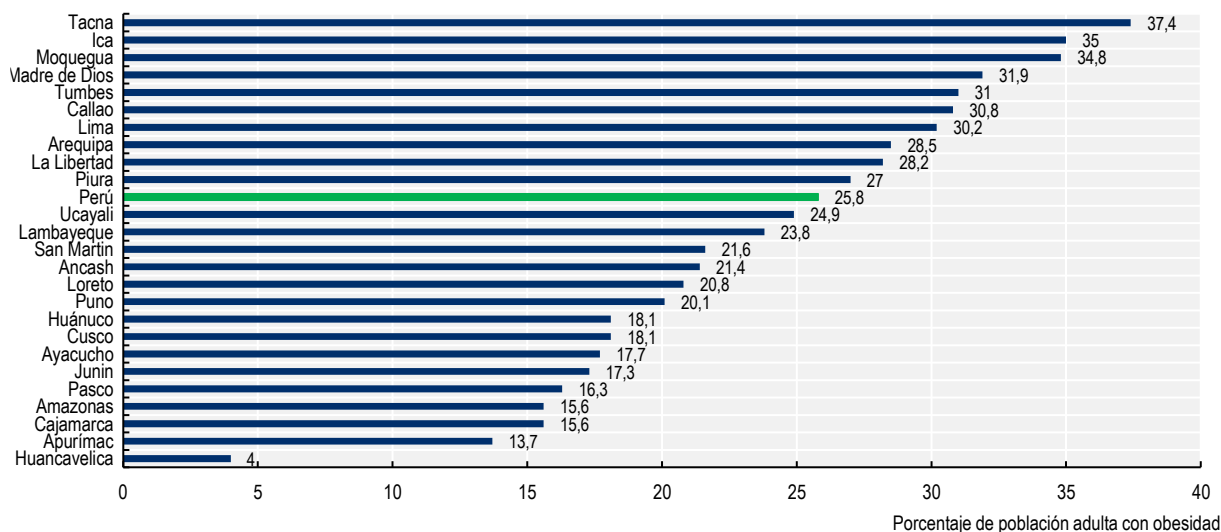
Fuente: Estadísticas de Salud de la OCDE de 2023, basadas en la base de datos de la OMS sobre mortalidad.

Algunos factores de riesgo de patologías crónicas están aumentando en Perú. Si bien la prevalencia del tabaquismo se encuentra entre las ocho más bajas de los países de la OCDE y ha disminuido del 16,5 % en 2010 al 9,5 % en 2022, el consumo del alcohol aumentó ligeramente de 5,2 a 5,7 en 2019, al contrario que en la mayoría de los países de la OCDE, donde bajó en ese mismo período. No obstante, en Perú los niveles de consumo del alcohol siguen siendo bajos en comparación con la media de los países de la OCDE (8,6 litros por persona).

Los niveles de obesidad en Perú superan con mucho la media de la OCDE, y el porcentaje de la población adulta peruana con obesidad se ha duplicado con creces en los últimos dos decenios, pasando del 12,0 % en 2000 al 25,6 % en 2022 (29,8 % en mujeres y 21,2 % en hombres) (Gráfico 2.12). En cuanto a la población joven, el UNICEF ha indicado que la obesidad afecta al 16 % de los niños de entre 6 y 13 años y al 5,5 % de los adolescentes de entre 12 y 17 años. Además, se prevé que en 2030 el 16,1 % de los niños de entre 5 y 9 años tendrán obesidad (UNICEF, 2023^[9]). Es necesario seguir fortaleciendo las políticas específicas de salud pública para promover unos estilos de vida más saludables y reducir las tasas de obesidad y sobrepeso, especialmente en el área metropolitana de Lima y en otras zonas urbanas, donde la prevalencia es mucho mayor que las zonas rurales (Gráfico 2.13) (CDC, 2021^[5]).

Gráfico 2.12. Porcentaje de la población adulta con obesidad, 2000-22

Fuente: Información facilitada por Perú en el cuestionario sobre estadísticas de salud de la OCDE de 2024.

Gráfico 2.13. Porcentaje de la población adulta con obesidad en las distintas regiones, 2021

Fuente: CDC (2021^[5]), *Análisis de Situación de Salud (ASIS) 2021*, Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades (CDC) del Ministerio de Salud, www.gob.pe/institucion/ensap/informes-publicaciones/4509305-analisis-de-situacion-de-salud-asis-2021 (consultado el 21 de febrero de 2024).

En 2017, se estimó que la mayoría de los factores de riesgo que generan la mayor carga de morbilidad pueden modificarse, como la malnutrición, el elevado índice de masa corporal, los riesgos alimentarios, la glucemia en ayunas y la presión sistólica elevadas, el consumo de alcohol, la contaminación atmosférica o el tabaquismo, entre otros. El principal reto radica en implementar políticas multisectoriales para controlar los determinantes sociales de la salud, de modo que todos los sectores (desde la vivienda hasta la educación) participen activamente en la reducción de las enfermedades transmisibles y no transmisibles.

El porcentaje de la población mayor de 15 años con un diagnóstico de diabetes mellitus ha aumentado del 3,3 % en 2017 al 5,1 % en 2022. Asimismo, entre 2020 y 2022 aumentó ligeramente, del 39,9 % al 40,6 %, el porcentaje de peruanos mayores de 15 años con al menos una afección crónica (obesidad, diabetes mellitus o hipertensión). La proporción de personas que viven con afecciones crónicas era significativamente mayor en las zonas urbanas (42,9 %) que en las rurales (30,5 %), y estas afectaban más a las mujeres (42,7 %) que a los hombres (38,3 %) (INEI, 2022^[10]).

Los problemas de salud mental son la segunda principal causa de discapacidad en Perú, pero se han realizado notables avances en la prestación de servicios comunitarios de salud mental

Según el estudio de morbilidad llevado a cabo en 2019 por el Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades, los trastornos mentales y del comportamiento son la segunda causa de enfermedad. Perú tenía 17,7 años de vida ajustados en función de la discapacidad debida a problemas de salud mental por cada 1.000 habitantes en 2019 (MINSA, 2019^[11]). Entre la población joven y adulta, los problemas de salud mental más habituales son la ansiedad, la depresión, las autolesiones y los síntomas somáticos (representan el 38 % de los problemas de salud mental), seguidos de las cefaleas (23 %), los trastornos por consumo de sustancias (16 %, de los que el 10 % corresponde a los trastornos por consumo de bebidas alcohólicas), y la esquizofrenia y el trastorno bipolar (10 %) (PAHO, 2023^[12]). Sin embargo, en 2021 el número de muertes por suicidio (2,73 muertes por cada 100.000 habitantes) estaba muy por debajo de la media de la OCDE, de 9,9 muertes por cada 100.000 habitantes.

Perú inició una reforma del sistema de salud mental en 2012 con la aprobación de la Ley núm. 29.889, cuyo objetivo era instaurar un nuevo modelo de atención de la salud mental a nivel comunitario, alejándose del modelo histórico, más hospitalario, caracterizado por las grandes desigualdades en el acceso a tratamiento (Toyama et al., 2017^[13]). Esto condujo a la inclusión de la atención de la salud mental en el plan público de seguro de salud universal y la creación de un programa presupuestario basado en los resultados en 2014 (“Programa presupuestal 0131. Control y prevención en salud mental”) que, mediante un conjunto de intervenciones, permitió mantener y canalizar el financiamiento hacia la instalación de nuevos servicios, ampliando así la prestación comunitaria de servicios de salud mental en todo el país (Toyama et al., 2017^[13]; PAHO, 2023^[12]). Más recientemente, la adopción de la Ley de Salud Mental en 2019 (Ley núm. 30947) instauró un marco jurídico para garantizar el derecho a la salud y el bienestar mediante el acceso a servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación en materia de salud mental. Esta ley insiste en la importancia de integrar los servicios de salud mental en el sistema general de atención de salud, fomentar la atención comunitaria y velar por que se respeten los derechos y la dignidad de las personas con problemas de salud mental (véase el Recuadro 2.1). En términos generales, el financiamiento anual destinado a la salud mental creció un 223 % (en términos nominales) entre 2015 y 2022, y descendió un 0,8 % en 2021 debido a la priorización de otras intervenciones durante la pandemia de COVID-19. El porcentaje del presupuesto de la sanidad pública destinado a salud mental aumentó del 1,4 % en 2015 al 2,6 % en 2023, lo que supuso la expansión de los servicios comunitarios de salud mental entre 2015 y 2022 (Cuadro 2.1). Este es el resultado de los esfuerzos coordinados llevados a cabo por el MINSA, los gobiernos regionales y los hospitales, junto con los gobiernos locales y organizaciones comunitarias y locales (PAHO, 2023^[12]), que se tradujeron en la creación de nuevos servicios de salud mental, como centros comunitarios de salud mental, unidades hospitalarias dedicadas a la salud mental y las adicciones en los hospitales generales, hogares protegidos y residencias. El Gráfico 2.14 muestra el papel cada vez más importante de los centros de salud mental comunitaria (CSMC) en la prestación de servicios de salud mental, pues en 2021 alrededor del 24 % de los trastornos de salud mental se trataron en establecimientos sanitarios propiedad del MINSA y los gobiernos regionales.

Otros logros de la reforma del sistema de salud mental son la ampliación de la cobertura de la atención de la salud mental, al duplicarse con creces los casos tratados entre 2014 y 2022, de 719.000 a

1,6 millones; la ampliación de la lista de medicamentos financiados con fondos públicos adecuados para tratar problemas de salud mental (de 1 a 20), y la mejora de la capacitación de los trabajadores de la salud en promoción, prevención y recuperación en el ámbito de la salud mental (Carrillo-Larco et al., 2022^[14]; PAHO, 2023^[12]). El número de psicólogos en establecimientos del MINSA y los gobiernos regionales aumentó de 5,5 por cada 100.000 habitantes en 2015 a 17,4 en 2022, una cifra superior a la que se registra en la región de las Américas (5,4 por cada 100.000 habitantes) (PAHO, 2023^[12]). A finales de 2022, de los 1.270 psiquiatras registrados en la Asociación Médica Peruana, 669 trabajaban en establecimientos de salud propiedad del MINSA, Direcciones Regionales de Salud (DIRESA) o la Gerencia Regional de Salud (GERESA), un 60,5 % más que en 2019.

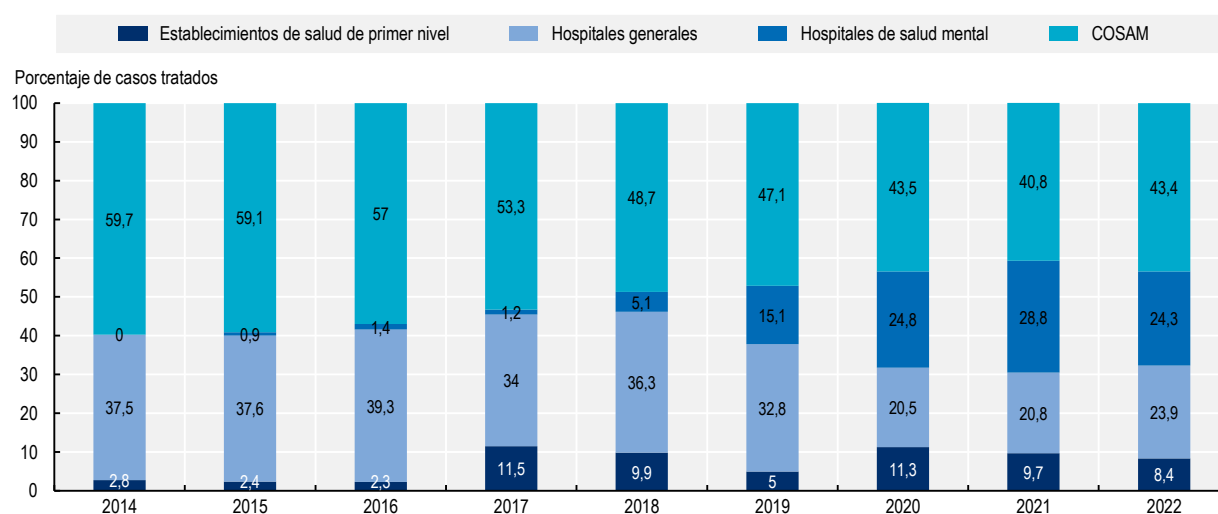
Cuadro 2.1. Prestación de servicios comunitarios de salud mental, 2014-22

Servicios de salud mental	2014	2022
Centros de salud mental comunitaria (CSMC)	0	248
Unidades de hospitalización en salud mental y adicciones en hospitales generales (UHSMA)	3	43
Hogares protegidos (HP)	4	87
IPRESS del primer nivel de atención con profesionales de la psicología	997	1.430
Hospitales con módulos de atención al maltrato infantil y del adolescente	20	36

Fuente: PAHO (2023^[12]), *Avances y desafíos de la reforma de salud mental en el Perú en el último decenio*, <https://iris.paho.org/handle/10665.2/58312> (consultado el 15 de abril de 2024).

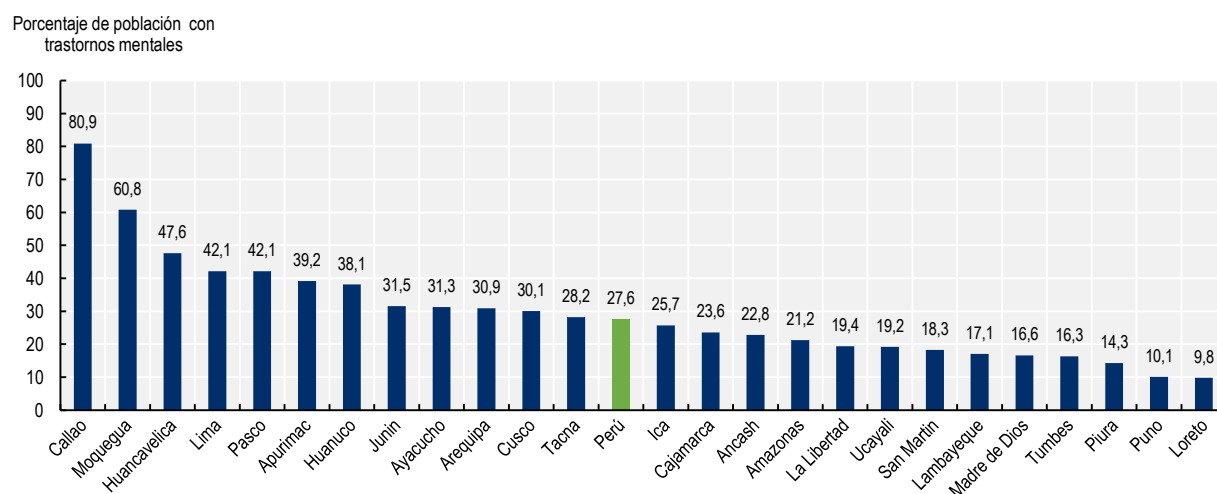
La reforma del sistema de salud mental también dio lugar a la actualización del sistema para codificar y registrar las intervenciones, la implantación de una plataforma para hacer un seguimiento de las actividades y los indicadores, y el desarrollo del módulo de salud mental del registro médico electrónico con el apoyo de la Oficina General de Tecnologías de Información (OGTI) del MINSA. Asimismo, el Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades ha puesto en marcha la vigilancia epidemiológica centinela de problemas de salud mental priorizados, mientras que el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi (INSM HD-HN) está llevando a cabo la primera Encuesta Nacional Especializada de Salud Mental (ENESM) (PAHO, 2023^[12]).

A pesar de estos grandes logros, todavía es necesario subsanar importantes lagunas en la disponibilidad de servicios de salud mental en las distintas regiones. Como se muestra en el Gráfico 2.15, el porcentaje de la población con problemas de salud mental que recibió atención oscila del 9,8 % en Loreto (en la Amazonia) al 80,9 % en la región de Callao (en el área metropolitana de Lima), siendo 27,6 % la media de todo el país. Además, la capacitación profesional se sigue basando en un modelo biomédico y centrado en el hospital, y tiene dificultades para incorporar enfoques basados en la comunidad en el despliegue de intervenciones clínicas, psicosociales y de gestión (PAHO, 2023^[12]).

Gráfico 2.14. Proporción de trastornos de salud mental tratados en cada nivel de atención, 2014-22

Nota: Abarca establecimientos de salud del MINSA y los gobiernos regionales.

Fuente: PAHO (2023^[12]), *Avances y desafíos de la reforma de salud mental en el Perú en el último decenio*, <https://iris.paho.org/handle/10665.2/58312> (consultado el 15 de abril de 2024).

Gráfico 2.15. Porcentaje de la población con problemas de salud mental que recibió atención, 2022

Fuente: PAHO (2023^[12]), *Avances y desafíos de la reforma de salud mental en el Perú en el último decenio*, <https://iris.paho.org/handle/10665.2/58312> (consultado el 15 de abril de 2024).

Recuadro 2.1. La Ley de Salud Mental de 2019 tenía por objeto impulsar un sistema de atención de la salud mental más inclusivo, accesible y holístico en Perú

La ejecución de la Ley de Salud Mental en 2019 hizo hincapié en cinco esferas prioritarias:

1. **Acceso:** La ley tenía el objetivo de mejorar el acceso a los servicios de salud mental integrándolos en el sistema de atención de salud general, de modo que a la población le resulte más sencillo recibir asistencia en su comunidad en lugar de a través de hospitales especializados. El objetivo más amplio es reducir el estigma y las barreras para el acceso.
2. **Atención comunitaria:** El objetivo de la ley era desarrollar servicios de salud mental más cerca de los lugares donde la población vive, trabaja y estudia, a fin de ofrecer intervención temprana, prevención y apoyo continuo a las personas con problemas de salud mental y sus familias.
3. **Derechos y dignidad de los pacientes:** Se hace mucho hincapié en respetar los derechos y la dignidad de las personas con problemas de salud mental, y en velar por que sean tratadas con respeto y sin discriminación. Esto incluye el derecho al consentimiento informado, el derecho a participar en decisiones relativas a su tratamiento, y la protección de su privacidad y autonomía.
4. **Prevención y promoción:** La promoción de la salud mental y la prevención de los problemas de salud mental son el eje central de la Ley de Salud Mental, que instaba a que las políticas y los programas públicos se centren en los determinantes sociales de la salud mental, como la educación, el empleo, la vivienda y la inclusión social.
5. **Planteamiento intersectorial:** Habida cuenta de la gran variedad de determinantes que afectan a la salud mental, la ley fomenta un planteamiento intersectorial en el que intervienen diversos sectores, como la salud, la educación, el empleo y el bienestar social, a fin de atender las diversas necesidades de las personas y fomentar su integración en la sociedad.

Fuente: Carrillo-Larco, R. *et al.* (2022^[14]), "Peru – Progress in health and sciences in 200 years of independence", *The Lancet Regional Health – Americas*, vol. 7/100 148, <https://doi.org/10.1016/j.lana.2021.100148>.

La Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030 busca mejorar la atención de salud y abordar los determinantes sociales de la salud

La Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030 (PNMS), titulada "Perú, país saludable", es una política amplia encabezada por el Ministerio de Salud que se elaboró en consenso con varios sectores y gobiernos regionales y locales y que se centra en los determinantes sociales de la salud y las intervenciones estratégicas durante toda la vida. Combina un enfoque territorial con la idea de integrar la salud en todas las políticas. Esta política tiene tres objetivos prioritarios:

1. Hacer más saludables los hábitos, las conductas y los estilos de vida de la población.
2. Garantizar que la población pueda acceder a servicios de salud de calidad, oportunos y amplios.
3. Mejorar las condiciones de vida de la población que generan vulnerabilidades.

De aquí al año 2030, la PNMS quiere reducir en un 5 % los años de vida ajustados por discapacidad, y reducir los años de vida perdidos por muerte prematura y discapacidad. El plan multisectorial se centra en 15 prioridades nacionales en materia de salud, entre las que cabe mencionar la implementación progresiva de Redes Integradas de Salud, el fomento de los servicios de telesalud para apoyar estas redes y facilitar el acceso a atención, y la lucha contra problema de salud pública como la anemia, la

malnutrición infantil crónica, la mortalidad materna y neonatal, las enfermedades metaxénicas (malaria, dengue, chikungunya), el cáncer, el sobrepeso y la obesidad, y los problemas de salud mental, entre otros.

El Plan Estratégico Multisectorial de la PNMS al 2030 define actuaciones multisectoriales emprendidas por los 16 sectores participantes que son agentes relevantes para las intervenciones de salud y para abordar los determinantes sociales de la salud. Los progresos en la implementación de la PNMS 2030 se supervisan a través del sistema nacional de seguimiento administrado por el Sistema Nacional de Planeamiento Estratégico (SINAPLAN). A tal fin, se elaboran informes de seguimiento y cumplimiento sobre la ejecución de la PNMS al 2030 y los planes de ejecución.

El sistema de salud y su gobernanza

El sistema de salud de Perú está descentralizado y segmentado

El sistema de atención de salud peruano está integrado por varias partes interesadas. El Ministerio de Salud (MINSA) es el órgano rector del sistema de salud y tiene el mandato de formular, definir, coordinar, ejecutar, supervisar y evaluar el conjunto de política y servicios vinculados al sector sanitario. De la ejecución de las políticas y los programas nacionales y la realización de las actividades se encargan ocho subsistemas sanitarios: el MINSA, los gobiernos regionales, el Seguro Social de Salud EsSalud, la Dirección de Salud del Ejército, la Policía Nacional de Perú, los gobiernos locales, el Instituto Nacional Penitenciario del Ministerio de Justicia, y el sector privado sin fines de lucro y con fines de lucro. Asimismo, algunas funciones se transfieren al gobierno regional del régimen especial del área metropolitana de Lima.

El sector de la salud aplica un enfoque territorial para gestionar la organización de la promoción de la salud, la prevención, la recuperación y la rehabilitación a través de las Direcciones de Redes Integradas de Salud (DIRIS) en el área metropolitana de Lima y las Direcciones Regionales de Salud (DIRESA) y las Gerencias Regionales de Salud (GERESA) a nivel regional, cuyas funciones consisten en dirigir, ejecutar, controlar y gestionar los recursos para implementar políticas del sector de la salud en su región de conformidad con las políticas y los planes sectoriales nacionales.

El MINSA, en tanto que autoridad de dirección y coordinación del sector de la salud pública, también tiene la responsabilidad de garantizar que se cumpla el marco regulatorio y los avances a nivel nacional, regional y local, y está facultado para intervenir directamente y adoptar medidas correctivas, así como para prestar asistencia técnica para que las funciones descentralizadas se lleven a cabo adecuadamente. El MINSA también es el responsable de que los gobiernos regionales y locales se coordinen en la ejecución de políticas nacionales y regionales y en la evaluación de su cumplimiento. El MINSA elige al director o directora de las Direcciones Regionales de Salud (DIRESA) y los hospitales locales.

Por su parte, la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD), un órgano que forma parte del Ministerio de Salud, es la responsable de autorizar, controlar y supervisar el correcto funcionamiento del sistema de salud. SUSALUD se creó con la misión de promover, proteger y defender los derechos a la salud de la población peruana y de garantizar que los servicios de atención de salud sean puntuales, equitativos, seguros y de calidad. Supervisa a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) y a las distintas instituciones administradoras de fondos de aseguramiento en salud (IAFAS), y lleva un registro de ellas. SUSALUD regula la recopilación, la transferencia, la difusión y el intercambio de la información que generan u obtienen las IAFAS, las IPRESS y las unidades de gestión de IPRESS, y promueve mecanismos de conciliación para resolver los conflictos entre las distintas partes interesadas del sistema de salud.

Los gobiernos regionales están facultados por ley para promover y regular actividades o servicios en los ámbitos de la agricultura, la pesca, la industria, los agronegocios, el comercio, el turismo, la energía, la minería, las carreteras, las comunicaciones, la educación, la salud y el medio ambiente, pero también

tienen competencias compartidas en materia de salud pública. Los gobiernos regionales son órganos rectores con autonomía política y económica, y son los responsables de implementar políticas sanitarias regionales que estén en consonancia con las políticas sanitarias nacionales. Se encargan de prestar los servicios de salud (salvo en los establecimientos ubicados en el área metropolitana de Lima, que incluyen los gestionados por el Ministerio de Salud y todos los hospitales nacionales especializados del país), y de organizar la prestación de servicios de salud pública en coordinación con los gobiernos locales. Los gobiernos regionales gestionan además los hospitales regionales, la mayoría de los centros de salud y los puestos sanitarios. Los gobiernos locales son los responsables de llevar a cabo campañas de promoción y prevención en sus comunidades. Se reconoce que muchos gobiernos regionales todavía no cuentan con capacidad suficiente para implementar las políticas sanitarias nacionales y alcanzar los objetivos deseados.

Además de su carácter descentralizado, el sistema de salud de Perú está muy segmentado, ya que está integrado por múltiples seguros de salud. En comparación con muchos otros países de la OCDE, el seguro de salud se compone de varios subsistemas:

- La aseguradora pública, el Seguro Integral de Salud (SIS), cubre a aproximadamente el 62 % de la población en 2023, en su mayoría personas pobres, grupos vulnerables, emprendedores y trabajadores por cuenta propia. Proporciona servicios de atención de salud gratuitos para determinados problemas de salud definidos en el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS), y se financia fundamentalmente a través de los impuestos generales. El SIS cuenta con dos planes de aseguramiento: el régimen subvencionado, que proporciona atención sanitaria totalmente subvencionada (SIS Gratuito, SIS Para Todos), y el régimen semicontributivo en el que hay que abonar una cuota (SIS Emprendedor, SIS Microempresas, SIS Independiente). El SIS es una institución pública independiente bajo la gobernanza del MINSA.
- El Seguro Social de Salud (EsSalud), que es un sistema contributivo, proporciona atención de salud, así como cobertura de pensión y bienestar. Es una institución pública independiente gestionada por el Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo. Cubre aproximadamente al 26 % de la población, todos trabajadores asalariados del sector formal y sus familias. Se financia exclusivamente con gravámenes laborales (retención del 9 % en las nóminas).
- Las Entidades Prestadoras de Salud (EPS), que son aseguradoras de salud privadas que complementan a EsSalud. Se trata de empresas privadas que ofrecen cobertura a los afiliados a EsSalud para que renuncien a la red de EsSalud y recurran a proveedor de atención de salud privados. Se financian con la contribución a EsSalud de los trabajadores del sector formal que deciden renunciar a esa red, y aplican primas, copagos, franquicias y límites de financiamiento. Alrededor del 8 % de la población se acoge a este subsistema.
- Otros proveedores de atención de salud privados complementarios, que son sistemas contributivos dirigidos a los grupos de más ingresos, con un seguro de salud privado voluntario que se basa en el poder adquisitivo. Aplican primas, copagos, franquicias y límites de financiamiento.
- El ejército y la policía nacional también cuentan con sus propios subsistemas cerrados, que se financian a través de los presupuestos que reciben del Ministerio de Defensa y el Ministerio del Interior, respectivamente.

Cada régimen replica actividades fundamentales del sistema de atención de salud con estructuras de gobernanza independientes y con su propio financiamiento, sus propios mecanismos de prestación de servicios y trabajando con sus propios proveedores de atención de salud. Además de que cada régimen tiene sus propios fondos, por lo que no mancomunan los riesgos entre ellos, cada uno está gestionando por un ministerio distinto: el presupuesto del SIS lo gestiona el Ministerio de Economía y Finanzas (MEF); el presupuesto de EsSalud, el Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo (financiado por las cotizaciones de empleadores públicos y privados, con autonomía presupuestaria bajo el paraguas del

Fondo Nacional de Financiamiento de la Actividad Empresarial del Estado (FONAFE)¹, y los presupuestos de los subsistemas del ejército y la policía corren a cargo del Ministerio de Defensa y el Ministerio del Interior, respectivamente.

En Perú, el proceso presupuestario es bastante complejo y se basa, fundamentalmente, en el gasto histórico. La presupuestación se divide en pliegos. Aunque en el sector de la salud hay cinco pliegos a nivel nacional, entre los que se incluyen el Ministerio de Salud, la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD), el Seguro Integral de Salud (SIS), el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN), cada gobierno regional también es un pliego. Los recursos de cada pliego son gestionados a su vez por unidades ejecutoras que pueden estar integradas por redes enteras de establecimientos de salud y por hospitales individuales.

Al nivel de la atención primaria o primer nivel de atención, el SIS acuerda con los gobiernos regionales las transferencias que realizará a las unidades ejecutoras basándose en la capitación, mientras que en el caso del nivel secundario y terciario de la atención las transferencias se basan en una combinación de pagos por servicios prestados, pagos complementarios y pagos por conjuntos de servicios. El SIS únicamente abona a su red de proveedores los costos variables (como los procedimientos, medicamentos y suministros), mientras que las autoridades regionales cubren el capital (infraestructura y equipamiento) y los recursos humanos a través de otras partidas presupuestarias. A las unidades ejecutoras regionales les resulta complicado ejecutar el presupuesto, debido tanto a la complejidad de la normativa presupuestaria como a la insuficiente capacidad de planificación y gestión que existe a ese nivel de gobierno.

Otros acuerdos organizativos y financieros socavan la gobernanza efectiva del Ministerio de Salud. Por ejemplo, se presta mucha atención a la presupuestación por programas, que es extremadamente vertical, legado de un sistema de financiamiento centrado en la enfermedad que podría no ser adecuado para una estrategia integrada a largo plazo. De hecho, ese planteamiento fragmentario ha dificultado hacer un seguimiento del gasto hacia el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS), que se divide en diferentes programas o asignaciones presupuestarias (WHO, 2020^[15]). Asimismo, se ha informado de que los recursos se distribuyen de manera desigual entre los distintos programas presupuestarios, lo que no refleja la evolución de las necesidades en materia de atención de salud en Perú.

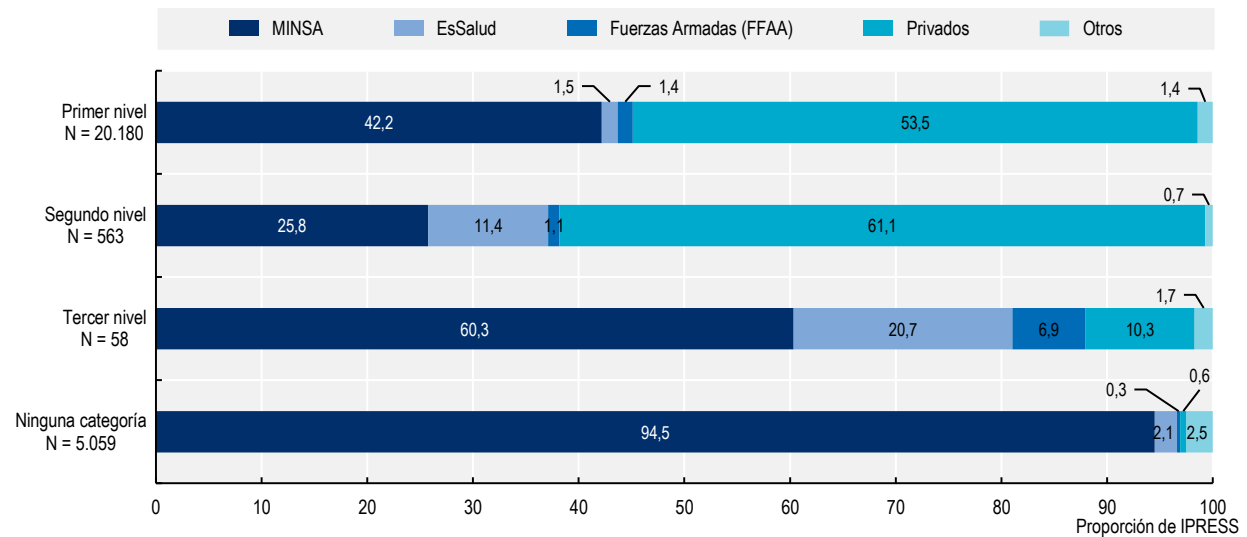
Puesto que cada subsistema posee y opera su propia red de proveedores, los regímenes prestan servicios muy distintos, lo que genera desigualdades. El Ministerio de Salud y los gobiernos regionales cuentan con una vasta red de centros de atención primaria de salud (primer nivel de atención), que es la principal red de los servicios de salud del SIS, pero se considera que la infraestructura y el equipo de que disponen son insuficientes. Por ejemplo, el 42 % de los centros de atención primaria de salud del país pertenecen a la red del SIS, mientras que solo el 1,5 % pertenecen a la red de EsSalud (Gráfico 2.16). No obstante, la última evaluación del MINSA indica que en prácticamente todas las regiones peruanas (25 de 26) más del 90 % de los establecimientos de atención primaria están en condiciones precarias, obsoletos, inoperativos o infradotados. EsSalud ofrece intervenciones de atención de salud más variadas y complejas.

En 2006, con el fin de fortalecer la prestación de servicios, el fondo de aseguramiento SIS y EsSalud firmaron un Convenio Marco de Cooperación Interinstitucional en el que se definían directrices para utilizar los intercambios de prestaciones (IP). Este convenio marco supuso un paso hacia la resolución de la fragmentación institucional entre las dos principales redes nacionales de salud (MINSA, 2006^[16]). Los IP firmados entre las IAFAS y los gobiernos regionales pertinentes, que establecen los mecanismos de pago (regulados por el Decreto Supremo núm. 006-2020-SA), los beneficios y las obligaciones en relación con la prestación de los servicios, permiten que los afiliados del SIS o EsSalud accedan a los servicios sanitarios que ofrece la red a la que no están afiliados. El objetivo general es ampliar la cobertura y distribuir los recursos de manera eficiente a nivel nacional. En 2012, se establecieron disposiciones complementarias para los IP entre el SIS y EsSalud por medio del Decreto Supremo núm. 005-2012-TR,

tras lo cual se firmaron 27 IP ese mismo año. En 2019 se aprobó el Decreto Legislativo núm. 1302 con el objetivo de regularizar el proceso de los IP y, durante la pandemia de la COVID-19, se promulgó el Decreto Legislativo núm. 1466 para facilitar el intercambio de servicios y permitir la prestación adecuada de servicios de prevención y tratamiento a todos los pacientes de COVID-19. En 2024 hay firmados 74 IP entre los gobiernos regionales y las distintas IAFAS.

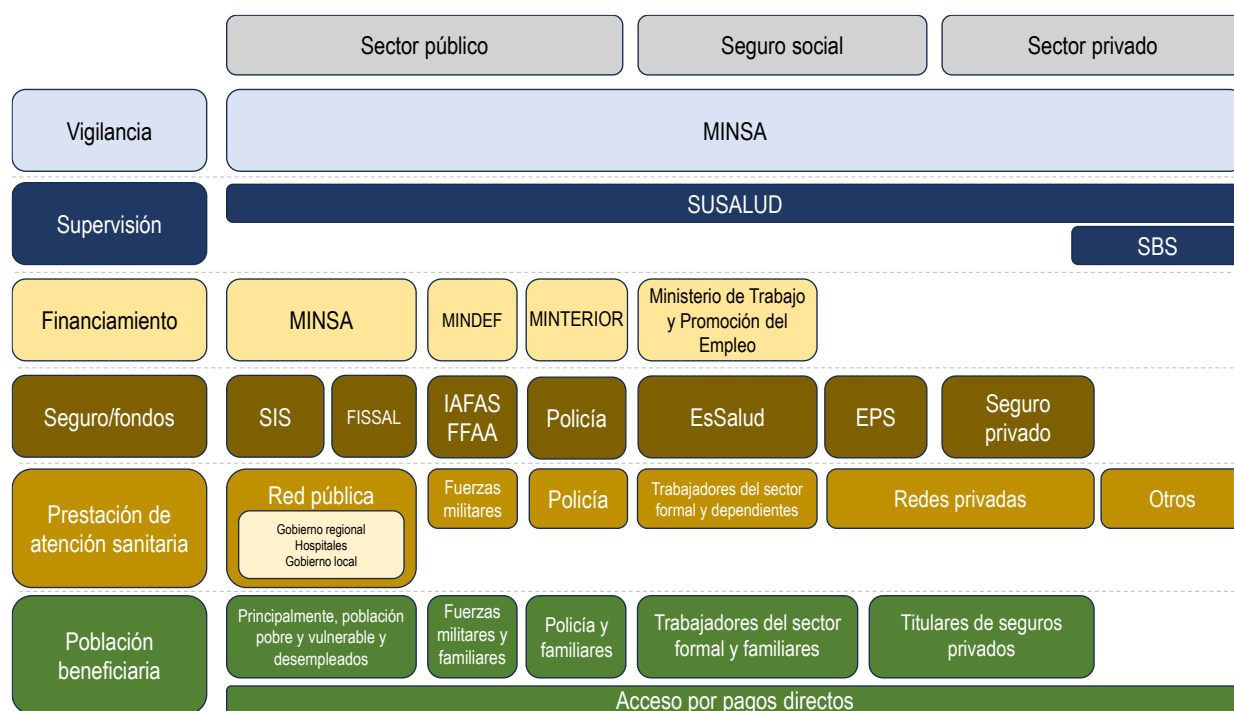
No obstante, estos mecanismos todavía se utilizan de forma muy limitada, principalmente debido a las largas negociaciones para definir unos precios y unos niveles de servicio comunes aplicables a un amplio abanico de procedimientos, que ahogan la ejecución de los intercambios de servicios. Una excepción a esto son los Decretos Legislativos núms. 1302 y 1466, que facilitaron el intercambio de servicios y permitieron la prestación adecuada de servicios de prevención y tratamiento a todos los pacientes de COVID-19, independientemente de su afiliación. Aunque estas iniciativas impulsaron la promoción de los intercambios de servicios entre los distintos subsistemas, ya no están en vigor.

Gráfico 2.16. Porcentaje de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) por subsistema, 2024



Nota: La mayoría de las IPRESS incluidas en "Sin categoría" corresponden a establecimientos, clínicas y centros privados de apoyo médico de nivel I, pero por diversos motivos todavía no se les ha asignado una categoría.

Fuente: RENIPRESS – SUSALUD a 23 de febrero de 2024, www.minsa.gob.pe/reunis/data/Monitoreo_Sistema_HISMINSA.asp.

Gráfico 2.17. Estructura del sistema de salud peruano

Nota: MINSA (Ministerio de Salud); SUSALUD (Superintendencia Nacional de Salud); SBS (Superintendencia de Banca y Seguros); MINDEF (Ministerio de Defensa); MINTERIOR (Ministerio del Interior); FISSAL (Fondo Intangible Solidario de Salud); IAFAS (Institución Administradora de Fondos de Aseguramiento en Salud); FFAA (Fuerzas Armadas); EPS (Entidades Prestadoras de Salud); SIS (Seguro Integral de Salud); EsSalud (Seguro Social de Salud de Perú).

Fuente: Videnza Consultores (2021^[17]), The Peruvian health system, <https://doi.org/10.6084/m9.figshare.14977839.v1>.

Cuadro 2.2. Principales acuerdos de financiamiento de la sanidad en el sistema de salud de Perú, 2023

Institución de seguro de salud		Beneficiarios	Acuerdo de financiamiento	Población cubierta
Seguro Integral de Salud (SIS)	SIS Gratuito	Poblaciones pobres y vulnerables	No contributivo, financiado mediante los impuestos generales	62,2 %
	SIS Para Todos	Personas no aseguradas	No contributivo, financiado mediante los impuestos generales	
	SIS Emprendedor	Trabajadores independientes y sus familias	Semicontributivo, indirectamente a través del NRUS	
	SIS Microempresas	Trabajadores de microempresas y sus familias	Semicontributivo, aportaciones del empleador	
	SIS Independiente	Público general sin otro seguro	Semicontributivo, primas mensuales	
Seguro Social de Salud (EsSalud)		Población activa y sus familias, y personas jubiladas	Contributivo, financiado mediante impuestos laborales	26,5 %
Entidades Prestadoras de Salud (EPS)		Para la población activa que renuncia parcialmente a la red de EsSalud	Contributivo, 25 % del pago a EsSalud más primas mensuales voluntarias	8 %
Otros seguros de salud privados		Grupos de más ingresos y empleados afiliados a EPS, en lugar de a EsSalud	Primas mensuales	

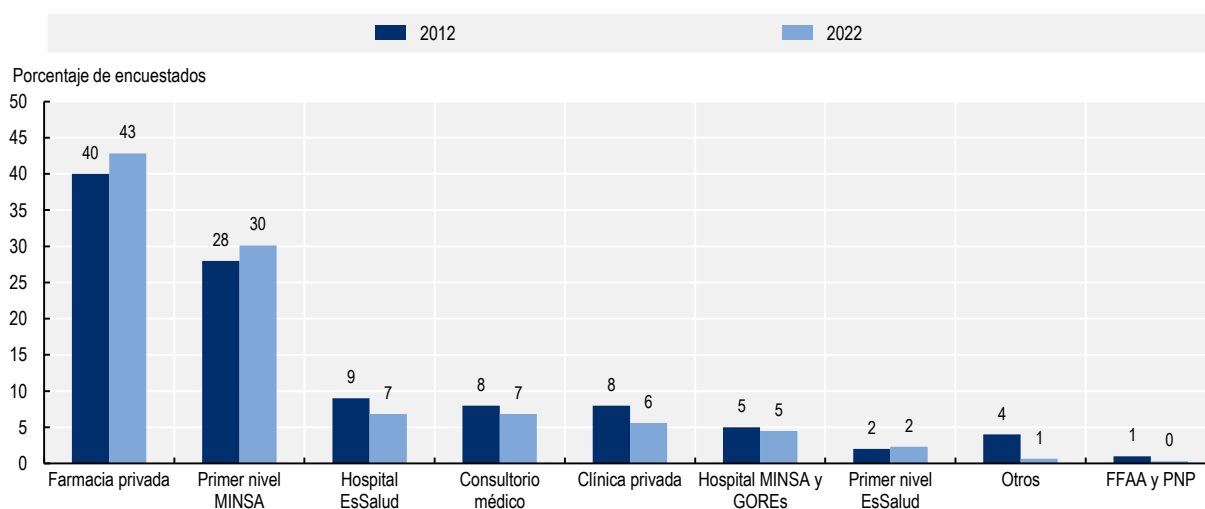
Fuente: Secretaría de la OCDE a partir de las respuestas de Perú al cuestionario sobre la política de salud para el examen de la adhesión.

La escasa coordinación entre los subregímenes se traduce en la distribución ineficiente de los recursos sanitarios del país

Los servicios de atención de salud se prestan a través de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS). Hay IPRESS públicas, privadas y mixtas, y todas ellas son supervisadas por SUSALUD. Las IPRESS están organizadas en tres niveles de atención: el primer nivel abarca desde los puestos de servicios básicos (categoría I-1) hasta los centros de salud maternoinfantil que ofrecen atención 24 horas y prestan los servicios de manera regular (categoría I-4). El segundo nivel de atención incluye a los hospitales con especialidades y servicios básicos (parto, cirugía, diagnóstico por imágenes, patología, bancos de sangre, rehabilitación y hospitalización). El tercer nivel lo integran los hospitales con una mayor concentración de tecnología que ofrecen servicios en todas las especialidades médicas y algunas subespecialidades. Además, el tercer nivel incluye el tratamiento del cáncer y otras enfermedades complejas (radioterapia, hemodiálisis).

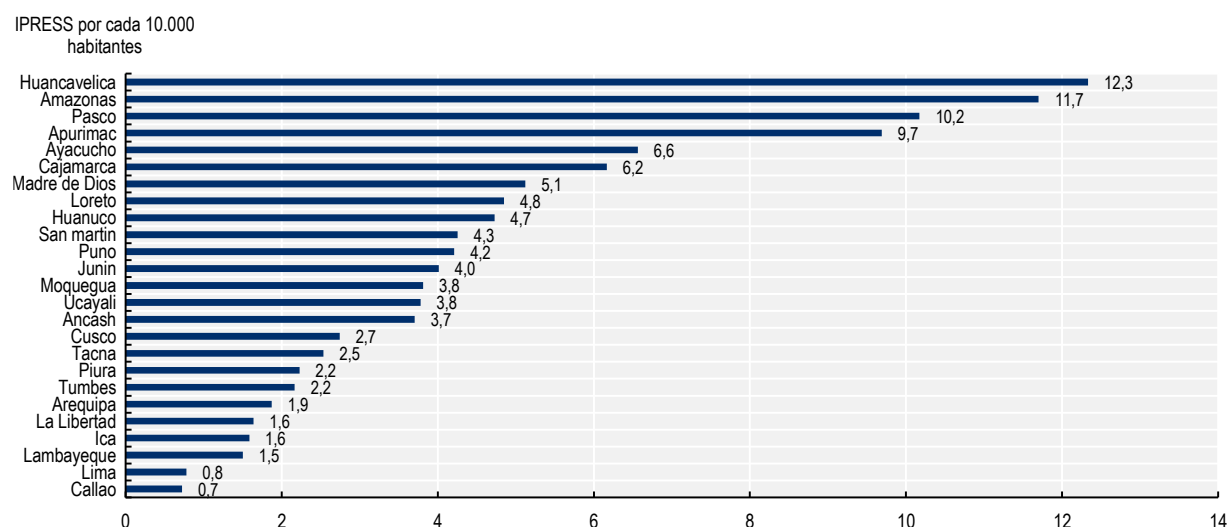
Los recursos sanitarios del país se distribuyen de manera ineficiente, por lo que en algunas zonas hay servicios de atención de salud duplicados, mientras que en otras no se presta ninguno. Como se ha mencionado en la sección anterior, el SIS cuenta con la mayor red de establecimientos de atención de salud, y el 42 % de sus establecimientos de atención primaria de salud prestan sus servicios a los afiliados al SIS (en comparación con el 1,5 % de los que integran la red de EsSalud). Los recursos también están distribuidos de manera desigual entre las distintas regiones: los servicios de atención primaria de salud se concentran en las zonas rurales y los servicios hospitalarios, en las urbanas. En las regiones de Lima y Callao (área metropolitana de Lima), hay menos de un establecimiento de atención primaria de salud por cada 10.000 habitantes, mientras que en las regiones de Amazonas y Huancavelica hay casi 12 (Gráfico 2.19). La distribución desigual de los establecimientos de salud entre los distintos subregímenes y regiones da lugar a unos sistemas de derivación de pacientes limitados y una coordinación escasa entre los diferentes niveles de servicios. Existen pruebas, por ejemplo, de que en la red de EsSalud el 40 % de los usuarios están adscritos a un hospital como primer punto de contacto con el sistema de salud porque no disponen de establecimientos de atención primaria. Así lo confirma también la ENAHO de 2022, que muestra que, aunque en el país hay 8.820 centros públicos de atención primaria de salud, solo el 30 % de las personas encuestadas acudió a un centro de atención primaria del MINSA cuando creyó tener una necesidad sanitaria, y el 2 % acudió a un centro de atención primaria de salud de EsSalud (Gráfico 2.18).

Gráfico 2.18. Lugares donde solicitaron atención de salud las personas con problemas sanitarios, 2012-22



Nota: Se permitió a los encuestados seleccionar varias opciones.

Fuente: Encuesta Nacional de Hogares (ENAHO) de 2022.

Gráfico 2.19. Primer nivel de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS), 2023

Fuente: INEI (2023^[18]), Situación de la Población Peruana: Una mirada hacia los jóvenes 2023, a 26 de febrero de 2024.

Un análisis reciente de la productividad de los establecimientos de salud también sugiere que, si se tienen en cuenta los recursos asignados a cada nivel de atención, existen grandes diferencias en la productividad de los establecimientos de nivel I, II y III. En este sentido, el nivel I es más productivo que el nivel II, y el nivel II es más productivo que el nivel III. De media, el nivel I produce 8,1 visitas por profesional médico o dental asignado; el nivel II, 3,5 visitas, y el nivel III, 1,7 visitas (World Bank, 2021^[19]). Mientras que el 80 % de los establecimientos de nivel I cuentan con personal médico que produce más de 5 visitas al día, el 30 % de los establecimientos de nivel III producen menos de 1 visita al día. Esta diferencia de productividad entre los distintos niveles de atención sugiere que hay margen para mejorar la asignación de recursos en el sistema de salud peruano.

El Consejo Nacional de Salud y la Superintendencia Nacional de Salud facilitan la implicación de los pacientes

La participación de los pacientes se materializa en la adopción de decisiones y la formulación de políticas a través del Consejo Nacional de Salud (CNS), un órgano consultivo de Ministerio de Salud y del Sistema Nacional Coordinado Descentralizado de Salud (SNCDs). El CNS es la plataforma nacional de diálogo y coordinación para hacer realidad las prioridades nacionales en materia de salud.

Asimismo, SUSALUD tiene el objetivo de proteger y garantizar el derecho de las personas a una atención de salud de calidad, puntual y fácilmente accesible. Es el principal organismo responsable de involucrar a los pacientes y tramitar las reclamaciones. SUSALUD realiza encuestas periódicamente, como ENSUSALUD, y lleva a cabo varias iniciativas para la participación activa de los pacientes a través de representantes hospitalarios e iniciativas de alfabetización en materia de salud. ENSUSALUD, por ejemplo, evalúa el grado de satisfacción de los usuarios que reciben servicios de atención de salud en 24 regiones de todos los proveedores de atención de salud (SIS, EsSalud, ejército/policía y proveedores privados). La encuesta es una herramienta excelente para comparar los indicadores de desempeño de los servicios de atención de salud entre diferentes regiones y subsistemas, como la accesibilidad de los hospitales, la calidad de las consultas, o datos sobre los tiempos de espera por tipo de plan de aseguramiento o tipo de proveedor.

SUSALUD ha creado además grupos de usuarios, llamados Juntas de Usuarios (JUS), con el objetivo de fomentar el empoderamiento de los pacientes para impulsar mejoras en la calidad de la atención de salud

y garantizar el respeto de los derechos y obligaciones de los pacientes en el sistema de salud peruano. Las JUS están integradas en los hospitales para animar a los pacientes a compartir sus opiniones, preocupaciones y reflexiones sobre los servicios de atención de salud, y colaboran con otros grupos de presión de pacientes. Promueven la participación ciudadana en el ámbito de la salud, fomentando la rendición de cuentas y salvaguardando el ejercicio de los derechos a la salud en todos los niveles de atención. Hasta la fecha, se han creado 22 JUS en Amazonas, Arequipa, Ayacucho, Apurímac, Cajamarca, Callao, Cuzco, Huánuco, Junín, Lambayeque, La Libertad, Loreto, San Martín, Piura, Puno, Ucayali, Tumbes y Lima.

SUSALUD también recibe las reclamaciones de los pacientes y las denuncias por negligencias médicas como forma de promover el empoderamiento de los pacientes. El Cuadro 2.3 muestra que el número de consultas y reclamaciones presentadas a SUSALUD creció un 71 % en el período comprendido entre 2018 y 2022, cuando pasaron de 83.768 a 143.125. En 2022, las categorías más habituales de reclamaciones estuvieron relacionadas con las dificultades para acceder a los servicios sanitarios (28,6 %) y el acceso a información (27,2 %). En torno al 22 % de estas reclamaciones tuvieron que ver con las dificultades para acceder a medicamentos y productos de salud, y el 22,7 %, con no haber recibido información necesaria o suficiente (SUSALUD, 2022^[20]).

Cuadro 2.3. Causas de las reclamaciones de pacientes presentadas a SUSALUD, 2018 y 2022

Causas	2018		2022	
	Total	%	Total	%
Acceso a los servicios de salud	38.002	45,4	40.971	28,6
Acceso a la información	30.547	36,5	38.976	27,2
Atención y recuperación de la salud	4.859	5,8	16.324	11,4
Confidencialidad y consentimiento informado	133	0,2	117	0,1
Protección de otros derechos	8.214	9,8	16.546	11,6
Otras	2013	2,4	30.191	21,1
Total	83.768	100	143.125	100

Fuente: SUSALUD (2022^[20]), *Anuario Estadístico 2022*, Superintendencia Nacional de Salud, <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/4873728/ANUARIO%20ESTADISTICO%20SUSALUD%202022.pdf?v=1689889186> (consultado el 29 de marzo de 2024).

Los pacientes también pueden participar activamente a través de varias organizaciones de la sociedad civil (ONG, asociaciones profesionales, instituciones académicas, organizaciones populares y de base, etc.) que fomentan de manera efectiva que los pacientes expresen sus opiniones sobre los servicios de salud centrándose en la justicia social, la equidad y la igualdad.

La infraestructura de datos de salud y su gobernanza

Perú cuenta con una gran cantidad de datos de salud digitales, pero la infraestructura de información de salud está compartimentada

El MINSA tiene la responsabilidad general de gestionar y organizar el sistema nacional de información de salud. Se encarga de la planificación estratégica, el apoyo administrativo, el desarrollo, la integración y el manejo de la información en materia de salud. El MINSA es responsable de diversos sistemas de información, como el Sistema de Hechos Vitales, el Sistema de Discapacidad, el Sistema Integrado de Egresos de Emergencia, el Sistema de Información Geográfica y el Sistema de Información de Salud.

Con arreglo a la Resolución Ministerial núm. 780-2015-MINSA, el Sistema de Información de Salud es el principal sistema de información para recopilar y comunicar las actividades en materia de salud y atención de salud. Es un sistema de notificación obligatoria que se emplea en todos los establecimientos de los niveles primero, segundo y tercero de atención que operan bajo la autoridad del Ministerio de Salud y de los gobiernos regionales. Registra las actividades de atención de salud relacionadas con la promoción de la salud, la prevención, los servicios de vacunación y la atención prenatal e infantil, y permite realizar una vigilancia epidemiológica. Los profesionales de la salud pueden procesarlo y consultarlo. Asimismo, en los niveles de atención secundario y terciario (hospitales y hospitales especializados) se utilizan sistemas específicos para la gestión hospitalaria, como SIS-GALENPLUS, el Sistema de Gestión Hospitalaria, u otros sistemas desarrollados o adquiridos localmente por los propios hospitales. Estos sistemas hospitalarios registran información relativa a los recursos, los procesos y las actividades, como la gestión de camas, la programación de cirugías, las citas de pacientes ambulatorios y las recetas. En estos momentos, se utiliza SIS-GALENPLUS en 62 hospitales responsabilidad del MINSA y de los gobiernos regionales.

El Seguro Integral de Salud (SIS) también genera un volumen significativo de datos de salud, ya que cada establecimiento de IPRESS completa un Formato Único de Atención (FUA) para comunicar información administrativa, diagnósticos, consultas o cirugías a través de un *software* específico llamado ARFSISWEB. El FUA se cumplimenta todos los meses, y los archivos digitales se envían a los niveles regionales de las Direcciones de Salud que, tras realizar los controles de calidad pertinentes, se los transmiten a la Oficina General de Estadística e Informática (OGEI) del MINSA para garantizar que los establecimientos públicos de salud envíen la información necesaria. El MINSA lo utiliza para validar los servicios durante auditorías o con fines de pago. Los datos del SIS y el Sistema de Información de Salud se ponen a disposición del público a través de la Plataforma Nacional de Datos Abiertos. En 2024, se publicaron en la Plataforma Nacional de Datos Abiertos 96 conjuntos de datos sobre los sectores de la salud, la educación y el desarrollo social, entre otros. En el caso del sector de la salud, los datos se centraban en el número de afiliados al SIS, la atención prestada a los afiliados al SIS y la cobertura sanitaria para la atención oncológica, de las nefropatías crónicas y de las enfermedades raras.

No obstante, el Sistema de Información de Salud o la Plataforma Nacional de Datos Abiertos únicamente transmiten una visión parcial del panorama nacional, ya que los distintos subsistemas (EsSalud, los sistemas de salud del ejército y la policía, y el sector de la salud privada) también disponen de sus propios sistemas de información y recopilan sus propios indicadores con diferentes prácticas de puntualidad en la codificación y coberturas. Los sistemas de información de salud se desarrollaron de forma compartimentada, lo que dificulta la integración de la información y el seguimiento de los pacientes en el sistema de salud. La falta de interoperabilidad es un obstáculo para la gestión de los recursos y la adopción de decisiones.

Aparte del MINSA, otras instituciones nacionales, como el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) y el Instituto Nacional de Salud (INS) desempeñan un papel fundamental en la recopilación y difusión de información nacional de salud en Perú. El INEI es una institución esencial para el sistema de información de salud peruano, y es el responsable de producir información estadística sobre las estadísticas demográficas y biosanitarias y la encuesta a los hogares. Algunas de las fuentes más importantes son la Encuesta Nacional de Hogares (ENAHOG) sobre las condiciones de vida y la pobreza, la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) y la Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios en Salud (ENSUSALUD). El INS, que es el encargado de la regulación, la promoción y la difusión de investigaciones sobre salud pública, recopila datos en materia de alimentación, nutrición y vigilancia de enfermedades. SUSALUD también gestiona un amplio abanico de información de salud de los proveedores de atención de salud y los fondos de aseguramiento. Esto incluye información sobre los recursos sanitarios, la asistencia ambulatoria, las emergencias, las cirugías y los partos de instituciones públicas y privadas a través del sistema administrativo SETI-IPRESS. La información se pone a disposición de la población general de una forma fácilmente accesible.

En términos generales, el sistema de salud se ha desarrollado ampliamente en los últimos decenios, y Perú genera una gran cantidad de datos de salud digitales. Sin embargo, al igual que su sistema de salud, la infraestructura de información de salud está compartimentada y adolece de una escasa coordinación entre los diferentes subsistemas. Esto hace que sea inherentemente difícil realizar un análisis exhaustivo del desempeño del sistema, proporcionar comparaciones sólidas del desempeño de los distintos proveedores y comparar diferentes segmentos de la población. Como se indica en la sección siguiente, Perú está trabajando en un sistema único nacional de datos de salud (REUNIS) que le permita compartir un conjunto básico de información entre todos los subsistemas. Esta es una iniciativa excelente.

La comunicación de datos en Perú es más limitada que en los actuales países miembros de la OCDE

La capacidad de Perú para compartir a nivel internacional datos de salud comparables es aún más limitada si se la compara con los actuales países miembros de la OCDE. Existen diversas lagunas en la disponibilidad y la comunicación de datos entre Perú y los países miembros de la OCDE. En abril de 2024, Perú presentó datos sobre el gasto sanitario, el estado de salud, las actividades de atención de salud y los indicadores de calidad de la atención de salud, en consonancia con los marcos de la OCDE. Sin embargo, todavía resulta necesario intensificar los esfuerzos para asegurar la comunicación de más datos y la mayor comparabilidad de estos, con arreglo a los estándares de la OCDE. Por ejemplo, Perú utiliza datos procedentes de encuestas y comunica la esperanza de vida en bloques de cinco años, mientras que la mayoría de los países se basan en estadísticas demográficas que obtienen de tablas de supervivencia. No obstante, Perú pudo presentar datos sobre la mortalidad materna y de niños menores de 1 año, y sobre factores de riesgo para la salud. Para el cuestionario conjunto sobre actividades de atención de salud en términos no monetarios y el cuestionario conjunto de cuentas de salud, Perú presentó datos sobre las actividades y los recursos hospitalarios y sobre el gasto sanitario por sistema de financiamiento y fuente de ingresos, respectivamente, si bien todavía falta información fundamental relativa al empleo sanitario, la migración del personal y el gasto sanitario por tipo de servicios y proveedores. Muchos países de América Latina y el Caribe de la OCDE empezaron teniendo las mismas limitaciones y poco a poco han ido aumentando el alcance de los datos que presentan. También existen problemas en lo que respecta a los cuestionarios sobre la calidad de la atención de salud y los resultados de la atención. Si bien Perú presentó datos sobre los ingresos evitables, la atención de pacientes agudos, la experiencia de los pacientes y los cuidados a largo plazo, por el momento muchos de los indicadores comunicados no cubren a todo el sistema de atención de salud, lo que dificulta realizar comparaciones internacionales. Además, no existen datos sobre las tasas de supervivencia al cáncer a los cinco años, las cuales prescriben en la atención primaria y en la atención de salud mental.

Por otro lado, la infraestructura de información de salud ha centrado su atención en los recursos, la cobertura de los servicios y las actividades. En la actualidad, la recopilación de datos relativos a la calidad de la atención se basa principalmente en encuestas a la población destinadas a evaluar la calidad percibida de la atención de salud, en especial a través de las encuestas ENAHO, ENDES y ENSUSALUD. Aunque estos instrumentos son útiles, Perú también debe apoyarse en datos administrativos para medir la calidad de la atención. Es preciso incorporar aspectos relativos a la calidad en el seguimiento nacional del sistema de salud, a fin de contribuir a la mejora clínica de la eficacia médica y la seguridad de los pacientes. Si Perú quiere que su sistema de salud sea más uniforme y mitigar su fragmentación, deben realizarse esfuerzos para garantizar que los servicios se presten con un nivel de calidad elevado y distribuido de manera homogénea entre todos los subsistemas de aseguramiento. En consonancia con el marco de la OCDE relativo a los indicadores de calidad de la atención de salud, Perú debería recopilar y comunicar cada cierto tiempo información sobre el volumen total de antibióticos recetados en atención primaria o indicadores sobre la seguridad de los pacientes, por ejemplo.

La comunicación de datos sigue siendo incompleta debido a la fragmentación del sistema de información de salud. Únicamente se recopilan los datos administrativos utilizados para generar algunos de los indicadores de calidad de instituciones públicas, lo que da lugar a subestimaciones e imprecisiones respecto al nivel de desempeño. A fin de comunicar indicadores de calidad válidos, Perú debe recabar datos de todos los subsistemas de una forma estandarizada para obtener una visión amplia del desempeño del sistema a nivel nacional y mejorar la comparabilidad internacional.

Para recopilar y comunicar indicadores de calidad, Perú tendrá que solucionar los problemas relacionados con las prácticas de codificación de los diagnósticos principales y secundarios, y con la interrelación de los datos entre los distintos sistemas de información. La OGTI informó de que los establecimientos públicos de salud son los que registran principalmente la codificación de los diagnósticos secundarios, mientras que otros establecimientos de salud solo registran los diagnósticos principales. Las prácticas de codificación varían además en función de la región geográfica, fundamentalmente debido a la heterogeneidad de la capacitación de los trabajadores de la salud que la llevan a cabo. En cuanto a la interrelación de las bases de datos, existen buenos ejemplos de vinculación de datos de censos con la base de datos de pacientes ambulatorios para vigilar la anemia infantil. Sin embargo, otros intentos de vincular las bases de datos hospitalarias para hacer un seguimiento del uso de la atención de salud y la calidad de la misma fracasaron porque los identificadores únicos de los pacientes no eran válidos.

Desde 2017 se ha fomentado el uso de la Historia Clínica Electrónica a través de diversas normativas y resoluciones ministeriales (Resolución Ministerial núms. 1344-2018/MINSA, 214-2018/MINSA, 618-2019-MINSA, 816-2020/MINSA, 356-2022/MINSA y 080-2022-MINSA). El Sistema de Información de Historia Clínica Electrónica (SIHCE) creado por el MINSA se está desplegando en los establecimientos de atención primaria de salud gracias a que se ha aplicado con éxito un identificador único de los pacientes en el primer nivel de atención. Hasta la fecha, utilizan el SIHCE 4.354 IPRESS del MINSA y los gobiernos regionales. En los hospitales y los hospitales especializados se utilizan otros sistemas de información. EsSalud también utiliza su propio registro médico en sus hospitales generales, policlínicos y establecimientos especializados, el Servicio de Salud Inteligente (EsSI), que incluye información exhaustiva relativa a las pruebas auxiliares, diagnósticos, recetas y tratamientos. Desde 2019 utilizan el EsSI alrededor de 400 establecimientos de salud de EsSalud. Perú debe proseguir sus esfuerzos para implantar a nivel nacional las Historias Clínicas Electrónicas, que facilitan la interoperabilidad entre el SIS, EsSalud y otros subsistemas. Se requerirá una estrecha coordinación para facilitar la vinculación de la información.

La Agenda Digital del Sector Salud 2020-2025 tiene por objeto seguir desarrollando el Repositorio Único Nacional de Información en Salud

Perú ha puesto en marcha una ambiciosa estrategia digital en materia de salud con vistas a aprovechar el potencial de los datos de salud digitales, las Historias Clínicas Electrónicas y la telemedicina. La Agenda Digital del Sector Salud 2020-2025 es un marco estratégico destinado a orientar la transformación digital del sector sanitario en un periodo de cinco años. Esta agenda forma parte de una tentativa más amplia de modernizar el sistema de salud del país, mejorar la calidad de los servicios de salud y hacerlos más accesibles para la población, especialmente en las zonas remotas y subatendidas. La Ley de Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2021 (Ley núm. 31.084) destinó 150 millones PEN a financiar el fortalecimiento de las Historias Clínicas Electrónicas, la receta electrónica y la telesalud a nivel nacional. Asimismo, la Ley de Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2022 destinó 90 millones PEN a financiar la integración de los Repositorios Únicos Nacionales de Información en Salud y la implantación de las Historias Clínicas Electrónicas, la receta electrónica y la telesalud a nivel nacional.

La Agenda Digital centra su atención en seis áreas estratégicas:

1. Introducción de las Historias Clínicas Electrónicas: establecer un sistema unificado e interoperable de Historias Clínicas Electrónicas al que se pueda acceder desde establecimientos de atención de salud de distintos niveles.
2. Telesalud y servicios de salud digitales: promover la expansión de los servicios de telesalud para mejorar el acceso de las personas que viven en zonas remotas a la atención de salud. Esto incluye el uso de plataformas digitales para realizar consultas médicas, hacer un seguimiento y realizar diagnósticos a distancia, y minimizar la necesidad de desplazarse a los establecimientos de atención de salud.
3. Repositorios Únicos Nacionales de Información en Salud: fortalecer los Repositorios Únicos Nacionales de Información en Salud a fin de que apoyen la adopción de decisiones a todos los niveles del sector sanitario. Esto incluye integrar y analizar datos de salud para controlar las tendencias sanitarias, gestionar los recursos de manera más eficiente y responder con eficacia a las emergencias de salud pública.
4. Alfabetización digital y creación de capacidad: mejorar las competencias digitales de los trabajadores de la salud y los administradores sanitarios a fin de que puedan utilizar de manera efectiva las tecnologías digitales de salud. Esto incluye llevar a cabo programas de capacitación y talleres sobre el uso de las Historias Clínicas Electrónicas, las plataformas de telesalud y los sistemas de gestión de datos.
5. Infraestructura y conectividad: mejorar la infraestructura digital y garantizar que los establecimientos de salud de todo el país cuenten con una conexión a internet fiable, en particular en las zonas rurales y subatendidas.
6. Ciberseguridad y privacidad: establecer medidas de ciberseguridad y protocolos en materia de protección de datos robustos con miras a proteger la información de los pacientes y garantizar la privacidad y la confidencialidad en el entorno sanitario digital.

La Agenda Digital da un mayor impulso al desarrollo del sistema nacional de información de salud que se puso en marcha en 2016 a través del Repositorio Único Nacional de Información en Salud (REUNIS) en el marco del Plan Estratégico Sectorial Multianual 2016-21. El REUNIS tiene por objeto generar información puntual, completa y de calidad mediante el intercambio de datos de salud, a fin de lograr la interoperabilidad entre todos los subsistemas para definir mejor las políticas sanitarias. La OGTI es la responsable de administrar el REUNIS.

Durante la pandemia de COVID-19, el REUNIS se utilizó como sistema nacional de información de salud, vinculando los datos de las bases de datos sobre los contagios de COVID-19, las hospitalizaciones y la mortalidad. El portal del REUNIS contiene más de 50 paneles con estadísticas e indicadores sanitarios para vigilar el desempeño en relación con las estrategias nacionales de salud. A 2024, el REUNIS contiene información sobre los datos de salud y las actividades de atención de salud de establecimientos pertenecientes al Ministerio de Salud y los gobiernos regionales, y solo sobre las actividades de inmunización llevadas a cabo en la red de EsSalud. En la actualidad no incluye datos exhaustivos y comparables en todo el sistema a nivel nacional.

La Agenda Digital del Sector Salud 2020-2025 de Perú constituye un importante paso hacia el aprovechamiento de la tecnología para mejorar la prestación de atención de salud y los resultados de dicha atención. La Agenda contiene un total de 119 acciones concretas que deben llevarse a cabo. Deberían acelerarse las iniciativas en curso para digitalizar el sistema de salud peruano, ya que en marzo de 2024 únicamente se han completado 25 de estas acciones (lo que representa una tasa de cumplimiento del 21 %).

Referencias

- Carrillo-Larco, R. et al. (2022), "Peru – Progress in health and sciences in 200 years of independance", *The Lancet Regional Health - Americas*, Vol. 7/100148, <https://doi.org/10.1016/j.lana.2021.100148>. [14]
- CDC (2021), *Análisis de Situación de Salud (ASIS) 2021*, Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades (CDC) del Ministerio de Salud, <https://www.gob.pe/institucion/ensap/informes-publicaciones/4509305-analisis-de-situacion-de-salud-asis-2021> (accessed on 21 February 2024). [5]
- INEI (2023), *Situación de la Población Peruana: Una mirada hacia los jóvenes 2023*, Instituto Nacional de Estadística e Informática. [18]
- INEI (2022), *Perú: Enfermedades no transmisibles y transmisibles*. [10]
- INEI (2021), "Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2021 - Nacional y Departamental", https://proyectos.inei.gob.pe/endes/2021/INFORME_PRINCIPAL/INFORME_PRINCIPAL_EN_DES_2021.pdf (accessed on 21 February 2024). [6]
- INEI (2018), *Población indígena u originaria de los Andes*, Instituto Nacional de Estadística e Informática. [4]
- MINSA (2021), *Repositorio Único Nacional de Información en Salud*, https://www.minsa.gob.pe/reunis/data/tasas_mortalidad.asp (accessed on 22 April 2024). [7]
- MINSA (2019), *Carga de Enfermedad en el Perú: Estimación de los años de vida saludables perdidos, 2019*, <https://www.dge.gob.pe/portal/docs/tools/CargaEnfermedad/CargaEnfermedad2019.pdf>. [11]
- MINSA (2006), *Minsa y EsSalud firman convenio para iniciar compra conjunta de medicamentos y equipos médicos*, <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/41477-minsa-y-essalud-firman-convenio-para-iniciar-compra-conjunta-de-medicamentos-y-equipos-medicos>. [16]
- OECD (2023), *Embracing a One Health Framework to Fight Antimicrobial Resistance*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/ce44c755-en>. [2]
- PAHO (2023), *Avances y desafíos de la reforma de salud mental en el Perú en el último decenio*, Organización Panamericana de la Salud, <https://iris.paho.org/handle/10665.2/58312> (accessed on 15 April 2024). [12]
- SUSALUD (2022), *Anuario Estadístico 2022*, Superintendencia Nacional de Salud, <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/4873728/ANUARIO%20ESTADISTICO%20SUSALUD%202022.pdf?v=1689889186> (accessed on 29 March 2024). [20]
- Toyama, M. et al. (2017), "Peruvian Mental Health Reform: A Framework for Scaling-up Mental Health Services", *International Journal of Health Policy and Management*, Vol. 6/9, <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2017.07>. [13]
- UNICEF (2023), *Análisis del panorama del sobrepeso y obesidad infantil y adolescente en Perú*, <https://unicef.org/lac/informes/analisis-del-panorama-del-sobrepeso-y-obesidad-infantil-y-adolescente-en-peru> (accessed on 22 February 2024). [9]

- Videnza Consultores (2021), *The Peruvian health system*, [17]
<https://doi.org/10.6084/m9.figshare.14977839.v1>.
- WHO (2022), “Global excess deaths associated with COVID-19 (modelled estimates)”. [8]
- WHO (2020), *Budgeting for results in health: Key features, achievements and challenges in Peru*, World Health Organization, <https://www.who.int/publications/i/item/9789240004436>. [15]
- World Bank (2024), *Population, total - Peru*, [1]
<https://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.TOTL?locations=PE> (accessed on 20 April 2024).
- World Bank (2024), *The World Bank In Peru*, [3]
<https://www.worldbank.org/en/country/peru/overview> (accessed on 20 April 2024).
- World Bank (2021), *Financiamiento para la cobertura universal de salud en el Perú después de la COVID-19*, <https://www.bancomundial.org/es/country/peru/publication/financiamiento-para-la-cobertura-universal-de-salud-en-el-per-despu-s-de-la-covid-19>. [19]

Notas

¹ Las transferencias que el Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo peruano realizó a EsSalud durante los años 2020, 2021 y 2022 fueron excepcionales para responder a la emergencia sanitaria provocada por la pandemia.

3

Accesibilidad y calidad de la atención en el sistema de atención de salud de Perú

El presente capítulo comienza analizando la accesibilidad de la atención de salud en Perú y poniendo de relieve los principales avances hacia la cobertura sanitaria universal, al tiempo que aborda los retos pendientes para proporcionar unos servicios de atención de salud accesibles y de calidad a toda la población. Algunos de estos retos son la necesidad de disponer de una infraestructura de atención de salud más sólida, de aumentar la densidad de personal y distribuirlo mejor entre las diversas regiones geográficas de Perú, y de fortalecer el sistema de atención primaria de salud. La segunda sección analiza la calidad de la atención en Perú y las iniciativas políticas en curso. Los indicadores de calidad sugieren que es necesario acometer grandes mejoras, en particular reforzando la gobernanza de la calidad a nivel del sistema, mejorando la recopilación de datos sobre el desempeño del sistema de salud, e implantando nuevos modelos de pago que contribuyan a la estandarización de la atención.

Garantizar el acceso a la atención

Perú casi ha logrado la CSU, pero el conjunto de prestaciones y los niveles de acceso a la atención varían de unos fondos de aseguramiento a otros

La promulgación de la Ley Marco de Aseguramiento Universal de la Salud en 2009 supuso un importante paso hacia la cobertura sanitaria universal en Perú, con el objetivo de mejorar los resultados de salud y reducir las desigualdades sanitarias. Desde entonces, Perú ha tratado incansablemente de aumentar la cobertura de la atención de salud, en especial por medio del Decreto de Urgencia núm. 017-2019 y el Decreto de Urgencia núm. 046-2021, aprobados durante la pandemia de COVID-19.

En mayo de 2009, Perú aprobó la Ley Marco de Aseguramiento Universal de la Salud, que amplió el derecho al acceso a atención de salud. La ley tenía por objeto ampliar la cobertura sanitaria a toda la población, prestando especial atención a los grupos no asegurados y vulnerables. Su finalidad era garantizar el acceso a servicios de salud integrales, continuos y especializados en todo el país, mejorar la equidad en la prestación de los servicios de salud y promover el derecho a la salud de todos los peruanos y las peruanas. Asimismo, la definición del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS) en 2010 fue una parte integral de los esfuerzos de Perú encaminados a lograr la cobertura sanitaria universal. Este plan estableció un conjunto básico de prestaciones de salud para todos los ciudadanos. Todos los planes de aseguramiento disponibles en Perú están obligados a cubrir los servicios esenciales que constan en el PEAS, que integran un conjunto de intervenciones de prevención, recuperación y rehabilitación. SUSALUD supervisa que el PEAS disponga de suficiente financiamiento.

En sus orígenes, solo podían acogerse al SIS los niños y las mujeres embarazadas con pocos recursos, pero su cobertura fue aumentando progresivamente. El SIS amplió su cobertura en 2007 (cuando permitió acogerse a él a toda la población pobre sin asegurar) y en 2013 (cuando permitió acogerse a él a toda la población vulnerable). Más recientemente, con la promulgación del Decreto de Urgencia núm. 046-2021, Perú fue un paso más allá con la afiliación de todos los peruanos sin seguro de salud que se encuentren en el territorio nacional, con independencia de su situación socioeconómica, y que en teoría tengan acceso al conjunto de prestaciones del PEAS. Con la nueva normativa, el SIS financia la afiliación y la prestación de atención de salud a toda la población, tanto en lo que respecta al PEAS como a los planes complementarios. Además, se da prioridad a las actividades conjuntas con el Registro Nacional de Identificación y Estado Civil (RENIEC), que es el responsable de identificar a las personas nacidas en el territorio nacional, en particular a las dirigidas a la población de las comunidades indígenas de la Amazonia y los Andes, que antes carecían de seguro de salud. El RENIEC colabora con SUSALUD para encontrar a las personas aseguradas y sin asegurar, identificarlas y afiliadas al SIS.

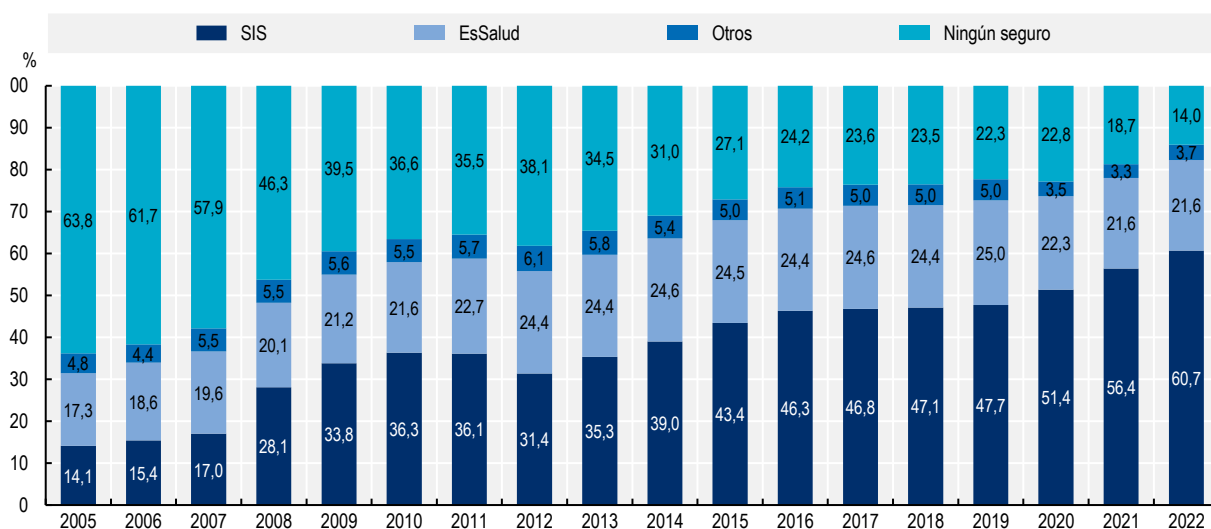
El porcentaje de la población afiliada a un plan de aseguramiento ha aumentado considerablemente en los últimos 15 años. Aproximadamente el 44 % de la población peruana tenía cobertura sanitaria en 2002, frente a más del 97 % en 2023, según el Registro Nominal de Asegurados. El 3 % restante de la población no cubierta por el SIS lo integran, en su mayoría, personas extremadamente pobres que viven en zonas remotas de los Andes y la Amazonia, o migrantes indocumentados que todavía no figuran en el Registro Nacional de Identificación y Estado Civil. Para llegar a estas poblaciones vulnerables, el SIS ha llevado a cabo campañas con trabajadores sociales que se desplazaban a zonas remotas, y el Ministerio de Salud también estableció en 2023 un proceso de simplificación para regularizar a los migrantes indocumentados.

Asimismo, según la Encuesta Nacional de Hogares (ENAH), la población que afirma tener algún tipo de seguro de salud aumentó del 36,2 % en 2005 al 85,9 % en 2022, lo que significa que el 14 % de la población declaró no contar con ningún seguro de salud en 2022. Esto es un síntoma de una falta de concienciación que, para algunos grupos de la población, se traducirá en un acceso insuficiente a atención de salud. En 2021, SUSALUD lanzó la aplicación móvil Susalud Contigo, con la que los ciudadanos pueden utilizar su documento nacional de identidad para consultar por qué plan de aseguramiento están

cubiertos y, una vez que lo sepan, localizar el establecimiento más cercano al que pueden acudir. Se trata de una iniciativa excelente que debería comunicarse más a los peruanos y las peruanas, a fin de que sean más conscientes de su situación de aseguramiento.

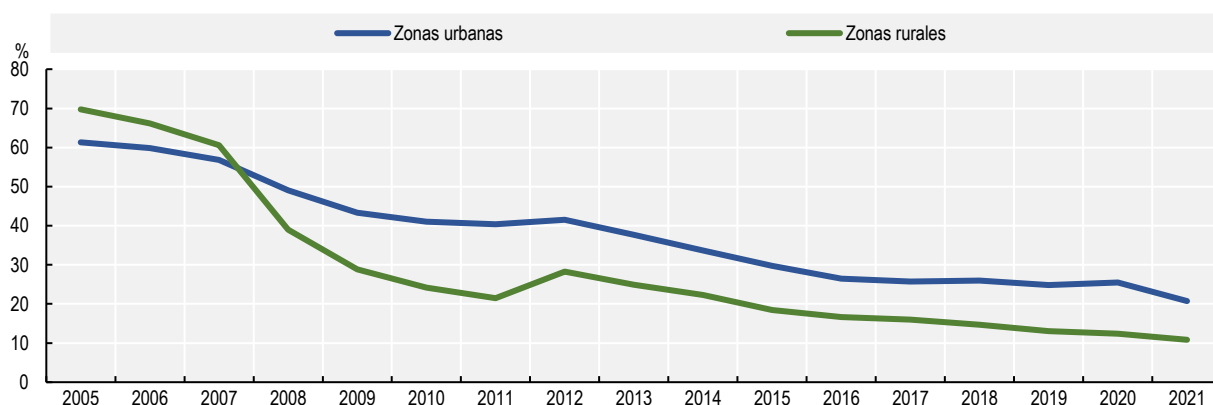
Según la encuesta ENAHO, el aumento en la cobertura del seguro de salud puede atribuirse fundamentalmente al SIS, que pasó de tener asegurado al 14,1 % de la población de Perú en 2005 al 60,7 % en 2022. La cobertura de EsSalud, por su parte, creció de manera más discreta, del 17,3 % al 21,6 % entre 2005 y 2022 (véase el Gráfico 3.1). Existen disparidades en la cobertura entre las zonas urbanas y las rurales. Mientras que en 2005 el porcentaje de la población peruana sin seguro de salud era mayor en las zonas rurales que en las urbanas (69,7 % y 61,3 %, respectivamente), los valores actuales muestran que esta tendencia se ha invertido, y las áreas urbanas tenían una mayor proporción de personas sin asegurar, que casi duplicaba a la de las zonas rurales (15,4 % y 8,5 %, respectivamente), en 2022 (Gráfico 3.2). El incremento en la cobertura de las zonas rurales se debe principalmente a la expansión del SIS. Entre 2005 y 2022, la cobertura de las poblaciones rurales por parte del SIS pasó del 25,1 % al 85,3 %.

Gráfico 3.1. Cobertura del seguro de salud declarada por plan de aseguramiento, 2005-22



Nota: El valor para el apartado "Sin seguro" se calcula como valor residual de todos los planes de aseguramiento combinados. El valor para el apartado "Otros" correspondiente a 2022 se calcula restando los porcentajes de afiliación al SIS y EsSalud del valor total de la población asegurada.

Fuente: INEI (2022), *Compendio Estadístico Perú 2022*, https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/3839281/Compendio2022_Tomo_I.pdf?v=1668543365, para 2015-21; INEI (2014); *Compendio Estadístico Perú 2014* para 2005-14, www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1173/COMPENDIO2014.html; Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) de Perú para 2022, www.inei.gob.pe/estadisticas/indice-tematico/sociales/.

Gráfico 3.2. Evolución de la población sin asegurar por zona geográfica, 2005-21

Fuente: INEI (2022), *Compendio Estadístico Perú 2022*, https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/3839281/Compendio2022_Tomo_I.pdf?v=1668543365; INEI (2014), *Compendio Estadístico Perú 2014*, www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1173/COMPENDIO2014.html.

El conjunto de servicios del PEAS se ha ampliado constantemente, de modo que en 2024 cubre el 85 % de la morbilidad, frente al 65 % en 2016. El PEAS se actualizó por última vez mediante el Decreto Supremo núm. 023-2021-SA, siguiendo un proceso de examen colaborativo con un grupo de trabajo del MINSA y una Comisión Multisectorial establecida por la Resolución Suprema núm. 021-2019-SA. Esta lista actualizada cubre 153 problemas de salud, por ejemplo, en los ámbitos de la atención obstétrica y ginecológica, la pediatría, las neoplasias, las enfermedades transmisibles y las enfermedades no transmisibles, como la salud mental, las afecciones crónicas y la atención de pacientes agudos. Hace hincapié en la prevención y en la detección precoz para prevenir complicaciones, e incluye procedimientos para la recuperación y la atención de urgencia de enfermedades consideradas prioritarias.

A pesar de que todos los planes de aseguramiento están obligados a cubrir los servicios de atención de salud incluidos en el PEAS, la evidencia sugiere que el conjunto de prestaciones de EsSalud es más generoso que el del SIS en términos de alcance y amplitud de la cobertura (Carrillo-Larco et al., 2022^[1]). EsSalud, por ejemplo, no solo cubre la atención ambulatoria y hospitalaria, sino también tratamientos y medicamentos muy costosos sin participación en el financiamiento de los gastos. El SIS, antes del Decreto de Urgencia núm. 046-2021, aplicaba límites al gasto sanitario relacionado con el PEAS en el caso de los servicios más caros incluidos en los planes complementarios. En un informe anterior de la OCDE, se indica que la cobertura financiera total es del 100 % en el caso de los servicios menos caros, pero la cobertura financiera efectiva es menor (OECD, 2017^[2]). Si bien los planes complementarios y el Fondo Intangible Solidario de Salud (FISSAL) se diseñaron para cubrir servicios más caros (como los derivados del cáncer o de insuficiencias renales), en la práctica, una vez más, los límites al gasto sanitario restringen la cobertura de la atención de salud. Además, la falta de infraestructura y la escasa disponibilidad de trabajadores de la salud han dificultado la aplicación efectiva del PEAS en el marco del SIS (Neelsen and O'Donnell, 2016^[3]).

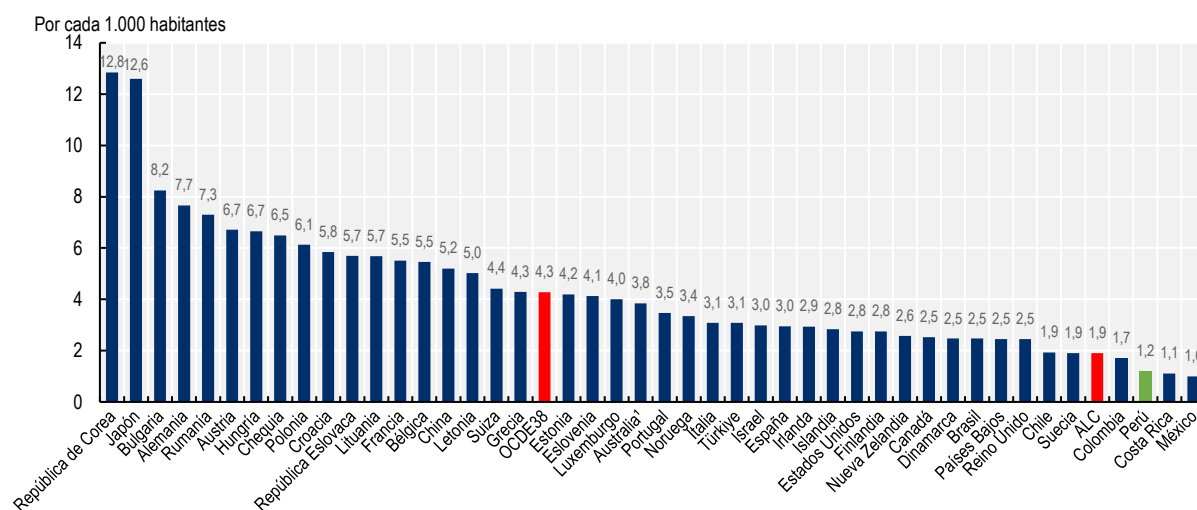
La agenda política debería dar prioridad a garantizar que los derechos definidos en el PEAS puedan hacerse realidad en la práctica en el marco del SIS y que toda la población peruana tenga acceso al mismo conjunto de prestaciones. Para ello, Perú debería armonizar progresivamente el conjunto mínimo de prestaciones entre el SIS y EsSalud, y ofrecer la opción de contratar un seguro secundario a todos los afiliados del SIS y EsSalud para que disfruten de los servicios que no estén incluidos en el conjunto básico de prestaciones. El 81 % de los países de la OCDE ofrecen seguros complementarios además del seguro social de salud obligatorio. La experiencia de otros países, que se han enfrentado a problemas similares, sugiere que un aspecto clave será el nivel de servicios ofrecido en el conjunto de prestaciones.

armonizado. Si es demasiado restringido, las personas que pertenecen al sistema más generoso empiezan a dudar de los beneficios de la armonización, y avanzar en la alineación de los sistemas se torna difícil. La convergencia progresiva entre el SIS y EsSalud puede hacerse realidad definiendo explícitamente el conjunto de prestaciones a partir de evaluaciones económicas que analicen los costos y los beneficios de los servicios y las intervenciones de salud para actualizar el PEAS. Chile, Colombia y México son países miembros de la OCDE con sistemas de salud fragmentados que han tomado medidas para que sus distintos sistemas de seguro ofrezcan los mismos conjuntos de prestaciones, en concreto en lo que respecta a diversos servicios de atención primaria y comunitaria.

Además, para promover el acceso igualitario en todos los subsistemas, Perú debería facilitar el uso de intercambios de prestaciones entre ellos mediante la adquisición y venta de un conjunto básico de servicios. Esto es altamente recomendable para reducir la fragmentación y mejorar el uso eficiente de los recursos, en especial en el ámbito de la atención primaria de salud. Como se ha mencionado en la sección 1, aproximadamente el 40 % de los miembros de EsSalud acuden a un hospital como primer punto de contacto con el sistema de atención de salud debido a la inexistencia de establecimientos de atención primaria. Si se permitiera que los afiliados a EsSalud utilicen los establecimientos de atención primaria de salud del MINSA y los gobiernos regionales, se reduciría la fragmentación de la atención, se mejoraría el acceso a ella y se conseguiría un uso más eficiente de la misma. Un primer paso sería estandarizar el pago por los servicios de atención primaria de salud con un modelo de capitación ponderada para todos los establecimientos de atención primaria del SIS y EsSalud (de la categoría I-1 a la I-4), y permitir que los afiliados a EsSalud utilicen los establecimientos de atención primaria de salud del SIS cuando lo necesiten (con el correspondiente reembolso al SIS). El uso del intercambio de servicios se fomentó durante la pandemia de COVID-19 con el Decreto Legislativo núm. 1.466, lo que constituyó una práctica excelente para optimizar el uso de los recursos y ampliar, al mismo tiempo, el acceso a atención de calidad.

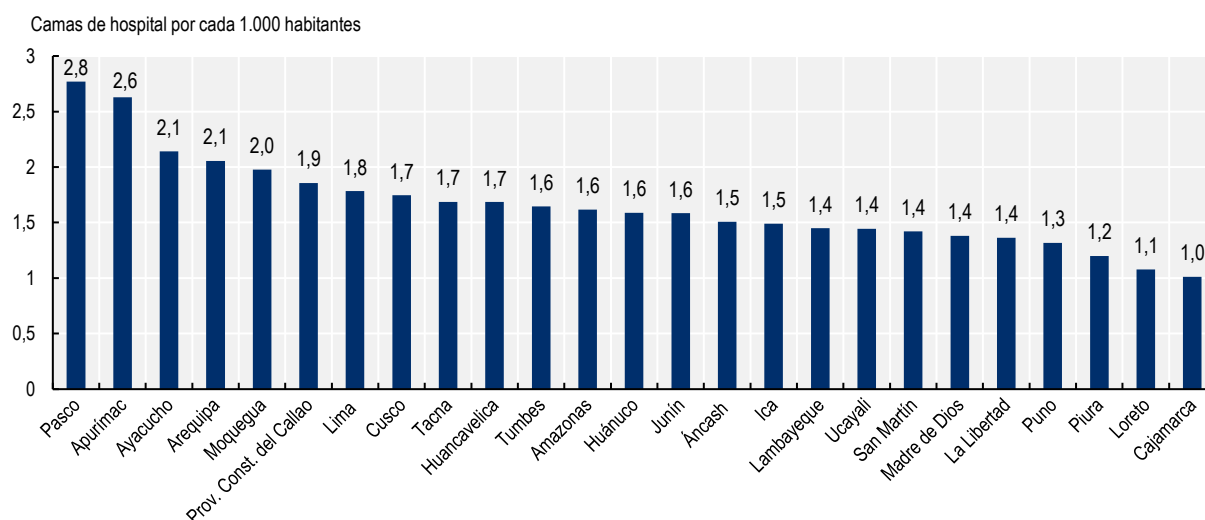
Perú cuenta con menos infraestructura de atención de salud que los actuales países miembros de la OCDE

Perú comunicó una densidad de 1,2 camas de hospital por cada 1.000 habitantes en 2022. Aunque se trata de la segunda tasa más baja de los países de la OCDE, está al nivel de otros países de América Latina y el Caribe como Costa Rica y México (con 1,1 y 1,0, respectivamente) (Gráfico 3.3). Existen grandes diferencias regionales en la capacidad de camas hospitalarias, que oscila de más de 2 camas por cada 1.000 habitantes en Ayacucho, Arequipa, Apurímac y Pasco a la mitad en zonas remotas como Puno, Piura, Loreto y Cajamarca (Gráfico 3.4).

Gráfico 3.3. Camas de hospital por cada 1.000 habitantes, 2022 (o año más cercano)

1. Datos relativos a 2017.

Fuente: Información facilitada por Perú en el cuestionario sobre estadísticas relativas a la atención de salud en términos no monetarios de la OCDE de 2024. Los datos de otros países se han extraído de las Estadísticas de Salud de la OCDE de 2023. La media de América Latina y el Caribe se ha obtenido a partir de los indicadores de desarrollo del Banco Mundial.

Gráfico 3.4. Disparidades regionales en la densidad de camas de hospital por cada 1.000 habitantes

Fuente: Camas de INEI (2022), *Compendio Estadístico Perú 2022*, https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/3839281/Compendio2022_Tomo_I.pdf?v=1668543365; estimaciones demográficas de INEI (2023) www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Compendio2023/cap03/ind03.htm

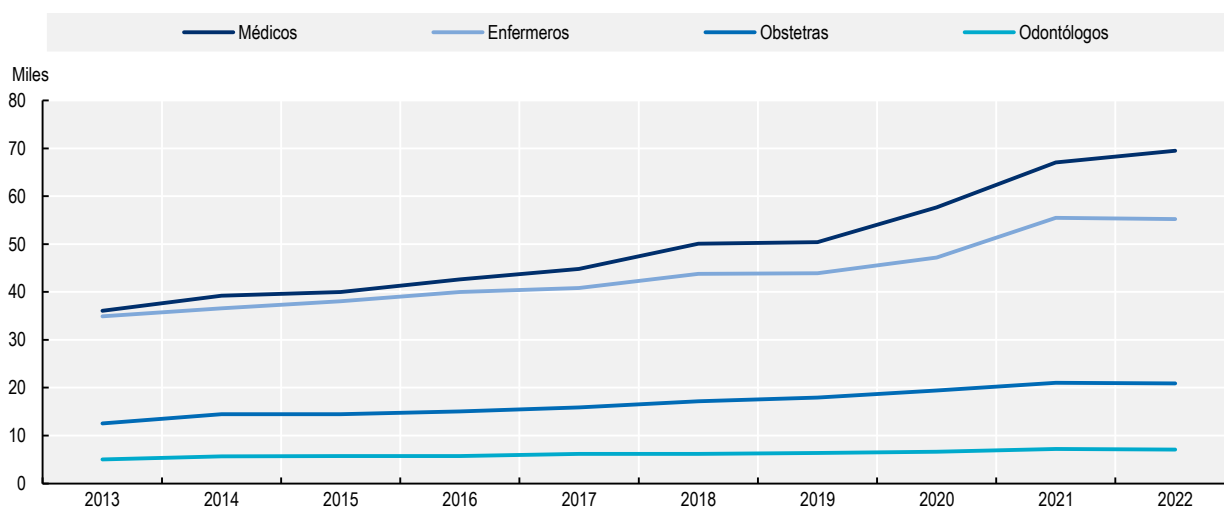
En general, se considera que la infraestructura de atención de salud de Perú es deficiente. Las Normas Técnicas de Salud de Infraestructura y Equipamiento núms. 113, 110 y 119 establecen una lista exhaustiva y detallada de los requisitos mínimos en materia de infraestructura para las unidades de atención de salud de cada nivel, así como normas estructurales, de seguridad y de telecomunicaciones. En estas normas se basan las evaluaciones periódicas del cumplimiento de las normativas del Ministerio de Salud por parte de los proveedores de atención de salud. La última evaluación indica que la

infraestructura de los hospitales es muy precaria, y señala que todas las unidades de 16 de las 25 regiones no cuentan con suficiente equipo (se considera que un establecimiento de salud no cuenta con una capacidad instalada suficiente si la infraestructura y el equipo no cumplen las Normas Técnicas de Salud de Infraestructura y Equipamiento) (MINSA, 2021^[4]). Asimismo, en 25 de las 26 regiones de Perú, más del 90 % de los establecimientos de atención primaria de salud fueron clasificados como “inadecuados”. Todas las unidades de atención primaria de salud ubicadas en las regiones de Callao, Lambayeque, Loreto, Madre de Dios, San Martín y Ucayali obtuvieron esta clasificación. Estas son las regiones más vulnerables, tanto en términos de ubicación geográfica como de desarrollo económico.

Aunque con el tiempo el número de profesionales sanitarios ha aumentado, su densidad sigue siendo baja y su distribución entre las distintas zonas geográficas, desigual

Según el Observatorio de Recursos Humanos en Salud (ORHUS), en 2022 había un total de 187.170 profesionales sanitarios, que incluían 55.190 médicos (14 %), 69.515 enfermeros (18%), y 20.900 obstetras (5 %). La oferta de médicos prácticamente se duplicó entre 2013 y 2022, y el número de enfermeros también aumentó más de un 50 % en el mismo período (Gráfico 3.5). De los médicos, 33.543 trabajan en establecimientos de salud del MINSA o los gobiernos regionales; 16.387, en la red de EsSalud, y 5.584, en el sector privado. De los enfermeros, 47.428 trabajan en establecimientos de salud del MINSA o los gobiernos regionales; 18.166, en la red de EsSalud, y 1.564, en el sector privado.

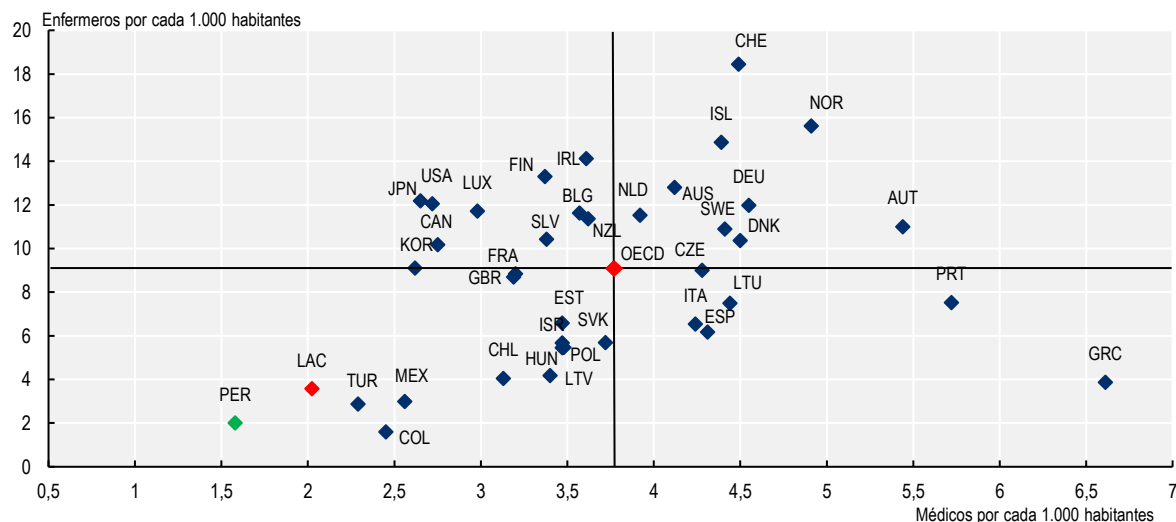
Gráfico 3.5. Evolución de los profesionales sanitarios en Perú en todos los subsectores, 2013-22



Nota: Los datos presentan el número de profesionales sanitarios que trabajan en el sistema de salud peruano, y abarcan todos los subsistemas. Fuente: ORHUS (2022^[5]), *Información de Recursos Humanos en el Sector Salud, Perú 2022*, Observatorio de Recursos Humanos en Salud, <https://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/7050.pdf> (consultado el 6 de mayo de 2024).

El número de profesionales sanitarios por 1.000 habitantes sugiere que Perú tiene una baja densidad de médicos per cápita. Esta densidad era de 1,6 por cada 1.000 habitantes en 2022, ligeramente por debajo de la media de América Latina y el Caribe (2) y menos de la mitad de la media de la OCDE (3,8) (Gráfico 3.6). Esta densidad ha aumentado un 27 % en la última década, desde 1,1 médicos por cada 1.000 habitantes de 2013. Perú también se enfrenta al problema de la mala distribución de los trabajadores sanitarios entre las distintas zonas geográficas. En 2021, solo el 9,8 % de los médicos se encontraba en zonas rurales, un porcentaje que ha ido reduciéndose progresivamente desde 2013, cuando era del 15 % (MINSA, 2022^[6]).

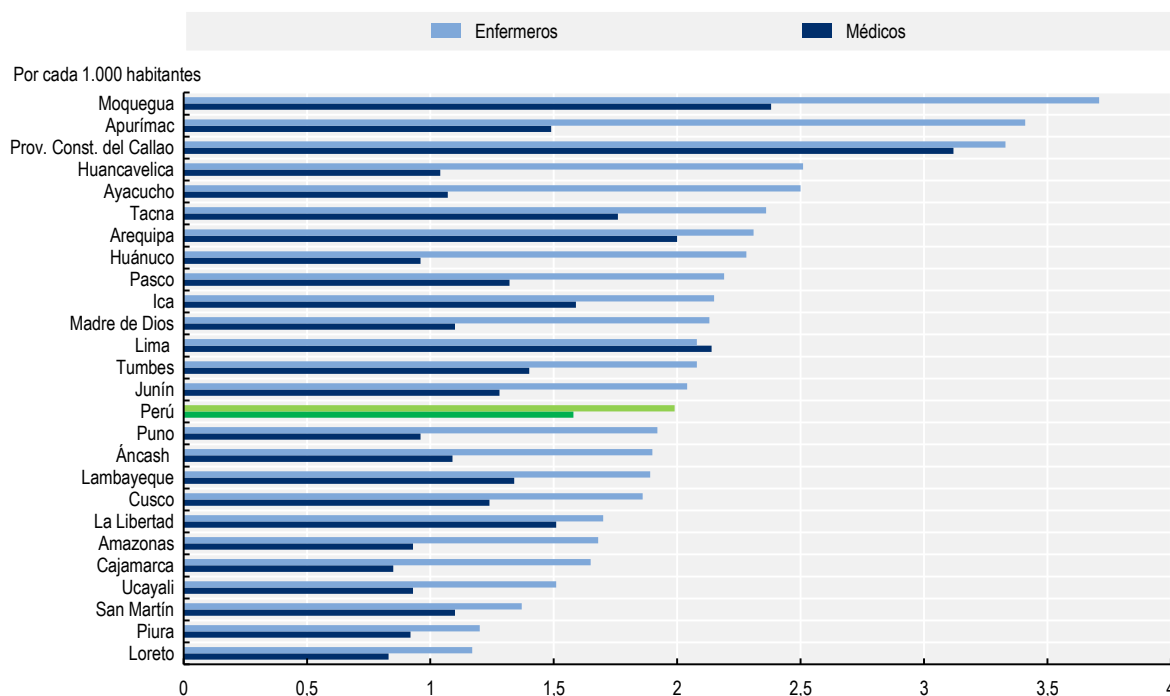
Gráfico 3.6. La densidad de médicos y enfermeros es una de las más bajas de los países de la OCDE



Fuente: Datos relativos a Perú de Ministerio de Salud, <https://files.minsa.gob.pe/s/EpdZ38cL32w6NmJ>; los del resto de países se han extraído de las Estadísticas de Salud de la OCDE de 2024.

Perú también es uno de los países de la OCDE con menor densidad de enfermeros per cápita, aunque esta aumentó un 68 % entre 2013 y 2021. En 2022, Perú declaró contar con 2 enfermeros por cada 1.000 habitantes, una densidad que contrasta enormemente con la media de la OCDE, de 9,1, y que solo está por encima de la de Colombia (1,6). Al igual que ocurre con los médicos, solo una minoría (14 %) de los enfermeros trabajaba en zonas rurales en 2021 (MINSA, 2022^[6]).

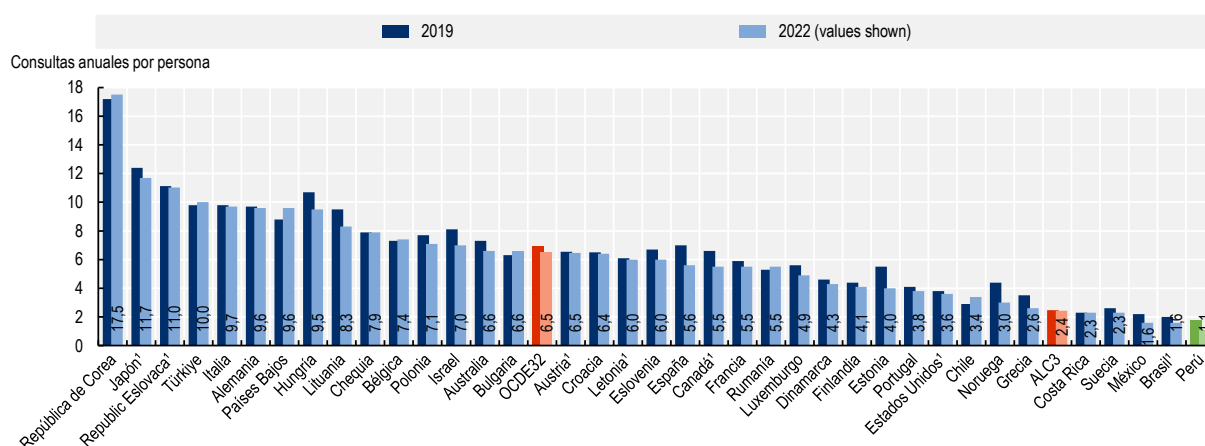
Las disparidades regionales en lo que respecta a la disponibilidad de personal generan cuellos de botella para acceder a atención de salud en algunas zonas rurales. Tan solo 6 de las 26 regiones tenían una densidad de médicos per cápita superior a la media nacional (Provincia Constitucional del Callao, Moquegua, Lima, Arequipa, Tacna e Ica), dos de ellas en el área metropolitana de Lima. En general, las regiones remotas y menos pobladas presentan algunas de las densidades de médicos y personal de enfermería más bajas. Así ocurre especialmente en las regiones situadas en la Amazonía peruana, como Loreto (0,8 y 1,2), San Martín (1,1 y 1,4) y Ucayali (0,9 y 1,5, respectivamente) (véase el Gráfico 3.7).

Gráfico 3.7. Tasa de médicos y enfermeros por región, 2022

Nota: Los datos sobre el número de médicos y enfermeros se refieren a 2022. Los datos demográficos empleados para calcular la tasa de personal sanitario se refieren a una previsión de 2023.

Fuente: Ministerio de Salud, <https://files.minsa.gob.pe/s/EpdZ38cl32w6NmJ>.

Las consultas médicas son otra forma habitual de medir el acceso a la atención de salud. El Gráfico 3.8 muestra que Perú tiene la menor cantidad de consultas médicas per cápita de todos los países de la OCDE y de América Latina y el Caribe. En 2022, tenía 1,1 consultas médicas per cápita en el sistema sanitario público, por debajo de la media de la OCDE de 6,0 consultas y de la media de América Latina y el Caribe, de 2,3. Esto puede ser indicativo de que existen ciertas deficiencias en la prestación de atención.

Gráfico 3.8. Media de consultas médicas presenciales por persona, 2019 y 2022

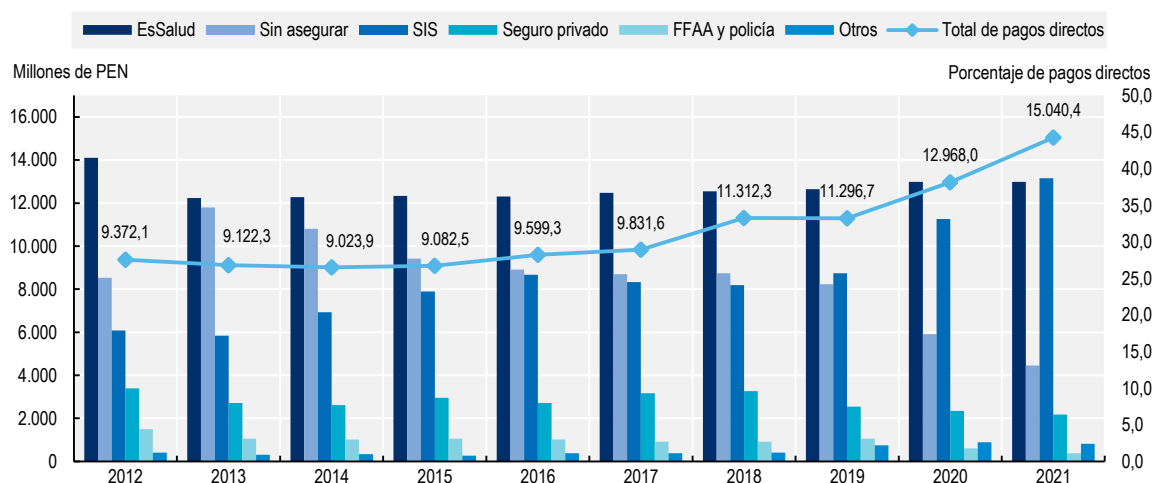
1. Últimos datos disponibles de 2021; los datos de Perú corresponden a 2022.

Fuente: Estadísticas de Salud de la OCDE de 2024, e información facilitada por Perú en el cuestionario sobre estadísticas relativas a la atención de salud en términos no monetarios.

Los pagos directos siguen siendo elevados y constituyen una barrera financiera para el acceso

Aunque los pagos directos han disminuido más de un 20 % en el último decenio, su nivel en 2022 todavía era mucho más alto que en otros países de la OCDE. En 2022, los pagos directos supusieron el 27 % del gasto sanitario total, 1,4 veces más que la media de la OCDE, que se sitúa en el 19 %. Este nivel tan alto de pagos directos sugiere que hay margen para mejorar la cobertura del aseguramiento en Perú y que el financiamiento de la salud pública es limitado. Los pagos directos por servicios que los establecimientos de salud no prestan, a pesar de estar incluidos en el PEAS, explican en parte el alto nivel de pagos directos. A partir de datos de la encuesta ENAHO, se estima que, históricamente, los afiliados a EsSalud han soportado una mayor proporción del total de gasto directo (véase el Gráfico 3.9). Con el tiempo, el gasto directo de los afiliados al SIS ha ido en aumento y en 2021 superó ligeramente el gasto directo de EsSalud. Los medicamentos supusieron el 32,2 % de los gastos directos en atención de salud en 2021, seguidos de los servicios dentales y las consultas (DIGEMID, 2021^[7])

Gráfico 3.9. Gasto directo por tipo de gasto, 2012-21

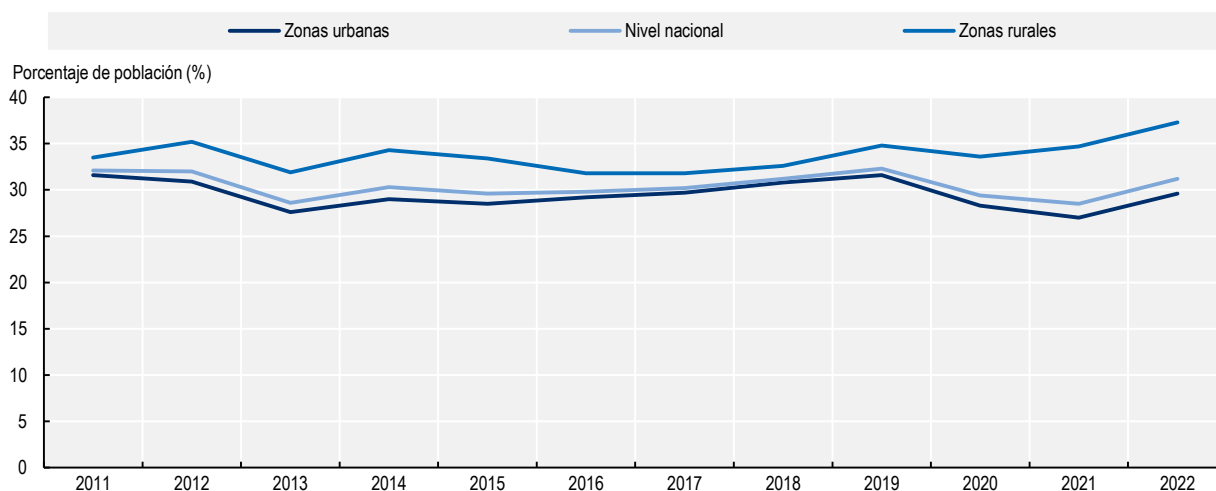


Fuente: DIGEMID con datos de las encuestas ENAHO.

Las necesidades sanitarias no cubiertas son especialmente elevadas en zonas menos pobladas y en las poblaciones de origen indígena

El porcentaje de la población que afirma tener necesidades sanitarias no cubiertas pone de manifiesto que el acceso a los servicios es limitado. Según datos de la Encuesta Nacional de Hogares (ENAHO), la proporción de personas que afirman tener necesidades sanitarias no cubiertas se ha mantenido constante en torno al 32 % durante la última década, y es más elevada en las zonas rurales (37 %) que en las urbanas (30 %) (Gráfico 3.10). Existe una gran variación en la proporción de personas que declaran tener necesidades médicas no cubiertas de unas regiones a otras. Las regiones donde se comunican las mayores tasas de necesidades médicas no cubiertas son Puno, Ayacucho, Pasco y Ancash (las regiones con unas de las tasas de pobreza más elevadas), donde los porcentajes superan el 40 %. Por otro lado, las tasas más bajas de necesidades sanitarias no cubiertas se concentran en las regiones generalmente más urbanas de Tumbes, el área metropolitana de Lima y la Provincia Constitucional de Callao, donde son del 17,7 %, el 23,3 % y el 21,6 %, respectivamente. Las mujeres (33,2 %), las personas de más de 60 años (37,7 %) y las personas con discapacidad (42,0 %) declaran necesidades médicas no cubiertas con más frecuencia. Las poblaciones de origen indígena (42,9 %) o que hablan lenguas autóctonas (43,5 %) también presentan unas mayores tasas de necesidades médicas no cubiertas (INEI, 2023^[8]).

Gráfico 3.10. Porcentaje de la población que afirma tener necesidades médicas no cubiertas por zona de residencia, 2011-22



Fuente: INEI (2023^[8]), Perú: Medición de la Pobreza Multidimensional, Dimensiones e Indicadores (Revisión 2023), <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/5402872/4833930-informe-tecnico-medicion-de-la-pobreza-multidimensional-revision-2023%282%29.pdf?v=1712328912> (consultado el 1 de marzo de 2024).

Casi la mitad de la población (48 %) indicó que el motivo por el que no había solicitado atención de salud era que no necesitaba consultas médicas, con ligeras diferencias entre las zonas urbanas (50 %) y las rurales (46 %). El siguiente motivo más esgrimido era que habían usado remedios caseros o se habían automedicado (alrededor del 37 % en zonas urbanas y 46 % en zonas rurales). La ubicación geográfica (17 % en zonas urbanas y 5 % en zonas rurales) y el costo financiero fueron otros de los motivos citados (4,5 % en zonas urbanas y 5,1 % en zonas rurales). Curiosamente, el 44 % de las personas que viven en zonas rurales mencionó como motivos que no tenía seguro, que no tenía tiempo y que no recibía un trato adecuado por parte del personal sanitario.

Otras poblaciones, como la comunidad de personas lesbianas, gais, bisexuales, transgénero e intersexuales (LGBTI), también tienen dificultades para acceder a la atención sanitaria (Romani et al., 2021^[9]). En Perú, un estudio analítico interseccional realizado por el INEI sugirió que el bajo nivel socioeconómico y la desconfianza en el personal sanitario eran factores por los que la comunidad LGBTI no usaba los servicios de salud (Romani et al., 2021^[9]). En esta línea, los resultados de la encuesta sugerían que casi la mitad de los participantes LGBTI afirmaron haber tenido ansiedad o depresión en los 12 meses anteriores. Pruebas internacionales de los Estados Unidos (United States Census Bureau, 2022^[10]; Australian Bureau of Statistics, 2024^[11]) y Australia corroboran esta conclusión, que está ligada al estigma y la discriminación que sufren, por lo que el acceso a servicios de salud mental constituye una prioridad. En un intento por aumentar el acceso a servicios por parte de este grupo de población, el Gobierno peruano publicó en mayo de 2024 un decreto presidencial que clasificaba a las identidades trans como un problema de salud mental en el marco del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS). Aunque la intención era incrementar el acceso de este grupo de la población a la atención de salud mental, el decreto no estaba en consonancia con las prácticas de la OCDE y fue muy criticado por organizaciones y activistas de derechos humanos peruanos (Human Rights Watch, 2024^[12]). En junio de 2024, Perú modificó el decreto para dejar de considerar la transexualidad y el travestismo enfermedades mentales (MINSA, 2024^[13]), y reiteró públicamente su voluntad de proteger los derechos humanos de todas las personas, también los asociados a la orientación sexual y la identidad de género.

Los tiempos de espera varían considerablemente entre los diferentes planes de aseguramiento y zonas geográficas

Los datos comunicados por las personas que respondieron a la encuesta ENAHO en 2022 ponen de relieve grandes diferencias en los tiempos de espera en función de la red (SIS o EsSalud) y la zona geográfica (Cuadro 3.1). Los peruanos tienen que esperar, en promedio, casi 1,7 días para conseguir una cita, pero existe una gran diferencia entre las zonas urbanas (2,7 días) y rurales (9 horas). La diferencia en los tiempos de espera entre EsSalud y el SIS sigue una tendencia similar. Los afiliados a EsSalud esperan, en promedio, más de 4,8 días para conseguir una cita, mientras que los afiliados al SIS esperan más de 17 horas. Las mujeres esperan más para obtener una cita que los hombres (1,8 días frente a 1,6 días), y esta diferencia es más acusada entre los afiliados a la red del SIS, en la que las mujeres tienen que esperar un 54 % más que los hombres (20 horas frente a 13 horas).

Cuadro 3.1. Promedio de los tiempos de espera para consultas médicas, por plan de cobertura y zona geográfica

Zona geográfica	Media de días hasta concertar una cita
Nacional	1,7
SIS	0,7
EsSalud	4,8
Urbana	2,7
SIS	1,2
EsSalud	5,2
Rural	0,4
SIS	0,3
EsSalud	2,1

Nota: En "Rural" se incluye el área de empadronamiento local, así como las zonas urbanas con entre 500 y 1.999 habitantes, mientras que "Urbana" incluye todos los núcleos urbanos con 2.000 habitantes o más (metodología del INEI).

Fuente: Encuesta Nacional de Hogares (ENAHO), 2022 (análisis de los autores).

Perú cuenta con planes que aspiran a transformar la atención primaria de salud

En Perú existen una gran variedad de proveedores de atención primaria de salud. Tanto el Ministerio de Salud como EsSalud tienen cuatro tipos de proveedores de atención primaria de salud, y en total disponen de 8.820 establecimientos de atención primaria de salud en 2024. Aproximadamente el 36 % pertenecen a la categoría I-1 (con profesionales sanitarios no médicos); el 23 %, a la categoría I-2 (con personal técnico, una enfermera u obstetra y un médico); el 16 %, a la categoría I-3 (con equipos sanitarios multidisciplinarios), y el 2 %, a la categoría I-4 (incluye un equipo sanitario multidisciplinario que puede atender partos). En las zonas rurales, la capacidad de la atención primaria de la salud es muy precaria y limitada. Por ejemplo, en 2024, en las regiones de Amazonas y Huancavelica, el 68 % y el 63 % de los establecimientos de atención primaria de salud eran de la categoría I-1, a la que pertenecen los establecimientos más básicos.

A pesar de la gran cantidad de establecimientos de atención de salud del primer nivel, muchos pacientes acuden directamente a hospitales porque los establecimientos de primer nivel carecen de medicamentos, equipo y ambulancias. Esto pone de manifiesto la debilidad del sistema de derivación de pacientes y la escasa coordinación entre la atención primaria de salud y el resto del sistema sanitario. La encuesta ENAHO muestra que, en 2022, tan solo el 32 % de los peruanos acudió en primer lugar a un centro de atención primaria de salud, ya fuera del SIS o de EsSalud, cuando necesitaba asistencia sanitaria.

Perú ha establecido planes para revitalizar la atención primaria de salud mediante importantes reformas, entre las que se incluyen el Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS), el Modelo de Atención Integral

en Salud basado en Familia y Comunidad (MAIS-BF) y el Modelo de Cuidado Integral de Salud por Curso de Vida para la Persona, Familia y Comunidad (MCI). El objetivo general de estos planes era mejorar las condiciones de vida y el estado de salud de la población fortaleciendo el enfoque comunitario y familiar de la atención primaria de salud. En estos momentos, algunos de los principales elementos del MCI son los siguientes:

- Una perspectiva basada en el curso de vida: el modelo reconoce que en la salud y el bienestar de una persona influyen factores y sucesos que se producen a lo largo de toda su vida. El objetivo es atender las necesidades sanitarias en todas las etapas de la vida, desde la atención prenatal y la infancia hasta la adolescencia, la vida adulta y la vejez.
- Centrado en la persona, la familia y la comunidad: el modelo coloca a la persona, su familia y la comunidad en el centro de la atención de salud. Hace hincapié en la importancia del apoyo de la familia y la comunidad en la salud y el bienestar de las personas, y promueve un entorno propicio para la salud.
- Enfoque multisectorial: reconociendo que en la salud influyen una gran variedad de factores más allá del sistema de salud, el MCI aboga por la colaboración entre los distintos sectores, incluida la educación, la vivienda y los servicios sociales, para abordar los determinantes más amplios de la salud.
- Sensibilidad cultural: el modelo reconoce los diversos contextos culturales de Perú y busca proporcionar una atención adecuada a cada cultura que respete las tradiciones y preferencias de las diferentes comunidades.
- Tecnología e innovación: el MCI apoya el uso de la tecnología y la innovación para mejorar la prestación de atención de salud, en particular las historias clínicas electrónicas, la telesalud e iniciativas de salud móvil destinadas a aumentar el acceso a la atención.
- Atención integrada: el MCI tiene el objetivo de integrar distintos niveles de atención, desde la atención primaria hasta servicios especializados, para garantizar la continuidad y la coordinación de la atención. Esta integración es extensible a las intervenciones de salud pública, los servicios sociales y la participación de la comunidad.

La elaboración del MCI empezó en 2020, y en ella participan equipos sanitarios multidisciplinares para ofrecer conjuntos integrados de servicios de salud en función de las necesidades sanitarias de la población a lo largo de su vida. Algunas de las intervenciones sanitarias consideradas prioritarias son la promoción de la salud y la prevención de riesgos con un enfoque territorial, la adaptación intercultural, las enfermedades no transmisibles, la salud mental, la salud bucodental y la prevención del cáncer, entre otras intervenciones de prevención. El objetivo último es que equipos de atención primaria de salud se encarguen de proporcionar cuidados; que, en lugar de centrarse exclusivamente en las enfermedades, atiendan todas las necesidades sanitarias de la comunidad. Esto incluye enviar recordatorios de las visitas de prevención, combatir factores de riesgo para la salud y elaborar un plan amplio en materia de salud (MINSA, 2022^[14]), lo que contribuiría a que el sistema de salud de Perú sea más eficiente y se centre más en los pacientes.

Para apoyar el desarrollo del MCI, el MINSA publicó el documento *Lineamientos y medidas de reforma del sector Salud*, uno de los cuales es “Fortalecer la atención primaria de salud” para crear un nuevo modelo de atención primaria basado en la organización territorial, a fin de brindar una atención integral, continua y de calidad. El objetivo general es asegurar la prestación eficiente de servicios, en especial aumentando la capacidad de la atención primaria de salud para realizar labores de promoción de la salud, prevención y gestión de enfermedades crónicas. El MINSA, en colaboración con la Escuela Nacional de Salud Pública, también ha desarrollado sesiones de capacitación específicas acerca del Modelo de Cuidado Integral de Salud por Curso de Vida para la Persona, Familia y Comunidad como parte del programa PROFAM.

Sin embargo, la red de centros de atención primaria de salud regionales y del Ministerio de Salud todavía no responde al actual perfil epidemiológico, caracterizado por la creciente carga de enfermedades crónicas. Una evaluación reciente de las brechas de infraestructura y equipamiento del sector de la salud señaló que el 90 % de los centros de salud tienen una capacidad instalada inadecuada, y poseen una infraestructura precaria, obsoleta e inoperativa o un equipamiento suficiente (GOPBM/MINSA, 2021^[15]). Esto significa que a los pacientes con patologías que la atención primaria de salud podría gestionar de manera efectiva (como las enfermedades crónicas o los problemas de salud mental) se los deriva, en la mayoría de los casos, a hospitales debido a la inexistencia de una infraestructura o una red de cuidados adecuada. Una evaluación llevada a cabo recientemente en tres distritos del área sanitaria de Lima Norte confirmó la capacidad insuficiente para brindar una atención integral a pacientes con enfermedades no transmisibles como la diabetes. Los resultados indicaron que tan solo el 13 % de las instalaciones disponían de tratamiento de metformina. Ninguna de ellas tenía la capacidad para medir la hemoglobina glicada o la albuminuria, y solo el 30 % tenía disponibles glucómetros de manera permanente. Esto daba lugar a muchas derivaciones innecesarias para realizar pruebas de laboratorio o tratamientos para controlar mejor la diabetes mellitus de tipo 2 (Bellido-Zapata et al., 2018^[16]). Otro estudio muestra que al 34,1 % de una muestra de personas de bajos ingresos nunca le habían tomado la tensión arterial, que al 65,2 % nunca le habían analizado el colesterol sérico, y que al 75,6 % nunca le habían hecho un cribado de la diabetes (Flores, O., Bell, R., Reynolds, R., and Bernabé, A., 2018^[17]). Estas conclusiones sugieren que el cribado de la hipertensión y la diabetes puede reforzarse más en la atención primaria de salud, prestando más atención a las poblaciones desfavorecidas.

Estos hechos aportan sólidos argumentos para continuar reforzando la atención primaria de la salud en Perú, a fin de que pueda desempeñar todas sus funciones claves en relación con la salud pública, la prevención y la gestión de las patologías crónicas. Existe una clara necesidad de incrementar la capacidad de la atención primaria de salud para satisfacer mejor las necesidades sanitarias de la población mediante una capacitación especializada obligatoria. Si bien la especialidad de medicina de familia se imparte en 21 regiones, las pruebas muestran que esta capacitación no garantiza las competencias mínimas que los profesionales deberían obtener (Fraser, 2022^[18]). Esto demuestra que es necesario evaluar la calidad de la capacitación y velar por que el plan de estudios responda a las dificultades del país relacionadas con la salud pública (anemia, obesidad y malnutrición, por ejemplo) y las necesidades sanitarias de la población. Perú debería plantearse evaluar la calidad de los planes de estudios de las facultades de Medicina. De este modo, se elevará el nivel de la atención y se asegurará la seguridad de los pacientes, y aumentará la confianza de la población en los médicos. Otra opción que conviene sopesar es que el Programa Nacional de Formación en Salud Familiar y Comunitaria (PROFAM) se ofrezca en todas las facultades de Medicina y se convierta en un requisito obligatorio para poder ejercer en atención primaria.

A fin de modernizar y ampliar la capacidad de la atención primaria de salud, el modelo MCI también debería estar respaldado por una red pública adecuada de laboratorios, servicios de diagnóstico, servicios de emergencia y transporte. Una vez logrado esto, Perú podría fortalecer el sistema de derivación, de modo que los establecimientos de atención primaria de salud puedan controlar mejor y derivar a los pacientes a atención especializada. Esto ayudaría a alcanzar uno de los principales objetivos del sistema de salud peruano: asegurar la prestación más coordinada e integrada de servicios de atención de salud (véase también la sección relativa a la Red Integrada de Salud (RIS)).

La pandemia de COVID-19 aceleró el despliegue de la telesalud

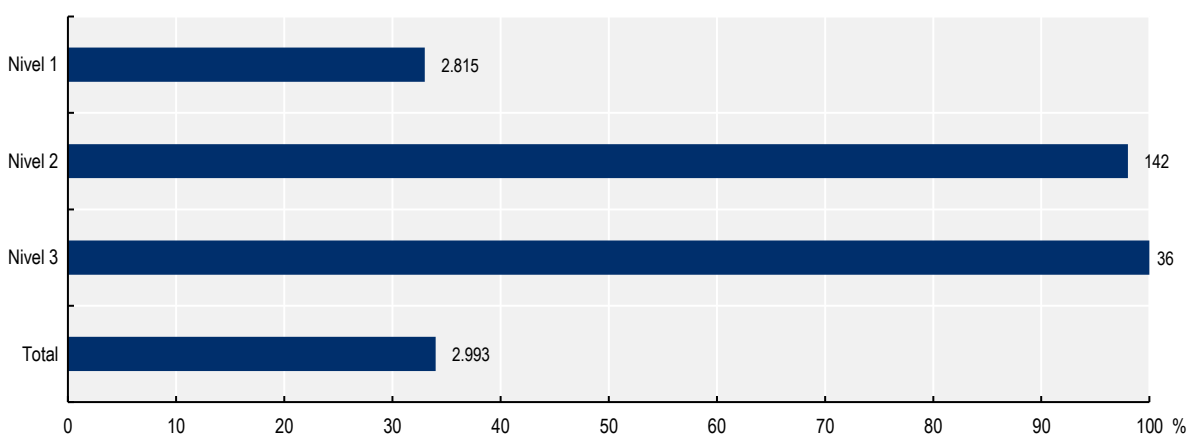
La pandemia de COVID-19 dio lugar a cambios significativos en la legislación nacional sobre telesalud. Antes de la pandemia de COVID-19, la telesalud se limitaba a interacciones entre profesionales sanitarios para ayudar a los establecimientos de salud de menor tamaño (como los establecimientos rurales de atención primaria de salud o los hospitales pequeños) proporcionándoles a distancia los conocimientos técnicos de hospitales o instituciones sanitarias de mayor envergadura. Las consultas virtuales entre médicos y pacientes no se reconocían como actos médicos, y los médicos no podían pautar tratamientos

de forma remota. En el marco del Plan Nacional de Telesalud 2020-2023, diversas normativas¹ dictaron la organización, el fortalecimiento y la sostenibilidad de la telesalud en Perú, con vistas a permitir su implementación y desarrollo, acercando así los servicios de salud especializados a la población peruana. Existen también normas complementarias relativas a la protección de los datos personales, el pago de los servicios de telesalud por parte de la Institución Administradora de Fondos de Aseguramiento en Salud del Estado Peruano (SIS) y la conectividad, las cuales impulsan el desarrollo seguro y sostenible de los servicios de telesalud. La Dirección General de Telesalud del MINSA es la responsable de actualizar las normativas vigentes.

Las redes de proveedores del MINSA y EsSalud han desarrollado una oferta centralizada de servicios de telesalud. A través del SIS, el MINSA ofrece cuatro servicios de telesalud por medio de su Red Nacional de Telesalud (RNT): teleorientación, teleconsulta, telemonitoreo y teleinformación. Estos servicios se definen en el Decreto Supremo núm. 005-2021-SA, con el que se aprobó la regulación de la Ley Marco de Telesalud. Con el objetivo de facilitar el acceso a la telesalud, el MINSA desarrolló en 2020 el sistema de información de salud Teleatiendo, que permite solicitar consultas en línea. La plataforma se creó en un principio para hacer un seguimiento de los pacientes con COVID-19, pero posteriormente se extendió a los pacientes con afecciones subyacentes, como la hipertensión, la diabetes, enfermedades cardiovasculares o el cáncer. La plataforma se encuentra en pleno desarrollo y en estos momentos la utilizan más de 1.000 establecimientos de salud (en su mayoría del primer nivel de atención). El sistema incluye firmas digitales, recetas electrónicas o facturación electrónica, por lo que mejora la eficiencia y el alcance de los servicios de atención de salud en todo Perú. Desde su implantación, la RNT ha proporcionado más de 35 millones de consultas de telesalud en todo el país y en ella se han generado más de 480.000 recetas electrónicas para los ciudadanos. A 2024, 2.993 establecimientos de salud utilizan la RNT para prestar los cuatro servicios. Mientras que casi la totalidad de las IPRESS del segundo y el tercer nivel de atención participan plenamente en la RNT, la adherencia ha sido más lenta en el primer nivel (34 %) (Gráfico 3.11).

Entre 2022 y 2024, el Ministerio de Salud proporcionará equipamiento a 678 centros de atención primaria de salud para que sigan implantando la telesalud como parte de los Proyectos de Inversiones de Optimización, de Ampliación Marginal, de Rehabilitación y de Reposición.

Gráfico 3.11. Participación de establecimientos de IPRESS en la Red Nacional de Telesalud, por nivel de atención



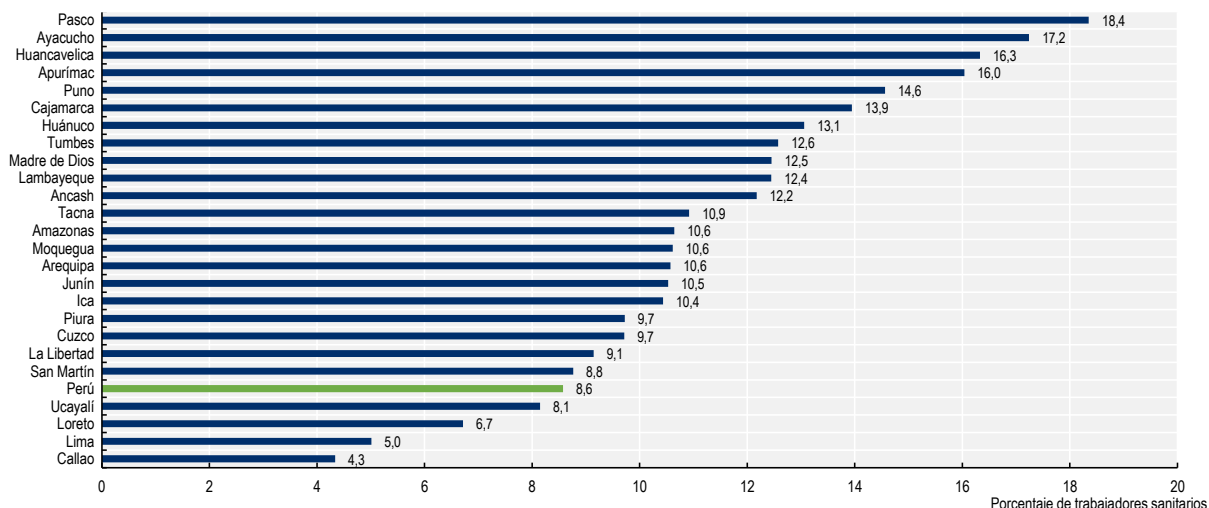
Fuente: Dirección General de Telesalud, Referencia y Urgencias (DIGTEL), y respuestas de Perú al cuestionario sobre la política de salud para el examen de la adhesión de 2023.

En la red de EsSalud, la telesalud empezó a utilizarse en 2014, cuando se creó el Centro Nacional de Telemedicina (CENATE). En 2024, el 70,3 % de los proveedores de atención de salud de EsSalud forman parte de la Red Nacional TeleEsSalud, y el objetivo es llegar al 100 % en el mismo año. A marzo de 2024, se han llevado a cabo más de 200.000 teleconsultas en todo el país en el marco de la red de EsSalud.

Entre 2020 y 2023, la Dirección General de Telesalud, en asociación con la Escuela Nacional de Salud Pública (ENSAP), certificó a alrededor de 35.600 profesionales sanitarios en materia de telesalud a través de diversos cursos y títulos. En 2022, 14.975 profesionales sanitarios participaron en cursos sobre telesalud. A pesar de este hito, tan solo el 9 % de todos los trabajadores de la salud están capacitados en telesalud, y existen fuertes disparidades regionales (Gráfico 3.12). Pasco y Ayacucho cuentan con el mayor porcentaje de trabajadores de la salud capacitados en materia de telesalud (18,4 % y 17,2 %, respectivamente), mientras que Lima (5 %) y Callao (4,3 %) presentan los menores porcentajes. Esto puede atribuirse en parte al curso “Telesalud en el primer nivel de atención para serumistas”, que se centra en los profesionales que trabajan en las zonas remotas y que representó el 49,8 % del total de capacitaciones en salud entre 2020 y 2023.

Estos avances se han traducido en la rápida adopción de los servicios de telesalud. Aunque tuvieron lugar durante la pandemia de COVID-19, y la reapertura de los establecimientos de salud prácticamente ha revertido la tendencia, sentaron las bases para posteriores iniciativas encaminadas a ampliar el acceso a la atención. Perú debe sacar partido al uso de la telesalud y aprovechar sus beneficios como nuevo modelo de prestación de atención de salud. Uno de los principales retos a los que se enfrentará será mejorar la cobertura de las zonas rurales y remotas, donde el uso de la telesalud ha ido muy rezagado en comparación con los grandes núcleos urbanos (Gráfico 3.13). Aproximadamente el 15 % de la población de Perú no tiene acceso a internet en su casa, con grandes diferencias entre las zonas urbanas (11 %) y rurales (34 %). Esto significa que buena parte de la población de las zonas rurales carece de las herramientas y competencias tecnológicas básicas necesarias para realizar una teleconsulta. La conectividad a internet en las zonas rurales debería ser un asunto prioritario en Perú. El proyecto de Red Multisalto WiLD ha conseguido con éxito proporcionar servicios de 3G a ocho aldeas en la región de Amazonas (Alvarez-Risco, Del-Aguila-Arcenales and Yanez, 2021^[19]), y gracias a él 15 centros de atención primaria de salud pudieron conectarse al Hospital Regional de Loreto. Debería llevarse a cabo un proyecto similar para implementar programas de telesalud en zonas remotas, en particular en la Amazonia y los Andes, a fin de que los especialistas puedan llegar a pacientes de todo el país. Este sería un paso clave para cerrar la brecha digital y fomentar los servicios de telesalud en todo Perú, promoviendo así la transformación digital del sistema de salud.

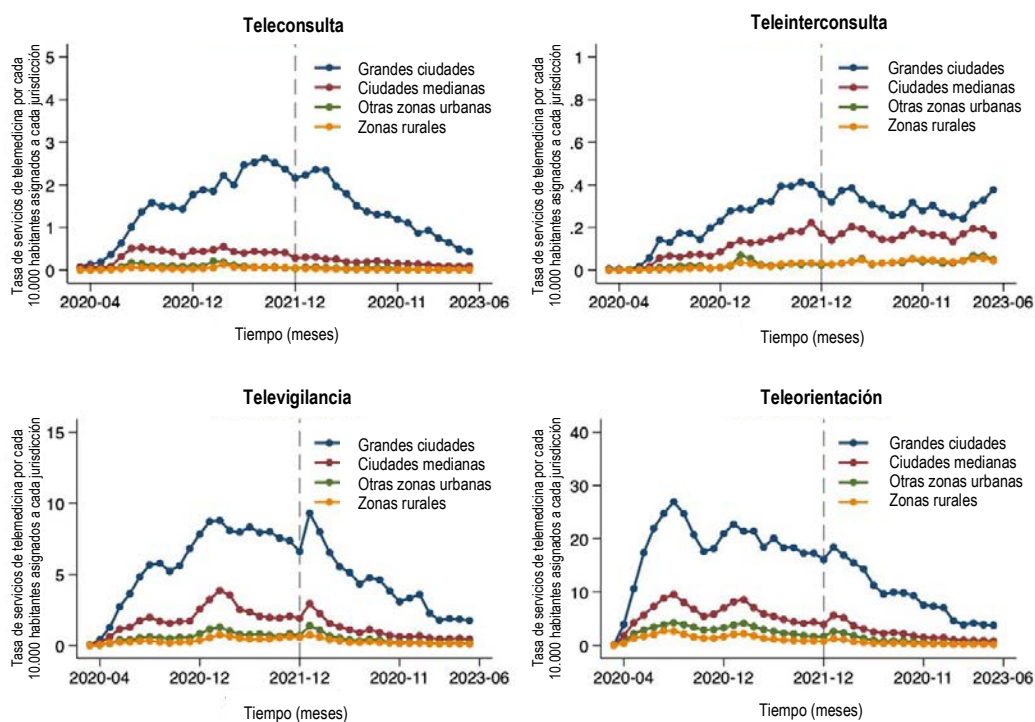
Gráfico 3.12. Porcentaje de trabajadores de la salud con capacitación en materia de telesalud, por región



Nota: Se considera capacitados a los trabajadores humanos certificados en cursos de telesalud en el período 2020-2023.

Fuente: Base de datos de la Escuela Nacional de Salud Pública (ENSAP), Información de recursos humanos del sector salud, Perú 2021.

Gráfico 3.13. Uso de la telesalud en función de la ubicación geográfica en Perú, 2020-23



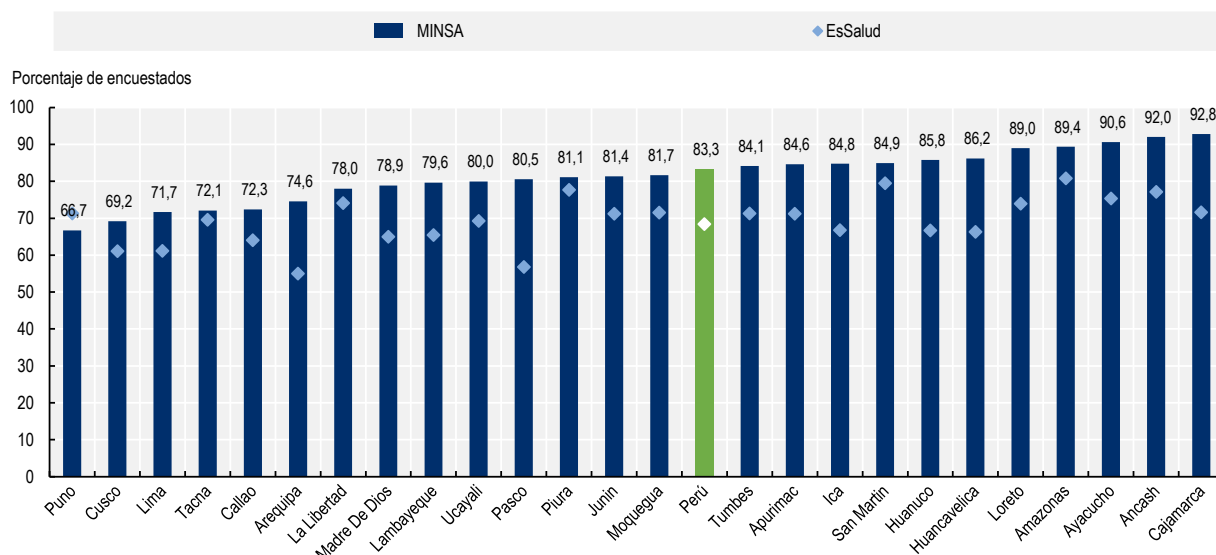
Fuente: Respuestas de Perú al cuestionario sobre la política de salud para el examen de la adhesión.

Mejorar la calidad de la atención

Los indicadores relativos a la calidad de la atención sugieren que hay margen para mejorar la calidad de la atención que brinda el sistema de salud peruano

Según datos correspondientes a 2022 de la encuesta ENAHO, el 83,3 % de las personas tratadas en un establecimiento de salud del MINSA en los 12 meses anteriores afirmaron haber recibido un servicio “bueno o muy bueno” (Gráfico 3.14). Las regiones donde se declaró un mayor porcentaje de satisfacción fueron Cajamarca (92,8 %), Ancash (92,0 %) y Ayacucho (90,6 %). En cambio, Puno (66,7 %), Cuzco (69,2 %) y Lima (71,7 %) indicaron los menores porcentajes de satisfacción con el servicio de salud recibido. En el caso de EsSalud, el porcentaje de personas encuestadas que calificó la atención recibida como “buena o muy buena” fue inferior, concretamente del 68,4 %. Así fue en todas las regiones, salvo Puno. La menor satisfacción de los usuarios de EsSalud probablemente se deba a los mayores tiempos de espera (véase el Cuadro 3.1).

Gráfico 3.14. Porcentaje de los usuarios que calificaron la calidad de la atención recibida en establecimientos de salud del MINSA y EsSalud como “buena o muy buena”, 2022

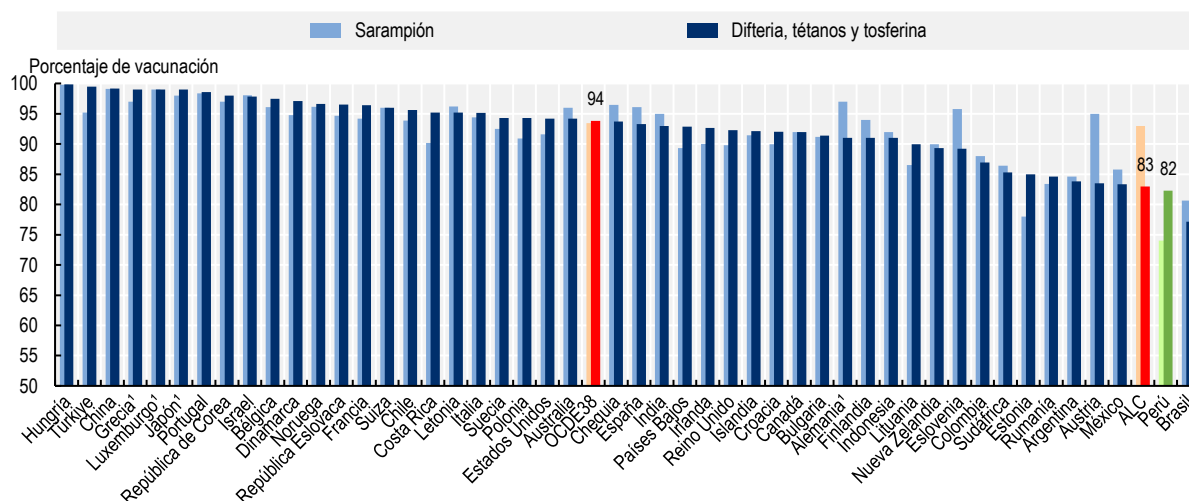


Fuente: Elaborado por los autores a partir de la Encuesta Nacional de Hogares (ENAHO) sobre las condiciones de vida y la pobreza, 2022.

Otros parámetros fundamentales, como el descenso de las tasas de vacunación, son indicativas de que hay margen para mejorar la atención. Los programas de vacunación infantil son una de las intervenciones de política de salud más efectivas y rentables para controlar las enfermedades transmisibles. Perú estableció un programa integral de vacunación para su población: el programa de inmunización nacional incluye 18 tipos de vacuna, mientras que otros países de la región normalmente ofrecen 13 (PAHO, 2022^[20]). Sin embargo, Perú no cumple la recomendación de la OMS de tener una cobertura de vacunación del 90 % para proteger de manera efectiva a su población frente a enfermedades como la difteria, el tétanos y la tosferina. En 2022, únicamente el 82 % de los niños recibieron la vacuna contra la difteria, el tétanos y la tosferina con 1 año (Gráfico 3.15). Este porcentaje es un 11 % inferior a la media de los países de la OCDE, del 93 %, pero se encuentra por encima de la media de América Latina y el Caribe, del 81 %. Las tasas de vacunación contra el sarampión de Perú tampoco cumplen las recomendaciones de la OMS para prevenir la propagación de esta enfermedad (95 %). En Perú, la tasa de vacunación contra el sarampión fue del 74 % en 2022, por debajo de la media de América Latina y el Caribe (83 %) y de la OCDE (93 %).

También se observa una tendencia preocupante en el cambio en la cobertura vacunal que se ha producido en los últimos dos decenios. El porcentaje de niños vacunados contra el sarampión, la contra la difteria, el tétanos y la tosferina, y la polio ha bajado drásticamente en Perú. Por ejemplo, la cobertura de inmunización contra el sarampión de los niños de un año disminuyó un 25 % entre 2000 (97 %) y 2022 (72 %).

Gráfico 3.15. Las tasas de vacunación contra el sarampión y la difteria, el tétanos y la tosferina de las más bajas de la OCDE, 2022



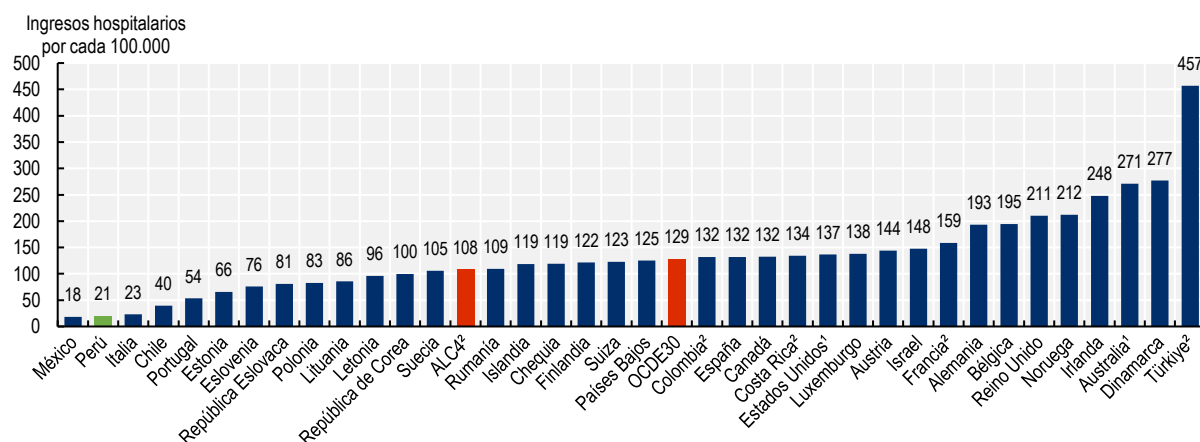
1. Estimaciones de la OMS/UNICEF.

Nota: La media de América Latina y el Caribe se ha extraído de OMS/UNICEF.

Fuente: OMS/UNICEF.

Como se ha mencionado en la sección 1, Perú también tenía una tasa de mortalidad tratable (98 por cada 100.000 habitantes) un 23 % superior a la media de la OCDE (79 por cada 100.000 habitantes) en 2021. Esto sugiere que es necesario mejorar la calidad de la atención, incluidos la prevención secundaria y los tratamientos, para reducir la mortalidad tratable. Al mismo tiempo, Perú declaró una de las menores tasas de ingresos evitables por asma y EPOC de la OCDE en 2022 (20,7 por cada 100.000 habitantes, frente a los 129 de la OCDE) (Gráfico 3.16). Si bien las bajas tasas de ingresos evitables por EPOC y asma normalmente sugieren que las personas que padecen estas enfermedades crónicas reciben una atención de calidad, también pueden reflejar que la población peruana tiene problemas para acceder a la atención que dan lugar a una infrautilización de los recursos hospitalarios, o dificultades para la comunicación de datos.

Gráfico 3.16. Ingresos hospitalarios de adultos por asma y enfermedad pulmonar obstructiva crónica, 2021



1. Datos relativos a 2020. 2. Datos relativos a 2019.

Nota: Los datos de Perú corresponden a 2022.

Fuente: Estadísticas de Salud de la OCDE de 2023, e información facilitada por Perú en el cuestionario sobre la calidad de la atención de salud y los resultados de la atención de 2024.

Perú tiene la determinación de garantizar la seguridad de los pacientes y la calidad de la atención, pero la gobernanza de la calidad es limitada a nivel del sistema

En Perú, el Sistema de Gestión de la Calidad en Salud (Resolución Ministerial núm. 519-2006/MINSA) define estándares de atención para los proveedores de servicios de salud a nivel nacional, regional y local. En Perú, la Unidad Funcional de Gestión de la Calidad en Salud (UFGCS), que depende del MINSA, se estableció mediante la Resolución Ministerial núm. 896-2017/MINSA con el fin de diseñar y organizar el sistema de gestión de la calidad y definir indicadores y estándares de calidad de la atención. En consecuencia, cada establecimiento de salud debería disponer de unidades organizativas con equipos técnicos que desarrollen procesos de gestión de la calidad de la salud regulados por el MINSA. El Sistema de Gestión de la Calidad en Salud está diseñado con el fin de mejorar la calidad y la seguridad de los servicios de salud, velando por que cumplan los estándares de calidad establecidos y respondan a las necesidades de la población. La evaluación de la satisfacción de los usuarios, la implantación de rondas de seguridad del paciente, la notificación de eventos adversos o el control de la higiene de manos en la atención de salud son procesos que, en teoría, los establecimientos de salud deberían implementar (Recuadro 3.1).

Recuadro 3.1. Procesos definidos en el marco del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud de Perú

El Sistema de Gestión de la Calidad en Salud de Perú demuestra el compromiso del país con la seguridad de los pacientes y la calidad de la atención. Este sistema está en consonancia con los estándares internacionales de calidad de la salud para mejorar la satisfacción de los pacientes, los resultados sanitarios y el desempeño general del sistema:

- Evaluación de la satisfacción de los usuarios externos de los establecimientos de salud y los servicios de asistencia médica.
- Auditorías de calidad de la atención de salud (*RM núm. 502-2016/MINSA, NTS 029-V.2 Norma Técnica de Salud de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud*).
- Registro, notificación y análisis de sucesos adversos de salud (*RM núm. 727-2009/MINSA Documento técnico "Política Nacional de Calidad en Salud"*).
- Aplicación de listas de verificación de la seguridad de la cirugía (*RM núm. 1021-2010/MINSA, "Guía Técnica de Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía"*).
- Seguimiento y evaluación de la técnica correcta y cinco momentos para mantener la higiene de manos en la atención de salud (*RM núm. 255-2016/MINSA, "Guía Técnica para la Implementación del Proceso de Higiene de Manos en los Establecimientos de Salud"*).
- Rondas de seguridad de los pacientes (*RM núm. 163-2020-MINSA, Directiva Sanitaria núm. 92-MINSA/2020/DGAIN, "Directiva Sanitaria de Rondas de Seguridad del Paciente para la gestión del riesgo en la atención de salud"*).
- Acreditación de establecimientos (*RM núm. 456-2007/MINSA, NTS núm. 050-MINSA/DGSP-V.02 "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo"*).
- Elaboración y ejecución de proyectos para la mejora continua de la calidad de la atención de salud (*RM núm. 095-2012/MINSA, Guía técnica "Guía para la Elaboración de Proyectos de Mejora y la Aplicación de Técnicas y Herramientas para la Gestión de la Calidad"*).

Fuente: Respuestas de Perú al cuestionario sobre la política de salud para el examen de la adhesión.

Si bien el Sistema de Gestión de la Calidad en Salud constituye un principio clave para garantizar que toda la ciudadanía tenga acceso a servicios de salud de calidad, se desconoce en qué medida se llevan a cabo estas actividades. Por ejemplo, no existe información sobre las auditorías de calidad de la atención de salud, la aplicación de las listas de verificación de la seguridad de la cirugía o el uso efectivo de las guías técnicas, ni sobre el seguimiento estandarizado de estas actividades. Los establecimientos de salud llevan a cabo esporádicamente iniciativas de calidad cuyo seguimiento depende de la capacidad regional o local para asumir los mecanismos de aseguramiento de la calidad. Además, la realización de estas actividades varía de unos subsistemas a otros.

A nivel del sistema, la UFGCS del Ministerio de Salud evalúa periódicamente a los institutos, las DIRIS, las Direcciones Generales, los sistemas sanitarios del ejército y la policía, y EsSalud, analizando si cumplen o no los indicadores definidos en el marco del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud. La UFGCS, por ejemplo, vigila los indicadores de seguridad de los pacientes, incluidas las infecciones asociadas a la atención de salud, por medio de la Norma Técnica núm. 163-MINSA/2020/CDC. Todas las IPRESS tienen la obligación de notificar las infecciones asociadas a la atención de salud con fines de vigilancia y seguimiento (MINSA, 2021^[21]). La encuesta hospitalaria sobre la cultura de seguridad de los pacientes de la OCDE recabó datos de 17 centros en Perú entre 2021 y 2022. Los resultados muestran

que, de media, Perú obtiene puntuaciones similares a las de otros países de la OCDE, con puntuaciones más altas en los apartados de aprendizaje organizativo, comunicación de eventos de seguridad de los pacientes y apoyo a la gestión hospitalaria para la seguridad de los pacientes, y puntuaciones más bajas en los apartados de dotación de personal y lugar de trabajo, y respuesta frente a errores.

Asimismo, el MINSA cuenta con un modelo de “acreditación” que constituye, más bien, un proceso de evaluación para que los establecimientos de salud evalúen si cumplen las normativas del MINSA. La acreditación se centra en el cumplimiento de unos estándares mínimos de disponibilidad de servicios (como registrar la infraestructura, el equipamiento y las reservas de fármacos en el sistema de información), y conlleva sanciones, en lugar de premiar y apoyar las iniciativas de mejora. Al contrario que el programa nacional de acreditación para hospitales de todo el país, este modelo de evaluación no fomenta un ciclo de mejora de la calidad.

Existen varios buenos ejemplos a nivel local, como el Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja, una asociación público-privada. Se trata de un centro hospitalario pediátrico, quirúrgico y especializado de alta complejidad que cuenta con un mecanismo de aseguramiento de la calidad consolidado, el cual incluye una lista de verificación de la seguridad de la cirugía, campañas para fomentar el lavado de manos y sesiones de capacitación para los profesionales sanitarios (Recuadro 3.2). El Instituto Nacional de Salud del Niño también proporciona apoyo a otras regiones capacitando a trabajadores de la salud de zonas remotas cuando existen necesidades específicas. En 2023, por ejemplo, se organizaron 54 capacitaciones en zonas remotas.

Recuadro 3.2. Estrategias del Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja para fomentar una atención de calidad

El Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja (INSNSB) es un centro hospitalario pediátrico, quirúrgico y especializado de alta complejidad. El hospital lleva activo nueve años en los que ha recibido a niños y adolescentes procedentes de otros hospitales del país, y cuenta con trabajadores administrativos y personal sanitario. También lleva a cabo labores docentes y de investigación a nivel nacional.

En 2019, el INSNSB se convirtió en la primera institución “acreditada” del Ministerio de Salud, gracias al esfuerzo conjunto del personal sanitario y administrativo y del equipo de evaluación interna de la institución. Como parte del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud del MINSA, el Instituto ha llevado a cabo las siguientes iniciativas en materia de calidad:

- implementación de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía,
- auditorías relativas a la calidad de la atención,
- mecanismos para el registro, la notificación y el análisis de incidentes sanitarios y sucesos adversos,
- proceso de higiene de manos en el Instituto,
- rondas de seguridad de los pacientes, e implementación de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía de la OMS,
- evaluación de la satisfacción de los usuarios externos.

En términos generales, el Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja (INSNSB) ha logrado el mayor porcentaje de cumplimiento de estos criterios en los últimos años, lo que demuestra su compromiso con la calidad y la mejora continua. El Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja fue el primer establecimiento del Ministerio de Salud acreditado en el año 2019, y se espera que renueve su acreditación en 2024.

Fuente: Entrevistas con las autoridades nacionales y respuestas de Perú al cuestionario sobre la política de salud para el examen de la adhesión.

Perú tendría que fortalecer su aseguramiento de la calidad nacional para cubrir a todos los proveedores de servicios y a todos los subsistemas desarrollando una estrategia de aseguramiento de la calidad para todo el país. Se necesitarían funciones esenciales centralizadas en torno a los mecanismos de aseguramiento de la calidad con una mayor función rectora sobre las actividades locales y regionales. Esto ayudará a adoptar un enfoque más coherente y ambicioso respecto del aseguramiento de la calidad. SUSALUD podría ejercer una mayor función de vigilancia del nivel central estableciendo un marco de estándares de calidad nacionales homogeneizador que se aplicaría a todos los subregímenes, y supervisando el cumplimiento de las actividades de calidad (en lugar de las normativas de la MINSA). Además, la implantación progresiva de una acreditación voluntaria para los hospitales sería una estrategia clave para promover la calidad de la atención hospitalaria. En última instancia, SUSALUD podría reforzar su papel en la elaboración de resúmenes de la práctica y el desempeño actuales a nivel nacional, teniendo en cuenta los estándares nacionales de desempeño y las obligaciones de notificación del desempeño. Por ahora, el nivel central no lleva a cabo de manera constante y periódica ninguna de estas funciones.

Perú debe fortalecer su infraestructura de datos para recabar datos sobre la calidad y los resultados de manera exhaustiva

Perú tiene potencial para mejorar su infraestructura de datos, en particular en lo que respecta a la recopilación de información exhaustiva sobre el desempeño del sistema de salud, lo que incluye datos sobre la calidad y los resultados. Como ya se ha mencionado, en Perú la información de salud no está estandarizada entre los distintos subsistemas, y resulta difícil vincular los datos sanitarios personales entre los diversos establecimientos de salud. En consecuencia, resulta difícil medir de forma exhaustiva la calidad de la atención o los resultados a escala nacional, a fin de comparar correctamente a los distintos proveedores y hacer un seguimiento de los protocolos asistenciales para evaluar la calidad y eficacia de la atención. Perú se encuentra inmerso en la creación de un marco nacional de datos de salud unificado (REUNIS) que le permitirá comunicar un conjunto básico de información sobre la calidad de la atención y los resultados a escala nacional entre todos los subsistemas. Se trata de un magnífico avance que requerirá la interoperabilidad entre todos los subsistemas, el uso de las Historias Clínicas Electrónicas, y la notificación estandarizada y obligatoria de indicadores relativos a todos los subsistemas.

Además, la información de salud que se comunica actualmente al MINSA se centra fundamentalmente en la salud materna e infantil, la salud pública y las enfermedades infecciosas, y se refiere a actividades o insumos. No obstante, cada vez es más necesario ampliar los datos epidemiológicos que se recopilan para incluir un abanico más amplio de enfermedades no transmisibles, cuya prevalencia va en aumento, como la gestión de las patologías crónicas (diabetes, insuficiencias cardíacas), la coordinación de la atención, y las mediciones de la experiencia de los pacientes y los resultados. Mientras trata de modernizar la atención primaria de salud con el desarrollo del MCI y redes de atención integrada, en última instancia Perú debe velar por que las reformas en curso no tengan un impacto negativo en los resultados de la atención ni agraven las desigualdades sanitarias. Asimismo, en los hospitales deberían recopilarse datos sobre la calidad y los resultados de la atención hospitalaria y ponerse a disposición de la población y los proveedores. Esto ayudaría a la población a adoptar decisiones fundamentadas, fomentaría la confianza de los ciudadanos en el sistema público, facilitaría los análisis comparativos entre pares e impulsaría la mejora en la calidad de la atención.

Por otra parte, Perú debería armonizar su notificación de los indicadores relativos a la salud y la calidad de la atención de salud con los recomendados por la OCDE como parte de sus marcos de Estadísticas de Salud, actividades de atención sanitaria e indicadores de calidad y resultados de la atención de salud. Aunque Perú presentó datos para responder a estos cuestionarios de la OCDE, debe redoblar sus esfuerzos para garantizar la validez y la comparabilidad de los datos de acuerdo con los estándares de la OCDE. Por el momento, muchos de los indicadores sobre los que se ha presentado información no cubren todo el sistema de atención de salud, lo que dificulta realizar comparaciones internacionales. Así ocurre,

por ejemplo, con muchos de los indicadores de actividades de atención de salud sobre los que se ha presentado información, que únicamente cubren los establecimientos bajo la autoridad del Ministerio de Salud y los gobiernos regionales. Las bajas tasas de ingresos evitables por asma y EPOC pueden reflejar, además de problemas para acceder a la atención, dificultades para registrar y supervisar las actividades hospitalarias en todos los subsistemas. Otra cuestión clave tiene que ver con la calidad de los datos. Mientras que la mayoría de los países se basan en estadísticas demográficas que obtienen de tablas de supervivencia para informar sobre la esperanza de vida al nacer, Perú utiliza datos de encuestas en bloques de cinco años, que constituyen una fuente de información menos válida y fiable y limitan el análisis de las perturbaciones del sistema de salud, como los efectos de la pandemia de COVID-19.

Al mejorar la calidad y la cobertura de los datos, se podrán realizar análisis comparativos internacionales y se obtendrá una visión valiosa de la variación en el desempeño entre diferentes regiones y subsistemas. Esta armonización, además de ser beneficiosa para Perú, proporcionaría datos útiles a la comunidad internacional, sobre todo a medida que Perú avance hacia el logro de la cobertura sanitaria universal.

Los nuevos sistemas de pago de los establecimientos regionales y del MINSA prometen estandarizar la atención y mejorar la calidad

La red del MINSA instauró una política nacional unificada de remuneración para los proveedores de atención de salud y hospitalarios del primer nivel. Esta remuneración tiene dos componentes principales: i) el pago básico y ii) componentes adicionales, como los sistemas de pago por servicios prestados y el pago por conjunto de servicios. Los mecanismos de pago varían en función del nivel de complejidad de los establecimientos de atención de salud.

En el caso de los establecimientos de atención de salud del primer nivel (I-1 y I-2), desde 2013 se aplica un componente de capitación ponderada como mecanismo básico, según se define en la Resolución Ministerial núm. 446-2021-MINSA. La fórmula de capitación distribuye los recursos en función de las necesidades teniendo en cuenta la situación socioeconómica (nivel de pobreza y vulnerabilidad social), demográfica (densidad de población), geográfica (ruralidad) y de salud (ajuste por discapacidad). Este modelo ayuda a garantizar que las regiones y los municipios con más población y necesidades sociales debido a situaciones socioeconómicas menos favorables o a unos niveles más altos de discapacidad reciban el financiamiento que necesitan para proporcionar atención. El modelo de capitación ponderada, cuyo objetivo es fomentar la gestión de la salud de la población y una atención más proactiva basada en las necesidades sanitarias de los ciudadanos, está en consonancia con las políticas sobre esta materia de muchos países de la OCDE, como Chile o Portugal. Sin embargo, a los establecimientos de atención de salud de primer nivel de las categorías I-3 y I-4 se les siguen reembolsando los pagos básicos con un sistema de pago por servicios prestados, lo que pone de manifiesto un aspecto en el que la política podría evolucionar hacia la capitación en todos los establecimientos de atención primaria. A fin de incentivar mejor la gestión proactiva de la salud de la población, también se recomienda asignar pagos por capitación a los establecimientos de salud, en lugar de a los gobiernos regionales (que tienen autonomía para decidir la asignación financiera a los establecimientos de salud). Además, el pago básico (antes de hacer ajustes) se basa en un estudio actuarial que el SIS publicó en 2015 usando datos de 2012. Las necesidades sanitarias de la población han evolucionado en los últimos diez años, y convendría realizar un nuevo estudio actuarial para garantizar que los recursos se basen en las actuales necesidades sanitarias de la población.

En 2024, el SIS ha innovado al introducir pagos que forman parte del componente adicional. En el caso de los establecimientos de la categoría I-1 a I-4, esto incluye un pago por paquete quirúrgico para el parto (también por cesárea). El componente adicional también incluye pagos complementarios por servicios especializados ambulatorios, como consultas con especialistas, servicios de rehabilitación para la diabetes, la hipertensión y nefropatías crónicas, el parto vaginal y la atención de la salud mental.

Además, los establecimientos de las categorías I-3 y I-4 deben alcanzar ciertos indicadores de procesos para conseguir los componentes adicionales. Estos pagos complementarios, que también se usan en otros países de la OCDE (OECD, 2020^[22]), incluyen:

- Dos consultas médicas para el seguimiento y el control de los pacientes con hipertensión.
- El 30 % de los pacientes con hipertensión han alcanzado el objetivo terapéutico.
- El 50 % de los pacientes con diabetes han sido sometidos a cribados para determinar la función renal.
- El 95 % de los pacientes con diabetes se les ha analizado la hemoglobina glicosada.

Los hospitales de los niveles II y III siguen recibiendo reembolsos mediante un sistema de pago por servicios prestados para los pagos básicos, y ofrecen un paquete de servicios quirúrgicos por un importe adicional. Este paquete incluye la cesárea, el tratamiento extracapsular y la facoemulsificación de la catarata, la reparación convencional de hernia inguinal en pacientes adultos, y la colecistectomía convencional y por laparoscopia en pacientes adultos. El pago cubre el suministro de medicamentos y dispositivos médicos, y al personal sanitario le paga el Ministerio de Economía y Finanzas con las partidas presupuestarias regionales.

Los cambios que se están acometiendo en la atención primaria de la salud y la atención hospitalaria constituyen avances positivos hacia premiar la calidad de la atención. La experiencia internacional demuestra que el pago por capitación ayuda a priorizar la prevención, mientras que el pago por un paquete de servicios ayuda a estandarizar la atención. Por su parte, los pagos por suplementos fomentan conductas y actividades deseables para la gestión de enfermedades crónicas (OECD, 2020^[22]).

El desarrollo de una red de atención integrada de la salud recibe una gran atención en Perú, pero la fragmentación del sistema de salud lo obstaculiza

Perú empezó a implementar Redes Integradas de Salud (RIS) en 2018 como parte de sus esfuerzos encaminados a reformar el sistema de atención de salud para ofrecer una atención integral, continua y coordinada a la población. Con la creación de las Redes Integradas de Salud se pretende mejorar el acceso a la atención primaria de salud y promover la colaboración entre los distintos niveles de atención y proveedores (Recuadro 3.3). El modelo organizativo se caracteriza por la delimitación de la población y el territorio en unidades territoriales de salud.

La normativa aprobada con la Ley núm. 30.885 encomendó a la autoridad sanitaria regional y la autoridad sanitaria del área metropolitana de Lima la función de vigilar, supervisar y evaluar las RIS (DS núm. 019-2020-SA, 2020). Con el apoyo del proyecto del Banco Internacional de Desarrollo y del Banco Mundial sobre la implantación de la red integrada de salud (Videnza, 2021^[23]), las redes de Perú tienen las siguientes características fundamentales:

- Se basan en una delimitación territorial y demográfica. El objetivo es fomentar la gestión de la salud de la población de una zona geográfica acotada teniendo en cuenta los determinantes locales de la salud y con el fin de reducir las desigualdades sanitarias.
- Se asigna a los pacientes un equipo sanitario multidisciplinar con una función coordinadora para que les proporcione una cartera de servicios de salud iniciales que incluye intervenciones de salud individual y de salud pública.
- La integración de todos los niveles de atención, desde los centros de atención primaria hasta hospitales especializados y terciarios. Este enfoque se ha concebido para facilitar el sistema de derivación y contraderivación, velando por que los pacientes reciban el nivel adecuado de atención en el momento oportuno y en el entorno más conveniente. Los servicios de atención de salud son complementarios, y hacen turnos de 12 a 24 horas para garantizar la continuidad de la atención.

- Se prestan una gran variedad de servicios de salud, como servicios de salud pública, promoción, prevención, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos, y se abordan los determinantes sociales de la salud.

Según el MINSA, en 2024 hay 155 RIS, de las cuales 26 se encuentran en el área metropolitana de Lima y las 129 restantes, en las 25 regiones. Asimismo, se han creado 66 equipos de gestión encargados de llevar a cabo la supervisión y de organizar la prestación de servicios de salud pública, así como los flujos de derivación y contraderivación de los equipos multidisciplinarios a los hospitales y los institutos especializados. Los equipos de gestión han completado una formación específica para gestionar las RIS, la cual se preparó en coordinación con el Banco Mundial, el Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento, la Fundación San Marcos y la Universidad Santo Tomás (Chile). Además, a partir de 2020, en coordinación con la ENSAP, se desarrollaron programas de capacitación relacionados con la implantación de las RIS y dirigidos al personal sanitario de todas las DIRESA, GERESA y DIRIS, de la Administración Central del MINSA y los organismos adscritos, y de todos los fondos de seguro de salud.

Aunque inicialmente la RIS organiza la prestación de servicios en los establecimientos de salud del MINSA y los gobiernos regionales, el objetivo general a largo plazo es integrar otras IPRESS públicas, privadas y mixtas en la RIS existente, de modo que el sistema de salud estará más unificado.

No obstante, se han indicado varios desafíos que obstaculizan la implementación de redes de atención integrada de la salud (Videnza, 2021^[23]; Parra Moscoso, 2017^[24]), tales como la escasez de personal sanitario y equipo tecnológico, la limitada interoperabilidad de los sistemas de información y la falta de directrices organizativas, que impiden tener un sistema adecuado de derivaciones y contraderivaciones. En términos generales, la fragmentación del sistema de salud ha dado lugar a diferencias en la gestión logística de cada subsistema, las cuales imposibilitan obtener las ventajas de un sistema integrado, como las economías de escala en las adquisiciones. Además, en algunos establecimientos el sistema de pago es prospectivo y se basa en el recuento per cápita y en el conjunto de servicios para el parto por cesárea. Sin embargo, existen otros mecanismos de pago que incentivan que los proveedores de distintos niveles de atención colaboren de forma efectiva. Los pagos complementarios por la coordinación entre diversos niveles de atención y los pagos combinados por patologías crónicas son pagos adicionales que Perú se podría plantearse introducir progresivamente con miras a fomentar la implantación de la atención integrada. Las pruebas obtenidas en los distintos países de la OCDE muestran que los pagos combinados han sido eficaces para contener el incremento de los costos, mejorar la calidad de la atención, lograr una mayor satisfacción de los pacientes y conseguir una mejor adherencia a la medicación y los protocolos de tratamiento (OECD, 2020^[22]).

Recuadro 3.3. Organización de la Red Integrada de Salud en Villa El Salvador

La RIS Villa El Salvador (RIS VES), en la provincia de Lima, es una de las 20 RIS que se prevé implantar en Perú en los próximos años. La RIS VES, que inició su actividad en 2023, asigna a los pacientes con determinadas patologías (diabetes mellitus, depresión, cáncer de cuello uterino y de mama, hipertensión arterial y mujeres embarazadas) a determinados centros de atención primaria de la salud. El objetivo general es realizar intervenciones de promoción de la salud y prevención con puntualidad, así como organizar la derivación oportuna a atención especializada en el Hospital de Emergencias Villa El Salvador cuando sea médicamente necesario.

Se han impartido programas de capacitación a los equipos sanitarios multidisciplinares, a fin de ayudarlos a ofrecer una atención integral a este tipo de patologías subyacentes. Asimismo, se han reforzado los servicios de laboratorio clínico y patología de la red de salud, con el respaldo de un único sistema de información. Se espera aumentar el acceso puntual a una atención y unos servicios adecuados, y mejorar la continuidad de la atención y la disponibilidad de servicios de apoyo médico.

Fuente: Dirección General de Aseguramiento e Intercambio Prestacional (DGAIN).

La Ley Nacional del Cáncer representa un importante paso hacia la mejora de la atención oncológica, pero la insuficiente tecnología médica y las bajas tasas de cribado continúan siendo un problema

El cáncer es un problema de salud pública cada vez mayor en Perú, al igual que en la mayoría de los países de la OCDE. Quitando el COVID-19, es la segunda causa de mortalidad, pues fue el causante del 12,3 % del total de fallecimientos en 2021, después de las enfermedades cardiovasculares (que provocaron el 16 % de los fallecimientos en dicho año). Según las previsiones de un modelo de simulación previo, en 2030 el número de nuevos casos de cáncer será un 72 % superior que en 2012 (Carrillo-Larco et al., 2022^[1]).

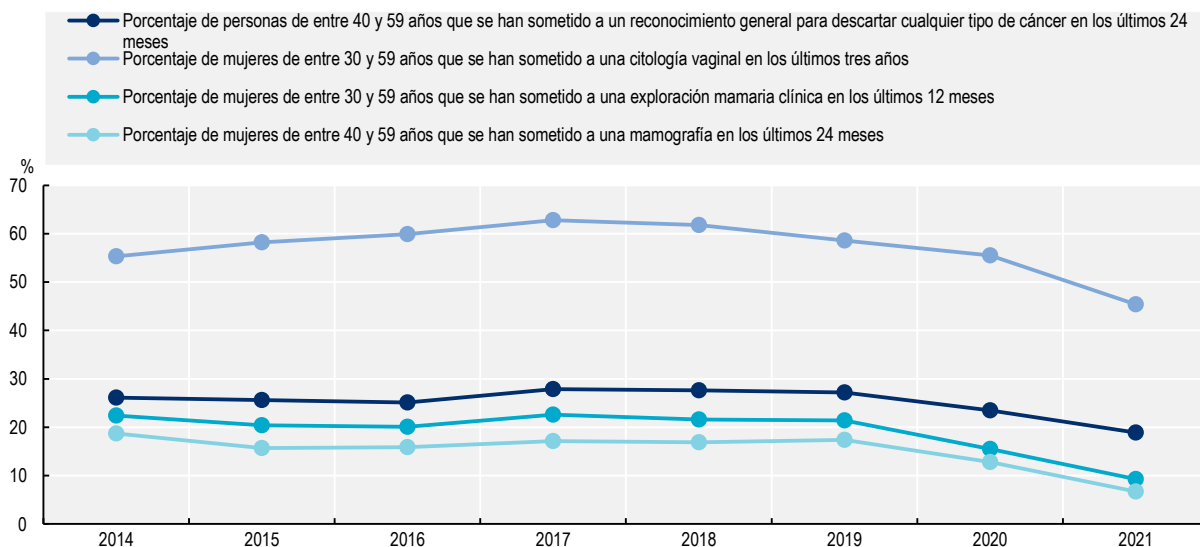
En 2013, Perú adoptó medidas para mejorar la calidad y la accesibilidad de la atención oncológica mediante la aplicación del plan nacional para el control del cáncer, conocido como Plan Esperanza. A raíz de esta iniciativa se crearon un Registro Nacional del Cáncer y un Observatorio Nacional del Cáncer que impulsaron la investigación del cáncer y los estudios epidemiológicos. A nivel individual, el Plan Esperanza tenía por objeto mejorar la orientación relacionada con la promoción de la salud, la prevención del cáncer, la detección precoz y la mejora de los diagnósticos. Esta estrategia se financió a través de un presupuesto para objetivos concretos aprobado por el Ministerio de Economía y Finanzas (Carrillo-Larco et al., 2022^[1]).

Gracias al Plan Esperanza, el número de personas que recibían atención oncológica aumentó considerablemente, de 25.359 en 2012 a 78.284 en 2015. Asimismo, se mejoró la cobertura de las actividades de prevención y cribado del cáncer de cuello uterino y del cáncer de mama. La cobertura del cribado para las mujeres de entre 30 y 49 años con una citología cervical aumentó del 7 % en 2012 al 12,5 % en 2015. No obstante, los datos disponibles destacan que la mejora de la calidad de la atención oncológica en el sistema de salud peruano sigue suponiendo todo un reto. Los proveedores y establecimientos de atención primaria de la salud siguen peleando para ampliar la cobertura del cribado oncológico. Por ejemplo, entre 2014 y 2018 la cobertura del cribado del cáncer de mama apenas mejoró, o no lo hizo en absoluto, a pesar de que el país había adoptado un enfoque basado en la población (PAHO/WHO, 2015^[25]).

Según datos de la ENAHO, en los últimos ocho años se ha producido una disminución general de las tasas de cribado del cáncer de mama y de cuello uterino (Gráfico 3.17). En 2021, solo el 9,3 % de las

mujeres de entre 30 y 59 años declararon haberse sometido a un examen clínico de mama el año anterior, frente al 22,4 % en 2014. En la misma línea, la proporción de mujeres de entre 40 y 59 años que declararon haberse hecho una mamografía en los dos años anteriores bajó del 18,7 % al 6,7 % en dicho período (INEI, 2022^[26]). La pandemia aceleró la disminución de estos porcentajes. Sin embargo, antes de la pandemia, la proporción de mujeres a quienes se realizó un cribado cervical (concretamente una citología vaginal) ya había empezado a disminuir. En 2017, era del 62,8 %, pero en 2021 había caído al 45,4 %.

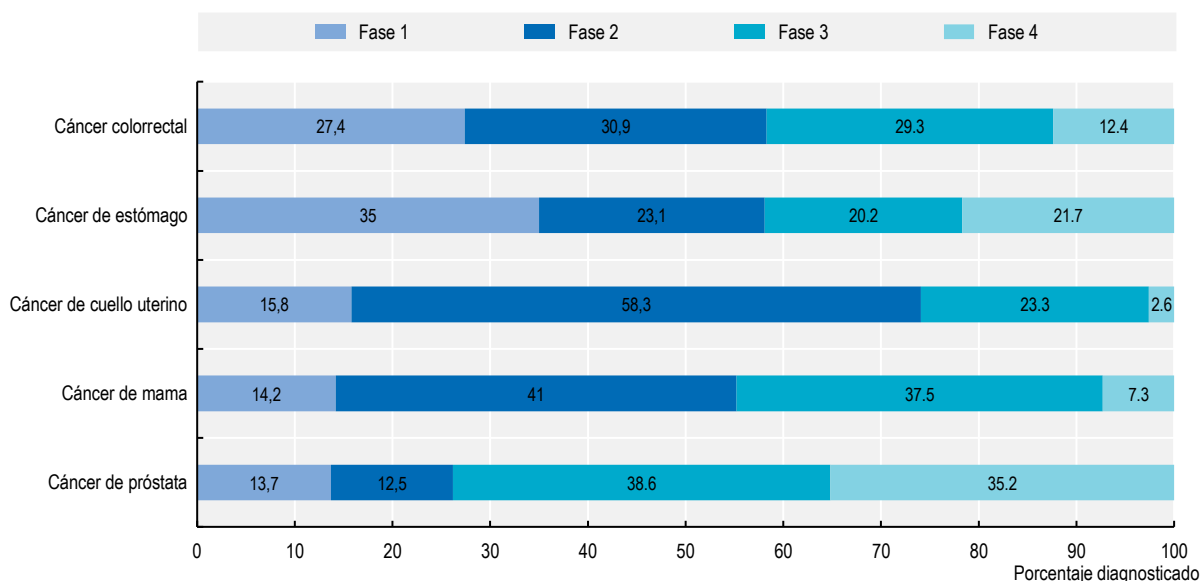
Gráfico 3.17. Tasas de cribado de cáncer de mama y de cuello de útero, 2014-21



Fuente: Evolución de los Indicadores de Programas Presupuestales, 2013-21.

La escasez de tecnologías médicas dificulta enormemente la detección precoz de enfermedades y contribuye al retraso en los diagnósticos en Perú. Según el Ministerio de Salud, el número de mamografías se ha reducido considerablemente a lo largo del tiempo, cayendo en picado de 51.906 en 2019 a 13.844 en 2021. En términos generales, la baja participación en los programas de cribado de cáncer de mama y cuello de útero hace que la enfermedad se diagnostique en estadios más avanzados. En Perú, solo 1 de cada 7 cánceres de mama y 1 de cada 6 cánceres de cuello de útero se diagnostican en el estadio 1 (Gráfico 3.18).

Gráfico 3.18. Distribución de los estadios clínicos en el momento del diagnóstico por tipo de cáncer, 2016



Nota: Datos del Fondo Intangible Solidario de Salud (FISSAL).

Fuente: Plan Nacional de Cuidados Integrales del Cáncer (2020-2024), <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/5341.pdf>.

El Plan Esperanza se actualizó en 2020 con el Plan Nacional de Cuidados Integrales del Cáncer (2020-2024) con el fin de ampliar su alcance. Este plan actualizado incorpora estrategias de cuidados paliativos, amplía el tratamiento oncológico a niños y adolescentes, y mejora la disponibilidad de servicios oncológicos en todo Perú, en particular fuera del área metropolitana de Lima (Recuadro 3.4). En 2022, el Decreto Supremo núm. 004-2022-SA aprobó la Ley Nacional del Cáncer (Ley núm. 31.336), que fue posteriormente modificada en 2023 por la Ley núm. 31.870. El objetivo primordial de esta legislación es garantizar la cobertura sanitaria universal, gratuita y prioritaria a todos los pacientes oncológicos, con independencia del tipo concreto de cáncer que padezcan. La ley insiste en el fomento de la prevención y la detección precoz, la capacitación de los trabajadores de la salud y la institucionalización de la vigilancia epidemiológica estableciendo un registro nacional de pacientes oncológicos.

Asimismo, la ley crea la Red Oncológica Nacional, integrada por institutos regionales de oncología y centros oncológicos de todo Perú, que son los responsables de aplicar, junto con el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, la Política Nacional de Lucha contra el Cáncer. La Red tratará de promover el establecimiento de centros especializados que ofrezcan un diagnóstico del cáncer, una atención oncológica y un seguimiento integrales a nivel nacional.

Por último, disposiciones adicionales de la Ley núm. 31.870 permiten al MINSA utilizar mecanismos de compra diferenciados para los productos relacionados con el cáncer, así como promover la adquisición centralizada de recursos estratégicos para la prevención y el control del cáncer a través del Centro Nacional de Abastecimiento de Recursos Estratégicos en Salud (CENARES). En 2022, se puso en marcha la plataforma Semáforo Oncológico. Desarrollada por diez asociaciones de pacientes oncológicos, esta plataforma vigila la aplicación de la Ley Nacional del Cáncer y presenta informes al respecto. Clasifica las tareas con colores fácilmente identificables: rojo (vencidas), ámbar (por vencer) y verde (cumplidas).

La Ley Nacional del Cáncer representa un importante paso hacia la mejora de la atención oncológica, el aumento del acceso y la promoción de mejores resultados sanitarios para toda la población peruana.

Recuadro 3.4. Plan Nacional de Cuidados Integrales del Cáncer (2020-24)

El Plan Nacional de Cuidados Integrales del Cáncer tiene por objeto aumentar el acceso a una atención oncológica integral mediante acciones estratégicas con adaptación intercultural, la promoción de la salud, la prevención primaria y secundaria, el diagnóstico precoz y el tratamiento puntual, incluidos los cuidados paliativos prestados en atención primaria y a nivel comunitario. El nuevo plan pretende consolidar los esfuerzos realizados para garantizar que la atención oncológica y las estrategias de prevención sean igualitarias y accesibles para todos los peruanos.

Entre sus principales objetivos se incluyen los siguientes:

- Reducir la prevalencia de factores de riesgo del cáncer en la población.
- Incrementar la capacidad operativa y la calidad de los servicios de salud para brindar una atención oncológica integral.
- Mejorar la disponibilidad de tecnologías y suministros médicos para brindar una atención oncológica integral.
- Desarrollar el modelo de atención oncológica integral basado en un enfoque del curso de vida en las IPRESS.
- Fortalecer los servicios oncológicos descentralizados para brindar una atención oncológica integral y puntual.
- Desarrollar e integrar sistemas de información para brindar una atención oncológica integral.
- Desarrollar investigaciones clínicas y en materia de salud pública para mejorar la adopción de decisiones relativas a la atención oncológica integral.
- Redoblar los recursos humanos y fortalecer las competencias para brindar una atención oncológica integral.
- Aumentar la protección financiera para brindar una atención oncológica integral.

Fuente: MINSA (2021^[27]), Plan Nacional de cuidados integrales del cáncer (2020-2024), <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/5341.pdf>.

Referencias

- Alvarez-Risco, A., S. Del-Aguila-Arcntales and J. Yanez (2021), "Telemedicine in Peru as a Result of the COVID-19 Pandemic: Perspective from a Country with Limited Internet Access", *Am J Trop Med Hyg*, Vol. 105/1, <https://doi.org/10.4269/ajtmh.21-0255>. [19]
- Australian Bureau of Statistics (2024), *Mental health findings for LGBTQ+ Australians*, <https://www.abs.gov.au/articles/mental-health-findings-lgbtq-australians>. [11]
- Bellido-Zapata, A. et al. (2018), "Implementation and application of the "Clinical practice guideline for diagnosis, treatment and control of type 2 diabetes mellitus at primary care level", in a network of public healthcare facilities in Lima", *Acta Médica Peruana*, Vol. 35/1, <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v35n1/a03v35n1.pdf>. [16]

- Carrillo-Larco, R. et al. (2022), "Peru – Progress in health and sciences in 200 years of independance", *The Lancet Regional Health - Americas*, Vol. 7/100148, <https://doi.org/10.1016/j.lana.2021.100148>. [1]
- DIGEMID (2021), *Gasto de bolsillo en salud y medicamentos. Período 2020 al 2021.*, Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas, <https://repositorio-digemid.minsa.gob.pe/items/ff39a476-eb94-435d-8670-c422cc94be1e>. [7]
- Flores, O., Bell, R., Reynolds, R., and Bernabé, A (2018), "Older adults with disability in extreme poverty in Peru: How is their access to health care?", *PLoS One*, Vol. 13/12, <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0208441>. [17]
- Fraser, B. (2022), "Efforts to improve medical education in Peru hit obstacles", *The Lancet*, Vol. 400, [https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(22\)02356-X.pdf](https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(22)02356-X.pdf). [18]
- GOPBM/MINSA (2021), *Diagnosis of gaps of infrastructure and equipment of the health sector*, <https://www.minsa.gob.pe/Recursos/OTRANS/08Proyectos/2021/DIAGNOSTICO-DE-BRECHAS.pdf>. [15]
- Human Rights Watch (2024), *Peru Walks Back Anti-Trans Guidance in Health System*, <https://www.hrw.org/news/2024/06/27/peru-walks-back-anti-trans-guidance-health-system>. [12]
- INEI (2023), *Perú: Medición de la Pobreza Multidimensional, Dimensiones e Indicadores (Revisión 2023)*, Instituto Nacional de Estadística e Informática, <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/5402872/4833930-informe-tecnico-medicion-de-la-pobreza-multidimensional-revision-2023%282%29.pdf?v=1712328912> (accessed on 1 March 2024). [8]
- INEI (2022), *Perú: Evolución de los Indicadores de los Programas Presupuestales, 2013 - 2021*, Instituto Nacional de Estadística e Informática, <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/3407415/Per%C3%BA%3A%20Evoluci%C3%B3n%20de%20los%20Indicadores%20de%20Programas%20Presupuestales%2C%202013-2021.pdf?v=1657735085> (accessed on 17 April 2024). [26]
- MINSA (2024), *Minsa orders the cessation of the use of the term transsexualism in the chapter on Mental and Behavioral Disorders of the ICD-10*, <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/977793-minsa-dispone-cese-del-uso-del-termino-transsexualismo-en-el-capitulo-de-trastornos-mentales-y-del-comportamiento-de-la-cie-10>. [13]
- MINSA (2022), *Compendio Estadístico: Información de Recursos Humanos del Sector Salud Perú 2013-2021*, <https://digep.minsa.gob.pe/bibliografica.html>. [6]
- MINSA (2022), *Technical Document "Model of Comprehensive Health Care for the Life Course for the Person, Family and Community (MCI)"*, <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/496394/resolucion-ministerial-030-2020-MINSA.pdf>. [14]
- MINSA (2021), *Diagnóstico de Brechas de Infraestructura y Equipamiento del Sector Salud*, <https://www.minsa.gob.pe/Recursos/OTRANS/08Proyectos/2021/DIAGNOSTICO-DE-BRECHAS.pdf>. [4]

- MINSA (2021), *Plan Nacional de cuidados integrales del cáncer (2020 – 2024)*, [27]
<http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/5341.pdf>.
- MINSA (2021), *Situación epidemiológica de las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS)*, [21]
https://www.dge.gob.pe/portalnuevo/wp-content/uploads/2021/09/SDSS-IAAS_Primer-semester-2021.pdf.
- Neelsen, S. and O. O'Donnell (2016), *Progressive Universalism? The Impact of Targeted Coverage on Healthcare Access and Expenditures in Peru*, [3]
<https://papers.tinbergen.nl/16019.pdf>.
- OECD (2020), *Realising the Potential of Primary Health Care*, OECD Health Policy Studie, [22]
 OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/a92adee4-en>.
- OECD (2017), *OECD Reviews of Health Systems: Peru 2017*, OECD Reviews of Health Systems, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/9789264282735-en>. [2]
- ORHUS (2022), *Información de Recursos Humanos en el Sector Salud, Perú 2022*, [5]
 Observatorio de Recursos Humanos en Salud,
<https://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/7050.pdf> (accessed on 6 May 2024).
- PAHO (2022), *La pandemia de COVID-19 provoca el mayor retroceso en la vacunación de los últimos 30 años*, [20]
<https://www.unicef.org/peru/comunicados-prensa/pandemia-covid19-provoca-mayor-retroceso-30-anos-vacunacion-situacion-peru> (accessed on 19 March 2024).
- PAHO/WHO (2015), *Country Capacity Survey Results, Pan American Health Organization & World Health Organization*, [25]
https://ais.paho.org/hiph/viz/nmh_ccs_resultstool.asp.
- Parra Moscoso, M. (2017), “Propuesta de un modelo de gestión pública de referencia-contrareferencia para optimizar la calidad de servicio al paciente en una microred hospitalaria de Lima ciudad 2017”. [24]
- Romani, L. et al. (2021), “Factors associated with the nonuse of health services in LGBTI people from Peru”, *Rev Peru Med Exp Salud Publica*, Vol. 2, p. 38, [9]
<https://doi.org/10.17843/rpmesp.2021.382.6149>.
- United States Census Bureau (2022), *LGBT Adults Report Anxiety, Depression at All Ages*, [10]
<https://www.census.gov/library/stories/2022/12/lgbt-adults-report-anxiety-depression-at-all-ages.html>.
- Videnza (2021), *Redes integradas de salud en el Perú*, Videnza Consultores, [23]
<https://www.redesarrollo.pe/wp-content/uploads/2021/07/Redes-integradas-de-salud-en-el-Peru.pdf> (accessed on 8 March 2024).

Notas

¹ Entre ellas se incluyen i) la Ley núm. 30.421 y el Reglamento de Telesalud, ii) la Norma Técnica de Salud en Telesalud, iii) la directiva administrativa sobre la telemedicina síncrona y asíncrona, iv) la directiva administrativa sobre la teleorientación y el telemonitoreo, v) la directiva administrativa de telegestión y vi) el Plan Nacional de Telesalud 2020-2023.

4

La sostenibilidad y la resiliencia del sistema de atención sanitaria de Perú

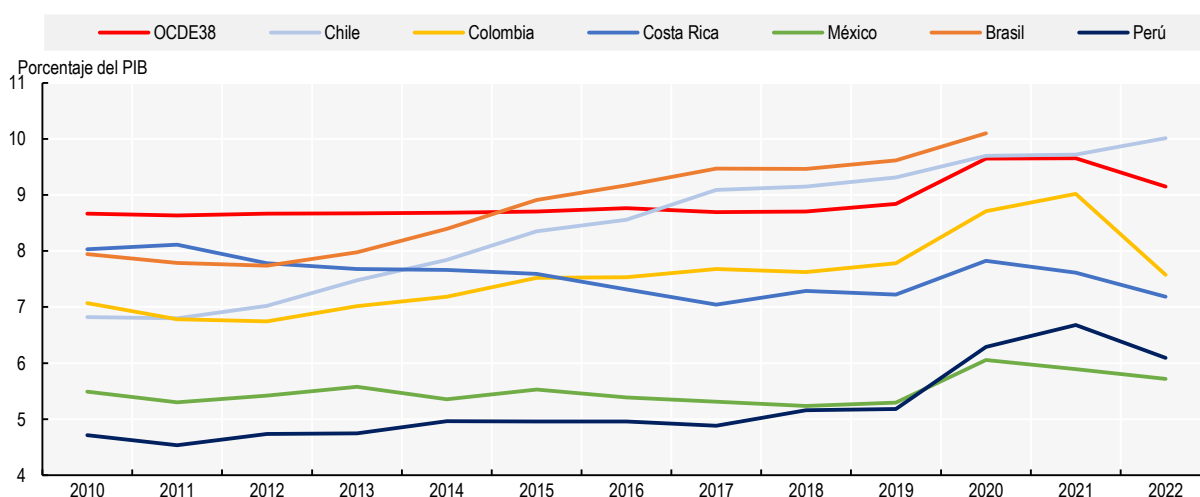
En primer lugar, en este capítulo, se examinan la sostenibilidad y la eficiencia del sistema de atención sanitaria de Perú. En él se indica que aunque los recursos financieros asignados al Seguro Integral de Salud aumentaron en el último decenio, la sostenibilidad financiera del sistema peruano de salud sigue sufriendo el problema del bajo gasto público en salud y el complejo proceso presupuestario. La facilitación de una prestación sanitaria más eficiente podría ayudar a garantizar un financiamiento adicional para el sistema peruano de salud. En lo que se refiere a la resiliencia del sistema de salud, en el capítulo se analiza el estado de preparación frente a las crisis sanitarias y se ofrecen recomendaciones en materia de políticas para la aplicación del enfoque de “Una sola salud” con el objetivo de abordar la resistencia a los antimicrobianos, reforzar la estrategia de planificación de la mano de obra y revertir la tendencia descendente en la vacunación infantil.

Refuerzo de la sostenibilidad y el financiamiento del sistema de salud

El sistema de salud de Perú no cuenta con el financiamiento necesario, lo que hace que existan unos elevados gastos directos

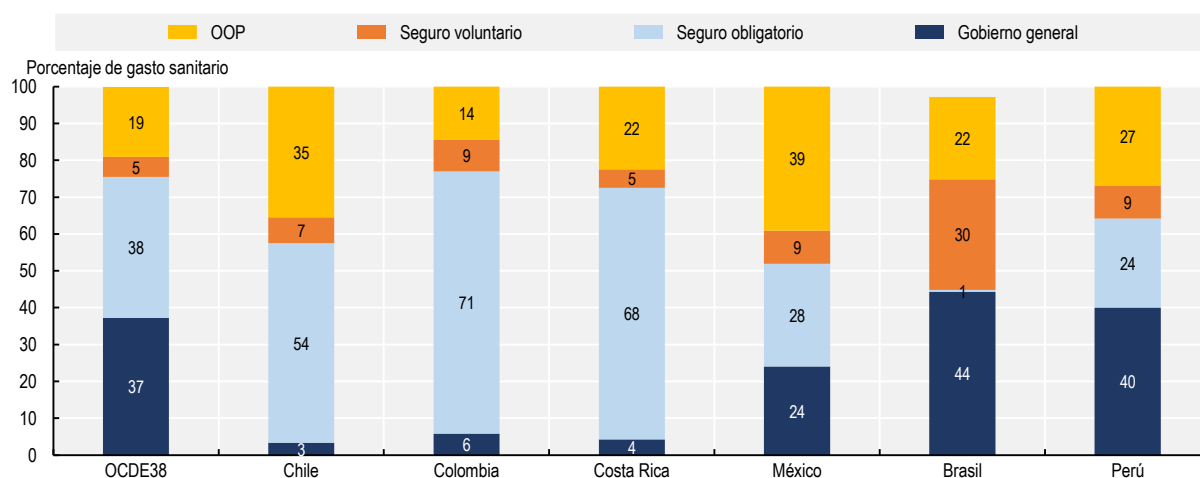
En Perú, la atención sanitaria está financiada por una amplia variedad de agentes, y el SIS, EsSalud, los seguros de salud privados y el pago directo de hogares privados son, con diferencia, los pagadores más importantes. En 2022, Perú destinó el 6,2 % de su PIB a la atención sanitaria. Este porcentaje es el segundo más bajo de la OCDE (después de México) y también está por debajo del de otros países latinoamericanos, como Costa Rica (7,2 % del PIB), Colombia (7,6 % del PIB), Chile (10,0 % del PIB) o el Brasil (10,1 % del PIB en 2020) (Gráfico 4.1). Esto se corresponde con 924 dólares per cápita si se ajustan las diferencias en el poder adquisitivo, un 25 % menos que en la región de América Latina y el Caribe (1.155 USD PPA). El porcentaje de gasto en salud ha ido creciendo desde 2010 hasta alcanzar el 4,8 % del PIB.

Gráfico 4.1. En Perú, el gasto en salud se encuentra entre los más bajos de la OCDE



Fuente: Estadísticas de Salud de la OCDE de 2024 y respuesta de Perú al Cuestionario del Sistema de Cuentas de Salud de la OCDE de 2024.

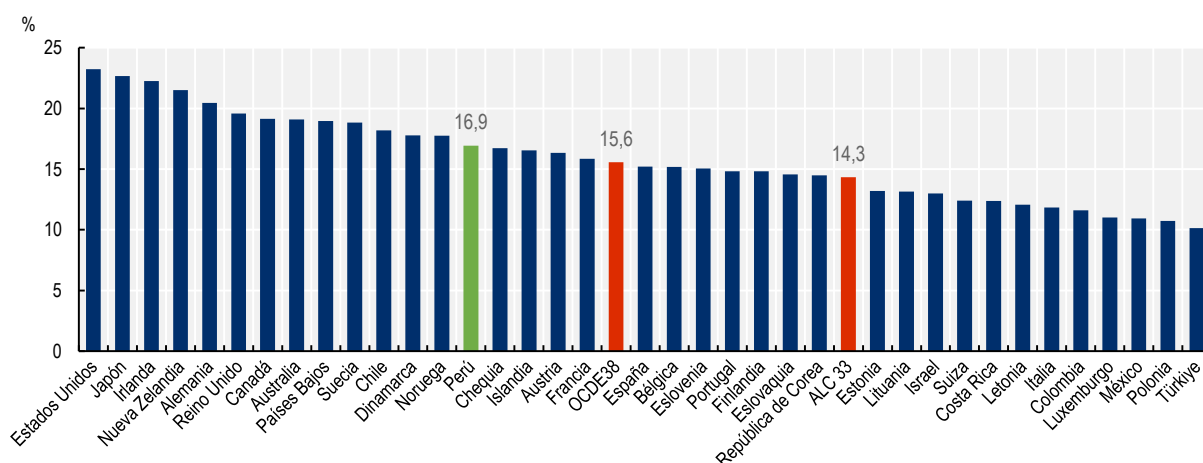
El país depende en gran medida del financiamiento del sector privado, ya sea por medio de un seguro de salud privado o de los pagos directos de los hogares. En 2022, el 64 % del gasto total se financió con fuentes públicas (a través del SIS o de EsSalud); el 27 %, con pagos directos y el 9 %, con seguros de salud privados. Si bien el gasto en salud pública aumentó hasta alcanzar el 4,5 % del PIB en 2021, una cifra ligeramente superior a la de América Latina y el Caribe (4 % de media), el gasto directo sigue siendo elevado (Gráfico 4.2). Actualmente, el gasto directo en atención sanitaria, que supone un 27 % del gasto en salud, es inferior al de otros países de América Latina y el Caribe (con un 32 %), pero sigue siendo un 42 % superior a la media de la OCDE. Un dato positivo es que en Perú el gasto directo disminuyó más de un 20 % en los últimos 20 años.

Gráfico 4.2. Composición del gasto en salud por esquemas de financiamiento en Perú en 2022

Fuente: Estadísticas de Salud de la OCDE de 2024 y respuesta de Perú al Cuestionario del Sistema de Cuentas de Salud de la OCDE de 2024.

Perú destina a la salud un porcentaje de su presupuesto público similar al de otros países de la OCDE, pero su nivel de gasto público total representa la mitad de la media de la OCDE

El nivel de gasto público de Perú es muy inferior al de otros países de la OCDE. En 2021, el gasto público total supone el 23 % del PIB, en comparación con el 40 % del PIB de la OCDE. Además, es inferior al de otros países de América Latina y el Caribe, como Chile (26 %) y México (27 %). No obstante, la comparación del gasto en salud de fuentes públicas con el gasto gubernamental total indica que Perú dedica a la salud un porcentaje de su presupuesto público similar al de otros países de la OCDE (Gráfico 4.3). Según el Observatorio Mundial de la Salud, Perú dedicó un 17 % de su presupuesto público a la salud, un porcentaje ligeramente superior a la media de la OCDE, que es del 16 %, y muy por encima de otros países de América Latina y el Caribe, como el Brasil, Chile y México, y de la media general de esta región (14 %) (WHO, 2021^[1]).

Gráfico 4.3. Gasto gubernamental en salud como porcentaje de gasto gubernamental total

Fuente: Estadísticas de Salud de la OCDE (2024), Observatorio Mundial de Salud de la OMS.

En general, el bajo nivel de gasto público se debe a los bajos ingresos públicos. Según el Estudio Económico de la OCDE de 2023, Perú se caracteriza por tener una carga fiscal relativamente baja y una base imponible ajustada. La recaudación tributaria como proporción del PIB es del 17 %, muy por debajo de la media de la OCDE, que es del 34 %, y de la media de América Latina y el Caribe, que es del 30 % (OECD, 2023^[2]). Además, Perú tiene una base imponible ajustada debido a sus grandes sectores informales, lo que implica que este país no puede recaudar de manera eficaz los impuestos de consumo y sobre la nómina. El bajo cumplimiento de las obligaciones fiscales reduce los ingresos públicos. Aunque estos problemas tienen causas estructurales más amplias que van más allá del sistema de salud, limitan las posibilidades de satisfacer las necesidades sociales y de impulsar la inversión pública en infraestructura sanitaria. Por lo tanto, Perú debe buscar formas de incrementar los ingresos públicos para garantizar el financiamiento adicional de su sistema de salud. El aprovechamiento de los avances en eficiencia y la reducción del gasto innecesario en el sector sanitario ayudarán a movilizar recursos sanitarios adicionales para aportar mejoras en la infraestructura sanitaria.

El Ministerio de Economía y Finanzas tiene un control estricto sobre el presupuesto del SIS

El presupuesto público del SIS para la salud proviene de los recursos del gobierno central (del Ministerio de Economía y Finanzas), procedentes de los impuestos generales. Los presupuestos sanitarios de los gobiernos regionales y locales se financian principalmente mediante transferencias del gobierno central (94 %), donaciones y transferencias del SIS. Todos los flujos financieros del sector sanitario llegan en cascada a las oficinas administrativas del sector público que gestionan los recursos, denominadas “unidades ejecutoras” (UE). En el ámbito del gobierno regional, cada uno de los 24 gobiernos regionales constituye una unidad ejecutora y existen 142 unidades ejecutoras adicionales (algunos hospitales y redes de servicios principalmente). Por último, a nivel local, existen 199 unidades ejecutoras provinciales y 1.838 de distrito. Cada unidad ejecutora recibe fondos de diferentes instituciones. Con frecuencia, estos conllevan diferentes condiciones, mecanismos de presentación de informes e incluso diferentes metas de desempeño, lo que indica un complejo proceso presupuestario que no ayuda a lograr la transparencia.

La presupuestación se divide en pliegos. Si bien existen cinco unidades presupuestarias a nivel nacional en el sector público, que son el Ministerio de Salud, la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD), el Seguro Integral de Salud (SIS), el Instituto Nacional de Salud y el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN), cada gobierno regional es también una unidad presupuestaria. A su vez, los recursos de cada pliego se gestionan a través de unidades ejecutoras.

El Ministerio de Economía y Finanzas, en el marco del Decreto Legislativo 1440, presenta anualmente la Asignación Presupuestaria Multianual al Consejo de Ministros para su aprobación. Además, las unidades ejecutoras evalúan sus necesidades, según los gastos históricos, que los gobiernos regionales agregan para formular sus requisitos presupuestarios al Ministerio de Economía y Finanzas. En función de estos requisitos y de la Asignación Presupuestaria Multianual trienal, el MEF asigna un presupuesto inicial de apertura (PIA) a cada unidad ejecutora. Los fondos se asignan al SIS y a los gobiernos regionales. Con la descentralización de las competencias clave a las regiones, los gobiernos regionales disponen de la autonomía para constituir un plan presupuestario para su administración económica y financiera.

Más adelante, el PIA se ajusta durante la ejecución del presupuesto según las necesidades y el cumplimiento de criterios específicos, como el desempeño (Presupuesto Institucional Modificado, PIM). La ejecución del presupuesto empieza el 1 de enero y el PIM se actualiza mensualmente. Es importante señalar que el PIA es un presupuesto mínimo que no refleja la manera en la que se van a gastar los fondos, sino qué institución es responsable de tomar decisiones sobre la asignación de recursos y la gestión de los fondos durante el ejercicio económico.

Además, se pueden realizar otras transferencias durante el año. Esto ocurre sobre todo en el sector público, ya que el SIS transfiere recursos a las unidades ejecutoras para los proveedores de atención

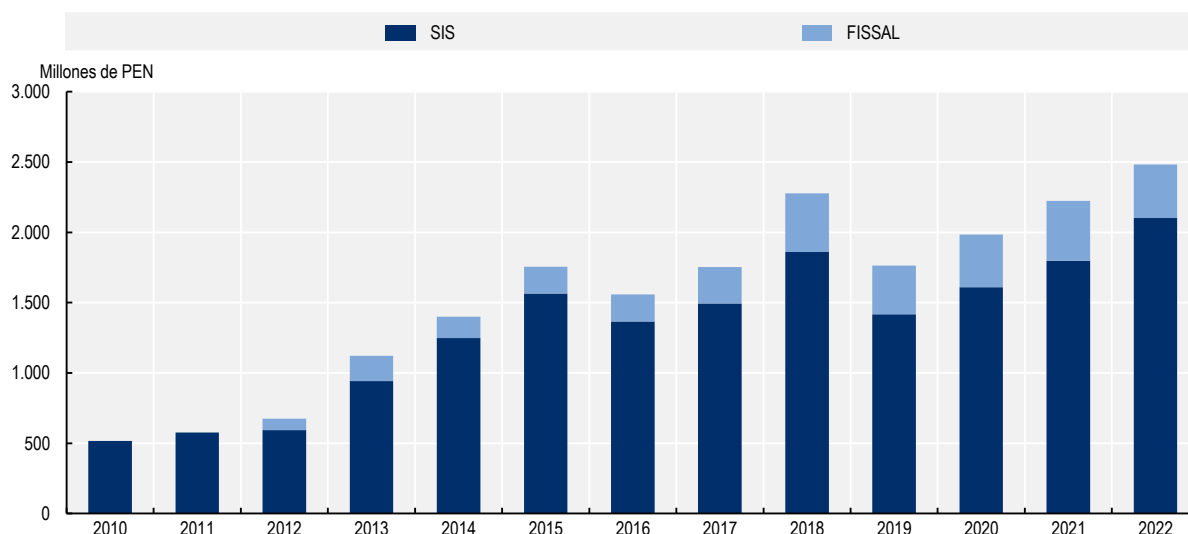
primaria y los hospitales, y también se producen transferencias del MEF vinculadas a las buenas evaluaciones de desempeño¹. Como consecuencia, los PIM suelen ser más elevados que sus presupuestos iniciales debido a estas transferencias del SIS y el MINSA. En general, el PIA no refleja la manera en la que deben priorizarse los recursos ni la forma de conseguir el objetivo anual en materia de políticas. Se sabe que la ejecución de presupuestos por parte de las unidades ejecutoras es complicada debido a la insuficiente planificación y capacidad de gestión en los ámbitos de los gobiernos regionales y locales (OECD, 2017^[3]).

Un análisis reciente elaborado por el Ministerio de Economía y Finanzas para el Plan Nacional de Cuidados integrales del cáncer muestra que, si bien el Programa Presupuestario de 2024 ha ido aumentando de 30.239.303 PEN en 2011 a 985.519.326 PEN en el año 2018, las tasas de ejecución fueron solo del 62 % en 2019 (MINSA, 2021^[4]). Existen varios factores que explican la insuficiente ejecución presupuestaria. Entre ellos se incluyen la falta de capacidad regional y local para gestionar y planificar las actividades del sector sanitario, la escasez de personal sanitario y los problemas de retención, así como la rigidez presupuestaria. Las regiones están vinculadas al documento presupuestario general, el cual es muy detallado y está dividido en muchas partidas presupuestarias. Existe un gran control para prevenir las reasignaciones entre partidas presupuestarias. Esto implica que el MINSA, los gobiernos regionales o las unidades ejecutoras pueden tener fondos para una partida, pero necesitar fondos para otra y no pueden reasignar los fondos (OECD, 2017^[3]). Recientemente y con el objetivo de aumentar la ejecución presupuestaria, el MEF ha reducido los retrasos en las transferencias presupuestarias. Es importante incrementar la puntualidad de las transferencias para dejar tiempo suficiente a la institución receptora para destinar los fondos.

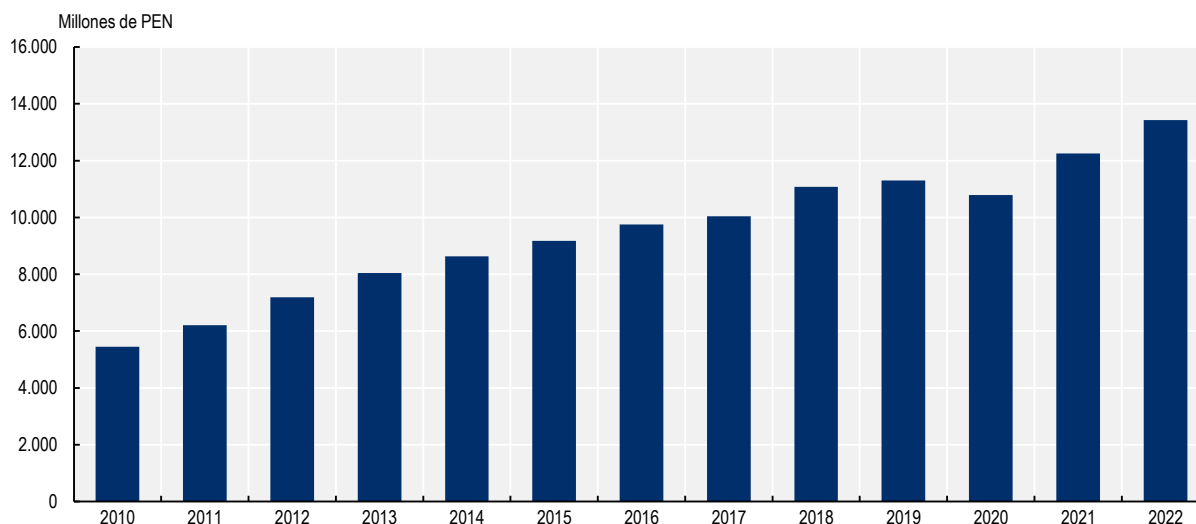
El proceso presupuestario debe alejarse de los presupuestos históricos para cumplir mejor con las obligaciones de los servicios

El proceso presupuestario, que se basa en los presupuestos históricos, no garantiza que el SIS tenga acceso a recursos que se ajusten al número de afiliados y al costo real de la prestación de servicios sanitarios. Si bien la Ley de Financiamiento Público de los Regímenes subsidiado y semicontributivo de 2011 estableció que el SIS recibiría un financiamiento basado en la prima y el número de beneficiarios, esto nunca se ha aplicado en la práctica. El último estudio actuarial se llevó a cabo en 2015 con los datos de 2012. El estudio de 2015 estableció un costo previsto medio de 360 PEN por afiliado al año. En 2024, el gasto medio del SIS por afiliado fue de 96 PEN, una cifra tres veces inferior al costo previsto. No obstante, esta cantidad no incluye los costos recurrentes, como el capital y la mano de obra, que pagan los gobiernos regionales.

En el decenio pasado, los recursos financieros del SIS se cuadruplicaron prácticamente, pues pasaron de los 517 millones de soles peruanos en 2010 a los 2.483 millones en 2022 (Gráfico 4.4). Los recursos financieros del SIS aumentaron más rápido que los de EsSalud (Gráfico 4.5), pero los afiliados del SIS se duplicaron entre 2020 y 2022, mientras que los de EsSalud aumentaron un 46 % en el mismo período.

Gráfico 4.4. Evolución del PIM, 2010-2022

Fuente: Ministerio de Economía y Finanzas (MEF), Gerencia Central de Gestión Financiera (GCGF).

Gráfico 4.5. Evolución de los ingresos de EsSalud, 2010-2022

Fuente: Ministerio de Economía y Finanzas (MEF), Gerencia Central de Gestión Financiera (GCGF).

Perú debe abstenerse de asignar presupuestos basados en los gastos históricos para los costos variables a fin de reflejar mejor sus obligaciones de los servicios. Esto es aún más importante si se tiene en cuenta la notable expansión de la cobertura sanitaria obligatoria en el último año. Es posible que el Ministerio de Salud y el Ministerio de Economía y Finanzas quieran realizar un nuevo estudio actuarial para asegurarse de que el SIS reciba un presupuesto que se ajuste mejor al número de afiliados. El seguro social de salud (EsSalud) es un ejemplo de buena práctica en este sentido, pues se llevaron a cabo estudios actuariales periódicos para analizar los datos epidemiológicos y predecir el costo previsto de la atención.

Existen distintas formas de conseguir una mayor eficiencia en el sistema peruano de salud

El aumento del uso del financiamiento basado en los resultados en favor de las prioridades sanitarias clave y los paquetes de prestaciones sanitarias

Además de los presupuestos históricos, Perú emplea los presupuestos por resultados como estrategia pública de gestión para introducir incentivos a las entidades públicas de cara a la consecución de resultados, lo que mejora la calidad del gasto público. El programa de presupuestos por resultados (PpR) se puso en marcha en 2007 como parte de la reforma del Sistema Nacional de Presupuesto iniciada por el MEF. Esta iniciativa marcó una transición de los métodos de presupuestación tradicionales, que asignaban recursos sobre una base histórica, sin una clara evaluación de las necesidades (como los recursos humanos y los bienes y servicios), a un enfoque centrado en la productividad y el desempeño. El objetivo global era mejorar la eficacia del gasto público mediante la adaptación de la asignación de recursos a las prioridades gubernamentales y su vinculación a metas concretas. El programa se centra en identificar la combinación adecuada de insumos para conseguir los diferentes productos intermedios, algo que supone un gran avance.

En 2024, los programas de PpR representaron el 40 % del presupuesto sanitario total. Los programas de presupuestos pueden ser programas presupuestarios orientados a resultados (PPoR) y programas presupuestarios institucionales (PPI). El objetivo de los PPoR es conseguir resultados en la población y su entorno, y son multisectoriales e intergubernamentales por naturaleza, mientras que los PPI pretenden conseguir resultados sectoriales y objetivos estratégicos institucionales. En 2024, hubo 12 programas en los que se implicó al sector sanitario. Nueve fueron PPI, en los cuales el Ministerio de Salud ejerció el liderazgo estratégico y operacional, por ejemplo, en el ámbito de la salud de la madre y del recién nacido, la tuberculosis y el VIH, las enfermedades no transmisibles, el cáncer o la salud mental (Cuadro 4.1). Además, participó en la gestión de los productos relacionados con la función de salud a través de tres PPoR: la reducción de la vulnerabilidad y la atención de emergencias por desastres, el desarrollo en la primera infancia y la reducción de la violencia contra las mujeres.

Cuadro 4.1. El programa de PPR cuenta con nueve programas en el sector sanitario

Programas de presupuestos por resultados (PpR)		Ejecución
Programas presupuestarios institucionales (PPI)	Salud de la madre y del recién nacido	90,1 %
	Tuberculosis o VIH/sida	95,0 %
	Enfermedades no transmisibles	95,8 %
	Control y prevención en salud mental	94,0 %
	Enfermedades metaxénicas y zoonosis	96,3 %
	Prevención y control del cáncer	93,6 %
	Programa articulado nutricional	78,7 %
	Reducción de la mortalidad por emergencias y urgencias médicas	95,4 %
	Prevención y manejo de trastornos secundarios en personas con discapacidad	97,1 %
Programas presupuestarios orientados a resultados (PPoR)	Reducción de la vulnerabilidad y atención de emergencias por desastres	79,0 %
	Productos específicos para el desarrollo en la primera infancia	97,9 %
	Productos específicos para reducir la violencia contra las mujeres	96,7 %

Nota: La ejecución presupuestaria se calculó mediante el uso de datos del Sistema Integrado de Administración Financiera (SIAF).

Fuente: CGR (2023^[5]), *Informe sobre presupuesto por resultados (PpR) en el Perú para el Informe de Auditoría a la Cuenta General de la República*, Contraloría General de la República, <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/4922923/Informe%20T%C3%A9cnico%20002-2023-CG-OBANT%20-%20Programas%20Presupuestales.pdf> (consultado el 17 de abril de 2024).

El PpR estableció la rendición de cuentas del gasto público, mecanismos para la generación de datos relacionados con los resultados o productos. Introdujo la formulación de políticas con base empírica y el uso de indicadores de desempeño para dirigir el proceso presupuestario. Sin embargo, el documento del presupuesto está concebido de forma muy detallada, lo que no deja autonomía al MINSA ni a las autoridades regionales para gestionar los fondos y tomar medidas correctivas (OECD, 2017^[3]).

Las evaluaciones del programa de PpR en el sector sanitario indican resultados positivos en cuanto a mejora de los presupuestos sanitarios en ámbitos concretos y unos mejores resultados en materia de salud. En el ámbito de la salud materna e infantil, el PpR derivó en un aumento de los partos en establecimientos de salud asistidos por trabajadores cualificados, que pasó del 89,2 % en 2014 al 93,2 % en 2021, un aumento que adquirió un ritmo mayor entre las mujeres que viven en zonas rurales (del 68,5 % en 2013 al 81,1 % en 2021). Otra de las mejoras fue la disminución de la prevalencia de la anemia en el porcentaje de niños de entre 6 meses y tres años de edad, que pasó del 46,4 % en 2013 al 38,8 % en 2021, como resultado del programa sobre nutrición articulada (INEI, 2022^[6]).

Aunque la implementación del PpR supone un avance muy positivo, los programas están desconectados de otros paquetes de prestaciones como el PEAS y el FISSAL, que se siguen basando en la metodología de presupuestos históricos. Según un análisis reciente de la OMS, aproximadamente el 40 % de los servicios cubiertos por el PEAS no forma parte del PpR (WHO, 2020^[7]). Asimismo, el diseño actual del PpR no promueve la atención centrada en las personas, sino que se enfoca en problemas de salud concretos y en intervenciones sanitarias verticales. En el caso de los paquetes de prestaciones sanitarias u otras prioridades clave de salud, Perú podría incorporar el uso de los mecanismos de financiamiento de PpR para mejorar la eficiencia, al tiempo que se da a las autoridades regionales cierta flexibilidad en la gestión de fondos. Además, el PpR podría añadir un mayor énfasis en las actividades relacionadas con la atención integrada, otra prioridad clave de la agenda política.

Replanteamiento de los sistemas de pago y prestación de servicios de los hospitales

En 2023, se registraron en el RENIPRESS (el Registro Nacional de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud) 25.349 establecimientos de salud, tanto públicos como privados, 616 de los cuales eran de nivel II (558 pequeños hospitales) y de nivel III (44 grandes centros hospitalarios y especializados). Según los análisis realizados por el MINSA, el sector hospitalario dentro de la red del SIS se considera más

vulnerable que el sector de atención primaria. Se considera que todas las unidades hospitalarias en 16 de 25 regiones cuentan con infraestructura inadecuada para garantizar una atención correcta a los pacientes. Además, las pruebas anteriores indican la ineficiencia en la asignación en el sistema peruano de salud, con una baja productividad en los establecimientos de salud de nivel III y nivel II (World Bank, 2021^[8]). Para mejorar la eficiencia, Perú podría reconvertir los pequeños hospitales en establecimientos de atención intermedia para consolidar los recursos (como el personal, el equipo y la infraestructura) en centros hospitalarios más grandes. El fomento de la aplicación de la telesalud (sobre todo el uso de los servicios de especialistas a distancia) y la clasificación de pacientes según el nivel de urgencia serán necesarios para no comprometer el acceso a la atención a cuadros agudos para pacientes de zonas remotas. En la misma línea, la expansión del transporte médico de las zonas rurales a hospitales generales mejor equipados en zonas urbanas también será fundamental para garantizar el acceso oportuno a la atención de urgencia. Estas reformas ayudarían a conseguir una mejor eficiencia en la asignación. La especialización y la concentración de los servicios hospitalarios es una reforma que muchos países de la OCDE han llevado a cabo para conseguir una mejora de la eficiencia, así como para impulsar el acceso y la calidad de la atención (por ejemplo, Dinamarca y Portugal).

Perú también ha establecido hospitales de asociación público-privada (APP) dentro de las redes del SIS y de EsSalud, respectivamente. Estas son instituciones públicas con autonomía administrativa, financiera y para la gestión de activos contratadas bajo dirección privada. Los servicios hospitalarios se ofrecen de manera conjunta por partes públicas y privadas que comparten riesgos financieros, técnicos y operacionales. El objetivo global es mejorar el desempeño general en el sector sanitario y también garantizar que los fondos privados financiarán un nuevo conjunto de inversiones hospitalarias urgentes. En general, existen cinco proyectos de salud de APP en Perú, los cuales han contribuido a mejorar el acceso a servicios de calidad, tal y como demuestra el Instituto Nacional de Salud del Niño de San Borja, cuyo contrato de AAP tiene como fin la gestión de diez servicios no médicos.

Las transferencias de pagos del SIS a las autoridades regionales constan de dos componentes. El pago básico es un mecanismo de pago por servicio prestado y el componente adicional se basa en un pago por paquete de servicios quirúrgicos. El último componente se introdujo en 2024 e incluye pagos por cesárea, tratamiento de cataratas de tipo extracapsular y facoemulsificación, reparación convencional de hernia inguinal en paciente adulto, colecistectomía convencional y laparoscópica en pacientes adulto. En 2023, los pagos empezaron a realizarse a través de la adquisición previa del servicio, por medio de un mecanismo de pago prospectivo. Los cambios actuales en los pagos de los hospitales son pasos positivos para una atención mejor normalizada y limitan los incentivos a la sobreproducción.

Para mejorar la eficiencia, muchos países de la OCDE también han introducido un sistema de pago prospectivo basado en casos según los grupos relacionados de diagnóstico (GRD) para pagar por la actividad hospitalaria. Con los GRD, los pacientes se aglutinan en diferentes grupos de pacientes que reflejan la intensidad de recursos utilizados del tratamiento. A los distintos GRD se asocian diferentes ponderaciones que reflejan los costos medios de tratamiento. Después del alta, el hospital recibe un pago que refleja la ponderación del GRD. Perú debe considerar la opción de desarrollar un sistema de pago mixto para los hospitales, que combine el pago por servicio prestado y el pago por paquete de servicios, y que progresivamente se adapte mediante el uso de grupos relacionados de diagnóstico (GRD). Como demuestra la labor anterior de la OCDE en materia de sistemas de pago, esto requeriría un sistema de contabilidad de costos hospitalarios detallado y un control meticuloso de la calidad de la atención.

El refuerzo de los planes de adquisición ayudaría a resolver la escasez de medicamentos

La Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas (DIGEMID), que forma parte del Ministerio de Salud, regula los productos farmacéuticos, los dispositivos médicos y otros productos relacionados con la salud para los diferentes subsistemas de atención sanitaria de Perú. Esta responsabilidad abarca la regulación de la fabricación, la importación, la exportación, el almacenamiento, la distribución y la

comercialización de estos productos. La DIGEMID también es responsable de evaluar los productos, inspeccionar los establecimientos farmacéuticos y de expedir certificados y documentos pertinentes. Además, esta Dirección desempeña una función clave en la farmacovigilancia, en el acceso a los medicamentos y en el uso correcto y racional de los medicamentos.

El MINSA, a través de la DIGEMID y en coordinación con las diferentes entidades del sector público de salud (EsSalud y la dirección de Salud de las Fuerzas Armadas) establece una sola lista nacional de medicamentos esenciales (el Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales o PNUME). El PNUME abarca aproximadamente el 80 % de la carga de enfermedades y, en 2023, incluía 796 medicamentos esenciales, que deberían estar cubiertos por todos los subsectores públicos. El PNUME se actualiza cada dos años, durante los cuales se presentan específicamente listas complementarias (cáncer, salud mental, VIH, etc.) y se añaden finalmente al PNUME.

En el caso del sector público, existen dos principales compradores: el Centro Nacional de Abastecimiento de Recursos Estratégicos en Salud (CENARES), en representación del MINSA, y la Central de Abastecimiento de Bienes Estratégicos (CEABE), en representación de EsSalud. Algunos grupos de medicamentos se adquieren de forma centralizada a través de dos mecanismos principales:

- La adquisición centralizada para la compra de productos estratégicos, que el MINSA ofrece a todos los ciudadanos del país como un derecho de salud pública, independientemente de su condición socioeconómica o de su seguro. Este es el caso de las vacunas, los tratamientos contra la tuberculosis o el VIH/sida, los medicamentos y los suministros para combatir enfermedades metaxénicas como la malaria, el dengue, el zika o el chikungunya, entre otras. El CENARES adquiere y distribuye de forma directa estos medicamentos (Ugarte Ubilluz, 2019^[9]).
- Las compras corporativas para la adquisición de productos no estratégicos, entre los que se incluyen algunos de los medicamentos de uso más frecuente, como los antibióticos, los antiinflamatorios, los antihipertensores, los antidiabéticos, los antiulcerosos o los sedantes. El presupuesto para estos medicamentos se asigna a cada entidad sanitaria del territorio nacional (hospitales, unidades ejecutoras y direcciones regionales de salud). En primer lugar, los hospitales, las clínicas o los gobiernos regionales interesados en este régimen presentan su demanda anual de medicamentos a la DIGEMID, que recopila una lista de los posibles medicamentos para su compra. A continuación, el CENARES realiza subastas inversas, en las que se establece un precio máximo y se permite a los proveedores presentar ofertas más bajas de manera competitiva para garantizar los mejores precios para cantidades concretas. El proceso concluye cuando cada entidad o gobierno regional que participa formaliza los acuerdos de compra con los proveedores que ofrecen las mejores condiciones en cuanto a precio y cantidad. Este mecanismo ofrece la ventaja de unificar las compras de los diferentes subregímenes: los sistemas de salud de los gobiernos regionales, las Fuerzas Armadas y la Policía Nacional, así como EsSalud (Ugarte Ubilluz, 2019^[9]). En el caso de los medicamentos para enfermedades raras y oncológicas, que a menudo corresponden a pequeñas cantidades y de proveedores específicos, cada entidad sanitaria los compra directamente y dependen del presupuesto asignado por el MEF (Ugarte Ubilluz, 2019^[9]).

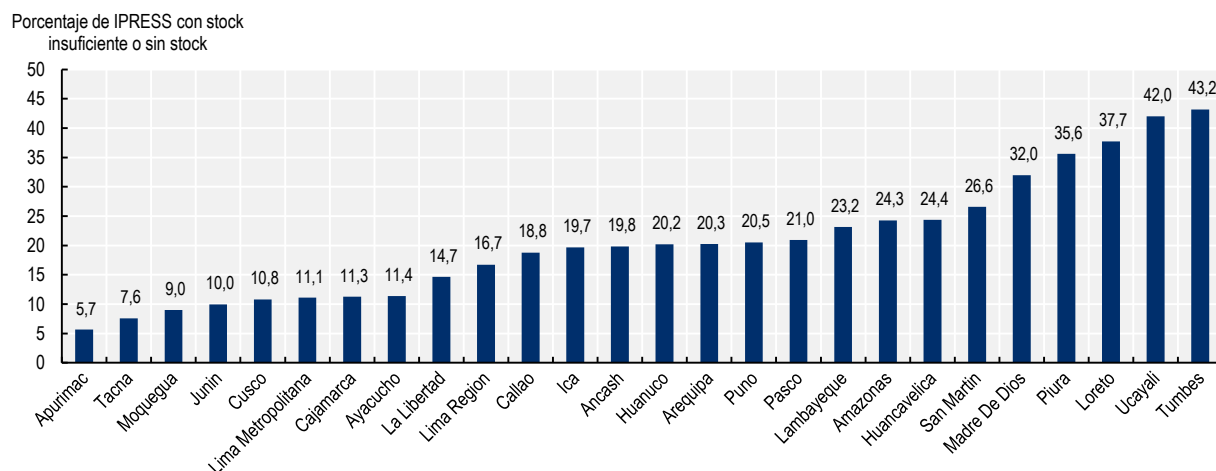
Los datos de SUSALUD muestran que, en 2022, la categoría de quejas más frecuente estaba relacionada con las dificultades para acceder a los servicios sanitarios (28,6 %) y, en particular, para acceder a los medicamentos o productos sanitarios (22,2 %) (SUSALUD, 2022^[10]). La falta de medicamentos disponibles en los establecimientos públicos suele derivar en que los pacientes tengan que comprar los medicamentos con prescripción directamente en farmacias privadas. No es de extrañar que, mediante el uso de los datos de la ENAHO, la DIGEMID ha calculado que la categoría de medicamentos constituía el mayor porcentaje de los gastos directos en salud en los años 2020 y 2021, un 36,5 % y un 32,2 %, respectivamente (DIGEMID, 2022^[11]).

La falta de acceso a los medicamentos como consecuencia de la escasez en los establecimientos públicos de salud se ve reflejada en el indicador publicado por el Sistema Integrado de Suministro de Medicamentos e Insumos Médico-Quirúrgicos (SISMED), que mide la proporción de medicamentos esenciales con un stock mayor o igual a dos meses de stock disponible del consumo promedio mensual ajustado, para los establecimientos pertenecientes al MINSA y los gobiernos regionales. Según este indicador, en febrero de 2024, se consideraba que el 20 % o más de los establecimientos sanitarios de más de la mitad de las regiones tenía un stock insuficiente o no tenía stock (Gráfico 4.6). Aunque este indicador se emplea como base para elaborar los planes de adquisición, el SISMED calcula este dato a finales de mes mediante la consolidación de la información que recibe de los gobiernos regionales, lo que implica que los planes de adquisición se suelen elaborar con información desactualizada en lugar de responder a las necesidades actuales. Podemos encontrar avances en este ámbito en los establecimientos de EsSalud en Lima y Callao, donde un sistema para la gestión de los inventarios permite ver los stocks disponibles en tiempo real. Además, la interoperabilidad con los registros sanitarios electrónicos permite a EsSalud medir el grado de dispensación de los medicamentos prescritos a los pacientes (Videnza Consultores, 2020^[12]; Videnza Consultores, 2021^[13]; Videnza Consultores, 2022^[14]; Movimiento Salud 2030, 2021^[15]).

Otros de los motivos de la escasez son los retrasos de las unidades ejecutoras del MINSA y los gobiernos regionales a la hora de elaborar y presentar sus demandas al CENARES, lo que ocasiona retrasos tanto en la elaboración de presupuestos como en la adquisición. Según el MINSA, aunque el mecanismo de compras corporativas ha mejorado la asequibilidad de los productos (al agregar demanda y reducir los precios), también ha contribuido a la escasez de medicamentos en los establecimientos públicos de salud, ya que estas adquisiciones exigen que los gobiernos regionales y locales, los cuales a menudo carecen de recursos y conocimientos técnicos, formalicen sus propios acuerdos de adquisición con los proveedores en la fase final. Además, en el caso de aquellos medicamentos que deben adquirir directamente los gobiernos locales, como es el caso una vez que se ha informado de la falta de stock, la compleja normativa sobre adquisición pública y la falta de capacidad administrativa a nivel regional también provocan retrasos en las adquisiciones (Videnza Consultores, 2020^[12]; Videnza Consultores, 2021^[13]; Videnza Consultores, 2022^[14]; Movimiento Salud 2030, 2021^[15]).

Perú debería reforzar la planificación para la adquisición de medicamentos a través de sistemas de información que permitan realizar una mejor estimación de la demanda sanitaria para que el sistema pueda responder de manera oportuna. Los datos de los registros sanitarios electrónicos y del SISMED podrían emplearse para controlar la dispensación y prever la escasez, de manera que se pueda notificar a las autoridades y estas puedan participar en la adquisición. Asimismo, el MINSA podría incrementar la gestión para respaldar a las regiones con planificación o capacidad administrativa insuficientes para llevar a cabo sus compras. Los acuerdos de compra de productos no estratégicos podrían estar respaldados o delegados a nivel central, como se hace con la adquisición centralizada para la compra de productos estratégicos (utilizados para intervenciones de salud pública), los cuales el CENARES compra directamente.

Gráfico 4.6. Porcentaje de instituciones prestadoras de salud (IPRESS) con un stock insuficiente o sin stock en las diferentes regiones, febrero de 2024



Fuente: SISMED (2024^[16]), Resultado del indicador ficha No31 por región del marco de los Convenios de Gestión 2024, <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrJoiMmNjNTBmOWItZWZWM3NS00YTgxLTk5M2ItOGNjNWYyOTU3ODczliwidCI6Im0ZjMyNDE5LTJfMDUtNDc1Ni04OTZILTQ1ZDYzMzcyNjU5YiIsImMiOiR9>.

Hay margen para una mayor disponibilidad de genéricos

El desarrollo de los mercados de genéricos es una oportunidad para aumentar la eficiencia en el gasto farmacéutico y reducir los pagos directos para los pacientes. La infrautilización de medicamentos genéricos puede ser una fuente importante de ineficiencia, pues estos tienen los mismos efectos terapéuticos que las alternativas de marca, pero normalmente son mucho más baratos. En 2019, la DIGEMID realizó una evaluación de la disponibilidad de medicamentos genéricos con DCI en relación con un conjunto de 79 medicamentos esenciales en farmacias privadas. En todas las regiones, menos en Lima, la disponibilidad media de medicamentos genéricos en farmacias privadas era del 42 %, es decir, en promedio, el 42 % de los 79 medicamentos estaba disponible como genéricos en una farmacia privada, mientras que en Lima era del 40,5 %. La disponibilidad de medicamentos variaba mucho según la farmacia, entre el 1 % y el 76 %. La disponibilidad de medicamentos genéricos en farmacias privadas también variaba mucho según la región y oscilaba entre un promedio del 29 % en Pasco y del 71 % en Tumbes. Además, de los medicamentos evaluados, el 61 % estaban en stock en menos del 50 % de las farmacias (Congreso de la República, 2019^[17]).

En octubre de 2019, el decreto de urgencia núm. 007-2019 obligó a que las farmacias privadas tuvieran genéricos en stock de 34 medicamentos esenciales. En mayo de 2024, la ley núm. 32 033 20 impuso la obligatoriedad de que las farmacias privadas y los establecimientos sanitarios mantuviesen un 30 % de su stock en genéricos para 434 medicamentos esenciales. Esta ley supone un paso en la dirección correcta hacia la reducción de los gastos directos y hacia la consecución de una mayor eficiencia en línea con la de los países de la OCDE, en los que los genéricos conforman, en promedio, el 53 % del volumen que se vende en los mercados de las farmacias comunitarias.

Mayor consolidación de las evaluaciones de tecnologías en salud para realizar evaluaciones económicas de forma más sistemática

Perú ha adoptado medidas importantes en el desarrollo de su capacidad para evaluar las tecnologías sanitarias. En 2015, el Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación (IETSI) de EsSalud empezó a llevar a cabo exámenes sistemáticos relacionados con los dispositivos, los equipos y los

medicamentos. Además, el Centro de Evaluación de Tecnologías en Salud (CETS), que pertenece al Instituto Nacional de Salud (INS) ha realizado anteriormente varias evaluaciones de tecnologías sanitarias para el Ministerio de Salud, aunque parece que estas evaluaciones han sido de carácter informativo, es decir, no ofrecían una decisión en cuanto a si la tecnología se recomendaba o no (Taype-Rondan et al., 2022^[18]).

En 2020, se creó la Red Nacional de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (RENETSA) con el objetivo de coordinar y armonizar las actividades de evaluación de tecnologías sanitarias en los diferentes sectores del sistema peruano de salud. La RENETSA está formada por la DIGEMID, el IETSI y el CETS-INS, y está dirigida por este último. La creación de la RENETSA representa un paso significativo hacia la consolidación de las prácticas de evaluación de tecnologías sanitarias en Perú, con lo que se promueve el uso eficiente de los recursos sanitarios. Asimismo, en febrero de 2022, se publicó, a través de la Resolución ministerial núm. 112-2022/MINSA, un documento técnico en el que se describía la metodología que debía seguir la RENETSA a la hora de llevar a cabo la evaluación de las tecnologías sanitarias.

Desde 2021, la Ley del Cáncer depositó la responsabilidad en la RENETSA de evaluar los costosos medicamentos oncológicos no incluidos en el PNUME, sus listas complementarias o los dispositivos médicos que son necesarios para el tratamiento de enfermedades oncológicas, sujetas a la evaluación de múltiples criterios (como el análisis de la carga de enfermedades, el impacto terapéutico, el perfil de seguridad, el nivel de innovación, la equidad y las necesidades no satisfechas). En el proceso participan diferentes partes interesadas (entre ellas, organismos gubernamentales, instituciones académicas y proveedores de servicios de salud) y las recomendaciones derivadas de esta evaluación de múltiples criterios sobre las tecnologías sanitarias es vinculante para la cobertura de estas tecnologías en todo el sector público. Además, se han establecido umbrales de costos elevados para dar prioridad a los productos farmacéuticos que requieren el desarrollo de evaluaciones de tecnologías sanitarias. De igual manera, la modificación de la Ley sobre Enfermedades Raras y Huérfanas establece que las tecnologías sanitarias para el tratamiento de estas enfermedades también se analizarán mediante evaluaciones de múltiples criterios sobre las tecnologías sanitarias por parte de la RENETSA. En diciembre de 2023, se habían presentado 170 solicitudes de evaluaciones de tecnologías sanitarias y la RENETSA había publicado 20 recomendaciones para la cobertura y el uso de tecnologías oncológicas de costos elevados.

Hasta el momento, solo la DIGEMID2 ha llevado a cabo evaluaciones económicas de medicamentos oncológicos como parte de sus evaluaciones, mientras que las realizadas por el IETSI y el CETS se centran en la seguridad, la eficacia y la eficacia clínica. En 2022, la DIGEMID estableció el primer umbral de rentabilidad³ para el análisis de las intervenciones, las tecnologías sanitarias y los productos farmacéuticos (Fernandez-Navarro, Gonzales-Saldaña and Araujo-Castillo, 2022^[19]; Saldarriaga, 2023^[20]), aunque su grado de uso no está claro. La integración de las evaluaciones económicas en las prácticas habituales de evaluación de las tecnologías sanitarias podría mejorar la toma de decisiones para el reembolso de medicinas, especialmente en vista de los elevados precios de los nuevos medicamentos para enfermedades raras y oncológicas.

Aseguramiento de una mano de obra adecuada y eficiente

En Perú, la Dirección General de Personal de la Salud desarrolla recursos humanos para las políticas sanitarias y lleva a cabo el control y la evaluación de los recursos humanos existentes en el sector sanitario en virtud del Decreto Supremo núm. 008-2017-SA. Además, las direcciones regionales de salud tienen regiones destinadas a la gestión de recursos humanos a nivel local, aunque estas regiones no se encargan explícitamente de evaluar las necesidades.

La proporción de médicos por habitante es más de la mitad de la media de la OCDE

Entre 2013 y 2022, la cantidad de médicos por cada 1.000 habitantes aumentó un 27 %. A pesar de estas mejoras, la proporción de médicos por habitante se mantuvo por debajo de la media de la OCDE. En 2022, Perú contaba con 1,6 médicos por cada 1.000 habitantes, una cifra ligeramente inferior a la media de la región de América Latina y el Caribe (2) y más de la mitad de la media de la OCDE (3,8). De igual forma, la proporción de médicos de cabecera en Perú es muy baja. El número de médicos de atención primaria por cada 1.000 habitantes aumentó de 0,2 a 0,3 habitantes de 2009 a 2020, en comparación con el aumento de 0,9 a 1,2 por cada 1.000 habitantes de 2000 a 2020 en los países de la OCDE (OECD, 2022^[21]). Perú también se enfrenta al problema de la mala distribución de los trabajadores sanitarios entre las distintas zonas geográficas. En 2021, solo el 9,8 % de los médicos se encontraba en zonas rurales, un porcentaje que ha ido reduciéndose progresivamente desde 2013, cuando era del 15 % (MINSA, 2022^[22]).

La profesión de enfermería está en expansión, pero sigue siendo inferior a la media de la OCDE

Actualmente, existen 114.000 enfermeros en el país, lo que equivale a casi dos enfermeros por cada 100.000 habitantes. Más del 70 % del personal de enfermería trabaja en establecimientos de salud del MINSA o del gobierno regional; el 17 %, en establecimientos de EsSalud; y el 7 %, en establecimientos privados.

En 2022, Perú declaró contar con 2 enfermeros por cada 1.000 habitantes, una densidad que contrasta enormemente con la media de la OCDE, de 9,1, y que solo está por encima de la de Colombia (1,6). Si bien Perú figura como uno de los países con menor proporción de enfermeros per cápita de la OCDE, el número de enfermeros por cada 1.000 habitantes aumentó un 68 % entre 2013 y 2022. Esta tendencia indica grandes mejoras en la disponibilidad del personal de enfermería en Perú. No obstante, la distribución desigual entre las zonas rurales y urbanas sigue una tendencia similar a la observada con los médicos, ya que en 2021 solo el 14 % de los enfermeros trabajaban en zonas rurales (MINSA, 2022^[22]).

En los últimos 20 años, el número de equipos de atención primaria creció rápidamente en Perú. El número de equipos de atención primaria creció un 38 % en el último decenio, pues alcanzó los 0,30 equipos por cada 1.000 habitantes en 2020 (OECD, 2020^[23]).

Para mejorar la retención de los trabajadores sanitarios, es necesario invertir en la planificación de la mano de obra y en estructuras de incentivos adecuadas

En Perú, se han aplicado políticas en materia de recursos humanos de salud para abordar los desequilibrios geográficos en la distribución de la atención sanitaria y reducir las diferencias entre las zonas rurales y urbanas. Entre ellas se incluye la creación del Registro Nacional del Personal de la Salud (INFORHUS) en 2013 para controlar de forma adecuada el nivel de mano de obra y planificarse para cubrir las necesidades actuales y futuras. Además, el programa Servicio Rural y Urbano Marginal en Salud (SERUMS) requiere que los profesionales sanitarios que buscan empleo en el sector público realicen prácticas en zonas urbanas marginales o en zonas rurales, normalmente durante un año. El SERUMS regula la práctica de varios trabajadores sanitarios, entre ellos, los médicos, los enfermeros, los dentistas, los obstetras o los psicólogos. En 2024, existen un total de 8.048 puestos presupuestados para profesionales sanitarios que realizan servicios del SERUMS en establecimientos sanitarios ubicados en aproximadamente 2.294 de los distritos más pobres del país. El servicio del SERUMS es un requisito obligatorio para solicitar empleo en entidades públicas, para seguir programas de especialización profesional y para recibir becas públicas. La evaluación anterior indica que solo el 25 % de estos profesionales permanecen en el sector público un año después de terminar sus prácticas en el SERUMS (OECD, 2017^[24]). Otras pruebas muestran que la falta de suministros y de equipo médico, así como la

carga de trabajo excesiva (tanto de trabajo clínico como administrativo), son los principales problemas que expresan los médicos del programa SERUMS (Taype-Rondan et al., 2016^[25]).

Perú también ha intentado incrementar las competencias de los médicos en la medicina familiar y comunitaria a través del desarrollo del Programa Nacional de Formación en Salud Familiar y Comunitaria (PROFAM). El Ministerio de Salud aplica el PROFAM a través de la Escuela Nacional de Salud Pública. El diploma en medicina familiar y salud comunitaria ofrece un enfoque exhaustivo e integrado con respecto a la atención. Incluye la capacitación estratégica en ámbitos como la salud mental, la salud pública y la gestión pública. Si bien esta capacitación no es obligatoria para la práctica de atención primaria, es un requisito necesario para recibir una bonificación económica al ejercer en las prácticas de atención primaria. Según la información proporcionada por el MINSA, hubo cinco medidas de capacitación ejecutadas en la modalidad de autoformación del PROFAM en 2017, con un total de 23.512 participantes. En la segunda fase, celebrada en 2018, se ejecutaron 21 medidas de capacitación, con un total de 74.994 participantes.

La emigración de trabajadores sanitarios es un factor impulsor que explica la escasez de mano de obra sanitaria en Perú. Según la encuesta ENSUSALUD, alrededor del 7 % de los trabajadores sanitarios pretenden emigrar, sobre todo debido al síndrome de agotamiento, a las malas condiciones de trabajo y a los bajos salarios. Estos factores suponen importantes obstáculos a la hora de atraer y retener a los trabajadores sanitarios en el sector público y en las zonas remotas. Cabe señalar que existen diferencias salariales entre las regiones, en detrimento de los trabajadores sanitarios de las zonas rurales. Por ejemplo, el salario medio mensual del personal de enfermería de las zonas urbanas es de 2.981 PEN, en comparación con los 2.818 PEN de las zonas rurales. El salario medio mensual de los médicos de las zonas urbanas es de 6.208 PEN, en comparación con los 5.430 PEN de las zonas rurales. Perú debe implementar estructuras de incentivos adecuadas para mejorar la selección y la retención de trabajadores sanitarios. Una de las opciones que se debe estudiar es ofrecer un mayor nivel de incentivos financieros que el que se ofrece actualmente (que era de 1.850 PEN y 1.350 PEN mensuales en el caso de los médicos y enfermeros, respectivamente, en 2024) para atraerlos y retenerlos en zonas desatendidas. Algunos países de la OCDE, como Chile, combinan los incentivos financieros y no financieros para atraer y retener a los médicos en comunidades desatendidas.

Uno de los aspectos que puede explicar los problemas a la hora de acceder a los servicios del SIS o de EsSalud es el uso extendido de la “doble práctica”, lo que implica que muchos médicos dividen su tiempo entre la práctica pública y la privada. Aunque la normativa prohíbe a los médicos tener más de un trabajo en el sector público, los médicos tienen la oportunidad de asumir tareas adicionales en el lucrativo sector privado. El incentivo para los médicos es obtener mejores ingresos, en vista de los bajos salarios públicos. Perú debe controlar y regular adecuadamente la doble práctica. En 2023, SUSALUD presentó la Plataforma Nacional de Turnos Asistenciales, denominada TuASUSALUD, en la que los ciudadanos pueden acceder a los horarios programados del personal sanitario tanto en centros públicos como privados, con lo que mejora la transparencia y se evita que los médicos tengan turnos en distintos lugares al mismo tiempo. Entre los países de la OCDE que han tomado medidas para incrementar el tiempo que los médicos dedican a tratar a los pacientes en el sector público se incluyen Irlanda e Israel. Parte de sus estrategias incluye un aumento del salario para los médicos públicos que renuncien a la opción de trabajar en el sector privado. Otra opción que se puede estudiar es permitir a los médicos tener más de un trabajo en el sector público. En el contexto de la emergencia del dengue, el gobierno ha publicado el Decreto Supremo n° 004-2024-SA, que permite a los médicos especialistas y enfermeros tener, con carácter temporal, más de un puesto en el sector público. La autorización debe mantenerse a largo plazo para solucionar la escasez de trabajadores sanitarios en el sistema peruano de salud.

Además, Perú debería invertir en las profesiones relacionadas con la enfermería. Existen multitud de pruebas internacionales que respaldan la transferencia de funciones tradicionalmente desempeñadas por médicos a enfermeros y otros profesionales sanitarios aliados. Un primer paso sería formar a más personal de enfermería e invertir en formación práctica avanzada. EN 2022, el 80 % de los países

miembros de la OCDE había aumentado o planeaba aumentar las capacidades formativas en educación sobre enfermería. El objetivo de esta estrategia es solucionar la escasez de médicos y reducir la presión sobre ellos. Los trabajadores sanitarios comunitarios ofrecen otra posible vía para que Perú lleve a cabo la prevención y la promoción de la salud, a través de la comunicación con las comunidades en su propio idioma y la reducción de las diferencias entre la medicina tradicional y la moderna. La implicación de los trabajadores sanitarios comunitarios es especialmente importante para respaldar la prestación de atención de salud en las regiones de los Andes y el Amazonas, que son zonas muy remotas con poblaciones de origen indígena. Hasta la fecha, la formación y la participación de los trabajadores sanitarios comunitarios no se han formalizado en Perú.

El diseño de políticas eficaces de recursos humanos sanitarios requiere, sobre todo, datos de alta calidad y exhaustivos que puedan utilizarse para supervisar la dinámica del mercado laboral sanitario y evaluar la repercusión de las políticas. Las experiencias a nivel mundial subrayan la importancia de las inversiones en sistemas de información que ofrezcan datos fiables y actualizados sobre los recursos humanos en el ámbito de la salud. Esto sirve de base para el desarrollo de políticas e investigaciones adicionales. En Perú, tanto el Ministerio de Salud como las autoridades regionales emplean INFORHUS para evaluar las necesidades de recursos humanos en salud. No obstante, no suele haber datos disponibles sobre los trabajadores sanitarios empleados en subsistemas, debido a la falta de requisitos en cuanto a presentación de informes de los proveedores privados y EsSalud. La falta de datos sobre la disponibilidad de los trabajadores sanitarios en otras subregiones socava los esfuerzos por evaluar las necesidades de recursos humanos en salud. Esto explica en parte por qué Perú no publica de forma periódica trabajos recientes centrados en la evaluación de recursos humanos en salud. Los últimos informes en los que se analizaban la oferta y la demanda de especialistas y en los que se evaluaban las metas regionales se publicaron en 2011 y 2013.

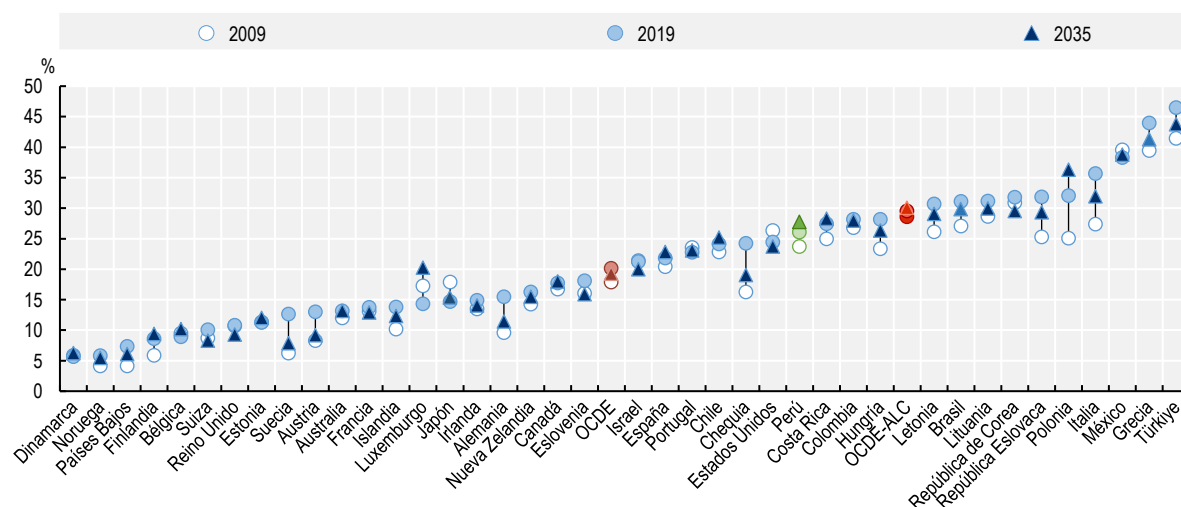
El MINSA también podría prestar apoyo a las autoridades regionales que carezcan de la escala y la capacidad técnica y financiera suficientes para evaluar sus propias necesidades y formular opciones de políticas. Tras la evaluación en 2013 de las metas en materia de recursos humanos regionales en salud hasta 2015, el Ministerio de Salud publicó un conjunto de notas de orientación técnica en 2014. Estas se publicaron para exponer los enfoques metodológicos que pueden utilizarse para calcular las carencias de recursos humanos sanitarios en la atención primaria, secundaria y terciaria. Esta es una buena práctica que el MINSA debería replicar.

Prevención y preparación

Aunque el panorama de las políticas nacionales en cuanto a RAM ha experimentado importantes mejoras, sigue habiendo carencias en la implementación práctica de las políticas

Aunque los antibióticos han mejorado de forma significativa la salud de la población, su uso excesivo ejerce una presión selectiva en los microorganismos que conduce a la RAM. En los últimos 20 años, Perú mostró las mayores tasas de crecimiento en consumo total de antibióticos. En Perú, el consumo total de antibióticos se duplicó con creces, pues pasó de 4,5 DDD por cada 1.000 habitantes al día en el año 2000 a 10 DDD por cada 1.000 habitantes al día en 2015. En comparación, en la OCDE, durante el mismo período, el consumo total creció de media en todos los países un 9 %, pues pasó de 21,4 a 23,3 DDD por cada 1.000 habitantes y día. En general, se prevé que las proporciones de resistencia, promediadas en 12 combinaciones prioritarias de antibióticos y bacterias, aumenten en Perú en 1,7 puntos porcentuales entre 2019 y 2035, en comparación con una reducción promedio de 1 punto porcentual en toda la OCDE. Para 2035, las tasas de RAM en Perú serán, de media, del 27 %, en comparación con el 20 % de los países de la OCDE y con el 30 % de los países de América Latina y el Caribe (Gráfico 4.7).

Gráfico 4.7. Perú experimentará un aumento en las proporciones de resistencia a los antimicrobianos entre 2019 y 2035



Nota: En los países situados a la izquierda de este gráfico, las proporciones de resistencia son mayores en 2035, en comparación con 2019. En los países situados a la derecha, las tasas son inferiores en 2035. Por lo demás, los países se ordenan de izquierda a derecha en función de las proporciones ascendentes de resistencia en 2019. Las medias de los distintos grupos de países no están ponderadas.

Fuente: OCDE (2023^[26]), *Embracing a One Health Framework to Fight Antimicrobial Resistance*, <https://doi.org/10.1787/ce44c755-en>.

Perú ha experimentado avances en la implementación de políticas para reforzar la resiliencia de su sistema de salud a la RAM. El plan multisectorial para combatir la resistencia a los antimicrobianos para 2019-2021 se aprobó en virtud del Decreto Supremo 010-2019-SA. Actualmente, se está desarrollando un nuevo plan para 2024-2026. Además, Perú ha creado una Comisión Multisectorial permanente contra la RAM a través del Decreto Supremo 010-2019-SA. El objetivo de esta comisión es mejorar los sistemas de vigilancia para supervisar el progreso hacia la consecución de las metas nacionales. El portal del Instituto Nacional de Salud ofrece acceso público a la información sobre el uso de antibióticos y sobre la RAM.

Cabe destacar que Perú está avanzando hacia el enfoque de “Una sola salud” mediante el desarrollo de un sistema de vigilancia integrado contra la RAM que abarca cuatro sectores principales: salud, agricultura, producción y medio ambiente. Estos sectores abarcan la salud humana, la salud animal, la alimentación y el medio ambiente. El MINSa participará, junto con el Ministerio de Desarrollo Agrario y Riego, el Ministerio del Ambiente y el Ministerio de la Producción. El sistema de vigilancia integrado está impulsado por el desarrollo de una nueva “Ley marco para la contención de la resistencia a los antimicrobianos en el marco del enfoque ‘Una sola salud’”. El objetivo de esta ley es establecer mecanismos públicos esenciales en materia de coordinación, gestión y asignaciones presupuestarias para abordar de manera exhaustiva la resistencia a los antimicrobianos en el marco del enfoque de “Una sola salud”.

Si bien la implementación de la política nacional de lucha contra la RAM demuestra claramente el compromiso de Perú con la solución de este problema de salud pública mediante la adopción del enfoque de “Una sola salud”, en un análisis reciente de la OCDE se detectan algunas deficiencias en el nivel de implementación de las políticas (OECD, 2023^[26]). En primer lugar, a pesar de que el Plan Nacional de Acción contra la RAM ha identificado fuentes de financiamiento, se está implementando e implica a los sectores pertinentes, carece de un plan operacional. Además, aunque Perú está aplicando directrices para optimizar el uso de antibióticos en salud humana para todos los síndromes principales, no se están aplicando en todos los establecimientos de salud. El control y la vigilancia tampoco se emplean para

fundamentar las medidas sobre políticas, actualizar las directrices terapéuticas y las listas de medicamentos esenciales, y los datos sobre el uso de antibióticos no se comparten con los prescriptores (OECD, 2023^[26]). Con respecto a la sensibilización sobre la RAM, no existen actividades respaldadas por el gobierno en todo el país para aumentar la sensibilización sobre el tema ni para facilitar un cambio de comportamiento entre las partes interesadas prioritarias con un control periódico de estas actividades. En los planos local y regional, se llevan a cabo algunas actividades de sensibilización sobre los riesgos de la RAM y sobre las medidas para combatirla, y estas se centran en algunas pero no en todas las partes interesadas pertinentes. Asimismo, Perú ofrece oportunidades de formación y educación profesional para aumentar la sensibilización sobre la RAM entre los profesionales sanitarios del sector de salud humana, aunque esta no se incluye de forma sistemática en los planes de estudio de la formación previa al servicio para todas las estructuras de salud humana pertinentes (OECD, 2023^[26]).

Perú ha aumentado su preparación frente a las crisis mediante el impulso de sus capacidades de laboratorio

A pesar del extenso historial de Perú en la reducción de riesgos y la respuesta ante desastres, la resiliencia de su sistema de salud se puso a prueba durante la pandemia de COVID-19. La pandemia ejerció una gran presión sobre el sistema de salud y puso de manifiesto los puntos débiles en la gestión y la preparación ante las crisis. Desde 2019, Perú ha adaptado sus políticas al Reglamento Sanitario Internacional (RSI) y presenta informes anuales a la OMS sobre su cumplimiento de las medidas de reducción de riesgos de desastres. En 2019, la puntuación media de Perú en cuanto a capacidad básica del RSI fue de 59. Esta cifra fue inferior a la de otros países de la OCDE y de América Latina y el Caribe, como la Argentina (64), el Brasil (92), Chile (76) y Costa Rica (77) (WHO, 2022^[27]). No obstante, la media de capacidad básica de 15 en el RSI ha mejorado un 6 % entre 2021 y 2022. En 2023, el instrumento de autoevaluación para la presentación anual de informes de los Estados Partes indicó una vulnerabilidad particular en el ámbito de la coordinación de las funciones, el financiamiento, los recursos humanos, la gestión y la planificación ante emergencias, la gestión de la cadena de suministro, la prestación de servicios sanitarios, la prevención y el control de infecciones, así como la comunicación de riesgos y la participación de la comunidad. En cada ámbito, la puntuación de Perú se sitúa en el 20 %.

Hay tres instituciones diferentes a cargo de la gestión y la preparación ante riesgos en el sector sanitario: 1. DIGER (que se encarga de la reducción de riesgos en la infraestructura sanitaria); 2. CDC (que es responsable de la vigilancia epidemiológica) y 3. RENACE (que presenta informes o notificaciones semanales y mensuales sobre los brotes epidemiológicos). Tras la pandemia de COVID-19, se han puesto en marcha varias reformas de políticas en Perú con el objetivo de mejorar la preparación y la gestión de riesgos ante brotes. Entre 2020 y 2022, el MINSA puso en marcha cinco planes nacionales para combatir la pandemia de COVID-19. Estos planes eran coherentes con el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) y estaban en línea con *Strategic Action: Prevention and response to international public health emergencies*. Se han centrado en reforzar el enfoque específico en la gestión de riesgos y los procesos de cara a la preparación y la respuesta. El objetivo es mejorar la organización multisectorial y la coordinación; prevenir y controlar la transmisión comunitaria de la COVID-19, mejorar la detección oportuna de casos de COVID-19, reforzar la capacidad de respuesta y la prevención de infecciones, aplicar la vacunación activa frente a la COVID-19 y reforzar la disponibilidad de suministros estratégicos. El país también cuenta con una Política Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres para el año 2050, la cual incluye seis objetivos:

- Mejorar la comprensión de los riesgos de desastres para fundamentar los procesos de toma de decisiones tanto a nivel de población como de entidades estatales.
- Optimizar las condiciones del uso territorial, teniendo en cuenta los riesgos de desastres.
- Perfeccionar la implementación coordinada de la gestión del riesgo de desastres en todo el territorio.

- Impulsar la integración de la gestión del riesgo de desastres tanto en las inversiones públicas como privadas.
- Garantizar la prestación de atención a la población durante las emergencias y los desastres.
- Mejorar el proceso de recuperación para la población y los medios de subsistencia afectados por las emergencias y los desastres.

Perú está muy comprometido con la implementación del enfoque “Una sola salud” para la gestión de riesgos y la preparación ante brotes. El país muestra un sólido compromiso con la transparencia para mejorar su capacidad de respuesta. Perú ha solicitado oficialmente una evaluación externa voluntaria de la OPS en el contexto de las capacidades del RSI, que consiste en la evaluación de la capacidad del país para prevenir y detectar las amenazas a la salud pública y responder a ellas de manera rápida.

Cabe señalar que Perú ha conseguido grandes progresos en el impulso de la capacidad de análisis. Para el control del virus y para la preparación y la respuesta ante emergencias sanitarias es fundamental contar con una infraestructura de laboratorio avanzada y una mejor capacidad de vigilancia. No obstante, durante la pandemia de COVID-19, la limitada capacidad de laboratorio supuso un problema para la implementación del análisis molecular adecuado y descentralizado (Herrera-Añazco et al., 2021^[28]). La red de laboratorios gestionada por el INS se reforzó tras la pandemia. En 2021 y 2022, el INS certificó 100 laboratorios, ubicados en 25 regiones, que disponían de las tecnologías y la infraestructura adecuadas para llevar a cabo análisis moleculares de la COVID-19 y otras enfermedades infecciosas. Esto supone un paso importante a la hora de supervisar la notificación de casos, rastrear a las personas y asegurarse de que reciben una atención adecuada. Sin embargo, siguen existiendo desafíos a la hora de reforzar la capacidad de laboratorio de Perú. Entre ellos se encuentra el desarrollo de un sistema de transporte que ofrezca servicios primarios de cadena de frío y permita el rastreo en tiempo real de las muestras transportadas, la ampliación de la capacidad de almacenamiento de muestras y el control de la estabilidad de estas, así como el desarrollo de un sistema de embalaje normalizado para su transferencia (USAID, 2023^[29]).

No obstante, la eficacia de estas iniciativas nacionales depende de la sólida implementación regional. A pesar de tener un plan nacional claro con fuentes de financiamiento identificadas, el éxito de estas medidas depende en gran parte de las decisiones y aplicaciones regionales. Los problemas con la capacidad técnica y organizativa a nivel regional podrían derivar en una implementación deficiente de estas políticas de salud importantes.

La disminución de la cobertura inmunitaria aumenta el riesgo de brotes de enfermedades evitables

Debido a la disminución de las tasas de vacunación, el riesgo de brote de enfermedades evitables por vacunación aumenta en Perú. Aunque el gobierno peruano ha aumentado el gasto en la compra de vacunas y ha creado amplios programas de vacunación (MINSA, 2018^[30]), la cobertura inmunitaria en el país ha experimentado una disminución constante en los últimos dos decenios. En 2000, la cobertura inmunitaria contra el sarampión, la difteria, el tétanos y la tos ferina, y la poliomielitis se situaba por encima del 90 % de su población objetivo, mientras que las últimas estimaciones para 2022 indicaban una cobertura del 74 % en el caso del sarampión y del 82 % en el de la difteria, el tétanos y la tos ferina (Gráfico 3.15).

A pesar del aumento del gasto en este ámbito, la disminución indica que existen otros factores fundamentales para garantizar el éxito de los programas de inmunización. Entre ellos están la existencia de suficiente personal sanitario, las estrictas normas de calidad de las vacunas, el aumento de la sensibilización entre la población y las buenas campañas de comunicación para reducir la información errónea. La falta de calidad y los problemas de comunicación han sido unos de los principales factores de la caída en la cobertura inmunitaria contra la poliomielitis. En 2013, la cobertura inmunitaria contra la

poliomielitis disminuyó drásticamente en Perú (del 92 % de niños de un año vacunados al 71 % al año siguiente) debido a graves problemas de calidad de la vacuna oral y a la escasez mundial de una versión inyectable más segura (MCLCP, 2014^[31]).

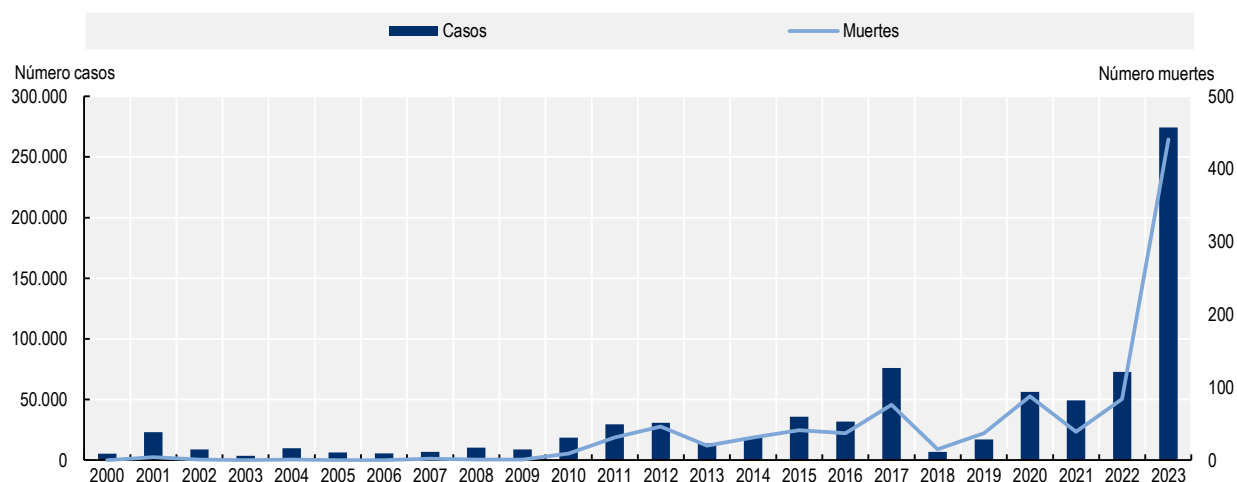
La pandemia de COVID-19 también afectó al uso de las vacunas debido a las medidas de distanciamiento físico y al temor público al contagio, lo que provocó una caída de casi el 20 % en la cobertura de la tercera dosis de la vacuna contra la difteria, el tétanos y la tos ferina en 2020 (72 %) en comparación con 2019 (88 %). Para revertir esta tendencia, Perú debe mejorar su respuesta a través de un sólido aseguramiento de la calidad, unas campañas nacionales de comunicación eficaces, unos mejores conocimientos sanitarios y programas de vacunación de proximidad. Para abordar los problemas de salud pública y la reticencia a la vacunación de forma eficaz, es necesario implementar estas estrategias en los planos nacional, regional y local.

Las amenazas asociadas al cambio climático incluyen la necesidad de responder a la contaminación atmosférica y a las enfermedades transmitidas por vectores

El cambio climático supone un desafío clave para el sistema peruano de salud, pues está vinculado a diferentes tipos de enfermedades, entre ellas la propagación de enfermedades tropicales y su vector, así como al riesgo para la salud derivado de la contaminación atmosférica.

En parte debido al aumento mundial de la temperatura, Perú se enfrenta a problemas de salud relacionados con el clima, entre ellos El Niño, un fenómeno meteorológico que se extiende por el Pacífico y afecta a América del Sur a través de El Niño-Oscilación Sur, lo que provoca un aumento de las temperaturas y fuertes precipitaciones (Cai, McPhaden and Grimm, 2020^[32]). El aumento de las temperaturas y la frecuencia de las inundaciones incrementan la idoneidad para los vectores, con una atención particular al mosquito *Aedes aegypti*, que es un vector del dengue, el zika, el chikungunya y la fiebre amarilla. De estos, el dengue genera una preocupación especial. Actualmente, Perú es uno de los tres países de la región más afectados por la enfermedad, junto con el Brasil y Bolivia. Perú ha experimentado un continuo aumento en 2010 y ha alcanzado su pico en 2023, con 274.227 casos, casi cuatro veces más que el año anterior y prácticamente tantos casos como todos los registrados entre 2000 y 2021 juntos (Gráfico 4.8). En 2024, ante la amenaza de que el dengue paralizase los hospitales, se declaró la emergencia sanitaria en 20 regiones (MINSA, 2024^[33]).

Gráfico 4.8. Número de casos y muertes por dengue en Perú, 2000-2023

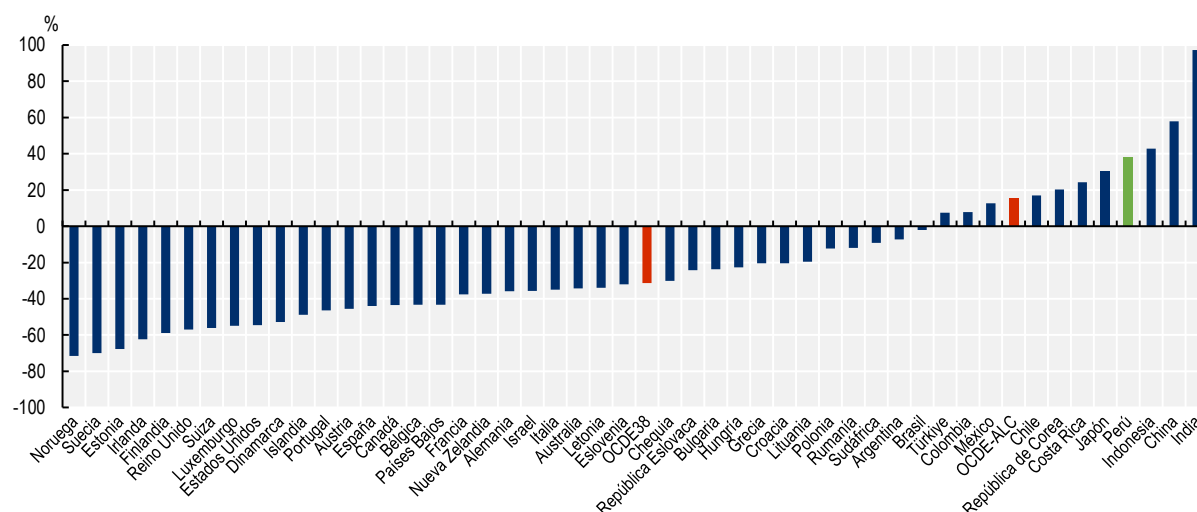


Fuente: PLISA (Plataforma de Información de Salud para las Américas), OPS.

Perú debe abordar también la contaminación atmosférica, que ya es una de las principales causas de muerte y discapacidad en el país. Si bien la media de la OCDE experimentó una reducción del 31 % en las muertes prematuras atribuibles a la contaminación ambiental entre 2000 y 2019, Perú ha experimentado un aumento significativo del 38 % (Gráfico 4.9), y se han alcanzado 274,3 muertes prematuras por cada millón de habitantes en 2019. Esta cifra es mayor que la de otros países vecinos, como Colombia (259,6), el Ecuador (244,1) y el Brasil (206,6), pero inferior a la de Chile (307,5) y Bolivia (337,5). Perú tenía la mayor exposición a materia particulada fina (MP2,5) de América en 2019, 31,1 microorganismos por metro cúbico, en comparación con los 13,9 de la OCDE y los 15 de la región de América Latina y el Caribe (OECD, 2024^[34]).

Se deberían desarrollar medidas de políticas adecuadas para mitigar el impacto sobre la salud de estos riesgos ambientales y climáticos, así como para prepararse ante este. Perú lleva un tiempo adoptando medidas encaminadas a resolver el problema del cambio climático: en 2013, creó las Comisiones Nacionales sobre el Cambio Climático y en 2003, la Estrategia Nacional ante el Cambio Climático (Carrillo-Larco et al., 2022^[35]). Más recientemente, Perú aprobó la Ley Marco de Cambio Climático de 2018, creó las Comisiones sobre el Cambio Climático en 2020 y aprobó la Política Nacional del Ambiente de 2021 con el objetivo de reducir la contaminación atmosférica, del agua y del suelo. Los marcos normativos incluyen normas de calidad ambiental y planes de acción a nivel local para la mejora de la calidad del aire, que van desde la información y la educación ambiental hasta la mejora de la planificación urbana y del transporte. Cabe destacar que no existe infraestructura en el país para el control de la calidad del aire, lo que limita la supervisión del cumplimiento de las normas de calidad del aire para adoptar medidas correctivas o implementar planes de mejora.

Gráfico 4.9. Cambio en las muertes prematuras atribuibles a la contaminación ambiental por materia particulada, 2000-2019



Fuente: Estadística ambientales de la OCDE, 2020.

Referencias

Cai, W., M. McPhaden and A. Grimm (2020), "Climate impacts of the El Niño–Southern Oscillation on South America", *Nat Rev Earth Environ*, Vol. 1, pp. 215–231, <https://doi.org/10.1038/s43017-020-0040-3>.

[32]

- Carrillo-Larco, R. et al. (2022), "Peru – Progress in health and sciences in 200 years of independance", *The Lancet Regional Health - Americas*, Vol. 7/100148, <https://doi.org/10.1016/j.lana.2021.100148>. [35]
- CGR (2023), *Informe sobre presupuesto por resultados (PpR) en el Perú para el Informe de Auditoría a la Cuenta General de la República*, Contraloría General de la República, <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/4922923/Informe%20T%C3%A9cnico%20002-2023-CG-OBANT%20-%20Programas%20Presupuestales.pdf> (accessed on 17 April 2024). [5]
- Congreso de la República (2019), *Ley que declara a los medicamentos, productos biológicos y dispositivos médicos como parte esencial del derecho a la salud y dispone medidas para garantizar su disponibilidad*, https://www.leyes.congreso.gob.pe/Documentos/2016_2021/Proyectos_de_Ley_y_de_Resoluciones_Legislativas/PL0449420160620.pdf (accessed on 18 April 2024). [17]
- DIGEMID (2022), *Gasto de bolsillo en salud y medicamentos. Período 2020 al 2021*, Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas. [11]
- Fernandez-Navarro, M., J. Gonzales-Saldaña and R. Araujo-Castillo (2022), "La importancia de la estandarización de la evaluación metodológica en las evaluaciones de tecnologías sanitarias", *Revista del Cuerpo Médico Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo*, Vol. 15/Supl. 1. [19]
- Herrera-Añazco, P. et al. (2021), "Some lessons that Peru did not learn before the second wave of COVID-19", *The International Journal of Health Planning and Management*, Vol. 36/3, pp. 995-998, <https://doi.org/10.1002/hpm.3135>. [28]
- INEI (2022), *Perú: Evolución de los Indicadores de los Programas Presupuestales, 2013 - 2021*, Instituto Nacional de Estadística e Informática, <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/3407415/Per%C3%BA%3A%20Evoluci%C3%B3n%20de%20los%20Indicadores%20de%20Programas%20Presupuestales%2C%202013-2021.pdf?v=1657735085> (accessed on 17 April 2024). [6]
- MCLCP (2014), *Alerta - Situación de la vacunación a los menores de 3 años*, https://www.mesadeconcertacion.org.pe/sites/default/files/8_alerta_vacunas_06-05-14.pdf (accessed on 21 March 2024). [31]
- MINSA (2024), *Gobierno aprueba declaración de emergencia sanitaria a 20 regiones por un plazo de 90 días debido al incremento del dengue*, <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/911809-gobierno-aprueba-declaracion-de-emergencia-sanitaria-a-20-regiones-por-un-plazo-de-90-dias-debido-al-incremento-del-dengue>. [33]
- MINSA (2022), *Compendio Estadístico: Información de Recursos Humanos del Sector Salud Perú 2013-2021*, <https://digepe.minisa.gob.pe/bibliografica.html>. [22]
- MINSA (2021), *Plan Nacional de cuidados integrales del cáncer (2020 – 2024)*, <http://bvs.minisa.gob.pe/local/MINSA/5341.pdf>. [4]
- MINSA (2018), *Norma Técnica de Salud que Establece el Esquema Nacional de Vacunación*, <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/11/948769/rm-719-2018-minsa.pdf>. [30]

- Movimiento Salud 2030 (2021), “Gestión presupuestaria del sector salud en el Perú Desafíos y recomendaciones”, <https://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/5471.pdf> (accessed on 8 April 2024). [15]
- OECD (2024), *Air pollution exposure* (indicator), <https://doi.org/10.1787/8d9dcc33-en> (accessed on 15 April 2024). [34]
- OECD (2023), *Embracing a One Health Framework to Fight Antimicrobial Resistance*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/ce44c755-en>. [26]
- OECD (2023), *Estudios Económicos de la OCDE: Perú 2023*, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/f67c8432-es>. [2]
- OECD (2022), *Primary Health Care for Resilient Health Systems in Latin America*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/743e6228-en>. [21]
- OECD (2020), *Realising the Potential of Primary Health Care*, OECD Health Policy Studie, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/a92adee4-en>. [23]
- OECD (2017), “Financing and budgeting practices for health in Peru”, *OECD Journal on Budgeting*, Vol. 2, <https://doi.org/10.1787/16812336>. [3]
- OECD (2017), *OECD Reviews of Health Systems: Peru 2017*, OECD Reviews of Health Systems, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/9789264282735-en>. [24]
- Saldarriaga, E. (2023), “Un paso incompleto en la dirección correcta: el Instituto Nacional de Salud del Perú establece el rango de costo-efectividad”, *Revista de Saúde Pública*, Vol. 56, p. 106. [20]
- SISMED (2024), *Resultado del indicador ficha No31 por región del marco de los Convenios de Gestión 2024*, <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiaMmNjNTBmOWltZWZWM3NS00YTgxLTk5M2ltOGNjNWYyOTU3ODczliwidCI6IjM0ZjMyNDE5LTJfMDUtNDc1Ni04OTZILTQ1ZDYzMzcyNjU5YiIsImMiOjR9> (accessed on 8 April 2024). [16]
- SUSALUD (2022), *Anuario Estadístico 2022*, Superintendencia Nacional de Salud, <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/4873728/ANUARIO%20ESTADISTICO%20SUSALUD%202022.pdf?v=1689889186> (accessed on 29 March 2024). [10]
- Taype-Rondan, A. et al. (2022), “Características metodológicas de las evaluaciones de tecnologías sanitarias elaboradas en Perú, 2019-2021”, *Revista del Cuerpo Médico Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo*, Vol. 15/Supl. 1. [18]
- Taype-Rondan, A. et al. (2016), “Problems perceived and experienced by health professionals rendering social service in Ancash, Peru. 2015”, *Revista de la Facultad de Medicina*, Vol. 65/3, <https://doi.org/10.15446/revfacmed.v65n3.59055>. [25]
- Ugarte Ubilluz, O. (2019), *Estrategias para mejorar el acceso a medicamentos en el Perú*, UNMSM. Facultad de Medicina, http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832019000100019. [9]

- USAID (2023), *Strengthening Laboratory Capacity to Improve the Availability and Accuracy of COVID-19 Diagnosis in Peru: Recommendations and Training Plan to Improve Specimen Collection, Handling, and Transport*, [29]
https://www.lhssproject.org/sites/default/files/resource/2023-04/LHSS_Peru_Recommendations%20and%20Training%20Plan%20to%20Improve%20Specimen%20Collection%20Handling%20and%20Transport_FY23_04-03-23%20sxf.pdf.
- Videnza Consultores (2022), "Situación actual del mercado de salud peruano", [14]
<https://www.comexperu.org.pe/upload/articles/publicaciones/situacion-actual-del-mercado-de-salud-peruano-informe.pdf> (accessed on 8 April 2024).
- Videnza Consultores (2021), "Abastecimiento de recursos estratégicos en salud", [13]
<https://www.redesarrollo.pe/wp-content/uploads/2021/07/Abastecimiento-de-recursos-estrategicos-en-salud.pdf> (accessed on 8 April 2024).
- Videnza Consultores (2020), "El abastecimiento de medicamentos en el Perú: retos y oportunidades", [12]
<https://videnza.org/el-abastecimiento-de-medicamentos-en-el-peru-retos-y-oportunidades/> (accessed on 8 April 2024).
- WHO (2022), *Compliance with the International Health Regulations*, [27]
<https://apps.who.int/gho/data/node.main.UHCIHR?lang=fr>.
- WHO (2021), *Global Health Observatory*. [1]
- WHO (2020), *Budgeting for results in health: Key features, achievements and challenges in Peru*, World Health Organization, <https://www.who.int/publications/i/item/9789240004436>. [7]
- World Bank (2021), *Financiamiento para la cobertura universal de salud en el Perú después de la COVID-19*, <https://www.bancomundial.org/es/country/peru/publication/financiamiento-para-la-cobertura-universal-de-salud-en-el-per-despu-s-de-la-covid-19>. [8]

Notas

¹ Algunos ejemplos son los Convenios de Apoyo Presupuestario (CAP) y el Fondo de Estímulo de Desempeño y Logro de Resultados Sociales (FED), así como las transferencias realizadas por el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS) para obtener resultados positivos en las evaluaciones de desempeño.

² <https://repositorio-digemid.minsa.gob.pe/collections/66fd6322-24a5-4e2f-9850-0c3679e70687>.

³ <https://repositorio-digemid.minsa.gob.pe/collections/37f318c9-7711-4d56-a3d0-cfd8b7c973c0>. La DIGEMID desarrolló la metodología y la presentó al Despacho Ministerial y las entidades del sector; las entidades proporcionaron sus bases de datos y, a partir de la aplicación de la metodología, se calculó el umbral para que posteriormente la DIGEMID lo procesase, con el respectivo informe técnico para la aprobación de la Resolución Ministerial.

Estudios de la OCDE sobre los Sistemas de Salud: Perú 2025

Perú ha logrado avances notables en la prestación de servicios de salud en las últimas décadas, lo que ha conducido a mejoras significativas en la mayoría de los indicadores de salud de la población. La cobertura del seguro de salud ha aumentado de manera constante desde las reformas de salud de 2009. El país está ahora cerca de alcanzar la cobertura sanitaria universal, siendo el Seguro Integral de Salud un pilar fundamental para llegar a las comunidades rurales pobres y desatendidas. Sin embargo, Perú sigue enfrentándose a un sistema de salud que continúa siendo segmentado y fragmentado, con múltiples subsistemas públicos que atienden a distintos grupos poblacionales. El sistema de salud aún carece de la integración y coordinación necesarias para garantizar el acceso equitativo a una atención de calidad para todos los peruanos. Abordar estos desafíos requiere fortalecer la gobernanza de la calidad, invertir en mejoras de alto impacto en los servicios de salud y reducir las ineficiencias. Esta revisión evalúa el desempeño del sistema de salud de Perú y proporciona recomendaciones clave para lograr un sistema de salud más equitativo, eficiente y sostenible, alineado con los estándares de la OCDE.



IMPRESA ISBN 978-92-64-46929-7
PDF ISBN 978-92-64-85302-7



9 789264 469297

OECD Reviews of Health Systems: Peru 2025

7 May 2025

[Download the English version](#)

