



BANCO MUNDIAL
BIRF • AIF | GRUPO BANCO MUNDIAL

FINANCIAMIENTO PARA LA COBERTURA UNIVERSAL DE SALUD EN EL PERÚ DESPUÉS DE LA COVID-19

RESUMEN EJECUTIVO
SEPTIEMBRE 2021

Public Disclosure Authorized

Public Disclosure Authorized

Public Disclosure Authorized

Public Disclosure Authorized



Salud, Nutrición y Población

© 2021 The World Bank
1818 H Street NW, Washington DC 20433
Teléfono: 202-473-1000; Internet: www.worldbank.org

Algunos derechos reservados.

Esta publicación es un producto del personal del Banco Mundial. Los hallazgos, interpretaciones y conclusiones vertidos en este informe no necesariamente reflejan las opiniones de los Directores Ejecutivos del Banco Mundial o de los Gobiernos que representan. El Banco Mundial no garantiza la exactitud de la información contenida en esta publicación. Los límites, colores, denominaciones y otras informaciones que aparecen en los mapas de este informe no representan un juicio de valor por parte del Banco Mundial sobre el estatus legal de un territorio, ni constituyen un aval o una aceptación de dichas fronteras.

Derechos y licencias

El material de esta publicación está sujeto a derechos de autor. Dado que el Banco Mundial incentiva la difusión de su conocimiento, esta publicación puede ser reproducida, en su totalidad o en parte, para fines no comerciales, siempre y cuando se atribuya plenamente su autoría.

Atribución—Sírvense citar la publicación como sigue: "World Bank. 2021. Financiamiento para la cobertura universal de salud en el Perú después de la COVID-19. © World Bank."

Para cualquier consulta sobre derechos y licencias, incluyendo derechos subsidiarios, sírvanse contactar a World Bank Publications, The World Bank Group, 1818 H Street NW, Washington, DC 20433, EEUU; fax: 202-522-2625; e-mail: pubrights@worldbank.org.

Resumen ejecutivo

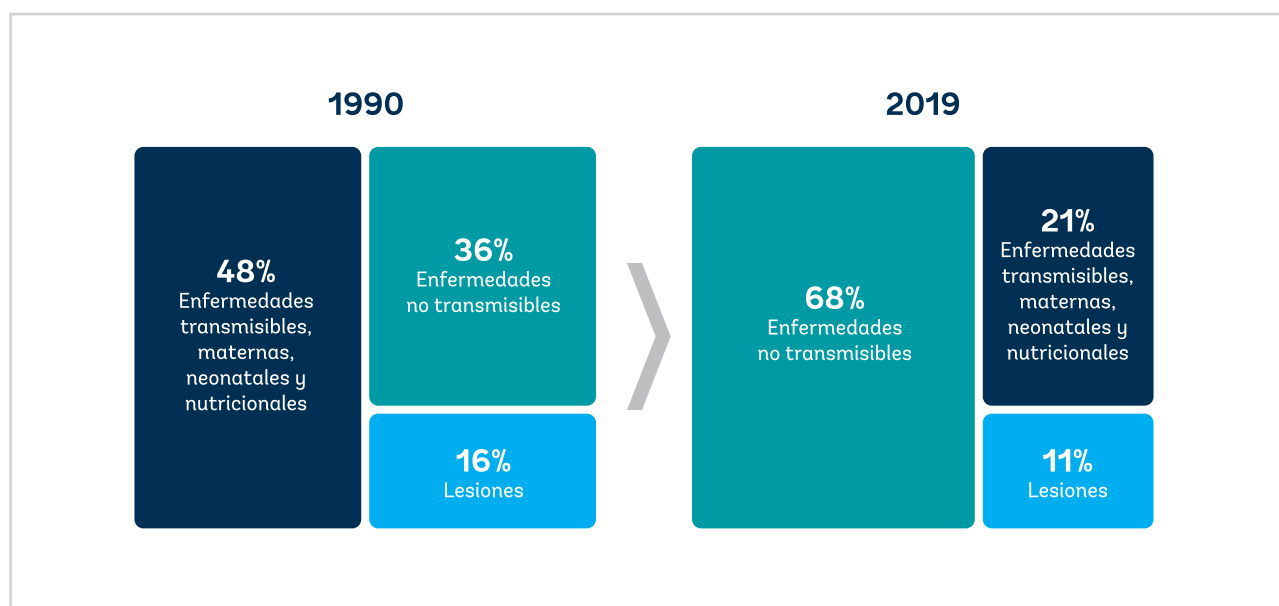
Nunca las debilidades del sector de Salud del país han sido tan evidentes ni se ha necesitado resolverlas con tanta urgencia como hoy. Con acción decidida del sector público, es posible lograr la reforma que el sistema de salud necesita dentro del quinquenio actual. Un primer grupo de reformas que impulsaría al sector concierne a la rectoría para la articulación de los subsectores de la salud, que conllevaría una mejor organización de la prestación y del financiamiento del sector. Además, la correcta implementación de las redes integradas de salud ayudaría a organizar la prestación de servicios y combatir la doble carga de enfermedad sobre la población de manera más eficiente.

Por último, para cerrar las brechas en la cobertura efectiva de la población no solo hace falta un presupuesto mayor para el sector, sino un manejo financiero que se vincule a la calidad y resultados de los servicios en salud. Este reporte provee un diagnóstico del estado actual del sector y postula una hoja de ruta para implementar su reforma.

Al mismo tiempo que el sector asumió el histórico reto de una cobertura universal e integral en salud, la pandemia por la COVID-19 puso una carga extraordinaria sobre el sistema. La situación de las finanzas públicas ha sido afectada por la crisis sanitaria, restando a la capacidad de invertir en el sector. A ello se suma la doble carga de enfermedad: la persistente carga de enfermedades transmisibles y materno-infantiles y la creciente carga de enfermedades crónicas y no transmisibles (ENT).

La Figura A muestra que aún persisten algunos problemas relacionados con enfermedades transmisibles y materno infantiles: alta incidencia de anemia infantil (29.5%), tuberculosis y malaria (117 y 21.2 por 100,000 habitantes), mientras que aumentó la incidencia de las ENT en la carga de enfermedades de la población, pasando de 36% a 68% en años de vida ajustados por discapacidad.

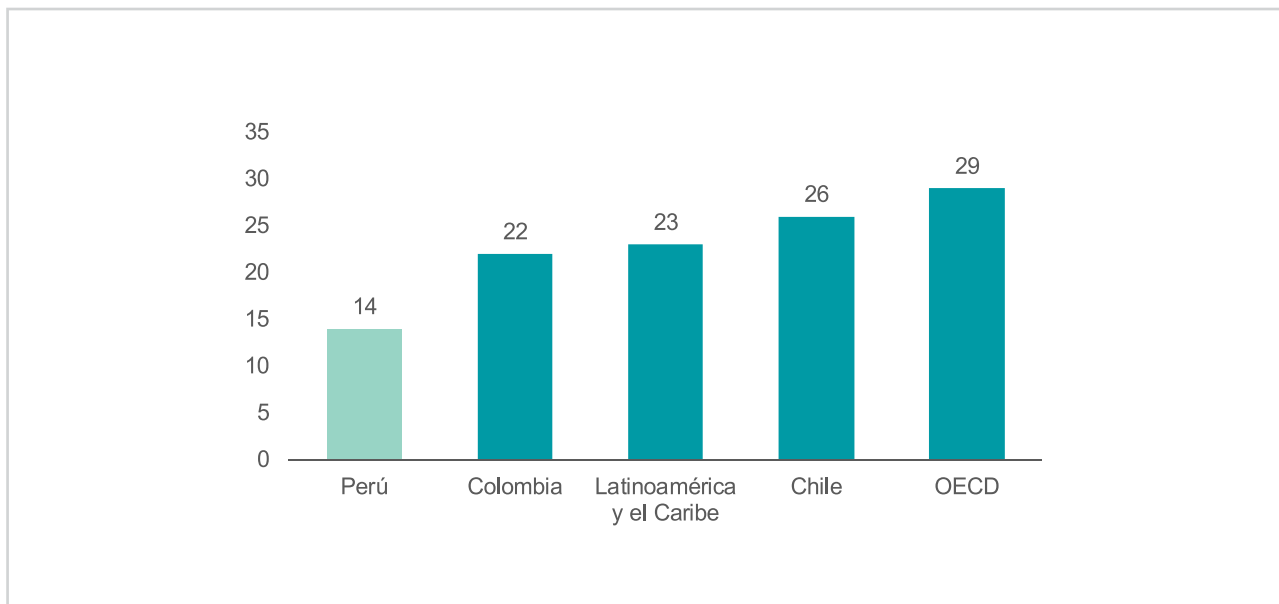
Figura A:
Cambio en el perfil epidemiológico peruano



Fuente: Institute for Health Metrics and Evaluation (GBD compare, 2021)

Los rezagos en el estado de salud de la población se condicen con una limitada cobertura de los servicios y una pobre disponibilidad de recursos humanos e infraestructura. La disponibilidad de recursos humanos en salud es insuficiente en la comparación internacional (Figura B) y existe un descalce entre la oferta centrada en enfermedades y una mayor necesidad de atención de problemas del primer nivel de atención (Minsa, 2020a). A esto se suma el pobre nivel de la infraestructura en el sector, pues 96% de los establecimientos de salud presentan capacidad instalada inadecuada (Minsa, 2021c).¹

Figura B:
Médicos por cada 10,000 habitantes



Última fecha disponible en la base de datos: 2017. Fuente: Minsa (2020b) y Banco Mundial (2021b)

Para mejorar la organización de la prestación y del financiamiento del sistema de salud, se requiere un grupo de reformas que fortalezcan la rectoría para la articulación de los subsectores de la salud. El sector de salud es fragmentando y el rol del Ministerio de Salud (Minsa) como ente rector es débil. El aspecto más complejo en este desafío consiste en fortalecer la articulación de la rectoría a nivel descentralizado, ya que deben incluirse a las regiones, localidades y el sector Salud en la discusión. Ello sería mejor abordado desde la estrategia nacional de la descentralización de la rectoría de salud a lo largo del nuevo período gubernamental. La capacidad de rectoría del Minsa se vería fortalecida si se transfiriesen las funciones de prestación a una entidad independiente como el Instituto de Gestión de los Servicios en Salud (IGSS).² Sería saludable evaluar las falencias que el Congreso percibió en la creación del IGSS (que absorbía las funciones de prestación del Minsa) y que suscitaban su eventual desactivación y apoyarse en el consenso nacional sobre la necesidad por rectoría desde el Minsa (Acuerdo Nacional, 2021).

El fortalecimiento de la inteligencia estratégica dentro del Minsa y a nivel del sector Salud es un importante aspecto de una rectoría adecuada.

Esta necesidad también encuentra cabida en el consenso nacional sobre la construcción de un Sistema Unificado en Salud. Para la estandarización de la información y la articulación de la data para la rectoría e inteligencia estratégica en el sector, es importante que la coordinación entre subsectores se dé de manera institucionalizada. La magnitud de este esfuerzo amerita una reforma integral del sistema de información en salud que aborde e institucionalice la inteligencia estratégica desde la identificación de necesidades de información, los procesos de recojo y carga de información desde el nivel más descentralizado, la sistematización y análisis de información según las necesidades, y el uso de la información para la evaluación y toma de decisiones en el sector. La creación del Grupo de Trabajo de Inteligencia Estratégica es un primer paso, pero habría que escalarlo para poder implementar eficazmente el mandato de la reforma del sistema de información.

(1) Implica precariedad de la infraestructura, equipamiento obsoleto, inoperativo o insuficiente. La cifra para 2019 era de 78% (Minsa, 2020a).

(2) Ley N°30526, Ley que Desactiva el Instituto de Gestión de Servicios de Salud.

Por otro lado, si los esfuerzos paralelos de información e inteligencia en los distintos subsectores conversan entre sí, se potencia la capacidad rectora del Minsa sobre el sistema conjunto. Un primer paso para ello es la elaboración de la plataforma central para que se coordinen los procesos de información y análisis en el sector público con los de EsSalud (que hoy recaen en su Unidad de Inteligencia y Análisis de Datos), y con los del sector privado y de las sanidades policiales y militares. Sería ideal que tal coordinación se diera a través de SuSalud y en mesas de trabajo temáticas que aborden, por ejemplo, la estandarización de tarifarios, la interoperabilidad de la historia clínica electrónica y la integración de datos del sector en la elaboración de salas virtuales de inteligencia estratégica en salud. Un camino para operativizar la interoperabilidad de los sistemas de información es la operación conjunta de las redes integradas de salud por los distintos actores del sistema de salud.

Dada la complejidad de la coordinación entre subsectores para la estandarización de tarifarios, sería beneficioso que el proceso se enmarque dentro de un cuerpo normativo sólido. Para ello, la labor de mesas de coordinación para la estandarización de tarifarios se vería potenciada si, desde la vía regulatoria, se establecen un plan de servicios común y un tarifario común. Dicho tarifario para prestaciones debiera contemplar los mecanismos que aseguren su adopción y cumplimiento por todas las aseguradoras y proveedores desde SuSalud, así como la gradualidad de su implementación y la capacidad de control por las entidades regulatorias.

Llevar adelante las reformas necesarias de prestación y financiamiento del sector Salud requiere implementar un nuevo modelo de organización y gestión. La reorganización de las redes de salud para una prestación más eficiente implica el traslado de recursos humanos y físicos entre establecimientos. Ello requiere coordinación con el recurso humano para su reorganización, y adaptación de la población usuaria a la reconfiguración de la red. En sus Componentes 1 y 2, el Proyecto de Creación de Redes Integradas de Salud (PCRIS), cofinanciado por el Banco Mundial, contiene el marco institucional necesario para la reorganización del modelo y gestión, así como de la infraestructura para un funcionamiento óptimo de redes integradas de salud. Se podría aprovechar la oportunidad del espacio del PCRIS para llevar a cabo el Plan de Implementación de las RIS. La experiencia del PCRIS en las 29 redes piloto ofrece una base ideal para llevar la normativa del mismo plan a su aplicación a escala.

Un mejor equilibrio entre la recuperación y el compromiso de gasto es crucial para que el acceso universal a la salud sea sostenible. Las opciones para aumentar la recaudación se han visto limitadas desde la expansión del “Seguro Integral de Salud (SIS) Para Todos” con cobertura del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS) y el Plan Complementario. Para fortalecer los aportes al SIS, uno de los caminos es ofrecer una alternativa atractiva en la relación precio-calidad a la población no vulnerable e informal. Para ello, un primer paso consiste en identificar a la población con capacidad de pago afiliada y elegible de afiliarse al SIS e incorporarlos a una ruta gradual hacia la contribución. Ello requeriría la unificación de los diversos regímenes en el SIS y aportes escalonados según capacidad de pago, conservando la gratuidad para la población calificable al “SIS Gratuito” por criterios de vulnerabilidad. En aras de disminuir el riesgo de recortar el acceso a los servicios, es recomendable que el requerimiento de pago empiece en las escalas identificadas con mayor capacidad de pago y avanzar hasta las escalas con menor capacidad de pago y mayor subsidio. Los esfuerzos de recaudación desde el sector de la salud también se apoyan en el consenso nacional de “garantizar que el Sistema Unificado de Salud sea financieramente sostenible” (Acuerdo Nacional, 2021).

Por último, las reformas de menor complejidad también tienen un alto potencial de impacto y son realizables en el corto a mediano plazo. En el mismo ángulo de maximizar los aportes por servicios entregados, es recomendable que se retribuya el subsidio del sector público a las atenciones de usuarios de EsSalud. La instalación de un canal de coordinación entre Minsa y EsSalud permitiría estimar y establecer las condiciones de la devolución de subsidio histórico, así como en el futuro. Además, la optimización del marco para la compra de servicios (empezando por la implementación del recorte del pago capitado a establecimientos ante el incumplimiento de estos últimos) sería una importante contribución para alinear el flujo del financiamiento con incentivos para mejorar la calidad del servicio. Para mitigar el riesgo de una menor calidad de servicios o tratamientos deficientes por los prestadores, se podría formular el pago mediante un tramo fijo y una parte variable en función a resultados sanitarios.

En conjunto, las redes integradas de salud, la optimización de la modalidad de pago per cápita y una política nacional de salud preventiva componen una potente estrategia para enfrentar la doble carga de enfermedad en el país. El pago capitado incentiva a los prestadores a mantener a la población saludable y las redes integradas permiten que el seguimiento de la población se realice de manera territorial con articulación dentro de una red.

Si la Estrategia Nacional de Salud articula estas junto con otras iniciativas del sector vinculadas a la prevención, se aseguraría un mayor impacto a través de acciones complementarias. Asimismo, la asignación de presupuesto en coordinación con metas concretas para la reducción de la carga de enfermedades crónicas, no transmisibles (ENT), maximizaría el potencial de la inversión en este campo.

Si bien los retos en el sector de la salud en el Perú son complejos, la cuidadosa elaboración del diagnóstico y hoja de ruta de reforma facilitan los pasos para mejorar sustancialmente el sector en un período de 5 años.

Las reformas de menor complejidad podrán completarse y dar fruto en los primeros años del actual Gobierno. A su turno, los réditos de las reformas de mayor complejidad serán visibles hacia el 4to y 5to año de gestión. No obstante, la hoja de ruta contempla los pasos que pueden darse en el corto plazo para iniciar el camino de las reformas de mayor plazo. El cuadro A sistematiza las recomendaciones según nivel de complejidad para facilitar el camino del Gobierno hacia la urgente reforma del sistema de salud para beneficio de todos los peruanos.

Cuadro A:
Hoja de ruta de implementación de reforma del sistema de salud

	Rectoría (prestación/ financiamiento)	Prestación	Financiamiento
Menor complejidad	Marco para estandarización de tarifarios: Normar servicios y tarifarios comunes, así como fiscalizar su cumplimiento desde SuSalud.	Estrategia Nacional de Salud Preventiva: Articulación de iniciativas de prevención, asignación de presupuesto y conformación de metas.	Marco para compra de servicios: Recorte de pago capitado SIS a establecimientos incumplidores.
	Inteligencia estratégica: Fortalecimiento de rectoría de información, reforma de ingeniería de los sistemas de información en salud, y coordinación entre subsectores.		Retribución de subsidio a EsSalud: Coordinación Minsa-EsSalud para estimación y retribución de subsidio a usuarios EsSalud.
Mayor complejidad	Desconcentración de funciones de prestación: Evaluación y corrección de la experiencia para la implementación de IGSS.	Consolidación de las RIS: Transferencia de recursos hacia establecimientos optimizando la productividad y cobertura a través del PCRIS.	Cobro de aportes del SIS: Oferta de precio-calidad atractiva a población no vulnerable e informal. Identificación de beneficiarios con capacidad de pago e implementación gradual de escalas de aportes.
	Descentralización de rectoría: Aumento de capacidades y coordinación en rectoría con gobiernos regionales y locales.		Reformas tributarias: Invocación y coordinación entre el MEF, la SUNAT y el Congreso ante la necesidad de mayor financiamiento dado el presupuesto limitado.



BANCO MUNDIAL

BIRF • AIF | GRUPO BANCO MUNDIAL

Encuentra información detallada y documentación de cada proyecto en:

www.bancomundial.org.pe

Banco Mundial
Av. Álvarez Calderón 185, piso 7
San Isidro, Lima - Perú
(511) 622-2300