Nuevo Modelo de Prestación de Salud

EsSalud
Humanizando el Seguro Social

MODELO DE CUIDADO ESTANDARIZADO Y PROGRESIVO DE LA SALUD

Gerencia Central de Prestaciones de Salud

Nuevo Modelo de Prestación de Salud

MODELO DE CUIDADO ESTANDARIZADO Y PROGRESIVO DE LA SALUD

Lima 2016

Dra. VIRGINIA BAFFIGO TORRE DE PINILLOS
Presidenta Ejecutiva

Eco. MIGUEL ANGEL LA ROSA PAREDES
Gerente General

Dra. MILAGROS SÁNCHEZ TORREJÓN
Gerente Central de Prestaciones de Salud

Dr. LUIS ALBERTO FUENTES TAFUR
Gerente de Políticas y Normas de Atención Integral de Salud

Dra. MARTHA VILLAR LÓPEZ
Gerente de Medicina Complementaria

Dra. ROSA LAZO VELARDE
Gerente de Salud Ambiental, Seguridad y Salud en el Trabajo

Dr. RISOF SOLÍS CÓNDOR
Jefe de la Oficina de Inteligencia e Información Sanitaria

Hecho el Deposito Legal en la Biblioteca Nacional del Peru No. 2016-09211
1era. Edición Julio, 2016
Tiraje: 500 unidades.

Editado por:
Seguro Social de Salud, 2016
Gerencia Central de Prestaciones de Salud
Jr. Domingo Cueto 120 - 8vo Piso-Jesús María, Lima 11 - Perú.
Página web: www.essalud.gob.pe

Impreso por: Fanny Meza Pariona.
R.U.C.: 10108037836
Dirección: Jr. Azángaro Nº 535 - Cercado de Lima
Teléfono: 999220520
okfany@yahoo.es

Todos los derechos reservados. Prohibida su reproducción parcial o total del contenido de este libro sin autorización por escrito de los propietarios del Copyright.

ADVERTENCIA

El uso de un lenguaje que no discrimine ni marque diferencias entre hombres y mujeres es una de las preocupaciones de nuestra Organización. Sin embargo, no hay acuerdo entre los lingüistas sobre la manera de hacerlo en nuestro idioma.

En tal sentido y con el fin de evitar la sobrecarga gráfica que supondría utilizar en español o/a para marcar la existencia de ambos sexos, hemos optado por emplear el masculino genérico clásico, en el entendido de que todas las menciones en tal género representan siempre a hombres y mujeres.

Equipo de formulación

Dra. Milagros Sánchez Torrejón	Gerente Central de Prestaciones de Salud.
Dr. Luis Alberto Fuentes Tafur	Gerente de Políticas y Normas de Atención Integral de Salud – GCPS.
Dr. Marco Cárdenas Rosas	Asesor de la Gerencia Central de Prestaciones de Salud.
Dra. Martha Villar López	Gerente de Medicina Complementaria.
Dra. Rosa Lazo Velarde	Gerente de Salud Ambiental, Seguridad y Salud en el Trabajo.
Dr. Risof Solís Cóndor	Jefe de la Oficina de Inteligencia e Información Sanitaria.
Dr. Walter Ubillus Farfán	Sub Gerente de Normas de Ayuda al Diagnóstico y Tratamiento – GPNAIS – GCPS.
Dr. Raúl Morillo Príncipe	Sub Gerente de Servicios de Salud – GPNAIS – GCPS.
Dr. José Chavarria Arrascue	Sub Gerente de Prestaciones Especializadas – GPNAIS – GCPS.
Dr. Karina Montano Fernández	Sub Gerente de Normas de Atención de Prioridades Sanitarias – GPNAIS – GCPS.
Lic. Isabel Avalos Marrufo	Sub Gerente de Atención Preventivo Promocional y de Complejidad Creciente– GPNAIS – GCPS.
Dr. Einstein Murrieta Luján	Jefe de la Oficina de Apoyo y Seguimiento – GCPS.
Dr. Ramses Alexis Roncal Ramírez	Director de la Gerencia de Salud Ambiental, Seguridad y Salud en el Trabajo.
Dr. Erick De la Torre Bejarano	Director de la Gerencia de Políticas y Normas de Atención Integral de Salud – GCPS.
Dra. Elizabeth Ybañez Cuba	Directora de Gestión de Calidad y Comunidad de la Gerencia de Medicina Complementaria.
Lic. Carlos Arévalo Celis	Director de Gestión de Servicios y Suministro de la Gerencia de Medicina Complementaria.
Dr. Duilio Fuentes Delgado	Director de Gestión de Investigación e Información de la Gerencia de Medicina Complementaria.
Dr. Sergio León Roca	Profesional Médico de la Sub Gerencia de Normas de Prestaciones Especializadas – GPNAIS – GCPS.
Dra. Marcela Ferreyra Ascencio	Profesional Médico – GPNAIS – GCPS

Equipo de validación

Eco. Miguel Ángel La Rosa Paredes	Gerente General.
Dra. Milagros Sánchez Torrejón	Gerente Central de Prestaciones de Salud.
Dr. Víctor Alejandro Dongo Zegarra	Director del Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación IETSI.
Ing. Martin Humberto Sanabria Zambrano	Gerente Central de Gestión Financiera.
Dra. Yolanda Carolina Falcón Lizaraso	Gerente Central de Atención al Asegurado.
Ing. Alejandro Alberto Rojas Sarapura	Gerente Central de Planeamiento y Desarrollo.
Dr. Felipe Chu Wong	Gerente Central de Seguros y Prestaciones Económicas.
Dra. Rosa Angélica Galván Huamán	Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad y Humanización.
Dr. Luis Alberto Fuentes Tafur	Gerente de Políticas y Normas de Atención Integral de Salud – GCPS.
Dr. Raúl Morillo Príncipe	Sub Gerente de Servicios de Salud – GPNAIS – GCPS.
Dr. José Chavarria Arrascue	Sub Gerente de Prestaciones Especializadas – GPNAIS – GCPS.
Dr. Karina Montano Fernández	Sub Gerente de Normas de Atención de Prioridades Sanitarias – GPNAIS – GCPS.
Lic. Isabel Avalos Marrufo	Sub Gerente de Atención Preventivo Promocional y de Complejidad Creciente– GPNAIS – GCPS.
Dr. Walter Ubillus Farfán	Sub Gerente de Normas de Ayuda al Diagnóstico y Tratamiento – GPNAIS – GCPS.
Dr. Erick De la Torre Bejarano	Director de la Gerencia de Políticas y Normas de Atención Integral de Salud – GCPS.
Dra. Elizabeth Ybañez Cuba	Directora de Gestión de Calidad y Comunidad de la Gerencia de Medicina Complementaria.

EsSalud
Humanizando el Seguro Social

80 años EsSalud Unidos para ti

RESOLUCIÓN DE GERENCIA GENERAL Nº 784

Lima, 06 de julio del 2016

VISTOS:

Las Cartas Nros. 1953 y 2090-GCPS-ESSALUD-2016 y el Informe Técnico N° 77-GPNAIS-GCPS-ESSALUD-2016 de la Gerencia Central de Prestaciones de Salud; la Carta N° 1675-GCAJ-ESSALUD-2016 y el Informe N° 333-GNAA-GCAJ-ESSALUD-2016 de la Gerencia Central de Asesoría Jurídica; y;

CONSIDERANDO:

Que, el artículo I del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, establece que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo;

Que, mediante Decreto Supremo N° 004-2013-PCM, se aprobó la Política Nacional de Modernización de la Gestión Pública, estableciendo como objetivo general orientar, articular e impulsar en todas las entidades públicas, el proceso de modernización hacia una gestión pública para resultados que impacte positivamente en el bienestar del ciudadano y el desarrollo del país;

Que, de conformidad con lo establecido en el numeral 1.2 del artículo 1° de la Ley N° 27056, Ley de Creación del Seguro Social de Salud, ESSALUD tiene por finalidad dar cobertura a los asegurados y sus derechohabientes, a través del otorgamiento de prestaciones de prevención, promoción, recuperación, rehabilitación, prestaciones económicas y prestaciones sociales que corresponden al Régimen Contributivo de la Seguridad Social en Salud, así como otros seguros de riesgos humanos;

Que, asimismo, el numeral 3.1 del artículo 3° de la Ley N° 27056, Ley de Creación del Seguro Social de Salud (ESSALUD), señala que las prestaciones que otorga ESSALUD son de prevención, promoción y recuperación de la salud, maternidad, prestaciones de bienestar y promoción social, prestaciones económicas así como programas de extensión social y planes de salud especiales a favor de la población no asegurada y de escasos recursos y otras prestaciones derivadas de los seguros de riesgos humanos que ofrezca ESSALUD dentro del régimen de libre contratación;

Que, en el literal e) del artículo 2° de la Ley N° 27056 se establece como una de las funciones de ESSALUD, formular y aprobar sus reglamentos internos, así como otras normas que le permitan ofrecer sus servicios de manera ética, eficiente y competitiva;

Que, mediante Resolución de Presidencia Ejecutiva Nº 767-PE-ESSALUD-2015 se aprobó el Texto Actualizado y Concordado del Reglamento de Organización y Funciones del Seguro Social de Salud – ESSALUD, estableciendo en su artículo 158° que la Gerencia Central de Prestaciones de Salud es el órgano de línea encargado de elaborar, proponer, monitorear y evaluar el cumplimiento de las políticas, normas y estrategias relacionadas con la atención integral de salud que se brindan a los usuarios a través de las IPRESS propias, de terceros y otras modalidades, así como en salud ambiental, seguridad y salud en el trabajo y medicina complementaria, en el marco de las normas sectoriales;

Que, con Cartas de Vistos la Gerencia Central de Prestaciones de Salud propone la aprobación del documento técnico *"Nuevo Modelo de Prestación de Salud: Modelo de Cuidado Estandarizado y Progresivo de la Salud"*, con los objetivos de: (i) Impactar positivamente en la salud de los asegurados, vía la reducción de la mortalidad prematura y la morbilidad prevenible; (ii) Mejorar la experiencia del asegurado en su interacción con el

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL
Seguro Social de Salud
06 JUL 2016
YDELTRUDES GOMEZ JARA
FEDATARIO SUPLENTE

www.essalud.gob.pe

Av. Domingo Cueto N° 120
Jesús María
Lima 11 - Perú
T.: 265-6000 / 265-7000

RESOLUCIÓN DE GERENCIA GENERAL Nº 784 -GG-ESSALUD-2016

servicio; (iii) Incrementar la eficiencia y eficacia en el uso de los recursos contribuyendo a la sostenibilidad financiera; (iv) Contribuir a mejorar la calidad de vida y aumentar la productividad de los asegurados; y, (v) Recuperar la confianza del asegurado y mejorar el prestigio institucional;

Que, asimismo, la citada Gerencia Central como sustento técnico de la propuesta antes mencionada acompaña el Informe Técnico N° 77-GPNAIS-GCPS-ESSALUD-2016 elaborado por la Gerencia de Políticas y Normas de Atención Integral de Salud, en el cual señala que el Modelo de Atención Integral de Salud, aprobado por Resolución de Gerencia General N° 700-GG-ESSALUD-2005, fue concebido en un escenario institucional que ha cambiado significativamente, en lo que respecta a la demanda; el número de asegurados ha crecido en más del 100%; las características demográficas de la población tienden a migrar en dirección de una población envejecida, con alta prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles, y demandante; y que si bien ha habido un crecimiento de la oferta, el mismo no ha corrido en paralelo, situación que se traduce en distintos niveles de insatisfacción de la población asegurada;

Que, en dicho contexto, plantea un nuevo modelo de atención en coherencia con los diseños organizacionales de la institución y las estrategias operacionales que se han venido desarrollando en busca de una mejor atención de salud, pero en algunos casos desarticulada; el cual señalan guarda concordancia con la Ley N° 26842, Ley General de Salud, la Ley N° 27056, Ley de Creación del Seguro Social de Salud (ESSALUD), el Decreto Supremo N° 004-2013-PCM que aprobó la Política Nacional de Modernización de la Gestión Pública; el Plan Maestro al 2021 del Seguro Social de Salud – ESSALUD, aprobado por Acuerdo de Consejo Directivo N° 14-11-ESSALUD-2016, y, la Resolución de Presidencia Ejecutiva Nº 767-PE-ESSALUD-2015 que aprobó el Texto Actualizado y Concordado del Reglamento de Organización y Funciones del Seguro Social de Salud – ESSALUD;

Que, con Cartas Nros. 1159-GCPD-ESSALUD-2016 y 3372-GCOP-ESSALUD-2016 las Gerencias Centrales de Planeamiento y Desarrollo y Operaciones, respectivamente, manifiestan su conformidad sobre el proyecto de Modelo en mención, en el ámbito de sus competencias;

Que, con Carta N° 2007-GCGF-ESSALUD-2016 la Gerencia Central de Gestión Financiera considera que la propuesta de este Modelo está alineada a los objetivos institucionales en lo referente a garantizar la Sostenibilidad Financiera del sistema y específicamente a mejorar la eficiencia en el uso de los recursos con el fin principal de dar el mayor bienestar a los asegurados;

Que, con Carta N° 1675-GCAJ-ESSALUD-2016 e Informe N° 333-GNAA-GCAJ-ESSALUD-2016 la Gerencia Central de Asesoría Jurídica emitió opinión señalando que el proyecto de documento técnico *"Nuevo Modelo de Prestación de Salud: Modelo de Cuidado Estandarizado y Progresivo de la Salud"*, constituye un instrumento de índole técnico cuya elaboración estuvo a cargo de la Gerencia Central de Prestaciones de Salud, conforme a sus competencias, el cual se encuentra en el marco de los fines de la Entidad establecidos en el numeral 1.2 del artículo 1° de la Ley N° 27056, en lo referido al otorgamiento de cobertura a los asegurados y sus derechohabientes; y de lo señalado en el Texto Actualizado y Concordado del Reglamento de Organización y Funciones del Seguro Social de Salud – ESSALUD, aprobado con la Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 767-PE-~~ESSALUD-2015, y modificatorias;~~

Que, en tal sentido, resulta necesario contar con un documento técnico actualizado que permita tener procesos medibles para que los objetivos sean evaluables, y que sirvan para la comparación interna y externa y facilite las acciones de control horizontal y vertical que

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL
Seguro Social de Salud

06 JUL 2016

YDELTRUDES GOMEZ JARA
FEDATARIO SUPLENTE
RESOL. N° 1139-GG-ESSALUD-2014

www.essalud.gob.pe
Av. Domingo Cueto N° 120
Jesús María
Lima 11 - Perú
T.: 265-6000 / 265-7000

EsSalud
Humanizando el Seguro Social

RESOLUCIÓN DE GERENCIA GENERAL Nº 784 -GG-ESSALUD-2016

hagan más transparente la gestión y la rendición de cuentas en el marco de las políticas inclusivas de nuestra institución;

Que, de acuerdo a lo establecido en el literal b) del artículo 9° de la Ley N° 27056, el Gerente General es competente para dirigir el funcionamiento de la Institución, emitir las directivas y los procedimientos internos necesarios, en concordancia con las políticas, lineamientos y demás disposiciones del Consejo Directivo y del Presidente Ejecutivo;

Con las visaciones de la Gerencia Central de Prestaciones de Salud, la Gerencia Central de Planeamiento y Desarrollo, la Gerencia Central de Operaciones, la Gerencia Central de Gestión Financiera, y la Gerencia Central de Asesoría Jurídica, y;

Estando a lo expuesto y en uso de las facultades conferidas;

SE RESUELVE:

1. **APROBAR** el documento técnico *"Nuevo Modelo de Prestación de Salud: Modelo de Cuidado Estandarizado y Progresivo de la Salud"*, que en anexo adjunto forma parte integrante de la presente Resolución.

2. **DISPONER** que la Gerencia Central de Prestaciones de Salud se encargue de la difusión, capacitación y/o asistencia técnica del documento técnico aprobado mediante la presente Resolución.

3. **DISPONER** que las Redes Desconcentradas / Redes Asistenciales, el Instituto Nacional Cardiovascular – INCOR, el Centro Nacional de Salud Renal – CNSR y los Hospitales Nacionales, en el ámbito de sus competencias, adopten las acciones necesarias para la implementación progresiva del presente documento técnico, de acuerdo a su disponibilidad presupuestal, debiendo la Gerencia Central de Operaciones realizar el seguimiento, control, supervisión y evaluación hasta su total implementación.

4. **DISPONER** que los Órganos Centrales coadyuven al cumplimiento de la implementación del documento técnico aprobado por la presente Resolución.

5. **DEJAR SIN EFECTO** la Resolución de Gerencia General N° 700-GG-ESSALUD-2005 que aprueba el documento técnico normativo *"Modelo de Atención Integral de Salud"*.

6. **PUBLICAR** en el Compendio Normativo del Seguro Social de Salud – ESSALUD.

REGÍSTRESE Y COMUNÍQUESE

ECO. MIGUEL LA ROSA PAREDES
GERENTE GENERAL
ESSALUD

ES COPIA FIEL L ORIGINAL
Seguro Socia Salud

06 JUL 2016

YDELTRUDES GOMEZ JARA
FEDATARIO SUPLENTE
RESOL. N° 1139-GG-ESSALUD-2014

www.essalud.gob.pe
Av. Domingo Cueto N° 120
Jesús María
Lima 11 - Perú
T.: 265-6000 / 265-7000

Lista de acrónimos

APP	Asociación Público-Privada
AVD	Años de Vida Perdidos por Discapacidad
AVISA	Años de Vida Saludable Perdidos
AVP	Años de Vida Perdidos por Muerte Prematura
COPHOES	Control Post Hospitalario Especializado
CNSSO	Caja Nacional del Seguro Social Obrero
CSSCC	Cartera de Servicios de Salud de Complejidad Creciente
ECNT	Enfermedad Crónica No Transmisible
ENAHO	Encuesta Nacional de Hogares
ENSSA	Encuesta Nacional Socioeconómica de Acceso a la Salud de los Asegurados
EPS	Entidad Prestadora de Salud
IAFAS	Institución Administradora de Fondos de Aseguramiento en Salud
INCOR	Instituto Nacional del Corazón
IPO	Instituto Peruano de Oftalmología
IPRESS	Institución Prestadora de Servicios de Salud
FONAFE	Fondo Nacional de Financiamiento de la Actividad Empresarial del Estado
GCPS	Gerencia Central de Prestaciones de Salud
MAIS	Modelo de Atención Integral de Salud
MEC	Medicina Complementaria
MINSA	Ministerio de Salud
MOCEPS	Modelo de Cuidado Estandarizado y Progresivo de la Salud
MTPE	Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo
MVA	Metodología Vivencial de Aprendizaje
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PIDESC	Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales
PRV	Programa Reforma de Vida
RIAPS	Redes Integradas de Atención Primaria de Salud
SCTR	Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo
UPSS	Unidades Productoras de Servicios de Salud

Índice

PRESENTACIÓN 20

I. RESUMEN EJECUTIVO 23

II. ENTORNO DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS NACIONALES E INTERNACIONALES 28
1. Políticas del Ministerio de Salud (MINSA) 32
2. Políticas de EsSalud 32
3. El proceso de reforma sectorial 36

III. ESSALUD, LA NECESIDAD DE EMPRENDER SU PROPIA REFORMA PRESTACIONAL 37
1. Las megatransformaciones que obligan al cambio 41
   1.1 La transición demográfica 42
   1.2 Los cambios socioculturales 44
   1.3 La transición epidemiológica 48
2. La sostenibilidad económica 56
3. El grado de satisfacción del usuario 60
4. Revalorización de los derechos humanos en la salud 63

IV. EVOLUCIÓN DE LOS MODELOS PRESTACIONALES 65

V. CARACTERIZACIÓN DE UN NUEVO PARADIGMA EN LA PRESTACIÓN DE SALUD 67
1. Cuidado continuo 69
2. Cuidado progresivo 70
3. Cuidado estandarizado 71
4. Eficiente y sostenible 72
5. Participativo 73
6. Humanizado y centrado en la persona 73

VI. MODELO DE CUIDADO ESTANDARIZADO Y PROGRESIVO DE LA SALUD (MOCEPS) 75
1 Objetivos 75
2. Definiciones operacionales 75
   2.1 Cuidado de la salud 75
   2.2 Cuidado progresivo 76
   2.3 Cuidado estandarizado 76

2.4 Autocuidado 76
2.5 Humanización 76
2.6 Interculturalidad 76
2.7 Adaptable/Flexible 76
2.8 Estrategia operacional 76
2.9 Experiencia de la persona 76
3. Diseño organizacional para el Modelo 77
3.1 Estructura organizacional 77
3.2 Las estrategias operacionales 81
3.3 Espacios de interacción con el asegurado 82
3.4 Gestión territorial en redes 83
4. Esencia del Modelo 84
5. Funcionalidad del Modelo 85
5.1 Flujo de atención 87
5.2 Proceso de interrelación 89
5.3 Sistemas Nacionales del Cuidado 89
5.4 Gestión de la información 95
5.5 Estandarización 96

VII. CENTROS DE PREVENCIÓN 101

VIII. MEDICINA COMPLEMENTARIA Y REFORMA DE VIDA: EXPERIENCIAS EN EL CAMINO DEL MODELO 105

IX. CONTROL POST HOSPITALARIO ESPECIALIZADO (COPHOES) 111

X. PROGRAMA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA (PADOMI) 113

XI. CENTRO NACIONAL DE TELEMEDICINA (CENATE). 117

XII. ANEXO 1: OFERTA INSTITUCIONAL EXISTENTE 121

Relación de cuadros y gráficos

CAPÍTULO II. ENTORNO DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS NACIONALES E INTERNACIONALES.
Cuadro 01. Pilares y ejes de la Política de Modernización de la Gestión Pública.

CAPÍTULO III. ESSALUD, LA NECESIDAD DE EMPRENDER SU PROPIA REFORMA PRESTACIONAL.
Gráfico 01. Asignación de presupuesto, recurso humano y población adscrita.
Gráfico 02. Índice de envejecimiento.
Gráfico 03. Esperanza de vida al nacer.
Gráfico 04. Incremento porcentual en la estructura de la población asegurada. 2005 al 2014.
Gráfico 05. Pirámide poblacional. EsSalud, 2015.
Gráfico 06. Evolución de la población urbana y rural 2008-2015
Gráfico 07. Patrón de migración de las regiones
Gráfico 08. Porcentaje de población urbana y rural de asegurados según género. EsSalud 2015.
Gráfico 09. Evolución de la población económicamente activa y del mercado formal de trabajo. Perú 2001-2012
Cuadro 02. Población asegurada de 10 años y más que usa el servicio de internet, según lugar de uso más frecuente y área de residencia
Cuadro 03. Población asegurada que visitó la página web de EsSalud, según motivos de visita y área de residencia
Gráfico 10. Variación en las causas principales de años de vida perdidos por muerte prematura en el Perú 1990-2013.
Gráfico 11. Variación en las causas principales de años de vida perdidos por discapacidad en el Perú 1990-2013.
Gráfico 12. Causas de defunción por grandes grupos en la población asegurada, 1998-2014.
Gráfico 13. Principales causas básicas de mortalidad 2010-2015.
Gráfico 14. Variación en las principales categorías de daños causantes de años de vida saludable perdidos. EsSalud 2006-2014.
Gráfico 15. Variación en las causas principales de años de vida perdidos por muerte prematura. EsSalud 2006-2014.
Gráfico 16. AVISA según grupo de causas de carga de enfermedad. EsSalud 2014.
Gráfico 17. AVISA perdidos por categorías de enfermedad. EsSalud 2014.
Gráfico 18. Razón de los AVISA por grupos de edad. EsSalud 2014
Gráfico 19. Base imponible para EsSalud según tipo de seguro, edad y sexo, 2014.
Gráfico 20. Evolución de las variables financieras de EsSalud. 2015-2025 (en millones de soles y en % de las aportaciones).
Gráfico 21. Costos promedio de atención en cáncer de cuello uterino.
Gráfico 22. Proporción de mortalidad evitable. EsSalud 2011-2014.
Cuadro 04. Principales causas diagnósticas de mortalidad evitable 2011-2014.
Gráfico 23. Proporción de mortalidad evitable por grupos de edad. EsSalud 2011-2014
Gráfico 24. Actividades preventivas desarrolladas por EsSalud 2010-2015.

Gráfico 25. Calificación por servicio y oportunidad de mejora a nivel de red asistencial. EsSalud 2015
Gráfico 26. Percepción y razones de desconfianza hacia EsSalud
Gráfico 27. Palabras que definen mejor la percepción sobre EsSalud

CAPÍTULO V. CARACTERIZACIÓN DE UN NUEVO PARADIGMA EN LA PRESTACIÓN DE SALUD.
Cuadro 05. Comparación entre el modelo prevaleciente de atención y el Nuevo Modelo de Cuidado de la Salud (experiencia internacional).
Cuadro 06. Comparación entre modelo prevaleciente y nuevo modelo con relación al cuidado continuo.
Cuadro 07. Comparación entre modelo prevaleciente y nuevo modelo con relación a la integración del cuidado.
Cuadro 08. Comparación entre modelo prevaleciente y nuevo modelo con relación al cuidado progresivo.
Cuadro 09. Comparación entre modelo prevaleciente y nuevo modelo con relación al cuidado estandarizado.
Cuadro 10. Comparación entre modelo prevaleciente y nuevo modelo con relación a la eficiencia y sostenibilidad.
Cuadro 11. Comparación entre modelo prevaleciente y nuevo modelo con relación a la participación.
Cuadro 12. Comparación entre modelo prevaleciente y nuevo modelo con relación a la humanización.

CAPÍTULO VI. MODELO DE CUIDADO ESTANDARIZADO Y PROGRESIVO DE LA SALUD (MOCEPS).
Gráfico 28: Diseño Organizacional de EsSalud
Gráfico 29. Gestión de consultas, sugerencias, peticiones y reclamos.
Cuadro 13. Estrategias operacionales en EsSalud.
Gráfico 30. Humanización en EsSalud.
Gráfico 31. Estructura de la Cartera de Servicios de Salud de Complejidad Creciente.
Gráfico 32. Modelo de Cuidado Estandarizado y Progresivo de la Salud (MOCEPS).
Gráfico 33. Flujograma del Modelo de Cuidado Estandarizado y Progresivo de la Salud.
Gráfico 34. Sistema Nacional de Cuidado Cardiovascular.
Gráfico 35. Pirámide de indicadores de salud / enfermedad renal.
Gráfico 36. Modelo conceptual de la enfermedad renal crónica.
Gráfico 37. Modelo de Cuidado Estandarizado y Progresivo de la Salud.

CAPÍTULO VII. CENTROS DE PREVENCIÓN
Cuadro 14. Oferta de cartera diferenciada y priorizada para personas menores de 50 años.
Cuadro 15. Oferta de cartera diferenciada y priorizada para personas mayores de 50 años.
Gráfico 38. Esquema de atención del Centro de Prevención.

CAPÍTULO VIII. MEDICINA COMPLEMENTARIA Y REFORMA DE VIDA: EXPERIENCIAS EN EL DESARROLLO DEL MODELO.
Gráfico 39. Centros y Unidades de Atención de Medicina Complementaria a nivel nacional.
Gráfico 40. Revista Peruana de Medicina Integrativa
Gráfico 41. Programa de Reforma de Vida: Casos nuevos detectados.

CAPÍTULO IX. CONTROL POST HOSPITALARIO ESPECIALIZADO (COPHOES).
Cuadro 16. Actividades de COPHOES

CAPÍTULO X. PROGRAMA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA (PADOMI).
Gráfico 42. Ámbito de influencia del PADOMI.

CAPÍTULO XI. CENTRO NACIONAL DE TELEMEDICINA DE ESSALUD (CENATE).
Gráfico 43. Equipamiento del CENATE y desarrollo de una teleconsulta de teledermatologia en el CENATE.
Gráfico 44. Trabajo asistencial del CENATE en teleradiología.

CAPÍTULO XII.
ANEXO 1: OFERTA INSTITUCIONAL EXISTENTE
Cuadro 18. IPRESS privadas.

Presentación

Si podéis curar, curad; si no podéis curar, calmad;
si no podéis calmar, consolad.
Augusto Murri

Al presentar este documento deseo reconocer en forma explícita, el gran esfuerzo que desarrollan los colaboradores de EsSalud, para cumplir con nuestra misión, la que muchas veces queda soslayada por la incomprensión y el anonimato. Este es el precio que con satisfacción pagamos para garantizar un adecuado cuidado de la salud de nuestros asegurados. Sin embargo, el asegurado y el colaborador, unos y otros hemos aprendido a lo largo de los años; el gran valor del amor como forma de relación humanizada y, a mirar en el mismo sentido, para conformar, un nosotros.

Y es que la construcción de un Modelo, supone una creación (y recreación) colectiva que recoge las experiencias, prácticas, iniciativas e inspiraciones; transformadas en planes, estrategias, programas y proyectos; que estandarizadamente sirven para brindar un cuidado centrado en la persona.
Desde esta perspectiva, el Modelo de Cuidado Estandarizado y Progresivo de la Salud (MOCEPS) es una representación gobernable, eficiente, orientada al usuario, humana, ética/ transparente, y articulada; del conjunto de recursos institucionales con el que cuenta EsSalud, expresados por el sistema de servicios, su estructura y procesos; cuya finalidad es responder a las necesidades de salud de los asegurados, sosteniéndose responsablemente.

Hemos optado por el cuidado como categoría de relación sanitaria y social, en el entendido que este supone un ejercicio de reflexión sobre el adecuado acompañamiento de la persona en su devenir, asociado al proceso salud/enfermedad. La centralidad de la persona es la base conceptual del cuidado y, es consonante con la Política Nacional de Modernización del Estado y la Gestión del Cambio Sostenible en EsSalud.
Esperamos contribuir a través del MOCEPS a una prestación de salud que enfrente con éxito los retos de las nuevas transiciones: demográfica, epidemiológica, tecnológica, social y cultural; haciendo hincapié en la atención primaria y, en la promoción y prevención de la salud; así como en el fortalecimiento del cuidado especializado.

Finalmente, debo señalar que, es altamente probable que existan ausencias, es más, mucho de lo escrito será repensado en poco tiempo, al fin y al cabo las fuerzas del cambio son inexorables. Las cosas no son lo que aparentan, todo se mueve, el motor de ello son las emociones y sentimientos de los asegurados y colaboradores, de esa fructífera relación emergen las corrientes renovadoras.

Dra. Virginia Baffigo de Pinillos
Presidenta Ejecutiva de EsSalud

I. Resumen ejecutivo

Los cambios que se producen a nivel mundial presentan muchas oportunidades, pero también retos. Ninguna organización está exenta de la influencia de otra y de sus circunstancias, la capacidad de ser adaptables y flexibles les permite responder adecuadamente a ellas. Hoy como nunca lo impredecible es lo frecuente y el cambio es entonces una necesidad para mantener la funcionalidad de las organizaciones. Organización que no cambia y es entrópicamente estable tiende a desaparecer.

En los últimos años, EsSalud ha venido revisando y analizando la realidad interna y externa de la organización y, como parte de este proceso, el 12 de setiembre del 2012 se declaró en reorganización mediante el Decreto Supremo 016-2012-TR. Las corrientes de derechos humanos, la exigibilidad ciudadana, el perfil característico de la persona asegurada (demográfico y epidemiológico), la crisis financiera, así como el imperativo de modernizar el Estado, entre otros temas, han constituido motores para el cambio.

EsSalud ha ido construyendo diversas iniciativas para la mejor atención de ciudadanas y ciudadanos, ha recuperado otras tantas y fortalecido las exitosas; todas ellas han sido respuestas creativas a una realidad que interpela diariamente el quehacer institucional. Programas como Reforma de Vida, Plan Confianza o Control

Post Hospitalario Especializado (COPHOES) han permitido propender a un equilibrio entre las acciones preventivo-promocionales y las acciones recuperativas.

Todas estas experiencias han procurado acercarse a la persona asegurada ahí donde se encuentre, con la finalidad de brindarle un cuidado de salud que comprenda las esferas física, mental, social y espiritual; incorporando a la familia y compañeros de su centro laboral. Asimismo, el fortalecimiento del primer nivel de atención con la Cartera de Servicios de Salud de Complejidad Creciente (CSSCC) permite establecer prestaciones y actividades sanitarias generales y estandarizadas por etapa de vida en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) con población adscrita, que tengan la capacidad para resolver problemas de salud de mediana complejidad en las especialidades de mayor demanda.

Igualmente, se han formulado nuevas directivas que permitirán mejorar la oportunidad de citas tanto clínicas como quirúrgicas y que contribuirán a estandarizar los procesos, lo que resulta en una medida de eficiencia y equidad para nuestros asegurados. Este nuevo paradigma recupera el sentido de solidaridad consustancial a la seguridad social, lo que nos lleva a la realización de un derecho constitucional: si todos somos iguales ante la ley, todos debemos de recibir el mismo trato.

Siempre velando por la realización del derecho a la salud y la oportunidad de la atención, los aportes de la nueva directiva de Referencia y Contrarreferencia establece procesos flexibles de manera que simplifica la referencia de pacientes a una IPRESS de mayor capacidad resolutiva o con capacidad resolutiva disponible, independiente de su categoría, ya sea de gestión propia o por terceros. De esta manera, los asegurados de zonas rurales tienen accesibilidad a prestaciones más complejas al igual que un asegurado citadino.

En el mismo sentido de equidad y accesibilidad aunado a la tecnología, el Centro Nacional de Telemedicina (CENATE) ha implementado la teleradiología y la teleconsulta para facilitar a los médicos y pacientes de las IPRESS del interior del país una opinión especializada desde la central de Lima; con ello se produce una mejora en la calidad del cuidado, en su oportunidad de atención y en una mejor experiencia de la persona asegurada al evitar viajes innecesarios que lo alejan de su núcleo familiar. Esto último también permite ahorros a la institución, pues contribuye a un uso más racional de los recursos institucionales.

Todas estas experiencias han procurado acercarse a la persona asegurada ahí donde se encuentre, con la finalidad de brindarle un cuidado de salud que comprenda las esferas física, mental, social y espiritual.

Todas estas medidas constituyen la esencia del paradigma que se halla en la base del modelo: La Humanización, gracias a la cual cada asegurado tiene un nombre, una familia, una historia, un lugar de donde viene y adonde regresa. Nuestro afán es que al realizar una interacción con el prestador de salud tenga una experiencia satisfactoria, que forme parte de las narraciones positivas de su vivencia; a la par que fortalece o recupera su salud, reconforta su espíritu y crece su confianza en la institución.

En este contexto, se presenta este documento técnico dividido en trece capítulos. Luego de esta

primera, en el capítulo II, Entorno de las políticas públicas nacionales e internacionales, se analiza los compromisos internacionales asumidos para desarrollar el proceso de la cobertura universal de salud. Iniciamos con los Objetivos de Desarrollo Sostenible y los compromisos de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), para continuar con las políticas nacionales tanto gubernamentales (el Acuerdo Nacional) como sectoriales (Políticas del Ministerio de Salud, MINSA y de EsSalud) y la Reforma del Sector Salud.

Se enfatiza en el rol proactivo de EsSalud, con relación a la Política de Modernización del Estado, así nuestros lineamientos referidos a la Gestión por Procesos y el Modelo Marco para la Atención al Asegurado se inscriben en la Gestión del Cambio Sostenible y el Buen Gobierno Corporativo, los que orientan nuestras acciones hacia el usuario.

En el capítulo III, EsSalud: La necesidad de emprender su propia reforma prestacional, se revisa el documento “Reorganización del

Seguro Social de Salud, EsSalud, Diagnóstico y Propuestas", que incluye un diagnóstico donde se señala que el modelo prestacional es fragmentado, curativo, individualizado, ineficiente, inequitativo, de alto costo y deshumanizado; que origina la decisión política de operar un cambio.

A partir de esto se hace un recuento de las megatransformaciones que lo motivan: demográficas, epidemiológicas, socioculturales; luego se comenta sobre la sostenibilidad financiera, el grado de satisfacción del usuario y la revalorización del derecho humano a la salud. Todo lo anterior, apunta hacia la humanización del servicio, y exige un cambio en el modelo

Se requiere, por tanto, el fortalecimiento del primer nivel de atención y del trabajo polifuncional y multidisciplinario de un grupo diverso de profesionales de la salud a lo largo de un extenso periodo de tiempo.

general de prestación de los servicios, buscando adecuarlos a las necesidades y demandas de los asegurados.

El capítulo IV, Evolución de los modelos prestacionales, presenta, a la luz de la experiencia mundial, los fundamentos y evidencias de los modelos de cuidados integrales que se desarrollan en realidades similares a EsSalud. Así, la existencia de multimorbilidad asociada a una alta prevalencia de enfermedades crónicas hace que los objetivos sean más complejos, no solo se trata de la recuperación de la salud, sino de la mejora del estado funcional, la reducción de los síntomas de distres, prolongación de la vida a través de actividades de prevención secundaria, y la mejora de la calidad de vida.

Se requiere, por tanto, el fortalecimiento del primer nivel de atención y del trabajo polifuncional y multidisciplinario de un grupo diverso de profesionales de la salud a lo largo de un extenso periodo de tiempo y que ponga al paciente en el centro como corresponsable y coproductor de los cuidados, con la finalidad de optimizar los resultados en salud.

En el capítulo V, Caracterización de un nuevo paradigma en la prestación de salud, se analiza comparativamente cómo se viene desarrollando la atención, el cuidado y la estandarización de procesos.

El capítulo VI describe el Modelo de Cuidado Estandarizado y Progresivo de la Salud (MOCEPS). A partir de definiciones operacionales sobre cuidado progresivo y cuidado estandarizado, se hace una descripción del modelo y de sus objetivos, para luego explicar su funcionamiento sustentado en nuestra red de servicios (tanto las propias como las contratadas) y las estrategias operativas. Se enfatiza que un modelo como el planteado posibilita un mayor acercamiento a la persona, prestaciones más equitativas acorde a sus necesidades, en su lugar de adscripción y que signifique una experiencia satisfactoria; los pilares de la humanización del cuidado.

El capítulo VII, se describe a uno de los pilares del MOCEPS: los Centros de Prevención, en los cuales se brindará educación, promoción de la salud y se realizará el tamizaje de las principales enfermedades crónicas no transmisibles en los usuarios asintomáticos de EsSalud buscando preservar la salud o realizar el diagnóstico precoz de los eventos que más aquejan a los asegurados. Estos centros son componentes del Sistema Nacional de Cuidados Preventivos, el cual se explica en la parte anterior.

En el capítulo VIII, se realiza una breve referencia a la experiencia de Reforma de Vida, en ella se describen las estrategias y los procesos de este programa cuya orientación hacia el cuidado preventivo y educacional de los trabajadores en su propio espacio laboral demuestra la importancia del fortalecimiento de la atención primaria en el marco del nuevo modelo prestacional. En el mismo sentido, se resumen aspectos primordiales de la medicina complementaria, que con una mirada integrativa busca el encuentro con otras racionalidades sanitarias. Estas dos últimas son objeto de un desarrollo especial en este documento.

En los capítulos IX, X y XI, se hace referencia a las experiencias del Control Post Hospitalario Especializado (COPHOES), el Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI) y el Centro Nacional de Telemedicina (CENATE).

Finalmente, el Anexo 1: Oferta extra o intrainstitucional de servicios, hace referencia al conjunto de estrategias implementadas para incrementar la oferta de los servicios a través de la realización de convenios o contratos con entidades públicas o privadas.

Es necesario señalar que los cambios mostrados en el nuevo modelo se han ido construyendo en el marco de la Gestión del Cambio Sostenible en el Seguro Social. Así, en el marco del gobierno electrónico, la gestión de citas vía internet y telemedicina son una expresión del acercamiento del servicio ahí donde el asegurado se encuentre; las audiencias públicas son expresión del gobierno abierto; y el rediseño organizacional, así como las alianzas con el servicio privado, son una muestra de las nuevas formas de articulación institucional. Es decir, EsSalud participa proactivamente en la Política Nacional de Modernización de la Gestión Pública.

Es necesario señalar que los cambios mostrados en el nuevo modelo se han ido construyendo en el marco de la Gestión del Cambio Sostenible en el Seguro Social.

Finalmente, se debe mencionar que todos estos cambios se sustentan en las competencias desarrolladas por las personas que laboran en nuestra institución, sin cuya capacidad innovadora y de entrega no se podría implementar el Modelo de Cuidado Estandarizado y Progresivo de la Salud (MOCEPS), cuya finalidad es humanizar las relaciones entre los propios prestadores, y entre los prestadores y el público asegurado.

II. Entorno de las políticas públicas nacionales e internacionales

La Seguridad Social en el Perú debe analizarse con relación a otras instituciones y políticas de salud tanto en el ámbito nacional como internacional. En dicho contexto, el Plan Maestro recientemente aprobado se alinea con la principal política sanitaria global y nacional: la cobertura universal de salud, vía el aseguramiento universal de la salud.

El Perú es signatario del acuerdo global alcanzado en la Asamblea General de las Naciones Unidas el 25 de septiembre del 2015, en el cual se adopta la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible[1]. Dicha Agenda incluye 17 objetivos y 169 metas. El Objetivo 3: "Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades", establece entre sus metas "lograr la cobertura sanitaria universal, en particular la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas seguros, eficaces, asequibles y de calidad para todos".

[1] ONU. http://www.un.org/sustainabledevelopment/es/ . Ultimo acceso 22-3-2016

Asimismo, el Perú es parte del esfuerzo regional liderado por la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) para avanzar en el acceso y cobertura universal de salud. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) define acceso "como la ausencia de barreras de tipo geográfico, económico, sociocultural, de organización o de género. El acceso universal se logra a través de la eliminación progresiva de las barreras que impiden que todas las personas utilicen servicios integrales de salud, determinados a nivel nacional, de manera equitativa".

El acceso universal se logra a través de la eliminación progresiva de las barreras que impiden que todas las personas utilicen servicios integrales de salud, determinados a nivel nacional, de manera equitativa

Por otro lado, define cobertura de salud "como la capacidad del sistema de salud para responder a las necesidades de la población, lo cual incluye la disponibilidad de infraestructura, recursos humanos, tecnologías de la salud (incluso medicamentos) y financiamiento. La cobertura universal de salud implica que los mecanismos de organización y financiación son suficientes para cubrir a toda la población"[1].

En el ámbito nacional, los lineamientos de política general y sectorial, los instrumentos de planificación del Estado peruano y de carácter sectorial como las leyes, normas y otros instrumentos de gestión reflejan el alineamiento con la prioridad de avanzar en la cobertura universal de salud.

La Constitución Política del Perú reconoce el derecho a la salud y especialmente a su protección, en el artículo 7, señalando además el deber de las personas y de la sociedad para contribuir a su promoción y defensa: "[...] todos tienen derecho a la protección de su salud, la del medio familiar y la de la comunidad, así como el deber de contribuir a su promoción y defensa [...]". Esto significa que existe un reconocimiento explícito del derecho a la protección de la salud (de conservación y de restablecimiento) y si bien el Estado es el principal responsable de garantizarla, tanto las personas como la comunidad también tienen una labor en su promoción y protección.

Asimismo, el artículo 9 de la Constitución Política del Perú encarga al Estado determinar la política nacional de salud, normando y supervisando su aplicación a fin de facilitar el acceso equitativo a los servicios de salud. En ese sentido, el diseño de la política debe ser conducido por la autoridad sanitaria a fin de facilitar a todos el acceso equitativo a los servicios de salud, garantizando el libre acceso a prestaciones de salud a través de entidades públicas, privadas o mixtas, y supervisando su eficaz funcionamiento.

Adicionalmente, la Ley 26842, Ley General de Salud, establece entre otras disposiciones que la salud es una condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo. Precisa que toda norma de salud es de orden público y regula en materia sanitaria, así como la asistencia médica para la recuperación y rehabilitación de la salud de las personas, no siendo posible que alguien pueda pactar contra ella. En consecuencia, para garantizar el derecho a la salud no es suficiente que se cuente con un reconocimiento normativo; además, el Estado debe diseñar e implementar políticas públicas en salud.

Por otra parte, la ley en mención recoge principios generales referidos a la obligación del Estado de proteger, respetar y dar cumplimiento al derecho de todas las personas a gozar de un estado de bienestar físico, mental y social; es decir, de gozar del derecho a la salud, así como de la promoción de la medicina tradicional. De este modo, se establece que la protección de la salud es de interés público.

Por su lado, el Plan Bicentenario del Perú hacia el 2021[2] establece como prioridades del Estado peruano:

- Garantizar el financiamiento desde los diferentes niveles de gobierno para el aseguramiento universal en salud.
- Descentralizar los servicios de salud y garantizar el acceso universal a la atención de salud y la seguridad social y a los servicios de agua potable y saneamiento básico, priorizando a la población en situación de pobreza y vulnerabilidad y adoptando un enfoque de interculturalidad.
- Garantizar el acceso universal a los servicios de salud reproductiva y priorizar las acciones para reducir la mortalidad materna y de niños entre 0 y 5 años.
- Fomentar el enfoque preventivo y controlar las enfermedades transmisibles, crónico-degenerativas, mentales y de drogadicción.
- Establecer la normativa para proteger la salud ambiental y ocupacional, y fiscalizar su cumplimiento.
- Promover la ampliación de la cobertura de la seguridad social en materia previsional a nivel nacional.

[1] OPS/OMS (2014) CD53/5 Rev. 2. Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. WDC.

[2] Plan Bicentenario del Perú: hacia el 2021. https://www.mef.gob.pe/contenidos/acerc_mins/doc_gestion/PlanBicentenarioversionfinal.pdf
[3] Política Nacional de Modernización de la Gestión Pública. http://sgp.pcm.gob.pe/wp-content/uploads/2015/06/DS-004-2013-PCM-Aprueba-la-PNMGP.pdf

La cuarta política de Estado del Acuerdo Nacional señala explícitamente el mandato de construcción de un "Estado Eficiente, Transparente y Descentralizado", y establece el compromiso de construir y mantener un Estado eficiente, eficaz, moderno y transparente al servicio de las personas y de sus derechos, y que promueva el desarrollo y buen funcionamiento del mercado y de los servicios públicos[3].

El Acuerdo Nacional, a su vez, refleja este alineamiento a través de su décimo tercera política de Estado: el "Acceso Universal a los Servicios de Salud y a la Seguridad Social". El documento señala: "Nos comprometemos a asegurar las condiciones para un acceso universal a la salud en forma gratuita, continua, oportuna

Para el 2021, el acceso al cuidado y la atención integral en salud individual y colectiva de las personas serán universales, independientemente de su condición socioeconómica y de su ubicación geográfica, con enfoques de género, de derechos en salud y de inteculturalidad.

y de calidad, con prioridad en las zonas de concentración de pobreza y en las poblaciones más vulnerables. Nos comprometemos también a promover la participación ciudadana en la gestión y evaluación de los servicios públicos de salud"[4]. Con relación a "Los Objetivos de la Reforma en Salud", ratifica que el ser humano es el fin supremo del proceso de reforma y que la salud es un derecho fundamental para el desarrollo humano.

Este Acuerdo establece también que "para el 2021, el acceso al cuidado y la atención integral en salud individual y colectiva de las personas serán universales, independientemente de su condición socioeconómica y de su ubicación geográfica, con enfoques de género, de derechos en salud y de interculturalidad. Asimismo, el cuidado y la atención pública en salud serán integrales, solidarios, equitativos, oportunos, con gratuidad en el punto de entrega, de calidad, de fácil acceso y adecuados a las características del ciclo de vida de la población. El Estado es garante y principal responsable de asegurar la disponibilidad, accesibilidad y aceptabilidad del cuidado y la atención en salud a través de un sistema nacional de salud efectivo, eficiente y eficaz"[5].

1. Políticas del Ministerio de Salud (MINSA)

El Decreto Legislativo 1161 aprueba la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud y establece que el Sector Salud está conformado por el Ministerio de Salud (MINSA) como órgano rector, las instituciones adscritas a él, las instituciones públicas y privadas de nivel nacional, regional y local, así como las personas naturales que realizan actividades de la salud, las cuales tienen impacto directo o indirecto en la salud individual y colectiva.

2. Políticas de EsSalud

El Seguro Social en el Perú tuvo su inicio con la Ley 8433, que creó la Caja Nacional del Seguro Social Obrero (CNSSO), el 12 de agosto de 1936. Este seguro cubría los riesgos de desocupación, edad, enfermedad, invalidez y muerte.

[4] Acuerdo Nacional del Perú. Unidos para crecer. http://acuerdonacional.pe/politicas-de-estado-del-acuerdo-nacional/politicas-de-estado%E2%80%8B/politicas-de-estado-castellano/ii-equidad-y-justicia-social/13-acceso-universal-a-los-servicios-de-salud-y-a-la-seguridad-social/
[5] Acuerdo Nacional del Perú. Los objetivos de la reforma de salud. http://acuerdonacional.pe/2015/10/los-objetivos-de-la-reforma-de-salud/

El Seguro Social Obligatorio del Empleado tuvo su origen el 19 de noviembre de 1948 con el Decreto Ley 10902. Funcionó mediante el sistema de la libre elección o prestación indirecta, que consistía en la afiliación de médicos, farmacias, boticas y clínicas con el pago de una tarifa a través de la Caja de Enfermedad Maternidad en el Seguro Social del Empleado.

Para el 2021, el acceso al cuidado y la atención integral en salud individual y colectiva de las personas serán universales, independientemente de su condición socioeconómica y de su ubicación geográfica, con enfoques de género, de derechos en salud y de interculturalidad.

Mediante la aplicación de la Constitución Política del Perú de 1979, el 16 de julio de 1980 se creó el Instituto Peruano de Seguridad Social (IPSS), a través del Decreto Ley 23161. El 28 de diciembre de 1987, con la promulgación de la Ley 24786, Ley General del IPSS, se definió la estructura, funciones, cobertura y recursos financieros del Instituto Peruano de Seguridad Social (IPSS), ampliándose la cobertura a todos los grupos poblacionales, con un carácter universal e integral.

Con la Ley 26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud, dada el 17 de mayo de 1997 y reglamentada con el Decreto Supremo 009-97-SA del 8 de setiembre de 1997, se emprendió un cambio importante al dar pase a las Entidades Prestadoras de Salud (EPS), constituidas por empresas privadas o instituciones públicas complementarias al Instituto Peruano de Seguridad Social (IPSS). Con esta ley, se reemplazó el régimen de prestaciones de salud de la Ley 22482. La nueva legislación diferenciaba las intervenciones de salud en dos capas: la simple, con prestaciones menos complejas a cargo de las Entidades Prestadoras de Salud (EPS); y la compleja, a cargo exclusivamente del Instituto Peruano de Seguridad Social (IPSS). Con esta ley, se creó el Seguro Complementario del Trabajo de Riesgo (SCTR), en sustitución del antiguo régimen de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales del Decreto Ley 18846. El 29 de enero de 1999, la Ley 27056 crea el Seguro Social de Salud (EsSalud), con la responsabilidad de administrar el Régimen Contributivo de la Seguridad Social en Salud.

Con la Ley del Presupuesto del Sector Público para el año fiscal 2011, el Seguro Social de Salud (EsSalud) fue incorporado al ámbito del Fondo Nacional de Financiamiento de la Actividad Empresarial del Estado (FONAFE),

Para tener éxito en el proceso de transformación, las instituciones deben seguir los principios de la gestión del cambio.

quedando sujeto a las normas de gestión, directivas y procedimientos emitidos por el citado organismo.

Del mismo modo, en concordancia con la cuarta política del Acuerdo Nacional, el Estado peruano emite el Decreto Supremo 004-2013-PCM, Política Nacional de Modernización de la Gestión Pública, que caracteriza a ese Estado Moderno como aquel orientado al ciudadano, eficiente,

unitario y descentralizado, inclusivo y abierto (transparente y que rinde cuentas)[6].

Uno de los principios de esta política es la sostenibilidad entendida como la integración equilibrada de las políticas sociales, ambientales y económicas del desarrollo nacional, así como en la satisfacción de las necesidades de las actuales y futuras generaciones de ciudadanos.
La apuesta central de esta política es una gestión pública orientada a resultados al servicio de ciudadanas y ciudadanos; uno de sus ejes centrales es la **Gestión por Procesos**, que asegure que los bienes y servicios públicos generen resultados e impactos positivos para la ciudadanía, dados los recursos disponibles **(Cuadro 01)**.

Concordante con esta política y con la finalidad de generar la mejora de los procedimientos orientados a los ciudadanos, se aprobó el 18 de setiembre del 2015 la Directiva 09–GG-ESSALUD-2014, "Lineamientos para la gestión por procesos del Seguro Social de Salud, EsSalud"8.

Uno de los aportes es el diseño del Macroproceso: "Prestaciones de Salud", que representa todos los procesos que brindan servicios de salud, estos podrían ser clasificados desde distintos enfoques ya sea aquellos procesos orientados hacia la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación, u otras formas de clasificación. Este documento aporta al diseño de políticas sanitarias que tengan como fin la orientación hacia el usuario/demanda, distante del antiguo enfoque que se direccionaba hacia el prestador/oferta.

Precisamente la **Gestión del Cambio Sostenible** debe ser entendida como un cambio cultural en el sentido antes señalado. Para tener éxito en el proceso de transformación, las instituciones deben seguir los principios de la gestión del cambio. Este es un proceso planificado que permite alcanzar y consolidar, a través de distintas etapas, la visión de lo que se quiere que la entidad llegue a ser en el futuro a partir de su situación actual. El cambio debe ser un proceso liderado por directivos, con una filosofía participativa; el plan de cambio debe ser diseñado por equipos de funcionarios, con las técnicas propias del trabajo en equipo y los grupos de calidad[9].

Para EsSalud, la Gestión del Cambio Sostenible constituye un imperativo ético y también una oportunidad para garantizar su sostenibilidad financiera. La finalidad es responder a las necesidades de prestación sanitaria y social del asegurado, responsabilidad que debe ser asumida con los actuales usuarios pensando en las futuras generaciones.

Para complementar los mandatos anteriores, EsSalud desarrolla la política de Buen Gobierno Corporativo[10]. Este es entendido como un marco en el cual los derechos y responsabilidades de los diferentes participantes y grupos de interés de las empresas son distribuidos de tal forma que se logra el alcance de los objetivos de manera eficiente. Su importancia radica en la capacidad para generar: confianza, satisfacción de las expectativas de la sociedad, promoción de la salud económica y estabilidad financiera, y en facilitar la supervisión y rendición de cuentas. Su aplicabilidad garantiza y permite la Gestión del Cambio Sostenible.

Con fecha 31 de mayo de 2012, el Consejo Directivo de EsSalud, por acuerdo N°23-10-ESSALUD-2012, aprobó el Plan Estratégico

Cuadro 01. Pilares y ejes de la Política de Modernización de la Gestión Pública[7].

Fuente: Secretaría de Gestión Pública/PCM

[6] Política Nacional de Modernización de la Gestión Pública. http://sgp.pcm.gob.pe/wp-content/uploads/2015/06/DS-004-2013-PCM-Aprueba-la-PNMGP.pdf
[7] SERVIR. http://inst.servir.gob.pe/index.php/es/noticias-y-eventos-/1587-modernizacion-de-la-gestion-publica-en-el-peru.html
[8] EsSalud.http://www.essalud.gob.pe/transparencia/pdf/RESOLUCION_737_2014.pdf

[9] Política Nacional de Modernización de la Gestión Pública. http://sgp.pcm.gob.pe/wp-content/uploads/2015/06/DS-004-2013-PCM-Aprueba-la-PNMGP.pdf
[10] IAAG Consultoria & Corporate Finance S. A. y Governance Consultans S. A. 2013.

Institucional 2012-2016 el que señala taxativamente en su Objetivo Estratégico 2: "… mejorar el trato a los asegurados, cambiar el modelo de atención por uno basado en la atención primaria…con énfasis en los aspectos preventivo promocionales…" . La Alta Dirección de EsSalud muestra así su preocupación por las limitaciones del modelo vigente y lo hace explicito en el documento guía de las acciones de política institucional.

3. El proceso de reforma sectorial

Con la finalidad de acelerar el proceso de alineamiento sectorial a las necesidades de avanzar hacia la cobertura universal en salud, el Estado peruano impulsó un proceso de Reforma de Salud[11].

Bajo el amparo del artículo 9 de la Constitución Política del Perú, en el 2013 el Poder Legislativo delegó al Poder Ejecutivo, vía Ley 30073, la "Facultad de Legislar en materia del Fortalecimiento del Sistema Nacional de Salud".

En el marco de este proceso reformador se promulgó, entre otros instrumentos jurídicos, el Decreto Legislativo 1166[12], el cual aprobó "la conformación y funcionamiento de las Redes Integradas de Atención Primaria de Salud (RIAPS)", que tienen como finalidad "articular la oferta de intervenciones y servicios de varios proveedores, que permitan responder a las demandas de salud de la población en un espacio geográfico determinado".

En el mismo sentido, se promulgaron diversos decretos legislativos que EsSalud viene implementando.

Así tenemos:

- El Decreto Legislativo 1155 que dicta medidas destinadas a mejorar la calidad del servicio y declara de interés público el mantenimiento de la infraestructura y el equipamiento en los establecimientos de salud a nivel nacional.

- El Decreto Legislativo 1157 que aprueba La Modernización de la Inversión Pública.

- El Decreto Legislativo 1159 que aprueba la disposiciones para desarrollo e implementación del intercambio prestacional en el sector público.

- El Decreto Legislativo 1169 que establece la implementación del sistema de comunicación por vía electrónica para que EsSalud notifique los embargos en forma de retención y actos vinculados por deudas no tributarias a las empresas del sistema financiero.

- El Decreto Legislativo 1170 que establece la prelación del pago de las deudas a la Seguridad Social en Salud.

- El Decreto Legislativo 1172 que establece medidas para cautelar el cumplimiento de las normas a la Seguridad Social en Salud y la obligación de informar del trabajador.

[11] Ministerio de Salud del Perú (2013). Lineamientos y Medidas de Reforma del Sector Salud en el Perú. Lima. http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2013/reforma/documentos/documentoreforma11122013.pdf
[12] http://faolex.fao.org/docs/pdf/per129868.pdf

III. EsSalud, la necesidad de emprender su propia reforma prestacional

Como parte del cumplimiento de su finalidad y objetivos institucionales, EsSalud ejecuta una serie de funciones, entre las cuales se encuentra la prestación de salud.

De acuerdo al artículo 3 de la Ley 27056[13], EsSalud otorga prestaciones de prevención, promoción y recuperación de la salud, maternidad, prestaciones de bienestar y promoción social, prestaciones económicas, así como programas de extensión social y planes de salud especiales a favor de la población no asegurada y de escasos recursos, y otras prestaciones derivadas de los seguros de riesgos humanos. Específicamente tenemos:

- Las prestaciones de prevención y promoción de la salud comprenden educación para la salud, evaluación y control de riesgos e inmunizaciones.

- Las prestaciones de recuperación de la salud comprenden atención médica, medicinas e insumos médicos, prótesis y aparatos ortopédicos imprescindibles y servicios de rehabilitación.

[13] Ley 27056, Ley de Creación del Seguro Social de Salud.

- Las prestaciones de bienestar y promoción social comprenden actividades de proyección, ayuda social y de rehabilitación para el trabajo.
- Las prestaciones económicas comprenden subsidios por incapacidad temporal, maternidad, lactancia y sepelio.
- La prestación de maternidad consiste en el cuidado de la salud de la madre gestante y la atención del parto, extendiéndose al periodo de puerperio y al cuidado de la salud del recién nacido.

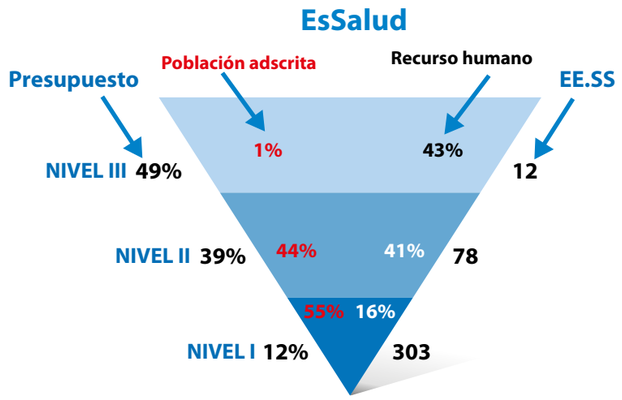
Para poder cumplir con su mandato y entregar dichas prestaciones de salud al asegurado y sus derechohabientes, EsSalud formuló en el 2005 un Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS), aprobado mediante Resolución de Gerencia General 700-GG-EsSalud-2005 del 19 de diciembre del 2005.

El MAIS se define como "el conjunto de políticas, sistemas, procesos e instrumentos que, operando coherentemente garantizan la prestación de una atención integral, continua y de calidad, orientada a la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud para las personas, sus familias y comunidades"[14].

Si bien teóricamente este modelo recoge principios de atención primaria, la realidad institucional revela la persistencia de una atención preferentemente especializada, brindada en su mayoría en el tercer nivel de atención, mediante intervenciones curativas y atención focalizada en el enfermo y la patología que presenta durante el momento de la interacción profesional de la salud-paciente. Esto genera costos exorbitantes para la institución e ineficiencias, que se traduce en altos índices de insatisfacción de los usuarios. Las estadísticas revelan que la mayor producción de actividades, la asignación presupuestal y la distribución de personal están inclinadas hacia el nivel de mayor complejidad en desmedro del primer nivel de atención, hecho que se aprecia en el **Gráfico 01**.

Lo descrito anteriormente sobre el MAIS muestra que el modelo resulta insuficiente tanto para lograr las aspiraciones y exigencias de nuestros asegurados como para nuestra misión de la

Gráfico 01. Asignación de presupuesto, recurso humano y población según niveles de complejidad.



Fuente: Gerencia Central de Prestaciones de Salud, 2012

[14] Resolución de Gerencia General 700-GG-ESSALUD-2005, que aprueba el Modelo de Atención Integral de EsSalud.

realización de sus derechos a la salud. Siendo así, se hace necesario desarrollar una propuesta adaptada y coherente con el perfil de la población asegurada de EsSalud, con el rediseño organizacional y con los mandatos sectoriales.

En camino hacia la modernización, en setiembre del 2012, por Decreto Supremo 016-2012-TR se declara en reorganización el Seguro Social de Salud, EsSalud, con la finalidad de garantizar la efectiva prestación de los servicios que brinda a los asegurados, así como la intangibilidad de sus recursos en el marco del derecho a la seguridad social en salud y los principios de solidaridad, transparencia, participación y eficiencia.

La ejecución del proceso de reorganización fue encargada al Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo (MTPE) y al Ministerio de Salud (MINSA), quienes fueron los responsables de presentar un diagnóstico de la situación de EsSalud y las propuestas de disposiciones técnicas y normativas necesarias para el cumplimiento del dispositivo, en el marco de sus competencias.

Como resultado presentaron un informe denominado "Reorganización del Seguro Social de Salud -EsSalud, Diagnóstico y Propuestas[15]", que incluyó un diagnóstico desde la perspectiva organizativa, planificación, inversiones; prestación de servicios, gestión de compras, recursos humanos y tecnologías de la información y comunicación.

El informe destaca algunos elementos a considerar:

- … Contrariamente a la aplicación de los criterios organizativos modernos, la organización de EsSalud se encuentra en su mayoría conformada según un principio de departamentalización funcional de diseño vertical. Esta forma de efectuar la **organización promueve la estimulación de la especialización como ventaja, así como la supervisión a cargo de un profesional especialista**, se determinan flujos de trabajo y cada función aporta lo propio para concretar el producto. Todas las partes de la organización se ven involucradas en mayor o menor medida; sin embargo, en cada una de ellas se realizan procedimientos distintos que son compartimentados, pero careciendo de una visión en conjunto, esta es **la principal desventaja del diseño funcional actual ya que la importancia atribuida a las especializaciones genera dificultades en las coordinaciones entre áreas, propiciando el aislamiento y la disminución del resultado global, es decir la producción global de la organización**. Otra desventaja actual es que a raíz de **esta tendencia al aislamiento genera un mayor impulso al crecimiento de áreas destinadas a satisfacer demandas adicionales**.

El origen de tal deshumanización es múltiple y entre las explicaciones estaría un modelo asistencial predominante en décadas, centrado en la enfermedad como entidad ajena a la vivencia de la persona y carente de una mirada integradora del ser humano.

- En cuanto a la optimización de recursos, EsSalud mantiene una estructura organizativa rígida, de tipo funcional, que **no contribuye a alcanzar una mayor eficiencia y eficacia en la administración de los recursos y prestación de servicios asistenciales a los asegurados.**
- La insatisfacción del asegurado se refleja en las colas para la atención, la insuficiente

[15] Informe de Reorganización del Seguro Social de Salud - EsSalud, Diagnóstico y Propuestas, MTPE/MINSA, 2013. http://www.mintra.gob.pe/archivos/file/ESSALUD/informe_final_essalud.pdf

cobertura, los equipos obsoletos, el área de emergencia saturada, la existencia de locales antiguos e inadecuados, las postergaciones de citas, etc.

- El presupuesto asignado para el cumplimiento de la cartera de servicios de atención primaria para las IPRESS del primer nivel de atención y en aquellos hospitales que tienen población adscrita es de casi 20% en el nivel de atención I, 31% en el nivel de atención II y 49% en el nivel de atención III. Lo que hace que aún el nivel de atención I tenga que ser fortalecido con una proporción mayor de presupuesto. Asimismo, el nivel de atención I solo muestra el 16% del total de recursos humanos, el nivel II señala el 41% y el nivel III, un 43% del total de recursos humanos.

- Cuando se observa al interior de un sistema de salud formas de interacción que no poseen los valores esperados para estas, **quizás ya se haya producido una deshumanización en la atención de salud**. La deshumanización tiene que ver con la incapacidad de crear vínculos, con el anonimato de aquellos a los que se sirve, con el desconocimiento de las necesidades emocionales de las personas, con respuestas estereotipadas ante la diversidad del sufrimiento, entre otras. El origen de tal deshumanización es múltiple y entre las explicaciones estaría un modelo asistencial predominante en décadas, centrado en la enfermedad como entidad ajena a la vivencia de la persona y carente de una mirada integradora del ser humano.

- Se observa la complejidad de un sistema sociosanitario, la escasez de recursos, el desgaste profesional, la creación de sistemas masivos de salud, la incorporación de la medicina al mercado, la tecnificación, la especialización, la biologización de la medicina, la superespecialización de la ciencia, la aplicación irresponsable de la tecnología y la farmacología, sumado a la falta de participación de los ciudadanos en la gestión de su salud, etc.

- En el año 2002-2003, EsSalud inició una nueva organización incluyendo la atención primaria, la transformación, incide en la preocupación por la salud y la persona como lo esencial de la relación con los usuarios, enfatizando la prevención y promoción como actividades centrales del proceso de atención, e incorporando a la comunidad como entidad participante en la atención de salud. Se proponía generar un cambio paradigmático del comprender la salud-enfermedad. Si el proceso anterior mantenía su mirada desde la perspectiva técnica de priorizar la prevención y promoción, el nuevo desafío se aboca a incorporar el enfoque biopsicosocial y con él la perspectiva humana de la salud-enfermedad, con conceptos de malestar, vivencia de la enfermedad, atribuciones y significados personales del sufrimiento, etc. Todo ello se traducía en introducir el concepto de redes y el modelo de Atención Primaria Especializada, coherente con un cambio global.

- El modelo de atención en EsSalud está organizado en Atención Primaria y Atención Especializada (hospitalaria), esta situación podría estar generando una falta de atención óptima en la continuidad y definición entre la atención primaria y la especializada. Adicionalmente se observa que la prestación de servicios de salud está organizada en redes que, sin embargo, muestran falta de conectividad, integración, control de gestión y desarrollo efectivo, lo que se traduce en una desfragmentación administrativa, económico - financiera, prestacional (asistencial), etc.

En resumen, el modelo de prestación de servicios de salud que se hallaba vigente en EsSalud era fragmentado con atención individualizada; curativa, centralizada y vertical; ineficiente, inequitativo, de baja calidad, deshumanizado

y heterogéneo en las actividades y procesos prestacionales; además, no tiene control en la regulación, el financiamiento está orientado a la producción y la prestación a la medicalización.

Es importante señalar que los problemas y limitaciones del modelo propuesto anteriormente por EsSalud, vale decir el Modelo de Atención Integral de Salud aprobado en el 2005, con once años de antigüedad, no se distanciaban significativamente de otras experiencias en Latinoamérica; sin embargo, al realizar una breve revisión de las principales tendencias globales, se identifican nuevas propuestas de modelos alternativos que apuntan a una prestación de cuidados mejor organizada y alineada con las necesidades del asegurado, el cual, cabe señalar, tiene características específicas.

1. Las megatransformaciones que obligan al cambio

La sociedad peruana, particularmente la población asegurada en EsSalud, ha sufrido transformaciones sustanciales en términos de su perfil epidemiológico, demográfico, sociocultural, así como en su relación con el Estado y los servicios que éste provee.

La población asegurada se caracteriza por tener un predominio de población adulta, que está empleada, se concentra en las zonas urbanas, y cuenta con mayores niveles de acceso a la educación, información y servicios; lo cual contribuye a que sean usuarios mucho más informados y empoderados en la defensa de sus derechos, que exigen mejoras en la calidad de las prestaciones.

Asimismo, estas características mencionadas condicionan que el perfil de daños a la salud sea predominantemente del grupo de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT). Este contexto determina una enorme presión sobre la oferta de los servicios, tanto en cantidad como en complejidad, lo que impacta la sostenibilidad financiera de la organización.

Por estas razones, como ha sucedido en otros países que enfrentaron similares condiciones, es necesario reorganizar la forma de proveer los servicios de manera tal que aumente el impacto sanitario, mejore la satisfacción de los usuarios del sistema; aumente la productividad laboral de los empleados y, finalmente, aumente su sostenibilidad financiera, así como lo ha demostrado la experiencia internacional en países que han iniciado el proceso de

transformación del sistema como respuesta a las mismas presiones[16,17].

A continuación se detallan algunas de estas megatransformaciones:

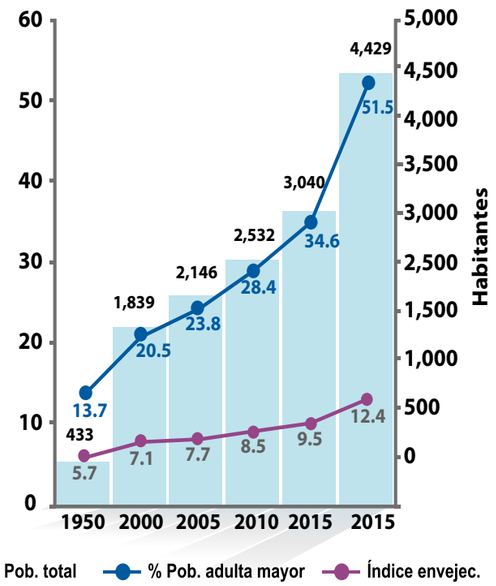
1.1 La transición demográfica

Del mismo modo que la población mundial, la nuestra presenta un envejecimiento progresivo; la población peruana observa un estancamiento en las tasas de mortalidad y fecundidad, lo que condiciona un progresivo y persistente incremento de la población en edades adultas y una homogenización de la población más joven. Esta tendencia condicionará una mayor presión social por la mayor cantidad de población senil en situación de dependencia, grupo que tiene mayores necesidades de salud y que, por lo general, son excluidos de los planes de aseguramiento privado. Esta dinámica demográfica que viene generando cambios en la estructura de la población determina, por ende, transformaciones en las necesidades y demandas de la sociedad en su conjunto.

Dichos cambios se manifiestan en los siguientes fenómenos importantes en la seguridad social:

1) De acuerdo al índice de envejecimiento (Gráfico 02), van creciendo en mayor proporción los aportes de los pensionistas, que son cuantitativamente menores a los de los trabajadores activos, y representan además solo un 4% de su ingreso.

Gráfico 02. Índice de envejecimiento de la población peruana 1950 - 2015.



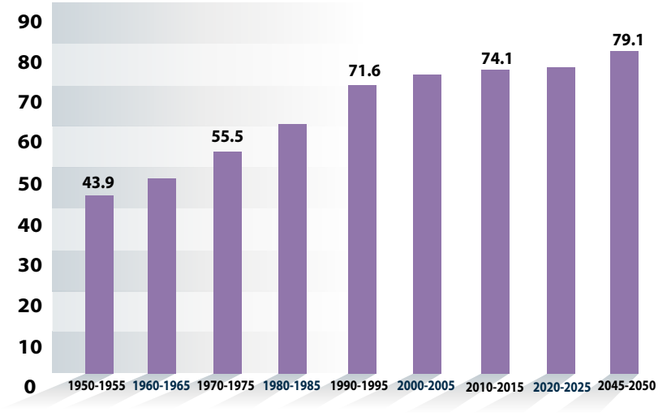
Fuente: MINSA. Análisis de Situación de Salud 2005

[16] Ellen Nolte, Emma Pitchforth. (2012). What is the evidence on the economic impacts of integrated care? European Observatory on Health Systems and Policies. Policy Summary 11. WHO. Geneva. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/251434/What-is-the-evidence-on-the-economic-impacts-of-integrated-care.pdf?ua=1

[17] Ouwens M. et al. (2005). Integrated care programmes for chronically ill patients: a review of systematic reviews. International Journal for Quality in Health Care, 17:141–146.

2) El incremento persistente de la esperanza de vida al nacer, ubicada en 73.4 años (1.4 años mayor que el valor nacional, **Gráfico 03**), que potencialmente significa periodos más largos de afiliación de población dependiente con bajos niveles de aporte y alta demanda de servicios.

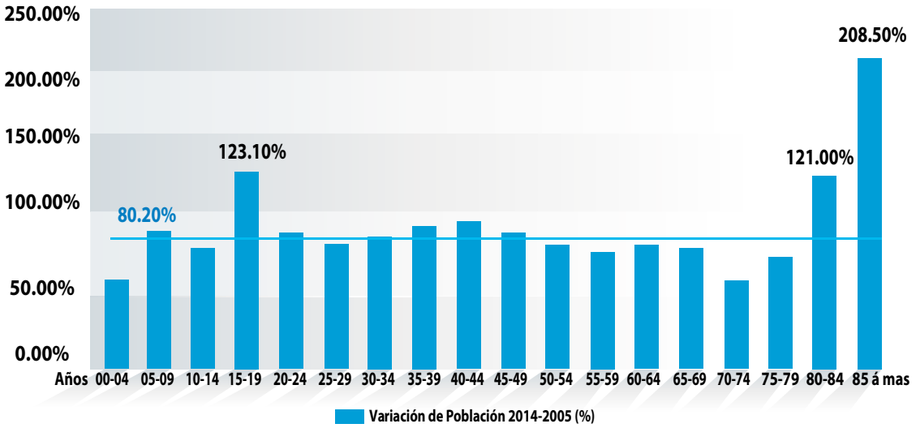
Gráfico 03. Proyección de la Esperanza de Vida al nacer de la población Peruana 1950 - 2050



Fuente: INEI. Perú: Estimaciones y Proyecciones de Población 1950-2050. Lima, marzo 2009.

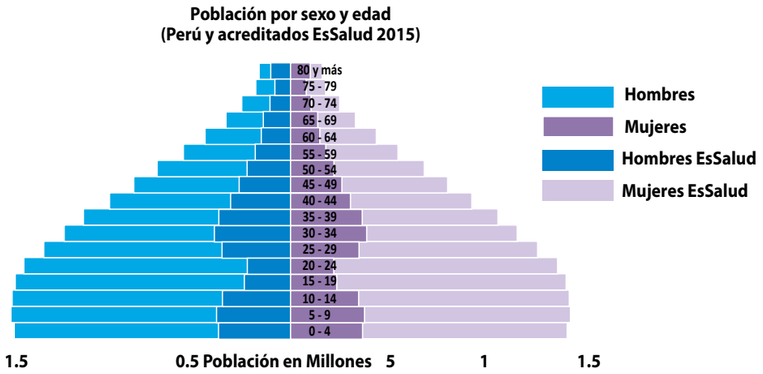
3) El aumento de la población asegurada en edades adultas extremas, con especial consideración en el grupo mayor de 85 años que presenta un incremento de más del doble en 10 años, así como el aumento de la población entre 80-84 años y de 15-19 años que presentan incrementos muy superiores al promedio de crecimiento de la población asegurada (**Gráfico 04 y Gráfico 05**).

Gráfico 04. Incremento porcentual en la estructura de la población asegurada. 2005 al 2014



Así, el crecimiento poblacional y la transición demográfica, comparativamente con la transición general del país han llevado al aumento de la población asegurada en la seguridad social con un predominio de las edades mayores, lo cual indefectiblemente viene generando una mayor demanda de los servicios de salud que debe responder a los diferentes estratos según la edad de la población adscrita.

Gráfico 05. Pirámide poblacional. EsSalud, 2015.



Fuente: INEI población Junio 2013, GCAS población Junio 2013/ Elaboración: GDI-OCPD

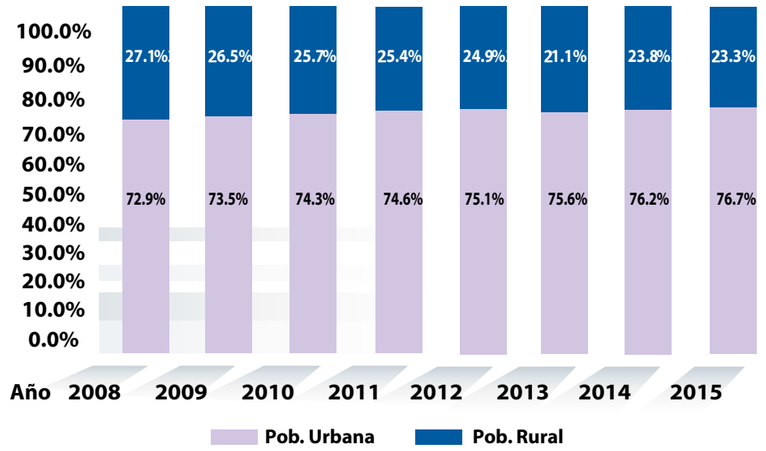
1.2 Los cambios socioculturales

El proceso de urbanización en el país aumenta, cada vez la proporción de la población urbana crece[18] **(Gráfico 06)** a expensas de mayor migración positiva hacia Lima y otras regiones en donde existen intensos circuitos económicos de comercio como Tacna y Tumbes[19] **(Gráfico 07)**. Esto hace que la población se concentre más en las grandes ciudades, generándose allí los principales núcleos de empleo, lo que evidencia que alrededor del 95% de la población asegurada viva en áreas urbanas **(Gráfico 08)**.

Este contexto viene condicionando cambios en los patrones y estilos de vida, así como el mayor uso de los medios de comunicación, mayor conocimiento en el ejercicio de los derechos de los usuarios en concordancia con el acceso a los servicios y calidad de la atención; estos son algunos de los factores que han facilitado en el asegurado la construcción del principio de ciudadanía y de agencia[20] para con los servicios de salud brindados.

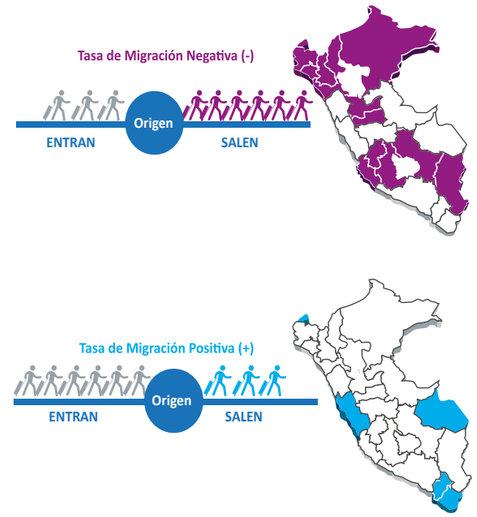
[18] INEI. Estimaciones y Proyecciones de Población Urbana y Rural por Sexo y Edades Quinquenales de Edad, según departamento, 2000-2015.
[19] Ministerio de Salud. Análisis de Situación de Salud 2012.
[20] O' Donnell, Guillermo. Democracia, agencia y Estado: Teoría con intención comparativa. Buenos Aires. Prometeo 2010

Gráfico 06. Evolución de la población urbana y rural 2008-2015



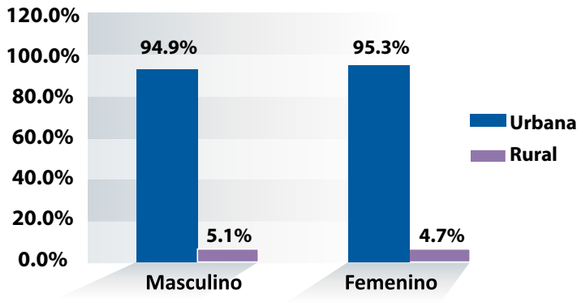
Fuente: INEI. Estimaciones y Proyecciones de Población Urbana y Rural por Sexo y Edades Quinquenales de Edad, según departamento, 2000-2015

Gráfico 07. Patrón de migración de las regiones



Fuente: MINSA. Análisis de Situación de Salud 2012

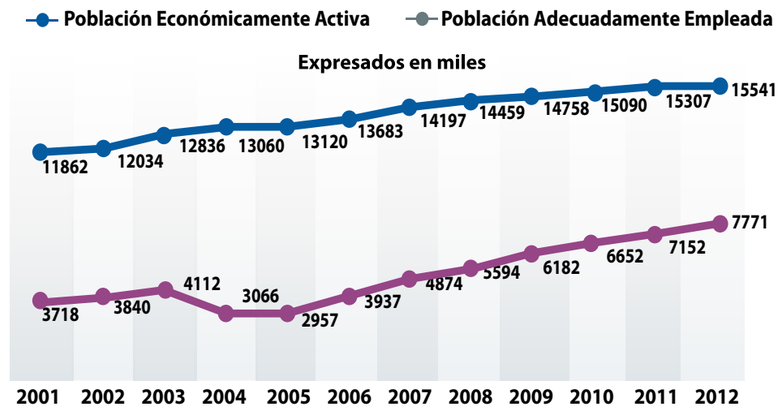
Gráfico 08. Porcentaje de población urbana y rural de asegurados según género. EsSalud 2015.



Fuente: Encuesta socioeconómica de acceso a la salud de los asegurados de EsSalud. ENSSA 2015

Asimismo, un factor importante para el crecimiento de la población asegurada ha sido el aumento del empleo en los últimos años, desde el año 2006 se evidencia un incremento sostenido en los niveles de empleo formal (Gráfico 09). Ello ha permitido que la población asegurada crezca a un ritmo mayor que la oferta de servicios, las grandes ciudades concentran la mayor población laboral y en estas es donde se genera cada vez la mayor demanda de servicios

Gráfico 09. Evolución de la población económicamente activa y del mercado formal de trabajo. Perú 2001-2012.



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática. ENAHO 2001-2012

Los hallazgos de la Encuesta Nacional Socioeconómica y de Acceso a la Salud de los Asegurados de EsSalud (ENSSA, 2015) muestran que el 62.9% de los asegurados en edad de trabajar están dentro de la población económicamente activa: un 70.2% son empleados, 14.5% son obreros, 13.2% son trabajadores independientes y un 2.1% están en otros grupos. En los asegurados ocupados el 74.3% recibe su remuneración vía sueldos, el 12.7% a través de ingresos por negocios o servicios y el 8.6% a través de salarios. Asimismo, el 82.5% de asegurados con ocupación se concentran en empresas de menos de 100 personas. Esta situación representa un reto para EsSalud pues su oferta para la población en edad de trabajar es limitada, además que esta población requiere de sistemas de atención oportunos, ágiles y que en la medida de lo posible no interrumpan su actividad productiva.

Asimismo, la población asegurada se concentra en áreas urbanas, el 76.9% de los asegurados tiene educación secundaria o superior con un buen acceso a servicios básicos y medios de comunicación, como el internet, lo que permite que estén más y mejor informados. Según la ENSSA 2015, el 60.3% de los asegurados de 10 años a más de edad hizo uso del internet el mes previo a la fecha de la entrevista **(Cuadro 02)**.

Cuadro 02. Población asegurada de 10 años y más que usa el servicio de internet, según lugar de uso más frecuente y área de residencia.

	Nacional		Urbana		Semirrural	
	N	%	N	%	N	%
Total	5,204,560	100.0	5,075,082	100.0	129,478	100.0
Diariamente	2,740,204	52.7	2,689,568	53.0	50,636	39.1
Interdiario	1,492,668	28.7	1,456,852	28.7	35,816	27.7
Una vez a la semana	825,826	15.9	793,695	15.6	32,131	24.8
Una vez al mes	137,209	2.6	126,313	2.5	10,896	8.4
Otros 1/	4,576	0.1	4,576	0.1	0	0.0
No indica	4,078	0.1	4,078	0.1	0	0.0

Fuente: Encuesta Nacional Socioeconómica y de Acceso a la Salud de los Asegurados de EsSalud, 2015

De ellos, el 52.7% hace uso del servicio de internet en forma diaria, el 28.7% interdiario y 15.9% una vez a la semana. A nivel nacional, el 10.3% de los que usan internet visitaron la página web de EsSalud. La población asegurada que visita la web de EsSalud en un 50.1% lo hace para buscar información seguido del trámite de obtención de una cita médica con un 42.3% (Cuadro 03).

Este perfil nos muestra una población que tiene mayores facilidades para informarse y, por tanto, mayores posibilidades de ejercer su derecho a la exigibilidad de un buen servicio.

Cuadro 03. Población asegurada que visitó la página web de EsSalud, según motivos de visita y área de residencia

	Nacional		Urbana		Semirrural	
	N	%	N	%	N	%
Total	886,763	100.0	874,872	100.0	11,891	100.0
Acceder a las citas	374,727	42.3	372,2%	42.6	2,430	20.4
Ver dónde se atiende	138,294	15.6	135,895	15.5	2,398	20.2
Ver el estado de un trámite	105,037	11.8	103,729	11.9	1,308	11.0
Obtener información	444,122	50.1	436,587	49.9	7,535	63.4
Otros	2,145	0.2	2,145	0.2	0	0.0
No indica	2,263	0.3	2,263	0.3	0	0.0

Fuente: Encuesta Nacional Socioeconómica y de Acceso a la Salud de los Asegurados de EsSalud, 2015.

1.3 La transición epidemiológica[21]

Los cambios demográficos y socioculturales de la población peruana vienen acompañados de un proceso de cambio dinámico en la frecuencia, magnitud y distribución de la morbilidad y mortalidad de la población, proceso conocido como transición epidemiológica y que es heterogéneo en el país[22]. Esto es más acentuado en los centros urbanos donde las enfermedades no transmisibles han desplazado a las transmisibles y la morbilidad genera más años de vida saludable perdidos (AVISA) que la mortalidad.

La carga de enfermedad refleja los AVISA a consecuencia de dos componentes como son la discapacidad (años de vida perdidos por discapacidad, AVD) y la mortalidad (años de vida perdidos por muerte prematura, AVP). Considerando esto, en los estudios de la Carga Mundial de Morbilidad (CMM) desarrollados por el Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) se aprecia que el perfil de la carga de enfermedad en el Perú ha tenido un cambio sustancial entre los años 1990 y el 2013[23].

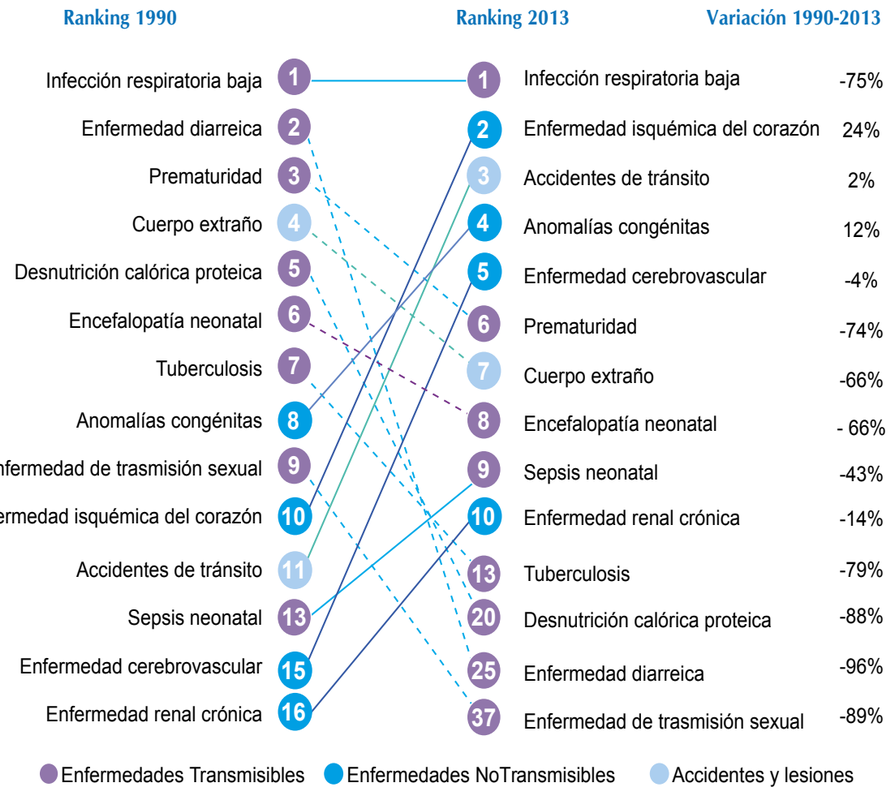
El mencionado estudio muestra que las enfermedades crónicas no transmisibles pasaron a tomar mayor importancia como causa de años de vida perdidos por muerte prematura. Por ejemplo, la enfermedad cardiaca isquémica de estar en el décimo lugar en 1990 ascendió a un segundo lugar en el 2013 como causa de años perdidos por muerte prematura. La enfermedad cerebrovascular de un decimoquinto lugar ascendió a un quinto lugar.

Es importante señalar que las enfermedades transmisibles como causa de años perdidos por muerte prematura (AVP) sufrieron un cambio sustancial; así, las enfermedades diarreicas, de ser la segunda causa de AVP en 1990, descendieron al número 25 en el 2013. Se observa que casi todas las principales enfermedades con mayor carga de AVP disminuyeron

[21] Omram AR. The epidemiologic transition a theory of the epidemiology of population change. MilbankMem Fund. Q 1971; 49:509-38.
[22] MINSA. Análisis de Situación de Salud 2012.
[23] Institute for Health Metrics and Evaluation. Peru [Internet]. COUNTRY PROFILE PERÚ. [cited 2016 Mar 22]. Available from: http://www.healthdata.org/peru

en cantidad, con excepción de la enfermedad isquémica y los accidentes de tránsito que sufrieron un incremento positivo de la cantidad de AVP **(Gráfico 10)**.

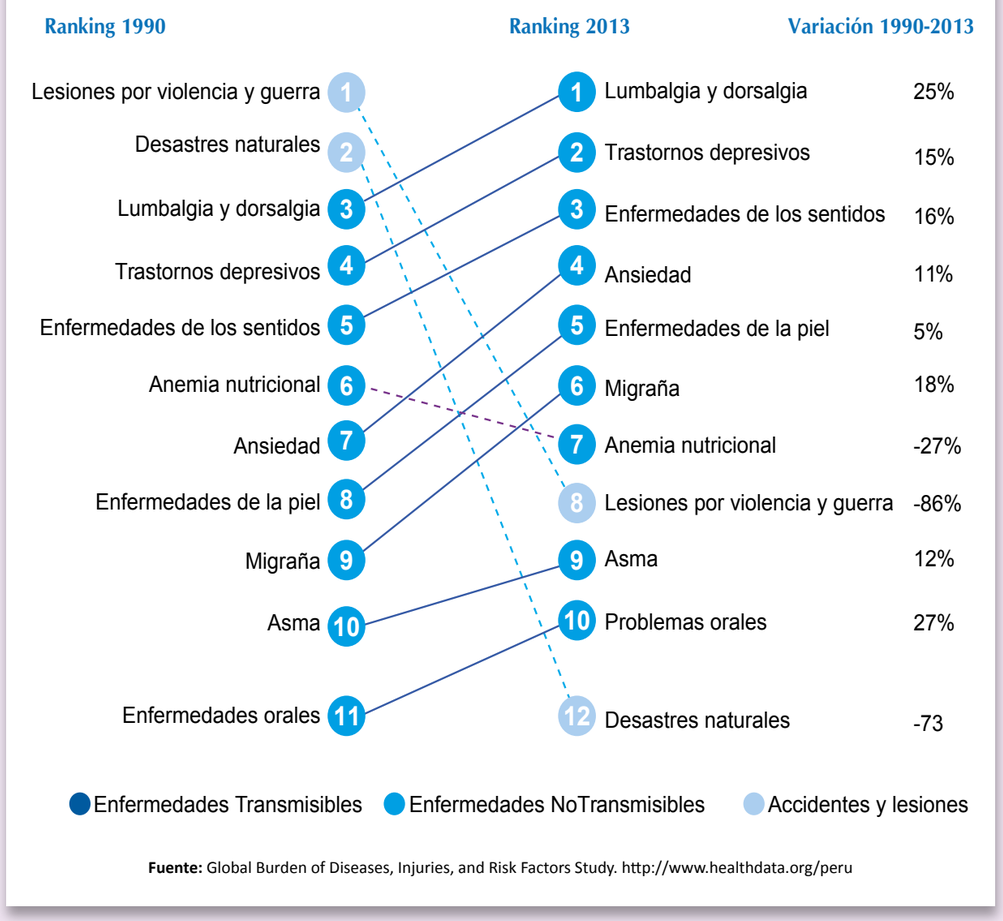
Gráfico 10. Variación en las causas principales de años de vida perdidos por muerte prematura en el Perú 1990-2013.



Fuente: Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors Study. http://www.healthdata.org/peru

Según el mismo estudio, con relación a la carga de años perdidos por discapacidad (AVD) también se encuentra un cambio. Por ejemplo, en 1990 las dos primeras causas de pérdida de AVD fueron las lesiones por conflictos-violencia y los desastres naturales, las cuales para el año 2013 pasan a los puestos 8 y 12, respectivamente **(Gráfico 11)**; y, por el contrario, los problemas osteomusculares y los trastornos depresivos se incrementan y pasan a ser las dos primeras causas de pérdida de AVD en el Perú.

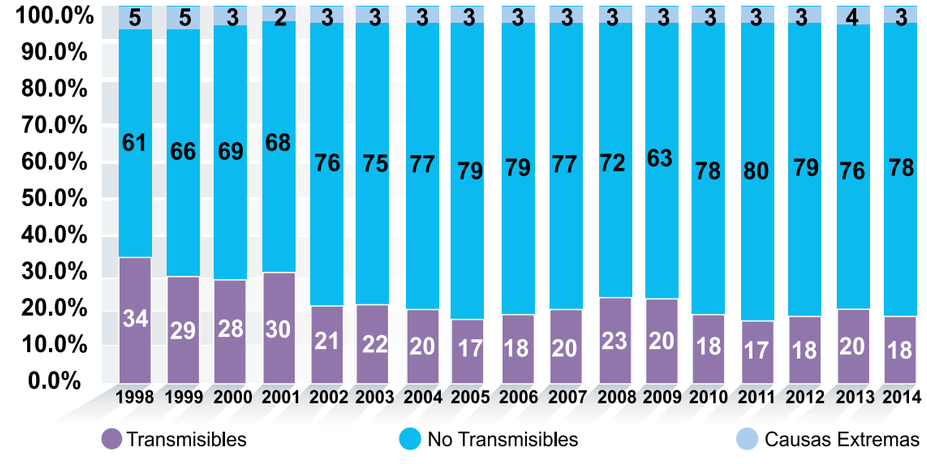
Gráfico 11. Variación en las causas principales de años de vida perdidos por discapacidad en el Perú 1990-2013.



Fuente: Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors Study. http://www.healthdata.org/peru

Por otro lado, en similitud a los cambios nacionales, los datos de la población asegurada de EsSalud muestran un predominio de las enfermedades no infecciosas. Específicamente en el caso de las enfermedades crónicas y degenerativas se tiene una tendencia creciente como causas de defunción en los últimos 15 años **(Gráfico 12)**.

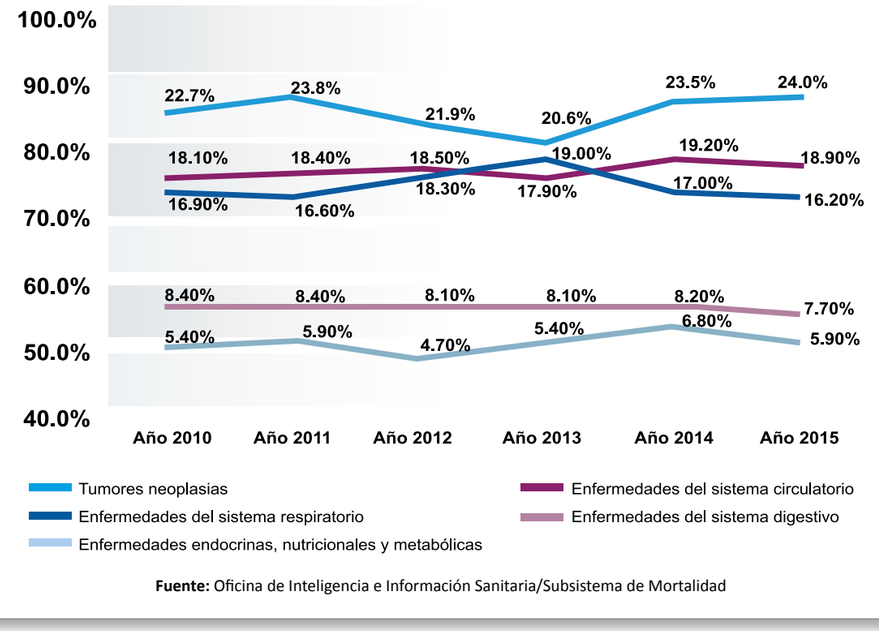
Gráfico 12. Causas de defunción por grandes grupos de enfermedades. EsSalud 1998-2014.



Fuente: Oficina de Inteligencia e Información Sanitaria/Subsistema de Mortalidad

En la misma tendencia y según grupos específicos de enfermedades, las neoplasias constituyen la principal causa de defunción en la población asegurada, evidenciando un discreto incremento de 22.7% a 24% entre los años 2010 y 2015 **(Gráfico 13)**.

Gráfico 13. Principales causas básicas de mortalidad. EsSalud 2010-2015.



Fuente: Oficina de Inteligencia e Información Sanitaria/Subsistema de Mortalidad

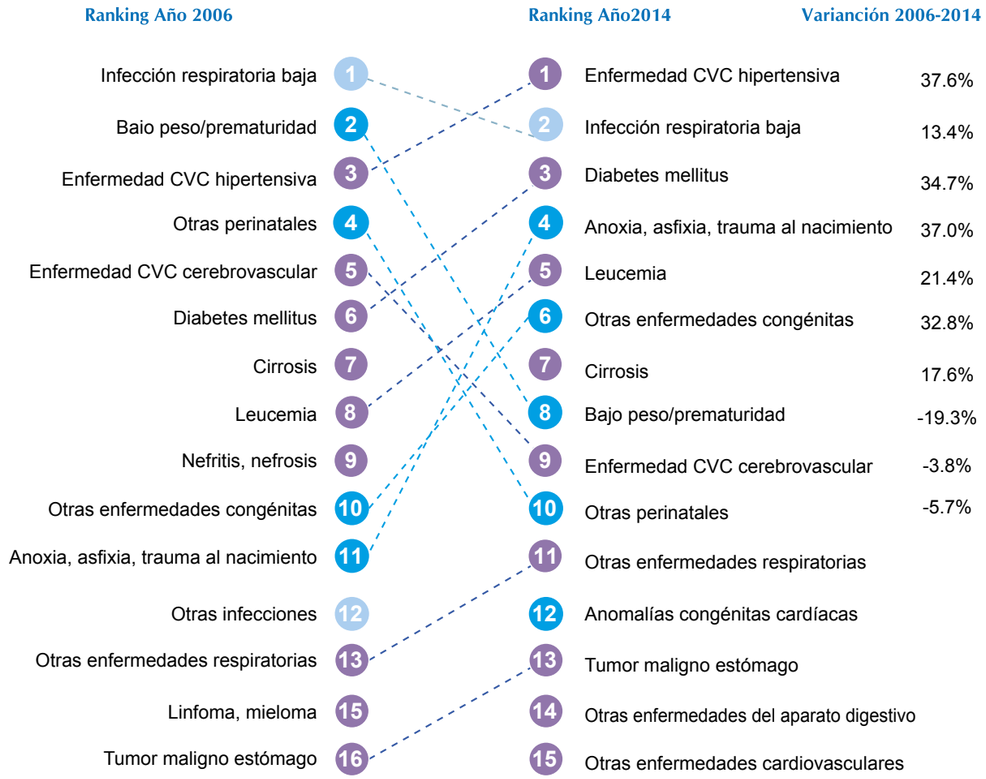
La principal causa de carga de enfermedad en la población afiliada a EsSalud son las enfermedades crónicas no transmisibles. Así, entre los años 2006 y 2014, la enfermedad osteomuscular y del tejido conectivo constituye la principal causa de pérdida de los AVISA. También presentan un incremento importante de los AVISA las condiciones perinatales, las lesiones no intencionales y el gran grupo de enfermedades endocrinas y de la sangre, todas ellas pasan a ubicarse entre las cinco primeras causas de pérdida de los AVISA en la población asegurada durante el año 2014 **(Gráfico 14)**.

Gráfico 14. Variación en las principales categorías de daños causantes de años de vida saludable perdidos. EsSalud 2006-2014.

Fuente: Estudio de Carga de Enfermedad 2006 - EsSalud / Carga de Enfermedad y Lesiones en EsSalud - 2014

Con relación a la carga de enfermedad por AVP **(Gráfico 15)**, en el periodo comprendido entre los años 2006 al 2014 encontramos que la enfermedad hipertensiva se ha incrementado un 37.6%, pasando a ser la primera causa de años perdidos por mortalidad prematura en el 2014. Situación similar muestra el comportamiento de la diabetes, que presenta un incremento de 34.7% de AVP, en el 2006 era la sexta causa y en el 2014 se constituyó en la tercera causa de AVP. Los problemas perinatales asociados a la anoxia/asfixia presentan un incremento importante de los AVP, en 37%, pasando desde el lugar 11 a ser la cuarta causa de AVP en el 2014. Asimismo, la leucemia ha tenido un importante incremento de 21.4% de AVP pasando del octavo lugar al quinto lugar en el 2014.

Gráfico 15. Variación en las causas principales de años de vida perdidos por muerte prematura. EsSalud 2006-2014.



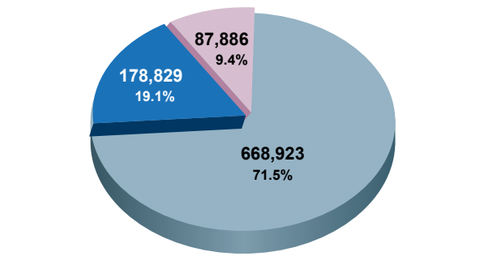
Fuente: Oficina de Inteligencia e Información Sanitaria – Estudio de Carga de Enfermedad 2006-2014

La transición epidemiológica que sufre la población de EsSalud se refleja en el perfil de carga de enfermedad de la población asegurada **(gráfico 16)** donde las enfermedades del grupo II: enfermedades no transmisibles, representan el 71.5% del total de los AVISA. En segundo lugar, con 19.1% se ubican las enfermedades del grupo I: enfermedades transmisibles, maternas, perinatales y nutricionales. Finalmente, está el grupo III: accidentes y lesiones, con el 9.4%. Esta última, sin embargo, está cobrando cada vez mayor importancia debido a que las lesiones no intencionales han incrementado de modo significativo su importancia relativa, triplicándose entre el 2010 y 2014[24].

La mayor carga de enfermedad en EsSalud al 2014 se produce por los AVD, que representan el 78.9% del total de los AVISA perdidos, la discapacidad es el componente que ocasiona mayor impacto en las personas según la mayoría de las categorías de daños **(Gráfico 17)**.

Cabe mencionar que en los resultados del estudio de carga de enfermedad para el Perú del 2012, las enfermedades no transmisibles representaban el 60.5%, porcentaje menor que la encontrada en la seguridad social que alcanza el 71.5%; esto tiene una posible relación con la transición epidemiológica más avanzada de la población de EsSalud en los ámbitos urbanos.

Gráfico 16. AVISA según grupo de causas de carga de enfermedad. EsSalud 2014.

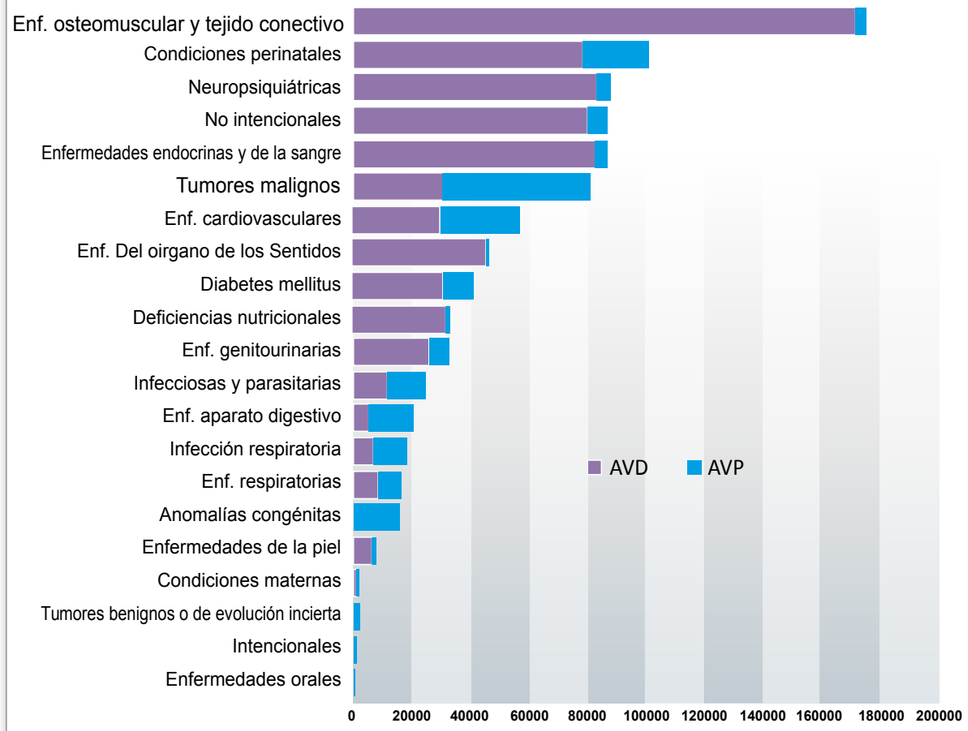


Fuente: Carga de enfermedad y lesiones en EsSalud. Estimación de los años de vida saludable perdidos 2014

Los datos del estudio de carga de enfermedad al 2014 muestran que los grupos de edad entre 0 a 4 años y los mayores de 60 años son los que tienen una mayor pérdida de años saludables por cada mil asegurados, evidenciando su vulnerabilidad. Los sistemas de cuidado requieren un mayor fortalecimiento con la finalidad de atender la alta complejidad de enfermedad de estos grupos que generalmente tienen comorbilidades y factores condicionantes individuales de severidad por su misma edad cronológica **(Gráfico 18)**.

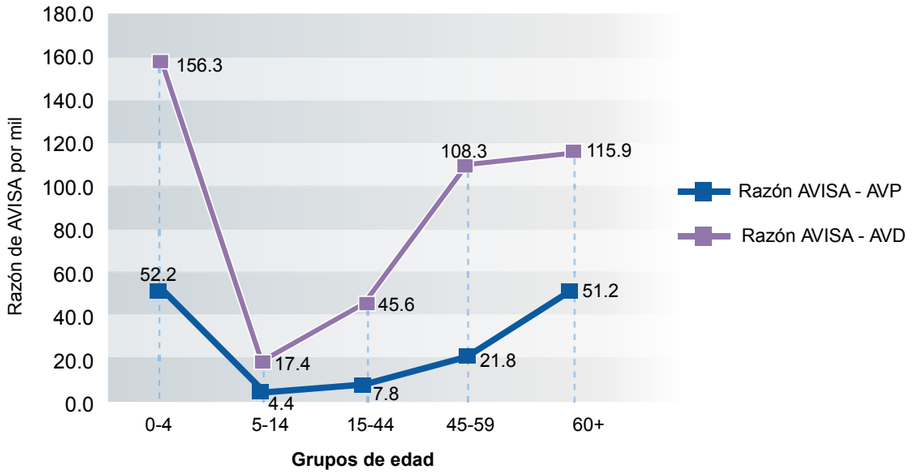
[24] Carga de enfermedad y lesiones en EsSalud. Estimación de los años de vida saludable perdidos 2014. EsSalud, noviembre 2015.

Gráfico 17. AVISA perdidos por categorías de enfermedad. EsSalud 2014.



Fuente: Carga de enfermedad y lesiones en EsSalud. Estimación de los años de vida saludable perdidos 2014.

Gráfico 18. Razón de los AVISA por grupos de edad. EsSalud 2014



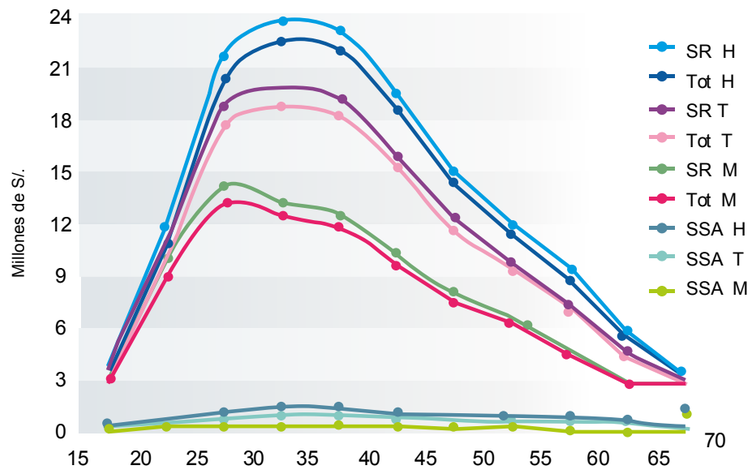
Fuente: Carga de enfermedad y lesiones en EsSalud. Estimación de los años de vida saludable perdidos 2014

2. La sostenibilidad económica

La seguridad social, financiada principalmente por la población económicamente activa (PEA) formal y complementariamente por pensionistas, se ve menoscabada por el aumento de las enfermedades crónicas no transmisibles, lo cual conlleva una menor productividad de esa masa laboral.

Comparativamente son los asegurados entre 25 y 40 años quienes realizan mayores aportes merced a que su ingreso es mayor, en tanto que la base imponible en personas mayores tiene una correlación inversa con la edad, disminuye conforme aumenta el tiempo de vida **(Gráfico 19)**.

Gráfico 19. Base imponible para EsSalud según tipo de seguro, edad y sexo, 2014.



SR: Seguro regular, SSA: Seguro de Salud Agrario,
H: Hombres, M: Mujeres, Tot: Total

Fuente: OIT. Estudio financiero actuarial de EsSalud 2015

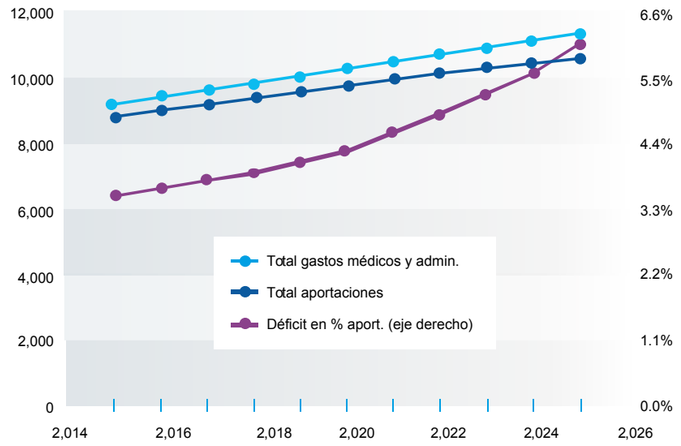
De mantenerse el envejecimiento de nuestra población y el poco incremento de la población joven, el número de asegurados con menor aporte también crecerá[25], además los primeros son los que requieren mayores cuidados. Si bien esta es la base de un sistema esencialmente solidario, se hace necesario desarrollar estrategias de sostenibilidad basado en un modelo como el que se propone, que pondere las acciones de atención primaria.

Esta situación en la cual simulando el efecto demográfico, es decir los cambios producto del crecimiento y cambio de estructura de la población, manteniendo constantes (por edad y sexo) las proporciones de población cotizante y acreditada, generaría un escenario cada vez mayor de déficit financiero. De mantenerse el esquema de atenciones con énfasis en lo recuperativo se producirá mayor presión al sistema de salud **(Gráfico 20)** poniendo en riesgo la sostenibilidad del Seguro Social de Salud, EsSalud.

Es de esperar que la intervención sanitaria iniciada en etapas tempranas para evitar las hospitalizaciones, la morbilidad evitable

[25] Grushka, Carlos. Estudio financiero actuarial de EsSalud 2015. Lima, OIT, Oficina de la OIT para los Países Andinos, 2016. 174 p.

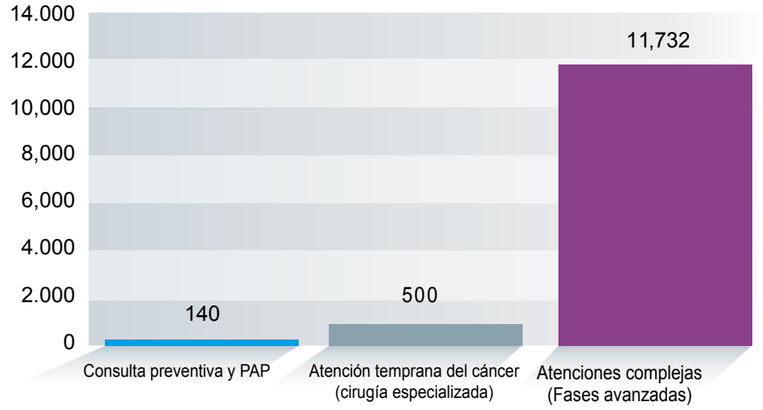
Gráfico 20. Evolución de las variables financieras de EsSalud. 2015-2025 (en millones de soles y en % de las aportaciones).



Fuente: OIT. Estudio financiero actuarial de EsSalud 2015

y la mortalidad temprana contribuyan a la sostenibilidad financiera dado que se reducirían los costos sociales que se derivan de la atención tardía de los daños a la salud, que involucran los costos directos relacionados al cuidado, incluyendo el uso de los servicios curativos, medicación e intervenciones potencialmente costosas, y a los que se agregan los costos indirectos derivados, entre otros, del incremento del ausentismo y reducción de la productividad en el trabajo[26]. Un ejemplo de ello se puede evidenciar con la detección temprana del cáncer ginecológico **(Gráfico 21)**, cuyo costo en atención preventiva es de aproximadamente S/ 140, este

Gráfico 21. Costos promedio de atención en cáncer de cuello uterino. EsSalud 2015



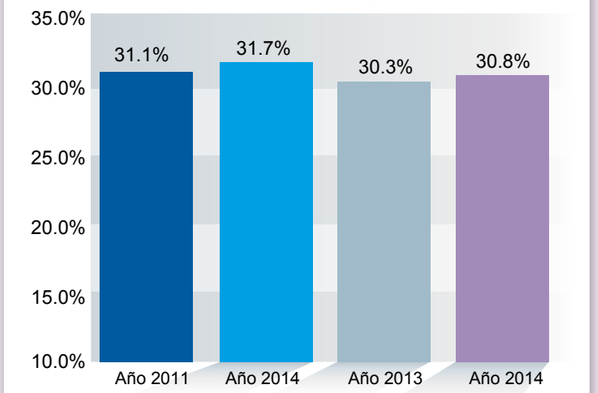
Fuente: Gerencia Central de Gestión Financiera de EsSalud

[26] Suhrcke M., Fahey D., McKee M. (2008). Economic aspects of chronic disease and chronic disease management. In: Nolte E, McKee M, eds. Caring for people with chronic conditions: a health system perspective. Maidenhead, Open University Press: 43-63.

podría llegar a S/ 500 adicionales de requerirse un tratamiento quirúrgico menor si se detecta la lesión en etapas tempranas. Sin embargo, la falta de un diagnóstico precoz puede condicionar que la asegurada o derechohabiente llegue en etapas avanzadas, en esta situación el costo promedio del tratamiento del cáncer uterino es de aproximadamente S/ 11,732 soles. No se incluyen los costos sociales que implica para la familia y el hogar y en el aspecto laboral; en esta perspectiva, la atención preventiva permite ahorros económicos y sociales a la seguridad social y a sus asegurados.

En relación con lo anterior, podemos referirnos al indicador de mortalidad evitable, que mide los casos de muerte por enfermedades o causas externas que disponen de tratamiento o medidas de prevención y que podrían haberse evitado si el sistema sanitario hubiera actuado correctamente en todos sus pasos[27], y que se expresa como proporción respecto de las muertes totales identificadas; este traduce las dificultades del sistema para la atención temprana y así evitar el impacto negativo en la población que de manera directa afecta a la sostenibilidad financiera de una institución. En EsSalud ha mejorado discretamente **(Gráfico 22)**, sin embargo existe el riesgo de su incremento de existir una mayor presión a los servicios que desborde su capacidad de respuesta.

Gráfico 22. Proporción de mortalidad evitable. EsSalud 2011-2014.



Fuente: Gerencia Central de Prestaciones de Salud/Oficina de Inteligencia e Información Sanitaria EsSalud

Siguiendo lo anteriormente descrito, y tal y como se aprecia en el **Cuadro 04**, las causas diagnósticas de mortalidad evitable están principalmente concentradas en las enfermedades crónicas no transmisibles (hipertensión arterial, diabetes, cáncer, etc.); estas enfermedades podrían prevenirse con intervenciones preventivas tempranas.

Entre los años 2011-2014 la disminución de la mortalidad evitable ha sido más evidente en el grupo de 0-4 años, que varía desde un 68.7% en el año 2011 a un 65.1% en el 2014. Por otro lado, la mortalidad evitable siempre es menor en el grupo de 60 años a más por las propias condiciones fisiológicas de los adultos

[27] Gispert R. et al. La mortalidad evitable: lista de consenso para la actualización del indicador en España. Gac Sanit. 2006;20(3):184-93

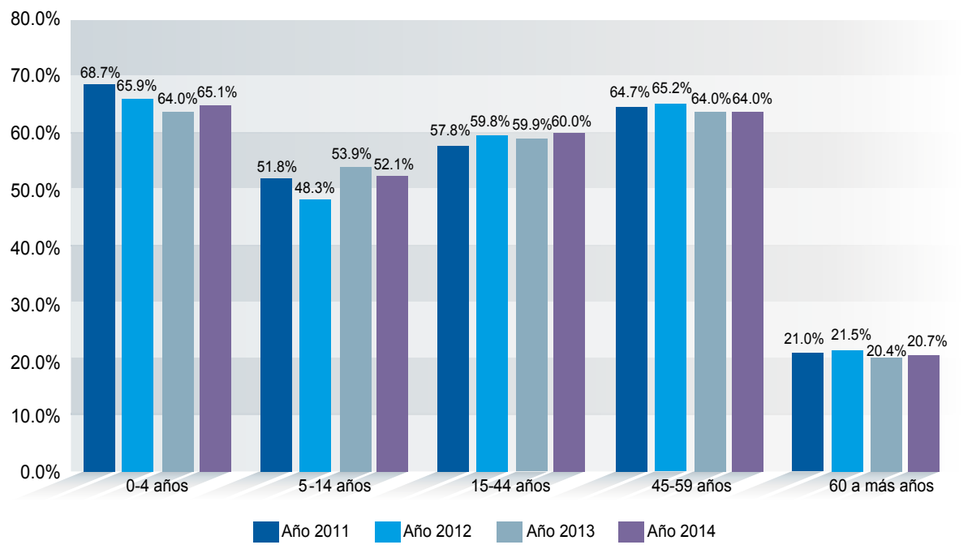
Cuadro 04. Principales causas diagnósticas de mortalidad evitable 2011-2014.

DIAGNÓSTICO DE MORTALIDAD EVITABLE	N°	%
Enfermedad hipertensiva del corazón	2188	8.3
Cirrosis hepática y otras enfermedades asociadas al consumo de alcohol	2530	9.6
Neumonía, influenza y otras infecciones respiratorias bajas	2320	8.8
Diabetes mellitus	2284	8.7
Afecciones originadas en el periodo perinatal	2169	8.3
Enfermedades cerebrovasculares	1622	6.2
Leucemias	1063	4.0
Cáncer del estómago	1077	4.1
Enfermedad de Hodgkin, linfomas	982	3.7
Cáncer pulmonar	817	3.1
Resto de diagnósticos	9225	35.1
Total	**26,277**	**100**

Fuente: Gerencia Central de Prestaciones de Salud / Oficina de Inteligencia e Información Sanitaria EsSalud

mayores que los predisponen a una mayor mortalidad **(Gráfico 23)**, por lo que existe más espacio para intervenciones tempranas que disminuyan la mortalidad evitable en los grupos etarios más jóvenes.

Gráfico 23. Proporción de mortalidad evitable por grupos de edad. EsSalud 2011-2014.

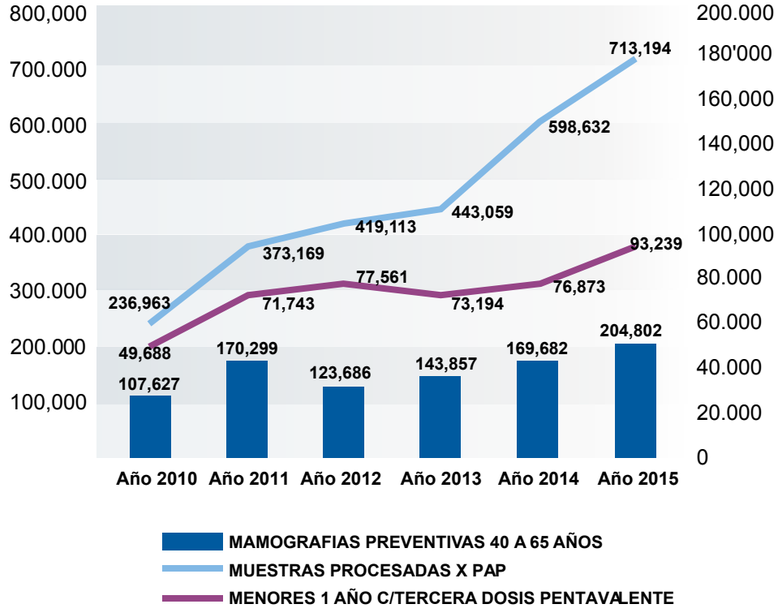


Fuente: Gerencia Central de Prestaciones de Salud / Oficina de Inteligencia e Información Sanitaria de EsSalud.

Sobre la base de lo anteriormente expuesto, EsSalud ha venido desarrollando en los últimos cuatro años cada vez mayores intervenciones preventivas, con el fin de detectar tempranamente daños como el cáncer en la mujer, mediante intervenciones diagnósticas tempranas como las mamografía y el Papanicolaou.

Asimismo, se vienen reforzando las estrategias de inmunizaciones para alcanzar una mayor población protegida frente a las enfermedades infecciosas **(Gráfico 24)**.

Gráfico 24. Actividades preventivas desarrolladas por EsSalud 2010-2015.



Fuente: Gerencia Central de Prestaciones de Salud/Oficina de Inteligencia e Información Sanitaria de EsSalud

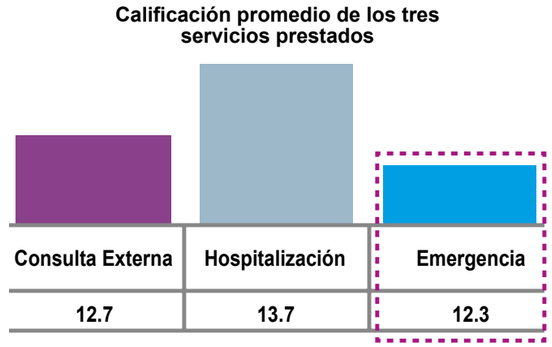
3. El grado de satisfacción del usuario

Uno de los aspectos a tener en consideración es el Sistema de Gestión de la Calidad de los Servicios de Salud que EsSalud viene implementando desde 1996. Este sistema busca que la calidad de los servicios de salud contenga todos los componentes que permitan mejorar de manera sostenible los estándares de calidad y satisfacción del usuario.

Es conocido que el grado de satisfacción de los usuarios en los servicios de salud tiene mucha relación con el trato recibido y con los problemas de acceso[28]. Según la Encuesta Nacional Socioeconómica y de Acceso a la Salud de los Asegurados de EsSalud (ENSSA, 2015), cuando los asegurados evaluaron los servicios de EsSalud (utilizando una escala de 0 a 20), asignaron una menor calificación a los servicios de emergencia, en donde el componente del trato fue considerado por el 70% de los asegurados como un elemento a mejorar (gráfico 25). Por el contrario, en los servicios de consulta externa, las citas es lo más importante considerado por los asegurados, el 75% cree que deben aumentar las citas de especialidad y el 67.2% considera que deben aumentar las citas para medicina general. En hospitalización, que es el servicio mejor calificado, el 60.1% de asegurados cree que debe mejorar el trato y el 53.1% considera que debe mejorar el trato de enfermería.

[28] Encuesta Nacional Socioeconómica y de Acceso a la Salud de los Asegurados de EsSalud, 2015.

Gráfico 25. Calificación por servicio y oportunidad de mejora a nivel de red asistencial. EsSalud 2015

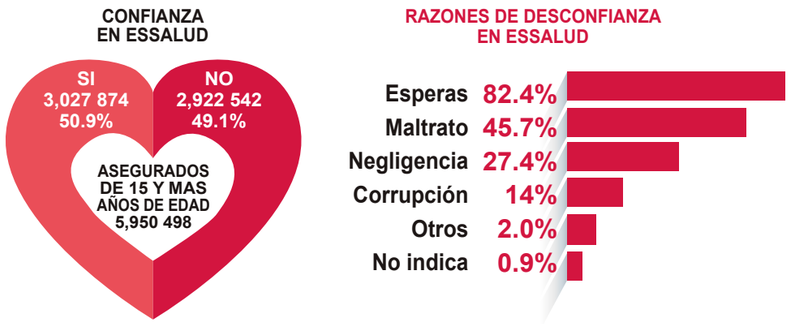


Fuente: Encuesta Nacional Socioeconómica y de Acceso a la Salud de los Asegurados de EsSalud, 2015

Las dificultades de EsSalud vinculadas con la brecha de oferta y demanda generan tiempos de espera prolongados. Esta percepción se evidencia no solo en la población asegurada en general, sino también en los usuarios que tienen acceso a los servicios de EsSalud, sean estos propios o contratados **(Gráfico 26)**, quienes asociaron en mayor frecuencia el concepto de espera con EsSalud **(Gráfico 27)**. Estos estudios de percepción realizados sobre la atención en el 2014 y 2015 evidencian que la principal razón de desconfianza o

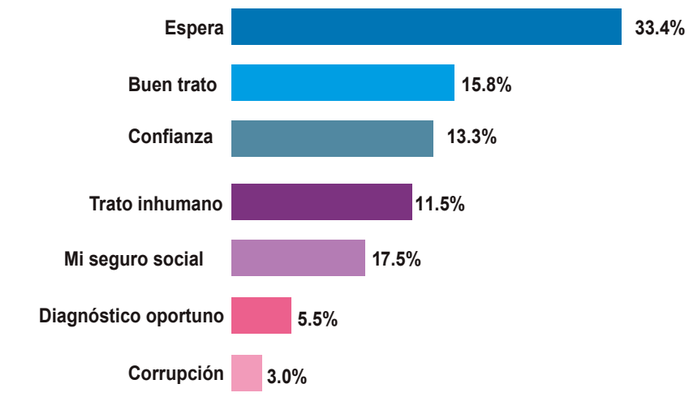
Gráfico 26. Percepción y razones de desconfianza hacia EsSalud.

Población asegurada de 16 y más años de edad según nibel de confianza en EsSalud



Fuente: Encuesta Nacional Socioeconómica y de Acceso a la Salud de los Asegurados de EsSalud, 2015; Estudio Reputacional de EsSalud 2015

Gráfico 27. Palabras que definen mejor la percepción sobre EsSalud



Fuente: Estudio Opinión de EsSalud-IPRESS; IMA 2015

mala percepción de EsSalud serían los largos periodos de espera[29, 30, 31]. Por esta situación se han diseñado estrategias como el Plan Confianza, contratación de IPRESS, etc.; sin embargo, la oferta existente puede ser superada por la demanda si no existe un enfoque de cuidado integral que racionalice y optimice los procesos asistenciales.

4. Revalorización de los derechos humanos en la salud

La salud, entendida como un derecho humano fundamental, es el pilar del paradigma humanístico que sustenta el modelo prestacional de EsSalud.

En este sentido, EsSalud se alinea con el artículo 4 del Pacto Interamericano por los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), el cual considera este derecho como el "más alto nivel posible de salud física y mental" (y que) no se limita al derecho a la atención de la salud. Por el contrario, el historial de la elaboración y la redacción expresa del párrafo 2 del artículo 12 reconoce que el derecho a la salud abarca una amplia gama de factores socioeconómicos que promueven las condiciones merced a las cuales las personas pueden llevar una vida sana, y hace ese derecho extensivo a los factores determinantes básicos de la salud, como la alimentación y la nutrición, la vivienda, el acceso a agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, condiciones de trabajo seguras y sanas y un medio ambiente sano.

La propuesta de funcionamiento del Modelo de Cuidado Estandarizado y Progresivo de la Salud (MOCEPS) se fundamenta en el cumplimiento de la Observación 14 del Pacto Interamericano por los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), artículo 12, que tiene como atributos esenciales la disponibilidad, accesibilidad, calidad y aceptabilidad.

Para cumplir con estos atributos, la humanización se considera como un enfoque esencial. Es así que el modelo prestacional tiene que ver con las personas involucradas en el mismo, con la satisfacción y competencia profesional (calidad técnica y percibida), la disponibilidad, oportunidad y accesibilidad de los recursos que le permitan realizar su labor, así como también los mecanismos de medición y control que permitan retroalimentar sus intervenciones. En tal contexto, la humanización busca promover e incentivar un cambio cultural en los prestadores de los servicios, los usuarios de los servicios y familiares o cuidadores; lo cual favorece una interacción basada en los valores, la ética, el bien común y la participación.

En conclusión y en relación con todo lo descrito en los párrafos anteriores, los cambios demográficos, socioculturales, epidemiológicos, de racionalidad económica, satisfacción del usuario y de revalorización de derechos humanos en salud, apuntan hacia una humanización del servicio, demandan un cambio en el modelo general de prestación de los servicios, buscando adecuarlos a las necesidades y demandas de los asegurados.

[29] Encuesta Nacional Socioeconómica y de Acceso a la Salud de los Asegurados de EsSalud, 2015.
[30] IMA- Estudio Reputacional de EsSalud 2015.
[31] IMA- Estudio de Opinión de EsSalud en IPRESS 2014.

IV. Evolución de los modelos prestacionales

Tal y como se ha señalado en los párrafos anteriores, existen muchas razones por las cuales cada vez es más complejo proveer cuidados óptimos en salud. El rápido crecimiento del conocimiento científico-técnico en salud conlleva un aumento de procedimientos diagnósticos y modalidades terapéuticas. A esto se suma el envejecimiento de la población, lo cual significa proporciones de la población con enfermedades de curso crónico y de alto impacto.

Como resultado, el cuidado del paciente ha evolucionado de un prestador individual a equipos multidisciplinarios y polifuncionales; esto es, el involucramiento de un número mayor y más diverso de proveedores de cuidados de salud. La colaboración y la coordinación entre profesionales y servicios, eventualmente organizados en redes integradas de cuidados, se han convertido en un requisito esencial para la provisión de un servicio de salud de calidad[32].

El conocimiento acumulado señala que los programas de mejora del cuidado a nivel hospitalario usualmente se enfocan en intervenciones aisladas, tales como la mejora en la entrega de la medicación o la cooperación entre múltiples disciplinas, antes que en el proceso completo de cuidados del paciente. Estos programas ofrecen solo soluciones parciales para mejorar la continuidad y la coordinación del cuidado. Por estas razones, los programas de cuidados integrales e integrados han recibido cada vez mayor apoyo para reducir la fragmentación y lograr mejores resultados para los pacientes a un costo aceptable[33].

La situación es más evidente en el caso de las condiciones crónicas, en donde el objetivo del sistema no es la cura sino la mejora del estado funcional, la reducción de los síntomas de distress, prolongar la vida a través de actividades de prevención secundaria, y mejorar la calidad de vida[34]. Estos objetivos son muy difíciles de lograr a través del modelo de atención de episodios agudos o de cuidados episódicos, que tiende a ver al paciente como receptor pasivo de tratamiento y donde se busca retornar al paciente a su "normalidad"[35].

En particular, donde la gente tiene múltiples problemas de salud, lo cual genera una gama diversa y a veces contradictoria lista de necesidades, el modelo tradicional es claramente insuficiente[36]. Lo que se necesita, es un modelo de entrega de servicios que involucre la coordinación de todos los elementos, desde un grupo diverso de profesionales de salud a lo largo de un extenso periodo de tiempo y que ponga al paciente en el centro como corresponsable y coproductor de los cuidados

[32] Organización Panamericana de la Salud "Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas" Washington, D.C. 2010.
[33] Powell Davies G. et al. (2006). Coordination of care within primary health care and with other sectors: a systematic review. Sydney, University of New South Wales.
[34] Grumbach K. (2003). Chronic illness, comorbidities, and the need for medical generalism. Annals of Family Medicine, 1(1):4–7.
[35] Holman H., Lorig K. (2000). Patients as partners in managing chronic disease. Partnership is a prerequisite for effective and efficient health care. BMJ, 320(7234):526–527
[36] Piette J., Richardson C., Valenstein M. (2004). Addressing the needs of patients with multiple chronic illnesses: the case of diabetes and depression. American Journal of Managed Care, 10(2 Pt 2):152–162.

con la finalidad de optimizar los resultados en salud[37].

El reconocimiento de estos hechos ha generado la necesidad en muchos países de explorar nuevos enfoques para la provisión de cuidados de salud que puedan crear los puentes entre los profesionales e instituciones y, por tanto, proveer soporte apropiado a los pacientes con problemas de salud de larga duración.

Un estudio de múltiples experiencias publicado por el Observatorio de Sistemas de Salud de Europa señala, por su parte, que los modelos que involucran múltiples estrategias organizacionales, desarrollados a nivel comunitario e incorporan a un profesional de la salud como gestor clínico del caso y suman un equipo multidisciplinario, tienden a ser más efectivos[38]. El mismo estudio señala que los enfoques orientados a una enfermedad, tales como los programas de manejo clínico para enfermedades crónicas, no son los más adecuados para cuidar de las necesidades de un típico paciente del primer nivel, el cual, normalmente, tiene múltiples problemas acompañado de necesidades complejas.

Los programas de cuidados integrales e integrados han recibido cada vez mayor apoyo para reducir la fragmentación y lograr mejores resultados para los pacientes a un costo aceptable.

Por último, la evidencia disponible de países europeos[39] señala que los nuevos modelos en desarrollo tienen como un elemento clave el fortalecimiento del primer nivel de atención. El estudio realizado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) se asocia positivamente con la mejora de la salud de la población, reducción de las desigualdades socioeconómicas en salud y para evitar hospitalizaciones innecesarias. Este resultado es consistente e independiente de las modalidades de financiamiento y de organización (derivado del hecho de que no todos los sistemas de salud en Europa son iguales).

Los modelos actuales, asimismo, buscan incentivar mayor responsabilidad de las personas sobre su salud, especialmente en lo que respecta a los estilos de vida y la autonomía en la toma de decisiones. Por ello es necesario desarrollar estrategias activas dirigidas a lograr que las personas participen activamente en el cuidado de su propia salud. Un consumidor de servicios de salud hoy es toda aquella persona que puede ser usuaria de servicios sanitarios, ya sea paciente, persona sana o familiar. Como cualquier otro consumidor, el de servicios sanitarios demanda mayor calidad, prestaciones y poder de decisión. Es así que debemos adaptarnos a sus exigencias potenciando el papel que desempeña el paciente en el sistema sanitario, incrementando su capacitación, autonomía y responsabilidad en el cuidado de su propia salud; factor clave de eficacia y sostenibilidad[40].

[37] Nolte E., Knai C., McKee M. (eds.) (2008). Managing chronic conditions: experience in eight countries. Copenhagen, World Health Organization on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
[38] Ellen Nolte Cécile Knai Richard B. Saltman. (2015). Concepts and approaches Assessing chronic disease management in European health systems. World Health Organization on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/270729/Assessing-chronic-disease-management-in-European-health- - systems.pdf?ua=1
[39] Kringos D., Boerma W., Hutchinson A., Saltman R. (2015). Building Primary Care in a Changing Europe. Observatory Study Series 38. World Health Organization on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/271170/BuildingPrimaryCareChangingEurope.pdf
[40] Estrategia para el desarrollo del Modelo de Atención Sanitaria de Navarra 2012.

V. Caracterización de un nuevo paradigma en la prestación de salud

Como se ha mencionado en los párrafos anteriores, los sistemas y modelos de salud en el mundo vienen presentando una serie de problemas, tales como prestación de servicios excesivamente hospitalarios, débil funcionamiento de la atención primaria, descoordinación y desarticulación entre los diferentes niveles de atención, fragmentación de los servicios de salud, excesivo uso de los especialistas y de la tecnología, reflejo de un paradigma biomédico hegemónico; todo esto ha llevado a la insatisfacción del usuario, escalamiento de costos para la entrega de los servicios[41] y bajo desempeño en la gestión.

A su vez, estos problemas se han agravado y agudizado por la rápida transformación de la sociedad, debido a factores como la urbanización, el cambio en los patrones de consumo y estilos de vida, la mayor exigibilidad debido a más acceso a la educación y la información; así como la consolidación de un nuevo perfil demográfico

[41] Sistemas y modelos de salud, su incidencia en las redes integradas de servicios de salud, Rev. Gerenc. Polit. Salud, Bogotá (Colombia), 12 (24): 114-129, enero-junio de 2013. http://rev_gerenc_polit_salud.javeriana.edu.co/vol12_n_24/estudios_2.pdf

y epidemiológico en el que prevalecen las enfermedades crónicas no transmisibles en una población adulta/adulta mayor.

En respuesta a lo anterior, los países desarrollados, especialmente de Europa —tales como Reino Unido[42] y España[43]—, han iniciado un proceso de transformación de sus modelos de financiamiento, gestión y organización de la prestación de los servicios de salud, a fin de centrar su accionar en los cuidados del paciente y sus necesidades en salud, y no solamente en la atención de la enfermedad.

Aunque las modalidades bajo este nuevo enfoque son diversas, tienen elementos comunes, son continuos, estandarizados y progresivos; la entrega del servicio es mediante redes integradas de servicios de salud, privilegiando la atención a las necesidades de salud de la persona, enfatiza la satisfacción del mismo durante su interacción con el sistema, demanda su participación conjuntamente con un equipo de salud multidisciplinario y un mayor grado de integración y coordinación entre los diferentes niveles del sistema. Así también, consigna el fortalecimiento del primer nivel de atención, incluyendo los cuidados en el domicilio e involucramiento de la persona y la familia; utiliza tecnologías de información y comunicación y otras estrategias apropiadas para mejorar la calidad y la continuidad en el cuidado de la persona.

Las características generales de estas nuevas tendencias o "modelos" que lo diferencian nítidamente del modelo prevaleciente, se señalan en el **(Cuadro 05)**. En esta se describen los cambios que se generan en cada uno de los pilares del nuevo modelo.

Cuadro 05. Comparación entre el modelo prevaleciente de atención y el Nuevo Modelo de Cuidado de la Salud (experiencia internacional).

Pilares	Modelo Prevalente de Atención	Nuevo Modelo de Cuidado de la Salud
Paradigmas	Biomédico hegemónico	Sistémico/holístico/intercultural
Valores y creencias	Calidad técnica	Calidad técnica y humana
	Centrado en la tarea	Centrado en la persona y sus necesidades
Proceso	Fragmentado	Integral e integrado
	Muchas personas distintas en el proceso	Personas necesarias para el proceso
Perfiles profesionales	Centrado en las capacidades	Centrado en las capacidades y competencias
	Multidisciplinario	Interdisciplinario y transdisciplinario
	Tareas simples para personal no especializado	Tareas complejas para personal especializado
	Profesionales controlados	Profesionales facultados
	Profesionales entrenados	Profesionales formados humanísticamente
	Promoción por rendimiento	Promoción por aptitudes
Estructuras	Servicios - Estamentos	Equipos de proceso
Coordinación	Estructura piramidal	Estructura horizontal
Evaluación	Centrada en la productividad	Centrada en los resultados
Incentivos	Por productividad	Por resultados

Fuente: Adaptado del documento "Estrategia para el desarrollo del Modelo de Atención Sanitaria Pública de Navarra". Resumen Ejecutivo, 2012

[42] National Health System, Five Years Forward View, https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2014/10/5yfv-web.pdf
[43] Estrategias para el Desarrollo del Modelo de Atención Sanitario de Navarra, http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/CAB5180B-7246- 4348-8AFB-C6C-8C2FE3A97/266165/NuevoModeloAsistencialSalud2012DEF1.pdf

Sin embargo, la experiencia internacional señala que este nuevo enfoque necesita además ser lo suficientemente flexible para adaptarse a la diversidad, complejidad y superposición de las necesidades de cuidados de los diferentes grupos de usuarios (pacientes oncológicos, materno-neonatal, salud mental, adulto mayor, etc.).

En relación con lo anterior, un nuevo Modelo de Entrega debe considerar los siguientes componentes, atributos o características:

1. Cuidado continuo[44]

Asistencia integral de la persona desde un enfoque holístico: biológico, psicológico, familiar, laboral y social; realizando un manejo integral en todas las fases del proceso salud-enfermedad, tales como la prevención y diagnóstico, tratamientos de soporte, control sintomático, cuidados paliativos del enfermo en fase avanzada y atención en la etapa final de la vida, incluyendo el manejo del duelo de la familia **(Cuadro 06)**.

Cuadro 06. Comparación entre modelo prevaleciente y nuevo modelo con relación al cuidado continuo.

Cuidado Continuo	
Modelo Prevalente	**Nuevo Modelo**
Basado en la atención	Basado en el cuidado y autocuidado
Enfoque integral	Enfoque holístico
Principalmente recuperativo	Primordialmente preventivo- promocional
Dentro del establecimiento de salud	Dentro del establecimiento de salud, domiciliario o centro laboral.

Fuente: Adaptado del documento "Estrategia para el desarrollo del Modelo de Atención Sanitaria Pública de Navarra". Resumen Ejecutivo, 2012

Una característica central del cuidado continuo es la integración del mismo, que resulta como respuesta a un modelo de atención discontinua y fragmentada con problemas de coordinación entre niveles. De esta forma, surge la necesidad de un modelo que contemple el cuidado continuo y coordinado con integración de procesos estandarizados, que mejore la calidad y la experiencia de la persona. Desde esta perspectiva un Sistema de Referencia y Contrarreferencia debe tener como esencia la continuidad del cuidado.

Estos modelos proponen trabajar por procesos integrados, planificar y estandarizar los circuitos asistenciales de forma coordinada a fin de reducir el número de desplazamientos de la persona; estandarizar los procedimientos administrativos para que facilite las referencias y contrarreferencias por los niveles de atención, así como también sistemas de información que garanticen la atención integrada **(Cuadro 07).**

[44] Valentín V. y col. "Organización de los cuidados continuos". PSICOONCOLOGÍA. Vol. 1, Núms. 2-3, 2004, pp. 7-24. https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/viewFile/PSIC0404120007A/16153

Cuadro 07. Comparación entre modelo prevaleciente y nuevo modelo con relación a la integración del cuidado.

Integración del Cuidado	
Modelo Prevalente	**Nuevo Modelo**
Atención fragmentada	Procesos asistenciales y administrativos integrados
Atención discontinua	Cuidado continuo
Descoordinación	Coordinación entre los diferentes niveles de atención
Uso de registros manuales	Soporte en sistemas de información integrados

Fuente: Adaptado del documento "Estrategia para el desarrollo del Modelo de Atención Sanitaria Pública de Navarra". Resumen Ejecutivo, 2012

2. Cuidado progresivo[45]

Considera la organización del cuidado de la persona de acuerdo a su necesidad y nivel de dependencia, y no según las especialidades médicas tradicionales. El cuidado se realiza en el sitio más adecuado, en el momento más oportuno y en las condiciones más apropiadas para cada persona. Se considera que el ingreso al sistema de cuidados es a través del primer nivel de atención fortalecido.

Bajo este tipo de cuidado mejora la prestación directa a la persona mediante su selección y ubicación conveniente, de manera tal que los cuidados de salud estén de acuerdo a la gravedad y a las propias condiciones físicas y funcionales. El objetivo principal que se persigue en el cuidado progresivo es proporcionar el mejor tratamiento y la óptima atención, por medio de un adecuado sistema de referencia, la adaptación del servicio y la pertinente organización de los recursos **(Cuadro 08)**.

Cuadro 08. Comparación entre modelo prevaleciente y nuevo modelo con relación al cuidado progresivo.

Cuidado Progresivo	
Modelo Prevalente	**Nuevo Modelo**
Basado en la oferta de servicios	Basado en la necesidad de la persona
Manejo colectivo	Manejo personalizado
Basado en eficacia del servicio	Basado en eficiencia y efectividad de los servicios
Considera la gravedad	Considera la gravedad, condiciones físicas, y funcionales de la persona

Fuente: Adaptado del documento "Estrategia para el desarrollo del Modelo de Atención Sanitaria Pública de Navarra". Resumen Ejecutivo, 2012

[45] Schiavone, M. y col. "Internación por cuidados progresivos: Propuesta metodológica para su implementación en un hospital general de agudos". Revista de la Asociación Médica Argentina, Vol. 124 Número 3 de 2011 / 17. Alvarado, S. REV. MED. HONDUR. VOL. 40—1972.

3. Cuidado estandarizado[46]

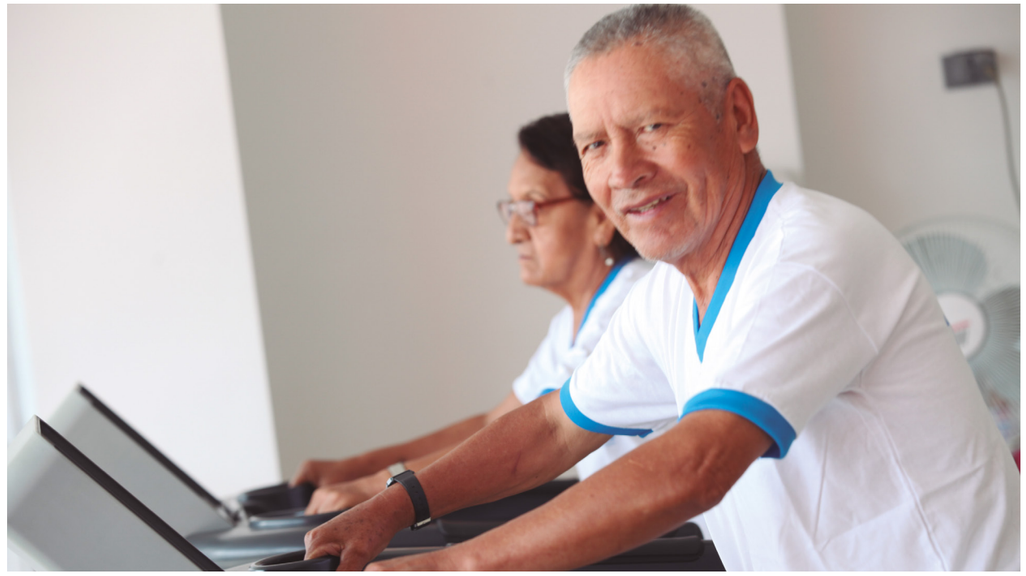
Se ha documentado y demostrado claramente que las personas con el mismo problema de salud a menudo reciben diferentes evaluaciones o tratamientos. Estas diferencias en el proceso de atención pueden conducir a diferencias en los resultados clínicos, así como a variaciones en los costos.

La adopción del cuidado estandarizado supone la necesidad de gestionar un cambio cultural, organizativo y profesional que permita estandarizar los conocimientos de los profesionales, la comprensión de los beneficios aportados por el uso de estos estánda**res**, y la incorporación de intervenciones de probada evidencia científica. Esto conduciría a la equidad del cuidado **(Cuadro 09)**.

Cuadro 09. Comparación entre modelo prevaleciente y nuevo modelo con relación al cuidado estandarizado.

Cuidado Progresivo	
	Nuevo Modelo
Basado en la experiencia	Basado en la mejor evidencia disponible y en la experiencia
No regulado, alta variabilidad en la atención	Estandarizado, escasa variabilidad en el cuidado, uso de protocolos, guías clínicas y vías clínicas.
Seguridad del paciente se enfoca en el proveedor	La seguridad del paciente se enfoca en el paciente y procesos atención
Atención segmentada por profesionales	Atención interdisciplinaria por diferentes profesionales
No Medible	Sujeto a seguimiento y evaluación
Elevados costos	Gestión de riesgos y beneficios

Fuente: Adaptado del documento "Estrategia para el desarrollo del Modelo de Atención Sanitaria Pública de Navarra". Resumen Ejecutivo, 2012



[46] Estandarización de Procesos Asistenciales, Ministerio de Salud-Argentina, 2006. http://www.msal.gob.ar/pngcam/pdf/EPA.pdf

4. Eficiente y sostenible[47]

Frente a la demanda creciente, el mayor acceso a la información en salud, la solicitud excesiva de exámenes auxiliares y la tendencia a la alta especialización, se propone un sistema eficiente y sostenible que atienda y fomente una demanda razonable, uso racional de los recursos, y que sea resolutivo en el nivel idóneo. Por ejemplo, la prevención secundaria en pacientes diabéticos o hipertensos para no desarrollar enfermedad renal crónica o el diagnóstico precoz del cáncer ginecológico **(Cuadro 10)**.

Cuadro 10. Comparación entre modelo prevaleciente y nuevo modelo con relación a la eficiencia y sostenibilidad.

Cuidado Progresivo	
Modelo Prevalente	**Nuevo Modelo**
Especialización excesiva	Profesionales competentes
Atención discontinua	Cuidados continuos
Elevado número de actividades administrativas de escaso valor (llenado de formatos, recetas, referencias)	Optimización de procesos asistenciales y administrativos
Centrado en pruebas y exámenes de alto costo	Centrado en evidencias
Elevada prescripción y consumo de fármacos	Uso racional del medicamento basado en guías clínicas y vías clínicas, incorporando racionalmente productos, recursos e insumos de origen natural.

Fuente: Adaptado del documento "Estrategia para el desarrollo del Modelo de Atención Sanitaria Pública de Navarra". Resumen Ejecutivo, 2012

[47] Estrategias para el Desarrollo del Modelo de Atención Sanitario de Navarra, http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/CAB5180B-7246-4348-8AFB-C6C-8C2FE3A97/266165/NuevoModeloAsistencialSalud2012DEF1.pdf

5. Participativo[48]

Frente a un modelo focalizado en la atención especializada con limitada promoción de la salud y una persona dependiente y temerosa ante el riesgo de enfermar, se plantea el desarrollo de estrategias de corresponsabilidad en el cuidado de la salud potenciando por un lado los programas de prevención y promoción y mejorando, por otro lado, la información y capacitación de los pacientes para que sean más proactivos en el autocuidado y mejora de su estado de salud **(Cuadro 11)**.

Cuadro 11. Comparación entre modelo prevaleciente y nuevo modelo con relación a la participación.

Participativo	
Modelo Prevalente	**Nuevo Modelo**
Focalizado en la enfermedad, asistencialista	Educación para la salud y cuidado del paciente.
Paternalista	Corresponsabilidad en el cuidado de la salud
Paciente desconoce sus deberes, derechos, excluido del sistema.	Paciente autónomo, informado, capacitado y participativo.
Paciente pasivo, temeroso de enfermar	Empoderado y proactivo en el cuidado de su salud.
Elevada prescripción y consumo de fármacos	Uso racional del medicamento basado en guías clínicas incorporando productos y recursos de origen natural .

Fuente: Adaptado del documento "Estrategia para el desarrollo del Modelo de Atención Sanitaria Pública de Navarra". Resumen Ejecutivo, 2012

6. Humanizado y centrado en la persona

Considera a la persona como fin y centro de la organización, no solo desde el punto de vista prestacional, sino también desde lo administrativo; donde la persona será atendida de forma oportuna, con calidad, calidez, con respeto y dignidad para lograr la mejor experiencia de la persona y la solución de sus problemas **(Cuadro 12)**.

Cuadro 12. Comparación entre modelo prevaleciente y nuevo modelo con relación a la humanización.

Humanizado y centrado en la persona	
Modelo Prevalente	**Nuevo Modelo**
Centro de la organización es el proveedor	Centro de la organización es la persona
Colas, embalsamiento, espera prolongada	Cuidado oportuno
Usuario insatisfecho	Experiencia positiva del paciente

Fuente: Adaptado del documento "Estrategia para el desarrollo del Modelo de Atención Sanitaria Pública de Navarra". Resumen Ejecutivo 2012

[48] Ibídem.

VI. Modelo de Cuidado Estandarizado y Progresivo de la Salud (MOCEPS)

Entendemos este modelo como una representación gobernable, eficiente, orientada al usuario, humana, ética / transparente, y articulada; del conjunto de recursos institucionales con el que cuenta EsSalud; expresados por el sistema de servicios, su estructura y procesos. La finalidad es responder a las necesidades de salud de los asegurados y que se pueda sostener responsablemente.

1. Objetivos

En el contexto de una Gestión del Cambio Sostenible, EsSalud ha iniciado procesos de adaptación de su sistema prestacional en concordancia con las trasformaciones arriba descritas, inicialmente a través de la implementación de la Cartera de Servicios de Salud de Complejidad Creciente y más recientemente mediante el diseño del Modelo de Cuidado Estandarizado y Progresivo de la Salud (MOCEPS), que le permita cumplir los siguientes objetivos:

- Impactar positivamente en la salud de los asegurados, vía la reducción de la mortalidad prematura y la morbilidad prevenible.
- Mejorar la experiencia del asegurado en su interacción con el servicio.
- Incrementar la eficiencia y eficacia en el uso de los recursos contribuyendo a la sostenibilidad financiera.

- Contribuir a mejorar la calidad de vida y aumentar la productividad de los asegurados.
- Recuperar la confianza del asegurado y mejorar el prestigio institucional.

2. Definiciones operacionales

2.1 Cuidados de la salud

Conjunto de prestaciones de salud enfocadas en la promoción, prevención, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos. Considera a la persona en su realidad total: biológica, psicológica, espiritual, familiar, laboral y social.

Involucran la participación del personal de salud, el asegurado, la familia y el empleador, a fin de lograr la disminución de los riesgos y potenciales daños a la salud.

2.2 Cuidado progresivo[49, 50]

Cuidado que ubica a los pacientes en todas las fases del proceso salud/enfermedad; así como el desarrollo de actividades prestacionales en los diversos niveles de complejidad y con el uso de tecnologías biomédicas y tradicionales.

2.3 Cuidado estandarizado[51]

Intervenciones, procesos y procedimientos que se encuentran descritos en protocolos, guías, normas y directivas, y que se realizan según las necesidades de salud para brindar el mejor cuidado o soporte al asegurado y derechohabientes, con la mejor evidencia disponible comprobada sobre su beneficio.

2.4 Autocuidado[52]

Es el cuidado de la salud que el asegurado asume con responsabilidad, aprendiendo a practicar estilos de vida saludables.

2.5 Humanización[53]

Enfoque integral que, coherente con los valores institucionales en un marco de derechos, está centrado en la población asegurada, para brindarle, de manera oportuna y segura, con calidad, calidez, empatía y adecuada comunicación, las prestaciones económicas, sociales y sanitarias, y lograr la satisfacción de los asegurados y de nuestros colaboradores.

2.6 Interculturalidad

Proceso de intercambio, diálogo y aprendizaje que busca generar relaciones de equidad entre diversos grupos étnico-culturales que comparten un espacio; a partir del reconocimiento y valoración positiva de sus diferencias culturales[54].

2.7 Adaptable/Flexible

Característica del modelo que le permite adecuarse a las necesidades de salud del asegurado.

2.8 Estrategia operacional

Iniciativas desarrolladas e implementadas por el Seguro Social de Salud para acercar las prestaciones al asegurado, con la finalidad de mejorar la calidad y oportunidad del cuidado, y extender la oferta de servicios.

Entre los que se incluye: programas de cuidado (Reforma de Vida, servicios especiales), estrategias para la ampliación de la oferta y gestión de la oportunidad quirúrgica (Plan Confianza, contratación/convenio con IPRESS extrainstitucionales), servicios de cuidado específico (CEPRIT, PADOMI) y servicios de cuidados integrativos (medicina complementaria).

2.9 Experiencia de la persona

Se refiere a la calidad y al valor de todas las interacciones producidas por la cultura de una organización, que influyen en las percepciones de la persona a lo largo de la continuidad del cuidado y de su autocuidado. Es un indicador de calidad que consiste en no solo satisfacer al paciente, sino además en reducir el estrés y mejorar los resultados en salud. Se centra en la coordinación del cuidado y de su autocuidado, la comunicación con los cuidadores y la capacidad de respuesta del personal.

[49] Schiavone, M. y col. "Internación por cuidados progresivos: Propuesta metodológica para su implementación en un hospital general de agudos". Revista de la Asociación Médica Argentina, Vol. 124 Número 3 de 2011 / 17.
[50] Alvarado, S. REV. MED. HONDUR. VOL. 40—1972
[51] Zarzuela, S. et al. Defining Standardization in Healthcare.
https://www.mohawkssi.com/en/resourcesSection/resources/ResearchPaperDefiningStandardizationinHealthcarerevisedOct302013Final.pdf
[52] Autocuidado de la salud para personas adultas mayores de zona rural. Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social. Perú. 2010
[53] Definición elaborada por la Oficina de Gestión de la Calidad-EsSalud.
[54] Política Nacional para la Transversalización del Enfoque Intercultural. Ministerio de Cultura. Perú, 2015.

3. Diseño organizacional para el modelo

Con la finalidad de responder al reto de mejorar la prestación de salud de nuestros asegurados y garantizar la sostenibilidad del cambio, se necesitaban diseñar nuevas estructuras organizacionales que sustenten las estrategias y objetivos misionales. Del mismo modo se ha generado consuetudinariamente un conjunto de iniciativas a manera de estrategias operacionales que responden dinámica y creativamente a las necesidades de atención sanitaria de nuestros usuarios, en diversos espacios de interacción con la organización.

3.1 Estructura organizacional

En el último año se está dando fluidez a los procesos que intervienen en el nuevo contexto de prestación de salud, en el marco de la nueva estructura orgánica aprobada mediante Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 656-EsSalud-2014 de fecha 31 de diciembre de 2014, la cual contempla la creación de nuevos órganos de línea y desconcentrados, tales como:

Gerencia Central de Prestaciones de Salud. Encargada de proponer, elaborar, monitorear y evaluar el cumplimiento de las políticas, normas y estrategias relacionadas con la atención integral de salud, que se brinda a los usuarios a través de las IPRESS propias, de terceros y otras modalidades. Todo esto a cargo de: la Gerencia de Políticas y Normas de Atención Integral de Salud; la Gerencia de Salud Ambiental y Seguridad en el Trabajo, encargada de desarrollar normas y programas de asistencia técnica, asesoría, capacitación en seguridad y salud en el trabajo para los asegurados; la Gerencia de Medicina Complementaria, cuya función es establecer el marco normativo para la atención de salud mediante la aplicación de la medicina complementaria, y la Oficina de Inteligencia e Información Sanitaria responsable de proponer normas y conducir el sistema de vigilancia e inteligencia sanitaria de EsSalud.

El Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación (IETSI). Responsable de la evaluación económica, social y sanitaria de las tecnologías sanitarias para su incorporación, supresión, utilización o cambio en la institución; así como de proponer las normas y estrategias para la innovación científica, tecnológica, la promoción y regulación de la investigación científica en el campo de la salud, que contribuya al acceso y uso racional de tecnologías en salud basada en la evidencia, eficacia, seguridad y costo efectividad, a ser utilizadas por la red prestadora de servicios de salud de EsSalud en el ámbito nacional.

Gerencia Central de la Persona Adulta Mayor y Persona con Discapacidad. Encargada de promover, desarrollar y ejecutar políticas y normas institucionales para brindar prestaciones sociales, de rehabilitación y aquellas vinculadas con la salud de las personas adultas mayores, personas con discapacidad y otra población asegurada priorizada en situación de vulnerabilidad.

Gerencia Central de Atención del Asegurado. Responsable de conducir el sistema de atención al asegurado y usuario de EsSalud a fin de lograr la satisfacción de los mismos y la mejor experiencia respecto a los servicios que brinda la institución.

Central de Abastecimiento de Bienes Estratégicos (CEABE). Se encarga de la estimación de las necesidades, programación, contratación, distribución y redistribución de bienes estratégicos como son: productos farmacéuticos, dispositivos médicos, equipos médicos y ropa hospitalaria para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) de EsSalud a nivel nacional, que garanticen la calidad, economía y oportunidad del abastecimiento.

Gerencia Central de Operaciones. Responsable de elaborar los modelos de compra-venta y las estrategias para lograr que el financiamiento de las prestaciones de salud esté vinculado a resultados verificables a favor del asegurado, en el marco de las políticas y normas establecidas.

Centro Nacional de Telemedicina (CENATE). Responsable de brindar atenciones de salud a distancia en los componentes de promoción, prevención, recuperación o rehabilitación haciendo uso de tecnologías de la información y telecomunicaciones.

Asimismo, es responsable de proponer y desarrollar los servicios de Telegestión y Teleeducación que componen la estrategia de Telesalud con el fin de mejorar la calidad de la atención de salud y de la gestión sanitaria.

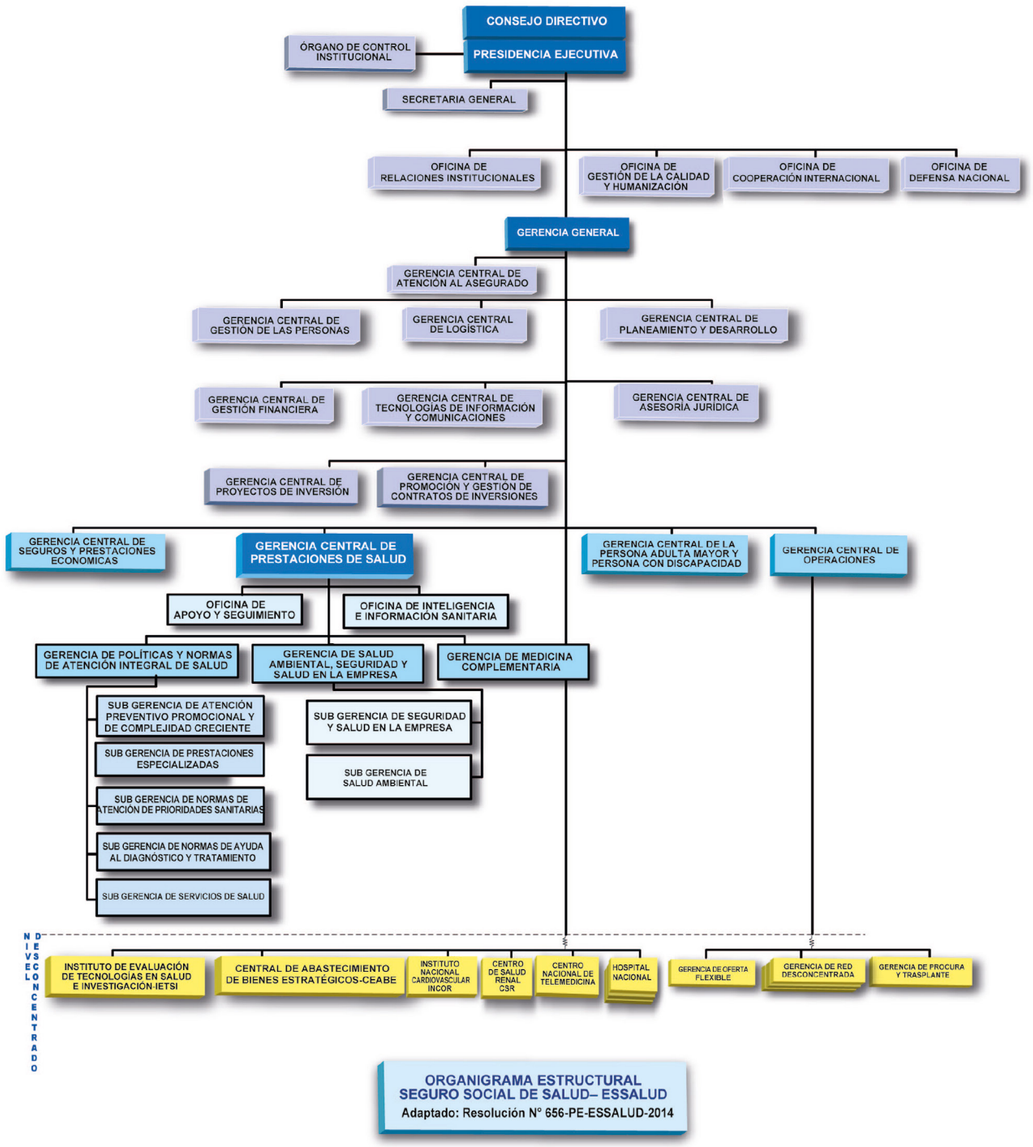
Red Desconcentrada. Es el órgano que depende de la Gerencia Central de Operaciones, representa al Seguro Social de Salud, EsSalud, en el ámbito territorial asignado en el marco de las políticas, normas y planes institucionales.

Es responsable de planificar, administrar, controlar y supervisar las prestaciones de salud y sociales del régimen contributivo de la Seguridad Social en Salud dirigidas a la población asegurada, que son otorgadas a través de la red prestadora integrada por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) propias, de terceros o bajo modalidad de asociación público-privada (APP) de diferente nivel de complejidad, unidades operativas de prestaciones sociales (propias y contratadas) y servicios complementarios de oferta flexible, a fin de que se cumplan las garantías explícitas de acceso, calidad y de oportunidad.

Asimismo, se encarga de gestionar, interrelacionar y articular, bajo criterios de complementariedad e integralidad, las prestaciones entre las IPRESS, las unidades operativas de prestaciones sociales y unidades operativas especiales bajo el modelo de Gestión en Red y Microrred, así como coordinar con redes prestadoras de otras gerencias de red desconcentradas.

A continuación se presenta el nuevo diseño organizacional de EsSalud que provee la estructura funcional para el desarrollo de las estrategias institucionales que permitan alcanzar el objetivo de una Gestión del Cambio Sostenible **(Gráfico 28)**.

Gráfico 28: Diseño Organizacional de EsSalud



Fuente: Reglamento de Organización y Funciones de EsSalud 2015

Rol de la Gerencia Central de Atención al asegurado

Es importante destacar que este nuevo diseño es coherente con la política nacional de Modernización de la Gestión del Estado. En este sentido, con Resolución de Presidencia Ejecutiva 767-PE-EsSalud-2015 se ha implementado el Modelo Marco para la Atención al Asegurado que busca instaurar por primera vez en EsSalud políticas que complementan los aspectos administrativos o biomédicos, proponiendo un Macroproceso Misional centrado en el asegurado. Este enfoque socioantropológico incorpora las características individuales de las personas, así como su cosmovisión para garantizarles una experiencia satisfactoria al hacer uso de las prestaciones económicas, sociales y de salud.

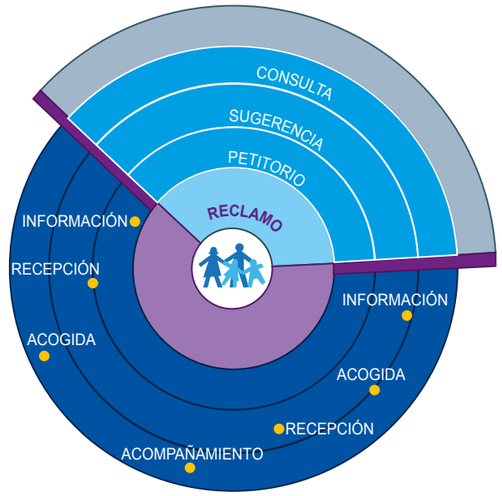
Se trata de generar un espacio vivencial entre el asegurado y la institución de manera que se fomente desde el primer contacto su sentido de ciudadanía, no se acoge al usuario en su queja, sino más bien se crean las condiciones necesarias para satisfacer sus necesidades como expresión de su centralidad.

Para ello se desarrollan las siguientes acciones: acogida, recepción, información y acompañamiento, de ser necesario la orientación y solución de sus reclamos. (Gráfico 29).

3.2 Estrategias Operacionales

El modelo recoge diversas iniciativas que fortalecen la accesibilidad al sistema, en especial en el primer nivel de atención; sin embargo, varias de ellas se ejecutan en los tres niveles **(Cuadro 13)**.

Gráfico 29. Gestión de consultas, sugerencias, peticiones y reclamos.



Fuente: Gerencia Central de Atención al Asegurado 2016

Cuadro 13. Estrategias operacionales en EsSalud

ESTRATEGIAS OPERACIONALES		
PRIMER NIVEL	SEGUNDO NIVEL	TERCER NIVEL
ESSALUD FAMILIA		
	MEJORAMIENTO DE LA GESTIÓN DE LA OPORTUNIDAD QUIRÚRGICA	
PROGRAMA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA (PADOMI)		
TELEMEDICINA		
	HOSPITAL PERÚ	
PROGRAMA DE ATENCIÓN DE EMPRESAS		
PROGRAMA DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA		
		CONTROL POST HOSPITALARIO ESPECIALIZADO (COPHOES)
REFORMA DE VIDA		
SERVICIOS PREVENTIVOS		
	CENTRO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL PSICOLÓGICA (CRIP)	
PRESTACIÓN DE ATENCIÓN AMBULATORIA DESCENTRALIZADA (PAAD)		
UNIDAD DE MEDICINA COMPLEMENTARIA (UMEC)	CENTRO DE ATENCIÓN DE MEDICINA COMPLEMENTARIA (CAMEC)	UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS DE MEDICINA COMPLEMENTARIA (UCPMC)
CENTRO DE PREVENCIÓN Y RIESGOS DEL TRABAJO (CEPRIT)		UNIDAD DE SALUD OCUPACIONAL Y MEDIO AMBIENTE (USOMA)
CENTRO DE ADULTO MAYOR (CAM)		
CIRCULO DE ADULTO MAYOR (CIRAM)		
CENTRO DE REHABILITACION PROFESIONAL Y SOCIAL (CERPS)		

INTRAMURO EXTRAMURO MIXTO (I y E)

Fuente: Gerencia Central de Prestaciones de Salud de EsSalud. 2016

3.3 Espacios de interacción con el asegurado

La vida del asegurado deviene en diversas esferas y espacios vitales a los que nuestra organización accede e interactúa mediante diversas acciones; así tenemos:

- Espacio familiar (el hogar).
- Espacio laboral (empresa).
- Espacio comunitario (lugar donde EsSalud brinda atenciones colectivas).
- Espacio sociosanitario: Lugar donde se ejecutan acciones sanitarias específicas para determinado segmento poblacional o daño objeto de intervención. Aquí tenemos: Centros del Adulto Mayor (CAM), Centros de Rehabilitación Profesional y Social (CERPS) y Módulos Básicos de Rehabilitación Profesional y Social (MBRPS) de EsSalud.
- Espacio asistencial (IPRESS).

Estos espacios se hallan incorporados en un plano superior de organización de carácter territorial y resultan funcionales para facilitar la gestión de los cuidados de la persona. Este plano se diseña considerando aspectos geográficos, demográficos,

económicos, sociales, de disponibilidad de IPRESS y cultura organizacional.

3.4 Gestión territorial en la redes

Una gestión moderna busca emplear los recursos disponibles de una organización, de manera articulada y coordinada entre sus componentes; sin embargo, en situaciones de escasez de recursos y de condiciones de incertidumbre, la función: organización, se convierte en un recurso crítico.

La gestión territorial hace uso de los recursos existentes en un determinado espacio geográfico cuyo vínculo de proximidad lo establecen mecanismos geográficos, económicos, sociales y culturales; así como las variables demográficas como las corrientes migratorias o las tendencias urbanizadoras.

En salud, la gestión territorial permite: mejorar la accesibilidad, adecuar nuestra disponibilidad de servicios con criterios de complementariedad, mejorar la calidad de nuestra entrega y desarrollar la adaptabilidad en la prestación, volviéndonos más inclusivos.

En EsSalud, la gestión territorial tiene como referente la propuesta de Delimitación y Ordenamiento Territorial que consiste en: organizar la demanda y oferta de servicios a través de la determinación de unidades geográficas (espacio-población), en el contexto de redes funcionales de prestaciones de servicios de salud, económicas y sociales.

Los criterios para el diseño de estas redes son los siguientes: accesibilidad y ubicación geográfica de las IPRESS, complejo espacio-población asignado, organización de la oferta de servicios de salud según niveles de atención y capacidad resolutiva.

La finalidad es mejorar el acceso de los asegurados para brindar servicios oportunos y de calidad, así como facilitar la gestión y el uso racional de los recursos, en el marco del proceso de Modernización de la Seguridad Social de Salud.

En este sentido, el proceso de reorganización que ha desarrollado nuestra institución, rediseñando las redes desconcentradas y dotándolas de autonomía administrativa, son una expresión de ello. Del mismo modo, aportan a este proceso las normas relacionadas al Sistema de Referencias y Contrarreferencias.

Esta forma de organizar los servicios es consonante con la Modernización de la Gestión Pública pues permite poner las bases para la integración de nuestras acciones en los diversos niveles de gobierno (nacional, regional y local); del mismo modo, facilita la gobernanza para el intercambio prestacional. Así, nuestras redes pueden complementarse con las redes de otros subsistemas, facilitando el logro de la Cobertura Universal de Salud.

4. Esencia del Modelo: Humanización

Respecto a una relación humanizada, se busca lograr una vinculación simétrica entre el prestador, el asegurado y sus derechohabientes en la interacción con EsSalud; sean estas prestaciones de salud, sociales o económicas. Es por ello que deberán responder a las necesidades y expectativas de los usuarios externos e internos (el asegurado y los colaboradores), reconociendo a la persona como el centro de las intervenciones, identificando como insumos válidos e importantes sus requerimientos, mediante la organización, gestión de los procesos y recursos

En este contexto, la humanización en EsSalud incluye: a) Cuidado centrado en la persona como sujeto de derechos, b) Cuidado personalizado y respetuoso, c) Información y comunicación comprensible, d) Entorno respetuoso de los usos y costumbres, e) Cuidado seguro, accesible y oportuno **(Gráfico 30)**.

Estos componentes facilitan el desarrollo de un modelo que tenga como base la entrega de prestaciones a través de redes asistenciales, se encuentre centrado en el cuidado de la salud de las personas, sea

Gráfico 30. Humanización en EsSalud.

Fuente: Oficina de Gestión de la Calidad y Humanización de EsSalud

continuo, estandarizado y progresivo, que enfatice en brindar al asegurado la mejor experiencia durante su interacción con el sistema con un enfoque humanístico y espiritual.

5. Funcionalidad del Modelo

El Modelo tiene como puerta de ingreso el primer nivel de atención rediseñado a través de la Cartera de Servicios de Salud de Complejidad Creciente (CSSCC), las Estrategias Operacionales y los Centros de Prevención. La oferta intrainstitucional consta de:

- 37 centros médicos
- 110 postas médicas
- 38 centros de atención primaria I
- 50 centros de atención primaria II
- 41 centros de atención primaria III
- 23 policlínicos

La CSSCC[55] **(Gráfico 31)** responde a la demanda de la población durante el proceso y continuidad de la atención del asegurado en la consulta ambulatoria, con el propósito de mejorar la resolutividad de las IPRESS desde el primer nivel de atención, en forma progresiva y con ello contribuir a mejorar la satisfacción del usuario, la atención oportuna y disminuir las referencias. Comprende las prestaciones de salud (promoción, prevención, recuperación y rehabilitación), actividades, procedimientos ambulatorios generales y especializados de baja y mediana complejidad a ofertar en el primer nivel de atención en respuesta a las necesidades de salud del asegurado, criterios de demanda poblacional, accesibilidad, y oportunidad de la atención a través de una gestión en redes integradas de servicios de salud.

Así, se incorpora el concepto de Policlínico de Complejidad Creciente que es aquella IPRESS de primer nivel de atención con población adscrita, sin internamiento, que brinda atención integral de salud intramural y extramural de acuerdo a las características de la demanda y necesidades de salud; y cuenta con recursos humanos, equipamiento e infraestructura para otorgar mayor capacidad resolutiva que un policlínico. Es de implementación progresiva, donde se incorpora la atención ambulatoria

Gráfico 31. Estructura de la Cartera de Servicios de Salud de Complejidad Creciente.

Fuente: Resolución 1207-GG-EsSalud-2013 "Cartera de Servicios de Salud de Complejidad Creciente del Seguro Social de Salud (EsSalud)"

[55] EsSalud. Cartera de Servicios de Salud de Complejidad Creciente. http://www.essalud.gob.pe/downloads/cartera_servicios_Ene_2014.pdf Último acceso 16-05-2016

especializada, además de medicina familiar, a las especialidades de cardiología, traumatología, endocrinología, oftalmología, gastroenterología, reumatología, entre otras de acuerdo a la demanda.

La Cartera de Servicios contempla las prestaciones de acuerdo a la etapa de vida en la que se encuentra el o la asegurada, desde que es una persona gestante, puerpera, niño, adolescente, joven adulto y adulto mayor, y contiene las prestaciones de complejidad creciente que se definen de acuerdo a la demanda y característica de la población. Se gestiona por distintos mecanismos de compra-venta de servicios o proyectos.

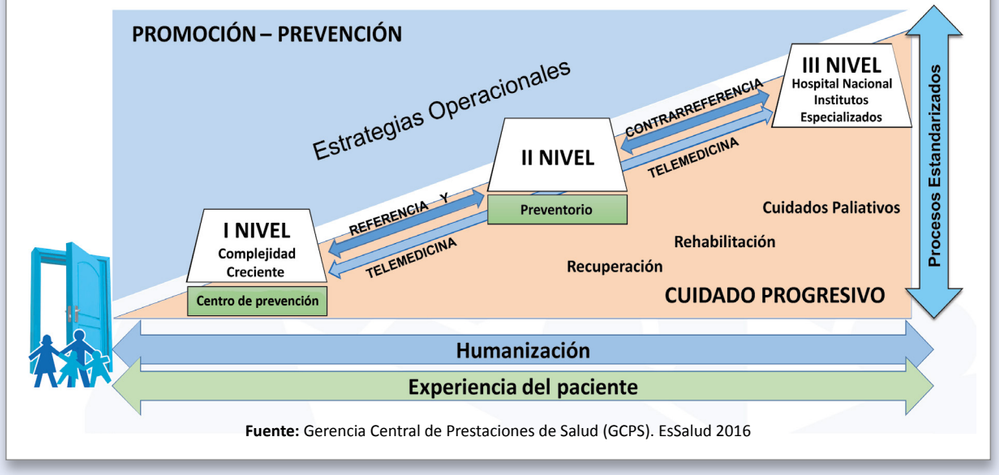
Aun así, la continuidad y progresividad dentro del Sistema de Prestaciones de Salud necesita de servicios para cuidados más complejos, EsSalud cuenta para ello con 91 IPRESS en el segundo y tercer nivel de atención cuya equivalencia está en consonancia a la Norma Técnica Categorías de Establecimientos del Sector Salud 021-MINSA/DGSP V.03-2011; así tenemos:

- 2 institutos especializados (INCOR e IPO)
- 1 centro especializado
- 8 hospitales nacionales
- 9 hospitales III
- 25 hospitales II
- 44 hospitales I

El segundo nivel de atención, con los hospitales generales y especializados cuenta con capacidad resolutiva para condiciones médico - quirúrgicas de mediana complejidad; y en el tercer nivel de atención, los hospitales nacionales e institutos, con capacidad resolutiva para condiciones médico-quirúrgicas de alta complejidad y alta especialización a través de especialidades, subespecialidades e investigación. Todas incorporan tecnologías sanitarias de última generación.

Las IPRESS, las estrategias operacionales y los espacios de interacción coordinan sus acciones brindando atención de acuerdo a las necesidades de nuestros usuarios, sean estas de carácter promocional-preventivo, recuperación, rehabilitación y de cuidados paliativos en los diferentes niveles de complejidad, que junto a nuestro Sistema de Referencia y Contrarreferencia y Telemedicina garantizan la progresividad y estandarización de los procesos del modelo **(Gráfico 32)**.

Gráfico 32. Desarrollo del Modelo de Cuidado Estandarizado y Progresivo de la Salud (MOCEPS).



Fuente: Gerencia Central de Prestaciones de Salud (GCPS). EsSalud 2016

Para mejorar la capacidad resolutiva, se ha fortalecido la oferta mediante la contratación de servicios utilizando diversos mecanismos contemplados en la normatividad vigente ya sea con IPRESS públicas, privadas y asociación público -privada (APP). Todo esto contribuye a disminuir la brecha negativa para las prestaciones de salud en las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud (UPSS): consulta externa, hospitalización, centro quirúrgico, y ayuda al diagnóstico en los tres niveles de atención; permitiendo la continuidad del cuidado a través de la oportunidad de la atención.

Otra estrategia para mejorar la capacidad resolutiva está direccionada a mejorar la oportunidad quirúrgica debido a la gran demanda y embalse de esta actividad. En el 2013, para enfrentar esta situación, la Alta Dirección diseñó como política institucional, un nuevo modelo de gestión de la oportunidad quirúrgica denominado Plan Confianza: "Más Operaciones, Menos Esperas"; buscando reducir el tiempo de espera, recuperar la confianza de los asegurados y de los colaboradores y de esta manera lograr la satisfacción del usuario.

Es importante señalar que el Plan Confianza, también incorporó otros componentes, tales son: Consulta Externa “Mas Consultas Externas, menos Diferimiento”; Hospitalización: “Mas Camas, menos Hacinamiento”, y Emergencia: “Mas Efectividad en Emergencia, menos Complicaciones”. El Plan se desarrolla bajo los lineamientos de una atención más humana, oportuna, con calidad y calidez

5.1 Flujos de atención

El flujo de la atención del asegurado empieza desde la acogida que este tiene, sea en su domicilio, en la empresa donde labora o en la comunidad; el proceso de atención basado en sus necesidades de salud empieza por tanto en el lugar donde se originan sus demandas. Desde estos espacios de interacción, el asegurado es captado a través de las estrategias operacionales (por ejemplo, Reforma de Vida) o de una IPRESS (Centro de Prevención / Complejidad Creciente).
El flujo de atención se inicia y concluye en el hogar del asegurado, garantizando un circuito humanizado y cercano a su historia y devenir **(Gráfico 33).**

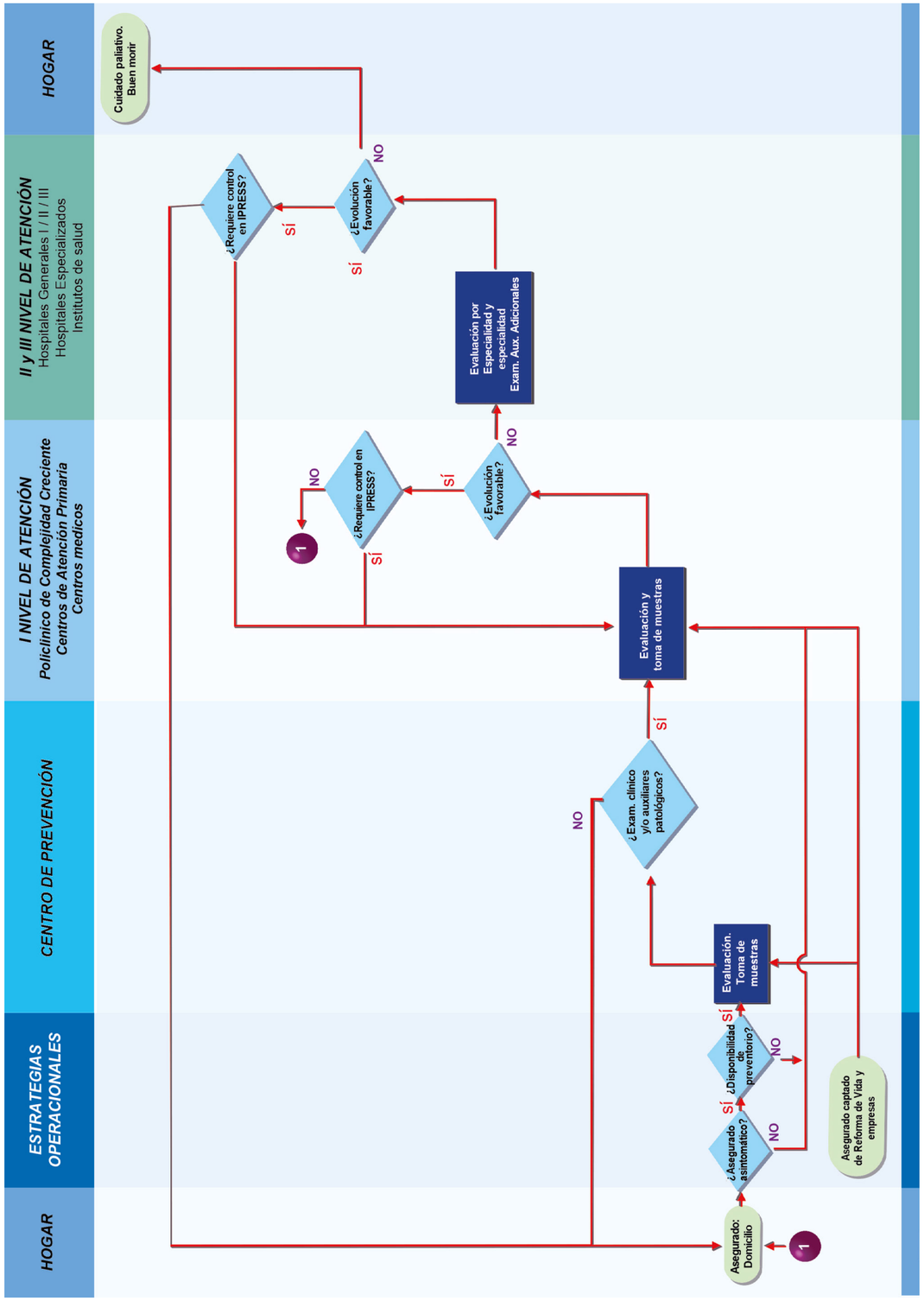


Gráfico 33. Flujograma del Modelo de Cuidado Estandarizado y Progresivo de la Salud.

5.2 Proceso de interrelación

La progresividad del proceso del cuidado se encuentra garantizada por el Sistema de Referencias y Contrarreferencias. Su alojamiento en la web permite evaluar y tomar decisiones rápidas, lo que evita costos intangibles en los diversos niveles de atención y mejora la oportunidad en el otorgamiento de la prestación. La referencia se realiza a una IPRESS con capacidad resolutiva disponible independientemente del nivel de complejidad o categoría. En este proceso se incluye la oferta de terceros, de acuerdo a convenios o contratos suscritos.

La telemedicina facilita la continuidad del cuidado del paciente en los diferentes niveles de atención evitando el desplazamiento del asegurado y la congestión de los servicios. El Centro Nacional de Telemedicina (CENATE) cuenta para el efecto con dos componentes asistenciales: la teleconsulta y la teleradiología. Por otro lado se viene implementando el sistema de telemonitoreo, que es un medio que permite vigilar y controlar a distancia la situación de un paciente, mediante la visualización de sus constantes vitales u otros operadores biológicos. Se emplean equipos especializados portables que transfieren la información a plataformas especializadas para su evaluación y análisis. En el capítulo XI se realiza una exposición más extensa sobre estas tecnologías.

5.3 Sistemas nacionales de cuidado

Un proceso que complementa el flujo de atención está referido a la generación de campos diferenciados, integrativos y complementarios enmarcados dentro de un cuidado estandarizado y progresivo de la salud de los asegurados, asegurados en riesgo y aquellos con algún tipo de patología. Se trata del Sistema Nacional de Cuidado de determinadas condiciones, patologías o disfunciones. En este sentido se viene desarrollando el Sistema Nacional de Cuidado Cardiovascular, el Sistema Nacional de Cáncer y el Sistema Nacional del Cuidado Renal, y se plantea el Sistema Nacional de Cuidados Preventivos; todos buscan hacer incidencia en los principales problemas de eventos de salud y carga de enfermedad de los asegurados de EsSalud.

La progresividad del proceso del cuidado se encuentra garantizada por el Sistema de Referencias y Contrarreferencias.

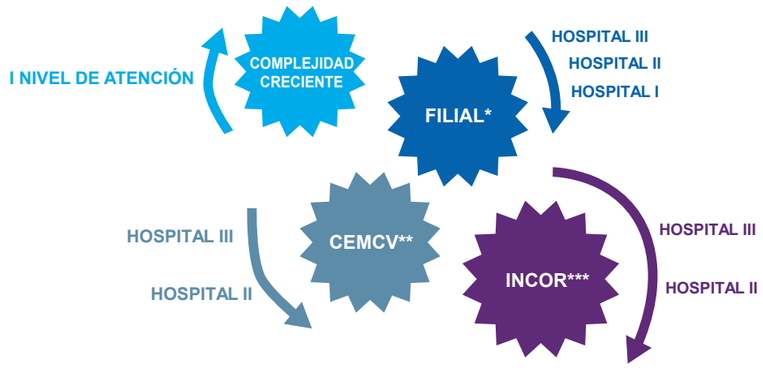
Este sistema es flexible y articula los diferentes niveles de complejidad, incluye el proceso de referencia y contrarreferencia, la investigación, así como el empleo de tecnologías. A continuación, describiremos dos ejemplos de sistemas:

1. **Sistema Nacional de Cuidado Cardiovascular (SNCCV)**, que es definido como el conjunto de servicios asistenciales con diversos niveles de complejidad interrelacionados funcionalmente a través del Sistema de Referencias y Contrarreferencias. Su finalidad es proveer prestaciones asistenciales en salud para la atención del paciente en riesgo y con enfermedad cardiovascular.

Se organiza con el INCOR (como conductor del sistema), centros de excelencia, como filiales fuera de Lima y las IPRESS de su red prestadora.

Los centros de excelencia serán los hospitales Almenara y Rebagliati, y las filiales serán los hospitales de Arequipa, Cusco y Lambayeque. Se pretende que cada Centro de Excelencia en Medicina Cardiovascular (CEMCV) o filial genere una red a su alrededor (**Gráfico 34**).

Gráfico 34. Sistema Nacional de Cuidado Cardiovascular.



* Filiales: Norte Lambayeque y Sur Arequipa
** Centros de Excelencia en Medicina Cardiovascular (HN Almenara y Rebagliati)
*** Instituto Nacional del Corazón (INCOR)

Fuente: Directiva 011-GG-EsSsalud-2015 "Sistema Nacional de Cuidado Cardiovascular en el Seguro Social de Salud – EsSalud

El INCOR articula el sistema y cada CEMCV o filial es parte de la red y genera un subsistema de redes. El Sistema Nacional de Cuidado Cardiovascular (SNCCV) brinda soporte a la organización de la atención del paciente en el marco del Modelo de Cuidado Estandarizado y Progresivo de la Salud, y el Plan Nacional de Salud Cardiovascular en EsSalud. La cartera de servicios del SNCCV incluye la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos.

2. **El Sistema Nacional de Cuidado Renal (SNCR),** es el conjunto de servicios asistenciales que se interrelacionan mediante el Sistema de Referencias y Contrarreferencias para la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la enfermedad renal crónica y se gestionan a través del sistema de información y la pirámide de indicadores estratégico – táctico - operativos **(Gráfico 35)**. Tiene como finalidad mantener la salud renal de los asegurados mediante prestaciones promocionales de estilos de vida saludables y actividades de tamizaje de la salud renal para la determinación de la existencia de daño renal y de su estadiaje; todas ellas realizadas en las IPRESS. Para ilustrar los diversos estadios de salud/enfermedad renal, se plantea el Modelo Conceptual de la Enfermedad Renal Crónica **(Gráfico 36)**.

Para facilitar la conducción y progresividad del cuidado renal, EsSalud cuenta con el Centro Nacional de Salud Renal como ente técnico especializado para la ejecución de las intervenciones normadas en el Plan Nacional de Salud Renal 2016-2021, tanto en la oferta propia como en la oferta contratada.

El manejo de los pacientes en riesgo de daño renal se hace a través de los tratamientos nefroprotectores; el manejo recuperativo se hace a través de los consultorios de prediálisis y, para el reemplazo de la función renal se proponen los tratamientos de hemodiálisis en el hogar y en centros ambulatorios, así como los de diálisis peritoneal en el hogar, como una forma de contribuir a la humanización del cuidado de nuestros asegurados.

Gráfico 35. Pirámide de indicadores de salud / enfermedad renal.

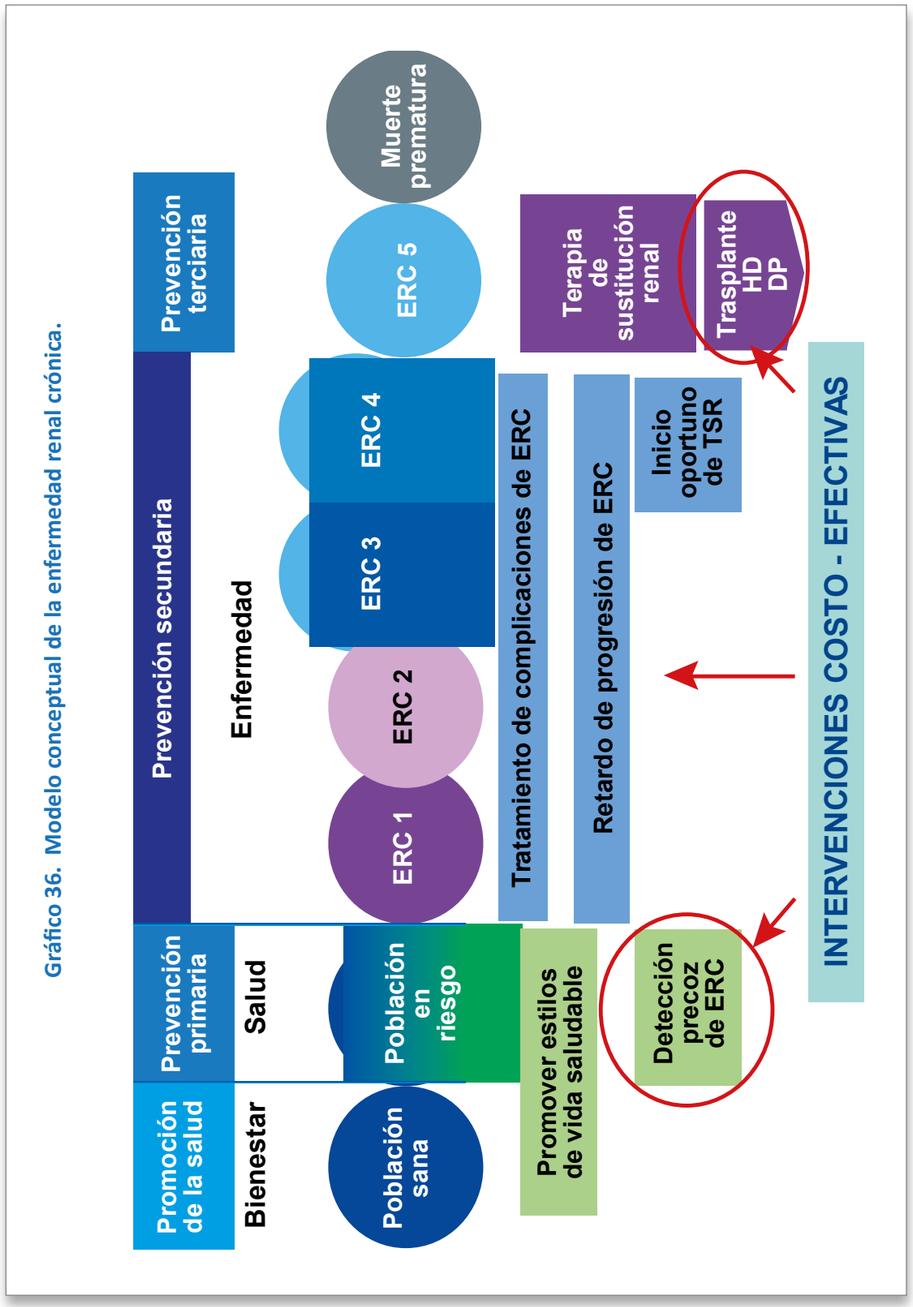


Gráfico 36. Modelo conceptual de la enfermedad renal crónica.

3. **El Sistema Nacional de Cuidados Preventivos (SNCP),** se construye en base a la experiencia desarrollada a través de diferentes estrategias operacionales y a la cartera de servicios preventivos de las IPRESS. Su naturaleza es de carácter comprehensivo (preventivo-educativo-promocional) y se viene implementando una oferta de servicios ad hoc a través de los Centros de Prevención.

   Este sistema articula las prestaciones sanitarias de la oferta fija y móvil de las IPRESS, las estrategias operacionales y los Centros de Prevención. Es el primer eslabón dentro del MOCEP y tiene como objetivo coadyuvar en la mejora de la salud de los asegurados. Para tal efecto, desarrolla estrategias educativas, comunicacionales, prestacionales (diagnóstico precoz), y de protección específica. Su organización y continuidad depende de la red asistencial correspondiente.

El MOCEPS pone énfasis en las acciones preventivo-promocionales, elfortalecimiento del primer nivel de atención y de aquellas acciones que faciliten la accesibilidad a nuestros servicios, sea en el domicilio, en el trabajo o en el lugar donde se halle el asegurado.

La prevención debe empezar desde etapas tempranas de la vida, en especial poniendo énfasis en el control de la mujer gestante, por ello nuestra cartera de servicios incluye servicios de planificación familiar, control prenatal con estimulación temprana, monitoreo de los embarazos de alto riesgo y tamizaje neonatal. Su continuidad en el tiempo está expresada en la cartera de servicios para todas las etapas de vida.

El primer nivel de atención, con la correspondiente CSSCC, estructura prestaciones por etapa de vida, dirigidas a la persona, a la familia e intervenciones en la comunidad que para el caso de EsSalud es la empresa. Comprende un listado mínimo de intervenciones de educación para la salud, promoción de la salud, prevención de la enfermedad, entre otros.

Según el perfil de la "Carga de Enfermedad y Lesiones en EsSalud-2014" citado anteriormente, la segunda categoría de daños con mayor carga son las condiciones perinatales, debida a la alta incidencia de estas enfermedades y a la gran pérdida de años de vida saludables por muerte prematura. Por esta causa se han perdido 101,088 AVISA (77,7% por el componente AVD y 22,3% por el componente AVP). Las principales causas son el bajo peso al nacer, la prematuridad, la anoxia, la asfixia y el trauma al nacimiento.

Por ello, existe la necesidad de mejorar la prestación relacionada con el control y atención del parto. El impacto de este grupo diagnóstico no solo se debe a los altos costos hospitalarios de la prematuridad y de cuidados intensivos neonatales, sino a los costos no médicos como los gastos para la educación especial o los costos indirectos debido a la pérdida de productividad, sobre todo

desde la perspectiva de las familias. Sin embargo, el hecho más doloroso es la afectación emocional de la vida familiar.
El MOCEPS concentra los esfuerzos en todos los niveles de gestión y de atención para el logro de un cuidado estandarizado y progresivo de la mujer durante su embarazo, parto y puerperio, así como del recién nacido. Considera que la reducción de la mortalidad materna y perinatal es atribuible a la prevención de embarazos de alto riesgo, o no planificados, la atención oportuna y adecuada del embarazo durante la atención prenatal, y principalmente las complicaciones obstétricas, con equipos de profesionales competentes y el funcionamiento adecuado de un sistema de cuidado de salud de la mujer en todos los niveles de atención.

Por otro lado, una de las estrategias fundamentales para garantizar el ejercicio de la salud sexual y reproductiva de un país, es la Planificación Familiar, por ello, nuestros establecimientos brindan una amplia gama de métodos anticonceptivos y tecnologías para hacer ejercicio de su derecho a su fecundidad de acuerdo a sus ideales reproductivos, permitiéndoles reducir los embarazos riesgosos y diferir la gestación hasta encontrarse en condiciones adecuadas de salud.

Otro aspecto es el relacionado al tamizaje neonatal. Desde el año 2006 se viene implementando con carácter sistemático la detección y tratamiento temprano de las siguientes patologías: hipotiroidismo, fenilcetonuria, hiperplasia suprarrenal congénita, pulmón poliquístico y galactosemia. Existe la necesidad de su universalización.

Un tema relevante relacionado al tamizaje neonatal, es la implementación del tamizaje auditivo universal en recién nacidos de EsSalud que permite la detección y manejo temprano de la hipoacusia, evitando el sufrimiento personal / familiar así como los costos sanitarios, sociales, económicos a la institución.

Es importante señalar, por otro lado, que un sistema como el que planteamos debe tener un componente educativo promocional que haga uso de tecnologías de la información como el internet. Los estudios de la ENSSA 2015[56] muestran que nuestros asegurados hacen uso de este medio para informarse y que para ello disponen de los recursos.

Un consumidor de servicios de salud hoy es toda aquella persona que puede ser usuaria de servicios sanitarios, ya sea paciente, persona sana o familiar.

Para tal efecto, la Oficina de Relaciones institucionales (ORI) ha diseñado una estrategia educativa comunicacional denominada ***EsSalud en Casa***[57].

EsSalud en Casa tiene como objetivo educar a nuestros asegurados y al público en general sobre aspectos preventivos de salud, no solo evitando que enferme sino más bien que potencie su calidad de vida. A través del canal del Seguro

[56] EsSalud. Cartera de Servicios de Salud de Complejidad Creciente. http://www.essalud.gob.pe/downloads/cartera_servicios_Ene_2014.pdf Ultimo acceso 16-05-2016
[57] Resolución de la Oficina de Relaciones Institucionales N° 02-ORI-ESSALUD-2016 que aprueba la Directiva N°01-ORI-EsSalud-2016 Lineamientos que regulan la difusión del programa EsSalud en Casa.

Social del Perú en YouTube[58] se emite un programa semanal los domingos.

Adicionalmente los vídeos se difunden en los circuitos cerrados de nuestras IPRESS y de empresas con las que existen convenios institucionales (Reforma de Vida). Así, EsSalud se coloca a la vanguardia de la edu-comunicación en salud en el país y es congruente con la idea central de estar acompañando al asegurado ahí donde se encuentre.

Dado que el MOCEPS pone énfasis en las acciones preventivo-promocionales se establecerán incentivos para el fortalecimiento del primer nivel de atención y de aquellas acciones que faciliten la accesibilidad a nuestros servicios, sea en el domicilio o en el lugar donde se halle el asegurado. Este enfoque centrado en la persona, aun antes que esta enferme, favorece el ejercicio de su participación y la legitimidad de nuestra institución. En el capítulo VII se describen las características de uno de los pilares de este sistema: los Centros de Prevención.

De acuerdo a lo mostrado en nuestro acápite sobre la sostenibilidad económica (parte III), los aspectos vinculados a la prevención y promoción de la salud son fundamentales para evitar la enfermedad y la discapacidad, cuando no la muerte prematura.

5.4 Gestión de la información

La evolución del conocimiento ha condicionado un cambio importante en el concepto de la salud, de un enfoque basado en el conocimiento de la enfermedad y su agente hemos pasado a otro más amplio y comprehensivo. Esto significa tomar en consideración los determinantes sociales de la salud y los cambios en las condiciones del proceso salud/enfermedad en el tiempo. Esta situación ha llevado a que los sistemas de salud amplíen la aplicación de la vigilancia sanitaria a las enfermedades no transmisibles y transmisibles, a los factores de riesgo; y al abordaje de condiciones de salud tales como el embarazo, crecimiento y desarrollo, lactancia materna, salud ocupacional, entre otros.

El dato para la construcción de la información y el conocimiento del proceso salud/enfermedad en el momento actual se encuentra disperso en varios actores y fuentes de información, por lo que es crítico gestionar la información. EsSalud no es ajeno a este hecho. Si se trata de conocer la realidad de salud de la población asegurada para poder brindar un adecuado cuidado de la salud, es necesario dimensionar la magnitud de los problemas de salud, su posible origen, los factores que lo modifican, su evolución, entre otras características, todo con la finalidad de intervenir oportunamente usando estrategias costo-efectivas que aseguren una respuesta efectiva y permitan a nuestro usuario desarrollar su potencial humano.

Es por ello que otro de los pilares del MOCEPS lo constituye el Sistema de Información y, en especial, la forma cómo se gestiona. La gestión de la información es el proceso de identificación, captura, organización, análisis y difusión de los datos claves y necesarios para apoyar a la institución

[58] EsSaludenCasa. Disponible en https://www.youtube.com/watch?v=5sYbcBM1J1g&list= PLX5orRVAUrPr1jc _XrdJJ iknHtTv1KNMk y en https://www.youtube.com/watch?v=fDaDcaKAlow&list=PLX5orRVAUrPq9ex08xic1Wi-zyaeTs4jE

a responder con eficiencia, eficacia y oportunidad. El proceso de gestión de la información en salud pública debe darse en los diferentes niveles de resolución y de intervención (promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos).

La gestión de la información es continua, por tanto se implementa a nivel de la macro, meso y microgestión, incorporando procesos de retroalimentación constante con la finalidad de monitorear y verificar el cumplimiento de los objetivos trazados.

En todos estos niveles, la necesidad de evidencias, para la definición de políticas, planificación y toma de decisiones en salud, condiciona el desarrollo de las unidades de inteligencia sanitaria a fin de consolidar, integrar y obtener la información en forma oportuna.

En EsSalud, las diferentes fuentes de información se vienen integrando y se han desarrollado instrumentos para la gestión sanitaria como son los estudios de carga y enfermedad que integran la información de la mortalidad y morbilidad en los años de vida saludable perdidos, el análisis de situación de salud, las salas situacionales que integran la información sanitaria relacionada con los daños de notificación obligatoria, y el monitoreo de enfermedades que son prioritarias para la institución como el cáncer o la diabetes.

En el contexto del nuevo enfoque de cuidado, los sistemas de información vienen adecuándose para responder a los requerimientos. Esto involucra monitorear al paciente en el tiempo, por ello la historia clínica informatizada viene plasmándose en los nuevos sistemas de información que se usan para el registro de las atenciones (SISCAP, SGSS), esto permitirá la identificación de los riesgos y los datos clínicos de interés que sirvan para realizar el seguimiento del cuidado del asegurado.

Esta perspectiva hace que la información no se convierta en una expresión de vidas estadísticas, sino más bien en un instrumento para comprender la complejidad del proceso salud/enfermedad, y para diseñar políticas de cuidado centradas en las personas.

Este enfoque centrado en la persona, aun antes que esta enferme, favorece el ejercicio de su participación y la legitimidad de nuestra institución.

5.5 Estandarización

Considerando que las normas constituyen un elemento fundamental para estandarizar los cuidados de la salud en forma adecuada, oportuna, confiable y segura, se aprobaron varias de ellas: “Normas para el proceso de Referencias y Contrarreferencias en EsSalud”, “Normas de los Procesos de Admisión, Consulta Externa y Atención Ambulatoria en las IPRESS del Seguro Social de Salud – EsSalud”, “Consulta de Atención Inmediata (CAI) en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) del Seguro Social de Salud – EsSalud” y "Normas para la Gestión de la Oportunidad Quirúrgica en el Seguro Social de Salud – EsSalud". Asimismo, se han formulado directivas que estandaricen los procesos administrativos y asistenciales en determinadas patologías, como las de detección temprana de cáncer ginecológico, el manejo integral de la hipertensión y la diabetes, entre otros

Por otro lado, el Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación (IETSI) en coordinación con la Gerencia Central de Prestaciones de Salud (GCPS) y otras gerencias centrales vienen desarrollando propuestas metodológicas para el diseño de guías clínicas y documentos normativos. Las guías de práctica clínica son un instrumento útil para orientar a los profesionales de la salud en el manejo clínico de sus pacientes; contribuyen a mejorar los resultados clínicos en salud, el uso racional de los recursos y reducen la variabilidad clínica. El objetivo es pasar de guías basadas en opinión de expertos a guías basadas en la evidencia científica, que ofrezcan las mejores opciones de diagnóstico y tratamiento para los pacientes.

Para consolidar la integralidad de la perspectiva del modelo prestacional se requiere reflexionar sobre otras dos situaciones: la etapa de envejecimiento de la vida de las personas, así como de aquellas viviendo en condiciones de vulnerabilidad, requieren miradas

complementarias para el manejo del cuidado integral. Dada la característica de la transición demográfica y epidemiológica de nuestros asegurados, estos tienen la necesidad de prestaciones integrales que incorporen los aspectos sanitarios y aquellos sociales que intervienen en su particular proceso salud/enfermedad. El MOCEPS incorpora el componente del Cuidado a la Población Vulnerable en el marco de las políticas inclusivas de nuestra institución.

La consolidación de este modelo implica a su vez: generación de capacidades en el recurso humano, toma de decisiones basadas en la gestión del conocimiento, incorporación de tecnologías (de información y comunicación) y otras apropiadas para la prestación de servicios de salud; acceso racional a medicamentos y otros bienes estratégicos, recursos e insumos de origen natural útiles en salud e integración de las prestaciones de salud mediante sus redes funcionales; y el establecimiento de mecanismos de gestión y financiamiento apropiados (gestión y presupuesto basados en resultados).

El Modelo de Cuidado Estandarizado y Progresivo de la Salud permite tener procesos medibles para que los objetivos sean evaluables, y que sirvan para la comparación interna y externa. Facilita que las acciones de control horizontal y vertical hagan más transparente la gestión y la rendición de cuentas. Una gestión basada en estándares se aproxima a la idea de un Estado eficiente, transparente, equitativo, más cercano al ciudadano; expresión del Buen Gobierno **(Gráfico 37)**.

En el marco de la Gestión del Cambio Sostenible, el MOCEPS facilita a EsSalud el cumplimiento con los mandatos de Política Mundial y Regional: conseguir la Cobertura Universal de Salud; se coloca a la vanguardia de modernización d el Estado al enfocar nuestras acciones en el ciudadano, mejora las condiciones para la sostenibilidad financiera, coadyuva al desarrollo del capital humano; y lo fundamental, responde a la legítima demanda de los asegurados: recibir un cuidado humanizado.

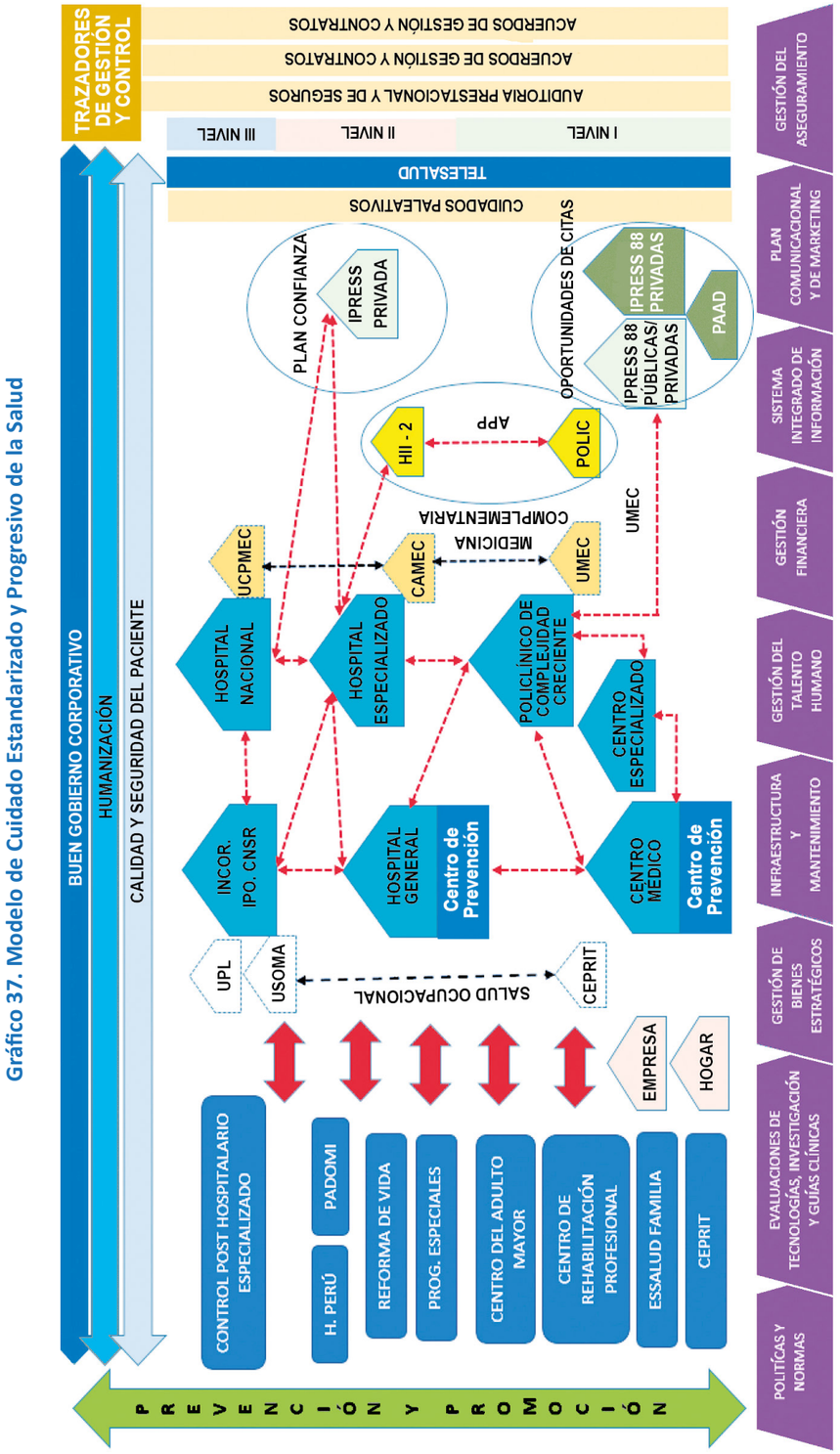


Gráfico 37. Modelo de Cuidado Estandarizado y Progresivo de la Salud

VII. Centros de prevención

1. Introducción

La prevención tiene como fundamento la intervención sobre los factores de riesgo para el desarrollo de determinado daño que presenta una persona o comunidad, con el afán de reducirlo o eliminarlo[59].

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS)[60], las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) son la principal causa de muerte en el mundo, y han producido 38 millones (el 68%) de defunciones de las 56 millones registradas en el 2012 (Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2014, OMS)

El estudio de Carga de Enfermedad y Lesiones en EsSalud 2014 nos muestra que la mayor carga se atribuye a las enfermedades no transmisibles (71.5%) y, en segundo lugar, a las enfermedades transmisibles, maternas y perinatales (19.1%); en tanto, los accidentes y lesiones solo aportan el 9.4%. Las enfermedades crónicas no transmisibles son susceptibles a ser evitadas a través de la prevención por presentar un periodo subclínico largo, existiendo fases de varios años sin que exista sintomatología o signos clínicos en la persona.

En este contexto, el Seguro Social del Perú, EsSalud, bajo el enfoque de cuidados estandarizados y progresivos implementará los **Centros de Prevención**, que tienen por finalidad generar un espacio de encuentro entre la población aparentemente sana y el Sistema de Salud que está dirigido al tratamiento y la recuperación. Uno de los pilares de los Centros de Prevención son las actividades de educación para la salud, protección específica y diagnóstico precoz; de acuerdo a los resultados de la evaluación, el asegurado retorna a su domicilio o es enviado a los diferentes niveles de atención a través del sistema de referencia y contrarreferencia que articula progresivamente los cuidados de recuperación.

Para que los Centros de Prevención logren un mayor impacto en la salud de los asegurados, es necesario que estén articulados con la oferta asistencial recuperativa a fin de lograr el diagnóstico y tratamiento oportuno de los daños identificados; así también, articularse con las estrategias institucionales que inciden en la modificación de estilos de vida y conductas de riesgo en el contexto general y laboral referido a intervenciones sanitarias específicas, a través de los programas de Reforma de Vida y de los Centros de Prevención de Riesgos del Trabajo.

2. Justificación

La encuesta ENDES 2014[61] encontró un 16.6% con hipertensión arterial en la población mayor de 15 años. Según datos del Ministerio de Salud, el 83.2% de los casos de ceguera, el 85.2% de los casos de compromiso severo de la visión y el 92.6% de los casos de compromiso moderado de la visión obedecieron a causas evitables[62].

En el caso de EsSalud, el tratamiento con fármacos antineoplásicos representa el 13.9% del gasto en medicamentos en la EsSalud, y en los últimos tres años se ha duplicado, pasando en el año 2010 de S/. 44,808,041.09 a S/. 88,112,397.65, lo cual constituye un 96.6% de incremento, con un crecimiento anual de 25% que afecta sobremanera la sostenibilidad financiera.

[59] World Health Organization. http://www.emro.who.int/about-who/public-health-functions/health-promotion-disease-prevention.html. Ultimo acceso 12-5-2016.
[60] OMS. http://www.who.int/nmh/global_monitoring_framework/es/ Último acceso 12-5-2016.
[61] Encuesta Demográfica y de Salud Familiar-ENDES, 2014.
[62] Plan de Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Ocular y Prevención de la Ceguera (2014-2020), aprobado por Resolución Ministerial 907-2014-MINSA.

El cáncer además del dolor humano genera externalidades económicas y sociales. Los costos de las ECNT son elevados en contraposición a la falta de acción para identificarlas y tratarlas tempranamente. El gasto en la prevención y el control de las ECNT es una inversión para el futuro.

Los Centros de Prevención en el marco del Modelo de Cuidado Estandarizado y Progresivo de la Salud constituyen parte fundamental de la oferta de servicios de cuidados preventivos intramurales que identificará factores de riesgo y realizará diagnóstico temprano de riesgos y daños presentes como carga de enfermedad prevalente. Los Centros de Prevención facilitan el acceso del asegurado al sistema de Cuidado Estandarizado y Progresivo, garantizando la oportunidad y continuidad de su tratamiento; esto contribuye a la reducción del riesgo económico familiar y además a la sostenibilidad financiera de EsSalud.

3. Finalidad

Contribuir a desarrollar una oferta de servicios que fortalezca la cultura de prevención de la salud en la población asegurada en el marco del Modelo de Cuidado Estandarizado y Progresivo.

4. Objetivo

Establecer los criterios y procesos para la organización y desarrollo de los centros de prevención en EsSalud.

5. Población objetivo

Los asegurados titulares con acreditación vigente, mayores de 18 años, sin chequeo preventivo en el último año. El proceso de implementación se iniciará con los asegurados titulares, incorporándose progresivamente a derechohabientes.

6. Tipos de prestaciones

La atención en el Centro de Prevención incluye las siguientes prestaciones:

a) Educación y promoción de la salud.
b) Diagnóstico precoz de las enfermedades.
c) Articulación con el sistema de cuidado recuperativo.

Estas se desarrollan considerando la cartera de servicios constituida por un listado mínimo de prestaciones dirigidas a la atención del asegurado según su grupo etario, sexo y la presencia de factores de riesgo.

Exámenes clínicos: examen médico, examen ginecológico (en el caso de las mujeres), examen prostático (en el caso de los varones) evaluación oftalmológica y atención por enfermería. Además, se llevará a cabo el llenado de la Ficha de Evaluación de Riesgos de Salud.

Exámenes auxiliares: hemoglobina, colesterol total HDL y LDL, triglicéridos, y glicemia, tasa albúmina / creatinina. Tendrán como fin el tamizaje de anemia, dislipidemias, diabetes y enfermedad renal crónica.

Procedimientos: toma de agudeza visual, tonometría ocular, realización de Papanicolaou, mamografía y radiografía de tórax según evaluación de riesgos. Tendrán como fin el tamizaje de cáncer de cuello uterino, cáncer de mama, defectos de refracción y glaucoma.

Mediciones antropométricas: peso, talla, índice de masa corporal (IMC), circunferencia abdominal, medición de la presión arterial. Tendrán como fin el tamizaje de sobrepeso, obesidad e hipertensión arterial.

Las prestaciones de promoción de la salud se desarrollan a través de intervenciones educativo-comunicacionales, tanto individuales como colectivas. Las intervenciones de prevención son realizadas a través de exámenes de tamizaje.
En las siguientes tablas se presentan las ofertas de carteras diferenciadas y priorizadas para personas menores y mayores de 50 años.

Cuadro 14. Cartera de Servicios Priorizadas del Centro de Prevención.

Examen preventivo <50 años

Servicios	Mujeres	Varones	Problema a detectar
Consultas	Examen clínico integral Examen ginecológico Evaluación oftalmológica Atención de enfermería	Examen clínico integral Evaluación oftalmológica Atención de enfermería	
Laboratorio clínico	Hemoglobina Colesterol total, HDL y LDL Triglicéridos Glicemia	Hemoglobina Colesterol total, HDL y LDL Triglicéridos Glicemia	Anemia Dislipidemia Dislipidemia Diabetes
Procedimientos	Agudeza visual PAP Radiografía de tórax	Agudeza visual Radiografía de tórax	Errores refracción Ca cuello uterino Según evaluación de riesgos
Mediciones clínicas	Peso,talla, IMC, circunferencia abdominal Toma de presión arterial	Peso, talla, IMC, circunferencia abdominal Toma de presión arterial	Sobrepeso / obesidad HTA

Fuente: Gerencia Central de Prestaciones de Salud

Cuadro 15. Cartera de Servicios Priorizadas del Centro de Prevención.

Examen preventivo > 50 años

Servicios	Mujeres	Varones	Problema a detectar
Consultas	Examen clínico integral Examen ginecológico Evaluación oftalmológica Atención de enfermería	Examen clínico integral Examen prostático Evaluación oftalmológica Atención de enfermería	
Laboratorio clínico	Hemoglobina Colesterol total, HDL y LDL Triglicéridos Glicemia Tasa albúmina/ creatinina*	Hemoglobina Colesterol total, HDL y LDL Triglicéridos Glicemia Tasa albúmina / creatinina*	Anemia Dislipidemia Dislipidemia Diabetes Enfermedad renal
Procedimientos especializados	Tonometría ocular Agudeza visual PAP Mamografía Radiografía de tórax	Tonometría ocular Agudeza visual Radiografía de tórax	Glaucoma Errores refracción Ca cuello uterino Ca mama Según evaluación de riesgos
Mediciones clínicas	Peso, talla, IMC, circunferencia abdominal Toma de presión arterial	Peso, talla, IMC, circunferencia abdominal Toma de presión arterial	Sobrepeso / obesidad HTA

***Mayores de 55 años**

Fuente: Gerencia Central de Prestaciones de Salud

7. Procesos de atención del Centro de Prevención

El proceso de atención se realizará de acuerdo al siguiente flujograma:

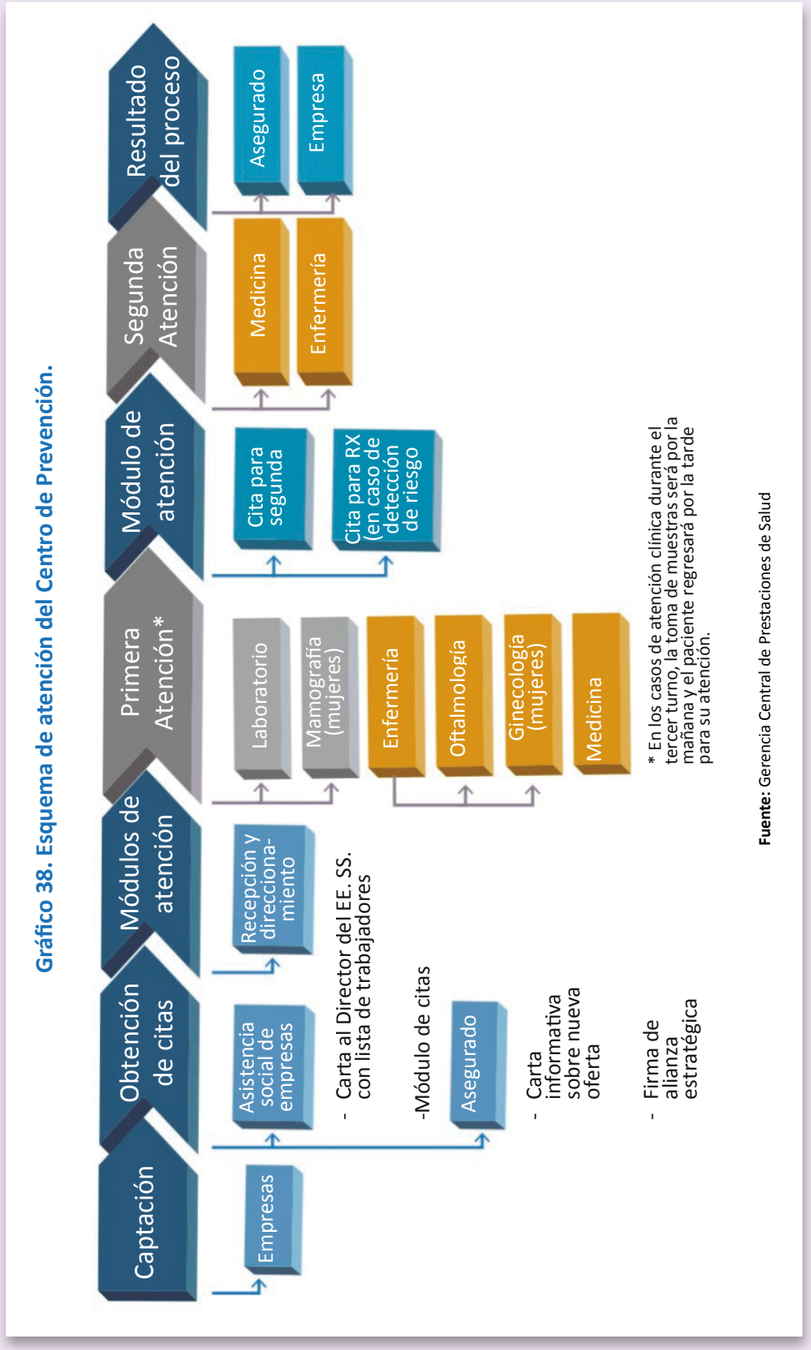


Gráfico 38. Esquema de atención del Centro de Prevención.

* En los casos de atención clínica durante el tercer turno, la toma de muestras será por la mañana y el paciente regresará por la tarde para su atención.

Fuente: Gerencia Central de Prestaciones de Salud

VIII. Medicina complementaria y reforma de vida: Experiencias en el desarrollo del modelo

Medicina Complementaria

Está definida como el arte y la ciencia del cuidado holístico de la salud de la persona en sus dimensiones biopsicosocial y espiritual, dentro de su contexto familia, comunidad y universo. Está basada en el paradigma de la complejidad, y utiliza métodos y sistemas tradicionales y modernos que están debidamente validados[63].

La Medicina Complementaria (MEC) significa la apertura de los sistemas de salud a una visión más integradora, con enfoque intercultural en el que se promueve la participación activa del usuario como responsable del cuidado de su salud y se lo empodera en su autocuidado, además de convertirlo en el mejor colaborador. Así también se promueve la salud del cuidador, como eje fundamental del sistema.

Se desarrolla en el Seguro Social de Salud desde el año 1992. A partir del 2000 se decide su expansión y su desarrollo, cuando se termina el estudio de costo/ efectividad elaborado en cooperación con la Organización Panamericana

63 Cartera de Servicios de Atención Primaria- EsSalud, 2013.

de la Salud OPS/ OMS, donde se comprueba su beneficio (entre 50% a 60% más costo/ efectivo que la medicina convencional) para nueve patologías crónicas más prevalentes en la institución. En el 2009, se transforma en la Dirección de Medicina Complementaria.

El 2014, en el Reglamento de Organización y Funciones de la Institución, se crea la Gerencia de Medicina Complementaria como una Gerencia de Línea de la Gerencia Central de Prestaciones de Salud.

Actualmente contamos con 36 unidades básicas de atención en el primer nivel, 29 en el segundo nivel y con una unidad de cuidados paliativos en el tercer nivel.

Actualmente se cuenta con más de 1,000 promotores de vida sana, círculos de salud intra y extramuros en todo el Perú.

En el 2012, se conformaron las Farmacias Naturales a nivel nacional, en la actualidad se tienen 16 implementadas, y en ellas se realiza la dispensación de los productos, recursos e insumo de la MEC, elaboración de preparados galénicos, floralterápico, homeopáticos; se trabajan los biohuertos medicinales y se realiza la atención farmacéutica a fin de detectar efectos adversos, interacciones y vigilar la racionalidad en la prescripción.

Se viene actualizando y elaborando la normativa necesaria para estandarizar los diversos

Gráfico 39. Centros y Unidades de Atención de Medicina Complementaria a nivel nacional.

Fuente: Gerencia de Medicina Complementaria.

Gráfico 40. Revista Peruana de Medicina Integrativa

Fuente: Gerencia de Medicina Complementaria.

procedimientos, pero también se está logrando la articulación con diversas especialidades médicas y cada vez se obtienen mayores evidencias en su uso, es así que actualmente se cuenta con una Revista Peruana de Medicina Integrativa donde se publican los diversos trabajos de investigación realizados.

Según la Encuesta Nacional del Seguro Social de Salud, ENSSA 2015, la disposición que tiene el asegurado para recibir un tratamiento con medicina natural o complementaria es del 76%.

La visión al futuro está en contar con un centro de investigación clínica, con la biblioteca virtual de salud especializada en medicina complementaria, así como convertirse en referente mundial al ser centro colaborador de la Organización Mundial de la Salud.

Programa Reforma de Vida

Es parte de la visión de complejidad en el cuidado de la salud, se basa fundamentalmente en entender que toda persona, para desarrollarse como tal, tiene necesidad de tres alimentos importantes: alimentación celeste, alimentación terrestre y alimentación humana.

Este programa se aplica en los trabajadores activos mayores de 18 años de edad, de las entidades públicas y privadas, en el afán de identificar tempranamente los factores de riesgo, las enfermedades cardiometabólicas prevalentes y junto con ellos y sus entidades empleadoras buscar el cambio de sus hábitos malsanos, formándoles una red social de apoyo para el cambio, liderada por ellos mismos y, a la vez, se transforma en un llamado para cambiar paradigmas en la búsqueda de la salud y en el logro de la felicidad.

Se desarrolla en 19 sesiones que inicia con la visita a las empresas, la firma de alianzas, el tamizaje, el diagnóstico y la valoración del usuario, para luego de identificar a los pacientes con factores de riesgo y con síndrome metabólico, desarrollar

junto con ellos 12 sesiones de intervención, después de las cuales se evalúa a todos los participantes y se determinan los cambios que se presentaron: disminución de peso, disminución en la circunferencia abdominal, disminución en la glicemia, en la presión arterial, en los triglicéridos, en el colesterol y si subió su HDL, es decir todas las variables que intervienen en el Síndrome Metabólico Premórbido.

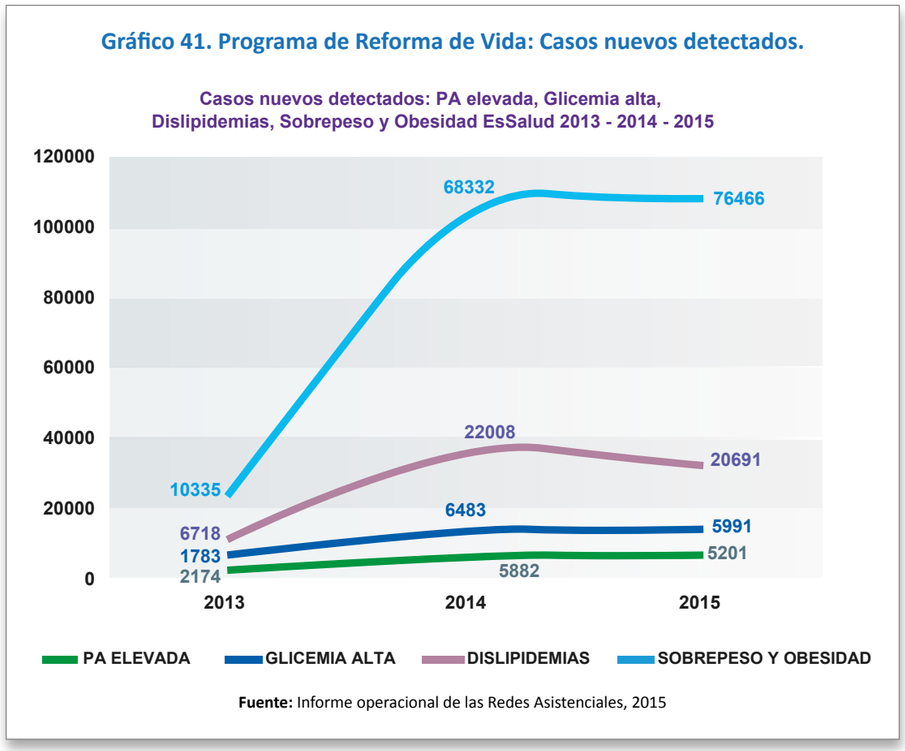
La metodología que se utiliza para el desarrollo de las sesiones de intervención en Reforma de Vida está basada en el método vivencial de aprendizaje (MVA), que consiste en que a partir de la vivencia y de su realidad el participante identifica sus riesgos y potencialidades, para luego generar sus compromisos y tareas, se le crea una Red Social de Soporte que le ayude a persistir en el cambio, la misma que está dirigida por un líder en salud, que es uno de sus compañeros de trabajo.

Los resultados alcanzados por el programa desde su renovación en el año 2012 son la presencia en las 29 redes asistenciales, contar a la fecha con 5,346 alianzas de intervención con las diferentes entidades empleadoras, desde medianas a grandes empresas.

Entre los años 2013 y 2015 se logró intervenir en 7,079 entidades empleadoras a nivel nacional, de ellas el 19% (1,369) comprometidas con el Programa Reforma de Vida han logrado los cambios en los estilos de vida de sus trabajadores. Además, se formaron 2,563 líderes en salud, colaboradores en liderar la Red Social de Soporte para el cambio de estilos de vida en la entidad.

El Programa de Reforma de Vida, también permite detectar tempranamente algunos casos nuevos para hipertensión, diabetes, dislipidemias, sobrepeso y obesidad, esto se puede observar en el cuadro siguiente:

Gráfico 41. Programa de Reforma de Vida: Casos nuevos detectados.



Fuente: Informe operacional de las Redes Asistenciales, 2015

El Programa de Reforma de Vida contribuye a una detección temprana y evita complicaciones mayores al lograr intervenir precozmente las enfermedades crónicas no transmisibles. En un futuro, se busca potenciar todo el sistema de prevención a fin de lograr mayores niveles de salud en los asegurados.

IX. Control Post Hospitalario Especializado (COPHOES)

1. Introduccion:

COPHOES es un área del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins que brinda servicios de salud directa a través de visitas domiciliarias a pacientes procedentes de los diferentes servicios de hospitalización de este establecimiento de salud, que salen de alta y ameritan continuar o completar su tratamiento y control especializado en domicilio.

2. Tipos

- **COPHOES Especializado:** atiende a pacientes adultos y adultos mayores con comorbilidades complejas hospitalizados por patologías agudas y crónicas reagudizadas con alta temprana o alta precoz; luego de su atención se articula con Consulta Externa o PADOMI General.

- **COPHOES Paliativo No Oncológico:** atiende a niños con enfermedades congénitas y secuelas neurológicas, hasta su intervención quirúrgica o su transferencia a PADOMI General; y a pacientes adultos y adultos mayores con patologías complejas asociadas a secuelas neurológicas, portadores de traqueotomía, nefrostomía, colostomía en ventilación mecánica o trasplantados hepáticos, etc.

- **COPHOES Paliativo:** pacientes con cáncer en fase terminal, adultos y adultos mayores con enfermedades oncológicas en fase terminal hasta su fallecimiento.

3. Objetivos funcionales

- Brindar atención personalizada y oportuna a los pacientes seleccionados en su domicilio.

- Fomentar la promoción y prevención de la salud, contando con la participación de la familia en el proceso de atención del paciente. Trinomio: paciente, personal de salud y familiar / cuidador.

- Mejorar el uso del recurso cama hospitalaria al disminuir la estancia hospitalaria.

- Disminuir costos en la hospitalización, reingresos, reagudizaciones y complicaciones por infecciones intrahospitalarias.

- Mejorar la imagen institucional al ofertar un servicio innovador, altamente especializado, en el ámbito extrahospitalario (cama virtual) que disminuye el costo hospitalario y la falta de cama hospitalaria.

4. Estructura y organización

Equipo integrado por:

- Médicos especialistas.
- Enfermeros especializados.
- Tecnólogos de medicina física y rehabilitación especializados.
- Psicólogo.
- Lic. en trabajo social.
- Lic. en nutrición.
- Técnico de enfermería.

Estructura:

- Órgano de Dirección: Gerencia Clínica.
- Órgano de Ejecución: Área de Control Post Hospitalario Especializado (COPHOES).

5. Calidad y auditoría

- Monitoreo telefónico de visitas médicas.
- Monitoreo telefónico de atenciones de enfermería.
- Monitoreo telefónico de atenciones de tecnólogo de medicina física y rehabilitación, psicólogo, nutricionista, trabajadora social.

Cuadro 16. Actividades de COPHOES.

N° DE PACIENTES Y VISITAS MENSUALES DEL AÑO 2014

VISITAS	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SETIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	TOTAL
VISITAS HE	2819	2797	2793	2714	2411	1967	814	1106	1656	1986	2087	1799	24949
VISITAS CAS	3194	3587	4198	5491	4888	4840	4452	4765	5043	4762	5228	4957	55405
TOTAL VISITAS	6013	6384	6991	8205	7299	6807	5266	5871	6699	6748	7315	6756	80,354

PACIENTES	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SETIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	TOTAL
PACIENTES HE	893	938	973	940	852	716	328	521	650	737	749	650	8947
PACIENTES CAS	2231	2340	2785	3182	2858	2852	2343	2339	2541	2510	2773	2751	31505
TOTAL PACIENTES	3124	938	3758	4122	3710	3568	2671	2860	3191	3247	3522	3401	40,452

FUENTE: COPHOES - HNERM

X. Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI)

1. Introducción

En EsSalud, el 16 de diciembre de 1993 se dio comienzo a la atención domiciliaria de forma organizada con la creación del PADOMI (Programa de Atención Domiciliaria) que actualmente pertenece a la Gerencia de Oferta Flexible de la Gerencia Central de Operaciones.

La población a quien se destina la atención domiciliaria está conformada por: personas adultas mayores de más de 80 años, pacientes con dependencia funcional temporal o permanente y pacientes con enfermedades terminales; a todos ellos se les brinda el servicio de salud referido a su enfermedad.

El PADOMI brinda atención a un total de 25,542 asegurados, lo que constituye un 9.7% de adultos mayores de 80 años.

2. Finalidad

PADOMI tiene por finalidad brindar atención de salud en el domicilio a la persona adulta mayor, pacientes con dependencia funcional temporal o permanente y con enfermedades terminales que no pueden valerse por sí mismas, donde la familia cumple un rol complementario.

3. Objetivos

Proteger a la población asegurada adulta mayor, con alguna discapacidad, independientes y dependientes, mediante un programa comprehensivo de: cuidados preventivo-promocionales, recuperación, rehabilitación y de alivio; en el domicilio o espacios donde se encuentre, buscando contribuir a mejorar su calidad de vida.

4. Modelo de gestión

El nuevo modelo de atención para el cuidado domiciliario del paciente asegurado adulto mayor de 80 años, con discapacidad o con alguna enfermedad terminal, tiene como centro al paciente asegurado EN SU DOMICILIO, haciendo que nuestras capacidades operativas se adapten a esta exigencia.

Para cumplir este objetivo se han diseñado las siguientes líneas estratégicas:

1. Fortalecimiento del PADOMI e integración funcional de los servicios relacionados (domicilio, COPHOES, PAAD, CAM, CERPS, Medicina Complementaria, entre otros) a nivel nacional.

2. Inscripción y registro de asegurados de manera abierta, presencial o a distancia, empleando medios manuales o magnéticos, de acuerdo a los criterios de clasificación e inclusión previamente determinados.

3. Cuidado domiciliario de los asegurados mayores de 80 años, con discapacidad y con enfermedad terminal, en los tres niveles de atención:

   Primer nivel: La población objetivo son los adultos mayores de 80 años asintomáticos; atendidos con una cartera de servicios basado en chequeos preventivos, medicina complementaria, charlas educativas, etc.

   Segundo nivel: La población objetivo son los adultos mayores de 80 años, postrados, con discapacidad y enfermos terminales; atendidos con una cartera de servicio ampliada que incluye visita médica y no médica domiciliaria, urgencias y emergencia, servicios de apoyo al diagnóstico, diálisis peritoneal, quimioterapia, terapia del dolor, medicina complementaria, otros.

   Tercer nivel: La población de pacientes adultos mayores de 80 años muy graves, complicados, tributarios de atención del tercer nivel de atención, con una cartera especializada de UCI, UCIN, soporte de ventilación mecánica, cuidados paliativos, etc.

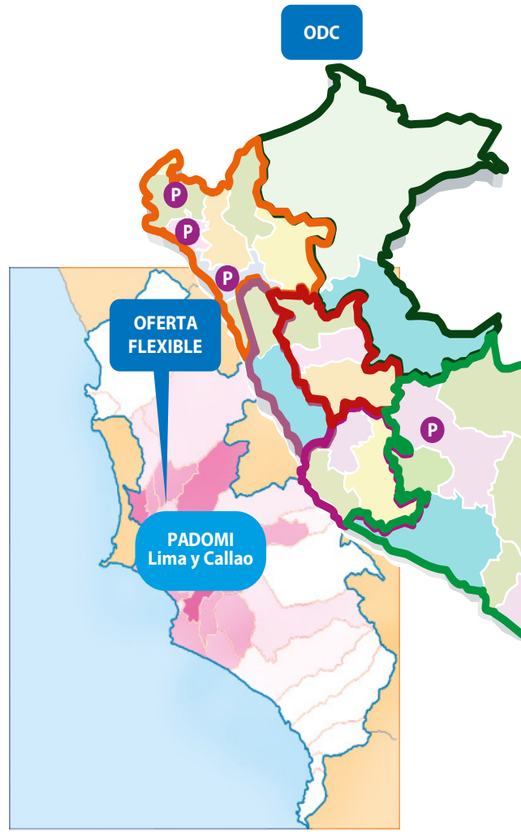
   En el nuevo modelo de atención se incluye la entrega de medicamentos en la IPRESS más próxima al domicilio del asegurado, el servicio de apoyo al diagnóstico a domicilio.

4. Mejoramiento de la Dirección y Control de PADOMI, mediante un modelo de planeamiento y control centralizado y ejecución descentralizada, fortaleciendo los sistemas de monitoreo, supervisión y control y gestión, y coordinación de recursos logísticos.

   Para alcanzar el objetivo y operativizar la estrategia propuesta, se crearán y desarrollarán las capacidades necesarias, integrando las existentes.

5. Área de influencia

Gráfico 42. Ámbito de influencia del PADOMI.



Fuente: Gerencia de Oferta Flexible.

XI. El Centro Nacional de Telemedicina (CENATE)

El Centro Nacional de Telemedicina de EsSalud (CENATE) fue constituido en el 2014 con la finalidad de poder contar con un servicio de telemedicina regular, sostenible y replicable dirigido a la atención de pacientes de regiones no favorecidas debido a la ausencia de médicos especialistas.

En toda Latinoamérica y en nuestro país existen, desde hace más de 10 años, proyectos de telesalud de diferente índole, como pilotos o servicios de poca duración en el tiempo, que se han tornado insostenibles sea por su poca producción, costos de mantenimiento o falta de liderazgo. A esto se agrega, que los El Centro Nacional de Telemedicina de EsSalud (CENATE) fue constituido en el 2014 con la finalidad de poder contar con un servicio de telemedicina regular, sostenible y replicable dirigido a la atención de pacientes de regiones no favorecidas debido a la ausencia de médicos especialistas.

En toda Latinoamérica y en nuestro país existen, desde hace más de 10 años, proyectos de telesalud de diferente índole, como pilotos o servicios de poca duración en el tiempo, que se han tornado insostenibles sea por su poca producción, costos de mantenimiento o falta de liderazgo. A esto se agrega, que los proyectos mencionados se han enfocado dentro de la

telesalud, pero no brindando servicios de atención remota de pacientes, sino de servicios puntuales relacionados a salud pública, como telecapacitaciones o telegestión.

El CENATE es el primer centro referente a nivel nacional de servicios médicos a distancia dentro de una institución pública, sin fines de lucro, con beneficio directo en la atención de pacientes de diferentes zonas geográficas, que se soporta en tecnología y servicios de comunicación costo-beneficiosos y sostenibles casi en su totalidad de desarrollo in house, con adquisición de equipos bajo el formato de "compra inteligente", es decir, pensados en la necesidad especifica del uso asistencial diario y no en diseños preconcebidos tradicionalmente en la industria.

Gracias a ello, el CENATE cuenta con dos componentes asistenciales de servicio diario en telemedicina que son la TELECONSULTA y la TELERADIOLOGÍA. Ambas áreas de telemedicina cuentan con un grupo propio de personal asistencial especializado para su desarrollo.

El componente de TELECONSULTA se define como: atenciones en tiempo real por teleconferencia a pacientes de las distintas provincias donde se ha realizado la interconexión, de esta forma, el médico tratante de dicho lugar (médico general o de servicio rural urbano marginal - SERUMS) presenta el caso con paciente y es guiado por el médico especialista quien obtiene la información clínica para una opinión especializada, lo que equivale a una interconsulta presencial dentro de un área hospitalaria convencional.

Gráfico 43. Equipamiento del CENATE y desarrollo de una teleconsulta de teleder-matologia en el CENATE.

Fuente: CENATE

Gráfico 44. Trabajo asistencial del CENATE en teleradiología.

Fuente: CENATE

El componente de TELERADIOLOGÍA se define como: la evaluación y realización de la lectura e informe de las imágenes médicas vía remota en beneficio de las distintas sedes asistenciales en provincias.

Tenemos a su vez elementos involucrados en el desarrollo de este componente y son:

1. Solución tecnológica de manejo y almacenamiento de imágenes radiológicas denominado sistema de Imágenes médicas institucional, dicha solución fue adquirida por nuestra institución y es desplegada a nivel nacional sin costo adicional de implementación a terceros, ya que tal interconexión es realizada por el equipo de EsSalud compuesto por dos ingenieros y un médico informático del CENATE.
2. Red de comunicaciones institucional con gestión en ampliación de anchos de banda de características adecuadas para cada una de las sedes hospitalarias en las que se realiza el servicio.
3. Equipos biomédicos que toman las imágenes médicas, llámense tomógrafos, equipos de radiografía, mamógrafo, equipos de resonancia magnética, fluoroscopios y ecógrafos, dichos equipos pueden ser tipo analógico y digital; si son analógicos conectamos los mismos a sistemas de digitalización llamados CR, los que se encargan de convertir una imagen analógica en digital, bajo estándar internacional (formato DICOM).
4. Cabe resaltar que contamos con pantallas de lectura para imágenes médicas con la resolución necesaria para el diagnóstico médico; dichas pantallas, que no son las convencionales del mercado, nos han permitido el aprovechamiento de costos comparativos.
5. Software in *house* de distribución de pacientes, el cual es llenado desde las sedes de provincia para el envío de los datos de los pacientes; con ello logramos asignar

un número adecuado de estudios a cada médico radiólogo del CENATE, como datos correctos de identificación para la validación de los mismos, datos clínicos completos; asimismo, contempla las contingencias que puedan presentarse de no adquisición de las imágenes completas o falta de datos o registro en los sistemas de gestión hospitalaria.

En la experiencia del CENATE, la teleradiología se puede considerar como la forma más exitosa de telemedicina, dicho servicio se encuentra en actividad asistencial regular y diaria, la cual representa un modelo totalmente integrado a los procesos de EsSalud. Es un servicio innovador dentro de la institución, que se encuentra adecuadamente organizado, integrando lo asistencial, lo tecnológico y el equipamiento ya existente sin generar mayores costos.

El CENATE cuenta con IPRESS desplegadas a nivel nacional, aferentes de nuestro servicio en telemedicina, dichas provincias son:

En teleconsulta:

- Posta médica Tocache (Red Huánuco)
- Posta médica Contamaná (Red Ucayali)
- Hospital I El Buen Samaritano (Red Amazonas)
- Posta médica Huamachuco (Red la Libertad)
- Hospital I de Jaén (Red Lambayeque)
- Hospital Madre de Dios (Red de Madre de Dios)
- Hospital I de la Oroya (Red de Junín)

En teleradiología y sistema de imágenes médicas de EsSalud participan: Red Asistencial Almenara, Red Asistencial Rebagliati, Red Asistencial Cajamarca, Red Asistencial Huancavelica, Red Asistencial Huánuco, Red Asistencial Junín, Red Asistencial Lambayeque, Red Asistencial Piura, Red Asistencial Ucayali, Red Asistencial Amazonas, Red Asistencial Huaraz, Red Asistencial Lambayeque, Red Asistencial Sabogal, Red Asistencial Loreto y la Red Asistencial Áncash.

El CENATE, acorde a las tendencias actuales de e-health, ha introducido el servicio de telesalud denominado “telemonitoreo” para pacientes crónicos a través de las normativas: “Cuidado Integral del Paciente con Diabetes Mellitus en el Seguro Social de Salud –EsSalud” y “Cuidado Integral del Paciente con Hipertensión Arterial en el Seguro Social de Salud –EsSalud”.

Con esto se contribuye a fortalecer la interrelación entre los componentes de la red de servicios de salud de nuestra organización y facilita la progresividad del cuidado de nuestro asegurado.

XII. Anexo 1: Oferta institucional existente

1. Oferta intramural

a) **Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) intrainstitucionales.** EsSalud cuenta con 390 IPRESS como parte de la oferta institucional; 298 son de primer nivel de atención, 81 son hospitales de segundo nivel; y 11 IPRESS del tercer nivel de atención distribuidos en 29 redes asistenciales de las cuales 8 corresponden a Hospitales Nacionales, y 3 a Centros e Institutos Especializados.

b) **Medicina Complementaria.** Es el ingreso a la interculturalidad y al respeto del derecho que tienen los asegurados a escoger la forma de ser abordados y que le permite a la institución ofertar a sus asegurados la creación de valor en el cuidado de la salud. Se brinda a través de las Unidades de Medicina Complementaria (UMEC), que cuentan con un equipo básico de profesionales: médico, enfermera y algún otro profesional de la salud, ubicados en las IPRESS con población adscrita; los Centros de Atención de Medicina Complementaria (CAMEC) que cuentan con un equipo completo formado por médico, enfermera, tecnólogo médico, psicólogo y químico farmacéutico, ubicados en las IPRESS de mayor complejidad; y la Unidad de Cuidados Paliativos de Medicina Complementaria (UCPMEC), ubicadas en los hospitales nacionales.

c) **Telemedicina.** El Centro Nacional de Telemedicina (CENATE) es el primer centro referente a nivel nacional de servicios médicos a distancia dentro

de una institución pública, sin fines de lucro, con beneficio directo en la atención de pacientes de diferentes zonas geográficas. Se basa en tecnología y servicios de comunicación costo-beneficiosos y sostenibles, casi en su totalidad de desarrollo *in house*, con adquisición de equipos bajo el formato de "compra inteligente", es decir, pensados en la necesidad específica del uso asistencial diario y no en diseños preconcebidos tradicionalmente por la industria. El CENATE ha desarrollado dos componentes asistenciales de

El CENATE es el primer centro referente a nivel nacional de servicios médicos a distancia dentro de una institución pública, sin fines de lucro, con beneficio directo en la atención de pacientes de diferentes zonas geográficas.

servicio diario en telemedicina que son la **teleconsulta** y la **teleradiología**. Cada uno cuenta con un grupo propio de personal asistencial especializado para su desarrollo.

d) **Centro de Atención Integral en Diabetes e Hipertensión (CEDHI).** Es un centro especializado de EsSalud, integrante de la Red de Prestaciones de Salud del Seguro Social y perteneciente al nivel de atención II. Brinda prestaciones de salud especializada, mediante la promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento precoz de las complicaciones secundarias de la diabetes e hipertensión en los asegurados con patología cardiometabólica, referidos de los centros asistenciales de menor nivel resolutivo. Tiene como objetivo diagnosticar el DAÑO PRECOZ producido por la diabetes e hipertensión arterial: cardiopatía, retinopatía, nefropatía (insuficiencia renal incipiente), desorden cerebrovascular (derrame cerebral), neuropatía, insuficiencia arterial periférica, pie diabético, etc.

El CEDHI atiende a todos los asegurados de EsSalud, en primera instancia se beneficiarán los pacientes asegurados de la Red Asistencial Rebagliati. Luego, el servicio se ampliará a otras redes asistenciales, previa referencia desde la IPRESS a la que está adscrito, este en un futuro se convertirá en un centro de prevención.

e) **Salud Ocupacional.** Tiene como finalidad contribuir a mejorar la calidad de vida de los trabajadores y competitividad de las empresas, mediante estrategias de intervención como asesorías, asistencia técnica, capacitaciones y otras actividades que promuevan y faciliten la implantación e implementación de sistemas de gestión de seguridad y salud en el trabajo.

- CEPRITS (Centro de Prevención de Riesgo del Trabajo). Brindan asesoría, asistencia técnica, capacitación y otras actividades que promuevan y faciliten la implantación e implementación de sistemas de gestión de seguridad y salud en el trabajo en las empresas.

- USOMAS (Unidades de Salud Ocupacional y Salud Ambiental). Realizan prevención en salud ocupacional para los trabajadores de EsSalud en cinco hospitales nacionales y en el Instituto Nacional del Corazón.

f) **Centro del Adulto Mayor (CAM).** Es un espacio de encuentro generacional orientado a mejorar el proceso del envejecimiento, mediante el desarrollo de programas de integración familiar, intergeneracional, sociocultural, de recreación, productivos y de estilos de vida para un envejecimiento activo. El CIRAM es un servicio Gerontológico Social que se brinda a los adultos mayores asegurados, organizados en asociaciones en zonas geográficas donde no existe un Centro de Adulto Mayor (CAM). Los paquetes básicos de actividades son: talleres ocupacionales, talleres artísticos, talleres de cultura física, talleres de auto cuidado, turismo social, y actividades socioculturales.

g) **Centro Especializado de Rehabilitación Profesional y Social (CERPS).** Brinda programas de Integración Sociolaboral; equiparando las oportunidades de las personas con discapacidad para acceder a un puesto de trabajo y mejorar su calidad de vida. Los programas incluyen un conjunto de procedimientos orientados a la valoración de las capacidades del usuario para realizar una actividad deportiva (básquetbol en silla de ruedas, tenis de campo, levantamiento de pesas, natación, atletismo y carrera en silla de ruedas, entre otros) o para modificar desajustes personales, psicológicos u ocupacionales. Asimismo, esta modalidad de integración sociolaboral se brinda a través de los Módulos Básicos de Rehabilitación Profesional y Social.

2. Oferta extramural

a. **Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) extrainstitucionales.**

EsSalud, como Institución Administradora de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS), con el propósito de mejorar la oportunidad de citas, ha implementado como estrategia la compra de servicios de salud a un total de 12 IPRESS privadas y ha adquirido cuatro mediante asociación público-privada (APP). Así se pueden atender las necesidades de salud que no logran ser cubiertas debido a la creciente demanda de servicios salud en concordancia con el incremento poblacional de los últimos años **(Cuadro 18)**.

b. **EsSalud Familia.** Programa piloto orientado al cuidado integral de la salud de los asegurados y derechohabientes en su contexto individual, familiar, laboral y comunitario en relación con su medio ambiente basado en la atención primaria de salud. Comprende un conjunto de prestaciones integrales que se realizan en la IPRESS y en la comunidad a través de visitas domiciliarias y que tienen como objetivo identificar factores de riesgo y daños en el seno de la familia, incluyendo condiciones de vida y otros determinantes de su salud, a fin de anticiparnos a la presencia de enfermedad o mejorar el control de los problemas de salud y contribuir a fomentar el autocuidado; así como atender los problemas de salud que presenta el asegurado.

c. **Atención a Empresas.** Brinda una atención de prevención y promoción de la salud a los trabajadores de las empresas aportantes a EsSalud, dentro de las propias instalaciones de la empresa, en el ámbito de Lima Metropolitana. El propósito es mejorar la calidad de vida de los asegurados, evitar un innecesario desplazamiento a los centros asistenciales y mejorar la productividad de los trabajadores, fomentando hábitos de salud y bienestar.

Cuadro 18. IPRESS privadas.

RED DESCONCENTRADA	NOMBRE		POBLACION ADSCRITA
REBAGLIATI	IPRESS	BARRANCO	36,498
		JESUS MARIA	54,068
		MAGDALENA	53,785
		SUIZA LAB MIRAFLORES	45,161
		VILLA SALUD VILLA EL SALVADOR	45,501
	(2)APP	GUILLERMO KAELIN DE LA FUENTE	27 8,255
SABOGAL	IPRESS	LOS OLIVOS	105,112
		CLINICA UNIVERSITARIA COMAS	59,740
		MEDICAL IMAGE - SMP	59,300
	(2)APP	ALBERTO LEOPOLDO BARTON	273,326
ALMENARA	IPRESS	ZARATE	69,607
		GAMARRA	51,554
		SAN JUAN DE DIOS	102,908
		SAN MIGUEL ARCANGEL SJL	52,949

Fuente: Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas, (INTRANET) Actualizado al 09/02/2016.

d. Reforma de Vida. Es una estrategia diseñada para identificar factores de riesgo en los trabajadores dentro de la misma empresa y promover estilos de vida saludable. Busca contar con un trabajador saludable para así disminuir las ausencias laborales por enfermedades prevenibles y la incidencia de enfermedades crónicas y no transmisibles (sobre todo el síndrome metabólico). Todo ello basado en tres pilares: la relación del ser humano con la naturaleza, la relación con una alimentación saludable y la relación entre seres humanos.

e. Programa de Oferta Flexible Especializado. Brinda atenciones de salud especializadas para satisfacer las necesidades de demanda no atendida, disminuyendo el embalse y la estancia hospitalaria; así como las referencias, en coordinación con las redes asistenciales. Depende de la Gerencia de Oferta Flexible de la Gerencia Central de Operaciones.

f. Hospital Perú. Es una estrategia de EsSalud que busca mejorar el estado de salud de la población asegurada del país, a través de la movilización de sus recursos en coordinación con las redes asistenciales,

pone énfasis en las zonas altoandinas, amazónicas y urbanas marginales. El Hospital Perú se desplaza por todo el territorio nacional con consultorios ambulatorios llevando equipos de profesionales médicos especializados y personal multidisciplinario a las redes de EsSalud con demanda insatisfecha, de difícil acceso, con mayor pobreza, marginalidad y conflicto social, ampliando o complementando las atenciones médicas. Asimismo, atiende a la población asegurada y no asegurada en emergencias masivas o en desastre naturales. Depende de la Gerencia de Oferta Flexible de la Gerencia Central de Operaciones.

g. Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI). Brinda atención de salud en el domicilio a la persona adulta mayor, pacientes con dependencia funcional temporal o permanente y con enfermedades terminales que no pueden valerse por sí mismas, donde la familia cumple un rol complementario. Comprende un conjunto de actividades de prevención, promoción, recuperación y de rehabilitación otorgadas por un equipo multidisciplinario de profesionales de la salud y organizadas de la manera siguiente:

- Atención Programada: Atención domiciliaria general y atención médica especializada.
- Atención No Programada: Urgencias, Hospital en Casa.
- Servicios de Ayuda al Diagnóstico y Tratamiento: Farmacia y exámenes de Ayuda al Diagnóstico.

h. Programa de Control Post Hospitalario Especializado (COPOHES). Estrategia implementada por el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins con la finalidad de brindar atención especializada a los pacientes con alta precoz y pacientes en fase terminal.

i. Prestación de Atención Ambulatoria Descentralizada (PAAD). Es el servicio de salud contratado (por tercero) con el propósito de mejorar la accesibilidad de los asegurados a los servicios de salud ambulatorios, brindando atención de salud al asegurado a través de la aplicación de cartera de servicios de atención primaria.

3. Oferta mixta

a) Gestión de la Oportunidad Quirúrgica. Está dado a través del Plan Confianza, estrategia de EsSalud que tiene como objetivo: Mejorar el acceso y oportunidad quirúrgica del paciente asegurado con tiempo de espera quirúrgico prolongado, hasta alcanzar un tiempo de espera de 45 días en promedio. Se ejecuta mediante el empleo de la oferta propia y la complementaria que incluye la oferta de las IPRESS pública y privada.

EsSalud

Humanizando el Seguro Social

www.essalud.gob.pe