2

HACIA LA MODERNIZACIÓN DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN EL PERÚ

LIBRO BLANCO

2

EsSalud

HACIA LA MODERNIZACIÓN DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN EL PERÚ

LIBRO BLANCO
para el diálogo

Compendio de estudios

La información contenida en este libro corresponde a los periodos en que se elaboraron los estudios incluidos. Esta diferencia en el tiempo podría originar algunas diferencias en la información de las diferentes secciones, que no es relevante para los resultados, las interpretaciones y las recomendaciones que se presentan.

Los documentos originales de los estudios de este libro son producto del personal del Banco Mundial con contribuciones externas. Los resultados, las interpretaciones y las conclusiones expresadas en el documento no reflejan necesariamente el punto de vista del Banco Mundial, su directorio ejecutivo o los Gobiernos que representa. El Banco Mundial no garantiza la exactitud de los datos incluidos en este documento. Los límites, los colores, las denominaciones y toda información presentada en cualquier mapa del libro no implica opinión alguna por parte del Banco Mundial relativa a la condición jurídica de cualquier territorio, o el respaldo o la aceptación de tales límites. Nada de lo indicado constituirá o se considerará una limitación o renuncia a los privilegios e inmunidades del Banco Mundial, todos los cuales se reservan específicamente.

Hacia la modernización de la seguridad social en el Perú . Libro blanco para el diálogo
Políticas y hoja de ruta para el fortalecimiento del Seguro Social de Salud - EsSalud 2019-2022

Editado por:
Seguro Social de Salud - EsSalud
Dirección: Av. Domingo Cueto Nro. 120 Lima - Lima – Jesús María
Telef. (511) 265-600 / (511) 265-7000

Primera edición: setiembre de 2019
Tiraje: 100 ejemplares

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú Nº 2019-10845
ISBN: 978-612-46313-8-2

Impreso por:
Editorial LINX S. A. C.
La Maquinaria N° 160 – Urb. La Villa, Chorrillos.
Setiembre de 2019

Derechos reservados. Prohibida su reproducción total o parcial en cualquier forma o medio sin el permiso anticipado y por escrito de la editorial.

Funcionarios y consultores participantes

Funcionarios participantes en la elaboración y revisión de los documentos originales

Fiorella Molinelli, PRESIDENTA EJECUTIVA / Alfredo Barredo, GERENTE GENERAL / Tommy Deza Sandoval Secretario General / Hernán Ramos, gerente central de Seguros y Prestaciones Económicas / William Cuba, gerente central de Planeamiento y Presupuesto / César Carreño, gerente central de Prestaciones de Salud / Walter Menchola, gerente central de Operaciones / Publio Román, gerente central de Gestión Financiera / Federico Tong, gerente central de Atención al Asegurado / Juan Bobadilla, gerente central de Proyectos de Inversión / Ysmael Núñez, gerente central de Promoción y Gestión de Contratos de Inversiones / Patricia Pimentel, directora del Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación / Blythe Muro, gerente central de la Central de Abastecimiento de Bienes Estratégicos / Rosa Ebentreich, jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad y Humanización / María del Carmen Portillo, jefa de la Oficina de Cooperación Internacional / Pedro Ripalda, gerente de Oferta Flexible / Miguel Espinal, gerente central de Tecnologías de Información y Comunicaciones / Alejandro Trejo, gerente central de Asesoría Jurídica

Colaboradores del Banco Mundial participantes en la elaboración y revisión de los documentos originales

Rafael Cortez, economista sénior, gerente de Proyectos, Práctica Global de Salud, Nutrición y Población
Livia Benavides, gerente de Programa de Desarrollo Humano, Bolivia, Chile, Ecuador y Perú
Asistentes: Sara Burga, Verónica Díaz

Colaboradores participantes en la elaboración y revisión de los documentos originales

Nacionales

Ricardo Bitrán, Rafael Cortez, Ricardo Díaz, Verónica Díaz, Seimer Escobedo, Danilo Fernández, Guillermo Frías, José Gallegos, Midori de Habich, Esteban Juárez, Dina Matos, Joselyne Mallqui, Flor de María Philipps, José Revoredo, Carlos Ricse, Francisco Rodríguez, María Laura Rosales, Janice Seinfeld, Alfredo Sobrevilla, Antonella Torres, Lucía Valdivieso, Milton Von Hesse, Claudia Zavaleta

Internacionales

Ricardo Bitrán, Ida Oreggioni, Gonzalo Urcullo

Revisores externos

Roberto Iunes, André Medici, Midori de Habich, Fernando Montenegro, Paulina Giusti, Ana Gabriela Ramos, Juan Carlos Salem

Compilación y revisión del presente compendio

Paulina Giusti, exviceministra de Prestaciones y Aseguramiento en Salud
Midori de Habich, exministra de Salud
Flor Philipps, exsuperintendenta nacional de Salud

Participación de los talleres de socialización del Modelo de Negocio y Organización de la Iafas-EsSalud

Representantes de EsSalud

Cesar Peñaranda, director del Consejo Directivo de EsSalud / Fernando Muñoz Nájar, director del Consejo Directivo de EsSalud / Alfredo Barredo, gerente general / Diego Venegas, asesor III Presidencia Ejecutiva / Úrsula León, asesora III Presidencia Ejecutiva / Ysmael Núñez, gerente central de Promoción de Gestión de Contratos de Inversiones / Rosa Luisa Ebentreich, jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad y Humanización / María del Carmen Portillo, jefa de la Oficina de Cooperación Internacional / Hernán Ramos, gerente central de Seguros y Prestaciones Económicas / Walter Menchola, gerente central de Operaciones / César Carreño, gerente central de Prestaciones de Salud / Silvana Márquez, subgerente de Seguros Complementarios / Lissette Jiménez, gerente de Gestión de Seguros / Ulises Romero, gerente de Auditoría de Seguros y Verificación / Vivian Salguero, gerenta de Acceso y Acreditación del Asegurado / Carlos French, gerente clínico del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins / Carolina Cabanillas, jefa de la Oficina de Tesorería del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins / María Cavero, jefa de la Oficina de Apoyo Técnico y Gestión de la Red Prestacional Rebagliati / Agustín Broncano, jefe del Departamento de Cirugía Pediátrica de la Red Prestacional Rebagliati / Susana Casaperalta, gerenta de Servicios Prestacionales de Nivel I y II de la Red Prestacional Rebagliati / Humberto Zanelli, gerente de la Red Prestacional Sabogal y gerente del hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren / Roberto Romero, asesor de la Red Prestacional Sabogal / Hernán Borjas, gerente clínico del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren / Jorge Portal, gerente de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren / Jorge Torrejón Rojas, gerente quirúrgico del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren / Anyilo Pino, jefe(e) de la Unidad de Inteligencia Sanitaria de la Red Prestacional Sabogal / Carlos Flores, gerente de Servicios Prestacionales de Nivel I y II de la Red Prestacional Sabogal / Diana Bolívar, gerenta de Servicios Prestacionales de Nivel I y II de la Red Prestacional Almenara

Colaboradores de otras instituciones

Alberto Barrenechea, asesor del Minsa / Danilo Fernández, Banco Mundial / Gelberth Revilla, director general de Aseguramiento e Intercambio Prestacional del Minsa / Alfredo Sobrevilla, gerente general Apeseg-Apeps / André Durand, Fonafe / Andrés Medina, Banco Central de Reserva del Perú / Arturo Granados, Instituto de Análisis y Gestión / Bernardo Ostos, superintendente adjunto de supervisión de Susalud / Consuelo Vidal, ejecutiva corporativa de Gestión de Empresas, Fonafe / Edmundo Beteta, consultor en políticas de salud / Eduardo Morón, presidente del Directorio de Apeseg / Eduardo Yong Motta, exministro de Salud, Hospital Nacional Arzobispo Loayza / Fernando Barrios, expresidente ejecutivo de EsSalud / Fernando Carbone, exministro de Salud, Medicus Mundi Navarra / Flor Philipps, exsuperintendenta nacional de Susalud / Francisco Monge, gerente legal de Pacífico EPS / Gina Salazar, directora de Seguridad Social, DGT, Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo / Janice Seinfeld, Videnza Consultores / Juan Carlos Salem, gerente de Asuntos Externos e Institucionales Pacífico Salud / Lorena Prieto, docente de la Universidad del Pacífico / Mauricio Bustamante, exviceministro de Salud de Colombia / Melitón Arce, exministro de Salud / Midori de Habich, exministra de Salud, Instituto de Análisis y Gestión / Nuria Esparch, consultora / Óscar Ugarte, exministro de Salud / Pablo Casalí, especialista en Seguridad Social de la OIT / Paulina Giusti, Instituto de Análisis y Gestión / Pedro Francke, Departamento de Economía de la Pontificia Universidad Católica del Perú / Ricardo Díaz, Banco Mundial / Rocío Mosqueira, intendenta de Supervisión de Iafas-Susalud / Sandro Risso Morón, ejecutivo corporativo de Gestión de Empresas, Fonafe / Vilma Montañez, Grupo DECIDE / Viveca Amorós, gerenta legal de Confiep

Edición del presente compendio

Instituto de Análisis y Gestión

Contenido

Siglas y abreviaturas 7
Introducción 9

Sección I: Propuestas de organización 11

1. **Introducción 13**
2. **Modelo de negocios y estructura organizacional de la Iafas-EsSalud 15**
   - 2.1. Resumen ejecutivo 17
   - 2.2. Introducción 21
   - 2.3. El contexto 24
   - 2.4. EsSalud 2012-2017: acceso y calidad de servicios de los asegurados 35
   - 2.5. Los retos financieros y de gestión en EsSalud 44
   - 2.6. La Institución Administradora de Fondos de Aseguramiento en Salud 68
   - 2.7. El modelo de negocio de EsSalud 84
   - 2.8. Oportunidades y recomendaciones 107
   - 2.9. Referencias bibliográficas 111
   - 2.10. Anexos 113
   - Referencias 131

3. **Modelo de negocio y escenarios de la Unidad de Gestión de Ipress en el contexto del Decreto Supremo 010-2016-SA 133**
   - 3.1. Introducción 135
   - 3.2. Antecedentes y justificación 136
   - 3.3. Propuesta de modelo de negocio de Ugipress 145
   - 3.4. Propuesta de estructura organizacional de Ugipress y sus relaciones 155
   - 3.5. Exploración de escenarios alternativos 161
   - 3.6. Factores críticos de éxito del proyecto 165
   - 3.7. Conclusiones y recomendaciones 167

4. **Manual de operaciones: organización y procesos de la Iafas EsSalud 171**
   - 4.1. Definiciones 173
   - 4.2. Introducción 174
   - 4.3. Propósito del manual 177
   - 4.4. Aspectos generales 177
   - 4.5. Organización de la Iafas-EsSalud 179
   - 4.6. Procesos de la Iafas-EsSalud 184
   - 4.7. Gestión de fondos de aseguramiento 197
   - 4.8. Control de las personas 198
   - 4.9. Anexos 199

Sección II: Sobre la compra de servicios **231**

1. **Introducción** **233**
2. **Mecanismos de pago de servicios de salud. Nota técnica** **235**
   - 2.1. Mensaje clave 237
   - 2.2. Introducción 237
   - 2.3. Marco conceptual 239
   - 2.4. El Seguro Social de Salud, EsSalud 244
   - 2.5. Perspectivas de compra estratégica para EsSalud 253
   - 2.6. Conclusiones 256
   - 2.7. Referencias 257
   - 2.8. Anexos 258
3. **Generación y análisis de grupos relacionados por diagnóstico (HRG) en hospitales seleccionados de EsSalud** **259**
   - 3.1. Resumen ejecutivo 261
   - 3.2. Análisis exploratorio de los HRG del HNGAI y HNERM 263
   - 3.3. Recomendaciones sobre próximos pasos 310
   - 3.4. Anexos 312
4. **La gobernanza y el desempeño de la asociación público-privada en EsSalud: el caso de la red hospitalaria Barton. Nota técnica** **315**
   - 4.1. Introducción 317
   - 4.2. Las APP como instrumento de apoyo a la separación de funciones de aseguramiento y prestación de servicios de salud: el caso de la APP Barton 319
   - 4.3. Experiencias internacionales de APP 321
   - 4.4. Descripción del modelo de operación de la APP Barton 322
   - 4.5. La economía política de la APP de la red hospitalaria Barton 331
   - 4.6. Potenciales mejoras a los contratos de APP en el Sector Salud a la luz de la experiencia de la APP Barton 340
   - 4.7. Conclusiones y recomendaciones 342
   - 4.8. Referencias 344

Sección III: Sobre sostenibilidad financiera **347**

1. **Introducción** **349**
2. **Sostenibilidad financiera de EsSalud. Nota técnica** **351**
   - 2.1. Mensaje clave 353
   - 2.2. Introducción 354
   - 2.3. El problema 355
   - 2.4. Las causas del problema 358
   - 2.5. Simulaciones de escenarios de costos 362
   - 2.6. Conclusiones y recomendaciones 365
   - 2.7. Referencias 367
3. **Plan estratégico de inversiones de EsSalud: 2019-2035** **369**
   - 3.1. Introducción 371
   - 3.2. Aspectos generales 372
   - 3.3. Plan estratégico de inversiones 2019-2035 396
   - 3.4. Conclusiones y recomendaciones 493
   - 3.5. Referencias 495

Siglas y abreviaturas

Afessalud	Administradora de Fondos de EsSalud
APP	Asociación público-privada
APS	Atención Primaria de Salud
AUS	Aseguramiento universal en salud
AVD	Años vividos con discapacidad
Avisa	Años de vida saludable perdidos
AVP	Años de vida perdidos por muerte prematura
BCR	Banco Central de Reserva
BI	Inteligencia de negocios
CAM	Centros del Adulto Mayor
Ceabe	Central de Abastecimientos de Bienes Estratégicos
Cenate	Centro Nacional de Telemedicina
Ceprit	Centro de Prevención de Riesgos del Trabajo
CERPS	Centro de Rehabilitación Profesional y Social
Ciram	Círculos del Adulto Mayor
CPT	Current Procedural Terminology
DL	Decreto legislativo
DS	Decreto supremo
EESS	Establecimientos de salud
Enssa	Encuesta Nacional Socioeconómica y de Acceso a Salud de los Asegurados de EsSalud
ENT	Enfermedades no Transmisibles
EsSalud	Seguro Social de Salud
FFS	Pago Por Servicios
GCPD	Gerencia Central de Planeamiento y Desarrollo
GCPI	Gerencia Central de Proyectos de Inversión
GCPP	Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto
GCPS	Gerencia Central de Prestaciones de Salud
GOF	Gerencia de Oferta Flexible
GPyT	Gerencia de Procura y Trasplante
GRD	Grupo Relacionado Diagnóstico
HNERM	Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins
HNGAI	Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen
HRG	Grupo Relacionado por Uso de Recursos en Servicios de Salud
Iafas	Institución Administradora de Fondos de Aseguramiento en Salud

Ietsi	Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación
IMC	Índice de Mezcla de Casos
INEI	Instituto Nacional de Estadística e Informática
Ipress	Institución Prestadora de Servicios de Salud
ISH	Índice de Seguridad Hospitalaria
MBRPS	Módulos Básicos de Rehabilitación Profesional y Social
Minsa	Ministerio de Salud
MTPE	Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo
ODN	Oficina de Defensa Nacional
OECD	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONP	Oficina de Normalización Previsional
PAM	Persona adulta mayor
PCM	Presidencia del Consejo de Ministros
PDI	Plan Director de Inversiones
PEA	Población económicamente activa
PEAS	Plan Esencial de Aseguramiento de Salud
PEI	Plan Estratégico Institucional
PEInv	Plan Estratégico de Inversiones
PIA	Presupuesto Institucional de Apertura
PIM	Presupuesto Institucional Modificado
PIP	Proyecto de Inversión Pública
PMI	Programación Multianual de Inversiones
POI	Plan Operativo Institucional
P4P	Pago Por Desempeño
ROF	Reglamento de Organización y Funciones
SBS	Superintendencia de Banca y Seguros
SCP	Separación de comprador-proveedor
SCTR	Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo
SGH	Sistema de Gestión Hospitalaria
SGM	Subgerencia de Mantenimiento
SR	Seguro regular
SSA	Seguro de Salud Agrario
Sunat	Superintendencia Nacional de Aduanas y de Administración Tributaria
Susalud	Superintendencia Nacional de Salud
UBAP	Unidad Básica de Atención Primaria
Ugipress	Unidad de Gestión de Ipress
UPSS	Unidad Productora de Servicios de Salud
URV	Unidad relativa de valor

Introducción

La Ley 26842, Ley General de Salud, promulgada en julio de 1997, declara que el Estado promueve el aseguramiento universal y progresivo de toda la población para la protección de las contingencias que puedan afectar su salud.

El Seguro Social de Salud, EsSalud, creado por la Ley 27056 en 1998 sobre la base del Instituto Peruano de Seguridad Social (IPSS), 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 correspondientes al régimen contributivo de la seguridad social en salud. En ese contexto, EsSalud recibe las aportaciones que la ley define, de los empleadores, de los asegurados potestativos y de los jubilados, y atiende sus necesidades de salud, principalmente a través de servicios de salud propios, que administra directamente.

En 2009 se promulgó la Ley 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, que garantiza el derecho pleno y progresivo de toda persona residente en el Perú a la seguridad social en salud. En ese marco, define, entre los agentes vinculados al proceso de Aseguramiento Universal en Salud, a las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (Iafas) como entidades o empresas públicas, privadas o mixtas que reciban, capten o gestionen fondos para la cobertura de atenciones de salud o que oferten cobertura de riesgos de salud, bajo cualquier modalidad.

En el marco de dicha ley, las Iafas deben separar sus funciones de aseguramiento y prestación de servicios de salud, y el Decreto Supremo 010-2016-SA, publicado el 27 de febrero de 2016, define los procesos que deben implementar las Iafas públicas, estableciendo un plazo de dos años para que las Iafas públicas se adecúen a esa disposición. Posteriormente, el Decreto Supremo 003-2018-SA, publicado el 28 de febrero de 2018, amplía en dos años dicho plazo. El cumplimiento de esta disposición es supervisado por la Superintendencia Nacional de Salud.

Para cumplir con esta disposición, EsSalud ha realizado varios estudios que le permitan definir cómo implementar la separación de funciones prevista en el mencionado decreto supremo, y cómo adecuar la estructura de la Iafas EsSalud para incluir los procesos que debe cumplir como Iafas pública.

Este documento compendia y pone a disposición los estudios contratados por EsSalud al Banco Mundial, debidamente editados, para implementar no solo la separación de funciones, sino también una mejora en la gestión que permita una respuesta de calidad a las crecientes demandas de cobertura y la necesidad de mejorar la eficiencia, la sostenibilidad y la rendición de cuentas.

Está organizado en tres secciones. La primera presenta los estudios relacionados con los cambios necesarios en la organización de EsSalud para separar funciones, considerando los modelos necesarios para la Iafas y para la Ugipress. La segunda presenta los estudios relacionados con mejorar la compra de servicios, incluyendo uno que evalúa el desempeño de una de las APP de EsSalud. Finalmente, la tercera sección presenta los estudios realizados sobre la sostenibilidad financiera de la institución e incluye un plan estratégico de inversiones elaborado con miras a 2035.

Se espera que estos estudios contribuyan a la mejor decisión sobre el proceso de separación de funciones y mejoras de la atención a los asegurados, que son la razón de ser de EsSalud.

EsSalud

Sección 1

Propuestas de organización

EsSalud

En esta sección se presentan tres estudios. “Perú EsSalud: Modelo de negocio y estructura organizacional”, “Modelo de negocio y escenarios de la Unidad de Gestión de Ipress en el contexto del Decreto Supremo 010-2016-SA”, y “Perú EsSalud: Manual de operaciones: organización y procesos”.

1. Introducción

En esta sección se presentan tres estudios. El primero, "Perú EsSalud: Modelo de negocio y estructura organizacional", analiza el contexto actual de la institución e incide en las condiciones de acceso a servicios de salud y la percepción de calidad de los servicios de los asegurados. Luego, aborda los retos claves de la sostenibilidad financiera y la gestión de EsSalud en la actualidad, discute sobre la importancia de la participación de los asegurados en los servicios de salud, y plantea una propuesta para mejorar la intervención de estos en la planificación y evaluación de los servicios de salud. Asimismo, analiza el sistema de información actual y propone una solución de inteligencia de negocios (BI) aplicada a los datos prestacionales de la IPRES. Seguidamente, señala la situación actual de la administración del fondo de aseguramiento y la forma en que se debería organizar una propuesta de Iafas-EsSalud. Al hacerlo, revisa algunos modelos de negocio en aseguramiento en el contexto de los cambios que se proponen para EsSalud y se refiere a los temas de la gestión compartida de los planes de mejora de la atención de salud, así como del control de los servicios de salud y de la eficiencia y transparencia del uso de recursos. Luego, presenta el modelo de negocio para EsSalud en el marco del Decreto Supremo 010-2016- SA, en el que se propone una transición hacia un esquema de una Iafas-EsSalud y una Ugipress que administra las redes de atención de EsSalud. Finalmente, presenta las conclusiones y recomendaciones sobre los temas desarrollados

El segundo estudio, "Modelo de negocio y escenarios de la Unidad de Gestión de Ipress en el contexto del Decreto Supremo 010-2016-SA", propone el modelo de negocio de Ugipress, incluyendo los requisitos previos de operatividad, la propuesta de la cadena de valor de los agentes vinculados, Iafas, Ugipress e Ipress, sus mapas de procesos estratégicos, misionales y de apoyo, así como la propuesta de procesos nivel 0 y nivel 1 para la Ugipress. Asimismo, presenta una estructura organizacional de Ugipress y sus relaciones, escenarios alternativos de implementación, sus ventajas y desventajas, así como los factores críticos de éxito del proyecto, explorando escenarios alternativos. Finalmente, se presentan recomendaciones de política para la construcción e implementación efectiva de la Ugipress.

El tercer estudio, "Perú EsSalud: Manual de operaciones: organización y procesos", como su nombre lo indica, propone la estructura organizacional de la Iafas EsSalud, las funciones generales de cada uno de los órganos y unidades de organización, e incluye los procesos que ejecutan dichas unidades, y describe los procesos misionales, los estratégicos y de soporte. Asimismo, incluye los mapas de los procesos misionales de la Institución.

Entre las principales conclusiones y recomendaciones de los estudios de esta sección, cabe destacar:

a. EsSalud es una megaorganización de salud de alcance nacional y es parte del sistema contributivo. Cuenta con 11 millones de asegurados, S/ 11 000 millones por ingresos anuales, alrededor de 400 Ipress de diferente nivel y capacidad resolutiva, y 52 000 colaboradores, 80% de ellos asistenciales. Desde su creación, desarrolla en simultáneo las funciones de financiamiento, aseguramiento y prestación de servicios de salud.

b. EsSalud debe alinear su nuevo modelo de negocio al mandato de la separación de funciones de financiamiento y prestación regulado por el Decreto Supremo 008-2010-SA, Reglamento de

la Ley Marco del AUS Ley 29344 —que a su vez crea a las Iafas y las Ipress, entre otros agentes del aseguramiento en salud—, así como por el Decreto Supremo 010-2016-SA, que regula los macroprocesos de las Iafas públicas como EsSalud.

c. La formación de la Iafas-EsSalud es la tarea prioritaria en la primera etapa del proceso de separación y optimización de funciones en EsSalud. La separación de funciones requiere de una estrategia de implementación cuidadosa, con un periodo de transición que permita la preparación y adecuación coordinada de la Iafas y la Ugipress, pues las dificultades en una de ellas impactarían en la otra.

d. En este proceso debe asegurarse el desarrollo de lo común e interoperativo entre las instancias involucradas (Iafas-Ugipress-Ipress). Ello se refiere al sistema de información, al control de la calidad de las prestaciones, a los tarifarios bases, los mecanismos de compra, etc. Esto requerirá una inyección de recursos y la generación de nuevas capacidades en el personal administrativo y asistencial.

e. Se debe evaluar la conveniencia de la gradualidad como estrategia de implementación. Se estima entre tres y cuatro años para la plena implementación. En una etapa inicial del proceso, la meta es que EsSalud se reestructure en dos empresas de derecho público que reporten a un mismo directorio, para luego llegar a dos empresas independientes, cada una con su propio directorio.

f. Para implementar los cambios necesarios se debe gestionar el respaldo político del más alto nivel impulsando la propuesta en la agenda con carácter de Reforma de la Seguridad Social en Salud como política de Estado.

g. Se recomienda identificar a todos los actores clave internos y externos, y promover la difusión de los beneficios del nuevo modelo de negocio impulsando su apropiación. Asimismo, se sugiere respetar espacios de intercambio, identificar a los agenda *setters* y lograr alianzas; promover la participación de los asegurados para generar legitimidad a la propuesta; y prever la contingencia sindical.

h. Se debe promover la promulgación del decreto supremo que regule las Ugipress para el sector salud.

Modelo de negocios y estructura organizacional de las lafas-EsSalud

Marzo de 2019

EsSalud

En un contexto político favorable, la entidad de Seguridad Social en Salud (EsSalud) muestra las condiciones de organización y los recursos necesarios para llevar a cabo una reforma en el seguro social.

2. Modelo de negocios y estructura organizacional de las Iafas-EsSalud - Marzo de 2019

2.1. Resumen ejecutivo

De acuerdo con las experiencias internacionales, un seguro contributivo obligatorio requiere de arreglos de gobernanza para asegurar rendición de cuentas y óptimos resultados sanitarios y financieros. Entre los factores más relevantes resaltan: 1) la presencia de relaciones de competencia y, por tanto, de separación de roles entre el ente asegurador y los proveedores; 2) el empoderamiento de los usuarios y la organización de la sociedad civil; 3) la efectividad de los procesos políticos; y 4) el cumplimiento de las normas y procesos. La experiencia internacional muestra que, en fondos de aseguramiento obligatorios en países de ingresos medios y con estabilidad económica y política, la fuerza laboral calificada es la condición necesaria para facilitar el inicio de un proceso de separación de funciones y compra estratégica de servicios de salud. En un contexto político favorable, la Entidad de Seguridad Social en Salud (EsSalud) muestra las condiciones de organización y los recursos necesarios para llevar a cabo una reforma en el seguro social que garantice la separación de las funciones de aseguramiento y prestación en el marco del Decreto Supremo 010-2016-SA.

Los resultados observados sobre la calidad de servicios, la evolución de la carga de enfermedad, la protección financiera de los usuarios y la sostenibilidad financiera de la institución requieren de una respuesta estratégica de corto y mediano plazo, a fin de asegurar la sostenibilidad de los servicios de calidad para los asegurados a 2021 y hacia adelante. En la actualidad, el modelo de provisión es, desde el punto de vista prestacional, de carácter recuperativo, con limitados esfuerzos en la prevención y en la cobertura de atención primaria. La priorización de las atenciones es un reto, y la integración de las redes, así como su respectiva articulación, son limitadas. Asimismo, el modelo de prestación tiene que enfrentar una dinámica nueva en la carga de enfermedad en una población que envejece y muestra también enfermedades emergentes en población adulta y adolescente. En cuanto al gasto de bolsillo, los asegurados siguen pagando por servicios, diagnósticos y medicamentos fuera de la seguridad social, y eso afianza una percepción de insuficiente calidad de los servicios y medicamentos disponibles. Finalmente, la tendencia de los ingresos y gastos muestran que el déficit continuará si no se logra reducir los costos unitarios y mejorar la asignación de recursos y eficiencia del sistema (con ello, se lograría más valor por el dinero gastado).

El proceso de separación de funciones implica una serie de actividades descritas en un mapa de ruta con una prospección de tres años como mínimo. La voluntad política de iniciarla es esencial y, con ello, el socializar y compartir los avances, las ventajas y las dificultades de gestión y administración con los actores. Estos pueden sentirse más cómodos con el *statu quo* por falta de información completa acerca de por qué la separación de funciones y la compra estratégica de servicios facilitarían el logro de las metas sanitarias y financieras de la seguridad social. La estrategia que debe seguirse en este aspecto se detalla en las recomendaciones y pasos sugeridos como resultado del estudio de actores en EsSalud. En resumen, el proceso puede implicar una etapa de transición previa a la formación de la institución de administración de fondos de aseguramiento de salud de EsSalud (Iafas-EsSalud), en la cual se puedan diseñar y aplicar instrumentos claves de mecanismos de pago, auditoría y verificación externa del desempeño de las instituciones prestadoras de servicios de salud (Ipress). O, en un contexto de *holding*, se

pueden formar dos entidades autónomas e independientes que reportan a un solo directorio de EsSalud. En un plazo posterior, la separación de las dos entidades y su consecuente separación de cuentas y de administración debería consolidarse y entrar en pleno funcionamiento en 2021, con el soporte normativo de una ley explícita para la Iafas-EsSalud. Este dispositivo legal debe ser ampliamente debatido y consensuado para su aprobación por el Congreso de la República como parte de un esfuerzo mayor de reforma de la seguridad social.

El Plan Maestro de EsSalud 2013-2021 identificó la necesidad de nuevos mecanismos de pago, dado que la separación de funciones propuesta por el modelo crearía mercados internos para la compra de servicios y el establecimiento de modalidades de pago basadas en la rentabilidad. El uso de pagos agrupados y capitados a las redes de salud debe establecer procesos racionales para maximizar la rentabilidad, e incentivar la promoción y prevención, aumentar los beneficiarios saludables; y reducir los riesgos de hospitalizaciones innecesarias. Hoy EsSalud cuenta con 394 centros asistenciales, entre propios y contratados, distribuidos en 29 redes de salud, tres hospitales nacionales, un instituto especializado y un centro nacional de salud. Las Ugipress tendrán a su cargo las redes, con reglas claras de rendición de cuentas. Se espera que los mecanismos de pago que utilizará la Iafas-EsSalud incentiven la producción de servicios de mayor calidad, y que los prestadores utilicen tratamientos más eficaces y de mayor calidad técnica, buscando reducir costos unitarios. El personal es el recurso más valioso de EsSalud y se requiere generar una gestión de los recursos humanos dirigida a elevar la productividad del personal asistencial y transferir incentivos financieros y no financieros como parte de un acuerdo de gestión de largo plazo que cuente con metas sanitarias y financieras en las Ipress.

La Ugipress es responsable de la Gestión del Acceso y Oportunidad de la Atención de los asegurados para lo cual gestiona la oferta de sus Ipress con un enfoque sistémico. Es la que asume la responsabilidad de administrar los ingresos de las redes resultado de la prestación de servicios y de esta manera asegura las operaciones y el suministro de los factores de producción a las Ipress que deben cumplir con metas de gestión acordadas. **Para ello, las unidades de gestión de las instituciones prestadoras de servicios de salud (Ugipress) necesitan contar con información de la producción asistencial, administrativa y financiera de las Ipress adscritas a las redes asistenciales bajo su ámbito para fines de planificación, programación, ejecución, evaluación y supervisión**. Se requiere de un procedimiento que permita la centralización y procesamiento de los datos para la gestión de los recursos destinados a la operatividad de las Ipress. Para ello se plantea el diseño y la implementación de una solución de inteligencia de negocios (BI), que se aplicará a los datos prestacionales de las Ipress y servirá como soporte de la toma de decisiones en las Ugipress. Esta herramienta garantizará un manejo adecuado de la información desde las Ipress, sin el cual la separación de funciones tendría un alcance limitado, y su implementación hará necesario un cambio en el actual modelo aplicado para gestionar la información prestacional de las Ipress de EsSalud. La alternativa deberá centrarse en dos estrategias: la integración de los datos transaccionales que se registran en el nivel operativo de las Ipress y la validación y consistencia de datos.

La verificación externa y monitoreo son claves en la separación de funciones, ya que aseguran que el contrato de compra estratégica de servicios se cumpla tal como se pactó. Para ello, la Iafas-EsSalud requiere verificar que las Ipress hayan cumplido con sus acuerdos de entrega de servicios, metas sanitarias, gestión financiera, entre otros. Los servicios de auditoría de desempeño de las Ipress podrían encargarse a terceros por parte de la Iafas-EsSalud con términos de referencia específicos. El principio básico es gestionar bien, y eso se puede hacer porque se pueden medir los resultados, gracias a un sistema centralizado y a la disponibilidad de la información.

Al mismo tiempo, empoderar usuarios para asegurar mayor rendición de cuentas es una acción clave para el fortalecimiento de la administración del fondo intangible y de la prestación de servicios en EsSalud. El presente documento muestra los alcances de una propuesta sobre el involucramiento de los asegurados en EsSalud con énfasis en su participación en la planificación y evaluación de los servicios de salud, la gestión compartida de los planes de mejora de la atención de salud, el control de los servicios de salud y el control de la eficiencia y la transparencia del uso de recursos. Todo esto es necesario para mejorar la productividad del sistema de aseguramiento y prestación, y para lograr cambios positivos en cuanto a la reducción de la incidencia de enfermedades en los asegurados a través de su participación en programas de prevención. El enfoque del ejercicio de derechos y deberes de los usuarios de los servicios de salud es una pieza clave en el éxito del proceso de separación de funciones que se llevará a cabo.

Para la implementación de la estructura Iafas-EsSalud, el esquema de transición facilitará la construcción y operación de nuevas relaciones entre la Iafas-Ugipress-Ipress en un contexto de separación de funciones. En una primera etapa, se plantea la formación de un *holding*, con dos entidades con cuentas separadas: la Iafas, por un lado, y la Ugipress, por el otro. Ambas entidades reportarán al Consejo Directivo de EsSalud, que dictará las principales decisiones estratégicas. Para efectos de implementar la separación gradual, se gestionarán centros de ingresos y costos con cuentas separadas, estableciendo la responsabilidad que cada una debe asumir, y se incorporará el personal que requerirá la Iafas-EsSalud. Más adelante, será necesario implementar leyes que establezcan la constitución de dos organizaciones con personería jurídica independiente, que operen con un criterio de gestión autónoma. En este esquema de negocio de transición, la Iafas tiene la responsabilidad de la custodia y el uso de la base de datos centralizada, y la decisión sobre los sistemas de información que permitirán su actualización y control de aportaciones.

Como se señaló, el esquema propuesto requiere de una estrategia de ejecución no solo cuidadosa y técnica, sino decidida a respetar los cronogramas de implementación con prioridad máxima. Un periodo de transición adecuado tiene una duración de 18 o 24 meses, lo que permite asegurar que ambas organizaciones se adecúen y hagan los cambios requeridos antes de la separación de cuentas y el otorgamiento de total autonomía. En la primera etapa de funcionamiento de las Ipress, se podría considerar todos los mecanismos de pago expuestos de manera gradual con financiamiento global fijo que vaya disminuyendo en favor de pagos per cápita, o por servicios, costo por paciente, por grupos relacionados por el diagnostico (GRD). De este modo, se asegura una transición eficaz hacia Ipress reguladas y competitivas, que garantice el éxito de un proceso de compra estratégica de servicios en un esquema de separación de funciones. El proceso deberá culminar con la creación de dos entidades separadas a fines de 2021.

Para el éxito de formación y fortalecimiento de la Iafas, Ugipress e Ipress, y, con ello, la operatividad y sostenibilidad de modelo de gestión y negocio propuesto, se requiere una serie de condiciones a cumplir, como: 1) la construcción de capacidades, competencias y destrezas para implementar y operar el modelo de gestión de Iafas-Ugipress, que incluye interacción con prestadores externos para garantizar acceso y cobertura; 2) el uso de mecanismos de pago a proveedores para modular la producción y gestionar el riesgo; 3) modernizar la operación y gestión de las redes de salud con inversiones que cubran las brecha actuales de equipos y recursos especializados; y 4) contar con un sistema de evaluación y seguimiento de resultados que sirva para guiar la producción y hacer los ajustes necesarios para asegurar eficiencia asignativa y técnica de los prestadores. La separación de funciones requiere de una estrategia de implementación cuidadosa, con un periodo de transición que permita la preparación y adecuación coordinada de la Iafas y la Ugipress, pues las dificultades en una de ellas impactarían en la otra.

Por lo tanto, para hacer efectiva la separación de roles de aseguramiento y provisión de servicios de EsSalud, se requiere de un cronograma establecido con hitos de cumplimiento en el que EsSalud coordina con Susalud, el Ministerio de Economía y Finanzas, y el Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo una serie de actividades, como parte de una estrategia concertada con los actores clave, que facilite el logro de la separación de funciones en EsSalud. Entre las metas más importantes tenemos:

- La conformación y el funcionamiento de la Iafas-EsSalud autónoma
- La conformación y el funcionamiento de la Ugipress
- La reorganización de las redes de salud (Ugipress-Ipress)
- La inserción de la promoción de derechos y el empoderamiento de usuarios en el modelo de gestión
- El funcionamiento de sistemas de información únicos e interconectados entre prestadores públicos y privados
- El diseño y la aplicación de mecanismos de pago que promuevan "más salud por el dinero"
- La gestión eficiente de los recursos humanos que asegure mayor productividad y satisfacción de los usuarios.

El seguimiento y control prestacional (auditoría), asociado a los modelos de pago (incentivos), serán principales herramientas para asegurar la calidad de gestión prestacional y, con ello, el buen empleo de los recursos financieros que administrará la Iafas.

2.2. Introducción

La separación de las funciones de aseguramiento y prestación es una prioridad en la agenda de EsSalud. La Ley General de Salud (Ley 26842 del 15 de julio de 1997) establece el aseguramiento universal y progresivo de la población. Asimismo, la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud (Ley 29344 del 9 de abril de 2009) define el marco normativo respectivo y diferencia las Iafas de las Ipress. Luego, el Decreto Supremo 010-2016-SA establece las disposiciones para la adecuación administrativa y contable de las Iafas, regulando su separación de cuentas en relación con las Ipress. Por lo tanto, este dispositivo legal describe la base para el diseño y la implementación de la reforma organizativa de EsSalud, cuyo objetivo es asegurar la rendición de cuentas, así como mayor eficiencia, cobertura y calidad de servicios para los asegurados.

Como primer paso, EsSalud diseñó su Plan Maestro 2013-2021. Este documento describía los pilares estratégicos de la modernización, entre los cuales se incluían la gestión basada en resultados, la separación de funciones y la gestión descentralizada. El 19 de agosto de 2016, se aprobó la Resolución de Gerencia General 943-GG-ESSALUD-2016, que constituía un plan de trabajo para el proceso de separación de funciones de EsSalud y establecía una serie de actividades para llevarlo a cabo. La culminación de tal proceso debía llevar a una nueva definición organizacional de EsSalud, que debía describir con precisión los macroprocesos y los roles de las Iafas y las Ipress, así como la nueva estructura organizativa de la seguridad social en el Perú. El Plan Maestro de EsSalud enmarca estas iniciativas y establece lo siguiente:

> El nuevo organigrama de EsSalud deberá plantear una organización en la que exista una clara separación contable y administrativa de las actividades de aseguramiento/financiamiento de las actividades de prestación. Esta labor deberá abordarse desde la perspectiva de los macroprocesos que realiza EsSalud, cuidando que sus procesos misionales o de línea sean adecuadamente sustentados por los procesos de apoyo. (EsSalud, 2016, p. 42)

De este modo, el Decreto Supremo 010-2016-SA da cumplimiento al Decreto Legislativo 1158, que disponía medidas destinadas al fortalecimiento y cambio de denominación de la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud (Susalud), y establecía una serie de disposiciones para las Iafas, entre las que se incluían: 1) la identificación de los procesos misionales, 2) la tercerización de procesos, 3) los contratos o convenios de tercerización, y 4) la adecuación contable. En este contexto, se estableció que las Iafas públicas, entre ellas EsSalud, deberían haber completado el proceso dispuesto en un plazo mínimo de dos años, periodo que fue extendido por dos años adicionales por el Decreto Supremo 003-2018-SA.

El proceso de separación de funciones de aseguramiento y prestación de servicios en EsSalud busca reducir las ineficiencias en la productividad y mejorar la gestión del fondo intangible. Estas ineficiencias se expresan a través de altos costos administrativos en relación con los gastos de atención médica. Con alrededor de 57 164 trabajadores a diciembre de 2017, entre personal administrativo (16%) y asistencial (84%) (Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto, s. f.), el gasto en recursos humanos constituye el 50% del presupuesto de la

institución, con un nivel de productividad[1] estable en 4,7 (Gerencia de Planeamiento y Desarrollo, Gerencia de Gestión de la Información y Subgerencia de Estadística de EsSalud, s. f.) desde 2001 y con estándares de trato al asegurado por debajo de los del sector privado. De hecho, una alta proporción de los gastos totales se hace en hospitales de segundo y tercer nivel, y los servicios son insuficientes en el primer nivel, con problemas en la logística de medicamentos, entre otras limitaciones. En este contexto, la modernización requiere estrategias de cambio que no solo aumenten la disponibilidad de recursos y la sostenibilidad financiera, sino que también promuevan ganancias en productividad y reducción de pérdidas.

El objetivo del presente informe es presentar los alcances de una estructura organizacional que sea compatible con la línea de la separación de funciones descrita por el Decreto Supremo 010-2016-SA. Adicionalmente, este documento hace referencia a las conclusiones recabadas y cuestiones planteadas en distintos estudios elaborados por el Grupo Banco Mundial (GBM), enmarcados en el apoyo técnico solicitado por parte de la Presidencia Ejecutiva de EsSalud al GBM en el diseño y la implementación de reformas organizacionales y actividades estratégicas en sus dos funciones clave: financiamiento y provisión de atención médica. Estos estudios incluyen: 1) un análisis de actores involucrados en el proceso de reforma; 2) un manual de operaciones y procesos de las Iafas; 3) un estudio de sostenibilidad financiera; 4) un estudio sobre el plan estratégico de inversiones 2018-2035; 5) un estudio de casos sobre grupos relacionados de diagnóstico (GRD) en dos hospitales nacionales; 6) un estudio de participación de los asegurados en la reforma; 7) un estudio de implementación de una solución de inteligencia de negocios (BI), aplicada a los datos prestacionales de las Ipress; 8) una evaluación de la gobernanza y resultados de una iniciativa de alianza público-privada; y 9) un estudio de mecanismos de pago que muestra experiencias internacionales y de EsSalud. Asimismo, a modo de información complementaria que apoyen a la provisión de directrices, se preparó un documento de trabajo de análisis de alternativas de estructura organizacional de Ugipress y sus relaciones, y escenarios alternativos de implementación, sus ventajas y desventajas, así como los factores críticos de éxito.

El presente documento consta de cinco capítulos. El primero muestra el grado de acceso al sistema y la calidad del servicio que reciben los asegurados de EsSalud. El segundo aborda los retos claves de la sostenibilidad financiera y la gestión de EsSalud en la actualidad, y propone algunas respuestas estratégicas. Asimismo, discute sobre la importancia de la participación de los asegurados en los servicios de salud y la necesidad de una propuesta operativa para mejorar la participación de los asegurados en la planificación y evaluación de los servicios de salud. Por otro lado, analiza el sistema de información actual, y propone una solución de inteligencia de negocios (BI) aplicada a los datos prestacionales de la Ipress. El tercer capítulo señala la situación actual de la administración del fondo de aseguramiento y la forma en que se debería organizar una propuesta de Iafas-EsSalud. Al hacerlo, revisa algunos modelos de negocio en aseguramiento en el contexto de los cambios que se proponen para EsSalud. De igual forma, se refiere a los temas de la gestión compartida de los planes de mejora de la atención de salud, así como del control de los servicios de salud y de la eficiencia y transparencia del uso de recursos El cuarto capítulo presenta el modelo de negocio para EsSalud en el marco del Decreto Supremo 010-2016- SA, en el que se propone una transición hacia un esquema de una Iafas-EsSalud y un conjunto de las Ipress autónomas y con flexibilidad en la gestión, agrupadas en torno a una Ugipress. Esta última dará apoyo logístico, contribuirá con la coordinación y capacitación del personal, y asegurará el control de calidad de la prestación. Finalmente, el quinto capítulo muestra las conclusiones y recomendaciones del documento.

1 La productividad se mide en número de visitas atendidas por hora efectiva del médico.

Se debe señalar que este documento es el producto de un intenso trabajo de análisis de fuentes de información internas y externas, que contó con el apoyo constante de la alta dirección de EsSalud y la participación de distintos actores de la institución, en particular, y del sector salud, en general. La socialización del modelo de negocio y organización fue llevada a cabo por la alta dirección de EsSalud con apoyo del GBM a través de una serie de mesas de trabajo de diseminación y discusión de las propuestas de las Iafas y las Ugipress el 11 y el 18 de marzo de 2019, con la participación de 44 personas clave: 17 de ellas funcionarios de EsSalud y 27 expertos del sector público, el sector privado, la academia y exautoridades de alto nivel en el sector salud. Por último, fue importante el seminario internacional "La separación de funciones de EsSalud hacia el 2021: retos y oportunidades", realizado en Lima el 21 de marzo de 2019.

2.3. El contexto

2.3.1. Reformas organizacionales en el marco del Decreto Supremo 010-2016-SA

EsSalud, en el marco del Decreto Supremo 010-2016-SA[2], está emprendiendo el reto del diseño y la implementación de reformas organizacionales y actividades estratégicas en sus dos funciones claves: 1) aseguramiento, y 2) provisión de servicios de salud. Tal desafío puede crear ventanas de oportunidad adicionales a largo plazo, vinculadas con una importante reforma del sector de la salud y una integración del sistema de salud en el ámbito financiero.

EsSalud enfrenta varios desafíos para cumplir su objetivo de extender la cobertura de su aseguramiento. Alcanzar este objetivo requiere arreglos organizacionales más eficientes y efectivos, que garanticen la sostenibilidad financiera en un contexto donde los ingresos anuales aumentan en menor proporción a los gastos. Al mismo tiempo, requiere mejoras en la gestión de recursos humanos en términos de capacitación efectiva e incentivos para aumentar la productividad laboral en los establecimientos de salud.

El proceso de mejoras en la gestión y optimización de funciones en EsSalud busca reducir las ineficiencias en la productividad y mejorar la gestión del fondo de salud. Estas ineficiencias se expresan a través de: 1) los altos costos administrativos en relación con los gastos en la prestación de servicios de salud; 2) la baja productividad del personal de salud según los estándares internacionales; 3) una alta proporción del gasto total en hospitales de nivel II y III, con insuficientes programas de prevención de la enfermedad en el primer nivel de atención; y 4) las limitaciones en la gestión del suministro de medicamentos, entre otros desafíos. Parte de las explicaciones de estas ineficiencias está en las brechas existentes de recursos humanos competentes, infraestructura y equipamiento adecuados, sistemas de información oportunos, etc. Enfrentar estas deficiencias requiere una serie de reformas y estrategias de cambio que no solo aumenten la disponibilidad de recursos y la sostenibilidad financiera, sino que también promuevan ganancias en la productividad y reduzcan las pérdidas del sistema.

Una de las medidas clave definidas por la gestión de EsSalud para lograr los objetivos institucionales es implementar una estrategia para separar las funciones de aseguramiento, por un lado, y la prestación de servicios de salud, por el otro. Esta estrategia se enmarca en el Decreto Supremo 010-2016-SA, que regula la Ley Marco del Aseguramiento Universal en Salud (AUS) (Ley 29344). Esta ley dispone que EsSalud y otras instituciones del sector de salud ajusten su estructura interna y su operación para separar el financiamiento y la prestación de servicios de salud, bajo la forma de una Iafas, separada de las Ipress. Para ello, se deben llevar a cabo una serie de acciones para afinar las funciones de aseguramiento y prestación de servicios de salud. Como primer paso, EsSalud diseñó su Plan Maestro 2013-2021, que describe los pilares estratégicos de su modernización: 1) la gestión basada en resultados, y 2) la separación de funciones y la gestión descentralizada. El 19 de agosto de 2016, mediante Resolución de la Gerencia General 943-GG-ESSALUD-2016, se aprobó el plan de trabajo para el proceso de separación de funciones de EsSalud, que estableció una serie de actividades para su implementación, que incluyen la definición de un mapa de procesos de EsSalud, que describa con precisión los macroprocesos, una descripción clara de los roles de las Iafas y las Ipress, y una nueva estructura organizacional.

2 Las disposiciones para las Iafas públicas se establecen en el Decreto Supremo 010-2016-SA. Disponible en: https://busquedas.elperuano.pe/download/url/disposiciones-para-las-instituciones-administradoras-de-fond-decreto-supremo-n-010-2016-sa-1350195-1

2.3.2. ¿Por qué separar las funciones de compra y provisión?

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2000) identificó la compra estratégica como una función central para mejorar el desempeño del sistema de salud, y esta modalidad de adquisición ha sido adoptada por muchos países en sus reformas de salud. Sin embargo, entre los países de medianos ingresos, "la progresión de un sistema simple y retrospectivo de pagos a proveedores hacia acuerdos de compras estratégicas ha sido lento y desigual". En la mayoría de los países en desarrollo, incluidos los países de medianos ingresos, la compra pasiva aún domina y presenta desafíos para la protección financiera y la eficiencia del servicio de atención médica. Unido a esto, los problemas organizacionales y de gestión contribuyen a las ineficiencias en la compra de servicios. Entre los más resaltantes se encuentran: 1) la falta de fondos adecuados y predecibles, 2) la autonomía de los proveedores, 3) la información oportuna, y 4) las habilidades técnicas y administrativas.

La introducción de la compra estratégica se dificulta aún más cuando es la misma organización la que paga y entrega los servicios de salud, como ocurre en el caso de EsSalud y otros sistemas de seguridad social de países de medianos ingresos. En este contexto, la OMS (s. f.) plantea que las mejoras en la eficiencia y la calidad en la prestación de servicios puede realizarse separando las funciones de prestación y compra. A esto se le conoce como la separación de comprador-proveedor (SCP), un modelo de prestación de servicios en el que terceros pagadores se mantienen organizacionalmente separados de los proveedores de servicios. A través de este modelo, las operaciones de los proveedores son administradas mediante contratos. Uno de los objetivos principales de la SCP es crear competencia entre proveedores mediante estructuras de incentivos integradas en la relación contractual. Estas conducen a mejoras en la prestación de servicios, mayor eficiencia, mejor contención de costos, flexibilidad organizacional, mejor calidad y receptividad de los servicios a las necesidades del paciente.

Savas *et al.* (1998) indica que la justificación de la SCP se puede resumir en cinco puntos:

a. La provisión de servicios puede mejorar al vincular los planes y las prioridades de gestión con la asignación de recursos. Por ejemplo, se puede asignar los recursos a intervenciones más rentables y más allá de los límites de la atención.
b. Las necesidades de salud de la población y las expectativas de los consumidores pueden satisfacerse incorporándolas en decisiones de compra.
c. El rendimiento de los proveedores puede mejorar al proporcionar a los compradores herramientas como incentivos financieros o herramientas de monitoreo, que se pueden usar para aumentar la capacidad de respuesta y la eficiencia del proveedor.
d. En sistemas de salud operados por el Gobierno puede reducir las rigideces administrativas generadas por los sistemas burocráticos estructurados jerárquicamente. La administración se puede descentralizar y la toma de decisiones se puede delegar para permitir que los proveedores se enfoquen en la producción eficiente de los servicios determinados por el comprador.
e. Se puede introducir competencia entre los proveedores públicos y privados, y, por lo tanto, utilizar mecanismos de mercado para aumentar la eficiencia.

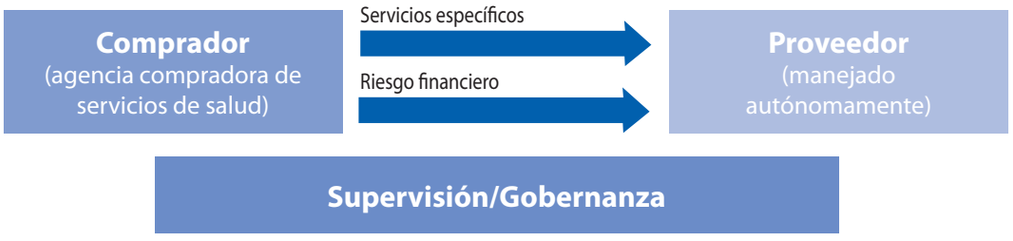
Asimismo, la OMS (s. f.) indica que cuando una institución se enfoca en la compra de servicios de salud, en lugar de prestarlos, la agencia de compras puede desarrollar contratos más eficientes con los proveedores de servicios de salud. Asimismo, la agencia de compras también puede transferir parte del riesgo financiero al proveedor para promover la organización eficiente de la prestación de servicios.

La promoción y difusión de los beneficios de la SCP se adoptó a partir de las experiencias del Reino Unido (particularmente Inglaterra), Suecia y Nueva Zelanda. En estos países, la SCP se implementó a principios de la década de 1990, con organizaciones de compras regionales o nacionales, y con varias reformas desde la fecha (Ashton, Mays & Devlin, 2005). A partir de esto, muchos sistemas de seguro social de salud de Europa del Este han separado las funciones entre los fondos de seguros responsables de la compra y los hospitales responsables de la prestación de servicios. Estos sistemas incluyen a países como Armenia, República Checa, Estonia, Georgia, Hungría, Letonia, Lituania, Polonia, Rumania, la Federación de Rusia, Eslovaquia y Eslovenia (Figueras, Robinson & Jakubowski, 2005).

Si bien hay consenso sobre la justificación detrás de la separación de funciones, existen discrepancias en relación con la forma de formular u organizar la función de compras para lograr los objetivos de mejorar la transparencia, responsabilidad, cobertura y calidad de los servicios (Lewis, Smith & Harrison, 2009). En esta línea, experiencias recientes presentan algunos desafíos al momento de implementar una separación de funciones; en América Latina, se presenta el caso chileno. Entre los principales desafíos encontrados durante la implementación de la SCP del sistema se pueden mencionar los dos siguientes: 1) el aseguramiento del equilibrio fiscal, y 2) el financiamiento del prestador público. Así, una lección aprendida de los procesos de cambio organizacional en el sector de salud es que se requiere un marco regulatorio claro para el sistema asegurador, que optimice la competencia y desarrolle nuevos modelos de compra de servicios de salud. Este esquema normativo debe establecer claramente el paquete de servicios, los mecanismos de pago, los castigos y recompensas, los incentivos, las auditorías necesarias y el monitoreo de resultados. Al hacerlo, debe poner énfasis en el asegurado y en la promoción de su empoderamiento. Una vez que se logren estos objetivos, será posible identificar un seguro social en salud más empoderado y fortalecido, y seguros privados con un mercado competitivo regulado (Sánchez, 2017).

La aplicación de la SCP puede enfocarse en la atención médica especializada y en servicios de atención médica primaria, puesto que estos servicios de medicina general pueden ser proporcionados por profesionales privados y empresas privadas con fines de lucro. Este proceso puede ser incremental y se aplica a una selección de proveedores (hospitales y clínicas), dotación de personal de médicos y enfermeras, servicios individuales o paquetes de beneficios. Asimismo, se debe incluir estrategias de mejoramiento continuo de la calidad, acreditación de establecimientos de salud y sus servicios, y mejora constante de la productividad laboral. Se espera que estas reformas aumenten, en el largo plazo, la transparencia en el uso de los recursos y mejoren la calidad y la cobertura de los servicios de atención médica. Su implementación supondrá el diseño de un modelo de negocio capaz de manejar grandes cantidades de contratos, pagos y gestión de datos en las redes de salud que desarrollarán su capacidad resolutiva y procesos de contención de costos para dar más y mejores servicios a los asegurados. Además, deberán estar sujetas a seguimiento y evaluación permanente de su desempeño para que, sobre la base de evidencia, se sustente la prestación y el buen uso de los recursos.

Figura 1. Esquema de compra bajo modelo de separación de funciones



Fuente: Organización Mundial de la Salud (s. f.)

2.3.3. El reto de la reforma en EsSalud

El presente reporte presenta parte de las recomendaciones que EsSalud podría implementar con la finalidad de que el proceso de separación y optimización de funciones se realice de manera efectiva. Para ello, en el marco del apoyo solicitado por parte de la presidencia ejecutiva de EsSalud al Grupo Banco Mundial (GBM) en 2017, se sugirió implementar una estrategia que incorpore tanto el aspecto técnico como el comunicativo. En cuanto al primero, la estrategia está definida en el presente documento (modelo de negocio) y los instrumentos organizacionales para la Iafas y la Ipress, mientras que, en relación con el segundo, el informe de análisis de actores provee información que ayudará a sustentar una diferenciación de la estrategia en función de los diferentes intereses de los involucrados (Banco Mundial & EsSalud, 2018).

La decisión de las autoridades de alto nivel del Gobierno peruano y de la alta dirección de EsSalud por iniciar un proceso de optimización de las funciones de aseguramiento y prestación de servicios de salud en EsSalud motivó la necesidad de realizar un **análisis de actores clave**. El acceso a la opinión de diversos grupos y sectores involucrados con la actividad de EsSalud era indispensable para recabar los insumos necesarios en el diseño de una propuesta posible y efectiva. Dado que el objetivo de la reforma propuesta era mejorar la cobertura y calidad de los servicios para maximizar el valor de los recursos del fondo intangible de EsSalud, el análisis previo involucró la identificación de los actores clave y su comprensión de la propuesta, así como sus percepciones y opiniones sobre diversos temas relevantes relacionados con el Decreto Supremo 010-2016-SA. Entre los hallazgos recogidos se encontró que la mayoría de los grupos de actores identificaban los cambios dirigidos a la separación de funciones en EsSalud como un proceso positivo para la institución y para los usuarios. Según las distintas percepciones, estos efectos positivos se concentran en el hecho de que se espera mejorar la capacidad profesional del personal de la salud para brindar los servicios que prestan, así como para lograr mejoras sustanciales en su nivel de productividad (incremento en el ratio atención/hora) y reducir, con ello, las brechas en los indicadores de gestión de EsSalud. En este sentido, se recomienda crear grupos de trabajo al interior de EsSalud que lideren el diseño y la estrategia de comunicación. Estos se deben enfocar, por lo menos, en tres áreas de trabajo: 1) la adecuación institucional vinculada a la creación de la Iafas, 2) el acomodamiento institucional para la prestación de los servicios a través de las Ipress, y 3) la gestión de EsSalud hacia afuera de la institución en los ámbitos político y mediático.

Por otro lado, por parte de las estrategias desde el punto de vista técnico, el manual de operaciones y procesos (MOP) de las Iafas es un documento técnico-normativo de gestión que establece la naturaleza, la estructura

funcional, el ámbito, las funciones, las responsabilidades y los procesos para la ejecución y consecución de los objetivos de la Iafas-EsSalud. Por su parte, el manual de operaciones de la Ipress-EsSalud debe contener el detalle de la organización institucional desde el nivel de los procesos y garantizar la producción de servicios de salud con equilibrio administrativo-financiero. De hecho, las Ipress deben estar alineadas a las necesidades de la población asegurada y las exigencias regulatorias vigentes, de manera que se mejore la eficiencia y efectividad de su gestión. Ambos manuales deberán prepararse como parte de las actividades subsiguientes y bajo la lógica de una organización separada con las funciones de la Iafas, así como de una (o varias) Ugipress a cargo de las redes de salud, que sean autónomas en su administración de recursos y cumplan con el rol de provisión de servicios de salud.

El nuevo modelo de negocio, que implica una separación de las funciones de aseguramiento y provisión en dos entidades separadas en su rol y en sus cuentas, mide su efectividad en términos de dos conceptos económicos básicos: 1) la eficiencia de asignación y 2) la eficiencia técnica. La separación de funciones se estableció en el Plan Maestro 2013-2021 y, en ella, se enmarcan los objetivos y visión de EsSalud.

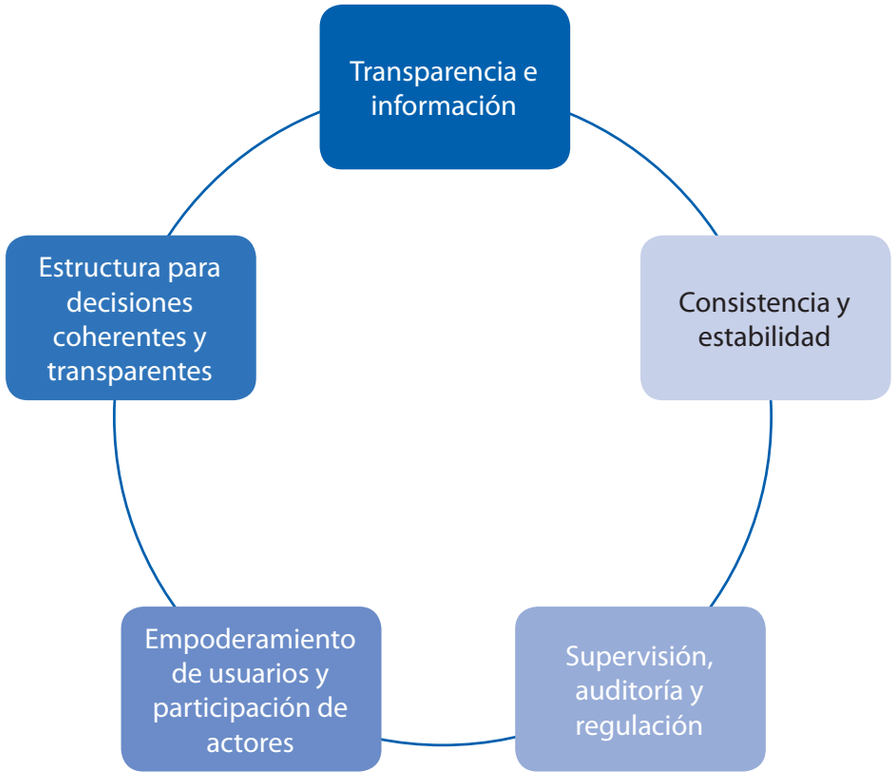
El modelo de negocio, al centrarse en la separación de funciones de aseguramiento y provisión, concentra sus esfuerzos en el desarrollo de procesos que aseguren una compra estratégica de servicios de salud por parte de la Iafas-EsSalud. Esta entidad debe administrar los contratos con los proveedores, que deben cumplir los siguientes requisitos: 1) incluir mecanismos de pago y plan de beneficios; 2) fortalecer los incentivos al personal para elevar productividad asistencial; 3) generar evidencia constante de la gestión por resultados sobre la base del monitoreo de desempeño de los proveedores; 4) promover la participación de los usuarios como coproductores de la salud y vigilantes de la gestión; 5) fortalecer una prestación que tenga al asegurado como el centro del desempeño de EsSalud; y 6) establecer una unidad de evaluación y estudios que provea a la institución de evidencia continua y estratégica en la toma de decisiones, para evaluar impactos y realizar cambios de rumbo, y para definir estrategias para la resolución de retos inesperados o futuros.

Por otro lado, las Ugipress de EsSalud gestionan la operación de las Ipress y tienen asignada la responsabilidad de garantizar la producción de los servicios y que lleguen de manera adecuada, oportuna y calidad a los asegurados. Para esto deben gestionar sus recursos, organizando, articulando y coordinando a las Ipress. Un rol clave de la Ugipress es también la gestión de la continuidad de la atención, la gestión de la siniestralidad y la supervisión de procesos y resultados de operación de las Ipress bajo su área de influencia.

Las Ipress se encargarán de brindar las atenciones de salud requeridas. Ellas son las productoras de servicios de salud. Al hacerlo, también promoverán acciones y comportamientos saludables en los asegurados, así como su participación como coproductores de la salud y vigilantes de la gestión. De este modo, se fortalecerá una prestación que tenga al asegurado como el centro del desempeño de EsSalud; se expandirá la atención preventiva y la detección temprana de enfermedades; se establecerá una gestión, logística y distribución de medicamentos de excelencia; y se seguirá el desempeño clínico y operativo-asistencial sobre la base de indicadores. Los procesos más importantes de las redes prestacionales serían, por tanto: 1) la gestión de procesos y control de operaciones; 2) la atención al usuario y comunicación local; 3) la gestión del recurso humano de la entidad prestadora; 4) el abastecimiento de los bienes estratégicos; 5) la gestión de la calidad y seguridad del paciente; y 6) La gestión de la referencia y contrarreferencia. La autonomía de gestión de las Ipress aseguraría que estas tomen decisiones de producción y controlen todos sus procesos misionales de atención y tareas o actividades de los procesos de soporte y dirección.

La nueva gobernanza de EsSalud debe considerar cinco dimensiones (ver fig. 2):

Figura 2. Gobernanza de EsSalud (cinco dimensiones clave que se deben considerar para el modelo de negocio)



Fuente: Elaboración propia.

a. **Una estructura para decisiones coherente y transparente.** En Chile y México, el estado legal del seguro público obligatorio funciona bien como parte del Gobierno, mientras que en Corea, Costa Rica y Estonia, se maneja mediante instituciones autónomas como sucede con EsSalud, aunque sujetas a un ente rector y regulador del sistema de salud. En Holanda, el sistema opera a través de instituciones semejantes a organizaciones sin fines de lucro. La experiencia internacional indica que los resultados son mejores cuando las autoridades tienen mayor flexibilidad en el uso de sus recursos y claridad en sus roles frente a otras entidades e instituciones. Por ello, se propone que, para el caso de la Iafas y las Ugipress/Ipress de EsSalud, es importante asegurar la autonomía de su funcionamiento y mandato.

b. **Consistencia y estabilidad.** El proceso de separación de roles y de cuentas entre la Iafas y las Ugipress/Ipress requiere de una nueva ley para la formación de la Iafas-EsSalud y nuevas normas relativas a fortalecer la autonomía de las Ugipress. Con un adecuado proceso de debate interno, que incluya también a los actores relevantes (Banco Mundial, 2018-a), se podrá garantizar credibilidad y sostenibilidad para las nuevas entidades, así como la autonomía de su gestión. Se hace necesario, en este sentido, algún grado de protección legal que podría materializarse en una ley que impidiese la interferencia política, especialmente en sus planes de beneficios, tasas y acceso de beneficiarios, tal como ocurre hoy con EsSalud. Un debate sobre los cambios es necesario, pero también reglas claras y procedimientos bajo los cuales se podrían hacer ajustes a la legislación que apoye la separación de funciones.

c. **Empoderamiento de usuarios y participación de actores.** Uno de los retos es la conformación efectiva de directorios tanto para la Iafas-EsSalud como para las Ugipress y asegurar la selección de miembros

representativos claves. En el ámbito internacional, siempre ha surgido la preocupación de ser incapaces de incluir la voz de los asegurados, así como sentar las bases para una adecuada supervisión y control de los conflictos de interés y pérdidas del sistema por una limitada gestión, especialmente en la compra de bienes y contratos con terceros. En algunos países como Holanda, se ha optado por incluir como miembros de los directorios a expertos altamente reconocidos por su independencia y capacidad profesional.

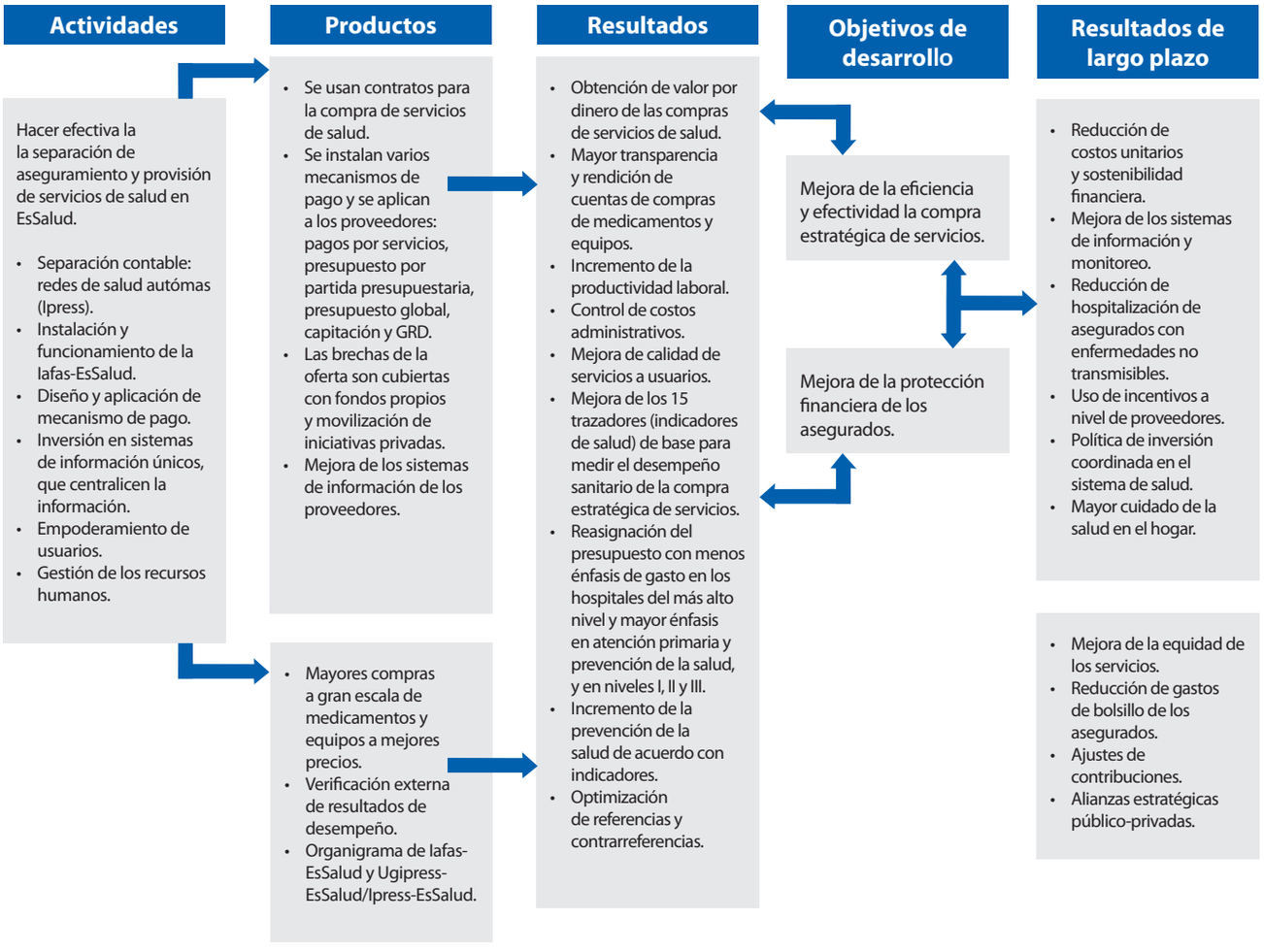
d. **Supervisión, auditoría y regulación.** La evidencia internacional indica que la mejor manera de asegurar resultados sanitarios, equidad y eficiencia es a través del adecuado uso de los recursos. Para los aseguradores públicos y privados, este objetivo implica diseñar y aplicar arreglos de supervisión y auditoría con regulación directa a los proveedores. En este sentido, la separación de funciones propuesta reduce el conflicto de interés aparente de financiar y proveer de manera simultánea, lo que dificulta el control y la corrección de las fallas, ya sea en los mecanismos de financiamiento o en la gestión de los proveedores.

   La Iafas-EsSalud tendrá que funcionar bajo principios básicos para asegurar la sostenibilidad financiera y el buen uso del fondo intangible. Ello requiere varias premisas: 1) una mínima cantidad de reservas técnicas, 2) un sistema de información y control de los prestadores, 3) un sistema de auditoría, y 4) sistemas de verificación externas a proveedores. En términos de la verificación externa de programas de financiamiento por resultados, se propone el modelo del Banco Mundial (2010), el cumplimiento de la entrega de los reportes financieros y de resultados al directorio, y la elaboración de planes estratégicos. Uno de los roles más importantes de la Iafas-EsSalud será el diseño y la ejecución de contratos con proveedores públicos y privados. Estos deben facilitar que los asegurados reciban una atención pronta y de alta calidad, de modo que se reduzca el gasto de bolsillo y reciban servicios de prevención de salud. La Iafas-EsSalud desarrollará la capacidad a través de un sistema de información centralizado y completo (como ocurre, por ejemplo, en Corea del Sur, Costa Rica, Inglaterra y Holanda), que verifique lo que ocurre y registre el patrón de uso de servicios de sus asegurados para administrar mecanismos de pagos por resultados con los proveedores (como ocurre, por ejemplo, en Argentina con el programa Sumar [Banco Mundial, 2012]). De este modo, asegura un mejor uso de los recursos y el logro de metas sanitarias, al mismo tiempo que garantiza un control de los costos de la provisión[3].

e. **Transparencia e información.** La experiencia internacional (OECD, 2018) indica que el manejo de la información es esencial para la gestión de la Iafas-EsSalud, entidad que asumirá el rol de la compra estratégica de servicios de proveedores públicos y privados, a los cuales se les debe exigir por mandato de ley el contar con los sistemas de información y manejo de datos adecuados y compatibles con el sistema de información de la Iafas-EsSalud. De esta manera, la recolección de información, así como la auditoría y verificación del desempeño de los proveedores, estarán aseguradas. La transparencia de compras de medicamentos y bienes podría llevarse a cabo mediante un sistema de *e-procurement*, es decir, a través del uso del internet para el proceso de licitaciones y procesos de compras. Con ello, se aplicarán criterios estrictos, que garanticen el cumplimiento de las especificaciones técnicas, las características de calidad y el control de costos de los gastos sobre los medicamentos, bienes y otros. De esta forma, se busca asegurar valor por dinero, con eficiencia e integridad.

3 Los casos de los contratos del National Health Service (NHS) de Inglaterra y del NHS de Corea del Sur son dos buenas prácticas de contratos con proveedores que se deben considerar y adaptar para el caso de la Iafas- EsSalud.

Figura 3. Teoría de cambio de la separación de funciones



Fuente: Elaboración propia.

La teoría de cambio (ver fig. 3) muestra cómo el modelo de negocio de EsSalud deberá llevar a cabo cinco líneas de acción:

a. La separación contable

La experiencia internacional indica que este proceso de restructuración debe ser llevado a cabo por una empresa especializada en coordinación con un equipo interno de EsSalud dedicado a tiempo completo a esta tarea. La propuesta sería presentada al directorio y a la presidencia ejecutiva para su revisión y aprobación. Comprende los siguientes aspectos:

Tabla 1. Proceso de separación contable

Para el caso de la Iafas-EsSalud	Para el caso de la Ipress-EsSalud
• Estados financieros de la Iafas-EsSalud • Ingresos de la Iafas: aportaciones (regulares, agrarios, potestativos, SCTR, etc.) • Los resultados de la inversión de los aportes y reservas según corresponda • Otros ingresos relacionados con procesos • Gastos de la Iafas: pago de prestaciones de salud (pagos por servicios, cápitas u otros mecanismos de pago) a prestadores propios o terceros, pago de comisión por recaudación (Sunat), gastos de administración, etc. • • Pago de prestaciones económicas	• Estados financieros de la Ipress-EsSalud • Ingresos de la Ipress - Prestaciones de salud otorgadas a la Iafas-EsSalud (pagos por servicios, cápitas u otros mecanismos de pago) - Prestaciones de salud otorgadas a otras Iafas - Prestaciones otorgadas de manera privada - Otros ingresos relacionados con procesos • Gastos de la Ipress: - Gastos de administración - Pago de remuneraciones de los trabajadores - Bienes y servicios (medicamentos, insumos, etc.)

Fuente: Elaboración propia.

b. Pago a proveedores

Los pagos para las redes de salud se basarían en una combinación de capitación y tarifas por servicios prioritarios. El pago por capitación puede constituirse en la forma de transferencia de recursos a las redes de salud y ajustarse por grupos de edad. Asimismo, se podría establecer una asignación para las inversiones de capital y para la estancia de los hospitales.

El sistema de pago hospitalario debe evolucionar bajo un cronograma (un periodo de tres años es razonable) para que se puedan mover desde los presupuestos de partidas históricas hasta el pago per cápita de los asegurados circunscritos en el área de influencia, complementado con algunas tarifas para servicios priorizados y, más adelante, con grupos relacionados con el diagnóstico. Se programará que estos grupos se implanten progresivamente y que se adopte el pago por resultados sujetos al cumplimiento de metas de indicadores de salud y rendimiento.

La Iafas-EsSalud designará, en una primera etapa, un presupuesto fijo a las Ipress para garantizar inversiones y equipamiento. Las Ipress operarán de manera autónoma como entes de producción de servicios de salud, bajo la supervisión, regulación y apoyo administrativo de la Unidad de Gestión de Ipress (Ugipress). Las Ipress, de manera autónoma, usarán los recursos recibidos por su producción de servicios de salud de acuerdo con sus demandas y prioridades, con el fin de cumplir con los términos de los contratos firmados con la Iafas-EsSalud. De esta manera, el riesgo de operación de las Ipress en una etapa inicial será también compartido con la Iafas.

Asimismo, los indicadores de las redes de salud se relacionarían, en una primera etapa, con la calidad de los servicios entregados, pero en una etapa posterior deberían considerar aspectos de desempeño logístico, financiero y operativo, así como de sostenibilidad de las Ipress. El marco general de los indicadores puede agruparse en cinco conjuntos que están asociados a los retos a los que EsSalud debe responder en el corto y largo plazo:

- **Salud y bienestar:** indicadores de resultados de salud de la población asegurada y sus estilos de vida medidos en factores de riesgo.

- **Calidad de los servicios:** indicadores (objetivos y subjetivos) relacionados con la experiencia del asegurado, seguridad de paciente y del personal asistencial, la calidez en la atención y la atención de los servicios de salud entregados a los asegurados.
- **Sostenibilidad:** indicadores que muestren la sostenibilidad operativa de los proveedores y financiera de la Iafas-EsSalud.
- **Protección financiera:** indicadores que capturen la tendencia del gasto de bolsillo de los usuarios y los efectos catastróficos de los gastos en salud.
- **Acciones de reformas e innovaciones:** indicadores que muestren mejoras e innovaciones de largo plazo en todas las áreas, entre las cuales se halla la medición de equidad en el servicio e indicadores financieros, de gobernanza y compras, de contención de costos, etc.

El proceso de separación y optimización de funciones requiere de condiciones y cambios en el ámbito operativo en varias áreas. Las más importantes son la gestión de los recursos humanos, la administración y generación de los datos, el monitoreo y la verificación de resultados, y el empoderamiento de los asegurados.

c. La administración de datos en las Ipress

La administración de datos implica implementar una solución de Inteligencia de Negocios (BI) que debe permitir aplicar procedimientos y herramientas tecnológicas capaces de estructurar, validar y atender oportunamente las necesidades de información. Contar con una herramienta de este tipo implica un cambio en el modelo actual para gestionar la información prestacional de las Ipress de EsSalud. Por lo tanto, se pueden hacer las siguientes recomendaciones:

- Estandarizar los catálogos (o tablas maestras) que actualmente no se encuentren homologados dentro de las aplicaciones.
- Desplegar una estrategia que permita la integración de los datos transaccionales que se registran en el nivel operativo de las Ipress, hecho que garantizará accesibilidad y rapidez a nuevas variables (se podrá soportar, en gran medida, la variedad de mediciones de impacto de la gestión hospitalaria).
- Implementar reglas de validación y consistencia de datos que garanticen su calidad.
- Construir un *data warehouse* (o repositorio de datos) que contenga todas las estructuras de datos necesarias para responder a las necesidades de información.

d. Empoderamiento de los usuarios

En la actualidad, el modelo de gestión de EsSalud puede verse como centrado en la atención hospitalaria. De hecho, se basa en el tratamiento y pone escaso énfasis en la atención primaria y preventiva. Por otro lado, es inequitativo y tiene débil regulación: su financiamiento e incentivos se orientan a la producción y no a los resultados sanitarios, y sus mecanismos de pago son heterogéneos y se orientan al prestador y no al asegurado.

Un punto central del nuevo modelo de negocio y gestión es centrar los cambios en la participación de los usuarios, para contribuir a lograr mejores resultados en su salud y hacerlo en el marco del ejercicio efectivo y progresivo de sus derechos a los servicios. El objetivo es que se recupere progresivamente la confianza de los asegurados y que se incremente su satisfacción respecto de los servicios brindados.

e. Gestión de los recursos humanos

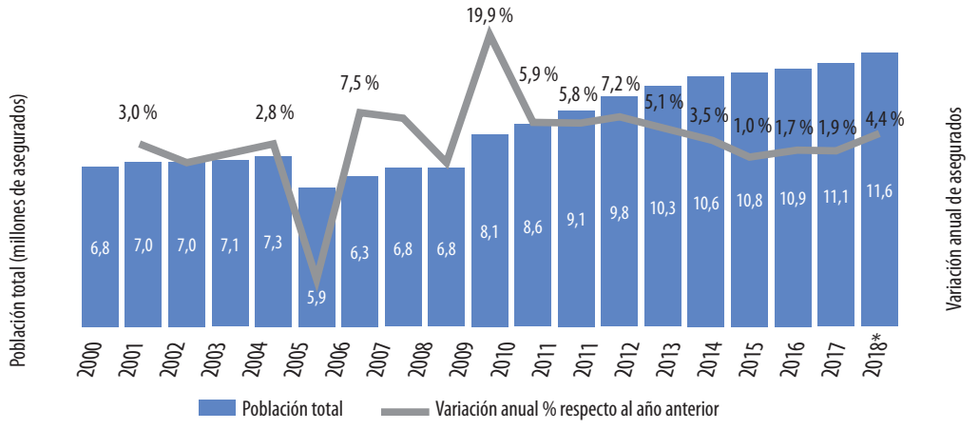
La mejora de la gestión de recursos humanos y su participación en el proceso de separación de funciones es esencial para el éxito del funcionamiento de los cambios en la estructura de funcionamiento de EsSalud. Se requiere un proceso amplio de comunicación estratégica y capacitación en todos los niveles, en particular porque no hay un conocimiento de lo que se espera de los equipos en este nuevo contexto. Por otro lado, se debe superar la debilidad técnica para normar los procesos de gestión de recursos humanos y ampliar y fortalecer las coordinaciones entre las gerencias con metas comunes. El enfoque de potenciar los recursos humanos debe dar prioridad a la certificación del personal administrativo y asistencial de los puestos, al entrenamiento continuo y a las compensaciones basada en méritos (compensación fija) y en desempeño (bonos). Es posible que se requieran modificaciones legales para garantizar la movilización del personal de acuerdo con criterios estratégicos al interior y entre redes asistenciales con bonificaciones especiales por reasignación de puestos.

2.4. EsSalud 2012-2017: acceso y calidad del servicio de los asegurados

2.4.1. Población asegurada y satisfacción reportada

Durante los últimos 15 años se ha mejorado la cobertura y la calidad de los servicios entregados por EsSalud. Sin embargo, esta tendencia no desestima que EsSalud enfrenta varios desafíos para cumplir sus objetivos, continuar con la extensión de la cobertura de su población asegurada, aumentar el rendimiento y la productividad laboral, y mejorar la calidad de los servicios de atención médica (ver fig. 4)

Figura 4. Evolución de la población asegurada



Proyección EsSalud

Fuente: EsSalud (s. f.). Principales indicadores de salud, 1990-2016 y EsSalud (2018). Plan operativo institucional 2018. Elaboración propia.

Desde 2012, EsSalud cubre aproximadamente a 10 millones de asegurados, pero en 2017 su cobertura registró 11,14 millones[4], cifra que viene de atrás y no ha tenido variaciones significativas desde 2014. Por otro lado, el total del personal administrativo y asistencial aumentó de alrededor de 20 800 (1995) a 57 000 (2017). A pesar de este aumento, el número de personal asistencial por cada 1000 asegurados se mantiene estable desde 1995 (alrededor de uno por cada 1000) (Gerencia de Planeamiento y Desarrollo, Gerencia de Gestión de la Información & Subgerencia de Estadística de Salud, s. f.).

Según la Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios en Salud (Ensusalud), elaborada por Susalud (2015), el nivel de satisfacción agregada con el servicio recibido es menor en EsSalud que en el Minsa (SIS): el 64,9% de usuarios del primero se encuentra satisfecho con el servicio, mientras que la cifra aumenta a 72,0% en el caso del segundo. Asimismo, un menor nivel de satisfacción se manifiesta en el caso de la atención del personal administrativo y del personal no médico (ver fig. 5). Estas cifras son un reflejo de la saturación de los establecimientos de salud,

4 Según el Plan Operativo Institucional 2017 de EsSalud y su Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas de EsSalud, el 80% de la población asegurada activa se concentra en las provincias de Lima, Callao, Arequipa, La Libertad, Piura, Lambayeque, Ica, Junín y Cusco.

que sobrepasan la capacidad instalada de las áreas de emergencia y los establecimientos de alta complejidad. En las últimas décadas, ha habido intentos de cambio en EsSalud, pero su característica principal ha sido su enfoque en la mejora de la eficiencia, la infraestructura y algunos procesos técnicos (MTPE & Minsa, 2018). La propuesta actual de reforma debe introducir innovaciones que puedan garantizar un punto de inflexión frente a las propuestas anteriores. Entre los puntos prioritarios que deben incluirse está el fomento de la participación de los usuarios en la reforma. (ver fig. 5)

2.4.2. Acceso a servicios médicos

La información procesada de la Encuesta Nacional de Hogares (Enaho) (2012-2017) muestra que, del total de afiliados a EsSalud, el 30% recibe consulta externa; el 6%, hospitalización; y menos del 5%, intervención quirúrgica. Estas cifras son similares entre los distintos seguros (EsSalud, SIS y privados) y se mantienen estables entre 2012 y 2017.

Sobre el acceso de los asegurados a la consulta externa de establecimientos de EsSalud por región geográfica, este es similar en la costa, sierra y selva (incluso en Lima Metropolitana, en particular). Por otro lado, según estrato geográfico, el porcentaje de asegurados que accede a establecimientos de EsSalud es notoriamente mayor en zonas urbanas a lo largo del periodo 2012-2017 y sin mayores variaciones[5]. Adicionalmente, el documento del Plan Estratégico de Inversiones 2019-2021 presenta un análisis más extenso de las características de la oferta y demanda de los servicios brindados por EsSalud, y describe la distribución de la población asegurada en 29 redes asistenciales y, específicamente, detalla que las redes Rebagliati, Sabogal y Almenara concentran la mayor cantidad de asegurados en el ámbito nacional: 47,4% del total de asegurados de la institución (ver fig. 6)

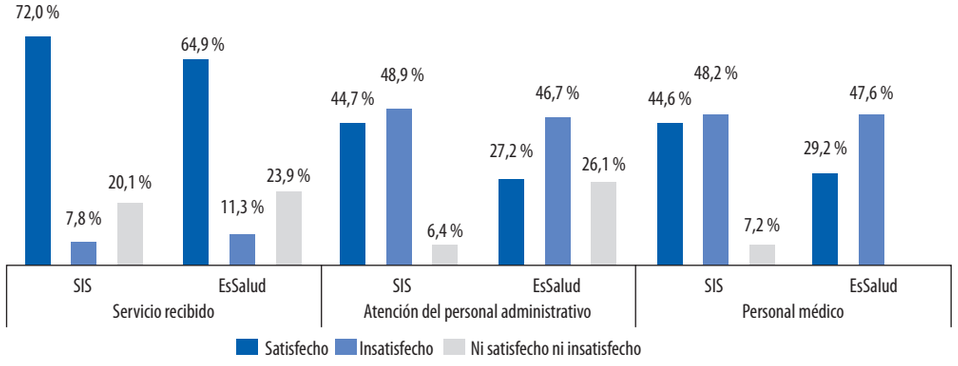
En cuanto a operatividad de la consulta externa, los resultados del informe del operativo de visita preventiva a los establecimientos de salud públicos del segundo y tercer nivel de atención[6] de la Contraloría General de la República (2018) muestran que, de los establecimientos de salud de nivel II y III visitados de EsSalud, un 28,1% no cumplen con la normativa aplicable al funcionamiento de la UPSS de consulta externa, mientras que, de los del Minsa (SIS), un 21,1% tampoco lo hacen.

Asimismo, en cuanto al acceso a servicios complementarios a la consulta (ver fig. 7), no se observan diferencias significativas entre los tipos de seguro, pero sí se perciben ligeras diferencias en el acceso a servicios preventivos, particularmente en el caso de las vacunas (ver fig. 8).

5 Área urbana: 38% sin atención, 26% con atención en EsSalud, 21% con atención en otros proveedores públicos y privados, 13% con atención en seguro privado y 4% con atención en SIS. Área rural: 47% sin atención, 18% con atención en EsSalud, 18% con atención en proveedores públicos y privados, 10% con atención en SIS y 9% con atención en seguro privado.

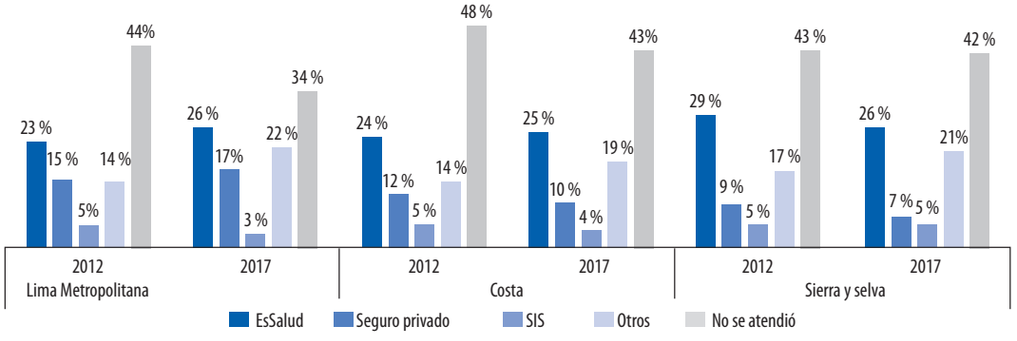
6 Las visitas se realizaron entre el 28 de mayo y 1 de junio de 2018 en 251 establecimientos de salud ubicados en las 25 regiones del país y distribuidos del siguiente modo: 26 del Minsa, 148 de los gobiernos regionales, 69 de EsSalud, 7 de las Fuerzas Armadas y 3 de la Policía Nacional del Perú

Figura 5. Nivel de satisfacción de usuarios sobre el servicio recibido, la atención del personal administrativo y el personal no médico, según seguro (2015)



Fuente: INEI (2015). Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios en Salud (Ensusalud). Elaboración propia.

Figura 6. Atención de asegurados por consulta externa y por región geográfica (2012-2017)



Fuente: Encuesta Nacional de Hogares (2018). Elaboración propia.

Figura 7. Acceso a servicios complementarios según seguro (2017)

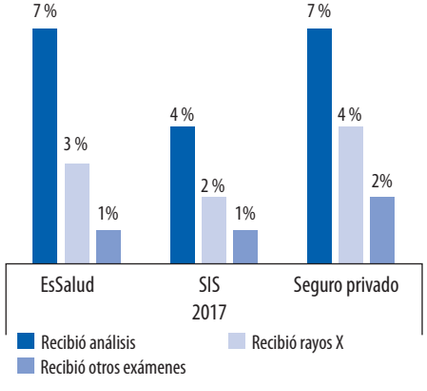
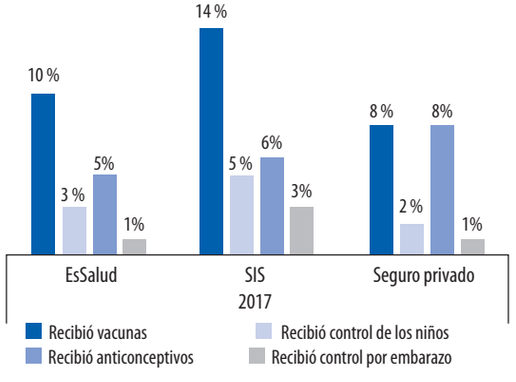


Figura 8. Acceso a servicios preventivos según seguro (2017)



Fuente: Encuesta Nacional de Hogares (2018). Elaboración propia.

2.4.3. Tiempo de espera para la atención y acceso a los servicios

Los resultados de Ensusalud (2015) reflejan que el mayor tiempo promedio de días para obtener una cita se registra en el Minsa (SIS) con 19 días y luego en EsSalud con 18 días. Asimismo, en el caso de EsSalud, se destaca que, en el 92,5% de los casos, los usuarios obtuvieron la cita el mismo día que se solicitó, mientras que, en el caso del Minsa (SIS), esta tasa disminuye al 50,6%.

En cuanto al tiempo de espera para ser atendido, Ensusalud (2015) registra que un 45,8% de los usuarios de EsSalud esperan hasta 50 minutos para la atención, mientras que solo un 15,2% de los usuarios del Minsa (SIS) lo tiene que hacer (ver la fig. 9). Además, la misma encuesta refleja que el tiempo promedio de una atención médica en EsSalud es de 11 minutos, mientras que en Minsa (SIS) es de 12.

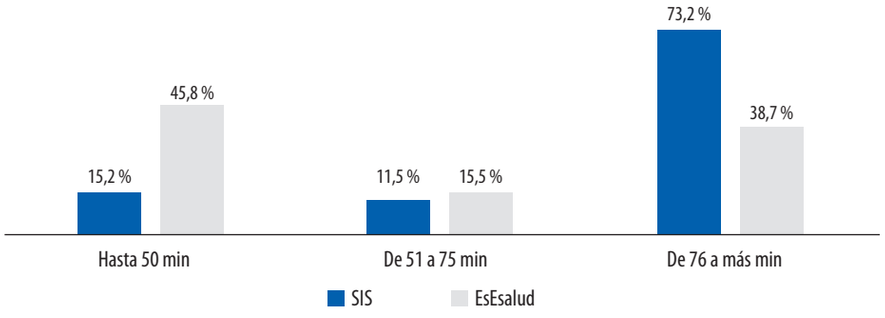
El documento del Plan Estratégico de Inversiones 2019-2021 realiza un análisis de la brecha de cobertura de establecimientos de salud e identifica que se requiere crear 50 establecimientos de salud nuevos. Por otro lado, indica que 69 establecimientos existentes necesitan subir de categoría, de tal manera que puedan cumplir con lo requerido por la normativa sectorial para atender a su población adscrita. Esta situación, unida a que la proyección presupuestal, refleja que los recursos son insuficientes para cubrir las necesidades de inversión en el corto plazo y evidencia la necesidad de realizar una asignación óptima de las inversiones y mejoras urgentes de eficiencia.

2.4.4. Gasto de bolsillo en servicios médicos y medicamentos

En cuanto a la probabilidad de los asegurados de los distintos sistemas de gastar dinero propio por los principales servicios médicos (ver fig. 10), en el caso de consulta externa se observa que aproximadamente el 50% de los asegurados de EsSalud realizan algún gasto por este servicio. Este porcentaje se ha mantenido relativamente estable entre 2012 y 2017.

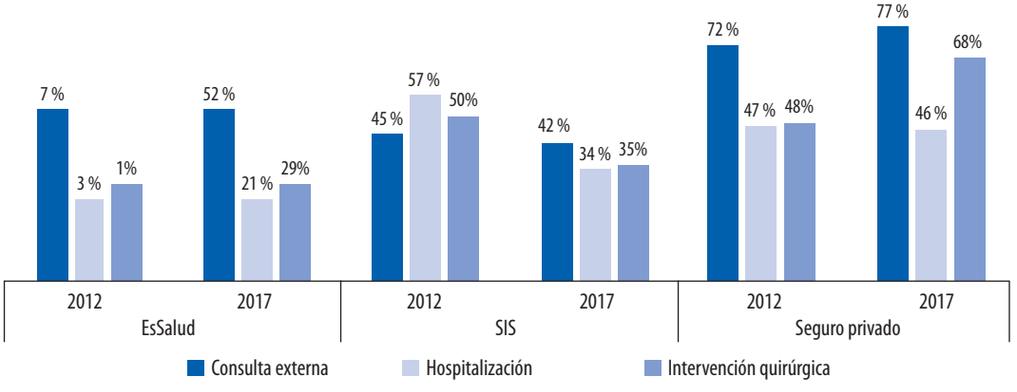
Del mismo modo, al evaluar las diferencias en la probabilidad de pagar por consulta externa según el nivel de ingresos (ver fig. 11), se observa que esta proporción es relativamente homogénea entre los asegurados de salud durante el periodo 2012-2017. En cuanto al análisis por región geográfica (ver fig. 12) se observo una situación similar.

Figura 9. Tiempo de espera en la atención médica (2015)



Fuente: INEI (2015). Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios en Salud (Ensusalud). Elaboración propia.

Figura 10. Probabilidad de gastar por servicio médico según tipo de seguro (2012-2017)



Fuente: Encuesta Nacional de Hogares (2018). Elaboración propia.

Figura 11. Probabilidad de gastar por consulta externa y por tercil de ingresos (2017)

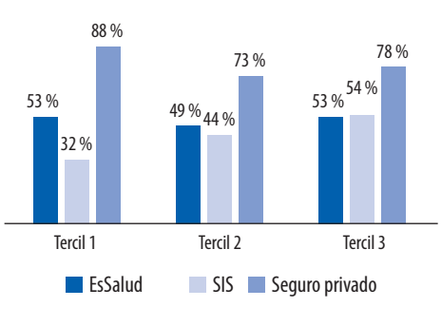
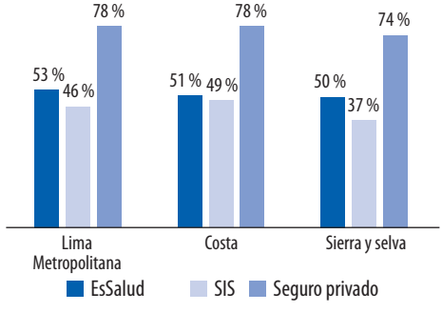


Figura 12. Probabilidad de gastar por consulta externa y por región geográfica (2017)



Tercil 1: *tercil más pobre;*
Tercil 3: *tercil más rico*

Fuente: Encuesta Nacional de Hogares (2018). Elaboración propia.

Si se compara el monto promedio gastado por consulta externa, hospitalización e intervención quirúrgica entre los tres tipos de aseguramiento (ver fig. 13), se observa que este monto ha aumentado consistentemente para toda la población y evidencia diferencias significativas entre sí. Por otro lado, la fig. 14 presenta que el gasto de bolsillo por análisis, rayos X y otros exámenes es consistentemente mayor para los asegurados de EsSalud que para los del Minsa (SIS) (ver fig. 13 y 14).

La figura 15 realiza un análisis similar, pero para el gasto de bolsillo en servicios preventivos. De este modo, se encuentra que el gasto de los asegurados de EsSalud es mayor que el de los asegurados del Minsa (SIS) para servicios como vacunas, control de niños, anticonceptivos y control de embarazo. A su vez, el gasto por estos servicios entre asegurados del sistema privado es mayor en todos los casos a lo largo del periodo 2012-2017.

La figura 16 compara el gasto de bolsillo por medicamentos entre los distintos sistemas para el periodo 2012-2017. Se encuentra que, en EsSalud, el SIS y el sistema privado, el gasto ha aumentado considerablemente. Durante ese periodo, los asegurados de EsSalud presentaron un mayor gasto promedio por medicamentos que los del SIS. Por otra parte, el gasto es aún mayor en el caso del sistema privado. Asimismo, se verifica que el gasto de bolsillo por medicamentos es mayor en el ámbito urbano que en el rural para todos los años y sistemas de aseguramiento. En particular, se observa que el gasto por medicamentos de asegurados de EsSalud es el mayor en zonas rurales, mientras que en zonas urbanas es considerablemente mayor entre asegurados del sistema privado.

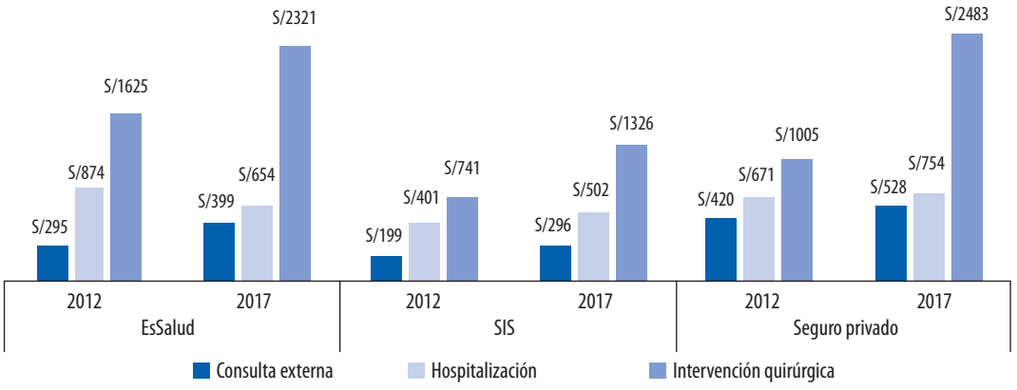
Del mismo modo, la probabilidad de gastar por medicamentos para los asegurados es superior al 60% en los tres principales sistemas de aseguramiento para todo el periodo 2012-2017. En particular, esta posibilidad para el mismo periodo se encuentra en una proporción de entre 66% y 69% para el SIS, mientras que para EsSalud fluctúa entre 69% y 72%. Si se observan específicamente los datos para 2017, la probabilidad señalada se encuentra en 72% para EsSalud y 66% para el SIS. Si se analiza para dicho año la probabilidad de los sistemas de seguro y no de los asegurados de gastar por medicamentos, se tiene que la de EsSalud es ligeramente mayor en el ámbito rural que en el urbano (73% y 71%, respectivamente), mientras que, en el SIS, la brecha se vuelve considerablemente mayor y, además, menor en el ámbito rural que en el urbano (48% y 75%, respectivamente).

La Ensusalud (2015) refleja que el 85% de los usuarios de EsSalud recibieron los medicamentos en su totalidad, mientras que este porcentaje disminuye a un 44,9% en el caso del Minsa (SIS). Menos del 1% de los usuarios de EsSalud refiere que no recibieron ningún medicamento de la farmacia de su establecimiento (ver fig. 17). El informe de la Contraloría General de la República sobre hospitales muestra que un 26,4% de los establecimientos visitados de EsSalud incumplen con las buenas prácticas de almacenamiento de acuerdo con lo dispuesto en la Resolución Ministerial 132-2015/MINSA, mientras que esta cifra es de 19,4% en el caso de los establecimientos del Minsa (SIS).

La protección financiera debe ser un pilar fundamental en el proceso de reforma. En este sentido, la prestación de servicios por parte de los proveedores debe, además de reflejar estándares de calidad, alcanzar sostenibilidad para sus usuarios. Por ello, los indicadores de desempeño planteados para las Ipress deberán capturar la tendencia del gasto de bolsillo de los usuarios y los efectos catastróficos de los gastos en salud, que lleva a que las familias pasen a un estado de pobreza debido a un excesivo gasto en salud.

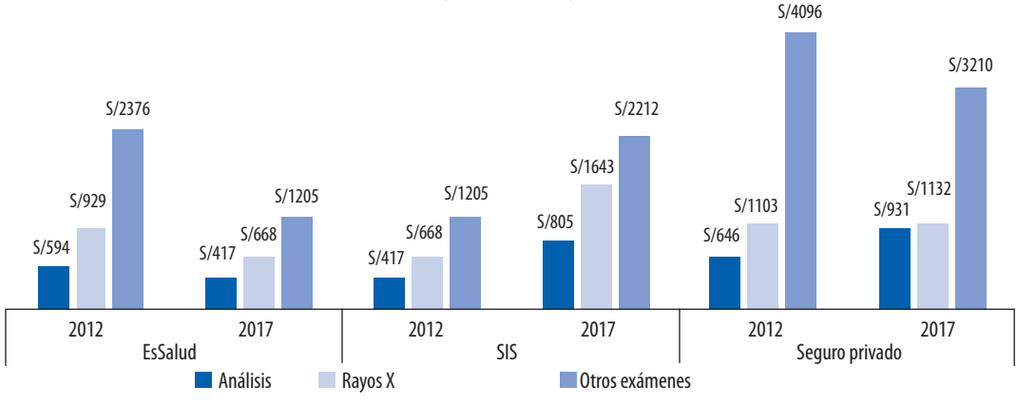
Los incentivos que se incorporen en la relación contractual deben conducir a mejoras como la contención de costos, mayor eficiencia, flexibilidad organizacional y mejor receptividad de los servicios a las necesidades del paciente. Sin embargo, para que dichos incentivos tengan efecto, se parte del supuesto general de que el

Figura 13. Monto gastado por servicio médico según tipo de seguro (2012-2017)



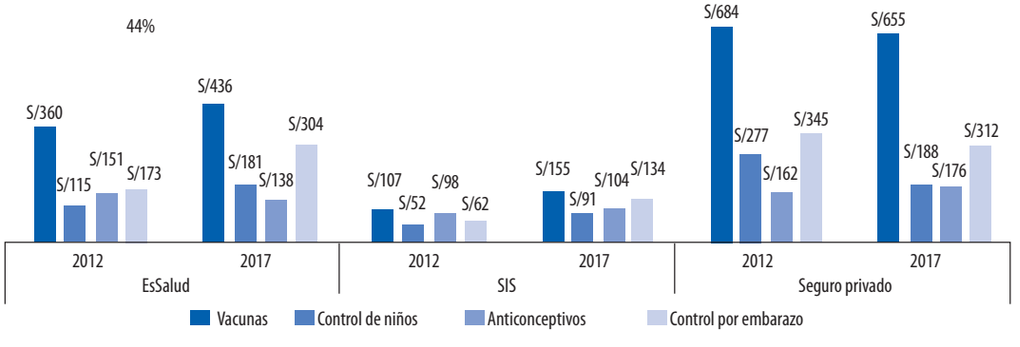
Fuente: Encuesta Nacional de Hogares (2018). Elaboración propia.

Figura 14. Monto gastado por servicios complementarios según tipo de tipo de seguro (2012-2017)



Fuente: Encuesta Nacional de Hogares (2018). Elaboración propia.

Figura 15. Monto gastado por servicios preventivos según tipo de seguro (2012-2017)



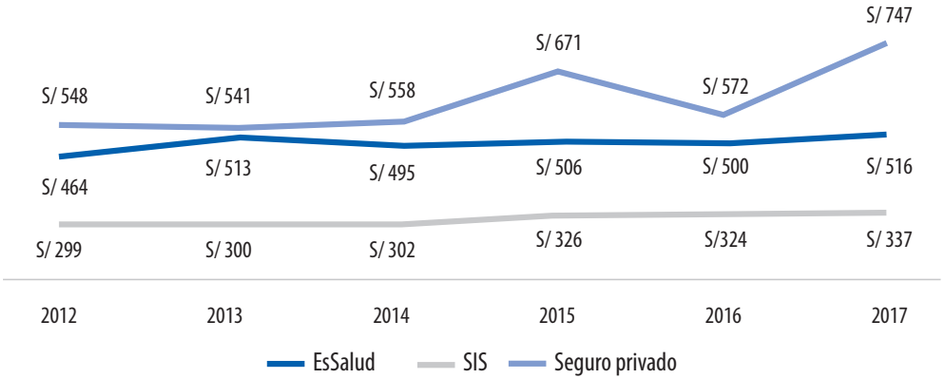
Fuente: Encuesta Nacional de Hogares (2018). Elaboración propia.

comprador puede articular las necesidades y deseos de la población y contratar el servicio sobre la base de este conocimiento.

La aplicación de la separación de funciones de asegurador y prestador supone un modelo de negocio capaz de manejar grandes cantidades de contratos, pagos y gestión de datos en las redes de salud. A este respecto, las redes, coordinadas por las Ugipress, deberán desarrollar su capacidad resolutiva y procesos de contención de costos para dar más y mejores servicios a los asegurados, y deberán estar sujetas a seguimiento y evaluación permanente de su desempeño. De este modo, la prestación y el buen uso de los recursos se sustentará en la evidencia.

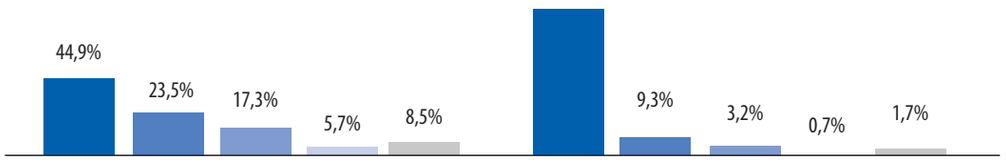
Los cambios derivados de la propuesta del modelo de negocio buscan mejorar la eficiencia y efectividad de la entrega de servicios y asegurar una mayor protección financiera de los asegurados. De esta manera, el mejor uso de los recursos del fondo intangible, que será posible gracias a una compra de servicios estratégicos, podría aumentar la cobertura de los servicios de salud, que al 2017 solo llegaba al 42% de los asegurados. Además, podría elevar la calidad de los servicios, cuyos reportes de aceptación son ahora menores que de los servicios entregados por el SIS. Por otro lado, un modelo como el planteado también podría mejorar la equidad en el acceso a los recursos del seguro social, similar a través de los diferentes quintiles de ingreso, y revertir la situación de desprotección financiera, en la que los gastos asociados a cirugías son similares a los de los asegurados del sector privado. Finalmente, se espera también que los nuevos arreglos de compra estratégica de servicios promuevan la prevención de las enfermedades y eleven la cobertura de atención primaria, así como la atención en los hogares, principalmente en el caso de asegurados adultos mayores.

Figura 16. Monto gastado por medicamentos según tipo de seguro (2012-2017)



Fuente: Encuesta Nacional de Hogares (2018). Elaboración propia.

Figura 17. Entrega de medicamentos a usuarios de consulta externa según tipo de seguro (2015)



Fuente: INEI (2015). Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios en Salud (Ensusalud). Elaboración propia.

2.5. Los retos financieros y de gestión en EsSalud

2.5.1. Sostenibilidad financiera de EsSalud: aspectos esenciales[7]

La sostenibilidad financiera de una institución es el resultado de la relación entre sus ingresos y gastos. Establecer los prospectos futuros de sostenibilidad financiera consiste, por lo tanto, en proyectar y comparar ingresos y gastos futuros. Ello se hace sobre la base de información del pasado reciente y de su comportamiento previsto en los años venideros.

Un análisis del comportamiento de ingresos y gastos operacionales en EsSalud muestra que en los últimos cuatro años se ha producido una brecha creciente entre ambos, debido a que los gastos son mayores y están aumentando más rápidamente que los ingresos. Se indica que el mantenimiento de esta tendencia constituye una seria amenaza para la sostenibilidad financiera de EsSalud. Controlar el gasto médico en esta institución es una prioridad, como lo es aumentar sus ingresos o combinar ambas estrategias (ver fig. 18 y 19).

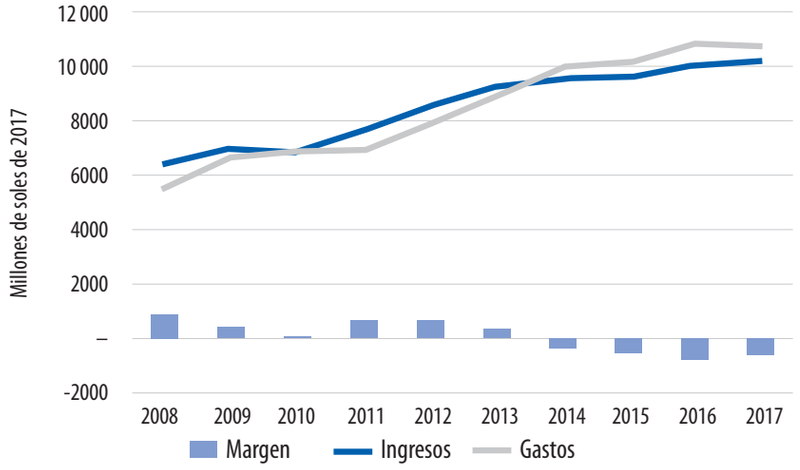
2.5.1.1. Evolución histórica de ingresos y gastos

En la última década, los ingresos de EsSalud crecieron paulatinamente en forma casi lineal en el quinquenio 2008-2013. Luego de un quiebre de esa tendencia, continuaron creciendo linealmente a contar de 2014, aunque a una menor tasa. La fig. 18 presenta, en su curva azul, la trayectoria de los ingresos operacionales de EsSalud en el periodo 2008-2017.

Por otro lado, los gastos operacionales de la institución también crecieron más o menos linealmente hasta 2014, año en que ocurrieron dos cambios importantes (ver fig. 18). Primero, los gastos experimentaron un quiebre en su tasa de crecimiento y aumentaron anualmente a una tasa ligeramente más moderada. Segundo, los gastos se situaron por encima de los ingresos y produjeron un déficit operacional en la institución en cada uno de los siguientes años. El descalce en la variación anual de ingresos y gastos se aprecia claramente en la fig. 19. En siete de los nueve periodos interanuales, los gastos crecieron por encima de los ingresos.

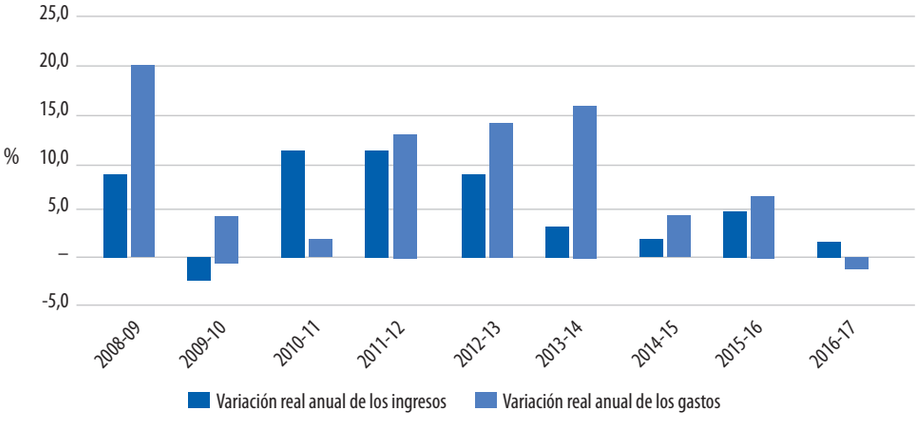
7 La presente sección toma elementos que se detallan en el Estudio de sostenibilidad financiera y el Plan Estratégico de Inversiones 2019-2035, elaborados también en el marco de la asistencia técnica solicitada por parte de la presidencia ejecutiva de EsSalud al Grupo Banco Mundial (GBM).

Figura 18. Evolución histórica de ingresos y gastos reales de EsSalud, 2008-2017 (millones de soles)



Fuente: Estudios de sostenibilidad financiera con datos de EsSalud. Elaboración propia

Figura 19. Variación real anual de los ingresos y gastos operacionales de EsSalud, 2008-2017



Fuente: Estudios de sostenibilidad financiera con datos de EsSalud. Elaboración propia

2.5.1.2. Proyección de ingresos y gastos

Una proyección de los ingresos futuros de EsSalud, basada en un modelo desarrollado para este trabajo y que incorpora el comportamiento de estos en la última década, predice que los ingresos crecerán lentamente y a una tasa decreciente. En otras palabras, el porcentaje de incremento anual de los ingresos ajustados por inflación sería cada año menor (ver fig. 20, gráfico superior).

La situación prevista contrasta con la proyección de los gastos de la institución, también realizada por los consultores. En efecto, sobre la base del comportamiento reciente observado por las tasas de consumo de atenciones y las de sus respectivos costos, el modelo predice que los gastos ajustados por inflación crecerían de manera lineal en la próxima década, con una velocidad mayor que la de los ingresos (ver fig. 20, gráfico central).

Si no hay cambios en la operación de EsSalud que modifiquen el comportamiento futuro de ingresos y gastos, se proyecta que el crecimiento futuro dispar entre ambos resultará en un déficit operacional cada vez mayor (ver fig. 20, gráfico inferior). Semejante situación es insostenible por un periodo prolongado y constituye una amenaza para la sostenibilidad financiera de EsSalud.

Por el lado de los ingresos, los resultados del modelo apuntan a que EsSalud aumentará su sostenibilidad financiera mientras mayor sea el crecimiento económico real per cápita del país y en la medida en que EsSalud:

- No reduzca el porcentaje de afiliados regulares no pensionistas.
- Recupere el pago total de la prima anual (recupere cotizaciones por las dos gratificaciones al año).
- Consiga aumentar las tasas de cotización de los afiliados (en especial aquellas de los regulares no pensionistas)

Por el lado de los gastos, los resultados preliminares del modelo apuntan a que EsSalud aumentará su sostenibilidad financiera en tanto realice una contención de los gastos médicos. Esto consiste, fundamentalmente, en evitar que en el futuro continúe el crecimiento real (por encima de la inflación) y sostenido de los gastos unitarios registrado en los últimos años.

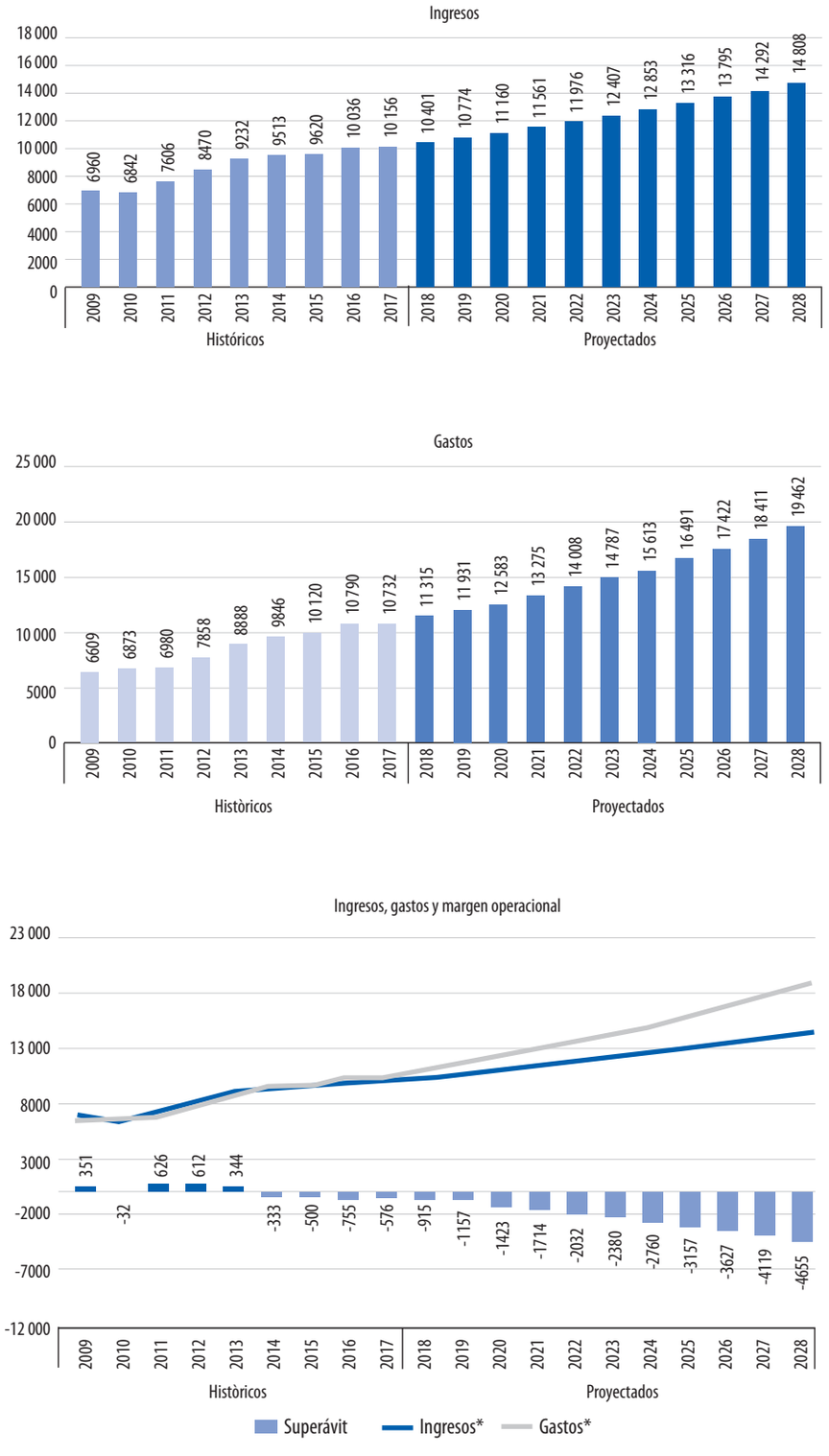
Por otra parte, es indispensable que EsSalud se prepare para manejar eficazmente un escenario posible de crecimiento de sus gastos —tal cual le ha ocurrido antes a países de renta media, como es el caso del Perú— aún por encima de lo recién descrito, originado por el aumento de asegurados, su envejecimiento o por un eventual incremento en las frecuencias de uso de las atenciones médicas.

Operación desfinanciada para regímenes especiales

La situación financiera de EsSalud se ha visto afectada de manera importante por su obligación de otorgar cobertura de salud a regímenes especiales de poblaciones aseguradas cuyos aportes son muy inferiores a sus gastos[8].

8 Ley 30002, que "Establece las características de la remuneración íntegra mensual a la que hace referencia la Ley 29944, Ley de Reforma Magisterial" (base de cotización es 9% del 65% de la remuneración íntegra mensual correspondiente a cada escala magisterial); Decreto Legislativo 1057, que "Regula el régimen laboral de Contratación Administrativa de Servicios-CAS" (base de cotización es 9% del tope de 30% de Unidad Impositiva Tributaria vigente); Decreto Legislativo 1153, que "Regula la política integral de compensaciones y entregas económicas del personal de salud al servicio del Estado" (base de cotización es 65% de la remuneración correspondiente a los conceptos de principal, ajustada al puesto y priorizada según el puesto); Ley 27360, que "Aprueba las normas de promoción del Sector Agrario" (4% de la remuneración mensual); Ley 26790, de "Modernización de la Seguridad Social en Salud" (4% de la pensión); Sistema Privado de Pensiones (70% de los pensionistas tienen una base de cotización inferior a la Remuneración

Figura 20. Proyección de ingresos, gastos y margen operacional de EsSalud, históricos (2009-2017) y proyectados (2018-2028) (millones de soles)



Fuente: Estudios de sostenibilidad financiera con datos de EsSalud. Elaboración propia

En efecto, las aportaciones a la seguridad social en salud de los trabajadores de esos regímenes se realizan sobre bases imponibles reducidas por diversas normas legales. Sin embargo, las prestaciones de salud, económicas y sociales que EsSalud otorga a esos asegurados (titulares y derechohabientes) son de igual amplitud que las que reciben los aportantes regulares. En consecuencia, los asegurados de estos regímenes son subsidiados por los empleadores que aportan el 9% sobre los ingresos reales de sus trabajadores. Funcionarios expertos de EsSalud estiman que en 2017 EsSalud dejó de percibir ingresos por S/ 2280 millones por concepto de estos regímenes especiales, cifra que representaba el 22% de los ingresos operacionales de EsSalud. Los cálculos realizados en el presente estudio sitúan esa cifra en S/ 1000 millones, también un monto considerable. Si este seguro hubiese percibido estos ingresos, entonces en 2017, en lugar de tener un déficit operacional de S/ 576 millones, habría tenido un superávit operacional considerable de S/ 1700 millones, sobre la base de la cifra de ingresos no percibidos estimada por EsSalud, y de S/ 420 millones, calculado en la cifra estimada por el presente estudio.

2.5.1.3. Los riesgos adicionales que enfrenta EsSalud

Aunque la medicalización y el envejecimiento de la población asegurada no han surgido hasta el momento en EsSalud, existe la amenaza de que estos fenómenos comiencen a presentarse, como ocurre en la mayoría de los seguros de salud del mundo. De ser así, el crecimiento de los gastos pasará de ser lineal a ser exponencial, lo que agrava la situación ya descrita.

Por ello, adicionalmente a las proyecciones mostradas, se construyeron tres escenarios alternativos de costos, para cuantificar el posible impacto para la institución de situaciones que podrían presentarse: el envejecimiento de la población, la medicalización de la salud y la inflación médica (ver fig. 21). El escenario base está determinado por las proyecciones de ingreso y gasto descritos hasta ahora.

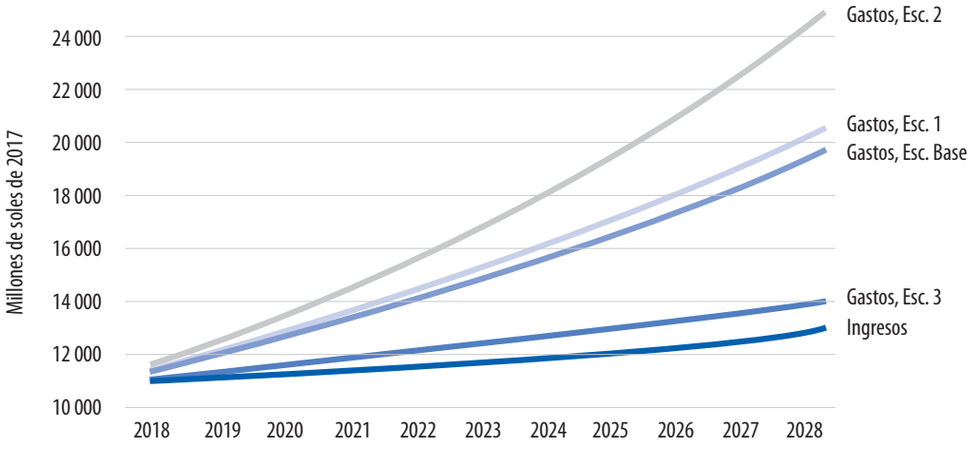
De acuerdo con los resultados obtenidos, un envejecimiento de la población asegurada, equivalente al envejecimiento de la población peruana, aumentaría el gasto total y promedio de EsSalud, pero en una magnitud no muy significativa (escenario 1). El incremento en el gasto promedio por asegurado ocurre porque las personas de mayor edad tienen mayores necesidades de salud que los más jóvenes. Al haber una proporción creciente de personas mayores, aumenta el consumo de atenciones, y, por ende, el gasto promedio por asegurado. Sin embargo, la magnitud de este efecto no sería tan grande aún, debido a que la población asegurada correspondiente a los tramos de mayor edad es todavía poco significativa en relación con el total de la población asegurada. Sin embargo, con el pasar de los años, este fenómeno crecerá en magnitud y pasará a ser un problema considerable para EsSalud.

El incremento en el consumo promedio de atenciones en todos los tramos de edad (medicalización) también incrementaría el gasto total de EsSalud, y su efecto sería más significativo que el del envejecimiento. Este efecto se representa a través del escenario 2.

Por último, se encontró que el efecto de la inflación médica es el fenómeno más significativo que enfrentará EsSalud. En efecto, si en los próximos 10 años dejase de haber inflación médica en EsSalud (escenario 3), el gasto futuro sería muy inferior al proyectado en el escenario base.

Mínima Vital); suspensión de aportaciones en gratificaciones por la Ley 29351, que temporalmente "Reduce costos laborales a los aguinaldos y gratificaciones por Fiestas Patrias y Navidad", prorrogada en plazo por la Ley 29714 y hecho permanente por la Ley 30334, que "Establece medidas para dinamizar la economía en 2015".

Figura 21. EsSalud: proyección de ingresos y gastos operacionales (2018-2028) (millones de soles)soles)



Fuente: Estudios de sostenibilidad financiera con datos de EsSalud. Elaboración propia

En síntesis, las proyecciones realizadas plantean un futuro amenazante para la sostenibilidad financiera de EsSalud. Se prevé que los gastos de esta institución crecerán a un ritmo superior al de los ingresos, generando déficits persistentes y crecientes. Este problema se acrecentará si la población del seguro comienza a envejecer o si el promedio de consumo de atenciones médicas por beneficiario comienza a aumentar. Por otro lado, EsSalud no puede seguir sosteniendo los regímenes especiales arriba mencionados sin un apoyo financiero del Gobierno, ni tampoco podrá absorber nuevos grupos en régimen especial.

2.5.1.4. Las soluciones

Para enfrentar estos problemas EsSalud debe intervenir con medidas que busquen incrementar los ingresos y otras que le permitan la contención de sus gastos. A continuación, se esbozan algunas líneas que podrían contribuir para tal efecto (ver fig. 22).

Por el lado de los ingresos, es recomendable aumentar la incorporación al sistema de las personas más jóvenes. De conformidad con los resultados del modelo de simulación utilizado, es de fundamental importancia que no descienda el porcentaje de afiliados regulares no pensionistas con los que cuenta EsSalud. Otro aspecto de vital importancia para EsSalud es que las cotizaciones representen el pago de la prima anual establecido en el estudio actuarial vigente, lo que significaría recuperar las dos cotizaciones correspondientes a las gratificaciones de ley, que fueron suspendidas por ley hace unos años. No es razonable que bajo las actuales circunstancias (y más aún en el futuro) haya menos cotizaciones que las que corresponden a la prima anual (dividida en 14 aportaciones igual al número de pagos de remuneraciones en el año). El tercer elemento gravitante es que EsSalud consiga aumentar las tasas de cotización de los afiliados (en especial de los regulares no pensionistas, que son, por mucho, la mayor proporción de cotizantes). Por último, aparece como necesario que EsSalud reciba un subsidio público equivalente en magnitud a una parte o a la totalidad del déficit operacional que los regímenes especiales le generan, al aportar estos en materia de cotizaciones mucho menos que el valor monetario de los beneficios que reciben.

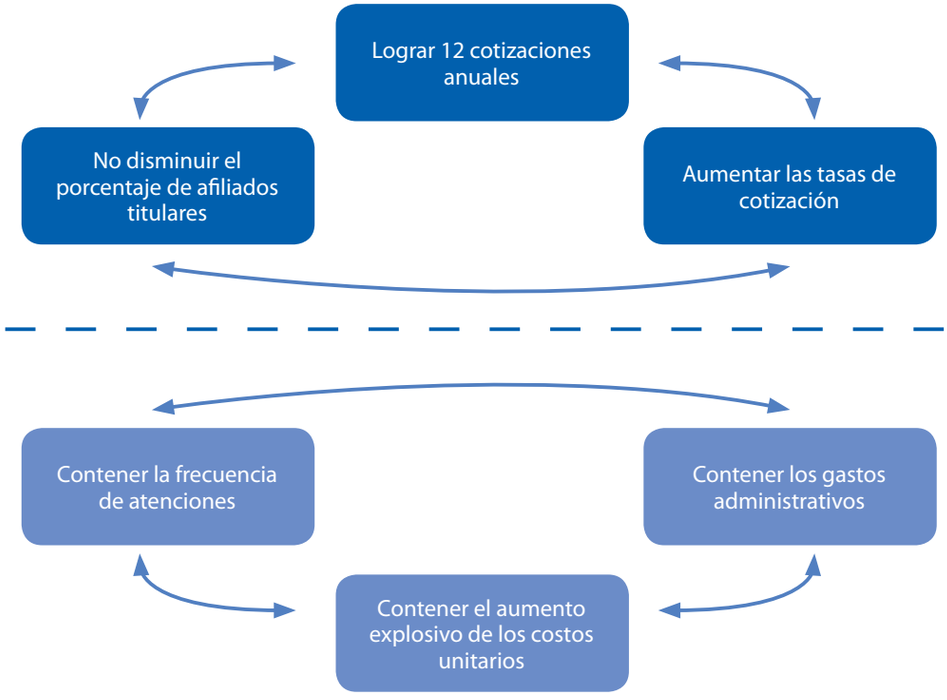
Por el lado de los gastos, es importante que EsSalud logre hacer una contención de costos operativos acompañada de una mayor eficiencia en sus gastos administrativos. De no ser así, el efecto se traducirá en menor calidad de los servicios a los asegurados si se opta por mantener el nivel de cobertura.

Es tan grande la amenaza que se expuso, que es posible que las medidas necesarias para evitar una crisis financiera tengan que ser estructurales. Por ejemplo, podría ser recomendable adoptar medidas destinadas a limitar algunas coberturas, o poner periodos de espera o copagos. Por otro lado, la separación de la función aseguradora de EsSalud y la función prestadora de atenciones médicas permitiría la adopción de mecanismos contractuales entre el asegurador y los prestadores, lo que mejoraría la eficiencia del actual sistema, en el cual aseguramiento y prestación están integrados en una misma administración.

Por último, debe enfatizarse que, debido a la riesgosa situación que enfrenta EsSalud en relación con su sostenibilidad financiera agregada, es importante enfatizar que EsSalud no resiste la incorporación de más afiliados con una cotización menor al 9% de sus ingresos corrientes. La existencia de grupos diferenciados en la institución, como los asegurados del Seguro de Salud Agrario (SSA), de los pensionistas y de otros empleados públicos no pensionistas que contribuyen una proporción menor que los asegurados regulares (como el sector salud, educación, y el Régimen de Contratación Administrativa de Servicios, CAS), es por ahora sostenible, dada su baja proporción, pero cualquier incremento de estos grupos pondría en mayor riesgo la hasta ahora frágil sostenibilidad del seguro, y, por tanto, la brecha financiera que genera su incorporación debería ser financiada con recursos que el tesoro público transfiera a EsSalud.

En este sentido, se han simulado dos escenarios complementarios. En el primero, se ha considerado que todos los asegurados cotizantes de EsSalud aportaran el 9% del total de sus ingresos. Es decir, que los pensionistas cotizaran el 9% de su pensión (en lugar del 4%), que los afiliados al SSA también cotizaran el 9% de sus salarios (y no el 4%) y que los asegurados pertenecientes al CAS, del sector salud y educación, cotizaran el 9% sobre el valor

Figura 22. Medidas para mejorar la sostenibilidad financiera de EsSalud



Fuente: Elaboración propia.

de su salario y no sobre una base imponible reducida. Bajo este escenario, los ingresos de EsSalud aumentarían en 8% anualmente, lo que representaría un incremento anual entre S/ 1000 millones y S/ 1300 millones de 2017.

El segundo escenario adicional construido considera 14 aportaciones, que equivale al cálculo inicial (cuando se establecieron los aportes de los afiliados) que resulta de dividir la prima anual en 14 cuotas (para que fueran descontados de 12 sueldos y dos gratificaciones). Con el paso del tiempo se eliminó la obligación de aporte de las bonificaciones con lo cual se redujo en 2/14 la prima anual. Si se retomaran las 14 cuotas (aportaciones), los ingresos de EsSalud se incrementarían de manera importante.

Por el lado de los costos, EsSalud paga pensiones en virtud de lo establecido en el Decreto de Urgencia 067-98, "Aprueban valorización y alcances del saldo de la reserva del Sistema Nacional de Pensiones" (que se origina en el Decreto Ley 20530, "Régimen de pensiones y compensaciones por servicios civiles prestados para el Estado no comprendidos en Decreto Legislativo 19990", y el Decreto Legislativo 18846, "Seguro Social Obrero asume exclusivamente seguro por accidentes de trabajo de obreros"). EsSalud está realizando acciones que le permitan dejar de pagar estas pensiones. Si son exitosas, se favorecerá la sostenibilidad financiera de la institución, puesto que sus gastos se reducirían en alrededor de 8% a 10% al año, lo que representa un promedio de casi S/ 700 millones anuales.

Así, si en un escenario optimista se lograra al mismo tiempo uniformizar las cotizaciones en 9% para el 100% de los ingresos laborales de todos los aportantes, se pudiese además restituir las 14 aportaciones y se consiguiera que EsSalud dejase de pagar las cotizaciones derivadas del Decreto de Urgencia 067-98, la sostenibilidad financiera de EsSalud se vería fuertemente mejorada.

2.5.2. El reto de la participación del usuario[9]

2.5.2.1. El contexto

La reforma de EsSalud es un objetivo que se ha planteado en varias oportunidades a lo largo de las últimas décadas en el Perú. En esta oportunidad, la propuesta de reforma introduce dos innovaciones que pueden augurar un punto de inflexión en los intentos de cambio: 1) el asunto central de la separación de funciones en EsSalud como Iafas y como Ipress, que implica cambios estructurales para la gestión del aseguramiento; y 2) la participación de los usuarios en la reforma y en el mantenimiento de los cambios, que implica incorporar al usuario en la gestión en ámbitos y alcances diferenciados.

El marco normativo para la participación y ejercicio de derechos de los usuarios de los servicios de salud

- **La Constitución política del Estado,** en su artículo 2, inciso 17, otorga a los ciudadanos el derecho a participar, en forma individual o asociada, en la vida política, económica, social y cultural de la nación.

- **La Ley Marco de Modernización de la Gestión del Estado (Ley 27658)**, en su capítulo III, titulado "De las relaciones del Estado con el ciudadano", establece en su artículo 8, titulado "Democracia participativa", que el Estado debe promover y establecer los mecanismos para una adecuada democracia participativa de los ciudadanos, a través de mecanismos directos e indirectos de participación; en su artículo 9, titulado "Control ciudadano", que el ciudadano tiene derecho de participar en los procesos de formulación presupuestal, fiscalización, ejecución y control de la gestión del Estado, mediante los mecanismos que la normatividad establezca; y, en su artículo 10, titulado "Derechos y obligaciones ciudadanos", que el ciudadano, en su relación con las instituciones del Estado, tiene los derechos y deberes establecidos en los artículos 55 y 56 de la Ley 27444, nueva Ley del Procedimiento Administrativo General, sin perjuicio de los demás derechos contenidos en la citada ley.

- **La Ley de Derechos de Participación y Control Ciudadano (Ley 26300).**

- **La Ley de Transparencia y Acceso a la Información (Ley 27806)** establece que cualquier persona puede solicitar la información que posean las entidades del Estado. El funcionario responsable, designado específicamente para tal fin, tiene la obligación de responder en un plazo determinado. La negativa ocasiona las sanciones previstas en la ley.

- **La Ley y el Reglamento de los Derechos de los Usuarios de los Servicios de Salud (Ley 29414 y Decreto Supremo 027-2015-SA, respectivamente)** establecen cinco grupos de derechos: 1) el acceso a los servicios de salud, 2) el acceso a la información, 3) la atención y recuperación de la salud, 4) el consentimiento informado, y 5) la protección de derechos. Esta ley se promulgó en agosto de 2015. Requiere de difusión y de la implementación de sus condiciones de aplicación. Las Iafas e Ipress están obligadas a cumplirla. Susalud tiene atribución para investigar y, de ser el caso, sancionar infracciones a esta ley.

9 La presente sección toma elementos que se detallan en el *Estudio de participación de los asegurados en la reforma de EsSalud*, elaborados también en el marco de la asistencia técnica solicitada por parte de la presidencia ejecutiva de EsSalud al Grupo Banco Mundial (GBM).

- **La Novena Política Nacional de Calidad en Salud** implementa instancias y mecanismos de protección de los derechos de los usuarios de servicios de salud.
- **La Décimo Segunda Política Nacional de Calidad en Salud** orienta la constitución y funcionamiento de instancias y mecanismos de participación y vigilancia ciudadana de la calidad de atención.

2.5.2.2. Situación actual en EsSalud

Como se presentó en la sección 1 del presente documento, EsSalud no es ajena a la desconfianza de los asegurados y a la insatisfacción de los usuarios como sucede en todo el sector de salud peruano. Según la Enssa (2015), el 49,1% de los asegurados desconfía del seguro social, porcentaje que se eleva en las zonas semirrurales. Esta situación describe una tendencia ascendente, y la respuesta institucional no ha sido suficiente para neutralizarla o detenerla. En las últimas décadas, ha habido intentos de cambio en EsSalud, pero su característica principal se ha centrado en mejoras de infraestructura y algunos procesos técnicos. Frecuentemente, el centro de los esfuerzos ha estado en el incremento de la oferta más que en la mejora de los resultados en la salud de los asegurados.

En un resumen acotado, la situación actual de EsSalud se puede describir en términos de sus debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades:

- **Debilidades:** 1) limitada aplicación de los principios de buen gobierno corporativo y falta de autonomía para la asignación presupuestal; 2) personal asistencial insuficiente, mal distribuido y sin incentivos; 3) estándares de producción asistencial inadecuados; débil comunicación interna entre funcionarios y asegurados; y 4) los procesos no se basan en una cultura de resultados y evaluación de desempeño que, además de evitar la enfermedad y aumentar la posibilidad de cura del paciente, sean un medio para valorar al personal en su carrera profesional (Torre, 2016).

- **Amenazas:** 1) posible deterioro del prestigio de la institución ante la sociedad; 2) posible incremento del crédito para los asegurados a las EPS, hecho que reduciría los aportes a EsSalud; y 3) conflictos laborales y huelgas.
- **Fortalezas:** 1) haber recibido certificación ISO 9001 en 2012 en algunos procedimientos de la Oficina de Aseguramiento; 2) contar con profesionales especializados en el desempeño de sus funciones, entre los que se incluye personal médico altamente calificado; y 3) ofrecer servicios de salud desde la capa más simple a la más compleja.
- **Oportunidades:** 1) crecimiento económico más elevado que el promedio latinoamericano y con expectativas de aumento; 2) acciones de reforma y modernización en el sector salud y la seguridad social impulsada por el Estado; 3) creciente interés de inversionistas en APP para el sector salud; 4) mayor disposición para el intercambio de servicios con prestadores de salud públicos y privados, y a través de convenios prestacionales; y 5) avance en tecnologías de información (registros electrónicos de asegurados, sistema de referencia y contrarreferencia, telemedicina, etc.).

Algunas características del modelo de atención actual son las siguientes: hospitalocéntrica, basada en el daño; ineficiente, inequitativo, con débil regulación; financiamiento e incentivos orientados a la producción y no a los resultados sanitarios; mecanismos de pago heterogéneos que se orientan al prestador y no al asegurado. (MTPE & Minsa, 2013).

2.5.2.3. La participación de los asegurados

Una reforma con participación de los usuarios y centrada en resultados para ellos

Una reforma con estas características hace necesario incorporar una visión centrípeta de los cambios en EsSalud, es decir, una que parta de la opinión, intereses y expectativas de los usuarios, y desde allí se aproxime a la institución. Por su parte, EsSalud debe procesar tales elementos en el sentido de modular la elaboración de nuevas respuestas. De hecho, la visión centrípeta propuesta complementaría, ajustaría y orientaría la visión centrífuga hasta ahora predominante. Además, permitiría orientar la mejora de la oferta en función de los resultados, más que centrarse unilateralmente en incrementar el volumen de las prestaciones.

La propuesta general debe considerar la participación efectiva de los asegurados para contribuir a lograr mejores resultados en su salud. La intervención de los asegurados debe darse en el marco del ejercicio efectivo y progresivo de los derechos de los usuarios de los servicios de salud. De este modo, se recuperará progresivamente la confianza de los asegurados y se incrementará la satisfacción de los usuarios. Específicamente, la opinión de los asegurados y usuarios debe servir para dar forma al modelo de atención, la organización de los servicios y el desempeño de las prestaciones de salud. De hecho, será particularmente relevante para la mejora de la atención en los puntos de contacto más frecuentes entre la institución y el usuario, como en el área de otorgamiento de citas, consulta externa, expendio de medicamentos, exámenes auxiliares y emergencia. De esta manera, se responderá a las mayores causas de la desconfianza de los asegurados, como el tiempo de espera (82,4%), el maltrato (45,7%), la negligencia (27,4%) y la corrupción (14,0%) (EsSalud, 2015).

Este objetivo se logrará siempre que la opinión de los usuarios sea recogida sistemática y periódicamente, a través de espacios organizados e institucionalizados o mediante encuestas. Además, debe analizarse la información en espacios donde participen representantes de los usuarios, de las Ipress y de la Iafas. Finalmente, la información debe usarse para la toma de decisiones en los ajustes requeridos y para monitorear los cambios en la evolución de trimestres, semestres y años.

Los usuarios por el éxito de la reforma en EsSalud

Adicionalmente, el importante proceso de separación de funciones en EsSalud entre la Iafas y las Ipress requiere crear, desde el inicio del proceso, condiciones de viabilidad, legitimidad y sostenibilidad para la implementación de la propuesta de reforma. Tres aspectos que no son menores, sino que pueden determinar el éxito del cambio y su continuidad.

La viabilidad implica reducir la resistencia al cambio, ganar consenso al interior y exterior de la institución, y fortalecer alianzas para llevar adelante las acciones de reforma. Entre los agentes involucrados, los asegurados y los usuarios representan el fin de la institución y, si se llegaran a organizar y movilizar a través de espacios y mecanismos institucionalizados de diálogo y acuerdos por la mejora de la atención, su influencia sería un elemento nuevo y decisivo para finalmente lograr las acciones de cambio[10].

10 En este objetivo, las asociaciones de pacientes y sus representantes en instancias de participación, los diálogos periódicos e institucionalizados, así como el uso de las plataformas de atención al usuario, son fundamentales.

La legitimidad debe basarse en el reconocimiento, por parte de la institución, de la opinión, las expectativas y los intereses de los asegurados. Estos elementos deben recogerse en propuestas específicas que se elaboren a partir de consultas periódicas y el funcionamiento de espacios de información sobre las acciones de reforma, así como de coordinación de la participación efectiva de los asegurados. Un aspecto muy importante es la legitimidad entre los asegurados, usuarios y ciudadanía, debido a los buenos resultados en la atención que se lograrían con la contribución de los asegurados y usuarios. Las acciones para lograr legitimidad de las políticas, programas y proyectos en EsSalud son un elemento complementario a la propuesta técnica para no hacer más de lo mismo, que es decisivo para su éxito.

¿Cómo la participación de los asegurados hace la diferencia para mejorar los servicios de salud e instaurar la reforma en EsSalud con respaldo de los usuarios?

¿Por qué la participación de los usuarios?

- Razón legal: están vigentes normas legales como leyes, decretos supremos, resoluciones ministeriales, entre otras. Su incumplimiento puede ameritar una sanción.
- Razón técnica: A. Donabedian (2002)[11] afirma que el papel del usuario es el de reformador de la atención sanitaria: 1) como coproductor de la atención de salud, y 2) como vehículo de control de la atención. Los usuarios pueden representar una fuerza transformadora.
- Razón política: hay desconfianza del ciudadano en las instituciones y del asegurado en EsSalud. Se requiere ganar legitimidad mediante la modernización de la atención a los asegurados y contribuir a la gobernanza de EsSalud. La carencia de gobernanza está llevando al conflicto entre prestadores y usuarios.
- Razón histórica: hasta ahora, la participación de los asegurados en EsSalud es parcial, subordinada, colaborativa y poco legítima. Se requiere recoger las experiencias de participación actualmente existentes, así como redimensionarla, extenderla y encauzarla hacia un acuerdo por los resultados en la mejora de la salud de los asegurados.

¿Para qué la participación?

- Mejorar la disponibilidad, aceptabilidad, accesibilidad y calidad de servicios, que constituyen indicadores de la Comisión de Derechos Económicos y Sociales de la ONU.
- Incrementar progresivamente el ejercicio de los derechos y deberes establecidos en la ley peruana.
- Lograr viabilidad, legitimidad y sostenibilidad del proceso de reforma en EsSalud.
- Mejorar la confianza del asegurado en la prestación de servicios y en la gestión del aseguramiento mediante la transparencia y rendición de cuentas.
- Incrementar la satisfacción de usuarios.

Para ello, se requiere: 1) elaborar una línea de base, 2) institucionalizar un proceso de evaluación participativa, 3) colectar información local por cada Ipress, 4) elaborar semestralmente un *ranking* de satisfacción y ejercicio de derechos y deberes por cada Ipress, 5) realizar una evaluación anual, y, finalmente, 6) ejecutar acuerdos y obtener resultados.

11 La contribución del cliente en la promoción de la atención de calidad. Vicki Doyle, Escuela de Medicina Tropical de Liverpool, 2002.

Objetivos

Los objetivos de la presente propuesta son los siguientes:

- Proponer arreglos institucionales mínimos y condiciones necesarias para la participación efectiva de los asegurados en la instauración y mantenimiento de la reforma.
- Formular estrategias, metodologías y herramientas para la participación de los asegurados en espacios y mecanismos institucionales de EsSalud con el propósito de aportar en la mejora de los servicios de salud en el marco de la reforma en EsSalud.
- Formular políticas, lineamientos y estrategias de participación de asegurados para construir legitimidad y viabilidad al proceso de reforma, así como contribuir a su sostenibilidad.

¿Qué se debe hacer?

- Instaurar, en la Iafas, la participación de los asegurados como parte de un proceso de dirección (gestión de los usuarios).
- Establecer como una función de la Iafas la evaluación, con participación de los asegurados, de la atención de salud (recuperativa, preventiva y de promoción) en las Ipress y del buen uso de los recursos (eficiencia y transparencia) en la Iafas.
- Designar a la Gerencia de Atención al Asegurado como una secretaría técnica para conducir la implementación de un sistema de participación del asegurado (Sipase).
- Introducir, en los documentos contractuales, la obligación de las Ipress de contar con mecanismos y espacios institucionalizados de participación de los usuarios asegurados, y la de la Iafas/Ugipress de brindar asistencia técnica para su implementación.
- Conseguir que la Iafas/Ugipress promueva la organización de los asegurados en una asociación autónoma que establezca un acuerdo de cooperación con ella misma bajo un plan anual de mejora de la atención de salud, la eficiencia y la trasparencia en el uso de los recursos.
- Lograr que la Iafas/Ugipress y las Ipress incentiven la organización de los asegurados y que lo hagan invitando a las organizaciones de usuarios y asegurados ya existentes a participar en el Sipase.
- Garantizar que los asegurados no organizados cuenten con estrategias y mecanismos adaptados para participar con garantía de imparcialidad y transparencia.
- Establecer la política de participación del asegurado y difundirla masiva y sistemáticamente entre los prestadores, usuarios y aseguradores, garantizando la existencia de medios de verificación de su entendimiento. Se trata de una relación de cooperación entre instancias con autonomía: por un lado, la institución y, por otro, los usuarios organizados. No hay relación de subordinación sino de acuerdo para lograr resultados en el que cada parte contribuye según su rol. El objetivo es dual y complementario: la mejora de la atención de salud y el ejercicio efectivo de los derechos y deberes en salud.

¿Cómo debe ser la participación?

Los alcances de la propuesta

Los alcances de la participación de los usuarios en los servicios de salud para esta propuesta pueden ser los siguientes:

a. Participación en la planificación y evaluación de los servicios de salud

1. Gestión compartida de los planes de mejora de la atención de salud
2. Control de los servicios de salud
3. Control de la eficiencia y la transparencia del uso de recursos

Los objetivos de la participación para lograr cambios positivos en la situación de salud de los asegurados son los siguientes:

b. Reducir la incidencia de enfermedades en los asegurados: prevenir enfermedades mediante el involucramiento en programas de prevención. Articular, coordinar y conducir los programas de prevención actualmente vigentes, para hacerlos parte del sistema de participación de los asegurados. Organizar nuevos programas de prevención sobre la base de las lecciones aprendidas de los programas existentes y según las características del perfil epidemiológico de la población asegurada.

c. Reducir la siniestralidad: adicionalmente al objetivo de prevenir enfermedades, se adaptarán los programas preventivos para incluir conceptos de promoción de estilos de vida saludables con el propósito de conseguir el más alto nivel posible de salud de los asegurados.

d. Control social de la calidad de los servicios de salud: a través de la evaluación participativa y acción de respuesta participativa de las Ipress en espacios de la provisión de servicios de salud.

e. Control social de la eficiencia y transparencia del uso de los recursos: el mecanismo previsto será las acciones de rendición de cuentas que se planificarán cada semestre y cada año bajo responsabilidad de cumplimiento del marco legal específico para este caso: 1) de la Iafas a los asegurados y 2) de las Ipress a la Iafas con participación de los asegurados.

f. Ejercicio de derechos y deberes de los usuarios de los servicios de salud.

g. Viabilidad, legitimidad y sostenibilidad del proceso de reforma y separación de funciones, como medir el cumplimiento de los objetivos:

- Reducir enfermedades: indicadores trazadores de morbimortalidad.
- Reducir siniestralidad: indicadores de siniestralidad.
- Control social de la calidad: indicadores trazadores de calidad de las prestaciones e indicadores de satisfacción del usuario.
- Control social de la eficiencia y transparencia.

Actividades clave

- Recojo de información. Lograr una incorporación efectiva de la opinión, las expectativas y los intereses del usuario y del asegurado hace necesario organizar, articular y ordenar las encuestas y otras técnicas de recojo de información como parte de una política de escucha del asegurado y del usuario, así como convertir los datos obtenidos en insumo para la toma de decisiones. Tales elementos deben tener un marco legal claro que otorgue seguridad jurídica a los funcionarios y puedan usarse como un elemento para la toma de decisiones.

- Elaborar planes de mejora concertados entre Ipress y usuarios. En el caso de los usuarios ya organizados, se propone consensuar un plan de mejora entre la Ipress y la organización de usuarios. Ello debe hacerse en el marco de una asociación de partes con el objetivo de una cooperación mutua que se base en la información local y específica. Esta lógica debe superar la participación subordinada y colaborativa, solo para responder encuestas o ejecutar políticas y planes diseñados desde la institución.

- Elaborar un acuerdo de gestión compartida priorizada. En el caso de los usuarios organizados, las partes de la referida asociación en el escenario de aseguramiento son la Iafas y los usuarios organizados, y, en el escenario de las prestaciones de salud, cada una de las Ipress y la organización de usuarios en cada una de ellas. La asociación de partes se expresa en un instrumento de gestión compartida para obtener resultados en la mejora tanto del aseguramiento por parte de la Iafas como de la prestación de servicios por parte las Ipress.

- Inventariar las organizaciones de asegurados. Un requisito es poner en valor a los usuarios. Producir un inventario de cuántas organizaciones de usuarios hay actualmente en EsSalud y registrar su contribución y su potencial para contribuir en la reforma. Además, debe consignarse su opinión sobre la atención de salud y sus propuestas para mejorar la atención, entre otros.

- Ajustar el acuerdo de gestión compartida al marco legal vigente y experiencias exitosas. La propuesta del cómo debe ser la participación se basa en: 1) el marco normativo de cumplimiento obligatorio sobre derechos de los usuarios, 2) las experiencias en los ámbitos nacional e internacional, y 3) las experiencias de organización de usuarios en EsSalud y los objetivos que se quieren alcanzar.

2.5.2.4. Organización de la participación ciudadana en EsSalud. Unidad responsable de la participación de los asegurados

La Iafas es la responsable de conducir la política de participación de los asegurados. A ella le corresponde el compromiso y no a las Ipress, en tanto garante de la protección financiera ofrecida a los asegurados a cambio de su aporte y de su empleador. La aplicación de una política, el establecimiento de procesos y la organización de usuarios de las Ipress formarán parte de las obligaciones contractuales de las Ipress para con la Iafas/Ugipress.

Las Ipress, por su parte, abrirán espacios institucionalizados de diálogo con los usuarios asegurados en cada red prestacional. Ello hace necesario adaptar las funciones de una oficina que podría constituirse sobre la base de la actual gerencia de atención al asegurado de EsSalud. Esta última debería constituirse en una secretaría técnica

para la organización de la participación de los usuarios y asegurados bajo un enfoque de centrípeto (de los asegurados y usuarios hacia la Iafas).

Por el lado de los usuarios y asegurados, se fortalecerán las organizaciones existentes mediante: 1) capacitaciones y 2) el intercambio de experiencias dentro y fuera de EsSalud. Se articularán las diferentes organizaciones en un Sipase.

Susalud supervisará y brindará seguimiento a la participación de los asegurados a través de la Intendencia de Promoción de Derechos (IPROM), articulando el Sipase de EsSalud a las juntas de usuarios organizadas por Susalud.

Condiciones necesarias para la participación de los asegurados

En principio, se requiere de una decisión política del más alto nivel, es decir, del directorio de EsSalud. Además, esta debe enmarcarse en un consenso político multipartidario en relación con la introducción de la participación de los usuarios en la gestión de EsSalud. Esta medida debe concebirse como una alternativa innovadora para conseguir los objetivos de la reforma.

Se debe enfatizar que, al contrario del entendimiento generalmente argüido y aceptado, las metas no se alcanzarán únicamente, ni principalmente, con asignación de presupuesto. Esta última es una condición necesaria pero no suficiente para lograr los objetivos y metas. Son muchos los ejemplos actuales de falta de ejecución presupuestal de múltiples unidades ejecutoras a causa de una débil capacidad de gestión. De allí se deriva la importancia del perfil del equipo central y de la existencia de un plan realista, con metas definidas, que sustente la asignación presupuestal.

Adicionalmente, existen condiciones particularmente importantes para la implementación, que son las siguientes:

a. **Generación de competencias en los actores:** entendiendo que una competencia incluye el desarrollo de conocimientos y herramientas para aplicar tales conocimientos, así como la adopción de actitudes de cambio, los actores de todos los niveles requieren generar o fortalecer competencias para las acciones de mejora de la atención de la salud con participación comunitaria. Ello requiere elaborar un plan de mejora de las competencias por actores y niveles según el rol funcional en la implementación de la reforma.

b. **Disponibilidad y uso de mecanismos de participación:** una condición básica para la implementación de la validación comunitaria es la creación/adaptación o consolidación de mecanismos de participación en las diferentes instancias y niveles de la Iafas y las Ipress. Su existencia y funcionamiento es condición necesaria, aunque no suficiente, para la participación efectiva. Por ello, se debe diseñar estrategias, metodologías y herramientas para el uso efectivo de los actores participantes. Lo ideal es llegar al nivel de cogestión en el proceso de participación, y eso incluye y resume algún grado de información, consulta y control.

c. **Monitoreo y supervisión:** desde el más alto nivel de conducción, es decir, desde el equipo central, de modo que tenga autoridad técnica y administrativa, y promueva decididamente la participación regulada de los asegurados, un monitoreo y evaluación participativa para afirmar la transparencia y legitimidad de esta reforma, y la calidad de la atención de salud. Esta es una condición muy necesaria para asegurar los avances y el logro de las metas del plan.

d. **Reconocimiento y sanciones:** además del presupuesto y el plan, es necesario introducir elementos de sujeto-principal, es decir, acciones o incentivos que promuevan que el personal de EsSalud y los prestadores actúen en favor de los intereses de los usuarios en todas las dimensiones. El enfoque predominante debe ser de motivación a los actores y debe concretarse a través de la aplicación de reconocimientos por los avances y resultados del plan de participación, aunque también deben establecerse sanciones para las faltas que se cometan. Hace falta otorgar la atribución de conducir claramente las sanciones al equipo central, que debe articular acciones con Susalud. Por ello, es importante aprobar un protocolo de reconocimientos y sanciones, que defina la tipificación de ambos casos: reconocimiento y sanciones.

Arreglos institucionales mínimos

a. **Instalación de una instancia (equipo) nacional** para la conducción técnica y la gestión general, incluida la gobernanza de la política y organización de los asegurados. Sería conveniente darle el rango de subgerencia o instancia con autoridad, en la medida en que se implementen mecanismos de articulación, monitoreo y evaluación, y eventualmente sanciones. Tal institución debería ser el referente nacional para las autoridades en el ámbito subnacional.

b. **Norma específica, plan nacional y presupuesto.** Se debe desarrollar un mandato político (promulgación de instrumento legal) que abarque desde el ámbito nacional hasta los ámbitos regional y local. Además, se debe aprobar un plan nacional de participación de los asegurados y presupuesto según los resultados o metas comprometidas.

c. **Plan de información a los asegurados.** Se deben diseñar mecanismos, metodologías y herramientas efectivas para que los asegurados conozcan las diversas prestaciones que oferta el seguro. Además, se le debe insertar como un instrumento de aprobación anual por el directorio.

2.5.3. Sistema de información: una solución de inteligencia de negocios (BI) aplicada a los datos prestacionales de las Ipress[12]

¿Por qué es importante construir un sistema de información efectivo?

La construcción de un sistema de información es esencial para la Iafas y Ugipress. Los beneficios que puede aportar el uso de un sistema de información adecuado en EsSalud es inmenso. Por ejemplo, ofrece apoyo en la toma de decisiones administrativas para la entidad, y eso se espera que se refleje en la mejora de la cadena de abastecimiento de medicamentos e insumos, en el mejor manejo de los tiempos de espera y consultas, en la planeación de escenarios de inversión y en el monitoreo del desempeño del personal y de las redes de salud. Si bien las inversiones en sistemas de información tienen el inconveniente de que toman mucho tiempo durante su implementación o generan resistencia al cambio por parte de los usuarios internos o limitaciones técnicas de adopción de *hardware* o *software* en una organización completa y poco articulada como EsSalud de hoy,

12 La presente sección toma elementos que se detallan en el estudio de implementación de una solución de inteligencia de negocios (BI) aplicada a los datos prestacionales de las Ipress, elaborado en el marco de la asistencia técnica solicitada por parte de la presidencia ejecutiva de EsSalud al Grupo Banco Mundial (GBM).

es claro que iniciar un proceso de inversión a 10 años para centralizar la información en la Iafas y Ugipress de EsSalud es tarea prioritaria como condición necesaria para administrar el portafolio de riesgos, auditar facturas de servicios y monitorear el desempeño de los proveedores. Se requiere de una inversión de nuevos recursos, actualmente, no disponibles en EsSalud y, por tanto, de la preparación de un proyecto con apoyo financiero y técnico externo.

De acuerdo con un estudio publicado por la OCDE (2010), la implementación de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) en la atención clínica ha demostrado ser una tarea muy difícil. Los casos de seis países de la OCDE —Australia, Canadá, Holanda, España, Suecia y Estados Unidos— presentados en el estudio permiten identificar las oportunidades que ofrecen las TIC para aumentar la eficiencia y la calidad de la atención en salud.

Los estudios de caso ilustran que las TIC pueden realizar mejoras significativas en la prestación de atención médica mediante las decisiones basadas en la evidencia, la prevención de la duplicación y la ineficiencia en la prestación de la atención clínica. Asimismo, revelan que las TIC son fundamentales en los esfuerzos por reorganizar la atención clínica para enfrentar los nuevos desafíos del manejo de enfermedades crónicas y que, en este sentido, permiten una mayor integración entre la atención primaria y especializada. Además, se resalta que los registros de salud electrónicos brindan un nuevo esquema para mejorar los informes y la evaluación de la calidad clínica. Sin embargo, para lograr dichas ganancias en la eficiencia se destaca lo siguiente:

- **El rol de los incentivos:** cumplen un rol fundamental en la motivación para guiar la implementación y el uso efectivo. Un problema que inhibe la adopción de las TIC es cómo se distribuyen los costos, puesto que los que se benefician de un mayor uso de las TIC a menudo no son los que soportan los costos de la adopción.
- **La privacidad y uso de datos:** la protección adecuada de la privacidad debe incorporarse desde el principio en el diseño de los sistemas y políticas de TIC para la salud, ya que a menudo es difícil o imposible introducir protecciones de privacidad efectivas de manera retroactiva.
- **El intercambio de información:** el intercambio efectivo de información médica en todo el sistema continúa siendo logísticamente difícil. Si bien los prestadores de salud tienen un acceso a un número cada vez mayor de productos de tecnología de la información, sus sistemas a menudo no pueden comunicarse entre sí, y eso disminuye las ganancias potenciales de compartir información. Además, los proyectos se inician, con demasiada frecuencia, sin claridad en las necesidades de información por parte de los sistemas que se crean. Esta falta de gobierno también se refleja en la ausencia de sistemas de monitoreo confiables para determinar la efectividad de las inversiones en TIC.

En este sentido, la implementación de las TIC requiere alinear los incentivos, rediseñar la prestación de servicios e integrar a los proveedores en una cultura común, comprometida con la calidad de la atención. Por esta cultura, los objetivos de las TIC se alinean con los objetivos más amplios del sistema de salud. Cuando todos estos componentes están en su lugar, es posible encontrar ganancias reales en el rendimiento, como mejores resultados a menores costos.

2.5.3.1. Identificación del problema

Actualmente, la institución enfrenta una demanda de información por parte de los usuarios internos y externos. La falta de información para la gestión y toma de decisiones es una problemática existente. En parte, lo expuesto es consecuencia de las deficiencias del procedimiento que norma la gestión de la información estadística para EsSalud, ya que no define mecanismos de consolidación de datos transaccionales y controles de calidad, que son tareas importantes para tener gobernanza en la información y optimizar y gestionar el servicio de atención de solicitudes. Si no se dispone de datos transaccionales consolidados de los servicios asistenciales, entonces es imposible la construcción de un *datawarehouse* o *datamarts*; y, en consecuencia, la implementación de una solución de inteligencia de negocios (BI) en EsSalud.

Las Ipress propias de EsSalud disponen de tres sistemas de información para el registro de la producción asistencial: 1) el sistema de gestión hospitalaria (SGH), 2) el sistema de información de salud para centros de atención primaria (Siscap), y 3) el sistema de gestión de servicios de salud (SGSS). El primero aplica para todos los niveles de atención, es de entorno *desktop* (local) y no utiliza motor de base de datos sino tablas DBF. El segundo es exclusivo para el nivel 1, es de entorno WEB (o en línea) y utiliza motor de base de datos Oracle 11G. El tercero aplica para todos los niveles de atención, es de entorno WEB (o en línea) y utiliza motor de base de datos Oracle 10G. Este análisis nos permite identificar las fuentes de datos prestacionales y conocer en qué condiciones se encuentran, a fin de plantear las estrategias que conduzcan a su integración.

Otro factor que limita los procedimientos de integración de datos es la falta de homologación o estandarización de códigos de los catálogos que usan los actuales sistemas de información. Los catálogos por estandarizar son los siguientes: 1) procedimientos médicos CPT, 2) unidades productoras de servicios de salud (UPSS), 3) actividades y subactividades asistenciales, y 4) productos farmacéuticos.

2.5.3.2. La propuesta de solución

Implementar una solución de BI permitirá aplicar procedimientos y herramientas tecnológicas capaces de estructurar, validar y atender oportunamente las necesidades de información. Para ello, se necesita un cambio en el actual modelo aplicado para gestionar la información prestacional de las Ipress de EsSalud:

- Estandarizar los catálogos o tablas maestras, ya que actualmente no están homologados dentro de las aplicaciones.
- Desplegar una estrategia que permita la integración de los datos transaccionales que se registran en el nivel operativo de las Ipress, pues hacerlo garantizará accesibilidad a nuevas variables. Se podrá soportar, en gran medida, la variedad de mediciones de impacto de la gestión hospitalaria.
- Implementar reglas de validación y consistencia de datos que garanticen su calidad.
- Construir un *datawarehouse* (o repositorio de datos) que contenga todas las estructuras de datos necesarias para responder a las necesidades de información.

Las etapas que deben considerar para llegar a la solución

Desde la perspectiva del proceso de la gestión de la información, se requiere seguir los siguientes pasos:

a. Estandarizar datos

Los catálogos no están homologados. Por ello, es necesario que se disponga de un marco normativo para la implementación de catálogos actualizados en las aplicaciones, conforme a los códigos de identificaciones estándar de datos en salud y conforme lo dispone las normas técnicas del Minsa. Esta normalización servirá también para el intercambio electrónico de datos con otras entidades demandantes de información.

Los catálogos por estandarizar son los siguientes:

- Procedimientos médicos CPT
- Unidad productora de servicios de salud
- Actividades y subactividades asistenciales
- Productos farmacéuticos

Se debe considerar que la trazabilidad de los datos históricos hace necesario elaborar tablas de equivalencias para cada catálogo. Luego de disponer la estandarización de datos, se deberá implementar un procedimiento de actualización de catálogos en los sistemas de información.

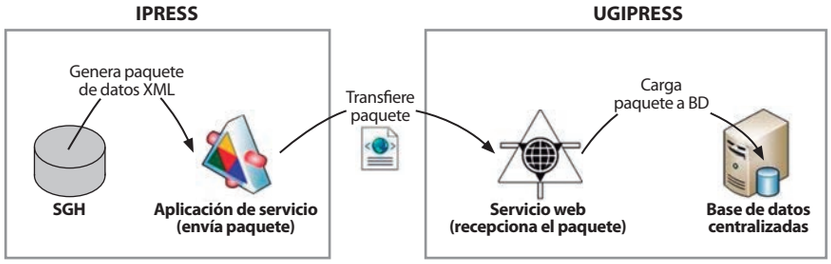
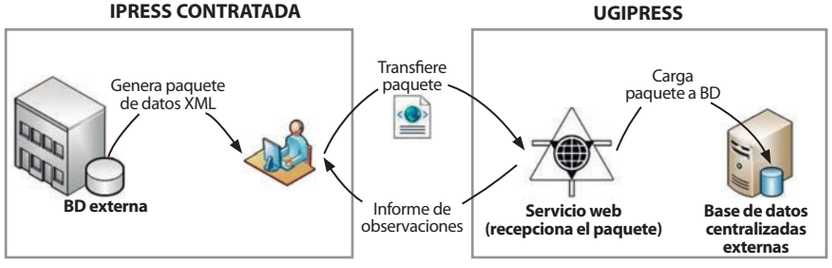
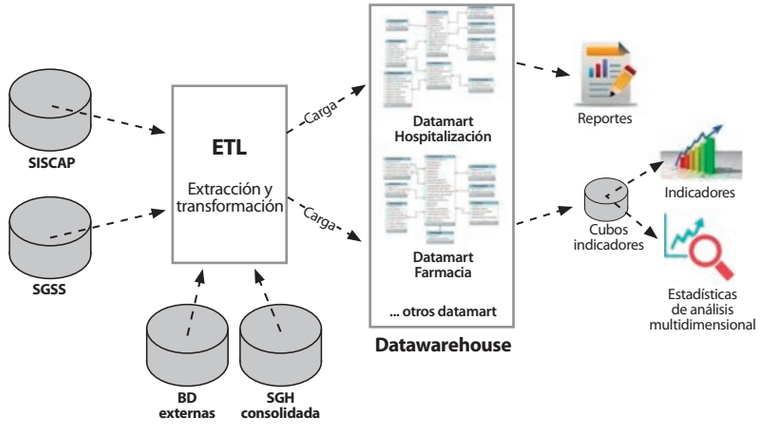
b. Definir el dominio de datos

Se deben definir las variables y las métricas que permitirán diseñar la estructura de las bases de datos de los *datamarts* y *datawarehouse*. Estas deberán responder a las necesidades de información de cada unidad prestadora de servicios de salud (UPSS) y demás unidades decisoras.

El análisis deberá considerar las necesidades de indicadores y reportes considerando los datos disponibles de los sistemas transaccionales. El modelamiento de estos dominios deberá proponer el *matching* de varias tablas transaccionales para tener mejores resultados analíticos.

c. Integración de datos

Figura 23. Integración de datos Siscap, SGSS, SGH y base de datos de Ipress contratadas

Bases de datos	Esquema de implementación
SGH Las bases de datos del SGH requieren de un proceso de consolidación de datos que permita cargar la información hacia una base datos centralizada (Ugipress).	Implementar una aplicación que genere y transfiera paquetes de datos XML diariamente de manera automática a la Ugipress. En la Ugipress, un servicio web recepcionará y cargará los paquetes a la base de datos centralizada. El proceso de consolidación deberá transferir la información del SGH diariamente a través de los enlaces dedicados con los que cuentan actualmente las Ipress. 
Ipress contratadas En las bases de datos de las Ipress contratadas, se propone aplicar un proceso de consolidación de datos basada en la transferencia de paquetes de datos XML, según el dominio de datos prestacionales propuesto.	La Ipress contratada debe generar un paquete de datos XML (según el dominio de datos) y transferirlo al servicio web de la Ugipress. El servicio web implementado en la Ugipress cargará los paquetes de datos XML a la base de datos centralizada. El proceso de consolidación deberá contemplar la validación de datos con el fin de asegurar la calidad de la información. 
SISCAP y SGSS	Las bases de datos de los sistemas web Siscap y SGSS, por su tipo de arquitectura centralizada, almacenan la información en una sola base de datos. Por consiguiente, la información de las Ipress que registran en Siscap y SGSS se encuentra consolidada y accesible para su extracción hacia el *datawarehouse*.  Finalmente, las bases de datos del SGH y otras externas se integrarán en el modelo del *datawarehouse*.

d. Proceso de extracción y transformación de datos prestacionales

Disponibles las bases de datos de los sistemas SGH, SISCAP y SGSS, se inicia el proceso de extracción y transformación de los datos para ser cargados a los *datamarts*. Para ello, se plantea aplicar los siguientes pasos:

Extracción

1. Elegir dimensiones a cargar según dominio de datos: consiste en seleccionar el grupo de dimensiones y tablas de hechos que se priorizaran para la carga. La elección se realizará según el dominio de datos prestacionales especificados en el punto de "Definición de dominio de datos".

2. Identificar tablas fuente: consiste en buscar e identificar las tablas en las bases de datos transaccionales de los sistemas SGH, SISCAP y SGSS. Esta operación se realizará según el *datamart* elegido e inventariando y describiendo cada tabla.

Transformación

3. Estandarizar y depurar datos: consiste en definir la estructura de la tabla intermedia donde se cargarán los datos de las tablas fuente identificadas. Previamente se deberán depurar o formatear los datos según corresponda.

4. Cargar en tabla destino: una vez acumulada toda la información en la tabla intermedia, se debe realizar la carga a la tabla del *datamart*, según corresponda.

2.5.3.3. Indicadores de gestión y evaluación hospitalaria

La etapa del modelamiento conceptual del dominio de datos es importante para la construcción del *datawarehouse* y *datamarts*. Esta etapa permite el diseño de una estructura de datos capaz de responder a las necesidades de información derivadas de los continuos cambios de las normas técnicas del sector salud y de adaptarse a cualquier entorno analítico. La siguiente matriz es resultado de la propuesta planteada:

Tabla 2. Matriz de principales datos estadísticos e indicadores de gestión y evaluación hospitalaria

Ámbito	Indicador/reporte
Demanda	1. Cobertura poblacional (probabilidad de uso) 2. Características de la población asegurada acreditada
	3. Estadísticas persona atendida 4. Características de la población que demanda servicios de salud
	5. Estadísticas de casos clínicos: 6. Morbilidad 7. Mortalidad 8. Prevalencia de enfermedades 9. Incidencia de enfermedades 10. Reporte de notificaciones de vigilancia epidemiológica según lo dispuesto en las normas técnicas del Minsa
Oferta	11. Indicadores de gestión hospitalaria: 12. Diferimiento en días de citas en consulta externa 13. Productividad hora/médico 14. Porcentaje de ocupación de cama hospitalaria 15. Intervalo de sustitución cama 16. Rendimiento cama 17. Porcentaje de cirugías suspendidas 18. Porcentaje de pacientes en sala de observación con estancia mayor a 24 horas 19. Promedio de permanencia en UCI
Riesgos del prestador	20. Número de referencias realizadas 21. Porcentaje de contrarreferencias 22. Perfil epidemiológico de pacientes referidos
Costos	23. Costos unitarios (C. U.) en salud: 24. C. U. por asegurado 25. C. U. por atendido 26. C. U. por atención 27. C. U. por diagnóstico 28. C. U. por procedimiento 29. Costos totales (C. T.) en salud: 30. C. T. de prestaciones preventivas 31. C. T. de prestaciones recuperativas 32. C. T. de medicamentos 33. C. T. por Ipress 34. C. T. por plan de salud 35. C. T. por LEAC/Learh (enfermedades de alto costo y enfermedades raras y huérfanas)
Ámbito de impacto	36. Tasa neta de mortalidad hospitalaria 37. Porcentaje de cesáreas 38. Tasa de mortalidad perinatal 39. Mortalidad neonatal precoz 40. Mortalidad materna

Fuente: Elaboración propia.

2.5.3.4. Conclusiones y recomendaciones

El detalle de las conclusiones y del mecanismo de implementación del sistema aludido en la presente sección se detalla en el documento de implementación de la solución de inteligencia de negocios (BI) aplicada a los datos prestacionales de las Ipress. Algunos de los puntos más resaltantes a trabajar son los siguientes:

Conclusiones

- El flujo de la información estadística de prestaciones de salud de las Ipress de EsSalud (propias y contratadas) está soportado por el Sistema Estadístico de Salud (SES), que presenta un limitado nivel dimensional y de granularidad de datos. Esta característica dificulta la capacidad de responder oportunamente ante nuevos requerimientos de información.
- El SES tiene deficiencias en el proceso de control de calidad de los datos consignados porque no dispone de mecanismos de limpieza automatizados.
- Existen tres sistemas transaccionales usados por las Ipress: Siscap, SGSS de entorno web y el SGH plataforma *desktop*. No se dispone de procedimientos de centralización de las bases de datos del SGH.
- Se carece de una estandarización de códigos para los catálogos de identificadores de datos en salud.

Recomendaciones

- Implementar una solución de inteligencia de negocios (BI) aplicada a los datos prestacionales de las Ipress. Ello implica cambiar el proceso actual del flujo de información prestacional de EsSalud e iniciar una etapa de entrenamiento nuevo al personal encargado de los sistemas de información.
- Implementar un proceso de consolidación de las bases de datos del SGH.
- Estandarizar los códigos de los catálogos de identificadores de datos en salud.
- Se debe utilizar la información para generar un sistema de incentivos y motivación para el personal basado en resultados.

2.6. La Institución de Administración de Fondos de Aseguramiento en Salud

2.6.1. Análisis del estado actual

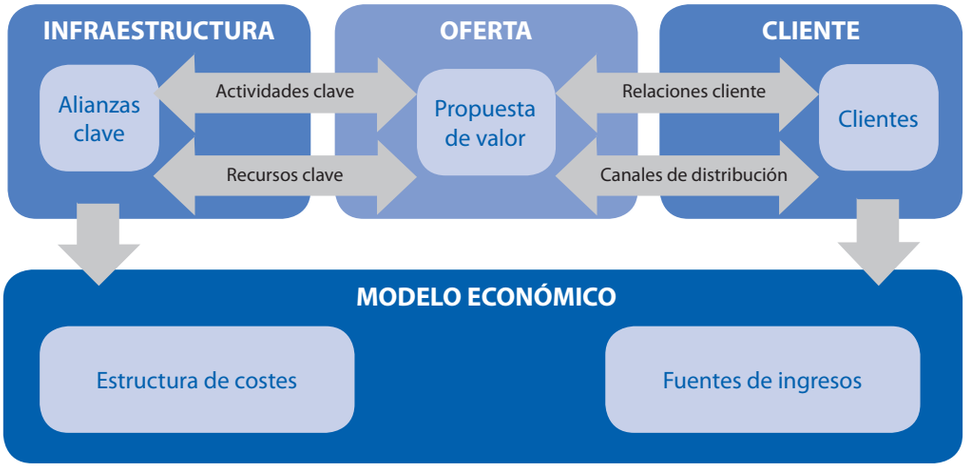
Las **Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud** (Iafas) son aquellas entidades o empresas públicas, privadas o mixtas, creadas o por crearse, que reciban, capten o gestionen fondos para la cobertura de las atenciones de salud, o que oferten cobertura de riesgos de salud, bajo cualquier modalidad.

El Plan Maestro de EsSalud 2013-2021 recomienda que la progresiva diferenciación de los roles de aseguramiento, financiamiento y prestación se produzcan junto con la clarificación del modelo organizacional que EsSalud pretende llevar a cabo para cumplir su misión y visión institucionales. Este esfuerzo deberá incluir la determinación de los macroprocesos, así como la elaboración del mapa de procesos de la entidad, de modo que sea posible visualizar como los servicios se convierten en valor público para los ciudadanos (EsSalud, 2016, p. 44). En 2014, la Gerencia de Organización y Procesos de la Gerencia de Planeamiento y Desarrollo propone los "Lineamientos para la Gestión por Procesos del Seguro Social de Salud, EsSalud", comprendidos en la Directiva 09-GG-ESSALUD 2014, aprobada por Resolución de Gerencia General 737-GG-ESSALUD-2014.

La separación de funciones que se implementará en EsSalud para mejorar la eficacia de los servicios, con eficiencia del empleo de recursos de los asegurados (regulares y potestativos), requiere la definición de un modelo de operación que garantice elevar los niveles de calidad del aseguramiento y, por ende, los servicios de salud. La Iafas-EsSalud, como un seguro público y con población con aseguramiento mandatorio, requiere organizarse con un conjunto de mecanismos de gobernanza que hagan que la entidad rinda cuentas de su desempeño. Este objetivo debe incluir información acerca de aspectos como la forma en que son elegidos los miembros de su directorio, la manera en que se auditan y supervisan los contratos con los proveedores, los mecanismos de pagos, la definición del plan de beneficios y las tasas de contribución. La opción de ampliar cobertura de seguros potestativos debe analizarse con preocupación, dado que existe evidencia internacional de que los seguros voluntarios de salud no funcionan. Si fuera así, el hecho de que la organización dedique esfuerzos en esta dirección (es decir, en diseñar y comercializar seguros potestativos) pareciera no agregar valor.

Como encargada del aseguramiento en salud, la Iafas-EsSalud debe gestionar los recursos para la protección ante el riesgo financiero derivado del riesgo de enfermar y representar al asegurado frente al prestador de servicios de salud. En esta medida, el modelo de organización y operación de la Iafas debe considerar relaciones internas y externas ágiles con las unidades y organizaciones proveedoras de servicios, especialmente con las Ipress-EsSalud. Para analizar y graficar el modelo de negocio, a partir del cual se deriva la organización y los procesos de la institución, se empleará el modelo Canvas, que de manera resumida muestra los principales componentes del negocio.

Figura 24. El modelo Canvas



Fuente: Elaboración propia.

El modelo Canvas está conformado por nueve componentes que representan cómo se puede gestionar una organización. En ese sentido, la situación actual de EsSalud como aseguradora, a través de su Gerencia Central de Aseguramiento y algunas otras unidades de la institución, se podrá analizar sobre la base del mismo método de modelamiento, que servirá luego para formular una propuesta para la Iafas-EsSalud.

En primer lugar, se explorará cada componente en relación con su estado actual en EsSalud y desde el enfoque del asegurador. En otras palabras, se evaluará a EsSalud como organización aseguradora. Con este objetivo, se ha contemplado una serie de preguntas que serán valoradas para determinar si existe fortalezas o debilidades organizacionales mediante la siguiente escala (Bogotá Innova, 2011):

- **Fortalezas altas:** son las de mayor nivel y se sustentan en capacidades distintivas para la generación de valor.
- **Fortalezas medias:** son las que están en consolidación y apoyan el proceso de generación de valor.
- **Fortalezas bajas:** son las que están en un nivel básico y requieren trabajo y esfuerzo permanente para su consolidación.
- **Debilidades bajas:** son las debilidades que no representan grandes limitaciones para generar valor.
- **Debilidades medias:** son las debilidades que presentan un problema presente, y que, por tanto, desfavorecen la generación de valor.
- **Debilidades altas:** son las debilidades en estado crítico, las que limitan de manera significativa la generación de valor.

Como resultado de este ejercicio, se determinará qué aspectos son los que requieren mejoras más importantes. De este modo, el modelo de negocio que se proponga incidirá en ellos con especial énfasis. El objetivo es lograr una organización eficiente y eficaz, que permita una transición efectiva hacia la separación de funciones de la entidad.

2.6.2. Evaluación de los componentes claves de la lafas-EsSalud

A continuación, se muestra la evaluación de cada componente para la actual organización que opera como aseguradora de EsSalud y que está conformada por la Gerencia Central de Aseguramiento y otras unidades organizacionales de EsSalud relacionadas.

El servicio de aseguramiento se enmarca en varios productos actualmente ofrecidos. Los tres primeros son seguros y el cuarto es el pago por un siniestro ocurrido, diferencia que requiere un tratamiento particular dentro del modelo de negocio que se propondrá:

a. Seguro de salud
   - Seguro complementario de trabajo de riesgo
   - Seguro de vida
   - Prestaciones económicas

En la medida en que el principal producto es el seguro de salud, a continuación se presentan los criterios, puntuaciones y resultados de la evaluación de la situación actual de dicho seguro.

2.6.2.1. Propuesta de valor

Preguntas:

- ¿Qué ofrece a sus clientes en términos de productos o servicios?
- ¿Cuáles son aquellas cosas por las que pagan sus clientes?
- ¿Por qué los clientes vienen a la empresa?
- ¿En qué se diferencia su oferta de la de otros competidores?

Tabla 3

Elementos	Valoración					
	Debilidad			Fortaleza		
	A	M	B	B	M	A
Nivel de diferenciación de los productos o servicios	×					
Calidad de los productos o servicios	×					
Desarrollo o mejoramiento de los productos o servicios				×		

Fuente: Elaboración propia.

El valor de los productos o servicios que la entidad ofrece es determinado por la apreciación de los asegurados, que son sus clientes. Características particulares del servicio que denotan calidad para el cliente son elementos

de diferenciación en el sector. No obstante, los servicios actuales de la aseguradora de EsSalud se hacen invisibles para el usuario, que únicamente percibe los de la prestación, hecho que resulta una debilidad. Este es un problema que impide la calificación, así como también constituye un limitante para la generación de valor. En la práctica, los productos y servicios actuales son la única alternativa para los asegurados regulares y, como el aporte es obligatorio, ellos no exploran otras opciones en el mercado.

Además, la inexistencia de seguimiento y control de las prestaciones de salud en términos de impacto o resultados en la población asegurada hace que el diseño de planes de seguros sea prácticamente nulo. No se dispone de información y no se ejecutan estudios de mercado, análisis de riesgo o determinación de siniestralidad, para actualizar los planes de seguros. Si se hiciera, se fijaría con mayor precisión, por ejemplo, las coberturas por grupos poblacionales y el valor monetario de las primas, entre otros. Por otro lado, los reclamos y quejas sobre la calidad de las prestaciones de salud actuales son tantas que la situación se califica como una debilidad alta, sobre todo porque la insatisfacción de los usuarios repercute indirectamente sobre la gestión del aseguramiento.

Finalmente, el desarrollo o mejoramiento de productos y servicios se califica como fortaleza baja. En los últimos años, se han hecho esfuerzos para desarrollar algunos servicios como atención domiciliaria; ampliación de cobertura, inclusive a población no asegurada (oferta flexible); y desarrollo de programas de salud a poblaciones con discapacidad o de tercera edad, entre otras; sin embargo, estas nuevas ofertas siguen presentando limitaciones en su ejecución.

2.6.2.2. Clientes

Preguntas:

- ¿Quiénes son sus clientes?
- ¿Puede describir los diferentes segmentos de clientes en los que está enfocado?
- ¿En qué se diferencian los segmentos de clientes?
- ¿Quiénes son sus clientes más importantes?

Tabla 4

Elementos	Valoración					
	Debilidad		Fortaleza			
	A	M	B	B	M	A
Nivel de identificación de los clientes y sus necesidades		×				
Grado de diversificación de clientes			×			
Grado de identificación de clientes potenciales de nuevos productos y servicios	×					
Tamaño de los clientes				×		

Fuente: Elaboración propia.

Si bien desde la creación de EsSalud se tiene una idea muy aproximada del volumen y tipo de asegurados, y se conocen los segmentos de asegurados, institucionalmente no se ha procesado la información. Por ende, la definición de sus necesidades es imprecisa, situación que configura una debilidad que no contribuye a la generación de valor. En otras palabras, impide adecuar los productos y servicios hacia sus asegurados.

El caso del aseguramiento social hace importante analizar a los dos clientes: el asegurado y el corporativo (la empresa empleadora es el cliente indirecto). El grado de diversificación de los asegurados es alto, pues incorpora a todo trabajador, pensionista y derechohabiente. Sin embargo, el empleador, que es quien cotiza los aportes, es poco analizado. Se sabe que solo el 25% de las empresas están inscritas en EsSalud y que la mayoría (82%) son medianas y pequeñas empresas, cuyo nivel de cumplimiento en los pagos demuestran poco aprecio por los servicios de EsSalud. Por otro lado, la identificación de clientes potenciales para nuevos productos o servicios es una gran debilidad, porque, a pesar de que existe un mercado cautivo-regulado, EsSalud no ha adoptado un papel más activo en el mercado de seguros.

El tamaño de los clientes es una variable asociada a la naturaleza social del seguro. Este es una fortaleza básica y, sin embargo, puede ser un elemento que eleve la dificultad de gestión para efectos del modelo. No obstante, puede ser un motivador de innovación para implementar formas de operar que alcancen a atender a toda la población asegurada.

2.6.2.3. Canales

Preguntas:

- ¿Cuáles son los mecanismos que utiliza para dar a conocer su propuesta de valor?
- ¿Cómo llega a sus asegurados y cómo los conquista?
- ¿Cómo están integrados ahora los canales?

Tabla 5

Elementos	Valoración					
	Debilidad			Fortaleza		
	A	M	B	B	M	A
Evaluación y mejoramiento de los canales de comunicación y distribución		×				
Calidad del servicio utilizado	×					
Nivel de integración de los canales de comunicación y distribución	×					

Fuente: Elaboración propia.

Los canales de comunicación con los clientes son las agencias que los atienden presencialmente, el centro de atención telefónica y el medio virtual EsSalud en Línea. Si bien pueden mejorarse, los problemas actuales, aunque dificultan la generación de valor, no la frenan.

Se debe señalar que los contenidos de la comunicación se han orientado, por lo general, a explicar y mostrar los logros de las prestaciones con enfoque recuperativo. Y, analizando las consecuencias de esa tendencia, se advierte que, en la práctica, se contribuye a incentivar su demanda, tendencia que genera consumos innecesarios por parte de los asegurados. Por el contrario, se ha evidenciado que se debe enfatizar los beneficios de estilos de vida saludables para prevenir las enfermedades, así como para minimizar los riesgos laborales.

No existe un proceso de seguimiento al asegurado que recibió los servicios. Esta debilidad es crítica, pues impide conocer las impresiones del cliente y retroalimentar a la organización. Contar con esta información permitiría mejorar los puntos que comúnmente terminan en reclamos o tomar acciones que hagan que los esfuerzos de prevención y recuperación de la salud logren los objetivos esperados.

2.6.2.4. Relaciones con los clientes

Preguntas:

- ¿Qué tipo de relaciones construye con sus clientes?
- ¿Cuál es su estrategia de gestión de relaciones?
- ¿Qué tipo de relaciones esperan sus clientes para mantener vínculos con la empresa?
- ¿Sus clientes son fieles a su propuesta de valor?

Tabla 6

Elementos	Valoración					
	Debilidad		Fortaleza			
	A	M	B	B	M	A
Realización de actividades permanentes de fidelización de los asegurados		×				
Manejo de información sobre comportamiento histórico de los asegurados		×				
Nivel de fidelización que los asegurados tienen con los productos o servicios		×				

Fuente: Elaboración propia.

Se sabe que la fidelización de sus asegurados no es una preocupación principal en EsSalud, dado que la gran mayoría de clientes son los llamados regulares, es decir, su afiliación es obligatoria. Por tanto, no depende de ellos mantenerse con los servicios que brinda la entidad. En ese caso, no sería una debilidad importante. Sin embargo, si se analiza al cliente indirecto (el corporativo), la ausencia de fidelización si es un problema que puede impactar en la estabilidad financiera. En ese sentido, el grado de morosidad y de elusión de los empleadores serían indicadores de ausencia de fidelización.

El manejo de información del comportamiento histórico de clientes tampoco se aprovecha. La información de los servicios consumidos por cada cliente está en gran medida soportada en papel (por ejemplo, en historias clínicas), y eso impide contar con indicadores para tomar decisiones oportunas y eficientes. Por ejemplo, no se

conoce con precisión la efectividad clínica, los tiempos de tratamiento promedio por rangos de edad o sexo, entre otros aspectos. Así, la información recogida del asegurado por los distintos canales de comunicación y atención al cliente, que incluye estadística básica para apoyar la toma de decisiones, no se está aprovechando.

2.6.2.5. Flujo de ingresos

Preguntas:

- ¿Cuál es la estructura de sus ingresos?
- ¿Cómo gana dinero en el negocio?
- ¿Qué otros tipos de ingresos recibe (pagos por transacciones, suscripciones y servicios, entre otros)?
- ¿Cómo pagan actualmente los clientes?

Tabla 7

Elementos	Valoración					
	Debilidad			Fortaleza		
	A	M	B	B	M	A
Rentabilidad y generación de flujo de caja de los productos y servicios	×					
Nivel de rotación y recuperación de la cartera				×		
Nivel de diversificación de los flujos de ingresos				×		

Fuente: Elaboración propia.

En principio, se desconoce la rentabilidad de cada producto o servicio, así como los niveles de recuperación de la cartera, excepto la parte que está en control de la Sunat. Dado que el 97% de los ingresos provienen de los aportes de los asegurados a través de los pagos a esta entidad, sí se conoce cuánto dinero se recauda. No se cuenta con información para asociar los ingresos de grupos por edad y los resultados sanitarios en comparación con los gastos.

La diversificación de dichos ingresos es también regulada: la ley determina que, para el caso de los trabajadores regulares en actividad, la aportación mensual equivale al 9% de la remuneración y es de cargo de los empleadores, mientras que para los pensionistas equivale al 4% de la pensión y corre a cargo del pensionista. Estas aportaciones dan cobertura también a los derechohabientes. Del mismo modo, otros segmentos regulados son los agricultores y pescadores, con tasas de aportación menor. En el caso de los asegurados potestativos, ellos solo aportan de acuerdo con el plan elegido. Son 12 los tipos de seguros que se relacionan con los diversos clientes, pero es sabido que los regulares subsidian a los potestativos.

2.6.2.6. Recursos clave

Preguntas:

- ¿Qué recursos requiere su propuesta de valor?
- ¿Qué recursos requieren las relaciones con los clientes?
- ¿Qué recursos requieren los canales utilizados?
- ¿Cuáles son los recursos más importantes y costosos en su modelo de negocio (personas, redes, instalaciones, competencias)?

Tabla 8

Elementos	Valoración					
	Debilidad			Fortaleza		
	A	M	B	B	M	A
Nivel de formación y efectividad del talento humano	×					
Estado tecnológico de soporte de los productos y servicios			×			
Grado de utilización de la capacidad instalada para el ofrecimiento de los productos y servicios		×				

Fuente: Elaboración propia.

La gestión de seguros requiere personal con especialización en el campo, pero actualmente existe una brecha importante de formación del talento humano en EsSalud. En este ámbito, la unidad orgánica a cargo del desarrollo del capital humano no ha desplegado esfuerzos consistentes para contar con el personal idóneo para desarrollar y administrar los seguros.

Si bien EsSalud cuenta con soporte tecnológico, no se halla integrado, y eso no facilita el empleo y análisis de una información base, útil para retroalimentar el diseño de planes de salud y seguros. Otro proceso importante que requiere sistemas de información es la recaudación y cobranza, que, en la medida en que EsSalud las tiene tercerizadas con Sunat, emplea la infraestructura de su proveedor.

Específicamente, EsSalud cuenta con áreas de soporte que brindan servicios administrativos tanto a las unidades de aseguramiento como a las prestacionales. Al respecto, los procesos de abastecimiento, presupuesto, tesorería y contabilidad se apoyan en un sistema integrado. Sin embargo, no están conectados con las áreas usuarias, y ello genera duplicidad en algunos procesos, con riesgo de error en transferir la información y consiguiente demora en procesar la información.

Se debe señalar que, actualmente, la percepción del servicio de EsSalud (tanto del asegurado como del prestador de servicios de salud) es negativa, y que eso pasa por explicar debilidades o problemas sobre la base de la capacidad desbordada de los hospitales y centros de salud. En estos, además, la presión del público hace que no haya garantía de información completa, es decir, que podría tomarse decisiones sin considerar subregistro.

Finalmente, hay que mencionar la confusión de roles que se advierte en el empleo de las instalaciones del Centro de Prevención de Riesgos del Trabajo (Ceprit). Teóricamente, esta infraestructura estaba al servicio del seguro complementario de trabajo de riesgo. Sin embargo, su uso está más ligado a temas de salud en general.

2.6.2.7. Actividades clave

Preguntas:

- ¿Cuáles son las actividades y procesos clave en el modelo de negocio?
- ¿Qué actividades requieren la propuesta de valor, los canales de comunicación y distribución, y las relaciones con los clientes?

Tabla 9

Elementos	Valoración					
	Debilidad			Fortaleza		
	A	M	B	B	M	A
Nivel de eficiencia de las actividades principales		×				
Alineamiento de los principales procesos con los estándares nacionales o internacionales			×			
Existencia de controles y seguimiento de las actividades clave	×					

Fuente: Elaboración propia.

Las actividades principales en asuntos de aseguramiento que viene desarrollando EsSalud están asociadas a la administración de la atención de los asegurados, a la asignación de presupuestos a los centros de salud y hospitales, y a la rentabilización de las reservas técnicas.
Respecto de los procesos para atender al asegurado, la actividad se da mayormente en relación con la respuesta a reclamos (por lo general, derivados de las prestaciones de salud) y con las prestaciones económicas. Los procedimientos son ineficientes, en buena medida porque hay un despliegue de demasiadas personas para brindar atenciones presenciales.

En relación con la asignación de presupuestos, se debe asegurar aún que los recursos financieros fluyan eficientemente hacia la atención de los servicios de salud, es decir, que exista articulación entre la Gerencia de Aseguramiento y las gerencias de las redes asistenciales (prestadores).

Evidentemente, el nivel de eficiencia requerido aún no se ha conseguido y, de allí, la calificación de debilidad media.

Por su parte, el alineamiento de actividades a estándares no ha sido una prioridad para EsSalud. Sin embargo, aunque no es una limitante, resulta ser una debilidad para enfrentarse al mercado. En este, las empresas aseguradoras tienen procesos que difieren de los que actualmente se realizan en EsSalud.

Finalmente, los controles y seguimiento de las actividades clave constituyen una carencia que sí puede impedir el buen desenvolvimiento del aseguramiento. En la medida en que no se cuenta con protocolos para conocer la demanda de atención, las prioridades de salud que se deben financiar, o la forma en que se debe asignar la contraprestación por el servicio de salud o hacer evaluación del desempeño de los centros asistenciales, no se puede demostrar que se esté gestionando los riesgos financieros del fondo de aportes de los asegurados.

El método de pago actual a los prestadores de salud se realiza en función de criterios históricos y se basa en un presupuesto global que no distingue costos por tipo de actividad asistencial o por principales componentes. El enfoque actual es medir las actividades aisladas (consultas, atenciones de emergencia, cirugías, etc.), perspectiva que no garantiza que el incremento de estas actividades pueda verse reflejado en mejoras en el bienestar en salud de los asegurados. Históricamente, se ha medido la cantidad de recursos y la evolución de los productos intermedios.

2.6.2.8. Alianzas clave

Preguntas:

- ¿Qué alianzas ha creado la empresa para optimizar el modelo de negocios, ahorrar en recursos o reducir el riesgo?
- ¿Quiénes son sus aliados estratégicos más importantes?
- ¿Quiénes apoyan con recursos estratégicos y actividades?
- ¿Qué actividades internas se podrían externalizar con mayor calidad y menor costo?

Tabla 10

Elementos	Valoración					
	Debilidad			Fortaleza		
	A	M	B	B	M	A
Grado de relación con los proveedores clave de insumos				×		
Grado de relación con otras instituciones público o privadas de apoyo para la organización				×		

Fuente: Elaboración propia.

Si se considera el análisis del rol asegurador que EsSalud tiene por naturaleza, el prestador debería ser su principal aliado. Sin embargo, al estar integrados en una única institución, se pierde la oportunidad de analizar su relación. En general, todo intercambio prestacional debería ser analizado en esta perspectiva, ya sea con gobiernos regionales, unidades básicas de atención primaria (UBAP) o clínicas y centros quirúrgicos contratados. Sin embargo, al no existir protocolos de procesos de adquisición de servicios, el análisis de la relación con ellos se limita a valorar la existencia de esta diversidad de contratos o convenios. De hecho, las alianzas desarrolladas por EsSalud en los últimos años han sido importantes para la ampliación de la oferta prestacional, pues, además de la contratación de clínicas y cirugías, se han realizado campañas. El problema que sigue subsistiendo es la verificación del cumplimiento de la equidad, eficiencia y costo-efectividad de la asignación de recursos.

2.6.2.9. Estructura de costos

Preguntas:

- ¿Cuáles son los costos más importantes en la ejecución de su modelo de negocios?
- ¿Qué formas utiliza para controlar los costos de su modelo de negocios?

Tabla 11

Elementos	Valoración					
	Debilidad			Fortaleza		
	A	M	B	B	M	A
Identificación de costos reales relacionados con los productos o servicios	×					
Existencia de controles en cuanto a ingresos y egresos	×					

Fuente: Elaboración propia.

Uno de los aspectos importantes en el control de los servicios de salud tiene que ver con diversos aspectos relacionados con el número de servicios entregados (consultas, egresos, intervenciones quirúrgicas, actividades preventivo-promocionales, etc.), la cobertura y el impacto. Sin embargo, no existe información integrada, ni indicadores que permitan tomar decisiones oportunas. En general, no se cuenta con costos reales, ni estándares de los servicios prestacionales.

La "cuenta individual" no está controlada (registro de consumo de servicios de salud). Se cuenta con la información, pero esta no se gestiona. Por ello, la valorización de las intervenciones en salud tampoco puede ser gestionada. La negociación de los compromisos y acuerdos entre el asegurador y el prestador es compleja en estas circunstancias. Se conoce, por ejemplo, que los procesos de atención de los servicios ambulatorios no se encuentran interconectados con los exámenes de laboratorio o con el despacho de farmacia.

Finalmente, la información de la red prestacional no está adecuadamente calculada y obedece a históricos. De este modo, no se evalúan los saldos de cada uno de los centros asistenciales o de los servicios asistenciales de la propia red.

2.6.3. Aspectos clave para la propuesta del modelo de negocio

La tabla adjunta ha seleccionado las debilidades más críticas (debilidad alta y media) y, a través de ellas, ya se pueden identificar una serie de aspectos que deben considerarse tanto para la definición del nuevo modelo de negocio como para la proposición de la nueva estructura organizacional.

Tabla 12. Resumen de debilidades críticas

Componente	Elemento	Grado de debilidad	Aspecto relacionado con la organización
Propuesta de valor	Nivel de diferenciación de los productos y servicios	Alta	Diseño de productos
	Calidad de los productos y servicios	Alta	Controles de los procesos
Clientes	Grado de identificación de clientes potenciales para nuevos productos y servicios	Alta	Identificación de necesidades de clientes
Canales	Calidad del servicio de posventa utilizado	Alta	Seguimiento de clientes
	Nivel de integración de los canales de comunicación y distribución	Alta	Estrategias de comunicación estándar
Flujo de ingresos	Rentabilidad y generación de flujo de caja de los productos y servicios	Alta	Rentabilidad por producto
Recursos clave	Nivel de formación y efectividad del talento humano	Alta	Desarrollo de talento
Actividades clave	Existencia de controles y seguimiento de las actividades clave	Alta	Controles de los procesos
Estructura de costos	Identificación de costos reales relacionados con los productos y servicios	Alta	Costos por producto
	Existencia de controles en cuanto a ingresos y egresos	Alta	Controles de los procesos
Relaciones con clientes	Realización de actividades permanentes de fidelización de clientes	Media	Fidelización de clientes
Relaciones con clientes	Manejo de información sobre comportamiento histórico de los clientes	Media	Identificación de necesidades de clientes
Recursos clave	Grado de utilización de la capacidad instalada para el ofrecimiento de los productos y servicios	Media	Dimensionamiento de servicios

Fuente: Elaboración propia.

Como se puede apreciar, hay aspectos que son notoriamente débiles. Estos deben tenerse en cuenta al momento de la definición del modelo de negocio y de la estructura organizacional, y deben superarse en la nueva propuesta.

2.6.4. Revisión de modelos de negocio enfocados en el aseguramiento

2.6.4.1. Secuencia de desarrollo del modelo de negocio

El marco del modelo de análisis requiere seguir una secuencia o ruta crítica, de modo que se pueda diseñar de forma adecuada el negocio. Esta secuencia se muestra en la siguiente figura:

Figura 25. Secuencia del modelo de negocio

Fuente: Elaboración propia.

Como se puede apreciar, se inicia por el reconocimiento del cliente (asegurado), lo que supone tenerlo correctamente identificado, reconocer su importancia dentro del universo de clientes, determinar cuáles son sus necesidades actuales y potenciales, etc. Este aspecto solo puede ser cubierto si se cuenta con la información suficiente y oportuna, y el conocimiento de sus necesidades y comportamiento.

Luego, se define la propuesta de valor, que debe estar alineada a las necesidades y el comportamiento estudiado. Esta propuesta debe contar con los elementos distintivos o diferenciales del cliente. De hecho, el diseño de seguros y planes de salud está centrado en ella.

Después, se define la forma de llegar al cliente, es decir, los canales, y la forma en que están construidas las relaciones con los clientes.

Finalmente, se obtiene el flujo de ingresos que puede obtenerse, los recursos y actividades clave que deben usarse para darle sostenibilidad a esos ingresos (con los que, además, se define si se deben desarrollar alianzas clave para brindar los servicios), y la estructura de costos que requieren ser cubiertos para toda la operatividad del negocio.

2.6.4.2. Otros modelos de referencia en aseguramiento

Un modelo interesante para tomar en cuenta es el que se define en el estudio "Asistencia técnica para el diseño institucional del rol asegurador en el Seguro Social de Salud del Perú, EsSalud" (ConsultSalud, 2009). Según este modelo, existen siete funciones críticas en la relación entre asegurado-asegurador-prestador, que cubren la mayor parte de actividad de una aseguradora. Se trata de las siguientes:

- Adquisición de seguro
- Cobranza y recaudación
- Contratación de servicios de salud
- Asignación de recursos
- Control de costos y gastos en salud
- Evaluación de efectividad clínica
- Evaluación de la atención de salud

Sin embargo, el análisis de la situación actual y el modelo descrito en el apartado anterior, que empieza por el reconocimiento del cliente como base para el diseño de los productos o servicios, hacen necesario incorporar dos funciones estratégicas adicionales[13]:

- La identificación y mantenimiento de clientes
- El diseño de productos de seguros

De esta manera, el modelo contemplaría los tres tipos de roles que tiene una aseguradora. Su estructura funcional se podría resumir en la tabla siguiente:

Tabla 13. Funciones estratégicas de seguros en EsSalud

Relación asegurado-asegurador	Relación asegurador-prestador	Relación asegurado-prestador
Función estratégica 1: identificación mantenimiento de clientes	Función estratégica 5: contratación de servicios de salud	Función estratégica 9: evaluación de la atención de salud
Función estratégica 2: diseño de productos de seguros	Función estratégica 6: asignación de recursos	
Función estratégica 3: adquisición de seguro	Función estratégica 7: control de costos y gastos en salud	
Función estratégica 4: cobranza y recaudación	Función estratégica 8: evaluación de efectividad clínica	

Fuente: Elaboración propia.

13 Estas nuevas funciones estratégicas no están definidas en el modelo del estudio, pero sí son indispensables para una propuesta más integrada. Son incluidas por ese motivo.

Todas estas funciones tienen que reflejarse o alinearse a los nueve componentes del modelo Canvas. Además, la lafas-EsSalud requiere, como toda organización, de funciones de soporte a las actividades principales o realizadas en las unidades de línea.

2.6.4.3. EsSalud y los modelos vigentes de aseguramiento obligatorio en salud

En términos globales, EsSalud es un modelo de provisión directa. En este sentido, se le considera como una gran Ipress, en la cual se observa un dominio de la oferta, es decir, que los proveedores capturan recursos del fondo intangible sobre la base de un proceso de transferencias históricas de los recursos financieros. Esta situación ha generado varios problemas que afectan la sostenibilidad financiera en el largo plazo. En este contexto, los retos son la reducción continua de costos unitarios; la reasignación de los recursos humanos a través de las redes del país, dada la legislación laboral vigente; la asignación de recursos a las redes prestacionales de salud basados en presupuesto históricos; la ausencia de pagos por desempeño; y la dificultad explícita de monitoreo a proveedores propios, con la consecuente ausencia de incentivos para corregir deficiencias de gestión.

Tabla 14. Modelos de aseguramiento en salud

Modelo	País	Número de aseguradores	Pagos a proveedores	Temas de gobernanza
Provisión directa	Costa Rica México Perú	Único	Administración pública central y contratos internos	Racionamiento de servicios Asignación histórica de presupuestos a los proveedores Riesgo de dominio de la oferta propia Monitoreo del asegurador que requiere apoyo político y otras formas de apoyo Limitado incentivo a adoptar buenas prácticas
Único comprador	Corea Estonia Reino Unido Taiwán Singapur China	Único	Único comprador de servicios de salud con muchos proveedores	Racionamiento de servicios Uso de mecanismos de pago a proveedores Monitoreo del asegurador sigue pautas y requiere apoyo político Incentivo del único comprador de promover eficiencia de los proveedores y adopción de buenas prácticas
Corporativo	Holanda Suecia Alemania Francia	Múltiple	Negociación con asociaciones de proveedores	Se deja ciertas responsabilidades de seguimiento y de desempeño de proveedores a las asociaciones. Requiere un proceso transparente de selección de representantes de las asociaciones.
Competencia regulada	Chile Colombia	Múltiple	Diversas formas de contratación a proveedores con diversas formas de pagos	Riesgo que los aseguradores tengan más poder que los reguladores Mecanismos de protección de los usuarios deben potenciarse

Fuente: Adaptado de Banco Mundial (2008). Governing Mandatory Health Insurance[14]

Un segundo modelo, al cual se apuesta en la propuesta, es el de único comprador de servicios. Con ello, se pretende asegurar una compra estratégica eficiente de servicios a las redes de salud. En el marco de este modelo, los proveedores son plurales, públicos y privados; la separación del fondo de aseguramiento y la provisión es clara y definida; y el ente asegurador es autónomo, aunque regulado por el Gobierno. El ente asegurador se concentra en

14 Un detalle de modelos de aseguramiento por país se puede encontrar en el anexo 2.

su rol de afiliador de beneficiarios, negociador de los contratos con los proveedores y determinador tanto de los paquetes de servicios explícitos como de las tasas de contribución. Una característica esencial de este modelo es el desarrollo de un sistema de información impecable, concentrado en el manejo de la información de los pacientes; los datos de logística, distribución y consumo de medicamentos; y el seguimiento de los indicadores de salud y desempeño en general de los proveedores. Por otro lado, este modelo hace claro que se aplica mecanismos de pago a proveedores de manera mixta, que combinan pagos capitados, GRD, pagos por servicios y algunas formas de pago por productos. En este caso, el directorio, como único comprador, requiere involucrar a los grupos que representen a la mayoría de los asegurados, así como otros intereses relevantes: asegurados, empleadores y representantes de colegios profesionales y del Estado (Ministerio de Salud como el ente rector). En este caso, la Iafas-EsSalud requerirá arreglos sustanciales para asegurar aplicación de mecanismos de pago a proveedores, planes de beneficios y control de costos en un contexto de entidades prestadores que tendrán poco incentivo a reducir costos unitarios y dar más cobertura o calidad. Este será un ejercicio de agente-principal, donde la Iafas-EsSalud (principal) tendrá que sentar las bases del contrato para asegurar que las Ipress (agente) logren las metas que busca el ente asegurador.

En el largo plazo, el modelo corporativo de varios aseguradores es quizá lo que podría visualizarse en el Perú como una transición previa a un fondo público único. Ello sería factible de lograrse una separación completa de los fondos públicos (EsSalud, Fuerzas Armadas y SIS) de la provisión, y que estos fondos operaran como fondos de aseguramiento autónomos en su gestión y mandato. De este modo, se podrían contratar servicios de asociaciones de proveedores (Ipress públicas o privadas), en el marco de un esquema de compras estratégicas competitivas y reguladas.

El modelo de mercado regulado, que opera en Chile y Colombia, e incorpora fondos de salud privados, en cierta forma opera en el Perú con la participación de las EPS. Sin embargo, en los dos primeros países sí hay un incentivo fuerte para el control de costos y la mejora de servicios. En cuanto al Perú, algunas EPS se han organizado bajo un esquema de separación de funciones, mientras que otras lo hacen bajo un esquema de *holding*. En este caso, la experiencia internacional muestra que, en algunos casos, se desarrollan incentivos para usar el mercadeo y ganar ventajas en el mercado sobre aspectos que no necesariamente reflejan la situación real de calidad de los servicios y el grado de protección financiera.

Figura 26. Relaciones clave que determinan las decisiones de las entidades de aseguramiento

Fuente: Elaboración propia.

2.7. El modelo de negocio de EsSalud

2.7.1. Modelo de negocio de salud

El modelo de negocio para los productos y servicios relacionados con Salud, SCTR, + Vida y similares estaría compuesto del modo siguiente:

Tabla 15. Modelo de negocio de EsSalud

Alianzas clave	Actividades clave	Propuesta de valor
① Procesos tercerizables: recaudación, cobranza, inversiones de fondos, comercialización, centro de atención telefónica, gestión de redes sociales, soporte y mantenimiento de TI ② Redes de clínicas privadas para contratar en relación con los productos actuales o futuros de seguros.	① Actividades clave: atención al asegurado, identificación de la demanda de atención, identificación de las prioridades de salud que se deben financiar, compra de servicios de prestación de salud, método de asignación de la contraprestación por el servicio de salud, evaluación del desempeño de los centros asistenciales, e inversiones de corto, mediano y largo plazo ② Controles y seguimiento de las actividades clave para una efectiva gestión de los riesgos financieros de los fondos de salud ③ Controles y seguimiento de las actividades clave para una efectiva gestión de los riesgos financieros de los fondos de salud	① Seguro de riesgo de salud con costos justos y accesibles ② Servicios que cubren las necesidades de los distintos clientes a través de atenciones preventivas, de promoción, de recuperación y de rehabilitación ③ Oportunidad y garantía de cobertura ④ Trato personalizado y oportuno, en el marco de la solidaridad, con facilidad de acceso ⑤ Efectividad de la cadena de atenciones y referencias en las redes ⑥ Capacidad de desarrollar servicios de capa compleja.
	Recursos clave ① Soporte administrativo con unidades propias ② Personal entrenado en estudios epidemiológicos, en estudios actuariales y prospectiva, en gestión de carteras de inversiones. ③ Nivel remunerativo debe ser competitivo con las aseguradoras privadas. ④ Soporte tecnológico para tener control de todos los procesos clave de la aseguradora y capacidad de integración con los datos de las prestadoras de salud. ⑤ Convenios con Ipress privadas para la prestación de servicios de seguros a cargo de la Iafas-EsSalud, con acuerdos de niveles de servicio, especificaciones de los productos e insumos, entre otros	
Estructura de costos		
① El principal concepto de costo es el pago por producto al prestador de servicios de salud, que estará asociado a acuerdos de niveles de servicio. ② Reducción de costos por el mejor empleo de la red. En otras palabras, se invertirá el esquema actual de uso (por niveles) de los centros de atención de salud por parte de los asegurados (EsSalud atiende a través del primer nivel menos del 40% con su oferta actual).		

Fuente: Elaboración propia.

Relaciones con clientes	Clientes
① Cercanía al cliente regular: registrar y explotar información del comportamiento histórico del cliente, con indicadores para desarrollar mejores servicios de seguros. Se debe conocer, por ejemplo, la efectividad clínica, los tiempos de tratamiento promedio por rangos de edad o sexo, etc. ② Cercanía al cliente adulto mayor con productos *ad hoc* ③ Marca nueva en seguros que garantice que no se tendrán los problemas actuales que trae la integración con prestaciones de salud ④ Padomi, Cophoes y otros servicios complementarios extrahospitalarios, que fidelizan al asegurado	① Trabajadores activos del país y sus derechohabientes que han sido afiliados por su empleador al seguro de salud ② Personas que optan voluntariamente por el seguro de salud ③ Pensionistas (jubilados y cesantes) ④ Población asegurada que hace uso del seguro está constituida predominantemente de niños y madres

Canales
① Los productos serán difundidos en los canales: oficinas de atención, centro de atención telefónica, EsSalud en Línea, redes sociales ② Contenidos comunicativos estándares para los distintos canales ③ Campañas preventivas de promoción de los beneficios de estilos de vida saludables para prevenir las enfermedades, así como prevenir o minimizar los riesgos laborales ④ Para el caso de los seguros como SCTR, Vida Más y similares, se debe contar con un equipo que dirija la comercialización de los productos

Flujo de ingresos
① Tercerización de la recaudación y cobranza de deuda. Encargo con un gestor de inversiones la colocación de los fondos, basado en las decisiones de la máxima autoridad de la Iafas ② Creación de nuevos productos de seguros que sean rentables (implica que se obtenga el registro de la SBS) ③ Productos existentes costo-efectivos y rentables ④ Estudios económicos para determinación de aportes ⑤ Diferenciación de fondos de salud para mejorar su administración ⑥ Gestión de fondos para obtener ingresos financieros de corto, mediano y largo plazo

El modelo presenta las siguientes características fundamentales:

- Está alineado con los macroprocesos del Decreto Supremo 010-2016-SA y se aprovecha de su obligatoriedad para llevar a cabo el mapa de ruta propuesto en coordinación y asistencia técnica de Susalud. La meta es ampliar la cobertura a los asegurados en el marco del PEAS, que se refiere a los planes de seguros explícitos y su seguimiento y cumplimiento.

- Se ha considerado que lo primero y crítico será la identificación de las necesidades de los asegurados. Con dicho objetivo, se hará un esfuerzo importante en obtener y producir información que permita cumplir con él, al mismo tiempo que se diseñarán productos y planes que sean más atractivos y cumplan con la propuesta proyectada de valor. Actualmente, esta identificación de los clientes a detalle es una debilidad y debería superarse en el corto plazo.

- Si bien el mercado de seguros impide un nivel de diferenciación mayor, se puede cambiar la forma de gestionar los canales y la forma de relacionarse con el cliente para obtener algún grado de atención. Con este fin, se prevé mejorar el uso de los canales, la estandarización de los contenidos, el servicio de posventa y la calidad de los productos y servicios, así como generar una marca que le sea más cercana al usuario y que termine por fidelizarlo. Asimismo, para productos como el Seguro Complementario de Trabajo y Riesgo (SCTR), Vida Más y similares, será necesaria la asignación de un equipo que se encargue de gestionar la comercialización de estos.

- La falta de información para salir del esquema de pago por criterios históricos genera que actualmente los productos no sean rentables, aspecto que será atacado a través de una serie de estrategias como la tercerización de ciertos procesos, la creación de nuevos productos suficientemente atractivos, la realización de estudios económicos que permitan sincerar o determinar los costos reales de los aportes, etc. Hay que tener en cuenta que los mecanismos de transferencia de riesgo sean equilibrados al inicio del funcionamiento de la nueva Iafas-EsSalud.

- Si se considera que todo lo anterior se soporta en los recursos y actividades clave, uno de los aspectos más críticos es, en principio, la falencia relativa a los recursos humanos. La propuesta está orientada a potenciar este aspecto, no solo en relación con capacitación, sino también respecto de la atracción del mejor talento del mercado (remuneraciones más competitivas). Asimismo, se contempla un mejor control y seguimiento de las actividades críticas, entre las cuales se consideran la atención al asegurado, la identificación de las prioridades de salud que se deben financiar, el método de asignación de la contraprestación por el servicio de salud, la evaluación del desempeño de los centros asistenciales, etc. Por último, el éxito de la aseguradora dependerá de la flexibilidad para extender su capacidad instalada con la finalidad de ampliar el ofrecimiento de los productos y servicios. Con ello, debe poder desprenderse de la relación con la Ipress-EsSalud, con la finalidad de establecer los convenios que considere convenientes para la cobertura de su oferta de servicios.

- Finalmente, el control de costos debe ser exhaustivo, para lo cual es importante considerar los tres tipos de controles típicos de las Iafas: 1) el control previo a nivel de presupuesto, 2) el control concurrente, y 3) el control posterior a través de la verificación del tratamiento del paciente. Adicionalmente, se puede reducir drásticamente los costos a través de la realización de estudios que permitan inducir al cliente a un mejor empleo de la red prestacional y desincentivar la alta demanda que existe en los últimos niveles de establecimientos de salud y fomentar la de aquellos de menor nivel, que son los de menor demanda.

2.7.2. Modelo de negocio de prestaciones económicas y sociales

El modelo de negocio de prestaciones económicas y sociales estaría compuesto del modo siguiente:

Tabla 16. Modelo de negocio de prestaciones económicas y sociales

<table>
<tr><th>Alianzas clave</th><th>Actividades clave</th><th>Propuesta de valor</th><th>Relaciones con clientes</th><th>Clientes</th></tr>
<tr><td rowspan="3">① Procesos tercerizables: recaudación, cobranza, centro de atención telefónica y servicios sociales</td><td>① Actividades clave: atención al asegurado, verificación de vínculo laboral, identificación de la demanda de atención, compra de servicios sociales y evaluación del desempeño de los servicios sociales</td><td rowspan="3">① Pago de un derecho de contenido dinerario que se integra en el patrimonio del beneficiario, en las contingencias o situaciones protegidas previstas en la ley, y que pueden otorgarse en la forma de subsidio, indemnización o pensión.

② Pago único: no existe en el sistema de la seguridad social otro pago similar para beneficiarios.

③ Otorgado de oficio para la prestación de lactancia.

④ Humanización, calidad de vida, envejecimiento activo, valoración de sus capacidades.</td><td rowspan="2">① Segmentación de clientes para estrategia de relacionamiento, basada en información del comportamiento histórico</td><td rowspan="3">① Titular del seguro de salud contratado

② Derechohabiente: esposa de titular, en caso de subsidio de maternidad

③ Adulto mayor

④ Persona con discapacidad</td></tr>
<tr><td>Recursos clave</td></tr>
<tr><td>① Soporte administrativo con unidades propias

② Soporte tecnológico para tener control de todos los procesos clave de la aseguradora y capacidad de integración con los datos de las prestadoras de salud</td><td>Canales de comunicación

① Los productos serán ofrecidos en los canales: equipo de comercialización en campo, oficinas de atención, centro de atención telefónica y EsSalud en Línea</td></tr>
<tr><th colspan="2">Estructura de costos</th><th colspan="3">Flujo de ingresos</th></tr>
<tr><td colspan="2">① Controles y seguimiento de actividades como suplantaciones, morosidad de empleadores, veracidad de fallecimientos, veracidad de certificados médicos, verificación de reembolsos, etc.</td><td colspan="3">① Tercerización de la recaudación y cobranza de deuda

② Estudios económicos para la determinación de pagos por prestaciones económicas</td></tr>
</table>

Fuente: Elaboración propia.

El modelo presenta las siguientes características fundamentales:

- El modelo de negocio para prestaciones económicas está dirigido a clientes del seguro regular, cuyo caso es único, porque el pago que se otorga no existe como parte de la oferta que ofrece el sector privado. En este caso, se paga un derecho de contenido dinerario por las contingencias que se puedan presentar al titular o derechohabiente, y que sumará al patrimonio de dicho beneficiario. Por otro lado, se espera que las prestaciones sociales ofrecidas brinden calidad de vida al adulto mayor; le permitan un envejecimiento activo y recreativo; y, específicamente, rehabiliten a las personas con discapacidad para que sean productivos y puedan reinsertarse en el mercado laboral.

- Si bien no es un producto que pueda ofrecerse abiertamente en el mercado de seguros, sí es importante que el soporte informativo sea efectivo, es decir, la orientación debe ser precisa. De hecho, deben rediseñarse los formatos y procedimientos, de modo que sean simples y seguros. Por este motivo, dentro de las actividades clave se encuentra la atención al asegurado, que debe ser de mucha cercanía y calidad, así como también la verificación del vínculo laboral, con el fin de que las prestaciones dinerarias sean otorgadas dentro de esquemas apropiados y se eviten pagos indebidos, que hacen más caro el recupero. En relación con las prestaciones sociales, las actividades clave están constituidas por aquellas que permitan identificar correctamente la demanda de atención, la efectiva compra de servicios sociales y, por último, la evaluación y el seguimiento de la calidad de los servicios sociales (que estarán tercerizados).

- La verificación de ciertos estados como maternidad, lactancia y fallecimiento deberían ser ejecutados mediante la adopción de convenios y la explotación de información masiva para tomar acciones de oficio y otorgar las prestaciones. Este mecanismo posibilita, además, un cambio de perspectiva en el cliente, que vería cómo la aseguradora toma acciones proactivas en su beneficio, algo que es invaluable como oferta de valor.

- Por último, es importante un adecuado control de costos, dado que el dinero que se utiliza para este tipo de prestaciones proviene del fondo regular, por lo que no se puede desperdiciar recursos sumamente escasos. En este sentido, es clave que el seguimiento esté enfocado en las suplantaciones, la reducción de la morosidad de los empleadores, la verificación exhaustiva de los fallecimientos, la veracidad de los certificados médicos emitidos, la cobranza de los reembolsos, entre otros aspectos.

2.7.3. Propuesta de estructura organizacional para la Iafas

2.7.3.1. Situación actual

EsSalud se constituye en una entidad administradora de fondos intangibles de salud, es decir, asume el rol de una Iafas, definido en el marco de la Ley de Aseguramiento Universal en Salud (AUS). De hecho, sus funciones comprenden la de una Iafas y su estructura integra verticalmente las funciones de aseguramiento y de prestación, realidad que generalmente se encuentra en las entidades que tienen a cargo el sistema de seguridad social del país. Esta configuración presenta ventajas y desventajas:

- Por el lado de las ventajas, no requiere de la creación de instancias formales para relacionar el ente asegurador y el prestador, y eso facilita y ahorra tiempo en las comunicaciones. Se puede decir que la estructura actual de EsSalud integra, en sus órganos de soporte administrativo y asesoría, las actividades de servicios tanto de la función aseguradora como de la prestadora.
- Por el lado de las desventajas, el nivel de integración genera algunos problemas como la confusión de roles al interior de la institución y traba la toma de decisión por la existencia de conflictos debido a intereses encontrados de las unidades con función de aseguramiento y de prestación de servicio. Esto último no contribuye con los esfuerzos de especialización y participación en el mercado de seguros y de las prestaciones de salud.

La separación de funciones en EsSalud elevará los niveles de calidad del aseguramiento y de los servicios de salud, pues ambas funciones, al ser independientes, transparentarán sus resultados; es decir, no habrá posibilidad de encubrir las deficiencias al interno de una sola organización.

Análisis para modificar la organización actual

El Decreto Legislativo 1158 establece que las Iafas son las entidades o empresas públicas, privadas o mixtas, que reciben, captan o gestionan fondos para la cobertura de las atenciones de salud o que oferten cobertura de riesgos de salud bajo cualquier modalidad. Señala también que EsSalud es una Iafas y excluye la cobertura de prestaciones económicas y sociales.

A su vez, el Decreto Supremo 010-2016-SA señala que la función principal de las Iafas es recibir, captar o gestionar recursos destinados a la cobertura de riesgos en salud o al financiamiento de prestaciones de salud. Los procesos relacionados con estas funciones son los siguientes: 1) aquellos que gestionan las relaciones con los clientes (la incorporación de afiliados, la recaudación de los aportes y la atención de los asegurados); 2) aquellos que gestionan los fondos; 3) aquellos que gestionan a los proveedores de servicio de salud (compra de prestaciones de salud y liquidación de los siniestros para la contraprestación de los servicios; y, finalmente, 4) aquellos que gestionan los planes de salud ofertados (diseño, monitoreo y mejora de acuerdo con las necesidades del asegurado y potencial afiliado).

La ley de creación de EsSalud establece que este es un "organismo público descentralizado, con personería jurídica de derecho público interno, adscrito al Sector Trabajo y Promoción Social, con autonomía técnica, administrativa, económica, financiera presupuestal y contable". Asimismo, define su consejo directivo como órgano de dirección y le asigna, entre otras, competencia para proponer la modificación de la tasa de aportación del régimen contributivo de la seguridad social en salud según el estudio financiero actual. Finalmente, establece que los recursos intangibles que administra deben aplicarse empleando montos que no comprometan el nivel mínimo de reservas exigidas.

Sobre la base de la situación actual, se pueden explorar algunas formas de conformación para la Iafas-EsSalud, que podría seguir reportando al directorio de EsSalud, pero con autonomía y personería jurídica separada de la Ugipress-Ipress. En cuanto a su personería jurídica, EsSalud es un organismo estatal (OPD adscrita al Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo), que vela por intereses del ciudadano en línea con las normas que se emiten en asuntos de seguridad social, y, por tanto, lo que corresponde en el ordenamiento jurídico es el derecho público. Sin embargo, también es una entidad en el ámbito de Fondo Nacional de Financiamiento de la Actividad Empresarial del Estado (Fonafe), y por ello se le exige una gestión empresarial. En otras palabras, su información financiera debe ser gestionada y reportada según lo estilan las empresas públicas, y debe transparentar sus resultados.

De lo anterior se deriva que la gestión interna puede ser analizada con el objeto de organizar la entidad con esencia empresarial, es decir, hacerlo de manera que su gestión cumpla con los siguientes objetivos: 1) lograr resultados positivos en beneficio de ampliar y mejorar la infraestructura y servicios de salud; 2) contar con trabajadores del régimen laboral de la actividad privada, como lo señala la ley de creación de EsSalud; y 3) establecer procesos cuyo desempeño sea medido con el rigor que demandan los "accionistas" de una empresa (en este caso, los asegurados).

Así, en la línea de la autonomía que le otorga la ley de creación, la organización puede incorporar funciones que le permitan mantener una dinámica de mejora continua:

a. Emplear productivamente (aprovechar) la oportunidad que se presenta al contar con regulación que le ofrece un mercado cautivo, creando nuevos productos o servicios para ofrecer a los asegurados.
b. Implementar innovaciones en los productos y procesos según los análisis de la información que los prestadores de salud principales (hospitales y centros de EsSalud) registran sobre los asegurados.
c. Controlar los resultados de la ejecución de las prestaciones para tomar decisiones de pago de contraprestación, de intercambio prestacional, de políticas para la afiliación, entre otras.

Otras funciones que pueden complementar dicha dinámica son, por ejemplo, la gestión de riesgos empresariales, la de la calidad, la de proyectos y la de comunicaciones.

2.7.3.2. Formulación de la estructura para las Iafas

Lograr que se cuente con una estructura que cumpla con buenas prácticas o que esté adecuada a algunas características estándares hace necesario evaluar lo que, según Drucker (1991), posibilita una estructura ideal y que responde a las siguientes especificaciones formales:

- Claridad
- Economía
- Focalización hacia el rendimiento
- Comprensión
- Toma de decisiones al nivel más bajo posible
- Estabilidad y adaptabilidad
- Autorrenovación y capacidad de autoperpetuarse

La estructura que alberga la organización debe permitir entender con facilidad los criterios para separar o crear divisiones a través de los nombres de las unidades y el esquema que grafique las relaciones: fácil identificación de la misión, soporte, asesoría y, de existir, desconcentración de unidades por motivos geográficos o algún otro criterio. Asimismo, se debe evitar que se genere duplicidad de funciones y, para lograrlo, se debe buscar que cada unidad sea diferenciada por su especialización, de modo que sea más entendible la delegación de decisiones en los asuntos de su competencia. Sin embargo, también es necesario asegurar que la organización funcione con criterio de integridad en sus procesos, esto es, buscando el mejor desempeño frente a sus clientes, y que cuando sea necesario, por cambios en las estrategias o en los procesos, sea capaz de modificarse para elevar el rendimiento organizacional.

Identificación de las divisiones de la Iafas-EsSalud

Lograr una Iafas independiente del actual EsSalud hace necesario adoptar una separación que se traduzca en una nueva estructura que integre órganos de línea, de soporte y de asesoría. Según la estrategia, la estructura debe incorporar unidades que se responsabilicen por actividades que garanticen el cumplimiento de objetivos. Según

el mapa de procesos propuesto, la organización debe contribuir con la gestión por procesos, hecho que facilitaría la optimización del empleo de recursos y un mejor desempeño de la organización. Asimismo, de acuerdo con lo dispuesto en el Decreto Supremo 010-2016-SA, la estructura debe incluir los procesos misionales que señala esa norma. A continuación, se analizan ambos requerimientos.

a. Requerimientos del ámbito estratégico

Son varios los temas relevantes para la conformación de la estructura desde una perspectiva estratégica. Entre los lineamientos del Plan Estratégico Institucional 2017-2021 se encuentra el Modelo de Sostenibilidad Financiera, aprobado en 2016 mediante Resolución de Gerencia General 853-GG- ESSALUD-2016. Se trataba de un instrumento técnico que planteaba estrategias para darle sostenibilidad financiera a la gestión institucional en dos aspectos fundamentales: 1) la mejora de procesos y 2) la generación de ingresos, que puede impulsarse por la actualización de políticas de gestión financiera y un nuevo modelo jurídico. Según el Plan Maestro de EsSalud 2013-2021, esto último se debe entender en términos de identificar medios de rentabilizar el fondo y de estandarizar las aportaciones de los distintos grupos de trabajadores.

En relación con los objetivos estratégicos establecidos para la institución, estos alcanzan a la Iafas y son los siguientes:

- OE1: brindar servicios preventivos y recuperativos a satisfacción de los asegurados.
- OE2: desarrollar una gestión con excelencia operativa.
- OE3: brindar servicios sostenibles financieramente.
- OE4: promover una gestión con ética y transparencia.

Respecto del primero, la Iafas debe incidir en la satisfacción de los asegurados. Con este objetivo, su evaluación deberá ser parte de la tarea de la administración de la Iafas.

Respecto del segundo, se debe procurar eficiencia en las prestaciones. Con dicho fin, la administración de la Iafas deberá responsabilizarse por tener actualizados los protocolos y estándares con los que se pagará la contraprestación a las Ipress. Asimismo, deberá contar con el soporte de sistemas de información que cubran todas sus operaciones.

Respecto del tercero, un asunto directamente vinculado a la Iafas, se debe tener un nuevo modelo de costos y de financiamiento. Sin embargo, solo se define una acción general, asociada a la estabilidad financiera de las prestaciones. En este extremo, se abre la posibilidad de uniformizar los esquemas de aportaciones y buscar alternativas para mejorar la recaudación

Respecto del cuarto objetivo, se debe promover la transparencia en la asignación de recursos y tomar en cuenta aspectos éticos en la contratación de servicios a proveedores. En este caso, la administración de la Iafas deberá asumir la responsabilidad de generar valor por dinero en la compra estratégica de servicios y asegurar mejor calidad y cobertura en favor de los asegurados a quienes se deben por ser los propietarios del fondo de salud de EsSalud.

En consecuencia, la estrategia hasta ahora trazada por EsSalud es positiva, en tanto que señala que debe existir un foco: 1) en mejorar los procesos y la generación de ingresos, dos áreas de especialización distinta; 2) en evaluar

la satisfacción de usuarios; 3) en elaborar los parámetros y protocolos; y 4) en revisar el cumplimiento de los protocolos y estándares para asignar la contraprestación por los servicios de salud.

b. Requerimientos del modelo de negocio propuesto

Otro requerimiento de la estrategia es el abordaje de los asuntos críticos detectados en el modelamiento de la situación actual. Los hallazgos de elementos que afectan la organización permiten establecer cómo se fortalecerá la organización.

Tabla 17. Requerimientos del modelo

Componente Canvas	Aspecto relacionado con la organización	Fortalecimiento a través de la estructura organizacional
Propuesta de valor	Diseño de productos	Oficina con especialización en el diseño de productos y servicios
Propuesta de valor	Controles de los procesos para asegurar calidad de productos	Estructura con enfoque de gestión de procesos, que controle productos intermedios y garantice eficacia en la entrega de productos
Clientes	Identificación de necesidades de clientes potenciales	Área comercial que, al contacto del cliente, recoja sus necesidades
Relaciones con clientes	Manejo de información para la identificación de necesidades de clientes	Área comercial que analice la información procesada del cliente para identificar sus necesidades
Relaciones con clientes	Fidelización de clientes	Área de mercadeo que trabaje el posicionamiento de los productos y retención de clientes.
Canales de comunicación	Calidad de servicio postventa (seguimiento de requerimientos de los clientes)	Área de atención de consultas, reclamos y manejo de casuística para mejorar operaciones
Canales de comunicación	Estrategias de comunicación que integren canales estándar.	Área de mercadeo que trabaje la comunicación con el cliente
Recursos clave	Desarrollo de talento	(*) No implica estructura, sino selección por competencias del nuevo personal.
Recursos clave	Eficiencia en el empleo de recursos- capacidad instalada para brindar los servicios	(*) No implica estructura, sino estrategia para dimensionar la organización.
Actividades clave	Controles de los procesos para seguimiento de actividades clave	Oficina de administración de riesgos operativos
Actividades clave	Controles de los procesos para elevar la eficiencia	Estructura con enfoque de gestión de procesos, que controle el mejor empleo de recursos para la entrega de productos
Flujo de ingresos	Rentabilidad por producto	Área que analice los ingresos frente al pago por consumos de cada producto
Estructura de costos	Costos por producto	Área que analice los costos reales/estimado de los productos ofrecidos
Estructura de costos	Controles de los procesos financieros-ingresos y egresos	Área que analice ingresos reales frente a costos reales

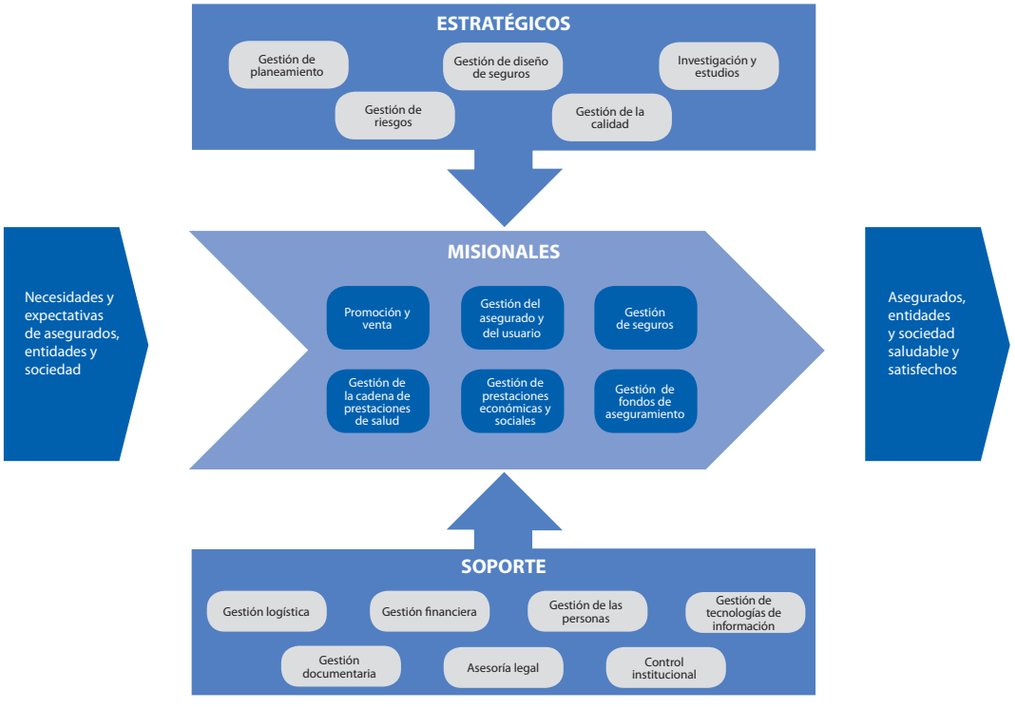
Fuente: Elaboración propia.

En resumen, el análisis de la información del cuadro anterior muestra la necesidad de crear unidades orgánicas que atiendan las actuales debilidades. Estas deberían ser las siguientes: 1) Diseño, 2) Comercialización (que incluya Marketing y Atención del Asegurado), y 3) Riesgos y Administración Financiera. Además, el análisis también sugiere que la estructura tenga enfoque de gestión de procesos para lograr eficiencia y eficacia en la entrega de productos.

c. Requerimientos del ámbito operativo

En el ámbito operativo, el Decreto Supremo 010-2016-SA dispone que son procesos de nivel 1 los siguientes: 1) gestión del diseño de planes de salud, 2) gestión de suscripción y afiliación, 3) administración de fondos de aseguramiento en salud, 4) gestión de asegurados, 5) gestión de compra de prestaciones de salud, y 6) gestión de siniestros. Sobre la base del dispositivo legal mencionado, se propone el siguiente mapa de procesos, que considera los procesos misionales, estratégicos y de soporte:

Figura 27. Mapa de proceso de la Iafas-EsSalud



Fuente: Elaboración propia.

Entre los procesos misionales se tienen los siguientes: 1) promoción y venta, que incluye las actividades relacionadas con el ofrecimiento de los servicios a la sociedad y se traduce en la captación de asegurados; 2) gestión del asegurado y del usuario, que incluye la suscripción al seguro, la administración de su acreditación, la atención de sus consultas y reclamos, entre otros; 3) gestión de seguros, que cubre tanto la implementación y seguimiento, como la regulación interna correspondiente; 4) gestión de la cadena de prestaciones de salud, que se vincula con el acuerdo de prestación de salud con la Ipress, la auditoría de su aplicación y la liquidación para el pago de los siniestros; 5) gestión de fondos de aseguramiento, que incluye las actividades orientadas a garantizar una administración eficiente de los fondos de aseguramiento y de las decisiones de inversión de los recursos de los seguros; y, finalmente, 6) gestión de prestaciones, que se vinculado a la entrega de subsidios y se relaciona con el monitoreo y evaluación de los centros de prestaciones sociales.

Entre los estratégicos, además de los de planeamiento, riesgos y calidad, se han identificado el diseño de nuevos seguros y planes, así como la realización de estudios que generan información relevante para planificar la operación.

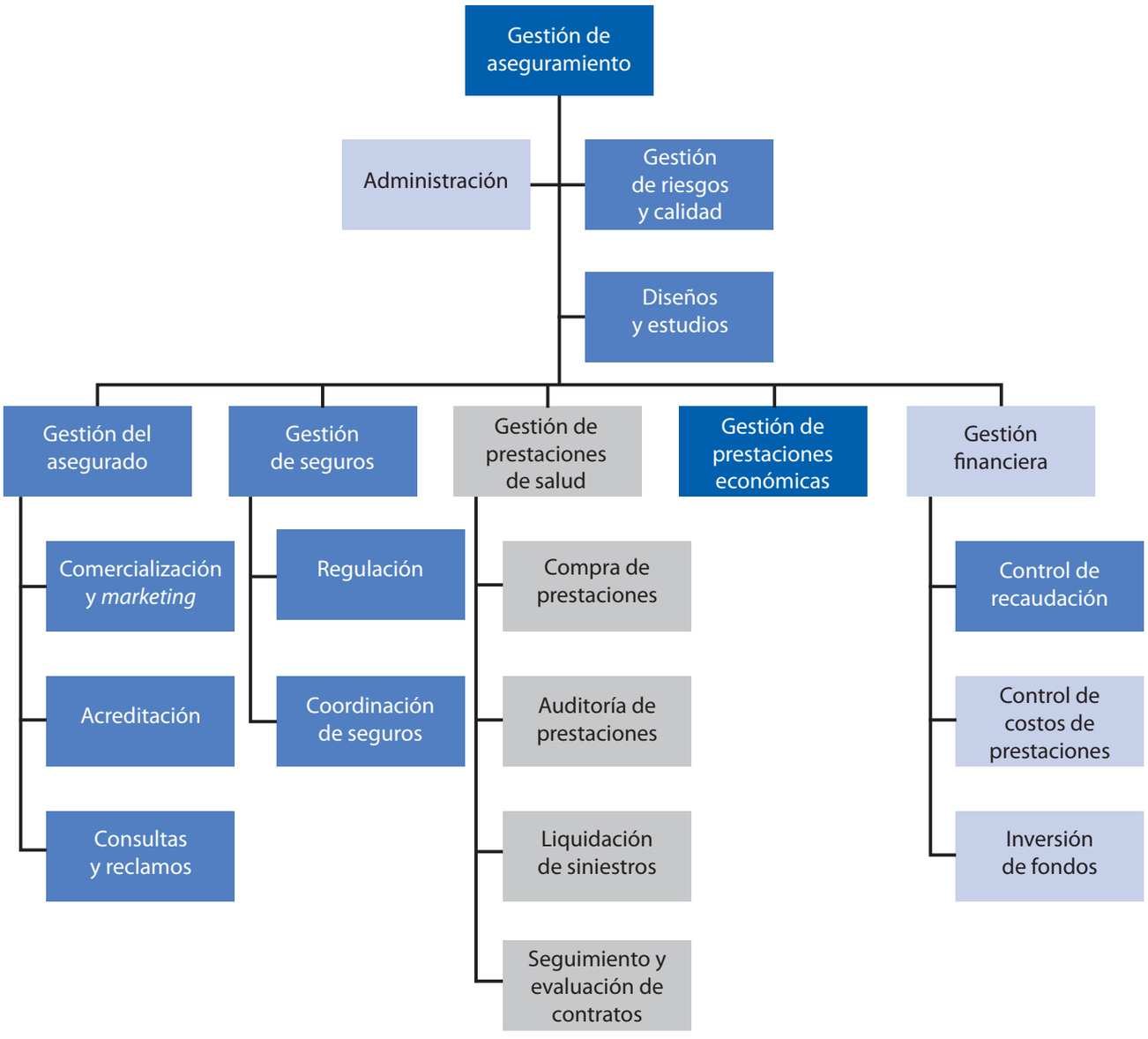
Entre los de apoyo, se cuentan aquellas soportan la administración de recursos materiales, financieros y tecnológicos.

Estructura de la Iafas-EsSalud

La organización que se propone es mixta. Es funcional porque existen algunas divisiones que se crean debido a la especialización de su actividad, como la encargada de la administración de recursos financieros. En otros casos, se organiza por procesos, es decir, se otorga responsabilidad a un gerente por el producto del proceso y por la respuesta del cliente o "usuario atendido". Asimismo, en la medida en que existe necesidad de acercamiento al usuario por los trámites de prestaciones o reclamos, se prevé un canal para ello, que en algunas zonas geográficas requerirá de presencia física de un representante de la Iafas-EsSalud.

El diagrama que recoge los alcances en un primer nivel de detalle y respeta los estándares de ordenamiento organizacional presente, con distinción de color, los diversos procesos, de modo que integra premisas de gestión de procesos y necesidades de control. El esquema de funciones (o procesos principales) que da lugar a unidades organizacionales se muestra en la fig. 28.

Figura 28. Funciones de la Iafas-EsSalud



Fuente: Elaboración propia.

Se aprecia que la atención de los procesos misionales (con color distinto por proceso) conformarían las unidades de línea. De manera preliminar, la estructura organizacional que se tendría sería la que se detalla en la fig. 29.

Gerencias de línea

La **Gerencia de Gestión del Asegurado** se responsabiliza por todo contacto con quien se afilia al seguro, y eso pasa por conseguir que la persona se interese por la oferta. De allí se deriva que la función comercial se incluya en esta gerencia en toda su extensión: venta y *marketing*. La incorporación de las funciones de mercadeo tiene por objetivo contar con especialistas que contribuyan con la labor comercial. Otro punto de contacto con el asegurado es la acreditación, función de naturaleza operativa, pues viabiliza los casos que existen por problemas de aportes y de su registro. Es también un área de consumo de auditorías relativas a la situación del asegurado y responsable de la organización de las oficinas desconcentradas. Se debe precisar que el ciclo del proceso de atención del asegurado incluye las aportaciones, por lo que el pago efectuado debería también controlarse para contribuir con el desempeño global del proceso. Sin embargo, por la naturaleza y el tipo de función —control de recursos financieros— se ha integrado al área organizacional que cuenta con los especialistas en asegurar los ingresos.

La **Gerencia de Gestión de Seguros** se hace cargo de ordenar la normativa que rige el accionar de la organización y, por ende, formula iniciativas que le permitan operar en mejores condiciones. Ello también implica que velará por el correcto establecimiento de las disposiciones internas, es decir, será el área que, frente a nuevos productos, lidere la implementación, supervise las actividades y tome acciones hasta la puesta en marcha de los cambios en las operaciones.

La **Gerencia de Gestión de Proveedores de Servicios de Salud** se hace cargo del proceso de gestión de prestaciones de salud (concebido como uno que desde la compra de prestaciones hasta su liquidación y posterior evaluación). Según el organigrama, el proceso no se ha dividido por especialización (gestión de proveedor, control y pago), y eso significa que será necesario implementar buenos controles en los propios procesos para garantizar el correcto uso de los recursos. La otra opción es otorgar independencia a las actividades de auditoría y decisión de autorización de pago, de modo que los controles se realicen por distribución de responsabilidades. Sin embargo, esto podría generar retrasos en uno de los procesos más importantes de la organización.

La **Gerencia de Prestaciones Económicas y Sociales** se responsabiliza de organizar y ejecutar las prestaciones establecidas por ley.

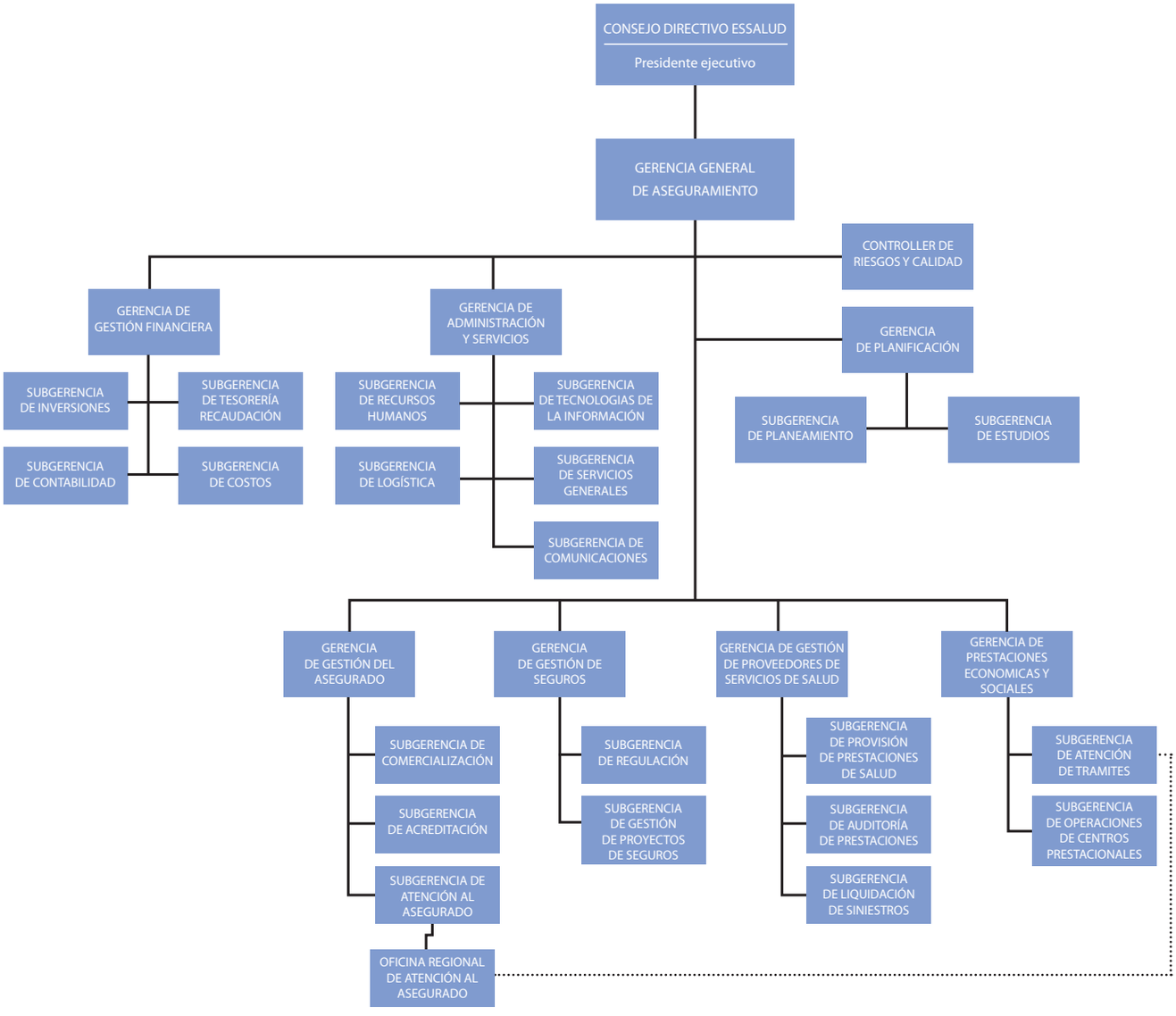
Oficinas desconcentradas

Con la finalidad de atender con cercanía al público en todo el país y gestionar los recursos de su jurisdicción territorial, se establecen cuatro oficinas desconcentradas, dependientes de la Subgerencia de Atención al Asegurado, y con obligación de reportar a la Subgerencia de Atención de Trámites de la Gerencia de Prestaciones Económicas y Sociales. Se destacará personal a las zonas que lo requieran.

Oficinas estratégicas

El **Controller de Gestión de Riesgos y Calidad** se responsabiliza de administrar los riesgos operativos, tecnológicos, financieros y personales. Para hacerlo analiza los controles existentes y ejecuta auditorías que

Figura 29. Estructura organizacional de la Iafas-EsSalud



Fuente: Elaboración propia.

evalúan la administración de las prestaciones y las acreditaciones. Las auditorías realizadas deben cumplir con evaluar los niveles de calidad que alcanza la ejecución de las operaciones relativas a ambos objetos de evaluación.

La **Gerencia de Planificación** se responsabiliza de las definiciones estratégicas. Cuenta con una **Oficina de Estudios** que se encarga de analizar la información y formular las propuestas de nuevos productos o modificaciones a los ya definidos con el objetivo de atender mejor las necesidades de los asegurados. Los diseños parten de las iniciativas de las áreas operativas y se apoyan en los resultados de los estudios de actores, de mercado y otros que generen información relevante. Asimismo, se cuenta con una **Oficina de Planeamiento**, que formula los planes de mediano y largo plazo, así como los de corto plazo (operativos). Esta oficina recoge las actividades y los proyectos planteados por las distintas unidades organizacionales, los consolida, y, a continuación, establece, a través de indicadores, las metas para la evaluación de su desempeño.

Oficinas de soporte

La **Gerencia de Gestión Financiera** se encarga tanto de los aspectos críticos de las inversiones que dan solidez y sostenibilidad a la institución, como de los aspectos de administración de los recursos para la gestión institucional. Cuenta con áreas relativas a inversiones, manejo de tesorería (que incluye el control de la recaudación), administración contable y administración de costos. El apoyo que requieren las unidades operativas es la responsabilidad que se asigna a las áreas que típicamente se consideran en este grupo.

La **Oficina de Administración** concentra el manejo de recursos materiales, humanos e informáticos. Cuenta con áreas de logística, de recursos humanos y de tecnologías de la información. Asimismo, por tratarse de servicios necesarios para cumplir con los objetivos de la organización, esta oficina incluye el área de servicios legales, encargada de mantener el orden jurídico para desarrollar la organización, y la de comunicaciones, que difunde la información a los asegurados, potenciales clientes, proveedores y otros interesados. Muchas de las acciones de *marketing* se apoyan en las estrategias de comunicación que se definen en esta área especializada. Se trata de una unidad funcional de esta gerencia, que gestiona la documentación de la entidad.

El control institucional que vela por el cumplimiento de las disposiciones de la Contraloría General de la República será también parte de la organización, según lo disponga dicha entidad.

La naturaleza de las funciones principales de la Iafas, así como la forma en que se completan las actividades del ciclo de los procesos, se muestran a continuación:

Tabla 18. Funciones y actividades de la Iafas

Unidad organizacional	Tipo de unidad	Función principal	Naturaleza
Gerencia de Aseguramiento	Dirección	Gestión de aseguramiento	Dirección general
Gerencia de Administración y Servicios Subgerencia de Recursos Humanos Subgerencia de Tecnologías de la Información Subgerencia de Logística Subgerencia de Servicios Legales Subgerencia de Comunicaciones	Soporte Asesoría legal Asesoría en comunicaciones	Administración	Administración de recursos humanos, materiales y de información
Controller de Riesgos y Calidad	Asesoría	Gestión de riesgos y calidad	Administración de riesgos (COSO) Control posterior de prestaciones Control posterior de acreditaciones
Gerencia de Planificación Subgerencia de Planeamiento	Asesoría		
Subgerencia de Estudios		Diseño y estudios	Formulador de nuevos planes y seguros Estudios para el planeamiento de los seguros
Gerencia de Gestión del Asegurado Subgerencia de Comercialización Subgerencia de Acreditación Subgerencia de Atención al Asegurado Oficina Regional de Atención al Asegurado	Línea	Gestión del asegurado Comercialización Acreditación Consulta y reclamos Gestión en el territorio	Operativo (atención al cliente) Venta de seguro, *marketing* Administración del derecho de atención Auditoría previa y concurrente Posventa Desconcentración de las atenciones
Gerencia de Gestión de Seguros Subgerencia de Regulación Subgerencia de Gestión de Proyectos de Seguros	Línea	Gestión de seguros Regulación Coordinación de proyectos de nuevos seguros	Viabiliza proyectos (atención de operaciones) Formulación y opinión normativa Implementación de seguros diseñados, monitoreo y evaluación
Gerencia de Gestión de Proveedores de Servicios de Salud Subgerencia de Provisión de Prestaciones de Salud Subgerencia de Auditoría de Prestaciones Subgerencia de Liquidación de Siniestros	Línea	Gestión de prestaciones de salud Compra de prestaciones Seguimiento y evaluación de contratos Auditoría de prestaciones Liquidación de siniestros	Operativo, cara al proveedor Compra Poscompra Control previo al pago Pago de contraprestación
Gerencia de Gestión Financiera Subgerencia de Inversiones Subgerencia de Tesorería y Recaudación Subgerencia de Costos Subgerencia de Contabilidad	Soporte	Gestión financiera Inversión de fondos Control de recaudación Control de costos de prestaciones Contabilidad	Operativo Administración de inversiones Control de ingresos por aportaciones Control de egresos por prestaciones Registro contable
Gerencia de Prestaciones Económicas y Sociales Subgerencia de Atención de Trámites (Oficina Regional de Atención al Asegurado) Subgerencia de Operaciones de Centros de Prestaciones	Línea	Prestaciones económicas y sociales Atención de trámites	Operativo Análisis de las solicitudes de prestaciones Desconcentración de servicios Ejecutor de subvenciones y de prestaciones sociales

Fuente: Elaboración propia.

2.7.3.3. Conformación de la Iafas-EsSalud (punto de llegada y etapa de transición)

La implementación de la estructura Iafas-EsSalud hace necesario definir un esquema de transición que facilite la escisión de la actual EsSalud. Para ello se puede considerar, en una primera etapa, la conformación de un *holding* de dos unidades separadas: la Iafas y la Ugipress, que serían dos grandes subunidades organizacionales claramente diferenciadas y con cuentas separadas, que están articuladas por un Órgano de Gobierno único (el directorio de EsSalud), que determina las políticas generales, supervisa a ambos conglomerados y define sus gerentes generales o jefes con base en criterios de meritocracia

Por tanto, se crearán dos estructuras organizacionales: una que cumpla las funciones de administración de fondos y otra que gestione los servicios de salud. Implementar la separación gradual hace necesario manejar inicialmente centros de ingresos y costos con cuentas separadas, establecer responsabilidad por la información principal que cada una debe asumir, así como incorporar el personal que requerirá la Iafas.

Más adelante, será necesario implementar leyes que establezcan la constitución de dos organizaciones con personería jurídica independiente, que operen con un criterio de gestión empresarial. La estructura organizacional de la Iafas-EsSalud, en una etapa de transición que podría durar hasta dos años, según lo definido anteriormente, se detalla en la fig. 30.

Después de la etapa de transición (de dos años), hay que pensar y tener un mapa de ruta de un plazo no mayor a dos años posterior a la etapa de transición definida líneas arriba, y establecer la Iafas y Ugipress como dos organizaciones completamente separadas[15]. Esto debe dar paso a la conformación de una nueva entidad autónoma e independiente como producto final. Las ventajas de moverse en esta dirección es que el fondo intangible de EsSalud sea administrado técnicamente, sin interferencia política, y se asegure, de este modo, el valor por dinero de los asegurados.

La Iafas compraría servicios de salud a prestadores institucionales (a través de la Ugipress-EsSalud) y también a prestadores externos (públicos y privados). Del mismo modo, las Ugipress/Ipress internas de EsSalud podrían vender servicios de salud a Iafas externas. En otras palabras, se trata de dar más salud por cada sol invertido, revertir la situación actual de insostenibilidad financiera y generar todos los incentivos para los proveedores con la finalidad de revertir una situación de limitada cobertura y calidad de servicios en un contexto de competencia regulada (ver sección 3). Esta decisión claramente deberá tomarse al más alto nivel y contar con el apoyo de los Poderes Ejecutivo y Legislativo. Esto último se enmarca en una estrategia de reforma del sector que promueva la equidad, la reducción del gasto de bolsillo de los asegurados y la entrega de servicios de más calidad. Se trata, pues, de un cambio de paradigma en un contexto en el cual es difícil hacer cambios sustanciales, sobre todo porque el modelo vigente está dominado por la oferta pública y presenta escasa flexibilidad financiera y administrativa para llevar a cabo los cambios necesarios para lograr más valor por dinero[16] (ver fig. 31).

El objetivo de EsSalud es administrar el fondo de los asegurados con el fin de entregarles prestaciones que correspondan al derecho adquirido con sus aportes. Se requiere una ley que establezca la constitución de las dos

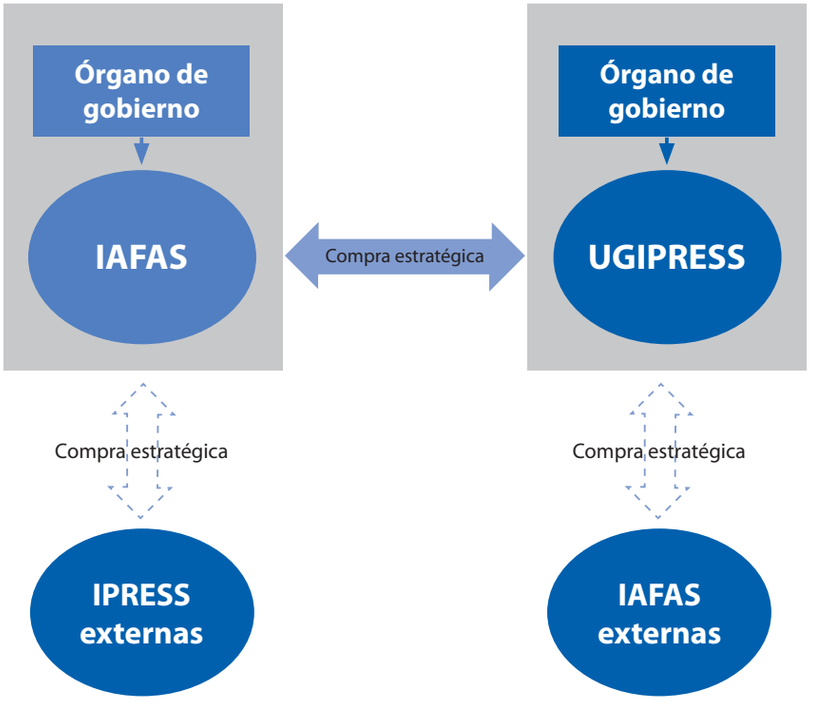
15 En la mesa de dialogo realizada del 11 al 18 de marzo de 2019, un 88% de los expertos que participaron en la socialización de las opciones de propuestas recomendaron seguir esta opción. Asimismo, el 71% de los funcionarios de EsSalud que participaron en la socialización recomiendan esta opción.

16 El concepto del valor por dinero ha sido ampliamente desarrollado en el marco de las reformas del sector salud.

Figura 30. Etapa de transición: una sola organización, con Iafas y Ugipress separadas al interior de EsSalud

Fuente: Elaboración propia.

Figura 31. Propuesta final: dos organizaciones completamente separadas, una de Iafas y otra de Ugipress



Fuente: Elaboración propia.

organizaciones con personería jurídica independiente, con cuentas separadas y con gestión empresarial cada una. De este modo, se garantizan operaciones adecuadas para obtener los resultados esperados en relación con los objetivos de las funciones que se han separado con las organizaciones constituidas y que, en alguna medida, pueden considerarse como contrapuestas. En otras palabras, es saludable separarse ante un posible conflicto de intereses: por un lado, 1) eficiencia en el empleo de recursos financieros al adquirir prestaciones de salud; y, por el otro, 2) eficacia en los servicios de salud para atender la demanda de la población asegurada, con prioridad en los resultados de recuperación sobre la eficiencia de los recursos empleados.

La Iafas que se establezca será una organización con personal que se relacione laboralmente a través del régimen de la actividad privada para ganar flexibilidad frente a las necesidades de una organización que se irá desarrollando y evolucionando en el mercado de los seguros. El recurso humano que se integre deberá cumplir con los perfiles de puestos que exija una organización especializada y con competencias que sean identificadas como requeridas en las operaciones del mercado de seguros.

Por ello, la escala de remuneraciones debe ser atractiva para lograr que los mejores profesionales se integren a la Iafas-EsSalud.

La organización debe ser pequeña y flexible, y priorizar la intervención de sus integrantes en la gestión de sus procesos sobre la propia operación. Lo anterior significa que su estrategia tenderá a la excelencia operativa, con alto nivel tecnológico en sus operaciones, y al apoyo de empresas especializadas para tercerizar actividades estandarizadas y de gran volumen. En línea con el tipo de gestión propuesto, la cobertura nacional se organizará con algún tipo de agencia regional que maneje las necesidades de las zonas a su cargo, y que se enfoque en plantear estrategias de acercamiento y empleo de canales que no signifiquen destaques de gran número de personas que pertenezcan a la organización.

Respecto a las relaciones con la organización a cargo de las redes de prestaciones de salud (unidad gestora de Ipress o Ugipress), el seguimiento y control prestacional (auditoría), asociados a los modelos de pago (incentivos), serán las herramientas para asegurar la calidad de gestión, su transparencia y la rendición de cuentas debida al ente financiador que administra los fondos intangibles de los asegurados. Los pagos regulares harán necesario establecer los tipos de contraprestación que recibirán las Ipress. Se podría adoptar el sistema de pago capitado para el primer nivel; pago por servicios, especialmente para los especializados y complejos; y los presupuestos a suma alzada para las prestaciones sociales.

Asimismo, se debe considerar la gestión que premie los buenos resultados, es decir, el directorio debe velar por el seguimiento de los resultados de los convenios o acuerdos de gestión que firmarán las Ugipress/Ipress de EsSalud. De este modo, la Iafas podría considerar, según los logros obtenidos, entregar bonos a las Ipress que consiguen resultados positivos bajo un esquema de pagos por productos o resultados. En este escenario, es de especial importancia el empleo de indicadores y la determinación de acciones que incentiven a las Ipress a lograr dichos resultados.

El esquema de largo plazo de separación efectiva de funciones en dos instituciones requiere de una estrategia de implementación cuidadosa. El periodo de transición sería de dos años y el periodo para instalar una Iafas independiente debería ser en 2021. Estos plazos facilitarían la preparación de ambas organizaciones, pues el fracaso en una de ellas impactaría en la otra. Por ese motivo, se debería pensar en establecer unos años con presupuesto fijo para las Ipress, porque eso les permitiría adaptar sus sistemas de trabajo a las otras modalidades.

Por otro lado, este plazo haría posible que la Iafas reclute y capacite al personal que se requiera en el marco de un esquema de perfiles específicos y unidades claramente definidas en sus objetivos y funciones. Será necesario, para la sostenibilidad y el desempeño eficiente de ambas, diseñar y aplicar arreglos legales para que cada una cuente con personal de un único régimen laboral.

2.7.4. Funciones de compra de la Iafas-EsSalud

2.7.4.1. Mecanismos de pago

El Plan Maestro de EsSalud 2013-2021 identificó la necesidad de nuevos mecanismos de pago, dado que la separación de funciones propuesta en el modelo crearía mercados internos para la compra de servicios y el establecimiento de mecanismos de pago basados en la rentabilidad. El uso de pagos agrupados o capitados en las redes de salud de Ipress, que reemplazan el pago por el servicio, debe establecer procesos racionales para maximizar la rentabilidad basada en la promoción y prevención, aumentar los beneficiarios saludables, y reducir los riesgos de hospitalizaciones innecesarias y las experiencias internacionales de innovación en los mecanismos de pago en salud, en particular en el marco de una compra centralizada y estratégica, pueden servir de insumo para el diseño de las transformaciones que EsSalud debe enfrentar. Las reformas de los sistemas de pago hospitalarios en el ámbito internacional muestran una evolución inicial (décadas de 1990 y 2000) desde el pago por servicio (FFS) hasta otros mecanismos basados en el volumen o la actividad hospitalaria, como los GRD. Posteriormente, se impulsaron los modelos de pago basados en valor, específicamente el de los pagos por desempeño (P4P) (Chalkley, Mirelman, Siciliani & Suhrcke, 2016), que requieren la definición de resultados esperados medibles que condicionan los desembolsos. Por último, y más recientemente, los modelos mixtos o combinación de modalidades de asignación de recursos han sido el principal desafío de las innovaciones observadas.

Los pagos por desempeño se utilizan en la mayoría de los países de la OCDE. Existen también diversos ejemplos en sistemas de salud de América Latina (Alarcón, 2009). Este mecanismo se aplica típicamente en el primer nivel de atención, aunque también hay ejemplos a nivel hospitalario. En Canadá, se usa en el primer nivel de atención para el pago a los médicos de familia y según indicadores de proceso que se focalizan en los resultados en los pacientes individuales y en el total de la población a cargo. En Portugal, se promueve el trabajo multidisciplinario a través de los P4P. En Noruega, se usa en el segundo nivel de atención, en el que se busca mejorar calidad y resultados. En Uruguay, los pagos por desempeño se focalizaron, en un inicio, en el primer nivel de atención, al mismo tiempo que se promovieron controles de salud durante las distintas etapas de la vida a través de un médico de referencia. Luego, se incorporó el incentivo para el cambio del modelo de trabajo médico. Recientemente se promueven también acciones a nivel hospitalario y la capacitación de los trabajadores de la salud. Sobre la base de los problemas priorizados por EsSalud, es posible profundizar en estas experiencias y determinar las necesidades y viabilidad de los incentivos económicos.

En el caso del National Health System (NHS) de Reino Unido, los pagos por desempeño acompañan a un pago capitado. El sistema experimenta un proceso de cambios en su sistema de pagos. Los *general practitioners* (GP) son el componente clave del sistema y reciben pagos capitados por la población que tienen asignada, además de pagos adicionales vinculados al desempeño en calidad. La revisión de estos acuerdos es parte de los cambios impulsados. A nivel hospitalario, se utiliza el pago por actividad a través de los *health care resources groups* a partir de 2003.

En América Latina, los casos de Chile, Colombia (Ministerio de Salud, 2016), Uruguay (Oreggioni, 2015) y Brasil presentan innovaciones en las formas de pago, a partir de sistemas de financiamiento diferentes. Destacan, entre estos, los pagos capitados y los pagos por desempeño.

En el caso chileno, los cambios más destacables se vieron en la asignación de los recursos públicos desde el Fonasa. El mecanismo ha combinado el pago por presupuesto histórico con pagos prospectivos capitados y pagos por resultados en el primer nivel de atención. El pago capitado considera variables como el nivel socioeconómico de la población beneficiaria, la proporción de adultos mayores y la ruralidad.

En el caso colombiano, la unidad de pago por capitación (UCP) es el valor anual que se asocia a los afiliados del sistema general de seguridad social en salud, y que financia los servicios entregados del Plan Obligatorio de Salud (POS) tanto en los regímenes contributivos como subsidiado. Esta unidad de pago por capitación se define para 14 grupos de edad y sexo, y según región. Se adiciona un pago *ex post* que redistribuye recursos sobre la base de resultados sanitarios. Recientemente se definió un nuevo modelo de remuneración por presupuesto global prospectivo, que incluye incentivos por desempeño.

Tabla 19. Principales mecanismos de pago en países seleccionados

País	Financiamiento (aseguramiento)	Proveedor	Mecanismo de pago	
			Atención primaria	Hospitales
Chile	Público-Fonasa	Público	Cápitas Por servicio, pago prospectivo por prestación, pago por caso, PPP, presupuesto global y por partida	Presupuesto global y por partida, programa de prestaciones institucionales, PPI por servicio, programa de prestaciones valoradas, PPV
		Privado		Por servicio Por caso, PPV
	Privado-Iaapres	Privado	Por servicio	Por servicio
Uruguay	Público-SNS-Fonasa	Público/privado	Cápitas por desempeño	
	Público-otros	Público	Presupuesto por partidas	
	Privados		Cápitas por desempeño	
Colombia	Público, regímenes contributivo y subsidiado, EPS públicas y privadas	IPS públicas y privadas	Capitación, UPC Pago de compensación *ex post*: CAC, cuenta de alto costo	
Reino Unido	Público	Principalmente público, con alguno privados	Por paciente Por servicio Por desempeño	Por caso (60%) Por contratos de servicio
Brasil	Público, SUS	Público	Presupuesto Por actividad/ producción	Presupuesto Procedimiento por desempeño
		Privado	Por actividad/ producción	Por procedimiento: autorizaciones de internación hospitalaria, AIH
	Privado	Privado	Pago por servicio	
Corea	Público	Privado (90%)	Pagos por servicios	Pagos por servicios y GRD
Holanda	Público	Privados/Privados sin fines de lucro	Por paciente Pago por servicio Pagos por desempeño	Pagos por casos (incluye honorarios médicos)

Fuente: Elaboración propia.

En el caso brasilero, el Sistema Unico de Salud (SUS), mediante un pago global prospectivo asociado a un contrato de gestión, incluye indicadores de desempeño en su asignación de recursos. Este mecanismo combina el pago por presupuesto histórico con el pago por casos. Otro mecanismo usado en este caso es el presupuesto "fondo a fondo", que define partidas específicas para programas predeterminados. Entre ellos se puede mencionar el Piso por Atención Básica, que implica un pago capitado, que considera diferencias regionales, más un pago variable por el logro de los objetivos priorizados por el Ministerio de Salud.

En el caso uruguayo, el Sistema Nacional de Salud (SNS) también paga a los prestadores contratados, públicos y privados, cápitas ajustadas por edad y sexo, y un pago variable por desempeño vinculado a objetivos sanitarios (pago por metas). Los contratos de gestión establecen condiciones de acceso, calidad y requerimientos de información que condicionan los desembolsos

Ningún esquema o sistema de aseguramiento, asignación de recursos y sistema de pagos y compras, puede ser valorado como el mejor. La elección de un sistema de pagos está condicionada por la historia del sistema de financiamiento y asignación de recursos de cada país, por la puja de intereses de los actores involucrados en el sector y por la capacidad de rectoría, liderazgo y conducción de la autoridad sanitaria. La combinación y articulación de diferentes mecanismos de pago a través de diversos sistemas, que incluyen el diseño de contratos y mecanismos de control, y que promuevan el logro de objetivos explícitos, son una constante hacia la que tienden los diferentes países en su búsqueda de desarrollar una función de compra estratégica. La combinación de modalidades de pago se observa dentro del primer nivel de atención y también en la articulación con otros niveles, en particular a través de pagos a paquetes (*bundled payments*).

Para la Iafas-EsSalud, el desarrollo de los sistemas de información, fundamentalmente sistemas de costos, y la adopción de tecnologías de la información y de modelos nacionales de historia clínica electrónica, condicionan críticamente la viabilidad de implementación de mecanismos de pago innovadores que alimenten la compra estratégica de servicios de salud. Asimismo, el definir objetivos sanitarios claros, explícitos y fundamentados en la situación de salud de la población es un requisito indispensable para el diseño y la articulación de mecanismos de pago y compra que incentiven las conductas y los resultados deseados en los proveedores.

Se recomienda también que la Iafas-EsSalud apliquen, en la etapa de la compra estratégica de servicios en el caso piloto, algunas reformas a mecanismos de pago que se ha comenzado a aplicar en países de la OECD, donde han sido gradualmente aplicados y aceptados por los prestadores.

Tres de estos mecanismos son los siguientes (OECD, 2016):

a. Pagos complementarios: son pagos asociados a metas específicas a los proveedores, con la finalidad de mejorar la calidad de los servicios. Por ejemplo, se podría establecer que las Ipress que logren mejoras en satisfacción de usuario por un porcentaje mayor a x% recibirían un monto absoluto definido. Este mecanismo, además de transferir recursos adicionales a las Ipress de buen desempeño, también las señalaría como un buen proveedor. Portugal, en el ámbito de la atención primaria, y Noruega, en el ámbito de la atención hospitalaria, aplican con hospitales este mecanismo simple de pago por desempeñó (P4R).

b. Pagos agregados: en Holanda, se aplica a ENT como diabetes; y, en el Reino Unido, en cuidados de salud materna.

c. **Pagos basados en la población asegurada cubierta:** una Ipress, por ejemplo, recibiría pagos adicionales a los mecanismos de pago (cápitas, servicios o GRD) si logra determinada meta de atención en relación con la población asegurada bajo su influencia (la asignación de recursos también puede considerar aspectos de equidad).

La dirección de las Iafas-EsSalud tomará la decisión de los mecanismos de pago que se aplicarán, en función de hacia dónde apunta la compra estratégica de servicios en cuanto a cobertura, calidad, resultados sanitarios y control de costos, entre otros aspectos que se deben considerar.

2.7.4.2. Monitoreo, auditoría externa y gestión de la calidad

El seguimiento y la gestión de la calidad llevada a cabo por el Health Insurance Review Assessment (HIRA) en Corea del Sur arroja buenos resultados para un sistema de roles separados, fundamentalmente en la compra estratégica de servicios de salud, y son atribuibles a la separación de funciones. Por ejemplo, de 2012 a 2016 se ha reducido en 30,3% el uso de antibióticos por resfríos y en 21% las prescripciones de inyecciones; de igual forma, de 2011 a 2015 se aumentó en 3,3% la tasa supervivencia por el cáncer del colon, y se redujo en 17,9% la admisión en hospitales de pacientes con diabetes. Se debe resaltar que este último resultado ha sido mejor que el promedio para el mismo indicador en países de la OECD (HIRA, 2013, pp. 18-19).

Como parte de su rol, la Iafas-EsSalud debería contratar la verificación externa del desempeño y la calidad de las entidades prestadoras. Esta evaluación es esencial y se basa en el seguimiento del cumplimiento del contrato de prestación de servicios y la revisión de los datos en el ámbito de las redes de salud. Con ese fin, se debe definir claramente si se cumplieron las metas sanitarias, las de cobertura y las de calidad de servicio sobre la base de los datos nominalizados de los asegurados, así como evaluar la gobernanza de las Ipress en cuanto su gestión de recursos humanos, uso de recursos, y gestión de datos. Por otro lado, la Iafas debería definir un cronograma de trabajo con las Ipress asociadas para asegurar que cumplan con las exigencias mínimas de calidad y condiciones de recursos, equipamiento y seguimiento de estándares como lo establecen las normas de Susalud. En un plazo definido, Iafas-EsSalud no debería realizar compras estratégicas de establecimientos no acreditados de acuerdo con un plan establecido.

2.8. Oportunidades y recomendaciones

a. **La separación de funciones es un proceso que puede completarse en 2021, con decisión política consensuada y el compromiso técnico y financiero de llevar a cabo un conjunto de actividades los próximos 36 meses.** Como oportunidad se puede señalar la promulgación del Decreto Supremo 010-2016-SA, y su ampliatorio Decreto Supremo 003-2018-SA, que son específicos para las Iafas públicas. Ambas normas dan una guía clara y directa del planteamiento del proceso de separación de funciones y establecen un plazo de dos años para la implementación de las adecuaciones que requiere este dispositivo. En un contexto de decisiones de reforma, estos instrumentos legales son esenciales y establecen las bases legales para que la gerencia de EsSalud inicie el proceso con un mapa de ruta consensuado e informado con los actores relevantes.

b. **Resulta prioritario (clave, estratégico y político) para fines de efecto demostrativo hacer un esfuerzo de aproximación y definición explícita de la Iafas-EsSalud.** La naturaleza de EsSalud tendría que ser única, central y autónoma, con algún nivel de oficina o instancia desconcentrada, y con un perfil remoto de atención o funcionalidad puntual. La formación de la Iafas-EsSalud es la tarea prioritaria en la primera etapa del proceso de separación y optimización de funciones en EsSalud.

c. **En una etapa inicial del proceso, la meta es que EsSalud se restructure en dos empresas de derecho público que reporten a un mismo directorio.** La primera empresa del "Holding" es la Iafas-EsSalud, responsable de la administración del fondo intangible, la gestión del diseño de planes de salud, la gestión de la inscripción y afiliación de asegurados, la compra estratégica de servicios de salud y la gestión de siniestros. La segunda empresa del Holding será la Ugipress en la sede central y sus 29 redes. En una segunda etapa del proceso, que puede durar unos 24 meses, se deberá tomar la decisión de pasar a una Ugipress y siete redes de Ipress u optar por dos Ugipress Especializadas. En esta primera etapa la separación de funciones ocurre al crear dos grandes subunidades organizacionales claramente diferenciadas, que están articuladas por un Órgano de Gobierno único que determina las políticas generales, supervisa a ambos conglomerados y define sus gerentes generales y altos funcionarios según criterios definidos, y con evaluación de desempeño y metas. Es importante reconocer que el riesgo de extender la fase de transición con Ugipress y la Iafas dentro de la misma entidad puede afectar en el largo plazo el propósito de la separación de funciones que busca mayor eficiencia y modulación de la prestación por la vía del financiamiento y la búsqueda de los mayores beneficios para los asegurados por parte del asegurador. Esto porque un mismo directorio puede llevar a perder la perspectiva de la mancomunación de fondos y la compra estratégica vinculada a los mecanismos de pago por resultados, dadas las evidencias de lo difícil que es que alguien se compre, y se module a sí mismo en sus propias prestaciones, y se someta a las reglas de la eficiencia *per se*.

d. **Conformada y establecida la Ugipress** (única o dos especializadas), será el momento de iniciar la etapa final de separación de cuentas y funciones**, de tal manera que la Iafas-EsSalud se constituya en un organismo público ejecutor, con autonomía e independencia,** que podría seguir adscrito administrativamente al Ministerio de Trabajo y Promoción Social, pero manteniendo la autonomía e independencia de su directorio, que tiene una conformación tripartita. **El proceso de separación de cuentas debe ser realizado por una empresa especializada en restructuración de empresas de escala mayor, como es EsSalud.** En el contexto actual, existen funciones que son exclusivas de las Ipress, otras que son compartidas entre las Ipress y las Ugipress, y otras que son complementarias

y se articulan entre las Ipress/Ugipress y la Iafas. Todas estas áreas sobrepuestas deben aclararse y precisarse para que exista la mejor implementación de la separación de funciones. En este sentido, la propuesta de separación de cuentas debe ser realizada por una empresa especializada en el tema y presentada en el directorio y la Alta Dirección para su consideración y la toma de una decisión coordinada con las direcciones relevantes de EsSalud.

e. Los puestos de gerentes ejecutivos de la Ugipress y la Iafas serán designados por sus respectivos directorios para un periodo específico de tres años renovables por dos adicionales, bajo criterios estrictos de desempeño y cumplimiento de metas. Los candidatos serán escogidos de una lista propuesta con las consideraciones de una empresa de recursos humanos especializada en el reclutamiento de profesionales de alto nivel en el giro del negocio y contratada por el directorio para este fin. Las dos entidades Iafas e Ugipress serán reguladas por Susalud, en sus roles de comprador y prestador de servicios, respectivamente.

f. **El mapeo de la organización y los procesos específicos de la Iafas y de la Ugipress-Ipress de EsSalud será la etapa posterior.** El propio Decreto Supremo 010-2016-SA lo deja entrever, al establecer los procesos misionales por niveles de las Iafas públicas, para recién avanzar en el deslinde con la noción, organización y operatividad de la Ipress.

g. **Una tarea clave del mapa de ruta es la definición de lo que debería ser el plan de beneficios explícito cubierto por EsSalud**, que debe considerar los ingresos esperados y respetar las regulaciones establecidas para las Iafas por Susalud.

h. **El factor de éxito de la propuesta reside que, en forma paralela y concurrente, se asegure el desarrollo adecuado de lo común e interoperativo entre las instancias involucradas (Iafas-Ugipress-Ipress).** Ello se refiere al sistema de información, al control de la calidad de las prestaciones (compradas y vendidas), a las unidades de medida, a los tarifarios bases, a los mecanismos de compra, etc. En otras palabras, involucra todos aquellos instrumentos para la viabilidad de los intercambios, y eso requerirá, en una primera etapa, un compromiso mayor de apoyo político y financiero del Estado, con inyección de recursos externos en los primeros cinco años de operación del nuevo modelo de negocio, así como generación de nuevas capacidades al personal administrativo y asistencial. Cubrir las brechas de equipos e infraestructura de las redes de salud sería esencial para que puedan responder de manera exitosa el nuevo modelo de gestión y financiamiento. Finalmente, **la implementación inicial de la compra estratégica de servicios en la red desconcentrada requerirá una instancia desconcentrada de la Iafas-EsSalud en el ámbito nacional**. De este modo, se le permitirá actuar como contraparte de la Ugipress territorial macrorregional y armonizar los criterios de gestión necesarios para un seguimiento de los acuerdos de gestión territoriales en relación con las Ipress del territorio (las propias, las del Minsa, las del GR y GL, Sanidades y las privadas).

i. **Hasta 2021, EsSalud debe realizar una inversión de equipos e infraestructura de base que cubra las brechas actuales en las redes desconcentradas.** Este esfuerzo debe incluir el personal médico necesario con labores a tiempo completo y en un ámbito laboral diferente. En este contexto, las condiciones deben facilitar la movilidad del personal en una misma red descentralizada y asignar un pago por resultados e incentivos monetarios y no monetarios vinculados a una línea de carrera clara y transparente, que facilite el reclutamiento y la retención del personal asistencial. El plan de inversiones detalla el valor de la inversión requerida hasta 2035, que es de aproximadamente S/ 31 000 millones (Banco Mundial 2019-e). Se trata de un monto aproximado anual de S/ 1850 millones de soles, que supera el presupuesto promedio asignado a inversiones, de entre S/ 350 millones y S/ 400 millones.

La diferencia puede cubrirse con una combinación de parte de recuperación de deudas, aumento de ingresos de seguros especiales cuyos asegurados aportan por debajo de la tasa de un asegurado regular, y obtención de recursos externos garantizados por el Estado en el marco del inicio del proceso de separación de funciones, cuya puesta en marcha se justifica porque garantizará más eficiencia y eficacia de EsSalud y su sostenibilidad financiera.

j. **La separación de funciones requiere de una estrategia de implementación cuidadosa, con un periodo de transición que permita la preparación y adecuación coordinada de la Iafas y Ugipress**, pues las dificultades en una de ellas impactarían en la otra. El seguimiento y control prestacional (auditoría), asociado a los modelos de pago (incentivos), serán las principales herramientas para asegurar la calidad de gestión prestacional y, con ello, el buen empleo de los recursos financieros que la Iafas administrará. Así, se requerirá la implementación gradual de la nueva forma de financiar las actividades de los prestadores. La voluntad política de iniciarla es esencial y, de este modo, el socializar y compartir los avances, las ventajas y los retos de gestión y administración de las respuestas de los actores. Estos pueden sentirse más cómodos con el *statu quo* por falta de información completa acerca de por qué la separación de funciones y la compra estratégica de servicios facilitaría el logro de las metas sanitarias y financieras de la seguridad social.

k. **Un mapa de ruta de acciones y actividades, que deberá ser llevado a cabo por EsSalud** en el marco del Decreto Supremo 010-2016-SA, se propone a continuación:

Tabla 20. Mapa de ruta de acciones y actividades

Productos	Fechas de cumplimiento
Propuesta del modelo de negocio de EsSalud y estructura organizacional	30 de mayo de 2019
ROF de EsSalud en su etapa de transición (dos gerencias de Iafas e Ugipress en la organización) hacia una separación completa a 2021	30 de julio de 2019
ROF de la EsSalud-Iafas	30 de noviembre de 2019
Manual de operaciones de EsSalud-Iafas	30 de diciembre de 2019
Mecanismos de pago a proveedores (cápita)	30 de marzo de 2020
Propuesta de separación de cuentas Iafas- Ugipress	30 de marzo de 2020
Manual de operaciones de EsSalud-Ugipress	30 de junio de 2020
GRD en hospitales piloto	30 de junio de 2020
Propuesta de ley de creación de EsSalud-Iafas	1 de julio de 2020
Productos estratégicos para la operación de la Iafas:	
▪ Calculo actuarial	30 de diciembre de 2019

Productos	Fechas de cumplimiento
▪ Sistemas de información y monitoreo	30 de diciembre de 2019
▪ Sistema de auditoria y verificación de resultados	30 de diciembre de 2019
▪ Tarifarios de servicios de salud	30 de marzo de 2020
▪ Gestión de riesgos corporativo	30 de marzo de 2020
▪ Manual de buen gobierno corporativo (normas, control, transparencia y procedimientos del directorio)	30 de marzo de 2020
ROF de la Ugipress-EsSalud	30 de diciembre de 2019
Aprobación de la ley de creación de la Iafas-EsSalud	30 de diciembre de 2020
Inicio de funcionamiento de Iafas-EsSalud en un caso piloto.	30 de marzo de 2021
Talleres de trabajo, seminario y cursos de entrenamiento en el marco de nuevos roles	1 de julio de 2019-30 de julio de 2021
Proceso de aprendizaje y adaptación de las redes de salud al nuevo modelo de gestión de las Ugipress/Ipress-EsSalud y compra estratégica de servicios de salud de la Iafas-EsSalud (planes de trabajo en cada red prestacional)	1 de julio de 2019-28 de julio de 2021
Monitoreo y evaluación del caso piloto	1 de enero de 2020-30 de diciembre de 2020
Resultados del caso piloto y expansión a tres redes de salud adicional	1 de junio de 2021
Ejecución de plan de inversiones para reducción de brechas, y proceso de graduación de Ipress-EsSalud	1 de junio 2019-30 de junio 2021
Proceso de separación de cuentas completado e inicio de actividades de dos entidades separadas: Iafas-EsSalud y Ugipress-EsSalud	30 de diciembre de 2021

Fuente: Elaboración propia.

I. **Ser reconocida como líder en seguridad social de salud en América Latina es una de las metas del proceso de separación de funciones.** Existe un consenso referido a que el modelo actual de organización y gestión no garantiza valor por dinero. En el marco de sus lecciones de gestión aprendidas, y sobre la base de experiencias de cambio en otros países de la región, EsSalud debe transitar por una separación de funciones progresiva, que adopte características de las experiencias de otros países, en un modelo de compras estratégicas de servicios de salud a redes de salud autónomas y plurales en su gestión y organización, con la posibilidad de fortalecer la competencia entre los prestadores que sustenten un nuevo modelo de gestión con énfasis en la atención primaria, y poniendo al asegurado en el centro del negocio. De esta forma se establece mayor cobertura, calidad de los servicios y protección financiera en salud de los asegurados.

2.9. Referencias bibliográficas

Alarcón, G. (2009). Financiamiento del aseguramiento universal en salud: experiencias internacionales y elementos de decisión para el Perú. Bethesda, MD: Health Systems 20/20 project, Abt Associates Inc.

Ashton, T.; Mays, N., & Devlin, N. (2005). Continuity through change: the rhetoric and reality of health reform in New Zealand. *Social Science & Medicine*, 61(2), pp. 253-262.

Banco Mundial & EsSalud (2018-a). *Análisis de actores clave*. Lima.

Banco Mundial (2019-b). Perú EsSalud. Análisis de la sostenibilidad financiera de EsSalud [estudio comisionado por EsSalud]. Washington.

Banco Mundial (2019-c). Perú EsSalud. Manual de operaciones: organización y procesos Institución Administradora de Fondos de Aseguramiento en Salud EsSalud [estudio comisionado por EsSalud]. Washington.

Banco Mundial (2019-d). Perú EsSalud. Modelo de negocio y escenarios de la Unidad de Gestión de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud en el contexto del DS-010-2016-SUSALUD. Washington.

Banco Mundial (2019-e). Plan estratégico de Inversiones en EsSalud: 2019-2035. Lima.

Banco Mundial (2019-f). *Diseminación y discusión de las propuestas de Iafas y Ugipress de EsSalud en el contexto del DS-010-2016-SUSALUD*. Documento de trabajo. Lima.

Banco Mundial (2018-g). *Participación de los asegurados de EsSalud en la reforma de EsSalud*. Documento de trabajo. Washington.

Banco Mundial (2018-h). *Implementación de una solución de inteligencia de negocios (BI) aplicada a los datos prestacionales de las Ipress*. Documento de trabajo. Washington.

Banco Mundial (2010). *Series of Snapshots of Experiences in Verifying Performance Linked to Financial Incentives for Results-Based Financing (RBF) Programs from Selected Countries*. J. F. Naimoli y P. Vergeer (Eds.). Washington: Banco Mundial.

Banco Mundial (2008). *Learning from Experience: Governing Mandatory Health Insurance*. W. Savedoff y P. Gotrett (Eds.). Washington: Banco Mundial.

Bogotá Innova (2011). *Gestión estratégica de la innovación-modelo de negocio CANVAS, 2011*. Recuperado de https://conveniosenaudea.files.wordpress.com/2011/11/canvas_expresiones_infantiles_ejemplo.pdf

Chalkley, M.; Mirelman, A.; Siciliani, L.; & Suhrcke, M. (2016). Paying for performance for health care in low-and middle-income countries: an economic perspective. (CHE Research Paper, nro. 140). York, Reino Unido: University of York.

Consultores en Gestión de Salud (ConsultSalud) (2009). Asistencia técnica para el diseño institucional del rol asegurador en el Seguro Social de Salud del Perú, EsSalud. Lima: ConsultSalud.

Contraloría General de la República (2018). Informe del operativo de visita preventiva 634-2018-CG/SALUD-OCS: "Operativo de visita preventiva a los establecimientos de salud públicos del segundo y tercer nivel de atención. Por una salud de calidad". Lima: Contraloría General de la República.

Cortez, R.; Romero, D.; Camporeale, V.; & Pérez, L. (2012). *Results-Based Financing for Health in Argentina*. (HNP Discussion Paper, nro. 71648) Washington: Banco Mundial.

Drucker, P. (1991). *La gerencia de empresas*. Barcelona: Edhasa.

EsSalud (2016). *Plan Maestro de EsSalud 2013-2021*. Lima: EsSalud.

EsSalud (2015). Encuesta Nacional Socioeconómica de Acceso a la Salud de los Asegurados de EsSalud. Recuperado de http://www.essalud.gob.pe/downloads/encuesta_socio_conomica/archivo/Encuesta%20Socio%20Economica%20EsSalud %202015.pdf

EsSalud (s. f.). EsSalud: Principales indicadores de salud, 1990-2016. Lima: Gerencia General de Planeamiento y Desarrollo, Gerencia de Gestión de la Información y Subgerencia de Estadística de EsSalud. Recuperado de http://www.essalud.gob.pe/downloads/series_Estadisticas_1990_2016.pdf

Figueras, J.; Robinson, R. & Jakubowski, E. (Eds.) (2005). *Purchasing to Improve Health Systems Performance*. Nueva York: Open University Press.

Heath Insurance Review and Assessment Service, HIRA (2013). Total solution for value-based health care purchasing. HIRA system. Recuperado de https://www.hira.or.kr/eng/ebook/00_Page_img/extra/00.pdf

Instituto Nacional de Estadística e Informática (2015). Informe final: "Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios en Salud". Lima: INEI.

Lewis, R.; Smith, J.; & Harrison, A. (2009). From Quasi-Market to Market in the National Health Service in England: What Does This Mean for the Purchasing of Health Services? *Journal of Health Services Research & Policy*, 14(1), pp. 44-51.

Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia (2016). Estudio de suficiencia y de los mecanismos de ajuste de riesgo para el cálculo de la unidad de pago de capitación para garantizar el plan de beneficios en salud para el año 2016. Bogotá: Comisión Asesora de Beneficios, Costos, Tarifas y Condiciones del Aseguramiento en Salud. Recuperado de https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/RBC/estudio-suficiencia-upc- 2016.pdf

Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo & Ministerio de Salud (2013). *Informe de reorganización del Seguro Social de Salud, EsSalud: diagnóstico y propuestas*. Lima: MTPE y Minsa.

Organization for Economic Co-operation and Development (OECD) (2018). Public procurement. Recuperado del sitio web de la OECD: http://www.oecd.org/governance/public-procurement/

Organization for Economic Co-operation and Development (OECD) (2016). *Better Ways to Pay for Health Care*. (OECD Health Policy Studies). París: OECD. Recuperado de https://read.oecd- ilibrary.org/social-issues-migration-health/better-ways-to-pay-for-health-care_9789264258211- en#page1

Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) (2010). *Improving Health Sector Efficiency: The Role of Information and Communication Technologies*. (OECD Health Policy Studies). París: OECD. Recuperado de https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/eu_world/docs/oecd_ict_en.pdf

Organización Mundial de la Salud (2000). *Informe sobre la salud en el mundo 2000: mejorar el desempeño de los sistemas de salud*. Recuperado de http://www.who.int/whr/2000/es/

Organización Mundial de la Salud (s. f.). Module 4: Purchasing Health Services. In Health Financing Policy For Universal Health Coverage. Recuperado del sitio web de la Organización Mundial de la Salud: https://who.campusvirtualsp.org/mod/scorm/player.php?a=22&currentorg=pp6393_55ae1545b1dda_ EN_01&scoid=80

Savas, S. *et al*. (1998). Contracting models and provider competition. En R. Saltman, J. Figueras y C. Sakellarides (Eds.). *Critical challenges for health care reform in Europe*. Nueva York: Open University Press.

De la Torre Bejarano, E. (2016). Calidad y humanización en los servicios de salud. Ponencia presentada en el seminario de la Organización Iberoamericana de Seguridad Social y la Cooperación Española. Cartagena de Indias.

Zurn, P.; Dolea, L.; & Stilwell, B. (2005).Nurse Retention and Recruitment: Developing a Motivated Workforce. Génova: Department of Human Resources for Health, World Health Organization.

2.10. ANEXOS

2.10.1. Anexo 1. Marco específico general EsSalud-Ipress

Una adecuación legal pertinente del proceso de separación de funciones deberá tomar en cuenta los siguientes dispositivos legales:

- Decreto Supremo 004-2013-PCM. Política Nacional de Modernización de la Gestión Pública, del 9 de enero de 2013. https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/aprueba-la-politica- nacional-de-modernizacion-de-la-gestion-decreto-supremo-n-004-2013-pcm-886510-1/
- Resolución Ministerial 125-2013-PCM. Aprobación del Plan de Implementación de la Política Nacional de Modernización de la Gestión Pública 2013-2016, del 16 de mayo de 2013. http://www.pcm.gob.pe/wp-content/uploads/2013/05/PLAN_PNMGP.pdf
- Ley 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, del 9 de abril de 2009, y su Reglamento, aprobado por Decreto Supremo 008-2010-SA.
- Ley 27056, Ley de Creación del Seguro Social de Salud (EsSalud), del 30 de enero de 1999, y su Reglamento, aprobado por Decreto Supremo 002-99-TR, y normas modificatorias.
- Ley 26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social de Salud, del 17 de mayo de 1997, modificatorias y su Reglamento, aprobado por Decreto Supremo 009-1997-SA.
- Ley 29158, Ley Orgánica del Poder Ejecutivo, del 20 de diciembre de 2007.
- Ley 27658, Ley Marco de Modernización de la Gestión del Estado Peruano, del 30 de enero de 2002, y su Reglamento, aprobado por Decreto Supremo 030-2002-PCM.
- Decreto Supremo 004-2013-PCM, Política Nacional de Modernización de la Gestión Pública, del 9 de enero de 2013.
- Decreto Supremo 010-2016-SA, que aprueba las Disposiciones para las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud Públicas.
- Decreto Legislativo 1158, Fortalecimiento de Susalud.
- Decreto Supremo 008-2014, ROF Susalud.
- Decreto Supremo 003-2018-SA, Ampliación de Plazo para las Adecuaciones de Iafas Públicas (amplio plazo del Decreto Supremo 010-2016-SA).
- Resolución de Gerencia General 737-GG-ESSALUD-2014, que aprueba la Directiva 09-GG-ESSALUD-2014, "Lineamientos para la Gestión por Procesos del Seguro Social-EsSalud".
- Resolución de Gerencia General 127-GG-ESSALUD-2016, que aprueba el documento técnico de gestión denominado Mapa de Macroprocesos del Seguro Social de Salud, EsSalud.
- Resolución de Presidencia Ejecutiva 656-PE-ESSALUD-2014, que aprueba la nueva Estructura Orgánica y el Reglamento de Organización y Funciones del Seguro Social de Salud, EsSalud, cuyo texto actualizado y concordado fue aprobado por Resolución de Presidencia Ejecutiva 767-PE-ESSALUD-2015 del 6 de febrero de 2017 y modificatorias.

2.10.2. Anexo 2: Experiencias internacionales

País	Inglaterra, Reino Unido	España
Provisión del servicio	El sistema de salud inglés es uno de los pioneros en el mundo en ofrecer atención universal y gratuita para todos los ciudadanos y residentes legales en el país. Desde 1946, cuando se creó el Sistema Nacional de Salud (National Health System, NHS), los ciudadanos ingleses tienen todas sus necesidades médicas y sanitarias cubiertas por un servicio público casi 100% gratuito. (19)	El Sistema Nacional de Salud (SNS) se configura como el conjunto coordinado de los servicios de salud de la Administración del Estado y los servicios de salud de las comunidades autónomas. Integra todas las funciones y prestaciones sanitarias que, de acuerdo con la ley, son responsabilidad de los poderes públicos. Desde 1986, la responsabilidad de garantizar la cobertura universal en salud en España fue asignada a las Comunidades Autónomas (CA). (26)
Mecanismo de financiamiento	La mayoría de los ingresos para el sistema de salud en Inglaterra proviene de fuentes públicas: impuestos generales, contribuciones sociales y algunos impuestos locales. Una pequeña parte de los ingresos se origina en pagos privados, derivados de la utilización de los servicios públicos por instituciones privadas o por pagos directos de los pacientes. (19)	El Gobierno determina el marco general de financiamiento de los servicios de salud. La autonomía de las CA determina metas y políticas de salud pública, como recaudar recursos adicionales a las transferencias del gobierno central. La aportación de los beneficiarios en la prestación farmacéutica ambulatoria se establece en función de tres criterios: renta, edad y grado de enfermedad. (26)
Alcance del paquete de servicios	Todos los menores de 16 años y mayores de 65 reciben la atención de salud que necesiten de forma gratuita. Además, si son estudiantes a tiempo completo ese estatus se prorroga hasta los 18 años. También las mujeres desde el embarazo y hasta que sus hijos cumplen un año, los desempleados y las personas de bajos ingresos, así como los enfermos crónicos, reciben todos los servicios de manera gratuita. Cabe señalar que existe copago en medicamentos, oftalmología y odontología. Todo lo demás es universal, público y gratuito. (19)	La cartera de servicios básica se formuló en la ley del 2003, que desarrolló la anterior vigente desde 1995, y en el Real Decreto del 2006, que regula la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. Recientemente, la reforma sanitaria del decreto ley de abril del 2012 modificó la cartera común de servicios para incluir la cartera común básica de servicios asistenciales del Sistema Nacional de Salud, cartera común suplementaria del Sistema Nacional de Salud, cartera común de servicios accesorios del Sistema Nacional de Salud, cartera de servicios complementaria de las Comunidades Autónomas y la prestación farmacéutica. (19)

	Francia	Canadá
	Los proveedores de salud, centros de salud y hospitales pueden ser públicos o privados. Los públicos dependen de las Agencias Regionales de Salud (ARS) bajo la línea del Ministerio de Asuntos Sociales y la Salud. En cuanto a los seguros, los tres principales esquemas básicos son el régimen general (84%), el régimen agrícola (7%) y el régimen de trabajadores autónomos (5%). (23)	El sistema de salud canadiense se compone de un conjunto de seguros de salud, uno por cada provincia y territorios. Sin embargo, tienen en común que todos deben cumplir los cinco principios establecidos en la Canada Health Act. El sistema de salud es mixto, de financiamiento público y de provisión público/privada. (20)
	Toda la población paga un seguro obligatorio de salud. La financiación se realiza mediante aportes previsionales, pero incluye componentes impositivos. (23)	La principal fuente de financiamiento del sistema de salud son los impuestos federales y provinciales. Dado que los servicios prestados a través del seguro de salud están exentos de pago para el paciente, se financian en su totalidad por el Gobierno a través de ingresos, principalmente en las provincias. A partir de inicio de siglo XXI aumentó el gasto privado a través, sobre todo, de la contratación de seguros privados complementarios del medicare. (20)
	Los seguros públicos cubren servicios de diagnóstico, atención ambulatoria general, especialistas, rehabilitación, atención hospitalaria, medicamentos y prótesis. Excluye casi todas las cirugías cosméticas, la mayor parte de los tratamientos termales, y sobre todo es fuerte en definir limitaciones en la utilización de procedimientos, por ineficientes o fuera de los periodos estipulados. (23)	Cualquier persona que nace, trabaja y reside en Canadá tiene que registrarse en el seguro de salud y recibe su tarjeta de salud, para sí mismo y sus beneficiarios. Aunque es difícil generalizar, dada la naturaleza descentralizada y los diferentes modelos de provisión de las provincias y territorios, las prestaciones son amplias, tienen un cuadro básico de atención médica, tanto primaria como hospitalaria, pero no se incluyen las prestaciones de odontología, fisioterapia, ortopedia o psicología clínica. Todos los canadienses tienen acceso sin costo directo a cualquier procedimiento médicamente necesario, tanto en la atención ambulatoria como en la hospitalaria. Sin embargo, hay que tener en cuenta que los fármacos prescritos por el médico de cabecera se pagan a través de un seguro de las empresas o privado, y en algunos casos, el asegurado paga una parte (copago). (20)

País	Inglaterra, Reino Unido	España
Mecanismos de pago de servicios	Pay for Performance (P4P) A partir de una reforma de 2012, se fortaleció el componente de pago por desempeño mediante la inclusión de nuevos indicadores entre los que pueden elegir los contratantes (a la par que se retiró el mecanismo del ingreso mínimo garantizado). Los servicios de atención primaria son contratados principalmente mediante un mecanismo de capitación con pesos de acuerdo con las características de la población adscrita. Asimismo, se permitía la oportunidad de financiar servicios específicos priorizados según las necesidades locales. El pago por atención primaria incluye un componente voluntario de compensación por desempeño basado en el Marco de Calidad y Resultados (Quality and Outcomes Framework, QOF). La mayoría de los indicadores planteados se centran en acciones preventivas, procesos de gestión y acceso a la información y satisfacción de los usuarios en general. En contraste, un menor énfasis es otorgado a indicadores de resultados. En el 2013, 14% de los pagos por atención primaria se dieron a través del QOF.	Pago por actividad y es una forma de GRD. Los hospitales en Cataluña son requeridos por agrupar sus servicios de acuerdo con las clasificaciones utilizadas por la CA y el Gobierno central, respectivamente, para reportar la información requerida por ambas instancias. El precio por hospital es calculado según la complejidad de los casos atendidos en el periodo anterior, en comparación con la media de la región. Debido a que los pagos están atados a la clasificación de los pacientes en las GRD, existen incentivos para codificar erróneamente diagnósticos de alta complejidad. Este problema es manejado mediante auditorías periódicas y asesoría en el manejo de los sistemas de información.
Monitoreo de los servicios	La Comisión para la Calidad de la Atención, creada en el 2009, es una institución independiente (organismo público no departamental) con capacidad para regular todo el servicio de salud y el servicio social en el Reino Unido. Tiene por objetivo promover la calidad de los servicios de salud del sector público, privado y organizaciones comunitarias. Por otro lado, se encarga de evaluar el desempeño tanto del NHS como de las organizaciones de salud independientes. Además, busca asegurar que el servicio de salud atienda a las necesidades de la población y que los recursos disponibles sean utilizados de forma eficaz y eficiente. Asimismo, Monitor es el regulador independiente del NHS. Su principal papel es velar por el buen funcionamiento del servicio de atención sanitaria del NHS, vigilar que sus servicios de sanidad sean efectivos, de calidad y cumplan con un criterio mínimo de precio/calidad. Además, uno de los principales instrumentos de supervisión del Monitor es la capacidad para conceder y quitar licencias para la prestación de servicios de salud del NHS. (19)	Es el órgano permanente de coordinación, cooperación, comunicación e información de los servicios de salud entre ellos y con la Administración del Estado. Tiene como finalidad promover la cohesión del Sistema Nacional de Salud a través de la garantía efectiva y equitativa de los derechos de los ciudadanos en todo el territorio del Estado. (26)

Francia	Canadá
Pagos adicionales para promover la coordinación La Experimentación de Nuevos Modelos de Remuneración (ENMR) se emplea desde 2009 y se aplican a tres tipos de servicios de cuidados primarios multidisciplinarios. Representa aproximadamente el 5% de los ingresos de los servicios involucrados, que son definidos por la agencia regional de salud.	Pay for Performance (P4P) En particular, en Ontario, se introdujo el P4P para los médicos generales, como parte de una transformación mayor de los mecanismos de pago. A fines de la década de 1990 se comenzaron a implementar una serie de nuevos mecanismos tratando de sustituir el pago por servicio (FFS) para los médicos de familia, entre ellos capitación y P4P. La implementación de los nuevos mecanismos de pago a los médicos se combinó con otras medidas como la generación de nuevos modelos de atención primaria, campañas de educación sobre el uso de la atención de emergencia y de urgencia, y la promoción de elección de un médico de referencia por parte de la población. Todos los incentivos o bonos se basan en indicadores de proceso. (2)
La Autoridad Sanitaria Nacional (HAS) es una autoridad independiente que evalúa tecnología sanitaria dirigida por una junta compuesta por ocho miembros designados. Asimismo, la Inspección General de Asuntos Sociales (IGAS) es una agencia gubernamental interministerial creada en 1996 responsable de controlar, auditar, evaluar estructuras y políticas, asesorar a los Gobiernos y asistirlos en todos los proyectos sociales y sanitarios. La Agencia Nacional de Seguridad de Medicamentos y de Productos de la Salud (ANSM), creada en 2012 en reemplazo de Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (AFSSAPS), evalúa los aspectos reglamentarios, técnicos (conformidad con una norma) y determina la eficacia clínica de los productos asociados a la salud en general. (23)	Cada uno de los sistemas que conforman el servicio de salud se dota de su respectivo consejo de administración con gran autonomía de gestión.

País	Inglaterra, Reino Unido	España
Sistemas de información	En 2002 surgió el Programa Nacional de TI (NPIT), que preveía la creación de un servicio integrado de registros médicos, un sistema de citas electrónicas y un sistema electrónico de transmisión de prescripciones accesibles a todos los principales proveedores de atención médica. Los principales impulsores de la telemedicina han sido la National Agency Board, NHS Improvement, que desde 2016 unifica a todos los entes reguladores, y el NHS, dentro del cual se creó el NHS Digital. En 2015-2016, se formó el National Advisory Groupon Health Information Technology como ente asesor compuesto por profesionales, dentro del Departamento de Salud. El Reino Unido figura en un grupo de pocos países que dicen tener disponibilidad de diversas TIC en por lo menos tres cuartas partes de la APS y los establecimientos de cuidados intensivos. (23)	No hay entes específicos que impulsen el uso de las TIC en el ámbito nacional, ni de las Comunidades Autónomas. La Acción Estratégica en Economía y Sociedad Digital de 2013 que intenta articular los esfuerzos para imponer el uso de las TIC y generó otro fondo para financiar proyectos de ese tipo. En general, existe la apariencia de que en España existe cierto retraso en la penetración general de internet comparado con la media europea. (23)
Equidad	Universalidad, equidad de acceso y servicio casi gratuito, con un sistema de copago que considera el nivel de ingreso de los pacientes. Buena valoración, en general, de los usuarios. (19)	Como máxima expresión de accesibilidad y equidad en el acceso, la Atención Primaria llega físicamente hasta el domicilio del ciudadano cuando es necesario. La Atención Especializada se presta en centros de especialidades y hospitales, de manera ambulatoria o en régimen de ingreso. Tras el proceso asistencial, el paciente y la información clínica correspondiente retornan nuevamente al médico de Atención Primaria, quien, por disponer del conjunto de los datos de su biografía sanitaria, garantiza la visión clínica y terapéutica global. Ello permite que la continuidad de los cuidados siga caracterizada por la equidad, independientemente del lugar de residencia y de las circunstancias individuales de autonomía, dado que la atención llega hasta el propio domicilio del paciente. (26)

Francia	Canadá
Francia ha sido pionera en el uso de las TIC, fundamentalmente a partir de la Carte Vitale, creada en 1998 para modernizar el sistema de reembolso. Contiene toda la historia clínica completa del paciente, junto a un informe de lo que se le ha facturado por cada visita, los pagos del seguro social, etc. El seguro de salud trabaja alrededor de la carta de identificación del paciente y la conecta con el registro electrónico. Hay un gran esfuerzo en estimular su uso por los profesionales. (23)	Los servicios de telemedicina redujeron a la mitad los costos tradicionales y aumentaron la productividad de los profesionales médicos. TeleExpertise ha evolucionado como la base para cadenas de salud de marca con un alcance internacional. (22)
En general, la protección financiera de la población francesa es buena. Francia se encuentra entre los países de la OCDE en los cuales el financiamiento público del gasto en atención de la salud es el más alto y el gasto de bolsillo es el más bajo. (27)	Reducción de desigualdades en salud: poblaciones vulnerables (por nivel de ingreso, discapacidad, desempleo e internos en instituciones penitenciarias) o étnicos (naciones primigenias, inuits). Desigualdades interprovinciales en prestaciones sanitarias y en resultados en salud. (20)

País	Uruguay	Brasil
Provisión del servicio	El Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) permitió alcanzar la cobertura universal de la población. Los asegurados del Seguro Nacional de Salud (SNS) pueden optar por recibir los servicios de salud de la red de establecimientos públicos (ASSE), de las prestadoras privadas (IAMC) o un seguro privado integral. Adicionalmente, sectores menores de la población son cubiertos y atendidos por las sanidades policial y militar. En conjunto, ASSE e IAMC cubren a casi un 90% de la población. (2)	El Sistema Único de Salud (SUS), de carácter público, cubre al 75% de la población. El SUS puede contratar servicios a organizaciones privadas, preferentemente sin fines de lucro. La red pública de hospitales es mayoritariamente administrada directamente en los niveles federal, estatal y municipal. (1)
Mecanismo de financiamiento	El Seguro Nacional de Salud (SNS) recibe recursos directamente de los contribuyentes a través del Fondo Nacional de Salud (Fonasa). Este fondo reúne los diferentes aportes a la seguridad social e inicia el proceso de incorporación de todos los trabajadores a los mecanismos centrales de la seguridad social. Por otro lado, recursos fiscales del Estado financian la atención de la población que no contribuye a Fonasa. (2) (5)	El Sistema Único de Salud (SUS) del Brasil tiene tres fuentes de financiamiento: federal, estatal y municipal. Se financia con impuestos generales y contribuciones que se recaudan en los diferentes niveles de organización gubernamental. (1)
Alcance del paquete de servicios	El Plan Integral de Atención a la Salud (PIAS) es una lista positiva de prestaciones de todos los niveles de complejidad, preventivas, diagnósticas y terapéuticas. Es obligatorio para todos los prestadores integrales del SNIS. Incluye la cobertura de prestaciones de alta complejidad realizada a través del financiamiento del Fondo Nacional de Recursos (FNR). (2)	La Agencia Nacional de Salud Suplementar (ANS) edita los procedimientos mínimos obligatorios. No incluye todos los procedimientos existentes, sino que incluye tratamientos para todas las enfermedades que figuran en la clasificación internacional de enfermedades de la Organización Mundial de la Salud (OMS), y se actualiza cada dos años. Toda negación de un procedimiento debe ser documentada. (16)

	Turquía	Corea del Sur
	Los servicios de salud en Turquía son provistos principalmente por el Ministerio de Salud, la Institución de Seguridad Social (SGK), universidades, el Ministerio de Defensa (MoD) y médicos privados, dentistas y farmacéuticos. Otros hospitales públicos y privados también brindan servicios, pero su capacidad total es baja. La SGK es una organización de seguridad social para trabajadores del sector privado y obrero del sector público, y funciona como aseguradora y como proveedora de atención médica. (33)	En 2000, varias aseguradoras sociales se fusionaron en una única Corporación Nacional de Seguros de Salud. El seguro social de salud de Corea del Sur cubre a toda la población. Además, con el financiamiento del Gobierno paga primas de seguro para los pobres y beneficios de seguro más generosos. (28)
	La financiación de la atención médica en Turquía es bastante compleja debido a un gran número de agencias involucradas en la prestación o financiación de servicios de atención médica o ambos. Aproximadamente un tercio del total del gasto se financia con los impuestos, 17% en fondos de seguridad social, el 50% restante por los pagos de bolsillo directos. (33)	La contribución del seguro se realiza mediante los aportes realizados a través de los seguros de salud de empresas y los suscriptores de seguros de salud locales. Aparte de esto, se incluye el 9,2% del impuesto nacional, el 3,3% del aporte a la promoción de la salud nacional, como el impuesto a los cigarrillos. (29)
	Hay copagos en medicamentos para pacientes ambulatorios. Los jubilados pagan el 10% y los empleados pagan el 20%. Los miembros de SGK están asegurados por lesiones laborales y enfermedades profesionales del trabajo, atención médica, enfermedad, discapacidad y maternidad. Cuando la persona asegurada pagó todas sus contribuciones por un determinado periodo y ha alcanzado una edad específica, tiene derecho a la pensión de vejez. (33)	Los beneficios para la atención médica, toman hasta el 94,9% del total de los beneficios del seguro, incluyen diagnóstico, revisión médica, provisión de medicamentos y otros materiales para la cirugía y otros tratamientos, la rehabilitación preventiva, la admisión, la enfermería y el traslado. (29)

País	Uruguay	Brasil
Mecanismos de pago de servicios	Pay for Performance (P4P) En 2007, se introdujo la "cuota salud", que comprende el pago de una cápita ajustada por riesgo y un pago por desempeño. Bajo este esquema, los mecanismos de pago son uniformes entre los distintos prestadores. Este mecanismo de pago capitado pretende ajustar las tarifas de acuerdo al riesgo esperado de los afiliados, el cual se calcula a partir de su sexo y edad. Adicionalmente, se otorga un pago a las instituciones prestadoras a partir del cumplimiento de una serie de metas asistenciales predefinidas, con el objetivo de orientar la conducta de los prestadores hacia objetivos planteados por el SNIS y el Ministerio de Salud Pública. (2)	Esquemas múltiples Los mecanismos de pago utilizados en el sector público son: el presupuesto por rubros centralizado y el descentralizado, que se define anualmente y prospectivamente sobre la base de valores históricos. También se usa el Pago Global Prospectivo, que se negocia y asigna mensual o trimestralmente, asociado a un contrato de gestión que incluye indicadores de desempeño. Asimismo, se paga por casos clínicos o tratamientos predefinidos, con valores predeterminados asociados en general a costos medios o esperados. Finalmente, el mecanismo de pago por servicios (FFS) es ampliamente utilizado.
Monitoreo de los servicios	Los prestadores integrales deben habilitar sus servicios ante el Ministerio de Salud Pública y ser acreditados ante la Superintendencia del Seguro para constituirse en un prestador del SNIS. (7)	La Agencia Nacional de Salud Suplementaria (ANS) es la agencia reguladora vinculada al Ministerio de Salud responsable por el sector de medicina prepaga y planes de seguro de salud en Brasil. La Agenda Regulatoria es una herramienta de planeamiento que reúne el conjunto de temas estratégicos y prioritarios imprescindibles para asegurar el equilibrio del sector, que serán abordados por la ANS en un periodo de dos años. (17)

Turquía	Corea del Sur
Pay for Performance (P4P) Entre 2005 y 2010, se introdujo un sistema P4P como parte de los esfuerzos para mejorar los servicios de atención primaria de salud. Los médicos de atención primaria de salud ahora pueden recibir capacitación adicional en el servicio para convertirse en especialistas en medicina familiar. Estos especialistas recién capacitados, contratados por dos años, se pagan a través de una combinación de pagos por capitación y pagos relacionados con el desempeño vinculados a tres de salud materna e infantil, y 35 indicadores y objetivos de desempeño. Bajo este enfoque mixto, los pagos a los especialistas en medicina familiar pueden reducirse en un 20% si no cumplen con los objetivos de rendimiento acordados, y los contratos pueden cancelarse si no mantienen su lista de pacientes registrados por encima de 1000.	Pago por servicio (FFS), Pago por actividad de forma de un GRD & Pay For Performance (P4P) Los servicios ambulatorios se reembolsan al 100% de la tarifa por servicio (FFS). Por otro lado, el 79,6% de los servicios para pacientes hospitalizados se pagan en base a FFS, 12,9% en base a viáticos y 7,4% en base a un grupo relacionado con el diagnóstico (DRG) del total de beneficios otorgados en 2018. El programa de incentivos de valor se estableció en julio del 2007 para recompensar la excelencia en el servicio en los hospitales. Se utilizan seis indicadores para evaluar la calidad de la atención para el infarto agudo de miocardio y las cesáreas, que incluyen, por ejemplo, la tasa de administración de fármacos trombolíticos dentro de los 60 minutos posteriores a la llegada de un paciente al hospital. El programa se amplió en el 2011, con un nivel adicional de 2% de incentivos financieros o sanciones introducidas. (29)
El Ministerio de Salud proporciona la mezcla de provisión, subsidio y regulación de la asistencia sanitaria. Ninguna otra autoridad de Gobierno supervisa los sistemas coexistentes.	El gobierno tiene un papel fundamental como regulador del sistema de salud, que se extiende a través de los componentes públicos y privados. En Corea del Sur, el sector privado domina la provisión de servicios. El Gobierno continúa desempeñando un papel clave en el establecimiento y monitoreo de estándares profesionales y de instalaciones, así como en la regulación de las tarifas pagadas a los proveedores. (28)

País	Uruguay	Brasil
Sistemas de información	Desde 2016, se viene implementando un proyecto de Historial Clínico Electrónico. La Agencia de Gobierno Electrónico y Sociedad de la Información (Agesic), que lidera el desarrollo del gobierno digital y la sociedad de la información y el conocimiento en Uruguay, desde la Presidencia de la República. La estrategia uruguaya para la integración de información clínica del usuario de salud se sostiene en un sistema federado, basado en los estándares internacionales para el intercambio de información clínica. El sistema federado se compone en una plataforma central (Plataforma de Historia Clínica Electrónica Nacional), que permite intercambiar en tiempo real y de manera segura los datos clínicos que permanecen guardados en cada institución que los generó. (6)	El Departamento de Informática del SUS (Datasus), órgano de la Secretaría Ejecutiva del MS, es responsable de reunir, procesar y diseminar la información en salud. Datasus es el centro tecnológico de soporte técnico y normativo sobre el cual se construyen los sistemas de informática e información en salud en general y cuenta con extensiones en todo el país que brindan apoyo técnico a las secretarías de salud estatales y municipales. La producción se registra en dos sistemas de información: Sistema de Informaciones Hospitalarias (SIH) y Sistema de Informaciones Ambulatoriales (SIA). (18)
Eficiencia	El esquema de ajustes por riesgo pretende reducir los incentivos a la selección de riesgos o descreme, pero manteniendo los incentivos a la reducción de costos y el énfasis en la atención preventiva de un sistema capitado (acompañado de una adecuada regulación que impide rechazar afiliados y controla las tasas moderadoras). Además, se permite una mayor redistribución de recursos en el sistema, en tanto los usuarios de mayor capacidad adquisitiva subsidian con sus contribuciones las atenciones recibidas por poblaciones más vulnerables como los adultos mayores. (2)	Empezando el nuevo siglo, se crearon las denominadas "regiones asistenciales de salud", en las que se propició la asociación de municipios, con grandes mejoras en eficacia y uso de los recursos existentes. Por este mecanismo se hizo la compra de insumos y medicamentos, se canalizaron servicios especializados y se dio un mejor aprovechamiento del presupuesto nacional de salud que se transfiere a los estados y municipios. A estos mecanismos se les denominó "bloques de financiamiento". Desde 2006, se establecieron metas y compromisos que motivaron acciones nacionales y responsabilidades estatales y municipales mediante la operación de un conjunto de instrumentos de programación y planeación. (3)
Equidad	La reforma de salud uruguaya de 2005 incorporó explícitamente un enfoque basado en la equidad, que consiste en que cada ciudadano reciba atención de acuerdo con sus necesidades y contribuya al financiamiento según sus posibilidades. Los cambios en el modelo de financiamiento del sistema lograron una mayor protección financiera de la población. Disminuyeron las inequidades existentes mediante la caída del gasto privado y el aumento de los recursos públicos. (5)	El 15,8% de la población no tiene acceso a las condiciones básicas sanitarias, educación y salud. El 11,4% muere antes de los 40 años. En algunas regiones, en las que la población negra es tres veces más que la población blanca, los años perdidos de aquella fueron 30 veces superiores. (1)

Turquía	Corea del Sur
Con la introducción del Programa de Transformación de la Salud en 2003, se han desarrollado una serie de infraestructuras de TI para el cuidado de la salud con éxito en Turquía. Sağlık-Net tiene dos componentes principales: el Sistema Nacional de Información de Salud (NHIS) y el Sistema de Información de Medicina Familiar (FMIS). El NHIS es una infraestructura nacional para compartir los registros electrónicos de salud (EHR, por sus siglas en inglés) de los pacientes. (35)	Con el fin de administrar las finanzas de los seguros de salud de manera eficiente y sostenible, NHIS opera sistemas de información financiera, incluida la gestión de elegibilidad, imposición de contribuciones y sistemas integrados de recolección de seguro social. Además, NHIS y HIRA administran las compras a través de la revisión de reclamos y los sistemas de información de evaluación de calidad (HIRA) y el sistema de gestión integrado en el chequeo de salud y el seguro de cuidado a largo plazo (NHIS) para lograr una distribución racional de recursos limitados. NHIS y HIRA cooperan entre sí a través del enlace de datos, la utilización de datos y el funcionamiento del centro de recuperación de desastres y el centro de seguridad cibernética, lo que crea un efecto de sinergia. (29)
Las compras activas realizadas por la Institución de Seguridad Social impulsaron el aumento de la eficiencia al establecer tarifas para los hospitales que pagan, reduciendo la duración promedio de la estadía de 5,8 días en 2002 a 4,1 en 2010, y mejorando la ocupación de 59,4% en 2002 a 65,6% en 2011. (34)	El sistema ha brindado incentivos para que los proveedores aumenten el volumen y la intensidad de los servicios prestados y ofrezcan servicios con mayores márgenes. También ha afectado el mercado para los profesionales médicos, con especialidades que se financian más generosamente, como la psiquiatría, la dermatología y la oftalmología, y atrae a más solicitantes de capacitación. (28)
El acceso general a la atención médica ha mejorado gradualmente en Turquía en el proceso de reforma de salud, pero el 9% de las personas todavía declararon una necesidad insatisfecha debido al costo en 2013, después de la implementación del Seguro Universal de Salud. Esto fue casi cuatro veces el promedio de la UE. Las condiciones económicas y laborales desfavorables pueden ser un desafío para una cobertura de salud universal efectiva. (36)	Para obtener un mayor control de costos y equidad, ambos países pasaron a un sistema de pagador único. Esto ocurrió en 1995 en Taiwán y en 2000 en Corea del Sur. (28)

País	Tailandia
Provisión del servicio	Desde 2002, el sistema de aseguramiento en salud tailandés funciona a través de tres esquemas coexistentes. El Seguro Social de Salud (SHI), por un lado, es un sistema contributivo para empleados formales manejado por el Ministerio de Trabajo que cubre a un 15% de la población y contrata servicios de salud de hospitales públicos y privados que compiten entre sí (los privados agrupan aproximadamente el 60% de los recursos). Por otro lado, el Esquema de Beneficios Médicos para Servidores Públicos (CSMBS), administrado por el Ministerio de Finanzas, y el Esquema de Cobertura Universal (UCS), administrado por la Oficina Nacional de Seguridad en Salud, cubren a 9% y al 75% de la población, respectivamente.
Mecanismo de financiamiento	El SHI se financia mediante los aportes de sus contribuyentes. Por otro lado, dos sistemas de aseguramiento son financiados mediante impuestos generales a través de presupuestos anuales: el Esquema de Beneficios Médicos para Servidores Públicos (CSMBS), administrado por el Ministerio de Finanzas, y el Esquema de Cobertura Universal (UCS), administrado por la Oficina Nacional de Seguridad en Salud. La cobertura de estos dos esquemas alcanza al 9% y al 75% de la población, respectivamente. Los ingresos del UCS son financiados por el Estado y complementados con un pago pequeño (menor a un dólar) realizado por los pacientes de atención primaria y hospitalaria, del cual están exonerados los asegurados de menores ingresos.
Alcance del paquete de servicios	Inicialmente se tomó la decisión de no incluir algunos servicios, como la terapia de reemplazo renal, en el nuevo esquema de UCS, debido a su alto costo financiero, a pesar de que este servicio se incluyó en los dos esquemas existentes para los funcionarios públicos y el sector privado. Sin embargo, después de una amplia discusión nacional en los años posteriores a la introducción de los esquemas, los servicios se incluyeron finalmente en 2007. De ese modo, se amplió aún más los servicios y la protección financiera provista a través del paquete de beneficios del Esquema UCS.
Mecanismos de pagos de servicios	Pago por servicio (FFS) En los tres esquemas de aseguramiento, una serie de condiciones y servicios específicos son financiados mediante tarifas por servicio, con el fin de contrarrestar los incentivos que puede generar un mecanismo de pago fijo (por capitación o DRG) a evitar pacientes de alta complejidad (cream-skimming) en los establecimientos de salud.

Japón
El seguro social domina la financiación sanitaria de Japón. El sistema es complejo y está profundamente arraigado en la historia. Hay tres niveles separados de esquemas de seguro social (con muchas variaciones dentro). El primero presenta planes para el sector público y empleados de grandes empresas, y aquellos administrados por la Asociación de Ayuda Mutua. El segundo es un plan único administrado por el Gobierno para empleados en pequeñas y medianas empresas. El tercer nivel consiste en planes establecidos por los municipios, los llamados "seguros de salud de los ciudadanos", para los trabajadores por cuenta propia y los jubilados. Tanto el seguro de Japón como el de Taiwán cubren a toda la población. (28)
Seguro social con copagos. El segundo y tercer nivel reciben subsidios gubernamentales sustanciales para quienes tienen bajos ingresos. Todos los planes se rigen por un programa de derechos y tarifas comunes, lo que significa un acceso virtualmente universal y equitativo a los servicios. Las primas difieren entre los niveles y se basan en los ingresos. (28)
Todos los planes de SHIS brindan el mismo paquete de beneficios, que está determinado por el gobierno nacional, generalmente luego de una decisión del Consejo Médico Central del Seguro Social, un organismo gubernamental. El paquete cubre atención médica hospitalaria, primaria, especializada y de salud mental, así como medicamentos recetados aprobados, servicios de atención domiciliaria por parte de instituciones médicas, atención de hospicio, fisioterapia y la mayoría de la atención dental. No cubre los lentes correctivos a menos que los médicos lo recomienden para niños menores de 9 años o los servicios de optometría proporcionados por no médicos. Los servicios de atención domiciliaria realizados por instituciones no médicas están cubiertos por un seguro de atención a largo plazo. Las medidas preventivas, que incluyen exámenes de detección, educación para la salud y asesoramiento, están cubiertas por los planes de seguro de salud, mientras que las evaluaciones de cáncer son administradas por los municipios. (37)
Pago por servicio (FFS) Las primas difieren entre los niveles y se basan en los ingresos. El programa de tarifas pagadas por los reclamos de los proveedores es el medio clave para la contención de costos. Los honorarios pagados por la mayoría de las cirugías y los nuevos procedimientos de alta tecnología se establecen bajos, de modo que la prestación de estos servicios tiende a generar una pérdida neta. Sin embargo, los médicos brindan dichos servicios cuando los encuentran profesionalmente gratificantes y los salarios no están vinculados a las ganancias de los hospitales. Por lo tanto, la mayor parte de la cirugía se realiza en hospitales públicos, donde los costos son subsidiados por el Gobierno. Cuando se revisa la lista de tarifas, se reducen las tarifas por servicios y medicamentos que muestran grandes aumentos de volumen. De manera similar, aquellos que están subutilizados, pero que se consideran importantes, reciben aumentos de tarifas. El proceso de establecimiento de tarifas es de negociación con el Ministerio de Salud, que toma las decisiones finales después de escuchar las opiniones, a través de un consejo de 20 miembros, de pagadores, proveedores y el público, además de tener en cuenta la situación financiera más amplia del Gobierno. (28)

País	Tailandia
Monitoreo de los servicios	Los tres esquemas de financiamiento de la salud pública han sido establecidos por leyes específicas. Cada ministerio y gobierno local tiene sus propios mecanismos de regulación para sus propios hospitales. La Oficina de Sanatorios y Arte de Curación, Departamento de Apoyo al Servicio de Salud, MOPH, es responsable de supervisar a todos los proveedores privados de atención médica. Históricamente, la Ley de Instalaciones Médicas solo se aplica al sector privado. Todos los proveedores públicos están exentos de la concesión de licencias. (32)
Sistemas de información	En la última década, las TIC para la salud han sido, sin duda, un factor importante para hacer que la industria avance en Tailandia. Sin embargo, también existe una duplicación de la inversión en infraestructuras de gestión, como los sistemas de tecnología de la información y las comunicaciones (TIC). (32)
Eficiencia	Si bien el sistema de salud es relativamente eficiente en términos de eficiencia de asignación, cierta ineficiencia requiere atención de la política; por ejemplo, una rápida escalada de los gastos en salud con resultados de salud desconocidos en el Plan de Beneficios Médicos para la Función Pública, que cubre a 5 millones de personas (8% de la población total). La eficiencia de asignación en la atención hospitalaria se ha logrado a través de la financiación de la combinación de casos basada en GRD. (32)
Equidad	El gasto promedio de los hogares en atención médica antes del logro de la cobertura universal de salud fue superior al 2% del gasto total de consumo de los hogares. Este pago directo a la salud disminuyó gradualmente durante el periodo posterior a la cobertura universal de salud, hasta alcanzar el 1,4% en el 2010. La reducción del gasto proporcional en salud se encontró tanto en los subgrupos más pobres (decil de gasto 1), como en los más ricos (decil de 10). (32)

Japón
El Gobierno tiene un papel fundamental como regulador del sistema de salud, que se extiende a través de los componentes públicos y privados. En Japón, el sector privado domina la provisión de servicios. El Gobierno continúa desempeñando un papel clave en el establecimiento y monitoreo de estándares profesionales y de instalaciones, así como en la regulación de las tarifas pagadas a los proveedores. (28)
Los servicios de telemedicina redujeron a la mitad los costos tradicionales y aumentaron la productividad de los profesionales médicos. TeleExpertise ha evolucionado como la base para cadenas de salud de marca con un alcance internacional. (22)
En las últimas décadas, Japón se ha posicionado en un lugar alto en una variedad de indicadores de salud de la población, incluida la esperanza de vida más larga del mundo. Gracias a su eficacia general del sistema de salud y los avances paralelos en tecnología, Japón ha disfrutado durante muchos años de una mayor esperanza de vida junto con una disminución de la mortalidad materna e infantil y la carga de enfermedades transmisibles. En concreto, el sistema de asegurador fragmentado sigue siendo una fuente de ineficiencia del sistema y desigualdades de primas. (39)
A pesar de la relativamente excelente protección financiera de Japón, los análisis recientes de tendencias de tiempo sugieren que esta protección robusta se está debilitando con el tiempo. Esto se debe a la disminución de los ingresos de los hogares tanto en términos reales como nominales, por el estancamiento económico desde finales de la década de 1990. La proporción del gasto en atención de salud por hogar no alimentario está aumentando con el tiempo. (39)

Referencias:

(1) Salud y seguridad social: un breve comparativo de cinco países de América Latina

(2) Ponencia de Ida Oreggioni en Seminario Internacional: EsSalud hacia el 2021 (18 y 19 de julio)

(3) El Atlas de los Sistemas de Salud de América Latina (*Revista de Salud Pública de México*, vol. 53, supl. 2, 2011)

(4) Ponencia de Antonio Chemor en Seminario Internacional: EsSalud hacia el 2021 (18 y 19 de julio)

(5) https://www.paho.org/uru/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=publicaciones-sistemas-y-servicios-de-salud&alias=468-capitulo-2-pdf&Itemid=307

(6) https://www.agesic.gub.uy/innovaportal/v/6378/19/agesic/historia-clinica-electronica-nacional.html

(7) https://www.smu.org.uy/sindicales/documentos/snis/snis.pdf

(8) https://www.oecd.org/els/health-systems/Estudios-OCDE-sobre-los-Sistemas-de-Salud_Costa-Rica_Evaluaci%C3%B3n-y-Recomendaciones.pdf

(9) https://estadonacion.or.cr/files/biblioteca_virtual/020/especial/Muiser_seguridadsocial.pdf

(10) http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/bitstream/10946/1641/2/proyecto_grado.pdf

(11) http://cens.cl/wp/que-hacemos/

(12) http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/138720/Eficiencia%20de%20los%20seguros%20de%20salud%20en%20Chile%20%20un%20an%C3%A1lisis%20desde%20la%20perspectiva%20de%20la%20protecci%C3%B3n%2

(13) https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Sistema-unico-de-Informaci%C3%B3n-en-Salud-al-servicio-del-pa%C3%ADs.aspx

(14) https://www.cepchile.cl/cep/site/artic/20160303/asocfile/20160303184539/rev46_miranda.pdf

(15) https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Los-10-grandes-avances-de-la-salud-en-2016-y-2017.aspx

(16) https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/IA/SSA/El-sistema-unico-de-salud-de-Brasil.pdf

(17) http://www.ans.gov.br/principal-es

(18) http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000800008

(19) http://bibliodigitalibd.senado.gob.mx/bitstream/handle/123456789/3580/DGIE-2015-05.pdf?sequence=1&isAllowed=y

(20) http://www.paho.org/chi/images/PDFs/supersalud.pdf?ua=1

(21) https://www.insp.mx/lineas-de-investigacion/sistemas-informacion-salud/sis-proyectos.html

(22) https://www.researchgate.net/profile/Adebayo_Omotosho/publication/274633485_ICT_in_Health_care_delivery_system_A_Framework_for_developing_nations/links/5523d4b30cf2c815e0732cd7/ICT-in-Health-care-delivery-system-

(23) https://periferiaactiva.files.wordpress.com/2018/03/informe-paises-seleccionados.pdf

(24) http://www.infodoctor.org/bandolera/NHSfuturS.html

(25) https://www.bloomberg.com/news/articles/2018-09-19/u-s-near-bottom-of-health-index-hong-kong-and-singapore-at-top

(26) https://www.mscbs.gob.es/fr/organizacion/sns/docs/sns2012/SNS012 Espanol.pdf

(27) http://www.euro.who.int/ data/assets/pdf_file/0011/297938/France-HiT.pdf

(28) https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168851006000121

(29) Documento HIRA

(30) https://healthmanagement.org/c/icu/issuearticle/turkish-healthcare-overview-of-the-health-system

(31) https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/app5.76

(32) http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/208216/9789290617136_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y

(33) http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/108395/E72483.pdf?sequence=1&isAllowed=y

(34) https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp1410433

(35) https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4287091/

(36) https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29598885

(37) https://international.commonwealthfund.org/countries/japan/

(38) https://www.researchgate.net/publication/46457019_Health-Care_Reform_in_Japan_Controlling_Costs_Improving_Quality_and_Ensuring_Equity

(39) http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259941/9789290226260-eng.pdf;jsessionid=E23F4EEF00F9475CF4AB3E57D12B99FB?sequence=1

Modelo de negocio y escenarios de la Unidad de Gestión de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud en el Contexto del Decreto Supremo 010-2016-SA

Marzo de 2019

EsSalud

EsSalud ha emprendido el camino de la separación de sus funciones de aseguramiento y prestación, lo que incluye la identificación, el alcance y la delimitación del ejercicio de su rol como Iafas e Ipress.

3. Modelo de negocio y escenarios de la Unidad de Gestión de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud en el Contexto del Decreto Supremo 010-2016-SA - Marzo de 2019

3.1. Introducción

La Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud (AUS), Ley 29344, de 2009, establece el marco normativo del aseguramiento a fin de garantizar el derecho, pleno y progresivo, a la seguridad social en salud y la debida protección financiera para la población residente en el territorio nacional. Asimismo, norma el acceso y las funciones de regulación, financiamiento, prestación y supervisión, e identifica a los agentes vinculados al AUS. En particular, regula la frontera entre las Iafas y las Ipress, así como otros aspectos relevantes para el proceso de aseguramiento en salud.

En este marco, surge la necesidad de implementar el proceso de separación de funciones, con el objetivo de buscar eficiencias que permitan a las entidades del sistema de salud peruano operar bajo mejores condiciones y ofrecer a la población efectivos niveles de acceso a prestaciones con calidad, oportunidad, disponibilidad y aceptabilidad.

Así las cosas, y al igual que otras entidades del sector salud, EsSalud ha emprendido el camino de la separación de sus funciones de aseguramiento y prestación, lo que incluye la identificación, el alcance y la delimitación del ejercicio de su rol como Iafas e Ipress. Ello supone, a su vez, la identificación de sus cadenas de valor y la redefinición de sus procesos, así como la construcción de condiciones de operación, que incluyan, entre otras, la comprensión de una nueva dinámica de la relación Iafas-Ipress y de mecanismos como la compra estratégica de servicios.

Mención aparte merece la definición que se deberá tomar en relación con la función de prestaciones económicas y sociales que ejerce EsSalud por mandato de ley.

En este contexto, el Banco Mundial ha venido asistiendo a la institución en la elaboración de las bases conceptuales y operativas para esta separación de roles. A la fecha, y de acuerdo con lo informado en los términos de referencia, se cuenta con una propuesta de modelo de negocio y estructura organizacional de la Iafas-EsSalud (en adelante, Modelo de Negocio Iafas), que requiere ser analizada y puesta a discusión entre los actores clave, cuyo involucramiento resulta indispensable para avanzar en esta compleja reforma.

Continuando con la asistencia del Banco Mundial, corresponde abordar el análisis del rol de Ipress en EsSalud. Desde esta perspectiva, EsSalud es una megaorganización con presencia nacional a través de 389 Ipress y 11 millones de asegurados. En tal sentido, y nuevamente según lo informado en los términos de referencia, una

estrategia para mejorar la eficiencia de la gestión de las Ipress es agruparlas bajo la administración de Unidades de Gestión de Ipress (Ugipress). Esto permite una mejor posición en la negociación de compra estratégica de servicios con la Iafas y aplicar una gestión uniforme en las Ipress.

En este marco el reporte presenta la "Propuesta del modelo de negocio de Ugipress". Para ello, en la etapa inicial realizamos sesiones de entrevistas semiestructuradas con el gerente general, el gerente central de Aseguramiento y Prestaciones Económicas, el gerente central de Planeamiento y Presupuesto, el gerente central de Operaciones y el gerente de la Red Sabogal, todos ellos funcionarios clave de EsSalud, con el objetivo de recoger información, así como sus perspectivas y propuestas sobre el procesos de separación de funciones y los alcances y delimitaciones que, en su opinión, deberían aplicarse a los roles de Iafas, Ugipress e Ipress en el contexto de EsSalud. Asimismo, se realizó el relevamiento de información específica en algunas gerencias mencionadas. Cabe mencionar que la figura de Ugipress está regulada en el artículo 5 del Decreto Legislativo 1158 del 6 de diciembre de 2013.

El presente documento está compuesto de tres secciones. En la primera se da cuenta de la propuesta del modelo de negocio de Ugipress, incluyendo los requisitos previos de operatividad, la propuesta de la cadena de valor de los agentes vinculados Iafas, Ugipress e Ipress, sus mapas de procesos estratégicos, misionales y de apoyo, así como la propuesta de procesos nivel 0 y nivel 1 para la Ugipress. La segunda sección contiene la propuesta de estructura organizacional de Ugipress y sus relaciones, escenarios alternativos de implementación, sus ventajas y desventajas, así como los factores críticos de éxito del proyecto. La tercera sección explora escenarios alternativos. Finalmente, se presentan recomendaciones de política para la construcción e implementación efectiva de la Ugipress.

3.2. Antecedentes y justificación

Situación actual de la función de provisión de las Ipress en EsSalud

El proceso de separación de funciones emprendido por EsSalud implica la reorganización de sus procesos para desempeñar adecuadamente las funciones de aseguramiento y provisión de servicios de salud.

Las instituciones prestadoras las Ipress tienen como proceso misional la atención de la persona, la familia y la comunidad que requieren un servicio preventivo, promocional, recuperativo o de rehabilitación. Es decir, con independencia del tipo de servicio o el nivel de agregación de los individuos, las Ipress se centran en evaluar las necesidades (diagnosticar), definir e implementar medidas para atender las necesidades y problemas de salud (tratar), para finalmente evaluar si se alcanzaron los objetivos planificados (seguir). Llamaremos a estos tres procesos fundamentales.

Aunque los mencionados procesos se aplican a la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, es más sencillo comprenderlo en las atenciones recuperativas. Así, las Ipress diagnostican, tratan y siguen a las personas con alguna patología aguda o crónica. Tanto en el subsistema público como en el privado, las Ipress pueden desarrollar estos procesos de manera no homogénea. En el nivel I, una Ipress puede ser capaz de diagnosticar, tratar y seguir a las personas para actividades preventivas (crecimiento y desarrollo, prevención de

anemia, atención prenatal, etc.), pero en otras situaciones puede estar en capacidad de desarrollar solamente algún proceso (por ejemplo, el manejo del paciente diabético) y requiere de otra Ipress para culminar el ciclo. Esta capacidad se ve reflejada en la cartera de servicios y es conocida como capacidad resolutiva.

A continuación, analizaremos la organización actual de EsSalud a partir de la estructura y las funciones formales del Reglamento de Organización y Funciones (ROF), empezando por las redes asistenciales y, luego, por el nivel central, con la finalidad de identificar si alguna de las estructuras actuales funciona como una unidad de gestión de Ipress.

Gestión de redes asistenciales

Actualmente, EsSalud cuenta con 389 Ipress propias, que se organizan en 29 redes asistenciales, como se aprecia en la tabla 21. Cada red tiene un hospital base y un conjunto de Ipress de II y I nivel de atención (clasificación Minsa). Esta organización ha dado como resultado la configuración de ocho redes que tienen como cabecera un establecimiento de nivel III y 21 redes que tienen como cabecera un hospital de nivel II. Esto genera asimetría en la capacidad resolutiva de las redes.

Tabla 21. Nivel de complejidad de las Ipress en las redes asistenciales

Redes asistenciales	Tipo de establecimiento									Centro de atencion primaria		
Institutos y centros especializados	Total	H.N.	IV	III	II	I	Policlí-nicos	Centros médicos	Postas médicas	CAP I	CAP II	CAP III
TOTAL	389	8	2	9	25	45	23	39	110	38	49	38
R. A. Amazonas	10	0	0	0	0	3	0	0	0	5	2	0
R. A. Áncash	13	0	0	1	0	1	1	4	4	0	2	0
R. A. Apurímac	8	0	0	0	1	1	0	0	2	1	3	0
R. A. Arequipa	29	1	0	1	1	2	1	1	13	3	1	5
R. A. Ayacucho	10	0	0	0	1	0	0	0	6	1	1	1
R. A. Cajamarca	12	0	0	0	1	0	0	2	7	1	1	0
R. A. Cusco	17	1	0	0	0	4	1	7	1	2	1	0
R. A. Huancavelica	7	0	0	0	1	0	0	2	2	2	0	0
R. A. Huánuco	13	0	0	0	1	1	0	1	8	1	0	1
R. A. Huaraz	6	0	0	0	1	0	0	3	2	0	0	0
R. A. Ica	17	0	1	0	1	3	0	0	0	6	6	0
R. A. Junín	22	1	0	0	1	3	2	1	8	1	4	1
R. A. La Libertad	36	1	1	0	1	6	2	3	10	5	6	1
R. A. Lambayeque	26	1	0	0	2	3	2	4	6	0	5	3
Gerencia de Red Desconcentrada Rebagliati	19	1	0	1	1	2	6	2	2	0	1	3
Gerencia de Red Desconcentrada Almenara	21	1	0	1	3	2	3	2	1	0	0	8

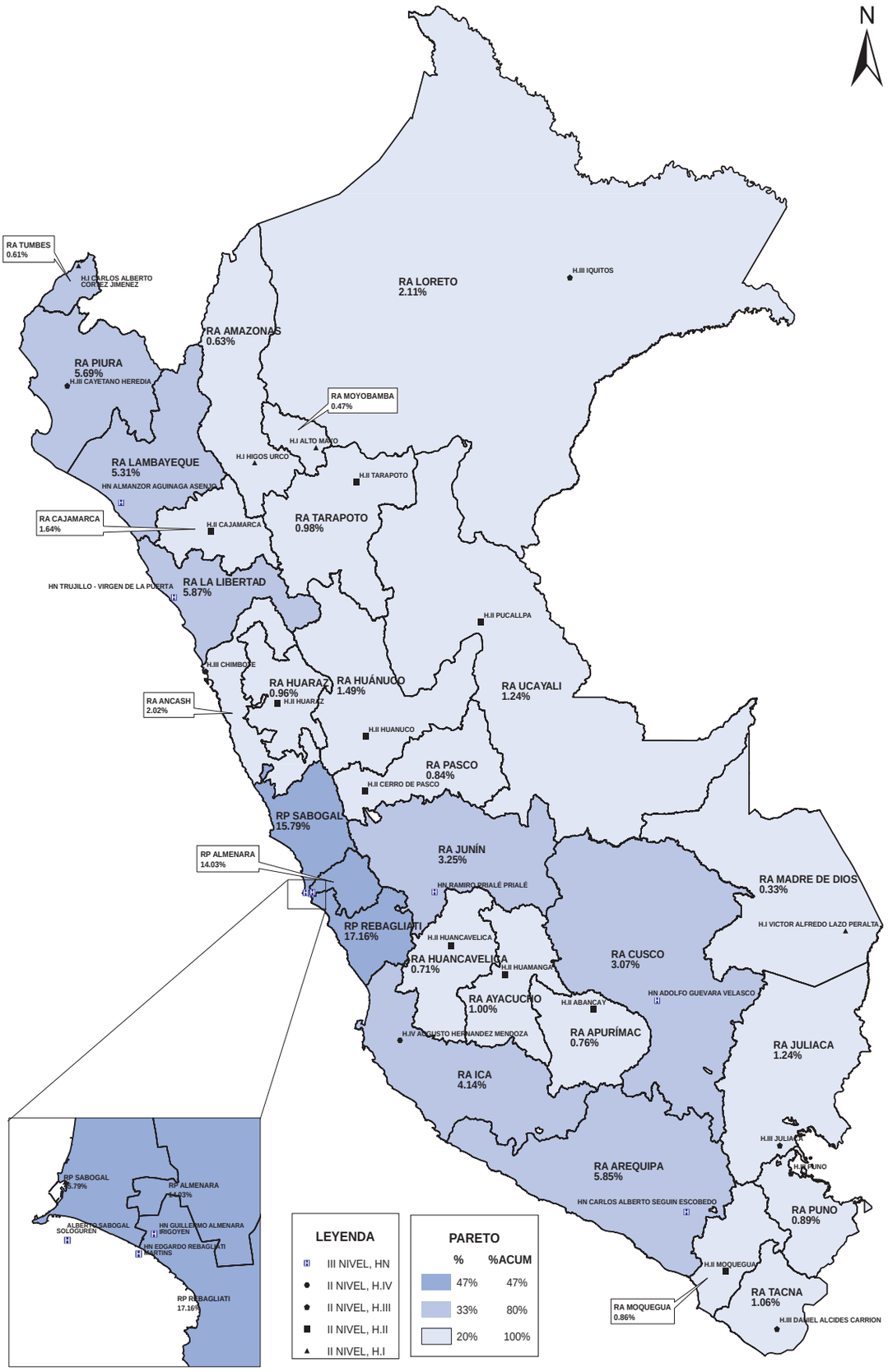
Redes asistenciales	Tipo de establecimiento									Centro de atencion primaria		
Gerencia de Red Desconcentrada Sabogal	20	1	0	0	2	2	2	0	3	0	3	7
R. A. Loreto	9	0	0	1	0	1	0	0	0	1	4	2
R. A. Madre de Dios	3	0	0	0	0	1	0	0	2	0	0	0
R. A. Moquegua	6	0	0	0	2	0	0	2	1	0	1	0
R. A. Pasco	14	0	0	0	1	2	0	1	7	0	3	0
R. A. Piura*	20	0	0	1	2	2	0	3	8	0	1	3
R. A. Puno	9	0	0	1	0	1	1	0	2	2	1	1
R. A. Juliaca	12	0	0	1	0	1	2	1	4	1	1	1
R. A. Moyobamba	3	0	0	0	0	2	0	0	0	1	0	0
R. A. Tarapoto	5	0	0	0	1	1	0	0	3	0	0	0
R. A. Tacna	8	0	0	1	0	0	0	0	1	3	2	1
R. A. Tumbes	4	0	0	0	0	1	0	0	3	0	0	0
R. A. Ucayali	7	0	0	0	1	0	0	0	4	2	0	0
Institutos especializados	2											
Centros especializados	1											

Fuente: Subgerencia de Estadística de la Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto. Corte a setiembre de 2018.

Existe una alta concentración de asegurados y presupuestos en un número reducido de redes de salud. En la fig. 32, ocho redes cuya cabecera es un hospital nacional concentran el 70% de la población asegurada adscrita a los establecimientos de nivel I y II de la red, y el 73% del gasto presupuestal de la entidad (tabla 21). Se genera así una situación de estrés en la gestión de la red, puesto que debe gerenciarse un establecimiento de referencia nacional, como es el caso de los Hospitales Rebagliati, Almenara o Sabogal, y establecimientos con una articulación territorial de escala regional. Tres redes concentran la mitad del presupuesto. La cobertura de atención primaria es limitada y eleva los costos de atención por paciente, debido a la falta de atención preventiva del modelo de atención y gestión.

El actual modelo de atención y gestión de los recursos implica un reenfoque **en el análisis del reordenamiento de procesos.** Se configuran dos ámbitos de red. El primer ámbito, de naturaleza asistencial, contiene los tres procesos fundamentales de las Ipress (diagnóstico, tratamiento y seguimiento). Dado que el nivel de resolución de los establecimientos de la red no es el mismo, algunas condiciones de salud no pueden completar la cadena en una misma Ipress y necesitan otra Ipress dentro de la red o en otra red para culminar el ciclo de atención.

Figura 32. Tipo de hospitales cabeceras de red y distribución de la población adscrita



Fuente: Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas a diciembre de 2018.

La asimetría en la capacidad resolutiva y la organización en red, por lo tanto, generan la necesidad de gestionar la continuidad de la atención.

Tabla 22. Participación de las redes en el presupuesto institucional

Red asistencial	Presupuesto 2018		
	PIA 2018	Participación	Participación acumulada
TOTAL	7 997 347 215		
R. A. Rebagliati	1 780 482 382	0,22	0,22
R. A. Almenara	1 159 236 875	0,14	0,37
R. A. Sabogal	1 044 689 960	0,13	0,50
R. A. Arequipa	555 792 412	0,07	0,57
R. A. Lambayeque	442 073 249	0,06	0,62
R. A. La Libertad	433 779 658	0,05	0,68
R. A. Piura	276 449 379	0,03	0,71
R. A. Ica	250 954 687	0,03	0,74
R. A. Junín	222 146 571	0,03	0,77
R. A. Cusco	212 141 782	0,03	0,80
C. N. S. Renal	169 584 950	0,02	0,82
R. A. Áncash	142 369 196	0,02	0,84
R. A. Loreto	120 261 812	0,02	0,85
I. N. Cardiovascular	130 172 332	0,02	0,87
R. A. Tacna	110 415 232	0,01	0,88
R. A. Huánuco	95 890 824	0,01	0,89
R. A. Pasco	80 690 205	0,01	0,90
R. A. Juliaca	78 743 355	0,01	0,91
R. A. Puno	77 876 898	0,01	0,92
R. A. Moquegua	76 191 337	0,01	0,93
R. A. Ucayali	76 117 188	0,01	0,94
R. A. Tarapoto	66 698 343	0,01	0,95
R. A. Cajamarca	65 425 914	0,01	0,96
R. A. Ayacucho	58 264 399	0,01	0,97
R. A. Apurímac	57 235 469	0,01	0,97
R. A. Amazonas	40 394 708	0,01	0,98
R. A. Tumbes	38 372 268	0,00	0,98
R. A. Huaraz	42 112 075	0,01	0,99
R. A. Huancavelica	38 231 300	0,00	0,99
R. A. Moyobamba	28 772 360	0,00	1,00
R. A. Madre de Dios	25 780 095	0,00	1,00

Fuente: Elaboración propia.

El segundo ámbito es el de la autonomía administrativa de las Ipress. La actual configuración en redes nos muestra que las Ipress no toman decisiones sobre los procesos de soporte y dirección. Si bien pueden desarrollar algunas tareas o actividades de los procesos (abastecimiento, gestión del recurso humano, etc.), la toma de decisiones está centralizada en la cabecera de la red y en la sede central. En este sentido, la definición del nivel en la toma de decisiones administrativas debería reconfigurarse, a la luz de una necesaria articulación que garantice el flujo de los procesos y la consecución de resultados.

La red se constituye en el primer punto que concentra la gestión de los procesos de dirección y soporte de las Ipress, las cuales, de acuerdo con el ROF, administran sus recursos tal como observamos, por ejemplo, en el ROF de las redes asistenciales tipo C con hospital base nivel I, y las redes tipo C con hospital base nivel II (según clasificación de EsSalud):

> **Artículo 4. Son funciones generales de la Red Asistencial tipo C con hospital base nivel I:**
>
> [...]
>
> f. Administrar, los recursos humanos, materiales, financieros y tecnológicos de acuerdo con los lineamientos de política institucional y a los dispositivos legales vigentes.

En el caso de la Red Prestacional Rebagliati, el ROF establece:

> **Artículo 3. Funciones generales**
>
> Son funciones generales de la Red Prestacional:
>
> Conducir la administración y gestión de los recursos destinados al funcionamiento de las Ipress que conforman la Red Prestacional, en el marco de las políticas y normas vigentes, para el logro de la misión, visión, objetivos y prioridades institucionales
>
> [...]
>
> Programar, controlar y evaluar los recursos asignados para las prestaciones de salud y sociales que brindan las Ipress y unidades operativas propias según corresponda.
>
> [...]
>
> Administrar la gestión del personal, recursos materiales, financieros, tecnológicos, bienes estratégicos, bienes patrimoniales y servicios generales de acuerdo con la política y normas institucionales emitidos por los órganos centrales de EsSalud y demás dispositivos legales vigentes.

Como podemos apreciar, en ambos ROF las redes asistenciales tienen a cargo la gestión de los recursos de las Ipress que las conforman, concepto que además es compatible con la definición de Ugipress citada en el artículo 5 del Decreto Legislativo 1158, es decir, que las redes asistenciales se configurarían como Ugipress.

Según el ROF de las redes, el proceso misional nivel 0 es la gestión de la operación de las Ipress, para lo cual tiene asignada la responsabilidad de garantizar la producción gestionando sus recursos, organizando, articulando y coordinando a las Ipress.

Corresponde reflexionar sobre lo que implica **garantizar la producción de los servicios**. Este análisis considera que las personas reciben efectivamente servicios de salud bajo condiciones de accesibilidad, disponibilidad, oportunidad, calidad y aceptabilidad. Es decir, los servicios de salud para considerarse válidos deben reunir estos

atributos y, por lo tanto, la gestión se centra en una dinámica multifactorial que incluye la administración de los recursos y garantiza un suministro adecuado de factores de producción para cumplir con los estándares y características previamente mencionadas, así como la gestión de la continuidad de la atención, la gestión de la siniestralidad, y la supervisión de procesos y resultados.

Los procesos que pueden identificarse en la configuración actual de las redes asistenciales o prestacionales corresponden a:

- Gestión de procesos y control de operaciones
- Atención al usuario y comunicación local
- Gestión del recurso humano
- Abastecimiento de bienes estratégicos
- Gestión de la calidad y seguridad del paciente
- Gestión de la referencia y contrarreferencia
- Gestión del nivel central de EsSalud

En la presente sección se muestra que las redes se ajustan al concepto de Ugipress. En el caso de la sede central, también podemos encontrar procesos de dirección y soporte que permiten el funcionamiento idóneo de las Ipress, que se comentan a continuación.

Gestión en la sede central

El nivel corporativo se expresa en la Alta Dirección, que está conformada por el Consejo Directivo, la Presidencia Ejecutiva y la Gerencia General. Tiene la responsabilidad de definir, orientar, conducir y supervisar la política institucional de EsSalud y la estrategia de la entidad; es decir, está a cargo de la gobernanza.

Asimismo, en el nivel central se puede identificar un grupo de oficinas y gerencias encargadas de la definición de políticas y la ejecución de funciones de soporte para la operación de las redes. En este modelo de gestión, todas las Ipress tienen una limitada autonomía y flexibilidad en el manejo de sus recursos, incluso las RA Almenara, Rebagliati y Sabogal, aun cuando sus directivos tienen nivel de gerentes centrales, por lo que también se sujetan a las mismas reglas.

Entrando de lleno en la gestión de sede central, y sobre la base de las políticas institucionales, la Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto es la encargada del proceso de planificación estratégica y la planificación operativa de la institución, como lo dice el artículo 36 del ROF institucional:

> d) Formular y proponer el plan estratégico y el plan operativo institucional, en el marco de las políticas y lineamientos nacionales, sectoriales e institucionales.

A su vez, esta gerencia administra el proceso presupuestal encargado de la asignación presupuestal a las redes e Ipress, y determina los costos de los servicios de salud a través de una subgerencia:

> **Artículo 40C. Subgerencia de Proceso Presupuestal**
>
> […]
>
> Se encarga de formular el proyecto de presupuesto de ingresos y gastos de los fondos que administra la Institución; formular y proponer la asignación presupuestal anual a nivel de dependencias en el marco de las metas, políticas institucionales y en coordinación con los distintos órganos
>
> **Artículo 40D. Subgerencia de Costos**
>
> [...]
>
> Asimismo, se encarga de administrar el sistema de costos, determinar los costos de los servicios y prestaciones que brinda EsSalud, así como efectuar evaluaciones comparativas de las variaciones de los costos reales respecto a los estándares.

Otro proceso encargado a esta Gerencia Central es la evaluación de las inversiones en activos físicos.

Por su parte, en la Gerencia Central de Gestión Financiera se lleva a cabo el proceso de gestión financiera y de inversiones financieras, conjugando la definición de políticas financieras con el desarrollo de las inversiones en el mercado financiero. Este proceso se desarrolla exclusivamente en la sede central.

Del mismo modo, la sede central desarrolla la comunicación corporativa a través de la Oficina de Relaciones Institucionales.

La gestión de procesos y control de operaciones se desarrolla de manera conjunta entre las redes asistenciales y la sede central a través de la Gerencia Central de Operaciones. Es preciso señalar que este órgano de línea también desarrolla el proceso de gestión de prestadores que corresponde al rol de Iafas. Por el rol de gestión de Ipress, la Gerencia Central tiene como función controlar y supervisar el desempeño de las redes asistenciales, estimar la capacidad operativa de las Ipress, supervisar la optimización de la oferta que realiza la Red Asistencial y coordinar el sistema de referencia y contrarreferencia. Adicionalmente, a través de la Gerencia de Oferta Flexible, administra la atención prehospitalaria, atención itinerante y atención domiciliaria.

En cuanto a los procesos de soporte de las Ipress, el abastecimiento de bienes estratégicos (medicamentos, material médico, insumos y equipos) se realiza de manera centralizada a través de un órgano logístico especializado denominado Central de Abastecimiento de Bienes Estratégicos (Ceabe), pero también de forma delegada a través de las áreas de abastecimiento de las redes asistenciales. Igual situación ocurre con el abastecimiento de otros bienes y servicios que se contratan a través de la Gerencia Central de Logística y de las redes asistenciales.

El análisis del ROF de la entidad permite identificar que la sede central también ejerce la dirección y el soporte de las Ipress, además de definir las políticas para estos procesos. Es decir, también administra los recursos de las Ipress y se configura como una Ugipress Central, pero sin identificar estas funciones en una gerencia central específica. En tal sentido, la representación de la Ugipress recaería en la Gerencia General como máxima autoridad administrativa, de la cual dependen los procesos descritos previamente.

En la actual organización de EsSalud, las Ipress desempeñan el rol de centros de producción de servicios de salud, sin tener decisión sobre la logística externa e interna de los recursos. En ese aspecto, las decisiones se comparten entre la sede central y las redes asistenciales. Sin embargo, a nivel de la sede central estos procesos están bajo responsabilidad de varias gerencias y oficinas que necesitan ser articuladas, sin que este rol pueda ser claramente identificado. Ello **genera tensiones a este proceso**, que pueden ser de gran impacto en los resultados finales del negocio.

Un segundo elemento que se desprende del análisis es la constitución heterogénea de las redes, que exige, nuevamente, esfuerzos de articulación intra e interredes. De especial relevancia son las redes con hospitales nacionales, ya que, al ser cabecera de red, son centros de referencia natural. Sin embargo, su gestión debería estar en virtud de la demanda nacional esperada y no únicamente de su red, lo que nuevamente **agrega tensiones a la operación**.

Como podemos observar, tanto la sede central como las redes asistenciales se estarían ajustando a la definición de Ugipress. Sin embargo, a la fecha no existe claridad regulatoria que precise la separación de procesos y toma de decisiones. Por tanto, existe el espacio para explorar la definición de una Ugipress Central o varias; evaluar la conveniencia de redes asistenciales de Ipress que operen a una escala distinta a la actual, haciendo visible la potencialidad de las Ipress II y I (escala Minsa), favoreciendo su desarrollo y cercanía para la estrategia de contención de demanda; reflexionar sobre la creación de una Ugipress de hospitales nacionales e institutos especializados con alcance nacional; analizar la posibilidad de una Ugipress especializada que compre servicios de terceros, en casos acotados; y examinar las relaciones que se establecerían entre estas unidades y la Iafas-EsSalud, todo ello en el marco del mandato de separación de funciones regulado en el Decreto Supremo 008-2010-SA, Reglamento de la Ley Marco del AUS, y a la luz de la necesidad de lograr sinergias en una **megaorganización que ha definido como política colocar al asegurado en el centro de sus decisiones**.

3.3. Propuesta de modelo de negocio de Ugipress

3.3.1. Requisitos previos de operatividad

La dinámica de las relaciones que impone un modelo Iafas-Ugipress-Ipress exige la definición previa de determinados criterios y contar con ciertos instrumentos de gestión, que dotarán de transparencia a la relación comercial y negociación, otorgarán a las partes de sentido y orientación hacia los objetivos, y viabilizarán las operaciones de transacción y entrega de servicios. Son las reglas del negocio.

3.3.1.1. De la relación Iafas-Ugipress

Es la primera vinculación del modelo y permite iniciar el proceso de compraventa de servicios. Vincula el lado del aseguramiento con el lado preprestación de servicios de salud. Se detallan a continuación.

Requisitos principales

a. Lineamientos de política de la relación Iafas-Ugipress
b. Revisión del modelo de gestión, el modelo de atención y el modelo de financiamiento.
c. Definición de modalidades de cobertura: integral de baja y mediana complejidad
d. Especializada y preventivo promocional
e. Definición del portafolio de servicios para atenciones prehospitalarios, intrahospitalarios, extrahospitalarios e internacionales
f. Definición de compra estratégica de servicios. Definición de autoridad para la decisión, compra y abastecimiento de bienes estratégicos y recursos humanos
g. Definición de la continuidad de la atención
h. Definición de alcances de Auditoría Médica
i. Definición de Auditoria de Seguros y Auditoria de Consumo
j. Definición de la gestión de la innovación
k. Definición de la gestión del riesgo económico, operacional, legal y reputacional
l. Definición de la gestión de consultas, reclamos, denuncias y demandas
m. Definición del Sistema Integral de Medición de Resultados de la Ugipress: estándares de acceso, diferimiento, costos, calidad y satisfacción.

Para el caso de la Iafas se agrega la gestión del riesgo técnico, financiero y operacional.

Herramientas de gestión

a. Sistema de Información Gerencial único
n. Tarifario de servicios valorizado (nomenclador + tarifas)
o. Petitorio de medicamentos

p. Estructura de oferta: redes de Ipress propias y compra a terceros
q. Mecanismo de asignación de población
r. Sistema de registro de asegurados y acreditación del derecho
s. Estándares de acceso, efectividad y calidad de servicio
t. Mecanismos de pago y plazos
u. Plataforma de liquidaciones
v. Set KPI para medir: producción, costos, calidad, efectividad y satisfacción
w. Estado de pérdidas y ganancias

3.3.1.2. De la relación Ugipress-Ipress

Es la segunda vinculación del modelo y permite gestionar la entrega del servicio en el marco de los acuerdos convenidos entre la Iafas y Ugipress. Vincula el lado de preprestación de servicios, Ugipress, con el lado de prestación de servicios, Ipress. Se detallan a continuación:

Requisitos principales

a. Políticas de la relación Ugipress-Ipress
b. Estrategias del modelo de gestión, atención y financiamiento
c. Asignación de modalidades de cobertura: integral de baja y mediana complejidad
d. Especializada y preventivo promocional
e. Fijación del portafolio de servicios para atenciones prehospitalarias, intrahospitalarios, extrahospitalarias e internacionales
f. Gestión de bienes estratégicos y recursos humanos
g. Gestión de la producción y gestión clínica
h. Gestión de la continuidad de la atención
i. Modelo de optimización: variables de costo efectividad y productividad
j. Gestión de Auditoría Médica
k. Gestión de Auditoria de Seguros, Auditoría de Consumo
l. Normas para la gestión de la innovación
m. Gestión de reclamos, denuncias y demandas
n. Sistema Integral de Medición de Resultados de la Ipress: estándares de acceso, diferimiento, costos, calidad y satisfacción

Herramientas de gestión

a. Sistema de Información Gerencial
x. Estructura de oferta de red de Ipress
y. Sistema de registro de asegurados y acreditación del derecho

z. Estándares de acceso y calidad
aa. Mecanismos de pago y plazos
ab. Condiciones de cobertura: Tarifario de servicios / Petitorio de medicamentos
ac. Auditoria de seguros / Auditoría médica / Proceso de referencia / Contrarreferencia
ad. Plataforma de preliquidación
ae. Set KPI para medir: producción, costos, calidad, efectividad y satisfacción
af. *Benchmarking*
ag. Estado de pérdidas y ganancias.

Cabe mencionar que las grandes decisiones deberían regirse por la política institucional aprobada y los EEFF.

3.3.1.3. Del modelo de gestión, atención y financiamiento

Se ha mencionado la necesidad de definir políticas y alcance del modelo de gestión, de atención y de financiamiento. **A continuación, se presenta una propuesta de lineamientos generales para estos modelos:**

Modelo de gestión:

- Operación vinculante entre agentes Iafas-Ugipress-Ipress y sobre la base de la compra estratégica de servicios. Virar del financiamiento de recursos a la compra de resultados.
- Incluye opción complementaria de compraventa de servicios a prestadores privados.
- Aplica mecanismos de pago con traslado de riesgo.
- Se estima que la distribución porcentual de resolución es 80% en el nivel I, 15% en el nivel II y 5% en el nivel III.
- La Ugipress, a través de sus Ipress, es la responsable por los resultados en términos de acceso, diferimiento, efectividad, cobertura pp, seguridad de la atención, continuidad de la atención, costos y experiencia del usuario.
- Las Ipress nivel III tienen alcance nacional, por lo que no presentan población adscrita y solo reciben pacientes por REF/CON. Especialmente relevante resulta establecer un sistema de información y seguimiento de altas y contrarreferencias, regulado por un mecanismo de pago.
- Las Ipress de nivel II, reforzadas y homogenizadas, brindan cartera de servicios con resolutividad de hasta mediana complejidad. En conjunto con Ipress nivel I, resuelven hasta el 80%-95% de la demanda.
- Las Ipress de nivel I, y opcionalmente las de nivel II cuando no exista oferta de nivel I, deben tener la población adscrita.

Modelo de atención

- Ipress de nivel I: desarrollan la APS, el manejo ambulatorio de daños agudos y crónicos no complicados, programa de crónicos, servicios de atención preventiva y promocional, conducción de servicios de atención ambulatoria domiciliaria de baja complejidad y hospitalización domiciliaria de crónicos no complicados. Tienen soporte con telemedicina. Conducen estrategias de agrupación de pacientes con daño crónico no complicado: educación, apoyo y seguimiento.

- Ipress de nivel II: manejo de la resolución de la patología clínica y quirúrgica, daños agudos, crónicos inestables, rehabilitación y seguimiento de hasta mediana complejidad. Conducen la estrategia de hospitalización en domicilio. Tienen soporte con telemedicina. Conducen estrategias de agrupación de pacientes con daño crónico: educación, apoyo y seguimiento (donde no hay H I).
- Ipress de nivel III: conducen el manejo de pacientes agudos y crónicos complicados de alta y muy alta complejidad, y operar bajo el sistema REF/CON.

Modelo de financiamiento

Es el mecanismo de transferencia de riesgo y compra de resultados sujetos a los KPI definidos.

- Ipress nivel I: pago por capitación anual + población asignada.
- Ipress nivel II: para el ambulatorio se propone el modelo costo paciente – mes o cápita ajustada por riesgo (frecuencia × severidad). Para el hospitalario se propone el pago global prospectivo (PGP, con listado de daños + estándares + GPC), la utilización de paquetes quirúrgicos, GRD, daño resuelto o un mix de ellos.
- Ipress nivel III: para la atención quirúrgica o clínica se propone el PGP (con listado de daños + estándares + GPC), paquetes quirúrgicos, daño resuelto, Perdiem, GRD o un mix de ellos. Para casos catastróficos con riesgo primario por gran comorbilidad se propone pago por evento y auditoria médica. La consulta ambulatoria asociada al daño o procedimiento clínico o quirúrgico está incluida en el costo del principal.

3.3.2. Propuesta de cadena de valor de los agentes Iafas-Ugipress-Ipress

Presentamos a continuación la propuesta de cadena de valor de cada agente vinculado, entendida como el mecanismo para generar valor en favor del cliente y de la misma organización. Debe leerse como la desagregación de la organización en sus actividades básicas.

En este modelo teórico de análisis estratégico formulado por Michael Porter en *La ventaja comparativa de las naciones* (1989), y aplicable a todas las organizaciones, las actividades de valor se dividen en actividades primarias, descritas en los bloques verticales, y actividades de apoyo, descritas en la parte superior horizontal del polinomio.

Dado que todas las actividades de valor se realizan en relación con su economía, estas definirán los costos. A su vez, el desempeño y la capacidad para contribuir con la satisfacción de las necesidades del cliente definirán su diferenciación.

Es conveniente tener presente que las cadenas de valor de los agentes vinculados Iafas-Ugipress-Ipress interactúan permanentemente entre sí y con la cadena de valor de proveedores y del usuario final.

En la fig. 33 se puede visualizar las actividades primarias y las actividades de apoyo propuestas para la Iafas-EsSalud. En tal sentido, se han incorporado los macroprocesos regulados por el Decreto Supremo 010-2016-SA (Susalud).

Cabe resaltar que en esta asignación se propone que la Iafas sea la "propietaria" de los activos fijos (inmuebles) de la organización. Este concepto obedece a la necesidad de asignarle la responsabilidad en la definición del horizonte de la oferta propia en consonancia con su rol de asegurador, garantizar el flujo de fondos para el mantenimiento de las plantas físicas de las Ipress y respaldar sus operaciones económico financieras.

Figura 33. Cadena de valor de Iafas

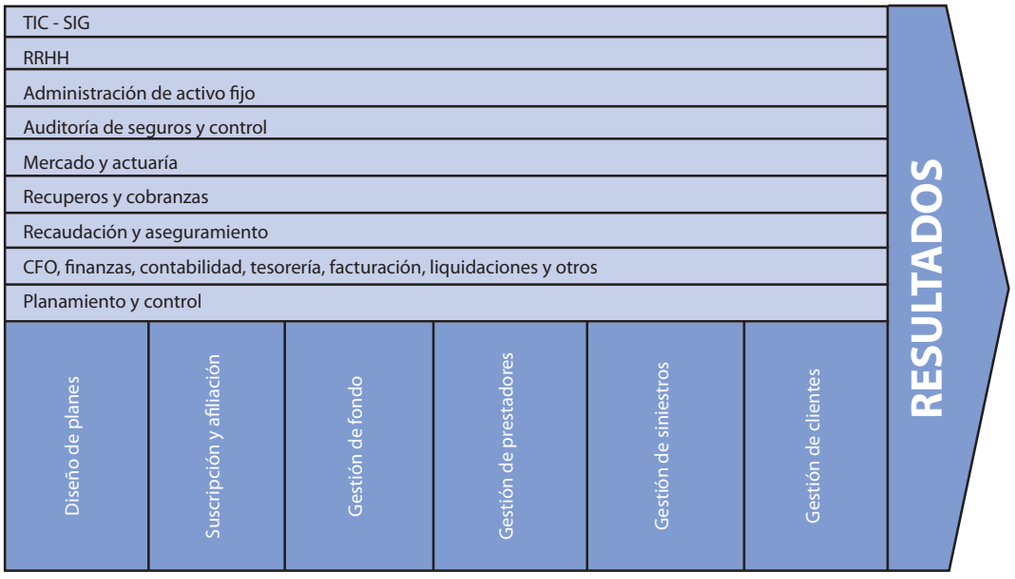
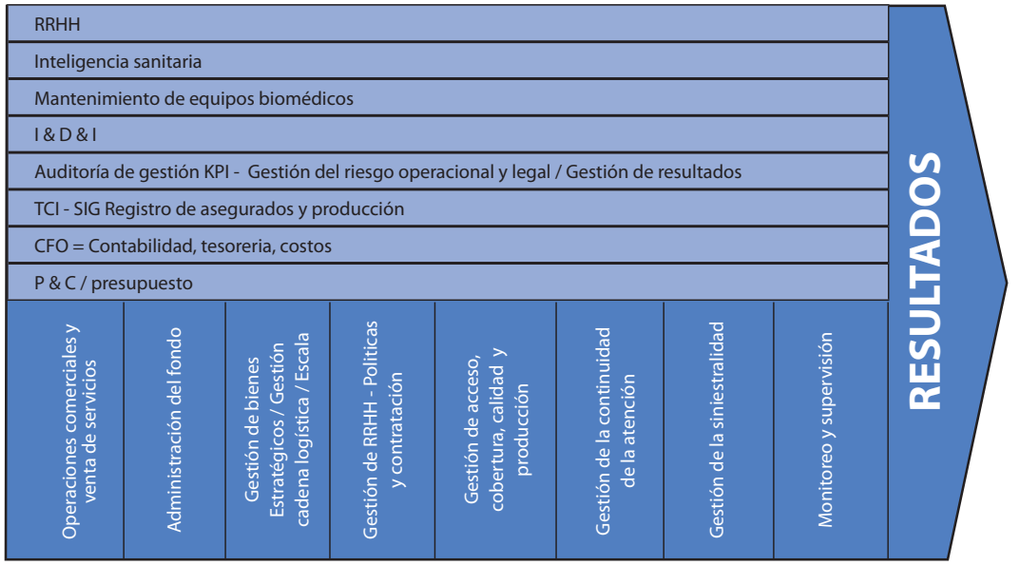


Figura 34. Cadena de valor de Ugipress



En el fig. 34 se pueden visualizar las actividades primarias y actividades de apoyo propuestas para la Ugipress EsSalud. En esta asignación, la Ugipress es responsable de la gestión del acceso, oportunidad y continuidad de la atención, para lo cual gestiona la oferta de sus Ipress con una **mirada de sistema**. Por otro lado, también es responsable de la administración de los ingresos —producto de la venta de servicios a la Iafas— para garantizar el suministro de los factores de producción a las Ipress, las operaciones y los resultados.

Se considera que la Ugipress debe ser la "propietaria" del equipamiento biomédico y otros equipos y maquinarias (camas, calderos, etc.) de sus Ipress propias, dado que son factores de producción al igual que la mano de obra, materiales, métodos de trabajo, medio ambiente y medición/mejora. Por ello, se resalta su responsabilidad en el mantenimiento especializado.

Finalmente, la Ugipress debe responder por la siniestralidad del fondo y la satisfacción de los usuarios. Esta última medición se realiza a través de los resultados de la gestión de sus Ipress.

Finalmente, en la fig. 35 se pueden visualizar las actividades primarias y actividades de apoyo propuestas para las Ipress a cargo de la(s) Ugipress de EsSalud.

En esta asignación se considera que las Ipress reciben permanentemente un suministro adecuado y oportuno de bienes y servicios desde la Ugipress, de manera que los factores de producción estén a disposición y los procesos fluyan sin distracciones —ni argumentos justificatorios— para garantizar la entrega de los servicios al usuario final.

Líneas arriba mencionamos que garantizar servicios de salud implica que las personas reciban efectivamente servicios de salud bajo condiciones de accesibilidad, disponibilidad, oportunidad, calidad y aceptabilidad. En tal sentido, la evaluación de la Ipress se debería realizar sobre la base de la gestión clínica expresada en la calidad de la producción, cumplimiento de los estándares acordados y gestión de sus costos, así como en la medición de la gestión de la experiencia del paciente y la satisfacción de los usuarios. En resumen, de sus resultados.

3.3.3. Propuesta de procesos misionales nivel 0 y 1 de la Ugipress

Las unidades de gestión de Ipress-Ugipress fueron creadas por el Decreto Legislativo 1158, que dispone medidas destinadas al fortalecimiento y cambio de denominación de la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud, el que en su artículo 5 a la letra dice:

> **Artículo 5**
>
> Asimismo, se encuentran bajo el ámbito de competencia de la Superintendencia las Unidades de Gestión de Ipress, definidas como aquellas entidades o empresas públicas, privadas o mixtas, creadas o por crearse, diferentes de las Ipress, encargadas de la administración y gestión de los recursos destinados al funcionamiento idóneo de las Ipress.

A la fecha, no existe regulación para Ugipress. En tal sentido, a continuación se proponen los procesos misionales para la Ugipress:

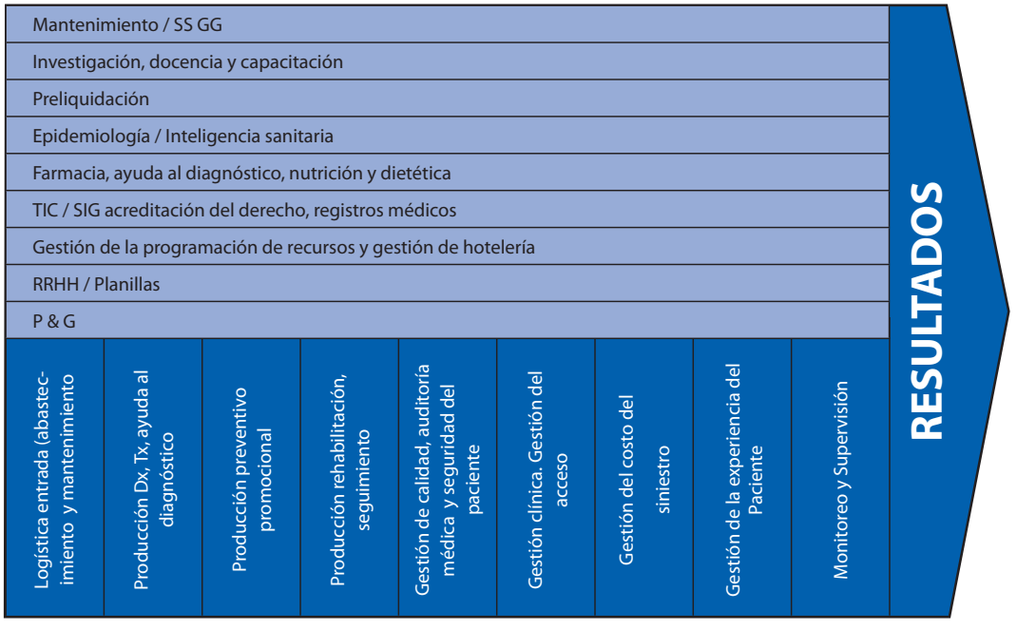
Nivel 0

1. Gestión del acceso y entrega efectiva de los servicios de salud a los asegurados.

Nivel 1

1. Gestión de la relación con Iafas o gestión comercial
2. Gestión de los recursos financieros, recursos humanos y bienes estratégicos
3. Gestión de la relación con prestadores y administración de la producción
4. Gestión del acceso, cobertura, oportunidad, disponibilidad, calidad y aceptabilidad de las prestaciones
5. Gestión de la continuidad de la atención
6. Gestión de la siniestralidad
7. Gestión del monitoreo, control y rendición de cuentas

Figura 35. Cadena de valor de Ipress



3.3.4. Propuesta de mapa de procesos

El rol de las Iafas presenta los seis procesos misionales regulados por el Decreto Supremo 010-2016-SA

De los procesos estratégicos que se proponen, entendidos como aquellos que generan información relevante para la toma de decisiones en los procesos misionales, resaltan especialmente la gestión del asegurado, la gestión de la siniestralidad y la gobernanza con prácticas de Buen Gobierno Corporativo, que están reguladas por Susalud. Asimismo, los asuntos de mercado, como base para exploración y compra de servicios complementarios a la oferta propia.

Los procesos de apoyo incluyen actividades de negociaciones y convenios o contratos, según resulte de la relación con Ugipress propias o de terceros. Asimismo, se han incorporado los procesos de apoyo de auditoría —para efectos de diseño de planes y estimación de la siniestralidad— y la práctica de auditoría de seguros y control, ambos de suma importancia para la gestión diaria de la Iafas.

Finalmente, el modelo estima que la Iafas será la "propietaria" de la infraestructura del sistema, incluyendo los hospitales, cuya gestión corresponde al proceso administración del activo fijo y debería ser materia de una definición futura entre la Iafas y la Ugipress.

El rol de la Ugipress presenta siete procesos misionales debiéndose resaltar la gestión comercial por ser una nueva actividad dentro de la lógica de gestión de EsSalud, así como la gestión de recursos, gestión de prestadores y gestión del acceso, cobertura, calidad, producción, continuidad de la atención, gestión de la siniestralidad y rendición de cuentas por su impacto en la garantía de entrega de servicios y satisfacción del usuario.

De los procesos estratégicos que se proponen, entendidos como aquellos procesos que generan información relevante para la toma de decisiones en los procesos misionales, resaltan especialmente la gestión de la optimización de recursos por su impacto en la siniestralidad y la gestión del mantenimiento de equipos biomédicos, por ser estos equipos de "propiedad "de la Ugipress, por lo que deberá ser materia de definición y acuerdo con la Iafas.

Figura 36. Mapa de procesos de las Iafas

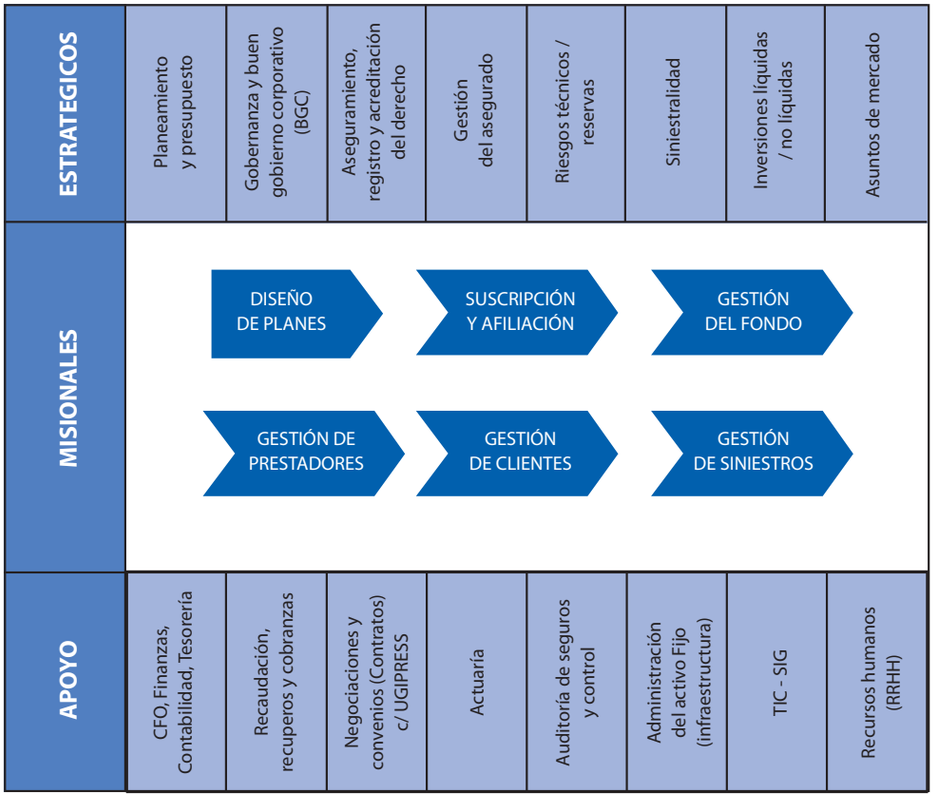
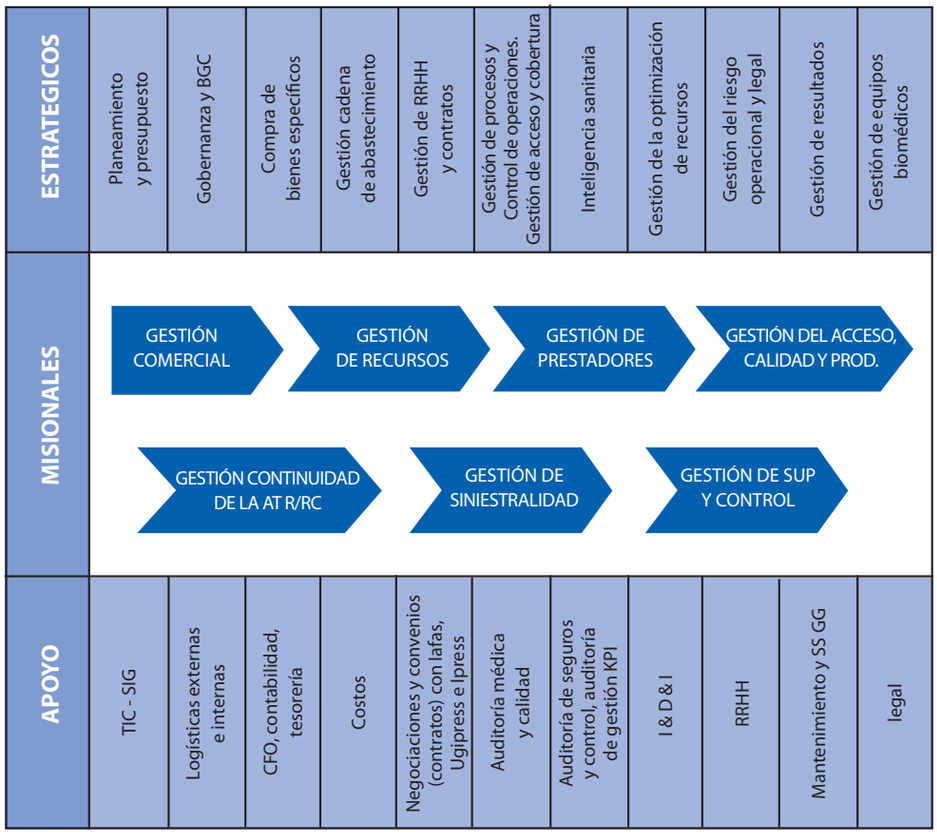


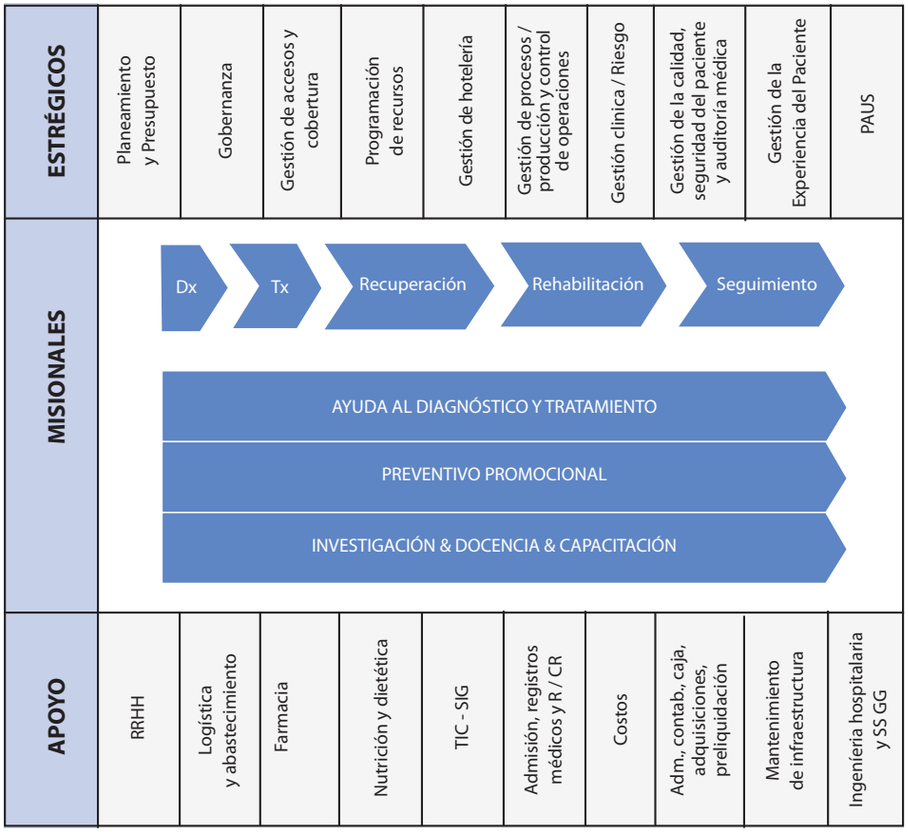
Figura 37. Mapa de procesos de Ugipress



Los procesos de apoyo incluyen actividades de negociaciones y convenios o contratos, según resulte de la relación con las lafas o las Ugipress propias o de terceros, así como la auditoría de seguros y control, las funciones del CFO y Costos, todos ellos de suma importancia para la estabilidad financiera y de las operaciones de la Ugipress.

El rol de Ipress presenta ocho procesos misionales clásicos, que impactan directamente en la garantía de entrega de servicios. De los procesos estratégicos que se proponen, entendidos como aquellos que generan información relevante para la toma de decisiones en los procesos misionales, resaltan especialmente la gestión del acceso y cobertura, la gestión clínica o de riesgos y la gestión de la experiencia del paciente, pues impactan directamente en los indicadores de resultado del negocio.

Figura 38. Mapa de procesos de Ipress



3.4. Propuesta de estructura organizacional de la Ugipress y sus relaciones

3.4.1. Condiciones generales

Existen ciertas condiciones cuyo cumplimiento asegura el crecimiento, los retornos y la sostenibilidad de la Ugipress. A continuación, listamos los que consideramos más importantes:

- La construcción de capacidades, competencias y destrezas para implementar y operar el Modelo de Gestión de Ugipress es un desafío que se recomienda planificar y ejecutar con detalle. Precisa de respaldo político y técnico.
- La operación del modelo Iafas-Ugipress-Ipress necesitará superar una curva de aprendizaje y probablemente múltiples riesgos. En tal sentido, la contratación de servicios entre Iafas-Ugipress-Ipress de EsSalud, debería devenir en obligatoria. Sin embargo, no es excluyente con la decisión de compraventa de servicios a terceros de forma complementaria y para garantizar acceso y cobertura.
- Los mecanismos de pago permiten a la Iafas y Ugipress modular la producción y gestionar el riesgo entre otros efectos. La estrategia debería ser seleccionar el mix de mecanismos de pago sobre la base de la gestión de las sinergias de red que debe gerenciar la Ugipress.
- Existe la necesidad de examinar y redefinir el concepto de red en el marco de un modelo de negocio de Ugipress en EsSalud. Eventualmente podrían ser funcionales y no orgánicas.
- El sistema de evaluación del desempeño y resultados de la Ugipress debería considerar la medición de resultados finales y resultados intermedios.
    - Los indicadores de resultados finales, como mínimo, deberían incluir criterios de acceso, cobertura y diferimiento, efectividad, satisfacción del usuario, número de reclamos, eventos adversos, siniestralidad, costo promedio del siniestro, EEPPGG y productividad.
    - Los indicadores de resultados intermedios, como mínimo, deberían incluir criterios de eficacia en cumplimiento del plan anual y metas, indicadores KPI asociados a producción de servicios, auditoría de seguros y control, auditoría de gestión, compras a terceros, costo de inventarios de bienes estratégicos y costo de planillas en Ipress.
- El sistema de evaluación del desempeño y resultados de las Ipress debería considerar la medición de resultados finales y resultados intermedios.
    - Los indicadores de resultados finales, como mínimo, deberían incluir criterios de acceso, cobertura y diferimiento, efectividad, satisfacción del usuario, número de reclamos, eventos adversos, costo promedio del siniestro, EEPPGG y productividad.
    - Los indicadores de resultados intermedios, como mínimo, deberían incluir criterios de eficacia en el cumplimiento del plan anual, metas y producción, indicadores KPI vinculados a gestión clínica, calidad y seguridad del paciente, auditoría de seguros y control, auditoria de gestión, auditoría médica por *peer review*, uso de horas extras, referencia/contrarreferencia.

3.4.2. Propuesta del modelo organizacional de Ugipress y sus relaciones para EsSalud

El modelo que se presenta a continuación ha considerado una necesaria gradualidad en su implementación, expresada como fase 1, fase 2 y fase 3. La gradualidad se debe al paso de la situación actual de EsSalud sin Ugipress a una primera fase de EsSalud con una Ugipress en sede central y 29 redes, que progresó a una segunda fase de EsSalud con una Ugipress y siete redes de Ipress, para concluir en una tercera fase con dos Ugipress especializadas. Se estima que cada fase consecutiva podría tomar entre 12 y 18 meses.

Figura 39. Modelo fase 1: Ugipress Única en Lima + 29 redes

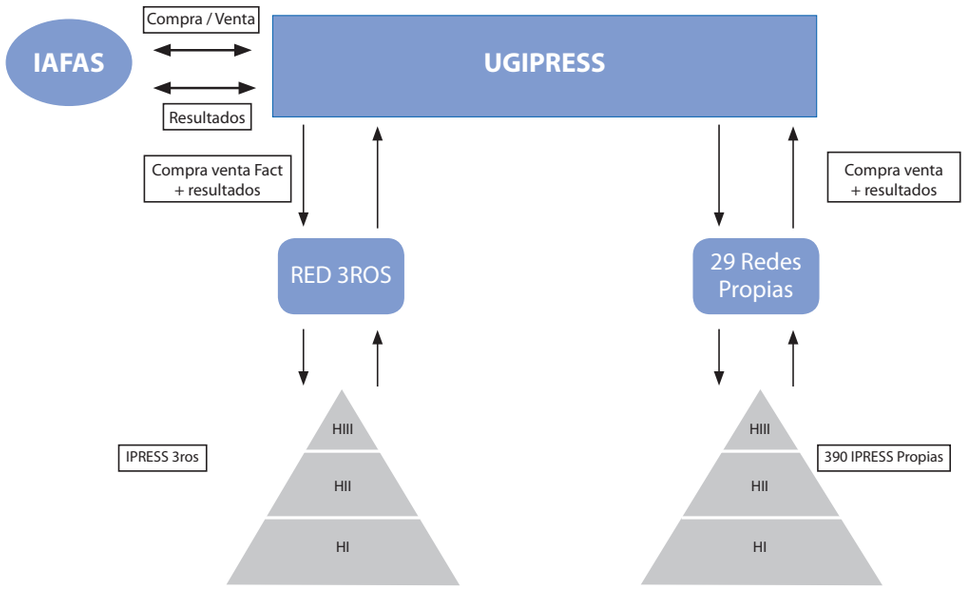


Figura 40. Modelo fase 2: Ugipress Única en Lima + 7 redes

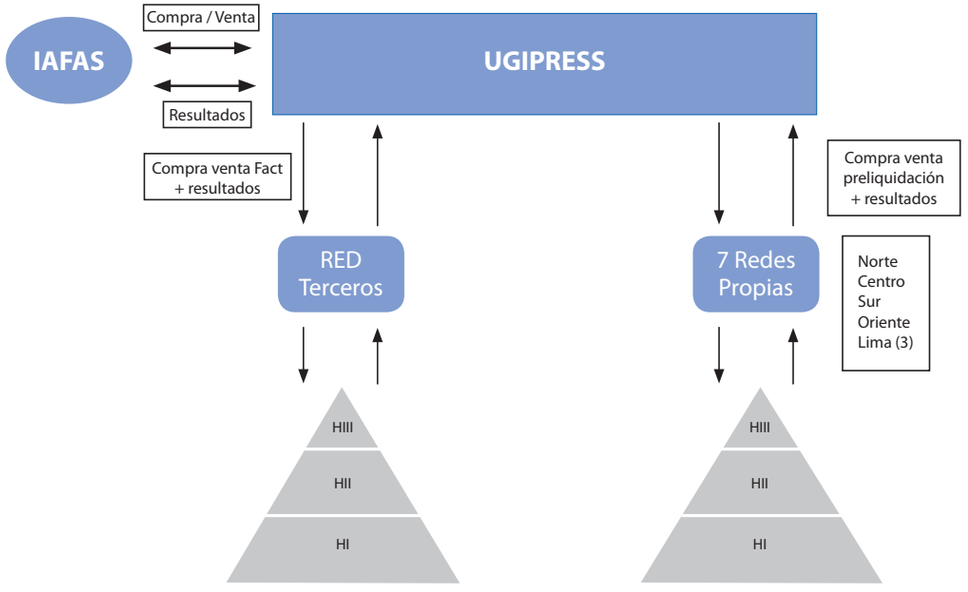
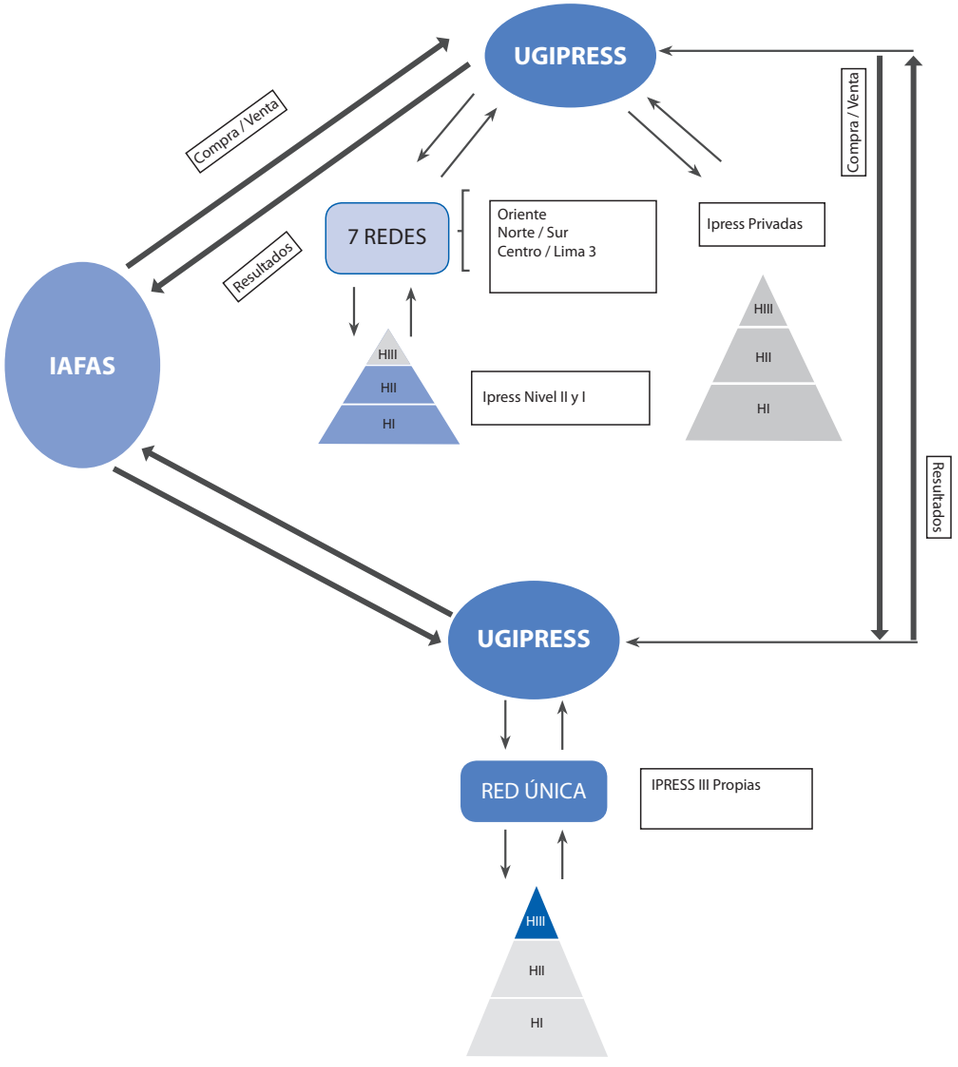


Figura 41. Modelo fase 3: dos Ugipress Especializadas



La principal ventaja de esta propuesta integral en tres fases (o periodos) es permitir la utilización del primer periodo —primera transición— para enfocar los esfuerzos en organizar la Ugipress Única en la sede central. Muy probablemente, ello generará un disturbio "controlado" en la operación de la sede central, redes e Ipress, que deberá ser materia de un plan de contingencias. Debe tenerse presente que la Iafas-EsSalud también estaría en construcción. Solo se podrá desarrollar el primer proceso Aseguramiento-Preprestación (señalado en el punto 3.3.1.1.) cuando ambos roles —Iafas y Ugipress— tengan una expresión organizacional.

El segundo periodo —segunda transición—, ya bajo la dirección de la Ugipress única, se orienta a la reconfiguración de las redes de Ipress bajo un enfoque macrorregional, al pasar de 29 redes a 7 redes.

Se propone la siguiente conformación de red, con datos disponibles a 2018:

Tabla 23. Constitución de las redes macrorregionales y Lima

Nro. de Red Asistencial	Macrorregión Ipress Nivel II y I	Población asegurada	%	Presupuesto ejecutado 2018 (S/)	Participación	Participación acumulada
1. Norte	Tumbes, Piura, Lambayeque, La Libertad, Cajamarca, Áncash, Huaraz, Amazonas	2 613 335	0,23	1 287 798 659,60	0,14	0,14
2. Centro	Huánuco, Pasco, Junín y Huancavelica	706 781	0,06	317 865 506,33	0,04	0,18
3. Oriente	Loreto, Ucayali, Tarapoto y Moyobamba	568 134	0,05	324 277 447,78	0,04	0,22
4. Sur	Arequipa, Moquegua, Tacna, Cusco, Apurímac, Puno, Juliaca, Madre de Dios	1 617 073	0,14	774 762 088,05	0,09	0,31
5. Lima A	Norte y Callao	1 713 291	0,15	434 569 388,39	0,05	0,36
6. Lima B	Centro y este	2 119 751	0,18	502 030 053,06	0,06	0,42
7. Lima C	Sur, Ica, Ayacucho	2 155 075	0,19	820 816 155,70	0,09	0,51
7. Redes		11 493 440	1,00	4 462 119 298,90	50,22	50,22

Asimismo, para Ugipress Especializada en Red Única, con datos disponibles a 2018:

Tabla 24

Ipress nivel III: HHNN e institutos	Población asegurada	%	Presupuesto 2018 ejecutado	Participa-ción	Participación acumulada
G. Almenara, E. Rebagliati, A. Sabogal, A. Aguinaga, Virgen de la Puerta, R. Prialé, C. Seguín, A. Guevara, Incor, C. Salud Renal	Sin adscripción *Extensión de uso 55% Se estima: (HHNN) – demanda esperada 5% y [4] = 1 265 000 atenciones y 326 000 personas	0.0	4 423 822 051,10	49,78	49,78
Total EsSalud presupuesto ejecutado 2018		**S/ 8 885 941 350,00**			

Fuente: Gerencia Central de Aseguramiento y Prestaciones Económicas. Elaboración propia.

El tercer periodo —transición final— está previsto para la implementación del modelo final de dos Ugipress especializadas, en virtud de la división por especialización de la Ugipress única inicial. **Este último tercer periodo muestra el modelo final y cómo operarían los tres agentes: Iafas-Ugipress-Ipress.**

Se ha tomado el dato Presupuesto Ejecutado 2018 por estar disponible, lo que arroja en la práctica un 50% del gasto vinculado a cada una de las dos Ugipress. Sin embargo, la implementación de estrategias orientadas a incrementar la capacidad resolutiva de las Ipress I y II asociadas a mecanismos de pago que ejecute la Iafas en coordinación con las Ugipress podrán reorientar el flujo de fondos —en algún porcentaje—, en favor de la Ugipress de siete redes, lo que impulsa la capacidad resolutiva hasta el 95% de la demanda y logra un gasto más eficiente.

Dado que es un proyecto complejo para desarrollarse en una organización de características muy particulares, resulta de gran importancia respetar los tiempos de los procesos de adaptación organizacional y administrar la gestión del cambio en todos los frentes (usuarios, laboral, sindical, político, etc.) con una decisión política de cambio definida por la Alta Dirección, desde el inicio del proceso, y con búsqueda constante de aportes de los actores involucrados internos y externos.

Otras ventajas

- La Ugipress única será la autoridad para todo el sistema de Ipress. Escenario de tránsito (fase 1 y 2)
- Luego, progresa a dos Ugipress especializadas como autoridades con ámbito propio definido. Oportunidad de especializarlas en su *core* de negocio (fase 3).
- Una Ugipress especializada gestiona las cuatro redes macrorregionales más tres redes en Lima (HII y HI) y la contratación de red de terceros complementarios a su propia oferta. Integralidad de la atención. Introduce el factor "competencia" con servicios privados. Supuestos de capacidad resolutiva efectiva. Oportunidad de visibilizar, enfocar y consolidar la cartera de servicios en H II y H I (clasificación Minsa) y gestionar con menores costos hasta el 80% de la demanda. Eficiencia.
- La otra Ugipress especializada gestiona todas las Ipress H III e institutos (clasificación Minsa), lo que permite realizar *benchmarking* entre pares y estrategias de optimización de la oferta. Incorpora el elemento eficiencia, que, a su vez, debería generar capacidad de oferta adicional para EsSalud y para terceros.
- Se abandona la asignación de recursos bajo presupuesto histórico y se incorpora el elemento eficiencia. La modalidad de compraventa de servicios Iafas-Ugipress-Ipress y los mecanismos de pago permiten modular incentivos al transparentar los elementos de transacción (por ejemplo, cápita por asegurado, pago por daño resuelto etc.).
- La Iafas-EsSalud interactúa con las dos Ugipress especializadas bajo un mecanismo de compraventa de servicios, coordinación y control de resultados. **En resumen, se pasará gradualmente de un financiamiento de insumos y líneas de presupuestos a un financiamiento por resultados.**

Sus desventajas

- Ugipress única con riesgo de ser "cuello de botella" y riesgo de falta de oportunidad en la toma de decisiones (para fase 1 y 2).

- La Ugipress que gestiona las siete redes concentra la gestión de compra de servicios a Ipress propias y a prestadores privados. De ser inadecuadamente conducida, esta modalidad podría generar un riesgo al modelo.
- Existe un proceso transaccional por compraventa de servicios entre las dos Ugipress, lo que condicionará la necesidad de una estrategia específica de planeamiento y control de la Iafas para su financiamiento.
- Necesidad de gestionar el "sentimiento regional" en los usuarios.
- Necesidad de equiparar la oferta en redes de H II y I.
- Riesgo de lucha por los recursos entre las dos Ugipress especializadas (para fase 3).

Los factores críticos de éxito identificados

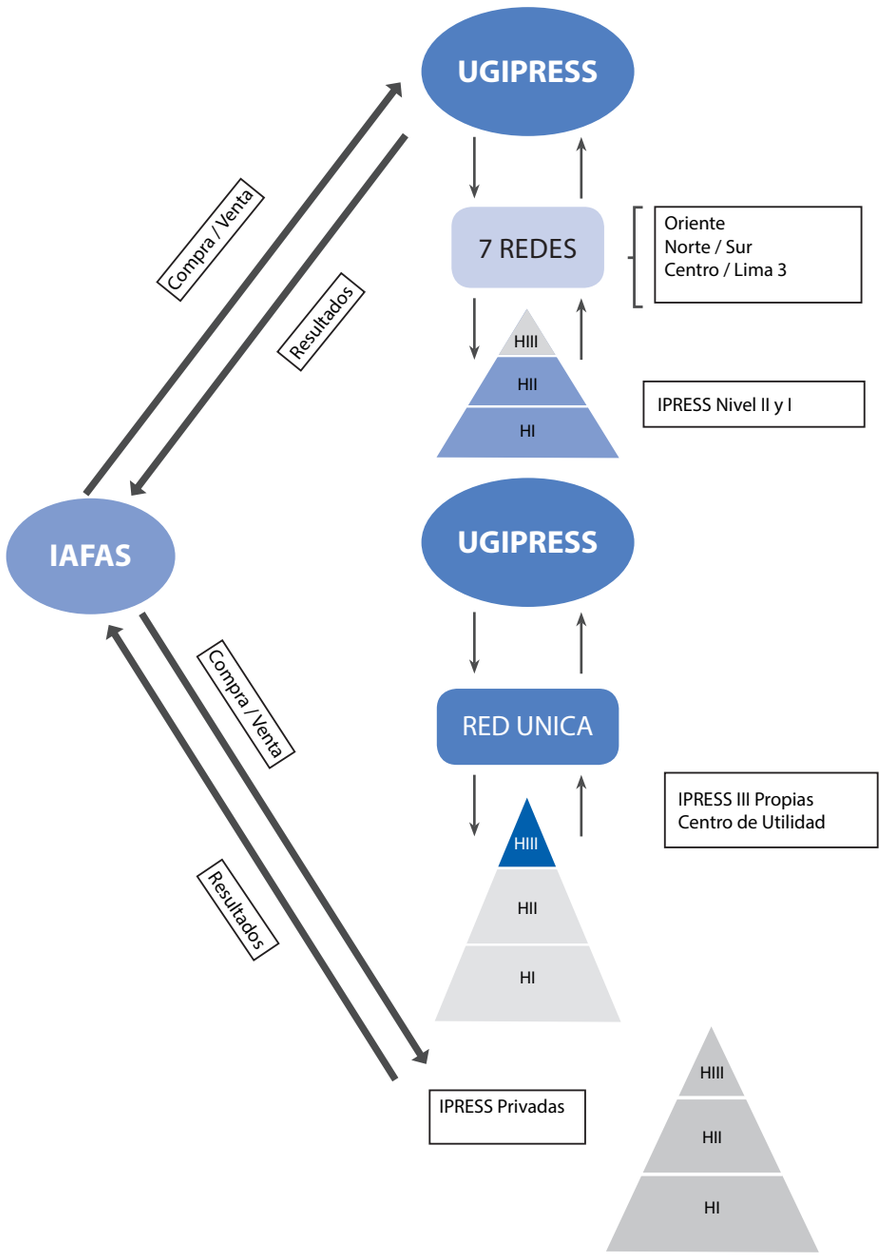
- Contar con el respaldo político suficiente desde el más alto nivel del Gobierno y con consensos básicos de actores claves.
- Contar con un equipo gerencial con competencias y experiencia que esté comprometido con la estrategia de cambio, y se trabaje hacia esta meta común. Asegurar meritocracia. Proveer estabilidad y remuneración acorde a los resultados.
- Realizar el planeamiento del proyecto con ruta crítica y gestionar los riesgos de implementación.
- Generar hitos en una hoja de ruta. Tener claridad sobre los arreglos institucionales que formalizarán el nuevo modelo de negocio y avanzar permanentemente en su formulación y aprobación.
- Contar con los recursos suficientes para equiparar y fortalecer la oferta en H II y H I.
- Planificar en virtud de los éxitos alcanzables y comunicarlos precozmente a los actores clave, en especial a los usuarios, quienes deben "sentirlos" en su propia experiencia.
- Resolver el corto plazo y gestionar para el largo plazo.

3.5. Exploración de escenarios alternativos

3.5.1. Modelo 2: Ugipress especializadas y la Iafas compra servicios a terceros

El modelo que veremos a continuación ha considerado implementar el modelo de negocio de Ugipress con dos Ugipress Especializadas en el nivel central y la Iafas compra los servicios a terceros. No incluye fase previa de Ugipress única. La distribución de las redes de Ipress con mirada macrorregional es similar a la comentada en la tabla 3.

Figura 42. Dos Ugipress especializadas y la Iafas compra a terceros



Sus ventajas

- Dos Ugipress especializadas como autoridades con ámbito propio definido. Oportunidad de especializarlas en el *core* del negocio.
- Una Ugipress especializada gestiona las cuatro redes macrorregionales más tres redes en Lima (HII y HI). Integralidad de la atención por alcance macrorregional. Oportunidad de visibilizar, enfocar y consolidar la cartera de servicios en H II y H I, y gestionar con menores costos hasta el 80% de la demanda. Eficiencia.
- Iafas introduce incentivos con el factor "competencia" regulada por poder de compra de oferta privada.
- La otra Ugipress especializada gestiona todas las Ipress H III e institutos (clasificación Minsa), lo que permite realizar *benchmarking* entre pares y estrategias de optimización de la oferta. Incorpora el elemento eficiencia, que, a su vez, debería generar capacidad de oferta adicional para EsSalud y para terceros.

Sus desventajas

- Ajusta la gradualidad de la implementación del modelo de negocio, pues no prevé una Ugipress única en etapa previa. Al ser un proyecto complejo, existe el riesgo de tensiones severas por falta de tiempos de maduración para la adaptación organizacional y la gestión del cambio en todos los frentes (usuarios, político, laboral, sindical, etc.).
- Riesgo de gran estrés organizacional al pasar de 29 redes a cuatro redes macrorregionales más tres redes en Lima, en una etapa.
- Riesgo de no asegurar la continuidad de la atención entre las siete redes y la red única.
- Necesidad de equiparar y maximizar la oferta en redes de H II y I.
- Riesgo de lucha por los recursos entre las dos Ugipress especializadas.
- Necesidad de gestionar el "sentimiento regional" en los usuarios.
- La compra directa de parte de la Iafas la obliga a desarrollar competencias en gestión de salud.

Los factores críticos de éxito identificados

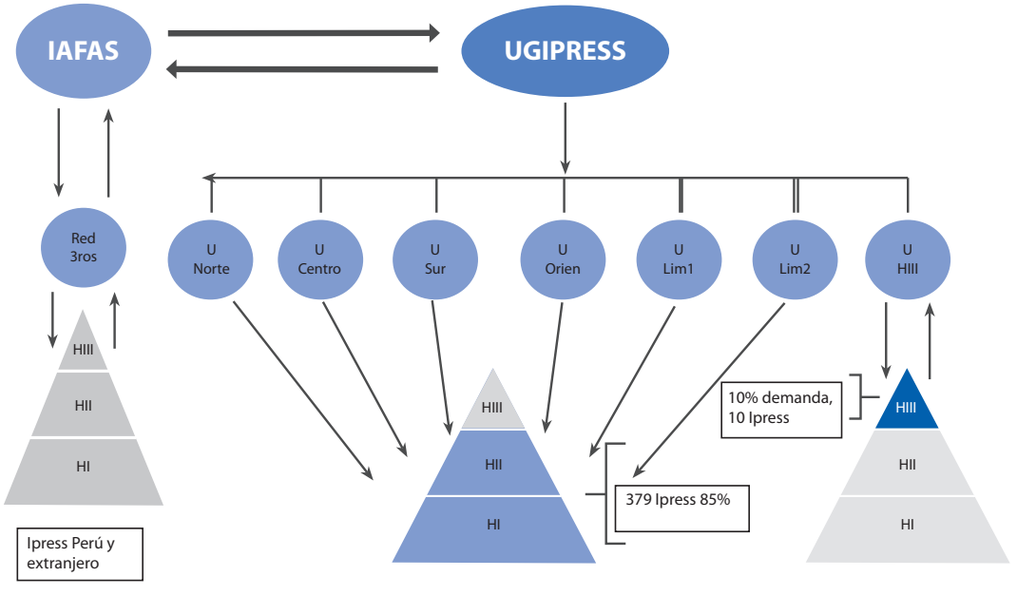
- Contar con el respaldo político suficiente a nivel interno y externo.
- Contar con un equipo gerencial con competencias y experiencia, alineado a completar el proceso de separación de funciones en el plazo que se defina por la Alta Dirección. Asegurar meritocracia. Proveer estabilidad y remuneración acorde a la responsabilidad.
- Realizar el planeamiento del proyecto con ruta crítica y gestionar los riesgos de implementación.
- Generar Hitos. Tener claridad sobre los arreglos institucionales que formalizarán el nuevo modelo de negocio y avanzar permanentemente en su formulación y aprobación.
- Contar con los recursos suficientes para equiparar la oferta en H II y HI.
- Planificar en virtud de los éxitos alcanzables y comunicarlos precozmente a los actores clave, en especial a los usuarios, quienes deben "sentirlos", con expectativas de que se ejecuten y luego perciban los resultados, en términos de más cobertura y calidad de los servicios que reciben.
- Resolver el corto plazo y gestionar para el largo plazo.

3.5.2. Modelo: Ugipress Única desconcentrada y la Iafas compra servicios a terceros

El modelo que veremos a continuación ha considerado el modelo de Ugipress Única desconcentrada, en siete Ugipress macrorregionales, en tanto la Iafas realiza la transacción de compraventa directamente con los servicios privados. No incluye fase previa de Ugipress única.

Esta propuesta está construida sobre el concepto de la presencia nacional que tiene EsSalud, tanto por mandato legal como por su cartera de clientes-usuarios.

Figura 43. Modelo: Ugipress Única desconcentrada y la Iafas compra servicios a terceros



Sus ventajas

- La Ugipress única será la autoridad para todo el sistema de Ipress. Entorno propicio para la articulación de operaciones. Estandarización.
- Presencia macrorregional de la Ugipress fortalecida. Cercanía a la línea de la operación.
- Facilita unidad de gestión incluso con Ipress del nivel III, lo que debería asegurar el flujo de los procesos en cada nivel de Ipress, así como la continuidad de la atención.
- La Iafas introduce incentivos con el factor "competencia" regulada por posibilidad de compra de oferta privada.
- Riesgo medio de estrés organizacional al pasar de 29 redes a siete redes, por ser de presencia macrorregional.

Sus desventajas

- Ajusta la gradualidad de la implementación del modelo de negocio, pues no prevé Ugipress única en etapa previa. Al ser un proyecto complejo, existe el riesgo de tensiones severas por falta de tiempos de maduración para la adaptación organizacional y la gestión del cambio en todos los frentes (usuarios, político, laboral, sindical, etc.).
- Costos incurridos para establecer la operación de las siete Ugipress en regiones y Lima.
- En el inicio, las redes con diferentes capacidades resolutivas generan riesgo operacional.
- Necesidad de equiparar y maximizar la oferta en redes de H II y I.
- El riesgo de lucha por los recursos entre las siete Ugipress.
- La necesidad de gestionar el "sentimiento regional" de los usuarios.
- La compra directa de parte de la Iafas la obliga a desarrollar competencias en gestión de salud.

Los factores críticos de éxito identificados

- Contar con el respaldo político suficiente.
- Contar con un equipo gerencial con competencias y experiencia. Asegurar meritocracia. Proveer estabilidad y remuneración acorde a la responsabilidad.
- Realizar el planeamiento del proyecto con ruta crítica y gestionar los riesgos de implementación.
- Generar hitos. Tener claridad sobre los arreglos institucionales que formalizarán el nuevo modelo de negocio y avanzar permanentemente en su formulación y aprobación.
- Contar con los recursos suficientes para equiparar la oferta en H II y HI.
- Planificar en virtud de los éxitos alcanzables y comunicarlos precozmente a los *stakeholders*, en especial a los usuarios, quienes deben "sentirlos".
- Resolver el corto plazo y gestionar para el largo plazo.

3.6. Factores críticos de éxito del proyecto

Implementar el mandato de la separación de las funciones de financiamiento y prestación en una organización de las dimensiones de EsSalud, con 80 años de operación y presencia nacional, 389 Ipress de diferente nivel y capacidad resolutiva, 11 millones de asegurados y un presupuesto de S/ 11 000 millones al año, es un desafío que no solo promete éxitos, en el largo plazo, sino también riesgos en el corto y mediano plazo, que corresponde identificar y gestionar, ya sea a través de su anulación, mitigación de impacto, transferencia o, en último caso, aceptación.

Aplicados a cualquiera de los modelos de negocio de Ugipress que se han presentado como opciones, existen situaciones cuya gestión es mandatoria y que, de hacerlo correctamente, se constituirán en los factores críticos de éxito del proyecto.

A continuación, se describen los factores identificados:

1. **Respaldo político del más alto nivel del Gobierno:** para asegurar la defensa política del modelo, la correcta difusión de los beneficios, viabilizar la toma de decisiones, lograr la cooperación y el compromiso de otros actores relevantes, garantizar la continuidad de la política en el mediano y largo plazo y, por tanto, del proyecto de cambio y mejora de EsSalud.

1. **Sólida estrategia comunicacional externa:** para trasladar a la población asegurada y a otros importantes actores clave los beneficios de la propuesta del nuevo modelo de gestión, atención y financiamiento, atendiendo a sus expectativas y generando respuestas que mejoren sus percepciones. Asimismo, para gestionar probables mensajes negativos asociados a conceptos que generan temor, desconfianza, desamparo u otros en los asegurados, como "es una privatización encubierta", "se ejecutarán despidos masivos", "es la acción de la fuerza de la corrupción y los intereses de los más ricos", "es para tener más burocracia y menos servicio al asegurado", etc. Identificar, seleccionar, abordar e informar permanentemente a los agenda *setters* resulta estratégico (ver el estudio de actores clave, Banco Mundial, 2018).

2. **Sólida estrategia comunicacional interna:** para gestionar la previsible resistencia al cambio, generalmente asociada a desconocimiento, temor, desconfianza, inseguridad, pérdida de zona de confort y otros sentimientos que la propuesta pueda provocar en el colectivo de los 56 000 colaboradores de EsSalud. Es necesaria una difusión sostenida luego de la aprobación del modelo. Identificar, seleccionar, abordar e informar permanentemente a los actores clave que influyen en la agenda de trabajo de EsSalud resulta estratégico.

3. **Asegurar un cuerpo de gerentes profesionales con capacidad técnica y experiencia de gestión:** para gestionar con eficacia, eficiencia y efectividad, de manera proactiva y con orientación a resultados. Resulta prioritario en este punto una clara política de meritocracia. Estrategias para ofrecer estabilidad y remuneración acorde con los resultados resultarán muy relevantes.

4. **Superar la curva de aprendizaje organizacional:** los roles de las Iafas y las Ugipress, así como la dinámica de compraventa de servicios como tal, son nuevos para EsSalud, acostumbrada a ser una sola

operación gestionada por presupuesto histórico. Por ese motivo, necesariamente deberán ser definidos, comprendidos, modulados, implementados y controlados con mucha precisión. En esta tarea aparecerán múltiples riesgos que deberán ser anulados, mitigados, trasladados o asumidos, y que posiblemente tengan diversos impactos, tanto en el plano político como técnico, operacional, legal y hasta reputacional. Se requiere gestionar el cambio. En este sentido se deberá llevar a cabo un proceso de entrenamiento a gran escala para que el personal comprenda la dimensión, los beneficios y se apropie del proyecto, se sienta más cómodo en la nueva organización, se adapte rápidamente a los nuevos desafíos y roles, y pueda seguir aportando con pasión sus habilidades y compromiso.

5. **Gradualidad en la implementación del nuevo modelo de gestión y gestión del cambio:** el estrés organizacional siempre es parte de una reestructuración; por tanto, gestionarlo resulta mandatorio, entre otras cosas, porque puede condicionar los resultados de manera desfavorable. La gestión del cambio debería planificarse y ejecutarse con los resultados que se generen en el proceso.

6. **Sistema de Información Gerencial:** resulta absolutamente necesario contar con un único Sistema de Información Gerencial (SIG), que sea capaz de captar y procesar la data que produce la gestión, y ofrecerla en línea para su análisis y toma de decisiones. Por tanto, es importante prever acciones para asegurar la calidad de la data y entrenar a los colaboradores. El sistema deberá captar, procesar y entregar cuatro tipos de datos: financieros, prestacionales, de oferta y de demanda, cada uno de ellos de gran impacto en diversos aspectos de la operación, como el acceso, la oportunidad, la calidad del servicio y otros resultados. Asimismo, deberá contener la data de las historias clínicas, preliquidaciones, liquidaciones y las autorizaciones que podrían exigir los procesos de gestión y atención, a efectos de asegurar el flujo de fondos y la gestión de la siniestralidad.

7. **Sostenibilidad en el largo plazo y liderazgo:** la reestructuración de una megaorganización como EsSalud es un proyecto complejo de mediano y largo plazo, que está expuesto a múltiples riesgos. En tal sentido, como mínimo se debería construir una visión estratégica clara y compartida del modelo final, elaborar una hoja de ruta con hitos debidamente identificados que puedan consolidar los avances del proyecto, definir lineamientos de política para tratar los problemas que se presentarán en todos los frentes, elaborar estrategias de negociación con las diferentes audiencias, generar respaldo a las decisiones técnicas y situar el liderazgo en la Alta Dirección, en particular en la figura de la Presidencia Ejecutiva, así como en los líderes de la mesogestión y la microgestión. La comunicación abierta, la difusión de la información de avances y éxitos, la cercanía al usuario y a los colaboradores, en un balance con el ejercicio de autoridad, serán muy relevantes.

3.7. Conclusiones y recomendaciones

Las principales conclusiones son:

1. EsSalud es una megaorganización de salud de alcance nacional y es parte del sistema contributivo. Cuenta con 11 millones de asegurados, S/ 11 000 millones por ingresos anuales, 389 Ipress de diferente nivel y capacidad resolutiva, y 52 000 colaboradores, 80% de ellos asistenciales. Desde su creación, desarrolla en simultáneo las funciones de financiamiento/aseguramiento y prestación de servicios de salud.

2. Los principales problemas que afronta EsSalud están vinculados al acceso, la oportunidad, la calidad de las prestaciones, la continuidad de la atención y la protección de derechos en salud, que se expresan a nivel de las operaciones en las Ipress y generan permanentes tensiones.

3. La sostenibilidad financiera de EsSalud es factor de preocupación y es afectada permanente tanto por el lado de los ingresos como por los gastos. Cabe mencionar que hasta la actualidad la asignación es por presupuesto histórico y la distribución es 50% para Ipress nivel I/II y 50% para Ipress nivel III.

4. A la luz de los resultados actuales, sanitarios, de satisfacción, económicos y el marco legal vigente, EsSalud ha identificado la necesidad de explorar alternativas para su organización y ha definido como política colocar al asegurado en el centro de sus decisiones.

5. EsSalud debe alinear su nuevo modelo de negocio al mandato de la separación de funciones de financiamiento y prestación, regulado por el Decreto Supremo 008-2010-SA, Reglamento de la Ley Marco del AUS Ley 29344 (que, a su vez, crea a las Iafas y las Ipress, entre otros agentes del aseguramiento en salud), así como por el Decreto Supremo 010-2016-SA, que regula los macro procesos de las Iafas como EsSalud.

6. Las Ugipress están reguladas por el Decreto Legislativo 1158 y se definen como una entidad diferente de las Ipress, encargada de la gestión y administración de los recursos para la gestión idónea de las Ipress.

7. En este contexto se ha formulado la propuesta de un nuevo modelo de negocio para EsSalud, con base en el desarrollo del eje Iafas-Ugipress-Ipress, sustentado en la identificación de la cadena de valor y mapas de procesos de cada uno de estos tres agentes.

8. La propuesta, en resumen, define una Iafas (en cumplimiento del Decreto Supremo 010-2016-SA, en el que resalta la función de compra estratégica y compra a terceros) y dos Ugipress especializadas (con gestión sobre siete redes de Ipress nivel I/II para el desarrollo de prevención y promoción de salud, APS, con capacidad resolutiva de baja y mediana complejidad, e Ipress nivel III, de alta y muy alta complejidad, respectivamente). Se han identificado las ventajas, las desventajas y los factores críticos de éxito de cada modelo y del proyecto.

9. También se ha propuesto el proceso de nivel 0 y los seis procesos de nivel 1 para las Ugipress, a efectos de que puedan operar de manera eficiente y eficaz en este nuevo modelo de negocio. Es de resaltar que la

Ugipress deberá desarrollar procesos de "venta" de servicios a la Iafas, así como la gestión de recursos para sus Ipress, gestión de la continuidad de la atención y rendición de cuentas en un marco de transparencia y probidad.

10. Esta propuesta de modelo de negocio Iafas-Ugipress-Ipress supone la incorporación de los principios de "compra estratégica de servicios" a cargo de la Iafas, es decir, asociada a desempeño y resultados, y se abandona la asignación por presupuesto histórico, lo que conlleva un profundo cambio cultural para EsSalud.

Las recomendaciones son:

1. Gestionar el respaldo político del más alto nivel e impulsar la propuesta en la agenda con carácter de Reforma de la Seguridad Social en Salud como política de Estado.

2. Identificar a todos los actores clave internos/externos y promover la difusión de los beneficios del nuevo modelo de negocio impulsando su apropiación. Respetar espacios de intercambio. Identificar a los agenda *setters* y lograr alianzas. Promover la participación de los asegurados para generar legitimidad a la propuesta. Prever la contingencia sindical.

3. Formular y ejecutar el proyecto de implementación del proceso de separación de funciones y nuevo modelo de negocio considerando sus implicancias políticas, técnicas, administrativas y de financiamiento. Como mínimo debe contener los arreglos institucionales, las reglas del negocio (listados en este documento), la hoja de ruta crítica, los hitos, los plazos, el mapa de actores, la gestión de relaciones, los mensajes clave a públicos objetivo, los medios de verificación, las relaciones con la estrategia de redes integradas promovida por el Minsa, entre otros.

4. Evaluar la conveniencia de la gradualidad como estrategia de implementación. Se estima entre tres y cuatro para la plena implementación. Considerar especialmente la necesidad de equiparar las capacidades institucionales de la Ipress nivel I/II en territorios específicos.

5. Liderar la gestión del cambio, administrar el estrés organizacional y la resistencia al cambio y conducir la curva de aprendizaje institucional.

6. Asegurar el financiamiento y las operaciones de la Iafas, la Ugipress y la Ipress durante el proceso de implementación. Gestionar el riesgo operacional, legal y reputacional.

7. Diseñar políticas específicas que faciliten la conformación de un equipo de gerentes profesionales para conducir la reforma. Gestionar un plan de competencias para gerentes de mesogestión y microgestión.

8. Promover la promulgación del decreto supremo que regule las Ugipress para el sector salud.

9. Mantener un control estricto sobre el desempeño y los resultados del modelo, así como gestionar la sostenibilidad financiera de EsSalud. Gestionar la dinámica del crecimiento.

Manual de operaciones: Organización y procesos de la Iafas-EsSAlud

Marzo de 2019

EsSalud

El rol prestador de salud está orientado a lograr la eficiencia en el empleo de recursos de los asegurados (aportantes y voluntarios), así como mejorar la calidad de los servicios que se le ofrecen.

4. Manual de operaciones: Organización y procesos de la Iafas-EsSalud - Marzo de 2019

4.1. Definiciones

Tabla 25. Definiciones

Acreditación	Atributo del registro de la persona natural, con lo cual habilita el derecho de cobertura del plan de aseguramiento afiliado.
Adscripción (de asegurados)	Es el proceso mediante el cual se asigna al asegurado a una Ipress (establecimiento de salud) donde recibirá las prestaciones de salud.
Afiliación	Inscripción en los planes de seguros que otorga Iafas-EsSalud sobre la base de las leyes y la normatividad, adquiriendo la condición de asegurado en Iafas-EsSalud.
Aportes	Es la retribución abonada por el asegurado potestativo como contraprestación del plan de aseguramiento contratado.
Beneficiarios	Personas radicadas en el país bajo la cobertura de un plan de AUS. Acepción que se utiliza de manera indistinta para referirse a los afiliados o asegurados.
Estructura de costos	Es la proporción porcentual de todos los componentes de costo en los que se incurre para la elaboración de un producto o prestación de un servicio.
Estudios actuariales	Es un conjunto de análisis basados en modelos matemáticos aplicados que sirven para predecir o simular determinados hechos económicos, financieros y de seguros, atendiendo a sus posibles consecuencias y los costes que estas supondrían, de modo que puedan ser calculadas posibles compensaciones. El estudio y cálculo actuarial es la base de la ciencia actuarial.
Plan de aseguramiento	Condiciones específicas de la cartera de servicios para acceder a las condiciones asegurables.
Población asegurada acreditada	Población que cumple con los criterios de acreditación establecidos normativamente para acceder a todos los servicios y prestaciones otorgados.
Siniestro	Daño de cualquier importancia que puede ser indemnizado por una compañía aseguradora
Usuario	Persona natural o jurídica que acude a los establecimientos de salud u oficinas de seguros, prestaciones económicas y sociales de la Iafas-EsSalud a gestionar un servicio de manera presencial o no presencial.

4.2. Introducción

EsSalud se encuentra en un proceso de redefinición de su estrategia de servicio al asegurado y de optimización de sus procesos. En ese sentido, ha decidido iniciar la diferenciación de los procesos misionales que corresponden al rol de asegurador respecto de los que son propiamente del rol prestador de salud. Esto está orientado a lograr la eficiencia en el empleo de recursos de los asegurados (aportantes y voluntarios), así como mejorar la calidad de los servicios que se le ofrecen.

La Iafas-EsSalud será la responsable del rol asegurador. En la etapa de transición, dicha Iafas será una gerencia de EsSalud especializada, para administrar los recursos de los asegurados y brindarles cobertura en servicios de salud, servicios sociales y prestaciones económicas.

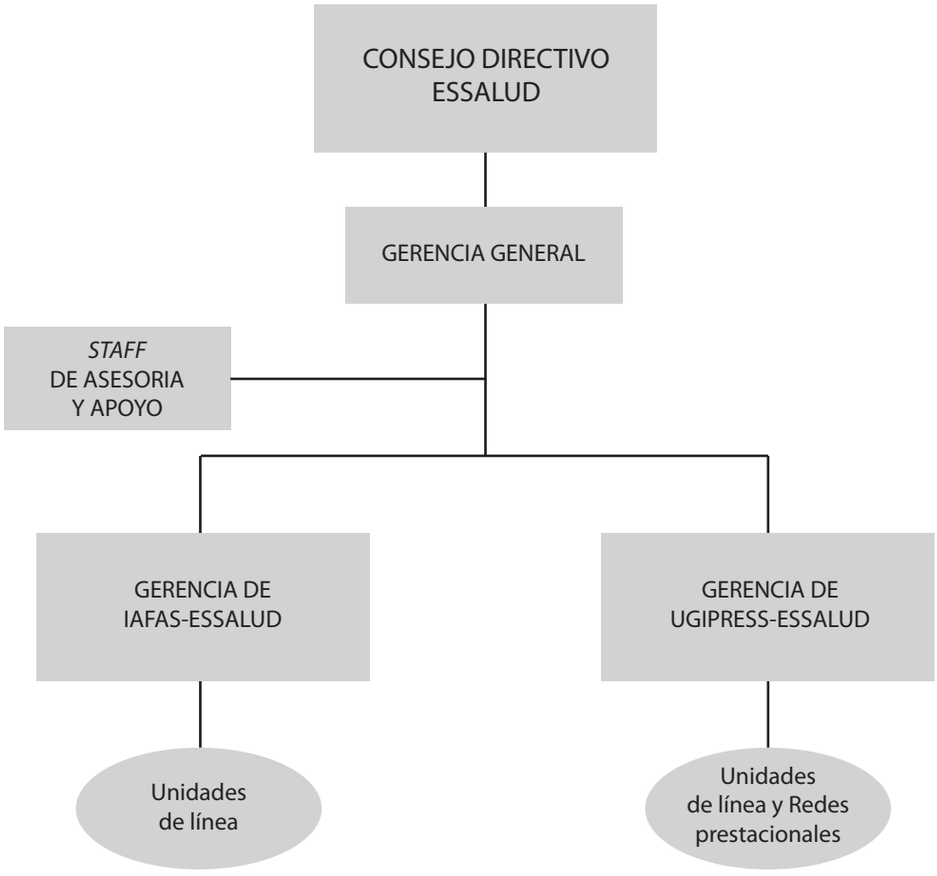
El documento que a continuación se desarrolla corresponde a la Iafas EsSalud, en su condición de dependencia de la Gerencia General de EsSalud.

Esquema de transición

La estructura que se propone debe facilitar la posterior escisión de la Iafas de la actual organización de EsSalud. Por eso, el esquema de transición implica la existencia de dos divisiones con cuentas separadas: la Iafas-EsSalud y la Ugipress-EsSalud, que reporten a la Gerencia General y al Consejo Ejecutivo de EsSalud, que dictará las principales decisiones estratégicas.

Más adelante, será necesario implementar leyes que establezcan la constitución de dos organizaciones con personería jurídica independiente, que operen con un criterio de gestión empresarial. En el anexo 1 se presenta el modelo de negocio para el estado final de la Iafas-EsSalud, es decir, cuando sea una entidad independiente. Se conformarán dos estructuras organizacionales, una que cumpla las funciones de administración de fondos y otra que gestione los servicios de salud. Para efectos de implementar la separación gradual, se recomienda manejar centros de ingresos y costos con cuentas separadas, establecer responsabilidad por la información principal que cada una debe asumir, así como establecer el perfil del personal que se requerirá. El esquema de transición sería el siguiente: (ver fig. 44)

Figura 44. Esquema de transición



Fuente: Elaboración propia.

La Gerencia General de EsSalud dirigirá las unidades de la organización de soporte y asesoramiento, a cargo de la administración interna de las Gerencias de la Iafas-EsSalud y de la Gerencia de la Ugipress-EsSalud.

La Gerencia de la Iafas-EsSalud estará conformada por las unidades de organización que operan los procesos relativos al aseguramiento. Su estructura debe responder a un enfoque de procesos, priorizando la intervención de sus integrantes en la gestión de sus procesos, sobre la operación misma. Esto significa que su estrategia tenderá a la excelencia operativa con alto nivel tecnológico en sus operaciones y el apoyo de empresas especializadas para tercerizar actividades estandarizadas y de gran volumen.

Los recursos humanos que se integren a la Gerencia de la Iafas-EsSalud deberán cumplir con los perfiles de puestos que exija una organización especializada, con competencias que sean identificadas como requeridas en las operaciones del mercado de seguros. Por ello, la escala de remuneraciones debe ser competitiva en el mercado relevante para lograr que los mejores profesionales se integren a las Iafas-EsSalud.

En este esquema de transición, la Gerencia de la Iafas-EsSalud debe asumir la responsabilidad de la información de la base de datos de aportaciones y de la decisión sobre los sistemas de información que permitirán su actualización y controles. Para gestionar el soporte tecnológico está la sede central, aunque también se podrá contar con los servicios de una empresa tercera especializada.

Es importante que, en la etapa de transición, los recursos financieros deben ser asignados a cada una de las dos grandes gerencias separadamente, para que vayan adaptándose al modelo futuro (pagos por servicios). Es conveniente reordenar los centros de costo e ingresos para registrar tanto su presupuesto como la ejecución, con miras a analizar el financiamiento de su operación que los lleve a optimizar su organización.

Por la especialización de la Iafas-EsSalud para el manejo de los fondos, se considera que es la indicada para operar las prestaciones económicas. Debido a que EsSalud cuenta con centros que ofrecen servicios sociales, la Iafas-EsSalud debe implementar procesos para garantizar que el desempeño de esos centros sea costo-efectivo con los servicios que demanda su mercado objetivo: los asegurados.

Respecto a las relaciones con la organización de la Gerencia de la Ugipress, será necesario diseñar nuevos procesos y mecanismos de interrelación que se adapten al modelo con funciones separadas y una estrategia de implementación cuidadosa. El periodo de transición debe permitir la preparación y adecuación de ambas organizaciones, pues el fracaso en una de ellas impacta en la otra. Una implementación gradual de la nueva forma de financiar las actividades de las Ipress de EsSalud se podría dar a través de la asignación de un presupuesto fijo para las Ipress por algunos años, el cual disminuya en favor de los pagos por otra modalidad (cápita o por servicio, el que se decida).

El cambio de modelo implica modificar los sistemas de trabajo, documentos de gestión, adecuar el sistema de información y preparar los perfiles de puestos para la Iafas-EsSalud. También se requiere de mecanismos para asegurar la calidad de gestión prestacional y, con ello, el buen empleo de los recursos financieros que administra la Iafas-EsSalud. Las herramientas para ello serían: seguimiento y control prestacional (auditoría), asociado a los modelos de pago (incentivos).

4.3. Propósito del manual

El Manual de Operaciones: Organización y Procesos (MOP) es un documento que norma la gestión, y establece la naturaleza, la estructura organizacional, el ámbito, las funciones, las responsabilidades y los procesos de la Iafas-EsSalud. El MOP se aprueba por el presidente ejecutivo.

El MOP contiene la organización formal, las funciones generales de cada uno de sus órganos y unidades de organización, e incluye los procesos que ejecutan dichas unidades. Asimismo, describe los procesos misionales, los estratégicos y de soporte. En algunos casos, la descripción de los procesos, por su amplitud, complejidad o variedad de casuística, demanda la elaboración de procedimientos, los cuales están dirigidos al personal de la Iafas-EsSalud para la correcta ejecución, referencia y articulación de sus actividades.

4.4. Aspectos generales

4.4.1. Naturaleza

Iafas-EsSalud es la administradora de fondos intangibles de la seguridad social para la cobertura de las atenciones de salud y otras prestaciones. Asume la función relacionada con una Institución Administradora de Fondos de Aseguramiento en Salud, definida en la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.

4.4.2. Finalidad

Dar cobertura a los asegurados y sus derechohabientes, a través del otorgamiento de prestaciones de prevención, promoción, recuperación, rehabilitación de la salud, que corresponden al Régimen Contributivo de la Seguridad Social en Salud, así como ofrecer otros seguros en riesgos humanos.

Las prestaciones económicas y sociales, que también son derechos de los asegurados regulares, es decir, quienes aportan según el régimen contributivo, son operaciones que se encargan a la Iafas-EsSalud.

4.4.3. Ámbito de competencia

El ámbito operacional de la Iafas-EsSalud alcanza a todo el territorio nacional. Cuenta con oficinas para atender a los asegurados que requieren realizar trámites o consultas.

4.4.4. Contexto jurídico

- Ley 26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social de Salud, del 14 de mayo de 1997, modificatorias y su reglamento, aprobado por Decreto Supremo 009-1997-SA, del 8 de setiembre de 1997.

- Ley 27056, Ley de Creación del Seguro Social (EsSalud), del 30 de enero de 1999, y su reglamento aprobado por Decreto Supremo 002-99- TR y sus normas modificatorias, del 26 de abril de 1999.
- Ley 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, del 30 de marzo de 2009, y su reglamento, aprobado por Decreto Supremo 008-2010-SA del 2 de abril de 2010.
- Decreto Supremo 010-2016-SA, que aprueba las Disposiciones para las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud Pública, del 26 de febrero de 2017.

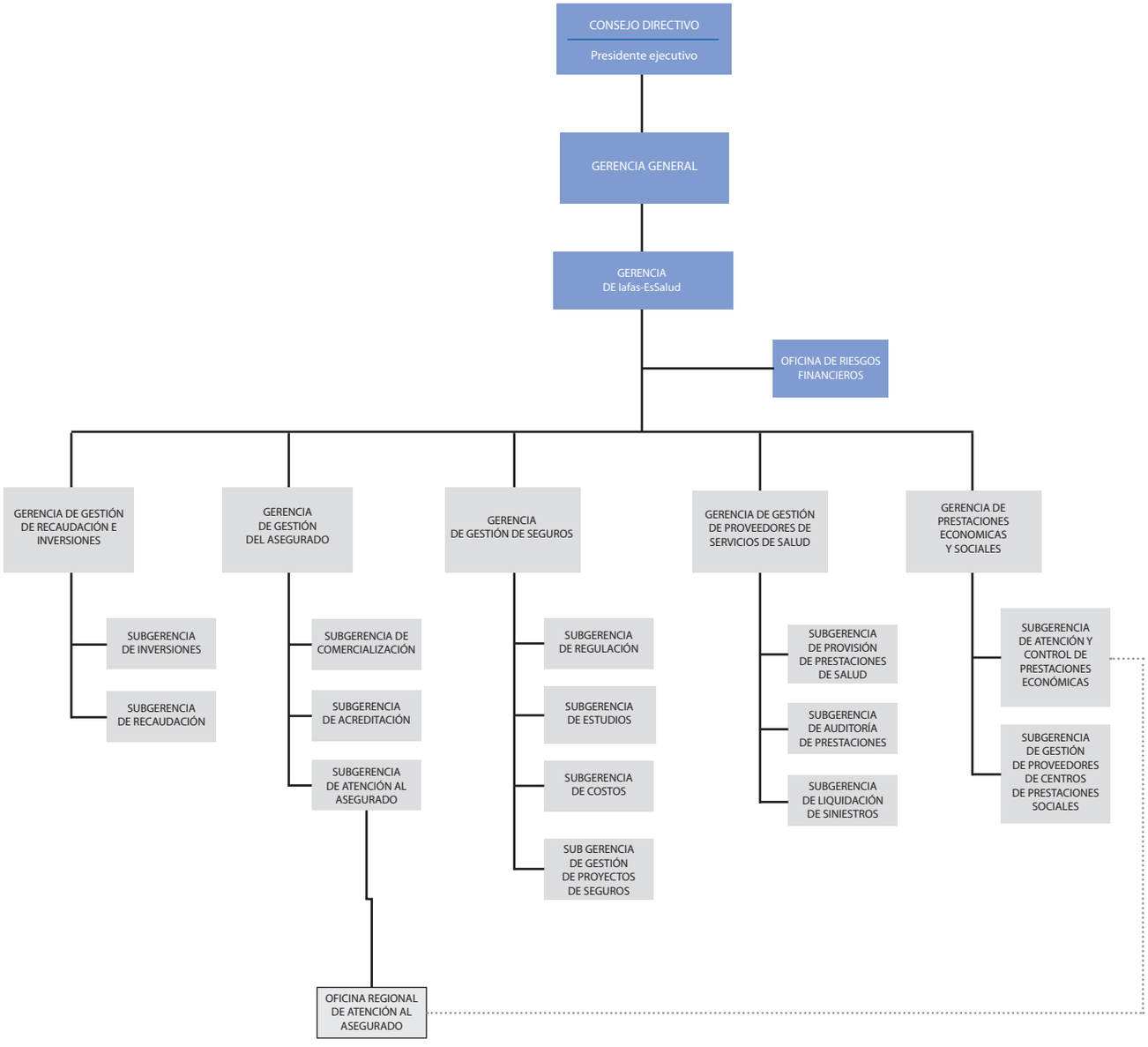
4.4.5. Funciones generales

a. Administrar el régimen contributivo de la seguridad social en salud y otros seguros de riesgos humanos.
b. Brindar servicios de cobertura en salud a sus afiliados en el marco del proceso de Aseguramiento Universal en Salud.
c. Promover la afiliación de la población no asegurada.
d. Registrar a los asegurados y entidades empleadoras.
e. Emitir directivas relacionadas con las obligaciones de las entidades empleadoras y sus asegurados.
f. Recaudar, fiscalizar, determinar y cobrar las aportaciones y demás recursos establecidos por ley. Es posible delegar o conceder tales funciones, en forma total o parcial, en entidades del Estado o privadas, según las normas legales vigentes.
g. Invertir los fondos que administra, procurando su rentabilidad, seguridad y equilibrio financiero, dentro del marco legal correspondiente.
h. Celebrar convenios o contratos con otras entidades para la prestación de servicios relacionados con su finalidad y sus objetivos.
i. Definir procedimientos para garantizar el libre acceso de los afiliados y sus derechohabientes, a las Ipress con las cuales haya establecido convenios o contratos o se encuentre vinculada en su área de influencia o en cualquier lugar del territorio nacional, en caso de enfermedad o accidente.
j. Establecer y realizar procedimientos para controlar las prestaciones de salud, en forma eficiente, oportuna y de calidad en los servicios prestados por las Ipress conforme a las condiciones pactadas.
k. Formular sus reglamentos o procedimientos internos que le permitan ofrecer sus servicios de manera ética, eficiente y competitiva.
l. Proponer la expedición de normas que contribuyan al mejor cumplimiento de su misión y opinar sobre los proyectos de dispositivos legales relacionados con su rol.
m. Otras que dispongan las normas que regulan la materia.

4.5. Organización de la Iafas-EsSalud

La Iafas-EsSalud tiene la siguiente estructura organizacional:

Figura 45. Estructura organizacional de la Iafas-EsSalud



Fuente: Elaboración propia.

A continuación, se describen las funciones de las unidades de organización:

1. Órganos de Alta Dirección

1.1. Consejo Directivo

Es el órgano encargado de establecer la política institucional y supervisar su aplicación. Está presidido por el presidente ejecutivo, quien tiene la dirección ejecutiva de EsSalud.

1.2. Gerencia General

Es el órgano de la Alta Dirección encargado de dirigir, coordinar y supervisar el funcionamiento de la institución, a fin de propiciar el logro oportuno, eficaz y eficiente de los objetivos y metas de EsSalud. Depende de la Presidencia Ejecutiva. Se constituye en la máxima autoridad administrativa de EsSalud.

1.3. Gerencia de Iafas-EsSalud

Es el órgano encargado de proponer las políticas, normas, procesos y estrategias de aseguramiento, así como de dirigir y supervisar los procesos de diseño de planes de salud, de suscripción y afiliación, de la administración de los fondos asignados para brindar cobertura de riesgos en salud y el financiamiento de prestaciones de salud, de la gestión de asegurados, de la compra de prestaciones de salud y sociales, de la gestión de siniestros y del otorgamiento de las prestaciones económicas. Depende de la Gerencia General.

2. Órganos de asesoramiento y apoyo

2.1. Oficina de Riesgos Financieros

Es el órgano responsable de administrar y gestionar los riesgos financieros, incluyendo el análisis de controles y riesgos operativos, en el entendido que pueden ocurrir pérdidas financieras originadas por fallas o insuficiencias de procesos, personas, sistemas internos, tecnología o eventos externos imprevistos.

3. Órganos de línea

3.1. Gerencia de Gestión de Recaudación e Inversiones

La Gerencia de Gestión de Recaudación e Inversiones es el órgano encargado de gestionar los recursos económicos de los fondos que administra; monitorear la recaudación, cobranza y fiscalización de las aportaciones de la seguridad social de salud que administra la Sunat, así como gestionar la deuda no tributaria. Depende de la Gerencia de la Iafas-EsSalud. Está conformada por las siguientes unidades orgánicas:

- Subgerencia de Inversiones
- Subgerencia de Recaudación

La Subgerencia de Inversiones es la subunidad orgánica encargada del proceso de inversiones financieras y el planeamiento financiero de los fondos que administra la Iafas-EsSalud, así como de elaborar y evaluar las estrategias para lograr que el financiamiento de las prestaciones de salud esté vinculado a resultados verificables a favor del asegurado. La Subgerencia de Recaudación es la subunidad orgánica responsable de gestionar la recaudación, la cobranza y las acciones de fiscalización de las aportaciones de la Iafas-EsSalud, que administran los proveedores o instituciones con mandato legal, contrato o convenio vigente. De igual forma, se encarga de la gestión de la cobranza de la deuda no tributaria.

4.5.1. Gerencia de Gestión del Asegurado

Es el órgano encargado de establecer y supervisar los lineamientos para la atención de los asegurados, respecto de los servicios, las prestaciones o las coberturas contratadas por la Iafas-EsSalud, facilitando su solución inmediata para recuperar su satisfacción o la protección y restitución de derechos. Asimismo, es responsable del diseño de estrategias para la comercialización de seguros y de la gestión de la afiliación del asegurado. Depende de la Gerencia de la Iafas-EsSalud. está conformada por las siguientes unidades orgánicas:

- Subgerencia de Comercialización
- Subgerencia de Acreditación
- Subgerencia de Atención al Asegurado
- Oficina Regional de Atención al Asegurado
- Oficina de Seguros y Prestaciones Económicas y Sociales (Ospes)

La Subgerencia de Comercialización es la subunidad orgánica responsable de diseñar estrategias de mercadeo y posicionamiento de los seguros, definir metas de participación y evaluar su desempeño, y promover la inscripción de la población que voluntariamente se afilia. Asimismo, es la responsable de las acciones de *marketing*, como, por ejemplo, proponer el diseño de la información relacionada con los productos de seguros a ser difundida.

La Subgerencia de Acreditación es la subunidad orgánica responsable de elaborar y evaluar las normas, las estrategias, los procesos, los procedimientos y los criterios para la afiliación, incorporación y verificación del derecho de cobertura de los asegurados, proponiendo la implementación de servicios presenciales y no presenciales que correspondan.

La Subgerencia de Atención al Asegurado es la subunidad orgánica responsable de conducir todas las Oficinas Regionales de Atención al Asegurado y las Ospes a nivel nacional, así como monitorear el nivel de satisfacción del asegurado respecto a las prestaciones económicas y sociales que son gestionadas por la Iafas-EsSalud.

Las Oficinas Regionales de Atención al Asegurado son órganos desconcentrados responsables de supervisar los procesos que se ejecutan en las Ospes, así como determinan la necesidad de su apertura o cierre. Para efectos de atender con cercanía al público en todo el país, y gestionar los recursos de su jurisdicción territorial, se establecen cuatro oficinas regionales, dependiente de la Gerencia de Gestión al Asegurado.

Las Ospes son unidades desconcentradas responsables de realizar la actividad de promoción, venta y difusión de los seguros que administra la Iafas-EsSalud, con la finalidad de incrementar su participación dentro del mercado asegurador en riesgos humanos. También tiene la tarea de la afiliación y verificación del derecho de cobertura de los asegurados, y de recibir, resolver o canalizar consultas, reclamos y quejas relacionadas con la cobertura del plan de aseguramiento contratado. Finalmente, se encarga de la actualización de datos del afiliado y derechohabiente, y de tramitar las solicitudes de prestaciones económicas y sociales.

4.5.2. Gerencia de Gestión de Seguros

Es el órgano encargado de proponer tanto las políticas, normas y mecanismos para el aseguramiento en salud como los productos que se ofrecen. Asimismo, se encarga de liderar la implementación y las acciones que garanticen la correcta ejecución y el cumplimiento de las iniciativas de la Gerencia. Depende de la Gerencia de la Iafas-EsSalud. Está conformada por las siguientes unidades orgánicas:

- Subgerencia de Regulación
- Subgerencia de Estudios
- Subgerencia de Costos
- Subgerencia de Gestión de Proyectos de Seguros

La Subgerencia de Regulación es la subunidad orgánica responsable de proponer políticas, normas, estrategias y mecanismos para el otorgamiento de la cobertura de salud que ofrece la Iafas.

La Subgerencia de Estudios es la subunidad orgánica a cargo de analizar información y formular propuestas de nuevos productos[17] o modificaciones a los ya definidos, con el objeto de atender mejor las necesidades de los asegurados. Es responsable de planificar y ejecutar el análisis de la información proveniente de las bases de datos institucionales, para la realización de estudios actuariales, prospectivos, económicos, sociales, diagnósticos, evidencias de causalidad, eficiencia relativa, formulación de nuevos productos o modificaciones a los existentes, y otros para el análisis y formulación de políticas institucionales.

La Subgerencia de Costos es la subunidad orgánica responsable de formular, proponer e implementar las normas, estándares, modelos, metodologías y procedimientos para calcular los costos y tarifas institucionales, así como brindar asistencia técnica para su aplicación. Sus funciones incluyen la administración del sistema de costos, la determinación de los costos de los planes de seguros, con el objeto de calzar con los costos de servicios de salud o sociales contratados y de las prestaciones económicas, así como efectuar evaluaciones comparativas de las variaciones de los costos reales respecto a los estándares.

La Subgerencia de Gestión de Proyectos de Seguros es la subunidad orgánica responsable de la implementación de los planes de aseguramiento nuevos o ajustados, diseñados por la Subgerencia de Estudios. Con ese propósito, toma acciones necesarias para la puesta en marcha y, de ser necesario, acciones correctivas o de mejoras.

17 Los diseños parten de las iniciativas de las áreas operativas y se apoyan de los resultados de los estudios actuariales, de mercado y otros que generen información relevante.

4.5.3. Gerencia de Gestión de Proveedores de Servicios de Salud

Es el órgano responsable del proceso de supervisión y evaluación de la provisión de prestaciones de salud, lo cual abarca desde la compra de las prestaciones hasta su liquidación y posterior evaluación. Depende de la Gerencia de Iafas-EsSalud. Está conformada por las siguientes unidades orgánicas:

- Subgerencia de Provisión de Prestaciones de Salud
- Subgerencia de Auditoría de Prestaciones
- Subgerencia de Liquidación de Siniestros

La Subgerencia de Provisión de Prestaciones de Salud es la subunidad orgánica responsable de la determinación del paquete de servicios a contratar relativos a prestaciones de salud, con criterios de costo-efectividad, basadas en evidencias detalladas por la Subgerencia de Costos y acorde con las prioridades sanitarias, así como de la evaluación del cumplimiento de las condiciones descritas en los contratos y convenios, del desempeño de los proveedores de estos servicios, y su capacidad operativa disponible. Asimismo, es responsable de establecer y evaluar los criterios, mecanismos y estrategias de negociación, así como establecer los convenios, contratos o acuerdos de prestaciones de servicios de salud con las Ipress; de conducir el proceso de elaboración del tarifario, establecer los mecanismos de pagos a proveedores, y las metas, compromisos y resultados, y conducir el proceso de compra de las prestaciones.

La Subgerencia de Auditoría de Prestaciones es la subunidad orgánica responsable de proponer e implementar los lineamientos, planes, programas, normas, metodologías y procedimientos, estándares e indicadores para garantizar la calidad de la atención y el control de las prestaciones de salud, lo cual implica efectuar el control previo, el control concurrente y el control posterior a través de la verificación del tratamiento del paciente.

La Subgerencia de Liquidación de Siniestros es la subunidad orgánica responsable de implementar y ejecutar los procedimientos para la revisión y liquidación de los expedientes de las atenciones o siniestros de los productos de la Iafas.

4.5.4. Gerencia de Prestaciones Económicas y Sociales

Es el órgano encargado de diseñar y ejecutar políticas, normas, estrategias y mecanismos para la gestión y evaluación de las prestaciones económicas y sociales. Depende de la Gerencia de Iafas-EsSalud. Está conformada por las siguientes unidades orgánicas:

- Subgerencia de Atención y Control de Prestaciones Económicas
- Subgerencia de Gestión de Proveedores de Centros de Prestaciones Sociales

La Subgerencia de Atención y Control de Prestaciones Económicas es la subunidad orgánica responsable de gestionar la entrega de los subsidios económicos. También es responsable de la verificación de la asignación de los subsidios y de adoptar las medidas correctivas correspondientes.

La Subgerencia de Gestión de Proveedores de Centros de Prestaciones Sociales es la subunidad orgánica responsable de ejecutar políticas y normas institucionales para comprar 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. Asimismo, es responsable de establecer y evaluar los criterios, mecanismos y estrategias de negociación, y establecer los convenios, contratos o acuerdos para la provisión de las prestaciones sociales. Su responsabilidad incluye el seguimiento de dichos contratos y la liquidación para el pago por las prestaciones ejecutadas.

4.6. Procesos de la Iafas-EsSalud

En el marco del objetivo general de la Iafas-EsSalud, se establecen los procesos que, siendo de su competencia, contribuyan a que el servicio se ofrezca de manera efectiva y eficiente.

4.6.1. Mapa de procesos

Con el objetivo de contar con una visión general a nivel interno de la Gerencia de la Iafas- EsSalud, se presenta el mapa de procesos. En este diagrama se muestran los diferentes procesos agrupados según la siguiente clasificación: estratégicos, misionales y de soporte.

Cabe señalar que el Decreto Supremo 010-2016-SA lista los procesos de la Iafas, que son incorporados en la clasificación propuesta. El anexo 2 muestra la relación entre la clasificación de la propuesta y los procesos establecidos en dicha norma.

4.6.1.1. Procesos estratégicos

Son los procesos relacionados con la determinación de las políticas, las estrategias, los objetivos y las metas, así como asegurar su cumplimiento. Bajo esta consideración, los procesos estratégicos que llevan a cabo en la Gerencia de Iafas-EsSalud son los siguientes:

a. Gestión de planeamiento: este proceso incluye la reflexión para establecer anticipadamente las actividades a desarrollar en la Gerencia.

b. Gestión de riesgos: el proceso comprende las actividades de identificación de riesgos financieros y analizar causas operativas, tecnológicas, de mercado y de personas, así como sus medidas de mitigación y la búsqueda de evidencias que contribuyan a la toma de decisiones de su competencia.

c. Gestión de la calidad: este proceso describe las actividades para garantizar la correcta provisión de los servicios de la Gerencia, en términos de accesibilidad, equidad y profesionalismo con los usuarios, considerando el balance entre beneficios y costos.

4.6.1.2. Procesos misionales

Son los procesos de gestión de servicios de la cadena de valor y que obedecen a la misión de la Gerencia de la Iafas-EsSalud. Los procesos misionales, también definidos como operativos, son los que incorporan los requisitos y necesidades del cliente y son encargados de lograr su satisfacción.

a. **Promoción y venta:** este proceso incluye actividades relacionadas con el ofrecimiento de los servicios de la Gerencia de la Iafas-EsSalud a la sociedad, desde la formulación de contenidos de comunicación de los servicios, estrategias de comunicación y de comercialización para la captación de asegurados.

b. **Gestión del asegurado y del usuario:** este proceso describe las actividades que se realizan para atender a las personas aseguradas o potencialmente asegurables, lo cual involucra la acreditación, suscripción, control y supervisión de las acreditaciones, orientación y atención de reclamos, así como actualizar las bases de datos de afiliados.

c. **Gestión de seguros:** este proceso comprende las actividades necesarias para diseñar y administrar los seguros. Comprende los estudios para adquirir evidencias que sustenten los servicios, el diseño de nuevos seguros o rediseño de los vigentes, su implementación, la operación y el monitoreo. Asimismo, comprende las actividades que garantizan el cumplimiento del marco legal vigente y promueve modificaciones en el marco normativo que garanticen una administración eficiente de los seguros.

d. **Gestión de la cadena de prestaciones de salud:** es el proceso que incluye la gestión de compra de las prestaciones de salud, así como la auditoría para determinar o prevenir la ocurrencia de prestaciones indebidas, no cubiertas u otros, y la liquidación a las prestadoras de salud por los servicios ejecutados conforme a los contratos vigentes suscritos.

e. **Gestión de fondos de aseguramiento:** en este proceso se describen las actividades orientadas a garantizar una administración eficiente de las inversiones, manejo de los recursos provenientes de los aportes y constitución de reservas.

f. **Gestión de prestaciones económicas y sociales:** este proceso incluye actividades orientadas a la entrega de subsidios. También incluye el monitoreo y la evaluación de los centros prestacionales, que brindan las actividades de proyección, ayuda social y de rehabilitación para el trabajo, orientadas a la promoción de la persona y la protección de su salud.

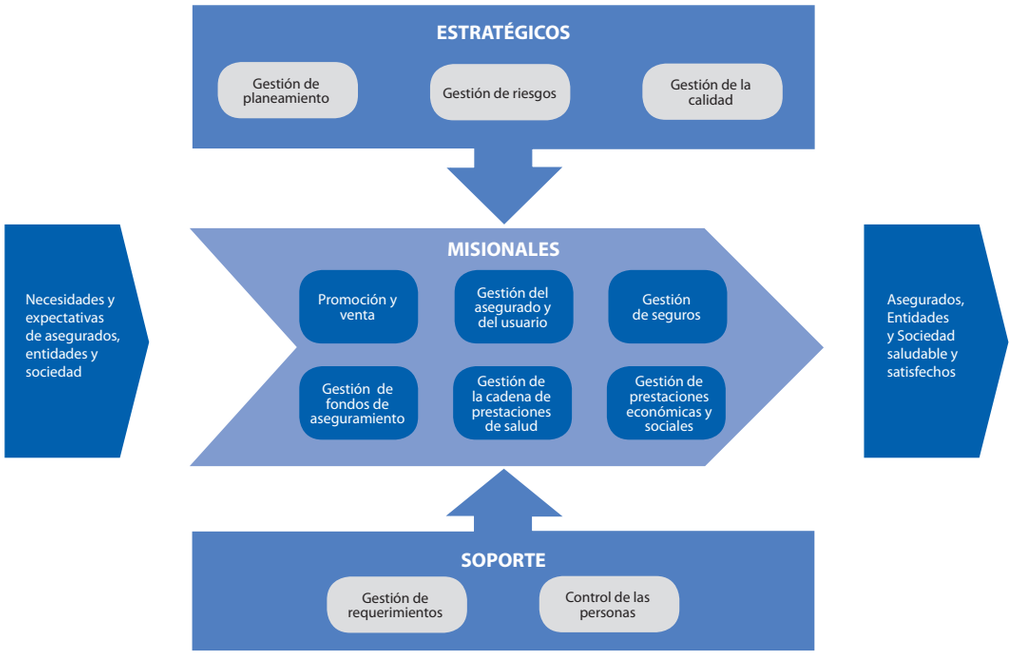
4.6.1.3. Procesos de soporte

Los procesos de soporte son los que agrupan las actividades necesarias para el buen funcionamiento de los procesos misionales. Bajo esta consideración, las actividades de los procesos de la Gerencia de la Iafas-EsSalud se enlazan con procesos de soporte institucional.

a. **Gestión de requerimientos:** el proceso incluye las actividades para solicitar los recursos humanos, materiales, de soporte informático y asesoría legal demandados por las unidades orgánicas de la Gerencia de Iafas-EsSalud, y hacer su seguimiento.

b. **Control de las personas:** el proceso incluye la administración de la asistencia y vacaciones del personal de la Gerencia.

Figura 46. Mapa de procesos de la Iafas-EsSalud



Fuente: Elaboración propia.

4.6.2. Inventario de procesos de la Iafas-EsSalud

La finalidad de contar con un inventario es la posibilidad de ubicar todos los procesos, su dependencia de los macroprocesos e identificar los subprocesos, si los tuviera.

A continuación, se muestra el inventario de procesos:

Procesos estratégicos

1. Gestión de planeamiento
   1.1. Análisis de objetivos y estrategia de mediano plazo
   1.2. Preparación del Plan Operativo de la Gerencia
2. Gestión de riesgos financieros
   2.1. Identificación y análisis de riesgos
   2.2. Supervisión y control de los riesgos

3. Gestión de la calidad
    3.1. Planificación de las actividades de aseguramiento y control de la calidad
    3.2. Mejora continua de la calidad

Procesos misionales

4. Promoción y venta
    4.1. Gestión de comunicaciones y *marketing*
        4.1.1. Elaboración y ejecución del plan de comunicaciones de seguros
        4.1.2. Programación de las actividades de *marketing*
    4.2. Gestión de ventas
        4.2.1. Venta de planes de salud y seguros
        4.2.2. Afiliación voluntaria
5. Gestión del asegurado y del usuario
    5.1. Gestión de acreditaciones
        5.1.1. Afiliación obligatoria
        5.1.2. Planificación de verificaciones de las acreditaciones y pagos
        5.1.3. Verificación de los montos de recaudación contributiva
        5.1.4. Verificación de los montos de recaudación no contributiva
        5.1.5. Verificación de la situación del asegurado
        5.1.6. Control posterior de casos con vulneración legal
    5.2. Gestión de atención al asegurado y usuarios
        5.2.1. Elaboración de políticas de atención al usuario
        5.2.2. Gestión de mejoras a la atención al ciudadano
        5.2.3. Gestión de canales
        5.2.4. Atención de reclamos
6. Gestión de seguros
    6.1. Investigación y estudios
        6.1.1. Elaboración de estudios actuariales
        6.1.2. Elaboración de estudios epidemiológicos
    6.2. Gestión de diseño de seguros
        6.2.1. Elaboración del diagnóstico situacional
        6.2.2. Diseño de seguros
            6.2.2.1. Formulación de plan de aseguramiento

- 6.2.2.2. Análisis financiero del nuevo plan de aseguramiento
- 6.2.2.3. Preparación de la implementación del seguro
- 6.2.2.4. Evaluación de resultados del nuevo plan de aseguramiento

6.3. Implementación de seguro

- 6.3.1. Lanzamiento de nuevo plan de aseguramiento
- 6.3.2. Implementación de la modificación de seguro existente
- 6.3.3. Estrategias de difusión de seguros y fidelización

6.4. Monitoreo de la administración de seguros

- 6.4.1. Revisión de resultados de gestión de los seguros
- 6.4.2. Retroalimentación de planes y seguros

6.5. Regulación para seguros

- 6.5.1. Seguimiento y control a la normativa vigente en seguros
- 6.5.2. Evaluación de propuestas legislativas presentadas a EsSalud.
- 6.5.3. Propuesta de legislación para un manejo eficiente de la seguridad social

7. Gestión de la cadena de prestaciones de salud

7.1. Gestión de compra de prestaciones de salud

- 7.1.1. Suscripción de convenios con Ipress Públicas
- 7.1.2. Suscripción de contratos con Ipress Privadas

7.2. Gestión de auditoría de seguros

- 7.2.1. Plan de auditoría de seguros
- 7.2.2. Ejecución de auditorías de prestaciones
- 7.2.3. Evaluación de vulneraciones en las prestaciones

7.3. Gestión de siniestros

- 7.3.1. Evaluación prestacional y autorización de pagos a Ipress
- 7.3.2. Seguimiento de transferencias de pago a Ipress
- 7.3.3. Evaluación del cumplimiento de convenios y contratos

8. Gestión de prestaciones económicas y sociales

8.1. Trámite de prestaciones económicas y sociales

8.2. Control de prestaciones económicas

8.3. Evaluación de la gestión de prestaciones económicas

8.4. Gestión de proveedores de centros de prestaciones sociales

9. Gestión de fondos de aseguramiento

9.1. Supervisión de la recaudación y cobranza

9.2. Administración de fondos

9.3. Administración de cartera de inversiones

9.4. Seguimiento y evaluación de las inversiones

Procesos de soporte

10. Gestión de requerimientos
11. Control de las personas

4.6.3. Diagramas de procesos

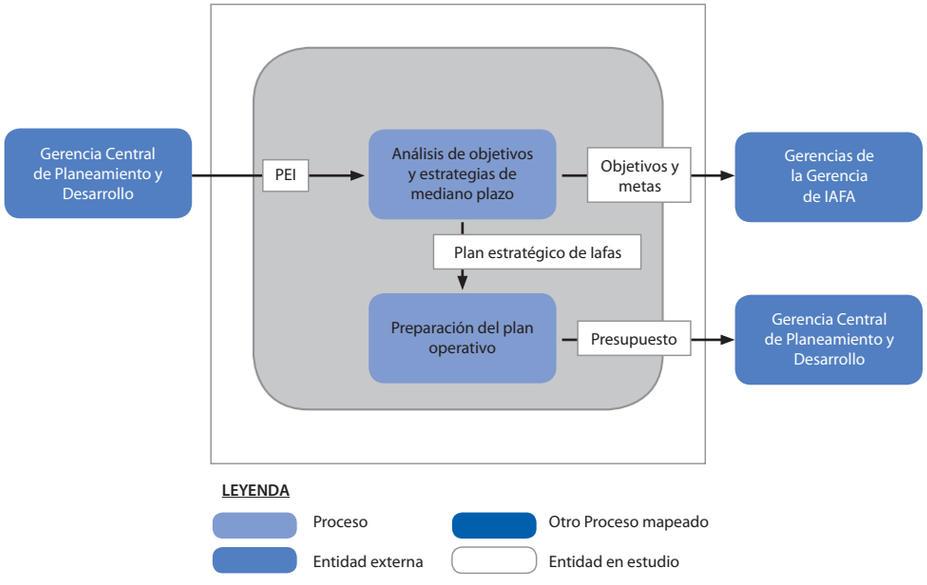
A partir del inventario de procesos, es posible diagramar cada uno de ellos con sus principales relaciones. Adicionalmente, en los anexos se encuentran los flujos y las fichas de detalle para los procesos.

4.6.3.1. Procesos estratégicos

Gestión de planeamiento

Sobre la base del plan estratégico institucional, la Gerencia de la Iafas-EsSalud reflexiona sobre el desarrollo de las actividades y los proyectos para los años siguientes (mediano plazo), y también anticipa la definición de las actividades a desarrollar en el corto plazo, de forma que alimente información al presupuesto de la Gerencia.

Figura 47. Gestión de planeamiento



Gestión de riesgos

El alcance del proceso de gestión de riesgos financieros comprende la captura de información, la identificación de riesgos financieros y analizar causas operativas, tecnológicas, de mercado y de personas, así como sus medidas de mitigación y la búsqueda de evidencias que contribuyan a la toma de decisiones de su competencia.

Gestión de la calidad

El proceso incluye la ejecución de actividades para monitorear la correcta provisión de los servicios de la Gerencia, a través de indicadores de calidad para el cumplimiento de las metas relacionadas con la satisfacción de los usuarios.

4.6.3.2. Procesos misionales

Promoción y venta

La Subgerencia de Comercialización, responsable de este proceso, recibe la información que las unidades orgánicas desean difundir a los asegurados y la sociedad en general para reforzar en el público el entendimiento y el alcance de los servicios. El proceso incluye la definición de los contenidos técnicos de las campañas.

El objetivo del proceso es concretar la venta de seguros, que se obtiene a través de la inscripción. Conocido el derecho que le corresponde, o convencido el adquiriente del seguro, se inscribe aceptando las condiciones del plan asignado o comprado. Luego de la inscripción, la Subgerencia de Comercialización facilita la base de datos de inscritos al proceso de Gestión de Acreditaciones para su integración al sistema asegurador.

Figura 48. Gestión de riesgos

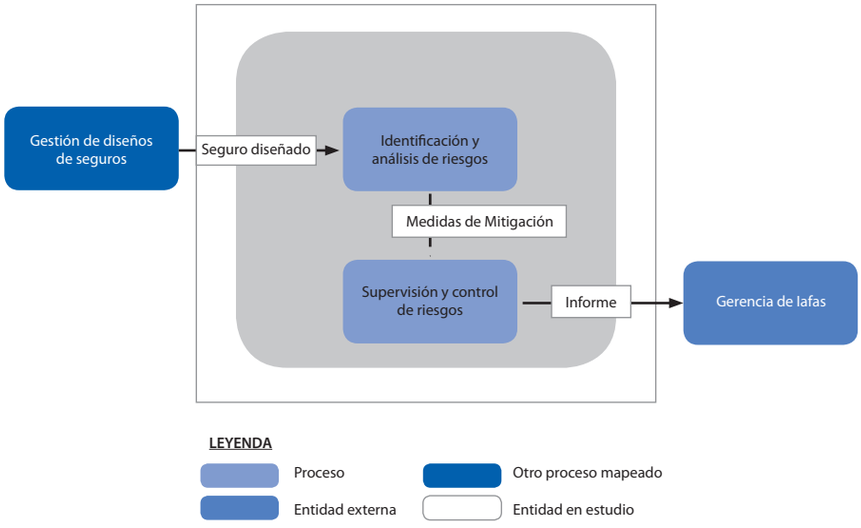


Figura 49. Gestión de la calidad

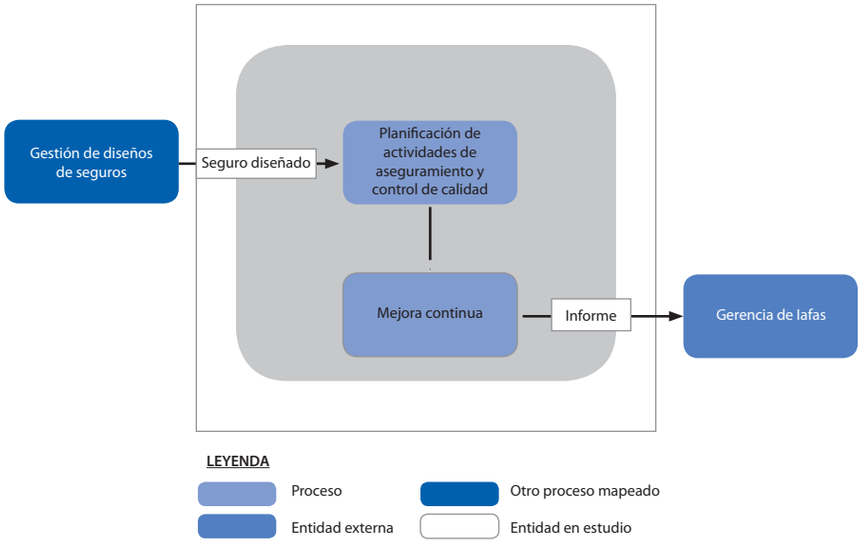
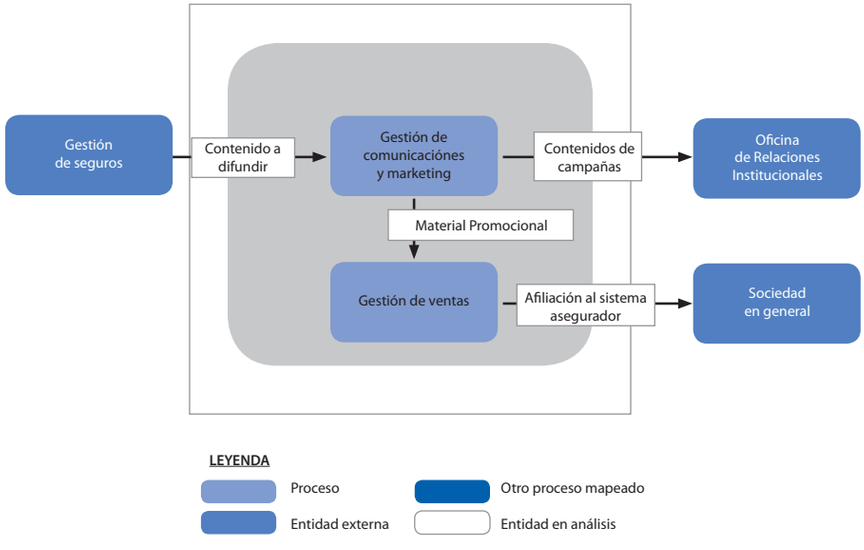


Figura 50. Promoción y venta



Gestión del asegurado y del usuario

Comprende dos procesos, gestión de acreditaciones y gestión de atención al asegurado y usuarios. El primero habilita a los asegurados a ejercer el derecho que le brinda el plan de aseguramiento al cual está afiliado. Para ello, la Subgerencia de Acreditación recibe la base de datos de los afiliados, generalmente, mediante dos fuentes, la Sunat (transferencia de su base de datos) y la consolidación de los afiliados registrados en el proceso de gestión de ventas operado en las Ospes.

El segundo proceso, de gestión de atención al asegurado y usuarios, gestiona la orientación y atención de consultas y reclamos de los asegurados y la sociedad en general sobre los planes de aseguramiento ofrecidos por la Iafas-EsSalud. Para este propósito, coordina con los responsables de los procesos de gestión de seguros y gestión de acreditaciones, que son los encargados de facilitar información relevante que permitan oficiar adecuadamente la información al solicitante. La Subgerencia de Regulación entregará las directivas que aplican las Oficinas de Seguros y Prestaciones Económicas y Sociales, para resolver consultas y reclamos. Por su lado, la Subgerencia de Acreditaciones pone a disposición la información del estado de los pagos.

Gestión de seguros

Investigación y estudios

La Subgerencia de Estudios, a cargo de la elaboración de los estudios actuariales, como cuantificación estadística de las obligaciones de la Iafas, toma información estadística de diversas fuentes y de las Ipress, que faciliten información estadística de mortalidad, invalidez, enfermedades y la concerniente a costos de tratamientos empleados usualmente, nuevos o poco explorados.

La información obtenida de los estudios epidemiológicos permitirá, para el caso concreto de los afiliados a EsSalud, determinar las enfermedades, las incidencias, la prevalencia, los resultados de los tratamientos, entre otros, que serán insumos para el proceso de gestión de diseño de seguros, así como para la gestión de compra de servicios y productos.

Sobre la base de los datos obtenidos en el proceso de investigación y estudios u otra información que pudiera recopilar la Subgerencia de Estudios, la gestión de diseño de seguros comprende el diagnóstico de los seguros disponibles y se encarga de analizar las brechas para identificar las oportunidades de mejorar la efectividad de los servicios según las necesidades actuales. Asimismo, el diagnóstico incidirá en la pertinencia de crear nuevos servicios (planes de aseguramiento) que permitan cubrir las crecientes necesidades de los asegurados y sociedad en general.

Los productos del proceso de gestión de diseño de seguros, que pueden ser los planes nuevos o la actualización de alguno existente, incluyen información que la Subgerencia de Gestión de Proyectos de Seguros debe organizar para su implementación. También coordina con la Subgerencia de Regulación para que elabore los documentos normativos que regulen la adecuada administración del seguro por implementarse.

Asimismo, la Subgerencia de Gestión de Proyectos de Seguros realiza el seguimiento y la evaluación de los planes implementados, recomendando mejoras, tanto a la operación como al diseño.

Figura 51. Gestión del asegurado y del usuario

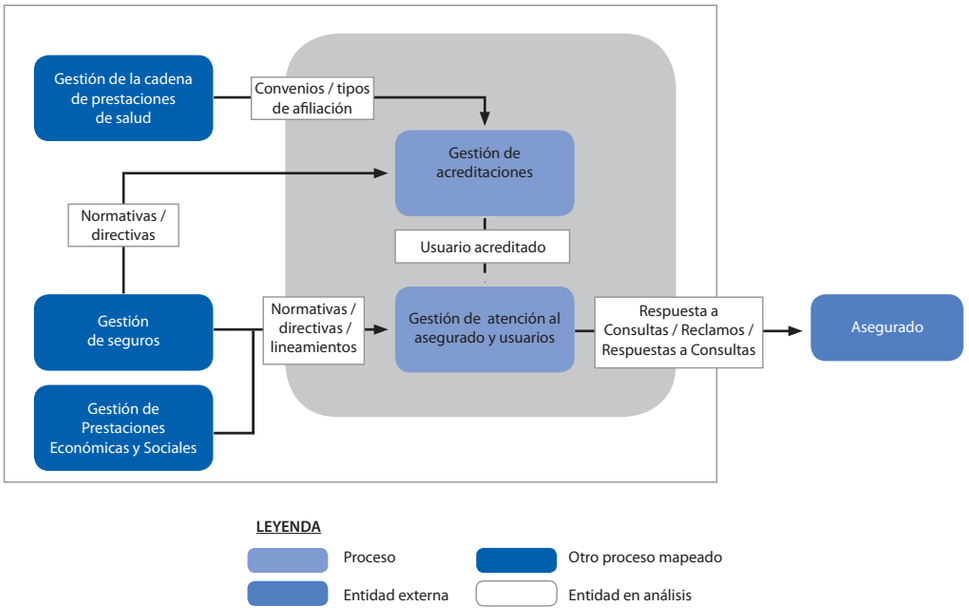
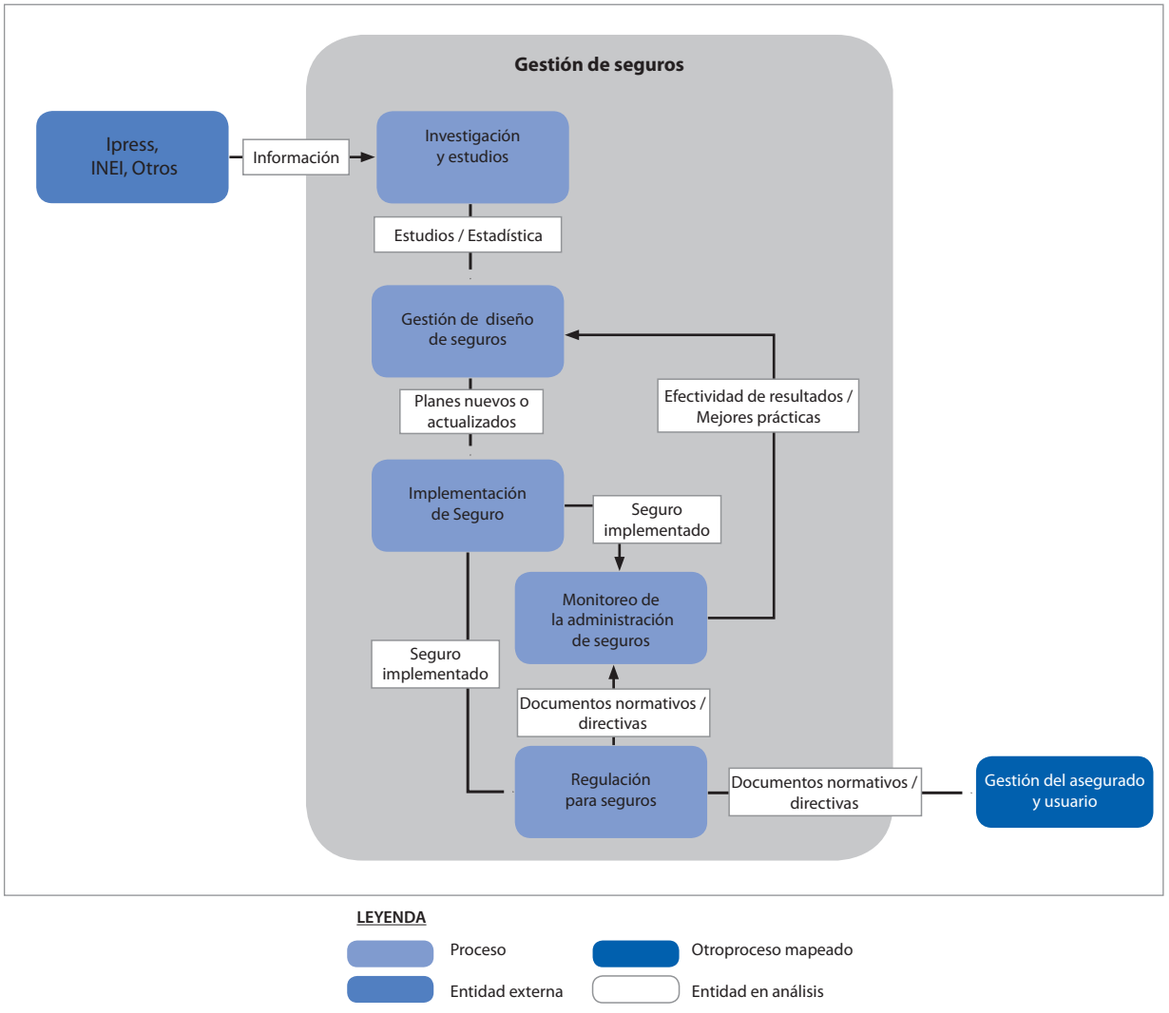


Figura 52. Gestión de seguros



Gestión de la cadena de prestaciones de salud

La Subgerencia de Provisión de Prestaciones de Salud, responsable del proceso de gestión de la gestión de la cadena de prestaciones de salud, actúa con enfoque de resultados, buscando costo-efectividad, evidencias para sustentar decisiones e indicadores de desempeño, y capacidad operativa de los proveedores.

Este proceso presenta tres subprocesos: la gestión de compra de prestaciones de salud, la gestión de auditoría de seguros y la gestión de siniestros.

La gestión de compra de prestaciones de salud es el proceso mediante el cual se pactan las normas que regirán la adquisición de los servicios que ofrecen las Ipress, lo que incluye desde la forma y la oportunidad de la prestación, hasta la valoración.

Para comprar se establecen los mecanismos de compra según las demandas de servicios de los asegurados y las prioridades sanitarias, y se participa en el proceso de elaboración del tarifario, cuando corresponde. Se ejecuta el proceso de compra. Se negocia y establecen los convenios, contratos o acuerdos de prestaciones de servicios de salud, que incluyen metas y acuerdos de niveles de servicio.

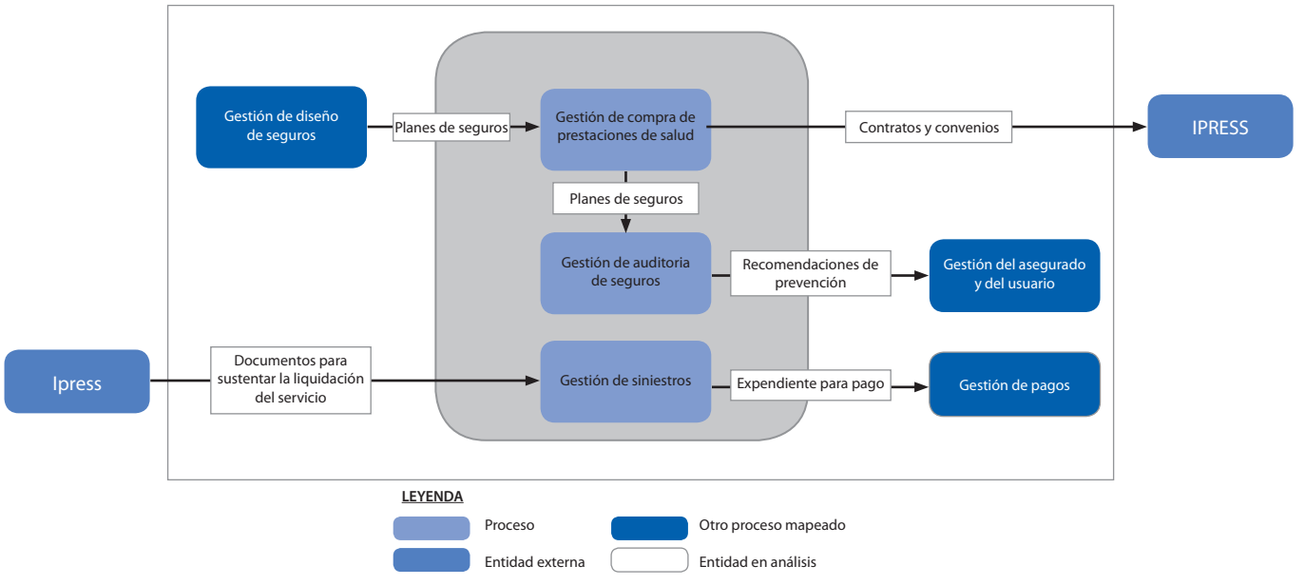
Las compras estratégicas de los servicios a las Ipress pueden realizarse mediante varios mecanismos de manera simultánea:

- El método pago por el servicio ("*fee for service*") aplica especialmente para las atenciones especializadas y complejas, en donde los servicios brindados se desglosan y se pagan por separado. Este método requiere auditoría y supervisión externa para verificar la utilización de los recursos, y la revisión de las solitudes de pago de los proveedores.
- Para los servicios de capa simple (es decir atención primaria), el sistema de pago capitado es pertinente. Se realiza el pago por paciente dentro de un determinado periodo, con un valor fijo, y, para ello, se asigna un número de pacientes potenciales a cada Ipress en su respectiva área de influencia. Este método requiere auditoría para verificar que se cumplan los estándares de atención predeterminados y resultados acordados.
- Para los servicios de hospitalización se recomiendan pagos agregados, como pago por paquete quirúrgico, por DRG, daño resuelto u otros.

La gestión de auditoría de seguros es responsable de la auditoría de las prestaciones, y garantiza la calidad de la atención y el control de las prestaciones de salud.

La gestión de siniestros comprende la elaboración del expediente para que pueda ser ejecutado el pago por las prestaciones de Salud brindadas por las Ipress. Estas actividades, si bien son dirigidas por la Iafas, pueden ser encargadas a empresas externas bajo contratos específicos.

Figura 53. Gestión de la cadena de prestaciones de salud



Gestión de prestaciones económicas y sociales

La Subgerencia de Atención y Control de Prestaciones Económicas es responsable de procesar las solicitudes de prestaciones económicas, así como de controlar dichas prestaciones.

La Gerencia de Prestaciones Económicas y Sociales, a través del proceso de evaluación de prestaciones, medirá los resultados de los servicios otorgados y podrá retroalimentarlos con buenas prácticas y medidas correctivas.

Además, se cuenta con el proceso de gestión de los proveedores de centros de prestaciones sociales, que permite gestionar desde el establecimiento de convenios o contratos y la vigilancia de su adecuado funcionamiento, hasta la liquidación de los pagos, según las condiciones establecidas para el pago de la prestación.

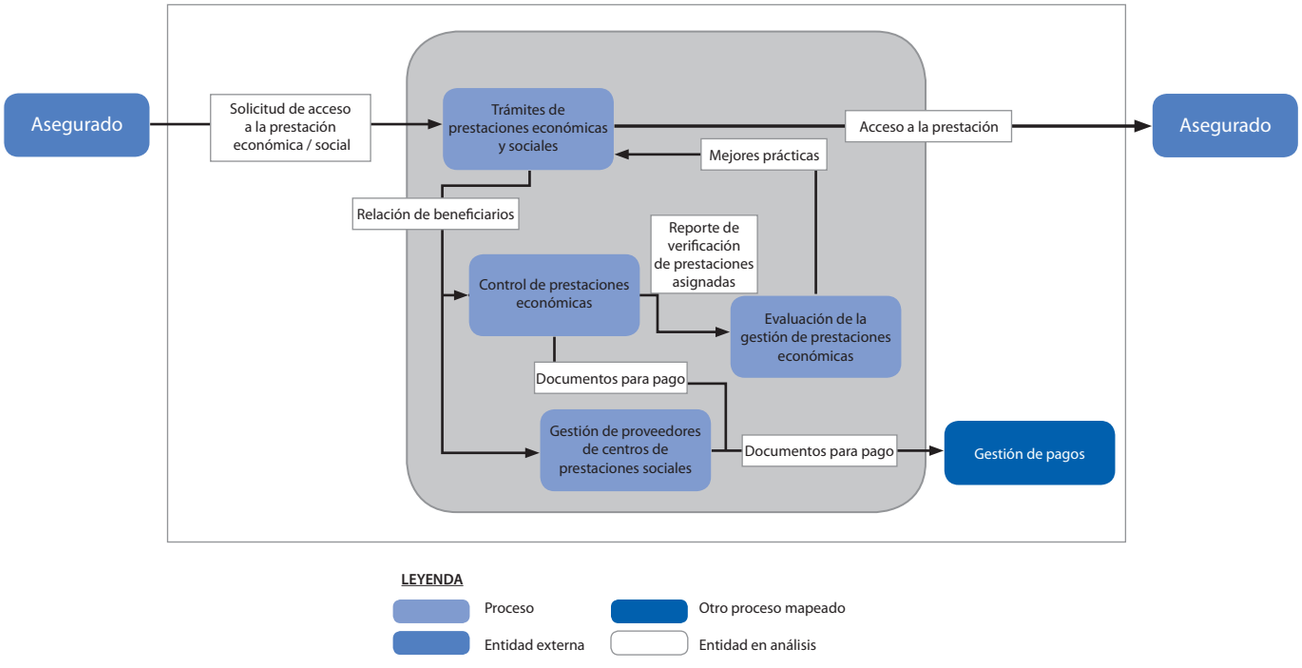
El mecanismo de pago para este caso se realiza a través de presupuesto a suma alzada, con lo cual el prestador se compromete a la adecuada atención del servicio por el monto fijo entregado, distribuido en plazos pactados previamente.

Es un proceso que incorpora actividades para garantizar el adecuado manejo de los recursos financieros.

La Subgerencia de Inversiones propone una directiva para la colocación de inversiones, que se eleva a Alta Dirección para su aprobación y posterior ejecución y control a cargo de la subgerencia.

La cartera de inversiones es definida según la directiva aprobada, e incluye las reservas técnicas que debe mantener la Iafas. Los resultados de las inversiones y el manejo de fondos son evaluados por la Alta Dirección.

Figura 54. Gestión de prestaciones económicas y sociales



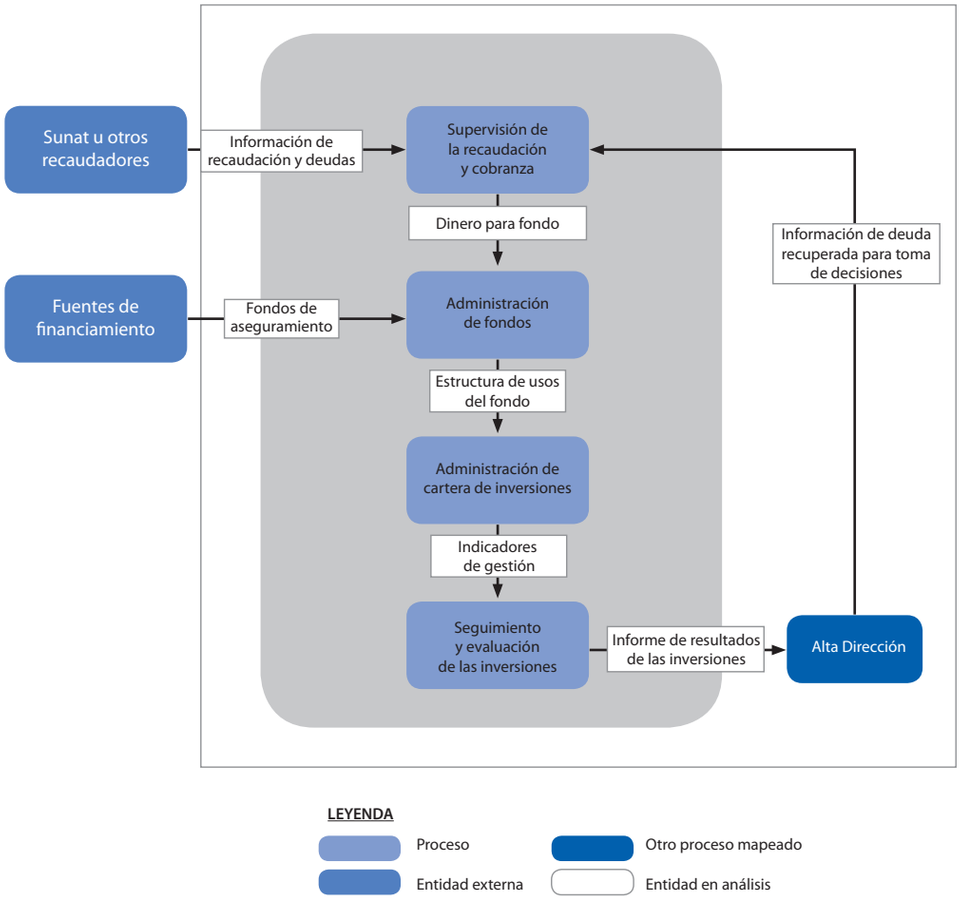
4.7. Gestión de fondos de aseguramiento

Es un proceso que incorpora actividades para garantizar el adecuado manejo de los recursos financieros.

La Subgerencia de Inversiones propone una directiva para la colocación de inversiones, que se eleva a Alta Dirección para su aprobación y posterior ejecución y control a cargo de la subgerencia.

La cartera de inversiones es definida según la directiva aprobada, e incluye las reservas técnicas que debe mantener la Iafas. Los resultados de las inversiones y el manejo de fondos son evaluados por la Alta Dirección.

Figura 55. Gestión de fondos de aseguramiento



4.7.1. Procesos de soporte

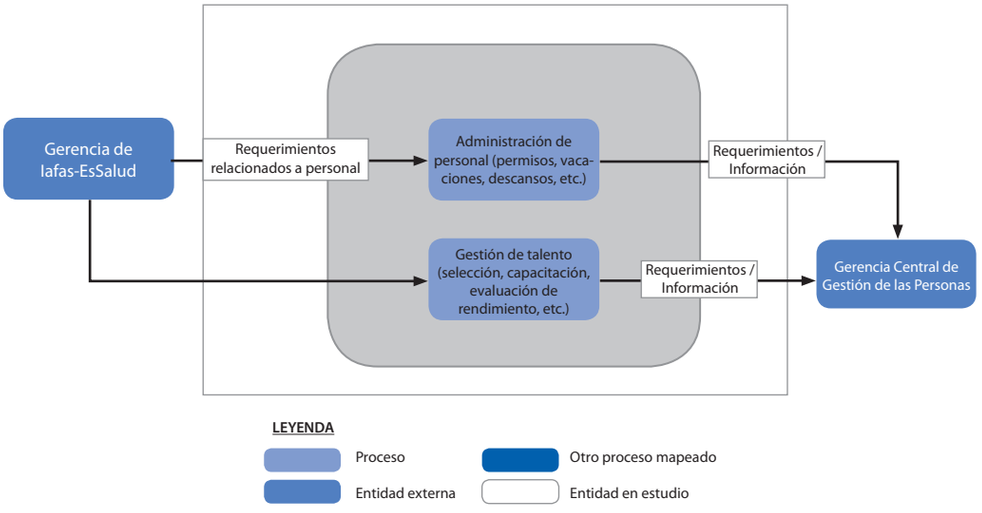
Gestión de requerimientos

Se determinan las necesidades (presupuestales, de bienes y servicios, de infraestructura, tecnológicas, etc.) de la Iafas-EsSalud, a fin de consolidar y enviar para atención a la sede central.

4.8. Control de las personas

Se realizan diversos procedimientos relacionados con el personal de la Iafas-EsSalud entre ellos: permisos, descansos, vacaciones, capacitaciones, evaluación de rendimiento, etc.

Figura 56. Control de las personas



4.9. Anexos

4.6.1. Anexo 1: Modelo de negocio

El esquema siguiente representa el modelo de negocio para la Iafas-EsSalud, que muestra de manera resumida cómo operará la Iafas, en su estado final de la separación de funciones del EsSalud.

La Iafas-EsSalud, como organización autónoma, se implementa para mejorar el servicio a sus clientes, con base en la especialización para el rol de administrador del fondo.

Tabla 26. Modelo de negocio de la Iafas-EsSalud

<table>
<tr><th>Alianzas clave</th><th>Actividades clave</th><th>Propuesta de valor</th><th>Relaciones con clientes</th><th>Clientes</th></tr>
<tr>
<td rowspan="2">① Procesos tercerizables: recaudación, cobranza, inversiones de fondos, comercialización, call center, gestión de redes sociales, soporte y mantenimiento de TI.
② Redes de clínicas privadas y EESS públicos para contratar en relación con los productos actuales o futuros de seguros.</td>
<td>① Actividades clave: atención al asegurado, identificación de la demanda de atención, identificación de las prioridades de salud a financiar, compra de servicios de prestación de salud, método de asignación de la contraprestación por el servicio de salud, evaluación del desempeño de los centros asistenciales, inversiones de corto, mediano y largo plazo.
② Controles y seguimiento de las actividades clave para una efectiva gestión de los riesgos financieros de los fondos de salud.</td>
<td rowspan="2">① Seguro de salud con costos justos y accesibles.
② Servicios contratados que cubren las necesidades de los distintos clientes a través de atenciones preventivas, de promoción, de recuperación y de rehabilitación.
③ Oportunidad y garantía de cobertura.
④ Trato personalizado y oportuno, con facilidad de acceso.
⑤ Efectividad de la cadena de atenciones y referencias en las redes.</td>
<td>① Cercanía al cliente regular: registrar y explotar información del comportamiento histórico del cliente, con indicadores para desarrollar mejores servicios de seguros, conociendo, por ejemplo, la efectividad clínica, los tiempos de tratamiento promedio por rangos de edad o sexo, etc.
② Cercanía al cliente adulto mayor con productos ad-hoc.
Marca nueva en seguros que garantice que no se tendrán los problemas actuales que trae la integración con prestaciones de salud.</td>
<td rowspan="2">① Trabajadores activos del país y sus derechohabientes que han sido afiliados por su empleador al seguro de salud.
② Personas que optan voluntariamente por el seguro de salud.
③ Pensionistas (jubilados y cesantes).</td>
</tr>
<tr>
<td>Recursos clave
① Soporte administrativo con unidades propias.
② Personal entrenado en estudios epidemiológicos, en auditorías clínicas, en estudios actuariales y prospectiva, en gestión de carteras de inversiones.
③ Nivel remunerativo debe ser competitivo con las aseguradoras privadas.
④ Soporte tecnológico para tener control de todos los procesos clave de la aseguradora y capacidad de integración con los datos de las prestadoras de salud.
⑤ Convenios con Ipress de EsSalud y otras Ipress públicas y privadas para la prestación de servicios de salud, con acuerdos de niveles de servicio, especificaciones de los productos e insumos, entre otros.</td>
<td>Canales de comunicación
① Los productos serán difundidos en los canales: oficinas de atención, call center, EsSalud en Línea, redes sociales.
② Contenidos comunicativos estándares para los distintos canales.
③ Campañas para promover los beneficios de estilos de vida saludables para prevenir las enfermedades y prevenir o minimizar los riesgos laborales.</td>
</tr>
</table>

Estructura de costos	Flujo de ingresos
① El principal concepto de costo es el pago al prestador de servicios de salud, que estará asociado a acuerdos de niveles de servicio. ② Reducción de costos por el mejor empleo de la red. Es decir, invertir el esquema actual de uso (por niveles) de los centros de atención de salud por parte de los asegurados (EsSalud atiende a través del primer nivel menos del 40% con su oferta actual).	① Tercerización de la recaudación y cobranza de deuda, gestión de inversiones de los fondos. ② Creación de nuevos productos de seguros que sean rentables ③ Productos existentes costo efectivos y rentables. ④ Estudios actuariales para determinación de aportes. ⑤ Gestión de fondos para obtener ingresos financieros de corto, mediano y largo plazo.

4.6.2. Anexo 2: Relación con los procesos del Decreto Supremo 010-2016-SA

Según las disposiciones para las lafas, mediante Decreto Supremo 010-2010-SA, publicado el 26 de febrero de 2016, se definen seis procesos misionales de nivel 1 para su adecuado funcionamiento.

El MOP toma en consideración los procesos indicados en el decreto supremo, y se alinea al inventario de procesos descrito en el punto 5.2, de la siguiente manera:

Tabla 27. Relación de procesos entre los definidos en el Decreto Supremo 010-2016-SA y el Manual de Operaciones y Procesos

Procesos según el Decreto Supremo 010-2016-SA	Procesos definidos en el MOP	Comentarios	Dueño del proceso
Gestión del diseño de planes de salud	Gestión de diseño de seguros	El proceso de gestión de diseño de seguros del MOP incluye el proceso de gestión del diseño de planes de salud. Se le dio mayor alcance para incluir planes de otros seguros, como vida.	Subgerencia de Estudios
Gestión de suscripción y afiliación	Subproceso de afiliación voluntaria	Debido a la diferencia en el conjunto de actividades para afiliar a personas de manera obligatoria o voluntaria, en el MOP se presentan separadamente. El subproceso de afiliación obligatoria que forma parte del proceso de gestión de acreditaciones es responsable de registrar a los trabajadores regulares (dependientes). El proceso de afiliación voluntaria que forma parte del proceso de gestión de ventas es responsable de la inscripción de los trabajadores independientes. Este último proceso es producto de la promoción y venta de los planes de aseguramiento y, por ello, la diferenciación de procesos.	Subgerencia de Comercialización / Gerencia de Gestión del Asegurado
	Subproceso de afiliación obligatoria		Subgerencia de Acreditación / Gerencia de Gestión del Asegurado
Administración de Fondos de Aseguramiento en Salud	Gestión de fondos de aseguramiento		Subgerencia de Inversiones / Gerencia de Gestión de recaudación e inversiones
Gestión de asegurados	Gestión del asegurado y del usuario		Gerencia de Gestión del Asegurado
Gestión de compra de prestaciones de salud	Gestión de la cadena de prestaciones de salud	El proceso de gestión de la cadena de prestaciones de salud está integrado por tres procesos: la gestión de compras, la gestión de siniestros, así como la auditoría de seguros. Este último está destinado a determinar o prevenir las prestaciones indebidas u otros hechos que atenten sobre la adecuada prestación del servicio y permitan evaluar la contraprestación del servicio para la liquidación de sus pagos.	Subgerencia de Provisión de Prestaciones de Salud / Gerencia de Gestión de Proveedores de Servicios de Salud
Gestión de siniestros			Subgerencia de Liquidación de Siniestros / Gerencia de Proveedores de Servicios de Salud

Fuente: Elaboración propia.

4.6.3. Anexo 3: Caracterización de procesos estratégicos

Proceso: gestión de planeamiento

Tabla 28. Análisis de objetivos y estrategias de mediano plazo

Nombre	Análisis de objetivos y estrategias de mediano plazo	**Clasificación / Tipo**	Estratégico
Código		**Versión**	1,0
Objetivo	Determinar los objetivos de la Gerencia de la Iafas-EsSalud con base en los objetivos institucionales, y analizarlos a fin de definir estrategias para lograrlos.		
Responsable	Gerencia de Iafas-EsSalud		
Áreas participantes	Gerencia de Iafas-EsSalud / Todas las demás gerencias		

Proveedores	Entradas / Insumos	Salidas	Usuarios
Gerencia Central de Planeamiento y Desarrollo	Plan Estratégico Institucional de EsSalud	Plan estratégico de la Gerencia de la Iafas-EsSalud	Todas las Gerencias

Nro. de actividad	Actividad	Órgano y Unidad Orgánica de ejecutor	Registro de ejecución
1	Convocar a todas las gerencias de la Gerencia de la Iafas-EsSalud para analizar el Plan Estratégico Institucional de EsSalud.	Gerencia de la Iafas-EsSalud	Memorando de reunión
2	Analizar en conjunto cómo contribuir con los objetivos del PEI.	Todas las gerencias	Documentación del taller
3	Identificar objetivos y metas para la Gerencia de Iafas- EsSalud.	Gerencia de Iafas-EsSalud	Documentación del taller
4	Desarrollar estrategias de desarrollo de las actividades.	Gerencia de la Iafas-EsSalud	Documentación del taller

Figura 57. Análisis de objetivos y estrategias de mediano plazo

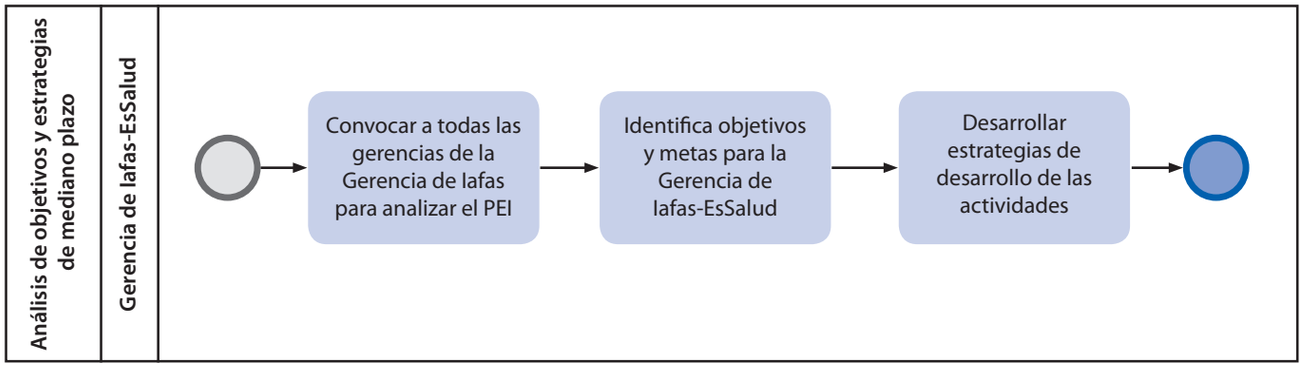


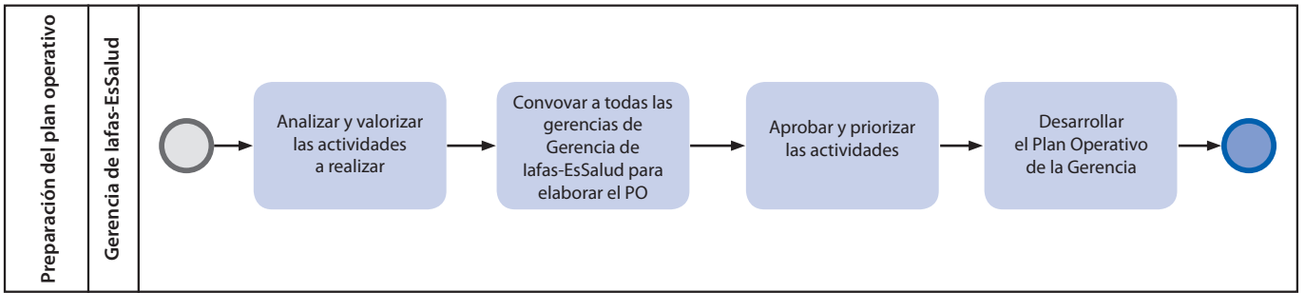
Tabla 29. Preparación del plan operativo

Nombre	Preparación del Plan Operativo de la Gerencia de Iafas-EsSalud	**Clasificación / Tipo**	Estratégico
Código		**Versión**	1.0
Objetivo	Determinar el presupuesto de la Gerencia de Iafas basado en los presupuestos de las gerencias a su cargo, de acuerdo con objetivos y estrategias planteadas por ellos.		
Responsable	Gerencia de Iafas-EsSalud		
Áreas participantes	Gerencia de la Iafas-EsSalud / Todas las demás gerencias		

Proveedores	Entradas / Insumos	Salidas	Usuarios
Gerencia de Iafas-EsSalud	Plan estratégico de las gerencias de la Iafas-EsSalud	Plan operativo y presupuesto de la Gerencia de la Iafas-EsSalud	Gerencia Central de Planeamiento y Desarrollo

Nro. de actividad	Actividad	Órgano y unidad orgánica de ejecutor	Registro de ejecución
1	Analizar y valorizar las actividades a realizar para cumplir con los objetivos y metas de la Gerencia de Iafas-EsSalud.	Todas las gerencias	Lista de actividades
2	Convocar a todas las gerencias de la Gerencia de la Iafas-EsSalud para elaborar el plan operativo: presupuesto para las actividades.	Gerencia de la Iafas-EsSalud	Memorando de reunión
3	Aprobar y priorizar las actividades de los planes de cada gerencia.	Gerencia de la Iafas-EsSalud	Documentación del taller
4	Desarrollar el plan operativo de la Gerencia de la Iafas- EsSalud.	Gerencia de la Iafas-EsSalud	Documentación del taller

Figura 58. Preparación del plan operativo



Proceso: gestión de riesgos financieros

Tabla 30. Identificación y análisis de riesgos

Nombre	Identificación y análisis de riesgos	**Clasificación / Tipo**	Estratégico
Código		**Versión**	1.0
Objetivo	Conocer los sucesos que se pueden producir en la Iafas-EsSalud y las consecuencias que pueden tener sobre los objetivos estratégicos.		
Responsable	Oficina de Riesgos Financieros		
Áreas participantes	Oficina de Riesgos Financieros		

Proveedores	**Entradas / Insumos**	**Salidas**	**Usuarios**
Gerencia de Gestión de Seguros	Seguro diseñado / Plan de riesgos de seguros	Informe de Mitigación de Riesgos / Plan de Operaciones Preventivas	Oficina de Riesgos Financieros

Nro. de actividad	**Actividad**	**Órgano y unidad orgánica de ejecutor**	**Registro de ejecución**
1	Identificar los riesgos financieros.	Oficina de Riesgos Financieros	Documentación de los riesgos
2	Analizar cada riesgo y comprenderlo de forma detallada.	Oficina de Riesgos Financieros	Documentación de los riesgos
3	Evaluar los riesgos y sus causas para determinar cuáles mitigar.	Oficina de Riesgos Financieros	Evaluación de riesgos
4	Desarrollar estrategias de gestión y mitigación de riesgos	Oficina de Riesgos Financieros	Estrategias de gestión y mitigación

Figura 59. Identificación y análisis de riesgos

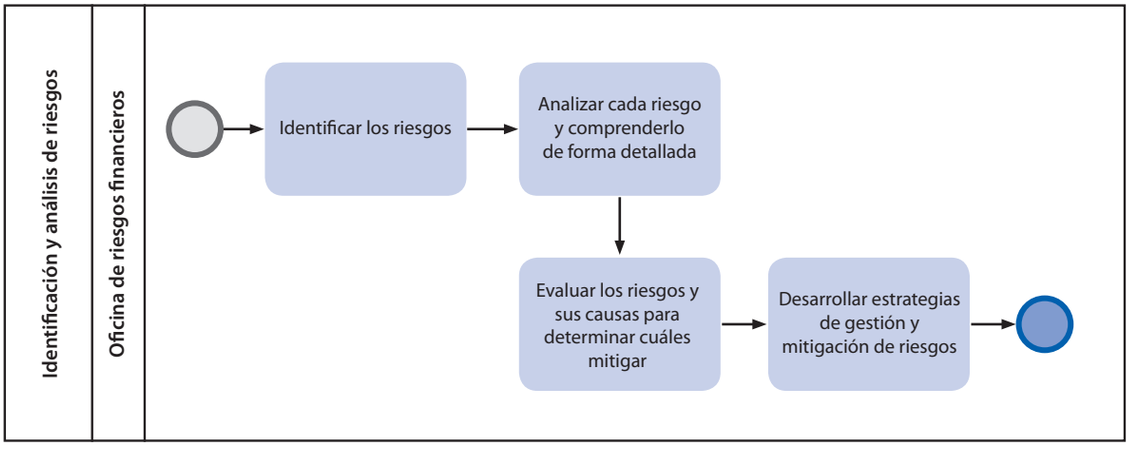


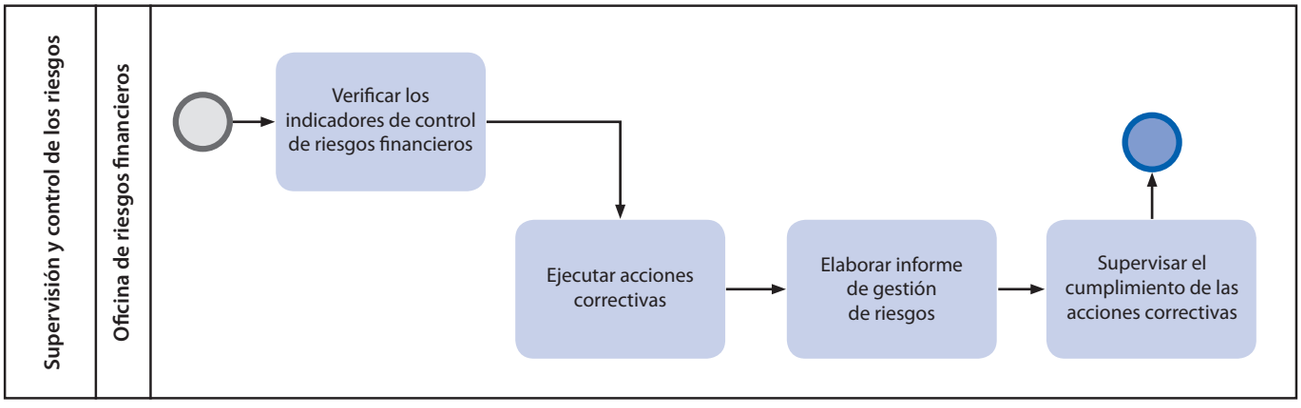
Tabla 31. Supervisión y control de los riesgos

Nombre	Supervisión y control de los riesgos	**Clasificación / Tipo**	Estratégico
Código		**Versión**	1.0
Objetivo	Definir la información y los procesos que se utilizarán para supervisar y controlar el progreso de la mitigación de los riesgos.		
Responsable	Oficina de Riesgos Financieros		
Áreas participantes	Oficina de Riesgos Financieros		

Proveedores	Entradas / Insumos	Salidas	Usuarios
Oficina de Riesgos Financieros	Informe de mitigación de riesgos / Plan de operaciones preventivas	Informe de gestión de riesgos	Alta Dirección

Nro. de actividad	Actividad	Órgano y unidad orgánica de ejecutor	Registro de ejecución
1	Verificar los indicadores de control de riesgos financieros	Oficina de Riesgos Financieros	Formato de control de los riesgos
2	Ejecutar acciones correctivas	Oficina de Riesgos Financieros	Formato de control de los riesgos
3	Elaborar informe de gestión de riesgos financieros	Oficina de Riesgos Financieros	Informe de Gestión de Riesgos
4	Supervisar el cumplimiento de las acciones correctivas	Oficina de Riesgos Financieros	Check list

Figura 60. Supervisión y control de los riesgos



Proceso: gestión de la calidad

Tabla 32. Planificación de actividades de aseguramiento y control de calidad

Nombre	Planificación de actividades de aseguramiento y control de la calidad	**Clasificación / Tipo**	Estratégico
Código		**Versión**	1.0
Objetivo	Obtener un plan de actividades para garantizar la calidad de nuevos planes de seguros y de los servicios. Determinar los controles que la Gerencia de la lafas-EsSalud debe monitorear para que se cumplan.		
Responsable	Gerencia de la lafas-EsSalud		
Áreas participantes	Gerencia de la lafas-EsSalud / Todas las demás gerencias		

Proveedores	Entradas / Insumos	Salidas	Usuarios
Gerencia de Gestión de Seguros	Seguro diseñado	Plan de Control de Calidad de la Gerencia de la lafas-EsSalud	Alta Dirección

Nro. de actividad	Actividad	Órgano y unidad orgánica de ejecutor	Registro de ejecución
1	Convocar a la Gerencia de Gestión de Seguros para elaborar propuesta de actividades y controles de calidad del nuevo seguro o de los seguros y servicios existentes.	Gerencia de lafas-EsSalud	Memorando de reunión
2	Analizar en conjunto cómo mejorar la propuesta de actividades y controles de calidad.	Todas las gerencias	Documentación del taller
3	Determinar indicadores para las actividades y controles de calidad definidos.	Gerencia de lafas-EsSalud	Indicadores de Gerencia de la lafas
4	Desarrollar el plan de actividades de control de la calidad.	Gerencia de la lafas-EsSalud	Plan de control de calidad

Figura 61. Planificación de actividades de aseguramiento y control de calidad

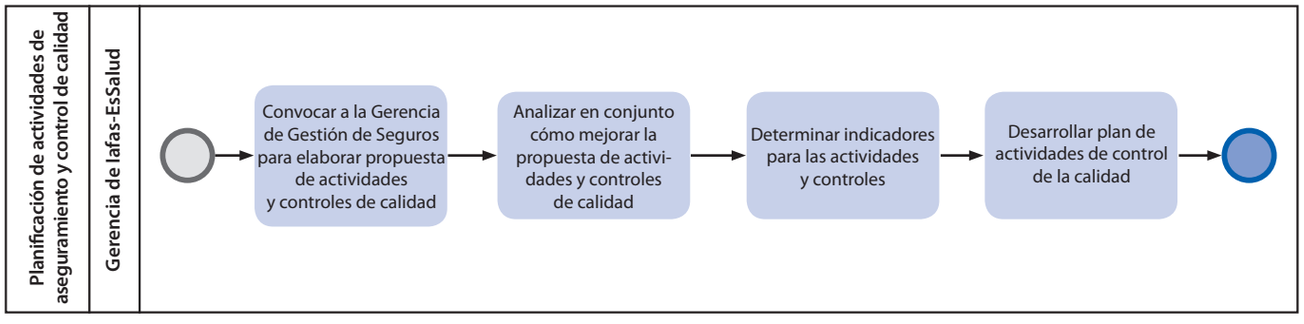


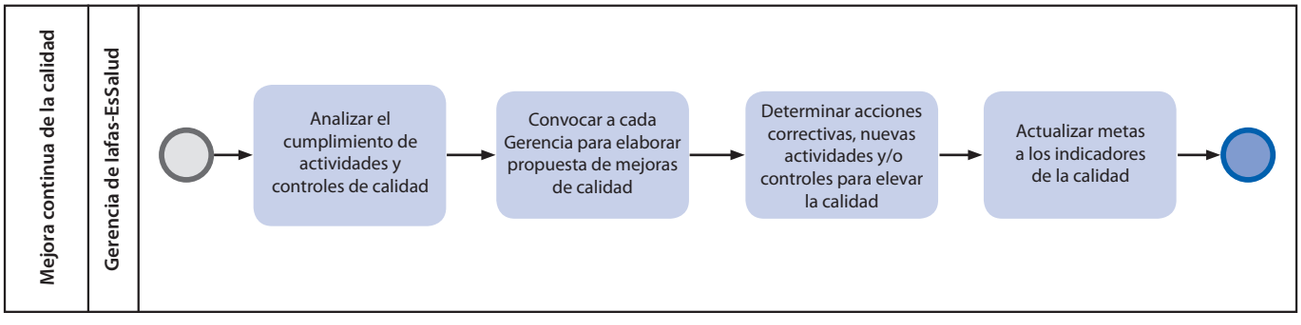
Tabla 33. Mejora continua de la calidad

Nombre	Mejora continua de la calidad	**Clasificación / Tipo**	Estratégico
Código		**Versión**	1.0
Objetivo	Identificar las mejoras a aplicar en la administración de los seguros para elevar o mantener los niveles de calidad obtenidos.		
Responsable	Gerencia de la lafas-EsSalud		
Áreas participantes	Gerencia de la lafas-EsSalud / Todas las demás gerencias		

Proveedores	**Entradas / Insumos**	**Salidas**	**Usuarios**
Gerencia de la lafas-EsSalud	Plan de control de calidad de la Gerencia de la lafas-EsSalud	Informe de control de la calidad	Gerencia de lafas-EsSalud

Nro. de actividad	**Actividad**	**Órgano y unidad orgánica de ejecutor**	**Registro de ejecución**
1	Analizar el cumplimiento de actividades y controles de calidad.	Gerencia de lafas-EsSalud	Lista de actividades
2	Convocar a cada gerencia para elaborar la propuesta de mejoras de calidad de los seguros y servicios existentes.	Gerencia de lafas-EsSalud	Memorando de reunión
3	Determinar acciones correctivas, nuevas actividades y/o controles para elevar la calidad.	Gerencia de lafas-EsSalud	Seguimiento del Plan de Control de Calidad
4	Actualizar metas a los indicadores de la calidad.	Gerencia de la lafas-EsSalud	Indicadores de la Gerencia de la lafas-EsSalud

Figura 62. Mejora continua de la calidad



4.6.4. Anexo 4: Caracterización de procesos misionales

Proceso: promoción y venta

Tabla 34. Gestión de comunicaciones y *marketing*

Nombre	Gestión de comunicaciones y marketing	**Clasificación / Tipo**	Misional
Código		**Versión**	1.0
Objetivo	Influir de manera positiva en la sociedad por medio de una comunicación persuasiva, que propicie la afiliación al sistema de aseguramiento.		
Responsable	Subgerencia de Comercialización		
Áreas participantes	Subgerencia de Comercialización		

Proveedores	Entradas / Insumos	Salidas	Usuarios
Subgerencia de Gestión de Proyectos de Seguros	Necesidad de captación de cliente	Campañas de publicidad Información y respuestas	Sociedad

Nro. de actividad	Actividad	Órgano y unidad orgánica de ejecutor	Registro de ejecución
1	Establecer canales de comunicación ante la sociedad.	Subgerencia de Comercialización	Documentos generados
2	Planificar las actividades asociadas a la identificación de necesidades de los clientes.	Subgerencia de Comercialización	Plan de identificación de necesidades
3	Diseñar contenidos técnicos de las campañas de publicidad. Se ejecuta el proceso de gestión de ventas.	Subgerencia de Comercialización	Campañas de publicidad

Figura 63. Gestión de comunicación y *marketing*

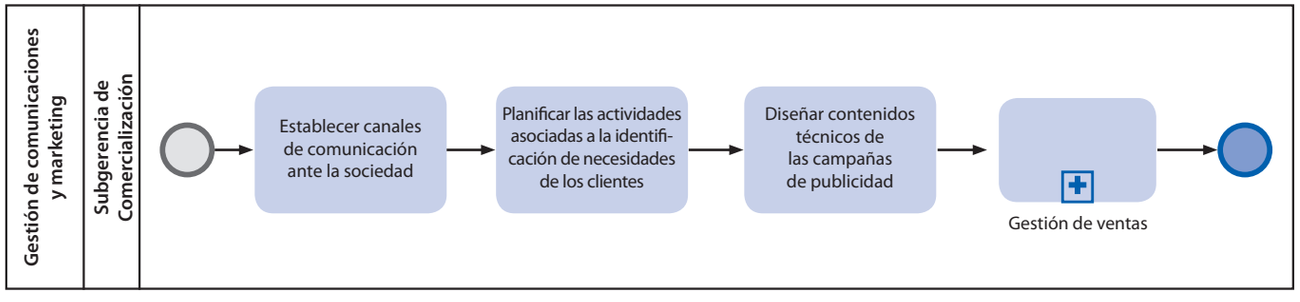


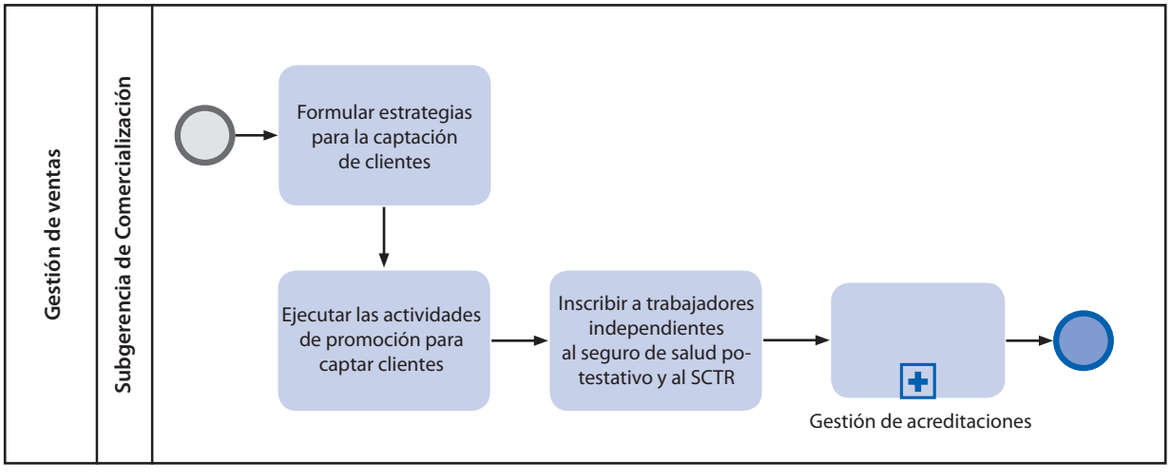
Tabla 35. Gestión de ventas

Nombre	Gestión de ventas	**Clasificación / Tipo**	Misional
Código		**Versión**	1.0
Objetivo	Elaborar y ejecutar las estrategias para la captación de clientes potenciales.		
Responsable	Subgerencia de Comercialización		
Áreas participantes	Subgerencia de Comercialización		

Proveedores	Entradas / Insumos	Salidas	Usuarios
Subgerencia de Comercialización	Material promocional	Afiliación al plan de	Sociedad

Nro. de actividad	Actividad	Órgano y unidad orgánica de ejecutor	Registro de ejecución
1	Formular estrategias para la captación de clientes.	Subgerencia de Comercialización	Reporte de estrategias y metas
2	Ejecutar las actividades de promoción para captar clientes.	Subgerencia de Comercialización	Reporte de actividades mensuales
3	Inscribir a trabajadores independientes al seguro de salud potestativo y al SCTR, y orientarlos en el seguro adquirido. Se ejecuta el proceso de gestión de acreditaciones.	Subgerencia de Comercialización	Inscripción de asegurados

Figura 64. Gestión de ventas



Proceso: gestión del asegurado y del usuario

Tabla 36. Gestión de acreditaciones

Nombre	Gestión de acreditaciones	**Clasificación / Tipo**	Misional
Código		**Versión**	1.0
Objetivo	Habilitar a los asegurados el derecho de cobertura al plan de aseguramiento afiliado.		
Responsable	Subgerencia de Acreditación		
Áreas participantes	Subgerencia de Acreditación, Subgerencia de Recaudación, Oficina de Riesgos Financieros		

Proveedores	Entradas / Insumos	Salidas	Usuarios
Sunat, Subgerencia de Comercialización	Transferencia de BD de la Sunat, registros de afiliados voluntariamente	Asegurado acreditado	Ipress

Nro. de actividad	Actividad	Órgano y unidad orgánica de ejecutor	Registro de ejecución
1	Realizar transferencia de datos de la BD de Sunat a la lafas-EsSalud, y la BD de ventas hacia el sistema de aseguramiento. Enviar reporte periódico a Susalud.	Subgerencia de Acreditación	BD del Sistema de Aseguramiento
2	Realizar la verificación de las acreditaciones cargadas en el sistema de aseguramiento.	Subgerencia de Acreditación	Plan de verificaciones
3	Verificar la situación de los asegurados.	Subgerencia de Acreditación	Registro de las verificaciones realizadas
4	Realizar la verificación de los montos de recaudación.	Subgerencia de Recaudación	Montos verificados
5	Realizar control posterior a los casos con vulneración legal.	Oficina de Riesgos Financieros	Registro de control posterior

Figura 65. Gestión de acreditaciones

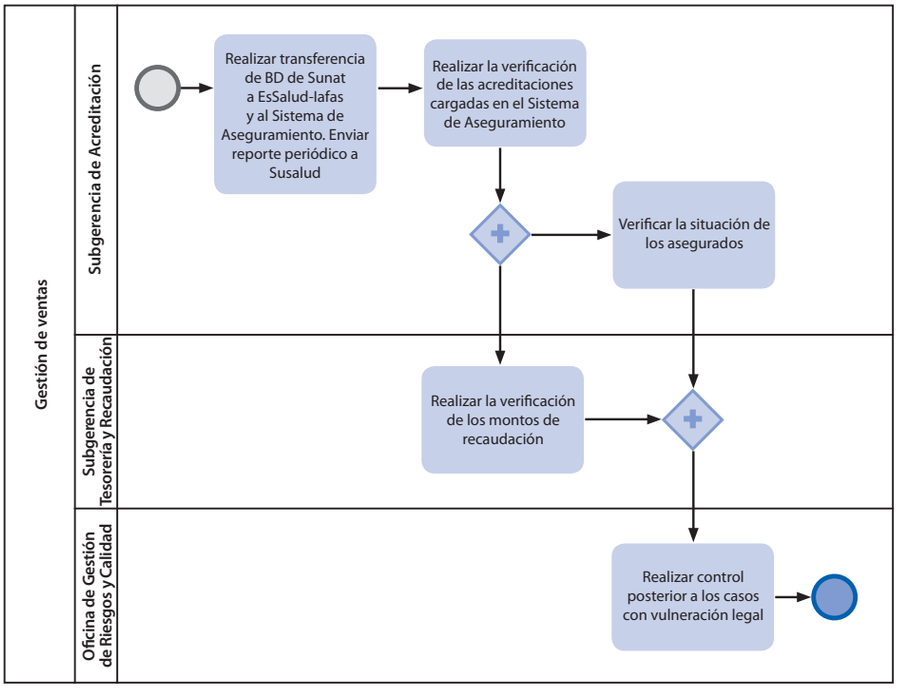


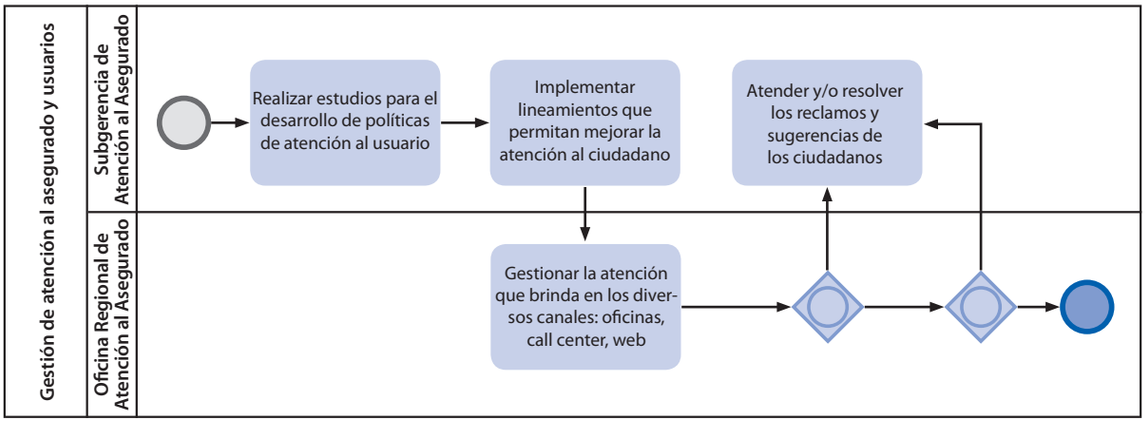
Tabla 37. Gestión de atención al asegurado y usuarios

Nombre	Gestión de atención al asegurado y usuarios	**Clasificación / Tipo**	Misional
Código		**Versión**	1.0
Objetivo	Atender a las personas aseguradas o potencialmente asegurables de las Iafas-EsSalud, lo cual involucra la gestión de información, orientación y atención de reclamos.		
Responsable	Subgerencia de Atención al Asegurado		
Áreas participantes	Subgerencia de Atención al Asegurado, Oficina Regional de Atención al Asegurado		

Proveedores	Entradas / Insumos	Salidas	Usuarios
		Atención con calidad	Asegurados

Nro. de actividad	Actividad	Órgano y unidad orgánica de ejecutor	Registro de ejecución
1	Realizar estudios para el desarrollo de políticas de atención al usuario.	Subgerencia de Atención al Asegurado	Políticas de atención al usuario
2	Implementar lineamientos que permitan mejorar la atención al ciudadano.	Subgerencia de Atención al Asegurado	Implementación de políticas
3	Gestionar la atención que brinda en los diversos canales: oficinas, *call center*, web.	Oficina Regional de Atención al Asegurado	Registros de supervisión
4	Atender y resolver los reclamos y sugerencias de los ciudadanos	Subgerencia de Atención al Asegurado	Respuesta a reclamos y sugerencias

Figura 66. Gestión de atención al asegurado y los usuarios



Proceso: gestión de seguros

Tabla 38. Elaboración de estudios actuariales

Nombre	Elaboración de estudios actuariales	**Clasificación / Tipo**	Misional
Código		**Versión**	1.0
Objetivo	Estudios que permiten predecir o simular determinados hechos económicos, financieros y de seguros, atendiendo a sus posibles consecuencias y los costes que estas supondrían, de modo que puedan ser calculadas posibles compensaciones.		
Responsable	Subgerencia de Estudios		
Áreas participantes	Subgerencia de Estudios		

Proveedores	Entradas / Insumos	Salidas	Usuarios
Ipress, INEI, otros	Información relevante para la formulación del estudio actuarial (base de datos de supervivencia, mortalidad, invalidez, jubilación, etc.)	Informe de Estudios Actuariales	Subgerencia de Estudios

Nro. de actividad	Actividad	Órgano y unidad orgánica de ejecutor	Registro de ejecución
1	Revisar información de diversos medios.	Subgerencia de Estudios	
2	Analizar el entorno demográfico, económico y social.	Subgerencia de Estudios	Documentos de trabajo
3	Verificar y definir la cobertura poblacional, financiamiento y prestacional.	Subgerencia de Estudios	Documentos de trabajo
4	Analizar la situación financiera.	Subgerencia de Estudios	Documentos de trabajo
5	Revisar y analizar las bases de datos de la población, consultas, hospitalizaciones, emergencias, prestaciones económicas, prestaciones sociales y tratamientos de alto costo.	Subgerencia de Estudios	Documentos de trabajo
6	Revisar y establecer bases técnicas (PBI, rendimiento de las inversiones, nuevas entradas, salario promedio), bases biométricas (utilización de los servicios de salud), costos de salud y modelos de proyección.	Subgerencia de Estudios	Documentos de trabajo
7	Realizar la evaluación financiera y actuarial y la situación Vigente.	Subgerencia de Estudios	Documentos de trabajo
8	Consolidar y elaborar el informe de estudios actuariales.	Subgerencia de Estudios	Informe de Estudios Actuariales

Figura 67. Elaboración de estudios actuariales

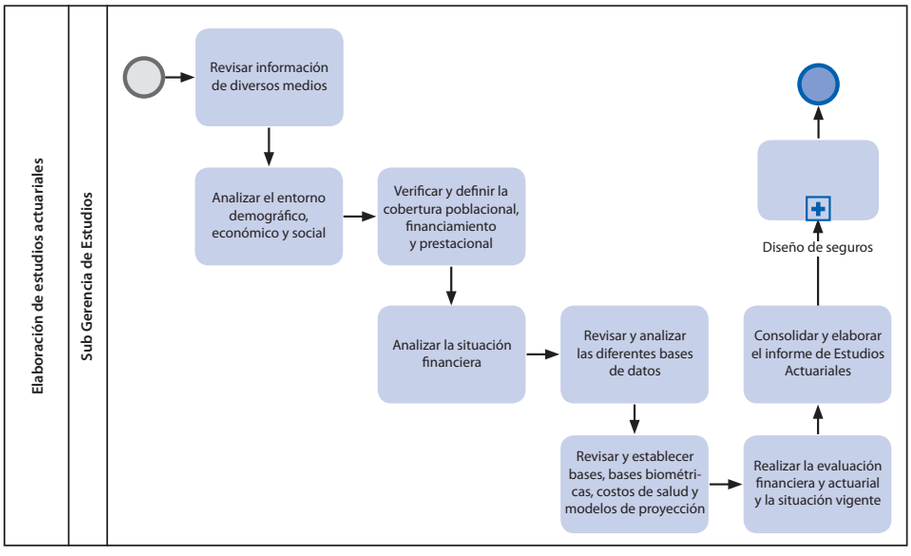


Tabla 39. Elaboración de estudios epidemiológicos

Nombre	Elaboración de estudios epidemiológicos	**Clasificación / Tipo**	Misional
Código		**Versión**	1.0
Objetivo	Estudios que permitan determinar las principales patologías, con el fin de sustentar la asignación de recursos para la prevención y atención, además de generar conocimientos sobre las enfermedades, las relaciones de causalidad y la influencia de las causas sobre el surgimiento de las enfermedades, de modo que se prevea las consecuencias que afecten las prestaciones a futuro. Asimismo, analizar la data de prestaciones para gestionar el riesgo financiero y proponer estrategias para mejorar su eficiencia y el bienestar de los asegurados.		
Responsable	Subgerencia de Estudios.		
Áreas participantes	Subgerencia de Estudios.		

Proveedores	Entradas / Insumos	Salidas	Usuarios
		Informe del estudio epidemiológico	Subgerencia de Estudios

Nro. de actividad	Actividad	Órgano y unidad orgánica de ejecutor	Registro de ejecución
1	Identificar la población en estudio.	Subgerencia de Estudios	Definición del público objetivo
2	Formular objetivos.	Subgerencia de Estudios	Objetivos establecidos
3	Definir la enfermedad objeto del estudio y elegir las variables del estudio.	Subgerencia de Estudios	Enfermedad en estudio y variables
4	Seleccionar las fuentes de información.	Subgerencia de Estudios	
5	Realizar la medición de la enfermedad objeto del estudio (indicadores).	Subgerencia de Estudios	Registro de resultados de indicadores
6	Consolidar mediante elaboración de Informe del estudio epidemiológico.	Subgerencia de Estudios	Informe del estudio epidemiológico

Figura 68. Elaboración de estudios epidemiológicos

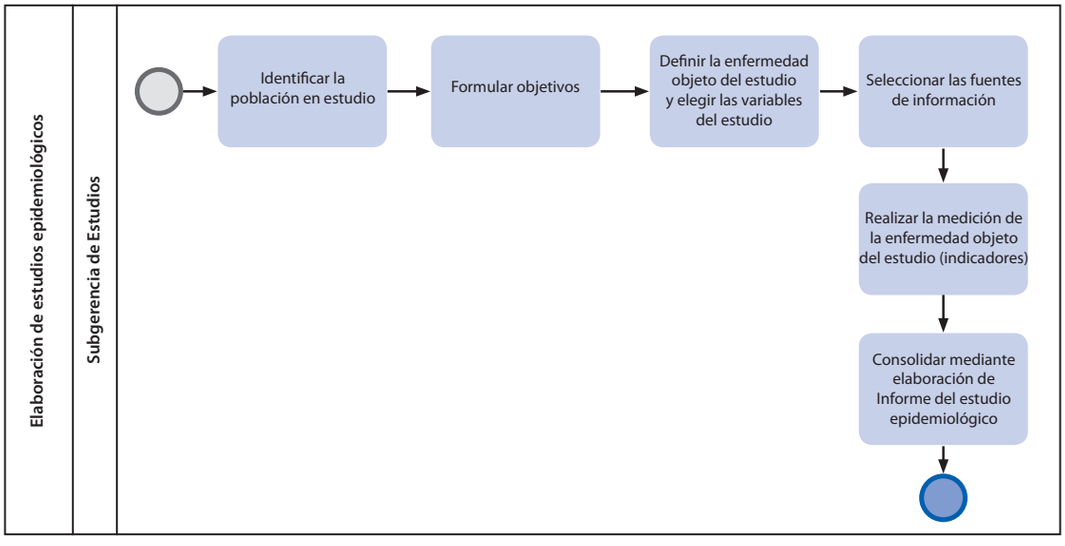


Tabla 40. Elaboración del diagnóstico situacional

Nombre	Elaboración de diagnóstico situacional	**Clasificación / Tipo**	Misional
Código		**Versión**	1.0
Objetivo	Consolidación y análisis de información relativa a los seguros disponibles, a las necesidades de aseguramiento y prestaciones de la población, a la capacidad de la oferta prestacional existente, entre otros, que les permita determinar brechas.		
Responsable	Subgerencia de Estudios.		
Áreas participantes	Subgerencia de Estudios.		

Proveedores	Entradas / Insumos	Salidas	Usuarios
Subgerencia de Planeamiento / Otros	Objetivos institucionales / Otra información para los estudios	Diagnóstico situacional	Subgerencia de Estudios / Gerencia de la Iafas-EsSalud

Nro. de actividad	Actividad	Órgano y unidad orgánica de ejecutor	Registro de ejecución
1	Recolectar información de diversas fuentessecundarias que provean datos de seguros, infraestructura de prestaciones, indicadores poblacionales, entre otros.	vSubgerencia de Estudios	Información consolidada
2	Elaborar informe de la oferta del mercado de seguros.	Subgerencia de Estudios	Informe de oferta de mercado
3	Elaborar informe de la demanda potencial.	Subgerencia de Estudios	Informe de demanda potencial
4	Elaborar el diagnóstico situacional, que contenga la efectividad de los seguros existentes y la brecha entre oferta y demanda en el mercado de seguros.	Subgerencia de Estudios	Diagnóstico situacional

Figura 69. Elaboración del diagnóstico situacional

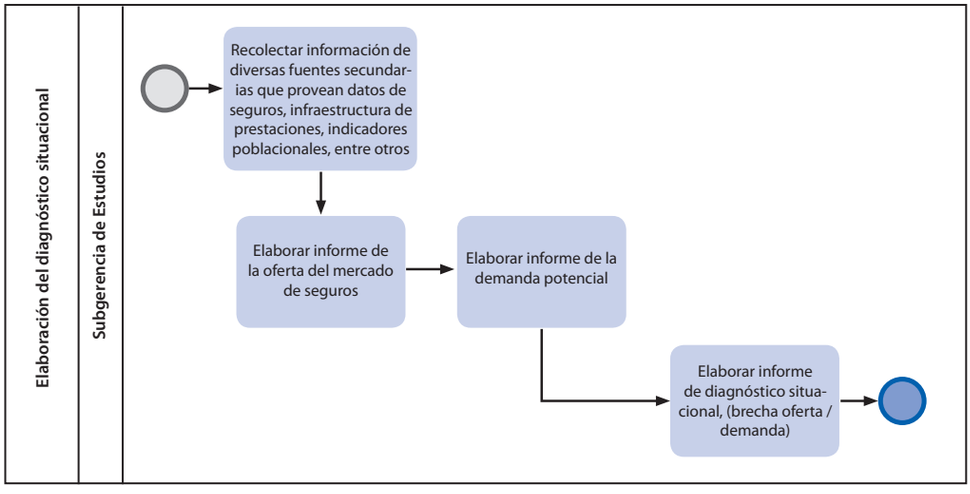


Tabla 41. Diseño de seguro

Nombre	Diseño de seguros	**Clasificación / Tipo**	Misional
Código		**Versión**	1.0
Objetivo	Formular nuevos planes de seguro, acordes a las necesidades de la sociedad.		
Responsable	Subgerencia de Estudios.		
Áreas participantes	Subgerencia de Estudios.		

Proveedores	Entradas / Insumos	Salidas	Usuarios
Subgerencia de Estudios	Diagnóstico situacional	Plan de implementación	

Nro. de actividad	Actividad	Órgano y unidad orgánica de ejecutor	Registro de ejecución
1	Elaborar la cartera de servicios que requieren ser incorporados.	Subgerencia de Estudios	Registro de servicios identificados
2	Determinar alcance de servicios y consolidar el Plan de Aseguramiento.	Subgerencia de Estudios	Propuesta de Plan de Aseguramiento
3	Generar informe de viabilidad financiera.	Subgerencia de Costos	Informe de viabilidad financiera
4	Elaborar el plan de implementación del nuevo seguro.	Subgerencia de Gestión de Proyectos de Seguros	Plan de implementación

Figura 70. Diseño de seguros

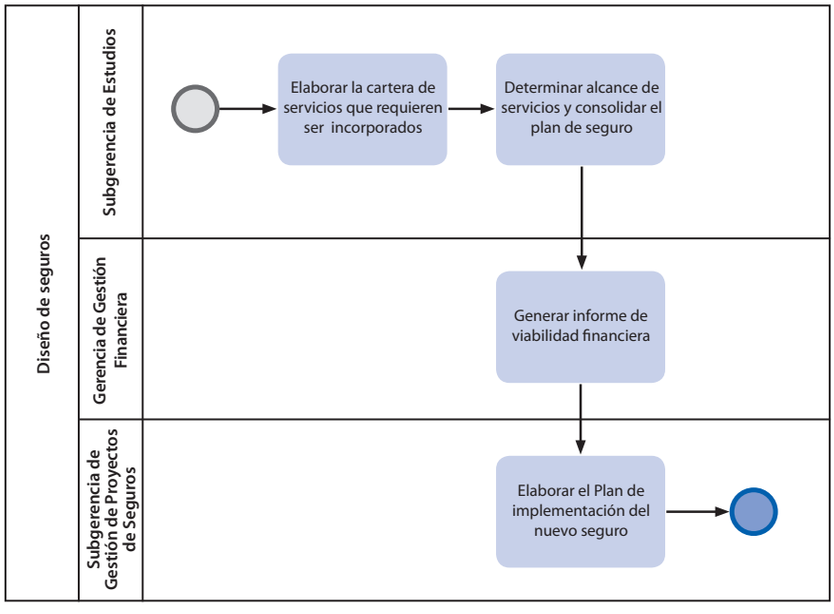


Tabla 42. Implementación de seguros

Nombre	Implementación de seguros	**Clasificación / Tipo**	Misional
Código		**Versión**	1.0
Objetivo	Planificar y ejecutar actividades relacionadas con la implementación de un nuevo seguro o modificar alguna existente.		
Responsable	Subgerencia de Gestión de Proyectos de Seguros		
Áreas participantes	Subgerencia de Gestión de Proyectos de Seguros, Subgerencia de Comercialización		

Proveedores	Entradas / Insumos	Salidas	Usuarios
Subgerencia de Estudios	Nuevos planes de seguros y planes modificados	Campañas de difusión y fidelización	Sociedad en general

Nro. de actividad	Actividad	Órgano y unidad orgánica de ejecutor	Registro de ejecución
1	**Inicio 1: Planes de seguros nuevos** Elaborar plan de lanzamiento. Ir a la actividad 3.	Subgerencia de Gestión de Proyectos de Seguros	Plan de lanzamiento
2	**Inicio 2: Planes de seguros modificados** Verificar el impacto de la modificación del seguro.	Subgerencia de Gestión de Proyectos de Seguros	Reporte de impacto de modificación de seguros
3	Lanzar seguro mediante diferentes canales de comunicación.	Subgerencia de Gestión de Proyectos de Seguros	Lanzamiento del seguro
4	Establecer métricas sobre la marcha y recopilar opiniones después del lanzamiento.	Subgerencia de Gestión de Proyectos de Seguros	Registro de opiniones
5	Realizar campañas de difusión y fidelización sobre los planes de seguros.	Subgerencia de Comercialización	Campañas de difusión y fidelización

Figura 71. Implementación de seguro

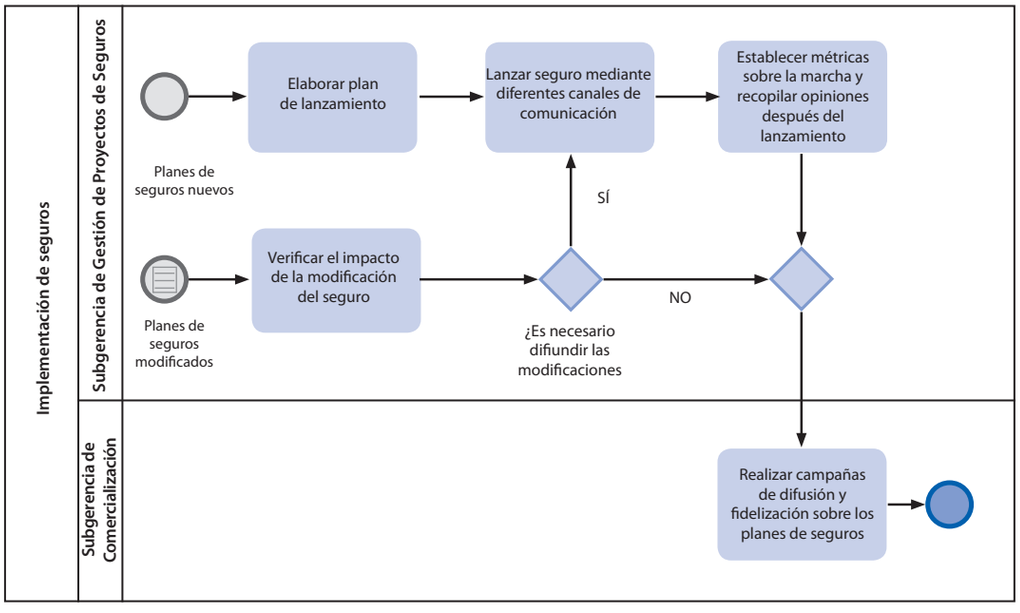


Tabla 43. Monitoreo de la administración de seguros

Nombre	Monitoreo de la administración de seguros	**Clasificación / Tipo**	Misional
Código		**Versión**	1.0
Objetivo	Dar seguimiento a la administración de los seguros y verificar la efectividad de los resultados de gestión de los planes y seguros implementados, así como identificar mejores prácticas, con el objeto de retroalimentar el diseño o modificación de seguros.		
Responsable	Subgerencia de Gestión de Proyectos de Seguros		
Áreas participantes	Subgerencia de Gestión de Proyectos de Seguros		

Proveedores	Entradas / Insumos	Salidas	Usuarios
Implementación de seguros	Indicadores de implementación de seguros	Informe de retroalimentación	Subgerencia de Estudios

Nro. de actividad	Actividad	Órgano y unidad orgánica de ejecutor	Registro de ejecución
1	Revisar de forma periódica las métricas definidas en el diseño.	Subgerencia de Gestión de Proyectos de Seguros	Formato de seguimiento de métricas
2	Evaluar los resultados obtenidos en la implementación de los nuevos seguros o la modificación de los seguros existentes.	Subgerencia de Gestión de Proyectos de Seguros	Informe de Evaluación de la implementación de seguros
3	Identificar las mejores prácticas y/u observaciones sobre los seguros. Se ejecuta el proceso de gestión de diseño de seguros.	Subgerencia de Gestión de Proyectos de Seguros	Informe de retroalimentación

Figura 72. Monitoreo de la administración de seguros

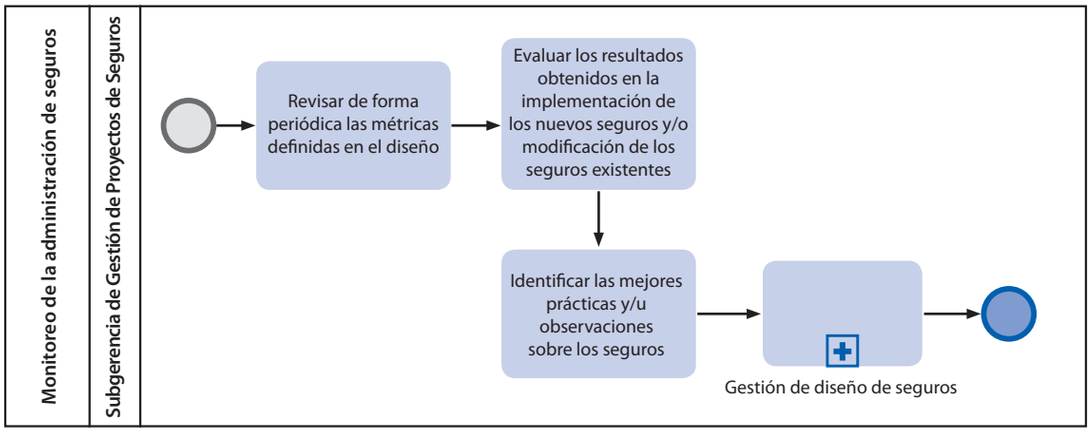


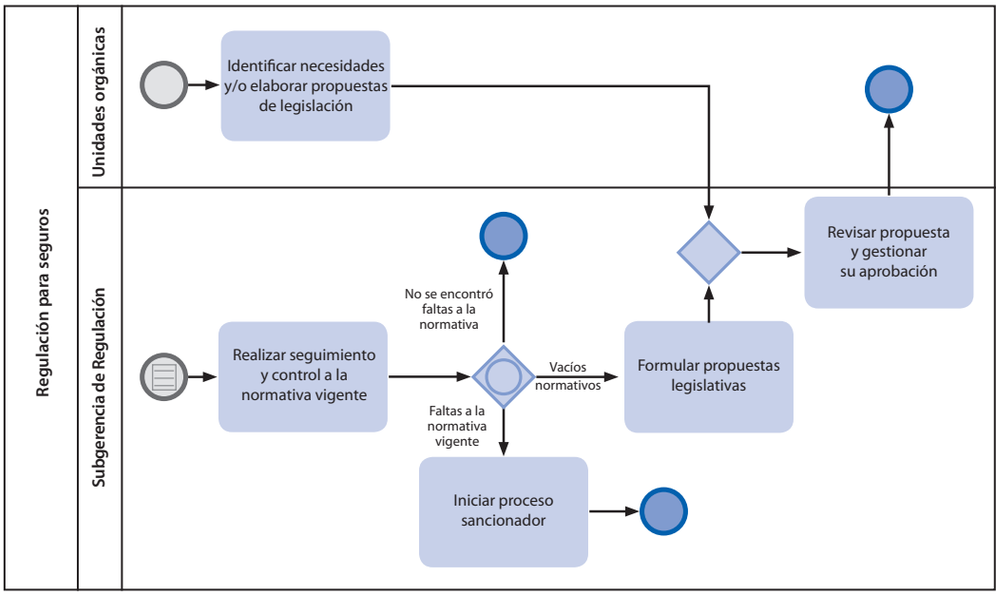
Tabla 44. Regulación para seguros

Nombre	Regulación para seguros	**Clasificación / Tipo**	Misional
Código		**Versión**	1.0
Objetivo	Proponer normativas que permitan un manejo eficiente de la seguridad social, así como la evaluación de propuestas legislativas presentadas a Essalud.		
Responsable	Subgerencia de Regulación		
Áreas participantes	Subgerencia de Regulación		

Proveedores	Entradas / Insumos	Salidas	Usuarios
Unidades orgánicas, Subgerencia de Regulación	Necesidades iniciativas normativas	Normativas y/o directivas	Iafas-EsSalud

Nro. de actividad	Actividad	Órgano y unidad orgánica de ejecutor	Registro de ejecución
1	**Inicio 1: Unidades orgánicas solicitan documentos normativos** Identificar necesidades y elaborar propuestas de legislación. Ir a la actividad 5.	Unidades orgánicas	Propuestas de iniciativas legislativas
2	**Inicio 2: Subgerencia de Regulación identifica necesidad de documentos normativos** Realizar seguimiento y control a la normativa vigente. Si no se encontraron faltas a la normativa vigente, fin del proceso. Si existe falta a la normativa vigente, ir a la actividad 3. Si se evidencian vacíos normativos, ir a la actividad 4.	Subgerencia de Regulación	Informe de seguimiento y control de normativas vigentes
3	Iniciar proceso sancionador. Fin del proceso.	Subgerencia de Regulación	Resolución de inicio de proceso sancionador
4	Formular propuestas legislativas.	Subgerencia de Regulación	Propuestas legislativas
5	Evaluar y aprobar propuestas legislativas. Fin.	Subgerencia de Regulación	Propuestas legislativas aprobadas

Figura 73. Regulación para seguros



Proceso: gestión de la cadena de prestaciones de salud

Tabla 45. Gestión de compra de prestaciones de salud

Nombre	Gestión de compra de prestaciones de salud	**Clasificación / Tipo**	Misional
Código		**Versión**	1.0
Objetivo	Suscribir contratos y/o convenios con Ipress o Ugipress.		
Responsable	Subgerencia de Provisión de Prestaciones de Salud		
Áreas participantes	Subgerencia de Provisión de Prestaciones de Salud		

Proveedores	Entradas / Insumos	Salidas	Usuarios
Subgerencia de Provisión de Prestaciones de Salud	Planes de Seguros	Contratos y convenios	Ipress

Nro. de actividad	Actividad	Órgano y unidad orgánica de ejecutor	Registro de ejecución
1	Recolectar información de capacidad de Ipress-EsSalud.	Subgerencia de Provisión de Prestaciones de Salud	Reporte de capacidad de Ipress
2	Identificar brecha total.	Subgerencia de Provisión de Prestaciones de Salud	Brecha calculada
3	Elabora especificaciones técnicas para la compra y participa en el proceso de compra como área usuaria.	Subgerencia de Provisión de Prestaciones de Salud	Contratos firmados
4	Firmar convenios con las Ipress o las Ugipress públicas.	Subgerencia de Provisión de Prestaciones de Salud	Contratos firmados

Figura 74. Gestión de compra de prestaciones de salud

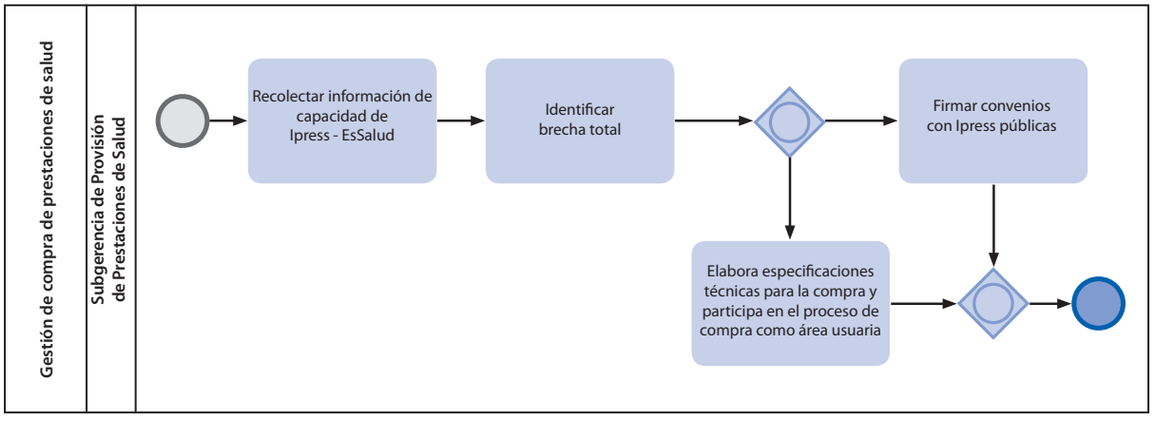


Tabla 46. Gestión de auditoría de seguros

Nombre	Gestión de auditoría de seguros	**Clasificación / Tipo**	Misional
Código		**Versión**	1.0
Objetivo	Ejecutar auditorías de las prestaciones que garanticen la calidad de la atención y el control de las prestaciones de salud.		
Responsable	Subgerencia de Auditoria de Prestaciones		
Áreas participantes	Subgerencia de Auditoria de Prestaciones		

Proveedores	Entradas / Insumos	Salidas	Usuarios
Subgerencia de Provisión de Prestaciones de Salud	Planes de Seguros	Recomendaciones de prevención	Gerencia de Atención al Asegurado

Nro. de actividad	Actividad	Órgano y unidad orgánica de ejecutor	Registro de ejecución
1	Elaborar el plan de auditoría de seguros.	Subgerencia de Auditoría de Prestaciones	Plan de Auditoría
2	Ejecutar auditorías buscando garantizar la calidad de la atención y el control de las prestaciones de salud.	Subgerencia de Auditoría de Prestaciones	Informe de ejecución de auditorías
3	Proponer recomendaciones de prevención en el sistema asegurador.	Subgerencia de Auditoría de Prestaciones	Recomendaciones de prevención

Figura 75. Gestión de auditoría de seguros

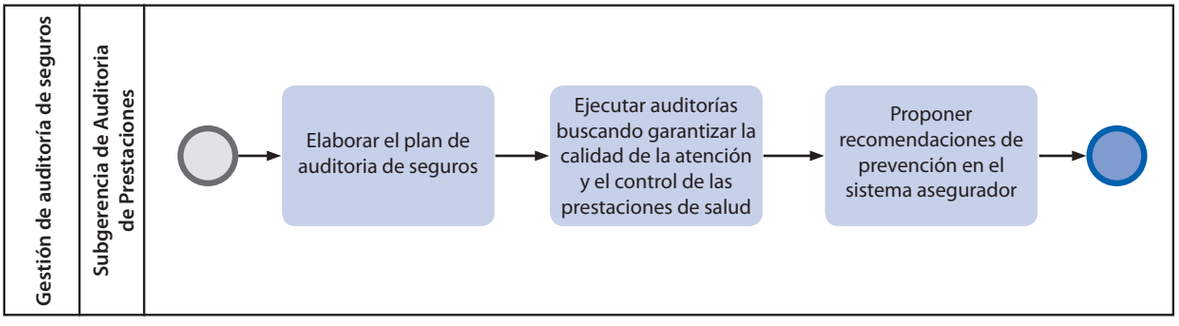


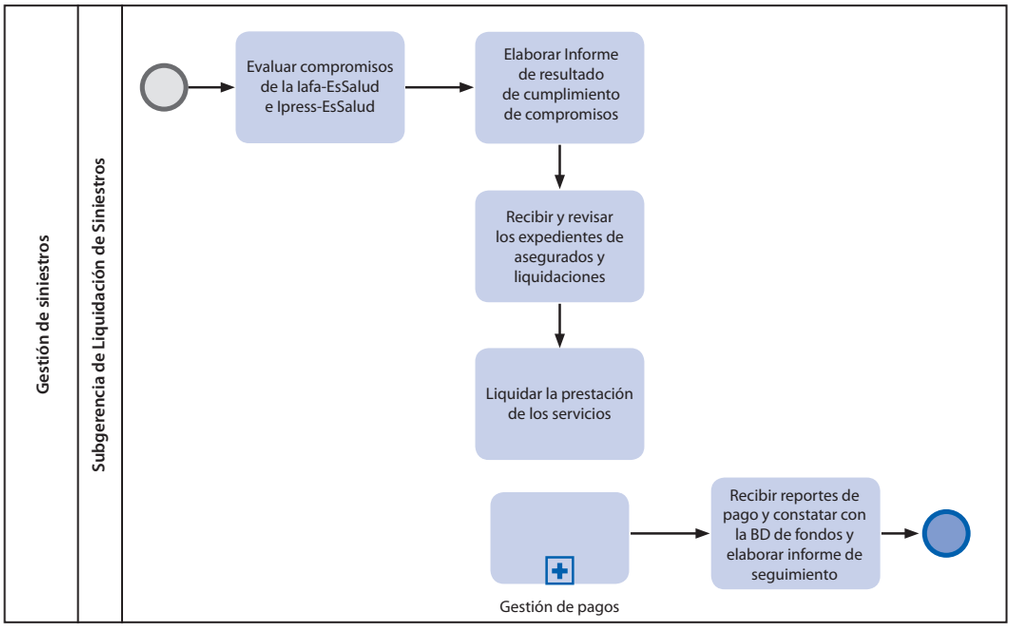
Tabla 47. Gestión de siniestros

Nombre	Gestión de siniestros	**Clasificación / Tipo**	Misional
Código		**Versión**	1.0
Objetivo	Evaluar el cumplimiento de los compromisos por la Iafas y las Ipress, así como realizar la liquidación a las Ipress por los servicios realizados.		
Responsable	Subgerencia de Liquidación de Siniestros		
Áreas participantes	Subgerencia de Liquidación de Siniestros		

Proveedores	Entradas / Insumos	Salidas	Usuarios
Ipress	Documentación para liquidación	Informe de seguimiento	Subgerencia de Liquidación de Siniestros

Nro. de actividad	Actividad	Órgano y unidad orgánica de ejecutor	Registro de ejecución
1	Evaluar compromisos de las Iafas-EsSalud y las Ipress-EsSalud.	Subgerencia de Liquidación de Siniestros	Formato de cumplimiento de compromisos
2	Elaborar un informe de resultado del cumplimiento de compromisos.	Subgerencia de Liquidación de Siniestros	Informe de resultado de cumplimiento de compromisos
3	Recibir y revisar los expedientes de asegurados y liquidaciones.	Subgerencia de Liquidación de Siniestros	Registro de expedientes revisados
4	Liquidar la prestación de los servicios. Se realiza el pago mediante el proceso de gestión de pagos.	Subgerencia de Liquidación de Siniestros	Subgerencia de Liquidación de Siniestros
5	Recibir reportes de pago, constatar con la BD de fondos y elaborar informe de seguimiento.	Subgerencia de Liquidación de Siniestros	Informe de seguimiento

Figura 76. Gestión de siniestros



Proceso: gestión de prestaciones económicas y sociales

Tabla 48. Trámite de prestaciones económicas y sociales

Nombre	Trámite de prestaciones económicas y sociales	**Clasificación / Tipo**	Misional
Código		**Versión**	1.0
Objetivo	Entregar los subsidios económicos a los beneficiarios que cumplan con los requisitos y la adscripción al centro de prestación social.		
Responsable	Oficina de Seguros y Prestaciones Económicas y Sociales		
Áreas participantes	Oficina de Seguros y Prestaciones Económicas y Sociales / Subgerencia de Atención y Control de Prestaciones Económicas		

Proveedores	Entradas / Insumos	Salidas	Usuarios
Asegurado	Solicitud de acceso a prestación	Acceso a prestación social o subsidio económico	Asegurados

Nro. de actividad	Actividad	Órgano y unidad orgánica de ejecutor	Registro de ejecución
1	Recibir solicitud de subsidio/acceso al servicio.	Oficina de Seguros y Prestaciones Económicas y Sociales	Solicitud de asegurado
2	Revisar requisitos y verificar si corresponden beneficios económicos o registrar adscripción al centro de prestación social.	Oficina de Seguros y Prestaciones Económicas y Sociales	Registro de solicitud
3	Revisar y aprobar la prestación económica.	Subgerencia de Atención y Control de Prestaciones Económicas	Resolución de subsidio aprobado
4	Emitir y entregar resolución/credencial al solicitante por el subsidio económico/acceso a prestaciones sociales.	Oficina de Seguros y Prestaciones Económicas y Sociales	Resolución/credencial para subsidio o acceso a la prestación social

Figura 77. Trámite de prestaciones económicas y sociales

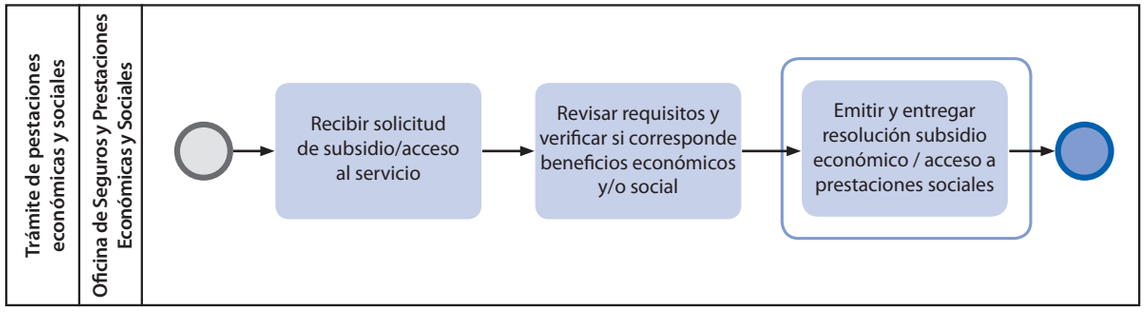


Tabla 49. Control de prestaciones económicas

Nombre	Control de prestaciones económicas	**Clasificación / Tipo**	Misional
Código		**Versión**	1.0
Objetivo	Verificar la adecuada asignación de subsidios y aplicar medidas correctivas para subsidios mal asignados.		
Responsable	Subgerencia de Atención y Control de Prestaciones Económicas		
Áreas participantes	Subgerencia de Atención y Control de Prestaciones Económicas		

Proveedores	Entradas / Insumos	Salidas	Usuarios
Subgerencia de Acreditación	Acreditaciones	Acreditaciones verificadas	Subgerencia de Atención y Control de Prestaciones Económicas y Sociales

Nro. de actividad	Actividad	Órgano y unidad orgánica de ejecutor	Registro de ejecución
1	Obtener el registro de beneficiarios a las prestaciones económicas.	Subgerencia de Atención y Control de Prestaciones Económicas	Relación de asegurados beneficiados
2	Verificar la adecuada asignación de las prestaciones.	Subgerencia de Atención y Control de Prestaciones Económicas	Reporte de verificación de prestaciones asignadas
3	Aplicar medidas correctivas, de ser el caso.	Subgerencia de Atención y Control de Prestaciones Económicas	Registro de control de medidas correctivas

Figura 78. Control de prestaciones económicas

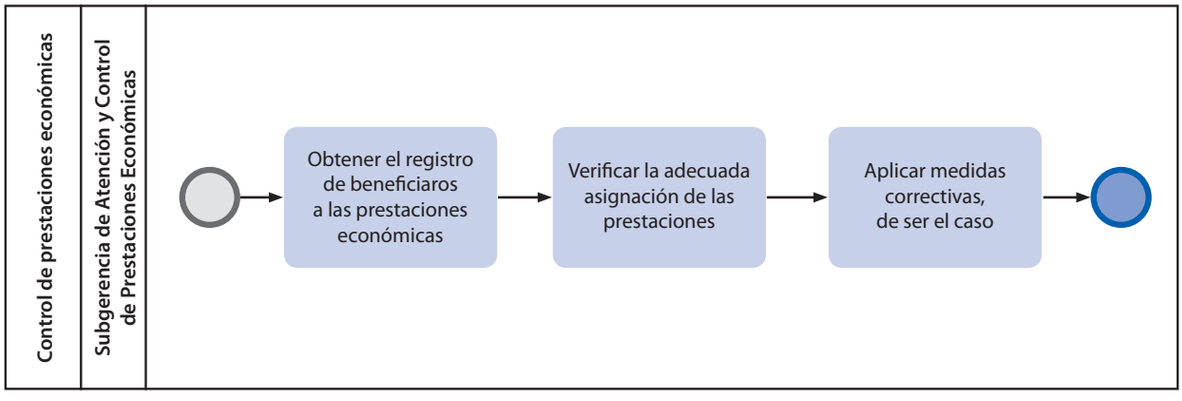


Tabla 50. Evaluación de prestaciones económicas

Nombre	Evaluación de prestaciones económicas	**Clasificación / Tipo**	Misional
Código		**Versión**	1.0
Objetivo	Analizar la eficiencia del servicio de prestaciones económicas.		
Responsable	Subgerencia de Atención y Control de Prestaciones Económicas		
Áreas participantes	Subgerencia de Atención y Control de Prestaciones Económicas		

Proveedores	Entradas / Insumos	Salidas	Usuarios
Subgerencia de Atención y Control de Prestaciones Económicas	Informe de seguimiento	Plan de mejoras a los servicios de prestaciones económicas	Subgerencia de Atención y Control de Prestaciones Económicas

Nro. de actividad	Actividad	Órgano y unidad orgánica de ejecutor	Registro de ejecución
1	Identificar indicadores para la gestión de las prestaciones.	Subgerencia de Atención y Control de Prestaciones Económicas	Indicadores definidos
2	Medir la gestión de las prestaciones a través de indicadores.	Subgerencia de Atención y Control de Prestaciones Económicas	Medición con indicadores
3	Proponer a acciones para mejorar la gestión de las prestaciones económicas.	Subgerencia de Atención y Control de Prestaciones Económicas	Informe de propuesta de acciones de mejora

Figura 79. Evaluación de la gestión de las prestaciones económicas

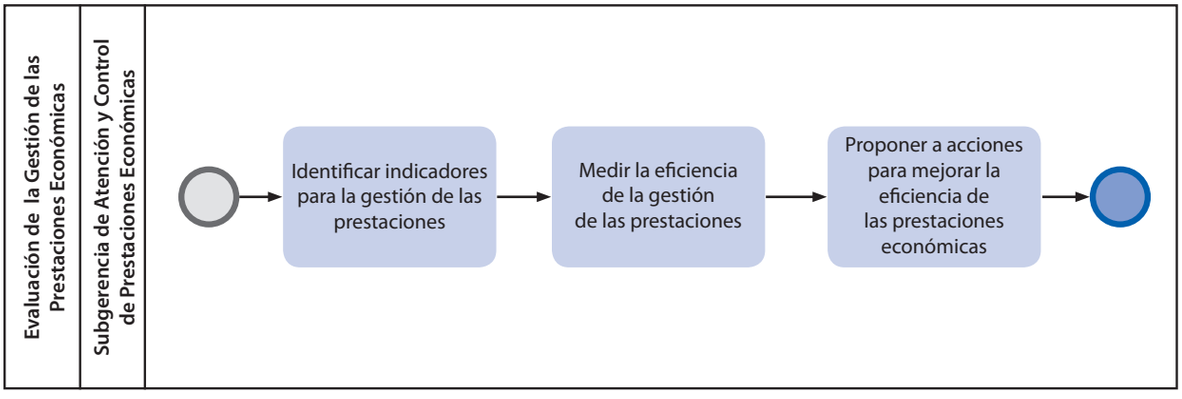


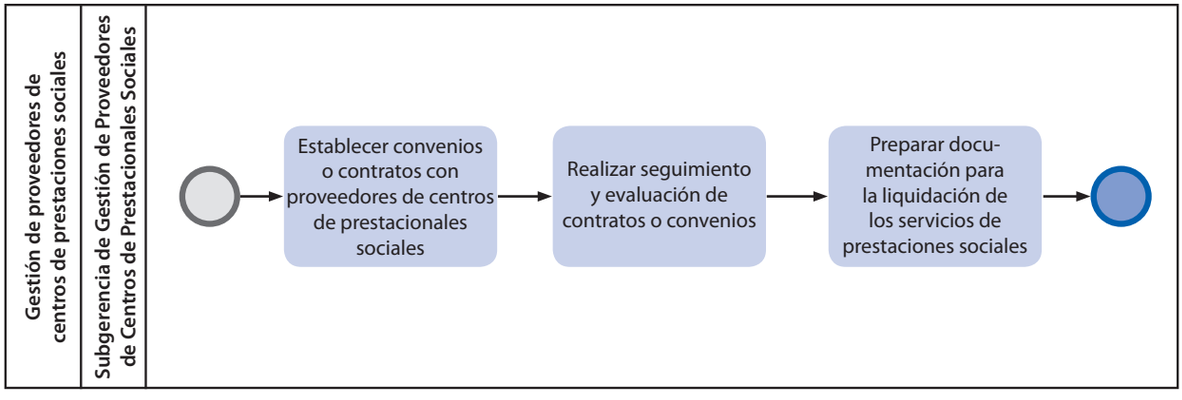
Tabla 51. Gestión de proveedores de centros de prestaciones sociales

Nombre	Gestión de Proveedores de Centros de Prestaciones Sociales	**Clasificación / Tipo**	Misional
Código		**Versión**	1.0
Objetivo	Gestionar el adecuado funcionamiento de los proveedores de los centros de prestaciones sociales, desde el convenio o contrato, hasta la liquidación de los pagos por dichas prestaciones.		
Responsable	Subgerencia de Gestión de Proveedores de Centros de Prestacionales Sociales		
Áreas participantes	Subgerencia de Gestión de Proveedores de Centros de Prestacionales Sociales		

Proveedores	Entradas / Insumos	Salidas	Usuarios
Ospes	Adscripción a centro prestacional	Documentación para liquidación de servicio	Subgerencia de Gestión de Proveedores de Centros de Prestacionales Sociales

Nro. de actividad	Actividad	Órgano y unidad orgánica de ejecutor	Registro de ejecución
1	Establecer convenios o contratos con proveedores de centros de prestacionales sociales.	Subgerencia de Gestión de Proveedores de Centros de Prestacionales Sociales	Convenios o contratos
2	Realizar el seguimiento y la evaluación de contratos o convenios.	Subgerencia de Gestión de Proveedores de Centros de Prestacionales Sociales	Reporte de cumplimiento de compromisos
3	Preparar la documentación para la liquidación de los servicios de prestaciones sociales.	Subgerencia de Gestión de Proveedores de Centros de Prestacionales Sociales	Documentos para liquidación de servicios

Figura 80. Gestión de proveedores de centros de prestaciones sociales



Proceso: gestión de fondos de aseguramiento

Tabla 52. Supervisión de la recaudación y cobranza

Nombre	Supervisión de la recaudación y cobranza	**Clasificación / Tipo**	Misional
Código		**Versión**	1.0
Objetivo	Velar por la recaudación correspondiente a las aportaciones al seguro administrado por la Iafas-EsSalud.		
Responsable	Subgerencia de Recaudación		
Áreas participantes	Subgerencia de Recaudación		

Proveedores	Entradas / Insumos	Salidas	Usuarios
Sunat	Información de recaudación y deudas	Deuda clasificada	Iafas-EsSalud

Nro. de actividad	Actividad	Órgano y unidad orgánica de ejecutor	Registro de ejecución
1	Realizar verificación mensual de lo recaudado por la Sunat.	Subgerencia de Recaudación	Reporte de base de datos
2	Determinar las inconsistencias y las deudas, y definir un *ranking* de morosidad por monto.	Subgerencia de Recaudación	*Ranking* de deudores
3	Efectuar las gestiones correspondientes a fin de disminuir la cartera morosa.	Subgerencia de Recaudación	Indicador de deuda recuperada

Figura 81. Administración de fondos

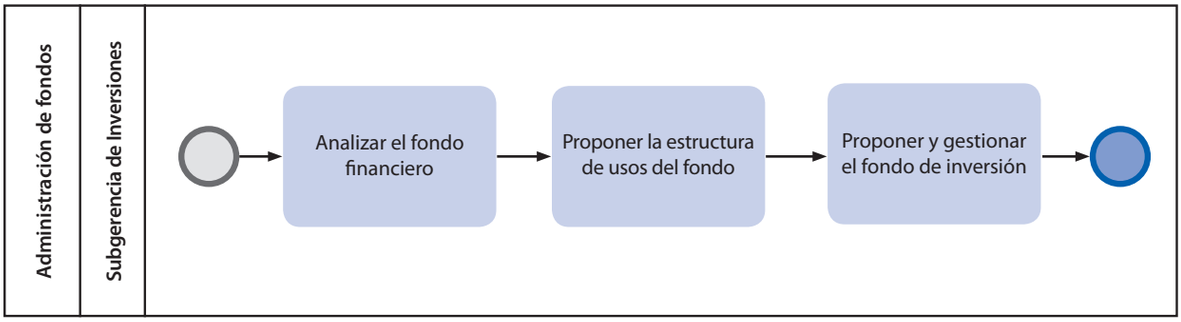


Tabla 53. Administración de fondos

Nombre	Administración de fondos	**Clasificación / Tipo**	Misional
Código		**Versión**	1.0
Objetivo	Propone las políticas y estructura para el manejo del fondo y lo gestiona según la normativa aprobada.		
Responsable	Subgerencia de Inversiones		
Áreas participantes	Subgerencia de Inversiones		

Proveedores	**Entradas / Insumos**	**Salidas**	**Usuarios**
Diversas fuentes de ingreso de capital	de	Estructura de usos del fondo	Iafas-EsSalud

Nro. de actividad	**Actividad**	**Órgano y unidad orgánica de ejecutor**	**Registro de ejecución**
1	Analizar el fondo financiero.	Subgerencia de Inversiones	
2	Proponer la estructura de usos del fondo.	Subgerencia de Inversiones	Estructura de usos del fondo
3	Proponer y gestionar el fondo de inversión.	Subgerencia de Inversiones	Fondo de inversión determinado

Figura 82. Administración de cartera de inversiones

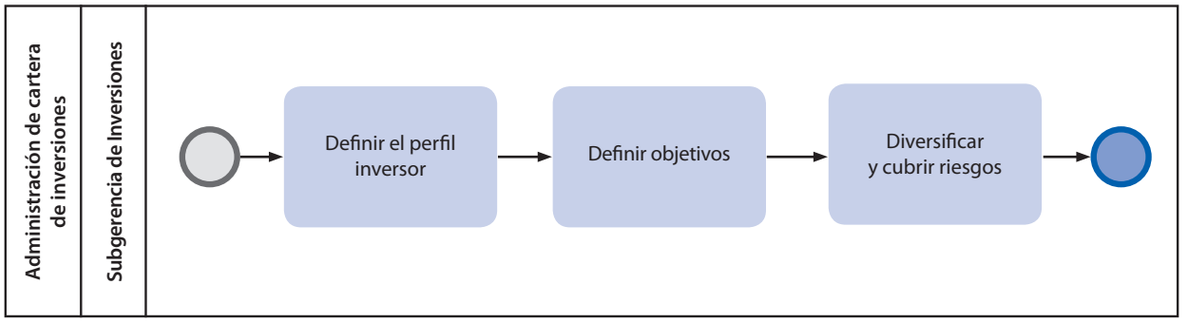


Tabla 54. Administración de cartera de inversiones

Nombre	Administración de cartera de inversiones	**Clasificación / Tipo**	Misional
Código		**Versión**	1.0
Objetivo	Efectiviza las colocaciones del fondo según las políticas y normativa aprobadas para su manejo.		
Responsable	Subgerencia de Inversiones		
Áreas participantes	Subgerencia de Inversiones		

Proveedores	Entradas / Insumos	Salidas	Usuarios
Subgerencia de Inversiones	Fondo de inversión determinado	Cartera de inversiones	Subgerencia de Inversiones

Nro. de actividad	Actividad	Órgano y unidad orgánica de ejecutor	Registro de ejecución
1	Definir el perfil inversor.	Subgerencia de Inversiones	Perfil inversor
2	Definir los objetivos.	Subgerencia de Inversiones	Objetivos definidos
3	Diversificar y cubrir riesgos.	Subgerencia de Inversiones	Informe de cartera de inversiones

Figura 83. Administración de cartera de inversiones

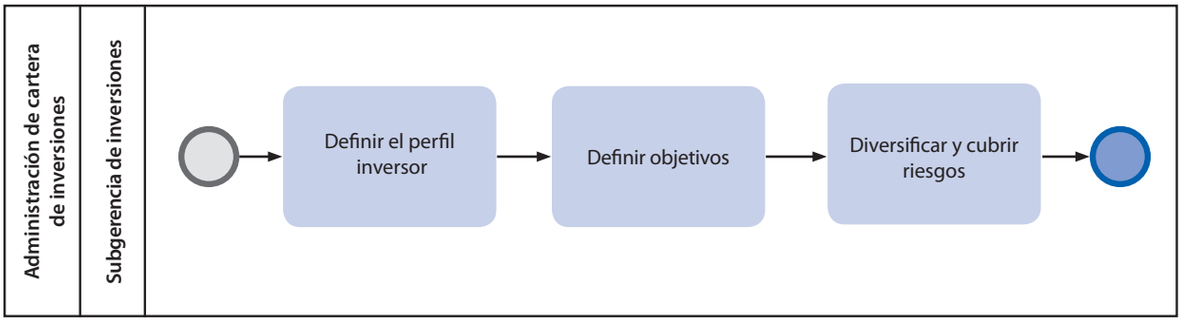


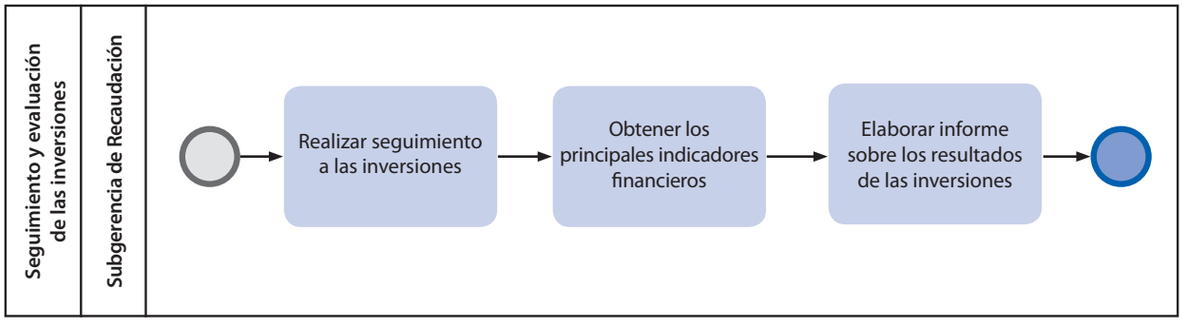
Tabla 55. Seguimiento y evaluación de las inversiones

Nombre	Seguimiento y evaluación de las inversiones	**Clasificación / Tipo**	Misional
Código		**Versión**	1.0
Objetivo	Evaluar los resultados de la cartera de inversiones.		
Responsable	Subgerencia de Inversiones		
Áreas participantes	Subgerencia de Inversiones		

Proveedores	**Entradas / Insumos**	**Salidas**	**Usuarios**
Subgerencia de Inversiones	Cartera de inversiones	Informe sobre los resultados de las inversiones	Alta Dirección

Nro. de actividad	**Actividad**	**Órgano y unidad orgánica de ejecutor**	**Registro de ejecución**
1	Realizar seguimiento a las inversiones.	Subgerencia de Inversiones	
2	Obtener los principales indicadores financieros.	Subgerencia de Inversiones	Indicadores de inversión
3	Elaborar informe sobre los resultados de las inversiones.	Subgerencia de Inversiones	Informe sobre los resultados de las inversiones
4			

Figura 84. Seguimiento y evaluación de las inversiones



EsSalud

Sección 2:

Sobre la compra de servicios

EsSalud

La separación de las funciones de aseguramiento y prestación en EsSalud es una oportunidad para introducir mejoras en la gestión de la prestación.

1. Introducción

La compra de servicios de salud es una actividad estratégica de cualquier financiador de salud. A través de ella se seleccionan los servicios a brindar a los asegurados, las condiciones mínimas exigibles a estos servicios, las tarifas y formas de pago, que deben incluir incentivos a su eficiencia y calidad, los indicadores de seguimiento de estos servicios, entre otros aspectos. La separación de las funciones de aseguramiento y prestación en EsSalud es una oportunidad para introducir mejoras en la gestión de la prestación a través de herramientas como las formas de pago de los servicios de salud, los sistemas para reportar y analizar la información de prestaciones, la revisión de la cartera de servicios para adecuarla a la carga de enfermedad de la población asegurada, y otras.

En esta sección se presentan tres estudios relacionados con los mecanismos de compra de servicios. El primero, "EsSalud: Mecanismos de pago de servicios de salud. Nota técnica", describe la evolución de los mecanismos de pago en EsSalud, al revisar teóricamente los principales mecanismos de pago existentes. Asimismo, describe los mecanismos de asignación de recursos hacia las Ipress institucionales y las diferentes modalidades en que se compran servicios a las Ipress externas, incluyendo las Ipress actualmente en APP. Finalmente, se hacen algunas recomendaciones hacia adelante para mejorar las formas de pago de servicios de salud, orientadas a una compra estratégica.

El segundo estudio, "Generación y análisis de grupos relacionados por diagnóstico (GRD) en hospitales seleccionados de EsSalud", analiza la información de los hospitales Guillermo Almenara y Edgardo Rebagliati, y evidencia que es técnicamente factible generar GRD utilizando la información rutinaria existente en los dos hospitales. Ha generado un listado de 415 grupos estableciendo un perfil de la producción hospitalaria de los dos hospitales, que permite identificar diferencias entre ambos hospitales respecto del manejo de pacientes similares. Luego de analizar estas diferencias y las posibilidades que brinda a la mejora de gestión, hace recomendaciones para avanzar en esta metodología, que permitirá no solo implementar una forma de pago hospitalario, sino también tener evidencias para mejorar el manejo clínico de los asegurados de EsSalud.

El tercer estudio, "La gobernanza y el desempeño de la asociación público-privada en EsSalud: el caso de la red del Hospital Barton. Nota técnica", presenta las asociaciones público-privadas (APP) como una forma de separación de funciones. Asimismo, analiza el desempeño de la APP del Hospital Barton y señala las ventajas sobre la atención tradicional, desde el modelo de atención, la prestación del servicio asistencial, el manejo de los recursos humanos, el abastecimiento y dispensación de medicamentos, y el sistema de información. Revisa también las dificultades que han enfrentado tanto el operador como EsSalud en el seguimiento del contrato para solucionar, o no, las principales controversias halladas en el tiempo de operación que tiene la APP. El estudio termina haciendo recomendaciones para mejorar los futuros contratos de APP.

Entre las principales conclusiones y recomendaciones en esta sección cabe destacar:

a. La utilización de mecanismos de pagos en salud, aprovechando las lecciones aprendidas de la experiencia internacional y en particular en el marco de una compra centralizada y estratégica, puede ser muy útil en la gestión de las transformaciones que debe enfrentar EsSalud.

b. La evaluación de grupos relacionados por diagnóstico puede ser una base adecuada para la toma de decisiones clínicas, control de calidad, manejo de recursos hospitalarios y asignación de recursos por parte de la Iafas entre los diferentes hospitales.

c. La información que se obtiene del análisis de los DRG permite comparar resultados entre los hospitales evaluados, en tiempos de estancia, consumo de recursos y otros, e identificar oportunidades de mejora de la gestión clínica.

d. Es factible extender la estimación de GRD a otros hospitales de EsSalud y se proponen las acciones clave para ello en el documento.

e. En el tiempo que tiene funcionando la APP Barton, ha mostrado mejores resultados en los indicadores de satisfacción de usuario, provisión de medicamentos, atención primaria, emergencias y no embalses quirúrgicos que los observados en las redes de salud propias del seguro social y de igual dimensión.

f. La definición y administración del contrato es muy importante en el manejo de una APP, al igual que es clave la correcta definición de indicadores de seguimiento, que deben ser adecuados a la naturaleza de la operación y poder ser perfectibles. El contrato debe crear los mecanismos adecuados para la revisión de los indicadores.

g. Otros aspectos a mejorar en futuros posibles contratos de APP son la definición de un rol claro del ente supervisor y de mecanismos eficientes de solución de controversias.

Mecanismos de pago de servicios de salud
Nota técnica

Marzo de 2019

EsSalud

El reto de EsSalud es desarrollar e implementar buenos arreglos de gobernanza en la compra estratégica que incluyan un plan de beneficios definidos.

2. Mecanismos de pago de servicios de salud Nota técnica - Marzo de 2019

2.1. Mensajes clave

El diseño de los mecanismos de pagos en EsSalud es tarea pendiente y esencial para el logro de los objetivos de ampliación de cobertura de salud, calidad de los servicios, logro de asignación eficiente de recursos y asignación técnica de los prestadores propios y contratados de terceros. EsSalud ha realizado algunos avances importantes en la contratación de proveedores externos, pero requiere ampliar esas modalidades de pagos, y con ello mejorar su capacidad de seguimiento de la gestión de proveedores contratados, con un análisis de costo-efectividad continuo de los mecanismos de pagos. Por otro lado, el reto de EsSalud es desarrollar e implementar buenos arreglos de gobernanza en la compra estratégica que incluyan un plan de beneficios definidos y una combinación de mecanismos de pago por capitación para las intervenciones de atención primaria, y pagos por productos para aquellas intervenciones de carácter colectivo como son las vacunas, intervenciones de enfermedades crónicas, y experimentar pagos por diagnóstico y grupos relacionados de diagnóstico. Este es un proceso que EsSalud debe desarrollar en los dos años previos a la instalación de una lafas autónoma como parte de un mapa de ruta para la meta de separación de funciones de financiamiento y provisión hacia 2021.

2.2. Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2019), las cuatro funciones principales de un sistema de salud se han definido como: la provisión de servicios, la generación de recursos, la financiación y la gestión. Asimismo, dentro de los **sistemas de financiación de la salud**, se cumplen tres funciones: recaudar fondos suficientes para la salud, mancomunarlos para dispersar los riesgos financieros asociados al pago de la atención, y usar los fondos conseguidos para adquirir y suministrar los servicios de salud deseados.

Recaudar el dinero suficiente para la salud es imprescindible, pero contar con ese dinero no garantizará la cobertura universal (Organización Mundial de la Salud, 2010). En este sentido, el **logro de la eficiencia asignativa** en salud implica la selección adecuada de prestaciones y prestadores que logren mejores resultados en salud para toda la población. La decisión sobre qué prestaciones cubrir debe realizarse mediante el análisis de las necesidades de salud de la población, su perfil epidemiológico y estudios fundamentados. Lo mismo sucede con la definición del modelo de atención más acorde, en el cual importa la elección de los prestadores adecuados, la forma y las condiciones en que son contratados, los mecanismos de pago utilizados, y los controles que puedan ejercerse

sobre los resultados. Todo lo anterior se sostiene en la equidad en el financiamiento y en el acceso a la atención en salud como condiciones de sostenibilidad de los sistemas de salud.

Existen datos fehacientes de que la recaudación de fondos mediante el prepago obligatorio construye el camino más eficiente y equitativo posible hacia la cobertura universal. En los países que se han acercado más a la consecución de la cobertura sanitaria universal, el prepago está estandarizado y se organiza a través de impuestos generales o contribuciones obligatorias al seguro médico (Organización Mundial de la Salud, 2010, p. 97). Informe sobre la salud en el mundo 2010: financiación de los sistemas de salud.

Este es el camino elegido por el Perú a través de EsSalud, que se financia mediante las contribuciones obligatorias.

El sistema de salud peruano, a través de la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, Ley 29344, establece cuatro funciones del sistema:

- **Rectoría**, a cargo del Minsa
- **Supervisión**, a cargo de Susalud
- **Financiamiento**, a cargo de las Iafas
- **Provisión**, a cargo de las Ipress

Del mismo modo, la Ley Marco de Aseguramiento en Salud define a las Iafas en las funciones de aseguramiento, y a las Ipress en las funciones de prestación de servicios de salud. La estructura de EsSalud incluye ambas funciones. La separación de funciones de aseguramiento y prestación en las Iafas públicas ha sido reglamentada a través del Decreto Supremo 010-2016-SA, que estableció un plazo de dos años para su implementación, plazo que fue extendido por dos años adicionales por el Decreto Supremo 003-2018-SA, del 1 de marzo de 2018.

La verificación externa y el monitoreo son claves en la separación de funciones, ya que aseguran que el contrato de compra estratégica de servicios se cumpla tal como se pactó. Para ello, se requiere que la Iafas-EsSalud verifique que las Ipress hayan cumplido con sus acuerdos de entrega de servicios, metas sanitarias y gestión financiera, entre otros.

En este contexto, el presente documento pretende **brindar insumos para el diseño de un proceso de compra estratégica por parte de las Iafas-EsSalud**. De esa forma, los mecanismos de pago a los prestadores contratados deben alinearse con los objetivos institucionales y sistémicos.

2.3. Marco conceptual

2.3.1. Compra estratégica de servicios de salud

La compra estratégica es alinear la asignación de recursos a las necesidades de salud de los asegurados, al desempeño de los prestadores o una combinación de ambos.

El Plan Maestro de EsSalud 2013-2021 identificó la necesidad de nuevos sistemas de pago, debido a que la separación de funciones propuesta por el modelo crearía mercados internos para la compra de servicios y el establecimiento de modalidades de pago basadas en el logro de los objetivos establecidos.

La Iafas es la entidad que recibirá, captará y gestionará los fondos para la cobertura de las atenciones de salud o para ofrecer cobertura de riesgos de salud, bajo cualquier modalidad. Por tanto, hará uso de mecanismos de pago para operacionalizar la compra estratégica de servicios a prestadores públicos y privados. La compra estratégica de servicios de salud resulta en una compra más eficiente, que destina recursos direccionados a aquellas acciones e intervenciones que se consideran más efectivas:

> Los funcionarios del Estado responsables de la compra y/o la contratación tienen que asignar los recursos en función de la rentabilidad, del desempeño y de la información sobre las necesidades de la población. Esto requiere de un buen sistema de información y una gestión y análisis certeros de la información. La evaluación precisa de las necesidades de salud pública, los patrones de distribución del gasto y la rentabilidad de las intervenciones también mejoran la calidad y la eficiencia.
>
> Organización Mundial de la Salud (2010, pág. 100). Informe sobre la salud en el mundo 2010: financiación de los sistemas de salud.

Tabla 56. Para quién, qué, cómo y a quiénes comprar

¿Para quién comprar? Beneficiarios del seguro	¿Qué comprar? Plan de prestaciones aseguradas
Las características de la población asegurada y sus necesidades determinarán diferentes estrategias y opciones de compra, además de las prestaciones que deberán comprarse. Las prestaciones o beneficios de atención de los asegurados no están asociadas a la capacidad de pago o contribución al financiamiento, sino que parten de la mancomunación de fondos, basada en principios de solidaridad, e implican subsidios intergeneracionales y entre ingresos. Por lo tanto, la respuesta de para quién comprar debe focalizarse en las necesidades de atención en salud de la población asegurada, sin considerar sus aportes al financiamiento.	Las necesidades de salud de la población asegurada son la clave para esta decisión. Se debe buscar la mayor cobertura posible y brindar protección financiera a los asegurados. Una clara definición de las prestaciones garantizadas se asocia a la exigibilidad de un derecho para la población, y a su vez promueve la transparencia y una mejor previsibilidad de los gastos. La evaluación de tecnologías sanitarias (ETS) y evaluaciones económicas que fundamenten la incorporación de intervenciones y prevean el impacto presupuestal, son imprescindibles para realizar una asignación más equitativa, eficaz y eficiente de los recursos. Asimismo, es clave considerar la integración y equilibrio entre las acciones y prestaciones de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación. Asimismo, elementos necesarios para definir los planes de beneficios son la recolección y análisis de datos, el diálogo y toma de decisiones participativa (incluyendo organizaciones de la sociedad civil) y el compromiso ciudadano (Organización Mundial de la Salud, 2017).
¿A quién comprar? Prestadores de salud contratados	**¿Cómo comprar?**
La oferta de prestadores del medio, modelos de atención y características de gestión y organización de servicios son determinantes clave del éxito en los resultados buscados. Los prestadores que serán contratados pueden tener diferentes grados de integración en relación con la producción de los servicios que se desean comprar. Los propios mecanismos de compra y pago, así como el control que puede ejercer el comprador sobre los prestadores, pueden incentivar cambios en los modelos de atención, gestión y provisión de servicios. Los mecanismos de habilitación y de acreditación de servicios de salud de prestadores juegan un importante papel para garantizar requerimientos que se consideren imprescindibles. Asimismo, las obligaciones de reporte y publicidad de información e indicadores predefinidos aportan a transparentar el desempeño de los prestadores y la elección por parte del comprador y del usuario.	Esto se determina por las anteriores decisiones respecto a los beneficiarios de la compra, el plan de prestaciones que será contratado y las características de los proveedores involucrados. El desarrollo de una función de compra estratégica requiere definir: mecanismos o formas de pago articulados en un sistema de pagos, contenido y diseño de los contratos o convenios de compra y sistemas de control y monitoreo del cumplimiento de los contratos. Cinco temas principales que deben considerarse en la definición de un proceso de compra estratégica son (Organización Mundial de la Salud, 2017): El diseño del plan de beneficios para la cobertura universal: evidencias, procesos y política. Los sistemas mixtos de pago a proveedores. Alineamiento para incentivos coherentes. El pago por desempeño y resultados: desde esquemas hacia sistemas. Los sistemas de gestión de la información para la compra estratégica. La gobernanza en la compra estratégica.

Fuente: Desafíos de los mecanismos de compra y pago en EsSalud.

2.3.2. Sistemas y mecanismos de pago

Los objetivos estratégicos de los sistemas de salud pueden ser impulsados a través de sistemas de pago adecuados, con incentivos alineados y articulados. Kutzin *et al.* (2016) sostienen que el mecanismo de compra y pago de proveedores es el principal instrumento del sistema de financiamiento de salud para lograr ganancias de eficiencia y conseguir sus objetivos.

La asignación eficiente de los recursos disponibles es a la vez causa y consecuencia del logro de los anteriores objetivos. Cada mecanismo de pago genera diferentes incentivos en los actores involucrados en la transacción; ningún mecanismo ha demostrado ser superior a los otros en todas las circunstancias. El involucramiento de los actores claves del sector afectados por las políticas que se promueven es fundamental para el éxito.

Una clasificación de los mecanismos de pago que interesa destacar refiere a la diferenciación entre pagos prospectivos y retrospectivos. Los pagos prospectivos miran hacia adelante, hacia los resultados esperados, en tanto los pagos retrospectivos tienen en cuenta la experiencia pasada; reconocen el historial de costos, consideran los costos fijos y los planes desarrollados. Asimismo, suelen diferenciarse los mecanismos de pago en función de tres dimensiones:

- Unidad de pago (UDP): el pago puede remunerar al proveedor por hora de trabajo, por acto, por servicio prestado, por persona atendida, por caso, por persona asegurada o por resultado.
- Distribución del riesgo financiero: las necesidades de atención en salud no son totalmente predecibles y existe riesgo. Ese riesgo financiero será mayor para el comprador o para el vendedor dependiendo de la UDP. Cuanto menor o más atomizada la UDP, mayor será el riesgo para el comprador. Sin embargo, pueden establecerse condiciones de pago y controles que disminuyan ese riesgo. Cuanto más agregada la UDP, mayor y más variable será la posibilidad de costos impredecibles, con mayor riesgo financiero para el prestador. En este caso la capacidad de gestión y la posibilidad de desarrollar acciones para disminuir la probabilidad de enfermar de la población asegurada, son herramientas para minimizar el riesgo financiero. A su vez, también son posibles efectos negativos, ya que los proveedores pueden racionar servicios, aumentar los tiempos de espera, o establecer otras barreras al acceso, como forma de disminuir costos.
- Incentivos: los diferentes mecanismos promueven conductas en los prestadores o proveedores. Los intereses de los diferentes actores del sistema inciden en acciones, y las modalidades de pago incentivan conductas. En particular, los proveedores de servicios de salud adoptarán las estrategias más convenientes para maximizar sus ingresos o minimizar sus costos, más allá de las motivaciones que representan los objetivos de maximizar el estado de salud de la población.

Tabla 57. Tipología de mecanismos de pago

Mecanismo de pago	Definición	Ámbito de aplicación	Gestión	Incentivos
Presupuesto global	Asignación prospectiva de un pago fijo a un proveedor para cubrir los costos de un conjunto específico de servicios, en un determinado periodo. Puede basarse en insumos, en productos, o en una combinación de ambos.	Común en el sector público Todos los niveles de atención	Brinda flexibilidad en la asignación de recursos. Requiere mayor capacidad de gestión que el presupuesto por rubro.	Subproducción. Derivación. No incentiva a combinación eficiente de recursos. No incentiva a la generación de sistemas de costos.
Presupuesto por rubro	Asignación prospectiva de partidas específicas para cada rubro de gastos (remuneraciones, medicamentos, otros insumos).		La flexibilidad en la asignación de recursos es menor. Requiere menor capacidad de gestión que el presupuesto global.	
Pago por servicio (Fee For Service, FFS)	Los proveedores reciben un pago retrospectivo por cada servicio prestado. Está basado en productos o en insumos.	Común en el sector privado Más aplicado a nivel hospitalario	Basado en productos: las tarifas se establecen con anterioridad. Es crítica la relación entre costos y tarifas. Basado en insumos: se factura según costos. Todo el riesgo recae en el comprador. Fácil de implementar. Puede promover acceso a poblaciones y programas priorizados.	Sobreproducción. Prestaciones innecesarias. Mayor gasto. Menores insumos si se basa en productos. Puede promover uso de prestaciones más costo efectivas. No incentiva calidad.
Pago por casos o actividad	Pago retrospectivo de un monto fijo por admisión o egreso en los hospitales dependiendo de las características del paciente y/o del servicio.	Nivel hospitalario	Crítica la relación entre costos y tarifas. Generación de Grupos Relacionados de Diagnóstico (GRD) u otras clasificaciones de patologías. Complejidad administrativa: controles y auditorías de casos para corroborar codificaciones.	Mayor eficiencia en uso de recursos hospitalarios. Incentiva sistemas de costos. Promueve estandarización de cuidados. Puede reducir listas de espera. Promueve atención coordinada e integral.
Capitación y pagos amarrados (bundled payments)	Pago prospectivo de un monto fijo para ofrecer un conjunto predeterminado de servicios a cada una de las personas afiliadas al proveedor en un periodo determinado.	Todos los niveles de atención. Más utilizado en primer nivel.	Traslado del riesgo al proveedor. Requiere adecuada estimación de demanda y costos. Ajustes según características demográficas, epidemiológicas y socioeconómicas requieren potentes sistemas de información.	Mayor eficiencia en la combinación de insumos. Promoción y prevención. Promueve atención coordinada e integral. Subproducción. Referencia a otros niveles o ámbitos de atención. Selección de personas de menor riesgo. Promueve estandarización de procesos y continuidad de la atención en el caso de pagos amarrados.
Por desempeño (Pay for Performance, P4P)	Pago retrospectivo contra el cumplimiento de objetivos preestablecidos, asociados al desempeño esperado de los prestadores contratados.	Todos los niveles de atención. Suelen complementar otros mecanismos de pago.	Requiere el desarrollo de sistemas de información para control y monitoreo. Definición crítica de monto según costos o pago adicional.	Calidad. Atención focalizada en prioridades de atención. Promueve cambios en modelos de atención y gestión. Efecto lupa: resta atención a servicios no incentivados en el pago

Fuente: Desafíos de los mecanismos de compra y pago en EsSalud.

Las transformaciones epidemiológicas, el envejecimiento de la población con nuevas y más complejas necesidades de atención y los avances tecnológicos generan presiones de costos y demandas que exigen cambios en las modalidades de asignación de recursos. Los mecanismos de pago tradicionales en los sistemas de salud tienen fortalezas y debilidades ampliamente documentadas en la literatura internacional desde hace ya décadas, con lo cual se ha arribado a un relativo consenso. Sin embargo, los cambios en los diferentes sistemas de salud de los países han sido lentos y erráticos. Las principales causas de este resultado se interrelacionan y son tres:

- Resistencias corporativas, de diferentes grupos de interés que podrían verse perjudicados.
- Deficiencias de los sistemas de información que impiden la aplicación de mecanismos de pago innovadores. El sistema de pagos debe diseñarse considerando como elementos críticos los sistemas y tecnologías de la información que los sustentarán.
- Insuficiente capacidad de rectoría por parte de la autoridad sanitaria o del asegurador/comprador, lo que impide ejercer los controles y sanciones ante incumplimiento de las regulaciones. El ejercicio de una función de compra estratégica implica el desarrollo de potentes sistemas de información, de monitoreo y evaluación, de rendición de cuentas y transparencia.

2.4. El Seguro Social de Salud, EsSalud

La Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud define a EsSalud como una Institución Administradora de Fondos de Aseguramiento en Salud (Iafas), y esta asume funciones de Institución Prestadora de Servicios de Salud (Ipress). En marzo de 2012, EsSalud se registró como Iafas ante Susalud, y en su rol de Iafas pública debe adaptarse a las disposiciones del Decreto Supremo 010-2016-SA. En función de esto, a inicios de 2018 se modificó la estructura orgánica y el texto actualizado y concordado del Reglamento de Organización y Funciones (ROF) de EsSalud, a través del cual la función de aseguramiento o rol de EsSalud como Iafas se asocia con la Gerencia Central de Aseguramiento, mientras que la función de provisión, o rol Ipress, se asocia con las redes asistenciales a nivel nacional.

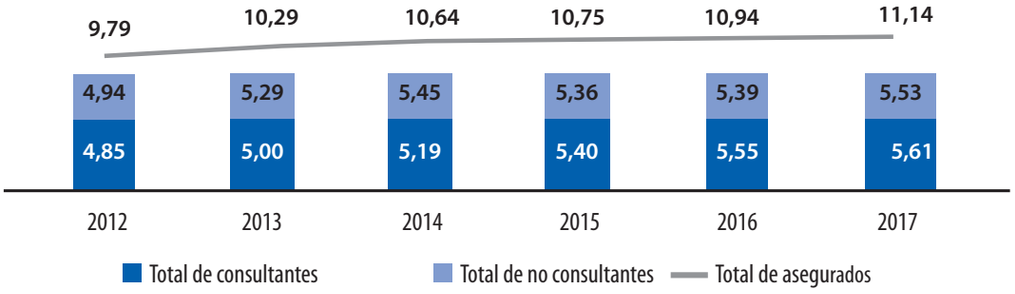
EsSalud es el mayor fondo de aseguramiento en salud del país y a partir de sus ingresos debe brindar cobertura en salud a sus asegurados, a través de sus propios servicios o la contratación de otros prestadores públicos o privados. Actualmente, EsSalud ofrece los siguientes seguros:

- Seguro independiente
- Seguro regular
- Seguro agrario
- Seguro potestativo
- Seguro complementario de trabajo de riesgo
- Seguro de accidentes

2.4.1. ¿Para quién comprar?

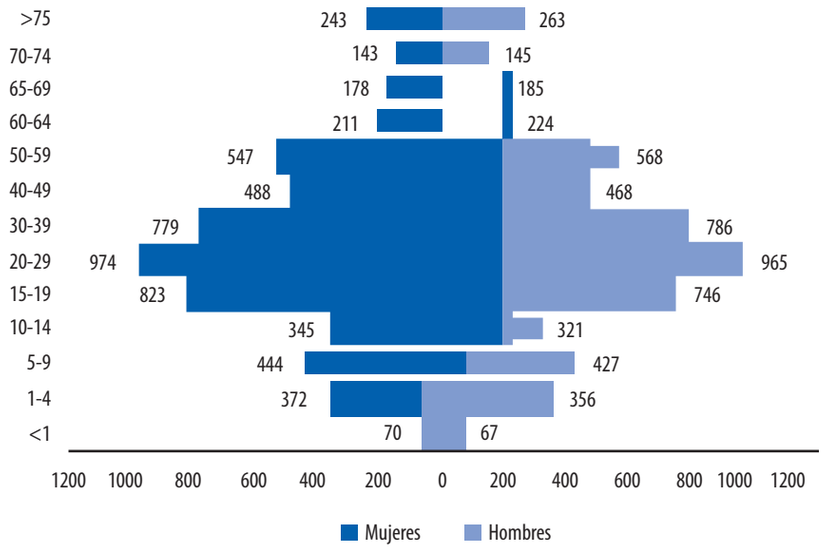
EsSalud cubre a aproximadamente a 11 millones de asegurados, de los cuales el 80% se concentra en las provincias de Lima, Callao, Arequipa, La Libertad, Piura, Lambayeque, Ica, Junín y Cusco. De la población total, el 57% son titulares, mientras que el 43% son derechohabientes. Asimismo, el 92,5% de los asegurados pertenecen al seguro regular, en contraste con el 5,8% que pertenecen al seguro agrario (EsSalud, 2017).

Figura 85. Población asegurada y consultante de EsSalud, 2012-2017 (millones de personas)



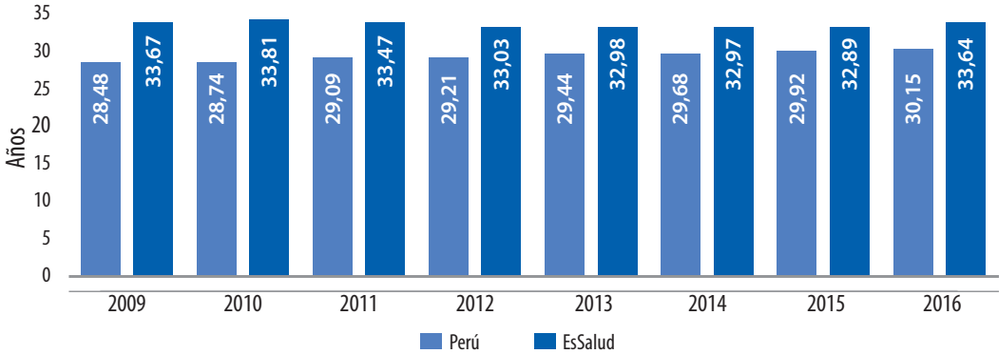
Fuente: Plan Estratégico de Inversiones de EsSalud (2019-2021), con datos de EsSalud.

Figura 86. Pirámide poblacional de asegurados, 2017 (miles de personas)



Fuente: Plan Estratégico de Inversiones de EsSalud (2019-2021), con datos de EsSalud

Figura 87. Comparación en la edad promedio de la población del Perú y la de EsSalud (2009-2016)



Fuente: Estudio de Sostenibilidad Financiera

Las personas aseguradas en EsSalud presentan un perfil envejecido en comparación con el perfil de la población peruana.

La población asegurada se adscribe a los centros de salud de menor complejidad. En 2016 el 59% de los asegurados estaban adscritos al nivel I y el 41% al nivel II. Para la hospitalización se los refiere a hospitales de mayor complejidad: hospitales nacionales y hospitales IV (EsSalud, 2017). Asimismo, la población asegurada está distribuida en 29 redes asistenciales. Las redes Rebagliati, Sabogal y Almenara concentran la mayor cantidad de asegurados a nivel nacional. En conjunto, atienden al 47,3% del total de asegurados de la institución. En las regiones, las redes con mayor población asegurada son Arequipa, La Libertad, Piura, Lambayeque e Ica.

Tabla 58. Población asegurada por red asistencial, 2017 (miles de personas)

Red	2017	%
Red Asistencial Rebagliati	1919	17,2%
Red Asistencial Sabogal	1774	15,9%
Red Asistencial Almenara	1588	14,2%
Red Asistencial Arequipa	652	5,9%
Red Asistencial La Libertad	643	5,8%
Red Asistencial Piura	623	5,6%
Red Asistencial Lambayeque	590	5,3%
Red Asistencial Ica	460	4,1%
Red Asistencial Junín	365	3,3%
Red Asistencial Cusco	332	3,0%
Red Asistencial Loreto	234	2,1%
Red Asistencial Áncash	221	2,0%
Red Asistencial Cajamarca	180	1,6%
Red Asistencial Huánuco	166	1,5%
Red Asistencial Ucayali	138	1,2%
Red Asistencial Juliaca	138	1,2%
Red Asistencial Tacna	119	1,1%
Red Asistencial Ayacucho	110	1,0%
Red Asistencial Tarapoto	108	1,0%
Red Asistencial Huaraz	107	1,0%
Red Asistencial Puno	99	0,9%
Red Asistencial Pasco	95	0,9%
Red Asistencial Moquegua	94	0,8%

Red	2017	%
Red Asistencial Apurímac	83	0,7%
Red Asistencial Huancavelica	80	0,7%
Red Asistencial Amazonas	69	0,6%
Red Asistencial Tumbes	69	0,6%
Red Asistencial Moyobamba	51	0,5%
Red Asistencial Madre de Dios	36	0,3%
Total nacional	11 142	100%

Fuente: Plan Estratégico de Inversiones de EsSalud (2019-2021), con datos de EsSalud.

2.4.2. ¿Qué comprar? el plan especifico de EsSalud

Las Iafas deben ofrecer, como mínimo, el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS) a sus asegurados, pero también pueden ofrecer planes complementarios, siempre que no condicionen la cobertura del PEAS para contratar la cobertura adicional.

Si bien lo mínimo que debe ofertarse en un plan de salud es el PEAS, la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud señala, en su artículo 18, que "Los planes de aseguramiento en de las Fuerzas Armadas y de la Sanidad de la Policía Nacional del Perú que posean mejores condiciones que el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS) se mantienen vigentes para los nuevos afiliados a dichas instituciones de acuerdo con la normativa aplicable a cada caso". Es decir, EsSalud no puede reducir los servicios de salud que brindaba a sus asegurados antes de la dación de la ley

2.4.3. ¿A quién comprar?

La Ley 29344 establece que las Iafas deben garantizar el acceso al PEAS para sus asegurados a través de infraestructura propia o contratada a las Ipress registradas en Susalud.

- **Proveedor EsSalud:** de acuerdo con el Minsa (boletín *Salud y Economía* Nro. 2), al actualizar las Cuentas Nacionales de Salud 2013-2014. EsSalud representó el 21.,2% del gasto total en proveedores de salud en 2014. Para ello, EsSalud cuenta con un total de 400 establecimientos de salud de diferentes niveles de complejidad en todo el país, de los cuales 387 son propios y 13 son extrainstitucionales[18].
- **La oferta de servicios extrainstitucional:** es definida como el conjunto de unidades operativas de servicios de salud cuyo principal proveedor de servicios de salud no es EsSalud. Incluye a establecimientos

18 Información a marzo de 2018. Gerencial Central de Planeamiento y Presupuesto de EsSalud (2018). Plan Operativo Institucional 2018. Recuperado de http://www.essalud.gob.pe/estadistica- institucional/. Esta cifra incluye la oferta extrainstitucional, que cuenta con 13 establecimientos de salud (dos de II nivel y 11 de I nivel).

de salud de entidades públicas (municipalidad, Minsa, Sanidad de las Fuerzas Armadas y Policiales u otros) y de proveedores privados (establecimientos de salud administrados por terceros, APP, PAAD, UBAP, entre otros). Las condiciones de operatividad son establecidas en el convenio o contrato suscrito por EsSalud con la entidad pública o entidad privada, respectivamente.

- EsSalud contrata actualmente atención con Unidades Básicas de Atención Primaria (UBAP), 10 Ipress y dos APP, que comprenden cuatro establecimientos de salud, como oferta extrainstitucional. Incluye la compra de servicios a Ipress privadas, fundamentalmente en el primer nivel de atención y en las áreas de Lima y Callao.

2.4.4. ¿Cómo comprar?

En 2018, el total de gastos en prestaciones de salud efectivizado a través de la red asistencial propia de EsSalud fue S/ 11 399 millones. Por su parte, EsSalud contrató servicios de terceros en la prestación de servicios (ver tablas 59 y 60) por un aproximado de S/ 282 millones. En este marco, se requiere establecer un contrato marco que sirva para prestadores.

Asignación presupuestal de EsSalud

La asignación de recursos a su propia red de servicios realizada por EsSalud está evolucionando desde el uso de un criterio histórico, y por partidas, hacia un modelo de gestión basado en resultados. La asignación de recursos con base histórica no consideraba los resultados obtenidos por las redes, por lo que cual no existían incentivos para mejorar la producción.

- Luego de 2008 se comenzaron a utilizar diferentes modalidades de pago, tanto para los servicios propios como para contratar la oferta extrainstitucional (UBAP, APP y médicos de familia). Se comienza a desarrollar la función de compra de servicios, buscando promover mejores resultados, fijando metas y estándares que condicionan la asignación de recursos.
- Hasta 2016 se firmaron acuerdos de gestión con las redes asistenciales de EsSalud asociados a actividad, que luego no se continuaron, y de los cuales resultaría de interés evaluar sus contenidos y las razones por las que se suspendió su aplicación.
- En 2016, se establecieron "bonos por productividad" para el personal de los centros asistenciales, a través de la fijación de metas de producción, cuyo cumplimiento habilita un pago adicional. Se aplicaba a las principales actividades asistenciales de los servicios finales de salud: consulta externa, cirugías, hospitalizaciones, procedimientos de diagnóstico, radiografías, laboratorio, controles de enfermería, obstetricia, nutrición, servicio social, atenciones odontológicas y sesiones de fisioterapia. El bono podía alcanzar hasta el 15% de su remuneración, si se cumplía con sus objetivos para una mayor cobertura con calidad y mejor atención a los asegurados.
- El pago por daño resuelto es otra de las modalidades de asignación de recursos propuesto por EsSalud para el segundo y el tercer nivel de atención. Se realiza un pago al personal del equipo de salud asociado a la atención integral relacionada con un diagnóstico. El caso debe resolverse en todas sus etapas y requerimientos colaterales.

¿Mediante qué mecanismos se asignan los recursos financieros a los establecimientos de salud?

En la fase de formulación presupuestal, la Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto, en el marco de los ingresos de la institución proyectados para el año, elabora la propuesta de desagregación de los egresos operativos y de capital, considerando referencialmente la información presentada por las dependencias de la institución. La referida desagregación de gastos prioriza, en primer orden, los gastos ineludibles y obligatorios, así como la compra de los otros bienes y servicios complementarios que garantizan la operatividad de los establecimientos asistenciales y de las dependencias de la sede administrativa. Igualmente evalúa la viabilidad de las propuestas que implican nuevos gastos de acuerdo con la prioridad del objetivo y de la política institucional. Posteriormente, continúa el tramite respectivo hasta su aprobación final, según normatividad vigente.

En cuanto a la Red Prestacional de EsSalud, la Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto (GCPP) realiza la propuesta de la asignación de recursos presupuestales hasta el nivel de órganos desconcentrados (redes asistenciales, redes prestacionales, centro e instituto especializado), que es formalizada con resolución de gerencia general. Para 2018, la Resolución 1145-GG-EsSalud-2018 estableció el presupuesto a nivel desagregado por fondos y dependencia y se otorga a la GCPP la potestad de modificación interna entre partidas. De un total de S/ 11 216 millones de egresos, S/ 8399,9 millones corresponden a gastos de las redes asistenciales y S/ 1530,7 millones a gastos de programas centrales por encargo (fondo de salud y fondo agrario).

Pago por cápita y por desempeño a las UBAP e Ipress del primer nivel

EsSalud realiza pagos capitados, pero su incidencia en el total de gastos es muy reducida. Esta cápita se paga el 70% como prepago y el 30% por desempeño.

- La organización del modelo UBAP. Las UBAP pueden ser propias o externas, y en este último caso funcionan bajo una modalidad de contrato. En este modelo, se debe ofrecer un paquete de prestaciones denominado "cartera de complejidad creciente". Las citas deben estar disponibles en 24 horas para consultas generales y hasta 48 horas para especialidades. El sistema de pago a las UBAP consiste en una cápita por cada adscrito, que incluiría el 100% del costo. El cálculo de la cápita con base anual es realizado por EsSalud y el 75% del pago se realiza mensualmente. Adicionalmente, se incluye un pago por desempeño en base al monitoreo de un conjunto de indicadores (10) definidos como de impacto para los resultados sanitarios buscados. El 25% restante del pago se realiza de modo condicionado al cumplimiento de los indicadores (Videnza Consultores, 2017).

EsSalud publica en su página web los contratos y convenios realizados con las Ipress. Se presentan cuatro categorías:

- Contratos de paquetes quirúrgicos (20): especifican los servicios contratados según su codificación por CIE-10 y denominación de procedimientos Current Procedural Terminology (CPT) asociado. Los términos de referencia establecen los mecanismos de pago, tarifas y otras condiciones acordadas.

- Contratos de Ipress del primer nivel (13)
- Contratos de otros servicios (23)
- Convenios (30)

Los términos de referencia para el contrato (TDR) de la Ipress del primer nivel establecen que el mecanismo de pago es el pago capitado y la tarifa per cápita se establece mensualmente, según el porcentaje del grupo etario de 30 años o más asignado. Se aplican los siguientes criterios[19]:

Para p = proporción de población de 30 años y más

Si	**p ≥ 70%,**	**la tarifa referencial per cápita es S/ 225,00**
Si	**50% ≤ p < 70%,**	**la tarifa referencial per cápita es S/ 215,00**
Si	**p < 50%,**	**la tarifa referencial per cápita es S/ 208,00**

Se establece que el pago por capitación es único e incluye todas las prestaciones de salud de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación de acuerdo con la Cartera de Prestaciones de Salud de Complejidad Creciente vigente. Además, la Ipress asume los costos de compra, almacenamiento y dispensación de los medicamentos prescritos a los asegurados.

Diferentes fuentes consultadas refieren que hay casos en que el porcentaje del pago que se realiza como capitación prepaga, y el destinado al pago contra desempeño, son diferentes. Las estimaciones se basarían en datos de utilización de un conjunto reducido de productos disponibles para distintos tramos de edad de la población beneficiaria. A partir de los costos promedio de los productos se calculan luego las diferentes cápitas. Sin embargo, a pesar de disponer de valores estimados diferenciados según características demográficas, para el pago se utilizaría un valor único que surge como promedio de los costos totales al aplicar cada cápita a la población de referencia. En caso de estar utilizando este criterio, pagando un mismo valor promedio para todos los contratos o convenios, las asignaciones totales de recursos no resultarían eficientes ni equitativas, generando incentivos a la selección de riesgos.

Resulta muy valiosa la experiencia de pago por desempeño, pero no estaría actuando como un pago adicional, y por lo tanto como un incentivo, sino como una sanción, ya que en caso de no cumplimiento no se cobrará el 100% del costo. Igualmente sería necesario conocer la metodología de estimación de costos esperados subyacente en el cálculo de la cápita, de modo que puede valorar adecuadamente el sentido de los incentivos. Asimismo el costo involucrado en el cumplimiento de los indicadores de desempeño es otro elemento que debe considerarse en la evaluación. Es importante aplicar una visión global en la evaluación de los impactos e incentivos, ya que el foco que ponen los pagos por desempeño, o "efecto lupa", puede resultar en el deterioro de la calidad o el racionamiento de algunos servicios o prestaciones que no se encuentran priorizados.

Sistemas de costos

EsSalud está implementando su sistema de costos, tratando de unificar los diferentes sistemas disponibles. Ha desarrollado un manual de procedimientos de costeo a nivel de productos y se ha avanzado en aproximadamente 280 de ellos. La implementación del sistema de costos ha avanzado muy lentamente, y en 2017 se reportaba solo la realización de un piloto en el Hospital Nacional Almenara. La asistencia técnica para su implementación se realizó en 12 redes asistenciales.

19 La referencia es la Carta 4982-GCF-ESSALUD de 2014.

El informe actuarial de la OIT de 2016 plantea que los costos están disponibles a nivel agregado y para cinco productos: consultas médicas, hospitalizaciones, emergencias, intervenciones quirúrgicas, hemodiálisis. Se calculan costos medios para todos los tipos de seguros, pese a que solo ofrecen diferentes prestaciones y tienen diferentes presupuestos.

La institución posee datos de utilización de productos por tramos de edad y sexo, con lo cual se podría ajustar los costos por estas variables para obtener valores diferenciales según los riesgos asociados a esas características. Los mayores costos asociados, por ejemplo, a los asegurados potestativos, se correlacionan claramente con una población más envejecida y con mayor utilización. La disponibilidad de datos sobre utilización y costos para los distintos grupos de población definidos, asociados a la cartera de servicios de atención primaria, y a cada una de las redes asistenciales, resulta un punto de partida posible para simular escenarios de asignación más eficiente de los recursos en el primer nivel de atención.

Se reafirma la necesidad de sistemas de costos integrados, y del desarrollo de la contabilidad de costos, para mejorar la asignación de recursos, pero también la posibilidad de hacer un mejor uso de la información disponible para rediseñar los mecanismos de pago y definir las necesidades de información, planificando su evolución. En particular, es posible mejorar la calidad de la información asistencial disponible y estandarizar los datos reportados.

Contratos con Ipress extrainstitucionales

EsSalud ha llevado a cabo una serie de contratos de servicios con prestaciones médicas con entidades privadas. El monto y la cobertura involucrada es todavía reducido, y se vienen acumulando importantes experiencias en el diseño de contratos, y el seguimiento y monitoreo de resultados. Queda pendiente el aprendizaje de las buenas prácticas de las Ipress extrainstitucionales en las Ipress institucionales, principalmente en los centros de salud de nivel 3. En la tabla 58 se ilustra las características de pagos a la APP Callao y Villa Maria del Triunfo (VMP), y en la tabla 59 se aprecia la lista de pagos capitados a Ipress extrainstitucionales de primer nivel.

EsSalud cuenta, por tanto, con una experiencia de uso de capitas con varias entidades privadas a nivel de atención primaria. Un análisis exhaustivo de costo-efectividad de estas actividades es necesario para mejorar los contratos y ajustar el valor de capitas y el paquete de servicios involucrado, y con ello garantizar más valor por dinero, en cuanto a mayor cobertura, calidad y reducción de costos unitarios de los servicios en el tiempo.

Tabla 59. Ejecución de Alianza-Pública-Privada (APP) (millones de soles)

Alianza público-privada	2017	2018	Población asegurada
Costo de Operación APP Callao	286,89	297,24	250 000
Costo de Operación APP- VMT	286,89	297,19	250 000

Fuente: Plan Estratégico de Inversiones de EsSalud (2019-2021), con datos de EsSalud.

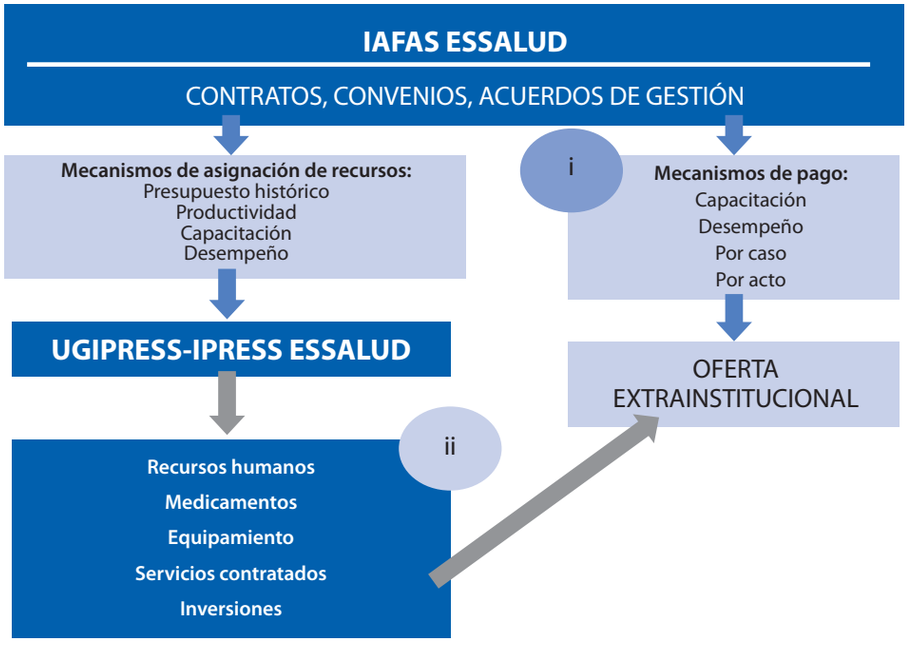
Tabla 60. Pagos capitados a Ipress extrainstitucionales

Red	Ipress extrainstitucionales de 1er nivel	2017	2018	Cápita (soles)	Población promedio	% pago mensual	% pago trimestral
Almenara	Hogar Clínica San Juan de Dios	✓	✓	2015,00	76 716	75,00 %	25,00 %
Almenara	Clínica San Miguel Arcángel S. A. C.	✓	✓	208,00	47 977	75,00 %	25,00 %
Almenara	Consorcio Asociacion Red Innova-Cerrada (Gamarra)	✓	✓	215,00	54 666	75,00 %	25,00 %
Almenara	Consorcio Asociacion Red Innova- Health Services & Information System S. A. C. (Zarate)	✓	✓	215,00	58 959	75,00 %	25,00 %
Rebagliati	Red Salud S. A. C. (Jesús María)	✓	✓	225,00	45 829	75,00 %	25,00 %
Rebagliati	Servicio de Medicinas Provida (Magdalena)	✓	✓	225,00	54 185	75,00 %	25,00 %
Rebagliati	Soluciones Médico Quirúrgico del Perú	✓	✓	215,00	33 395	75,00 %	25,00 %
Rebagliati	Suiza Lab S. A. C.	✓	✓	225,00	36 826	75,00 %	25,00 %
Rebagliati	Gestgores Médicos Sociedad	✓	✓	215,00	35 057	75,00 %	25,00 %
Sabogal	Medical Images S. A. C.	✓		215,00	48 668	75,00 %	25,00 %
Sabogal	Clínica San Bartolomé (Huacho) Insanor	✓	✓	215,00	41 458	75,00 %	25,00 %
Sabogal	Clínica Universitaria S. A. C.	✓		215,00	56 035	75,00 %	25,00 %
Piura	Hospital Privado del Perú S. A. C. (Piura)	✓	✓	198,26	26 100	75,00 %	25,00 %

Fuente: Plan Estratégico de Inversiones de EsSalud (2019-2021), con datos de EsSalud.

2.5. Perspectivas de compra estratégica para EsSalud

Figura 88. Separación de funciones de aseguramiento y provisión, y diferentes niveles de compra/contratación



Fuente: Desafíos de los mecanismos de compra y pago en EsSalud.

La separación de funciones de EsSalud implica diferenciar dos niveles de compra o contratación:

a. Iafas EsSalud contrata prestadores, Ipress, que deberán brindar cobertura en salud de mayor o menor integralidad definidos en los contratos o convenios.

b. Ipress EsSalud, al igual que otras Ipress contratadas por la Iafas EsSalud, gestiona los recursos asignados para la producción de los servicios contratados. Y, según acuerdo con la Iafas, podría contratar servicios de salud a otras Ipress en condiciones acotadas

Los pagos de EsSalud a prestadores

La relación actual de EsSalud con su red de prestadores de salud se asocia a mecanismos de asignación de recursos, a través de asignaciones presupuestales vinculadas al desempeño histórico, y a metas de actividad, con algunas innovaciones en mecanismos de pago capitados y pagos por desempeño en el primer nivel de atención. La gradualidad en el proceso es importante para considerar las restricciones presupuestarias, además de considerar elementos de economía política interna y externa vinculados a resistencias de diversos actores involucrados.

El pago capitado, por otra parte, traslada un mayor riesgo al proveedor, y ha sido utilizado por EsSalud con Ipress externas en el primer nivel de atención. Se propone el uso de capitación no solo para intervenciones del primer nivel de atención, sino también su uso a otras condiciones que requieren atención del segundo nivel, pero que son frecuentes y requieren de continuidad de atención entre los distintos niveles, como el seguimiento de condiciones crónicas.

Este proceso de asignación debe modificarse y operacionalizar un sistema de pagos capitados a nivel I y II, y pagos por casos, pagos por servicios específicos a nivel III de los establecimientos. Las cápitas serán ajustadas por edad y sexo por los beneficiarios de EsSalud. El estudio actuarial debe dar la pauta a ser utilizada para el valor del cápita a nivel I y II.

Se podría incorporar otras redes de salud de manera gradual con contratos anuales sujeto a los mismos productos y resultados sanitarios que las APP, especialmente los indicadores de cobertura, satisfacción de usuarios, tiempos de espera quirúrgicos, tiempo de entrega de resultados de laboratorios, y acceso a medicamentos. La meta sería combinar en los primeros dos años cápitas con presupuesto por partidas y en el tercer año de implementación moverse completamente a capitas y a otras modalidades de pagos en el nivel III (GRD, por caso y por acto).

EsSalud debería iniciar en el Hospital Rebagliati y el Hospital Almenara el uso de Grupos Relacionados por Diagnósticos (GRD) de manera gradual, en grupos reconocidos y fácil de aplicar. Los resultados del estudio del Banco Mundial sobre GRD (2018)[20] indican que es técnicamente factible generar GRD con el uso de la información rutinaria existente en los dos hospitales, ya que la información necesaria para el agrupamiento es producida regularmente. Sin embargo, hay necesidad de efectuar algunas modificaciones asociadas a la codificación de variables, en particular los procedimientos médicos, y se recomienda el uso del reciente Catálogo del Ministerio de Salud, basado en el CPT 2014 (Current Procedural Terminology, por sus siglas en Inglés). Entre otras recomendaciones para implementar eficazmente GRD, es necesario acelerar la modernización del sistema de información hospitalaria y establecer incentivos claros que permitan asegurar un estándar aceptable de calidad de los datos. Estas medidas son factibles en particular porque el estudio muestra que los funcionarios de la Alta Dirección de EsSalud tienen interés en la implementación e institucionalización de los GRD como instrumento de mejora del desempeño de la atención hospitalaria. Esto requiere, por tanto, la definición de un plan de acción de corto plazo para su implementación gradual, empezando con algunos grupos en 2020.

Finalmente, la Iafas-EsSalud podría también llevar a cabo pagos de incentivos a las Ugipress especializadas cuyas Ipress logren ciertas metas acordadas en términos de metas sanitarias, de cobertura de intervenciones de carácter público (como las vacunaciones), calidad, protección financiera, abastecimiento de medicamentos, reducción de espera de cirugías, entre otros.

La definición de la unidad de pago condiciona las posibles modalidades de pago. Cuanto más atomizada sea, como en algunos casos de pago por servicio, mayor será el riesgo asumido por la Iafas compradora. Sin embargo, para algunos servicios complejos y prestaciones poco frecuentes, así como para acceder a determinadas tecnologías, pagos por servicios o GRD puede resultar el método adecuado.

En general, las definiciones institucionales que se asuman en el proceso de separación de funciones determinarán las posibles formas de contratación a la Ipress-EsSalud. En particular, la gradualidad del proceso podrá implicar

20 Banco Mundial (2019). Generación y análisis de Grupos Relacionados por Diagnostico (GRD) en hospitales seleccionados de EsSalud.

también diferentes etapas en la adopción de nuevos mecanismos de pago, y en el grado de descentralización de la gestión de las diferentes redes.

Una unidad especializada en la Iafas deberá ser la responsable de la definición de las cápitas y valores de los mecanismos de pagos a usar.

Sistemas y tecnologías de la información

Los sistemas de información, la disponibilidad de datos, la estandarización de codificaciones y clasificaciones, y la extensión en el uso de tecnologías de información, constituyen elementos críticos, tanto para la implementación exitosa de mecanismos los de pago, como para el necesario monitoreo. En este último sentido, algunos mecanismos resultan más exigentes en la calidad de los datos y capacidades institucionales de control, tanto para el comprador como para el proveedor. También en este caso es preciso realizar un análisis exhaustivo de estas capacidades y sus posibles desarrollos.

Necesidad de diagnóstico de actuales mecanismos de compra

La definición de un sistema de pagos articulado que determine una compra estratégica de la Iafas-EsSalud debe tomar como insumo un diagnóstico minucioso de los actuales mecanismos de asignación de recursos, así como las modalidades de compra y pago utilizados. El análisis debe incluir la evaluación de los incentivos que se están generando, y su aporte al logro de los objetivos sanitarios, de acceso y cobertura definidos por el seguro.

Sobre la base de una definición clara de las necesidades de atención en salud de la población asegurada, es posible priorizar aquellos problemas y objetivos que se considera viable impulsar e incentivar a través de los mecanismos de contratación y pago de servicios.

El desarrollo de la función estratégica de contratación de servicios en el primer nivel de atención a las Ipress (institucionales y no institucionales) requiere definir requisitos precisos de infraestructura, equipamiento, capacitación de recursos humanos en la prestación y gestión, cartera de servicios e indicadores. Será preciso también una evaluación continua de las condiciones establecidas en los contratos con los prestadores, que sean verificadas, e identificar los cambios necesarios.

2.6. Conclusiones

Las experiencias internacionales de innovación de los mecanismos de pagos en salud, en particular en el marco de una compra centralizada y estratégica, pueden servir de insumo para el diseño de las transformaciones que EsSalud debe enfrentar. Es un reto difícil, pero no imposible. Diversos países de ingresos similares lo vienen implementando con bastante éxito. El caso de Uruguay es importante de seguir, así como el caso del Fonasa en Chile (ver anexo).

Las reformas de los sistemas de pago hospitalarios a nivel internacional muestran una evolución inicial (décadas de 1990 y 2000), desde pagos por servicio (FFS) hacia mecanismos basados en volumen o actividad a nivel hospitalario. Los GRD son un ejemplo de estos cambios y pueden ser adoptados en los hospitales nacionales de EsSalud de manera gradual. Se requiere definir un plazo de inicio y término, y un compromiso de la alta gerencia de los hospitales para llevarla a cabo como parte esencial de las metas de gestión. Posteriormente, se impulsaron los modelos de pago basados en valor, básicamente pagos por desempeño (P4P), que requieren la definición de resultados esperados medibles que condicionan los desembolsos. Por último, y más recientemente, los modelos mixtos o combinación de modalidades de asignación de recursos han sido el principal desafío de las innovaciones observadas. Esta es una opción interesante que puede aplicarse en las redes de salud sujeta a un grupo pequeño (no más de 10) de indicadores sanitarios asociados a pagos por productos como cobertura de vacunas, prestaciones de enfermedades crónicas entre otros.

EsSalud, desde una modalidad de pago por presupuesto histórico, ha avanzado en la implementación de pagos por actividad y por caso, que, aunque incipientes, muestran posibilidades de desarrollo que deben atarse a la mejora de los sistemas de información. A su vez, se propone el uso de modelos de pago por desempeño en intervenciones de alta complejidad junto al pago por capitación a un paquete de intervenciones de atención primaria.

Los pagos por desempeño son utilizados en la mayoría de los países de la OCDE y existen también diversos ejemplos en sistemas de salud de América Latina. Típicamente se aplica este mecanismo en el primer nivel de atención, aunque también existen ejemplos a nivel hospitalario. En el primer nivel de atención se destaca su uso en Canadá para el pago a los médicos de familia asociado a indicadores de proceso y focalizados, tanto en resultados a nivel de los pacientes individuales como del total de la población a cargo. Esta es un proceso fácilmente replicable en EsSalud. En Portugal se promueve el trabajo multidisciplinario a través de los P4P.

En el caso de Noruega, se destaca su uso en el segundo nivel de atención buscando mejorar calidad y resultados. En Uruguay, los pagos por desempeño se focalizaron en un inicio en el primer nivel de atención, promoviendo controles en salud durante las distintas etapas de la vida a través de un médico de referencia, luego se incorporó el incentivo al cambio de productividad de trabajo médico, y más recientemente se promueven también acciones a nivel hospitalario, y la capacitación de los trabajadores de la salud. Es posible profundizar en estas experiencias, considerando los problemas priorizados por EsSalud, y las necesidades y viabilidad de incentivos económicos a nivel de establecimientos.

2.7. Referencias

EsSalud (2016). Glosario de términos de la seguridad social. Recuperado de http://www.essalud.gob.pe/transparencia/pdf/GLOSARIO_06052016.pdf

EsSalud (junio de 2017). Plan Operativo Institucional 2017. Recuperado de http://www.essalud.gob.pe/transparencia/poi/POIDESAGREGADO2017.pdf

Kutzin, J.; Yip, W. & Cashin, C. (2016). Alternative Financing Strategies for Universal Health Coverage. World Scientific Handbook of Global Health Economics and Public Policy. Recuperado de https://www.worldscientific.com/doi/abs/10.1142/9789813140493_0005

Ministerio de Salud. (2015). Cuentas nacionales de Salud en Perú: estimaciones 2013 y 2014. *Salud y Economía*, 2. Recuperado de http://www.orasconhu.org/case/sites/default/files/Bolet%C3%ADn%20N%C2%B0%202%20Salud%20y%20Econom%C3%ADa%20-%20Per%C3%BA%202015.pdf

Organización Mundial de la Salud (2010). Informe sobre la salud en el mundo 2010. Financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal. Recuperado de https://www.who.int/whr/2010/es/

Organización Mundial de la Salud (2017). Strategic Purchasing for Universal Health Coverage: Unlocking the Potential - Global Meeting Summaty and Key Messages. Recuperado de https://www.who.int/health_financing/events/strategic-purchasing-meeting-2017-report.pdf?ua=1

Organización Mundial de la Salud (2019). Financiación de los sistemas de salud. Recuperado de https://www.who.int/healthsystems/topics/financing/es/

Superintendencia Nacional de Salud (18 de julio de 2018). La separación de funciones en el marco del proceso de aseguramiento en salud en el Perú. Seminario-Taller Internacional "EsSalud hacia el 2021: Retos y oportunidades". Lima, Perú.

Videnza Consultores. (2017). Sistemas de pago para atención primaria para el Seguro Integral de Salud.

2.8. Anexo

Tabla 61. Principales mecanismos de pago en países seleccionados

Mecanismo de pago				
País	**Financiamiento (aseguramiento)**	**Proveedor**	**Atención primaria**	**Hospitales**
Chile	Público, Fonasa	Público	Cápitas Por servicio, Pago Prospectivo por Prestación (PPP) Presupuesto global y por partida	Presupuesto global y por partida, Programa de Prestaciones Institucionales (PPI) Por servicio, Programa de Prestaciones Valoradas (PPV)
			Privado	Por Servicio por Caso (PPV)
	Privado, Isapres	Privado	Por servicio	Por servicio
Uruguay	Público, SNS-Fonasa	Público	Cápitas Por desempeño	
		Privado		
	Público, otros	Público	Presupuesto por partidas	
	Privados		Cápitas Por desempeño	
Colombia	Público, Regímenes contributivo y subsidiado, EPS públicas y privadas	IPS públicas y privadas	Capitación (UPC) Pago de compensación ex post, Cuenta de Alto Costo (CAC)	
Brasil	Público (SUS)	Público	Presupuesto Por actividad/ producción	Presupuesto procedimiento Por desempeño
		Privado	Por actividad/ producción	Por procedimiento: Autorizaciones de Internación Hospitalaria (AIH)
	Privado	Privado	Pago por servicio	
Reino Unido	Público	Público	Por paciente Por servicio Por desempeño	Por caso Por servicio
		Privado		

Fuente: Elaboración propia.

Generación y análisis de grupos relacionados por diagnóstico (HRG) en hospitales seleccionados de EsSalud

Febrero de 2019

EsSalud

Es necesario acelerar la modernización del sistema de información hospitalaria y establecer incentivos claros que permitan asegurar un estándar aceptable de calidad de los datos.

3. Generación y análisis de grupos relacionados por diagnóstico (HRG) en hospitales seleccionados de EsSalud. - Febrero de 2019

3.1. Resumen ejecutivo

Este estudio exploratorio ha buscado responder tres preguntas:

- ¿Es posible generar Grupos Relacionados por Diagnósticos (HRG en este estudio) con la información rutinaria disponible del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen (HNGAI) y el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins (HNERM)?
- ¿Qué áreas de mejora son identificables a partir de un primer análisis exploratorio del perfil y el comportamiento los HRG del HNGAI y el HNERM?
- ¿Es de interés y utilidad para los gerentes de EsSalud contar con información por HRG?

Nuestra conclusión respecto de la primera pregunta es que es técnicamente factible generar HRG utilizando la información rutinaria existente en los dos hospitales, puesto que la información necesaria para el agrupamiento es producida regularmente. Sin embargo, hay necesidad de efectuar algunas modificaciones asociadas a la codificación de variables, en particular los procedimientos médicos; se recomienda que se haga del reciente Catálogo Minsa, basado en la CPT 2014. Asimismo, es necesario acelerar la modernización del sistema de información hospitalaria y establecer incentivos claros que permitan asegurar un estándar aceptable de calidad de los datos.

En relación con la segunda interrogante, en el transcurso de este breve estudio se ha observado que los funcionarios de la Alta Dirección de EsSalud han mostrado interés en la implementación e institucionalización de los HRG como instrumento de mejora del desempeño de la atención hospitalaria. Asimismo, hemos percibido una disposición a seguir explorando su uso como base para la asignación de recursos.

Respecto a lo que nos dice la información por HRG, el análisis exploratorio efectuado ha buscado establecer un perfil de la producción hospitalaria de los dos hospitales. No pretende brindar un análisis exhaustivo de la información contenida en la base de datos creada para este fin. Recomendamos que se propicie la explotación de la base de datos para el análisis y para delinear acciones concretas de mejora.

3.1.1. ¿Qué se produce?

La metodología de agrupamiento por HRG a la base de datos de HNGAI y HNERM ha generado un listado de 415 grupos. Cada grupo representa un paquete de servicios hospitalarios que están involucrados en el tratamiento de cada uno de los casos que pertenecen a ese grupo. En lugar de manipular catálogos voluminosos de diagnósticos y procedimientos, los clínicos, gerentes hospitalarios y administradores de servicios de salud pueden trabajar

con un conjunto de grupos de mezcla de casos compacto, pero al mismo tiempo exhaustivo y clínicamente consistente. Los ítems de esta lista —es decir, los HRG— representan una base adecuada para la toma de decisiones clínicas, control de calidad, manejo de recursos hospitalarios y asignación de recursos por parte de la entidad financiera entre los diferentes hospitales.

El significativo peso de atención materna no compleja dentro de la casuística indicaría que se requiere reestructurar la oferta de servicios de estas dos redes. Esta atención debería ser provista en un segundo nivel de atención especializada, y libera de esta manera la capacidad resolutiva de alta complejidad en los dos hospitales. Cabe anotar que la tasa de cesárea respecto de los partos normales es de 70%, lo que debe llevar a un mayor análisis respecto a la identificación del volumen de cesáreas evitables.

En cuanto a la frecuencia relativamente alta de casos de extremadamente larga duración de estancia, habría evidencia de la necesidad de organizar una atención de cuidados de mediana complejidad para enfermedades de larga duración.

3.1.2. ¿Cómo se produce?

La mortalidad hospitalaria es de 2%, lo que indicaría un buen desempeño. No obstante, se requiere un análisis en profundidad de los HRG, que muestran: 1) una gran diferencia entre ambos hospitales; o 2) alta letalidad en ambos hospitales.

En relación con los indicadores de calidad, solo se puede afirmar que se presentan diferencias significativas entre ambos hospitales respecto del manejo de pacientes similares. Ello requiere la definición de rutas clínicas, comenzando por diabetes y los otros HRG de mayor costo. El Centro de Excelencia de Diabetes, por ejemplo.

Finalmente, se ha estimado que el costo de casos extremos ascendió a S/ 135 millones en tres años, lo que equivale a S/ 192 000 días cama. Existe, pues, un margen importante para la mejora de eficiencia.

Recomendamos iniciar en breve plazo un plan de mejora de aspectos relacionados con el manejo de la estancia extremadamente larga, los reingresos y la alta letalidad en los dos hospitales. Es necesario caminar a la estandarización de la atención en ambos hospitales, por lo que se recomienda que el abordaje de los temas señalados se haga con equipos mixtos de ambos hospitales.

Este reporte viene acompañado de:

- Producto 3, vol. II, que contiene estadísticos y gráficos de la totalidad de los HRG
- La base de datos
- Los enlaces al agrupador HRG y sus manuales

3.2. Análisis exploratorio de los HRG del HNGAI y HNERM

3.2.1. Aspectos generales de la producción hospitalaria

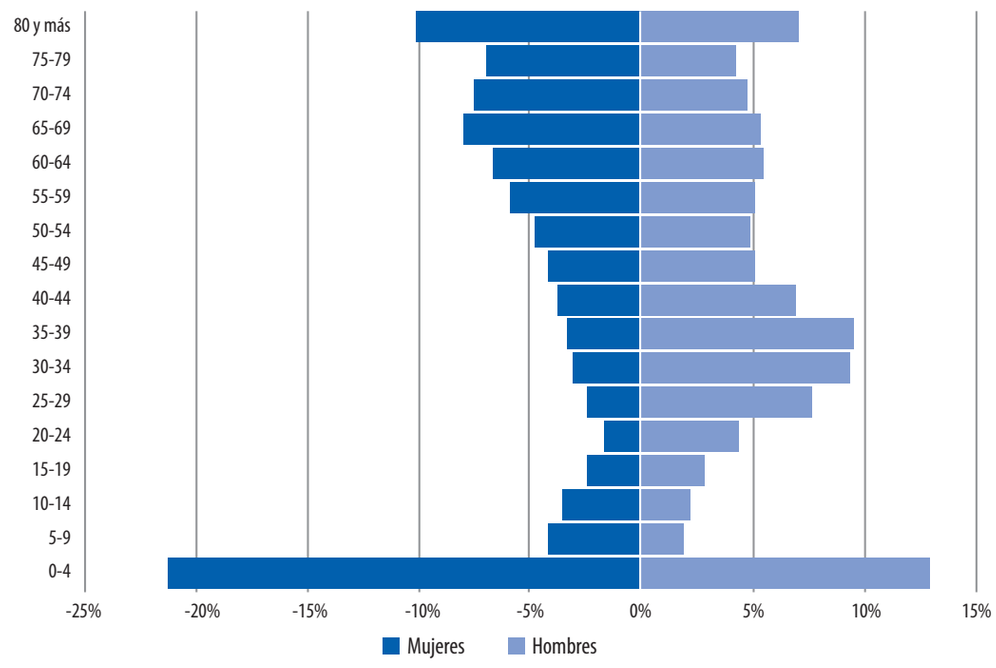
La información que se presenta a continuación ha sido elaborada a partir de una base de datos de 246 666 casos, que corresponden al HNGAI y al HNERM, ambos del nivel IV de complejidad. Las pacientes mujeres dan cuenta del 59,4% de la población de internamiento en los dos hospitales. La población hasta los 4 años representa el 16,4% del total.

Tabla 62. Composición de la casuística

	Hospital		
	Almenara	rebagliati	Total
Total	97 838	148 794	246 666
Sexo			
Hombres	43 175	56 887	100 062
Mujeres	54 663	91 907	146 570
n. i.		34	

Fuente: Elaboración propia.

Figura 88. Composición demográfica (2015-2017)



Fuente: Elaboración propia.

La mezcla de casos hospitalarios tiene una definición en dos niveles. En un nivel más agregado, es la clasificación de pacientes internados de acuerdo con cada Grupo Relacionado por Uso de Recursos en Servicios de Salud (en adelante, HRG). En un nivel más detallado, es el análisis de cada HRG o grupo de HRG en función de su frecuencia y los recursos que les son asociados, lo que usualmente se emplea para la fijación de tarifas hospitalarias y estimaciones presupuestales.

Los HRG constituyen un sistema de clasificación de pacientes que agrega los casos de internamiento según su similitud clínica y de uso de recursos. Los casos que se asignan al mismo HRG pertenecen a la misma categoría de enfermedad, involucran a diagnósticos y/o procedimientos similares, del mismo modo que condición de alta del paciente, edad, sexo y requerimiento de recursos. El criterio básico de agrupamiento de casos viene dado por la consistencia clínica de todo el proceso. La presencia de grupos clínicamente consistentes asegura la homogeneidad clínica de un HRG dado. El principio de agrupamiento por iso-costos (homogeneidad desde el punto de vista de uso de recursos) complementa el criterio principal de consistencia clínica.

La metodología de agrupamiento por HRG a la base de datos de HNGAI y HNERM ha generado un listado de 415 grupos (de un total de 571 HRG posibles). Cada grupo representa un paquete de servicios hospitalarios que están involucrados en el tratamiento de cada uno de los casos que pertenecen a ese grupo. En lugar de manipular catálogos voluminosos de diagnósticos y procedimientos, los clínicos, gerentes hospitalarios y administradores de servicios de salud pueden trabajar con un conjunto de grupos de mezcla de casos compacto, pero al mismo tiempo exhaustivo y clínicamente consistente. Los ítems de esta lista, es decir los HRG, representan una forma adecuada para la estimación de costos, fijación de precios, toma de decisiones clínicas, control de calidad, manejo de recursos hospitalarios, y distribución de recursos por parte de la entidad financiadora entre los diferentes hospitales.

Tabla 63. Composición por capítulo del sistema orgánico (2015-2017)

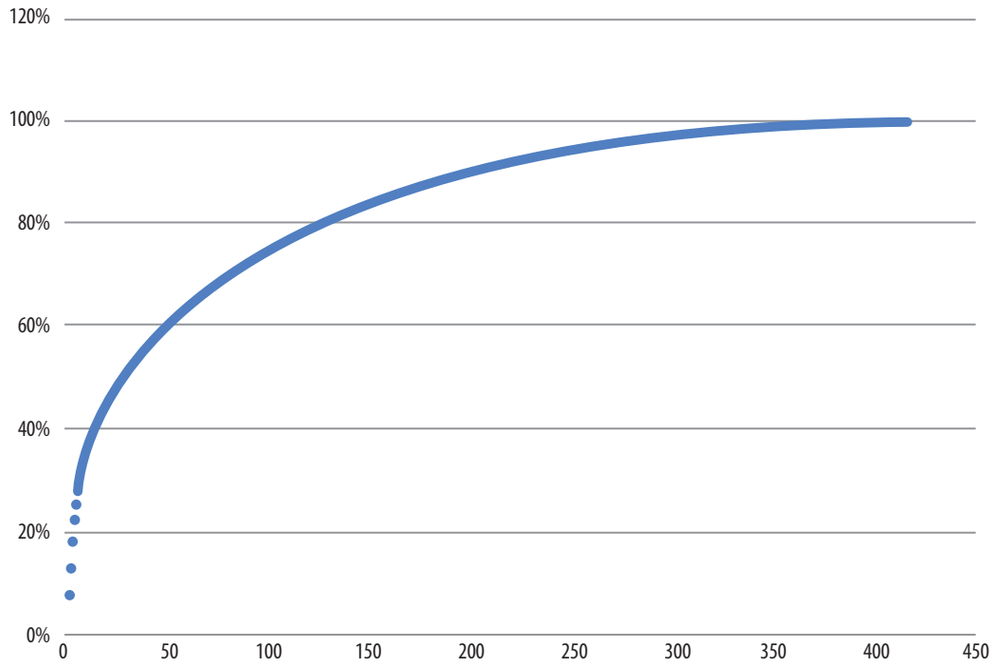
	Denominación	Egresos	Estancia promedio	Días paciente	Costo promedio del egreso	Costo total
A	Sistema nervioso	12 076	14.1	169 985	11 848	143 074 863
B	Ojos y zona periorbital	3359	9.1	30 683	11 254	37 801 795
C	Boca, cabeza, cuello y oidos	11 664	8.9	103 939	9491	110 705 610
D	Sistema respiratorio	8803	15.8	139 063	12 708	111 869 245
E	Cirugía cardiaca y condiciones cardiacas principales	6350	13.4	84 852	11 819	75 051 738
F	Sistema digestivo	24 397	11.3	276 262	9484	231 386 512
G	Sistema hepatobiliar y pancriático	12 692	11.6	147 331	9492	120 465 647
H	Sistema musculoesquelético	20 903	13.1	273 832	9530	199 208 213
J	Piel, mamas y quemaduras	10 437	13.1	136 406	12 813	133 730 697
K	Sistema endocrino y metabólico	3369	11.1	37 418	7353	24 773 111
L	Tracto urinario y sistema reproductor masculino	15 201	11.8	179 484	9160	139 243 808
M	Sistema reproductor femenino	13 609	7.2	98 200	6758	91 973 672
N	Obstetricia y servicios neonatos	53 281	5.3	284 734	4418	235 404 489

	Denominación	Egresos	Estancia promedio	Días paciente	Costo promedio del egreso	Costo total
P	Enfermedades de la niñez	7961	11.1	88 078	10 669	84 938 122
Q	Sistema vascular	6276	15.2	95 209	13 545	85 007 496
R	Cirugia vertebral y condiciones primarias de columna vertebral	2922	15.7	45 848	15 236	44 520 624
S	Hematología, enfermedades infecciosas, envenenamientos y grupos inespecíficos	21 220	8.4	178 063	6935	147 166 834
T	Salud mental	6541	15.9	103 990	8090	52 919 411
U	Pobremente clasificado	5605	12.8	71 864	9684	54 281 574
TOTAL		**246 666**		**2 545 238**		**2 123 523 458**

Fuente: Elaboración propia.

Cabe anotar que ordenando la distribución acumulada de casos por número de HRG, se tiene que 30 HRG dan cuenta de 50% de todos los casos de internamiento (egresos hospitalarios), mientras 105 HRG están asociados a 75% de la totalidad de casos. De hecho, con el análisis de 200 HRG se puede abordar el 90% de los casos de internamiento de los dos hospitales.

Figura 89. Distribución acumulada de casos (egresos) por número de HRG



Fuente: Elaboración propia.

Tabla 64. HRG que acumulan 50% de la casuística

HRG		Casos	% Acumulado de casos
N11	Cesárea, sin complicaciones	17 235	7,1 %
N03	Neonato con diagnóstico menor	13 666	12,8 %
S25	Otros ingreso	13 431	18,3 %
N12	Otros eventos sin complicaciones	10 100	22,5 %
N07	Parto normal sin complicaciones	7121	25,4 %
M07	Procedimientos mayores de tacto genital superior	4477	27,3 %
F82	Apendicectomía < 70 sin complicaciones	3903	28,9 %
S03	Neoplasia maligna de sistema linfático / hematológico sin complicaciones	3630	30,4 %
G14	Tacto biliar - procedimientos mayores < 70 sin complicaciones	3324	31,8 %
C34	Procedimientos de boca / garganta - Categoría 4	3087	33,0 %
A03	Procedimientos intracraneales excepto trauma - Categoría 3	2672	34,1 %
G13	Tacto biliar - Procedimientos mayores > 69 sin complicaciones	2566	35,2 %
T03	Psicosis esquizofreniforme sin disociación	2507	36,2 %
Q12	Procedimientos endovasculares terapéuticos	2383	37,2 %
M06	Procedimientos intermedios de tracto genital superior	2378	38,2 %
N10	Césarea con complicaciones	2371	39,2 %
H49	Injuría múltiple > 69	2355	40,2 %
H50	Injuría múltiple < 70	2303	41,1 %
F13	Estomago o duodeno - procedimientos mayores en > 49 o con complicaciones	2246	42,0 %
J02	Cirugía mayor de mama incluyendo procedimientos plásticos > 49 o con complicaciones	1994	42,9 %
M05	Procedimientos menores de tracto genital superior	1931	43,7 %
P07	Neoplasias pediátricas	1908	44,4 %
H19	Procedimientos de partes blandas u otros huesos - categoría 2 < 70 sin complicaciones	1876	45,2 %
H02	Reemplazo primario de cadera	1674	45,9 &
H26	Desórdenes inflamatorios de columna, articulación o tejido conectivo < 70 sin complicaciones	1670	46,6 %
A22	Isquemia no transitorial / accidente cerebrovascular > 69 sin complicaciones	1556	47,2 %
N05	Neonato con diagnóstico mayor	1500	47,9 %
D32	Insuficiencia respiratoria	1457	48,5 %
R11	Cirugía de médula espinal	1324	49,0 %
L51	Insuficiencia renal crónica	1319	49,6 %

Fuente: Elaboración propia.

3.2.2. ¿Qué se produce?

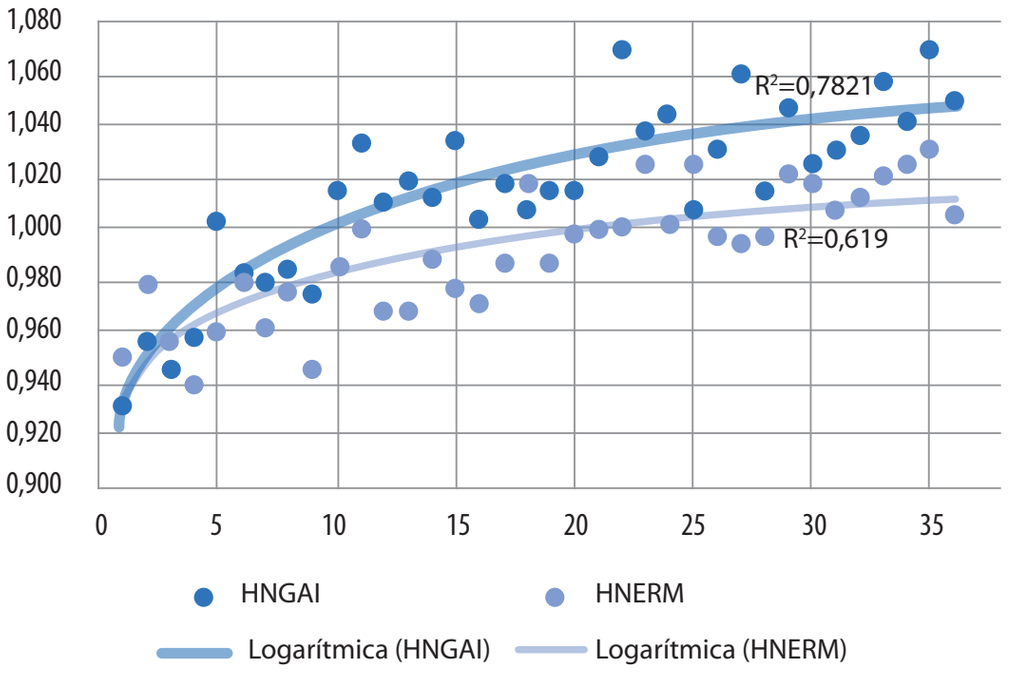
3.2.2.1. Complejidad de la atención hospitalaria

En esta sección se explora la complejidad de los egresos producidos en los dos hospitales estudiados durante el periodo 2015-2017. Para este efecto, se tomará como referencia una variable que mide en términos relativos la intensidad de uso de recursos durante un egreso hospitalario determinado.

Esta variable corresponde a la unidad relativa de valor (URV). La URV se construye a partir de: 1) la asignación de costos a cada egreso hospitalario, 2) la estimación del costo promedio por cada HRG, 3) la comparación relativa entre el costo por HRG y el costo promedio de la muestra hospitalaria total.

El uso combinado de las URV de cada HRG y de la casuística específica de cada hospital permite establecer el Índice de Mezcla de Casos (IMC) que resulta siendo un indicador resumen de la complejidad global del establecimiento analizado. En la interpretación del IMC, el valor 1 indica que la complejidad del caso promedio del hospital analizado es exactamente igual a la complejidad de toda la muestra de casos. Un valor menor de 1 indica que el caso promedio es de mejor complejidad y, por contraste, un valor mayor de 1 hace referencia a que el caso promedio del hospital analizado es de mayor complejidad que el de la muestra.

Figura 90. Índice de mezcla de casos, HNGAI y HNERM (2015-2017)



Fuente: Elaboración propia.

Para el análisis realizado en ambos hospitales se aprecia que el IMC se eleva en el transcurso del tiempo para ambos hospitales, aunque la tendencia es más marcada en el HNGAI que en el HNERM. Así, por ejemplo, ambos hospitales en el mes 1 de observación tienen un IMC menor de 1, y ambos hospitales en el mes 36 de observación (1.050 para el HNGAI y 1.006 para el HNERM). En términos comparativos, el IMC se muestra sostenidamente mayor en el HNGAI que en el HNERM (ver fig. 90).

En cuanto al comportamiento del IMC, este describe una curva logarítmica, indicando que luego de un crecimiento relativamente intenso en el primer año, la velocidad de crecimiento (de la complejidad) se desacelera, con mayor visibilidad en el HNERM que en el HNGAI.

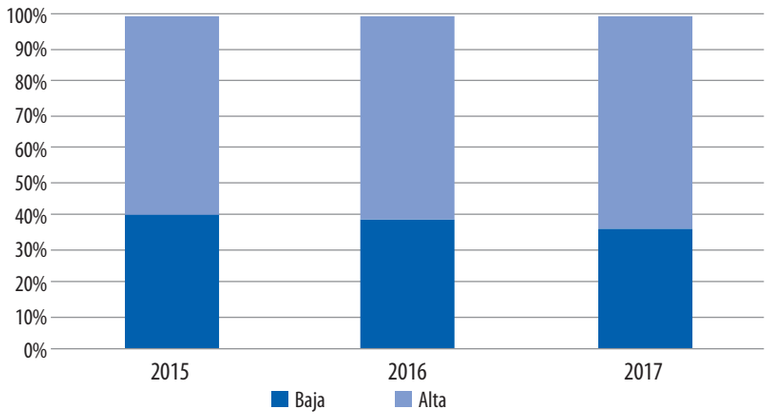
La complejidad hospitalaria también puede explorarse, haciendo el agrupamiento en HRG de alta y baja complejidad. Esta definición se realiza a partir de la separación de las URV por cuartiles; los HRG corresponden en el primer cuartil a la categoría de baja complejidad. A partir de esta definición, se aprecia que en términos generales hay una participación más que proporcional de los casos de baja complejidad. Es decir, en el 25% de HRG con más bajas URV se concentra una cantidad de casos proporcionalmente mayor, equivalente a un rango entre 36% y 39% (ver fig. 91).

La aplicación del análisis de complejidad según URV revela que cada uno de los departamentos analizados tiene un perfil de complejidad típico, que se repite a lo largo del periodo de estudio. De acuerdo con este perfil, las especialidades quirúrgicas son las que tienen mayor complejidad relativa, asociada al mayor uso de recursos, seguido muy de cerca de las especialidades médicas y pediátricas. Por contraste, la especialidad de obstetricia y ginecología tiene un comportamiento consistente en cuanto al consumo relativamente reducido de recursos hospitalarios, con una correspondiente baja complejidad. La figura 92 muestra dicho comportamiento para el HNERM durante los 36 meses de análisis. La disposición de la complejidad por departamentos es similar a la observada en el HNGAI.

La producción de egresos hospitalarios revela que hay predominancia de las especialidades materno-infantiles. De este modo, los seis primeros grupos de casos HRG de la casuística corresponden a las especialidades de ginecoobstetricia y pediatría. El HRG más frecuente corresponde a la cesárea sin complicaciones (N11; n=17,235) y la segunda razón de egreso corresponde al neonato con un diagnóstico menor (N03; n=13,666). La primera causa de egreso quirúrgico aparece en la ubicación siete y corresponde a apendicectomía (F82; n=3, 903); la primera causa de egreso por el departamento de especialidades médicas aparece en la ubicación ocho, y corresponde a neoplasias malignas hematológicas (S03; n=3,630) (tabla 63).

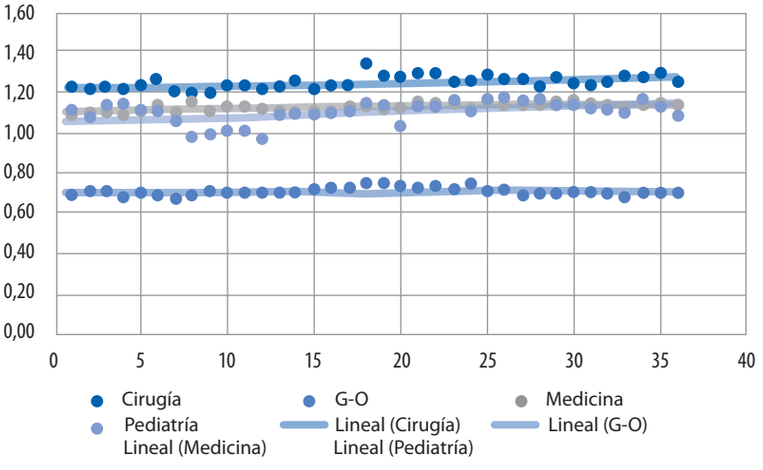
En la figura 93 se muestra los cinco HRG más frecuentes en cada especialidad mayor, lo cual reafirma la preminencia de los HRG ginecoobstétricos y pediátricos en la muestra de egresos de ambos hospitales.

Figura 91. Complejidad de egresos hospitalarios en 2 hospitales de EsSalud (2015-2017)



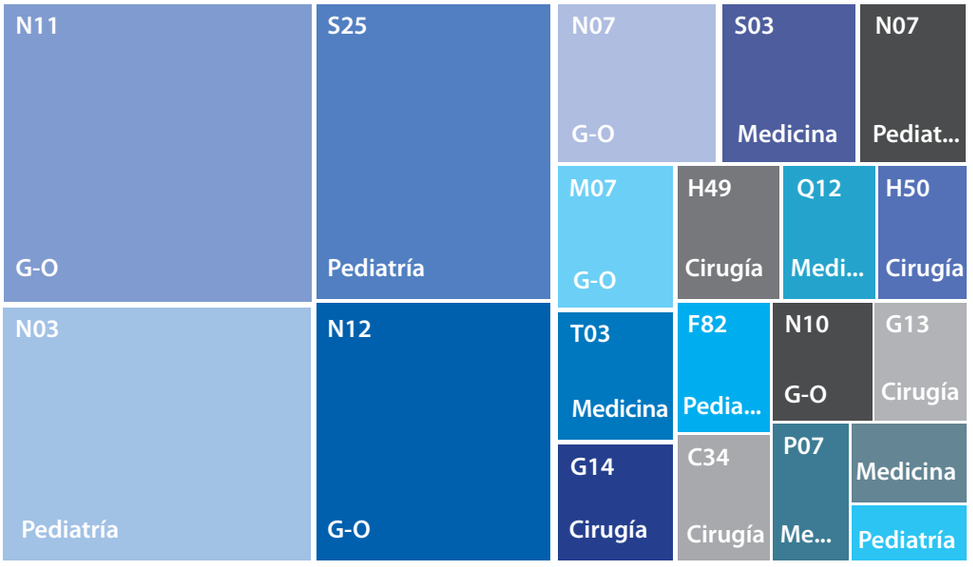
Fuente: Elaboración propia.

Figura 92. Índice de mezcla de casos por departamento. HNERM (2015-2017)



Fuente: Elaboración propia.

Figura 93. Representación gráfica ponderada de los cinco HRG más frecuentes en cada especialidad



Fuente: Elaboración propia.

3.2.2.2. Análisis de HRG seleccionados

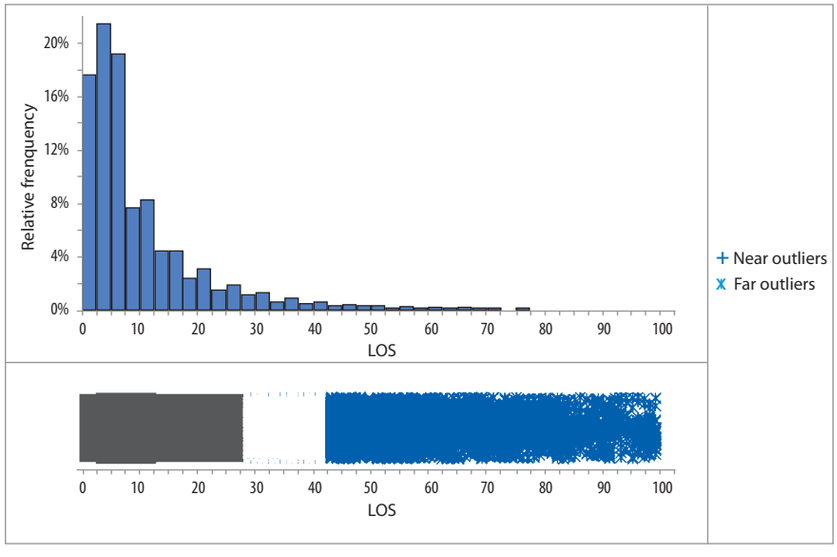
A continuación, se realiza un análisis de HRG seleccionados en función de sus características estadísticas. Se busca ilustrar el diferente comportamiento estadístico de los HRG analizados. Los datos de HRG se presentan de la siguiente forma: código del HRG y título, número de casos (N), distribución de la estancia y parámetros de la varianza, incluyendo la media aritmética, mediana, diferencia entre valores máximo y mínimo (Máx-Mín), relación entre desviación estándar y promedio (DS/Prom).

La figura 94 presenta el cuadro general de la mezcla de casos analizada en EsSalud, es decir, las frecuencias de estancias ordenadas por número de días de internamiento, en más de 245 000 casos. Cerca del 40% de los casos cae en el rango de 0 a 5 días, y refleja el patrón de estancias de los HRG más frecuentes, correspondientes a la atención materna e infantil. El promedio general de estancia es de 10,3 días, la moda es de 3 días. La distribución tiene un sesgo positivo. La varianza es alta. Se ve reflejada por una relación entre desviación estándar al promedio que equivale al 116,7%. Esta situación se asocia a una cantidad de *outliers* que corresponden al 7,7%.

HRG N11. Cesárea, sin complicaciones (N = 17,235, promedio = 6,08, mediana = 4,00, Máx-Mín = 96, STD/M = 113,7%). Hay una presencia importante de casos con estancia prolongada (8,9%). Esto podría deberse a varios factores: por un lado, a un mal registro; por otro, a que se incluye casos complicados en este HRG, porque no han sido codificadas apropiadamente. Parecería que la gestión de casos es muy débil en este HRG, por la gran variación de la estancia en la parte central de la distribución. Las acciones recomendadas incluyen el desarrollo de estándares de práctica clínica y de criterios de alta para los casos de cesáreas no complicadas.

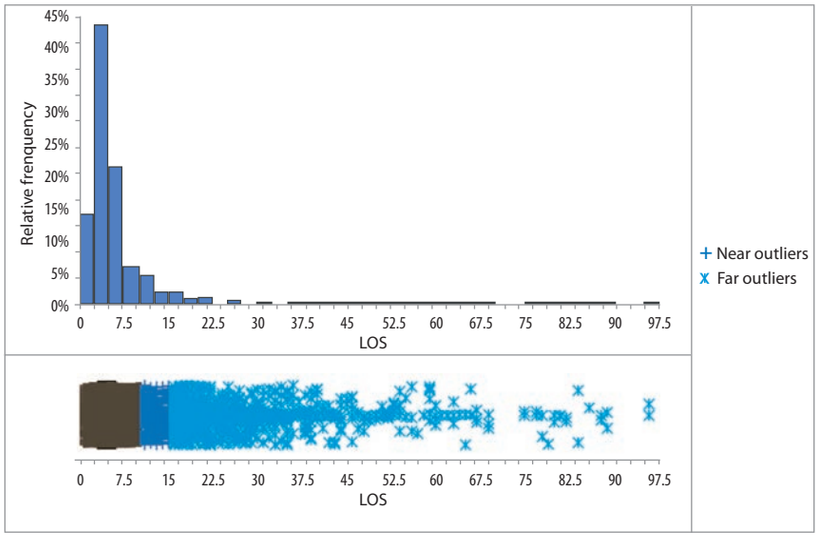
HRG T03. Psicosis esquizofreniforme, sin disociación (N = 2,507, promedio = 17,65, mediana = 15,00, Máx-Mín = 99, STD/M = 70,9%). Hay una presencia importante de casos con estancia prolongada (5,3%), que pueden corresponden a un manejo insuficientemente estandarizado de casos o de casos complicados. Parecería que la gestión de casos es frágil en este HRG, por la gran dispersión de la estancia. Las acciones recomendadas incluyen la identificación de factores pronósticos de complejidad del caso psiquiátrico, el desarrollo de estándares de práctica, criterios de alta de los servicios de atención aguda y el desarrollo de nueva capacidad instalada para casos complejos que ya no son agudos.

Figura 94. Histograma de egresos por duración de estancia



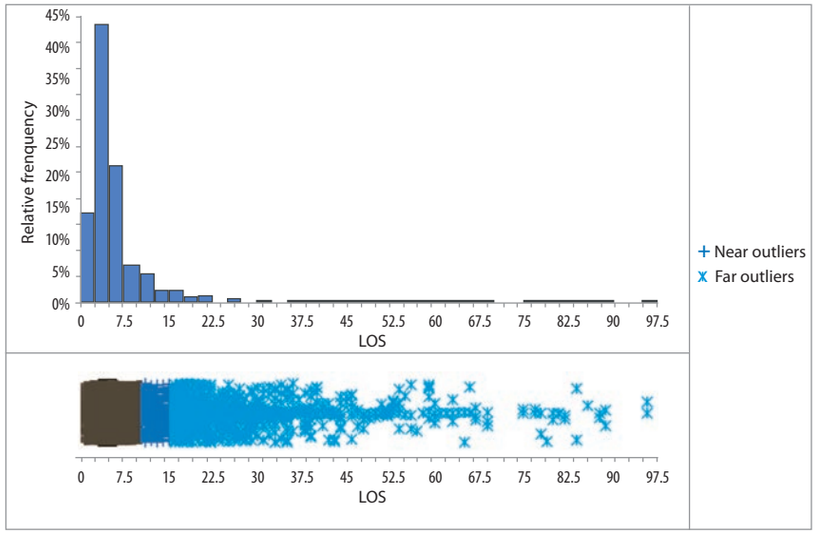
Fuente: Elaboración propia.

Figura 95. Histograma de egresos por cesáreas no complicadas por duración de estancia



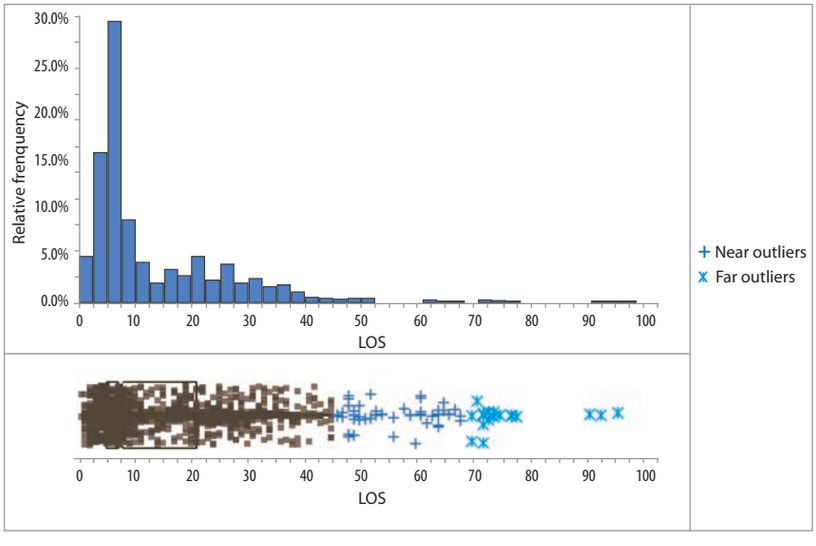
Fuente: Elaboración propia.

Figura 96. Histograma de egresos por psicosis esquizofreniforme por duración de estancia



Fuente: Elaboración propia.

Figura 97. Histograma de egresos por neoplasias pediátricas por duración de estancia



Fuente: Elaboración propia.

HRG P07. Neoplasias pediátricas (N = 1,908, promedio = 14,04, mediana = 7,00, Máx-Mín = 95, DS/Prom = 98,3%, Px = 0%, Letalidad = 1,7%). Distribución bimodal: dos grupos en uno. Se recomienda que se estabilice el perfil clínico de este grupo a nivel de diagnósticos, para ver si es clínicamente coherente mantener un HRG o desdoblarlo. Otro objetivo de la evaluación es el patrón de mortalidad. Ya que la actividad quirúrgica es de cero, la totalidad de la letalidad (1,7%) es atribuible al manejo clínico del caso pediátrico, lo que señala la importancia de guías de manejo de complicaciones letales en casos pediátricos oncológicos. Los gestores clínicos de experiencia, así como los administradores sanitarios deben tomar la iniciativa en el desarrollo de pautas para el manejo clínico y administrativo de los casos que se incluyen en este HRG, incluyendo los criterios más apropiados para su ingreso y su alta.

HRG P25. Condiciones cardiacas [en niños] (N = 136, promedio = 8,8, mediana = 5,00, Máx-Mín = 59, DS/Prom = 122%, Px = 0%, Letalidad = 2,9%). La presencia de casos imprevistos (*outliers*) puede deberse a ingresos inapropiados, los que, en lugar de ser hospitalizados, podrían haber sido monitorizados o manejados en condiciones ambulatorias, es decir, en policlínicos. La estancia prolongada se extiende al 8,8% de casos.

3.2.2.3. El PEAS en la atención hospitalaria

La base de datos analizada contiene la información suficiente para analizar la producción hospitalaria con base en el PEAS. Solo se realizará una exploración inicial, ya que el nivel de análisis, según el PEAS, puede alcanzar un nivel de detalle análogo al basado en HRG.

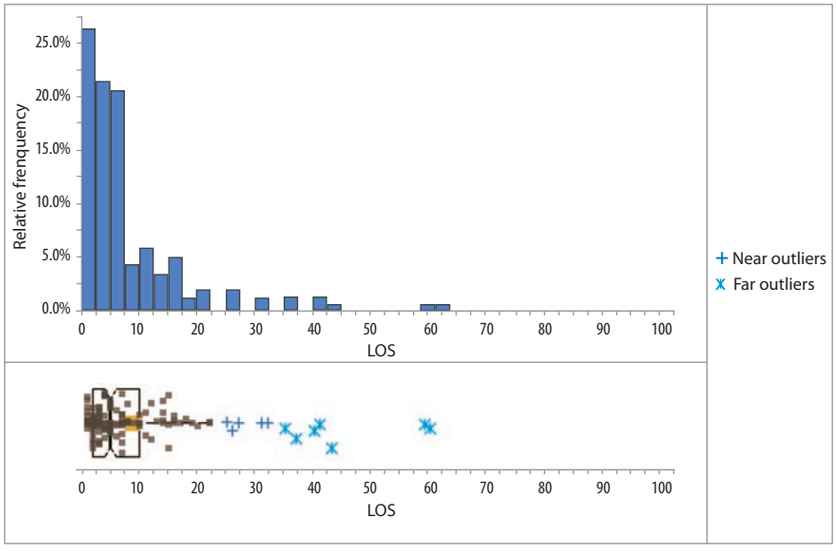
De la base de datos total, 150 321 egresos (60,9%) no son trazables a una condición asegurable PEAS. Por contraste, el 39,1% de egresos corresponden a condiciones asegurables PEAS.

La distribución de la casuística de acuerdo con los grupos de condiciones asegurables se muestra en la fig. 99. Se puede apreciar la preponderancia que tienen las condiciones no transmisibles, que dejan en una siguiente línea de presencia a las condiciones ginecoobstétricas y las vinculadas a la población sana, que en este último caso son correspondientes a la atención del recién nacido y niño sano.

Es importante verificar la elevada frecuencia global de casuística PEAS, la que por diseño se esperaba se concentrase en el primer y segundo nivel de atención (95% de los casos esperados). Un aspecto importante que estos datos traen a consideración es la valoración de si esa casuística pudo haberse atendido en un segundo nivel de atención y representar una referencia de mejora de eficiencia.

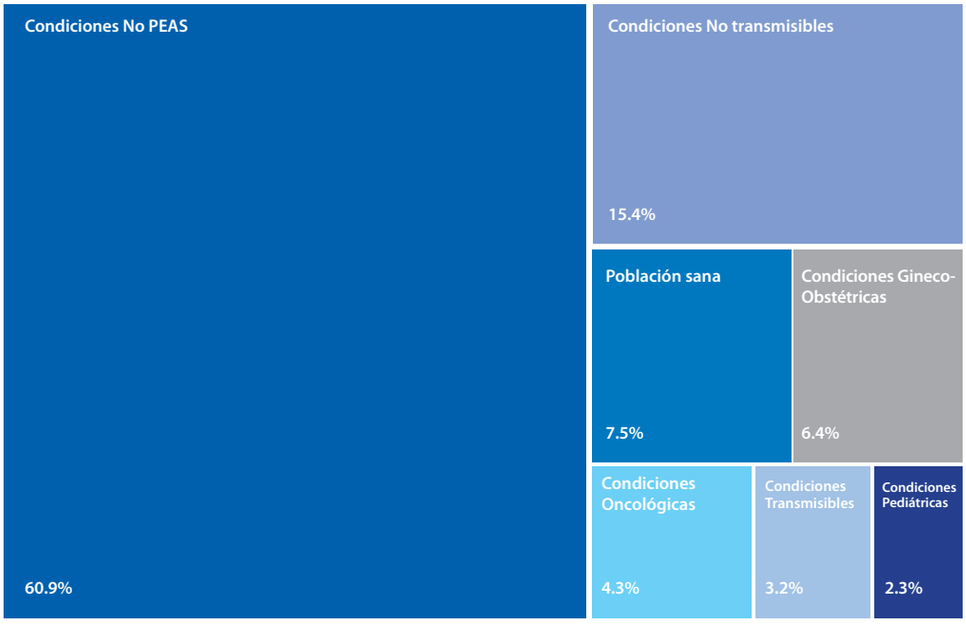
Por contraste, si la evaluación clínica de esta casuística revela una complejidad clínica importante, se estaría abriendo un tema de agenda sanitaria por el cual el PEAS es relevante —desde una perspectiva asistencial— en los tres niveles de atención de la seguridad social. Una referencia de este tipo puede ser muy importante también para todo el sector, en el contexto de la actualización del contenido del PEAS.

Figura 98. Histograma de egresos por condiciones cardíacas en niños por duración de estancia



Fuente: Elaboración propia.

Figura 99. Composición de los egresos según grupo de condiciones asegurables PEAS



Fuente: Elaboración propia.

El examen acumulado de costos de las prestaciones PEAS indica que hay una buena correlación entre casuística PEAS y costos observados (índice de correlación $R^2 = 0,64$). En términos acumulados, 20 condiciones PEAS que dan cuenta del 60% del gasto y de la casuística de hospitalización de alta complejidad. 40 condiciones PEAS dan cuenta del 80% del gasto y de la casuística de hospitalización. Este fenómeno de concentración es relevante desde el punto de vista de gestión clínica y financiera. En este contexto, el análisis exhaustivo de los procesos prestacionales de estas condiciones conducirá a definir rutas de manejo que clarifiquen la admisión en el tercer nivel de atención para condiciones como:

- Atención del recién nacido sano
- Atención del niño sano
- Apendicitis aguda
- Colelitiasis
- Fractura de extremidades
- Embarazo, parto y puerperio normal
- Osteoartrosis
- Neumonía extrahospitalaria
- Esquizofrenia
- Infección urinaria baja
- Neoplasia de estómago
- Litiasis urinaria
- Enfermedad hipertensiva del embarazo
- Desorden vascular cerebral hemorrágico
- Insuficiencia respiratoria

La exploración de reingresos según condiciones PEAS revela que este fenómeno es más frecuente en los casos no categorizados como PEAS (10,6%) que aquellos ingresados como PEAS (5,9%). La relación de riesgos relativos es de 1,8, y la diferencia atribuible es estadísticamente significativa (4,7%, $p < 0,01$).

La estimación de costos por hospitalización para el PEAS constituye una pieza de información importante en la estimación financiera global del esquema de manejo integral del PEAS. Esta se muestra a continuación.

Tabla 65. Cantidad de egresos y medidas de tendencia central por egreso clasificados según condición asegurable del PEAS

Denominación	N	Costo (media)	Costo (media geométrica)	% de total
Nro. PEAS	150 321	9414	5982	60,9%
A01. Recién nacido sano	7180	3366	2902	2,9%
A02. Niño sano	11 389	3004	2693	4,6%
A05. Adulto mayor sano	13	9165	4941	0,0%
B01. Aborto incompleto sin complicaciones	1475	2768	2156	0,6%
B02. Aborto incompleto con complicaciones (hemorragia, infección)	119	3290	2727	0,0%
B03. Embarazo, parto y puerperio normal	3778	1426	1054	1,5%
B04. Enfermedad del trofoblasto	110	5208	4121	0,0%
B05. Hiperémesis gravídica	333	3238	2343	0,1%
B06. Embarazo ectópico	463	4681	3663	0,2%
B07. Óbito fetal	43	2276	936	0,0%
B08. Hemorragia de la segunda mitad del embarazo (rotura uterina, placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta)	251	4354	3079	0,1%
B09. Diabetes gestacional	104	4660	3562	0,0%
B10. Embarazo complicado por Polihidramnios	92	3906	3018	0,0%
B11. Desproporción feto pélvica	296	2826	2312	0,1%
B12. Gestación múltiple	631	4669	3602	0,3%
B13. Gestación prolongada	39	2487	1994	0,0%
B14. Gestante mayor de 35 años	346	2787	2011	0,1%
B15. Infección Materna (malaria, tuberculosis, VIH, sífilis, neumonía, ruptura prematura de membranas)	1150	3186	2047	0,5%
B16. Enfermedad hipertensiva del embarazo (preeclampsia, eclampsia, síndrome de Hellp)	1894	4530	3219	0,8%
B18. Retraso en el crecimiento intrauterino / Oligohidramnios	317	3816	2663	0,1%
B19. Embarazo complicado por riesgo de hipoxia fetal	629	2153	1618	0,3%
B21. Amenaza de parto pretérmino. Parto pretérmino.	323	2311	1572	0,1%
B22. Embarazo complicado por fracaso en la inducción del parto / Expulsivo prolongado / Distocia de presentación / Problemas del cordón	1213	2327	1731	0,5%
B23. Desgarro perineal grado III o IV	48	1859	1241	0,0%
B24. Hemorragia posparto	420	1340	927	0,2%
B25. Retención de membranas	100	2403	1654	0,0%
B26. Sepsis puerperal / Endometritis puerperal	57	3977	2555	0,0%
B27. Infección urinaria	52	3636	2399	0,0%
B28. Puerperio complicado por infección de la herida operatoria	229	5237	4313	0,1%
B30. Distopia genital	879	7941	6685	0,4%

Denominación	N	Costo (media)	Costo (media geométrica)	% de total
B31. Vulvovaginitis	7	6399	3533	0,0%
B32. Enfermedad inflamatoria pélvica	125	6386	4696	0,1%
B33. Enfermedades benignas de mama	68	5415	4332	0,0%
B34. Menopausia	3	3593	3192	0,0%
C01. Neonato afectado por el parto (trauma obstétrico)	8	5448	4757	0,0%
C02. Neonato afectado por condiciones maternas (HTA, infección, DM, RPM)	574	13 812	7973	0,2%
C03. Neonato de bajo peso al nacer (RN < 2500 gramos)/Prematurez	360	16 918	9261	0,1%
C04. Infecciones neonatales (sífilis congénita, VIH, oftalmia del RN, onfalitis)	13	16 462	12 437	0,0%
C05. Sepsis neonatal (coagulación intravascular diseminada)	809	16 103	10 777	0,3%
C06. Trastornos metabólicos: hipoglicemia neonatal, hipocalcemia, hipomagnesemia y otros	110	13 383	9584	0,0%
C07. Ictericia neonatal no fisiológica	67	7118	4730	0,0%
C08. Asfixia del nacimiento (manejo del recién nacido deprimido)	123	13 280	7724	0,0%
C09. Dificultad respiratoria en el recién nacido: Enf. membrana hialina, taquipnea transitoria, SAM, neumonía congénita	831	15 275	9780	0,3%
C10. Convulsiones neonatales	17	28 440	19 523	0,0%
C12. Incompatibilidad Rh/ABO en el recién nacido	194	7038	5473	0,1%
C13. Infecciones respiratorias aguda: no complicadas (resfrío común, bronquitis, faringoamigdalitis, otitis media, crup) y complicadas (neumonía, bronquiolitis, bronconeumonía, derrame pleural, absceso, etc.)	872	11 636	8223	0,4%
C14. Crisis convulsiva, estado convulsivo	196	13 052	8087	0,1%
C15. Hidrocefalia congénita	125	17 059	10 836	0,1%
C17. FOD en menores de 36 meses	362	12 653	8373	0,1%
C18. Paladar hendido	258	8738	6839	0,1%
C19. Displasia congénita de cadera	203	7076	5961	0,1%
C20. Enfermedad diarreica sin deshidratación /con deshidratación/con shock	546	10 369	6253	0,2%
C21. Parasitosis	12	8117	6626	0,0%
C22. Desnutrición	16	10 804	8088	0,0%
C23. Anemia nutricional	85	8515	6379	0,0%
D01. Cáncer de cuello uterino	1280	6057	4472	0,5%
D02. Miomatosis uterina	1791	7261	6253	0,7%
D03. Cáncer de mama	940	9198	7330	0,4%
D04. Hipertrofia prostática	1590	7551	6576	0,6%
D05. Neoplasia de colon	1688	12 281	8550	0,7%
D06. Neoplasia de estómago	2204	12 311	8832	0,9%
D07. Neoplasia de próstata	1009	8627	6891	0,4%

Denominación	N	Costo (media)	Costo (media geométrica)	% de total
E01. Neumonía extrahospitalaria	2444	11 424	7444	1,0%
E02. Tuberculosis pulmonar	364	14 812	10 127	0,1%
E03. Tuberculosis extrapulmonar	166	13 227	9683	0,1%
E04. Tuberculosis con complicaciones	626	11 804	8174	0,3%
E05. Tuberculosis multirresistente	5	9568	8334	0,0%
E06. Infección urinaria baja	2316	8921	6796	0,9%
E07. Infección urinaria alta	103	9411	6180	0,0%
E08. Infección por VIH	322	11 229	7531	0,1%
E09. Enfermedades de transmisión sexual	6	6834	4546	0,0%
E10. SIDA	198	11 400	7329	0,1%
E11. Malaria	5	7872	4889	0,0%
E12. Bartonelosis	3	11 033	10 732	0,0%
E13. Dengue clásico	6	2733	2554	0,0%
E16. Leishmaniasis	8	8741	7885	0,0%
E20. Quiste hidatídico	167	18 014	13 547	0,1%
E21. Lepra	1	4433	4433	0,0%
E22. Infecciones cutáneas bacterianas	752	9867	7027	0,3%
E23. Infestaciones de piel y anexos	5	21 375	8568	0,0%
E24. Micosis cutánea	2	7791	7567	0,0%
E25. Absceso cutáneo / Carbunco	257	11 204	7842	0,1%
E26. Varicela	61	10 056	6164	0,0%
E27. Brucelosis	5	10 462	7334	0,0%
E28. Hepatitis	24	5789	4294	0,0%
E29. Conjuntivitis	2	5355	5162	0,0%
E30. Blefaritis, orzuelo y chalazión	5	8958	4463	0,0%
E31. Caries, pulpitis, gingivitis	3	7696	6756	0,0%
F01. Esquizofrenia	2355	9771	7828	1,0%
F02. Ansiedad	73	9516	6769	0,0%
F03. Depresión	143	6846	4529	0,1%
F04. Alcoholismo	3	10 886	7009	0,0%
F05. Asma bronquial	396	6908	5103	0,2%
F06. Hipertensión arterial	339	8824	5503	0,1%
F07. Diabetes mellitus no complicada	519	10 726	7462	0,2%

Denominación	N	Costo (media)	Costo (media geométrica)	% de total
F08. Hipertiroidismo e hipotiroidismo	1014	4813	3995	0,4%
F09. Hiperlipidemia / Dislipidemias	2	4000	3979	0,0%
F10. Obesidad	180	8773	7312	0,1%
F11. Cataratas	16	7015	6320	0,0%
F13. Glaucoma	366	9730	8227	0,1%
F15. Osteoartrosis	2829	8857	7883	1,1%
F16. Artritis reumatoidea	569	7473	5417	0,2%
F17. Enfermedad de los discos vertebrales	805	13 616	10 391	0,3%
F18. Enfermedad de Párkinson	173	9718	7628	0,1%
F19. Epilepsia	1013	8047	5465	0,4%
F20. Apendicitis aguda	5719	4785	3852	2,3%
F21. Gastritis aguda y úlcera péptica sin complicación	56	8814	5525	0,0%
F22. Hemorragia digestiva aguda alta	1512	9724	5859	0,6%
F23. Colelitiasis	5449	7815	6290	2,2%
F24. Cuerpo extraño en aparato digestivo	19	11 339	7673	0,0%
F25. Obstrucción intestinal	910	10 781	7607	0,4%
F26. Síndrome de espalda dolorosa	128	14 676	10 075	0,1%
F27. Heridas contusiones y traumatismos superficiales	323	10 773	7408	0,1%
F28. Lesión de partes blandas de miembro superior/ miembro inferior	121	6886	5652	0,0%
F29. Fractura de columna y pelvis	208	11 618	7717	0,1%
F30. Fractura de extremidades	3986	8260	6318	1,6%
F31. Traumatismos múltiples severos	79	18 716	13881	0,0%
F32. Traumatismo intracraneal	695	10 170	6261	0,3%
F33. Desorden vascular cerebral isquémico	526	14 545	9159	0,2%
F34. Desorden vascular cerebral hemorrágico	1833	7459	5631	0,7%
F36. Litiasis urinaria	1959	9084	7320	0,8%
F37. Intoxicación por órganos fosforados	4	1837	1740	0,0%
F38. Cuerpo extraño en aparato respiratorio	29	6994	4764	0,0%
F39. Insuficiencia respiratoria	1803	20 089	11 331	0,7%
F40. Quemaduras primero, segundo grado y tercer grado	712	17 032	11 386	0,3%
F41. Enfermedad isquémica del corazón	1083	11 814	6581	0,4%
Total	246 666	8609	5435	100,0%

Fuente: Elaboración propia.

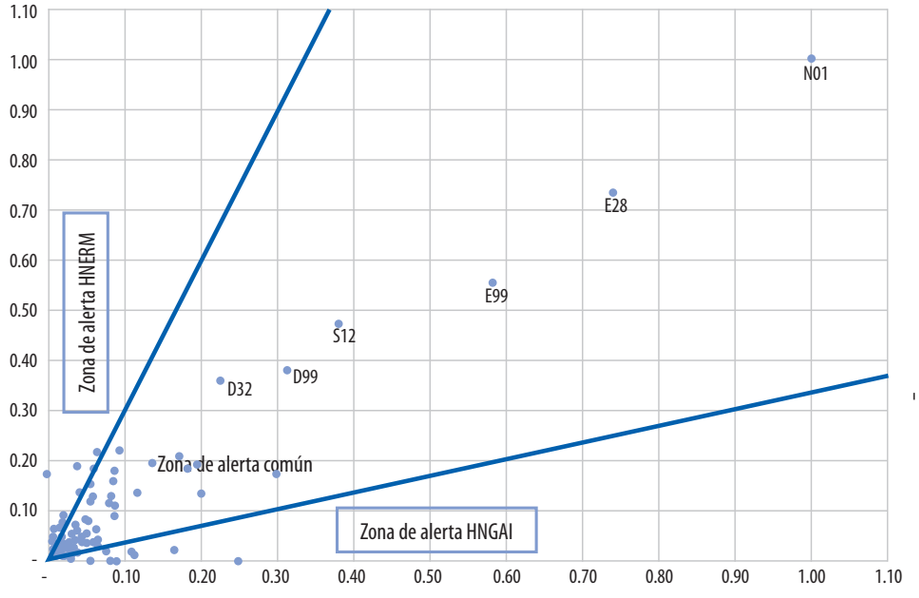
3.2.3. ¿Cómo se produce?

3.2.3.1. Mortalidad hospitalaria

La mortalidad es uno de los indicadores más importantes del desempeño del servicio de salud. La estructura de la base de datos permite hacer una evaluación de la mortalidad asociada a cada HRG, en cada institución.

En el siguiente figura se ilustra comparativamente las tasas de mortalidad por HRG entre el HNGAI y el HNERM. Se muestran tres zonas en donde se ubican las tasas de letalidad. Las dos zonas adyacentes a los ejes vertical y horizontal identifican a los casos en que la mortalidad es significativamente más alta en un hospital respecto a otro (ratio de mortalidad mayor o igual de 3:1).

Figura 100. Mortalidad comparada por HRG (en porcentajes)



Fuente: Elaboración propia.

La zona intermedia identifica a los HRG en donde la mortalidad observada guarda similitud entre ambos hospitales. No obstante, se puede determinar una zona de alerta común, en donde a partir de un umbral de referencia (por ejemplo, 20%) se identifican altas tasas de mortalidad en ambos hospitales.

En la tabla 66 se muestra el efecto de la presencia de comorbilidades sobre la letalidad intrahospitalaria. En términos generales, la presencia de comorbilidades se asocia con una mayor ocurrencia de muerte intrahospitalaria. En unos pocos casos, el resultado es contraintuitivo, sugiriendo la necesidad de revisar la calidad del registro primario de datos.

Tabla 66. Mortalidad estimada para HRG seleccionados con y sin presencia de comorbilidades (CC)

Descripción	Mortalidad con CC	Mortalidad sin CC	Odds Ratio
Isquemia no transitoria	4,1%	2,5%	1,67
Injuria en la cabeza sin injuria intracraneal	NA	6,7%	NA
Neumonía lobar atípica/viral	18,6%	13,0%	1,43
Asma	1,4%	0%	NA
Otros diagnósticos respiratorios	1,0%	4,0%	0,24
Insuficiencia cardiaca/shock	19,3%	16,7%	1,16
Hipertensión	3,9%	1,9%	2,13
Desorden vascular/congénito	2,5%	6,2%	0,40
Procedimientos mayores de estómago/duodeno	5,2%	2,0%	2,65
Desórdenes de estómago/duodeno	7,0%	3,5%	2,04
Procedimientos mayores/muy mayores de abdomen	3,7%	1,3%	2,75
Desorden general de abdomen	5,6%	1,6%	3,49
Desórdenes intestinales infecciosos	0,9%	2,0%	0,46
Sangrado gastrointestinal	2,4%	1,8%	1,35
Reparación de hernia inguinal, umbilical o femoral	1,7%	0,3%	4,93
Apendicectomía	1,1%	0,1%	20,71
Desórdenes hepáticos crónicos	10,4%	4,7%	2,22
Procedimientos mayores de tracto biliar	1,0%	0,2%	4,63
Desorden del tracto biliar	1,1%	0,2%	5,15
Procedimientos de partes blandas u otros de hueso	1,6%	0,1%	11,58
Desórdenes inflamatorios de columna, articulación o tejido conectivo	1,4%	0,4%	3,81
Fractura de cuello femoral	3,5%	0,8%	4,52
Fractura/dislocadura abierta de miembro inferior	NA	2,3%	NA
Infecciones mayores de piel	0,0%	0,0%	NA
Otros desórdenes endocrinos	2,3%	0,3%	6,74
Diabetes y otros desórdenes hiperglicémicos	4,4%	0,0%	NA
Infecciones en riñón/tracto urinario	2,7%	0,2%	15,76
Procedimiento abierto de próstata/cuello vesical	0,7%	1,1%	0,63
Desorden renal general	0,5%	0,0%	NA
Parto normal	0,0%	0,4%	NA
Cesárea	0,3%	0,1%	4,36
Enfermedad vascular periférica	3,7%	0,8%	4,43
Desórdenes de las células rojas	2,0%	0,5%	3,57

Fuente: Elaboración propia.

Adicionalmente, se ha realizado un análisis cuantitativo de mortalidad para HRG seleccionados, pero esta vez de manera comparativa entre el HNGAI y el HNERM. Se ha empleado la prueba de chi-cuadrado para verificar la significancia de la diferencia entre las tasas de mortalidad en estos establecimientos.

Tabla 67. Mortalidad estimada para HRG seleccionados en el HNGAI y HNERM. 2015-2017

Descripción	HNGAI	HNERM	P
Isquemia no transitoria	2,90%	3,80%	0,3
Injuria en la cabeza sin injuria intracraneal	5,60%	8,10%	0,47
Neumonía lobar atípica/viral	12,90%	17,80%	0,06
Asma	0,00%	1,40%	0,43
Otros diagnósticos respiratorios	1,20%	5,60%	0,03
Insuficiencia cardiaca/*shock*	20,00%	17,00%	0,24
Hipertensión	2,70%	3,20%	0,81
Desorden vascular/congénito	4,60%	4,90%	0,88
Procedimientos mayores de estómago/duodeno	4,80%	3,30%	0,04
Desórdenes de estómago/duodeno	4,10%	5,90%	0,12
Procedimientos mayores/muy mayores de abdomen	7,10%	1,20%	0
Desorden general de abdomen	1,70%	5,70%	0
Desórdenes intestinales infecciosos	3,80%	0,00%	0,02
Sangrado gastrointestinal	3,00%	1,60%	0,12
Reparación de hernia inguinal, umbilical o femoral	0,60%	1,80%	0,04
Apendicectomía	0,10%	0,10%	0,94
Desórdenes hepáticos crónicos	6,00%	8,40%	0,04
Procedimientos mayores de tracto biliar	0,40%	0,60%	0,33
Desorden del tracto biliar	0,70%	0,50%	0,62
Procedimientos de partes blandas u otros de hueso	0,50%	0,70%	0,7
Desórdenes inflamatorios de columna, articulación o tejido conectivo	0,10%	0,80%	0,02
Fractura de cuello femoral	1,80%	3,90%	0,03
Fractura/dislocadura abierta de miembro inferior	3,60%	2,00%	0,62
Infecciones mayores de piel	0,00%	0,00%	NA
Otros desórdenes endocrinos	0,00%	0,80%	0,24
Diabetes y otros desórdenes hiperglicémicos	0,30%	2,20%	0,02
Infecciones en riñón/tracto urinario	0,80%	2,10%	0,06
Procedimiento abierto de próstata/cuello vesical	0,70%	0,90%	0,64
Desorden renal general	0,00%	0,23%	0,23
Parto normal	0,00%	1,40%	0
Cesárea	0,10%	0,10%	0,16
Enfermedad vascular periférica	2,50%	2,20%	0,82
Desórdenes de las células rojas	1,70%	0,60%	0,17

Fuente: Elaboración propia.

Como conclusión general, el patrón de mortalidad no difiere entre uno y otro hospital, salvo casos específicos, en donde se justifica realizar un análisis clínico detallado para explorar la existencia de procesos distintivos que orientan a resultados sanitarios diferentes dentro de una misma organización. Los ejemplos corresponden a los otros diagnósticos respiratorios, partos, procedimientos mayores de estómago y duodeno, desórdenes intestinales infecciosos, desórdenes hepáticos crónicos, reparación de hernia inguinal, umbilical o femoral, desórdenes inflamatorios de columna, articulación o tejido conectivo, fractura de cuello femoral, diabetes y otros desórdenes hiperglicémicos.

3.2.3.2. Calidad de la atención hospitalaria

La evaluación de la calidad de atención se aproxima a partir de algunos HRG cuyo análisis cuantitativo puede revelar la existencia de procesos de atención que merecen ser revisados para salvaguardar la mejor atención a la población asegurada.

Un primer indicador corresponde al uso de la tasa de cesáreas sin complicaciones con relación con los partos normales. La proporción de cesáreas sobre el total de partos alcanza el 70,7% para ambos hospitales. En el HNGAI, la proporción de cesáreas es del 57%, mientras que en el HNERM es del 84%. En ambos casos, esta proporción es mucho más elevada de lo que convencionalmente se acepta como cifra de referencia, que es del 20%. Estas cifras se encuentran por encima de la tasa de cesáreas para el Perú que es del 31%.

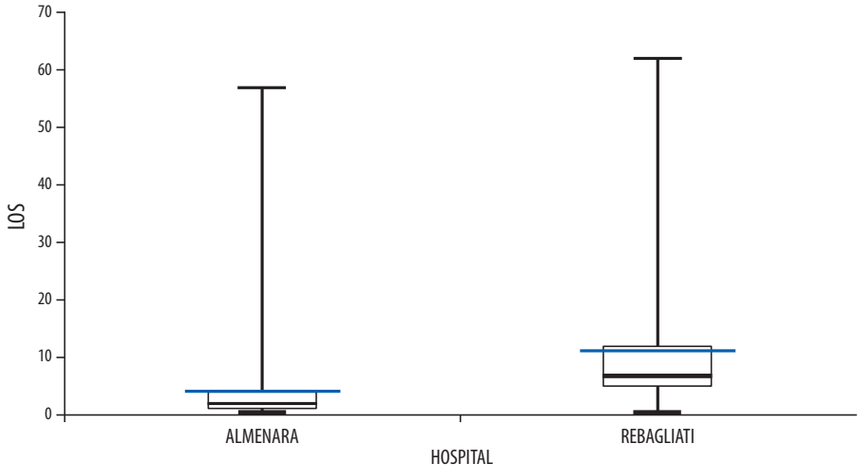
Asimismo, la tasa de cesáreas es significativamente diferente entre ambos hospitales, lo que indica la presencia de rutinas de manejo clínico diferentes, para una misma población objetivo, con una composición etárea muy similar. Esta rutina de manejo diferente se hace patente a partir de la comparación de las estancias hospitalarias, que es de 0,8 días más elevado en HNERM que en el HNGAI (rango: 0,59 – 1,01 al 95% IC; $p < 0,0001$) para las cesáreas no complicadas. La diferencia también es visible en cuanto al manejo del parto vaginal, en donde la hospitalización en el HNERM es superior en 0,37 días (aproximadamente 9 horas) al HNGAI (rango: 0,23 a 0,52 al 95% IC; $p < 0,0001$).

Un segundo indicador corresponde a la relación entre cirugías por hernias versus el resto de las cirugías de la cavidad abdominal. Globalmente, las cirugías por hernias representan el 15% del total de cirugías en cavidad abdominal. En el HNGAI estas cirugías corresponden al 12%, mientras que, en el HNERM, suman el 18% del total. La diferencia observada es estadísticamente significativa, lo que señala la existencia de un patrón distinto de atención en ambos hospitales. La ejecución de este tipo de procedimientos en hospitales del mayor nivel de complejidad debería reflejar un elevado nivel de estandarización, más aún cuando se trata de una cirugía bastante común y frecuente.

Ello no se observa en los casos simples de hernias umbilicales, inguinales o femorales, en donde la diferencia de estancias es de 7,01 días (rango: 5,50 a 8,51 al 95% IC; $p < 0,0001$). Tampoco se observa en los casos complejos, o con comorbilidades, en donde la diferencia de estancias es de 3,46 días (rango: 1,98 – 4,94 al 95% IC, $p < 0,001$). (Ver fig. 101).

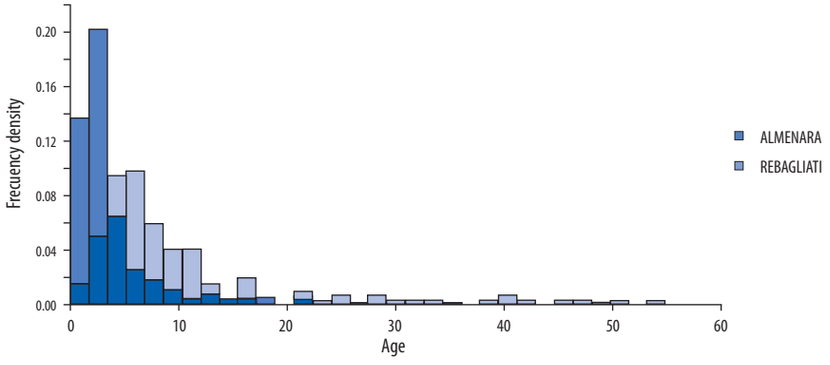
También resalta el hecho de que las poblaciones atendidas en ambos hospitales tienen una diferencia importante en cuanto a su composición etárea. Claramente, el HNGAI atiende a población pediátrica con este grupo de patologías, en tanto que el HNERM no procede de la misma manera. Nuevamente, esta diferencia de abordajes de manejo podría estar reflejando diferentes estándares de calidad de atención que deben ser homologados. (Ver fig. 102 y 103).

Figura 101. Diagramas de caja de días de egresos por cirugías de hernia



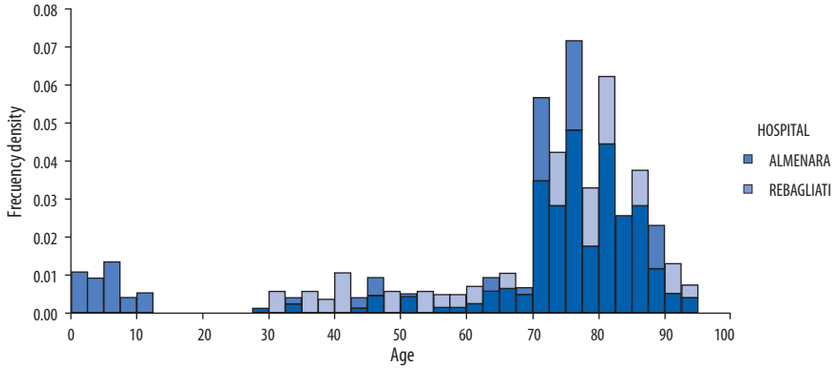
Fuente: Elaboración propia.

Figura 102. Distribución de egresos por duración de la estancia según hospital



Fuente: Elaboración propia.

Figura 103. Distribución de egresos de hernias por edad de los pacientes según hospitales



Fuente: Elaboración propia.

Un tercer indicador que es de utilidad para la evaluación de la calidad de atención corresponde a la prevención y el manejo de emergencias y complicaciones de enfermedades crónicas incapacitantes. En el caso de la diabetes, la presentación de pie diabético es una de las manifestaciones (acumulativas en el tiempo) de la progresión de la enfermedad y, por ende, de un nivel insuficiente de manejo en el largo plazo. A su vez, una de las manifestaciones del insuficiente manejo de casos de diabetes es la ocurrencia de emergencias, sean estas por hiperglicemia o hipoglicemia.

En la muestra estudiada, los casos de emergencia hiperglicémica e hipoglicémica internados ascienden al 0,56% de toda la casuística estudiada, que se desdobla en un 0,38% de casos del HNGAI respecto de su casuística y 0,67% en el caso del HNERM. La diferencia entre ambos es de 0,29% y es estadísticamente significativa ($p < 0,001$). Los casos de pie diabético ascienden al 0,17% de la casuística analizada, y se desdoblan en un 0,22% para el HNGAI y 0,14% para el HNERM. La diferencia entre ambos es de 0,08% y es estadísticamente significativa ($p < 0,001$).

Estas cifras revelan patrones distintos de internamiento por diabetes, lo que a su vez puede ser indicativo del nivel de seguimiento de pacientes en cada una de las redes de la seguridad social estudiadas. A su vez, puede ser indicativo del nivel de adherencia al tratamiento en este tipo de pacientes (mayor adherencia en el HNGAI y menor en el HNERM en el plazo más inmediato, mayor adherencia en el HNERM y menor en el HNGAI en el largo plazo). Adicionalmente, estas cifras pueden asociarse a las tasas de mortalidad en diabetes, que es de 1% en los casos con emergencias hiperglicémicas en el HNGAI y 6% en el HNERM ($p < 0,05$). La diferencia en los niveles de adherencia, así como las diferentes conductas de internamiento, y el manejo mismo de los casos una vez internados, representan rutas de investigación que requieren ser estudiadas con mucha rigurosidad para establecer rutas clínicas conducentes a resultados clínicos similares en cuanto al manejo de complicaciones y prevención de defunciones.

3.2.3.3. Reingresos hospitalarios

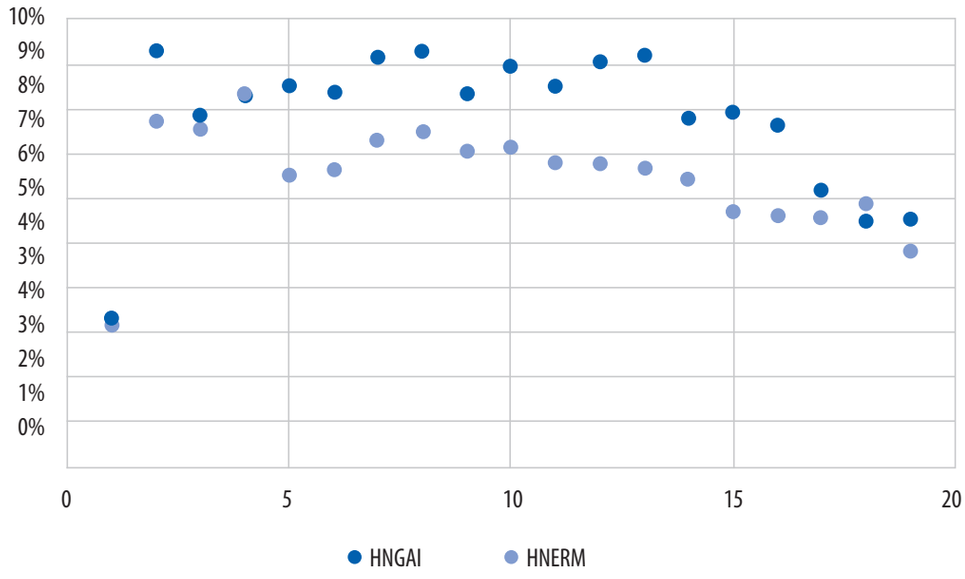
La ocurrencia de reingresos se corresponde con un tratamiento insuficiente de los pacientes, lo cual extiende el tiempo total de tratamiento. Al ser una razón de consumo de recursos prevenible, la prevención de reingresos ha justificado la creación de programas de intervención en Estados Unidos y países de la OECD.

Para el presente análisis, un reingreso se considera como tal cuando ocurre dentro de los primeros 30 días posteriores al alta hospitalaria. La evaluación de los reingresos hospitalarios en la base de datos sin ajustar revela una tasa general de reingresos del 8,8%, con un promedio del 10% para el HNGAI y 8% para el HNERM. Cuando se realiza un ajuste retirando de los reingresos realizados por oncología, la tasa de reingresos se reduce[21] : la tasa general de reingresos desciende a 6,7%, en el HNGAI es del 7,6% y en el HNERM es del 6,1%.

Una primera observación es que en términos generales la frecuencia de reingresos disminuye con la edad en los pacientes de EsSalud. La excepción de este comportamiento general se observa en el grupo etáreo de 0 a 4 años, en quienes la tasa de reingresos es la menor de todos los grupos examinados. Asimismo, se aprecia que la frecuencia de reingresos es más elevada en el HNGAI en la mayoría de los grupos etáreos analizados (ver fig. 104). Esta diferencia es estadísticamente significativa ($p < 0,005$) cada vez que esta es mayor o igual al 1%.

21 Dependiendo del protocolo de manejo, se puede requerir el internamiento programado del paciente oncológico. En este contexto, el reingreso del caso no es consecuencia del manejo insuficiente del caso.

Figura 104. Tasa de reingresos por hospitales de acuerdo con grupos etáreos (quinquenales)



Fuente: Elaboración propia.

El análisis de la casuística de reingresos basada en HRG revela el efecto de la inclusión de casos de oncología en la definición de reingresos. Una primera observación es que la primera causa de reingresos corresponde a las cesáreas no complicadas, seguida de las neoplasias no complicadas del sistema linfático y hematológico. La asociación entre la ausencia de registro complicaciones y el reingreso da cuenta de un nivel de subregistro que es clínicamente relevante. Esta misma situación se presenta en el parto no complicado y en los casos de neonatos que son dados de alta sin una patología severa, pero que son reingresados posteriormente.

Tabla 68. Efecto del retiro de casos oncológicos sobre el *ranking* de reingresos por HRG

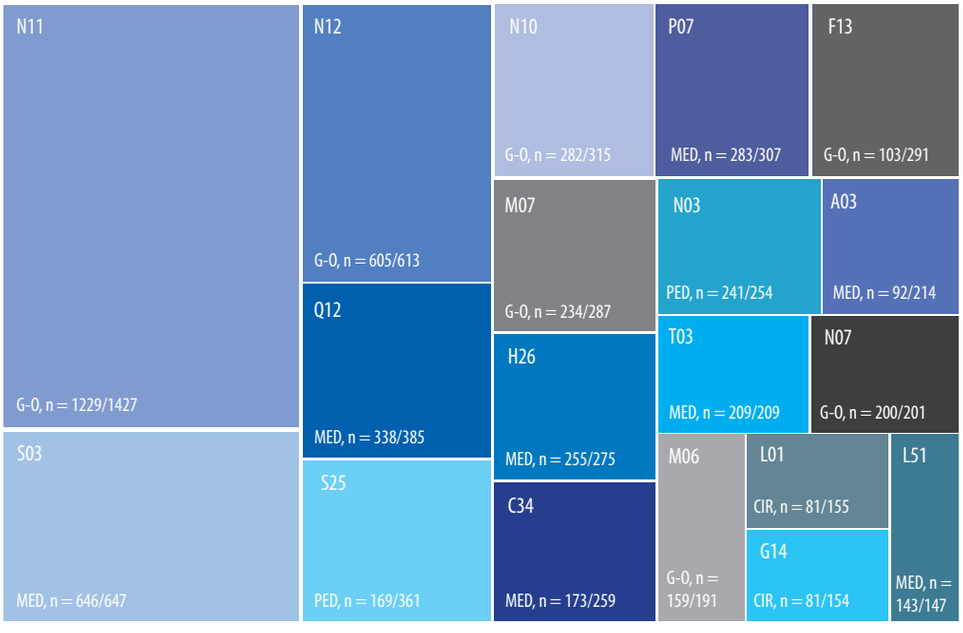
Tasa		Inicial	Ajuste	
9.0 %	Cesárea, sin complicaciones	1	1	Cesárea, sin complicaciones
35.8 %	Neoplasia maligna de sistema linfático / hematológico sin complicaciones	2	2	Neoplasia maligna de sistema linfático / hematológico sin complicaciones
55.3 %	Neoplasias	3	3	Otros eventos maternos
6.1 %	Otros eventos maternos	4	4	Procedimientos endovasculares terapéuticos
20.9 %	Procedimientos endovasculares terapéuticos	5	5	Otros ingresos
8.4 %	Procedimientos mayores de tacto genital superior	6	6	Cesárea, con complicaciones
16.3 %	Estomago o duodeno - procedimientos	7	7	Neoplasias
2.7 %	Otros ingresos	8	8	Estomago o duodeno - procedimientos mayores en > 49 o con complicaciones
11.4 %	Procedimientos de boca / garganta - Categoría 4	9	9	Procedimientos mayores de tacto genital superior
13.7 %	Cesárea, con complicaciones	10	10	Desórdenes inflamatorios de columna, articulación o tejido conectivo < 70 sin complicaciones
11.7 %	Procedimientos intracraneales excepto trauma - Categoría 3	11	11	Procedimientos de boca / garganta - Categoría 4
16.5 %	Desórdenes inflamatorios de columna, articulación o tejido conectivo < 70 sin complicaciones	12	12	Neonato con un diagnóstico menor
1.9 %	Neonato con un diagnóstico menor	13	13	Procedimientos intracraneales excepto trauma - Categoría 3
10.1 %	Procedimientos intermedios de tacto genital superior	14	14	Psicosis esquizofreniforme sin disociación
29.1 %	Desordenes de estómago y duodeno < 70 sin complicaciones	15	15	Parto normal, sin complicaciones
8.3 %	Psicosis esquizofreniforme sin disociación	16	16	Procedimientos intermedios de tacto genital superior
2.8 %	Parto normal, sin complicaciones	17	17	Trasplante renal

Fuente: Elaboración propia.

La importancia del registro clínico es aquí muy clara, ya que hace evidente que será muy difícil mejorar los niveles de desempeño médico si no se conocen adecuadamente las razones por las cuales los pacientes han sido reingresados. Así, por ejemplo, en la casuística revisada, el 26,3% de reingresos tienen un solo diagnóstico registrado. En el resto de los reingresos, la cantidad de diagnósticos adicionales se extiende hasta los siete diagnósticos. La tasa de reingresos en los pacientes que tuvieron un solo diagnóstico fue de 4,8%, en contraste con quienes tuvieron más de un diagnóstico, que fue de 7,6% ($p < 0,05$).

Los servicios que son más importantes para la reducción de los reingresos son ginecología y obstetricia, y medicina: 16 de los 19 HRG con más reingresos se encuentran en estos departamentos médicos. Además de esta observación, es importante examinar las posibilidades de optimizar el manejo de pacientes oncológicos, ya que representan un volumen importante de reingresos hospitalarios. Es relevante examinar si los escenarios clínicos y las atenciones brindadas en cada reingreso pueden ser protocolizados para ser brindadas en servicios complementarios fuera del HNGAI y HNERM, sin sacrificar la calidad técnica de la atención.

Figura 105. Composición de los reingresos según HRG y departamento de egreso



Fuente: Elaboración propia.

3.2.4. ¿Con qué eficiencia se produce? Una aproximación al "gasto evitable"

Hay diversas maneras de evaluar la eficiencia de la producción hospitalaria que son usadas por directivos y gerentes. El agrupamiento por HRG permite complementar los indicadores tradicionales con información más detallada considerando los "productos" hospitalarios de una manera más apropiada en tanto dentro de cada grupo clínico hay homogeneidad de uso de recursos.

En esta sección, se aplica un método de aproximación al gasto evitable basado en una doble selección de *outliers*. En primer lugar, se seleccionan los HRG con un comportamiento de *outliers* y, en segundo lugar, se identifican los egresos (casos) dentro de estos HRG seleccionados que, a su vez, también tienen un comportamiento de *outlier* extremo.

Aproximación a la estimación de los días de hospitalización evitables

Paso 1: identificación de los HRG con alta desviación acumulada de total de días paciente y total de costos totales .

HRG priorizados: se seleccionó 34 HRG con desviaciones acumuladas mayores a 2.0. Este subconjunto del total de HRG representa 122 074 egresos.

Paso 2: dentro de cada uno de estos 34 HRG, identificación de los egresos con días estancia que se comportan como outliers extremos (es decir, que la duración de la estancia toma valores con más de tres veces el rango intercuartil desde el límite superior de la caja).

Casos extremos: dentro de los 35 HRG se identificaron 10 049 egresos.

Paso 3: estimación de los recursos asociados a estos casos extremos, en lo relativo a los costos de los egresos y a la utilización de camas.

Días cama "liberables": 192 000 en tres años

Gasto evitable: S/ 135,4 millones en tres años

En el primer paso, se ha tomado como criterios de selección de los HRG las desviaciones respecto a la duración de estancia y el costo total. Tal como se observa en la figura, existe una serie de HRG que muestran un comportamiento atípico dentro la base de datos.

Con este criterio se han seleccionado 34 HRG para el análisis y dentro de cada grupo se explora el comportamiento de la duración de las estancias. Este conjunto de HRG representan 122 000 casos (egresos) y 1 060 000 días-paciente en el periodo de estudio. En promedio, la duración de la estancia es de 8,7 días por egreso, con un mínimo de 2,6 días para parto normal (N07) y un máximo de 23,7 días para amputaciones (Q15).

En términos de costos, los HRG seleccionados que se muestran a continuación han implicado un gasto de S/ 936,3 millones en los tres años bajo estudio.

En el segundo paso, en cada HRG se analizaron los egresos que se comportan como "*outliers* extremos"[22], con el fin de estimar los días paciente y el gasto evitable dentro de este conjunto de HRG priorizados. Estos casos ascendieron a 10 049 egresos en el periodo, lo que representó el 8% del total de los casos de este conjunto de HRG seleccionados.

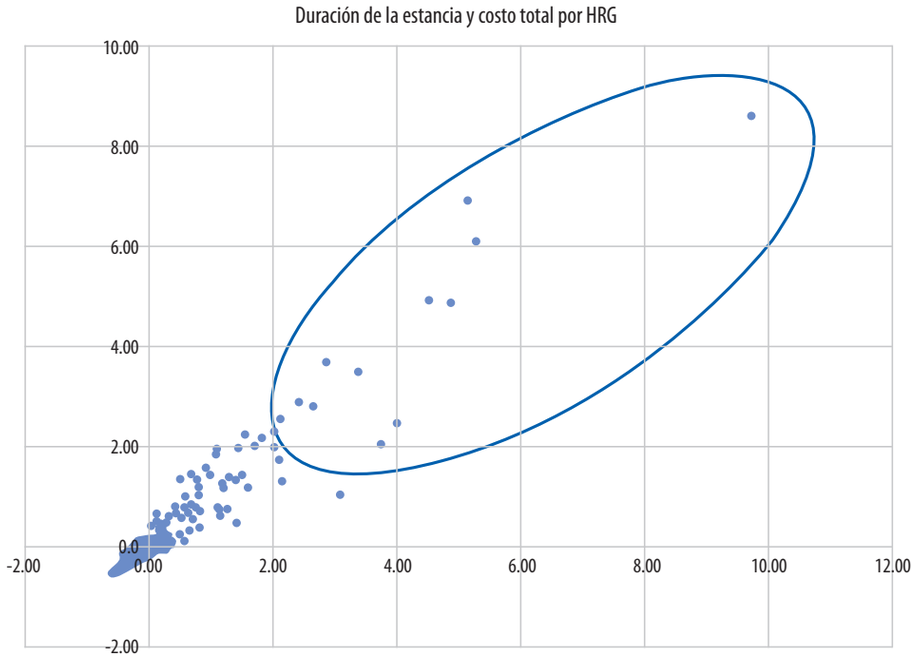
Con fines exploratorios, se aplicó una regresión logística binaria al siguiente modelo:

Prob [Extremo = 1] = f (Hospital, Tipo de egreso, Sexo, Edad, Costo total)[23]

22 Valores con más de tres veces el rango intercuartil (diferencia entre el tercer y el primer cuartil) desde el límite superior de la caja.

23 Cabe anotar que en un modelo que incluyó las variables de día, semana, mes y año, estas resultaron no significativas, no habiendo evidencia de algún efecto estacional sobre los casos extremos.

Figura 106. Duración de la estancia y costo total por HRG



Fuente: Elaboración propia.

Las variables son:

Variable dependiente		
Caso extremo	No extremo = 0	Extremo = 1
Variables independientes		
Hospital	Almenara = 0	Rebagliati = 1
Tipo de egreso	Caso simple = 0	Caso complejo = 1
Sexo	Hombre = 0	Mujer = 1
Edad	Variable continua	
Costo total	Variable continua	

Fuente: Elaboración propia.

La variable "tipo de egreso" distingue entre los casos simples en que el paciente ha sido tratado en un solo servicio en contraste con los casos múltiples, donde el paciente ha sido trasferido a varios servicios.

Los resultados que se muestran a continuación indican que la probabilidad de que un caso tenga una estancia extremadamente prolongada (dentro de los HRG priorizados) se relacionan principalmente con la mayor "complejidad" del caso, el sexo femenino y en menor medida, el HNERM.

Tabla 69. Resultados de la estimación logística binaria

	B	Error estándar	Wald	gl	Sig.	Exp (B)
Hospital	,082	,024	11,602	1	,001	1,086
Tipo de egreso	,736	,029	642,904	1	,000	2,087
Sexo	,326	,025	169,758	1	,000	1,385
Edad	–,011	,000	581,147	1	,000	,989
Costo total	,000	,000	5439,066	1	0,000	1,000
Constante	–3,342	,030	12 383,374	1	0,000	,035

Observado		Pronosticado		
		Extremos		Porcentaje correcto
		,00	1,00	
	,00	11,1309	1,104	99,0
Extremos	1,00	8,672	1,375	13,7
Porcentaje global				92,0

Fuente: Elaboración propia.

El modelo predice 92% de los casos, aunque la bondad de ajuste es baja (R2 de Nagelkerke = 0,21).

Al excluir los casos extremos, la duración promedio de la estancia se reduce de 8,7 días a 7,1 (–14%) y el costo promedio del egreso pasa de S/ 7670 a S/ 6561 (–18%). Al eliminar los días paciente superiores a los puntos de corte mostrados en el cuadro siguiente, se estima que el gasto evitable sería de S/ 135,4 millones y de 192 000 días paciente durante el periodo. Acciones para lograr estas mejoras de eficiencia permitirían liberar recursos para 27 000 nuevos egresos (22% de la producción en el periodo).

Este ejercicio exploratorio establece una suerte de base mínima de reducción del uso de recursos, en tanto se está tomado en consideración solo los casos más extremos. No obstante, el análisis y la gestión clínica en los principales HRG pueden llevar a mejoras de eficiencia muy superiores a los indicados, los que de por sí ya son significativos.

Al clasificar estos HRG priorizados según los capítulos del sistema orgánico del sistema HRG se puede identificar aquellas especialidades en que el fortalecimiento de la gestión clínica puede generar impactos importantes en la eficiencia global de los hospitales. Así, destaca en primer lugar obstetricia y servicios neonatales, que da cuenta de 43% de los casos de este subconjunto, 25% de los días paciente y 23% del costo total.

Tabla 70. Priorización de los capítulos del sistema orgánico (2015-2017)

	Capítulo HRG	Denominación	Egresos	Acumulado % egresos	Acumulado % días paciente	Acumulado % costo total
Prioridad I	N	Obstetricia y servicios neonatales	51 886	43 %	25 %	23 %
	S	Hematología, enfermedades infecciosas, envenenamientos y grupos inespecificos	17 140	57 %	35 %	34 %
	H	Sistema musculoesquelético	9184	64 %	48 %	44 %
	F	Sistema digestivo	7116	70 %	55 %	51 %
	M	Sistema reproductor femenino	7007	76 %	60 %	58 %
Prioridad II	G	Sistema hepatobiliar y pancreático	5837	80 %	65 %	64 %
	J	Piel, mamas y quemaduras	4214	84 %	71 %	70 %
	A	Sistema nervioso	3620	87 %	77 %	77 %
	Q	Sistema vascular	3431	90 %	82 %	82 %
	C	Boca, cabeza, cuello y oídos	3072	92 %	85 %	85 %
	T	Salud mental	2510	94 %	89 %	88 %
	D	Sis respiratoriotema	2311	96 %	93 %	92 %
	P	Enfermedades de la niñez	1979	98 %	96 %	95 %
	L	Tracto urinario y sistema reproductor masculino	1361	99 %	98 %	97 %
	R	Cirugía vertebral y condiciones primarias de columna vertebral	1345	100 %	100 %	100 %

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 71. HRG que acumulan 50% de la casuística

HRG	Denominación	Número Total de casos	suma de días de hospitalización
Total		**122 074**	**1 059 498**
N11	Cesárea, sin complicaciones	17 235	104 837
N03	Neonato con diagnóstico menor	13 666	58 450
A03	Procedimientos intracraneales excepto trauma - Categoría 3	2672	59 791
S25	Otros ingreso	13 431	55 628
S03	Neoplasia maligna de sistema linfático / hematológico sin complicaciones	3630	52 092
F13	Estomago o duodeno - procedimientos mayores en > 49 o con complicaciones	2246	40 476
M07	Procedimientos mayores de tacto genital superior	4477	35 264
H49	Injuría múltiple > 69	2355	46 877
T03	Psicosis esquizofreniforme sin disociación	2507	44 237
Q12	Procedimientos endovasculares terapéuticos	2383	33 112
G14	Tacto biliar - procedimientos mayores < 70 sin complicaciones	3324	30 831
C34	Procedimientos de boca / garganta - Categoría 4	3087	27 721
P07	Neoplasias pediátricas	1908	26 780
N12	Otros eventos sin complicaciones	10 100	37 542
D32	Insuficiencia respiratoria	1457	26 813
G13	Tacto biliar - Procedimientos mayores > 69 sin complicaciones	2566	24 639
Q15	Amputaciones	1153	27 370
R11	Cirugía de médula espinal	1324	21 923
N05	Neonato con un diagnostico mayor	1500	23 575
H50	Injuría múltiple < 70	2303	27 958
H02	Reemplazo primario de cadera	1674	20 778
F82	Apendicectomía < 70 sin complicaciones	3903	17 432
L02	Procedimiento operatorio mayor > 49 o con complicaciones	1285	21 422
J02	Cirugía mayor de mama incluyendo procedimientos plásticos > 49 o con complicaciones	1994	17 139
N10	Césarea con complicaciones	2371	22 439
J37	Procedimientos menores de piel - categoria 1 sin complicaciones	1208	20 405
F32	Intestino grueso - procedimientos muy mayores	1044	19 398
A04	Procedimientos intracraneales excepto trauma - categoría 4	1197	15 556
H19	Procedimientos de partes blandas u otros huesos - categoría 2 < 70 sin complicaciones	1876	18 265
D02	Procedimientos toracicos complejos	875	16 105
N07	Parto normal sin complicaciones	7121	18 310
J29	Cirugía reconstructiva mayor	883	13 169
M06	Procedimientos intermedios de tracto genital superior	2378	14 089
H33	Fractura de cuello femoral > 69 o con complicaciones	941	19 084

	Duración promedio deestancia	Costo total	Costo promedio por caso	Costo promedio por día
	8,7	**936 268 500**	**7670**	**884**
	6,1	81 201 751	4711	775
	4,3	66 284 831	4850	1134
	22,4	59 154 359	22 139	989
	4,1	48 232 687	3591	867
	14,4	48 812 142	13 447	937
	18,0	35 964 220	16 013	889
	7,9	37 628 208	8405	1067
	19,9	26 750 981	11 359	571
	17,6	23 175 165	9244	524
	13,9	29 629 174	12 434	895
	9,3	30 694 970	9234	996
	9,0	27 753 469	8990	1001
	14,0	25 747 890	13 495	961
	3,7	14 311 262	1417	381
	18,4	22 767 955	15 627	849
	9,6	24 312 514	9475	987
	23,7	20 308 070	17 613	742
	16,6	24 762 070	18 702	1130
	15,7	23 112 070	15 408	980
	12,1	16 588 366	7203	593
	12,4	22 427 275	13 397	1079
	4,5	22 267 090	5705	1277
	16,7	17 875 067	13 911	834
	8,6	21 334 247	10 699	1245
	9,5	15 618 833	6587	696
	16,9	16 923 860	14 010	826
	18,6	17 432 716	16 698	899
	13,0	18 820 124	15 723	1210
	9,7	16 426 919	8756	899
	18,4	17 854 051	20 405	1109
	2,6	15 560 538	2185	850
	14,9	18 045 181	20 436	1370
	5,9	16 826 705	7076	1194
	20,3	11 663 748	12 395	611

HRG		Punto de corte de valores extremos de díaas de estancia	Número de casos extremos	Suma de días de hospitalizacion de casos extremos
Total			**10 049**	**263 520**
N11	Cesárea, sin complicaciones	70	2024	40 905
N03	Neonato con diagnóstico menor	32	1324	20 249
A03	Procedimientos intracraneales excepto trauma - Categoría 3	17	114	9350
S25	Otros ingreso	54	1738	23 297
S03	Neoplasia maligna de sistema linfático / hematológico sin complicaciones	50	102	6216
F13	Estomago o duodeno - procedimientos mayores en > 49 o con complicaciones	56	123	8768
M07	Procedimientos mayores de tacto genital superior	55	341	8666
H49	Injuría múltiple > 69	10	78	4420
T03	Psicosis esquizofreniforme sin disociación	24	146	4110
Q12	Procedimientos endovasculares terapéuticos	22	130	7542
G14	Tacto biliar - procedimientos mayores < 70 sin complicaciones	27	229	8086
C34	Procedimientos de boca / garganta - Categoría 4	25	345	10 902
P07	Neoplasias pediátricas	60	63	3890
N12	Otros eventos sin complicaciones	44	933	11 191
D32	Insuficiencia respiratoria	33	91	6098
G13	Tacto biliar - Procedimientos mayores > 69 sin complicaciones	20	213	8169
Q15	Amputaciones	40	47	3686
R11	Cirugía de médula espinal	49	69	3737
N05	Neonato con diagnóstico mayor	43	94	5791
H50	Injuría múltiple < 70	13	86	4009
H02	Reemplazo primario de cadera	17	152	6638
F82	Apendicectomía < 70 sin complicaciones	8	303	5585
L02	Procedimiento operatorio mayor > 49 o con complicaciones	46	76	4535
J02	Cirugía mayor de mama incluyendo procedimientos plásticos > 49 o con complicaciones	7	94	3261
N10	Césarea con complicaciones	26	150	5948
J37	Procedimientos menores de piel - categoría 1 sin complicaciones	11	64	4129
F32	Intestino grueso - procedimientos mayores	8	30	2064
A04	Procedimientos intracraneales excepto trauma - categoría 4	46	115	5876
H19	Procedimientos de partes blandas u otros huesos - categoría 2 < 70 sin complicaciones	42	128	5026
D02	Procedimientos torácicos complejos	66	38	2676
N07	Parto normal sin complicaciones	40	269	3381
J29	Cirugía reconstructiva mayor	46	57	2958
M06	Procedimientos intermedios de tracto genital superior	6	253	6088
H33	Fractura de cuello femoral > 69 con complicaciones	38	30	2273

Costo total de casos extremos	Duración de estancia promedio sin extremos	Costo promedio por casos sin extremos	Reducción del gasto Total	Gasto evitable	Reducción de los días paciente	Días paciente evitables
201 317 019	**7,1**	**6561**	**-14 %**	**135 389 525**	**-18 %**	**192 118**
26 090 436	4,2	3623	-23 %	18 757 236	-31 %	32 398
21 290 305	3,1	3646	-25 %	16 463 474	-28 %	16 151
7 130 004	19,7	20 338	-8	4 811 483	-12 %	7102
18 567 245	2,8	2537	-29 %	14 157 894	-33 %	18 492
6 043 147	13,0	12 123	-10 %	4 806 628	-9 %	4890
6 738 884	14,9	13 766	-14 %	5 045 659	-17 %	6931
6 696 439	6,4	7479	-11 %	4 146 213	-18 %	6473
2 111 907	18,6	10 821	-5 %	1 267 880	-6 %	2966
4 346 700	15,3	7975	-14 %	3 182 381	-13 %	5876
5 989 205	11,3	10 493	-16 %	4 625 159	-18 %	6067
6 630 776	7,3	7775	-16 %	4 850 259	-21 %	6403
8 950 306	6,1	6857	-24 %	6 584 482	-32 %	8786
3 666 755	12,4	11 968	-11 %	2 912 765	-12 %	3108
4 488 433	2,9	1072	-24 %	3 488 683	-23 %	8509
5 683 396	15,2	12 507	-20 %	4 545 259	-18 %	4718
6 079 184	7,0	7749	-18 %	4 428 653	-27 %	6678
3 056 018	21,4	15 599	-11 %	2 322 833	-10 %	2680
2 963 424	14,5	17 369	-7 %	1 764 933	-12 %	2737
5 635 473	12,6	12 430	-19 %	4 467 052	-20 %	4602
2 143 201	10,8	6516	-10 %	1 582 856	-11 %	3080
5 224 861	9,3	11 303	-16 %	3 506 880	-25 %	5226
5 153 341	3,3	4754	-17 %	3 712 934	-26 %	4588
3 205 240	14,0	12 134	-13 %	2 283 067	-16 %	3473
2 778 915	7,3	9766	-9 %	1 860 914	-15 %	2574
3 853 220	7,4	5297	-20 %	3 058 604	-22 %	4834
3 041 536	14,2	12 135	-13 %	2 264 902	-16 %	3218
1 704 248	17,1	15 511	-7 %	1 238 909	-8 %	1551
4 724 972	8,9	13 027	-17 %	3 226 874	-31 %	4847
3 007 002	7,6	7677	-12 %	2 024 307	-22 %	4057
2 394 394	16,0	18 470	-9 %	1 692 521	-13 %	2066
2 998 762	2,2	1833	-16 %	2 505 604	-15 %	2795
2 877 670	12,4	18 363	-10 %	1 831 002	-17 %	2253
4 681 788	3,8	5715	-19 %	3 235 829	-36 %	5135
1 369 839	18,5	11 300	-9 %	1 030 851	-9 %	1719

3.2.4. El tarifario HRG

HRG	Denominación	Costo total promedio (soles)	Unidad relativa de valor (URV)
A01	Procedimientos intracraneales excepto trauma - Categoría 1	19 517	2,27
A02	Procedimientos intracraneales excepto trauma - Categoría 2	18 358	2,13
A03	Procedimientos intracraneales excepto trauma - Categoría 3	22 139	2,57
A04	Procedimientos intracraneales excepto trauma - Categoría 4	15 723	1,83
A06	Procedimientos intracraneales por trauma, sin complicaciones	10 913	1,27
A09	Desorden de nervio periférico, > 69 o con complicaciones	12 203	1,42
A10	Desorden de nervio periférico, < 70 sin complicaciones	9055	1,05
A11	Desórdenes neuromusculares	10 093	1,17
A14	Tumor cerebral/Quistes cerebrales > 69 o con complicaciones	12 256	1,42
A15	Tumor cerebral/Quistes cerebrales < 70 sin complicaciones	9565	1,11
A16	Degeneración cerebral > 69 o con complicaciones	7406	0,86
A17	Degeneración cerebral < 70 sin complicaciones	7063	0,82
A18	Esclerosis múltiple/Otra condición desmielinizante del sistema nervioso	5904	0,69
A19	Desorden hemorrágico cerebrovascular	6738	0,78
A20	Ataque de isquemia transitoria > 69 o con complicaciones	5357	0,62
A21	Ataque de isquemia transitoria < 70 sin complicaciones	4578	0,53
A22	Isquemia no transitoria/Accidente cerebrovascular > 69 o con complicaciones	6761	0,79
A23	Isquemia no transitoria/Accidente cerebrovascular < 70 sin complicaciones	7088	0,82
A24	Desórdenes de pares craneales	6480	0,75
A25	Infecciones del sistema nervioso	9817	1,14
A26	Encefalopatía	12 375	1,44
A27	Cefalea/Migraña > 69 o con complicaciones	8696	1,01
A28	Cefalea/Migraña < 70 sin complicaciones	4262	0,50
A29	Epilepsia > 69 o con complicaciones	7324	0,85
A30	Epilepsia < 70 sin complicaciones	5531	0,64
A31	Injuria en cabeza con injuria cerebral	7481	0,87
A34	Desórdenes misceláneos del sistema nervioso	8677	1,01
A99	Anciano complejo con un diagnóstico principal de sistema nervioso	15 103	1,75

HRG	Denominación	Costo total promedio (soles)	Unidad relativa de valor (URV)
B05	Otros procedimientos oftálmicos - Categoría 2	10 675	1,24
B06	Otros procedimientos oftálmicos - Categoría 3	14 179	1,65
B07	Otros procedimientos oftálmicos - Categoría 4	12 421	1,44
B08	Otros procedimientos oftálmicos - Categoría 5	14 515	1,69
B09	Otros procedimientos oftálmicos - Categoría 6	13 568	1,58
B10	Internamiento oftálmico mayor no quirúrgico	7954	0,92
B11	Internamiento oftálmico intermedio no quirúrgico	5494	0,64
B12	Internamiento oftálmico menor no quirúrgico	6455	0,75
C01	Procedimientos de oído - Categoría 1	8695	1,01
C06	Diagnóstico de cuello/oído > 69 o con complicaciones	5002	0,58
C07	Diagnóstico de cuello/oído <70, sin complicaciones	3843	0,45
C14	Procedimientos de boca/garganta - Categoría 2	7056	0,82
C16	Diagnóstico de boca, cabeza, cuello/oído - Categoría 2 > 69 o con complicaciones	5001	0,58
C17	Diagnóstico de boca, cabeza, cuello/oído - Categoría 2 < 70, sin complicaciones	4990	0,58
C21	Procedimientos de oído - Categoría 3	12 070	1,40
C24	Procedimientos de boca/garganta - Categoría 3	9939	1,15
C25	Procedimientos óseos de oído, nariz y garganta - Categoría 3	12 023	1,40
C26	Diagnóstico de boca, cabeza, cuello/oído - Categoría 3 > 69 o con complicaciones	7936	0,92
C27	Diagnóstico de boca, cabeza, cuello/oído - Categoría 3 < 70, sin complicaciones	4572	0,53
C31	Procedimientos de oído - Categoría 4	11 212	1,30
C32	Procedimientos de nariz - Categoría 4	6715	0,78
C34	Procedimientos de boca/garganta - Categoría 4	8990	1,04
C35	Procedimientos óseos de oído, nariz y garganta - Categoría 4	14 083	1,64
C36	Diagnóstico de boca, cabeza, cuello/oído - Categoría 4 > 69 o con complicaciones	9385	1,09
C37	Diagnóstico de boca, cabeza, cuello/oído - Categoría 4 < 70, sin complicaciones	6461	0,75
C41	Procedimientos de oído - Categoría 5	12 883	1,50
C42	Procedimientos de nariz - Categoría 5	10 755	1,25
C43	Procedimientos de boca/garganta - Categoría 5 > 69 o con complicaciones	17 419	2,02
C44	Procedimientos de boca/garganta - Categoría 5 < 70, sin complicaciones	11 320	1,31

HRG	Denominación	Costo total promedio (soles)	Unidad relativa de valor (URV)
C45	Procedimientos óseos de oído, nariz y garganta - Categoría 5	15 735	1,83
C54	Procedimientos de boca/garganta - Categoría 6	19 419	2,26
D02	Procedimientos torácicos complejos	20 405	2,37
D03	Procedimientos torácicos mayores	17 906	2,08
D05	Procedimientos torácicos intermedios, sin complicaciones	15 540	1,81
D12	Absceso - Empiema pulmonar	16 932	1,97
D13	Neumonía lobar atípica/viral > 69 o con complicaciones	8300	0,96
D14	Neumonía lobar atípica/viral < 70, sin complicaciones	9114	1,06
D15	Bronconeumonía	5810	0,67
D16	Bronquiectasia	8441	0,98
D18	Tuberculosis pulmonar/pleural	12 587	1,46
D19	Otra tuberculosis	14 332	1,66
D20	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica o bronquitis	7432	0,86
D21	Asma > 49 o con complicaciones	5463	0,63
D22	Asma < 50, sin complicaciones	5366	0,62
D23	Derrame pleural/pleuresía > 69 o con complicaciones	11 900	1,38
D24	Derrame pleural/pleuresía < 70, sin complicaciones	10 224	1,19
D25	Neoplasias respiratorias	11 054	1,28
D26	Fibrosis/neumoconiosis	7848	0,91
D28	Granulomatosis/Otra enfermedad pulmonar	8223	0,96
D30	Neumotórax	12 301	1,43
D32	Insuficiencia respiratoria	15 627	1,82
D33	Otro diagnóstico respiratorio > 69 o con complicaciones	10 760	1,25
D34	Otro diagnóstico respiratorio < 70, sin complicaciones	8463	0,98
D99	Anciano complejo con diagnóstico principal del sistema respiratorio	12 457	1,45
E03	Procedimientos en válvula cardiaca	38 477	4,47
E04	Bypass coronario	36 829	4,28
E05	Otros procedimientos cardiotorácicos con soporte cardiopulmonar	25 480	2,96
E06	Otros procedimientos cardiotorácicos sin soporte cardiopulmonar	18 019	2,09

HRG	Denominación	Costo total promedio (soles)	Unidad relativa de valor (URV)
E11	HRG médico duración de estancia 06 a 10	11 863	1,38
E12	Infarto agudo de miocardio, sin complicaciones	6501	0,76
E18	Insuficiencia cardiaca/shock > 69 o con complicaciones	8583	1,00
E19	Insuficiencia cardiaca/shock < 70, sin complicaciones	9026	1,05
E22	Ateroesclerosis coronaria > 69 o con complicaciones	5766	0,67
E23	Ateroesclerosis coronaria < 70, sin complicaciones	4347	0,50
E24	Hipertensión > 69 o con complicaciones	6696	0,78
E25	Hipertensión < 70, sin complicaciones	6119	0,71
E26	Desorden vascular/congénito > 69 o con complicaciones	12 267	1,42
E27	Desorden vascular/congénito < 70, sin complicaciones	11 467	1,33
E28	Paro cardiaco	10 494	1,22
E29	Arritmia/Desorden de la conducción > 69 o con complicaciones	6041	0,70
E30	Arritmia/Desorden de la conducción < 70, sin complicaciones	4965	0,58
E31	Síncope/Colapso > 69 o con complicaciones	5372	0,62
E32	Síncope/Colapso < 70, sin complicaciones	4904	0,57
E33	Angina > 69 o con complicaciones	5465	0,63
E34	Angina < 70, sin complicaciones	5119	0,59
E35	Dolor torácico > 69 o con complicaciones	7926	0,92
E36	Dolor torácico < 70, sin complicaciones	8593	1,00
E37	Otros diagnósticos cardiacos	7804	0,91
E99	Anciano complejo con diagnóstico principal cardiológico	13 843	1,61
F01	Esófago - Procedimientos complejos	23 002	2,67
F07	Desórdenes del esófago > 69 o con complicaciones	5995	0,70
F08	Desórdenes del esófago < 70, sin complicaciones	5203	0,60
F11	Estómago o duodeno - Procedimientos complejos	17 027	1,98
F12	Estómago o duodeno - Procedimientos muy mayores	17 652	2,05
F13	Estómago o duodeno - Procedimientos mayores en > 49 o con complicaciones	16 013	1,86
F14	Estómago o duodeno - Procedimientos mayores en < 50, sin complicaciones	11 608	1,35
F17	Desórdenes de estómago o duodeno > 69 o con complicaciones	6859	0,80

HRG	Denominación	Costo total promedio (soles)	Unidad relativa de valor (URV)
F18	Desórdenes de estómago o duodeno < 70, sin complicaciones	5153	0,60
F21	Intestino delgado - Procedimientos muy mayores	23 215	2,70
F22	Intestino delgado - Procedimientos mayores > 49 o con complicaciones	19 271	2,24
F23	Intestino delgado - Procedimientos mayores < 50, sin complicaciones	17 045	1,98
F24	Desórdenes de intestino delgado (excluyendo enfermedad inflamatoria intestinal)	6065	0,70
F31	Intestino grueso - Procedimientos gomplejos	16 625	1,93
F32	Intestino grueso - Procedimientos muy mayores	16 698	1,94
F33	Intestino grueso - Procedimientos mayores, con complicaciones	14 384	1,67
F34	Intestino grueso - Procedimientos mayores, sin complicaciones	12 475	1,45
F36	Desorden de intestino grueso > 69 o con complicaciones	5789	0,67
F37	Desorden de intestino grueso < 70, sin complicaciones	4766	0,55
F41	Abdomen general - Procedimientos muy mayores/mayores > 69 o con complicaciones	14 366	1,67
F42	Abdomen general - Procedimientos muy mayores/mayores < 70, sin complicaciones	12 572	1,46
F43	Abdomen general - Procedimientos endoscópicos/intermedios > 69 con complicaciones	11 611	1,35
F44	Abdomen general - Procedimientos endoscópicos/intermedios < 70, sin complicaciones	9140	1,06
F46	Desorden de abdomen general > 69 o con complicaciones	8671	1,01
F47	Desorden de abdomen general < 70, sin complicaciones	6679	0,78
F48	Desórdenes intestinales infecciosos > 69 o con complicaciones	6548	0,76
F49	Desórdenes intestinales infecciosos < 70, sin complicaciones	5292	0,61
F52	Enfermedad inflamatoria intestinal - Procedimientos mayores	12 318	1,43
F53	Enfermedad inflamatoria intestinal - Procedimientos endoscópicos/intermedios > 69 o con complicaciones	10 320	1,20
F54	Enfermedad inflamatoria intestinal - Procedimientos endoscópicos/intermedios < 70, sin complicaciones	9181	1,07
F55	Enfermedad inflamatoria intestinal > 69 o con complicaciones	4831	0,56
F56	Enfermedad inflamatoria intestinal < 70, sin complicaciones	5535	0,64
F61	Sangrado gastrointestinal - Procedimientos muy mayores	20 103	2,34
F64	Sangrado gastrointestinal > 69 o con complicaciones	6364	0,74
F65	Sangrado gastrointestinal < 70, sin complicaciones	5410	0,63
F71	Procedimientos para hernia abdominal > 69 o con complicaciones	8826	1,03
F72	Procedimientos para hernia abdominal < 70, sin complicaciones	7720	0,90

HRG	Denominación	Costo total promedio (soles)	Unidad relativa de valor (URV)
F73	Reparación de hernia inguinal, umbilical o femoral > 69 o con complicaciones	7810	0,91
F74	Reparación de hernia inguinal, umbilical o femoral < 70, sin complicaciones	6600	0,77
F75	Procedimientos de herniotomía	6155	0,71
F76	Hernia > 69 o con complicaciones	4216	0,49
F77	Hernia < 70, sin complicaciones	3029	0,35
F81	Apendicectomía > 69 o con complicaciones	8373	0,97
F82	Apendicectomía < 70, sin complicaciones	5705	0,66
F83	Desórdenes apendiculares	2436	0,28
F91	Ano - Procedimientos mayores	6849	0,80
F92	Ano - Procedimientos intermedios > 49 o con complicaciones	4302	0,50
F93	Ano - Procedimientos intermedios < 50, sin complicaciones	4633	0,54
F95	Ano - Procedimientos menores < 70, sin complicaciones	5502	0,64
F96	Desórdenes anales	4460	0,52
G01	Trasplante hepático	25 898	3,01
G02	Hígado - Procedimientos complejos	18 942	2,20
G03	Hígado - Procedimientos muy mayores	15 270	1,77
G06	Desórdenes hepáticos agudos	8889	1,03
G07	Desórdenes hepáticos crónicos > 69 o con complicaciones	6441	0,75
G08	Desórdenes hepáticos crónicos < 70, sin complicaciones	6084	0,71
G11	Tracto biliar - Procedimientos complejos	22 053	2,56
G12	Tracto biliar - Procedimientos muy mayores	14 807	1,72
G13	Tracto biliar - Procedimientos mayores > 69 o con complicaciones	9479	1,10
G14	Tracto biliar - Procedimientos mayores < 70, sin complicaciones	9234	1,07
G18	Desorden del tracto biliar > 69 o con complicaciones	6596	0,77
G19	Desorden tracto biliar < 70, sin complicaciones	4443	0,52
G20	Neoplasias del tracto biliar	8133	0,94
G21	Páncreas - Procedimientos complejos	18 908	2,20
G23	Desórdenes pancreáticos	8439	0,98
G24	Enfermedad pancreática crónica > 69	8884	1,03

HRG	Denominación	Costo total promedio (soles)	Unidad relativa de valor (URV)
G25	Enfermedad pancreática crónica < 70	5750	0,67
H02	Reemplazo primario de cadera	13 397	1,56
H04	Reemplazo primario de rodilla	13 058	1,52
H05	Revisiones complejas de cadera o rodilla	15 155	1,76
H06	Procedimientos de revisión de caderas/rodillas	14 186	1,65
H07	Reemplazo primario o revisión de hombro, codo o tobillo	8817	1,02
H08	Reemplazo o revisión articular, lugar sin especificar	9018	1,05
H10	Artroscopías	6722	0,78
H12	Procedimientos de pie - Categoría 2	8297	0,96
H14	Procedimientos de mano - Categoría 2	6654	0,77
H15	Procedimientos de mano - Categoría 3	7761	0,90
H16	Procedimientos de partes blandas u otros de hueso - Categoría 1 > 69 o con complicaciones	10 289	1,20
H17	Procedimientos de partes blandas u otros de hueso - Categoría 1 < 70, sin complicaciones	7601	0,88
H18	Procedimientos de partes blandas u otros de hueso - Categoría 2 > 69 o con complicaciones	10 869	1,26
H19	Procedimientos de partes blandas u otros de hueso - Categoría 2 < 70, sin complicaciones	8756	1,02
H20	Procedimientos de músculo, tendón o ligamento - Categoría 1	6024	0,70
H21	Procedimientos de músculo, tendón o ligamento - Categoría 2	6631	0,77
H23	Desórdenes de partes blandas > 69 o con complicaciones	6952	0,81
H24	Desórdenes de PARTES BLANDAS < 70, sin complicaciones	5158	0,60
H25	Desórdenes inflamatorios de columna, articulación o tejido conectivo > 69 o con complicaciones	8254	0,96
H26	Desórdenes inflamatorios de columna, articulación o tejido conectivo < 70, sin complicaciones	7008	0,81
H27	Desórdenes no inflamatorios de espalda, hueso o articulación > 69 o con complicaciones	4099	0,48
H28	Desórdenes no inflamatorios de espalda, hueso o articulación < 70, sin complicaciones	4428	0,51
H29	Dislocadura congénita de cadera con procedimientos abiertos	9595	1,11
H30	Infecciones de huesos/articulaciones	13 637	1,58
H33	Fractura de cuello femoral > 69 o con complicaciones	12 395	1,44
H34	Fractura de cuello femoral < 70, sin complicaciones	10 749	1,25
H35	Fractura/dislocadura abierta de miembro inferior	12 908	1,50
H36	Fractura cerrada de pelvis/miembro inferior > 69 o con complicaciones	12 016	1,40

HRG	Denominación	Costo total promedio (soles)	Unidad relativa de valor (URV)
H37	Fractura cerrada de pelvis/miembro inferior < 70, sin complicaciones	8359	0,97
H39	Fractura/dislocadura cerrada de miembro superior > 69 o con complicaciones	6531	0,76
H40	Fractura/dislocadura cerrada de miembro superior < 70, sin complicaciones	6229	0,72
H41	Desgarros, esguinces o heridas abiertas menores > 69 o con complicaciones	8235	0,96
H42	Desgarros, esguinces o heridas abiertas menores < 70, sin complicaciones	5753	0,67
H44	Injuria mayor de cráneo, víscera o vaso < 70, sin complicaciones	6560	0,76
H45	Fracturas o dislocaduras menores	4558	0,53
H48	Otras heridas o injurias	5910	0,69
H49	Injuria múltiple > 69	11 359	1,32
H50	Injuria múltiple < 70	7203	0,84
H51	Remoción de dispositivo de fijación > 69 o con complicaciones	7339	0,85
H52	Remoción de dispositivo de fijación < 70, sin complicaciones	5058	0,59
H53	Fractura patológica o neoplasia de hueso y tejido conectivo > 69 o con complicaciones	6473	0,75
H54	Fractura patológica o neoplasia de hueso y tejido conectivo < 70, sin complicaciones	5485	0,64
H99	Anciano complejo con un diagnóstico principal del sistema musculoesquelético	13 773	1,60
J01	Reconstrucción compleja de mama mediante colgajos	16 106	1,87
J02	Cirugía mayor de mama, incluyendo procedimientos plásticos > 49 o con complicaciones	10 699	1,24
J03	Cirugía mayor de mama, incluyendo procedimientos plásticos < 59, sin complicaciones	10 023	1,16
J04	Cirugía intermedia de mama > 49 o con complicaciones	7425	0,86
J05	Cirugía intermedia de mama < 50, sin complicaciones	7378	0,86
J08	Desórdenes no malignos de mama	4776	0,55
J09	Desórdenes malignos de mama > 69 o con complicaciones	7551	0,88
J10	Desórdenes malignos de mama < 70, sin complicaciones	4993	0,58
J21	Otra quemadura con 1 procedimiento de injerto significativo >16 <50	26 360	3,06
J22	Otra quemadura con 1 procedimiento de injerto significativo < 17	25 356	2,95
J26	Otra quemadura sin procedimiento de injerto significativo > 69	9699	1,13
J27	Otra quemadura sin procedimiento de injerto significativo > 16 < 70	8798	1,02
J28	Otra quemadura sin procedimiento de injerto significativo < 17	7280	0,85
J29	Cirugía reconstructiva mayor	20 436	2,37

HRG	Denominación	Costo total promedio (soles)	Unidad relativa de valor (URV)
J30	Procedimientos mayores de piel > 49 o con complicaciones	28 334	3,29
J31	Procedimientos mayores de piel < 50, sin complicaciones	16 678	1,94
J32	Procedimientos intermedios de piel	20 430	2,37
J33	Procedimientos menores de piel - Categoría 3	9263	1,08
J35	Procedimientos menores de piel - Categoría 2 sin complicaciones	8552	0,99
J36	Procedimientos menores de piel - Categoría 1 con complicaciones	20 058	2,33
J37	Procedimientos menores de piel - Categoría 1 sin complicaciones	14 010	1,63
J38	Ulceras cutáneas	11 314	1,31
J39	Condiciones dermatológicas mayores > 69 o con complicaciones	10 459	1,21
J40	Condiciones dermatológicas mayores < 70, sin complicaciones	8053	0,94
J41	Infecciones mayores de piel > 69 o con complicaciones	7553	0,88
J42	Infecciones mayores de piel < 70, sin complicaciones	6423	0,75
J43	Neoplasias mayores de piel	6906	0,80
J44	Condiciones dermatológicas menores/neoplasia benigna	7921	0,92
J45	Infecciones menores de piel	7494	0,87
K01	Procedimientos de tiroides	12 407	1,44
K04	Desórdenes de hipófisis anterior	8351	0,97
K05	Otros desórdenes endocrinos > 69 o con complicaciones	6995	0,81
K06	Otros desórdenes endocrinos < 70, sin complicaciones	4283	0,50
K07	Desórdenes de líquidos/electrolitos > 69 o con complicaciones	10 069	1,17
K08	Desórdenes de líquidos/electrolitos < 70, sin complicaciones	8721	1,01
K09	Desórdenes de la nutrición	5455	0,63
K10	Errores congénitos del metabolismo	9771	1,14
K11	Diabetes con emergencia hipoglicémica > 69 o con complicaciones	8215	0,95
K12	Diabetes con emergencia hipoglicémica < 70, sin complicaciones	9424	1,09
K15	Diabetes y otros desórdenes hiperglicémicos > 69 o con complicaciones	7460	0,87
K16	Diabetes y otros desórdenes hiperglicémicos < 70, sin complicaciones	6357	0,74
K17	Diabetes con complicaciones de miembro inferior	9528	1,11
L01	Trasplante renal	14 652	1,70

HRG	Denominación	Costo total promedio (soles)	Unidad relativa de valor (URV)
L02	Procedimiento operatorio mayor > 49 o con complicaciones	13 911	1,62
L03	Procedimiento operatorio mayor < 50, sin complicaciones	12 319	1,43
L04	Procedimientos endoscópicos mayores de riñón	16 275	1,89
L05	Procedimientos endoscópicos intermedios de riñón > 69 o con complicaciones	13 451	1,56
L06	Procedimientos endoscópicos intermedios de riñón < 70, sin complicaciones	11 386	1,32
L07	Internamiento no quirúrgico por neoplasia renal o del tracto urinario > 69 o con complicaciones	8721	1,01
L08	Internamiento no quirúrgico por neoplasia renal o del tracto urinario < 70, sin complicaciones	8454	0,98
L09	Infecciones de riñón/tracto urinario > 69 o con complicaciones	7057	0,82
L10	Infecciones de riñón/tracto urinario < 70, sin complicaciones	6430	0,75
L11	Procedimientos abiertos en uréter	11 201	1,30
L14	Procedimiento abierto mayor/reconstrucción de vejiga	14 079	1,64
L15	Quistectomía/derivación urinaria, excepto reconstrucción	18 364	2,13
L16	Procedimientos abiertos intermedios de vejiga	9875	1,15
L17	Procedimientos endoscópicos mayores de vejiga	7641	0,89
L18	Procedimientos endoscópicos intermedios de vejiga, con complicaciones	15 843	1,84
L19	Procedimientos endoscópicos intermedios de vejiga, sin complicaciones	8599	1,00
L21	Procedimientos endoscópicos menores de vejiga, sin complicaciones	8949	1,04
L24	Desorden uretérico/vesical	8570	1,00
L25	Procedimiento abierto de próstata/cuello vesical (varón y mujer) > 69 o con complicaciones	8969	1,04
L26	Procedimiento abierto de próstata/cuello vesical (varón y mujer) < 70, sin complicaciones	8275	0,96
L27	Procedimiento de resección prostática transuretral > 69 o con complicaciones	8594	1,00
L28	Procedimiento de resección prostática transuretral < 70, sin complicaciones	7665	0,89
L31	Desórdenes malignos de próstata	7239	0,84
L32	Desórdenes no malignos de próstata	4308	0,50
L33	Procedimientos abiertos mayores de uretra	8701	1,01
L34	Procedimientos intermedios/menores de uretra > 69 o con complicaciones	7461	0,87
L35	Procedimientos intermedios/menores de uretra < 70, sin complicaciones	7384	0,86
L36	Desórdenes de uretra	4422	0,51
L37	Procedimientos abiertos mayores/intermedios de pene	11 491	1,33

HRG	Denominación	Costo total promedio (soles)	Unidad relativa de valor (URV)
L38	Procedimientos abiertos menores de pene > 69 o con complicaciones	8931	1,04
L39	Procedimientos abiertos menores de pene < 70, sin complicaciones	4547	0,53
L40	Desórdenes de pene	5458	0,63
L41	Procedimientos de vasectomía	4181	0,49
L42	Procedimientos mayores de escroto, testículo/vaso deferente > 69 o con complicaciones	9092	1,06
L43	Procedimientos mayores de escroto, testículo/vaso deferente < 70, sin complicaciones	5557	0,65
L44	Desorden de escroto, testículo/vaso deferente	5170	0,60
L45	Litotripsia extracorpórea	9968	1,16
L46	Procedimientos asociados a reemplazo renal	7721	0,90
L49	Insuficiencia renal aguda > 69 o con complicaciones	4846	0,56
L50	Insuficiencia renal aguda < 70, sin complicaciones	8046	0,93
L51	Insuficiencia renal crónica	6371	0,74
L52	Desorden renal general > 69 o con complicaciones	6923	0,80
L53	Desorden renal general < 70, sin complicaciones	5017	0,58
L54	Hallazgos renales > 69 o con complicaciones	6246	0,73
L55	Hallazgos renales < 70, sin complicaciones	5017	0,58
M02	Procedimientos intermedios de tracto genital inferior	4188	0,49
M03	Procedimientos mayores de tracto genital inferior	9189	1,07
M04	Procedimientos complejos mayores de tracto genital inferior	10 143	1,18
M05	Procedimientos menores de tracto genital superior	4055	0,47
M06	Procedimientos intermedios de tracto genital superior	7076	0,82
M07	Procedimientos mayores de tracto genital superior	8405	0,98
M08	Procedimientos complejos mayores de tracto genital superior	10 814	1,26
M09	Aborto, amenaza/espontáneo	1297	0,15
M12	Tratamiento no quirúrgico de desorden del tracto genital inferior	2835	0,33
M13	Tratamiento no quirúrgico de desorden de prolapso genital/incontinencia	2713	0,32
M14	Tratamiento no quirúrgico de fibroide, desorden menstrual o endometriosis	2970	0,34
M15	Tratamiento no quirúrgico de desorden de ovario, trompa/pelvis	3382	0,39
M16	Tratamiento no quirúrgico de neoplasia ginecológica > 69 o con complicaciones	5284	0,61

HRG	Denominación	Costo total promedio (soles)	Unidad relativa de valor (URV)
M17	Tratamiento no quirúrgico de neoplasia ginecológica < 70, sin complicaciones	4497	0,52
M18	Tratamiento no quirúrgico de otras condiciones ginecológicas	2667	0,31
N01	Neonato - Muerto < 2 días	755	0,09
N02	Neonato con diagnósticos menores múltiples	11 934	1,39
N03	Neonato con un diagnóstico menor	4850	0,56
N04	Neonato con diagnósticos mayores múltiples	19 477	2,26
N05	Neonato con un diagnóstico mayor	15 408	1,79
N06	Parto normal, con complicaciones	5252	0,61
N07	Parto normal, sin complicaciones	2185	0,25
N10	Cesárea, con complicaciones	6587	0,77
N11	Cesárea, sin complicaciones	4711	0,55
N12	Otros eventos maternos	1417	0,16
P01	Asma/sibilancia recurrente	5852	0,68
P02	Fibrosis quística	18 169	2,11
P03	Desorden del tracto respiratorio superior	3548	0,41
P04	Desorden del tracto respiratorio inferior	15 066	1,75
P05	Infecciones mayores (incluye desórdenes inmunes)	15 627	1,82
P06	Infecciones menores (incluye desórdenes inmunes)	7882	0,92
P07	Neoplasias	13 495	1,57
P08	Convulsiones febriles	16 151	1,88
P09	Desórdenes mayores del sistema nervioso	13 269	1,54
P10	Otros desórdenes del sistema nervioso	8207	0,95
P11	Desórdenes endocrinos (incluye diabetes)	9066	1,05
P12	Desórdenes gastrointestinales/metabólicos mayores	9098	1,06
P13	Otros desórdenes gastrointestinales/metabólicos	3786	0,44
P15	Injuria accidental	3512	0,41
P17	Desórdenes de la conducta	7949	0,92
P19	Condiciones congénitas mayores	9757	1,13
P20	Otras condiciones congénitas	6600	0,77

HRG	Denominación	Costo total promedio (soles)	Unidad relativa de valor (URV)
P21	Enfermedad renal	6169	0,72
P22	Enfermedad renal con insuficiencia renal	9945	1,16
P23	Desórdenes hematológicos	11 074	1,29
P24	Desórdenes de piel, musculoesquelético/tejido conectivo	6406	0,74
P25	Condiciones cardiacas	8765	1,02
Q01	Cirugía aórtica de emergencia	29 457	3,42
Q02	Cirugía vascular abdominal electiva	33 036	3,84
Q03	Cirugía arterial de miembro inferior	18 710	2,17
Q05	Cirugía arterial extracraneal/miembro superior	14 945	1,74
Q06	Procedimientos vasculares mayores misceláneos	20 319	2,36
Q07	Procedimientos vasculares intermedios/menores misceláneos	10 906	1,27
Q08	Procedimientos en bazo	16 314	1,89
Q09	Procedimientos en sistema linfático, con complicaciones	15 074	1,75
Q10	Procedimientos en sistema linfático, sin complicaciones	12 835	1,49
Q11	Procedimientos en vena varicosa	5683	0,66
Q12	Procedimientos endovasculares terapéuticos	12 434	1,44
Q15	Amputaciones	17 613	2,05
Q17	Enfermedad vascular periférica > 69 o con complicaciones	7515	0,87
Q18	Enfermedad vascular periférica < 70, sin complicaciones	6775	0,79
R02	Cirugía para desorden degenerativo de columna	21 852	2,54
R03	Fusión/descompresión de columna excluyendo trauma	15 030	1,75
R04	Injuria de columna vertebral con fusión/descompresión	15 040	1,75
R05	Injuria de columna vertebral sin procedimiento > 69 o con complicaciones	8142	0,95
R06	Injuria de columna vertebral sin procedimiento < 70, sin complicaciones	8547	0,99
R11	Cirugía de médula espinal	18 702	2,17
R14	Tumores de columna	12 725	1,48
R15	Desorden de columna torácica/lumbar > 69 o con complicaciones	7255	0,84
R16	Desorden de columna torácica/lumbar < 70, sin complicaciones	6977	0,81
R17	Desorden no traumático de médula espinal	10 778	1,25

HRG	Denominación	Costo total promedio (soles)	Unidad relativa de valor (URV)
R18	Escoliosis/otra deformidad de columna	8646	1,00
S02	Neoplasia Maligna de Sistema Linfático/Hematológico, con complicaciones	19 187	2,23
S03	Neoplasia maligna de sistema linfático/hematológico, sin complicaciones	13 447	1,56
S04	Desórdenes de la coagulación	8497	0,99
S05	Desórdenes de las células rojas > 69 o con complicaciones	10 721	1,25
S06	Desórdenes de las células rojas < 70, sin complicaciones	14 603	1,70
S08	Otros desórdenes hematológicos/esplénicos, sin complicaciones	10 571	1,23
S10	Desorden de Inmunidad con VIH/sida	10 829	1,26
S11	Desorden de Inmunidad sin VIH/sida	7831	0,91
S12	Septicemia	10 218	1,19
S13	Pirexia de origen desconocido	10 578	1,23
S14	Otras enfermedades virales	5905	0,69
S15	Otras infecciones no virales	10 834	1,26
S17	Efectos colaterales de drogas	4753	0,55
S19	Complicaciones del tratamiento	7509	0,87
S25	Otros ingresos	3591	0,42
S99	Anciano complejo con un diagnóstico principal hematológico, infeccioso, envenamiento, o inespecífico	13 192	1,53
T01	Demencia senil	6390	0,74
T03	Psicosis esquizofreniforme sin disociación	9244	1,07
T05	Manía sin disociación	8364	0,97
T07	Depresión sin disociación	7285	0,85
T08	Demencia presenil	7799	0,91
T09	Síndromes de ansiedad	5236	0,61
T10	Uso no dependiente de alcohol/drogas > 16	6853	0,80
T12	Dependencia de alcohol/drogas	7865	0,91
T13	Desórdenes obsesivo-compulsivos o del apetito	8491	0,99
T14	Reacciones agudas o desórdenes de personalidad	5974	0,69
T15	Desórdenes no psicóticos de la niñez	5484	0,64
T16	Retardo mental	8305	0,96

Fuente: Elaboración propia.

3.3. Recomendaciones sobre próximos pasos

Para avanzar en el proceso de incorporación de los HRG como herramienta de gestión en EsSalud, a continuación se sugieren algunas acciones a tomar en los siguientes aspectos:

a. Uso de HRG en los hospitales HNGAI y HNERM

b. Extensión de la estimación de HRG a otros hospitales de EsSalud

c. Diseño del mecanismo de pago hospitalario basado en GRD

Tabla 72. Acciones clave

I. Respecto a los hospitales HNGAI y HNERM
1. Mejora del manejo de la estancia extremadamente larga, los reingresos y la alta letalidad
Identificación de actores clave en los departamentos/servicios priorizados
Designación del equipo que llevará a cabo este programa. Plan de trabajo del equipo
Socialización del estudio con los actores clave y personal de los departamentos/servicios priorizados
Diseño del análisis en los departamentos/servicios priorizados
Capacitación al personal para la implementación del estudio
Realización del estudio
Análisis de los resultados del estudio
Taller de definición del plan de mejora
Aprobación del plan y definición de incentivos para el logro de resultados esperados
Implementación del plan, fase 1
Evaluación de los resultados, fase 1
Reconocimiento de los resultados logrados en fase 1
2. Fortalecimiento del sistema de información (en concordancia con la programación prevista por EsSalud)
Diseño del "Maturity Model" del sistema rutinario de información hospitalario
Aplicación de las matrices del "Maturity Model"
Análisis de los resultados del "Maturity Model"
Taller de definición de acciones para fortalecer el sistema de información
Aprobación del plan de fortalecimiento del sistema de información
Implementación del plan
Evaluación de los resultados

II. Respecto a la extensión de la estimación de HRG a otros hospitales de EsSalud
1. Generación y análisis de HRG
Selección de hospitales
Asistencia en servicio para la estimación de los HRG
Taller y reuniones de capacitación para generación de la base de datos de cada hospital
Análisis de los costos unitarios de cada hospital
Taller y reuniones de capacitación para la depuración de la base de datos de cada hospital
Taller y reuniones de capacitación para la generación de HRG y asignación de costos
Taller y reuniones de capacitación para el análisis de los HRG
Informe final
2. Organización de observatorio de HRG
Diseño del observatorio de HRG de los hospitales de EsSalud
Prueba del observatorio de HRG de los hospitales de EsSalud
Implementación y difusión del observatorio de HRG de los hospitales de EsSalud
3. Plan de mejora
Realizar el estudio siguiendo el modelo aplicado en los hospitales Almenara y Rebagliati
4. Plan de fortalecimiento del sistema de información
Utilizar el "Maturity model" siguiendo el modelo aplicado en los hospitales Almenara y Rebagliati
III. Respecto al diseño del mecanismo de pago hospitalario basado en GRD
1. Diseño del mecanismo de pago
Diseño base de la propuesta base de mecanismo de pago considerando diversas alternativas
Evaluación de alternativas y aprobación de curso de acción
Propuesta de arreglos institucionales para la aplicación progresivo del nuevo mecanismo de pago desde 2020, fase 1
Aprobación de los arreglos institucionales
Capacitación al personal cale de los hospitales
Monitoreo de los hospitales, realización del estudio DEH
Evaluación de los resultados, ase 1
Reconocimiento de los resultados logrados en fase 1

Fuente: Elaboración propia.

Estas opciones requieren del apoyo y liderazgo de la Alta Dirección. La identificación de líderes (clínicos) otorgará el impulso a los cambios y brindará los incentivos correctos para la mejora de desempeño (incluyendo para la generación de buena calidad de los datos). La aplicación de los cambios es progresiva e incorpora a los hospitales gradualmente. Un escenario mínimo es de cinco años.

A la brevedad, es vital ampliar el alcance de la generación de HRG para incluir todos los hospitales de EsSalud. Ello proveerá la base para el observatorio y garantizará la información requerida para el diseño del mecanismo de pago.

3.4. Anexos

3.4.1. Anexo 1. La base de datos de HRG

Proceso de construcción de la base de datos

El proceso de construcción de la base de datos se muestra en la fig. 107. Las subetapas nombradas en dicho esquema consistieron en:

1. **Coordinación Inicial**

El proceso se inició con la reunión inicial entre los directivos de EsSalud y el equipo consultor. En la reunión se presentaron, delimitaron y ajustaron los objetivos y alcances de la consultoría, y se realizó un relevamiento inicial sobre los sistemas de información existentes en la institución. Producto de la coordinación, se solicitó el diccionario de datos del sistema de información hospitalario de EsSalud denominado Sistema de Gestión Hospitalaria (SGH).

2. **Recepción de diccionario de datos**

El diccionario de datos fue recibido por correo electrónico un par de días después de la coordinación inicial. El documento se denomina *Diccionario de Datos del Sistema de Gestión Hospitalaria (UPGH5_CDX_46, 27/01/2017)*.

3. **Evaluación y elaboración de pedido de datos**

Personal informático del equipo consultor, sobre la base de la revisión del diccionario de datos recibido, seleccionó un subconjunto de tablas relacionadas con los registros de los egresos hospitalarios y a sus procedimientos quirúrgicos. Además, elaboró unas preguntas técnicas adicionales para absolver con los equipos de trabajo de cada uno de los hospitales.

4. **Coordinación de solicitud de los datos en cada hospital comprendido en el alcance**

Con posterioridad a la elaboración al pedido de datos se realizaron dos reuniones técnicas con cada uno de los equipos técnicos (médico y de sistemas de información) de HNGAI y HNERM. En esas reuniones se absolvieron las preguntas adicionales del equipo consultor y se acordó la entrega de datos registrados en las bases de datos respectivas generados desde el 1 de enero de 2015 a la fecha de la solicitud. Se consideraron adicionalmente aspectos vinculados a la protección de datos personales, como, por ejemplo, que las tablas recibidas no contendrían los nombres de los pacientes, a quienes básicamente se los relacionaría mediante sus códigos autogenerados.

5. **Recojo de Información**

Cada uno de los hospitales en fecha posterior, entre dos a cinco días después, hicieron entrega al equipo consultor de dos CD que contenían los datos solicitados de cada uno de los hospitales.

6. **Transformación e integración de datos**

Este fue un proceso técnico que puede resumirse como la unión del archivo de hospitalización al de procedimientos quirúrgicos, basándose en las fechas de ingreso y egreso de los pacientes al servicio,

procedentes de la tabla de hospitalización, e identificando los registros de los procedimientos quirúrgicos asociados a dicho paciente durante ese periodo. De esta forma, por cada registro de la tabla de hospitalización se generaba también un registro en la nueva base de datos de trabajo y por cada registro asociado de la tabla de procedimientos quirúrgicos se adicionaba una columna (campo de procedimiento) en la nueva base de datos. Asimismo, se integraron los campos que eran necesarios como, por ejemplo, si la tabla original de hospitalización contenía un código que indicaba el departamento o servicio de hospitalización, en la nueva base de datos se agregaba además un campo con el nombre del departamento o servicio de hospitalización correspondiente.

7. Elaboración de tablas de costos y de equivalencias (EsSalud →Británico)

Esta fue una subetapa especializada que tuvo dos componentes:

a. Asociación/determinación de costos unitarios de hotelería por cada uno de los servicios de internamiento de cada hospital involucrado, así como los costos de cada uno de los procedimientos quirúrgicos de cada hospital.

b. Elaboración de una tabla de equivalencias entre los procedimientos quirúrgicos de EsSalud y los procedimientos de la lista británica.

8. Generación de la base de datos de acuerdo con el requerimiento de *software* HRG

Esta etapa consistió en que la base de datos de trabajo generada fue asociada con los costos de hotelería de internamiento por cada servicio y los códigos de procedimientos de EsSalud fueron sustituidos por los códigos de la lista británica.

9. Análisis crítico de la base de datos

La nueva base de datos de trabajo una vez obtenida fue sometida a un proceso de revisión por parte del especialista médico del equipo consultor. Se encontró que debían hacerse los siguientes ajustes:

a. La base de datos solo debería contener los registros asociados a los egresos hospitalarios entre el 1 de enero de 2015 y el 31 de diciembre de 2017. De este modo se tendrían tres años completos, comparables mutuamente entre sí.

b. Se encontró un grupo de registros duplicados en 2016, que fueron retirados de la base de datos de trabajo; y se recomendó hacer una revisión general de todos los registros.

c. Se encontró que había registros de egresos complejos, internamientos con una, o más de una, transferencia interna; y que estos registros deberían ser consolidados como uno solo en la base de datos de trabajo, porque podrían afectar la determinación de los HRG.

10. Transformación y ajustes finales de acuerdo con la crítica

Con respecto al resultado del análisis crítico de la base de datos de trabajo:

a. Se eliminaron los registros de dicha base de datos que no estaban comprendidos en el periodo del 1 de enero de 2015 al 31 de diciembre de 2017.

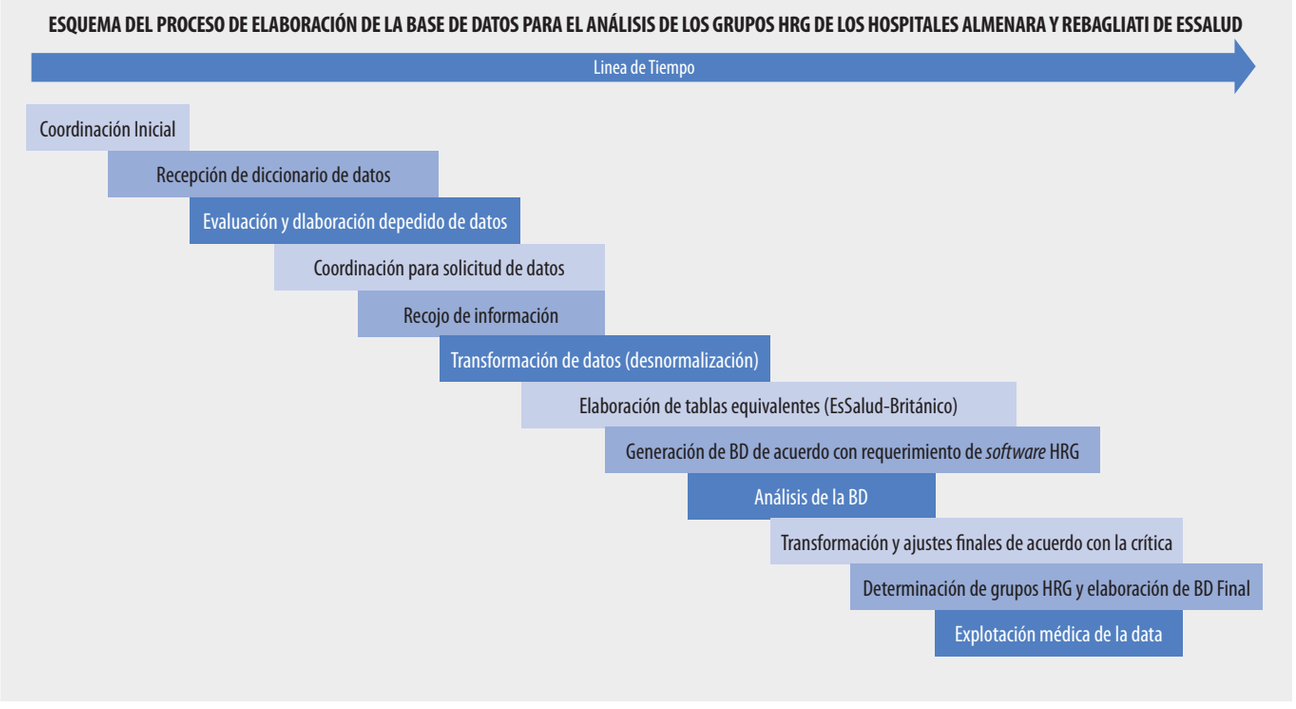
b. Se hizo una revisión general de los registros para garantizar la inexistencia de registros repetidos.

c. Se elaboró un programa para consolidar la información de los egresos hospitalarios que tenían continuidad en el tiempo. Esto es, de aquellos servicios cuya fecha de egreso era igual a la fecha de ingreso a otro servicio para el mismo paciente. Se consolidaron los diagnósticos, los procedimientos quirúrgicos, y se ajustó la duración de la estancia y los costos. Se creó asimismo campos de rutas de servicios, de diagnósticos y de procedimientos de los internamientos complejos para análisis posterior, en caso fuese requerido.

11. Determinación de grupos HRG y elaboración de la base de datos final

Con la base de datos de trabajo correctamente trabajada, se creó un archivo delimitado por comas, de acuerdo con los requerimientos del *software* de determinación de HRG. Con dicho archivo se obtuvieron los HRG para cada uno de los registros de los egresos, adicionados finalmente como un campo más a la base de datos de trabajo, que ya se convirtió en la base de datos final para su explotación respectiva.

Figura 107. Proceso de elaboración de la base de datos



La gobernanza y el desempeño de la asociación pública-privada en EsSalud: el caso de la red del Hospital Barton. Nota técnica

Marzo de 2019

EsSalud

EsSalud desarrolla otro proyecto de APP en la ciudad de Piura, que recientemente se hizo acreedor de la asignación de un aporte económico para la estructuración de proyectos por parte del: Banco Interamericano de Desarrollo, en el marco de su Programa Regional de Asesoramiento para Inversiones en Asociaciones Público-Privadas en Salud.

4. La gobernanza y el desempeño de la asociación pública-privada en EsSalud: el caso de la red del Hospital Barton Nota técnica - Marzo de 2019

4.1. Introducción

En 2014, EsSalud incorporó a su red prestacional dos nuevos complejos hospitalarios, constituidos por un policlínico y hospital en los distritos del Callao (Complejo Barton) y Villa María del Triunfo (Complejo Kaelin), los cuales se desarrollan bajo la modalidad de APP. Estos complejos están destinados a cubrir a una población de 250 000 asegurados regulares por cada complejo con prestaciones de atención primaria y especializada hasta el segundo nivel de atención.

El del Perú (EsSalud) ha sido pionero en el desarrollo de las APP en el sector salud, que permite la participación de la empresa privada, uniendo esfuerzos junto al sector público para desarrollar proyectos de manera conjunta. La primera experiencia APP en el sector salud se inició en 2010, cuando EsSalud concesionó por 10 años la construcción de infraestructura, equipamiento y gestión logística para el almacenamiento, distribución y entrega de medicinas y materiales en la red de farmacias y almacenes de EsSalud en Lima y Callao. Ese mismo año también se otorgó en concesión la construcción y operación del Hospital III Alberto Leopoldo Barton Thompson en el Callao, y el Hospital III en Villa María del Triunfo, en ambos casos por 30 años, bajo la modalidad de "bata blanca". La APP del Hospital Barton (APP Barton, de ahora en adelante), es el foco central de este informe, del cual se espera retomar lecciones aprendidas en sus gobernanza, gestión y resultados, cuyas buenas prácticas puedan ser consideradas en el funcionamiento de las redes de salud descentralizas con mayor capacidad de gestión autónoma en el corto plazo. Al momento, EsSalud desarrolla un proyecto de APP en la ciudad de Piura —que recientemente se hizo acreedor de la asignación de un aporte económico para la estructuración de proyectos por parte del Banco Interamericano de Desarrollo, en el marco de su Programa Regional de Asesoramiento para Inversiones en Asociaciones Público-Privadas en Salud— y otro en Chimbote. Por su parte, en 2013 el Minsa lanzó la APP del Instituto de Salud del Niño bajo la modalidad de "bata gris", es decir, la empresa se encarga del mantenimiento de la edificación, instalaciones, áreas verdes, estacionamiento, equipamiento clínico y no clínico, operación y mantenimiento de la alimentación, lavandería, limpieza, seguridad, gestión de residuos hospitalarios, laboratorio clínico y central de esterilización, mas no de la provisión de servicios de salud que sigue bajo la gestión del Minsa.

Sin embargo, el desarrollo de las APP no ha estado exento de obstáculos. El proyecto de la Torre Trecca, un complejo de consultorios para consultas externas, sigue en proceso desde agosto de 2010 la actual gestión ha iniciado el destrabe del contrato levantando tecnicamente las observaciones existentes.

En suma, mediante la progresiva implementación de las APP, EsSalud ha empezado a mirar con interés el rol de financiador de servicios de salud, en el marco de un proceso de separación de funciones de compra y prestación

como lo establece el Decreto Supremo 010-2016-SU. El contrato entre EsSalud y la APP buscan que los prestadores alcancen estándares de eficiencia que se reflejen en una mejor atención al asegurado, y que se protejan los intereses de uso eficiente del fondo de EsSalud y de la salud de los asegurados.

La nota técnica analiza la economía política detrás de la implementación del contrato desde el 31 de marzo de 2010, de la APP entre EsSalud y la Sociedad Operadora Callao Salud S.A.C., y muestra como ha sido su desempeño.

4.2. Las APP como instrumento de apoyo a la separación de funciones de aseguramiento y prestación de servicios de salud: el caso de la APP Barton

La reforma en el sector salud en el Perú se inició en 2013, en un contexto en que las inversiones eran insuficientes y el manejo del sistema se encontraba fragmentado. De hecho, el proceso de descentralización iniciado a mediados de la década anterior había debilitado las competencias en el sector. Así, el primer hito visible del proceso de reforma del sector salud fue la Resolución Suprema 001-2013-SA, aprobada el 8 de enero de 2013[24] . Mediante esta norma, se encargó al Consejo Nacional de Salud proponer acciones para la reforma e invitó la participación de la sociedad en general, gobiernos regionales, expertos y organismos públicos, con el fin de dar un respaldo político a la reforma. Este proceso concluye con la publicación de los "Lineamientos y medidas de reforma del sector salud" por parte del Consejo Nacional de Salud, que marcó la pauta de la reforma. En línea con este impulso, ya en 2016, el Gobierno emitió el Decreto Supremo 010-2016 que crea la figura de las Iafas públicas.

Es en este contexto de reforma que el Minsa marcó la pauta para la participación del sector privado en el sector salud. La promoción de las APP por parte del Minsa se enmarca en el convenio 015-2013/MINSA, celebrado entre el Minsa y la agencia de promoción de la inversión privada, así como en la hoja de ruta para la implementación APP en salud.

EsSalud es la entidad que ha impulsado de manera concreta las APP en el sector salud en el Perú. En este contexto, y en el marco de un conjunto de políticas que buscan que toda la población tenga acceso a algún tipo de seguro de salud, y que el financiamiento y los servicios de salud estén separados, las APP ofrecen una alternativa para la provisión de los servicios dado los limitados recursos del Estado para afrontar la demanda por servicios. Por otro lado, se espera que las APP dada su mayor flexibilidad en su gestión, pueda desarrollar buenas prácticas en la gestión de recursos humanos, pacientes, logística y distribución y medicamentos, y compras de bienes, que puedan ser observados y usados como lecciones aprendidas por las redes de salud de EsSalud y por la administración central de EsSalud, así como fortalecer la capacidad de administración de contratos.

EsSalud en su enfoque estratégico de más salud para sus asegurados requiere considerar y operacionalizar los lineamientos esenciales de la reforma en el sector: 1) la separación de roles: compra y prestación de servicios de salud; y 2) el rol de la actividad privada en el sector en cuanto al financiamiento y la prestación de servicios.

Estos lineamientos tienen vasos comunicantes, y son los que afectan directamente al desarrollo de las APP en el Perú. La experiencia de la APP Barton, y de las otras pocas APP que operan en el sector salud, demuestran que es posible alinear los esfuerzos del sector privado y público. En el espectro de las posibles formas de participación de la empresa privada en el sector, la APP Barton se encuentra en una "posición" tal que EsSalud es un financiador de los servicios, mientras que la entidad prestadora privada es la productora de servicios de salud y responsable de la construcción de la infraestructura y administración de esta. Es decir, es clara

24 Cinco meses después de la toma de posesión de la ministra Midori de Habich (que ejerció el cargo del 28 de julio de 2012 al 5 de noviembre de 2014).

la diferenciación entre el rol financiador y el de proveedor de los servicios de salud, mientras que el Estado interviene en el financiamiento (a través de un valor de cápita establecido en el contrato, US$ 365,53, incluido IGV), y el monitoreo de los acuerdos y metas de indicadores sanitarios y financieros.

Cabe mencionar que, en el caso de la APP que opera el Instituto de Salud del Niño, la empresa privada se encarga del mantenimiento de la infraestructura (es decir, se aplica el modelo de "bata gris"), mientras que el Estado sigue siendo el proveedor de los servicios de salud y el constructor de la infraestructura. Este modelo es el más difundido, por ejemplo, en Inglaterra.

4.3. Experiencias internacionales de APP

Algunas interesantes experiencias internacionales se muestran a continuación:

- En **Alemania**, en 2001, un operador privado se hizo cargo del funcionamiento de uno de los hospitales más importantes de Berlín, sin necesidad de cofinanciamiento público.
- En el **Reino Unido**, en 2014, más de 120 hospitales ya eran administrados por una entidad privada, mientras que el National Health Service se encargaba de la parte de prestación médica. Esta modalidad de gestión se llevó a cabo a pesar de las grandes controversias que existían respecto a los potenciales cortes en los servicios.
- En la **India**, compañías de seguros públicos y privadas implementan un programa estatal orientado a la provisión de servicios de salud para la población pobre.
- En **México**, el Ministerio de Salud tiene cinco hospitales regionales de alta especialidad, cuya operación no médica recae en una APP.
- En **Chile**, la primera APP del sector salud data de 2004, enfocada en la provisión de servicios no médicos en dos hospitales de Santiago de Chile.
- En **Brasil**, la primera APP data de 2010, en Salvador de Bahía, y se ocupa tanto de los servicios médicos y no médicos.

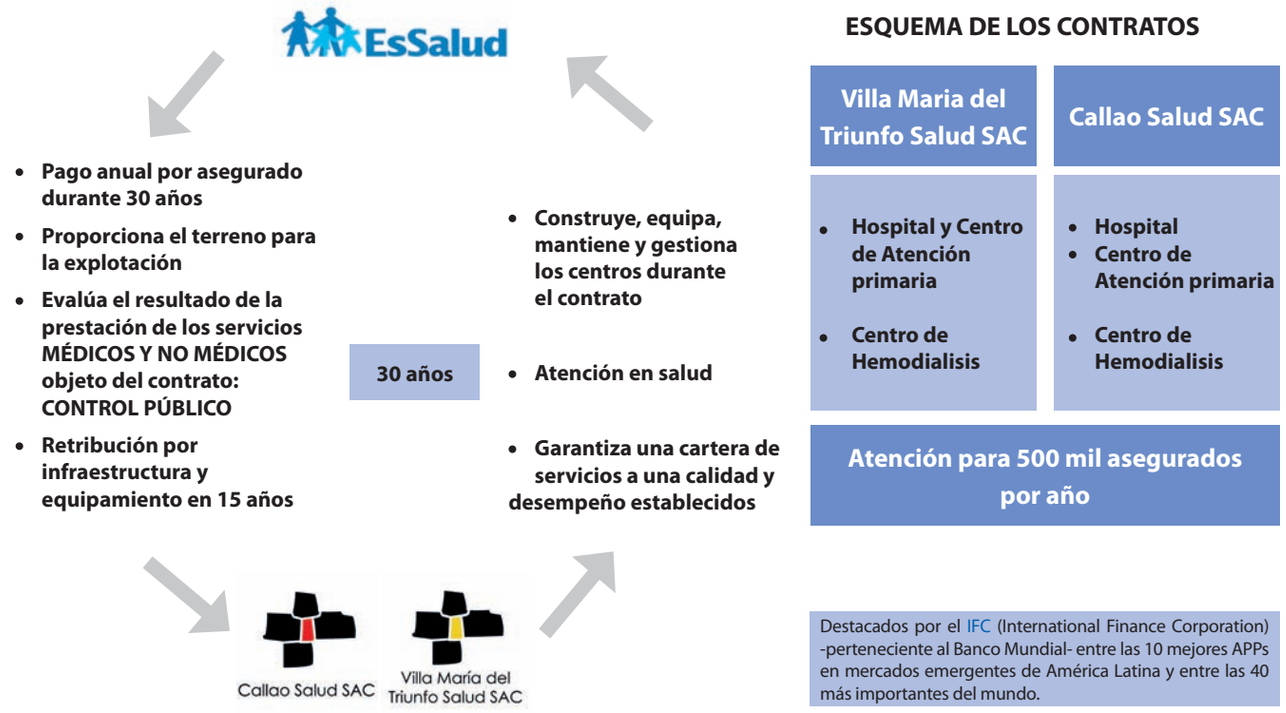
Sin embargo, el éxito de las APP, y, en particular, en EsSalud, que intenta asegurar más valor por dinero del fondo intangible de los asegurados, depende de la existencia de reglas de juego claras, es decir, de un buen contrato. La evidencia a nivel mundial sugiere que el modelo de APP tiene el potencial de contribuir de manera positiva a mejorar los servicios de salud. Esto no debería ser ajeno al Perú. Como toda asociación, está regida por un contrato que busca alinear los intereses de las partes, creando los instrumentos de gobernanza y regulación. Si bien estos buscan minimizar las discrepancias entre los agentes involucrados en una APP, su operación no está libre de ellas. Esto se explica porque el contrato ha sido un proceso de aprendizaje para ambas partes, y porque, como suele ocurrir, aparecen retos de administración y cumplimiento durante el proceso que requiere acuerdos y ajustes internos en la gestión del prestador y lecciones aprendidas por parte del administrador del contrato.

4.4. Descripción del modelo de operación de la APP Barton

En esta sección se realiza una descripción comparativa del modelo de operación que se ha adoptado en la APP Barton a la luz del modelo tradicional que rige en EsSalud. Se consideran los siguientes aspectos: atención sanitaria, sistema de prestación de servicios, la gestión de recursos humanos asistenciales, la gestión logística de medicamentos y la tecnología de información. Cabe mencionar que el objetivo de esta sección es solo proveer un contexto que luego permita analizar con mayor profundidad los aspectos relativos a la gobernanza de la APP Barton y su relación con EsSalud, mas no en sí una comparación estricta entre el sistema APP y EsSalud, pues esto último escapa a los objetivos de este documento.

El contrato establece un modelo de negocio simple basado en un pago capitado de US$ 365,53, incluido el IGV, por persona adscrita en el área de cobertura (incluye el impuesto general a las ventas de 18%, que exige resultados y garantía de un conjunto de prestaciones con calidad y estándares sanitarios). El contrato cubre dos complejos hospitalarios, Callao Salud S.A.C. y Villa María del Triunfo S.A., en que laboran 3000 personas. El complejo Callao Salud S.A.C. tiene 1692 personas trabajando.

Figura 108. El modelo de negocio de la APP



Fuente: La gobernanza de la asociación pública-privada en EsSalud: El caso de la Red del Hospital Barton.

4.4.1. Atención sanitaria

En el modelo APP Barton la atención primaria es la base para la organización de la relación entre el Policlínico y el Hospital en términos de una red de servicios. Se cubre de manera integral un área asistencial con una población asignada de aproximadamente 250 000

Dichos establecimientos, manteniendo relativamente su dependencia administrativa, comparten procesos de gestión y de provisión sobre la base de una cartera de servicios en términos de una red tomando como centro al asegurado adscrito en los aspectos de prevención, atención y recuperación de su salud, cumpliendo estándares de calidad exigidos en el contrato. Algunos beneficios de este modelo de operación son:

- Para los asegurados adscritos: mejora de satisfacción por acceso a servicios cercanos, con capacidad resolutiva
- Para EsSalud: Logra objetivo de cobertura prestacional, supervisa indicadores de calidad, lo cual es un incentivo explícito para disminuir complicaciones y muertes evitables.
- Para la sociedad operadora: en el modelo de pago capitado, la empresa desarrolla estrategias para evitar el daño y sobreconsumo de prestaciones, genera ahorros, para maximizar la eficiencia en la producción de servicios.
- Para el sistema de salud: puede identificar, reconocer y replicar las estrategias de gestión para evitar el daño y sobre consumo de prestaciones. Destaca la organización en redes basada en la atención primaria, el médico de familia, el sistema de información vinculante como parte del sistema de referencia y contrarreferencia.

Tabla 73. Tabla de comparación modelo tradicional y APP Barton

	Modelo tradicional	APP Barton
Organización	Por niveles de atención relativa-mente autónomos	En red Policlínico-Hospital basada en Atención Primaria de la Salud (APS)
Criterios de gestión		
Base poblacional	Segmentos asegurados	250 000 adscritos
Identificación y registro	A demanda	Responsabilidad sobre población asignada
Equipo humano para la atención primaria	Médicos generales y enfermeras	Médicos de familia y enfermera
Especialidades básicas	Baja disponibilidad	Medicina especializada intermedia, servicios de apoyo al diagnóstico
Responsabilidad sobre la prevención de la salud de la población asignada	Pasiva	Proactiva: Médico de familia responsable de área y determinado número de adscritos
Cartera de servicios	Implícita	Explícita
Integración	Baja	Integración funcional absoluta

	Modelo tradicional	APP Barton
Sistema de información	No uniforme, no vinculante	Uniforme, articulado, vinculante
Sistema de referencia y contrarreferencia	Alta referencia, con alto rechazo	Puerta de entrada al sistema: Baja referencia, referidos sin rechazo
Mecanismo de pago	Presupuesto global, generalmente histórico	Financiamiento per cápita (US$ 365). Incentivos para anticipar el daño y evitar sobreconsumo de prestaciones.
Medición de la satisfacción de los usuarios	Esporádica	Sistemática: supervisión de 12 indicadores de satisfacción del usuario
Medición de la calidad de los servicios	Esporádica	Sistemática: supervisión de 12 indicadores de calidad de los servicios
Medición de los resultados	Esporádica	Sistemática: supervisión de 15 indicadores de resultado

Fuente: La gobernanza de la asociación pública-privada en EsSalud: El caso de la Red del Hospital Barton con información administrativa de EsSalud y el operador.

4.4.2. Sistema de prestación de servicios en el hospital

En sistema de prestación de servicios del hospital tiene un enfoque estratégico y operativo destacable, así como la disponibilidad de recursos físicos, tecnológicos y de sistemas de información que permiten conocer y hacer ajustes para aumentar la efectividad y eficiencia de manera oportuna e informada. El hospital presenta una la cartera de servicios amplia y está verticalmente integrada a la atención primaria en el primer nivel de atención (Policlínico). De este modo, se maximiza la disponibilidad de recursos físicos y tecnológicos para servicios especializados. Destaca la operación del sistema de información de historia clínica electrónica e intercambio de datos con la atención primaria. Así como el sistema de información para la gestión clínica, operativa y logística que permite la visualización de indicadores sintéticos en un tablero de control en línea.

El sistema de prestación de servicios del hospital tiene un enfoque estratégico y operativo destacable, así como la disponibilidad de recursos físicos, tecnológicos y de sistemas de información que permiten conocer y hacer ajustes para aumentar la efectividad y eficiencia de manera oportuna e informada. El hospital presenta una cartera de servicios amplia que está verticalmente integrada a la atención primaria en el primer nivel de atención (policlínico). De este modo, se maximiza la disponibilidad de recursos físicos y tecnológicos para servicios especializados. Destaca la operación del sistema de información de historia clínica electrónica e intercambio de datos con la atención primaria. Así como el sistema de información para la gestión clínica, operativa y logística que permite la visualización de indicadores sintéticos en un tablero de control en línea.

Algunos beneficios del modelo en estos aspectos son:

- Para los asegurados adscritos: acceso a servicios hospitalarios con oportunidad, confiables y seguros.
- Para EsSalud: objetivos de efectividad y calidad en el servicio hospitalario.

Tabla 74. Prestación de servicios hospitalarios en el modelo tradicional y APP Barton

	Modelo tradicional	APP Barton
Organización	Relativamente independiente, por nivel de atención	Integrado a las prestaciones de atención primaria en el policlínico. Integración vertical con atención primaria en salud. Programa preventivos de salud.
Gestión basada en resultados	Ausente	Gestión por procesos conducentes a resultados. Introducción de innovaciones. Identificación de mejores prácticas
Acceso	A demanda	Referido, acude con cita ya programada en el policlínico en el sistema de información común e historia clínica electrónica. No repite ninguna prueba diagnóstica
Continuidad en la atención	Baja contrarreferencia	Alta contrarreferencia bajo responsabilidad del médico de familia.
Disponibilidad de medicamentos	No se mide sistemáticamente, disponibilidad inadecuada (desabastecimiento, exceso de inventario)	96% disponibilidad de medicamentos en dispensación y 99% en abastecimiento
Equipamiento	Inoperativo u obsoleto	Moderno, en funcionamiento, con mantenimiento periódico y plan de reposición
Gestión clínica		
Medición y evaluación permanente de la prestación	Limitado desarrollo	Fundamental: información de recursos, costos, rendimiento, calidad y resultados
Gestión de camas y días de estancia	Camas asignadas al servicio, días de estancia por defecto	Camas asignadas según demanda priorizada, estrategias para la reducción adecuada de días de estancia
Servicios ambulatorios y hospitalarios	9 especialidades médicas	15 especialidades médicas
Especialidades quirúrgicas	Limitada	Extensiva (**)
Servicios de apoyo	Laboratorio, anatomía patológica, radiología	Radiología, laboratorio, anatomía patológica y recursos tecnológicos (equipamiento)
Servicios de tratamiento	Farmacia, Banco de sangre	Farmacia, banco de sangre

(*) En casos en los cuales las pacientes no se pueden movilizar o que estén enfermos en fase terminal y requieran solo seguimiento y supervisión.
(**) Anestesiología, cirugía general, ginecoobstetricia, neurocirugía, odontología, oftalmología, otorrinolaringología, traumatología y cirugía ortopédica, urología
Fuente: La gobernanza de la asociación pública-privada en EsSalud: El caso de la Red del Hospital Barton con información administrativa de EsSalud y el operador

4.4.3. Modelo APP Barton: gestión de recursos humanos asistenciales

En el modelo APP Barton la convocatoria del personal que integraría sus equipos involucró mecanismos novedosos como ferias profesionales. La edad promedio de los trabajadores es de 37 años. Para la definición de una remuneración competitiva se estudió el mercado laboral asistencial público (EsSalud, Minsa, Policía Nacional y Fuerzas Armadas) y se definió un sueldo anual competitivo en este mercado, dividido en un 80% de remuneración fija y 20% en variable según cumplimiento de los objetivos institucionales.

El modelo de gestión de personal se basa en tres pilares: 1) un esquema claro y operativo de retribución y carrera profesional, 2) participación, 3) entrenamiento continuo del personal. Algunos beneficios de este modelo son:

- Para los trabajadores: incentivos al cumplimiento, motivación y mejora de desempeño; participación en las utilidades.
- Para la sociedad operadora: mejor clima laboral.
- Para el sistema de salud: evidencia de implementación de una política remunerativa, cuyos mecanismos de ajustes están vinculados a la responsabilidad en el trabajo, rendimiento y desempeño.

Tabla 75. Comparación en la política remunerativa modelo tradicional y APP Barton

	Modelo tradicional	APP Barton
Condición laboral	Diferentes (contratos con plazo indeterminado, CAS, Residentes)	Contratos a plazo indeterminado
Estructura de la remuneración	Fija, independiente del desempeño variable: guardia, escolaridad, aguinaldo	Fija Variable según cumplimiento de objetivos institucionales: (desempeño, riesgo)
Participación en utilidades	No aplica	Sí
Sistema de información	Solo con fines administrativos	Nominal integrado a los aspectos administrativos y asistenciales: cumplimiento de programación y desempeño. Acceso al sistema de información según responsabilidad y fines

Fuente: La gobernanza de la Asociación Pública-Privada en EsSalud: El caso de la Red del Hospital Barton con información administrativa de EsSalud y el operador

4.4.4. Gestión logística de medicamentos

El abastecimiento de medicamentos es un indicador medido como dispensación y disponibilidad en la APP Barton. En ambos casos, estos indicadores están muy cerca de la meta fijada en el contrato de 99%. La compra de medicamentos se realiza de manera independiente y según lo referido por sus gerentes, fue a un mejor precio. Respecto al almacenamiento y distribución, este servicio está tercerizado a otra empresa privada especializada.

Tabla 76. Comparación en el proceso de gestión para el abastecimiento y dispensación de medicamentos en el modelo tradicional y APP Barton

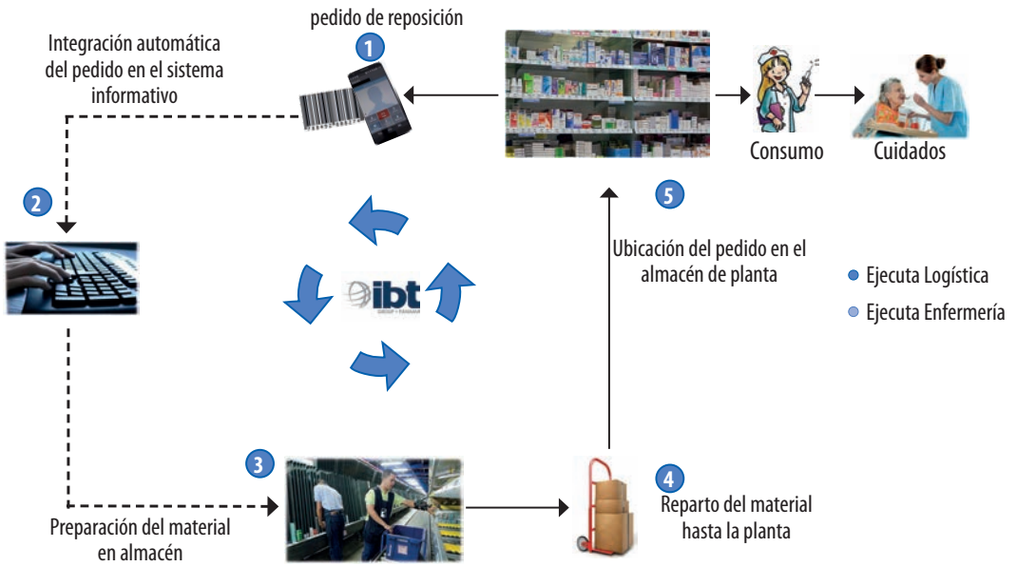
	Modelo tradicional	APP Barton
Programación	Histórica	Basado en la población asignada en el contrato estimación general para 2014 y en base al sistema de información los siguientes años
Compra	Según normativa, prioriza el precio del producto	Compra oportuna, eficiente y transparente en mercado internacional
Almacenamiento, distribución y transporte	Red institucional	Subcontrato
Dispensación	Según presentación del medicamento y condicionada a la disponibilidad y/o financiamiento	Unidosis por paciente. Oportuna, completa

Fuente: La gobernanza de la asociación pública-privada en EsSalud: El caso de la Red del Hospital Barton con información administrativa de EsSalud y el operador.

Algunos beneficios son:

- Para los asegurados adscritos, acceden a un servicio de salud integral, en particular a la dispensación del medicamento prescrito de manera oportuna, completa y gratuita. La uni-dosis reduce el riesgo de administración inadecuada del medicamento. Reduce el riesgo de gasto de bolsillo en medicamentos y/o interrupción del tratamiento.
- Para la Sociedad Operadora: La compra directa le permite plazos adecuados, mejor precio y disponibilidad de los medicamentos. El subcontrato de la parte logística, le permite desentenderse de tareas que no maneja
- Para EsSalud: Logra el objetivo de una disponibilidad adecuada de medicamentos.

Figura 109: Suministro automatizado de medicamentos



Fuente: La gobernanza de la Asociación Pública-Privada en EsSalud: El caso de la Red del Hospital Barton.

4.4.5. Modelo APP Barton: tecnología de la información

La gestión de la información del complejo hospitalario Barton se basa en un sistema de información que permite la medición de producción, gasto, calidad asistencial y resultados de salud. Destaca la implementación de la historia clínica electrónica (HCE), como pieza clave e integradora del sistema.

Tabla 77. Comparación de la historia clínica tradicional y la historia clínica electrónica en la APP Barton

	HC tradicional	HC electrónica APP Barton
Costos de implementación	**Bajos**	**Altos**
Accesibilidad	Utilizable en un solo lugar en el mismo momento.	Utilizable en todo momento y lugar vía intranet y, si es el caso, internet.
Legibilidad	**Algunas veces ilegible**	**Legibilidad**
Costos de personal administrativo y almacén	Requiere de personal para el mantenimiento del archivo (buscar, repartir, reponer, ordenar las HC, etc.) y espacio para almacenarlas y para que se desarrollen estas actividades	Puede ser registrada, operada y buscada por los mismos profesionales que requieren la información
Costos de imprenta y papel	**Requiere**	**No requiere**
Tiempo de consulta y búsqueda de evoluciones	Largo	En línea
Orientación de la terapéutica	**No es posible**	**Se pueden incorporar alertas y reglas informatizadas**
Estandarización de datos	Descripción, registro y estructura según necesidades del médico o servicio	Ingreso estándar de los datos
Disponibilidad de datos para las estadísticas	**Mediante procesos de registro, traslado a digitación y digitación**	**Inmediato, en línea**
Secuencia de la información	Es difícil si no está previamente foliada, las evoluciones son consecutivas sobre un mismo papel	Garantizada por mecanismos de campos auto-numéricos e inserción de hora y fecha automática
Reserva de la información privada de un paciente	**Garantizada por mecanismos de control de archivos**	**Garantizada por mecanismos de seguridad informáticos**
Riesgo de pérdida de información	Posibilidad de extraviarse	Seguridad garantizada con una correcta política de resguardo de la información (back up)
Integridad de la información clínica	**Es única al establecimiento y puede estar fraccionada por servicios, o se abre más de una historia clínica para un mismo paciente**	**La informatización racional garantiza que la información de un paciente no esté atomizada**
Durabilidad	Puede deteriorarse y perder información	Inalterable en el tiempo para que pueda ser consultada, siempre y cuando se garantice su almacenamiento y respaldo informático
Legalidad y valor probatorio	**Si se consignan los datos y firma del profesional**	**Garantizado por la firma digital e identificación de profesional por la inserción de hora y fecha automatizada**
Errores de consignación	A veces inexacta	Menor número de errores
Recordatorios y alertas	**No es posible**	**De fácil implementación**
Inviolabilidad	Puede llegar a rehacerse total o parcialmente sin poder comprobarlo	No puede ser adulterada con mecanismos de seguridad adecuados (firma digital, inserción de hora y fecha automática y técnicas de resguardo o back up adecuadas)

Fuente: La gobernanza de la asociación pública-privada en EsSalud: El caso de la Red del Hospital Barton con información administrativa de EsSalud y el operador.

Algunos beneficios del modelo adoptado por la APP Barton son:

- Para los asegurados adscritos, reduce el tiempo administrativo de registro de datos e historias clínicas múltiples, evita pruebas diagnósticas (laboratorios, RX, etc.) repetidas entre el establecimiento que se atendió inicialmente y el de referencia y contrarreferencia. La información disminuye el riesgo de error en el diagnóstico y prescripción médica.
- Para la sociedad operadora: si bien se requiere una inversión de inicio importante, luego se generan ahorros en costos de personal administrativo, tiempo, servicios de imprenta, papel; procesos de generación de estadísticas de servicio, facturación, medición de productividad de los recursos humanos, entre los ahorros más importantes, con los cuales pueden recuperar la inversión inicial en un promedio de tres a cinco años.
- Para el sistema de salud: si bien la información generada no está siendo entregada por la empresa, en tres años se puede obtener información de costo de las prestaciones y precisar el costo de la prima de seguros en esta población.

Cabe mencionar que la HCE tiene una versión disponible en el país (GalenHosp) que ha tenido resistencia a su implementación, principalmente por temores a mal uso de los datos, pérdida de información, etc., que, con esta evidencia, podrían superarse. Por ejemplo, si bien el personal operativo encargado de mantener y manejar el *hardware* y *software* no es necesariamente médico que está previamente formado para el manejo confidencial y ético de esta información, se incluye esta formación como parte de la inducción en su puesto de trabajo, se supervisa.

Respecto al temor de que los sistemas informáticos pueden ser más vulnerables que los físicos, la evidencia en la APP Barton ha encontrado formas eficaces de manejar esta aparente "desventaja" de la HCE. El uso de la ficha electrónica permite centralizar la información y monitorear a pacientes y acumular información que facilita respuestas de prevención y promoción.

4.4.6. Indicadores

El modelo de la APP muestra altos niveles de satisfacción de usuario y bajo nivel de quejas. El modelo de gestión clínica ha permitido una reducción importante de número de días de espera para consulta a menos de cinco días, y el logro de cero desabastecimientos de médicos y quirúrgicos. El énfasis en la prevención y monitoreo de pacientes con enfermedades crónicas ha permitido lograr avances importantes a nivel sanitario en diabetes y complicaciones de embarazos

Resultados sanitarios en afiliados de EsSalud atendidos con modalidad de asociación público-privada

Con base a la disponibilidad de los registros administrativos electrónicos de las prestaciones entregadas a los afiliados a EsSalud se desarrollaron algoritmos para la estimación de indicadores, y que a efectos del presente reporte consideramos exploran la noción de resultado sanitario.

El primer indicador busca aproximarse al rol del servicio en la prevención secundaria en el caso de condiciones crónicas, para lo cual seleccionamos las personas con diagnóstico definitivo (últimos tres años) de Diabetes

Mellitus (DBM) sin complicaciones crónicas definido según los códigos diagnósticos del CIE-10 del índice de Charlson, y en estas personas, revisamos el patrón de consumo de servicios de salud por cualquier motivo en los últimos tres años (visitas a la emergencia, hospitalizaciones y consulta externa). Finalmente, con un segundo indicador, reconociendo sus limitaciones, basado en una lista de códigos CIE-10, se estima una tasa de hospitalización que podría considerarse evitable. Este indicador es una manera de aproximar el desempeño del servicio ambulatorio Respecto de la prevención secundaria, los datos obtenidos constituyen una exploración y de referencia para profundizar y complementar con análisis más exhaustivos. Con el algoritmo desarrollado para el presente reporte, se identificaron 15 000 personas con DBM sin complicaciones crónicas en el periodo 2016-2018. En promedio estas personas acuden por cualquier motivo 20 veces por año a los servicios de salud de la APP, y en el acumulado de tres años, cerca de 60 veces. Alrededor de dos veces por año visitan la emergencia por cualquier motivo. Analizando por grupos edad, se observa alto consumo a edades tempranas. Examinando los motivos de consulta, alrededor del 60% se explica por condiciones potencialmente vinculadas con la DBM. También se observa uso de diversos de servicios (más de 15 servicios diferentes).

En la población urbana, y en particular las afiliadas a EsSalud, las condiciones crónicas constituyen el principal motivo de consumo de servicios salud y de gasto, y en términos de resultados sanitarios, es en este segmento de población donde se observa la prematura pérdida de años de vida saludables. La prevención secundaria es la forma de lograrlo, y para ello, el seguimiento longitudinal de la persona es relevante, independiente de su condición de adscripción. Reconocer sus antecedentes (diagnósticos, resultados de exámenes de control, tratamientos), valorar la continuidad del tratamiento, gradación del estado de avance de la enfermedad, y de acuerdo con ello planear los cuidados prevención secundaria y monitorear su adherencia, son posibles con un fino seguimiento longitudinal. Sobre este punto amerita completar el análisis haciendo uso de los datos de consumo de medicamentos y exámenes auxiliares, y con base a estos resultados, refinar la estratificación de los pacientes con la condición de DBM. Transitar del manejo del episodio con diagnóstico de DBM al manejo de la persona con DBM, y para ello urge establecer los mecanismos de intercambio de datos con EsSalud principalmente.

Para la consecución de resultados sanitarios es necesario el abordaje como sistema de salud (EsSalud en este caso) que permita el seguimiento de los pacientes y el correcto registro de las atenciones recibidas en los diferentes proveedores dando integralidad a las intervenciones en función de las personas. Esta recomendación incluye la coordinación e interoperabilidad de datos con el Ministerio de Salud para las intervenciones preventivas que permita el adecuado registro y atenciones a pacientes que son prioritarios y constituyen política nacional de salud.

4.5. La economía política de la APP de la red del Hospital Barton

4.5.1. La APP Barton: gobernanza, agentes e instrumentos de gestión

La APP que se desarrolla en el Hospital Barton muestra, a simple vista, los beneficios de la aplicación de una serie de procesos y protocolos que se enfocan en la eficiencia del uso de recursos, y cuyo ámbito de responsabilidad es la atención primaria y la especializada. La empresa operadora se comporta como un agente económico racional que busca minimizar costos, y por ende, maximizar sus beneficios privados. Este comportamiento con un control adecuado de resultados se traduce en una mejor atención al paciente. Así, por ejemplo, en el Hospital Barton se observa que:

- El tiempo entre que un paciente solicita una consulta hasta que es atendido oscila entre 1 y 5 días calendario.
- El uso eficiente de los recursos del hospital se traduce en que los pacientes son internados en plazos adecuados cuando es necesario, puesto que existen suficiente número de camas.
- La falta de dispensación de medicinas para los pacientes es mínima.
- Los pacientes siempre acceden a sus medicinas pues la APP cuenta con un sistema de manejo de inventarios que evita que haya escasez en los almacenes del complejo.
- El sistema de abastecimiento de medicinas en el hospital evita que se lleguen a niveles críticos en la disponibilidad de medicamentos en el hospital.
- El sistema de los recursos humanos dentro del hospital Barton prioriza el uso eficiente del tiempo que el personal de salud dedica a la atención de los pacientes.

En general, se entiende que el esquema de incentivos bajo el que se desenvuelve la empresa operadora le permite buscar la eficiencia. Sin embargo, esta eficiencia no puede ir desmedro de los servicios de salud que reciben los pacientes. El Estado, que, a través de Susalud, vela por los intereses de los asegurados, determina estos estándares. Y estos estándares son parte del contrato que el operador firma con el Estado.

El contrato que rige las operaciones de la APP Barton

El contrato fue suscrito el 31 de marzo de 2010, y fue precedido por un largo periodo de negociaciones en las que tanto EsSalud como el operador volcaron sus intereses y pactaron una serie de acuerdos, cada uno con un esquema de incentivos distinto. La complejidad de este se refleja en el hecho de que el documento tiene más de 20 secciones y 10 anexos. En el caso de la APP Barton, el contrato establece las obligaciones tanto del operador como del Estado, y es el principal instrumento de gestión de la APP. En este sentido, determina las "reglas de juego" para que el operador se encargue de la construcción de la infraestructura y la provisión de los servicios de salud, y establece el monto y forma en la que el Estado le pagará al operador por la inversión y la provisión de estos servicios de salud, así como, los plazos de la concesión, los regímenes de la tenencia de los bienes, documentos técnicos que respaldan la ingeniería de la construcción de la infraestructura, dotación y mantenimiento del equipamiento, el régimen económico y financiero, consideraciones respecto a las potenciales causales de resolución del contrato y los mecanismos de solución de controversias.

Indicadores de servicios

Una sección sumamente importante del contrato es la que presenta los indicadores asociados a los servicios de salud, y que rigen los estándares que el operador debe proveer durante la provisión de estos servicios a los asegurados adscritos. De esta manera, el contrato vela porque los servicios cumplan con estándares mínimos, y que la búsqueda de eficiencia por parte del operador no afecte la calidad de los servicios de salud.

- De satisfacción: tanto del usuario como del servicio,
- De calidad: en términos de oportunidad de la atención y seguridad del paciente, y
- De resultados: estos indicadores aplicaron a partir de 2015 – que fue el segundo año de operación de la APP Barton. Los aspectos comprendidos en este grupo son disminución de mortalidad por cáncer, complicaciones de embarazo, complicaciones por diabetes mellitus e hipertensión, población protegida, entre otros.

Cada indicador presenta una ficha que consigna la siguiente información. Primero, el fundamento del indicador, que es una descripción del objetivo particular del mismo. Por ejemplo, en el caso del indicador de "Porcentaje de quejas resueltas" se estipula como fundamento que el indicador "evalúa la capacidad de respuesta de la organización para resolver las quejas respecto a la calidad percibida por los usuarios".

La ficha también consigna el ámbito del desempeño, seguido del tipo de indicador. En el caso del indicador anterior es "Calidad" y "Continuo de incremento", respectivamente. Luego se consigna la forma de cálculo; en el caso del indicador antes mencionado, se define una fórmula, explicitando su numerador y denominador. Asimismo, se establece la fuente de información, una meta, la frecuencia de remisión de la información y la frecuencia de evaluación. En este sentido, son más de 30 fichas, que marcan la manera en que se evaluará la provisión de los servicios de salud.

Este acápite también establece un índice global de servicios, que corresponde al promedio ponderado de los indicadores de servicio: indicadores de satisfacción del usuario, de calidad y de resultado. Para su cálculo, primero se uniformiza la escala de todos los indicadores y se obtienen promedios ponderados parciales comenzando por los indicadores de menor nivel, seguido de promediar los de mayor nivel hasta llegar a los del primer nivel. Ello permite el cálculo del índice global. Los ponderadores o pesos para cada indicador corresponden a la importancia relativa de cada uno en su respectivo grupo, y se plantean en el contrato, el mismo que establece un estándar mínimo de 85%.

Estándares mínimos de atención

Asimismo, el tercer acápite del primer anexo establece también los estándares mínimos de atención. Por ejemplo, para consultas externas, establece el número de pacientes que debe atender por hora cada tipo de personal de salud. Asimismo, establece los estándares mínimos de recursos humanos en las áreas de cuidados críticos y emergencia. Establecer indicadores, formas de medición, metas y estándares mínimos de atención en una institución tan compleja representa un reto. La experiencia en el Perú es limitada, pues el Minsa aplicó el modelo de "bata gris" para el Instituto Nacional del Niño. El ente privado solo se encarga de la operación no asistencial. Así, la definición del contrato implica negociaciones mucho más complejas, y posibles ajustes a futuro.

Es pues comprensible que el contrato esté sujeto a ajustes conforme la operación se va desarrollando, siempre y cuando las partes estén de acuerdo. Sin duda, existen espacios de mejora en el contrato. En principio, se identifican:

- Los mecanismos de negociación: si bien existen estos espacios de discusión, estos no necesariamente permiten llegar a "buen puerto" debido a que los largos procesos burocráticos propios del sector evitan que se tomen decisiones de manera ágil y concreta. En este sentido, es necesario que el ente rector revise la normatividad que potencialmente pueda afectar a estos espacios de negociación.
- Los estándares en los indicadores: los niveles planteados en el contrato deben estar sujetos a revisión de manera periódica. Si bien el contrato establece que los indicadores de resultados entraban en vigencia a partir del segundo año de la operación, no se establece una periodicidad para la revisión de estos estándares. El contrato debe establecer los mecanismos de revisión, generando responsabilidades en las partes para que los cambios propuestos producto de las revisiones periódicas se lleven a cabo de manera oportuna.

En suma, se debe tener en cuenta:

- No existen antecedentes en el Perú para la celebración de este tipo de contratos en el sector salud. La APP Barton sigue el modelo de "bata blanca". En consecuencia, el operador se encarga tanto de los servicios asistenciales como aquellos no asistenciales. Las pocas experiencias existentes en el Perú y limitado número de personal con conocimientos de gestión de contratos no contemplan este tipo de operación. En este sentido, es de esperarse que la inexperiencia se vea reflejada en errores que puedan repercutir en su complejidad.
- El nivel de escrutinio en el sector público. A simple inspección, se observa que, por parte del operador, solo una persona visa el contrato, su representante legal. Por parte del Estado, cada página está visada por nueve funcionarios de EsSalud. Cada uno de estos funcionarios representa el interés y rol de una oficina distinta dentro de EsSalud. En este sentido, no son dos agentes (EsSalud y el operador) suscribiendo un contrato de APP. Cada viso en cada página representa una responsabilidad. En este sentido, contribuyen a la complejidad del documento, y dificultades para su preparación y consenso.

La participación privada en un sector sensible. Una APP no implica la privatización de los servicios de salud de manera alguna. A través del financiamiento EsSalud puede modular la acción de cualquier prestador que contrata. Sin embargo, en un contexto donde tradicionalmente el Estado se ha encargado de proveer estos servicios salud para los gremios la participación del sector privado genera preocupaciones sobre la base del argumento de que se pretende mercantilizar los servicios de salud. Si bien el contrato es un instrumento legal, debe ser también socializado previo a su aceptación con actores importantes al interior y exterior de EsSalud y recoger sugerencias– y se debe "persuadir" basada en la evidencia existente de resultados, sobre las ventajas del modelo .Tanto al interior de EsSalud como entre los principales beneficiarios, los riesgos y la manera de prevenirlos y mitigarlos.

Los agentes

El contrato de la APP Barton establece que las partes, desde el punto de vista contractual, son:

- El Estado: está representado en este caso por EsSalud. El objetivo de EsSalud es proveer servicios de salud para sus asegurados o beneficiarios. En el marco del contrato APP es el financiador de los servicios de salud, y finalmente, propietario de la infraestructura que emerge producto de la APP.

- El operador: en el caso de la APP Barton, el operador se encarga de la construcción de la infraestructura, del mantenimiento de esta, y de la provisión de tanto servicios asistenciales como no asistenciales.
- Como se mencionó anteriormente, tanto el operador como EsSalud enmarcan su relación en el contrato de APP. Sin embargo, no son los únicos agentes involucrados. Existen, al menos, dos agentes adicionales que se deben tener en cuenta, pues son relevantes para el desarrollo de las operaciones.

Los asegurados de EsSalud, si bien no son parte contractual, mantienen intereses en el desarrollo de las operaciones, y serán en el largo plazo un actor importante para promover o limitar la expansión de las APP. La búsqueda de eficiencia en la operadora, bajo el supuesto de racionalidad económica, podría afectar la calidad de los servicios que reciben los asegurados sino no existiera un marco regulador de estándares en la prestación. En este sentido, los intereses de los asegurados son resguardados por EsSalud, quienes establecen parámetros mínimos en los estándares que rigen los servicios de salud que el operador debe proveer (tercer acápite del primer anexo del contrato).

Sin embargo, otras entidades del Estado velan también por la calidad de la atención que recién los asegurados. La APP Barton, y por ende la operadora, están sujetas a la supervisión por parte de la Superintendencia Nacional de Salud (Susalud). En este sentido, Susalud vela por los intereses de los asegurados, estableciendo canales de atención para la recepción de quejas, o realizando inspecciones al centro de salud, al igual como puede hacer con todos los prestadores públicos y privados del sector.

Cabe mencionar que el contrato de la APP Barton no establece de manera explícita el rol de Susalud. Sin embargo, dado que Susalud busca: 1) garantizar la protección y defensa de los derechos en salud, y 2) fortalecer la prevención de la vulneración de los derechos en salud, se entiende que debería fortalecer el contrato, asegurando la calidad de la atención al asegurado más allá de los estándares establecidos en el contrato.

Por su parte, el personal de salud juega un rol importante en el desarrollo de las operaciones de la APP, a pesar de que no es una parte involucrada en el contrato. Tradicionalmente, el personal de salud ha influido en el desempeño de las instituciones que proveen servicios de salud en el Perú, pues no solo se involucra en la provisión de los servicios, sino que también tiene un rol activo en la administración de las instituciones. Así, la relación entre las instituciones y el personal de salud se enmarca como aquélla del problema agente-principal.

Por último, EsSalud, como parte de la gestión del contrato de la APP Barton, contrató a un consorcio para que actúe como ente supervisor de los resultados. El consorcio se conforma por la Escuela de Administración de Negocios para Graduados (ESAN) y la empresa consultora Administración de Servicios Médicos (Adimsa). Cabe mencionar que este supervisor, ha tenido un rol variable a lo largo de la operación de la APP Barton, pues en algún momento tuvo un rol más proactivo para la solución de algunas controversias. Se encarga de establecer penalidades cuando considera que el operador ha incumplido con algún aspecto del contrato, y también participa en las reuniones de gestión que sostienen EsSalud con el operador. En una sección siguiente se abordará con mayor detalle el rol del supervisor en la relación entre EsSalud y el operador.

4.5.2. Principales controversias entre EsSalud y la entidad operadora

Si bien el contrato establece los principales lineamientos para alinear los intereses del Estado con los de la entidad privada con el fin de garantizar estándares mínimos en la provisión de los servicios de salud, esto no implica que no aparezcan puntos de discordancia entre las partes que suscribieron el contrato.

Estas controversias surgen por la discrecionalidad en la interpretación de ciertos aspectos del contrato, o por vacíos. En efecto, si bien el contrato intenta cubrir la mayor parte de aspectos posibles en el marco de la relación entre las partes, siempre estará sujeto a interpretación. En este sentido, es indispensable que los espacios de comunicación entre EsSalud y el operador sean eficientes y que el ente supervisor facilite la resolución de potenciales conflictos.

Esta sección detalla las principales controversias que han surgido durante la operación de la APP Barton.

Indicadores de servicios

Si bien los indicadores de servicios son establecidos en el tercer acápite del primer anexo del contrato entre EsSalud y la operadora, estos no han estado exentos de controversias.

Aun cuando las fichas de indicadores proveen información que respalda la naturaleza de cada indicador e indica su forma de cálculo, existen ciertos aspectos que fueron causantes de controversias. En este particular hay tres aspectos por resaltar:

- Algunos de los indicadores originales no necesariamente se ajustan a los cambios normativos que el Minsa —el ente rector del sector en Perú— ha determinado en el tiempo que lleva la operación de la APP Barton.
- Algunos de los indicadores no reflejan la naturaleza del modelo de la operación de la APP Barton.
- La definición establecida en las fichas, así como sus formas de cálculo, pueden estar sujetas a interpretación, ya sea por parte del operador, EsSalud o el ente supervisor. Dado ello, la interpretación de una misma entidad podría variar en el tiempo.

Asimismo, la inclusión de los indicadores como parte de los anexos del contrato implica ciertas rigideces. Así, en el periodo inicial de la operación se consideró necesario revisar algunos, por lo que se planteó la necesidad de modificar el contrato mediante adendas. Este proceso en el Estado no es sencillo, pues existen muchos requerimientos y procedimientos burocráticos por seguir previo a una modificación de este tipo. Es recién en 2013 que el supervisor determinó que no es necesario modificar el contrato para revisar los indicadores. En 2017, de manera consensuada entre EsSalud, la operadora y el supervisor, se inició la revisión de los indicadores, concentrando esfuerzos en los 15 más conflictivos. El procedimiento de revisión de cada uno de los indicadores se estableció en un acta.

En este contexto, es necesario establecer y esclarecer los procesos de revisión del contrato, pues es necesario preservar la institucionalidad de este. EsSalud, y en general las entidades del Estado, están sujetas a una alta rotación de personal. En este sentido, la falta de institucionalidad en los procedimientos afecta la predictibilidad en los procesos de revisión del contrato.

Asimismo, si bien el supervisor tuvo un rol relativamente activo, no es una de las partes del contrato de la APP Barton. En este sentido, su participación en la revisión de los indicadores es ahora limitada. En las reuniones periódicas celebradas para el análisis del nivel de cumplimiento de los indicadores, el ente supervisor realiza una presentación de estos, y tanto el operador como EsSalud interactúan comentando los resultados presentados.

Cabe mencionar que, el incumplimiento de las metas establecidas en el contrato no genera penalidades. En este sentido, el ente supervisor está imposibilitado de imponer algún tipo de penalidad por el hecho de que el operador no haya alcanzado la meta establecida en el contrato, o incentivos por alcances mayores a las metas.

Población adscrita

Uno de los pilares sobre los que se basa la sostenibilidad financiera de los servicios de salud es el conocimiento de la población a atender. De acuerdo con el contrato de la APP Barton, la población de asegurados por atender es de 250 000, a los que se les identifica a través del documento nacional de identidad (DNI). En este sentido, el contrato no establece:

- Los criterios para escoger a esta población
- El perfil epidemiológico de la población a ser atendida por la APP Barton

Si bien el proceso de adscripción de la población a la APP Barton es manejado enteramente por EsSalud, por consenso, al inicio de las operaciones se determinó que mensualmente EsSalud alcanzaría la base de datos con la información de los adscritos. EsSalud escogería a esta población entre los asegurados regulares, aquellos que se encuentran en condición de aportantes, considerando el domicilio que figura en el DNI y su proximidad al Hospital Barton. manteniendo la unidad familiar y asignando a los 250 000 que establece el contrato originalmente.

Sin embargo, EsSalud, en 2015 inició la adscripción diaria a la APP Barton y determina que la operadora debía encargarse de verificar el estado de la adscripción en la página web de EsSalud. Esta situación se mantuvo hasta el mes de diciembre de 2017, cuando EsSalud se comprometió a que solo la gerencia central haga adscripciones de nueva población. Si bien la adscripción diaria no viola las condiciones del contrato, puesto que el mismo no establece la manera en que se debe adscribir a la población, sí altera las condiciones de la operación de la APP Barton.

En general, una variación inesperada en las características epidemiológicas de la población adscrita potencialmente afecta la viabilidad financiera de cualquier proveedor de servicios de salud con recursos financieros finitos, en caso la variación no venga acompañada de un ajuste presupuestal. Adicionalmente, si la nueva población adscrita tiene un sesgo hacia dolencias que requieren tratamientos más complejos y, por ende, más costosos, la presión financiera para la proveedora de servicios aumenta.

Cabe mencionar que la sociedad operadora percibe que los nuevos asegurados adscritos en los años 2015-2017 serían personas que ha aumentado el nivel de siniestralidad. Actualmente, cuentan con 285 000 historias clínicas por recambio de población adscrita (con un aumento del promedio en la edad, registran 300 pacientes en el programa de diálisis, que es el doble del ratio por 100 000 que tiene EsSalud). Este es un aspecto que requiere mayor evidencia.

En términos logísticos, es necesario resaltar que la APP Barton mantiene un sistema de historias clínicas electrónico[25]. La población que EsSalud adscribe, sin embargo, no llega con historias clínicas electrónicas. Cabe mencionar que EsSalud posee un sistema de historias clínicas electrónicas pero que no ha sido implementado en todos los nosocomios. Más aún, ambos sistemas no necesariamente son compatibles en términos de formato e interfaz, lo que potencialmente dificultaría su complementariedad y uso.

Sistema de referencias y contrarreferencias

El sistema de referencias y contrarreferencias constituye el mecanismo mediante el que la APP Barton recibe y envía pacientes desde y hacia otros centros de salud, tanto dentro como fuera de la Red Sabogal, a la que la APP Barton pertenece.

El contrato de la APP Barton no es claro en cuanto a cómo se deben dar las referencias y contrarreferencias puesto que:

- El contrato no ha determinado con claridad el techo asistencial de la APP Barton. Así, no es posible saber "a ciencia cierta" qué paciente debe ser atendido por la APP Barton, o debe ser enviado a un hospital de mayor capacidad resolutiva.
- La categorización de la APP Barton no está establecida claramente en el mismo. De hecho, existen discrepancias entre la categorización que maneja EsSalud y la que determina el Minsa.
- El contrato no determina claramente cuáles son los servicios que la APP Barton debe prestar exactamente.

Esta falta de claridad generó que en 2014 la APP Barton y la Red Sabogal hicieran esfuerzos para determinar los criterios para el procedimiento de referencias y contrarreferencias, con la participación del ente supervisor. Sin embargo, a la fecha, aún existen controversias en este procedimiento, puesto que ninguno de los aspectos mencionados arriba ha sido solucionado completamente.

Por otro lado, la poca claridad de las normas del Minsa para la categorización de los centros de salud tiene un efecto en la aplicación del contrato. Así, si bien la APP Barton se categoriza como un hospital tipo II, los techos asistenciales del mismo no se definen con precisión. En este contexto, muchos centros de salud, tanto dentro como fuera de la Red Sabogal, interpretan el contrato independientemente, y envían pacientes con dolencias que escapan las capacidades asistenciales de la APP Barton. Así, la falta de procesos definidos genera muchas veces que los pacientes no sean atendidos, ya sea en la APP Barton o en sus hospitales de origen.

En general, la inexistencia de un sistema eficiente de referencias y contrarreferencias genera una serie de riesgos legales para la operación de la APP Barton, así como a otros centros de salud, puesto que, con el fin de salvaguardar la vida del paciente, se ven obligados a realizar procedimientos que no se encuentran estipulados dentro de su categorización. Las consecuencias legales podrían poner en riesgo la operación en caso de una fatalidad por causas no atribuibles al centro de salud o al personal de salud.

25 Si bien el análisis e implicancias del diseño del sistema de historias clínicas que maneja la APP Barton escapa a los objetivos de este documento, es necesario mencionar que el mismo le ha permitido a la operadora sostener un acceso rápido y eficiente a la información de los asegurados que llegan a la APP Barton. Así, el personal de salud es capaz de ubicar la información de cada paciente y agilizar la atención de dolencias específicas, facilitando su seguimiento. El personal de salud tiene acceso a esta información a través de pantallas instaladas en la mayor parte de instalaciones de la APP Barton.

Actualizaciones de las retribuciones

El contrato define la Retribución por el Servicio, subdividida en lo que corresponde a la Retribución por Inversiones (RPI) y la Retribución por Operaciones (RPO). EsSalud aún no ha cumplido con la Retribución por Inversiones en Equipamiento en lo que corresponde a la reposición de equipos Grupo I (que tienen previsto un horizonte de vida útil de tres años), la misma que debió pagarse a fines de 2017. Este incumplimiento de pago ha generado que la Sociedad Operadora deje de distribuir las utilidades a su propio personal. Este es un aspecto que requiere mayor estudio.

Además, existen mecanismos de ajuste al equilibrio financiero en el plazo de vigencia del contrato por variaciones en los precios, tasa de interés e inversión en Equipamiento. EsSalud aún no habría cumplido con algunas cláusulas de ajuste por variación de Asegurados acreditados de EsSalud y precios de los servicios.

Otras controversias

- Con respecto a las prótesis, el operador ha venido asumiendo el costo de estas ante la dificultad de EsSalud de proveerlas como lo establece el contrato. Recientemente se alcanzó un acuerdo para que EsSalud asuma este costo y entregue las prótesis al operador.
- Si bien el ente supervisor tiene un contrato de largo plazo para realizar la supervisión del contrato, la metodología de supervisión no ha sido estable a lo largo del tiempo, lo que ha ocasionado diversas divergencias entre el operador y EsSalud en cuanto a aspectos que deberían ser claros en el contrato. En este contexto, la Gerencia de Contratos de EsSalud ha cobrado un rol más proactivo en los últimos dos años. De hecho, sobre la base del contrato de supervisión no es claro necesariamente cuáles son sus atribuciones. En este sentido, con el fin de tener mayor claridad en las "reglas de juego" de la APP Barton, es necesario que EsSalud defina claramente el rol del supervisor: es un ente auditor o es supervisor.

4.5.3. El rol del ente supervisor

El contrato de la APP Barton, en su numeral 18.11, establece que EsSalud debe realizar la contratación de una entidad que supervise el cumplimiento del contrato. Asimismo, establece que la remuneración de este ente supervisor será de 1% de los ingresos de la operadora, y que durante la etapa pre-operativa, la empresa operadora debía financiar al ente supervisor. Luego de los procesos administrativos, EsSalud contrató a la empresa consultora Administración de Servicios Médicos (Adimsa) el 2 de agosto de 2010. De acuerdo con el contrato, las funciones del supervisor son:

- Efectuar las acciones de fiscalización legal, financiera y económica del contrato de la APP.
- Realizar la fiscalización técnica sobre los índices y estándares.

Cabe mencionar que, si bien el contrato entre el ente supervisor y EsSalud se basa en unos términos de referencia, también es lo suficientemente flexible para que EsSalud pueda solicitar servicios adicionales relacionados. Así, en la sección 2.2. Alcances del contrato entre EsSalud y el operador, se establece que "el SUPERVISOR se compromete

a ejecutar aquellas prestaciones que, sin estar enunciadas en su propuesta, tengan relación directa con el servicio contratado y que, razonablemente puedan ser exigidas por EsSalud, como es el caso de absolución de consultas de parte de EsSalud, emisión de informes que se le soliciten, elaboración de Manuales y Procedimientos, y todo aquello que sea necesario para una adecuada SUPERVISIÓN y ejecución del contrato de APP."

Es en el marco de la segunda función descrita líneas arriba que EsSalud y el operador mantiene reuniones periódicas. Por ejemplo, para la revisión de los indicadores, el ente supervisor expone los resultados de estos, estableciendo si se ha alcanzado el nivel esperable o no. Luego de ello, se inicia un debate entre el operador y los funcionarios designados por EsSalud, que no necesariamente llega a conclusiones concretas. Si bien el ente operador provee argumentos para los resultados expuestos previamente, ya sea - por ejemplo- para justificar el resultado de un indicador o para solicitar una revisión de la forma de construcción del indicador, EsSalud toma nota de estos argumentos, pero no necesariamente existe un intercambio activo de posiciones en el espacio.

En este sentido, estas reuniones no necesariamente llegan a buen puerto y/o resultados concretos. Esto se debe, principalmente, a: 1) la imposibilidad de toma de decisiones concretas y rápidas en EsSalud como consecuencia de su larga cadena de mando, y 2) por el rol del ente supervisor, que, si bien podría actuar de manera más proactiva, muchas veces se limita a tener un rol de auditor. Con respecto al punto 1, los funcionarios de EsSalud que asisten a las reuniones no tienen poder de decisión con respecto a, por ejemplo, proponer la modificación de un indicador o mejorar algún procedimiento administrativo que haga más eficiente la interacción con el operador. Ellos están sujetos a las estructuras burocráticas de EsSalud y, por ende, solo pueden plasmar en un informe lo que acontece y realizar recomendaciones. La toma de decisiones se hace en niveles superiores, sujetas a una serie de procedimientos que involucran opiniones de diversos funcionarios en distintas áreas, no necesariamente todas alineadas y con intereses y agendas diversas. Con respecto al punto 2, EsSalud podría solicitar al ente supervisor tener un rol más proactivo, bajo la sección 2.2. Alcances del contrato entre EsSalud y el operador. Por ejemplo, al acordar ambas partes la modificación de un indicador, el ente supervisor, sobre la base de su experiencia en el sector, debería poder proveer sugerencias y convocar a las partes tomar pasos más concretos

4.6. Potenciales mejoras a contratos de APP en el sector salud a la luz de la experiencia de la APP Barton

Existen dos ámbitos en los que existe espacio de mejora en cuanto a contratos de APP en el sector salud a futuro. El primero es el marco legal en el que se enmarcan las instituciones del sector salud. El segundo corresponde a los elementos que contiene el contrato de la APP en sí.

En el caso del marco legal, se debe tener en cuenta que cualquier contrato que se celebre a futuro estará enmarcado en las normas del sector, cuyo ente rector es el Minsa. En este sentido, es importante que:

- Exista claridad entre el rol de EsSalud y el Minsa. EsSalud es parte del Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo (MTPE). En este sentido, es indispensable un trabajo coordinado entre ambas entidades, reconociendo que, en el ámbito de la salud, el ente rector, es el Ministerio de Salud.
- Las normas internas que rigen EsSalud estén alineadas con las del Minsa. Por ejemplo, existen discrepancias entre la categorización de los centros de salud que aplican EsSalud y el Minsa en cuanto al grado de complejidad de las atenciones. Reconociendo que el Minsa es el ente rector del sector salud, incluso si EsSalud es parte del MTPE, proveería un contexto legal habilitador para la operación de una APP.

Por ejemplo, parte de los problemas existentes en cuanto a las referencias y contrarreferencias mencionadas en la sección anterior de este documento se desprende del hecho de que no está claro cuál es el techo asistencial para la APP Barton, dadas las discrepancias entre la normatividad técnica de EsSalud y el Minsa. Más aún, los mismos centros de salud tienen cierto nivel de discrecionalidad dado que muchas veces eligen ceñirse a las escalas bajo las que opera EsSalud o las del Minsa, creando una confusión que solo perjudica a los pacientes.

Con respecto al contrato en sí, se debe destacar que el contrato actual entre EsSalud y el operador de la APP Barton, sin duda, marca un precedente en la provisión de servicios de salud en el Perú. En este sentido, provee un punto de inicio sobre el que se debería construir, reconociendo sus propias falencias y, por ende, áreas de mejora.

Las áreas de mejora que se mencionan en este documento no apuntan a las cuestiones legales en sí, sino más bien, a la información que rige la operación desde el punto de vista técnico, pues es en estos aspectos en los que se ha generado la mayor parte de controversias entre EsSalud y el operador.

Selección de la población adscrita

Sin duda, la falta de claridad en cuanto a la población adscrita en el contrato afecta negativamente la relación entre EsSalud y el operador. El contrato no provee, en primera instancia, una lista en la que figure la población adscrita a la APP Barton. Más aún, no establece a priori los mecanismos explícitos para seleccionarla y cómo estos podrían ir cambiando en el tiempo y bajo qué criterios. En este sentido, no existe claridad, en buenas cuentas, acerca de las características de la población que debe ser atendida por el operador. En este sentido, es necesario que, a futuro, los contratos provean:

- Una lista con la identificación de la población adscrita al momento de inicio de operaciones.
- Mecanismos claros para el reemplazo de la población adscrita en caso de muerte, por ejemplo.
- Mecanismos claros para adicionar población, incluyendo la periodicidad para la remisión de la información desde EsSalud hacia el operador, sino también estableciendo límites claros en cuanto a la cantidad de nueva población que se puede adicionar.
- Un análisis detallado de las características de la población adscrita, tanto sociodemográficas como de morbilidad. Salvo circunstancias particulares, como desastres naturales u otros imprevistos, estas características no tendrían por qué variar en el tiempo de manera significativa.
- Mecanismos de negociación específicos entre EsSalud y el operador para la solución de controversias en cuanto a la población adscrita, estableciendo claramente los roles de EsSalud, el operador y el ente supervisor.

Procesos de modificaciones del contrato

Las continuas discusiones en cuanto a los indicadores que se indican en el tercer acápite de la sección I del contrato entre el operador y EsSalud son una muestra de que no existe un procedimiento claro en cuanto a cómo se debe proceder si se requiere modificar el mismo. Como se mencionó en la sección anterior, en un principio, con el fin de modificar los indicadores, EsSalud y el operador trabajaron para modificar el contrato, hasta que el ente supervisor determinó que no era necesario modificarlo. Estos vaivenes en los procedimientos solo generan ineficiencias que se traducen en ineficiencias que solo perjudican, finalmente, a los asegurados que se atienden en la APP Barton.

En este sentido, es necesario establecer claramente los procedimientos de revisión del contrato, pues es indispensable reforzar la institucionalidad de este. En general, la falta de institucionalidad en los procedimientos afecta la predictibilidad en los procesos de revisión del contrato.

Contratación del supervisor

De acuerdo con el contrato entre EsSalud y la operadora, EsSalud es el encargado de contratar a la entidad que prestará los servicios de supervisión del contrato y las operaciones. La remuneración del ente supervisor corresponde al 1% de los ingresos del operador. El contrato no solo establece las reglas de juego que aplican al operador, sino también a EsSalud. Es decir, es un instrumento que busca alinear los intereses de ambas partes, y establecer responsabilidades. Las responsabilidades son susceptibles de ser incumplidas por las partes, y en consecuencia las penalidades, la supervisión juega aquí un rol clave de asegurar la objetividad de sus decisiones basada en la evidencia. En este sentido, se deberían diseñar y explicitar en el contrato los mecanismos que garanticen que el ente supervisor de opinión imparcial con respecto a ambos, el operador y EsSalud, en los procesos de supervisión y aplicación de penalidades.

4.7. Conclusiones y recomendaciones

Analizar los aspectos de la gobernabilidad en la implementación de una APP en el sector salud peruano, a la luz de la experiencia de la APP que maneja el Hospital Barton, ubicado en la provincia del Callao, y mostrar algunos aspectos de su desempeño y resultados, se torna relevante para visualizar que es una de las alternativas a expandir en el marco de la separación de la función de compra y prestación en EsSalud. La particularidad de la experiencia de la APP Barton surge a raíz de que el operador no solo se encargó de la construcción del complejo hospitalario, sino también que se encarga del mantenimiento del mismo, así como de la provisión de los servicios de salud.

Los indicadores de satisfacción de usuario, provisión de medicamentos, atención primaria, emergencias y no embalses quirúrgicos son algunos de las áreas donde se han logrado resultados efectivos, superando los de las redes de salud propias del seguro social de igual dimensión.

La administración del contrato es un reto para EsSalud. La expansión de las APP con un mapa de ruta definido los próximos 10 años es necesario para reducir la incertidumbre de los potenciales inversores, para que luego de instalados se mantengan más allá de si hay un cambio en la administración de EsSalud o en el manejo del sector salud o trabajo.

Uno de los principales instrumentos de gestión son los indicadores que evalúan el desempeño de la APP. En este sentido, los indicadores deben ser adecuados para la naturaleza de la operación, se deben tener claros cuáles son las fuentes de información disponibles para su cálculo, así como la periodicidad en la que serán evaluados. Sin embargo, también se debe considerar que estos indicadores son perfectibles. Ambas partes deben estar en condición de solicitar una revisión de los mismos, proponer las modificaciones del caso, y sustentar claramente por qué la necesidad de revisarlos. El contrato debe proveer estos espacios, y crear los mecanismos adecuados para la revisión de estos indicadores.

De igual manera, es sumamente importante que existan mecanismos claros y eficientes para la resolución de controversias y que estos sean explícitos en el contrato. Más aún, dependiendo de la naturaleza del contrato, se debería aspirar a que el supervisor no solo cumpla un rol auditor, sino más bien que también proponga modificaciones en ciertos aspectos de manera conjunta con las partes, provisto que su experiencia y la naturaleza de la operación lo permita. Es decir, es deseable un rol proactivo por parte del ente supervisor, en línea con el contrato de operación y lo que las partes, de manera consensuada, determinen.

En suma, la experiencia de la APP Barton en Perú es un pilar importante sobre el que se debe seguir adelante con la reforma del sector salud. Si bien existen aspectos por mejorar, tanto en el contexto normativo e institucional (ambiente facilitador), así como en los instrumentos de gobernanza y gestión, resulta enriquecedor para el sector en beneficio de los pacientes, que sea posible alinear los intereses del Estado con los intereses de las empresas privadas, en un contexto de recursos escasos y limitada capacidad de gestión. Otro elemento importante es que EsSalud pueda tomar lecciones aprendidas de modelo de gestión y clínica y de recursos humanos que promueve la productividad y buen clima laboral, uso de herramientas informáticas para la toma de decisiones y control de resultados, uso de la capitación para una mejor asignación de recursos en la red, y por último, un reconocido nivel de satisfacción y calidad en la prestación, que ha llevado a que sea recientemente acreditada por la Joint Commission International por su capacidad operativa en su clínicas, calidad de la atención primaria, y logística y distribución de medicamentos.

No existe una única forma o una receta única para la implementación de una APP. Sin embargo, el Decreto Supremo 010-2016 establece que los roles de comprador de servicios y de prestador deben ser separados en instituciones prestadoras de servicios de salud (Ipress) y en instituciones administradoras de fondos de aseguramiento en salud (Iafas) cuyo objetivo es captar y gestionar fondos para el aseguramiento de prestaciones de salud y la cobertura de riesgos de salud de los asegurados bajo el Aseguramiento Universal en Salud (AUS). La APP Barton no solo constituye un modelo necesario de observar y perfeccionar, sino es una incubadora de potencial innovación en Perú del proceso de gestión de recursos, en línea con la experiencia que ya se observa en otros países de OECD y de ingresos medios similares al Perú.

4.8. Referencias

Alonso, P.; Pinto, D. M.; Astorga, I. & Freddi, J. (2015b). Nota 3 de la serie de notas técnicas sobre asociaciones público-privadas en el sector de la salud en América Latina. Menos cuentos más evidencia. APP en la literatura científica. Banco Interamericano de Desarrollo.

Alonso, P.; Pinto, D.; Astorga, I. & Freddi, J. (2015a). Nota 2: Requerimientos generales y específicos para los contratos APP. Banco Interamericano de Desarrollo.

Alonso, P.; Pinto, D.; Astorga, I. & Freddi, J. (2014). Nota 1: Conceptos generales y modelos. Banco Interamericano de Desarrollo.

Astorga, I.; Alonso, P.; Freddi, J. & Correderas Silván, M. (2016). Nota 4: 10 años de Asociaciones Público- Privadas (APP). ¿Qué hemos aprendido? Banco Interamericano de Desarrollo.

Astorga, I.; Alonso, P.; Pinto, D. M.; Freddi, J. & Corredera, M. (2017). Nota 5: ¿Cómo articular las APP dentro de un programa de inversiones en salud en América Latina y el Caribe? Banco Interamericano de Desarrollo.

El Comercio (2018). El Gobierno acelera la inversión público-privada en servicios no clínicos. Recuperado de https:// elcomercio.pe/economia/dia-1/gobierno-acelera-inversion-publico-privada-servicios- clinicos-noticia-588417

EsSalud (marzo de 2010a). Contrato de APP para la constitución de derecho de superficie, diseño, construcción de infraestructura, dotación de equipamiento, operación y mantenimiento del nuevo hospital III Callao y su centro de Atención Primaria de la Red Asistencial Sabogal. Lima: EsSalud.

EsSalud (junio de 2010b). Contratación de la supervisión del contrato y las operaciones, correspondiente al contrato de APP del nuevo hospital del Callao y su centro de atención primaria de la red asistencial Sabogal. Lima: EsSalud.

EsSalud (2017). Hospital Alberto Barton Thompson: Publicación de Indicadores contractuales julio-setiembre 2017. Lima: Gerencia Central de Promoción y Gestión de Contratos de Inversiones.

Jara, M. (2018). La descentralización del sistema de salud en el Perú (trabajo académico para optar por el grado de segunda especialidad en Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima.

Minsa (2013). Convenio 015-2013/MINSA; Convenio de asistencia técnica en la modalidad de encargo entre el Ministerio de Salud y la agencia de promoción de la inversión privada. Lima: Minsa.

Minsa (2013). Hoja de ruta para la implementación de asociaciones público-privadas en salud. Lima, Perú

SAC, C. S. (15 de junio de 2018). Memoria corporativa. Recuperado de https//callaosalud.com.pe

Swertvaegher, J. (2015). Public Private Partnerships in health in the Philippines. an equity perspective. Flanders: The Belgian Development Cooperation.

Velásquez, A. *et al.* (2016). Reforma del sector salud en el Perú: derecho, gobernanza, cobertura universal y respuesta contra riesgos sanitarios. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 33(3).

Zevallos, L. *et al.* (2014). Asociaciones público-privadas para servicio de salud: ¿la solución al sistema de salud peruano? *Revista Peruana de Medicina Experimental y de Salud Pública*, 31(4).

EsSalud

Sección 3:

Sobre sostenibilidad financiera

1. Introducción

En esta sección se presentan dos estudios. El primero, "Sostenibilidad financiera de EsSalud. Nota técnica", presenta un análisis de los ingresos y gastos operativos de EsSalud en los últimos años y se proyecta su comportamiento en la próxima década. Analiza las causas de la reducción de ingresos, relacionadas a normativa que ha reducido el aporte real a EsSalud de varios grupos poblacionales, además del recorte de aporte por las gratificaciones. Asimismo, analiza el efecto del envejecimiento de la población, la medicalización y la inflación médica en el incremento del gasto. Luego proyecta el incremento en la demanda, los ingresos y los costos de atención, y muestra, en todos los escenarios analizados, un déficit operacional creciente.

Es relevante mencionar que el alza de costos de atención observada en los últimos años y reportada en este estudio tiene un componente importante en el costo de recursos humanos, ya que no solo se incrementó el número de profesionales de salud, sino los salarios se incrementaron de manera significativa durante dicho periodo.

El segundo estudio, "Plan estratégico de inversiones de EsSalud: 2019-2035", luego de detallar la normativa relacionada con la determinación de la inversión en EsSalud, analiza las características generales de la demanda atendida en EsSalud, la situación de sus establecimientos de salud (EESS) y la forma en que se han asignado y ejecutado los recursos para inversión en los últimos años. Luego se presenta la metodología utilizada para identificar las brechas de cobertura, proyectando la demanda y analizando la oferta disponible para proyectar su oferta optimizada y, sobre la base de estos criterios, define la brecha de inversiones para cobertura, identificando la necesidad de oferta nueva y la necesidad de ampliación de los EESS ya existentes. Adicionalmente se ha estimado la inversión necesaria para la rehabilitación o para completar las UPSS necesarias de los EESS. A esto se suma el cálculo de la inversión en prestaciones sociales, básicamente en Centros de Adulto Mayor y Centros de Rehabilitación Profesional y Social. Se proponen criterios de priorización de la inversión y finaliza con recomendaciones para la ejecución, planteando evaluar la conveniencia en inversión pública o privada, o planificar un financiamiento a mediano y largo plazo.

Cabe comentar, a la vista de estos dos estudios, que teniendo en cuenta el déficit proyectado en el estudio de sostenibilidad financiera, será muy difícil contar con el presupuesto necesario para las necesidades de inversión calculadas. Deberá decidirse si se invierte o no en nuevos EESS, siendo la alternativa tercerizar los servicios necesarios a través de convenios o contratos con otras Ipress, públicas o privadas. También hay que evaluar, en los casos de brechas de categorización, que señalan que en muchos EESS falta farmacia, si es más eficiente construir la UPSS farmacia o tercerizar el dispendio de medicamentos a través de proveedores públicos o privados.

Otro tema a mencionar es la necesidad de que se actualice la norma de categorización del Minsa, incluyendo la revisión de las UPSS y las características definidas para ellas.

Entre las conclusiones y recomendaciones que presentan estos estudios cabe destacar:

- Para mantener el equilibrio financiero, EsSalud debe implementar medidas que incrementen los ingresos y otras que le permitan contener sus gastos.
- Se recomiendan tres medidas orientadas a incrementar los ingresos de EsSalud: mantener o aumentar el porcentaje de afiliados titulares no pensionistas, homologar las bases de cotización a EsSalud y recuperar

las cotizaciones por las gratificaciones.

- Se deben evaluar medidas orientadas a contener la frecuencia de atenciones, el incremento de los costos de atención y de los gastos administrativos.
- El Plan estratégico de inversiones a 2035 se ha elaborado sobre la base de estimar la brecha global de infraestructura asociada a las prestaciones que debe proveer EsSalud a la población asegurada y al planteamiento de criterios de prioridad de gestión.
- Se han considerado tres tipos de brecha para determinar la necesidad de inversión: cobertura, categorización y rehabilitación. La primera identifica las necesidades de oferta de servicios de salud a 2035 y la compara con la oferta actual; la segunda identifica las necesidades mínimas de infraestructura para cumplir con la norma sectorial de categorización; y la tercera identifica la proporción del establecimiento que debería ser mejorada, de acuerdo con el Índice de seguridad hospitalaria y los años de antigüedad de cada EESS.
- Existen diferentes estrategias para cerrar las brechas encontradas, que oscilan entre cerrar toda la brecha con inversión directa de EsSalud o tercerizar todos los servicos faltantes con contratos o convenios con Ipress externas. Para definir la opción más adecuada, se requerirá de un análisis minucioso que evalúe y compare los beneficios de las diferentes opciones en cada uno de aquellos lugares donde existan brechas.

Sostenibilidad financiera de EsSalud. Nota técnica

Marzo de 2019

EsSalud

Es indispensable que EsSalud se prepare para manejar eficazmente un escenario posible de crecimiento de sus gastos originado por el aumento de asegurados.

2. Sostenibilidad financiera de EsSalud. Nota técnica - Marzo

2.1. Mensajes clave

El objetivo del presente documento es esbozar el desempeño operacional del Seguro Social de Salud (EsSalud) del Perú en la última década, proyectar la evolución probable de su desempeño en la próxima década y proponer posibles vías de solución en caso de que se proyecte un déficit operacional futuro.

Por el lado de los ingresos, los resultados del modelo desarrollado para este trabajo apuntan a que EsSalud aumentará su sostenibilidad financiera en la medida en que:

- No descienda el porcentaje de afiliados regulares no pensionistas con los que cuenta
- Sea elevado el crecimiento económico real per cápita
- Recupere el pago total de la prima anual (recupere cotizaciones por las 2 gratificaciones al año)
- Consiga aumentar las tasas de cotización de los afiliados (en especial aquellas de los regulares no pensionistas)

Por el lado de los gastos, los resultados del modelo apuntan a que EsSalud aumentará su sostenibilidad financiera en la medida que realice una contención de los gastos médicos. Esto consiste, fundamentalmente, en evitar que continúe en el futuro el fuerte crecimiento de los gastos unitarios registrado en los últimos años.

Los ingresos y gastos muestran una tendencia marcada hacia el incremento del déficit potencial si no se toman medidas al respecto. A partir de simulaciones de costos, se indica que estos podrían alcanzar entre S/ 4482 millones y S/ 34 973 millones. El incremento potencial de los costos se traducirá en un significativo deterioro de la calidad de los servicios de salud entregados, suficiencia y oportunidad en la provisión de servicio y consiguientemente impactaría negativamente en la salud, la productividad y el bienestar de los asegurados.

Es indispensable que EsSalud se prepare para manejar eficazmente un escenario posible de crecimiento de sus gastos aún por encima de lo recién descrito, originado por el aumento de asegurados, su envejecimiento y/o por un eventual incremento en las frecuencias de uso de las atenciones médicas.

La sostenibilidad financiera de EsSalud, por tanto, va a requerir de arreglos de gobernanza para asegurar una mejor rendición de cuentas de la relación de financiamiento y prestación, reducción de costos unitarios y óptimos resultados sanitarios y financieros.

2.2. Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2019), las cuatro funciones principales de un sistema de salud se han definido como: la provisión de servicios, la generación de recursos, la financiación y la gestión. Asimismo, dentro de los **sistemas de financiación de la salud**, se cumplen tres funciones: recaudar fondos suficientes para la salud, mancomunarlos para dispersar los riesgos financieros asociados al pago de la atención, y usar los fondos conseguidos para adquirir y suministrar los servicios de salud deseados.

Recaudar el dinero suficiente para la salud es imprescindible, pero contar con ese dinero no garantizará la cobertura universal (Organización Mundial de la Salud, 2010). La sostenibilidad financiera de una institución es el resultado de la relación entre sus ingresos y gastos, y establecer los prospectos futuros de sostenibilidad financiera consiste, por lo tanto, en proyectar y comparar ingresos y gastos futuros. Ello se hace sobre la base de información del pasado reciente y de su comportamiento previsto en los años venideros.

El objetivo del presente documento es esbozar el desempeño operacional del Seguro Social de Salud (EsSalud) del Perú en la última década, proyectar la evolución probable de su desempeño en la próxima década y proponer posibles vías de solución en caso de que se proyecte un déficit operacional futuro.

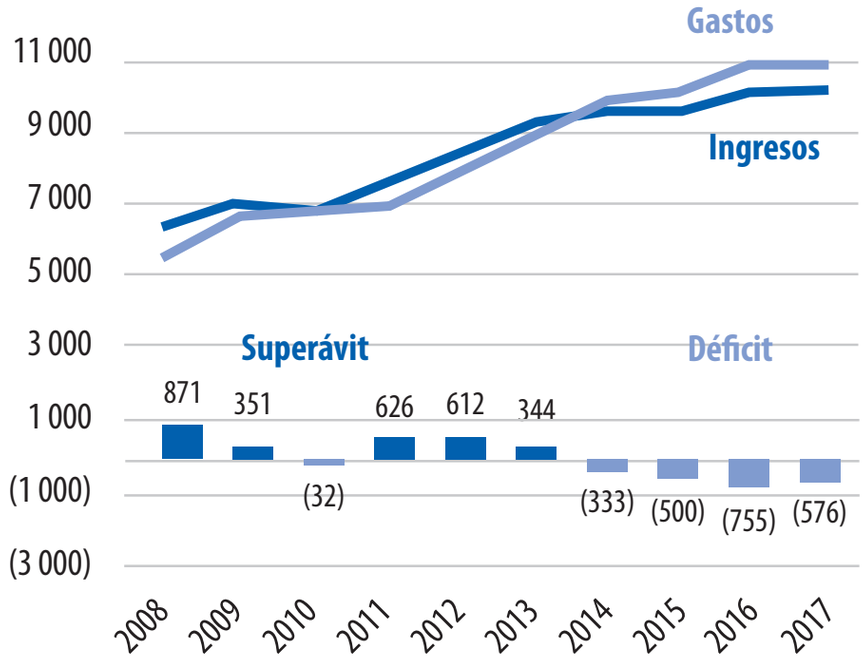
Los autores recurrieron a información proporcionada por EsSalud y a otras fuentes nacionales para estudiar el comportamiento histórico de:

- La cantidad y composición demográfica de la cartera asegurada de cotizantes titulares y dependientes.
- El consumo de distintos tipos de atenciones de salud.
- El gasto unitario de distintos tipos de atenciones de salud.

2.3. El problema

En la última década, los ingresos de EsSalud crecieron paulatinamente en forma casi lineal en el quinquenio 2008-2013 y, luego de un quiebre de esa tendencia, continuaron creciendo linealmente a partir de 2014, aunque a una menor tasa. Históricamente, y hasta 2013, los ingresos operacionales (cotizaciones) de EsSalud superaban los costos operacionales (gastos médicos, licencias médicas y administración), lo cual llevaba a un superávit operacional hasta 2013 y luego un déficit operacional, como se observa en la fig. 110. Esto supone una amenaza para la sostenibilidad financiera de EsSalud y se encuentra atado a la necesidad de establecer como una prioridad el control del gasto médico, el aumento de los ingresos o una combinación de ambas estrategias.

Figura 110. Ingresos, gastos y margen operacional real de EsSalud (2008-2017)
(millones de soles)

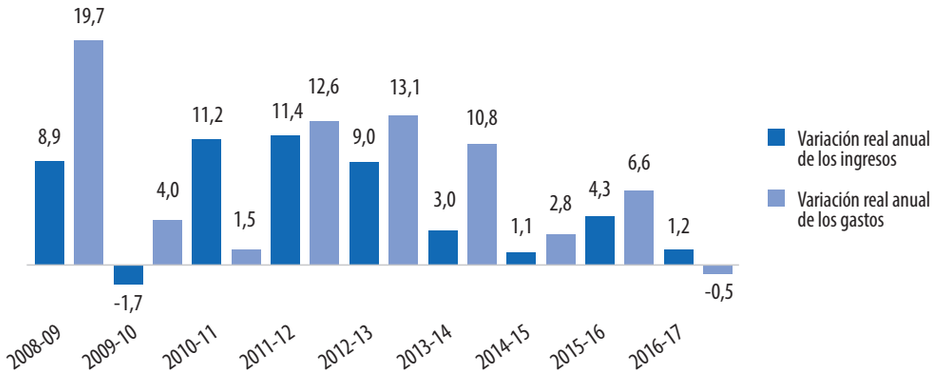


Fuente: Estudio de Sostenibilidad Financiera con datos de EsSalud.

El descalce entre ingresos y gastos que ha experimentado EsSalud es una fuente de preocupación para la organización, porque dificulta asignar recursos para la inversión de la oferta de servicios, e impacta en la calidad de la prestación. Como se observa en la figura 111, en siete de los nueve años periodos interanuales desde 2008, los gastos crecieron por encima de los ingresos. Del mismo modo, una proyección de los ingresos ajustados por inflación de EsSalud, basada en el comportamiento de estos en la última década, predice que estos crecerán (ver fig. 112). Sin embargo, una proyección similar de los gastos operacionales, indica que estos continuarán creciendo y más rápido que los ingresos (ver fig. 113).

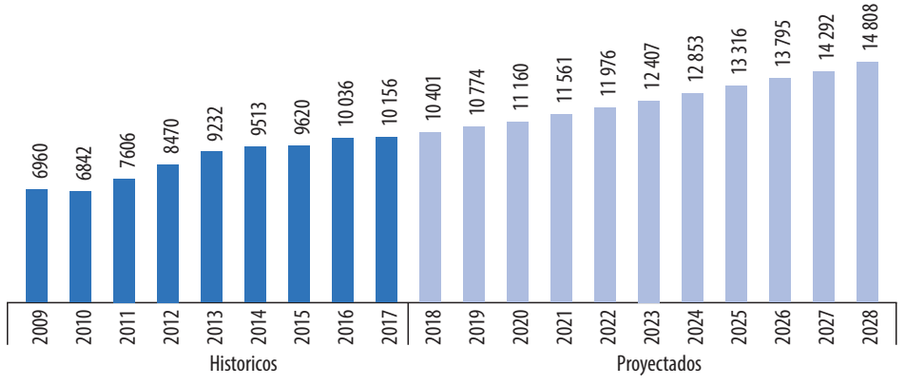
El problema del descalce entre ingresos y gastos se prolonga ya desde hace al menos una década y no debe continuar. Por lo tanto, si no hay cambios en la operación de EsSalud, que modifiquen el comportamiento futuro de ingresos y gastos, se proyecta que el crecimiento futuro dispar entre ambos que resultará en un déficit operacional cada vez mayor. Semejante situación es insostenible por un periodo prolongado y constituye una amenaza a la sostenibilidad financiera de EsSalud (ver fig. 114), y con ello de cumplimiento de las metas sanitarias y de protección financiera para sus asegurados.

Figura 111. Variación real anual de los ingresos y gastos de operaciones de EsSalud (2008-2017) (%)



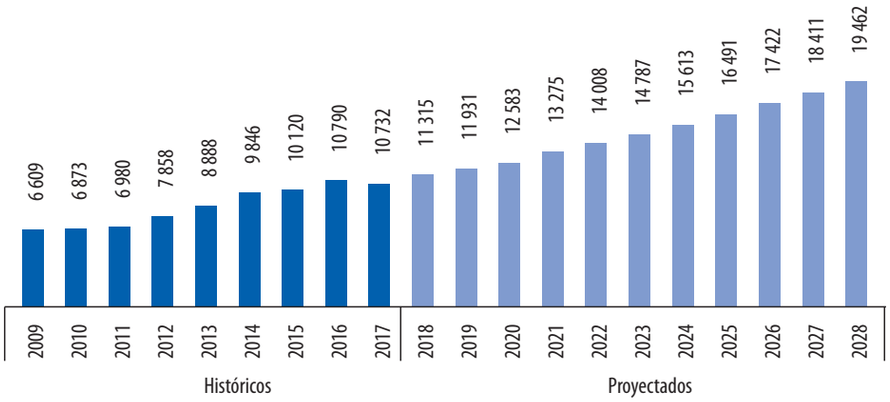
Fuente: Estudio de Sostenibilidad Financiera con datos de EsSalud.

Figura 112. Ingresos operacionales de EsSalud (2009-2028) (millones de soles)



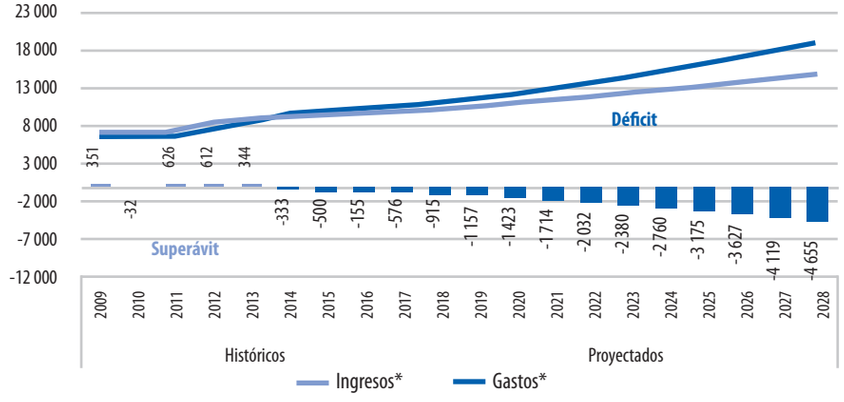
Fuente: Estudio de Sostenibilidad Financiera con datos de EsSalud.

Figura 113. Gastos operacionales de EsSalud (2009-2028) (millones de soles)



Fuente: Estudio de Sostenibilidad Financiera con datos de EsSalud.

Figura 114. Ingresos, gastos y margen operacional, históricos y proyectados de EsSalud (2009-2028) (millones de soles)



Fuente: Estudio de Sostenibilidad Financiera con datos de EsSalud.

2.4. Las causas del problema

2.4.1. El envejecimiento de la población y el consumo total de servicios de salud

Los gastos en salud varían según la edad y el sexo del asegurado; niños y adultos mayores gastan más que los adolescentes y adultos y las mujeres en edad fértil gastan más que los hombres (ver fig. 115). Por ende, un cambio en la estructura etaria de los asegurados cambia el gasto total en salud. En esta línea, la población peruana ha envejecido en los últimos siete años (2009 - 2017), pero este no ha sido el caso de EsSalud. Por un lado, la edad promedio de los peruanos aumentó de 28,5 a 30,2 años, mientras que la de los asegurados de EsSalud disminuyó de 33,7 a 33,6 años en el referido periodo. La figura 116 refleja que la población peruana es en promedio más joven que la de EsSalud, aunque la diferencia se ha ido reduciendo; en 2009 la diferencia era de 5,2 años, mientras que en 2017 la diferencia es de 3,5 años.

2.4.2. La medicalización

Con el tiempo y por múltiples razones, se observa en la mayoría de los países que cada grupo poblacional va aumentando su consumo de atenciones médicas de todo tipo: consultas, hospitalizaciones, cirugías, exámenes diagnósticos y procedimientos. A este fenómeno se le denomina "medicalización" de la sociedad.

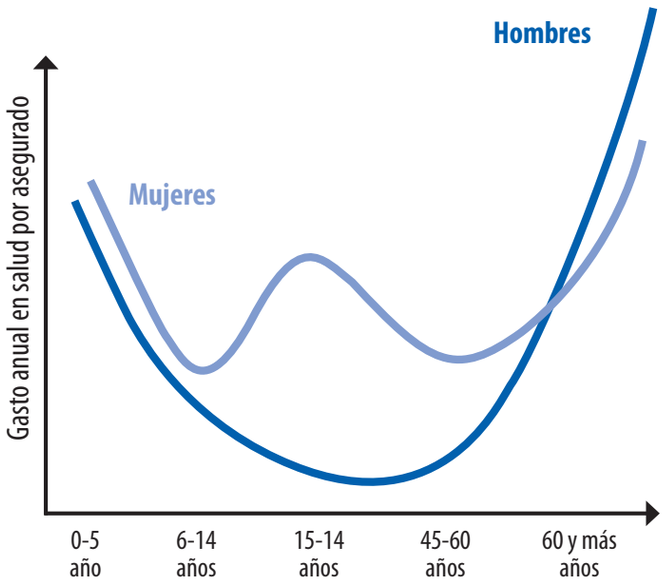
La medicalización no parece ser un problema en EsSalud pues se observa que en la última década las tasas de utilización, es decir, el uso promedio por asegurado, han disminuido en todos los grandes grupos de prestaciones como se observa en la tabla 80.

Tabla 80. Frecuencia de uso de principales grupos de prestaciones, por 1000 asegurados (2008-2017)

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Consultas externas			2238	2218	1836	1817	1798	1931	1947	1907
Hospitalizaciones	58,0	61,1	59,9	56,5	50,8	50,0	48,6	52,1	49,7	47,2
Obstetricia	14,3	14,8	14,6	14,5	14,1	14,5	14,4	14,6	12,9	12,8
Emergencias	59,8	63,1	63,8	63,9	63,4	61,4	70,1	46,8	46,0	51,0
Cirugías	39,6	44,1	43,1	40,0	33,0	32,8	30,4	34,3	33,0	33,2

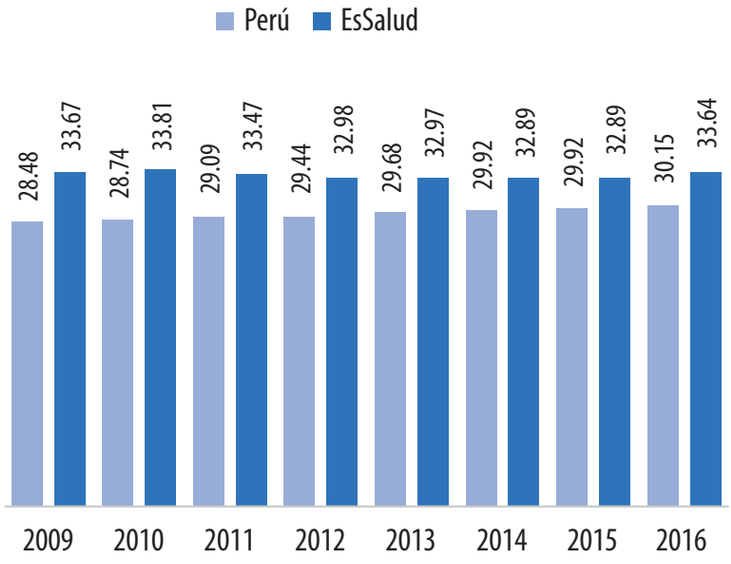
Fuente: Estudio de Sostenibilidad Financiera con datos de EsSalud. Intranet EsSalud. Gerencia Central de Planificación y Presupuesto

Figura 115. Patrón típico de gasto en salud de hombres y mujeres



Fuente: Estudio de Sostenibilidad Financiera.

Figura 116. Comparación en la edad promedio de la población del Perú y la de EsSalud (2009-2016) (edad en años)



Fuente: Estudio de Sostenibilidad Financiera con datos de EsSalud e INEI.

La ausencia de medicalización en EsSalud se podría explicar por tres hipótesis:

a. **La población de asegurados se ha hecho más joven en promedio**. Sabemos que esto efectivamente ha ocurrido, pero es un fenómeno de muy pequeña magnitud para explicar semejante caída en las tasas de consumo de atenciones médicas.

b. **EsSalud estaría haciendo una contención del consumo de atenciones mediante estrategias médicas.** No es posible verificar si esto efectivamente ha sido así.

c. **La oferta de servicios de salud se habría deteriorado en calidad y/o cantidad, lo que llevaría a sus asegurados a demandar menos atención institucional y más con prestadores externos**. Según la Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios en Salud (Ensusalud), elaborada por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (2015), el nivel de satisfacción agregada con el servicio recibido es menor en EsSalud que en el Minsa (SIS): el 64,9% de usuarios del primero se encuentra satisfecho con el servicio, mientras que la cifra aumenta a 72,0% en el caso del segundo.

2.4.3. La inflación médica

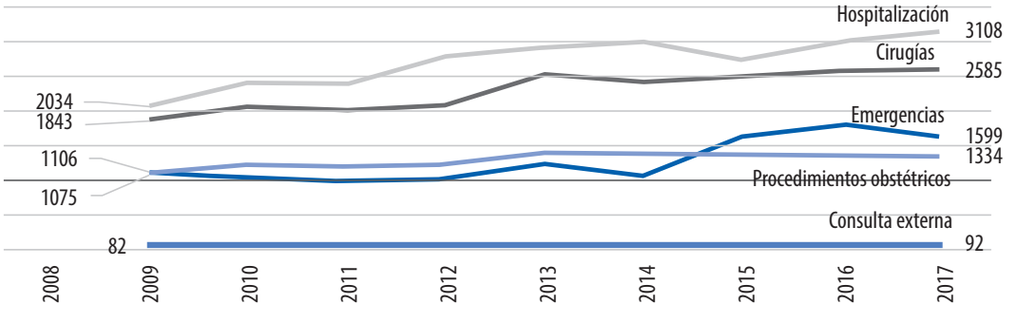
En la mayoría de los países del mundo, la inflación en el sector salud es mayor que la inflación general. Por lo tanto, existe un efecto inflacionario en salud que ejerce una presión al aumento real del gasto médico. La inflación médica sí ha sido un problema importante en EsSalud. El costo unitario, ajustado por inflación, ha crecido de manera considerable desde 2008. Puesto que EsSalud produce sus propias prestaciones, se concluye que esta institución tiene una dificultad para contener sus propios costos de atención médica.

En cada tipo de prestación médica, la inflación del costo unitario médico en EsSalud ha sido muy superior a la inflación general promedio anual del Perú; 3,1% en el periodo. Para ilustrar la gravedad de esto, se debe considerar que entre 2008 y 2017 los ingresos operacionales por asegurado de EsSalud aumentaron en un 0,8% anual por sobre la inflación, en cambio, el gasto unitario de todos los grupos de atenciones médicas aumentó muy por encima de ese 0,8%, como lo muestra la figura 118.

2.4.4. Los regímenes especiales de afiliados

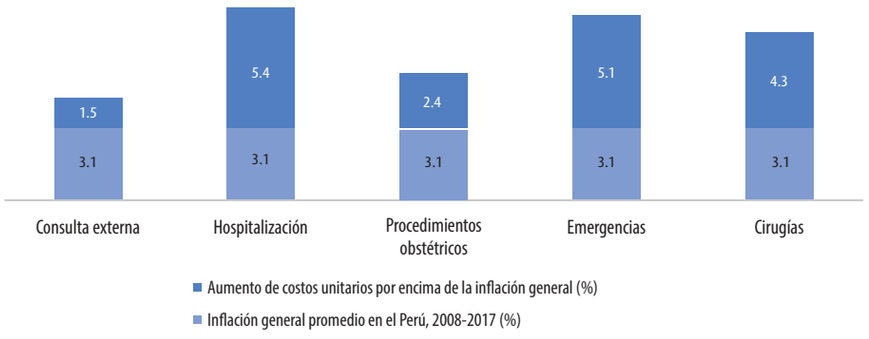
Es importante resaltar que la situación financiera de EsSalud se ha visto desmedrada de manera importante por su obligación de otorgar cobertura de salud a regímenes especiales de poblaciones aseguradas cuyos aportes son bien inferiores a sus gastos. En efecto, las aportaciones a la seguridad social en salud de los trabajadores de esos regímenes se realizan sobre bases imponibles reducidas por diversas normas legales. Sin embargo, las prestaciones de salud, económicas y sociales que EsSalud les otorga a esos asegurados (titulares y derechohabientes) son de igual amplitud que las que reciben los aportantes regulares. En consecuencia, los asegurados de estos regímenes son subsidiados por los empleadores que aportan el 9% sobre los ingresos reales de sus trabajadores. Según la Oficina de Estudios y Gestión de Riesgos de Seguros de la Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas, se estima que en 2017 EsSalud dejó de percibir ingresos por S/ 2280 millones por concepto de estos regímenes especiales, cifra que representaba el 22% de los ingresos operacionales de EsSalud. Los cálculos realizados en el presente estudio sitúan esa cifra en S/ 1000 millones.

Figura 117. Evolución del costo unitario de las atenciones de salud por centro de costo (2008-2017) (soles)



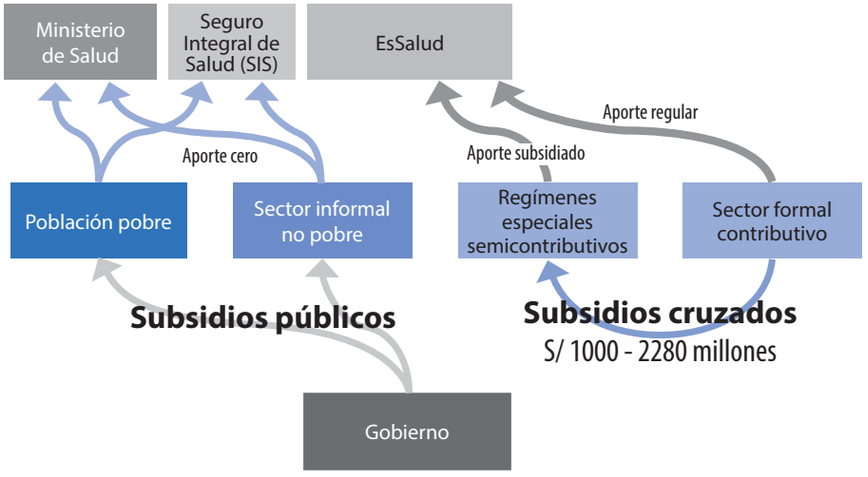
Fuente: Estudio de Sostenibilidad Financiera con datos de EsSalud.

Figura 118. Aumento promedio anual de los gastos unitarios de las prestaciones médicas en EsSalud por encima de la inflación general del Perú (2008-2017) (%)



Fuente: Estudio de Sostenibilidad Financiera con datos de EsSalud.

Figura 119. El actual diseño financiero en Perú



Fuente: Estudio de Sostenibilidad Financiera con datos de EsSalud.

2.5. Simulaciones de escenarios de costos

Adicionalmente a las proyecciones mostradas, se construyeron tres escenarios alternativos de costos, para cuantificar el posible impacto para la institución de situaciones que podrían presentarse: el envejecimiento de la población, la medicalización de la salud y la inflación médica. El escenario base está determinado por las proyecciones de ingreso y gasto descritos. Todos los escenarios prevén una situación operacional con creciente deterioro como se muestra en la figura 120.

Escenario 1: se observa envejecimiento de la población, es decir, que los asegurados mayores a 65 años aumentan en mayor proporción que el resto (aumentando la edad promedio de los asegurados). Los asegurados entre 45 y 64 años también aumentan a una tasa mayor que la de los otros dos grupos. El supuesto subyacente a este escenario es que a mayor edad, mayor cantidad y mayor costo de las atenciones. Un eventual envejecimiento de la población asegurada aumentaría los costos de EsSalud, dicho incremento sería cada vez más grande con el paso del tiempo. La composición actual de la población es bastante joven, con una edad promedio que está aún por debajo de los 35 años, con una muy baja proporción de personas mayores a los 64 años. Sin embargo, con el paso del tiempo, este escenario tendería a volverse cada vez más real, con un efecto negativo para la sostenibilidad financiera de EsSalud. De producirse este fenómeno, los costos de la institución se incrementarían en el orden de los S/ 4482 millones en todo el periodo analizado (2018-2028).

Escenario 2: la cantidad de atenciones para todos los grupos de edad y sexo aumentan anualmente a una tasa promedio de 2% (excepto en obstetricia, que se mantuvo al mismo nivel que en el escenario base, ya que las atenciones son las que corresponden y no serían susceptibles de incrementarse). El impacto de la medicalización, visto a través de un aumento en la frecuencia de 2% en las atenciones en cada uno de cuatro de los cinco centros considerados, es de S/ 17 887 millones, en todos los años considerados (2018-2028).

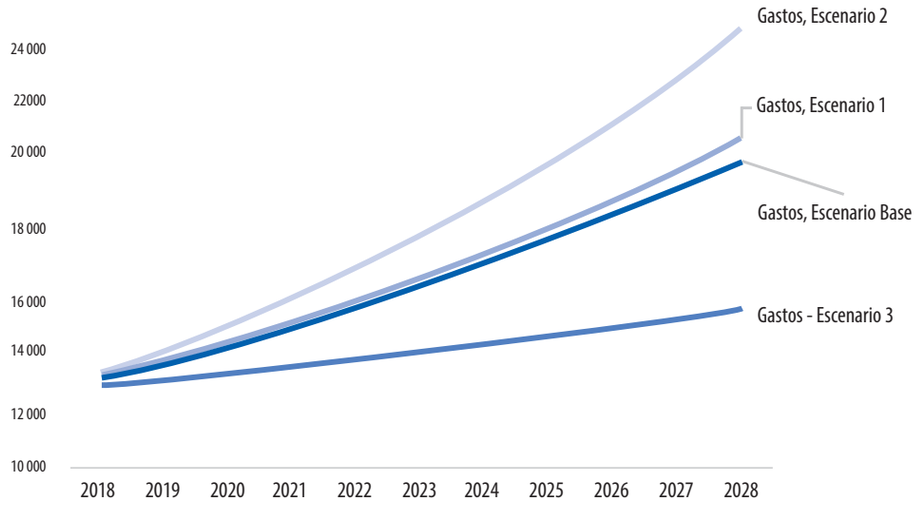
La inflación médica, es el aumento de costos por encima de la inflación y es el fenómeno más significativo que enfrentará EsSalud.

Escenario 3: proyecta el gasto como si dejase de haber inflación médica en los próximos 10 años, con los que el gasto sería mucho menor al escenario base.

La Gerencia de EsSalud solicitó adicionalmente el análisis de escenarios alternativos de ingresos y gastos.

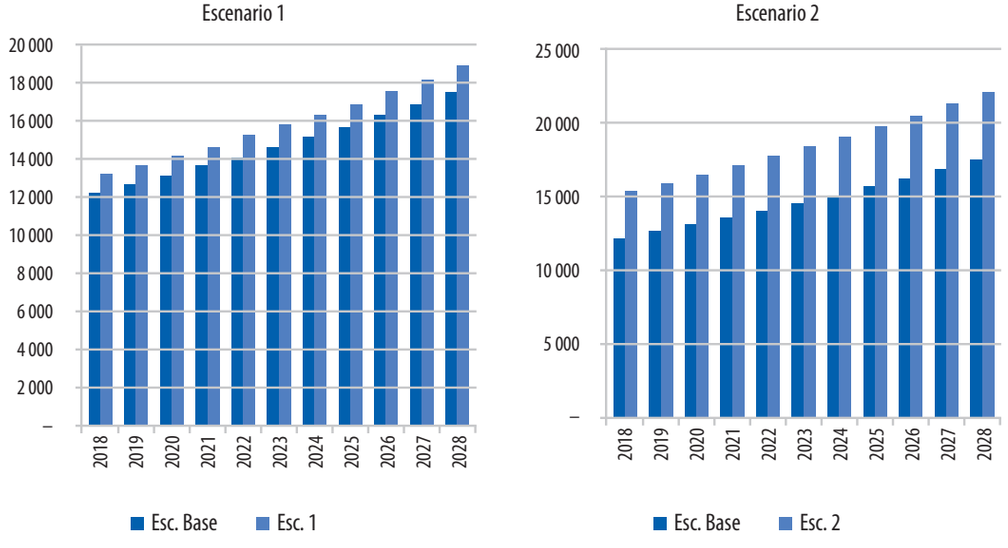
Por el lado de los ingresos, se simularon dos escenarios complementarios, cuyos resultados se pueden observar en la figura 121. En el primero, se ha considerado que todos los asegurados cotizantes de EsSalud aportaran el 9% del total de sus ingresos. Esto implicaría que los pensionistas aporten el 9% en lugar del 4%, que los afiliados al Seguro de Salud Agrario también cotizaran el 9% de sus salarios y no el 4% y que los asegurados pertenecientes al CAS, sector salud y educación, cotizaran el 9% sobre el valor de su salario y no sobre una base imponible máxima. Bajo este escenario, los ingresos de EsSalud se incrementarían en 8% anualmente, lo que representaría entre S/ 1000 millones y S/ 1300 millones de 2017 más, cada año. El segundo escenario adicional construido considera 14 aportaciones que equivale al cálculo inicial (cuando se establecieron los aportes de los afiliados) de dividir la prima anual en 14 cuotas (para que fueran descontados de 12 sueldos y dos bonificaciones). Con el paso del tiempo se eliminó la obligación de aporte de las bonificaciones con lo cual se redujo en 2/14 la prima anual. Si se retomaran las 14 cuotas (aportaciones), los ingresos de EsSalud se incrementarían de manera importante (18% anual); esto resulta entre S/ 3000 millones y S/ 4500 millones de 2017 por año.

Figura 120. Proyección de costos operacionales de EsSalud (2018-2028)
(millones de soles)



Fuente: Estudio de Sostenibilidad Financiera con datos de EsSalud.

Figura 121. Escenarios alternativos de ingresos operativos de EsSalud (2018-2028)
(millones de soles)



Fuente: Estudio de Sostenibilidad Financiera con datos de EsSalud.

Por el lado de los gastos, estos pueden ser clasificados en cuatros grandes grupos: 1) gastos médicos directos, 2) gastos administrativos, 3) prestaciones económicas y 4) servicios médicos encargados a terceros. Sin embargo, hay un quinto grupo que se solicitó incorporar: el pago a una supuesta deuda a pensionistas de los Decretos Leyes 20503 y 18846. EsSalud paga pensiones en virtud de lo establecido en el Decreto de Urgencia 067-98 que "Aprueban valorización y alcances del saldo de la reserva del Sistema nacional de Pensiones" (cuyos orígenes lo constituyen el Decreto Ley 20530 "Régimen de pensiones y compensaciones por servicios civiles prestados para el Estado no comprendidos en Decreto Legislativo 19990" y el Decreto Legislativo 18846 "Seguro Social Obrero asume exclusivamente seguro por accidentes de trabajo de obreros"). Los resultados de la incorporación de este análisis se encuentran en la tabla 80.

EsSalud está realizando acciones que le permitan dejar de pagar estas pensiones. Si estas acciones tienen éxito, se favorecerá la sostenibilidad financiera de la institución, puesto que sus gastos se reducirían en alrededor de 8% a 10% al año; lo que representa un promedio de casi S/ 700 millones anuales.

Tabla 80. Costos operativos de EsSalud (2008-2017) (millones de soles)

Concepto	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Gastos médicos directos	2994	2844	3740	3797	4459	5023	5239	5424	5724	6039
Gastos Administrativos	1089	1275	1522	1546	1701	2083	2381	2437	2781	2194
Servicios médicos de terceros	301	300	425	443	420	434	806	1.018	1.062	1.015
DL 18846	175	138	154	150	168	189	187	162	150	163
DL 20530	557	444	533	526	534	537	597	503	478	591
Prestaciones económicas	403	379	489	506	563	607	621	559	577	730
Total de gastos	5520	5379	6863	6969	7846	8874	9831	10105	10773	10732

Fuente: Estudio de Sostenibilidad Financiera con datos de EsSalud.

2.6. Conclusiones y recomendaciones

Puntualmente, algunas de las amenazas identificadas nos derivan a las siguientes conclusiones:

- **Envejecimiento poblacional:** escenario altamente probable de envejecimiento poblacional, lo cual aumentará su consumo médico y por ende un aumento de los gastos.
- **Medicalización:** en la medida que EsSalud mejore su oferta de servicios médicos, se aumentará el consumo médico, lo cual repercute en un aumento de los gastos.
- **Inflación médica:** viene ocurriendo, y sin cambios importantes en el modelo de gestión médica, esto seguirá ocurriendo por lo cual aumentarán gastos.
- **Regímenes especiales de afiliados:** si el Gobierno incorpora nuevos regímenes especiales, que no se encuentra bajo el entero control de EsSalud, aumentarán los gastos de EsSalud y muy por encima de sus ingresos como viene ocurriendo.
- **Ingresos:** es muy poco probable que estos aumenten en igual o mayor velocidad que todo el incremento de los gastos identificados.

Para enfrentar estos problemas EsSalud debe intervenir con medidas que busquen incrementar los ingresos y otras que le permitan la contención de sus gastos. A continuación, se esbozan algunas líneas que podrían contribuir para tal efecto (ver fig. 122).

Por el lado de los ingresos, es recomendable aumentar la incorporación al sistema de las personas más jóvenes. De conformidad con los resultados del modelo de simulación utilizado, es de fundamental importancia que no descienda el porcentaje de afiliados regulares no pensionistas con los que cuenta EsSalud. Otro aspecto de vital importancia para EsSalud es que las cotizaciones representen el pago de la prima anual establecido en el estudio actuarial vigente, lo que significaría recuperar las dos cotizaciones correspondientes a las bonificaciones de ley, que fueron suspendidas legalmente hace unos años. No es posible que bajo las actuales circunstancias (y más aún en el futuro) haya menos cotizaciones que las que corresponden a la prima anual (dividida en 14 aportaciones igual al número de pagos de remuneraciones en el año). El tercer elemento gravitante es que EsSalud consiga aumentar las tasas de cotización de los afiliados (en especial de los Regulares no pensionistas que son, por mucho, la mayor proporción de cotizantes). Por último, aparece como necesario que EsSalud reciba un subsidio público equivalente en magnitud a una parte o a la totalidad del déficit operacional que los regímenes especiales le generan a esa institución, al aportar en materia de cotizaciones mucho menos que el valor monetario de los beneficios que reciben.

Por el lado de los gastos, es importante que EsSalud logre hacer una contención de costos operativos acompañada de una mayor eficiencia en sus gastos administrativos.

Es tan grande la amenaza que es posible que las medidas necesarias para evitar una crisis financiera tengan que ser estructurales.

En primer lugar, se presenta la opción de realizar una división entre la función aseguradora de EsSalud y la función prestadora de atenciones médicas. Esta división permitiría la adopción de mecanismos contractuales entre el seguro y los prestadores, los que podrían ser más eficientes que el actual sistema en el cual aseguramiento y prestación están integrados en una misma administración.

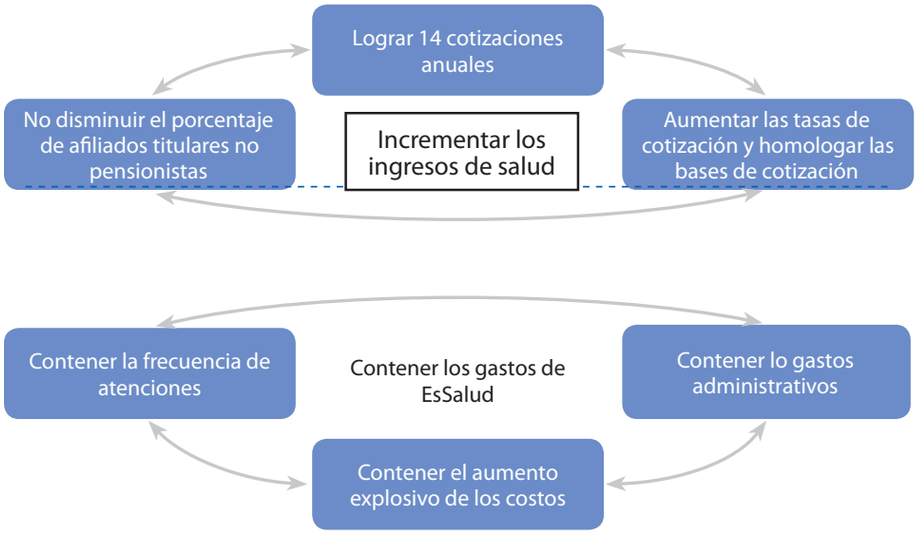
Alternativamente, podría ser recomendable adoptar medidas destinadas a contener el aumento de los costos unitarios de las distintas atenciones que EsSalud, provee. Dentro de este contexto, debería estudiarse la conveniencia de limitar algunas coberturas y/o poner periodos de espera. Se puede considerar también la opción de reducir la compra de servicios a terceros y reemplazarlos con servicios de salud otorgados por prestadores institucionales a un menor costo unitario. Esto sería posible a partir de mejoras en su infraestructura y equipamiento de los prestadores institucionales de EsSalud y una mejor organización de las redes de salud Para financiar esta inversión se usaría los recursos de la recuperación de deudas tributarias y no tributarias, y temporalmente una reducción de la reserva técnica que Fonafe le exige mantener.

Esta opción debería ser objeto de un proyecto que evalúe adecuadamente los costos y beneficios de tal acción.

Por último, debe enfatizarse que, dada la riesgosa situación que enfrenta EsSalud con relación a su sostenibilidad financiera agregada, ya no resiste la incorporación de más afiliados con una cotización menor al 9% de sus ingresos corrientes. La existencia de grupos diferenciados en la institución, como los asegurados del Seguro Social Agrícola, de los pensionistas y de otros empleados públicos no pensionistas que contribuyen en menor proporción a lo que lo hacen los asegurados regulares (sector salud, educación; y régimen CAS), es por ahora sostenible, dada su baja proporción, pero cualquier incremento de estos grupos podría en riesgo la hasta ahora frágil sostenibilidad de todo el seguro.

Así, si en un escenario optimista se lograra al mismo tiempo uniformizar las cotizaciones en 9% para el 100% de los ingresos laborales de todos los aportantes, se pudiese además restituir las 14 aportaciones y se consiguiera que EsSalud deje de pagar las cotizaciones derivadas del Decreto de Urgencia 067-98; la sostenibilidad financiera de EsSalud se vería fuertemente mejorada. Por el diálogo sostenido con las actuales autoridades, EsSalud estaría realizando acciones legales y financieras enfocadas en viabilizar este escenario, que deberían ser complementadas por arreglos de gobernanza y compra estratégica de servicios que promuevan la eficiencia operativa y aseguren sostenibilidad en la cobertura, calidad y protección financiera de los asegurados.

Figura 122. Medidas para mejorar la sostenibilidad financiera de EsSalud



Fuente: Estudio de Sostenibilidad Financiera con datos de EsSalud.

2.7. Referencias

Alcalde-Rabanal, J.; Lazo-González, O. & Nigenda, G. (2011). Sistema de salud de Perú. *Salud Pública de México*, 53(2).

Banco Mundial (s. f.). World Bank DataBank. Recuperado de http://databank.worldbank.org/data/reports.aspx? source=health-nutrition-and-population-statistics#

Becerril-Montekio, V. & López-Dávila, L. (2011). Sistema de salud de Guatemala. *Salud Pública de México*, 53(2).

Becerril-Montekio, V.; Reyes, J. & Annick, M. (2010). Sistema de salud de Chile. *Salud Pública de México*, 53(2).

Belló, M. & Becerril-Montekio, V. (2011). Sistema de salud de Argentina. *Salud Pública de México*, 53 (2).

Bitrán, R.; Arpón, P. & Russo, M. (2017). Análisis del costo técnico asociado al Valor Base de Isapre Consalud en el periodo 2012-2016 y proyección del costo esperado para 2017-2019.

Bohm, K.; Schmid, A. & Gotze, R.; Landwehr, C. & Rothgang, H. (2013). Five types of OECD healthcare systems: empirical results of a deductive classification. *Health Policy*, 113(3), pp. 258-69.

Böhm, K.; Schmid, A.; Götze, R.; Landwehr, C. & Rothgang, H. (2012). Classifying OECD healthcare systems: A deductive approach. In TranState Working Paper.

Burneo, K. (2015). Apuntes sobre sostenibilidad financiera EsSalud.

Dantés, O. *et al.* (2010). Sistema de salud de México. *Salud Pública de México*, 53(2).

EsSalud (2015). Características demográficas, sociales, económicas y acceso a los servicios de salud de la población asegurada a EsSalud. Lima: EsSalud.

Esteves, R. (2012). The quest for equity in Latin America: a comparative analysis of the health care reforms in Brazil and Colombia. *International Journal for Equity in Health*, 11(6).

Gauri, V. (2004). Separating financing from provision: evidence from 10 years of partnership with health cooperatives in Costa Rica. *Health Policy and Planning*, 19(5), pp. 292-301.

Grushka, C. (2016). Estudio financiero actuarial de EsSalud. Lima: Organización Internacional del Trabajo.

Guerrero, R. *et al.* (2011). Sistema de salud de Colombia. *Salud Pública de México*, 53(2).

INEI (2016). Perú, Encuesta Nacional de Hogares sobre Condiciones de Vida y Pobreza. Lima: INEI.

INEI (s. f.). Sitio web. Recuperado de https://www.inei.gob.pe/estadisticas/indice-tematico/poblacion-y-vivienda/

INEI (s. f.). Sitio web. Recuperado de https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1105/cap03.pdf

Jacobs, R. & Goddard, M. (2000). Social Health Insurance Systems in European Countries. The Role of the Insurer in the Health Care System: A Comparative Study of Four European Countries. Yor: The University of York. Centre For Health Economics.

Marmor, T. & Wendt, C. (2012). Conceptual frameworks for comparing healthcare politics and policy. *Health Policy*, 107(1), pp. 11-20.

OECD (2016). OECD, Reviews of Health Systems. Mexico. Assessment and Recommendations 2016. Paris: OECD Publishing.

Organización International del Trabajo (2005). Estudio financiero-actuarial y de la gestión de EsSalud: análisis y recomendaciones técnicas.

Organización Internacional del Trabajo (2015). Estudio financiero actuarial [para EsSalud]

Paris, V. *et al.* (2016). Health Care Coverage in OECD Countries in 2012In OECD Health Working Papers. París: OECD Publishing.

Ryan, N.; Parker, R. & Brown, K. (2000). Purchaser-Provider Split In A Traditional Public Service Environment: Three Case Studies Of Managing Change. *Public Policy and Administration Journal*, 9(1), pp. 206-221.

Sáenz, M.; Acosta, M.; Muiser, J. & Bermúdez, J. (2011). Sistema de salud de Costa Rica. *Salud Pública de México*, 53.

Sekhri Feachem, N. *et al.* (2017). Mapping Healthcare Systems: A Policy Relevant Analytic Tool. *Health*, 9(4), pp. 252-262.

Timmins, N. (2015). Is the purchaser - provider split dying? king's fund. https: //www. kingsfund.org.uk/blog/2005/09/purchaser-provider dead

Tynkkynen, L. K.; Keskimaki, I. & Lehto, J. (2013). Purchaser Provider Splits in Health Care. The case of Finland. *Health Policy*, 111(3), pp. 221-225.

Plan estratégico de inversiones de EsSalud: 2019-2035

EsSalud

Según cifras institucionales de setiembre de 2018, la población asegurada asciende a 11 346 632, de los cuales 5 755 661 usan los servicios de salud.

3. Plan estratégico de inversiones de EsSalud: 2019-2035

3.1. Introducción

El Seguro Social de Salud (EsSalud) fue creado en 1999 con la Ley 27056, a partir del antiguo Instituto Peruano de Seguridad Social (IPSS). De acuerdo con su Ley de creación, las prestaciones de EsSalud consisten en la "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" (Ley 27056, 1999). La entidad tiene como objetivo principal brindar atención integral a los asegurados con equidad, solidaridad, eficiencia y oportunidad (EsSalud, 2017).

Según cifras institucionales de setiembre de 2018, la población asegurada asciende a 11 346 632, de los cuales 5 755 661 usan los servicios de salud. Esta ha crecido de manera sostenida durante los últimos años: en el quinquenio 2013-2018 la población asegurada creció 10% acumulado y la extensión de uso 15% acumulado. En 2018, el número de consultas fue de 20 854 274.

Por el lado de la infraestructura asistencial, a diciembre de 2018 EsSalud contaba con 402[26] establecimientos de salud (EESS), lo que representa un incremento de menos del 2% con respecto a 2013 (396 EESS). De estos, 311 corresponden al primer nivel de atención, 73 al segundo nivel de atención, 13 al tercer nivel de atención y 5 no están en funcionamiento. Según estadística institucional, el 70% del total de establecimientos carece de un buen estado de conservación y 52% tiene una antigüedad mayor a 20 años.

La situación revela que la cantidad de asegurados y sus necesidades son cada vez mayores, mientras que la oferta crece lento y su estado actual requiere mejoras. En este contexto, EsSalud se encuentra realizando una serie de actividades para optimizar sus funciones de financiamiento y prestación de servicios de salud. Entre ellas, y dadas las normas actuales, EsSalud requiere contar con un Plan Estratégico de Inversiones (PEInv) para el periodo 2019-2035, que refleje la ruta que deberían seguir las inversiones de la institución en dicho periodo. Ello con la finalidad de tener una herramienta que recoja las necesidades de infraestructura de los asegurados y determinar una cartera de prioridad de gestión de las necesidades de inversión orientada al uso eficiente de recursos para cumplir con los objetivos institucionales.

El presente estudio se estructura en tres secciones. En la primera sección se presentan los aspectos generales en los que se enmarca el PEInv. La segunda sección muestra la metodología y resultados del PEInv 2019-2035. La última presenta las conclusiones y recomendaciones del estudio.

26 Incluye IPRESS propias y contratadas

3.2. Aspectos generales

El PEInv 2019-2035 de EsSalud busca establecer la ruta a seguir de las inversiones necesarias para lograr los objetivos planteados en la Política de Inversiones y contribuir a la misión y visión de la institución. En esa línea, el PEInv tiene como objetivo general formular la planificación de inversiones de EsSalud sobre la base de las necesidades identificadas en la población asegurada y criterios de prioridad de gestión. Se espera que el PEInv contribuya a mejorar el acceso y la calidad de las prestaciones que brinda EsSalud a sus asegurados.

Las inversiones deben orientarse a atender las prestaciones que por mandato institucional tiene la entidad, utilizando los instrumentos de gestión correspondientes. En esa línea, la elaboración del PEInv corresponde al Artículo 26 del Reglamento de la Ley 27056, que establece lo siguiente: "Las inversiones reales, de mediano y largo plazo, constituyen proyectos estratégicos de EsSalud. El Consejo Directivo autoriza su inclusión en el Plan Estratégico de Inversiones" (Decreto Supremo 025-2007-TR, 2007).

Esta sección presenta los aspectos generales en los que se enmarca la elaboración del PEInv. Se analiza la normativa vigente relevante y se realiza un diagnóstico estratégico de la prestación de servicios de salud del Seguro Social. Finalmente, se analiza la asignación de los recursos de inversión y los retos que esta enfrenta en los próximos años para contribuir al cierre de brechas de cobertura y calidad del sector salud.

3.2.1. Marco normativo

El documento se desarrolla en un marco normativo que se puede clasificar en dos: lo relacionado con la prestación de servicios de salud por EsSalud y lo relacionado con inversiones. A continuación, se detalla la normativa relevante.

3.2.1.1. Normativa relacionada con la prestación de servicios de salud

- Ley de Creación del Seguro Social de Salud

EsSalud es un organismo público descentralizado adscrito al Sector Trabajo y Promoción Social[27] de acuerdo con su norma de creación, la Ley 27056. Cuenta con personería jurídica de derecho público interno y con autonomía técnica, administrativa, económica, financiera, presupuestal y contable. La finalidad de la institución se define como: "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" (Ley 27056, 1999). Las prestaciones otorgadas por EsSalud se resumen en la siguiente tabla.

27 Ahora denominado Sector Trabajo y Promoción del Empleo.

Tabla 81. Prestaciones de EsSalud, según su Ley de Creación

Prestación	Descripción
Prevención y promoción de la salud	Comprenden la educación para la salud, evaluación y control de riesgos e inmunizaciones
Recuperación de la salud	Comprenden la atención médica, medicinas e insumos médicos, prótesis y aparatos ortopédicos imprescindibles y servicios de rehabilitación
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
Bienestar y promoción social	Comprenden actividades de proyección, ayuda social y de rehabilitación para el trabajo
Económicas	Comprenden los subsidios por incapacidad temporal, maternidad, lactancia y prestaciones por sepelio
Programas de extensión social, planes de salud especiales a favor de la población no asegurada de escasos recursos y otros seguros de riesgos humanos ofrecidos por EsSalud dentro del régimen de libre contratación	Pueden contener una o más de las prestaciones referidas en los incisos anteriores u otras prestaciones adicionales.

Fuente: Ley 27056 (1999).

- Reglamento de Organización y Funciones de EsSalud

De acuerdo con el Reglamento de Organización y Funciones (ROF), EsSalud es una Entidad administradora de fondos intangibles de la seguridad social adscrita al sector Trabajo y Promoción del Empleo (Resolución de Presidencia Ejecutiva 767-PE-ESSALUD-2015. Dentro de su ámbito de competencia se encuentra el administrar los fondos destinados al financiamiento de prestaciones de salud, económicas, sociales y otras de la seguridad social en salud. Además, tiene la facultad de atender a no asegurados de escasos recursos a través de programas de extensión social realizados por convenios.

Tiene como función administrar el régimen contributivo de la Seguridad Social en Salud y establecer políticas para garantizar el acceso a las prestaciones de salud, económicas y sociales ofrecidas (Resolución de Presidencia Ejecutiva 125-PE-ESSALUD-2018). También debe desarrollar programas orientados al bienestar social, con énfasis en el adulto mayor y personas con discapacidad afiliados al régimen. Asimismo, se encarga del planeamiento, provisión y la supervisión de los servicios de cobertura en salud a los asegurados y sus derechohabientes, para lo cual puede establecer convenios y contratos con otras Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (Ipress) públicas y privadas. Respecto de la captación de recursos, dentro de sus funciones se encuentran: promover la afiliación de la población económicamente activa no asegurada; recaudar, fiscalizar y determinar las aportaciones y recursos determinados por Ley; y coordinar las actividades de la Superintendencia Nacional de Aduanas y de Administración Tributaria (Sunat) relacionadas a la gestión de la recaudación, cobranza y fiscalización.

La Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto (GCPP) es el órgano encargado del planeamiento, el presupuesto, las inversiones y el sistema estadístico institucionales. Dentro de sus funciones se encuentra la priorización y propuesta de la planificación multianual y anual de inversiones; así como su seguimiento y evaluación. A su vez, tiene a su cargo la Gerencia de Planificación y Evaluación de Inversiones (GPEI), responsable

de la elaboración, seguimiento y evaluación de la planificación de inversiones y las actividades de programación multianual de inversiones. Adicionalmente, es la unidad orgánica encargada de elaborar el proyecto de presupuesto anual de inversiones.

Entre los órganos de apoyo de la institución se encuentra la Gerencia Central de Proyectos de Inversión (GCPI), encargada de la fase de formulación y evaluación de los proyectos de inversión, así como de su ejecución. Se divide en dos unidades orgánicas: la Gerencia de Estudios de Inversión (GEI) y la Gerencia de Ejecución de Proyectos (GEP). Por un lado, la GEI es responsable de la formulación y evaluación de los proyectos de inversión, además de elaborar los expedientes técnicos o documentos requeridos para la ejecución de la inversión. Por otro lado, la GEP es la encargada de la ejecución integral de los proyectos de inversión hasta que estos hayan sido totalmente ejecutados, liquidados, cerrados y entregados al órgano responsable de su operación y mantenimiento.

- Plan Estratégico Sectorial Multianual 2017-2021 del Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo

Uno de los componentes de la política sectorial del sector Trabajo y Promoción del Empleo es el acceso a servicios de seguridad social y el fortalecimiento de las condiciones laborales (Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo, 2017). En este sentido, los servicios que brinda EsSalud, como organismo público descentralizado adscrito al sector, están relacionados a los objetivos y acciones estratégicas del Plan Estratégico Sectorial Multianual (PESEM) 2016-2021 del Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo (MTPE) especificadas en la siguiente tabla:

Tabla 82. Objetivos y acciones estratégicas del PESEM 2017-2021 del MTPE

Objetivo estratégico	Acciones estratégicas
OE 1. Promover empleos formales con acceso a los derechos laborales y cobertura de seguridad social para lograr un desarrollo productivo y sostenido de nuestra economía	AE 1.1. Diseñar e implementar mecanismos que faciliten y promuevan el tránsito a la formalización laboral
	AE 1.2. Sensibilizar a los actores laborales sobre los beneficios de la formalización, generando y difundiendo información de calidad
	AE 1.3. Desarrollar y promover mecanismos de articulación multisectorial e intergubernamental orientados a facilitar los procesos de formalización laboral
	AE 1.4. Cautelar y promover el respeto de los derechos sociolaborales de la población laboral a través de un sistema de inspección de trabajo predictivo, eficiente y de calidad; así como, proteger los derechos fundamentales y la seguridad y salud en el trabajo
	AE 1.5. Promover una mejor calidad y mayor cobertura de la seguridad social y la prevención de riesgos
OE 6. Implementar un efectivo modelo de gestión sectorial centrado en el ciudadano	AE 6.1. Fortalecer la capacidad rectora en la implementación de las políticas laborales
	AE 6.2. Optimizar la capacidad rectora para promover el empleo, la empleabilidad y el autoempleo
	AE 6.3. Promover una gestión de calidad sectorial y territorial

Fuente: PESEM 2017-2021 del MTPE (2017).

- Plan Estratégico Sectorial Multianual 2016-2021 del Ministerio de Salud

EsSalud brinda servicios dentro del sector salud, por lo que está relacionado con los tres objetivos y las 12 acciones estratégicas del PESEM 2016-2021 del Ministerio de Salud (Minsa), los cuales se especifican en el siguiente cuadro:

Tabla 83. Objetivos y acciones estratégicas del PESEM 2016-2021 del Minsa

Objetivo estratégico	Acciones estratégicas
OE 1. Mejorar la salud de la población	AE 1.1. Reducir la mortalidad materna y neonatal
	AE 1.2. Reducir la desnutrición infantil y anemia
	AE 1.3. Controlar las enfermedades transmisibles
	AE 1.4. Disminuir las enfermedades no transmisibles
	AE 1.5. Reducir los riesgos y/o lesiones ocasionadas por factores externos
OE 2. Ampliar la cobertura de aseguramiento para la protección en salud	AE 2.1. Incrementar la cobertura de aseguramiento público de la población pobre y pobreza extrema
	AE 2.2. Expandir la oferta de servicios de salud
	AE 2.3. Modernizar la gestión de los servicios de salud
OE 3. Ejercer la rectoría y gobernanza del Sistema de Salud en beneficio de la población	AE 3.1. Generar capacidades para el desarrollo e, implantación de tecnologías, investigación e información sanitaria.
	AE 3.2. Fortalecer la Autoridad Sanitaria y fortalecer la promoción, protección y restitución de derechos
	AE 3.3. Crear e implementar el Sistema de Monitoreo y Evaluación de Políticas en Salud Pública y de las Políticas Públicas con impacto en la Salud Pública
	AE 3.4. Reforzar los arreglos Inter institucionales para la gestión Multisectorial y Territorial

Fuente: PESEM 2016-2021 del Minsa (2016).

- Plan Estratégico Institucional de EsSalud 2017-2021

El Plan Estratégico Institucional (PEI) 2017-2021 constituye el marco orientador de la gestión institucional para el periodo respectivo. En este sentido, permite formular las actividades de los planes operativos y de inversiones anuales mediante la articulación con el presupuesto institucional.

De acuerdo con el documento, la visión se define como: "Ser líder en Seguridad Social de Salud en América Latina, superando las expectativas de los asegurados y de los empleadores en la protección de su salud y siendo reconocida por su buen trato, con una gestión moderna y a la vanguardia de la innovación", y la misión institucional como: "Somos una entidad pública de Seguridad Social de Salud que tiene como fin la protección de la población asegurada brindando prestaciones de salud, económicas y sociales con calidad, integralidad, eficiencia y buen gobierno corporativo, colaborando con el Estado Peruano en alcanzar el Aseguramiento Universal en Salud." (EsSalud, 2017, pág. 64).

Por otro lado, el PEI 2017-2021 de EsSalud se alinea con el Plan Estratégico de Desarrollo Nacional y la Política General de Gobierno a 2021. Ambos orientan la formulación de políticas nacionales, que se traducen en políticas sectoriales (PESEM) e institucionales, como el PEI y el Plan Operativo Institucional (POI), mediante la definición de objetivos y acciones concretas. De esta forma, los objetivos y acciones estratégicas de la institución se muestran en la siguiente tabla:

Tabla 84. Objetivos y acciones estratégicas del PEI 2017-2021 de EsSalud

Objetivo estratégico	Acciones estratégicas
OE 1. Brindar servicios preventivos y recuperativos a satisfacción de nuestros asegurados	AE 1.1. Mejorar la calidad de las prestaciones y satisfacción del asegurado
	AE 1.2. Alcanzar estándares de excelencia en cuidados y prevención en salud
OE 2. Desarrollar una gestión con excelencia operativa	AE 2.1. Mejorar la disponibilidad de recursos estratégicos con soporte operacional de excelencia
	AE 2.2. Implementar tecnologías y sistemas de información modernas, adecuadas a las necesidades institucionales
OE 3. Brindar servicios sostenibles financieramente	AE 3.1. Fortalecer la sostenibilidad financiera de las prestaciones
OE 4. Promover una gestión con ética y transparencia	AE 4.1. Contar con colaboradores reconocidos y agentes de cambio
	AE 4.2. Promover una gestión basada en la transparencia, integridad y lucha contra la corrupción

Fuente: PEI 2017-2021 de EsSalud (2017).

El PEI 2017-2021 también establece que EsSalud busca convertirse en una Organización de Seguridad Social de Salud de Alto Desempeño. Estas organizaciones se caracterizan por ser proactivas y eficaces, lo que les permite brindar servicios de calidad y reducir disparidades en salud a partir de intervenciones en el primer nivel de atención. Para conseguir este objetivo, en el PEI se proponen las siguientes acciones: 1) recuperar los estándares de atención y condiciones de trabajo sobre la base de las instituciones líderes en América Latina; 2) desarrollar un sistema asistencial de economías de escala; 3) implementar redes hospitalarias macrorregionales; 4) desarrollar una gestión con excelencia operativa, ética y transparencia; 5) desarrollar un sistema de tableros de control; y 6) promover la innovación permanente en la institución.

- Plan Operativo Institucional de EsSalud 2019

El POI contiene la programación de actividades que serán ejecutadas durante el año (EsSalud, 2019). Las prioridades sanitarias de 2019 constituyen: enfermedades no transmisibles (cardiovasculares/diabetes/cáncer), condiciones materno-perinatales, enfermedades transmisibles (TBC/VIH), anemia, infecciones respiratorias y salud mental. Se establecen actividades que atiendan dichas prioridades y se programan metas sobre las actividades priorizadas.

Además, se incorporan metas de los siguientes indicadores sanitarios: cobertura de tamizaje de cáncer de mama y cáncer de cuello uterino, tiempo de espera quirúrgica, promedio de días de estancia hospitalaria y rendimiento hora médico en consulta externa. En cuanto a las prestaciones económicas, se programa incrementar la cantidad

de expedientes elaborados en los siguientes cuatro rubros: lactancia, incapacidad temporal, maternidad y sepelio. Asimismo, se establecen las actividades correspondientes a las prestaciones sociales, tanto actividades para el adulto mayor como de rehabilitación profesional y social. Finalmente, se han priorizado recursos presupuestales para el rubro inversiones; específicamente, para el desarrollo de nuevos estudios de inversión y para la reposición de equipos biomédicos (EsSalud, 2019).

3.2.1.2. Normativa relacionada con inversiones

- Sistema Nacional de Programación Multianual y Gestión de Inversiones (Invierte.pe)

El Sistema Nacional de Programación Multianual y Gestión de Inversiones (Invierte.pe) fue creado por el Decreto Legislativo 1252 en 2016 –modificado por el Decreto Legislativo 1432 en 2018– y su reglamento aprobado por el Decreto Supremo 027-2017-EF –modificado por el Decreto Supremo 284-2018-EF–. El decreto legislativo es de aplicación obligatoria a las entidades del Sector Público No Financiero especificadas en la Ley 30099, entre las que se encuentra EsSalud (Decreto Legislativo 1252). De acuerdo con el reglamento, EsSalud se encuentra incluido en el Sector Salud para efectos del Sistema Invierte.pe (Decreto Supremo 027-2017-EF). De esta manera, tal como se establece en la Directiva para la Programación Multianual vigente, EsSalud debe considerar como base los objetivos, metas e indicadores priorizados por el sector salud, y a partir de estos, proponer criterios complementarios de priorización de sus inversiones, en caso lo crea conveniente (DG 001-2019-EF/63.01).

En el artículo 3 del Decreto Legislativo 1252 se definen los principios rectores que rigen la programación multianual de inversiones y la ejecución de los proyectos de inversión. Dentro de estos principios destaca que:

- "La programación multianual de la inversión debe ser realizada considerando como principal objetivo el cierre de brechas de infraestructura o de acceso a servicios públicos para la población.
- La programación multianual de la inversión vincula los objetivos nacionales, regionales y locales establecidos en el planeamiento estratégico en el marco del Sistema Nacional de Planeamiento Estratégico, con la priorización y asignación multianual de fondos públicos a realizarse en el proceso presupuestario, y debe realizarse en concordancia con las proyecciones del Marco Macroeconómico Multianual.
- Los fondos públicos destinados a la inversión deben relacionarse con la efectiva prestación de servicios y la provisión de la infraestructura necesaria para el desarrollo del país, con un enfoque territorial".

- Sistema Nacional de Promoción de la Inversión Privada

En cuanto a las inversiones privadas, el Decreto Legislativo 1224 aprobado en 2015 y modificado por el Decreto Legislativo 1251 en 2016, establece el Marco de Promoción de la Inversión Privada mediante Asociaciones Público Privadas (APP) y Proyectos en Activos. Este implementa el Sistema Nacional de Promoción de la Inversión Privada que agrupa los principios, normas, procedimientos y lineamientos necesarios para desarrollar este tipo de modalidades de inversión. El ámbito de aplicación del decreto incluye a todas las entidades públicas no financieras, entre las cuales se encuentra EsSalud. De esta manera, la cuarta disposición complementaria final de Texto Único Ordenado de la ley dictamina que EsSalud tiene la facultad de "promover, tramitar y suscribir contratos de Asociación Público Privada con el objeto de incorporar inversión y gestión privada en los servicios que presta a los asegurados" (Decreto Supremo 254-2017-EF, 2017).

Los proyectos potenciales a desarrollarse mediante esta modalidad se plasman en el Informe Multianual de Inversiones en Asociaciones Públicos Privada. La propuesta se elabora para un horizonte temporal de tres años y debe articularse con lo establecido en la Programación Multianual de Inversiones de la entidad (Decreto Supremo 410-2015-EF; Decreto Supremo 068-2017-EF). Según el portal institucional del MEF, EsSalud ha desarrollado Informes Multianuales para APP en 2016 y 2017. De acuerdo con este último, existen cuatro proyectos APP en proceso de ejecución contractual[28].

- Política de Inversiones en EsSalud

La Política de Inversiones en EsSalud se realizó sobre la base del diagnóstico institucional, la percepción de los asegurados respecto a EsSalud y las Políticas de salud internacional, nacional e institucional (EsSalud, 2017b). Aprobada por acuerdo del Consejo Directivo 15-12-ESSALUD-2017, se establecen en ella seis políticas de inversión en EsSalud:

- Promover las Inversiones para fortalecer los servicios de salud del primer nivel de atención: El primer nivel de atención es la puerta de entrada al sistema, por lo que su fortalecimiento permite establecer prestaciones por etapa de vida en las Ipress.
- Fortalecer la planificación de inversiones: establecer normas y metodologías orientadas al uso eficiente de los recursos, utilizar el Plan Director de Inversiones como instrumento técnico de planificación.
- Optimizar las inversiones: fortalecer los servicios de salud en el marco de los convenios interinstitucionales, impulsar acciones orientadas a la optimización de la capacidad instalada de los EESS existentes e impulsar inversiones sostenibles y ecoeficientes.
- Contribuir a mejorar la calidad de los servicios de salud: promover el uso de estándares de calidad normados por el órgano rector de salud e institucional, e impulsar la gestión de riesgo y vulnerabilidad (estructural, no estructural y funcional) en adición a la seguridad sanitaria.
- Promover las Inversiones con enfoque de equidad y oportunidad: orientar las inversiones a fortalecer los principios de solidaridad, integralidad, equidad; y permitir el acceso equitativo a los servicios de salud.
- Promover las Inversiones con equilibrio financiero: aquellas que contribuyan a la generación de recursos propios, orientado a la ampliación de la oferta de servicios en el país.

- Programa Multianual de Inversiones de EsSalud 2019-2021

El Programa Multianual de Inversiones (PMI) de EsSalud es parte del PMI sectorial, por lo que su aprobación está a cargo del Minsa. El PMI contiene el diagnóstico de la situación actual de las brechas de infraestructura y de acceso a servicios públicos bajo la responsabilidad de la institución. Estas brechas pueden estar definidas en términos de cantidad (cobertura del servicio) y/o calidad (respecto a las condiciones en las cuales se presta el servicio). Las necesidades de inversión se priorizan según lo establecido en la "Directiva para la Programación Multianual que regula y articula la fase de Programación Multianual del Sistema Nacional de Programación Multianual y Gestión de las Inversiones y la fase de Programación del Sistema Nacional de Presupuesto".

28 El proyecto Torre Treca está en fase de ejecución, pero se encuentra suspendido

3.2.2. Diagnóstico estratégico

3.2.2.1. Descripción del modelo de atención

La población asegurada a EsSalud abarca a los titulares y a sus derechohabientes; que corresponden al cónyuge o concubino(a), hijos menores de edad e hijos mayores de edad, incapacitados total y permanentemente para el trabajo (Grushka, 2016). La cobertura de EsSalud se da bajo cinco tipos de seguros: el seguro regular, el seguro potestativo, el seguro complementario de trabajos de riesgo, el seguro agrario y el seguro contra accidentes de trabajo (EsSalud, 2018).

El seguro regular cubre a la mayoría de afiliados: el 92,5% estimado a diciembre de 2018, según estadística institucional (EsSalud, 2019). Esta modalidad brinda una cobertura integral e ilimitada a los trabajadores dependientes, socios de cooperativas de trabajadores, otros trabajadores (del hogar, portuarios, independientes incorporados por ley, contratados bajo el régimen CAS) y pensionistas que reciben pensión de jubilación, incapacidad o sobrevivencia. La base imponible y la tasa de aportación varían según el grupo afiliado (Grushka, 2016).

En el ámbito de sus competencias, EsSalud brinda tres tipos de prestaciones: de salud, económicas y sociales. Respecto a las prestaciones de salud, estas involucran a aquellas relacionadas a la prevención y promoción de la salud, la recuperación de la salud y el bienestar y promoción social (Grushka, 2016).

- Las prestaciones preventivas y promocionales están orientadas a preservar la salud de la población asegurada. Incluyen la educación para la salud, la evaluación y el control de riesgos e inmunizaciones.
- Las prestaciones recuperativas buscan atender los riesgos de enfermedad y resolver las deficiencias de salud. Abarcan la atención médica ambulatoria y de hospitalización, las medicinas, insumos médicos, prótesis y aparatos ortopédicos imprescindibles; además de servicios de rehabilitación.
- Las prestaciones de bienestar y promoción social tienen como objetivo promover el desarrollo del asegurado y proteger su salud. Las actividades incluidas en esta categoría son las de proyección, ayuda social y rehabilitación para el trabajo.

Estos servicios se proporcionan a través de una red de establecimientos de diferentes niveles de complejidad dispuestos a lo largo del territorio nacional. En la mayoría de casos, la oferta es propia, pero el seguro social también tiene la posibilidad de comprar servicios a proveedores privados o realizar convenios con el sector público cuando la demanda lo amerita (Grushka, 2016).

De acuerdo con la Directiva 018-GG-ESSALUD-2013, el primer nivel de atención debería constituir la puerta de entrada al sistema de salud; y así brindar una atención integral que involucre la promoción de la salud, prevención, diagnóstico precoz, control de daños y tratamiento y rehabilitación a la población asegurada. De esta manera, en línea con lo establecido en la pirámide de Kayser[29], la atención primaria en salud debería resolver entre el 70% y el 80% de los problemas de salud de la población y evitar que el seguro incurra en mayores costos para atender complicaciones de mayor complejidad. Solo los casos que requieran mayor capacidad resolutiva deberían ser derivados a los establecimientos de mayor complejidad. Idealmente, el segundo nivel

29 La pirámide de Kaiser es la pirámide de gestión de "Kaiser Permanente", una compañía de seguros americana que cuenta con más de 8 millones de asegurados. Este constituye uno de los modelos más utilizados para la categorización de las atenciones en el sistema de salud (Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, 2010).

debería atender entre el 10% y el 12% de la demanda; mientras que solo el 5% - 10% le correspondería al tercer nivel de atención (EsSalud, 2016b). (ver fig. 123).

Bajo este marco, toda la población asegurada debería ser atendida en los EESS de primer nivel, siendo la única excepción la población asegurada por las Entidades Prestadoras de Salud (EPS). Estos últimos solo reciben atenciones de alta complejidad por parte de EsSalud, puesto que la capa simple de prestaciones es cubierta por las EPS (Grushka, 2016). Sin embargo, en la práctica, el modelo de atención actual de EsSalud se centra en las prestaciones recuperativas, privilegiando la oferta sobre la demanda. En otras palabras, se ajusta el asegurado a la oferta existente, en lugar de adecuar la oferta a las necesidades de los asegurados (EsSalud, 2017).

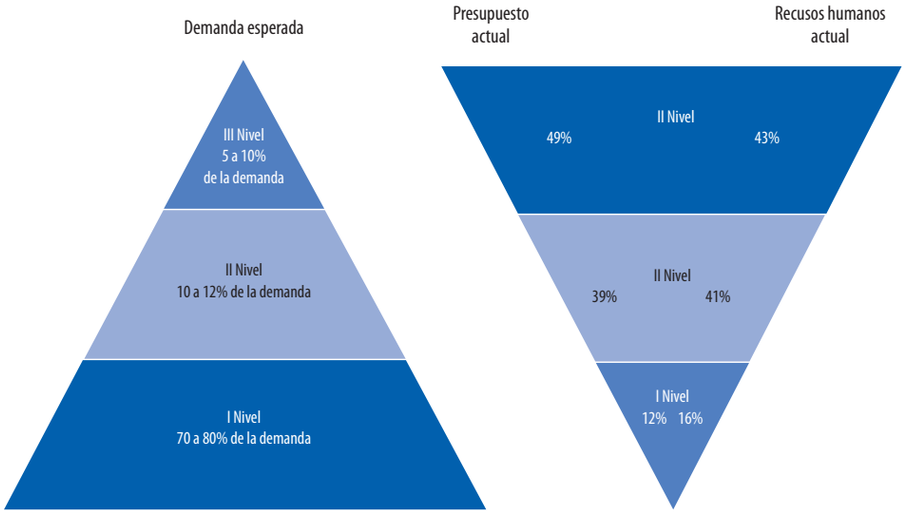
Lo anterior se refleja en la elevada proporción de la población que se encuentra adscrita a hospitales: alrededor de un tercio del total de asegurados sin EPS, según cifras de estadística institucional. Asimismo, la distribución del presupuesto muestra un fuerte énfasis en lo recuperativo. Según el PEI 2017-2021, el 12% de la asignación del presupuesto correspondió al primer nivel de atención, mientras que el 88% restante fue absorbido por los establecimientos de segundo y tercer nivel, que corresponden a la atención de mediana y alta complejidad. Además, las asignaciones de recursos para actividades preventivas promocionales son muy reducidas (EsSalud, 2017).

La distribución de los recursos humanos muestra un panorama similar, pues solo el 16% del personal de EsSalud está destinado a la atención primaria. Este modelo se traduce en costos elevados para la institución y los altos índices de insatisfacción de los usuarios (EsSalud, 2017). De acuerdo con la Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios en Salud (Ensusalud) 2016, elaborada por SuSalud, el 43,5% de asegurados tiene problemas para programar una cita para atenderse. La figura 123, compara la asignación actual de recursos con la capacidad resolutiva esperada.

Ante este escenario, se requirió realizar una transformación del modelo de atención del seguro social. Un modelo que tenga como centro al asegurado y que base sus intervenciones y recursos en función de las necesidades de estos. En esta línea, en 2016 se aprobó el "Modelo de Cuidado Estandarizado y Progresivo" (MOCEP) que establece un nuevo paradigma en el modelo de atención en salud (EsSalud, 2017). Por un lado, se fortalece la atención primaria y aquellas de carácter preventivo-promocional con una cartera de servicios de salud de complejidad creciente que considera las prestaciones de acuerdo a la etapa de vida de la población asegurada. Por otro lado, mejora la capacidad resolutiva desde el primer nivel de atención. De esta manera, se incentiva la atención oportuna, disminuyéndose las referencias y, con ello, la sobresaturación de los establecimientos de mayor nivel (Gerencia Central de Prestaciones de Salud - EsSalud, 2016). El modelo busca gestionar las redes para que exista una continuidad y progresividad dentro de las prestaciones del seguro, tal como se muestra en la figura 124.

En cuanto a las prestaciones sociales, estas abarcan las actividades rehabilitación profesional para los asegurados con discapacidad y servicios gerontológicos dirigidos a los adultos mayores (EsSalud, 2017). Al respecto, en el ROF se señala que la Gerencia Central de la Persona Adulta Mayor y Persona con Discapacidad tiene como función "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" (EsSalud , 2018). Estas prestaciones se brindan a través de los Centros del Adulto Mayor (CAM) y los Círculos del Adulto Mayor (Ciram) para la población mayor, y de los Centro de Rehabilitación Profesional y Social (CERPS) y Módulos Básicos de Rehabilitación Profesional y Social (MBRPS) para la población con alguna discapacidad.

Figura 123. Demanda esperada versus asignación actual de recursos



Fuente: Plan Estratégico Institucional 2017-2021, EsSalud.

Figura 124. Desarrollo del Modelo de Cuidado Estandarizado y Progresivo de la Salud (Moceps)

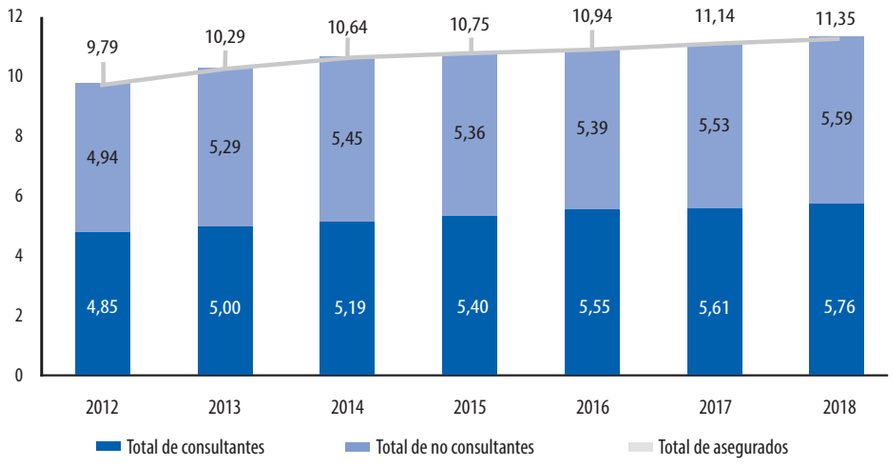
Fuente: Nuevo Modelo de Prestación de Salud – EsSalud (2016).

Finalmente, respecto a las prestaciones económicas, estas corresponden a los subsidios otorgados por incapacidad temporal, maternidad, lactancia y prestaciones por sepelio (Ley 27056, 1999; EsSalud, 2017).

3.2.2.2. Características de la demanda

La población asegurada a EsSalud ha seguido una tendencia creciente durante los últimos años, como se muestra en la figura 125. Esta pasó de 9,79 millones de personas en 2012 a 11,35 millones en 2018, lo que representó un crecimiento acumulado de 16%. Respecto de la extensión de uso, la proporción de asegurados que efectivamente demanda servicios de salud (consultantes) se mantuvo alrededor del 50% de la población asegurada total en el periodo mencionado.

Figura 125. Población asegurada y consultante de EsSalud, 2012-2018 (millones de personas)



Fuente: Subgerencia de Estadística/GCPP, EsSalud. Elaboración propia.

La población asegurada está distribuida en 29 redes asistenciales (ver tabla 85). Las redes Rebagliati, Sabogal y Almenara concentran la mayor cantidad de asegurados a nivel nacional: en conjunto, tienen adscritos al 47.1% del total de asegurados de la institución. En las regiones, las redes con mayor cantidad de población asegurada son Arequipa, La Libertad, Piura, Lambayeque e Ica.

Tabla 85. Población asegurada por Red Asistencial, 2018 (en miles de personas)

Red	2018	%
Red Asistencial Rebagliati	1942	17,1%
Red Asistencial Sabogal	1801	15,9%
Red Asistencial Almenara	1601	14,1%
Red Asistencial Arequipa	666	5,9%
Red Asistencial La Libertad	664	5,8%
Red Asistencial Piura	639	5,6%
Red Asistencial Lambayeque	602	5,3%
Red Asistencial Ica	467	4,1%
Red Asistencial Junín	371	3,3%
Red Asistencial Cusco	343	3,0%
Red Asistencial Loreto	241	2,1%
Red Asistencial Áncash	223	2,0%
Red Asistencial Cajamarca	186	1,6%
Red Asistencial Huánuco	170	1,5%
Red Asistencial Ucayali	143	1,3%
Red Asistencial Juliaca	141	1,2%
Red Asistencial Tacna	121	1,1%
Red Asistencial Huaraz	114	1,0%
Red Asistencial Ayacucho	112	1,0%
Red Asistencial Tarapoto	111	1,0%
Red Asistencial Puno	101	0,9%
Red Asistencial Moquegua	97	0,9%
Red Asistencial Pasco	95	0,8%
Red Asistencial Apurímac	85	0,7%
Red Asistencial Huancavelica	80	0,7%
Red Asistencial Amazonas	71	0,6%
Red Asistencial Tumbes	70	0,6%
Red Asistencial Moyobamba	52	0,5%
Red Asistencial Madre de Dios	38	0,3%
Total nacional	11 347	100,0%

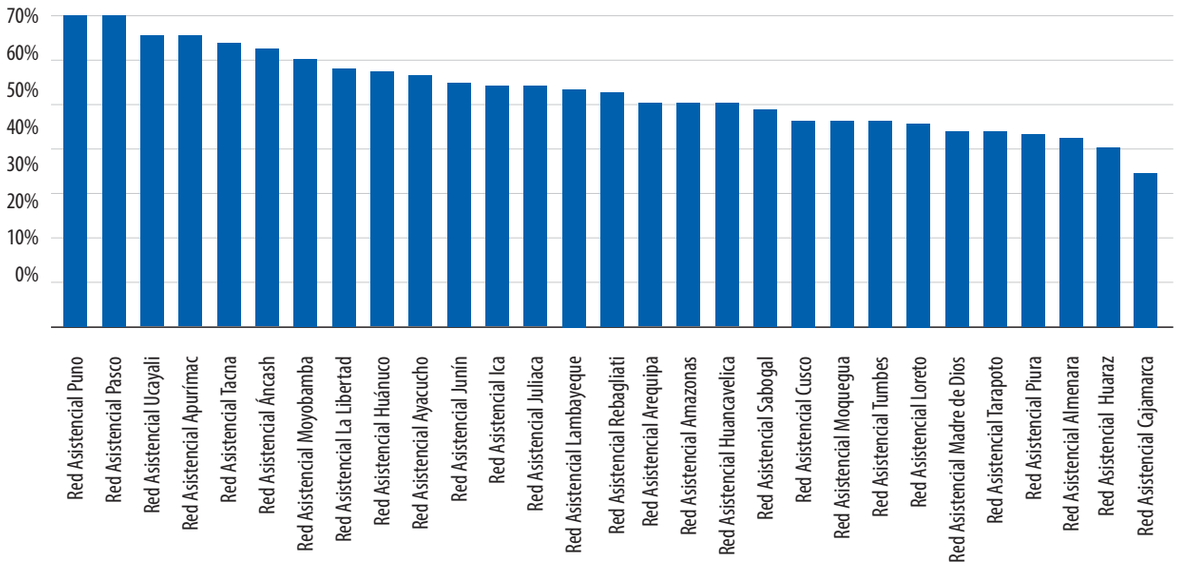
Fuente: Subgerencia de Estadística/GCPP, EsSalud. Elaboración propia

En términos generales, a nivel nacional, la población consultante en 2018 fue 51%. Como se muestra en la figura 126, las redes asistenciales en donde existió una mayor proporción de consultantes fueron la Red Asistencial Puno (73%), Pasco (73%) y Ucayali (66%). En contraste, existen algunas redes donde esta es reducida, menor al 50% de asegurados. Este es el caso de la Red Asistencial Cajamarca (35%), por ejemplo.

En cuanto a la distribución de los asegurados por rangos de edad, se observa en la figura 127 que la población adulta joven corresponde a la mayor proporción de asegurados, lo que está en línea con la tendencia nacional. El país viene experimentando un "bono demográfico", lo cual implica que en este momento la población adulta joven ha alcanzado su mayor proporción con respecto al total de la población. Este escenario proporciona oportunidades para EsSalud, en cuanto esté acompañado por un incremento del sector formal, ya que se tiene a un porcentaje alto de la población en su etapa de mayor nivel de productividad. Se espera que este proceso dure hasta el año 2047, luego de lo cual iniciará el proceso de envejecimiento poblacional (EsSalud, 2017).

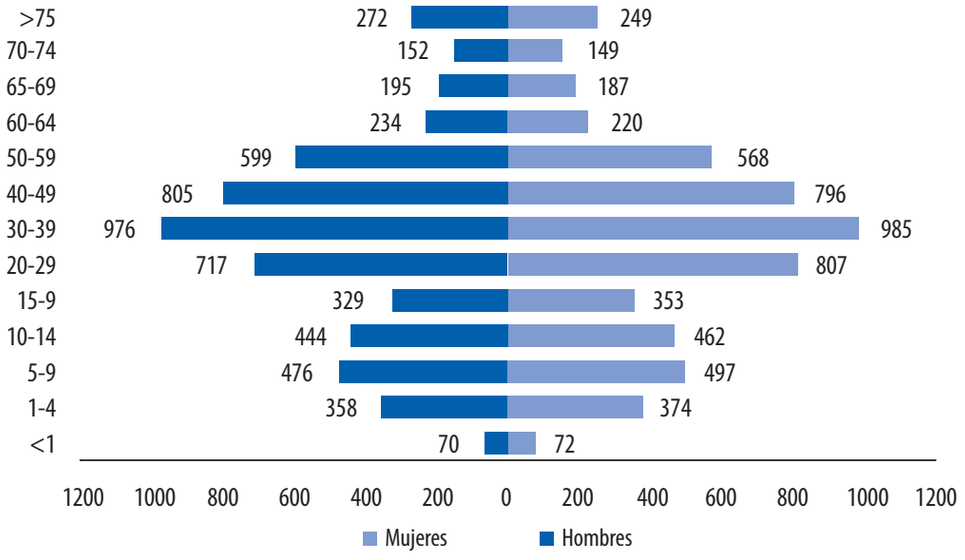
La situación de la salud de los asegurados es descrita en el estudio de "Carga de enfermedad y lesiones de EsSalud" (EsSalud, 2014). Las pérdidas de salud por enfermedades y lesiones se miden en años de vida saludable perdidos (Avisa), que pueden generarse por años vividos con discapacidad (AVD) o años de vida perdidos por muerte prematura (AVP). En 2014, la población asegurada de EsSalud perdió, en total, 935,619 Avisa, lo cual representó una razón de 87,9 Avisa por cada mil asegurados. La mayor carga de enfermedad se concentra en las mujeres, quienes tuvieron el 55,4% de Avisa. Según grupos de edad, la mayor carga en mujeres se da entre los 15 y los 44 años (29,8%) y entre los 45 y los 59 años (26,9%); mientras que en los hombres la población más afectada es la adulta mayor (27,5%), seguida por la población de 15 a 44 años (25,8%) (EsSalud, 2014). Esta distribución se ilustra en la figura 128.

Figura 126. Proporción de consultantes por Red Asistencial, 2018



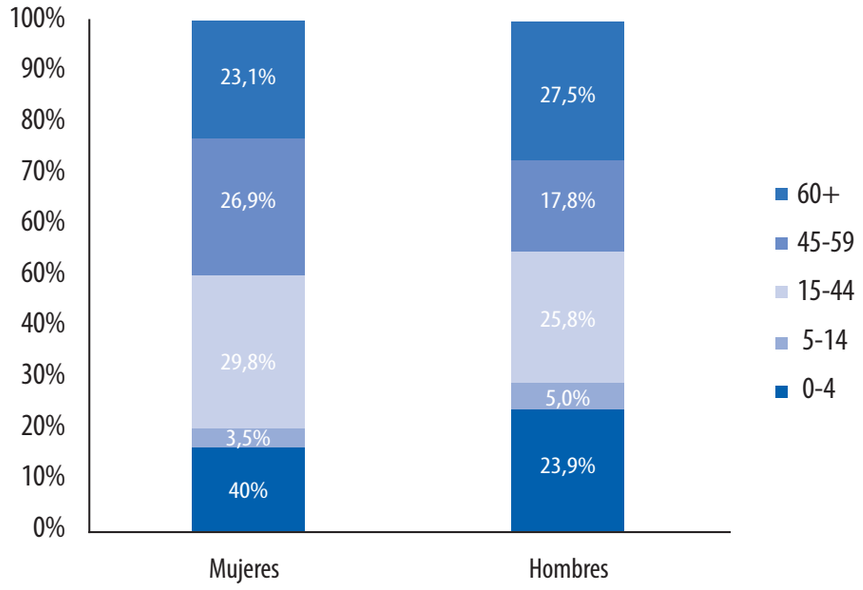
Fuente: Subgerencia de Estadística/GCPP – EsSalud. Elaboración propia.

Figura 127. Pirámide poblacional asegurados, 2018 (miles de personas)



Fuente: Subgerencia de Estadística/GCPP – EsSalud. Elaboración propia.

Figura 128. Distribución porcentual de Avisa 2014 por sexo, según grupos de edad



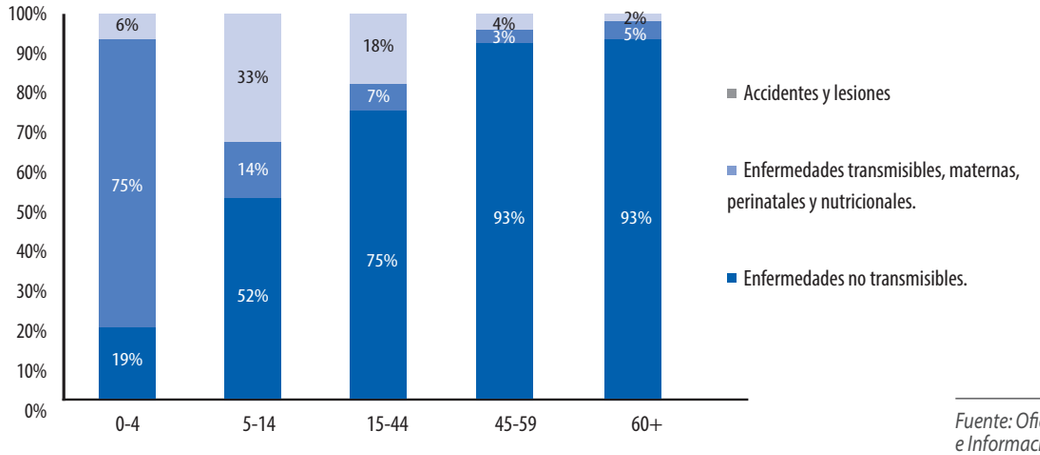
Fuente: Oficina de Inteligencia e Información Sanitaria/GCPS - EsSalud.

En el mismo estudio, se clasificaron los daños ocasionados a la población asegurada en tres grupos: 1) Enfermedades transmisibles, maternas, perinatales y nutricionales; 2) Enfermedades no transmisibles; y 3) Accidentes y lesiones. La mayor cantidad de Avisa se concentra en las enfermedades no transmisibles (71,5% del total); seguida por las enfermedades transmisibles, maternas, perinatales y nutricionales (19,1%); y finalmente accidentes y lesiones (9,4%).

El perfil de carga de enfermedad varía según grupos de edad. Los niños hasta los 4 años de edad pierden 156,1 Avisa por mil habitantes por enfermedades transmisibles, maternas, perinatales y nutricionales; siendo la categoría que representa la mayor carga de enfermedad en este grupo. Esto se debe a que es un grupo particularmente vulnerable, en el que los problemas de salud por enfermedades infecciosas, déficit nutricional o bajo peso al nacer son predominantes. Cabe resaltar que estas afecciones pueden tener secuelas que perduran a lo largo de toda la vida (EsSalud, 2014). Desde los 5 años hasta el fin del ciclo de vida, las enfermedades no transmisibles toman protagonismo y representan, en cada etapa, más Avisa perdidos por 1000 habitantes. Para los adultos mayores, la razón de Avisa por mil habitantes asciende a 155,8 años. Esta situación se refleja en la figura 129.

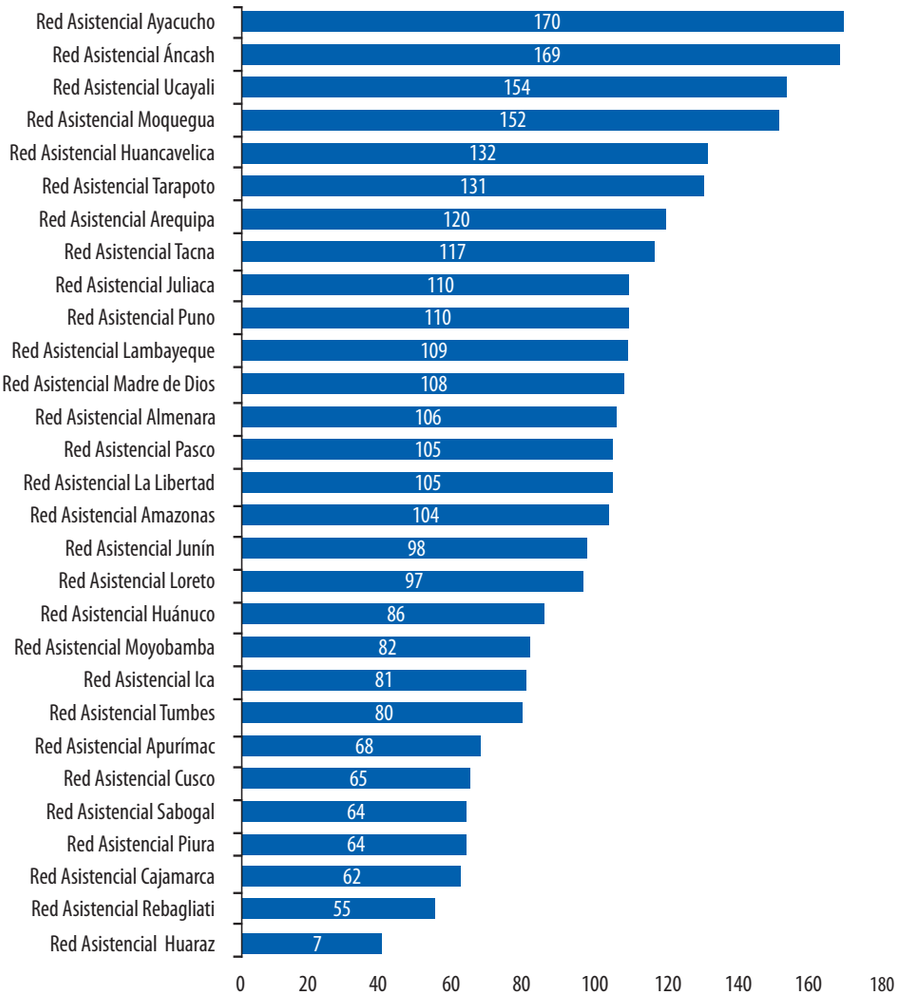
La carga de enfermedad también varía significativamente entre redes asistenciales. Como se muestra en la figura 130, las redes con una mayor afectación son Ayacucho, Áncash, Ucayali y Moquegua; en las cuales la razón de Avisa supera las 150 por cada 1000 asegurados. En contraste, existen redes con una carga de enfermedad muy baja, como es el caso de la Red Asistencial Huaraz.

Figura129. Distribución porcentual de Avisa 2014 por grupos de edad, según grupo de enfermedad



Fuente: Oficina de Inteligencia e Información Sanitaria/GCPS, EsSalud. Elaboración propia.

Figura 130. Razón de Avisa 2014 por Red Asistencial



Fuente: Oficina de Inteligencia e Información Sanitaria/GCPS, EsSalud.

Finalmente, la morbilidad de los asegurados también se refleja en los diagnósticos de consulta externa. En la tabla 86 se muestran los 15 diagnósticos más comunes a nivel nacional en 2016. El principal diagnóstico a nivel nacional fue de faringitis y amigdalitis aguda. Los siguientes diagnósticos notorios son las dorsopatías, enfermedades de la piel e infecciones agudas de las vías respiratorias que no encajan en las categorías comunes y están agrupadas en "otras". Además, destaca la importancia de la hipertensión, la artrosis y la diabetes.

Tabla 86. Principales diagnósticos de consulta externa a nivel nacional, 2016

Diagnóstico	Nro. de atenciones
Faringitis aguda y amigdalitis aguda	596 346
Otras dorsopatías	461,380
Otras enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	307 198
Otras infecciones agudas de las vías respiratorias superiores	287 825
Pesquisa prenatal y otra supervisión del embarazo	271 023

Diagnóstico	Nro. de atenciones
Otros síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	262 693
Hipertensión esencial (primaria)	256 180
Artrosis	241 804
Gastritis y duodenitis	238 331
Trastornos de los tejidos blandos	232 597
Otros trastornos endocrinos, nutricionales y metabólicos	181 134
Diabetes mellitus	168 736
Otras enfermedades del sistema urinario	168 680
Otras personas con riesgos potenciales para la salud relacionados con enfermedades transmisibles	160 068
Bronquitis aguda y bronquiolitis aguda	155 620

Fuente: Oficina de Inteligencia e Información Sanitaria/GCPS, EsSalud. Elaboración propia.

Al analizar los diagnósticos por rango de edad, se observa que algunos diagnósticos son comunes para todas las edades como la faringitis aguda y amigdalitis aguda. Sin embargo, otras solo se presentan en ciertos grupos etarios. En los asegurados de 0 a 5 años, se presentan además de enfermedades respiratorias, problemas de diarrea y gastroenteritis de origen infeccioso. De manera similar, una cantidad importante de niños entre 5 y 14 años, se atiende por enfermedades de la piel y otras helmintiasis (enfermedades parasitarias). Por otro lado, los asegurados entre 15 y 44 años se atienden también por temas relacionados al embarazo y cuidado anticonceptivo, mientras que los asegurados de 45 a 59 años de problemas de gastritis y duodenitis, y otros trastornos endocrinos y nutricionales. Finalmente, los principales problemas de los asegurados mayores de 60 años son la hipertensión, la artrosis, otras dorsopatías y la diabetes mellitus. La siguiente tabla presenta los principales diagnósticos de consulta externa por grupos de edad para 2016.

Tabla 87. Principales diagnósticos de consulta externa a nivel nacional 2016, según grupos de edad

Rango de edad	Diagnóstico	Nro. de atenciones	% Total
De 0 a 5 años	Faringitis aguda y amigdalitis aguda	117 813	10%
	Otras infecciones agudas de las vías respiratorias superiores	97 743	9%
	Bronquitis aguda y bronquiolitis aguda	44 338	4%
	Otras enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	37 695	3%
	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	23 318	2%
De 5 a 14 años	Faringitis aguda y amigdalitis aguda	130 073	13%
	Otras infecciones agudas de las vías respiratorias superiores	66 765	7%
	Otras enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	42 000	4%
	Otras helmintiasis	31 891	3%
	Bronquitis aguda y bronquiolitis aguda	30 985	3%

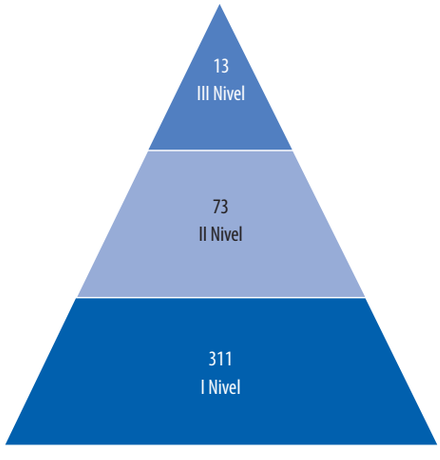
Rango de edad	Diagnóstico	Nro. de atenciones	% Total
De 15 a 44 años	Pesquisa prenatal y otra supervisión del embarazo	268 682	8%
	Faringitis aguda y amigdalitis aguda	171 341	5%
	Otras dorsopatías	171 198	5%
	Atención para la anticoncepción	103 469	3%
	Otras enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	91 454	3%
De 45 a 59 años	Otras dorsopatías	136 467	6%
	Faringitis aguda y amigdalitis aguda	92 890	4%
	Trastornos de los tejidos blandos	76 229	3%
	Gastritis y duodenitis	67 776	3%
	Otros trastornos endocrinos, nutricionales y metabólicos	56 859	3%
De 60 años a más	Hipertensión esencial (primaria)	205 543	6%
	Artrosis	165 602	5%
	Otras dorsopatías	143 828	4%
	Diabetes mellitus	104 722	3%
	Faringitis aguda y amigdalitis aguda	84 229	2%

Fuente: Oficina de Inteligencia e Información Sanitaria/GCPS, EsSalud. Elaboración propia.

3.2.2.3. Características de la oferta

EsSalud provee prestaciones de salud a través de 397 establecimientos, los cuales pertenecen principalmente al primer nivel de atención (311), seguido del segundo nivel (73) y el tercero (13), como se observa a continuación.

Figura 131. EESS de EsSalud en funcionamiento, por categoría Minsa, 2018



Categoría	Nro.
Nivel I	**311**
I-1	3
I-2	133
I-3	108
I-4	17
Sin categoría	*50*
Nivel II	**73**
II-1	42
II-2	14
II-E	5
Sin categoría	*12*
Nivel III	**13**
III-1	8
III-2	2
III-E	1
SMA	1
Sin categoría	*1*
Total	397

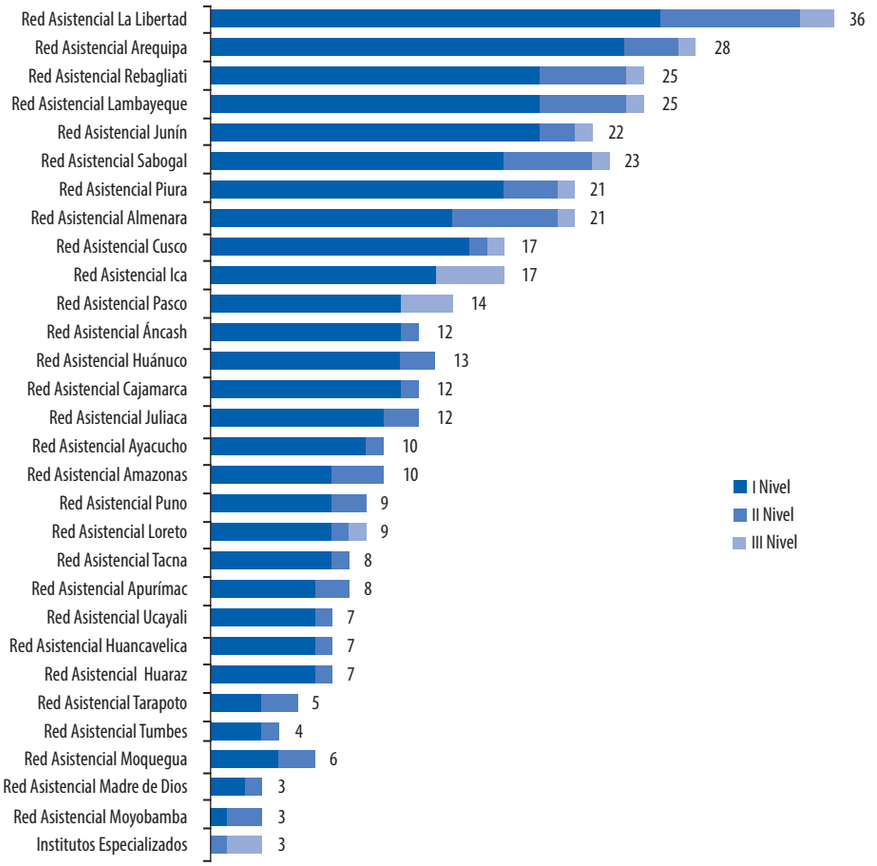
Nota: Según información de la GCPS, existen 5 EESS implementados que no se encuentran en funcionamiento: Cerro Colorado, Miraflores (Red Arequipa), Jaén (Red Lambayeque), Manco Cápac y San Borja (Red Almenara).

Fuente: Subgerencia de Estadística/GCPP – EsSalud. Elaboración propia.

En cuanto a la distribución de la oferta, esta se encuentra organizada en 29 redes asistenciales y tres institutos especializados, tal como se ilustra en la figura 132. La Red Asistencial La Libertad cuenta con 36 EESS —la mayor cantidad entre todas las redes— seguida por Arequipa (28), Rebagliati (25) y Lambayeque (25). En contraste, la Red Asistencial Madre de Dios (3) y Moyobamba (3) son las que cuentan con una menor oferta de salud.

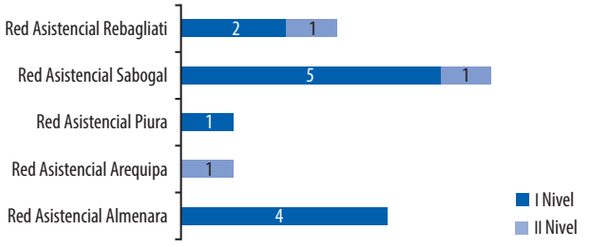
La mayoría de estos establecimientos funcionan bajo la gestión directa de EsSalud (382 EESS). Sin embargo, existen algunos que funcionan bajo un contrato extrainstitucional (15 EESS). Estos son, principalmente, establecimientos del primer nivel de atención que funcionan en las redes de Lima. Uno de los del primer nivel atiende en la Red Asistencial Piura y uno del segundo nivel en la Red Asistencial de Arequipa. La figura 133 presenta la distribución de estos establecimientos por nivel de complejidad.

Figura 132. Distribución de EESS por Red Asistencial, según nivel de atención, 2018



Fuente: Subgerencia de Estadística/GCPP – EsSalud. Elaboración propia.

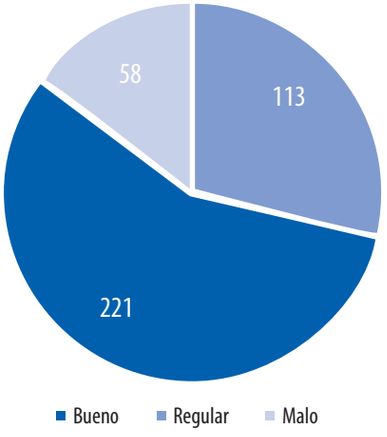
Figura 133. Distribución EESS extrainstitucionales por Red Asistencial, según nivel de atención, 2018



Fuente: Subgerencia de Estadística/GCPP – EsSalud. Elaboración propia.

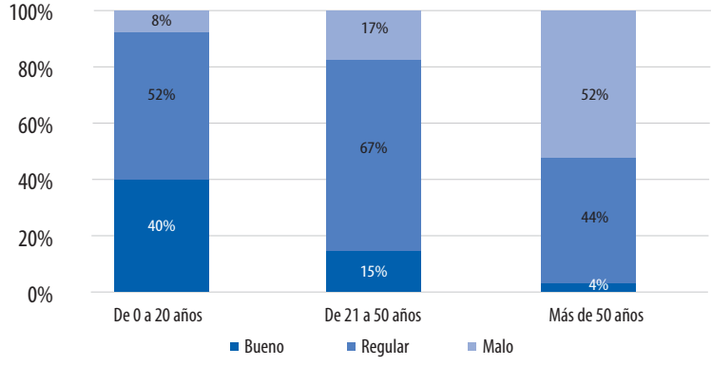
Se cuenta con información sobre el estado de la infraestructura, rangos de años de antigüedad de esta y tipo de propiedad, a agosto 2018. Respecto de la situación general de la infraestructura, más de la mitad de los establecimientos se encontraban en estado regular (221), mientras que 113 EESS estaban en buen estado y 58 en mal estado (ver fig. 134)[30]. El estado de la infraestructura se encuentra directamente relacionado con los años de antigüedad del establecimiento. Como se muestra en la figura 135, los EESS que superaban los 50 años de construcción son los que presentaron una mayor vulnerabilidad. Para estos últimos EESS, solo el 4% se encontraba en buen estado.

Figura 134. Número de EESS por estado de la infraestructura, 2018



Fuente: Subgerencia de Mantenimiento/GCPI - EsSalud. Elaboración propia.

Figura 135. Proporción de EESS por rango de antigüedad, según estado de su infraestructura, 2018



Fuente: Subgerencia de Mantenimiento/GCPI, EsSalud. Elaboración propia.

30 El reporte de la SGM no provee información sobre el estado de la infraestructura de los siguientes EESS: 1) Samegua y Pampa Inalámbrica (Red Asistencial Moquegua); 2) Ipress Hospital Geriátrico Municipal (Red Asistencia Arequipa); 3) Policlínico de Complejidad Creciente El Retablo (Red Asistencial Sabogal) y 4) Enrique Encinas Franco (Red Asistencial Juliaca) que empezaron a funcionar durante 2018.

En este contexto, es importante analizar la antigüedad de los EESS. Del total, 203 establecimientos tienen una antigüedad menor a 20 años, 155 entre 21 y 50 años y, 27 fueron construidos hace más de 50 años (ver fig. 136)[31]. Cabe resaltar además que, tal como se muestra en la figura 137, en los niveles de atención más complejos existe una mayor proporción de EESS que superan los 50 años de construcción. En el tercer nivel, 5 de 13 EESS (38%) se encontraron en este rango.

Finalmente, una gran cantidad de EESS opera en un local que no es de propiedad de EsSalud. Como se observa en la figura 138, este porcentaje asciende a 36,5% del total de establecimientos. La oferta restante se brinda en locales alquilados (35%), bajo algún tipo de convenio (18,1%), cesión en uso (4,8%), entre otros (5,5%). Este aspecto es especialmente relevante pues no es posible realizar inversiones para ampliar o rehabilitar una infraestructura que no es de propiedad de EsSalud.

3.2.3. Análisis de la asignación de recursos de inversión

Durante los últimos años, el Presupuesto Institucional Modificado (PIM) de EsSalud ha aumentado de manera considerable. En 2013 fue de S/ 8100 millones, mientras que en 2018 ascendió a S/ 10 800 millones. Por su parte, el presupuesto asignado a inversiones de la institución aumentó hasta 2017. No obstante, en 2018 se redujo casi a la mitad del presupuesto del año anterior. Así, el Presupuesto de Inversiones pasó de representar el 4.5% del presupuesto institucional en 2013, a representar el 4% en 2017 y el 2% en 2018, como se observa en la siguiente tabla.

Tabla 88. Presupuesto anual (PIM) y Presupuesto de Inversiones de EsSalud, 2013-2018 (millones de soles)

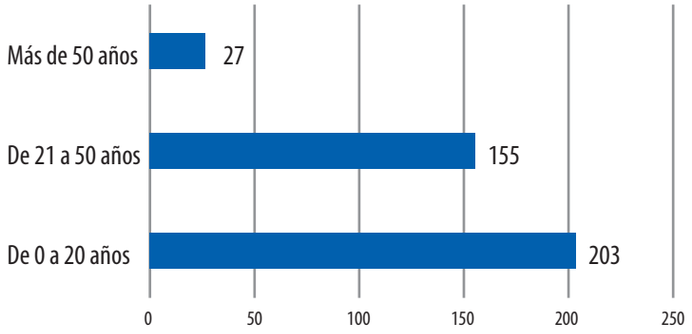
Rubro	2013	2014	2015	2016	2017(1)	2018(1)
Presupuesto EsSalud	8118,0	8886,0	9515,2	10 392,2	10 933,8	10 811,7
Presupuesto de Inversiones	369	344	359	402	434	229
% del presupuesto de EsSalud asignado a inversiones	4,5%	3,9%	3,8%	3,9%	4,0%	2,1%

1/ Para 2017 y 2018 se utiliza el PIA.

Fuente: Portal de Transparencia Estándar, EsSalud. Elaboración propia.

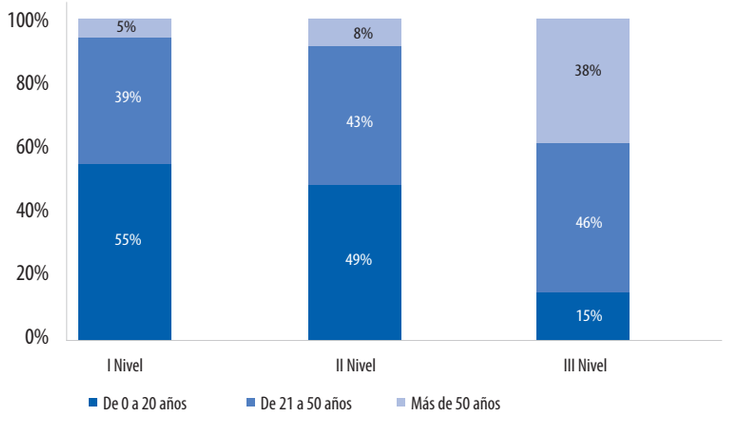
31 El reporte de la SGM no provee información sobre el nivel de antigüedad de los EESS que empezaron a funcionar en 2018 mencionados en el pie de página anterior. Asimismo, no presenta datos de los siguientes 7 EESS: ii) Magdalena, Barranco, Jesús María, Ipress Villa Salud –Villa El Salvador (Red Rebagliati); ii) Ipress Hogar Clínica San Juan de Dios y Ipress San Miguel de Arcángel (Red Almenara) y; iii) Ipress San Bartolomé (Red Sabogal).

Figura 136. Número de EESS por rango de antigüedad, 2018



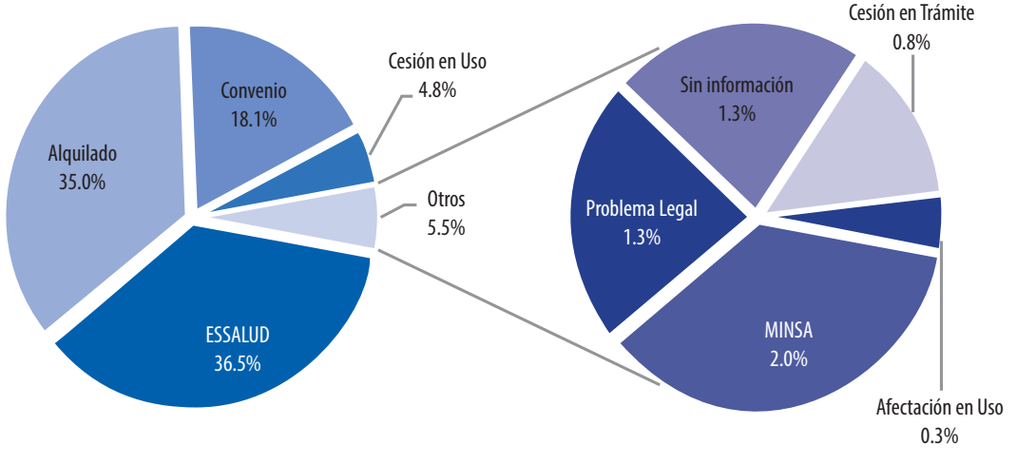
Fuente: Subgerencia de Mantenimiento/GCPI - EsSalud. Elaboración propia.

Figura 137. Porcentaje de EESS por nivel de atención, según rango de antigüedad, 2018



Fuente: Subgerencia de Mantenimiento/GCPI - EsSalud. Elaboración propia.

Figura 138. Porcentaje EESS según tipo de propiedad del local, 2018



Fuente: Subgerencia de Mantenimiento/GCPI - EsSalud. Elaboración propia.

De 2013 a 2018, la asignación del presupuesto de inversión, su ejecución y su composición han sido bastante variables. La ejecución en 2016 alcanzó el 97%; mientras que en 2017 solo se ejecutó el 30% y en 2018 el 51% del monto asignado. El Presupuesto de Inversiones se divide en Proyectos de Inversión (PIP) y gastos de capital no ligados a proyectos. Hasta 2017, los PIP representaron alrededor del 40%, y en 2018 el 73% (ver tabla 89).

Tabla 89. Presupuesto anual de EsSalud según tipo de presupuesto y componentes del Presupuesto de Inversiones (millones de soles)

Rubro	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Presupuesto de inversiones						
Presupuesto aprobado	382,3	420,0	390,3	350,0	434,0	229,5
Presupuesto modificado	368,7	343,5	358,7	402,3		
Ejecución presupuestal	236,7	202,3	274,6	389,8	131,4	117,1
Avance [1] (%)	64,2%	58,9%	76,6%	96,9%	30,3%	51,1%
PIM según componentes del presupuesto de inversiones						
Proyectos de inversión	193,1	147,9	133,2	173,1	192,9	168,4
Gastos de capital no ligados a proyectos	175,6	195,6	225,5	229,3	241,1	61
% presupuesto de inversiones en PIP[2]	52,4%	43,1%	37,1%	43,0%	44,4%	73,5%

1/ El avance se define como Ejecución/PIM, con excepción de 2017 y 2018 donde será Ejecución/PIA

2/ Para 2017 y 2018 se utiliza el PIA.

Fuente: Portal de Transparencia Estándar, EsSalud. Elaboración propia

En 2017, la mayor parte del presupuesto de los PIP del Presupuesto de Inversiones estuvo destinado a otras inversiones (S/ 120 millones), concepto que incluye los proyectos menores a nivel nacional y otros proyectos. El resto del presupuesto fue asignado a intervenciones que sí pueden ser asociadas a niveles de atención específicos. En concreto, el tercer nivel de atención recibió la mayor parte de los fondos (S/ 37,7 millones), seguido por el segundo nivel (S/ 26,6 millones) y finalmente el primero (S/ 8,3 millones). Cabe resaltar que el avance de ejecución presupuestal en el primer nivel de atención es notoriamente bajo, de 0.1%, como se observa en el siguiente cuadro.

Tabla 90. Presupuesto y avance de los proyectos de Inversión por nivel de atención, 2017 (millones de soles)

Nivel de atención	PIA	Ejecutado	Avance
I nivel	8,3	0,004	0,10%
II nivel	26,6	1,6	5,90%
III nivel	37,7	7,5	19,80%
Otros	120,3	78,4	65,20%
Total	192,9	87,4	45,30%

Fuente: GCPP, EsSalud. Elaboración propia.

La distribución del Presupuesto de Inversiones de 2017 a nivel de redes se muestra en la tabla 91.

Tabla 91. Presupuesto de Inversiones por Red Asistencial, 2017 (millones de soles)

Red	PIA	Ejecutado	Avance (%)
Sin red [1]	361,4	122,3	33,80%
Red Asistencial Almenara	42,5	4,4	10,40%
Red Asistencial Apurímac	8,3	0	0,10%
Red Asistencial Junín	6,3	0,5	7,50%
Red Asistencial Rebagliati	4,7	1,8	38,10%
Instituto Nacional del Corazón	4	2,3	58,10%
Red Asistencial Sabogal	3,1	0	0,00%
Red Asistencial La Libertad	1,9	0	0,00%
Red Asistencial Madre De Dios	1,7	0	2,10%
Total general	434	131,4	30,30%

1/ Incluye: Gastos de capital no ligados a proyectos, otros proyectos y proyectos de inversión menor a nivel nacional

Fuente: GCPP, EsSalud. Elaboración propia.

El Plan Director de Inversiones (PDI) 2016-2025 (EsSalud, 2016b) estimó la necesidad de mejorar o ampliar 298 EESS (77% de los EESS existentes) y de crear 276 EESS nuevos de los distintos niveles de atención. No obstante, como se ha mostrado en esta sección, el total del Presupuesto de Inversiones modificado ha fluctuado entre S/ 220 millones y S/ 450 millones en el periodo 2013-2018. En 2018, el Presupuesto de Inversiones fue de S/ 229 millones, monto que se encuentra lejos de las necesidades de inversión estimadas en el PDI. Finalmente, se ha mostrado que el foco de las inversiones que se han ejecutado en los últimos años se aleja del fortalecimiento del primer nivel de atención y que no en todas las redes se realizan esfuerzos por cerrar las brechas, pues no cuentan con presupuesto para inversión.

Estos resultados reflejan los grandes retos de EsSalud respecto de la asignación y uso de los recursos de inversión. Las necesidades, tanto de cobertura como de calidad, son amplias y los recursos bastante limitados por lo que es necesario cambiar el enfoque de intervención hacia uno que privilegie la optimización de recursos. Es en este espacio en donde resalta la necesidad de contar un Plan Estratégico de Inversiones, que oriente la ruta para la asignación y el uso eficiente de los recursos escasos.

3.3. Plan Estratégico de Inversiones 2019-2035

Cerrar la brecha de cobertura y de calidad para lograr una adecuada prestación de servicios de salud es un reto pendiente en el país. Sobre esto, radica la necesidad de contar con instrumentos de gestión que guíen las inversiones de las instituciones del sector salud hacia un horizonte en el que las demandas del ciudadano son el foco de atención. En ese marco, se elabora el Plan Estratégico de Inversión de EsSalud para el periodo 2019-2035, que refleja la ruta para el cierre de brechas de todos los servicios que provee EsSalud y que servirá como instrumento para la planificación de las inversiones de la entidad. La metodología planteada rompe el paradigma de continuar con el enfoque de oferta, para migrar hacia un enfoque de la demanda y, a su vez, plantea el uso eficiente de los recursos de inversión, fortaleciendo el primer nivel de atención. Los resultados obtenidos serán una guía a nivel macro para identificar las principales necesidades de inversión en la institución hacia 2035.

3.3.1. Metodología

En esta sección se presenta la metodología para la elaboración del PEInv para el periodo 2019-2035. Consiste es la identificación y valorización de las necesidades de inversión de la entidad en función de 1) la brecha de prestaciones de salud y 2) la brecha de prestaciones sociales. A su vez, la primera se divide en tres tipos de brecha: cobertura, categorización y rehabilitación. Luego del análisis de brechas, se presenta la metodología para el análisis y proyección de los recursos de inversión disponibles y la determinación de criterios de prioridad de gestión para la elaboración de la matriz estratégica de inversiones. La metodología responde a los objetivos planteados, sujeta a la disponibilidad de información.

Identificación de la brecha de prestaciones de salud

En la brecha de prestaciones de salud, se han definido tres tipos de brechas:

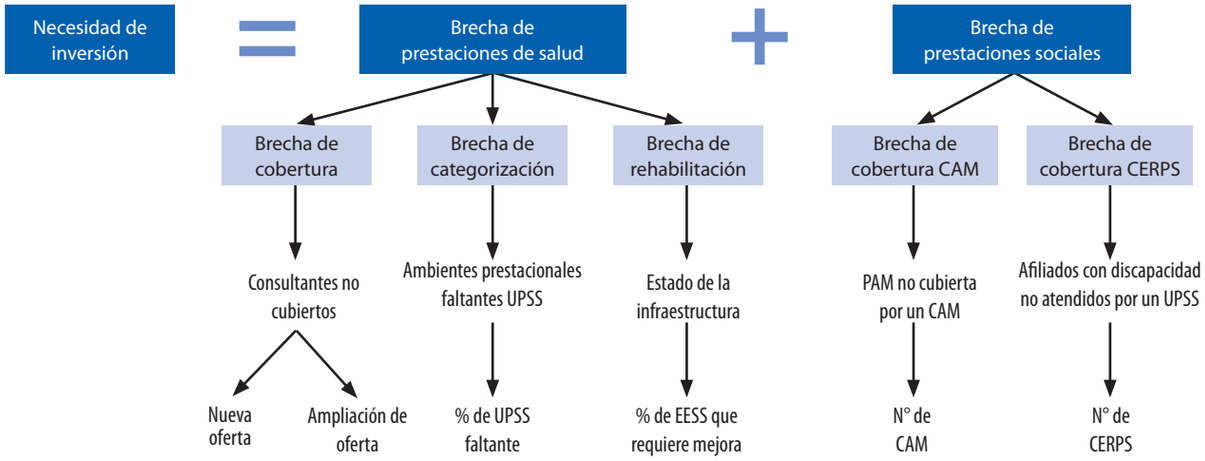
Brecha de cobertura: Identifica las necesidades de oferta de servicios de salud según rangos poblacionales y se compara con la oferta actual optimizada. Determina necesidades de oferta nueva, así como de ampliación de la oferta existente (upgrade) para atender la demanda.

Brecha de categorización: Identifica las necesidades mínimas de infraestructura que le falta a cada EESS para cumplir con la norma de categorización. Para cada EESS, se compara la cantidad de ambientes prestacionales actuales por UPSS con lo que indica la norma de categorización y de infraestructura del Minsa.

Brecha de rehabilitación: Identifica la proporción del establecimiento que debería ser mejorada, de acuerdo con el ISH y con los años de antigüedad de cada EESS.

A continuación, se detalla le identificación de cada una de las brechas de prestaciones de salud presentadas.

Figura 139 Metodología de estimación de necesidades de inversión



Elaboración propia.

- Brecha de cobertura

a. Identificación y proyección de la demanda

El primer paso consiste en estimar la cantidad de EESS que demandará la población beneficiaria en cada una de las redes asistenciales hacia 2035, según nivel de atención. Para ello, primero, se identifica la población demandante potencial; es decir, la población que requerirá en algún momento acceder a los servicios de salud que ofrece el seguro social (Ministerio de Economía y Finanzas, 2011). En este caso, se considera a la población total de asegurados como la demandante potencial de servicios de salud en el Seguro Social. La evolución histórica de la cantidad de asegurados se obtiene de la estadística institucional de EsSalud, elaborada por la Subgerencia de Estadística.

Esta demanda potencial se proyecta por Red Asistencial y por distrito hasta 2035, utilizando como marco referencial las proyecciones de crecimiento de la población nacional elaboradas por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Para la proyección de asegurados por red asistencial se siguieron los siguientes pasos. Se halla la proporción que representó el total de asegurados de EsSalud de cada red con respecto al total de la población nacional durante el periodo 2015-2018 y se determina la tasa de crecimiento promedio anual de esa proporción en cada red durante el periodo analizado para identificar el comportamiento de los asegurados. Si la tasa es positiva, esta se asume constante hasta 2035. Si la tasa es negativa, se asume que la proporción de asegurados de la red con respecto a la población nacional se mantendrá igual a la de 2018[32]. Con ello, se estima la cantidad de asegurados de EsSalud de cada red, aplicando la proporción proyectada en el punto anterior a las proyecciones de población nacional del INEI hasta 2035.

Luego, para la proyección de asegurados a nivel distrital se identifica la población asegurada por distrito para el periodo 2015-2018 y se halla la proporción que representó la población del distrito con respecto a la población total de la Red Asistencial en la cual se encuentra el distrito durante el periodo analizado. A partir de ello, se determina la proporción promedio por cada distrito en el periodo 2015-2018 y se proyecta la cantidad de asegurados de EsSalud en cada distrito, aplicando la proporción estimada en el punto anterior a las estimaciones de población proyectadas para cada Red Asistencial. Con estas estimaciones, se agregan las proyecciones de población de cada distrito y red asistencial para hallar la población estimada de asegurados de EsSalud a nivel nacional.

Así, una vez proyectada la demanda potencial, se estima la demanda efectiva debido a que no todos los asegurados se atienden en EsSalud (51% en 2018). Para esto, se emplea como referencia el nivel de extensión de uso que la entidad solicita a operadores al tercerizar su oferta asistencial, que es del 70%. Ello, además, va en línea con la extensión de uso de países de la Unión Europea, como referente para el Perú en el mediano y largo plazo, la cual es en promedio del 70%, en países con PBI per cápita 2018 entre 21 328 y 26 067 (WEO, 2018), este intervalo corresponde al PBI per cápita de Perú proyectado a 2035 (US$ 23 698) +/- 10% (en dólares PPP constantes de 2011). De esta manera, se obtiene la demanda efectiva al aplicar la proporción de consultantes a la proyección de población asegurada realizada anteriormente hasta 2035.

32 Este supuesto se basa en que las redes que muestran un crecimiento negativo son aquellas en las cuales se han desarrollado proyectos de inversión temporales (por ejemplo, actividades mineras). Esto genera que en estas zonas la población asegurada sea más volátil y dependa de los proyectos vigentes.

b. Determinación de la oferta de servicios actual

Por el lado de la oferta de servicios, en primer lugar, se identifica la distribución de EESS en las redes de prestación de servicios de EsSalud a lo largo del territorio nacional, así como la infraestructura que cada una de estas posee. Específicamente, se identifican los EESS propios que se encuentran en funcionamiento actualmente, así como los EESS extrainstitucionales que, a través de alguna modalidad contractual, también brindan servicios de salud a los asegurados.

Luego, se identifica el rol que desempeña cada establecimiento dentro de la red: su nivel de atención de acuerdo con la categoría asignada por el Minsa en base a la normativa sectorial. Para este último punto, se utiliza información institucional sobre las categorías de los EESS. Sin embargo, existen establecimientos que se encuentran en proceso de categorización y aún no cuentan con una categoría asignada por el Minsa. Para estos casos, se asume la equivalencia de la denominación de establecimientos de EsSalud y las categorías del Minsa, establecidas por la GCPS, según la siguiente tabla.

Tabla 92. Equivalencias de la denominación EsSalud con la categoría Minsa

Nivel de atención	EsSalud vigente	EsSalud equivalente	Categoría según Minsa
Primer nivel	Posta Médica	Centro Médico	I-2
	CAP I		
	Centro Médico		
	CAP II		
	Policlínico	Policlínico de Complejidad Creciente	I-3
	CAP III		
	Clínica Central de Prevención	Centro Especializado	I-3
Segundo nivel	Hospital I	Hospital General	II-1
	Hospital II		
	Hospital III	Hospital Especializado	II-2
Hospital IV			
	Centro Nacional de Salud Renal		Servicio Médico de Apoyo
Tercer nivel	Hospital Nacional	Hospital Nacional	III-1/III-2
	Instituto	Instituto	III-E

Fuente: GCPS, 2019.

Finalmente, se identifica la ubicación exacta de cada EESS y se determina la viabilidad de acceso de la población a cada uno de los establecimientos de la red a la cual se encuentra adscrita. Para ello, primero se utiliza información georreferenciada y se localiza los EESS dentro de la red en el mapa territorial del país. Asimismo, se identifica su ámbito de influencia; es decir, los distritos que atiende cada establecimiento. Se identifican las vías de acceso, el tipo de red vial, las distancias y el tiempo que les toma a los asegurados llegar al EESS en base a la información de accesibilidad provista en los planes directores, referencias de Google Maps y el Sistema Nacional Georreferenciado Sayhuite. De esta manera, se halla la oferta de infraestructura disponible actualmente para brindar servicios de salud en cada red asistencial.

c. Determinación de la oferta optimizada

Una vez determinado el nivel de oferta actual, se analiza la oferta optimizada. Esta se define como el margen para el crecimiento de la producción de servicios sin necesidad de incurrir en gastos de inversión, ya sea a través de modificaciones en la gestión o gastos pequeños de recursos (Ministerio de Economía y Finanzas, 2011). En esta línea, se identifica la posibilidad de incrementar la capacidad productiva de los EESS con los recursos disponibles actualmente.

Para ello, se verifica la posibilidad de reorganizar la adscripción de la demanda efectiva entre los EESS que conforman la red, de tal manera que los establecimientos que cuentan con la capacidad para adscribir más personas puedan hacerlo. De este modo, se descongestionan otros EESS que actualmente se encuentran sobresaturados o se abarca población que actualmente no está adscrita al primer nivel de atención. En 2018, alrededor del 33% del total de asegurados se encuentran adscritos a un hospital. Este análisis se realiza considerando tres criterios:

- Se considera que la población siempre debe estar adscrita a un EESS del primer nivel de atención. El objetivo de esto es reducir la carga de los establecimientos de mayor complejidad a través de menores atenciones de baja complejidad, que pueden ser resueltos en un primer nivel de atención.

- Rangos mínimos de población asignada según tipo de establecimiento y nivel de ruralidad del distrito. Para el primer nivel de atención se utiliza lo establecido por EsSalud en la Directiva 018-GG-ESSALUD-2013 que determina rangos poblacionales por denominación del establecimiento. La información sobre el nivel de ruralidad de cada distrito se obtuvo del Censo nacional 2017 del INEI, aplicando la misma metodología usada en los PDI: se considera que un distrito es rural si la población rural es 50% o más del total de la población, caso contrario se denomina urbano. Para el segundo nivel de atención se utiliza lo descrito en los PDI a 2025 de las redes asistenciales, en los cuales expertos de la Gerencia de Planeamiento y Desarrollo de EsSalud aproximan una capacidad referencial de población asignada óptima. Cabe señalar que ello no implica que se recomiende adscribir asegurados en el segundo nivel de atención, sino solo dimensionar la capacidad que tendrían para atender a determinada población. El siguiente cuadro presenta los rangos poblacionales que cada establecimiento podría abarcar según su nivel de complejidad.

Tabla 93. Población asignada óptima según tipo de EESS

Población rural	Población urbana	Denominación EsSalud (según Directiva 018)	Categoría Minsa
2000–9999	5000–24 999	Centro Médico	I-2
10 000–24 999	25 000–50 000	Policlínico de Complejidad Creciente	I-3
50 000–144 999		Hospital General	II-1
150 000–399 999		Hospital Especializado	II-2
Sin población asignada		Hospital Nacional	III-1 / III-2
Sin población asignada		Instituto	II-E

Fuente: Directiva 018-GG-ESSALUD-2013. Planes Directores de Inversiones al 2025. EsSalud.

- Nivel de accesibilidad de la población. De acuerdo con la Resolución de Gerencia General 1516-GG-ESSALUD-2018, se establece como criterio de adscripción la cercanía del EESS respecto al domicilio del afiliado. Bajo este marco, se corrobora que las distancias y los tiempos de transporte entre los EESS y su nuevo ámbito de influencia (nuevos distritos adscritos) no sobrepase el tiempo referencial establecido en los planes directores (3 horas). En algunos casos excepcionales, especialmente en zonas alejadas, este criterio se flexibiliza. Para obtener esta información se utilizan los planes directores, referencias de Google Maps y el Sistema Nacional Georreferenciado Sayhuite.

Finalmente, la oferta optimizada consiste en una reconfiguración de las zonas de influencia de los EESS existentes, de manera que les permita utilizar adecuadamente su capacidad para cubrir a la población demandante efectiva. En base a esta nueva oferta optimizada, se estima la brecha de inversiones existente.

Para la estimación de esta brecha se compara la oferta optimizada con la población demandante efectiva de cada red. De acuerdo con la cantidad de población óptima establecida en la Directiva 018-GG-ESSALUD-2013 y el nivel de ruralidad del distrito, se determina en qué zonas existe un déficit de infraestructura. Este déficit puede ser de dos tipos: 1) Existe población que no se encuentra cubierta por ningún EESS de primer nivel y, 2) Existe un EESS que cubre a determinada población; sin embargo, puede atender a más personas si aumenta de categoría. Para el primer caso, se identifica una necesidad de nueva oferta mientras que, para el segundo, se identifica una necesidad de ampliación (*upgrade* de categoría) del EESS existente. Este análisis se realiza solo para el primer y segundo nivel de atención, pues no se cuenta con un rango de población referencial para el tercer nivel de atención.

Adicionalmente, para determinar la brecha se toma en consideración las distancias y tiempos referenciales de acceso entre los distritos que conforman la red. De esta manera, si existen varios distritos cercanos sin acceso a un EESS, se agrupa su población y se determina la necesidad de infraestructura necesaria. De manera similar, para el análisis del segundo nivel de atención, se analiza los tiempos de transporte de los establecimientos de primer nivel al hospital de referencia de segundo nivel. Si las distancias son muy grandes, aunque la población demandante no justifique la implementación de un nuevo establecimiento o la ampliación de uno existente, se considera como parte de la necesidad.

Teniendo en consideración ambos criterios se determina la cantidad y la categoría de los nuevos establecimientos requeridos, así como la cantidad de ampliaciones según la categoría a la cual se requiere suban los EESS. Esta brecha representa necesidades de inversión, lo cual no implica necesariamente que deban ser cubiertas con oferta propia. Es probable que, en algunos casos, puedan realizarse convenios con el Minsa o contratos con prestadores privados para cubrir las necesidades de oferta. Cada caso deberá ser evaluado de manera oportuna.

Brecha de categorización

Esta brecha se estima al contrastar los ambientes prestacionales[33] que posee cada UPSS en cada EESS, con lo requerido por las normas sectoriales. Específicamente, consiste en calcular la cantidad de ambientes que existen

33 Solo se considera ambientes prestacionales pues los Planes Directores no proveen información acerca de los ambientes complementarios existentes. A su vez, solo se considera la brecha existente a nivel de UPSS de atención directa y de soporte, mas no a nivel de actividades. Esto debido a que no se cuenta con esta información completa en todos los PDI.

dentro de cada UPSS en el EESS con la cantidad de ambientes que requiere dicha UPSS según la categoría del establecimiento. De esta manera, se halla el porcentaje de la UPSS que se encuentra incompleto para cumplir con lo mínimo requerido. La agregación de los distintos déficits que presenta cada UPSS de un EESS constituye su necesidad para categorizarse.

La información de los requerimientos mínimos de infraestructura se obtiene de los siguientes documentos:

- RM 076-2014-MINSA: Para identificar que UPSS debe tener cada EESS según su categoría Minsa.
- RM 045-2015-MINSA/NTS, 113-MINSA/DGIEM: Para determinar los ambientes prestacionales mínimos que requieren los EESS en el primer nivel de atención.
- RM 660-2014-MINSA/NTS, 110-MINSA/DGIEM: Para determinar los ambientes prestacionales mínimos que requieren los EESS en el II nivel de atención.

La situación actual de los establecimientos se desprende de los PDI a 2025 elaborados por las redes asistenciales, los cuales contienen información de los ambientes prestacionales existentes en cada establecimiento a 2016. No obstante, esta información tiene ciertas limitaciones. En primer lugar, los planes no proveen información del tercer nivel y existen 23 EESS cuya información no figura en los planes. En estos casos, se asumió que los EESS sin información tendrían una brecha equivalente al promedio de la brecha de los establecimientos de su misma categoría y en el caso de los EESS de III nivel se asumió el promedio de la brecha de aquellos del segundo nivel. Para esta brecha no se consideran los EESS extrainstitucionales ni el Centro Nacional de Salud Renal. Por ello, el análisis se realizó para 381 EESS.

Brecha de rehabilitación

La estimación de esta brecha consiste en identificar el estado actual de la infraestructura y analizar si es que esta amerita algún nivel de rehabilitación para que esta sea adecuada para la prestación de servicios. En caso lo requiera, se determina la proporción del EESS que debería ser mejorada. Para ello, se utiliza el diagnóstico realizado sobre el estado de la infraestructura al momento de determinar la oferta actual; el cual se basa en información del ISH, el reporte de infraestructura de la SGM (para los EESS que no cuentan con ISH) y los años de antigüedad.

En específico, se analiza el estado de conservación actual del establecimiento considerando su nivel de antigüedad, reportado por la SGM, y el Índice de Seguridad Hospitalaria (ISH), calculado por la Oficina de Defensa Nacional (ODN). El índice mide tres componentes, dándoles diferentes pesos de ponderación: i) seguridad estructural (50%), II) seguridad no estructural (30%) y, III) seguridad funcional (20%). Luego, clasifica a los EESS en tres categorías: A, B o C, recibiendo C los EESS que requieren una intervención más urgente (Organización Panamericana de la Salud, 2008).

Sin embargo, no se ha calculado el ISH para todos los centros asistenciales. En estos casos, se utiliza el reporte de estado de la infraestructura realizado por la SGM. Este reporte clasifica la infraestructura en bueno (B), regular (R) y malo (M) de acuerdo con la situación actual de la infraestructura en cuatro componentes: i) estado de la arquitectura, II) estado de la estructura, III) estado de las instalaciones eléctricas, y iv) estado de las instalaciones sanitarias. Para que ambas clasificaciones sean equivalentes, al igual que en el cálculo del ISH, se le da una mayor

importancia al estado de las estructuras reportado por la SGM. A continuación, en la tabla 94 muestra los criterios empleados para establecer la equivalencia entre ambos reportes.

Tabla 94. Criterios de equivalencia entre reporte de infraestructura de la SGM y el ISH

Clasificación de la SGM	Clasificación ISH
Componente estructura calificado como M. 3 a 4 componentes calificados como M.	C
Componente estructura calificado como R. 1 a 2 componentes calificados como M.	B
Componente estructura calificado como B y ningún otro componente calificado como M.	A

Elaboración propia.

Los criterios asumidos para determinar la necesidad de rehabilitación de los EESS son los expuestos en la tabla 95. De esta manera, si es que el EESS ha obtenido un C en el ISH, se asume que la totalidad del EESS necesita rehabilitación (100%). Si ha obtenido B, se considera que necesita rehabilitar el 50% del EESS. Finalmente, si su ISH es A y su antigüedad es de 25 o más años, la necesidad de rehabilitar asciende al 33% del EESS. Finalmente, no se considera que el EESS requiere mejoramiento de su infraestructura si el ISH es A y su antigüedad es menor de 25 años.

Tabla 95. Criterios para determinar la brecha de rehabilitación

ISH	Antigüedad	% del EESS que requiere mejoramiento
A	Menor a 25 años	No existe brecha
A	25 años a más	33%
B		50%
C		100%

Elaboración propia.

Identificación de la brecha de prestaciones sociales

En cuanto a la demanda de prestaciones sociales, se aplica una metodología similar. La demanda potencial de CAM identifica a todos los asegurados mayores de 65 años, considerando que las personas adultas mayores (PAM) se incorporan a estos centros después de su jubilación. Luego, se obtiene la proporción de la población de adultos mayores por red asistencial sobre el total de asegurados por red para los años 2015-2018 y se promedian dichas tasas con el fin de utilizarlas para realizar la proyección. Es decir, se aplica el promedio de esa proporción por red durante ese periodo a la proyección de la demanda total de cada red a 2035.

Para estimar la demanda efectiva, se aplica un factor de corrección —debido a que no todos los PAM asegurados asisten a un CAM o Ciram—, análogo a la extensión de uso de la brecha de cobertura estimada previamente. Debido a que no se cuenta con un valor referencial, el factor se estima identificando la predisposición a acudir a un CAM. Se identifica la proporción de afiliados a cada CAM más el Ciram correspondiente en relación con la PAM asegurada en cada provincia. El factor resultó 28%, lo que significa que en las provincias donde hay CAM, a estos se afilia el 28% de la PAM.

En cuanto a los CERPS, la demanda se estima identificando a las personas discapacitadas por Red Asistencial, utilizando un factor de corrección de predisposición a acudir a un CERPS. En este caso, la demanda potencial corresponde al total de asegurados entre 14 y 64 años con discapacidad que, según EsSalud (2018), las personas con discapacidad representan un 11% de la población asegurada total por red. Con ello, se obtiene la proporción de la población de asegurados de 14 a 64 años con discapacidad sobre el total de asegurados por Red Asistencial para 2018. La misma proporción se aplica a la proyección de los asegurados a 2035. Finalmente, para identificar la demanda efectiva, se determina la población predispuesta a acudir a un CERPS aplicando el factor de corrección empleado para el análisis de los CAM, pues no se cuenta con información ni normativa suficiente de los CERPS.

Por el lado de la oferta de CAM y CERPS, se identifica su ubicación en las redes de prestación de servicios de EsSalud a nivel nacional y la infraestructura que cada una de estas posee. Específicamente, se identifican aquellos que se encuentran en funcionamiento actualmente. En ambos casos, la oferta optimizada es igual a la oferta actual. En los CAM, no se ha podido identificar la capacidad de atención de cada centro en la normativa. La norma solo especifica la cantidad de actividades mínimas que debe realizar el CAM según su nivel de atención y un mínimo de personas a atender. Sin embargo, no determina valores máximos en ningún caso. En cuanto a los CERPS, no existe normativa que defina la capacidad de atención.

La brecha de prestaciones sociales, tanto para CAM como para CERPS, se estima solo para la brecha de cobertura, pues no se cuenta con información suficiente para estimar las otras dos brechas presentadas previamente. Para CAM se comparó la demanda actual empleando una ratio de capacidad de CAM con la oferta identificada. Si bien EsSalud (2012) define la cantidad mínima de población a atender según la categoría del CAM, no define con exactitud la capacidad máxima, por ello, para fines prácticos, se consideró que los CAM tendrían 1500 personas inscritas. Bajo este supuesto, se dividió a la población consultante entre 1500. El resultado se compara con la oferta actual y con ello se identifica la brecha a 2035.

Para la brecha de CERPS se emplea la misma metodología. Al carecer de un parámetro para identificar cada cuántas personas con discapacidad se debe proveer los servicios de estos centros; para fines prácticos, y sobre la base de reuniones sostenidas con el área usuaria, se consideró que los CERPS tendrían 2000 personas inscritas. Bajo este supuesto, se dividió a la población consultante entre 2000. El resultado se compara con la oferta actual y con ello se identifica la brecha a 2035.

Valorización de brechas

- Brecha de prestaciones de salud

La valorización de la brecha de prestaciones de salud abarca las necesidades identificadas en las brechas de cobertura, categorización y rehabilitación. Para ello, se parte de la estimación referencial de los costos de invertir en EESS nuevos para cada categoría del primer, segundo y tercer nivel de atención. En esa línea, se requiere estimar: 1) costos de obra civil, 2) estudios técnicos y supervisión, y 3) equipamiento.

$$\textit{Costo EESS} = \textit{Obra civil} + \textit{Estudios y supervisión} + \textit{Equipamiento} \qquad \textbf{(F1)}$$

Los costos de obra civil requieren la identificación de costos unitarios y áreas referenciales por categorías, así como la aplicación de un factor correspondiente a una proporción del costo de obra civil por concepto de aisladores y ecoeficiencia.

$$\textit{Costo Obra civil} = \textit{área} * \textit{Pu} * (1 + \textit{factor}) \qquad \textbf{(F2)}$$

Donde:

Área = área del establecimiento para cada categoría

Pu = precio unitario por m^2 para cada categoría

Factor = 5% para establecimientos del primer nivel de atención por concepto de ecoeficiencia y 12% por concepto de ecoeficiencia y aisladores para establecimientos del segundo nivel

Los costos de estudios técnicos y supervisión de la ejecución de obra se asumen en 15% de la obra civil. En cuanto al costo referencial de equipamiento asistencial de los establecimientos, se asume que este es 50% de la obra civil.

En esa línea, es relevante identificar los costos unitarios y áreas por categoría de EESS. Para ello, se revisaron en el Banco de Inversiones del Invierte.pe estudios de preinversión a nivel de perfil viables en el sector salud. Es decir, montos de inversión y áreas estimados en estudios elaborados por EsSalud (GCPI) y por el Minsa (Programa Nacional de Inversiones en Salud). Debido a insuficiente información sobre costos y áreas de institutos especializados, se asume que son equivalentes a la categoría inmediata inferior. El resultado de los proyectos revisados se muestra en la siguiente tabla.

Tabla 96. Costos y áreas referenciales por categoría de establecimiento

Concepto	I-1	I-2	I-3	I-4	II-1	II-2 / II-E	III-1	III-2 / III-E
Costo referencial por m^2 (S/)	4843	5381	5979	6232	6838	7574	6573	6002
Área referencial (m^2)	1303	2369	4307	7889	13 693	25 170	39 100	56 901

Elaboración propia.

En base a este vector de costos unitarios y áreas referenciales, aplicando la fórmula F1, se obtuvo los siguientes costos totales referenciales para cada categoría de EESS.

Tabla 97. Costos de inversión referenciales por categoría de establecimiento (S/)

I-1	I-2	I-3	I-4	II-1	II-2 / II-E	III-1	III-2 / III-E
10 931 648	22 084 138	44 614 421	85 177 417	173 034 943	352 277 869	474 936 056	631 150 993

Elaboración propia.

Es importante señalar que los costos presentados son referenciales y que, al momento de su ejecución, cambiarán en función de la demanda, disponibilidad de terreno, ubicación geográfica, entre otros conceptos. Sin embargo, para fines de la estimación de las necesidades de inversión de EsSalud, se asumen dichos costos.

Brecha de cobertura: la oferta nueva se valoriza con los costos de la tabla 97, según la necesidad identificada. Las necesidades de *upgrade* se valorizan como la diferencia entre el costo de la nueva categoría del establecimiento y el costo de su categoría actual.

Brecha de categorización: se aplica la fórmula F1 a nivel de UPSS. El área se ha estimado para cada UPSS y categoría de los EESS según las normas técnicas del Minsa. El precio unitario corresponde al precio referencial por UPSS, por categoría del establecimiento. Finalmente, al monto referencial resultante se le aplica el porcentaje de la brecha de categorización estimada previamente. El monto total de inversión de esta brecha se obtiene sumando el costo de cerrar la brecha de cada UPSS.

Brecha de rehabilitación: se aplica la fórmula F1 con las áreas actuales de los EESS y el vector de costos unitarios de la tabla 96.

De esta manera, el monto total de la inversión necesaria para la prestación de servicios de salud a 2035 se obtiene según la siguiente fórmula.

$$\textit{Inversión} = \textit{Cobertura} + \textit{ECategorización} + \textit{Rehabilitación} + \textit{Reemplazos}$$

Por un lado, los montos de la brecha de cobertura, categorización y rehabilitación se obtienen al considerar las necesidades de nueva oferta de la brecha de cobertura y aquellos EESS de las otras brechas que son de propiedad de EsSalud. Por otro lado, para aquellos establecimientos que no son de propiedad de EsSalud (locales alquilados, cedidos, en problema legal, etc.) y presentan alguna brecha, se asume que deberán ser reemplazados en su totalidad como si fueran un establecimiento nuevo. Ello debido a que solo se puede invertir en establecimientos que funcionan en locales propios bajo la gestión de EsSalud[34]. Si algún establecimiento que no es propiedad de EsSalud presenta más de una brecha, la valorización de la inversión correspondiente a su categoría se cuenta solo una vez.

34 Por ejemplo, si un EESS de categoría I-3 requiere más ambientes para cumplir con la normativa, pero es alquilado, se considera que este se debe reemplazar.

Cabe señalar que en cada caso existe una variedad de posibilidades de intervención en las necesidades identificadas en los establecimientos. La definición exacta del tipo de intervención para cerrar las brechas se deberá definir durante el desarrollo de los estudios técnicos correspondientes.

- Brecha de prestaciones sociales

La valorización de las brechas de prestaciones sociales se realiza determinando el área referencial de cada CAM o CERPS y el costo por m^2 correspondiente. Para determinar los costos de inversión de la brecha de CAM, se considera que el área necesaria será de 500 m^2 por CAM. Debido a que no se cuenta con un valor referencial por m^2, se emplean los costos referenciales de inversión de la unidad funcional Consulta Externa identificado para la brecha de categorización.

Para el caso de CERPS, al no conocer una normativa que defina un área mínima para permitir su funcionamiento, se acordó con el área usuaria que un centro debe proporcionar 2000 m^2 construidos. Asimismo, se utiliza el precio unitario por m^2 de la unidad funcional Medicina de Rehabilitación identificado para la brecha de categorización. Tanto para CAM como CERPS se adiciona la proporción de equipamiento respecto a la inversión estimada, asumiendo que es 0,50, debido a la falta de información existente al respecto.

Identificación de los recursos de inversión disponibles y criterios de prioridad de gestión

La proyección de los recursos de inversión para el periodo 2019-2035 ha sido provista por EsSalud, en específico por la GCPP. Con esta información se identifica la disponibilidad de recursos presupuestales con la que dispondrá la entidad para gastos de capital y así enfrentar la valorización de las brechas identificadas.

Dado que los recursos disponibles que tiene EsSalud para inversiones son limitados, se determinan criterios de prioridad de gestión que debe seguir la entidad para cerrar la brecha de infraestructura existente, de modo de empezar por aquellos que generen mayor beneficio social. Para ello, se toma como referencia los criterios establecidos por el Minsa como ente rector en el documento técnico "Indicadores asociados a la medición de las brechas de servicios y criterios de priorización para las inversiones del sector salud". Asimismo, se considera el modelo de atención actual de EsSalud y la información disponible para determinar los criterios de prioridad de gestión.

Los criterios se definen diferenciando entre establecimientos de propiedad de EsSalud y aquellos de otro tipo de propiedad. Así, se aplican los criterios establecidos y se ordenan las necesidades de inversión identificadas para cerrar la brecha de infraestructura en cada una de las redes asistenciales. Como resultado, se elabora una matriz estratégica de inversiones según orden de prioridad.

3.3.2. Articulación con los objetivos estratégicos institucionales

El PEInv 2019-2035 se articula directamente con los objetivos estratégicos institucionales y sectoriales. Este alineamiento se incorpora en las tres brechas identificadas y en los criterios de prioridad de gestión propuestos en la sección previa (3.3.1. Metodología).

El PEI de EsSalud 2017-2021 define cuatro objetivos estratégicos para orientar la gestión institucional. El PEInv 2019-2035, como plan orientador de las inversiones de EsSalud, contribuye al alcance de uno: Brindar servicios preventivos y recuperativos a satisfacción de los asegurados. Esto lo realiza a través de su contribución con dos acciones estratégicas: 1) Mejorar la calidad de las prestaciones y satisfacción del asegurado y 2) Alcanzar estándares de excelencia de cuidados y prevención en salud.

En cuanto a la primera acción, el PEInv está directamente relacionado con los siguientes indicadores: 1) Personas con discapacidad, usuarios de CERPS y MBRPS que se integran laboralmente; y 2) Adultos mayores beneficiados con atención integral. Respecto a la segunda acción, los indicadores asociados son: 1) Grado de resolutividad del primer nivel y 2) tasa de hospitalizaciones evitables. De esta forma, el PEInv contribuye al logro de la misión y visión institucionales, mediante su aporte a la calidad y accesibilidad de las prestaciones de salud.

En la misma línea, la Política de Inversiones en EsSalud establece seis políticas institucionales de inversión. En este sentido, el PEInv está directamente alineado con cinco de ellas: 1) Promover las Inversiones para fortalecer los servicios de salud del primer nivel de atención, 2) Fortalecer la planificación de inversiones, 3) Optimizar las inversiones, 4) Contribuir a mejorar la calidad de los servicios de salud, y 5) Promover las Inversiones con enfoque de equidad y oportunidad.

Cabe precisar que, además de estar alineado con las políticas institucionales, el PEInv es consecuente con los lineamientos sectoriales y nacionales. Específicamente, aporta al primer objetivo estratégico del PESEM 2017-2021 del MTPE, "Promover empleos formales con acceso a los derechos laborales y cobertura de seguridad social para lograr un desarrollo productivo y sostenido de nuestra economía" a través de su contribución al logro de la acción estratégica "Promover una mejor calidad y mayor cobertura de la seguridad social y la prevención de riesgos" (Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo, 2017).

En el caso del sector salud, el PEInv aporta al alcance de dos de los tres objetivos estratégicos del PESEM 2016-2021 del Minsa: (i) Mejorar la salud de la población y (II) Ampliar la cobertura de aseguramiento para la protección en salud. El primer objetivo está relacionado con el fortalecimiento del primer nivel, mediante el cual el PEInv facilita el logro de las acciones estratégicas 1) Reducir la mortalidad materna y neonatal, 2) Reducir la desnutrición infantil y anemia, 3) Controlar las enfermedades transmisibles, 4) Disminuir las enfermedades no transmisibles, y 5) Reducir los riesgos y/o lesiones ocasionadas por factores externos. En cuanto a las acciones estratégicas que corresponden al segundo objetivo, el PEInv está relacionado con (i) Expandir la oferta de servicios de salud.

Finalmente, el PEInv se alinea a los principios rectores que rigen la programación multianual de inversiones nacional en el marco del sistema Invierte.pe: considera el cierre de brechas de infraestructura y acceso a servicios públicos, vincula objetivos nacionales y planes sectoriales nacionales, y se realiza a partir de un diagnóstico de las brechas existentes.

De este modo, el PEInv se articula expresamente con el cumplimiento de los objetivos sectoriales e institucionales, con la finalidad de contribuir a mejorar el acceso a servicios de salud de calidad de los asegurados.

3.3.3. Estimación de la brecha de infraestructura

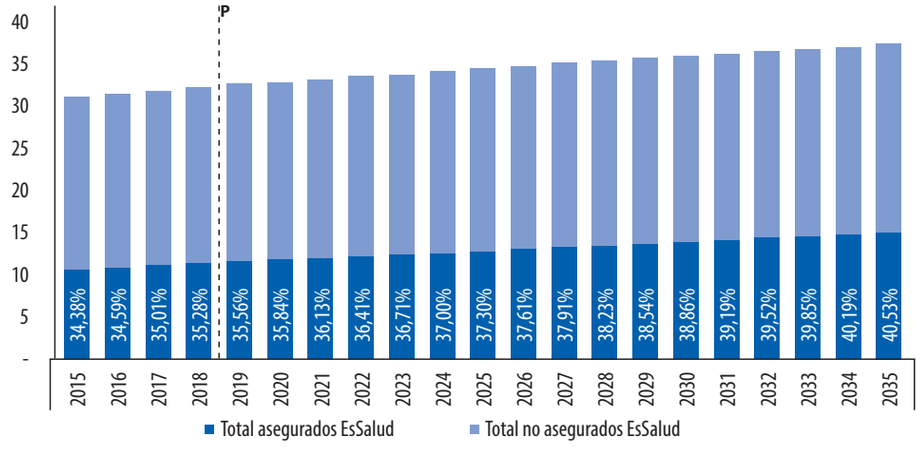
En esta sección la estimación de la brecha de infraestructura de EsSalud a 2035. Es importante resaltar que los resultados obtenidos difieren de lo indicado en el PDI 2016-2025 de EsSalud debido a que la metodología aplicada es sustantivamente distinta. Principalmente, se diferencian en que la demanda del PDI se estima con la demanda potencial (totalidad de la población asegurada), mientras que en el PEInv 2019-2035 se considera la demanda efectiva (consultantes). Asimismo, se plantea una asignación eficiente de los asegurados en la oferta actual para definir una situación de oferta optimizada. Los resultados se muestran a continuación.

3.3.3.1. Brecha de prestaciones de salud

Identificación y proyección de la demanda

De acuerdo con las estimaciones realizadas, la población total de asegurados crecerá a una tasa moderada en los próximos años. De las 11,35 millones de personas aseguradas en 2018, EsSalud pasaría a cubrir alrededor de 15,09 millones en 2035; lo cual representa un crecimiento del 32,95% acumulado en el periodo analizado. De esta manera, el 40,53% de la población nacional se encontraría asegurada por EsSalud en 2035. La figura 140 muestra esta proyección.

Figura 140. Proyección de la demanda potencial de EsSalud (millones de personas)



Fuente: Estadística institucional EsSalud. Proyecciones de población del INEI. Elaboración propia.

Las redes de atención que congregarían una mayor cantidad de asegurados serían las tres redes de Lima (Almenara, Rebagliati y Sabogal), abarcando alrededor del 46% del total de asegurados de EsSalud a 2035. Asimismo, cabe mencionar que las redes asistenciales Huaraz, La Libertad, Cajamarca, Tarapoto, Madre de Dios, Moyobamba, Ucayali, Piura y Lambayeque muestran una tendencia de crecimiento importante de su población asegurada en los próximos años. Esto se refleja en la mayor proporción de asegurados que presentarían estas redes con respecto al total en 2035. A continuación, la tabla 98 resume la proyección de los asegurados por Red Asistencial.

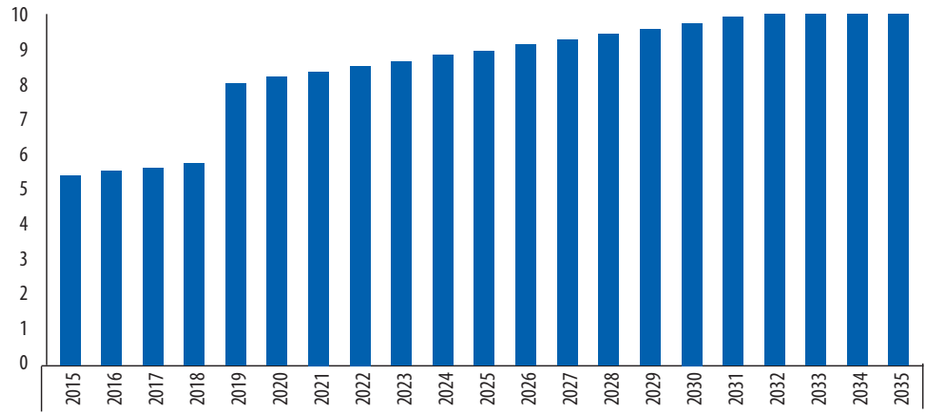
Tabla 98 . Proyección de la demanda potencial por Red Asistencial (millones de personas)

Red Asistencial	2018	2035	% Total de Aseg. 2035
Red Asistencial Rebagliati	1,94	2,61	17,29%
Red Asistencial Sabogal	1,80	2,39	15,84%
Red Asistencial Almenara	1,60	1,87	12,41%
Red Asistencial La Libertad	0,66	1,13	7,51%
Red Asistencial Arequipa	0,67	0,92	6,06%
Red Asistencial Piura	0,64	0,89	5,89%
Red Asistencial Lambayeque	0,60	0,83	5,50%
Red Asistencial Ica	0,47	0,62	4,08%
Red Asistencial Junín	0,37	0,43	2,87%
Red Asistencial Cusco	0,34	0,40	2,63%
Red Asistencial Loreto	0,24	0,31	2,06%
Red Asistencial Cajamarca	0,19	0,30	1,98%
Red Asistencial Áncash	0,22	0,28	1,85%
Red Asistencial Huánuco	0,17	0,23	1,54%
Red Asistencial Huaraz	0,11	0,22	1,46%
Red Asistencial Ucayali	0,14	0,20	1,34%
Red Asistencial Juliaca	0,14	0,19	1,26%
Red Asistencial Tarapoto	0,11	0,17	1,16%
Red Asistencial Tacna	0,12	0,14	0,93%
Red Asistencial Ayacucho	0,11	0,13	0,86%
Red Asistencial Puno	0,10	0,12	0,78%
Red Asistencial Moquegua	0,10	0,11	0,74%
Red Asistencial Pasco	0,10	0,11	0,73%
Red Asistencial Apurímac	0,08	0,10	0,65%
Red Asistencial Huancavelica	0,08	0,09	0,62%
Red Asistencial Amazonas	0,07	0,08	0,54%
Red Asistencial Tumbes	0,07	0,08	0,54%
Red Asistencial Moyobamba	0,05	0,08	0,51%
Red Asistencial Madre de Dios	0,04	0,06	0,39%
TOTAL	**11,35**	**15,09**	**100%**

Fuente: Subgerencia de Estadística/GCPP, EsSalud. Elaboración propia.

De la población total de asegurados, alrededor del 50% recurre a atenderse a los establecimientos de EsSalud (consultantes). Por ello, de acuerdo con la metodología planteada, se proyecta la demanda efectiva de servicios de salud. Como se muestra en la figura 141, al igual que la demanda potencial, la proyección presenta una tendencia de crecimiento de la población asegurada consultante durante el periodo analizado. De esta manera, la demanda efectiva pasaría de 5,76 millones de asegurados en 2018 a 10,57 millones en 2035; lo cual representa un crecimiento del 83,51%.

Figura 141. Proyección de la demanda efectiva de EsSalud (millones de personas)



Fuente: Subgerencia de Estadística/GCPP - EsSalud. Elaboración propia.

Asimismo, la tabla 99 presenta la proyección de los consultantes por Red Asistencial. Como se aprecia, las Redes Asistenciales de Lima son las que tendrán el mayor número de consultantes, mientras que Amazonas, Tumbes, Moyobamba y Madre de Dios son aquellas con menos consultantes. En base a la proyección de esta demanda efectiva, se estima la brecha de cobertura de EsSalud.

Tabla 99. Proyección de la demanda efectiva por Red Asistencial (millones de personas)

Red Asistencial	Consultantes 2035	% del total de consultantes
Red Asistencial Rebagliati	1,83	17,28%
Red Asistencial Sabogal	1,67	15,84%
Red Asistencial Almenara	1,31	12,41%
Red Asistencial La Libertad	0,79	7,51%
Red Asistencial Arequipa	0,64	6,06%
Red Asistencial Piura	0,62	5,89%
Red Asistencial Lambayeque	0,58	5,50%
Red Asistencial Ica	0,43	4,08%
Red Asistencial Junín	0,30	2,87%
Red Asistencial Cusco	0,28	2,63%
Red Asistencial Loreto	0,22	2,06%
Red Asistencial Cajamarca	0,21	1,98%
Red Asistencial Áncash	0,20	1,85%
Red Asistencial Huánuco	0,16	1,54%

Red Asistencial	Consultantes 2035	% del total de consultantes
Red Asistencial Huaraz	0,15	1,46%
Red Asistencial Ucayali	0,14	1,34%
Red Asistencial Juliaca	0,13	1,26%
Red Asistencial Tarapoto	0,12	1,16%
Red Asistencial Tacna	0,10	0,93%
Red Asistencial Ayacucho	0,09	0,86%
Red Asistencial Puno	0,08	0,78%
Red Asistencial Moquegua	0,08	0,74%
Red Asistencial Pasco	0,08	0,73%
Red Asistencial Apurímac	0,07	0,65%
Red Asistencial Huancavelica	0,07	0,62%
Red Asistencial Amazonas	0,06	0,54%
Red Asistencial Tumbes	0,06	0,54%
Red Asistencial Moyobamba	0,05	0,51%
Red Asistencial Madre de Dios	0,04	0,39%
Total	**10,57**	**100%**

Fuente: Subgerencia de Estadística/GCPP, EsSalud. Elaboración propia.

Identificación de la oferta

Como se ha descrito en el diagnóstico estratégico, la oferta actual de EsSalud consiste en 397 EESS de salud en funcionamiento, de los cuales 382 son propios y 15 son extrainstitucionales. Estos últimos funcionan en las tres redes de Lima (Sabogal, Almenara y Rebagliati), uno pertenece a la Red Asistencial Piura y otro a la Red Asistencial de Arequipa.

Con respecto al nivel de complejidad de los EESS, la mayor parte pertenece al primer nivel de atención (311), mientras que solo 73 pertenecen al segundo nivel y 13 al tercer nivel. Sin embargo, no es posible conocer específicamente la categoría Minsa de todos los establecimientos, pues existen 48 EESS que no han sido categorizados y 15 extrainstitucionales a los cuales no se les asigna categoría. Para estos casos, se ha aplicado la equivalencia descrita en la metodología. La organización final de los centros asistenciales según el proceso descrito se presenta en la siguiente tabla.

Tabla 100. EESS según categoría, 2018

Nivel	Categoría Minsa	Nro. de EESS
Nivel I	I-1	3
	I-2	167
	I-3	124
	I-4	17
Nivel II	II-1	51
	II-2	17
	II-E	5
Nivel III	III-1	8
	III-1/III-2	1
	III-2	2
	III-E	1
	SMA	1
TOTAL		**397**

Fuente: Subgerencia de Estadística / GCPP, EsSalud. Elaboración propia.

El total de establecimientos mencionados se encuentra distribuido entre las 29 redes asistenciales que funcionan a nivel nacional, con la excepción de los tres institutos especializados que cubren problemas específicos de salud. Como se muestra en la tabla 101, las redes asistenciales que cuentan con mayor cantidad de establecimientos son la Red Asistencial La Libertad, Arequipa y Lambayeque; seguido de las redes que cubren los distritos de Lima. Cabe resaltar que son estas redes también las que concentran los EESS de mayor complejidad, tanto hospitales de segundo nivel como de tercer nivel.

Tabla 101. EESS por nivel de atención, según Red Asistencial, 2018

Red Asistencial	I Nivel	II Nivel	III Nivel	Total
Red Asistencial La Libertad	26	8	2	36
Red Asistencial Arequipa	24	3	1	28
Red Asistencial Lambayeque	19	5	1	25
Red Asistencial Rebagliati	19	5	1	25
Red Asistencial Sabogal	17	5	1	23
Red Asistencial Junín	19	2	1	22
Red Asistencial Almenara	14	6	1	21

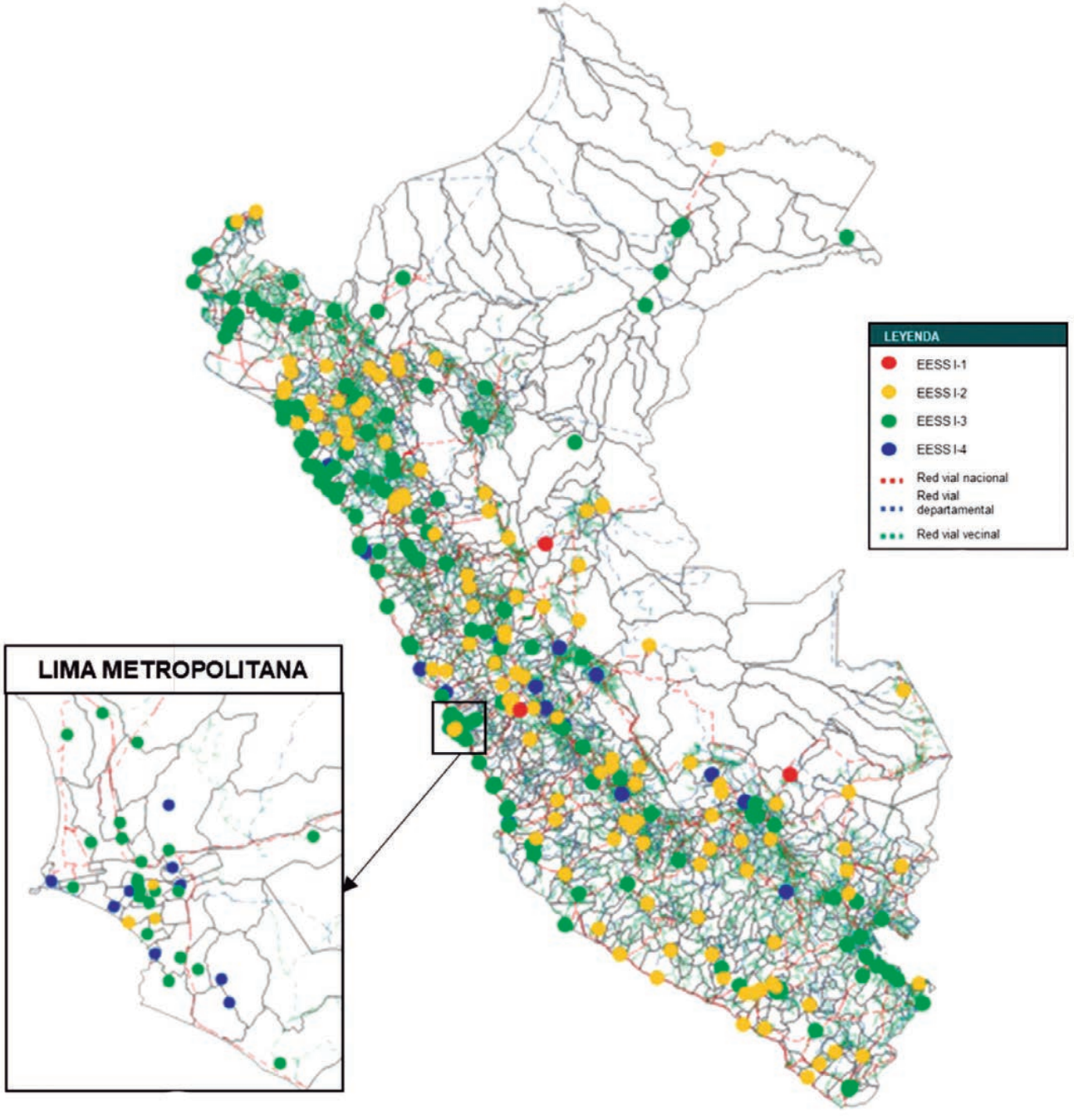
Red Asistencial	I Nivel	II Nivel	III Nivel	Total
Red Asistencial Piura	17	3	1	21
Red Asistencial Cusco	15	1	1	17
Red Asistencial Ica	13	4	0	17
Red Asistencial Pasco	11	3	0	14
Red Asistencial Huánuco	11	2	0	13
Red Asistencial Áncash	11	1	0	12
Red Asistencial Cajamarca	11	1	0	12
Red Asistencial Juliaca	10	2	0	12
Red Asistencial Amazonas	7	3	0	10
Red Asistencial Ayacucho	9	1	0	10
Red Asistencial Loreto	7	1	1	9
Red Asistencial Puno	7	2	0	9
Red Asistencial Apurímac	6	2	0	8
Red Asistencial Tacna	7	1	0	8
Red Asistencial Huancavelica	6	1	0	7
Red Asistencial Huaraz	6	1	0	7
Red Asistencial Ucayali	6	1	0	7
Red Asistencial Moquegua	4	2	0	6
Red Asistencial Tarapoto	3	2	0	5
Red Asistencial Tumbes	3	1	0	4
Red Asistencial Madre de Dios	2	1	0	3
Red Asistencial Moyobamba	1	2	0	3
Institutos especializados	0	1	2	3
Total	311	73	13	397

Fuente: Subgerencia de Estadística / GCPP, EsSalud. Elaboración propia.

De manera similar, la distribución de los establecimientos a lo largo del territorio nacional no es homogénea. En las grandes ciudades, principalmente ubicadas en la costa, se conglomera la mayor cantidad de EESS. En contraste, muchos distritos alejados de la sierra y selva carecen de infraestructura sanitaria del seguro social. Estas diferencias se acentúan en los niveles de atención más complejos (ver fig. 142, 143 y 144).

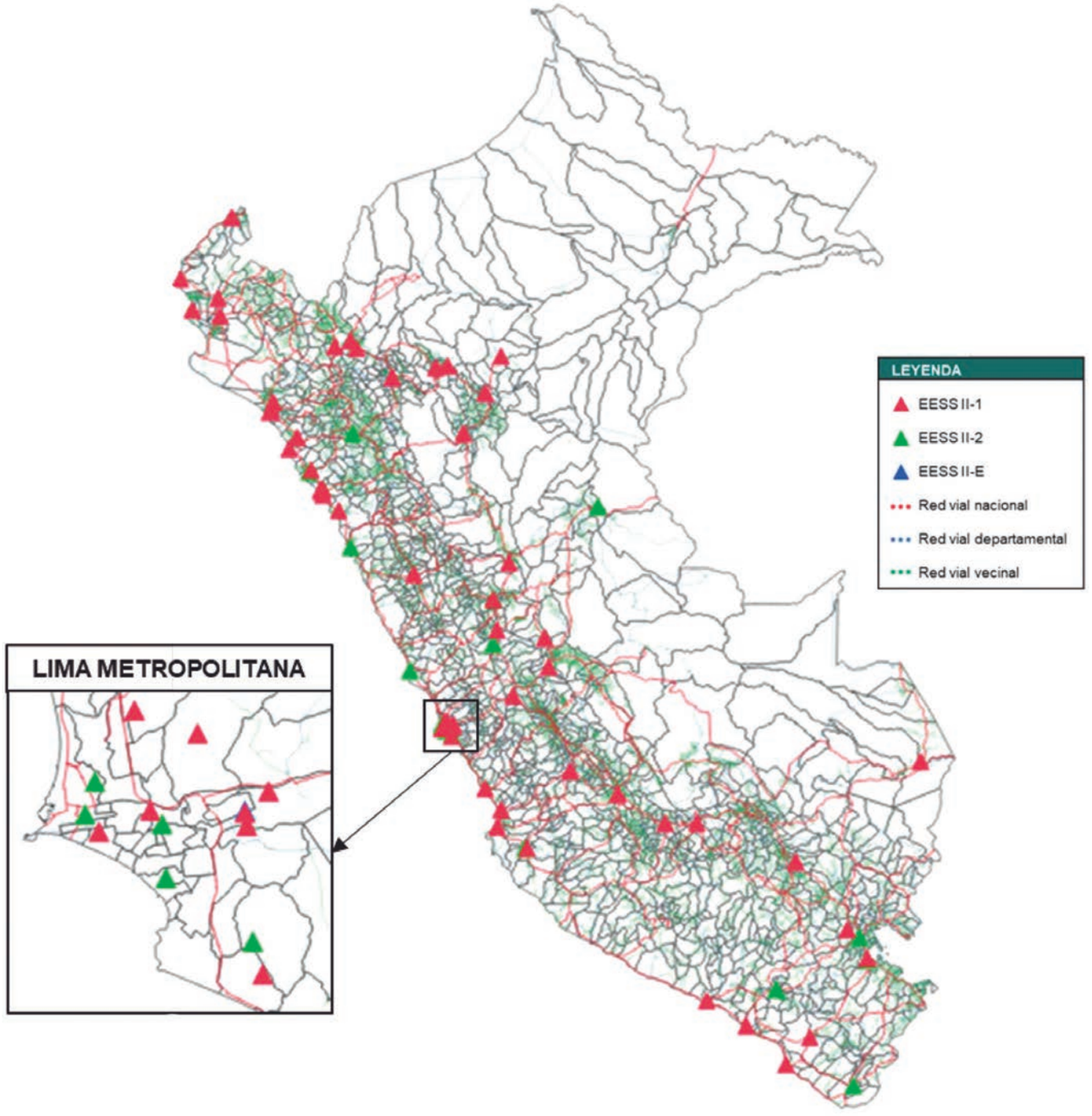
Bajo este contexto, para la identificación de la brecha de cobertura, se determinan las condiciones de accesibilidad de la población de cada distrito a los EESS a los cuales se encuentra adscrita. En la tabla 132

Figura 142. Distribución de los EESS por categoría de EESS (I nivel de atención)



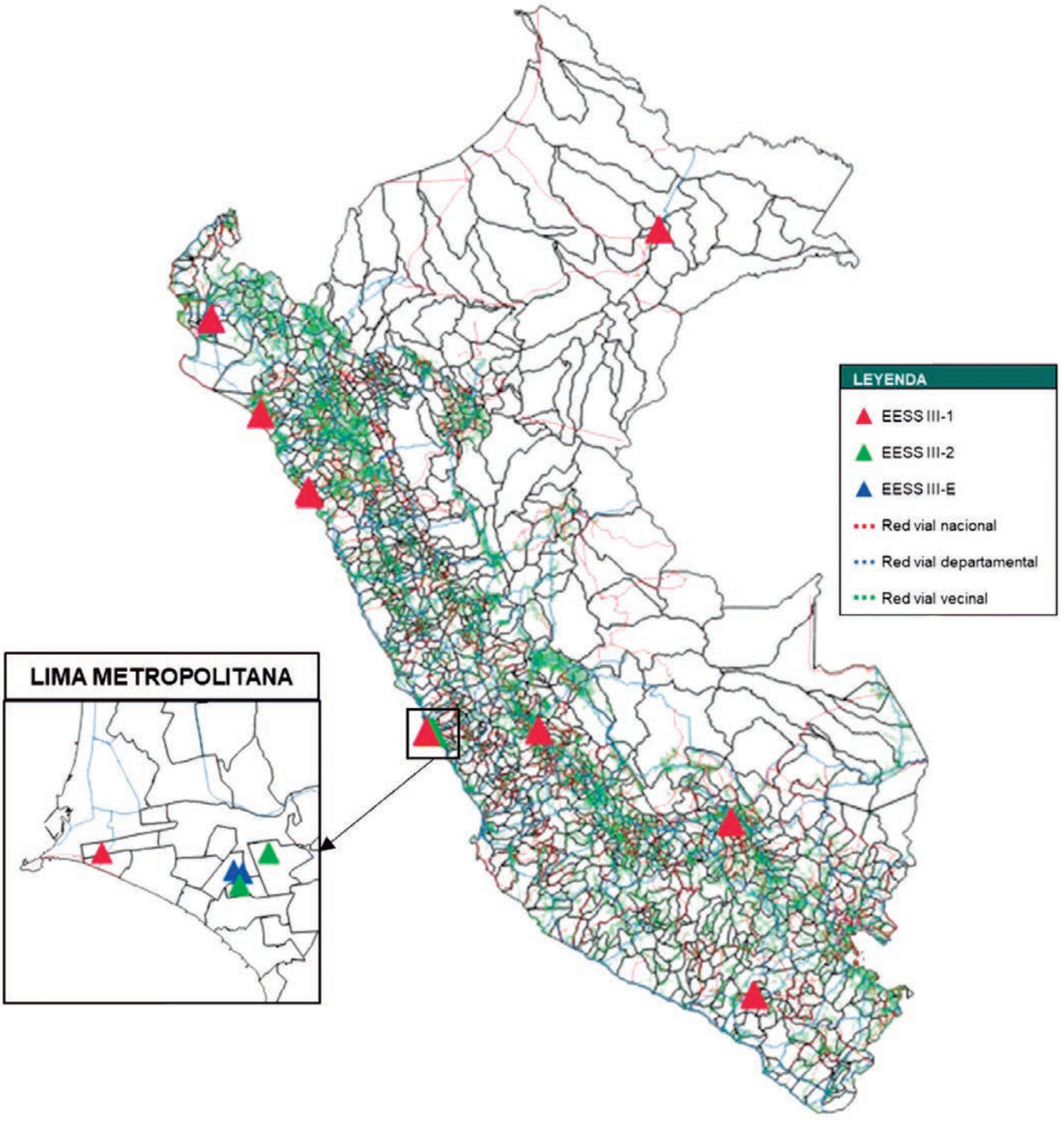
Elaboración propia.

Figura 143. Distribución de los EESS por categoría del EESS (II nivel de atención)



Elaboración propia.

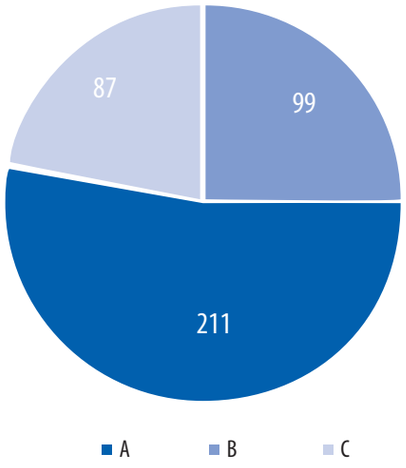
Figura 144. Distribución de los EESS por categoría del EESS (III nivel de atención)



Elaboración propia.

En cuanto al estado de la infraestructura existente, luego de aplicar la metodología de equivalencias con la información de la ODN y la SGM, se debe mencionar que el 76% de EESS presenta problemas con la infraestructura. Según el ISH, como se muestra la fig. 145, 87 EESS fueron calificados con categoría C y 211 EESS con B. La precariedad del estado de la infraestructura es más evidente en la Red Asistencial Ayacucho, Cajamarca, Huancavelica, Huaraz y Pasco donde no existe ningún EESS que haya obtenido categoría A en el ISH. En contraste, en la Red Asistencial Puno, casi todos los EESS se encuentran en buen estado, de acuerdo con el índice. La tabla 102 muestra el detalle para todas las redes asistenciales.

Figura 145. Número de EESS total, según calificación ISH, 2018



Fuente: Oficina de Defensa Nacional, EsSalud. Subgerencia de Mantenimiento/GCPI, EsSalud. Elaboración propia.

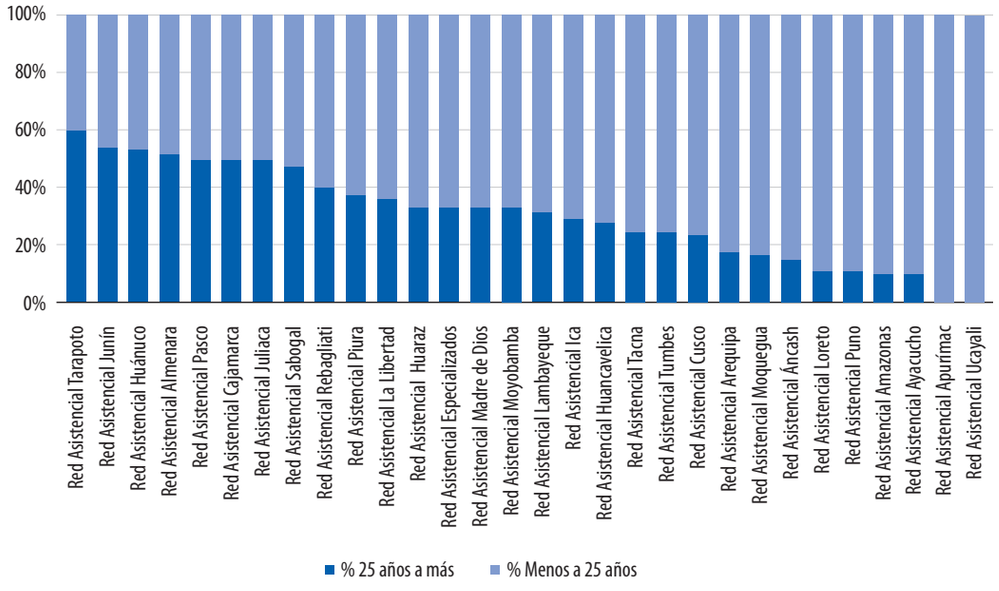
Tabla 102. Número de EESS por Red Asistencial, según calificación ISH, 2018

Red Asistencial	A	B	C	TOTAL B y C	% total
Red Asistencial Ayacucho	0	6	4	10	100%
Red Asistencial Cajamarca	0	9	3	12	100%
Red Asistencial Huancavelica	0	6	1	7	100%
Red Asistencial Huaraz	0	6	0	6	100%
Red Asistencial Pasco	0	6	8	14	100%
Red Asistencial Lambayeque	2	16	7	23	92%
Red Asistencial Juliaca	1	6	5	11	92%
Red Asistencial Piura	2	15	4	19	90%
Red Asistencial Cusco	2	14	1	15	88%
Red Asistencial Sabogal	4	10	9	19	83%
Red Asistencial Tarapoto	1	4	0	4	80%
Red Asistencial La Libertad	8	24	4	28	78%
Red Asistencial Loreto	2	2	5	7	78%
Red Asistencial Huánuco	3	5	5	10	77%
Red Asistencial Apurímac	2	3	3	6	75%
Red Asistencial Tacna	2	6	0	6	75%
Red Asistencial Tumbes	1	3	0	3	75%
Red Asistencial Almenara	6	7	8	15	71%
Red Asistencial Áncash	4	7	2	9	69%
Red Asistencial Junín	7	11	4	15	68%
Red Asistencial Rebagliati	8	15	2	17	68%
Red Asistencial Moquegua	2	3	1	4	67%
Red Asistencial Madre De Dios	1	2	0	2	67%
Red Asistencial Moyobamba	1	0	2	2	67%
Red Asistencial Arequipa	10	13	5	18	64%
Red Asistencial Amazonas	5	4	1	5	50%
Red Asistencial Ica	10	5	2	7	41%
Institutos Especializados	2	1	0	1	33%
Red Asistencial Ucayali	5	2	0	2	29%
Red Asistencial Puno	8	0	1	1	11%
TOTAL	99	211	87	298	

Fuente: Oficina de Defensa Nacional – EsSalud. Subgerencia de Mantenimiento/GCPI – EsSalud. Elaboración propia.

Asimismo, como se muestra en la fig. 146, en la gran mayoría de redes existen centros asistenciales con una antigüedad mayor a 25 años. Particularmente, en las redes asistenciales Tarapoto, Junín, Huánuco y Almenara, más del 50% de sus EESS superan este rango de antigüedad. Cabe resaltar, además, la situación de las redes asistenciales de La Libertad, Junín y las de Lima que cuentan con un importante número de EESS que sobrepasan los 25 años de haber sido construidos. El detalle de la cantidad de EESS por rango de antigüedad se presenta en la tabla 103.

Figura 146. Antigüedad de los EESS por Red Asistencial, 2018
(% de EESS con respecto al total por red)



Fuente: Subgerencia de Mantenimiento/GCPI – EsSalud. Elaboración propia.

Tabla 103. Número de EESS por Red Asistencial, según antigüedad, 2018

Red Asistencial	25 años a más	Menor a 25 años	Total
Red Asistencial La Libertad	13	23	36
Red Asistencial Junín	12	10	22
Red Asistencial Almenara	11	10	21
Red Asistencial Sabogal	11	12	23
Red Asistencial Rebagliati	10	15	25
Red Asistencial Lambayeque	8	17	25
Red Asistencial Piura	8	13	21
Red Asistencial Huánuco	7	6	13
Red Asistencial Pasco	7	7	14
Red Asistencial Cajamarca	6	6	12
Red Asistencial Juliaca	6	6	12
Red Asistencial Arequipa	5	23	28
Red Asistencial Ica	5	12	17
Red Asistencial Cusco	4	13	17
Red Asistencial Tarapoto	3	2	5
Red Asistencial Áncash	2	11	13
Red Asistencial Huancavelica	2	5	7
Red Asistencial Huaraz	2	4	6
Red Asistencial Tacna	2	6	8
Institutos Especializados	1	2	3
Red Asistencial Amazonas	1	9	10
Red Asistencial Ayacucho	1	9	10
Red Asistencial Loreto	1	8	9
Red Asistencial Madre De Dios	1	2	3
Red Asistencial Moquegua	1	5	6
Red Asistencial Moyobamba	1	2	3
Red Asistencial Puno	1	8	9
Red Asistencial Tumbes	1	3	4
Red Asistencial Apurímac	0	8	8
Red Asistencial Ucayali	0	7	7
TOTAL	133	264	397

Fuente: Subgerencia de Mantenimiento/GCPI – EsSalud. Elaboración propia.

Por otra parte, es importante precisar que una gran cantidad de EESS opera en un local que no es de propiedad de EsSalud. Como se mencionó en el diagnóstico, solo el 37% de centros asistenciales de EsSalud son de su propiedad; el resto de locales es alquilado, ha sido cedido por alguna institución local o regional, tiene algún problema legal, se utiliza bajo algún tipo de convenio o es un local del Minsa. Incluso en algunas redes asistenciales, ningún EESS funciona en un local de propiedad de EsSalud. Este es el caso de la Red Asistencial Huancavelica y la Red Asistencial Moquegua, tal como se muestra en la figura 147.

Identificación de la brecha

Brecha de cobertura

A nivel nacional, existe una brecha de cobertura de 111 EESS. Por un lado, se requiere crear 91 EESS nuevos; mientras que, por otro lado, 20 establecimientos existentes necesitan subir de categoría, de tal manera que puedan incrementar su capacidad para atender a una mayor cantidad de personas. En la figura 148 presenta la brecha total.

En línea con la política de inversiones, de priorizar la atención primaria, como se muestra en la tabla 104, se identifica una brecha importante para cubrir el primer nivel de atención (95 EESS), en comparación con la brecha existente para el segundo nivel (16 EESS). Principalmente, se requiere crear EESS de categoría I-3 o subir de categoría a los establecimientos existentes de categoría I-2 para que tengan la capacidad de un I-3. Esta brecha se genera debido dos razones: el crecimiento de la población asegurada y de consultantes en EsSalud a 2035 y a que se considera que todos deberían acceder a establecimientos de primer nivel de atención, pero que hoy que no cuentan con dicho acceso al estar adscritos a uno de segundo nivel.

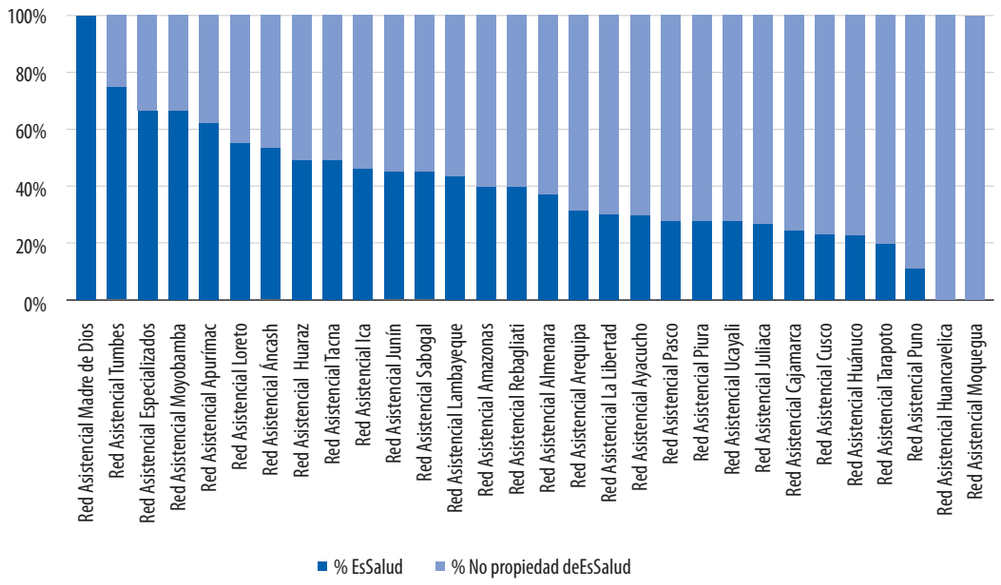
Asimismo, se reconoce la necesidad de implementar establecimientos de segundo nivel de atención, que puedan cubrir los requerimientos de salud de mayor complejidad de los asegurados. La necesidad se origina debido al crecimiento de la demanda a 2035 y a que existen poblaciones de tamaño importante que radican en distritos alejados de los establecimientos actuales, los cuales generalmente se encuentran ubicados las ciudades principales o capitales.

Tabla 104. Brecha de cobertura por categoría del EESS, según tipo

Brecha	I Nivel		II Nivel		Total
	I-2	I-3	II-1	II-2	
Upgrade de categoría oferta existente	0	15	0	5	20
Nueva oferta	15	65	6	5	91
Total	15	80	6	10	111

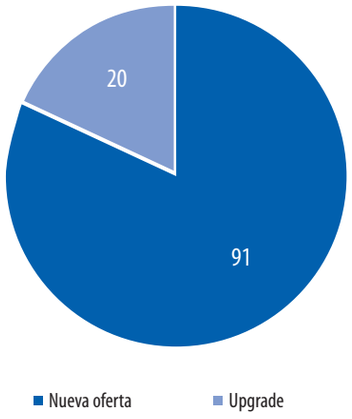
Elaboración propia.

Figura 147. Tipo de propiedad del local por Red Asistencial, 2018 (% de EESS con respecto al total de la red) (1)



1/ Otros EESS se refiere a locales alquilados, en cesión en uso, en afectación en uso, en convenio, local Minsa, etc.
Fuente: Subgerencia de Mantenimiento/GCPI – EsSalud.
Elaboración propia.

Figura 148. Brecha total de cobertura según tipo



Elaboración propia.

La figura 149 presenta la distribución de la brecha de oferta nueva por Red Asistencial. De las 29 redes asistenciales, 22 requieren la creación de nuevos EESS. Las redes donde la brecha es mayor son las que cubren a la población asegurada del departamento de Lima: Red Asistencial Rebagliati (20), Sabogal (18) y Almenara (17), seguidas de la Red Asistencial La Libertad (7), Piura (4), Loreto (4) y Huánuco (4). Para el resto de redes la nueva oferta requerida es alrededor de 1 EESS.

De manera similar, la figura 150 presenta la cantidad de EESS existentes que requieren subir de categoría (*upgrade*) por cada Red Asistencial. En este caso son 13 redes asistenciales las que presentan esta necesidad, siendo las que presentan una mayor brecha la Red Asistencial Almenara (3), Sabogal (2), Rebagliati (2), Lambayeque (2), La Libertad (2) e Ica (2). Del total, 5 de los EESS que requieren un upgrade funcionan en un local de propiedad de EsSalud.

Brecha de categorización

La brecha de categorización identifica que todos los EESS analizados[35] presentan algún nivel brecha de ambientes prestacionales con respecto a lo requerido por las normas de infraestructura sectoriales. Al analizar el primer nivel de atención, como se muestra en la tabla 105, se identifica que la brecha de ambientes prestacionales es mayor para los establecimientos de menor complejidad. Para la UPSS consulta externa, resalta el déficit de ambientes promedio de los EESS de categoría I-1 o I-2: mayor al 50%. El comportamiento es similar para la UPSS patología clínica, en la cual los EESS I-3 presentan en promedio una brecha mayor que los de categoría I-4. Por su parte, los EESS I-4 presentan una brecha importante en la UPSS Farmacia. En estos EESS del primer nivel de atención, en promedio, se requiere implementar como mínimo un 64% de ambientes físicos adicionales, requeridos para el buen funcionamiento de la UPSS.

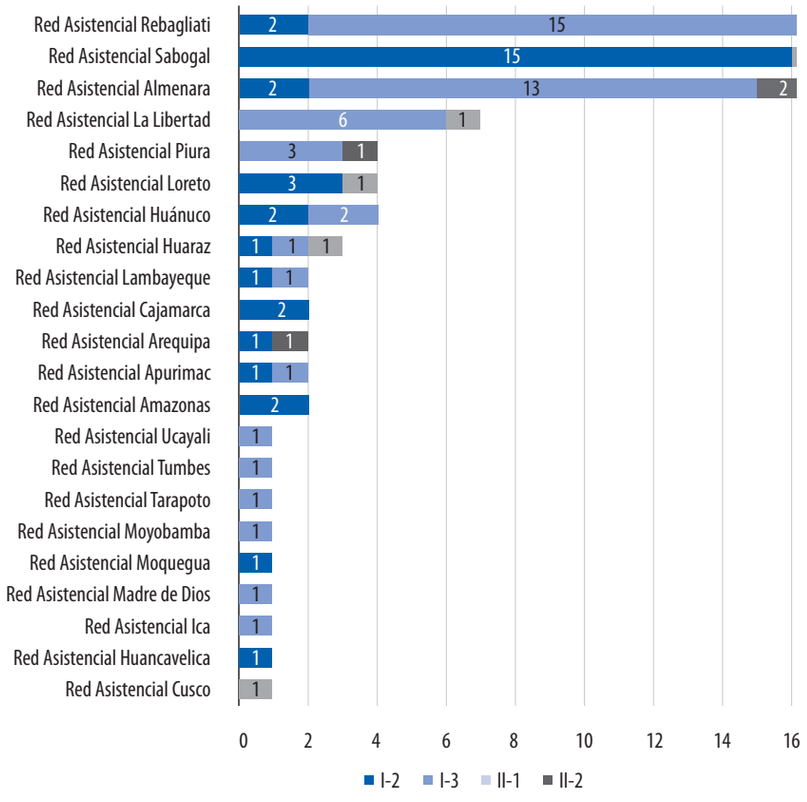
Tabla 105. Brecha de categorización promedio por UPSS, según categoría del EESS, 2016 (I nivel de atención)

Categoría	Consulta Externa	Patología Clínica	Farmacia
I-1	59%		
I-2	59%		
I-3	47%	34%	
I-4	38%	29%	64%

Fuente: Plan Director de Inversiones al 2025, EsSalud (2016). Elaboración propia.

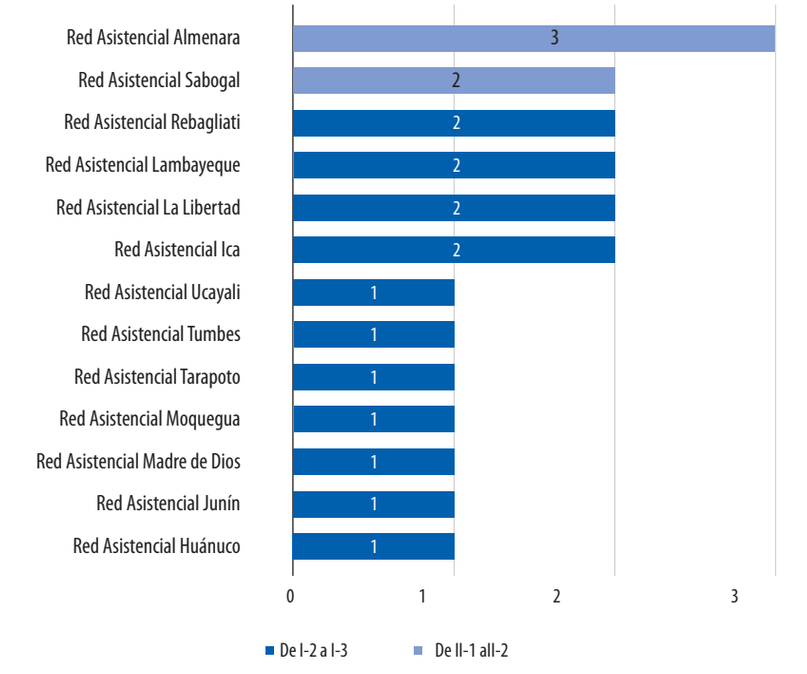
35 Los resultados generales presentados no incluyen el análisis de los EESS extra institucionales ni del Centro Nacional de Salud Renal, de la Sección 3.1

Figura 149. Brecha de cobertura de nueva oferta, por categoría del EESS y Red Asistencial



Elaboración propia.

Figura 150. Brecha de cobertura de *upgrade*, por categoría del EESS y Red Asistencial



Elaboración propia.

En el segundo nivel de atención, como se muestra en la tabla 106, los hospitales II-1 presentan, en promedio, una mayor brecha que los hospitales II-2 en casi todas las UPSS. Para los hospitales II-1, las UPSS donde existe un mayor déficit de ambientes son la UPSS Anatomía patológica (89%), el Centro de hemoterapia (81%), la UPSS Medicina de rehabilitación (81%) y el Centro quirúrgico (72%). En el caso de los hospitales II-2, resalta la brecha de ambientes que existe en la UPSS Unidad de Cuidados Intensivos (64%) y la UPSS Medicina de Rehabilitación (60%). Por su parte, ninguno de los hospitales especializados cuenta con los ambientes mínimos sugeridos de la UPSS Anatomía patológica. Finalmente, como se menciona en la metodología, dada la falta de información de los ambientes que existen actualmente en los EESS de III nivel, se tomó la brecha promedio total de los hospitales II-2, que asciende a 42%.

Tabla 106. Brecha de categorización promedio por UPSS, según categoría del EESS, 2016 (II nivel de atención)

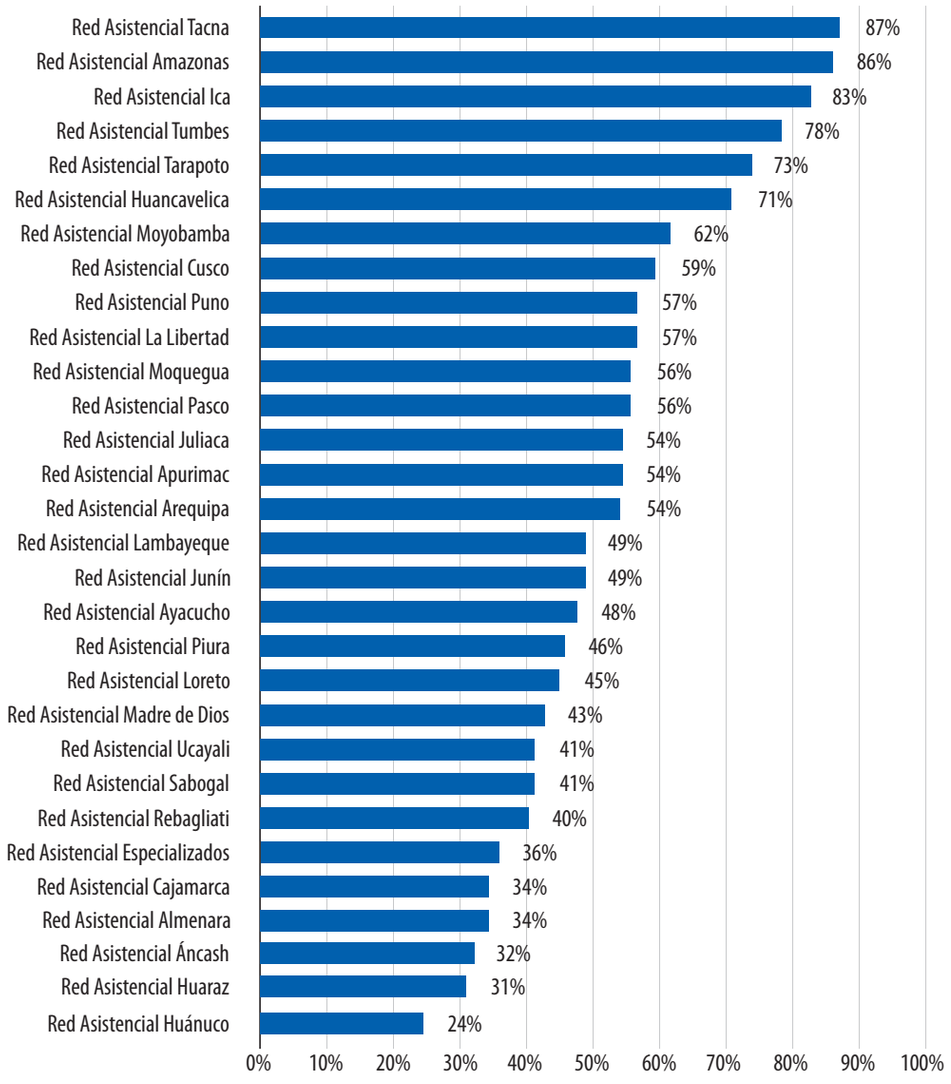
UPSS	II-1	II-2	II-E
Consulta Externa	58%	30%	72%
Patología Clínica	14%	19%	0%
Farmacia	52%	45%	67%
Emergencia	53%	33%	
Centro obstétrico	54%	41%	
Centro quirúrgico	72%	45%	
Hospitalización	64%	39%	68%
Diagnóstico por imágenes	61%	43%	76%
Medicina de rehabilitación	81%	60%	
Anatomía patológica	89%	45%	100%1
Nutrición y dietética	67%	52%	38%
Centro de hemoterapia	81%	46%	
Centro de esterilización	33%	27%	
Unidad de cuidados intensivos		64%	

1/ La normativa Minsa requiere que los hospitales II-E cuenten con dos ambientes, como mínimo, de la UPSS Anatomía Patológica, pero la normativa de EsSalud no lo considera obligatorio.

Fuente: Plan Director de Inversiones al 2025, EsSalud (2016). Elaboración propia.

Al analizar la brecha por redes asistenciales, como se observa en la figura151, los EESS de la Red Asistencial Tacna presentan en promedio la brecha más alta: 87% de sus ambientes. Otras redes cuyos EESS presentan brechas elevadas son la Red Asistencial Amazonas e Ica, con el 86% y 83% de sus UPSS en déficit. En contraste, en la Red Asistencial Huánuco (24%), los EESS tienen en promedio una menor brecha.

Figura 151. Brecha de categorización por Red Asistencial, 2016 (Promedio por red)



Fuente: Plan Director de Inversiones al 2025 –EsSalud (2016). Elaboración propia.

No obstante, de los 381 EESS que requieren inversiones en infraestructura para categorizarse, solo 140 funcionan en un local propio de EsSalud y operan bajo su gestión. Por ende, solo se podrán realizar inversiones en estos últimos EESS. Las redes cuyos establecimientos presentan un mayor déficit de ambientes en promedio son la Red Asistencial Ica, Tacna, Amazonas y Tumbes. En estas se requiere inversión para cerrar la brecha de más del 70% de sus ambientes prestacionales que les faltan. En contraste, los EESS de la Red Cajamarca, Huánuco y Ayacucho son los que, en promedio, requieren una menor intervención.

Finalmente, la tabla 107 presenta la brecha promedio de categorización únicamente de los EESS propios para el primer nivel de atención y la tabla 108 la del segundo. Como se observa, en algunas UPSS el déficit de ambientes es menor para los EESS propios a comparación de la brecha identificada para todos los EESS. En el primer nivel, esto sucede en la UPSS Patología Clínica; mientras que, en el segundo nivel, la brecha es menor en la UPSS Hemoterapia y UPSS Centro de Esterilización.

Tabla 107. Brecha de categorización promedio de EESS propios por UPSS, según categoría del EESS (I nivel de atención), 2016

Categoría	Consulta Externa	Patología Clínica	Farmacia
I-1	57%		
I-2	60%		
I-3	52%	32%	
I-4	39%	27%	65%

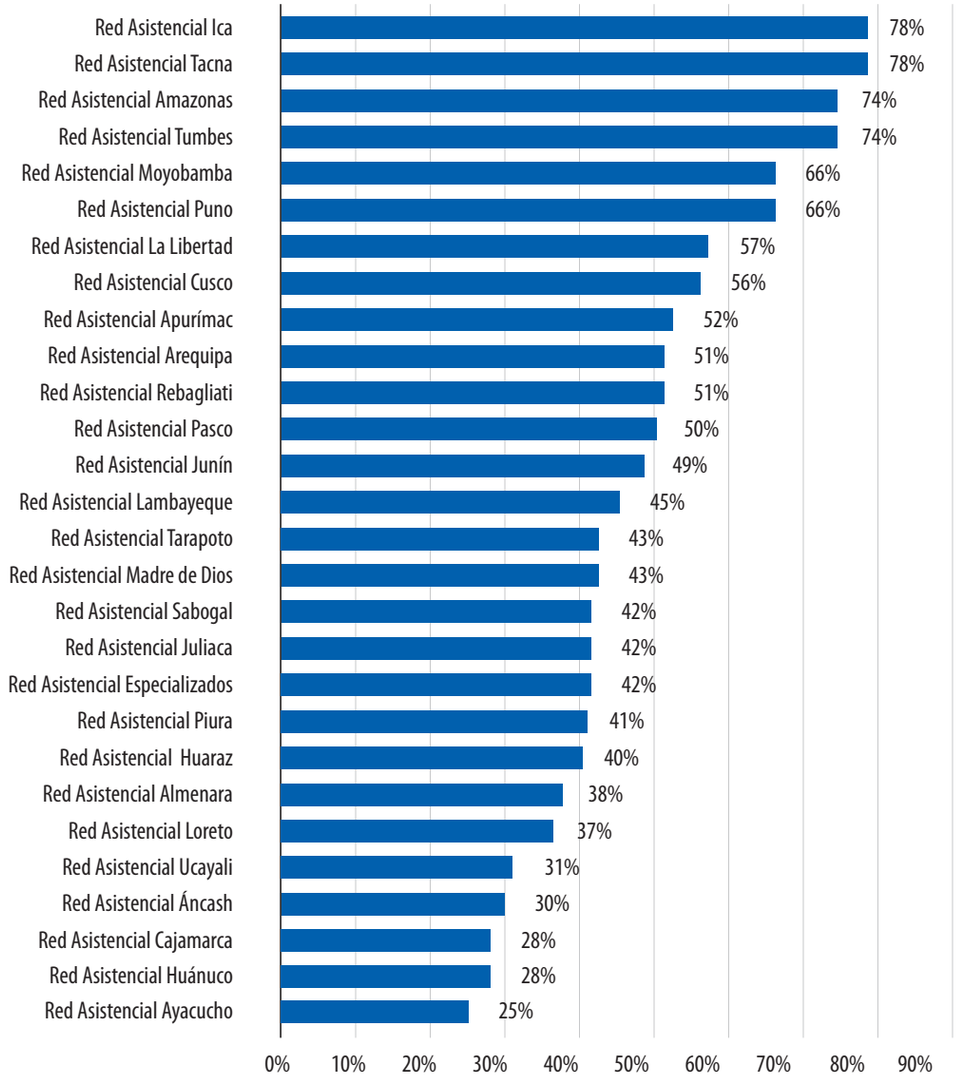
Fuente: Plan Director de Inversiones al 2025 –EsSalud (2016). Elaboración propia.

Tabla 108. Brecha de categorización promedio de EESS propios por UPSS, según categoría (II nivel de atención), 2016

UPSS	II-1	II-2	II-E
Consulta Externa	55%	31%	72%
Patología Clínica	10%	18%	0%
Farmacia	50%	46%	67%
Emergencia	49%	32%	
Centro obstétrico	51%	43%	
Centro quirúrgico	69%	52%	
Hospitalización	60%	38%	68%
Diagnóstico por imágenes	59%	38%	76%
Medicina de rehabilitación	76%	60%	
Anatomía patológica	89%	43%	100%
Nutrición y dietética	68%	50%	38%
Centro de hemoterapia	80%	42%	
Centro de esterilización	27%	22%	
Unidad de cuidados intensivos		65%	

Fuente: Plan Director de Inversiones al 2025 –EsSalud (2016). Elaboración propia.

Figura 152. Brecha de categorización de EESS propios por Red Asistencial, 2016 (promedio por red)



Fuente: Plan Director de Inversiones al 2025 –EsSalud (2016). Elaboración propia.

Brecha de rehabilitación

De los 397 establecimientos de EsSalud a nivel nacional, el 78% requiere rehabilitación (310 EESS). La mayoría (211 EESS) de los establecimientos necesitan mejorar el 50% de sus instalaciones actuales de infraestructura, aunque existe también una cantidad considerable de establecimientos que deben rehabilitar el total de sus instalaciones (87 EESS). La figura 153 resume la necesidad total de rehabilitación.

Al analizar por niveles de atención se aprecia que, en términos generales, la necesidad de rehabilitación es similar para los centros asistenciales del primer nivel y tercer nivel: 79% y 77% de sus EESS, respectivamente. No obstante, como se observa en la figura 154, en el primer nivel de atención la proporción de EESS que requieren una rehabilitación total de su infraestructura es superior que los niveles de mayor complejidad. El porcentaje del total de EESS que requiere un mejoramiento del 50% de su infraestructura es similar en los tres niveles de atención y es, a la vez, la necesidad en la que se concentran las brechas identificadas.

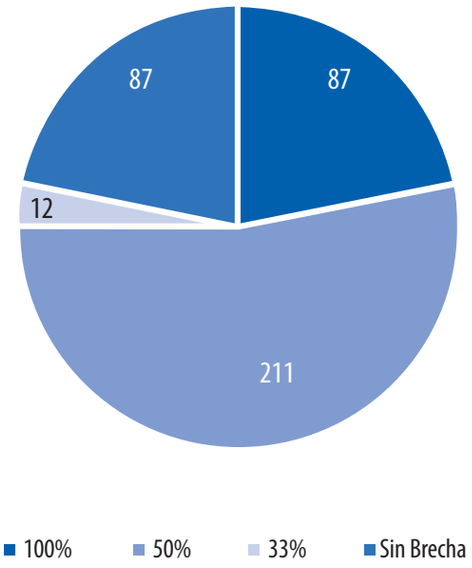
Como se observa en la tabla 97, en el primer nivel, todos los EESS I-1 requieren rehabilitación en alguna magnitud; 83% del I-2 lo requieren; 75% del I-3 y 71% del I-4. En el II nivel, esta necesidad es de 76%, 71% y 60% para los establecimientos II-1, II-2 y II-E respectivamente. En el caso del nivel III, los 8 establecimientos de categoría III-1 requieren rehabilitación, así como 2 EESS III-2; mientras que el III-E y el SMA no necesitan mejoras.

Tabla 109. Cantidad de EESS que requiere rehabilitación por categoría del EESS, según magnitud de la brecha, 2018

% del EESS a rehabilitar	I Nivel				II Nivel			III Nivel				Total
	I-1	I-2	I-3	I-4	II-1	II-2	II-E	III-1	III-2	III-E	SMA	
100%	1	43	25	2	7	6	1	2				87
50%	2	89	63	10	32	6	2	5	2			211
33%		6	5					1				12
Sin brecha		29	31	5	12	5	2		1	1	1	87
Total	3	167	124	17	51	17	5	8	3	1	1	397

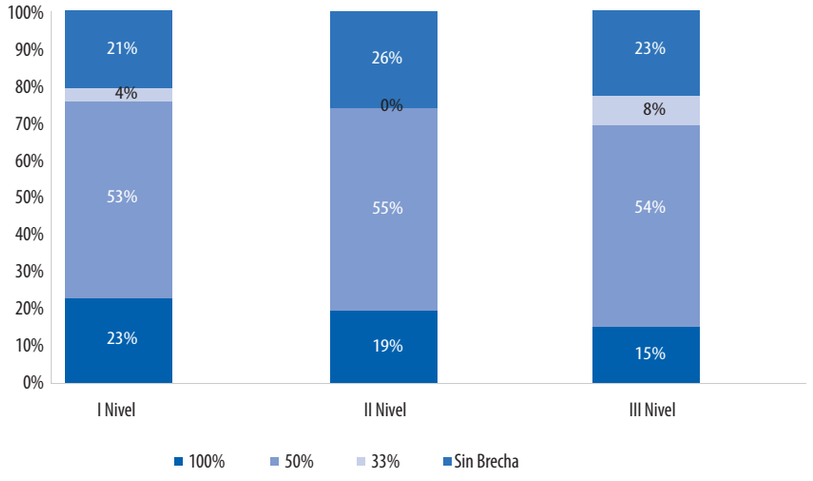
Fuente: Oficina de Defensa Nacional, EsSalud. Subgerencia de Mantenimiento/GCPI, EsSalud. Elaboración propia.

Figura 153. Necesidad total de rehabilitación, según magnitud de la necesidad, 2018



Fuente: Oficina de Defensa Nacional – EsSalud. Subgerencia de Mantenimiento/GCPI – EsSalud. Elaboración propia.

Figura 154. Porcentaje de EESS que requieren rehabilitación por nivel de atención, según magnitud de la brecha, 2018



Fuente: Oficina de Defensa Nacional – EsSalud. Subgerencia de Mantenimiento/GCPI – EsSalud. Elaboración propia.

La brecha también varía entre redes asistenciales. Las redes donde existe una mayor cantidad de EESS que requieren mejoramiento de infraestructura son la Red Asistencial La Libertad (29) y Lambayeque (24), seguidas de la Red Asistencial Sabogal (20), Rebagliati (19), Piura (19) y Arequipa (19). Asimismo, cabe precisar que todos los EESS de las redes Ayacucho, Cajamarca, Huancavelica, Huaraz y Pasco requieren en alguna magnitud rehabilitación. La figura 155 presenta la distribución de la brecha entre las redes.

Sin embargo, no todos los EESS que requieren rehabilitación funcionan en un local de propiedad de EsSalud, por lo que no se puede realizar inversiones para mejorar su infraestructura. En esta línea, el siguiente cuadro presenta la brecha de rehabilitación estimada, considerando solo los establecimientos que son de propiedad del Seguro Social. Como se observa, de los 310 EESS que requieren rehabilitación, solo 111 son propios.

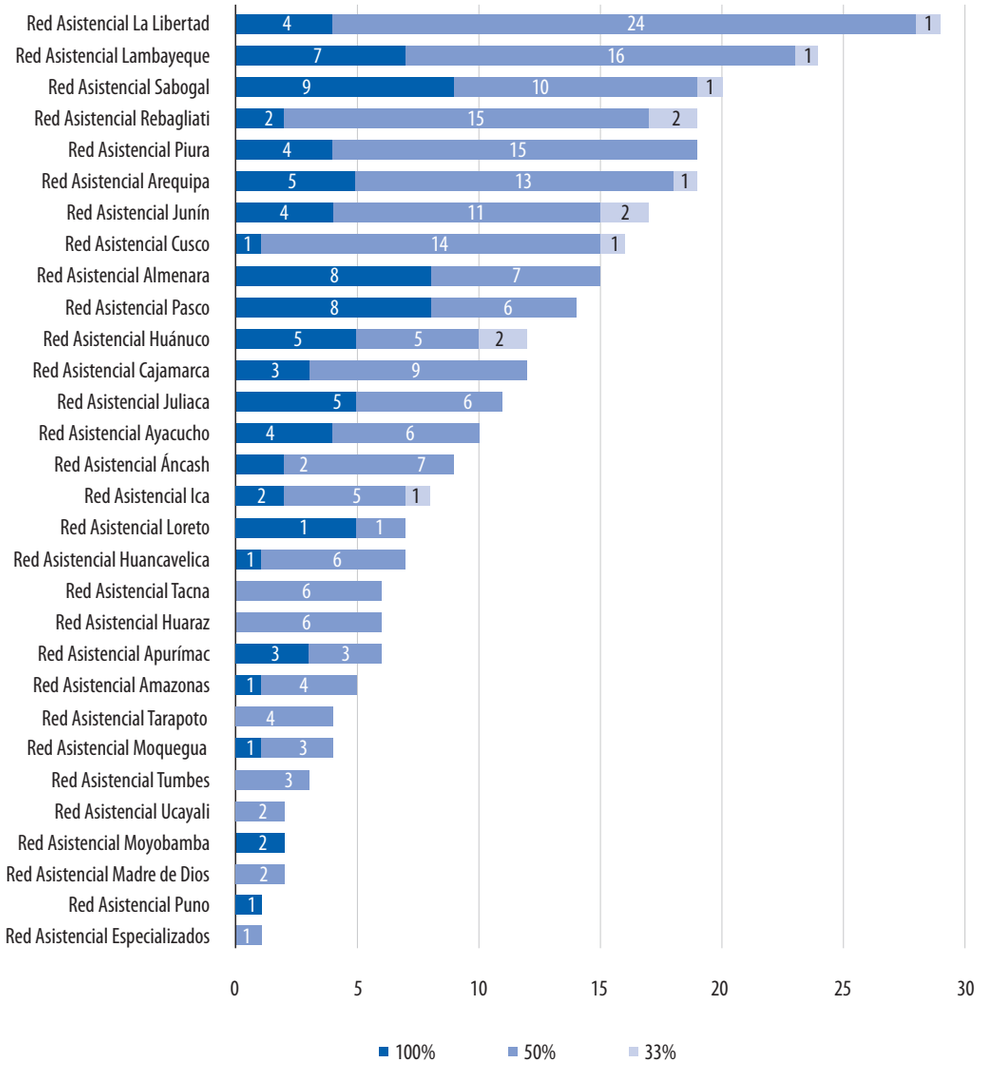
Tabla 110. Cantidad de EESS de propiedad de EsSalud que requiere rehabilitación, según magnitud de la brecha y categoría, 2018

% del EESS a rehabilitar	I nivel			II nivel				III nivel		TOTAL
	I-1	I-2	I-3	I-4	II-1	II-2	II-E	III-1	III-2	
100%	1	5	7	0	5	6	1	2	0	27
50%	0	14	24	8	18	5	1	4	2	76
33%	0	3	4	0	0	0	0	1	0	8
TOTAL	1	22	35	8	23	11	2	7	2	111

Fuente: Oficina de Defensa Nacional, EsSalud. Subgerencia de Mantenimiento/GCPI, EsSalud. Elaboración propia.

De manera similar a la tendencia para el total de EESS, las redes asistenciales donde existe una mayor cantidad de EESS propios que requieren mejoramiento son la Red Asistencial Lambayeque (10) y La Libertad (9). En contraste, ningún EESS de la Red Asistencial Tarapoto ni los dos institutos especializados que funcionan en local de propiedad de EsSalud presentan brecha.

Figura 155. Cantidad de EESS que requiere rehabilitación por Red Asistencial, según magnitud de la brecha, 2018



Fuente: Oficina de Defensa Nacional – EsSalud. Subgerencia de Mantenimiento/GCPI – EsSalud. Elaboración propia.

Finalmente, la tabla 111 presenta una síntesis de la identificación de la brecha de cobertura, categorización y rehabilitación de EESS propios clasificados por categorías, así como la brecha para aquellos EESS que no son de propiedad de EsSalud (reemplazos).

Tabla 111. Brecha de cobertura, categorización y rehabilitación por categoría del EESS

Tipo de brecha	I-1	I-2	I-3	I-4	II-1	II-2	II-E	III-1	III-2	III-E	Total
Brecha de prestaciones de salud (propiedad de EsSalud)											
Cobertura (nuevos)	-	15	65	-	6	5	-	-	-	-	91
Cobertura (upgrade)	-	-	2	-	-	3	-	-	-	-	5
Categorización	1	27	40	11	34	13	3	7	3	1	140
Rehabilitación	1	22	35	8	23	11	2	7	2	-	111
Reemplazo de EESS con alguna brecha (otro tipo de propiedad)											
Reemplazos	2	140	74	6	16	2	2	1	-	-	243

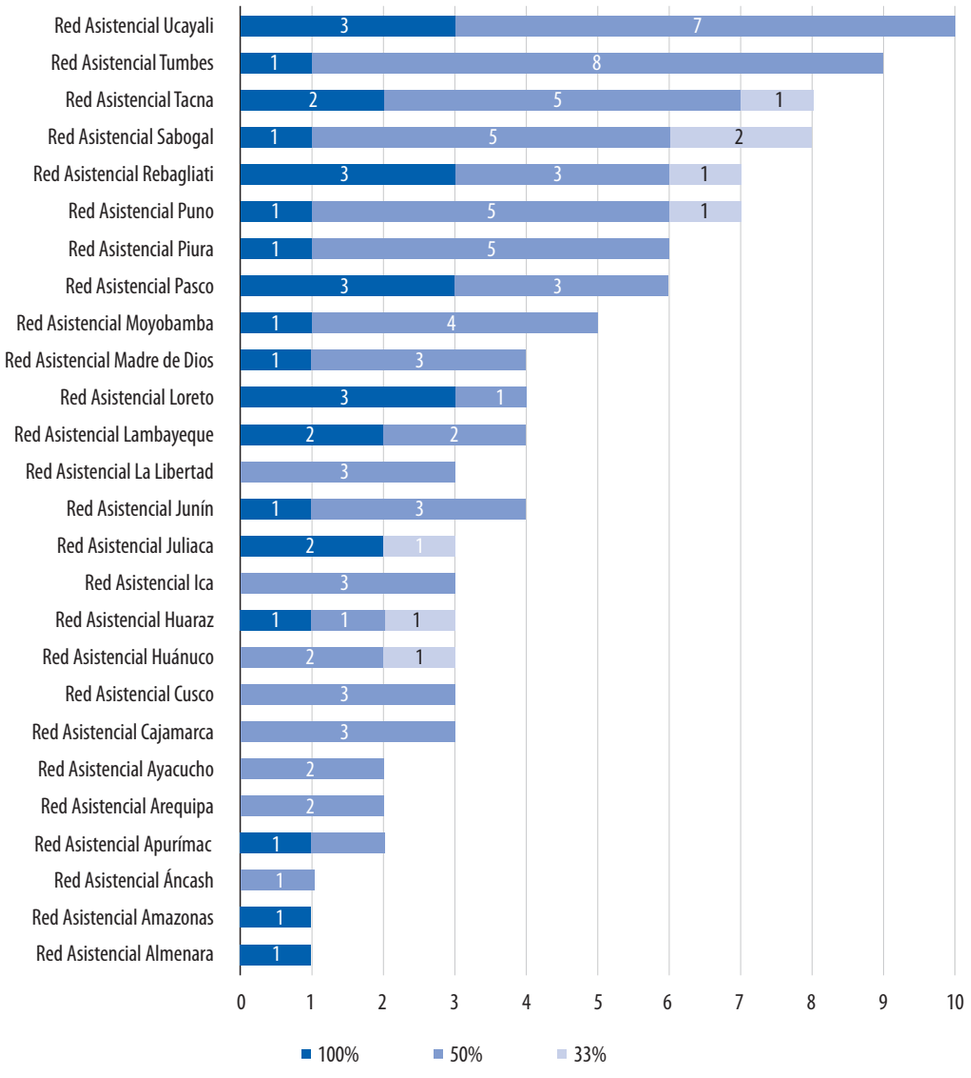
Elaboración propia.

3.3.3.2. Brecha de prestaciones sociales

Centros del Adulto Mayor y Círculos del Adulto Mayor

Los CAM son unidades operativas del Sistema de Prestaciones Sociales EsSalud, concebidos como espacios de encuentro generacional de PAM de 60 años a más que sean autovalentes y aseguradas de EsSalud. Los CAM están "orientados a mejorar el proceso de envejecimiento mediante el desarrollo de programas de soporte familiar, intergeneracionales, socioculturales, recreativos, productivos y programas de estilos de vida para un envejecimiento activo" (EsSalud, 2018), sin discriminación por creencia ideológica, política, religiosa, de raza, género o condición social, ni de ninguna otra índole (EsSalud, 2012). Ofrecen talleres de educación emocional, memoria, auto cuidado, artísticos, culturales, ocupacionales y productivos, además de actividades como turismo social, comedor social, huertos familiares y crianza de animales menores, eventos deportivos y recreativos, eventos de integración intergeneracional y capacitación en micro emprendimientos (EsSalud, 2018). Asimismo, los Ciram representan un servicio gerontológico social de menores dimensiones que brinda EsSalud, en convenio con municipalidades o parroquias, a los adultos mayores asegurados, y están organizados en asociaciones en zonas geográficas donde no existe un CAM o donde este no da abasto (EsSalud, 2018).

Figura 156. Cantidad de EESS propios que requiere rehabilitación por Red Asistencial, según magnitud de la brecha, 2018



Fuente: Oficina de Defensa Nacional – EsSalud. Subgerencia de Mantenimiento/GCPI – EsSalud. Elaboración propia.

- Identificación y proyección de la demanda

La población asegurada mayor a 65 años ascendió a 1 204 547 personas en 2018. Según la metodología señalada previamente, esta población será de 1 516 754 personas en 2035. Luego, al aplicar el factor de corrección para identificar la demanda efectiva, se obtuvo que esta asciende a 424 690 PAM. La distribución de esta población por red se presenta en la siguiente tabla.

Tabla 112. Proporción de la PAM sobre el total de asegurados por Red Asistencial, 2035

Red Asistencial	Asegurados	PAM	Demanda efectiva
Almenara	1 872 813	205 998	57 679
Amazonas	82 037	4300	1204
Áncash	279 572	34 625	9695
Apurímac	97 969	5441	1523
Arequipa	915 500	101 789	28 501
Ayacucho	129 475	8405	2353
Cajamarca	298 450	16 096	4507
Cusco	397 477	28 814	8068
Huancavelica	93 089	4413	1236
Huánuco	232 986	15 878	4446
Huaraz	220 607	15 895	4451
Ica	615 773	59 397	16 631
Juliaca	189 656	13 948	3905
Junín	433 069	43 355	12 139
La Libertad	1 133 919	110 771	31 016
Lambayeque	830 235	90 061	25 217
Loreto	311 581	17 364	4862
Madre de Dios	58 365	2070	580
Moquegua	112 171	10 859	3041
Moyobamba	76 308	3485	976
Pasco	110 462	6417	1797
Piura	888 518	71 657	20 064
Puno	117 020	10 066	2818
Rebagliati	2 609 201	352 150	98 602
Sabogal	2 390 553	245 161	68 645
Tacna	139 899	13 230	3704

Red Asistencial	Asegurados	PAM	Demanda efectiva
Tarapoto	174 706	10 173	2848
Tumbes	81 207	5126	1435
Ucayali	202 786	9810	2747
Total	15 095 404	1 516 754	424 690

Elaboración propia.

- Identificación de la oferta

Actualmente, existen 126 CAM, distribuidos entre las 29 redes asistenciales, de los cuales 28 de ellos funcionan en un local propio, 90 en locales alquilados y 8 por cesión en uso. En 2017 se inauguraron dos de ellos; CAM Caraz, perteneciente a la Red Asistencial Huaraz, y CAM Concepción, perteneciente a la Red Asistencial de Junín. Los CAM atienden, en promedio, a 678 PAM (EsSalud, 2018).

Según la Resolución de la Oficina Central de Planificación y Desarrollo 010-OCPD-ESSALUD-2010, un CAM debe contar con un área mínima de 500 m^2 para autorizar su funcionamiento (EsSalud, 2012). Los CAM se clasifican en tres categorías con la finalidad de determinar el nivel de servicios y otorgar los recursos humanos, materiales y económicos necesarios para su adecuado funcionamiento y desarrollo. Los criterios que se toman en cuenta para la categorización son el número de PAM afiliadas activas y el número de talleres ofrecidos. Asimismo, se diferencian según pertenezcan a Lima o no. La categoría I representa a los centros de baja complejidad, la categoría II a los centros de mediana complejidad y la categoría III a los de alta complejidad, y es la primera categoría la que presenta una mayor concentración de CAM (EsSalud, 2012).

Tabla 113. Clasificación de los CAM

Estándares	Categorías	Población afiliada	Oferta de servicios mínima
Lima	Categoría I	No menos a 200 PAM	11 talleres/actividades
	Categoría II	No menos a 500 PAM	20 talleres/actividades
	Categoría III	No menos a 1,200 PAM	40 talleres/actividades
Provincias	Categoría I	No menos a 100 PAM	10 talleres/actividades
	Categoría II	No menos a 500 PAM	15 talleres/actividades
	Categoría III	No menos a 1,000 PAM	25 talleres/actividades

Fuente: EsSalud, 2012. Los centros del adulto mayor como modelo gerontológico social. La experiencia de EsSalud. Subgerencia de Protección del Adulto Mayor EsSalud
Elaboración propia.

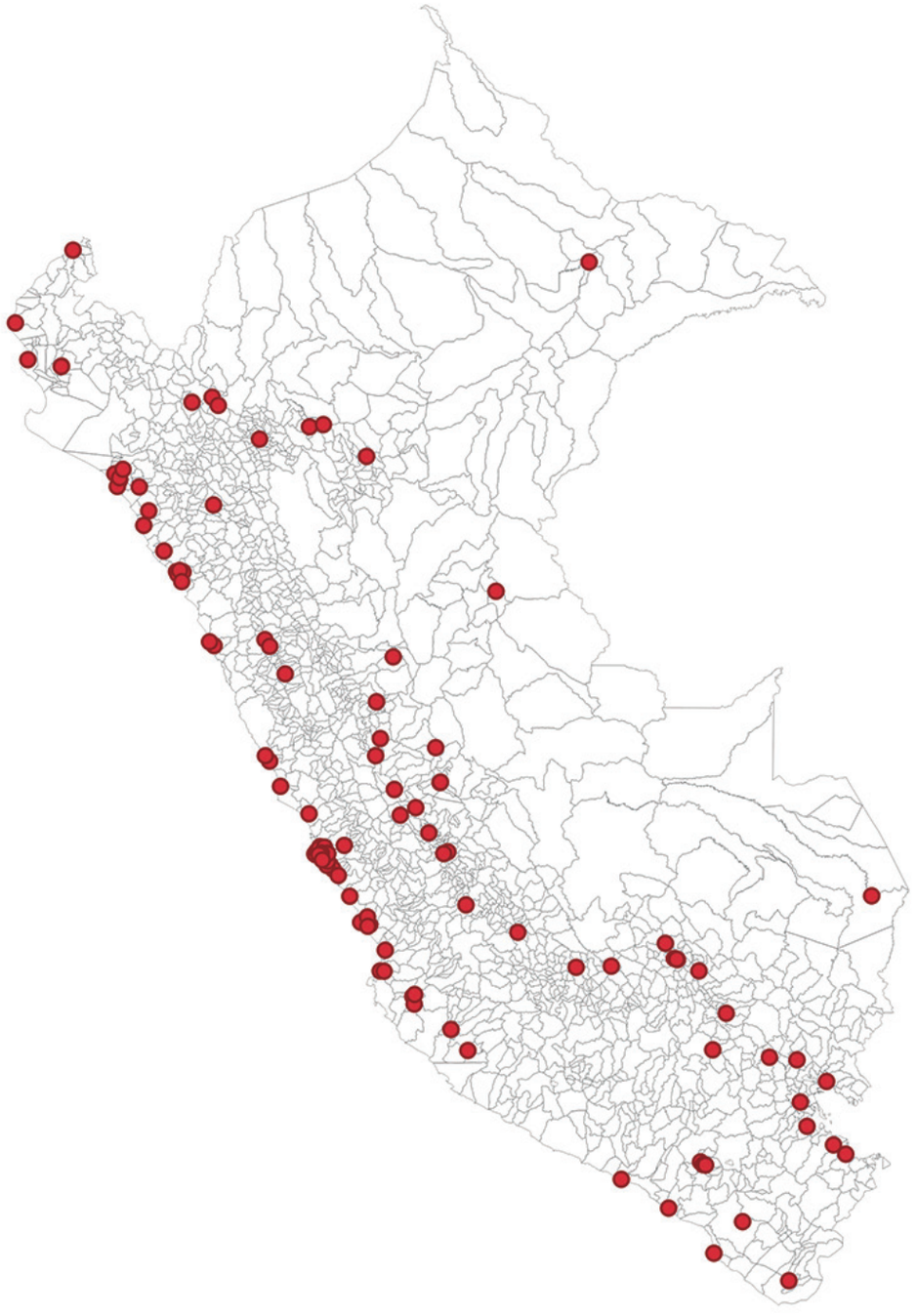
La distribución de los CAM por Red Asistencial y la población inscrita se muestra en el siguiente cuadro. Se observa que la mayoría de CAM se encuentra en Lima (32%). Estos tienen 85,348 PAM inscritos, lo que representa el 0.77% de la población asegurada total y 7.37% de la población PAM a nivel nacional. La mayor concentración de la población beneficiaria corresponde a las redes asistenciales de Lima, pues, en conjunto, reúnen un 39% del total de inscritos. Le sigue La Libertad, Arequipa, Ica, Lambayeque y Cusco con una concentración de 10%, 8%, 6%, 6% y 5%, respectivamente.

Tabla 114. Número de CAM por Red Asistencial, 2017

Red Asistencial	Nro. de CAM	Población inscrita
Almenara	9	8927
Amazonas	3	1682
Áncash	2	2300
Apurímac	2	544
Arequipa	5	6878
Ayacucho	1	475
Cajamarca	1	406
Cusco	8	4396
Huancavelica	1	433
Huánuco	2	736
Huaraz	3	1028
Ica	8	5384
Juliaca	4	1913
Junín	9	2556
La Libertad	8	8662
Lambayeque	9	5195
Loreto	1	394
Madre de Dios	1	307
Moquegua	2	1094
Moyobamba	2	724
Pasco	3	1724
Piura	4	1626
Puno	3	1794
Rebagliati	21	15 746
Sabogal	10	8418
Tacna	1	453
Tarapoto	1	644
Tumbes	1	553
Ucayali	1	356
Total	126	85 348

Fuente: Subgerencia de Estadística/GCPP, EsSalud, 2018. Elaboración propia.

Figura 157. Distribución de los CAM en el territorio nacional



Elaboración propia.

- Identificación de la brecha

La brecha de CAM por Red Asistencial se muestra en el siguiente cuadro. Se observa que la brecha asciende a 179 CAM para atender a la demanda efectiva identificada.

Tabla 115. Brecha de CAM por Red Asistencial, 2035

Red Asistencial	Oferta ideal	Oferta actual	Brecha por red
Almenara	39	9	30
Amazonas	1	3	0
Áncash	7	2	5
Apurímac	2	2	0
Arequipa	20	5	15
Ayacucho	2	1	1
Cajamarca	4	1	3
Cusco	6	8	0
Huancavelica	1	1	0
Huánuco	3	2	1
Huaraz	3	3	0
Ica	12	8	4
Juliaca	3	4	0
Junín	9	9	0
La Libertad	21	8	13
Lambayeque	17	9	8
Loreto	4	1	3
Madre de Dios	1	1	0
Moquegua	3	2	1
Moyobamba	1	2	0
Pasco	2	3	0
Piura	14	4	10
Puno	2	3	0
Rebagliati	66	21	45
Sabogal	46	10	36
Tacna	3	1	2
Tarapoto	2	1	1
Tumbes	1	1	0
Ucayali	2	1	1
Total	297	126	179

Elaboración propia.

CERPS

Los CERPS y MBRPS son unidades operativas del Sistema de Prestaciones Sociales de EsSalud que fomentan el proceso de rehabilitación profesional y social e inserción socio laboral para los asegurados en edad productiva (entre 14 y 64 años) que presenten alguna deficiencia o discapacidad, ya sea física, intelectual, auditiva o visual.[36] Los CERPS y MBRPS buscan entender la discapacidad como resultado de la interacción de varios elementos como las barreras del entorno y las restricciones que impiden su integración en la sociedad y "equiparan las oportunidades de las personas con discapacidad, para acceder a un puesto de trabajo y mejorar su calidad de vida" (EsSalud , 2018)

Las actividades que brindan se segmentan en: la división de evaluación para el trabajo, el proceso de soporte (sicológico, social, ocupacional, evaluación y entrenamiento deportivo, evaluación físico funcional laboral), la división de formación profesional, la división de integración socio laboral y el área de promoción laboral. Además, para ser parte de un CERPS o MBRPS, los postulantes deben presentar un informe médico, constancia o certificado de discapacidad. Sin embargo, se excluye a aquellos que presenten cuadros siquiátricos (esquizofrénicos, enfermedad maniaco depresiva, trastornos orgánicos cerebrales, trastorno depresivo mayor), síndrome convulsivo no controlado, drogadicción, alcoholismo o retardo mental severo.

- Identificación y proyección de la demanda

La población con discapacidad ascendió a 1,248,130 de asegurados discapacitados en 2018. De estos, 812 711 tienen entre 14 a 64 años. Al aplicar el 11% de discapacidad a la población proyectada a 2035, se identificó una población de 1 660 494, de los cuales 1 080 315 personas tienen entre 14 y 64 años.

Tabla 116. Proporción de la población discapacitada de 14-64 años sobre el total de asegurados por Red Asistencial, 2035

Red Asistencial	Asegurados	Asegurados de 14-64 años con discapacidad	Demanda efectiva
Almenara	1 872 813	134 316	37 609
Amazonas	82 037	6308	1767
Áncash	279 572	19 937	5583
Apurimac	97 969	7506	2102
Arequipa	915 500	64 924	18 179
Ayacucho	129 475	9878	2766
Cajamarca	298 450	22 192	6214
Cusco	397 477	30 605	8570

36 De este modo, "la persona con discapacidad logra compensar en el mayor grado posible las desventajas originadas por una deficiencia o discapacidad, que afectan su desempeño laboral, dificultándole o impidiéndole la integración socio laboral mediante la consecución, mantenimiento y formación en una actividad productiva".

Red Asistencial	Asegurados	Asegurados de 14-64 años con discapacidad	Demanda efectiva
Huancavelica	93 089	7213	2020
Huánuco	232 986	17 288	4841
Huaraz	220 607	15 845	4437
Ica	615 773	42 732	11 966
Juliaca	189 656	14 509	4063
Junín	433 069	30 967	8671
Lambayeque	830 235	58 933	16 502
Libertad	1 133 919	79 857	22 360
Loreto	311 581	22 316	6249
Madre de Dios	58 365	4319	1210
Moquegua	112 171	8175	2290
Moyobamba	76 308	5742	1608
Pasco	110 462	8113	2272
Piura	888 518	63 004	17 642
Puno	117 020	8933	2502
Rebagliati	2 609 201	184 253	51 591
Sabogal	2 390 553	168 457	47 168
Tacna	139 899	10 509	2943
Tarapoto	174 706	13 020	3646
Tumbes	81 207	5828	1632
Ucayali	202 786	14 637	4099
Total	15 095 404	1 080 315	302 502

Elaboración propia.

- Identificación de la oferta

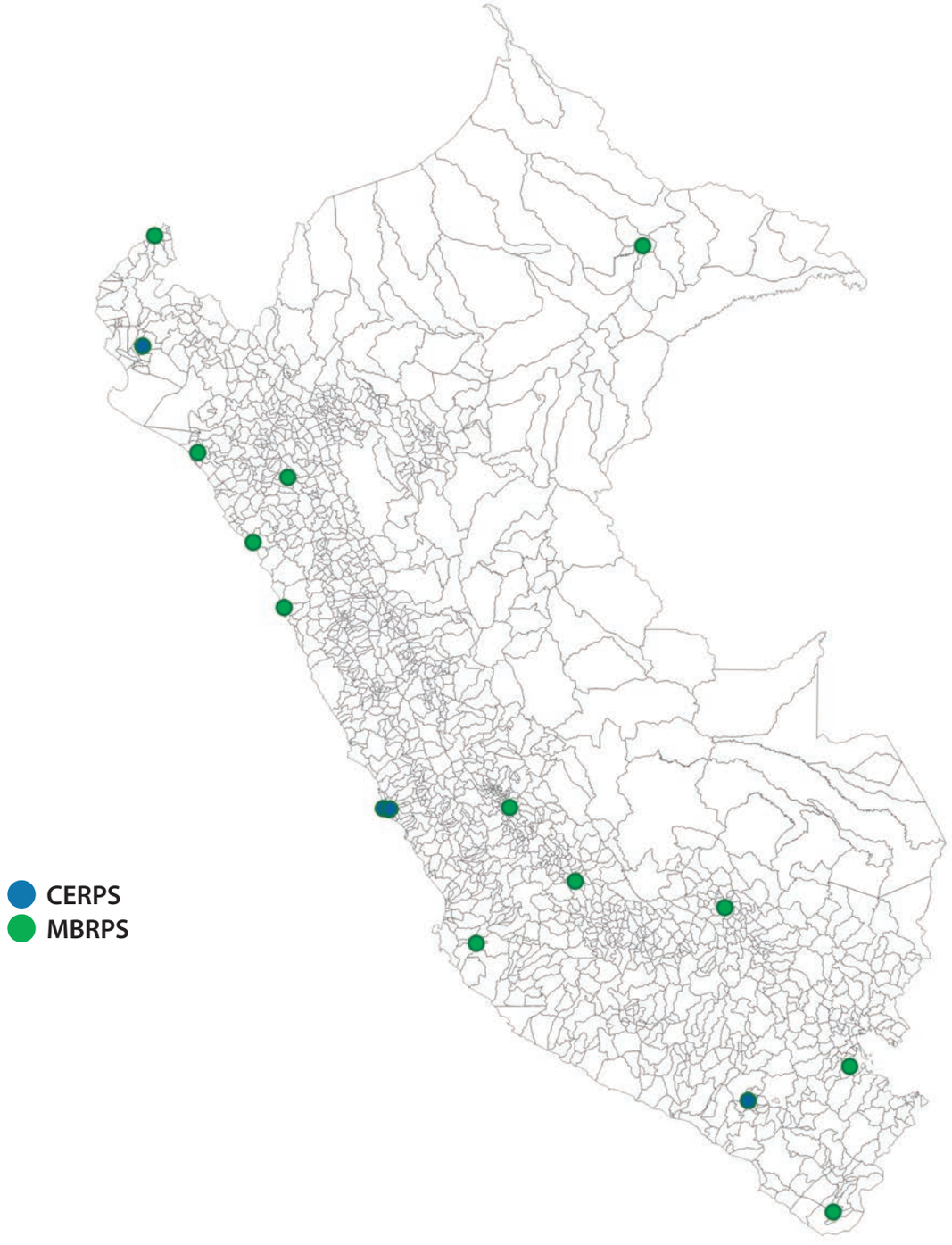
En la actualidad, existen cuatro CERPS ubicados en locales propios a nivel nacional, los cuales cuentan con una población de 3024 personas inscritos en 2017. Dos de ellos se encuentran en Lima Metropolitana, específicamente en los distritos de La Victoria y Callao, y los otros dos se ubican en Piura y Arequipa. El CERPS de La Victoria pertenece a la Red Asistencial Almenara, el CERPS del Callao a la Red Asistencial Sabogal y el de Piura y Arequipa pertenecen a la Red Asistencial de Piura y Red Asistencial de Arequipa, respectivamente. En la siguiente tabla, se muestra la cantidad de población inscrita, el área total del terreno y el área construida, así como el estado de la infraestructura y de los equipos de rehabilitación.

Tabla 117. Características y estado de la infraestructura CERPS, 2017

Red Asistencial	CERPS	Población inscrita	Área del terreno (m^2)	Área construida (m^2)	Estado de la infraestructura	Estado de equipos de rehabilitación
Almenara	La Victoria	1239	7045	2741	Regular	Malo
Sabogal	Callao	920	5413	2218	Regular	Malo
Piura	Piura	476	17 090	5448	Regular	Regular
Arequipa	Arequipa	389	22 700	2520	Bueno	No aplica

Fuente: Margesí de Infraestructura de Gerencia Central de la Persona Adulta Mayor y Persona con discapacidad, EsSalud (2018). Elaboración propia.

Figura 158. Distribución de los CERPS y MBRPS en el territorio nacional



Elaboración propia.

- Identificación de la brecha

Como se observa en el siguiente cuadro, existe una brecha de 146 CERPS a nivel nacional. Las principales necesidades se ubican en las redes de Lima.

Tabla 118. Brecha de CERPS por Red Asistencial, 2035

Red Asistencial	Oferta ideal	Oferta actual	Brecha por red
Almenara	19	1	18
Amazonas	1	0	1
Áncash	3	0	3
Apurímac	1	0	1
Arequipa	9	1	8
Ayacucho	1	0	1
Cajamarca	3	0	3
Cusco	4	0	4
Huancavelica	1	0	1
Huánuco	2	0	2
Huaraz	2	0	2
Ica	6	0	6
Juliaca	2	0	2
Junín	4	0	4
Lambayeque	8	0	8
Libertad	11	0	11
Loreto	3	0	3
Madre de Dios	1	0	1
Moquegua	1	0	1
Moyobamba	1	0	1
Pasco	1	0	1
Piura	9	1	8
Puno	1	0	1
Rebagliati	26	0	26
Sabogal	24	1	23
Tacna	1	0	1
Tarapoto	2	0	2
Tumbes	1	0	1
Ucayali	2	0	2
Total	**150**	**4**	**146**

Elaboración propia.

3.3.3.3. Valorización de la brecha de infraestructura

La valorización de las brechas identificadas incluye la brecha de prestaciones de salud y de prestaciones sociales en todas las redes asistenciales. Como se explicó en la sección de Metodología, la primera incorpora tanto la brecha de cobertura, categorización y rehabilitación; diferenciando entre lo correspondiente a los establecimientos de propiedad de EsSalud en los que se puede invertir y aquellos que no son de su propiedad que se deberían reemplazar para cubrir las brechas. La segunda identifica las necesidades de infraestructura de CAM y CERPS. A continuación, se presentan los costos totales de inversión para las situaciones mencionadas.

La inversión total requerida por EsSalud para cubrir todas las brechas identificadas a 2035 asciende a S/ 31 226 millones. El costo que corresponde al cierre de la brecha de prestaciones de salud es S/ 28 281 millones, lo que representa el 91% de la inversión requerida. De esta necesidad, el 43% corresponde a los reemplazos, 23% a la brecha de cobertura, 17% a categorización y 17% a rehabilitación. Para el cierre de la brecha de prestaciones sociales se necesitan S/ 2945 millones, siendo mayor el requerimiento para cubrir la brecha de CERPS (81%). La tabla 119 presenta el resumen de estos costos.

Tabla 120. Costo total de inversión por tipo de prestación de EESS (S/)

Tipo de prestación	Tipo de brecha	Costo total
Prestaciones de salud	Brecha de cobertura	6 613 587 783
	Brecha de categorización	4 748 521 152
	Brecha de rehabilitación	4 689 162 567
	Reemplazos	12 230 160 465
	Total	28 281 431 967
Prestaciones sociales	Brecha de cobertura de CAM	555 317 216
	Brecha de cobertura de CERPS	2 389 305 861
	Total	2 944 623 077
Total inversión		**31 226 055 044**

Elaboración propia.

Específicamente, la tabla 120 presenta el detalle de los costos por categoría del EESS para cada tipo de brecha identificada dentro de las prestaciones de salud. La mayor parte del monto de inversión requerido corresponde a cerrar las brechas del segundo nivel de atención (43%), seguido del primer nivel (39%) y finalmente el tercer nivel (17%). Individualmente, las categorías I-3 y II-1 son las de mayor necesidad de inversión: 23.4% y 23.8% del total de las prestaciones de salud, respectivamente.

Tabla 120. Costo total de inversión de la brecha de prestaciones de salud, por categoría (millones de soles)

Tipo de brecha	I-1	I-2	I-3	I-4	II-1	II-2	II-E	III-1	III-2	III-E	Total
Brecha de prestaciones de salud (propiedad de EsSalud)											
Cobertura (nuevos)	-	331	2900	-	1038	1761	-	-	-	-	6031
Cobertura (upgrade)	-	-	45	-	-	538	-	-	-	-	583
Categorización	0.5	34	87	37	1,601	478	54	1397	795	265	4749
Rehabilitación	1	54	293	86	959	1160	86	1026	1023	-	4689
Sub total	2	419	3325	123	3598	3937	141	2423	1818	265	16 051
Reemplazo de EESS con alguna brecha (otro tipo de propiedad)											
Reemplazos	22	3385	3301	511	3127	705	705	475	-	-	12 230
Sub total	22	3385	3301	511	3127	705	705	475	-	-	12 230
TOTAL	24	3804	6627	634	6725	4641	845	2898	1818	265	28 281

Elaboración propia.

A nivel de red asistencial, las que presentan un mayor requerimiento de inversión para cerrar las brechas de infraestructura son las redes de Lima (Rebagliati, Almenara y Sabogal), además de la Red Asistencial de La Libertad. Este mayor requerimiento de inversión va ligado, en gran parte, a la mayor cantidad de asegurados en estas regiones.

La tabla 121 presenta las brechas diferenciando por macro red, se observa que la macrorred Norte es la que concentra la mayor parte de inversión para cubrir sus necesidades (28%), seguida de la macro red Sur (18%) y Lima (17%); el resto no supera el 10% del monto total.

Tabla 121. Inversión para brechas de prestaciones de salud, por Red Asistencial (millones de soles)

Red Asistencial	Cobertura	Rehabilitación	Categorización	Otros	Costo total
Red Asistencial Rebagliati	1770	927	341	747	3786
Red Asistencial Almenara	983	660	423	687	2752
Red Asistencial Sabogal	1066	433	287	820	2606
Red Asistencial La Libertad	441	337	748	1030	2555
Red Asistencial Piura	486	152	96	999	1733
Red Asistencial Lambayeque	218	217	434	640	1509
Red Asistencial Arequipa	397	222	241	639	1499
Red Asistencial Cusco	173	209	246	492	1120
Red Asistencial Junín	-	327	294	441	1061
Red Asistencial Puno	-	4	3	972	979
Red Asistencial Loreto	239	185	253	156	833
Red Asistencial Ica	45	9	115	503	672
Red Asistencial Cajamarca	89	10	19	551	670
Red Asistencial Huánuco	133	74	35	417	660
Institutos especializados	-	0	265	352	617
Red Asistencial Pasco	-	183	84	333	601
Red Asistencial Áncash	-	247	158	155	560
Red Asistencial Moquegua	22	-	-	479	502
Red Asistencial Huaraz	240	41	38	156	475
Red Asistencial Amazonas	44	5	136	283	468
Red Asistencial Apurímac	67	128	149	66	410
Red Asistencial Juliaca	-	52	55	289	396
Red Asistencial Huancavelica	22	-	-	351	373
Red Asistencial Tarapoto	45	-	29	262	335
Red Asistencial Ayacucho	-	134	30	155	319
Red Asistencial Moyobamba	45	12	155	22	234
Red Asistencial Tacna	-	82	28	88	198
Red Asistencial Ucayali	45	3	12	122	181
Red Asistencial Madre de Dios	23	31	44	-	98
Red Asistencial Tumbes	23	4	32	22	80
Total inversión (S/)	6614	4689	4749	12 230	28 281

Elaboración propia.

Tabla 122. Inversión para brechas de prestaciones de salud, por macrorredes (S/)

Macrorred	Cobertura	Rehabilitación	Categorización	Otros	Costo total
Centro	155 481 257	584 271 752	413 378 282	1 541 700 240	2 694 831 531
Lima A	1 066 108 604	432 718 075	287 298 201	820 060 073	2 606 184 953
Lima B	982 641 601	659 798 487	423 262 684	686 662 954	2 752 365 726
Lima C37	1 814 832 619	1 070 677 989	486 284 890	1 404 664 958	4 776 460 455
Norte	1 540 152 868	1 012 567 021	1 659 741 291	3 837 154 673	8 049 615 853
Oriente	373 130 621	200 115 599	448 425 927	561 627 665	1 583 299 812
Sur	681 240 213	729 013 645	764 989 997	3 026 012 034	5 201 255 889
Subtotal macrorredes	6 613 587 783	4 689 162 567	4 483 381 272	11 877 882 596	27 664 014 218
Institutos especializados	-	-	265 139 880	352 277 869	617 417 749
Total inversión	6 613 587 783	4 689 162 567	4 748 521 152	12 230 160 465	28 281 431 967

Elaboración propia.

Cabe precisar, además, el detalle de los costos de inversión de la brecha de rehabilitación de establecimientos propios, clasificados por la magnitud de la brecha y por categoría del EESS (tabla 108). La brecha de EESS que requieren mejoramiento del 50% de su infraestructura es la que asciende a un mayor costo de inversión, que representa un 63% del monto total, seguido de la brecha de EESS que requieren mejorar el 100% de su infraestructura (32%). Por categorías, aquellos de mayor complejidad son los que requieren mayor monto de inversión. Así, los EESS II-2 requieren el 25% del total de esta brecha, seguidos de los establecimientos III-1 y III-2 (22% en cada caso) y de los II-1 (20%).

Tabla 123. Costo total de inversión de la brecha de rehabilitación en EESS propios, por categoría (millones de soles)

% del EESS a rehabilitar	I Nivel				II Nivel			III Nivel				Total
	I-1	I-2	I-3	I-4	II-1	II-2	II-E	III-1	III-2	III-E	SMA	
100%	1,4	21,1	69,5	-	246,8	892,8	7,2	256,3	-	-	-	1495,1
50%	-	26,7	173,4	86,2	711,9	266,9	78,9	581,1	1023,0	-	-	2948,1
33%	-	6,5	50,4	-	-	-	-	189,1	-	-	-	246,0
Total	1,4	54,3	293,3	86,2	958,7	1159,7	86,1	1026,5	1023,0	-	-	4689,2

Elaboración propia.

37 Incluye Ica y Ayacucho

Por otro lado, la tabla 124 presenta los requerimientos para cubrir la brecha de prestaciones sociales. Como se observa, la inversión requerida es principalmente para satisfacer la demanda de CERPS (81% del total). Esto sucede porque el área de operaciones de un CERPS y su costo por m^2 es mayor que el de los CAM.

Tabla 124. Inversión para brecha de prestaciones sociales

Descripción	CAM	CERPS	Total
Nro. de EESS	179	146	325
Total inversión (S/)	555 317 216	2 389 305 861	2 944 623 077

Elaboración propia.

Por otro lado, al agrupar las redes asistenciales por macro redes, cuya definición se presenta en el anexo 7, se puede observar en la tabla 125 que aquellas que presentan un mayor requerimiento de inversión para cerrar las brechas de infraestructura son las macro redes de Lima C (Rebagliati, Ica, Ayacucho) y Norte (La Libertad, Piura, Lambayeque, Áncash, Cajamarca, Huaraz, Amazonas y Tumbes) que representan el 24% y 25% 48 del total de esta brecha, respectivamente.

Tabla 125. Costo total de la brecha de prestaciones sociales, por macrorredes (S/)

Macrorred	CAM	CERPS	Costo total
Centro	3 102 331	130 920 869	134 023 200
Lima A	111 683 909	376 397 499	488 081 408
Lima B	93 069 924	294 571 955	387 641 880
Lima C	155 116 541	540 048 585	695 165 126
Norte	120 990 902	605 509 020	726 499 921
Oriente	15 511 654	130 920 869	146 432 523
Sur	55 841 955	310 937 064	366 779 019
Total inversión (S/)	555 317 216	2 389 305 861	2 944 623 077

Elaboración propia.

Finalmente, según Red Asistencial, las que presentan un mayor requerimiento de inversión para cerrar las brechas de infraestructura son las redes de Lima (Rebagliati, Almenara y Sabogal), que representa el 49% del total de esta brecha. La tabla 126 presenta el detalle por Red Asistencial.

Tabla 126. Costo total de la brecha de prestaciones sociales, por Red Asistencial (S/)

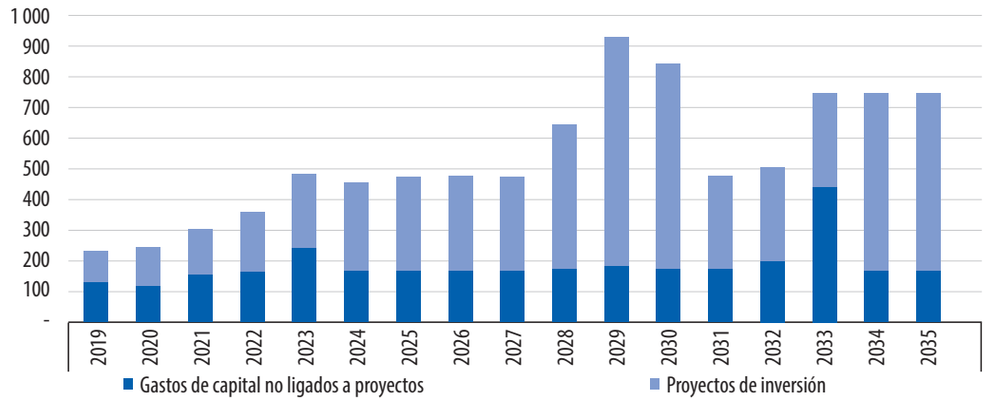
Red Asistencial	CAM	CERPS	Costo total
Red Asistencial Rebagliati	139 604 887	425 492 825	565 097 711
Red Asistencial Sabogal	111 683 909	376 397 499	488 081 408
Red Asistencial Almenara	93 069 924	294 571 955	387 641 880
Red Asistencial La Libertad	24 818 647	180 016 195	204 834 842
Red Asistencial Arequipa	46 534 962	130 920 869	177 455 831
Red Asistencial Lambayeque	40 330 301	130 920 869	171 251 170
Red Asistencial Piura	31 023 308	130 920 869	161 944 177
Red Asistencial Ica	12 409 323	98 190 652	110 599 975
Red Asistencial Cusco	-	65 460 435	65 460 435
Red Asistencial Junín	-	65 460 435	65 460 435
Red Asistencial Áncash	15 511 654	49 095 326	64 606 980
Red Asistencial Cajamarca	9 306 992	49 095 326	58 402 318
Red Asistencial Loreto	9 306 992	49 095 326	58 402 318
Red Asistencial Huánuco	3 102 331	32 730 217	35 832 548
Red Asistencial Tarapoto	3 102 331	32 730 217	35 832 548
Red Asistencial Ucayali	3 102 331	32 730 217	35 832 548
Red Asistencial Huaraz	-	32 730 217	32 730 217
Red Asistencial Juliaca	-	32 730 217	32 730 217
Red Asistencial Tacna	6 204 662	16 365 109	22 569 770
Red Asistencial Ayacucho	3 102 331	16 365 109	19 467 439
Red Asistencial Moquegua	3 102 331	16 365 109	19 467 439
Red Asistencial Amazonas	-	16 365 109	16 365 109
Red Asistencial Apurímac	-	16 365 109	16 365 109
Red Asistencial Huancavelica	-	16 365 109	16 365 109
Red Asistencial Madre De Dios	-	16 365 109	16 365 109
Red Asistencial Moyobamba	-	16 365 109	16 365 109
Red Asistencial Pasco	-	16 365 109	16 365 109
Red Asistencial Puno	-	16 365 109	16 365 109
Red Asistencial Tumbes	-	16 365 109	16 365 109
Total inversión (S/)	555 317 216	2 389 305 861	2 944 623 077

Elaboración propia.

3.3.4. Proyección del presupuesto de inversión

El presupuesto de EsSalud para inversión comprende los conceptos de proyectos de inversión y gastos de capital no ligados a proyectos. A su vez, proyectos de inversión se divide en APP y demás proyectos de inversión. De estos, el primero refleja los compromisos de pago de la entidad en los próximos años, por lo que se considera que los recursos disponibles para invertir en el cierre de brechas corresponderán solo a los rubros demás proyectos de inversión y gastos de capital no ligados a proyectos. La proyección de estos conceptos para el periodo 2019-2035, realizada por la GCPP, se muestra en la figura 159. Se observa una tendencia creciente importante hasta 2029.

Figura 159. Proyección del presupuesto total para inversión, 2019-2035 (millones de soles)



Fuente: GCPP – EsSalud.
Elaboración propia.

La proyección del presupuesto disponible para inversión para el periodo 2019-2035 es de S/ 5498 millones, lo que representa el 2.1% del presupuesto de egresos de toda la entidad durante el mismo periodo. Asumiendo que esta proyección se mantiene y que los recursos de inversión se emplean de manera eficiente, a 2035 se podría contribuir con el cierre del 18% de la brecha. Con estos resultados, se refleja la necesidad de realizar una asignación óptima de las inversiones a partir de la elaboración de una estrategia de financiamiento de mediano y largo plazo.

3.3.5. Criterios de prioridad de gestión y matriz estratégica de inversiones

De acuerdo con lo mencionado en la metodología, se establecen criterios de prioridad de gestión diferentes para los EESS propios y para los EESS no propios.

En el primer caso, los criterios se determinan para cada una de las brechas definidas, tal como se muestra en la tabla 127. La brecha de cobertura se prioriza de acuerdo con tres criterios: 1) alineamiento sectorial e institucional, 2) asignación eficiente, y 3) prioridades de salud. El primer criterio está basado en uno de los cinco lineamientos de política para las inversiones en salud del seguro social y el primer objetivo estratégico del PEI 2017-2021, que prioriza aquellas inversiones que fortalecen el primer nivel de atención. Con esto es posible identificar y

prevenir enfermedades antes de que se desarrollen complicaciones (EsSalud, 2017). El segundo criterio busca que la mayor cantidad de población que demanda servicios de salud se beneficie y que, en este sentido, cada sol invertido tenga el mayor impacto posible en la población. Finalmente, el tercer criterio prioriza a los EESS que se encuentran en las redes con mayor carga de enfermedad.

Para priorizar la brecha de categorización se utilizan dos criterios: 1) asignación eficiente, y 2) sostenibilidad. El primero le da más importancia a los EESS que tienen una mayor demanda. Para ello, se utiliza el número de consultantes por EESS. El segundo criterio considera la magnitud de la inversión requerida. De esta manera, en términos generales, se priorizan las inversiones que impliquen una menor cantidad de recursos e impacten en una mayor población.

Por último, la brecha de rehabilitación considera dos criterios: 1) inclusión social, y 2) asignación eficiente. El primer criterio prioriza las inversiones en los EESS cuyo estado de la infraestructura es más crítico, al encontrarse en riesgo según el ISH. El segundo criterio le da una mayor importancia a la cantidad de beneficiarios, pues esto permite que cada sol invertido beneficie a una mayor cantidad de asegurados. Al igual que para la brecha de categorización, se utilizan los consultantes en 2018.

Tabla 127. Criterios de prioridad de gestión para EESS propios

Brecha	Criterio	Peso	Definición	Indicador	Puntos
Cobertura	C1. Alineamiento sectorial / institucional	35	Contribuye a fortalecer el primer nivel de atención	EESS del primer nivel	60
				EESS del segundo nivel y tercer nivel	40
	C2. Asignación eficiente	35	Beneficiarios	Más de 50 000	30
				De 40 000 a 50 000	25
				De 25 000 a 40 000	20
				De 10 000 a 25 000	15
				Menos de 10 000	10
	C3. Prioridades de salud	30	Avisa de la red	120-170	50
				81-119	30
				40-80	20
Categorización	C1. Asignación eficiente	80	Beneficiarios	Más de 50 000	30
				De 40 000 a 50 000	25
				De 25 000 a 40 000	20
				De 10 000 a 25 000	15
				Menos de 10 000	10
	C2. Sostenibilidad	20	Inversión requerida	Cuartil 1	50
				Cuartil 2	30
				Cuartil 3	20
				Cuartil 4	0

Brecha	Criterio	Peso	Definición	Indicador	Puntos
Rehabilitación	C1. Inclusión social	75	ISH	Categoría C	80
				Categoría B	20
				Categoría A	0
	C2. Asignación eficiente	25	Beneficiarios	Más de 50 000	30
				De 40 000 a 50 000	25
				De 25 000 a 40 000	20
				De 10 000 a 25 000	15
				Menos de 10 000	10

Elaboración propia.

Los criterios de prioridad de gestión de los EESS no propios se presentan en la tabla 128. El primero de ellos es el alineamiento sectorial e institucional que, como se mencionó líneas arriba, busca fortalecer el primer nivel de atención para evitar complicaciones más costosas para el seguro. El segundo criterio es el de asignación eficiente que le da una mayor importancia a los EESS con mayor cantidad de brechas identificadas, pues esto implica que tiene una mayor cantidad de necesidades que cubrir. El último criterio es el de prioridades de salud, que le asigna mayor prioridad a los EESS de las redes que presentan mayor carga de enfermedad. De todos estos criterios, se considera al segundo criterio como el más importante pues refleja los EESS con una mayor urgencia de intervención.

Tabla 128. Criterios de prioridad de gestión de EESS que no son propiedad de EsSalud

Criterio	Peso	Definición	Indicador	Puntos
C1. Alineamiento sectorial / institucional	30	Contribuye a fortalecer el primer nivel de atención	EESS del primer nivel	60
			EESS del segundo nivel y tercer nivel	40
C2. Asignación eficiente	50	Número de brechas que presenta el EESS	3	60
			2	30
			1	10
C3. Prioridades de salud	20	Avisa de la red	120-170	50
			81-119	30
			40-80	20

Elaboración propia.

Al aplicar estos criterios, se identifican las quince primeras prioridades de inversión para cada uno de los escenarios definidos en la metodología y se elaboran las matrices estratégicas con las principales necesidades de inversión. Las tablas 129, 130 y 131 presentan la matriz estratégica de inversiones en los EESS propios, mientras que la tabla 132 presenta la matriz estratégica de inversiones para el resto de EESS.

Finalmente, para definir la prioridad de la inversión en prestaciones sociales se proponen criterios más generales por Red Asistencial. Para los CAM, el criterio prioriza cubrir la brecha en aquellas redes en donde hay mayor incidencia de hipertensión o artrosis y en donde la brecha es mayor por cada mil habitantes. En el caso de CERPS, se recomienda realizar las primeras inversiones en las redes en donde actualmente no hay oferta y luego, en aquellas en donde la brecha es mayor por cada mil habitantes con discapacidad.

Tabla 129. Matriz estratégica de inversiones. Brecha de cobertura (EESS propios)

Red Asistencial	Propuesta	CAS	Distrito	Categoría	Región
Red Asistencial Arequipa	Nuevo	N1	Arequipa 2	I-3	Sierra
Red Asistencial Ucayali	Nuevo	N1	Calleria	I-3	Selva
Red Asistencial Tarapoto	Nuevo	N1	Shapaja	I-3	Selva
Red Asistencial Huancavelica	Nuevo	N1	Huancavelica	I-2	Sierra
Red Asistencial Almenara	Nuevo	N3	Ate 2 (Vitarte)	I-3	Costa
Red Asistencial Almenara	Nuevo	N4	Ate 3 (Vitarte)	I-3	Costa
Red Asistencial Almenara	Nuevo	N10	Lima 2	I-3	Costa
Red Asistencial Almenara	Nuevo	N11	Lima 3	I-3	Costa
Red Asistencial Almenara	Nuevo	N13	San Juan de Lurigancho 1	I-3	Costa
Red Asistencial Almenara	Nuevo	N6	San Juan de Lurigancho 6	I-3	Costa
Red Asistencial Almenara	Nuevo	N7	San Juan de Lurigancho 7	I-3	Costa
Red Asistencial Almenara	Nuevo	N8	San Juan de Lurigancho 8	I-3	Costa
Red Asistencial La Libertad	Nuevo	N1	El Porvenir	I-3	Costa
Red Asistencial La Libertad	Nuevo	N2	La Esperanza	I-3	Costa
Red Asistencial La Libertad	Nuevo	N3	Trujillo 9	I-3	Costa
Red Asistencial La Libertad	Nuevo	N4	Trujillo 2	I-3	Costa
Red Asistencial La Libertad	Nuevo	N5	Florencia de Mora	I-3	Costa
Red Asistencial La Libertad	Nuevo	N6	Trujillo 5	I-3	Costa
Red Asistencial Lambayeque	Nuevo	N1	Chiclayo 3	I-3	Costa
Red Asistencial Moquegua	Nuevo	N1	Chojata	I-2	Sierra
Red Asistencial Arequipa	Nuevo	N2	Cerro Colorado	II-2	Costa
Red Asistencial Almenara	Nuevo	N5	Ate 6	I-3	Costa
Red Asistencial Almenara	Nuevo	N12	Lima	I-3	Costa
Red Asistencial Almenara	Nuevo	N15	Rímac 2	I-3	Costa
Red Asistencial Almenara	Nuevo	N9	San Borja	I-3	Costa
Red Asistencial Almenara	Nuevo	N2	Santa Anita 3	I-3	Costa
Red Asistencial Huanuco	Nuevo	N2	Amarilis	I-3	Selva
Red Asistencial Ica	Nuevo	N1	Chincha Alta 1	I-3	Costa
Red Asistencial Cajamarca	Nuevo	N1	Cajamarca	I-3	Sierra
Red Asistencial Cajamarca	Nuevo	N2	Cajamarca 2	I-3	Sierra
Red Asistencial Piura	Nuevo	N1	Sullana 3	I-3	Costa
Red Asistencial Piura	Nuevo	N2	Piura 6	I-3	Costa
Red Asistencial Piura	Nuevo	N3	Pariñas 2	I-3	Costa
Red Asistencial Rebagliati	Nuevo	N9	Chorrillos 3	I-3	Costa
Red Asistencial Rebagliati	Nuevo	N2	Cieneguilla	I-3	Costa
Red Asistencial Rebagliati	Nuevo	N3	La Molina 1	I-3	Costa
Red Asistencial Rebagliati	Nuevo	N14	Lince 3	I-3	Costa
Red Asistencial Rebagliati	Nuevo	N15	Pueblo Libre 3	I-3	Costa

	Nivel	Beneficiarios	Avisa	C1	C2	C3	Puntaje	Ranking
	I Nivel	50 000	120	60	30	50	46.5	1
	I Nivel	50 000	154	60	30	50	46.5	1
	I Nivel	49 849	131	60	25	50	44.75	2
	I Nivel	19 525	132	60	15	50	41.25	3
	I Nivel	50 000	106	60	30	30	40.5	4
	I Nivel	50 000	106	60	30	30	40.5	4
	I Nivel	50 000	106	60	30	30	40.5	4
	I Nivel	50 000	106	60	30	30	40.5	4
	I Nivel	50 000	106	60	30	30	40.5	4
	I Nivel	50 000	106	60	30	30	40.5	4
	I Nivel	50 000	106	60	30	30	40.5	4
	I Nivel	50 000	106	60	30	30	40.5	4
	I Nivel	50 000	105	60	30	30	40.5	4
	I Nivel	50 000	105	60	30	30	40.5	4
	I Nivel	50 000	105	60	30	30	40.5	4
	I Nivel	50 000	105	60	30	30	40.5	4
	I Nivel	50 000	105	60	30	30	40.5	4
	I Nivel	52 913	105	60	30	30	40.5	4
	I Nivel	50 000	109	60	30	30	40.5	4
	I Nivel	1 938	152	60	10	50	39.5	5
	Ii Nivel	257 084	120	40	30	50	39.5	5
	I Nivel	49 146	106	60	25	30	38.75	6
	I Nivel	49 018	106	60	25	30	38.75	6
	I Nivel	49 736	106	60	25	30	38.75	6
	I Nivel	46 746	106	60	25	30	38.75	6
	I Nivel	49 846	106	60	25	30	38.75	6
	I Nivel	47683	86	60	25	30	38.75	6
	I Nivel	48714	81	60	25	30	38.75	6
	I Nivel	50 000	62	60	30	20	37.5	7
	I Nivel	50 000	62	60	30	20	37.5	7
	I Nivel	50 000	64	60	30	20	37.5	7
	I Nivel	50 000	64	60	30	20	37.5	7
	I Nivel	50 000	64	60	30	20	37.5	7
	I Nivel	50 000	55	60	30	20	37.5	7
	I Nivel	50 000	55	60	30	20	37.5	7
	I Nivel	50 000	55	60	30	20	37.5	7
	I Nivel	50 000	55	60	30	20	37.5	7
	I Nivel	50 000	55	60	30	20	37.5	7

Red Asistencial	Propuesta	CAS	Distrito	Categoría	Región
Red Asistencial Rebagliati	Nuevo	N5	San Juan de Miraflores 3	I-3	Costa
Red Asistencial Rebagliati	Nuevo	N10	San Juan de Miraflores-APP 2	I-3	Costa
Red Asistencial Rebagliati	Nuevo	N6	San Juan de Miraflores-APP 3	I-3	Costa
Red Asistencial Rebagliati	Nuevo	N8	Santiago de Surco 6	I-3	Costa
Red Asistencial Rebagliati	Nuevo	N7	Villa El Salvador 5	I-3	Costa
Red Asistencial Rebagliati	Nuevo	N4	Villa El Salvador 3	I-3	Costa
Red Asistencial Sabogal	Nuevo	N6	Callao 2	I-3	Costa
Red Asistencial Sabogal	Nuevo	N3	Callao-APP 2	I-3	Costa
Red Asistencial Sabogal	Nuevo	N2	La Perla	I-3	Costa
Red Asistencial Sabogal	Nuevo	N5	Ventanilla 3	I-3	Costa
Red Asistencial Sabogal	Nuevo	N16	Carabayllo 2	I-3	Costa
Red Asistencial Sabogal	Nuevo	N13	Comas	I-3	Costa
Red Asistencial Sabogal	Nuevo	N10	Comas 4	I-3	Costa
Red Asistencial Sabogal	Nuevo	N9	Comas 5	I-3	Costa
Red Asistencial Sabogal	Nuevo	N15	Los Olivos	I-3	Costa
Red Asistencial Sabogal	Nuevo	N11	Los Olivos 2	I-3	Costa
Red Asistencial Sabogal	Nuevo	N8	Los Olivos 3	I-3	Costa
Red Asistencial Sabogal	Nuevo	N12	San Martín de Porres 5	I-3	Costa
Red Asistencial Sabogal	Nuevo	N4	San Martín de Porres 6	I-3	Costa
Red Asistencial Sabogal	Nuevo	N7	San Martín de Porres 3	I-3	Costa
Red Asistencial Sabogal	Nuevo	N1	San Miguel 3	I-3	Costa
Red Asistencial Huanuco	Nuevo	N3	Rupa-Rupa	I-3	Selva
Red Asistencial Madre De Dios	Ampliación	132	Mazuco	I-3	Selva
Red Asistencial Moyobamba	Nuevo	N1	Moyobamba	I-3	Selva
Red Asistencial Huaraz	Nuevo	N1	Huaraz	I-3	Sierra
Red Asistencial Rebagliati	Nuevo	N13	Barranco 2	I-3	Costa
Red Asistencial Rebagliati	Nuevo	N17	Lince	I-3	Costa
Red Asistencial Rebagliati	Nuevo	N12	Miraflores 1	I-3	Costa
Red Asistencial Rebagliati	Nuevo	N11	Santiago de Surco 4	I-3	Costa
Red Asistencial Sabogal	Nuevo	N14	Puente Piedra 2	I-3	Costa
Red Asistencial Almenara	Nuevo	N14	La Victoria	I-2	Costa
Red Asistencial Amazonas	Nuevo	N1	Chachapoyas	I-2	Sierra
Red Asistencial Amazonas	Nuevo	N2	Bagua Grande	I-2	Selva
Red Asistencial Loreto	Nuevo	N3	Iquitos 2	I-2	Selva
Red Asistencial Apurimac	Nuevo	N1	Abancay	I-3	Sierra
Red Asistencial Tumbes	Ampliación	381	Zarumilla	I-3	Costa
Red Asistencial Almenara	Nuevo	N1	Huarochirí	I-2	Sierra
Red Asistencial Huanuco	Nuevo	N1	Huacaybamba	I-2	Sierra

	Nivel	Beneficiarios	Avisa	C1	C2	C3	Puntaje	Ranking
	I Nivel	50 000	55	60	30	20	37.5	7
	I Nivel	50 000	55	60	30	20	37.5	7
	I Nivel	50 000	55	60	30	20	37.5	7
	I Nivel	50 000	55	60	30	20	37.5	7
	I Nivel	50 000	55	60	30	20	37.5	7
	I Nivel	50 000	55	60	30	20	37.5	7
	I Nivel	50 000	64	60	30	20	37.5	7
	I Nivel	50 000	64	60	30	20	37.5	7
	I Nivel	50 000	64	60	30	20	37.5	7
	I Nivel	50 000	64	60	30	20	37.5	7
	I Nivel	50 000	64	60	30	20	37.5	7
	I Nivel	50 000	64	60	30	20	37.5	7
	I Nivel	50 000	64	60	30	20	37.5	7
	I Nivel	53 541	64	60	30	20	37.5	7
	I Nivel	50 000	64	60	30	20	37.5	7
	I Nivel	50 000	64	60	30	20	37.5	7
	I Nivel	50 000	64	60	30	20	37.5	7
	I Nivel	50 000	64	60	30	20	37.5	7
	I Nivel	50 000	64	60	30	20	37.5	7
	I Nivel	50 000	64	60	30	20	37.5	7
	I Nivel	50 000	64	60	30	20	37.5	7
	I Nivel	25007	86	60	20	30	37	8
	I Nivel	37 728	108	60	20	30	37	8
	I Nivel	31 843	82	60	20	30	37	8
	I Nivel	49 468	40	60	25	20	35.75	9
	I Nivel	43 006	55	60	25	20	35.75	9
	I Nivel	47 057	55	60	25	20	35.75	9
	I Nivel	49 294	55	60	25	20	35.75	9
	I Nivel	49 491	55	60	25	20	35.75	9
	I Nivel	49 607	64	60	25	20	35.75	9
	I Nivel	12 300	106	60	15	30	35.25	10
	I Nivel	16159	104	60	15	30	35.25	10
	I Nivel	23893	104	60	15	30	35.25	10
	I Nivel	15 020	97	60	15	30	35.25	10
	I Nivel	30 054	68	60	20	20	34	11
	I Nivel	39 985	80	60	20	20	34	11
	I Nivel	961	106	60	10	30	33.5	12
	I Nivel	1882	86	60	10	30	33.5	12

Red Asistencial	Propuesta	CAS	Distrito	Categoría	Región
Red Asistencial Huanuco	Nuevo	N4	Huacrachuco	I-2	Sierra
Red Asistencial Loreto	Nuevo	N1	Yurimaguas	I-2	Selva
Red Asistencial Loreto	Nuevo	N2	Barranca	I-2	Selva
Red Asistencial Almenara	Ampliación	8	Vitarte	II-2	Costa
Red Asistencial Almenara	Ampliación	17	Ramón Castilla	II-2	Costa
Red Asistencial Loreto	Nuevo	N4	Iquitos	II-1	Costa
Red Asistencial Apurimac	Nuevo	N2	Andahuaylas	I-2	Sierra
Red Asistencial Huaraz	Nuevo	N2	Independencia	I-2	Sierra
Red Asistencial Rebagliati	Nuevo	N16	Lima 2 (Santa Beatriz)	I-2	Costa
Red Asistencial Lambayeque	Nuevo	N2	Cutervo	II-1	Sierra
Red Asistencial Rebagliati	Nuevo	N1	Yauyos	I-2	Sierra
Red Asistencial Sabogal	Nuevo	N17	Ventanilla	II-1	Costa
Red Asistencial Sabogal	Ampliación	410	Marino Molina Scippa	II-2	Costa
Red Asistencial Rebagliati	Nuevo	N18	Lince	II-2	Costa
Red Asistencial Rebagliati	Nuevo	N19	Santiago de Surco	II-2	Costa
Red Asistencial Rebagliati	Nuevo	N20	San Juan de Miraflores 3	II-2	Costa
Red Asistencial Cusco	Nuevo	N1	Santa Ana	II-1	Costa
Red Asistencial Piura	Nuevo	N4	Piura	II-2	Costa
Red Asistencial La Libertad	Nuevo	N7	Huamachuco	II-1	Sierra
Red Asistencial Huaraz	Nuevo	N3	San Luis	II-1	Sierra

Elaboración propia.

Nivel	Beneficiarios	Avisa	C1	C2	C3	Puntaje	Ranking
I Nivel	2467	86	60	10	30	33.5	12
I Nivel	3 298	97	60	10	30	33.5	12
I Nivel	800	97	60	10	30	33.5	12
Ii Nivel	286 860	106	40	30	30	33.5	12
Ii Nivel	278 864	106	40	30	30	33.5	12
II Nivel	116 413	97	40	30	30	33.5	12
I Nivel	21 097	68	60	15	20	32.25	13
I Nivel	24 999	40	60	15	20	32.25	13
I Nivel	15 623	55	60	15	20	32.25	13
II Nivel	40 640	109	40	25	30	31.75	14
I Nivel	3 317	55	60	10	20	30.5	15
II Nivel	158 906	64	40	30	20	30.5	15
II Nivel	383 940	64	40	30	20	30.5	15
II Nivel	373 301	55	40	30	20	30.5	15
II Nivel	369 730	55	40	30	20	30.5	15
II Nivel	219 539	55	40	30	20	30.5	15
II Nivel	140 823	65	40	30	20	30.5	15
II Nivel	271 432	64	40	30	20	30.5	15
II Nivel	39 645	105	40	20	30	30	16
II Nivel	32 160	40	40	20	20	27	17

Tabla 130. Matriz estratégica de inversiones. Brecha de categorización (EESS propios)

Red Asistencial	CAS	Centro Asistencial	Categoría	Región
Red Asistencial Rebagliati	10	Chincha	I-3	Costa
Red Asistencial Rebagliati	21	Pablo Bermúdez	I-3	Costa
Red Asistencial Rebagliati	407	Juan José Rodríguez Lazo	I-3	Costa
Red Asistencial Sabogal	497	Luis Negreiros	I-3	Costa
Red Asistencial Arequipa	76	Yanahuara	II-1	Sierra
Red Asistencial La Libertad	207	Albrecht	II-1	Costa
Red Asistencial Almenara	17	Ramón Castilla	II-1	Costa
Red Asistencial Sabogal	410	Marino Molina Scippa	II-1	Costa
Red Asistencial Ucayali	349	Pucallpa	II-2	Selva
Red Asistencial Rebagliati	6	Suárez-Angamos	II-2	Costa
Red Asistencial Almenara	7	Hospital de Emergencias Grau	II-2	Costa
Red Asistencial Sabogal	15	Lima Norte-Callao Luis Negreiros Vega	II-2	Costa
Red Asistencial Cusco	418	Metropolitano	I-2	Sierra
Red Asistencial Áncash	487	Víctor Panta Rodríguez	I-3	Costa
Red Asistencial Piura	266	Castilla	I-3	Costa
Red Asistencial Almenara	14	Francisco Pizarro	I-3	Costa
Red Asistencial Arequipa	79	Edmundo Escomel	I-4	Sierra
Red Asistencial Junín	431	Metropolitano Huancayo	I-4	Sierra
Red Asistencial Lambayeque	402	Naylamp	II-1	Costa
Red Asistencial Piura	265	Jorge Reátegui Delgado	II-1	Costa
Red Asistencial Almenara	8	Vitarte	II-1	Costa
Red Asistencial Almenara	404	Jorge Voto Bernales Corpancho	II-1	Costa
Red Asistencial Huánuco	296	Huánuco	II-2	Selva
Red Asistencial Ica	506	Augusto Hernández Mendoza	II-2	Costa
Red Asistencial Sabogal	28	Gustavo Lanatta Luján	II-2	Costa
Red Asistencial Arequipa	3	Carlos Alberto Seguín Escobedo	III-1	Sierra
Red Asistencial Junín	307	Ramiro Prialé Prialé	III-1	Sierra
Red Asistencial Lambayeque	4	Almanzor Aguinaga Asenjo	III-1	Costa
Red Asistencial Sabogal	5	Alberto Sabogal Sologuren	III-1	Costa
Red Asistencial Rebagliati	1	Edgardo Rebagliati Martins	III-2	Costa
Red Asistencial Almenara	2	Guillermo Almenara Irigoyen	III-2	Costa
Red Asistencial Arequipa	77	Metropolitano	I-3	Sierra
Red Asistencial Ayacucho	449	Metropolitano	I-3	Sierra
Red Asistencial Lambayeque	383	Carlos Castañeda Iparraguirre	I-3	Costa
Red Asistencial Lambayeque	384	Agustín Gavidia Salcedo	I-3	Costa

Costo referencial	Consultantes	C1	C2	Puntaje	*Ranking*
807 753	51 431	30	50	34	1
1 212 875	49 759	25	50	30	2
1 702 674	54 347	30	30	30	2
2 223 189	63 609	30	30	30	2
29 487 310	93 979	30	20	28	3
28 730 991	58 527	30	20	28	3
30 359 388	62 730	30	20	28	3
28 475 083	89 249	30	20	28	3
10 902 477	68 545	30	20	28	3
32 627 884	75 592	30	20	28	3
21 530 160	73 648	30	20	28	3
19 327 404	87 147	30	20	28	3
2 095 357	40 335	25	30	26	4
576 967	36 143	20	50	26	4
807 753	26 205	20	50	26	4
346 180	38 300	20	50	26	4
2 227 499	48 426	25	30	26	4
4 232 553	40 685	25	20	24	5
37 424 501	44 590	25	20	24	5
38 897 803	58 856	30	0	24	5
48 322 856	54 656	30	0	24	5
34 596 723	41 162	25	20	24	5
34 650 851	45 145	25	20	24	5
21 160 415	44 725	25	20	24	5
28 444 289	40 783	25	20	24	5
199 515 631	56 399	30	0	24	5
199 515 631	51 179	30	0	24	5
199 515 631	63 697	30	0	24	5
199 515 631	81 704	30	0	24	5
265 139 880	195 569	30	0	24	5
265 139 880	100 029	30	0	24	5
1 761 616	35 486	20	30	22	6
807 753	19 306	15	50	22	6
923 147	13 275	15	50	22	6
1 038 540	12 997	15	50	22	6

Red Asistencial	CAS	Centro Asistencial	Categoría	Región
Red Asistencial Rebagliati	411	Central de Prevención Larco	I-3	Costa
Red Asistencial Sabogal	486	Metropolitano del Callao	I-3	Costa
Red Asistencial Ayacucho	102	Huamanga "Carlos Tuppia Garcia Godos"	II-1	Sierra
Red Asistencial Ica	46	René Toche Groppo	II-1	Costa
Red Asistencial Lambayeque	496	Luis Enrique Heysen Incháustegui	II-1	Costa
Red Asistencial Tumbes	292	Carlos Alberto Cortez Jiménez	II-1	Costa
Red Asistencial Huaraz	162	Huaraz	II-1	Sierra
Red Asistencial Rebagliati	38	Cañete	II-1	Costa
Red Asistencial Tarapoto	279	Tarapoto	II-1	Selva
Red Asistencial Áncash	161	Chimbote	II-2	Costa
Red Asistencial La Libertad	206	Chocope	II-2	Costa
Red Asistencial Pasco	325	Cerro de Pasco	II-2	Sierra
Red Asistencial Tacna	149	Tacna Daniel Alcides Carrión	II-2	Costa
Red Asistencial Juliaca	139	Juliaca	II-2	Sierra
Red Asistencial Cusco	111	Adolfo Guevara Velasco	III-1	Sierra
Red Asistencial Loreto	62	Iquitos	III-1	Selva
Red Asistencial Junín	314	Andaychagua	I-1	Sierra
Red Asistencial Áncash	171	Cabana	I-2	Sierra
Red Asistencial Apurímac	71	Chuquibambilla	I-2	Sierra
Red Asistencial Arequipa	82	Acarí	I-2	Costa
Red Asistencial Arequipa	100	Vítor	I-2	Costa
Red Asistencial Cajamarca	199	Hualgayoc	I-2	Sierra
Red Asistencial Huánuco	291	Uchiza	I-2	Selva
Red Asistencial Huánuco	299	Aucayacu	I-2	Selva
Red Asistencial Junín	315	Cobriza	I-2	Sierra
Red Asistencial Junín	318	Marh-Túnel	I-2	Sierra
Red Asistencial Junín	372	San Pedro de Cajas	I-2	Sierra
Red Asistencial La Libertad	223	Guadalupe	I-2	Costa
Red Asistencial Lambayeque	254	Oyotún	I-2	Costa
Red Asistencial Madre de Dios	129	Iberia	I-2	Selva
Red Asistencial Madre de Dios	132	Mazuco	I-2	Selva
Red Asistencial Tacna	150	Luis Palza Lévano	I-2	Costa
Red Asistencial Huaraz	190	Yungay	I-2	Sierra
Red Asistencial Rebagliati	498	Centro de Atención Integral de Diabetes e Hipertensión (Cedhi)	I-2	Costa
Red Asistencial Almenara	20	Casapalca	I-2	Sierra
Red Asistencial Áncash	165	Casma	I-3	Costa

Costo referencial	Consultantes	C1	C2	Puntaje	*Ranking*
3 289 955	29 297	20	30	22	6
1 384 720	33 517	20	30	22	6
28 195 569	29 301	20	20	20	7
30 435 203	35 257	20	20	20	7
103 478 796	45 034	25	0	20	7
28 229 665	25 918	20	20	20	7
35 414 682	30 313	20	20	20	7
34 315 930	28 489	20	20	20	7
28 681 580	37 855	20	20	20	7
147 988 220	49 427	25	0	20	7
32 373 739	26 313	20	20	20	7
32 102 136	25 145	20	20	20	7
21 088 205	31 961	20	20	20	7
29 456 833	36 828	20	20	20	7
199 515 631	47 659	25	0	20	7
199 515 631	45 510	25	0	20	7
520 003	657	10	50	18	8
1 093 230	863	10	50	18	8
1 184 332	1 203	10	50	18	8
1 002 127	837	10	50	18	8
1 093 230	608	10	50	18	8
637 717	1 768	10	50	18	8
364 410	2 500	10	50	18	8
364 410	1 793	10	50	18	8
546 615	972	10	50	18	8
911 025	987	10	50	18	8
1 184 332	306	10	50	18	8
637 717	2 348	10	50	18	8
1 366 537	867	10	50	18	8
728 820	1 627	10	50	18	8
728 820	833	10	50	18	8
2 004 254	14 178	15	30	18	8
1 093 230	1 546	10	50	18	8
1 913 152	10 673	15	30	18	8
819 922	2 569	10	50	18	8
923 147	6 128	10	50	18	8

Red Asistencial	CAS	Centro Asistencial	Categoría	Región
Red Asistencial Áncash	169	Huarmey	I-3	Costa
Red Asistencial Ayacucho	103	Huanta	I-3	Sierra
Red Asistencial Cajamarca	192	Cajabamba	I-3	Sierra
Red Asistencial Ica	58	Santa Margarita	I-3	Costa
Red Asistencial Loreto	65	Nauta	I-3	Selva
Red Asistencial Loreto	66	Requena	I-3	Selva
Red Asistencial Piura	269	Chulucanas	I-3	Costa
Red Asistencial Piura	273	Leoncio Amaya Tume	I-3	Costa
Red Asistencial Piura	517	Metropolitano de Piura	I-3	Costa
Red Asistencial Tacna	430	Metropolitano de Tacna	I-3	Costa
Red Asistencial Huaraz	168	Huari	I-3	Sierra
Red Asistencial Áncash	166	Coishco	I-4	Costa
Red Asistencial Arequipa	75	Samuel Pastor	I-4	Costa
Red Asistencial Cusco	113	Quillabamba	I-4	Selva
Red Asistencial Sabogal	29	Pedro Reyes Barboza	I-4	Costa
Red Asistencial Áncash	167	Cono Sur	I-4	Costa
Red Asistencial Sabogal	32	Huaral	I-4	Costa
Red Asistencial Apurímac	67	Abancay	II-1	Sierra
Red Asistencial Ica	48	Antonio Skrabonja Antoncich	II-1	Costa
Red Asistencial La Libertad	212	La Esperanza	II-1	Costa
Red Asistencial Piura	263	Sullana	II-1	Costa
Red Asistencial La Libertad	211	Florencia de Mora	II-2	Costa
Red Asistencial La Libertad	205	Víctor Lazarte Echegaray	III-1	Costa
Red Asistencial Arequipa	90	Cono Norte	I-2	Sierra
Red Asistencial Ica	54	Palpa	I-2	Costa
Red Asistencial Junín	323	San Cristóbal	I-2	Sierra
Red Asistencial La Libertad	224	Huamachuco	I-2	Sierra
Red Asistencial Lambayeque	249	Chongoyape	I-2	Costa
Red Asistencial Tacna	448	Óscar Fernandez Dávila Vélez	I-2	Costa
Red Asistencial Tumbes	293	La Cruz	I-2	Costa
Red Asistencial Tumbes	381	Zarumilla	I-2	Costa
Red Asistencial Amazonas	160	Rodríguez de Mendoza	I-3	Selva
Red Asistencial Amazonas	377	Santa María de Nieva	I-3	Selva
Red Asistencial Apurímac	70	Chalhuanca	I-3	Sierra
Red Asistencial Apurímac	72	Chincheros	I-3	Sierra
Red Asistencial Arequipa	83	Aplao	I-3	Costa

Costo referencial	Consultantes	C1	C2	Puntaje	*Ranking*
923 147	4 536	10	50	18	8
1 038 540	4 462	10	50	18	8
807 753	3 566	10	50	18	8
3 607 909	10 786	15	30	18	8
1 269 327	2 530	10	50	18	8
1 153 933	3 604	10	50	18	8
1 269 327	7 806	10	50	18	8
1 269 327	6 800	10	50	18	8
2 107 796	17 464	15	30	18	8
2 538 653	17 529	15	30	18	8
1 038 540	3 488	10	50	18	8
2 227 499	10 196	15	30	18	8
2 026 412	10 346	15	30	18	8
1 984 641	11 121	15	30	18	8
3 472 885	20 333	15	30	18	8
3 891 573	22 673	15	20	16	9
4 454 999	18 592	15	20	16	9
103 478 796	33 206	20	0	16	9
46 509 055	25 977	20	0	16	9
49 263 814	30 618	20	0	16	9
51 369 099	27 339	20	0	16	9
46 287 623	31 185	20	0	16	9
199 515 631	39 723	20	0	16	9
1 913 152	670	10	30	14	10
2 004 254	1 925	10	30	14	10
1 457 640	827	10	30	14	10
1 457 640	6 589	10	30	14	10
1 457 640	4 232	10	30	14	10
2 004 254	8 557	10	30	14	10
1 913 152	1 637	10	30	14	10
1 822 049	2 873	10	30	14	10
2 741 214	1 632	10	30	14	10
2 741 214	1 468	10	30	14	10
1 933 461	1 730	10	30	14	10
1 818 067	2 124	10	30	14	10
2 223 189	2 171	10	30	14	10

Red Asistencial	CAS	Centro Asistencial	Categoría	Región
Red Asistencial Lambayeque	195	Cutervo	I-3	Sierra
Red Asistencial Lambayeque	250	Juan Aita Valle	I-3	Costa
Red Asistencial Loreto	64	Caballococha	I-3	Selva
Red Asistencial Puno	148	Yunguyo	I-3	Sierra
Red Asistencial Ucayali	355	Contamana	I-3	Selva
Red Asistencial Juliaca	413	Juliaca	I-3	Sierra
Red Asistencial Junín	309	Río Negro, Satipo	I-4	Selva
Red Asistencial Cajamarca	193	Celendín	I-3	Sierra
Red Asistencial Ica	52	Macacona	I-3	Costa
Red Asistencial Ica	53	Nasca	I-3	Costa
Red Asistencial Ica	56	Puquio	I-3	Sierra
Red Asistencial La Libertad	241	Víctor Soles García	I-4	Costa
Red Asistencial Pasco	338	San Juan	I-4	Sierra
Red Asistencial Amazonas	155	Higos Urco	II-1	Sierra
Red Asistencial Apurímac	68	Andahuaylas	II-1	Sierra
Red Asistencial Cusco	115	Sicuani	II-1	Sierra
Red Asistencial Junín	308	Alberto Hurtado Abadia	II-1	Sierra
Red Asistencial Junín	313	Hospital de la Selva Central y Enfermedades Tropicales Hugo Pesce Pescetto	II-1	Selva
Red Asistencial La Libertad	213	Moche	II-1	Costa
Red Asistencial La Libertad	429	Especializado Casa Grande	II-1	Costa
Red Asistencial Lambayeque	244	Chepén	II-1	Costa
Red Asistencial Lambayeque	245	Jaén	II-1	Selva
Red Asistencial Loreto	63	Yurimaguas	II-1	Selva
Red Asistencial Madre de Dios	127	Víctor Alfredo Lazo Peralta	II-1	Selva
Red Asistencial Moyobamba	281	Alto Mayo	II-1	Selva
Red Asistencial Pasco	326	Huariaca	II-E	Sierra
Red Asistencial Almenara	403	San Isidro Labrador	II-E	Costa
Red Asistencial Juliaca	141	Lampa	II-E	Sierra
Red Asistencial La Libertad	671	Hospital de Alta Complejidad de La Libertad Virgen de la Puerta	III-2	Costa
Red Asistencial Amazonas	154	Héroes del Cenepa	II-1	Selva
Red Asistencial Pasco	334	Oxapampa	II-1	Selva
Red Asistencial Moyobamba	282	Rioja	II-1	Selva
Red Asistencial INCOR	392	Instituto Nacional Cardiovascular Carlos Alberto Peschiera Carrillo	III-E	Costa

Elaboración propia.

Costo referencial	Consultantes	C1	C2	Puntaje	*Ranking*
1 615 507	3 999	10	30	14	10
1 846 293	5 670	10	30	14	10
1 500 113	2 155	10	30	14	10
2 597 595	2 546	10	30	14	10
1 384 720	2 618	10	30	14	10
2 279 641	8 826	10	30	14	10
2 160 470	4 523	10	30	14	10
17 694 513	3 383	10	20	12	11
3 838 696	8 949	10	20	12	11
3 838 696	9 619	10	20	12	11
3 838 696	3 785	10	20	12	11
5 157 372	9 106	10	20	12	11
5 090 343	8 972	10	20	12	11
65 287 782	13 053	15	0	12	11
40 525 832	13 582	15	0	12	11
42 229 247	12 404	15	0	12	11
40 041 702	13 738	15	0	12	11
43 183 004	15 363	15	0	12	11
53 966 100	19 554	15	0	12	11
65 294 381	13 311	15	0	12	11
45 929 155	11 558	15	0	12	11
39 812 528	17 100	15	0	12	11
49 366 488	10 986	15	0	12	11
42 636 219	14 389	15	0	12	11
51 172 862	22 573	15	0	12	11
9 402 917	5 049	10	20	12	11
22 147 575	-	10	20	12	11
22 911 171	2 226	10	20	12	11
265 139 880	22 326	15	0	12	11
64 741 729	7 838	10	0	8	12
37 650 240	9 204	10	0	8	12
103 478 796	6 685	10	0	8	12
265 139 880	7 229	10	0	8	12

Tabla 131. Matriz estratégica de inversiones. Brecha de rehabilitación (EESS propios)

Red Asistencial	CAS	Centro Asistencial	Categoría	Región	ISH
Red Asistencial Almenara	8	Vitarte	II-1	Costa	C
Red Asistencial Almenara	7	Hospital de Emergencias Grau	II-2	Costa	C
Red Asistencial Lambayeque	4	Almanzor Aguinaga Asenjo	III-1	Costa	C
Red Asistencial Áncash	161	Chimbote	II-2	Costa	C
Red Asistencial Huánuco	296	Huánuco	II-2	Selva	C
Red Asistencial Lambayeque	402	Naylamp	II-1	Costa	C
Red Asistencial Loreto	62	Iquitos Hiii	III-1	Selva	C
Red Asistencial Sabogal	28	Gustavo Lanatta Lujan	II-2	Costa	C
Red Asistencial La Libertad	206	Chocope	II-2	Costa	C
Red Asistencial Pasco	325	Cerro de Pasco	II-2	Sierra	C
Red Asistencial Rebagliati	38	Cañete	II-1	Costa	C
Red Asistencial Sabogal	486	Metropolitano del Callao	I-3	Costa	C
Red Asistencial Lambayeque	384	Agustin Gavidia Salcedo	I-3	Costa	C
Red Asistencial Loreto	63	Yurimaguas	II-1	Selva	C
Red Asistencial Piura	517	Metropolitano de Piura	I-3	Costa	C
Red Asistencial Almenara	20	Casapalca	I-2	Sierra	C
Red Asistencial Amazonas	377	Santa María de Nieva	I-3	Selva	C
Red Asistencial Apurímac	70	Chalhuanca	I-3	Sierra	C
Red Asistencial Apurímac	71	Chuquibambilla	I-2	Sierra	C
Red Asistencial Arequipa	100	Vítor	I-2	Costa	C
Red Asistencial Juliaca	141	Lampa	II-E	Sierra	C
Red Asistencial Junín	314	Andaychagua	I-1	Sierra	C
Red Asistencial Junín	323	San Cristóbal	I-2	Sierra	C
Red Asistencial Junín	318	Marh-Tunel	I-2	Sierra	C
Red Asistencial Loreto	64	Caballococha	I-3	Selva	C
Red Asistencial Moyobamba	282	Rioja	II-1	Selva	C
Red Asistencial Puno	148	Yunguyo	I-3	Sierra	C
Red Asistencial Almenara	2	Guillermo Almenara Irigoyen	III-2	Costa	B
Red Asistencial Almenara	17	Ramón Castilla	II-1	Costa	B
Red Asistencial Arequipa	3	Carlos Alberto Seguin Escobedo	III-1	Sierra	B
Red Asistencial Arequipa	76	Yanahuara	II-1	Sierra	B
Red Asistencial Junín	307	Ramiro Prialé Prialé	III-1	Sierra	B
Red Asistencial La Libertad	207	Albrecht	II-1	Costa	B
Red Asistencial Piura	265	Jorge Reátegui Delgado	II-1	Costa	B
Red Asistencial Rebagliati	10	Chincha	I-3	Costa	B
Red Asistencial Rebagliati	407	Juan José Rodríguez Lazo	I-3	Costa	B
Red Asistencial Rebagliati	1	Edgardo Rebagliati Martins	III-2	Costa	B
Red Asistencial Rebagliati	6	Suárez-Angamos	II-2	Costa	B

Consultantes	C1	C2	Puntaje	Ranking
54 656	80	30	68	1
73 648	80	30	68	1
63 697	80	30	68	1
49 427	80	25	66	2
45 145	80	25	66	2
44 590	80	25	66	2
45 510	80	25	66	2
40 783	80	25	66	2
26 313	80	20	65	3
25 145	80	20	65	3
28 489	80	20	65	3
33 517	80	20	65	3
12 997	80	15	64	4
10 986	80	15	64	4
17 464	80	15	64	4
2 569	80	10	63	5
1 468	80	10	63	5
1 730	80	10	63	5
1 203	80	10	63	5
608	80	10	63	5
2 226	80	10	63	5
657	80	10	63	5
827	80	10	63	5
987	80	10	63	5
2 155	80	10	63	5
6 685	80	10	63	5
2 546	80	10	63	5
100 029	20	30	23	6
62 730	20	30	23	6
56 399	20	30	23	6
93 979	20	30	23	6
51 179	20	30	23	6
58 527	20	30	23	6
58 856	20	30	23	6
51 431	20	30	23	6
54 347	20	30	23	6
195 569	20	30	23	6
75 592	20	30	23	6

Red Asistencial	CAS	Centro Asistencial	Categoría	Región	ISH
Red Asistencial Sabogal	5	Alberto Sabogal Sologuren	III-1	Costa	B
Red Asistencial Sabogal	15	Luis Negreiros	II-2	Costa	B
Red Asistencial Sabogal	410	Marino Molina Scippa	II-1	Costa	B
Red Asistencial Arequipa	79	Edmundo Escomel	I-4	Sierra	B
Red Asistencial Cusco	418	Metropolitano	I-2	Sierra	B
Red Asistencial Junín	431	Metropolitano Huancayo	I-4	Sierra	B
Red Asistencial Rebagliati	21	Pablo Bermúdez	I-3	Costa	B
Red Asistencial Almenara	14	Francisco Pizarro	I-3	Costa	B
Red Asistencial Áncash	487	Víctor Panta Rodríguez	I-3	Costa	B
Red Asistencial Apurímac	67	Nuevo Abancay	II-1	Sierra	B
Red Asistencial Ayacucho	102	Huamanga Carlos Tuppia García Godos	II-1	Sierra	B
Red Asistencial Huaraz	162	Huaraz	II-1	Sierra	B
Red Asistencial Juliaca	139	Juliaca Hiii	II-2	Sierra	B
Red Asistencial La Libertad	211	Florencia de Mora	II-2	Costa	B
Red Asistencial La Libertad	212	La Esperanza	II-1	Costa	B
Red Asistencial La Libertad	205	Víctor Lazarte Echegaray	III-1	Costa	B
Red Asistencial Piura	266	Castilla	I-3	Costa	B
Red Asistencial Piura	263	Sullana	II-1	Costa	B
Red Asistencial Tacna	149	Daniel Alcides Carrión	II-2	Costa	B
Red Asistencial Áncash	166	Coishco	I-4	Costa	B
Red Asistencial Áncash	167	Cono Sur	I-4	Costa	B
Red Asistencial Apurímac	68	Andahuaylas	II-1	Sierra	B
Red Asistencial Arequipa	75	Samuel Pastor	I-4	Costa	B
Red Asistencial Ayacucho	449	Metropolitano	I-3	Sierra	B
Red Asistencial Cusco	115	Sicuani	II-1	Sierra	B
Red Asistencial Ica	58	Santa Margarita	I-3	Costa	B
Red Asistencial La Libertad	429	Especializado Casa Grande	II-1	Costa	B
Red Asistencial La Libertad	213	Moche	II-1	Costa	B
Red Asistencial Lambayeque	244	Chepen	II-1	Costa	B
Red Asistencial Lambayeque	245	Jaén	II-1	Selva	B
Red Asistencial Lambayeque	383	Carlos Castañeda Iparraguirre	I-3	Costa	B
Red Asistencial Madre De Dios	127	Víctor Alfredo Lazo Peralta	II-1	Selva	B
Red Asistencial Sabogal	29	Pedro Reyes Barboza	I-4	Costa	B
Red Asistencial Sabogal	32	Huaral	I-4	Costa	B
Red Asistencial Tacna	430	Metropolitano de Tacna	I-3	Costa	B
Red Asistencial Amazonas	160	Rodríguez de Mendoza	I-3	Selva	B
Red Asistencial Áncash	169	Huarmey	I-3	Costa	B
Red Asistencial Arequipa	82	Acarí	I-2	Costa	B
Red Asistencial Ayacucho	103	Huanta	I-3	Sierra	B

Consultantes	C1	C2	Puntaje	Ranking
81 704	20	30	23	6
87 147	20	30	23	6
89 249	20	30	23	6
48 426	20	25	21	7
40 335	20	25	21	7
40 685	20	25	21	7
49 759	20	25	21	7
38 300	20	20	20	8
36 143	20	20	20	8
33 206	20	20	20	8
29 301	20	20	20	8
30 313	20	20	20	8
36 828	20	20	20	8
31 185	20	20	20	8
30 618	20	20	20	8
39 723	20	20	20	8
26 205	20	20	20	8
27 339	20	20	20	8
31 961	20	20	20	8
10 196	20	15	19	9
22 673	20	15	19	9
13 582	20	15	19	9
10 346	20	15	19	9
19 306	20	15	19	9
12 404	20	15	19	9
10 786	20	15	19	9
13 311	20	15	19	9
19 554	20	15	19	9
11 558	20	15	19	9
17 100	20	15	19	9
13 275	20	15	19	9
14 389	20	15	19	9
20 333	20	15	19	9
18 592	20	15	19	9
17 529	20	15	19	9
1 632	20	10	18	10
4 536	20	10	18	10
837	20	10	18	10
4 462	20	10	18	10

Red Asistencial	CAS	Centro Asistencial	Categoría	Región	ISH
Red Asistencial Cajamarca	192	Cajabamba	I-3	Sierra	B
Red Asistencial Cajamarca	193	Celendín	I-3	Sierra	B
Red Asistencial Cajamarca	199	Hualgayoc	I-2	Sierra	B
Red Asistencial Huaraz	168	Huari	I-3	Sierra	B
Red Asistencial Huaraz	190	Yungay	I-2	Sierra	B
Red Asistencial Huánuco	291	Uchiza	I-2	Selva	B
Red Asistencial Ica	52	Macacona	I-3	Costa	B
Red Asistencial Juliaca	413	Juliaca Pol	I-3	Sierra	B
Red Asistencial Junín	372	San Pedro de Cajas	I-2	Sierra	B
Red Asistencial La Libertad	223	Guadalupe	I-2	Costa	B
Red Asistencial La Libertad	224	Huamachuco	I-2	Sierra	B
Red Asistencial Lambayeque	195	Cutervo	I-3	Sierra	B
Red Asistencial Lambayeque	249	Chongoyape	I-2	Costa	B
Red Asistencial Lambayeque	250	Juan Aita Valle	I-3	Costa	B
Red Asistencial Lambayeque	254	Oyotun	I-2	Costa	B
Red Asistencial Loreto	66	Requena	I-3	Selva	B
Red Asistencial Madre De Dios	132	Mazuko	I-2	Selva	B
Red Asistencial Pasco	334	Oxapampa	II-1	Selva	B
Red Asistencial Pasco	326	Huariaca	II-E	Sierra	B
Red Asistencial Pasco	338	San Juan	I-4	Sierra	B
Red Asistencial Piura	269	Chulucanas	I-3	Costa	B
Red Asistencial Piura	273	Leoncio Amaya Tume	I-3	Costa	B
Red Asistencial Tacna	448	Óscar Fernández Dávila Vélez	I-2	Costa	B
Red Asistencial Tumbes	293	La Cruz	I-2	Costa	B
Red Asistencial Tumbes	381	Zarumilla	I-2	Costa	B
Red Asistencial Ucayali	355	Contamana	I-3	Selva	B
Red Asistencial Sabogal	497	Lima Norte - Callao Luis Negreiros Vega	I-3	Costa	A
Red Asistencial Cusco	111	Adolfo Guevara Velasco	III-1	Sierra	A
Red Asistencial Arequipa	77	Metropolitano	I-3	Sierra	A
Red Asistencial Rebagliati	411	Central de Prevención Larco	I-3	Costa	A
Red Asistencial Rebagliati	498	Centro de Atención Integral de Diabetes e Hipertensión (Cedhi)	I-2	Costa	A
Red Asistencial Huánuco	299	Aucayacu	I-2	Selva	A
Red Asistencial Ica	56	Puquio	I-3	Sierra	A
Red Asistencial Junín	315	Cobriza	I-2	Sierra	A

Elaboración propia.

Consultantes	C1	C2	Puntaje	Ranking
3 566	20	10	18	10
3 383	20	10	18	10
1 768	20	10	18	10
3 488	20	10	18	10
1 546	20	10	18	10
2 500	20	10	18	10
8 949	20	10	18	10
8 826	20	10	18	10
306	20	10	18	10
2 348	20	10	18	10
6 589	20	10	18	10
3 999	20	10	18	10
4 232	20	10	18	10
5 670	20	10	18	10
867	20	10	18	10
3 604	20	10	18	10
833	20	10	18	10
9 204	20	10	18	10
5 049	20	10	18	10
8 972	20	10	18	10
7 806	20	10	18	10
6 800	20	10	18	10
8 557	20	10	18	10
1 637	20	10	18	10
2 873	20	10	18	10
2 618	20	10	18	10
63 609	-	30	8	11
47 659	-	25	6	12
35 486	-	20	5	13
29 297	-	20	5	13
10 673	-	15	4	14
1 793	-	10	3	15
3 785	-	10	3	15
972	-	10	3	15

Tabla 132. Matriz estratégica de inversiones (EESS no propios)

Red	CAS	Centro Asistencial	Categoría	Región	Nivel	Brechas
Red Asistencial Tarapoto	286	Lamas	I-2	Selva	Nivel I	3
Red Asistencial Huánuco	475	Metropolitano de Huánuco	I-2	Selva	Nivel I	3
Red Asistencial Ica	424	Pueblo Nuevo	I-2	Costa	Nivel I	3
Red Asistencial Ica	50	Chavalina	I-2	Costa	Nivel I	3
Red Asistencial Junín	492	Pichanaqui	I-2	Selva	Nivel I	3
Red Asistencial La Libertad	442	Huanchaco	I-2	Costa	Nivel I	3
Red Asistencial La Libertad	231	Salaverry	I-2	Costa	Nivel I	3
Red Asistencial Lambayeque	255	Pucara	I-2	Selva	Nivel I	3
Red Asistencial Lambayeque	259	Túcume	I-2	Costa	Nivel I	3
Red Asistencial Rebagliati	42	La Quebrada	I-2	Costa	Nivel I	3
Red Asistencial Rebagliati	477	Surquillo	I-2	Costa	Nivel I	3
Red Asistencial Almenara	406	Aurelio Díaz-Ufano y Peral	II-1	Costa	Nivel II	3
Red Asistencial Sabogal	412	Octavio Mongrut Muñoz	II-1	Costa	Nivel II	3
Red Asistencial Tarapoto	285	Bellavista	I-2	Selva	Nivel I	2
Red Asistencial Tarapoto	289	Saposoa	I-2	Selva	Nivel I	2
Red Asistencial Moquegua	137	Omate	I-2	Sierra	Nivel I	2
Red Asistencial Moquegua	474	Torata	I-3	Sierra	Nivel I	2
Red Asistencial Ucayali	351	Alameda	I-2	Selva	Nivel I	2
Red Asistencial Ucayali	350	Aguaytia	I-1	Selva	Nivel I	2
Red Asistencial Moquegua	681	Pampa Inalámbrica	I-2	Costa	Nivel I	2
Red Asistencial Áncash	175	Conchucos	I-2	Sierra	Nivel I	2
Red Asistencial Áncash	379	Pallasca	I-2	Sierra	Nivel I	2
Red Asistencial Áncash	178	Pampas	I-2	Sierra	Nivel I	2
Red Asistencial Áncash	185	San Jacinto	I-3	Costa	Nivel I	2
Red Asistencial Arequipa	482	Alto Selva Alegre	I-3	Sierra	Nivel I	2
Red Asistencial Arequipa	94	Hunter	I-2	Sierra	Nivel I	2
Red Asistencial Arequipa	95	La Joya	I-2	Costa	Nivel I	2
Red Asistencial Arequipa	80	Melitón Salas Tejada	I-3	Sierra	Nivel I	2
Red Asistencial Arequipa	84	Atico	I-2	Costa	Nivel I	2
Red Asistencial Arequipa	86	Chala	I-2	Costa	Nivel I	2
Red Asistencial Arequipa	91	Corire	I-2	Costa	Nivel I	2
Red Asistencial Arequipa	87	Chivay	I-2	Sierra	Nivel I	2
Red Asistencial Arequipa	97	El Pedregal	I-3	Costa	Nivel I	2
Red Asistencial Arequipa	89	Chuquibamba	I-2	Sierra	Nivel I	2
Red Asistencial Arequipa	92	Cotahuasi	I-2	Sierra	Nivel I	2
Red Asistencial Ayacucho	105	Cangallo	I-2	Sierra	Nivel I	2
Red Asistencial Ayacucho	425	Huancasancos	I-2	Sierra	Nivel I	2
Red Asistencial Ayacucho	109	San Francisco	I-2	Selva	Nivel I	2

	Avisa	C1	C2	C3	Puntaje	Prioridad
	131	60	60	50	58	1
	86	60	60	30	54	2
	81	60	60	30	54	2
	81	60	60	30	54	2
	98	60	60	30	54	2
	105	60	60	30	54	2
	105	60	60	30	54	2
	109	60	60	30	54	2
	109	60	60	30	54	2
	55	60	60	20	52	3
	55	60	60	20	52	3
	106	40	60	30	48	4
	64	40	60	20	46	5
	131	60	30	50	43	6
	131	60	30	50	43	6
	152	60	30	50	43	6
	152	60	30	50	43	6
	154	60	30	50	43	6
	154	60	30	50	43	6
	152	60	30	50	43	6
	169	60	30	50	43	6
	169	60	30	50	43	6
	169	60	30	50	43	6
	169	60	30	50	43	6
	120	60	30	50	43	6
	120	60	30	50	43	6
	120	60	30	50	43	6
	120	60	30	50	43	6
	120	60	30	50	43	6
	120	60	30	50	43	6
	120	60	30	50	43	6
	120	60	30	50	43	6
	120	60	30	50	43	6
	120	60	30	50	43	6
	120	60	30	50	43	6
	120	60	30	50	43	6
	120	60	30	50	43	6
	170	60	30	50	43	6
	170	60	30	50	43	6
	170	60	30	50	43	6

Red	CAS	Centro Asistencial	Categoría	Región	Nivel	Brechas
Red Asistencial Ayacucho	104	San Miguel	I-2	Sierra	Nivel I	2
Red Asistencial Ayacucho	423	Querobamba	I-2	Sierra	Nivel I	2
Red Asistencial Ayacucho	428	Huancapi	I-2	Sierra	Nivel I	2
Red Asistencial Ayacucho	110	Vilcashuamán	I-2	Sierra	Nivel I	2
Red Asistencial Huancavelica	343	Acobamba	I-2	Sierra	Nivel I	2
Red Asistencial Huancavelica	347	Lircay	I-3	Sierra	Nivel I	2
Red Asistencial Huancavelica	344	Castrovirreyna	I-2	Sierra	Nivel I	2
Red Asistencial Huancavelica	345	Churcampa	I-2	Sierra	Nivel I	2
Red Asistencial Huancavelica	346	Huaytará	I-2	Sierra	Nivel I	2
Red Asistencial Huancavelica	348	Pampas	I-3	Sierra	Nivel I	2
Red Asistencial Lambayeque	256	San Ignacio	I-3	Selva	Nivel I	2
Red Asistencial Lambayeque	257	Santa Cruz	I-2	Sierra	Nivel I	2
Red Asistencial La Libertad	444	Chao	I-2	Costa	Nivel I	2
Red Asistencial Lambayeque	194	Chota	I-3	Sierra	Nivel I	2
Red Asistencial Lambayeque	243	Cayalti	I-3	Costa	Nivel I	2
Red Asistencial Lambayeque	248	Manuel Manrique Nevado	I-3	Costa	Nivel I	2
Red Asistencial Lambayeque	251	Jayanca	I-2	Costa	Nivel I	2
Red Asistencial Lambayeque	252	Motupe	I-2	Costa	Nivel I	2
Red Asistencial Lambayeque	253	Olmos	I-2	Costa	Nivel I	2
Red Asistencial Junín	504	Chupaca	I-3	Sierra	Nivel I	2
Red Asistencial Junín	312	Concepción	I-2	Sierra	Nivel I	2
Red Asistencial Junín	454	Chilca	I-3	Sierra	Nivel I	2
Red Asistencial Junín	494	Mantaro	I-3	Sierra	Nivel I	2
Red Asistencial Junín	322	Pachacayo	I-2	Sierra	Nivel I	2
Red Asistencial Junín	311	Jauja	I-3	Sierra	Nivel I	2
Red Asistencial Junín	317	Junín	I-2	Sierra	Nivel I	2
Red Asistencial Junín	316	Corpacancha	I-2	Sierra	Nivel I	2
Red Asistencial Junín	324	Yauricocha	I-2	Sierra	Nivel I	2
Red Asistencial La Libertad	209	Ascope	I-4	Costa	Nivel I	2
Red Asistencial La Libertad	220	Chicama	I-2	Costa	Nivel I	2
Red Asistencial La Libertad	237	Sausal	I-2	Costa	Nivel I	2
Red Asistencial La Libertad	432	Paiján	I-2	Costa	Nivel I	2
Red Asistencial La Libertad	228	Malabrigo	I-2	Costa	Nivel I	2
Red Asistencial La Libertad	218	Cartavio	I-2	Costa	Nivel I	2
Red Asistencial La Libertad	433	Santiago de Cao	I-2	Costa	Nivel I	2
Red Asistencial La Libertad	219	Cascas	I-2	Costa	Nivel I	2
Red Asistencial La Libertad	229	Otuzco	I-2	Sierra	Nivel I	2
Red Asistencial La Libertad	225	Jequetepeque	I-2	Costa	Nivel I	2
Red Asistencial La Libertad	233	San José	I-2	Costa	Nivel I	2

	Avisa	C1	C2	C3	Puntaje	Prioridad
	170	60	30	50	43	6
	170	60	30	50	43	6
	170	60	30	50	43	6
	170	60	30	50	43	6
	132	60	30	50	43	6
	132	60	30	50	43	6
	132	60	30	50	43	6
	132	60	30	50	43	6
	132	60	30	50	43	6
	132	60	30	50	43	6
	109	60	30	30	39	7
	109	60	30	30	39	7
	105	60	30	30	39	7
	109	60	30	30	39	7
	109	60	30	30	39	7
	109	60	30	30	39	7
	109	60	30	30	39	7
	109	60	30	30	39	7
	109	60	30	30	39	7
	98	60	30	30	39	7
	98	60	30	30	39	7
	98	60	30	30	39	7
	98	60	30	30	39	7
	98	60	30	30	39	7
	98	60	30	30	39	7
	98	60	30	30	39	7
	98	60	30	30	39	7
	98	60	30	30	39	7
	105	60	30	30	39	7
	105	60	30	30	39	7
	105	60	30	30	39	7
	105	60	30	30	39	7
	105	60	30	30	39	7
	105	60	30	30	39	7
	105	60	30	30	39	7
	105	60	30	30	39	7
	105	60	30	30	39	7
	105	60	30	30	39	7
	105	60	30	30	39	7

Red	CAS	Centro Asistencial	Categoría	Región	Nivel	Brechas
Red Asistencial La Libertad	235	San Pedro de Lloc	I-2	Costa	Nivel I	2
Red Asistencial La Libertad	239	Soledad	I-2	Sierra	Nivel I	2
Red Asistencial La Libertad	240	Tayabamba	I-3	Sierra	Nivel I	2
Red Asistencial La Libertad	230	Quiruvilca	I-2	Sierra	Nivel I	2
Red Asistencial Ica	57	San Clemente	I-4	Costa	Nivel I	2
Red Asistencial Juliaca	490	Asillo	I-2	Sierra	Nivel I	2
Red Asistencial Juliaca	143	Azángaro	I-3	Sierra	Nivel I	2
Red Asistencial Juliaca	420	San Gabán	I-2	Sierra	Nivel I	2
Red Asistencial Juliaca	144	Huancane	I-3	Sierra	Nivel I	2
Red Asistencial Juliaca	146	San Rafael	I-2	Sierra	Nivel I	2
Red Asistencial Juliaca	142	Ayaviri	I-3	Sierra	Nivel I	2
Red Asistencial Juliaca	491	Cabanillas	I-3	Sierra	Nivel I	2
Red Asistencial Juliaca	147	Sandia	I-2	Sierra	Nivel I	2
Red Asistencial Huánuco	300	Baños	I-2	Sierra	Nivel I	2
Red Asistencial Huánuco	305	Panao	I-2	Sierra	Nivel I	2
Red Asistencial Huánuco	302	Sungaro	I-2	Selva	Nivel I	2
Red Asistencial Huánuco	290	Tocache	I-2	Selva	Nivel I	2
Red Asistencial Ica	419	Coracora	I-2	Sierra	Nivel I	2
Red Asistencial Huánuco	298	Leoncio Prado	I-3	Sierra	Nivel I	2
Red Asistencial Huánuco	303	La Unión	I-2	Sierra	Nivel I	2
Red Asistencial Huánuco	304	Llata	I-2	Sierra	Nivel I	2
Red Asistencial Almenara	376	Pol. Complejidad Creciente San Luis	I-3	Costa	Nivel I	2
Red Asistencial Amazonas	159	Pedro Ruiz Gallo	I-2	Selva	Nivel I	2
Red Asistencial Amazonas	156	Lamud	I-2	Sierra	Nivel I	2
Red Asistencial Almenara	447	Huaycan	I-3	Costa	Nivel I	2
Red Asistencial Almenara	19	Ancije	I-3	Costa	Nivel I	2
Red Asistencial Almenara	11	Chosica	I-3	Costa	Nivel I	2
Red Asistencial Almenara	446	El Agustino	I-3	Costa	Nivel I	2
Red Asistencial Almenara	481	Independencia	I-3	Costa	Nivel I	2
Red Asistencial Almenara	23	Construcción Civil	I-2	Costa	Nivel I	2
Red Asistencial Almenara	478	Alfredo Piazza Roberts	I-3	Costa	Nivel I	2
Red Asistencial Lambayeque	260	Úcupe	I-2	Costa	Nivel I	2
Red Asistencial Lambayeque	370	Chiclayo Oeste	I-3	Costa	Nivel I	2
Red Asistencial Lambayeque	493	Pátapo	I-3	Costa	Nivel I	2
Red Asistencial Loreto	439	Iquitos Capiii	I-3	Selva	Nivel I	2
Red Asistencial Loreto	441	San Juan Bautista	I-3	Selva	Nivel I	2
Red Asistencial Loreto	518	San Antonio Del Estrecho	I-2	Selva	Nivel I	2
Red Asistencial Tacna	435	Ilabaya	I-2	Costa	Nivel I	2
Red Asistencial Tacna	434	Ite	I-2	Costa	Nivel I	2

	Avisa	C1	C2	C3	Puntaje	Prioridad
	105	60	30	30	39	7
	105	60	30	30	39	7
	105	60	30	30	39	7
	105	60	30	30	39	7
	81	60	30	30	39	7
	110	60	30	30	39	7
	110	60	30	30	39	7
	110	60	30	30	39	7
	110	60	30	30	39	7
	110	60	30	30	39	7
	110	60	30	30	39	7
	110	60	30	30	39	7
	110	60	30	30	39	7
	110	60	30	30	39	7
	86	60	30	30	39	7
	86	60	30	30	39	7
	86	60	30	30	39	7
	86	60	30	30	39	7
	81	60	30	30	39	7
	86	60	30	30	39	7
	86	60	30	30	39	7
	86	60	30	30	39	7
	106	60	30	30	39	7
	104	60	30	30	39	7
	104	60	30	30	39	7
	106	60	30	30	39	7
	106	60	30	30	39	7
	106	60	30	30	39	7
	106	60	30	30	39	7
	106	60	30	30	39	7
	106	60	30	30	39	7
	106	60	30	30	39	7
	109	60	30	30	39	7
	109	60	30	30	39	7
	109	60	30	30	39	7
	97	60	30	30	39	7
	97	60	30	30	39	7
	97	60	30	30	39	7
	117	60	30	30	39	7
	117	60	30	30	39	7

Red	CAS	Centro Asistencial	Categoría	Región	Nivel	Brechas
Red Asistencial Tacna	152	Tarata	I-2	Sierra	Nivel I	2
Red Asistencial Moyobamba	489	Nueva Cajamarca	I-2	Selva	Nivel I	2
Red Asistencial Pasco	341	Yanahuanca	I-3	Sierra	Nivel I	2
Red Asistencial Pasco	336	Pozuzo	I-2	Selva	Nivel I	2
Red Asistencial Pasco	337	Puerto Bermúdez	I-2	Selva	Nivel I	2
Red Asistencial Pasco	340	Villa Rica	I-3	Selva	Nivel I	2
Red Asistencial Pasco	331	Huarón	I-2	Sierra	Nivel I	2
Red Asistencial Pasco	332	Huayllay	I-3	Sierra	Nivel I	2
Red Asistencial Pasco	335	Paucartambo	I-3	Sierra	Nivel I	2
Red Asistencial Pasco	333	Milpo	I-2	Sierra	Nivel I	2
Red Asistencial Pasco	330	Colquijirca	I-3	Sierra	Nivel I	2
Red Asistencial Pasco	329	Chicrín	I-2	Sierra	Nivel I	2
Red Asistencial Piura	267	Ayabaca	I-2	Sierra	Nivel I	2
Red Asistencial Piura	268	Canchaque	I-2	Costa	Nivel I	2
Red Asistencial Piura	271	Huancabamba	I-2	Sierra	Nivel I	2
Red Asistencial Piura	275	Morropón	I-2	Costa	Nivel I	2
Red Asistencial Piura	488	Catacaos	I-3	Costa	Nivel I	2
Red Asistencial Piura	277	Sechura	I-2	Costa	Nivel I	2
Red Asistencial Piura	278	Tambogrande	I-2	Costa	Nivel I	2
Red Asistencial Piura	272	Ignacio Escudero	I-2	Costa	Nivel I	2
Red Asistencial Piura	276	Negritos	I-2	Costa	Nivel I	2
Red Asistencial Piura	274	Los Organos	I-2	Costa	Nivel I	2
Red Asistencial Piura	380	El Alto	I-2	Costa	Nivel I	2
Red Asistencial Rebagliati	41	San Isidro Pm	I-2	Costa	Nivel I	2
Red Asistencial Rebagliati	39	Mala	I-3	Costa	Nivel I	2
Red Asistencial Rebagliati	450	Lurín	I-3	Costa	Nivel I	2
Red Asistencial Rebagliati	436	Santa Cruz	I-2	Costa	Nivel I	2
Red Asistencial Rebagliati	500	San Juan de Miraflores	I-3	Costa	Nivel I	2
Red Asistencial Rebagliati	16	Próceres	I-3	Costa	Nivel I	2
Red Asistencial Sabogal	473	Carabayllo	I-3	Costa	Nivel I	2
Red Asistencial Sabogal	37	Oyón	I-2	Sierra	Nivel I	2
Red Asistencial Sabogal	35	Raura	I-2	Sierra	Nivel I	2
Red Asistencial Sabogal	30	Paramonga	I-3	Costa	Nivel I	2
Red Asistencial Sabogal	409	Hermana María Donrose Stumöller	I-3	Costa	Nivel I	2
Red Asistencial Sabogal	31	Chancay	I-3	Costa	Nivel I	2
Red Asistencial Sabogal	33	Humaya	I-2	Costa	Nivel I	2
Red Asistencial Sabogal	36	Sayan	I-3	Costa	Nivel I	2
Red Asistencial Sabogal	455	Puente Piedra	I-3	Costa	Nivel I	2
Red Asistencial Sabogal	13	Fiori	I-3	Costa	Nivel I	2

	Avisa	C1	C2	C3	Puntaje	Prioridad
	117	60	30	30	39	7
	82	60	30	30	39	7
	105	60	30	30	39	7
	105	60	30	30	39	7
	105	60	30	30	39	7
	105	60	30	30	39	7
	105	60	30	30	39	7
	105	60	30	30	39	7
	105	60	30	30	39	7
	105	60	30	30	39	7
	105	60	30	30	39	7
	105	60	30	30	39	7
	64	60	30	20	37	8
	64	60	30	20	37	8
	64	60	30	20	37	8
	64	60	30	20	37	8
	64	60	30	20	37	8
	64	60	30	20	37	8
	64	60	30	20	37	8
	64	60	30	20	37	8
	64	60	30	20	37	8
	64	60	30	20	37	8
	64	60	30	20	37	8
	64	60	30	20	37	8
	55	60	30	20	37	8
	55	60	30	20	37	8
	55	60	30	20	37	8
	55	60	30	20	37	8
	55	60	30	20	37	8
	55	60	30	20	37	8
	64	60	30	20	37	8
	64	60	30	20	37	8
	64	60	30	20	37	8
	64	60	30	20	37	8
	64	60	30	20	37	8
	64	60	30	20	37	8
	64	60	30	20	37	8
	64	60	30	20	37	8
	64	60	30	20	37	8
	64	60	30	20	37	8

Red	CAS	Centro Asistencial	Categoría	Región	Nivel	Brechas
Red Asistencial Tarapoto	280	Juanjuí	II-1	Selva	Nivel II	2
Red Asistencial Tumbes	294	Zorritos	I-2	Costa	Nivel I	2
Red Asistencial Moquegua	135	Ilo	II-1	Costa	Nivel II	2
Red Asistencial Moquegua	136	Moquegua	II-1	Costa	Nivel II	2
Red Asistencial Huaraz	164	Carhuaz	I-3	Sierra	Nivel I	2
Red Asistencial Huaraz	163	Caraz	I-3	Sierra	Nivel I	2
Red Asistencial Huaraz	179	Piscobamba	I-2	Sierra	Nivel I	2
Red Asistencial Huancavelica	342	Huancavelica	II-1	Sierra	Nivel II	2
Red Asistencial Cajamarca	196	Bambamarca	I-2	Sierra	Nivel I	2
Red Asistencial Cajamarca	501	Los Baños del Inca	I-3	Sierra	Nivel I	2
Red Asistencial Cajamarca	198	Contumaza	I-2	Sierra	Nivel I	2
Red Asistencial Cajamarca	204	Tembladera	I-2	Costa	Nivel I	2
Red Asistencial Cajamarca	201	San Marcos	I-2	Sierra	Nivel I	2
Red Asistencial Cajamarca	202	San Miguel	I-2	Sierra	Nivel I	2
Red Asistencial Cajamarca	203	San Pablo	I-2	Sierra	Nivel I	2
Red Asistencial Cajamarca	216	Bolívar	I-2	Sierra	Nivel I	2
Red Asistencial Cusco	116	Acomayo	I-2	Sierra	Nivel I	2
Red Asistencial Cusco	118	Calca	I-3	Sierra	Nivel I	2
Red Asistencial Cusco	510	Santo Tomás	I-2	Sierra	Nivel I	2
Red Asistencial Cusco	126	San Sebastián	I-3	Sierra	Nivel I	2
Red Asistencial Cusco	373	Santiago	I-3	Sierra	Nivel I	2
Red Asistencial Cusco	112	Espinar	I-4	Sierra	Nivel I	2
Red Asistencial Cusco	513	Echarate-Kiteni	I-2	Selva	Nivel I	2
Red Asistencial Cusco	120	Huyro	I-2	Selva	Nivel I	2
Red Asistencial Cusco	123	Paucartambo	I-2	Sierra	Nivel I	2
Red Asistencial Cusco	119	Urcos	I-3	Sierra	Nivel I	2
Red Asistencial Cusco	121	Machupicchu	I-2	Sierra	Nivel I	2
Red Asistencial Cusco	114	Urubamba	I-4	Sierra	Nivel I	2
Red Asistencial Cusco	134	Salvación	I-1	Selva	Nivel I	2
Red Asistencial Arequipa	74	Manuel de Torres Muñoz	II-1	Costa	Nivel II	2
Red Asistencial Apurímac	69	Curahuasi	I-2	Sierra	Nivel I	2
Red Asistencial Apurímac	468	Antabamba	I-2	Sierra	Nivel I	2
Red Asistencial Lambayeque	242	Agustin Arbulú Neyra	II-1	Costa	Nivel II	2
Red Asistencial La Libertad	210	El Porvenir	II-1	Costa	Nivel II	2
Red Asistencial La Libertad	208	Pacasmayo	II-1	Costa	Nivel II	2
Red Asistencial Ica	45	Félix Torrealva Gutiérrez	II-1	Costa	Nivel II	2
Red Asistencial Huánuco	297	Tingo María	II-1	Selva	Nivel II	2
Red Asistencial Arequipa	88	Chucarapi	I-2	Costa	Nivel I	1
Red Asistencial Arequipa	96	Matarani	I-2	Costa	Nivel I	1

	Avisa	C1	C2	C3	Puntaje	Prioridad
	131	40	30	50	37	8
	80	60	30	20	37	8
	152	40	30	50	37	8
	152	40	30	50	37	8
	40	60	30	20	37	8
	40	60	30	20	37	8
	40	60	30	20	37	8
	132	40	30	50	37	8
	62	60	30	20	37	8
	62	60	30	20	37	8
	62	60	30	20	37	8
	62	60	30	20	37	8
	62	60	30	20	37	8
	62	60	30	20	37	8
	62	60	30	20	37	8
	62	60	30	20	37	8
	62	60	30	20	37	8
	65	60	30	20	37	8
	65	60	30	20	37	8
	65	60	30	20	37	8
	65	60	30	20	37	8
	65	60	30	20	37	8
	65	60	30	20	37	8
	65	60	30	20	37	8
	65	60	30	20	37	8
	65	60	30	20	37	8
	65	60	30	20	37	8
	65	60	30	20	37	8
	65	60	30	20	37	8
	65	60	30	20	37	8
	120	40	30	50	37	8
	68	60	30	20	37	8
	68	60	30	20	37	8
	109	40	30	30	33	9
	105	40	30	30	33	9
	105	40	30	30	33	9
	81	40	30	30	33	9
	86	40	30	30	33	9
	120	60	10	50	33	9
	120	60	10	50	33	9

Red	CAS	Centro Asistencial	Categoría	Región	Nivel	Brechas
Red Asistencial Arequipa	85	Caravelí	I-2	Costa	Nivel I	1
Red Asistencial Arequipa	101	Yura	I-2	Sierra	Nivel I	1
Red Asistencial Arequipa	453	Paucarpata	I-3	Sierra	Nivel I	1
Red Asistencial Arequipa	99	Santa Rita	I-2	Costa	Nivel I	1
Red Asistencial Áncash	170	Sihuas	I-3	Sierra	Nivel I	1
Red Asistencial Amazonas	153	El Buen Samaritano	II-1	Selva	Nivel II	2
Red Asistencial Ucayali	352	Atalaya	I-2	Selva	Nivel I	1
Red Asistencial Ucayali	503	Campo Verde	I-2	Selva	Nivel I	1
Red Asistencial Ucayali	515	Manantay	I-2	Selva	Nivel I	1
Red Asistencial Moquegua	680	Samegua	I-2	Costa	Nivel I	1
Red Asistencial Cajamarca	191	Cajamarca	II-2	Sierra	Nivel II	2
Red Asistencial Rebagliati	405	Uldarico Rocca Fernández	II-1	Costa	Nivel II	2
Red Asistencial Rebagliati	408	Carlos Alcantara Butterfield	II-1	Costa	Nivel II	2
Red Asistencial Piura	264	Talara	II-1	Costa	Nivel II	2
Red Asistencial Piura	261	Cayetano Heredia	III-1	Costa	Nivel III	2
Red Asistencial IPO	382	Instituto Peruano de Oftalmología	II-E	Costa	Nivel II	2
Red Asistencial Junín	320	Morococha	I-2	Sierra	Nivel I	1
Red Asistencial Junín	310	Tarma	I-4	Sierra	Nivel I	1
Red Asistencial Ica	61	Villa Túpac Amaru	I-2	Costa	Nivel I	1
Red Asistencial Juliaca	519	Enrique Encinas Franco	I-2	Sierra	Nivel I	1
Red Asistencial Ica	47	Hospital Temporal Maria Reiche	I-3	Costa	Nivel I	1
Red Asistencial Ica	371	La Tinguiña	I-3	Costa	Nivel I	1
Red Asistencial Ica	59	Tambo de Mora	I-2	Costa	Nivel I	1
Red Asistencial Huánuco	426	Santa Lucía	I-2	Selva	Nivel I	1
Red Asistencial Amazonas	157	Lonya Grande	I-2	Selva	Nivel I	1
Red Asistencial Amazonas	158	Ocalli	I-2	Selva	Nivel I	1
Red Asistencial Amazonas	507	Imaza	I-2	Selva	Nivel I	1
Red Asistencial Puno	451	Desaguadero	I-3	Sierra	Nivel I	1
Red Asistencial Puno	145	Juli	I-3	Sierra	Nivel I	1
Red Asistencial Puno	386	Ilave	I-3	Sierra	Nivel I	1
Red Asistencial Puno	524	Laraqueri	I-3	Sierra	Nivel I	1
Red Asistencial Puno	452	Acora	I-3	Sierra	Nivel I	1
Red Asistencial Puno	414	Metropolitano de Puno	I-3	Sierra	Nivel I	1
Red Asistencial La Libertad	227	Limoncarro	I-2	Costa	Nivel I	1
Red Asistencial La Libertad	484	Metropolitano de Trujillo	I-3	Costa	Nivel I	1
Red Asistencial La Libertad	443	Víctor Larco Herrera	I-3	Costa	Nivel I	1
Red Asistencial La Libertad	226	Laredo	I-2	Costa	Nivel I	1
Red Asistencial La Libertad	236	Santiago de Chuco	I-2	Sierra	Nivel I	1
Red Asistencial Loreto	440	Punchana	I-3	Selva	Nivel I	1

	Avisa	C1	C2	C3	Puntaje	Prioridad
	120	60	10	50	33	9
	120	60	10	50	33	9
	120	60	10	50	33	9
	120	60	10	50	33	9
	169	60	10	50	33	9
	104	40	30	30	33	9
	154	60	10	50	33	9
	154	60	10	50	33	9
	154	60	10	50	33	9
	152	60	10	50	33	9
	62	40	30	20	31	10
	55	40	30	20	31	10
	55	40	30	20	31	10
	64	40	30	20	31	10
	64	40	30	20	31	10
	0	40	30	20	31	10
	98	60	10	30	29	11
	98	60	10	30	29	11
	81	60	10	30	29	11
	110	60	10	30	29	11
	81	60	10	30	29	11
	81	60	10	30	29	11
	81	60	10	30	29	11
	86	60	10	30	29	11
	104	60	10	30	29	11
	104	60	10	30	29	11
	104	60	10	30	29	11
	110	60	10	30	29	11
	110	60	10	30	29	11
	110	60	10	30	29	11
	110	60	10	30	29	11
	110	60	10	30	29	11
	110	60	10	30	29	11
	105	60	10	30	29	11
	105	60	10	30	29	11
	105	60	10	30	29	11
	105	60	10	30	29	11
	105	60	10	30	29	11
	97	60	10	30	29	11

Red	CAS	Centro Asistencial	Categoría	Región	Nivel	Brechas
Red Asistencial Tacna	151	Locumba	I-2	Costa	Nivel I	1
Red Asistencial Apurímac	512	Cotabambas	I-2	Sierra	Nivel I	1
Red Asistencial Huaraz	181	Pomabamba	I-3	Sierra	Nivel I	1
Red Asistencial Piura	262	Miguel Cruzado Vera	I-4	Costa	Nivel I	1
Red Asistencial Rebagliati	476	San Isidro Capiii	I-3	Costa	Nivel I	1
Red Asistencial Rebagliati	806	Magdalena	I-3	Costa	Nivel I	1
Red Asistencial Sabogal	816	Ipress San Bartolomé	I-3	Costa	Nivel I	1
Red Asistencial Sabogal	679	Pol. Complejidad Creciente El Retablo	I-3	Costa	Nivel I	1
Red Asistencial Puno	140	Puno	II-2	Sierra	Nivel II	1
Red Asistencial Puno	421	Clinica Universitaria Una, EsSalud	II-E	Sierra	Nivel II	1

Elaboración propia.

	Avisa	C1	C2	C3	Puntaje	Prioridad
	117	60	10	30	29	11
	68	60	10	20	27	12
	40	60	10	20	27	12
	64	60	10	20	27	12
	55	60	10	20	27	12
	55	60	10	20	27	12
	64	60	10	20	27	12
	64	60	10	20	27	12
	110	40	10	30	23	13
	110	40	10	30	23	13

Es importante resaltar que estas prioridades se encuentran alineadas con la lista de hospitales priorizados por EsSalud para "utilizar el procedimiento de adjudicación simplificada establecido en la Ley 30225, sin tope presupuestal, para la consultoría y ejecución de obras de infraestructura calificada de alto riesgo hospitalario" (Decreto Legislativo 1355, 2018). Cada uno de los 14 EESS listados en la ley mencionada se encuentra en la brecha de rehabilitación identificada en este estudio, como se muestra en la siguiente tabla. Asimismo, la mayoría de estos se encuentran entre las dos primeras prioridades de gestión planteadas.

Tabla 133. Comparación entre EESS priorizados en el Decreto Legislativo 1355 y prioridades del PEInv

Nro.	EESS	Prioridad en brecha de rehabilitación
1	Hospital de Emergencias Grau	1
2	Hospital de Pasco	3
3	Hospital Chocope	3
4	Hospital Chimbote	2
5	Hospital Cañete	3
6	Hospital Vitarte	1
7	Hospital Almanzor Aguinaga	1
8	Hospital Gustavo Lanatta Lujan	2
9	Hospital Huánuco	2
10	Hospital Iquitos	2
11	Hospital Yurimaguas	4
12	Hospital Rioja	5
13	Hospital Naylamp	2
14	Hospital Lampa	5

Elaboración propia

3.3.6. Lineamientos para el seguimiento del PEInv

El seguimiento de las intervenciones en la gestión pública es un factor importante para determinar si se están cumpliendo los resultados esperados y para identificar espacios de mejora (PNUD, 2009). De ese modo, permite plantear medidas para lograr las metas y otorgar retroalimentación a los responsables para identificar oportunidades de mejora. En esa línea, en el glosario de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) el "seguimiento" se define como un "proceso continuo de recolección y análisis de datos para comparar en qué medida se está ejecutando un proyecto, programa o política en función de los resultados previstos" (OCDE, 2002). Así, el seguimiento facilita la obtención de información para tener lecciones aprendidas, mejorar la entrega de los servicios, planificar y distribuir recursos, así como rendir cuentas a los *stakeholders* (Banco Mundial, 2004). Por ello se recomienda que, con miras a realizar un seguimiento efectivo al PEInv 2019-2035, se instaure un sistema de seguimiento eficiente y adecuado a sus objetivos y contenido.

Los lineamientos para el seguimiento del PEInv se basan en un documento de Kusek y Rist (2004), en el que proponen 10 pasos a seguir para crear, mantener y hacer sostenible un sistema de seguimiento y evaluación basado en resultados. A continuación, se detalla cada uno de ellos:

- Evaluar el nivel de preparación

  Hacer una evaluación de la capacidad y voluntad política de una institución para realizar el seguimiento y evaluar el cumplimiento de las metas. Los autores sugieren (i) identificar los incentivos para realizar el seguimiento y evaluación, (ii) identificar las funciones y responsables para evaluar los resultados y (iii) estimar los requisitos de capacidades para construir y sostener el sistema mencionado.

- Determinar a qué realizar seguimiento y evaluación

  Determinar a qué se va a hacer seguimiento y qué se evaluará. Los autores mencionan que se deben identificar los objetivos estratégicos y los efectos esperados a través de un proceso participativo con los actores involucrados.

- Definir indicadores

  Definir los indicadores clave para medir los efectos. Los autores mencionan que estos deben ser seleccionados a todo nivel: actividades, productos, efectos y metas. Los indicadores deben ser claros, relevantes, económicos, medibles y adecuados.

- Elaborar la línea de base

  Identificar la situación de partida de los indicadores. Primero se establece la línea de base para cada indicador para un año determinado. Segundo, para el seguimiento se define la fuente de información, método de recolección, periodicidad, costos y responsables.

- Definir metas

  Definir las metas de cada indicador para un periodo determinado. Se debe partir de la línea de base y determinar cuánto se va a mejorar el indicador con la intervención.

- Seguimiento

  Hacer el seguimiento de los resultados. Los autores señalan se debe elaborar un plan que detalle la unidad de análisis, procedimientos, instrumentos de recolección de datos, frecuencia del levantamiento de información, responsables de la recolección de datos y responsables del análisis, interpretación y reporte de datos.

- Evaluar

  Evaluar las intervenciones, de modo de complementar la información del seguimiento. Los autores señalan que hay distintos tipos de evaluaciones, en función de lo que se va a evaluar y los recursos disponibles.

- Reportar hallazgos

  Analizar y reportar los resultados encontrados. Se requiere determinar qué se va a reportar, cuándo y a quién.

- Usar la información

  Uso de la información de los resultados. Ello con el objetivo de mejorar el desempeño, rendir cuentas a los stakeholders para la toma de decisiones, mejorar la eficiencia de los servicios, obtener retroalimentación, entre otros.

- Sostener el sistema de seguimiento y evaluación

  Los sistemas de seguimiento y evaluación deben ser sostenibles en el tiempo y deben ser vistos como un esfuerzo de largo plazo.

Sobre la base de estos lineamientos, se recomienda que se construya un sistema de seguimiento para el PEInv 2019-2035. Se sugiere iniciar con el seguimiento de la ejecución física y financiera de los proyectos priorizados y luego introducir las evaluaciones gradualmente. Será necesario que su diseño sea riguroso para que, efectivamente, contribuya a la mejora de la cobertura y calidad de las prestaciones de EsSalud, gracias a la información que genere este sistema para la retroalimentación. Se deberá definir qué indicadores usar, alineados al PEI de la institución, así como líneas de base y metas adecuadas. Estos deben ser de fácil acceso para facilitar la recolección de información.

Todo ello implica que se definan indicadores de resultado para cada brecha analizada. Según los objetivos de política institucionales, la implementación del PEInv 2019-2035 puede iniciar con cualquiera de las primeras prioridades de gestión identificadas en las brechas. Entonces, se deberán plantear metas anuales de avance y, en su momento, verificar si se cumplieron. Habrá que identificar qué factores facilitaron o limitaron su cumplimiento, de modo de agilizar próximas inversiones; caso contrario, se retrasa la obtención del beneficio social de la inversión en los EESS para la población asegurada.

3.4. Conclusiones y recomendaciones

El PEInv 2019-2035 de EsSalud planteado en este documento busca determinar la ruta a seguir de las inversiones para contribuir con el logro de los objetivos de la Política de Inversiones y la misión y visión de la institución. En esa línea, el PEInv tiene como objetivo general formular la planificación de inversiones de EsSalud a 2035 sobre la base de estimar la brecha global de infraestructura asociada a las prestaciones que debe proveer a la población asegurada y del planteamiento de criterios de prioridad de gestión. Se espera que este instrumento de gestión contribuya a mejorar el acceso y la calidad de las prestaciones que brinda EsSalud a sus asegurados.

Al tomar en cuenta el diagnóstico estratégico identificado, que incorpora el análisis del modelo de atención actual y la necesidad de migrar hacia un modelo que priorice el primer nivel de atención, así como las características de la demanda y oferta asistencial, se han evidenciado importantes retos institucionales. Existen cada vez más asegurados con mayores demandas, pero la oferta se mantiene casi constante en condiciones de conservación que no necesariamente son las adecuadas.

Para estimar las necesidades de inversión a 2035 se realiza un análisis detallado de identificación de tres tipos de brecha para las prestaciones de salud: cobertura, categorización y rehabilitación. La primera identifica las necesidades de oferta de servicios de salud a 2035 y se compara con la oferta actual optimizada. De esta manera, se determinan necesidades de oferta nueva, así como de ampliación de la oferta existente (*upgrade*) de modo que toda la demanda efectiva tenga acceso a establecimientos del primer y segundo nivel de atención. La segunda brecha identifica las necesidades mínimas de infraestructura para cumplir con la norma sectorial de categorización. La tercera brecha identifica la proporción del establecimiento que debería ser mejorada, de acuerdo con el ISH y con los años de antigüedad de cada EESS. Finalmente, para las prestaciones sociales se identifican las necesidades de oferta nueva de la brecha de cobertura tanto para los CAM como para CERPS.

La valorización referencial de las brechas identificadas se divide en dos: de prestaciones de salud y de prestaciones sociales. Por un lado, la brecha de prestaciones de salud estimada solo para establecimientos de propiedad de EsSalud es S/ 16 051 millones: 41% corresponde a la brecha de cobertura, 30% a categorización y 29% a rehabilitación; y añadiendo el valor de cubrir las brechas de los EESS que no son de propiedad de EsSalud la brecha total de prestaciones de salud asciende a S/ 28 281 millones. Por otro lado, la brecha de prestaciones sociales asciende a S/ 2944 millones, de los cuales 19% corresponde a la brecha de CAM y el 81% restante a la de CERPS. De este modo, la necesidad total de inversión al horizonte 2035 es S/ 31 226 millones. Al respecto, es importante señalar que la estimación real de los montos de inversión se deberá definir en el desarrollo de los estudios de preinversión y expedientes técnicos de los proyectos que EsSalud decida implementar, pudiendo existir diferencias importantes en costos unitarios y áreas de los establecimientos de salud seleccionados.

La forma de cerrar las brechas puede considerar diversas estrategias. Se puede realizar, en primer lugar, una estrategia de cierre de brechas a partir de la inversión pública tradicional, lo que requeriría el monto estimado ya mencionado, S/ 31 226 millones, que se ubica por encima de la disponibilidad de recursos financieros proyectados hasta 2035. Hay que considerar que la viabilidad financiera de esta opción dependerá del acceso a los recursos de inversión no disponibles en un escenario de proyección pasiva, así como a la capacidad de EsSalud de aumentar el presupuesto de recursos de gasto corriente para una adecuada operación y mantenimiento de la infraestructura creada. Una segunda estrategia está vinculada a combinar la inversión pública con una participación más activa del sector privado como socio estratégico de EsSalud. Así, se puede liberar parcialmente la necesidad de recursos

de inversión a partir de un uso mayor de alquiler de locales, realizar convenios con otras entidades (Minsa, Fuerzas Armadas), tercerizar la entrega de servicios o hacer APP.

Para definir la opción más adecuada, se requerirá de un análisis minucioso que evalúe y compare los beneficios de cada una en aquellos lugares donde existan brechas. En este sentido, se recomienda utilizar criterios técnicos no discrecionales para decidir construir un EESS de baja complejidad vía obra pública o instalarlo en un local alquilado. Para tomar esa decisión, la literatura técnica especializada sugiere comparar el valor presente neto de los alquileres con el valor presente estimado de la obra pública y elegir el más conveniente. En segundo lugar, para definir la modalidad de inversión entre obra pública y APP para los EESS de mayor complejidad se recomienda la utilización del comparador público privado, en la medida que se disponga de un registro de costos y ejecución inversiones similares pasadas.

Por su parte, se obtuvo la proyección del presupuesto para inversiones de la entidad hasta 2035. El monto de las partidas de proyectos de inversión y gastos de capital no ligados a proyectos, que sería lo disponible para cubrir las brechas estimadas, asciende a S/ 5498 millones en el periodo 2019-2035. Asumiendo que las proyecciones se cumplen y que la implementación del PEInv inicia en 2019 con un alto grado de ejecución, a 2035 se podría contribuir con el cierre del 18% del valor total de las brechas. Estos resultados muestran que se enfrenta una restricción presupuestaria que no permitirá cubrir las necesidades de inversión en el corto plazo, por lo que se recomienda desarrollar una política financiera de mediano y largo plazo que permita avanzar de manera efectiva en el cierre de las brechas.

De esta manera, se evidencia la necesidad de realizar una asignación óptima de las inversiones. Por ello, se han propuesto criterios de prioridad de gestión para cada una de las brechas, los cuales se encuentran alineados con los objetivos institucionales y sectoriales. Asimismo, se recomienda instaurar un sistema de seguimiento del PEInv, de modo que se verifique su grado de avance y se tomen medidas para asegurar su cumplimiento. Todo ello con el objetivo de lograr que los beneficios sociales de la inversión lleguen a todos los asegurados.

El PEInv 2019-2035 debe constituirse como una herramienta guía a nivel macro para analizar las principales necesidades de inversión, que contribuya a decidir por dónde empezar a cerrar las brechas. El pilar de su implementación debería ser realizar inversiones eficientes que beneficien a la mayor cantidad de asegurados, que se basen en reforzar la atención primaria de salud, articulándose con los objetivos de la Política de Inversiones y los objetivos estratégicos del PEI.

3.5. Referencias

Ministerio de Economía y Finanzas (2011). *Salud: Guía para la formulación de proyectos de inversión exitosos*. Lima: MEF.

Madueño, M. & Sanabria, C. (2003). Estudio de oferta de los servicios de salud en el Perú y el análisis de brechas 2003-2020. Proyecto Socios para la Reformaplus del Sector Salud, Abt Associates Inc.

EsSalud (2018). Estado de la infraestructura asistencial de EsSalud-2do Trim. 2018. Lima: EsSalud.

EsSalud (2016b). Planificación de inversiones en EsSalud.

EsSalud (2016a). EsSalud: Análisis Ejecutivo a Nivel Nacional 2015.

Gerencia Central de Prestaciones de Salud (2016). Lineamientos para la programación de actividades asistenciales 2017. Lima: EsSalud.

Organización Panamericana de la Salud. (2008). Índice de seguridad hospitalaria: Guía del evaluador de hospitales seguros. Washington: OPS.

Grushka, C. (2016). Estudio financiero actuarial de EsSalud 2015. Lima: OIT, Oficina de la OIT para los Países Andinos.

Ley 27056 (1999). Ley de Creación del Seguro Social de Salud (EsSalud). Lima.

EsSalud (2017). Plan Estratégico Institucional 2017-2021. Lima.

Directiva 018-GG-ESSALUD-2013 (2013). Definición, características y funciones generales de los EESS de EsSalud. Lima.

EsSalud (2017b). Política de Inversiones en EsSalud. Lima: EsSalud.

EsSalud (2018). Programa Multianual de Inversiones (PMI) de EsSalud. Lima: EsSalud.

EsSalud (2014). Carga de Enfermedad y Lesiones EsSalud: Estimación de años de Vida Saludables Perdidos 2014. Lima: EsSalud.

Decreto Supremo 002-99-TR (1999). Aprueban el Reglamento de la Ley 27056, Ley de Creación del Seguro Social de Salud. Lima.

Resolución de Presidencia Ejecutiva 125-PE-ESSALUD-2018 (2018). Reglamento de Organización y Funciones del Seguro Social de Salud. Lima.

Minsa (2016). Plan Estratégico Sectorial Multianual 2016-2021 del Ministerio de Salud. Lima. Recuperado de ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/transparencia/05PlanEstrategico/Archivos/2016/RM367-2016-MINSA.pdf

EsSalud (2018). Plan Operativo Institucional 2018. Lima: EsSalud.

Decreto Legislativo 1252 (2016). Decreto Legislativo que crea el Sistema Nacional de Programación Multianual y Gestión de Inversiones. Lima.

Decreto Supremo 027-2017-EF (2017). Aprueban el Reglamento del Decreto Legislativo 1252, Decreto Legislativo que crea el Sistema Nacional De Programación Multianual y Gestión de Inversiones y Deroga la Ley 27293, Ley del Sistema Nacional de Inversión Pública. Lima.

Resolución Ministerial 035-2018-EF/15 (2015). Directiva para la Programación Multianual que regula y articula la fase de Programación Multianual del Sistema Nacional de Programación Multianual y Gestión de las Inversiones y la fase de Programación del Sistema Nacional de Presupuesto. Lima.

Decreto Legislativo 1224 (2015). Decreto Legislativo del Marco de Promoción de la Inversión Privada mediante Asociaciones Público Privadas y Proyectos en Activos. Lima.

Decreto Supremo 254-2017-EF (2017). Aprueban el Texto Único Ordenado del Decreto Legislativo 1224, Decreto Legislativo del Marco de Promoción de la Inversión Privada mediante Asociaciones Público Privadas y Proyectos en Activos. Lima.

EsSalud (2018). Reglamento de Organización y Funciones del Seguro Social de Salud. Lima: Seguro Social de Salud.

INEI. (2016). Recuperado de http://webinei.inei.gob.pe:8080/sisconcode/proyecto/index.htm?proyectoTitulo=UBIGEO &proyectoId=3

EsSalud. (2016). Carta 167-SGED-GEI-GCPI-ESSALUD-2016. Costos referenciales por m^2 de infraestructura por servicio y tipo de centro asistencial actualizado. Lima: Seguro Social de Salud.

EsSalud (22 de agosto de 2018). CAM EsSalud. Recuperado de http://www.essalud.gob.pe/adulto-mayor/

EsSalud (2012). Los centros del adulto mayor como modelo gerontológico social - La experiencia de EsSalud. Lima: Subgerencia de Protección del Adulto Mayor EsSalud.

OCDE (2002). Glosario de los principales términos sobre evaluación y gestión basada en resultados. París: OCDE.

Banco Mundial (2004). Monitoring and evaluation: Some tools, methodss and approaches. Washington: Banco Mundial.

Kusek, J. & Rist, R. (2004). Ten steps to a Results-Based Monitoring and Evaluation System. Washington: World Bank.

PNUD (2009). Manual de planificación, seguimiento y evaluación de los resultados de desarrollo. Nueva York: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.

EsSalud (2018). Prestaciones de seguros, EsSalud. Recuperado de http://www.essalud.gob.pe/prestaciones-de-seguros/

Gerencia Central de Prestaciones de Salud, EsSalud (2016). Nuevo modelo de prestación de salud: Modelo de cuidado estandarizado y progresivo de la salud. Lima: EsSalud.

Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo. (2017). Plan Estratégico Sectorial Multianual (PESEM) 2017-2021 Sector Trabajo y Promoción del Empleo.

Decreto Legislativo 1355 (2018). Utilizar el procedimiento de adjudicación simplificada establecido en la Ley 30225, sin tope presupuestal, para la consultoría y ejecución de obras de infraestructura calificada de alto riesgo hospitalario. Lima.

Decreto Legislativo 1432 (2018). Decreto Legislativo que modifica el Decreto Legislativo 1252, Decreto Legislativo que crea el sistema nacional de Programación Multianual y Gestión de Inversiones y deroga la Ley 27293, Ley del Sistema Nacional de Inversión Pública. Lima.

Decreto Legislativo 1251 (2016). Decreto Legislativo que modifica el Decreto Legislativo 1224, Ley Marco de promoción de la inversión privada mediante Asociaciones público privadas y proyectos en activos. Lima.

Decreto Supremo 410-2015-EF (2015). Aprueban Reglamento del Decreto Legislativo 1224, Decreto Legislativo del Marco de Promoción de la Inversión Privada mediante Asociaciones Público Privadas y Proyectos en Activos. Lima.

Decreto Supremo 068-2017-EF (2017). Modifican el Decreto Supremo 410-2015EF, Reglamento del Decreto Legislativo 1224, Ley Marco de Promoción de la Inversión Privada mediante Asociaciones Público Privadas y Proyectos en Activos. Lima.

EsSalud (2019). Plan Operativo Institucional de EsSalud 2019. Recuperado de http://www.essalud.gob.pe/transparencia/poi/POI2019.pdf

DG 001-2019-EF/63.01. (2019). Directiva General del Sistema Nacional de Programación Multianual y Gestión de Inversiones. Lima.

Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (2010). Guía de Instrucción para el diseño de programas de Gestión de Enfermedades Crónicas. Recuperado de https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/1/Gu%C3%ADa%20dise%C3%B1o%20de%20programas%20de%20gesti%C3%B3n%20de%20enfermedades%20cronicas.pdf

EsSalud. (2019). Plan Operativo Institucional 2019. Lima.

El cuidado de la edición del presente libro estuvo a cargo de:
Oficina de Relaciones Institucionales de EsSalud
Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas

Corrección de estilo
Juan Carlos Bondy

Fotografías
Oficina de Relaciones Institucionales

Diseño y diagramación
B-MAD / dgto

EsSalud

ISBN: 978-612-46313-8-2

www.essalud.gob.pe