



HITOS DEL QUINQUENIO 2016-2021



PERÚ

Ministerio
de Salud

Catalogación hecha por la Biblioteca del Ministerio de Salud

Hitos del quinquenio 2016 - 2021 / Ministerio de Salud - Lima: Ministerio de Salud; 2021. 98 p. ilus.

GESTIÓN EN SALUD / DESARROLLO INSTITUCIONAL / POLITICA DE SALUD / ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD / IMPACTOS DE LA SALUD / COBERTURA UNIVERSAL / REFORMA DE LA ATENCIÓN DE SALUD / RECURSOS HUMANOS EM SALUD / AGENDA DE PRIORIDADES DE SALUD

Un quinquenio de retos, camino al Bicentenario

Editor general:

Fernando Carbone Campoverde

Edición de estilo y cuidado de la publicación:

César R. Nureña

© MINSA, 2021

Ministerio de Salud

Av. Salaverry N° 801, Lima 11-Perú

Telf.: (51-1) 315-6600

<https://www.gob.pe/minsa/>

webmaster@minsa.gob.pe

1ª edición, julio de 2021.

Versión digital disponible: [por asignar]

Esta publicación contó con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud.

AUTORIDADES Y COLABORADORES

Óscar Raúl Ugarte Ubilluz

Ministro de Salud

Bernardo Elvis Ostos Jara

Viceministro de Prestaciones y Aseguramiento en Salud

Gustavo Martín Rosell de Almeida

Viceministro de Salud Pública

Silviana Yancourt Ruíz

Secretaria General – MINSA

Dalia Miroslava Suárez Salazar

Jefa del Gabinete de Asesores del Despacho Ministerial - MINSA

Fernando Ignacio Carbone Campoverde

Asesor del Despacho Ministerial - MINSA

Estela Aurora Roeder Carbo

Asesora del Despacho Ministerial - MINSA

Frank Wallace Britto Palacios

Asesor del Despacho Ministerial - MINSA

Karim Jacqueline Pardo Ruíz

Asesora del Despacho Viceministerial de Salud Pública

Manuel Igor Ñaccha Tapia

Asesor del Despacho Viceministerial de Prestaciones y Aseguramiento en Salud

Mónica Giuliana Meza García

Asesora del Despacho Viceministerial de Prestaciones y Aseguramiento en Salud

Cecilia Melba Má Cárdenas

Jefa del Seguro Integral de Salud

Carlos Manuel Acosta Saal

Superintendente Nacional de Salud – SUSALUD - MINSA

Luis Seminario Carrasco

Director de la Escuela Nacional de Salud Pública – ENSAP

Walter Humberto Castillo Martell

Director del Instituto Nacional de Salud Mental

Claudia Ugarte Taboada

Directora de la Dirección General de Personal de la Salud – MINSA

Lizardo Alfonso Huamán Angulo

Director Adjunto de la Dirección General de Personal de la Salud - MINSA

Gelberth John Revilla Stamp

Director de la Dirección General de Aseguramiento e Intercambio Prestacional – MINSA

Ángel Alberto Gonzales Vivanco

Director de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública - MINSA

Liliana Frida Má Cárdenas

Directora de la Dirección General de Telesalud, Referencia y Urgencias (DIGTEL) - MINSA

AUTORIDADES Y COLABORADORES

- Jaime Honores Coronado**
Director General de la Oficina General de Tecnologías de la Información (OGTIC) - MINSA
- Augusto Martín Portocarrero Grados**
Director General de la Oficina General de Planeamiento, Presupuesto y Modernización - MINSA
- José Eliseo Bernable Villasante**
Director Ejecutivo de la Dirección de Intervenciones por Curso de Vida y Cuidado Integral (DVICI-DGIESP) - MINSA
- Alexandro Daniel Saco Valdivia**
Director Ejecutivo de la Dirección de Promoción de la Salud (DIPROM-DIGIESP) - MINSA
- Yuri Cutipé Cárdenas**
Director de la Dirección de Salud Mental (DSM-DGIESP) - MINSA
- Carlos Alberto Malpica Coronado**
Director Ejecutivo de la Dirección de Servicios de Atención Móvil de Urgencia (DISAMU-DIGTEL) – MINSA
- Carlos Ricse Cataño**
Coordinador del Programa de Creación de Redes Integradas de Salud (PCRIS-PRONIS) – MINSA/BID
- Alicia Manuela Ríos Terrones de Terranova**
Jefa de Equipo del Área de la Bliiblioteca Central (OGTI) - MINSA
- Rosa Mercedes Villanueva Carrasco**
DIRIS Lima Centro (DGOS) – MINSA
- Equipo de la Oficina General de Comunicaciones del MINSA**

ACRÓNIMOS

- AIRHSP**Aplicativo Informático para el Registro Centralizado de Planillas y de Datos de los Recursos Humanos del Sector Público del MEF
- AN**Acuerdo Nacional
- ANMAT**Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica
- ANVISA**Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria
- APEC**Foro de Cooperación Económica Asia-Pacífico
- APOC**Atención Primaria Orientada a la Comunidad
- APP**Asociaciones Público Privadas
- APS**Atención Primaria de Salud
- AUS**Aseguramiento Universal en Salud
- BID**Banco Interamericano de Desarrollo
- BIM**Building Information Modeling
- BIREME**Centro Latinoamericano y del Caribe de Información en Ciencias de la Salud (antes Biblioteca Regional de Medicina)
- BIRF**Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento
- BVS**Biblioteca Virtual en Salud
- CAN**Comunidad Andina
- CAS**Contrato Administrativo de Servicios
- CEPLAN**Centro Nacional de Planeamiento Estratégico
- CDC-Perú**Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades
- CENARES**Centro Nacional de Abastecimiento de Recursos Estratégicos en Salud
- CICOM**Célula de Información y Coordinación Médica
- CIE-10**Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, Décima Revisión
- CNS**Consejo Nacional de Salud
- CRS**Consejos Regionales de Salud
- CSMC**Centros de Salud Mental Comunitaria
- DGAIN**Dirección General de Aseguramiento e Intercambio Prestacional
- DGOS**Dirección General de Operaciones en Salud
- DIGEMID**Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas
- DIGEP**Dirección General de Personal de la Salud
- DIGTEL**Dirección General de Telesalud, Referencia y Urgencias
- DIPOS**Dirección de Intercambio Prestacional, Organización y Servicios de Salud
- DIRESA**Dirección Regional de Salud
- DIRIS**Dirección de Redes Integradas de Salud
- DISAMU**DISAMU Dirección de Servicios Médicos de Atención Móvil de Urgencias
- DPS**Dirección de Promoción de la Salud
- EAMI**Encuentro de Autoridades Competentes en Medicamentos de Países Iberoamericanos
- ECSI**Emergency Care and Safety Institute
- EESS**Establecimientos de Salud
- EGRIS**Equipos de Gestión de RIS
- EMA**Agencia Europea de Medicamentos
- EMS**Equipos Multidisciplinarios de Salud
- ENDES**Encuesta Demográfica y de Salud Familiar
- ENSAP**Escuela Nacional de Salud Pública
- EPS**Entidad Prestadora de Salud
- ESSALUD**Seguro Social de Salud
- FDA**Agencia Reguladora de Medicamentos y Alimentos de los Estados Unidos
- FUA**Formato Único de Atención
- GeoRIS**Sistema Geoespacial de las Redes Integradas de Salud
- GERESA**Gerencia Regional de Salud
- GTM**Grupo de Trabajo Multisectorial
- HCE**Historia Clínica Electrónica
- IAFAS**Institución Administradora de Fondos de Aseguramiento en Salud
- IAFAS FOSPEME**Institución Administradora de Fondos de Aseguramiento en Salud para el Personal Militar del Ejército del Perú
- IAFAS SALUDPOL**Fondo de Aseguramiento en Salud de la Policía Nacional del Perú
- IAFAS–SIS**Institución Administradora de Fondos de Aseguramiento en Salud del Seguro Integral de Salud
- IAL**Instancia de Articulación Local
- IGSS**Instituto de Gestión de Servicios de Salud

ACRÓNIMOS

INDECI	Instituto Nacional de Defensa Civil
INEI	Instituto Nacional de Estadística e Informática
INFORHUS	Aplicativo informático del Registro Nacional del Personal de la Salud
IOARR	Inversiones de Optimización, de Ampliación Marginal, de Reposición y de Rehabilitación
IPRESS	Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud
IRAG	Insuficiencia Respiratoria Aguda Grave
MCI	Modelo de Cuidado Integral de Salud por Curso de Vida para la Persona, Familia y Comunidad
MEF	Ministerio de Economía y Finanzas
MhGap Mental	Programa de Acción para Superar las Brechas en Salud Mental
NAEMT	National Association of Emergency Medical Technicians
OCDE	OCDE Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos
ODS	Objetivos de Desarrollo Sostenible
OGPPM	Oficina General de Planeamiento, Presupuesto y Modernización
OGTI	Oficina General de Tecnologías de la Información
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPEE	Oficina de Planeamiento y Estudios Económicos
OPS	Organización Panamericana de la Salud
ORAS	Organismo Andino de Salud
PAG	Programa de Alta Gerencia.
PAS	Procedimiento Administrativo Sancionador (SUSALUD)
PCRIS	Programa de Creación de Redes Integradas de Salud
PEAS	Plan Esencial de Aseguramiento en Salud
PDG-APS	Programa de Desarrollo en Gestión para la Atención Primaria de Salud
PEES	Programas Educativos Estratégicos en Salud
PFL	Programas de Formación Laboral de la ENSAP
PIM	Presupuesto Institucional Modificado
PNA	Primer Nivel de Atención
PNISS	Plan Nacional Integrado de Infraestructura de Salud
PNMS	Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030: Perú, País Saludable
POI	Plan Operativo Institucional
PROFAM	Programa Nacional de Formación en Salud Familiar y Comunitaria.
PRONIS	Programa Nacional de Inversiones en Salud
RACSEL	Red Americana de Cooperación sobre Salud Electrónica.
RedPARF	Red Panamericana para la Armonización de la Reglamentación Farmacéutica
RENADS	Registro Nacional de los Procesos de Articulación Docencia-Servicio en Salud.
RENHICE	Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas.
RENIEC	Registro Nacional de Identificación y Estado Civil
RHUS	Recursos Humanos en Salud
RIS	Redes Integradas de Salud
RNT	Red Nacional de Telesalud
RRTS	Redes Regionales de Transporte Sanitario
RSC	Registro Sanitario Condicional
SAMU	Sistema de Atención Móvil de Urgencia
SERUMS	Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud
SERVICER	Servicio COVID Especial
SIAF	Sistema Integrado de Administración Financiera
SIENMECRO	Sistema de Envío de Medicamentos a Pacientes Crónicos
SIS	Seguro Integral de Salud
SISMED	Sistema Integrado de Suministro de Medicamentos e Insumos Médico-Quirúrgicos
SSE	Seguro Social del Empleado (creado en 1948)
SSO	Seguro Social Obrero (creado en 1936)
SUNEDU	Superintendencia Nacional de Educación Superior Universitaria.
SUSALUD	Superintendencia Nacional de Salud
TIC	Tecnologías de la Información y la Comunicación
UCI	Unidad de Cuidados Intensivos
UGIPRESS	Unidad de Gestión de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud
UHSM	Unidades de Hospitalización en Salud Mental y Adicciones

TABLA DE CONTENIDOS

Acrónimos

Página

Presentación

1 La Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030: Perú, País Saludable	10
2 El Modelo de Cuidado Integral de Salud por Curso de Vida.....	13
3 Evolución de la rectoría del sector salud: 2016-2021	17
4 Redes Integradas de Salud – RIS.....	21
4.1 Programa de Creación de Redes Integradas de Salud – PCRIS	
5 Financiamiento en salud.....	26
5.1 Cuentas de salud	
5.2 Inversión pública en salud	
6 Cobertura Universal de Salud - Seguro Integral de Salud	31
7 Gestión de riesgos	36
7.1 Un quinquenio de emergencias y desastres: desde el fenómeno de El Niño a la pandemia de COVID-19. Preparación y respuesta	
7.2 SAMU: hacia una red nacional de transporte sanitario	
8 Derechos en salud: SUSALUD	46
9 Trabajando por más salud	49
9.1 Avances en salud mental	
9.2 Alimentación saludable y octógonos	
9.3 Protegiendo a la población peruana mediante las vacunas	
9.4.Priorización del primer nivel de atención	
10 Recursos humanos en salud.....	69
10.1 Avances en torno al personal de la salud	
10.2 Escuela Nacional de Salud Pública y desarrollo de capacidades	
11 Agenda Digital del Sector Salud 2020-2025.....	76
11.1 TELESALUD: llevar salud con oportunidad, equidad y tecnología	
11.2 e-BlueInfo: Plataforma para la Práctica en Salud	
12 Medicamentos.....	82
12.1 Norma y reglamento de medicamentos. Receta Electrónica	
12.2 El Sistema de Envío de Medicamentos a Pacientes Crónicos (SIENMECRO) – “Llegando a ti”: implementación en el primer nivel de atención	

Bibliografía

TABLAS Y FIGURAS

Tablas

1. Mecanismo de pago per cápita con ajuste por equidad
2. Gestión del riesgo de desastres: planes elaborados de 2017 a 2021
3. SUSALUD: situación de quejas y denuncias, 2015-2020
4. Brecha de personal de la salud en el MINSA y regiones por pliego, febrero 2021

Figuras

1. Árbol de problemas de la Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030: Perú, País Saludable
2. Árbol de soluciones de la Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030: Perú, País Saludable
3. Integralidad del sistema de salud
4. Unidades Territoriales Sanitarias y los establecimientos de salud según el rol asignado en la Red Integrada de Salud-RIS
5. Cronología de las Cuentas de Salud, 1996-2021
6. Perú: establecimientos de salud culminados y en funcionamiento, 2016-2021
7. Evolución del aseguramiento en salud, 2016-2021
8. Población asegurada en IAFAS pública, 2021
9. Perú: asignación financiera por nivel de atención
10. Asignación financiera en regiones
11. Cobertura de atención en salud mental, 2009-2020
12. Expansión de los servicios de salud mental comunitaria
13. Modelo de respuesta de salud mental para reducir el impacto psicosocial de la pandemia por COVID-19
14. Centros de salud mental comunitaria y Unidades de hospitalización en salud mental y adicciones Perú. Junio 2021
15. Casos atendidos en centros de salud mental comunitaria (trastornos mentales, violencia y lesiones autoinfligidas). Perú: 2019, 2020, 2021
16. Perú: proporción de menores de 12 meses con vacunas básicas completas para su edad, según área de residencia
17. Esquema de vacunación
18. Organización de los dos circuitos de atención: IRA COVID-19 y NO COVID-19 en las IPRESS del PNA
19. NSAP: alcance de capacitación, 2017-2020
20. Evolución del uso del aplicativo e-BlueInfo, 2019-2021
21. SIENMECRO: pacientes crónicos atendidos en Lima Metropolitana (a abril de 2021)
22. Modelo conceptual del sistema de salud

PRESENTACIÓN

La pandemia de COVID-19 evidenció la crítica situación en que se encontraba el sector salud a lo largo del quinquenio, como una situación heredada e histórica de tiempos previos, principalmente por las condiciones de un sistema fragmentado, no unificado y, por lo tanto, poco eficiente en su capacidad de acción y respuesta. Las medidas adoptadas, entre ellas la vacunación contra la COVID-19, han demostrado que se puede trabajar de manera coordinada por un solo objetivo. Su implementación ha sido posible con la participación del Ministerio de Salud, los gobiernos regionales y locales, EsSalud, las Fuerzas Armadas y Policiales, las clínicas privadas y otros sectores. Lograr la inmunización de toda la población ha sido la meta que ha unificado los esfuerzos de cada subsistema. Esta es una experiencia positiva que ha avanzado más allá de lo que se había programado.

En este marco, se están asegurando las vacunas para que toda la población mayor de 18 años pueda estar protegida a fines de 2021; y se sigue gestionando la adquisición de más vacunas para ampliar esta protección a otros grupos de edad -cuando sea seguro vacunarlos- y para llegar a la protección de la ciudadanía en el 2022. Aun así, es esencial pedirle a la población que no se descuide y que mantenga las medidas de autocuidado de su salud personal, familiar y comunitaria.

El esfuerzo conlleva también la atención de los problemas de salud no-COVID. Pero, sin duda, la pandemia es lo más urgente.

Ese es el concepto de salud pública y de cuidados que reta al sector salud: una salud cercana a la gente que aspira a evitar que una persona que sufre de alguna dolencia crónica termine en un hospital. La salud debe instalarse justamente para brindarle a los peruanos las condiciones para que, aun teniendo una enfermedad, puedan mantenerse saludables y desenvolverse como miembros valiosos de la sociedad.

La mirada del sistema de salud, entonces, no debe partir de la enfermedad, sino de la persona sana y saludable, la noción de que nadie está solo y la creación de ambientes adecuados para que todos puedan gozar de la salud en un sentido amplio. En conclusión, se busca seguir trabajando en esa línea integral, teniendo en cuenta la dimensión física y biológica, pero también la salud mental y la salud social. Respecto a esto último, algunos avances recientes son el fortalecimiento de la normatividad y las capacidades en salud mental (incluyendo la implementación de centros de salud mental comunitarios), y el incremento de la cobertura y la financiación en este rubro.

Finalmente, todo lo señalado es posible gracias a las “personas que cuidan personas”. Existen nuevos perfiles de profesionales de salud, técnicos y administrativos ya aprobados, y otros que están próximos a serlo, con el apoyo de los colegios profesionales y gremios. La propuesta de ley para la carrera pública en salud (que será presentada al Congreso de la República) y otras acciones confirman el aprecio, respeto y homenaje a los héroes y mártires que cuidan la salud y protegen la vida.

1 La Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030: Perú, País Saludable

El proceso de formulación de la Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030: Perú, País Saludable (PNMS) se inició en julio de 2019, con la constitución del Grupo de Trabajo Multisectorial (GTM) liderado por el MINSA y conformado por otros doce ministerios.¹ En simultáneo, se trabajó con el Consejo Nacional de Salud (CNS), sus comités nacionales y con los 25 Consejos Regionales de Salud (CRS). Se contó también con el apoyo y la participación de los órganos de línea del MINSA, de sus organismos públicos adscritos y del Centro Nacional de Planeamiento Estratégico (CEPLAN). Como resultado de una labor consensuada, la PNMS **fue aprobada en agosto del año 2020**.²

Posteriormente, como parte de la implementación de la PNMS, fueron actualizados el Plan Operativo Institucional (POI) y el Plan Estratégico Sectorial Multianual (PESEM) del sector salud, documentos de gestión cuya actualización se contempla también para los otros sectores, al igual que en los gobiernos regionales y locales a través del alineamiento de los planes de desarrollo concertado a nivel regional y local, de acuerdo con la cadena de resultados planteada por el CEPLAN.

La PNMS constituye un marco para la transformación de la salud. Aporta ideas para la unificación del sistema (propuesta acogida por el Acuerdo Nacional - AN) y respalda el crecimiento progresivo de la cobertura universal de aseguramiento a toda la población del país. El espíritu de esta política viene guiado por el lema del MINSA: Personas que atendemos personas, una frase que recoge la propuesta de David Tejada de Rivero, el ex subdirector de la OMS y exministro de salud, organizador de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de Alma-Ata (URSS, 1978), para definir la esencia de la atención primaria de salud: “El cuidado integral de salud por todos, para todos”.

Esta política de Estado reconoce el liderazgo de diferentes actores en determinados temas de salud (del MIDIS en infancia, anemia y desnutrición crónica infantil; del sector Vivienda en saneamiento, etcétera), define un esquema de sustento institucional y multisectorial para hacer frente a situaciones como la pandemia de COVID-19 (e. g. en la organización del Plan Taita y la Red Amachay, enfocadas en la población de adultos mayores, el programa de vacunación para coronavirus, entre otras iniciativas) y se sustenta en la normatividad vigente sobre el fortalecimiento de la función rectora del MINSA,³ en particular en lo que señala su Reglamento respecto a las políticas nacionales sectoriales y multisectoriales de salud:

[16.1] Las políticas nacionales sectoriales y multisectoriales de salud, definen los objetivos prioritarios, los lineamientos, los contenidos principales de las políticas públicas, los estándares nacionales de cumplimiento y la provisión de servicios que deben ser alcanzados y supervisados para asegurar el normal desarrollo de las actividades públicas y privadas. Constituyen un conjunto de objetivos, estrategias, metas, programas, lineamientos e instrumentos de aplicación de carácter público... orientando el accionar de las entidades del gobierno nacional, de los gobiernos regionales y de los gobiernos locales; así como del sector privado, la sociedad civil y la población en general, para la promoción y protección de la salud y vida de las personas...

[16.3] Las políticas nacionales, sectorial y multisectoriales en materia de salud tienen carácter vinculante para todos los que forman parte del sector salud.

¹De Educación, Mujer y Poblaciones Vulnerables, Agricultura, Transportes y Comunicaciones, Vivienda Construcción y Saneamiento, Justicia y Derechos Humanos, Ambiente, Desarrollo e Inclusión Social, Interior, Defensa, Cultura y la Presidencia del Consejo de Ministros.

²Mediante [DS N° 026-2020-SA](#) (EP-NL, separata especial, 24/10/2020).

³“Ley que fortalece la función rectora del Ministerio de Salud”, [Ley N° 30895](#) (EP-NL, 28/12/2018); y su Reglamento aprobado por [RM N° 805-2019-MINSA](#) (EP-NL, 15/10/2020).



En la formulación de la PNMS se buscó una aproximación integral a la situación del sector salud, considerando sus problemas estructurales de fondo (reconociéndose ya en ese momento varias causas directas e indirectas que luego favorecerían la expansión de la pandemia de COVID-19) y planteando respuestas con objetivos definidos en función de un futuro deseado (ver figuras 5 y 6).



La implementación conjunta de la PNMS servirá en adelante al doble propósito de consolidar la lucha contra la COVID-19 y recuperar un sistema de salud con direccionalidad, integrador e incluyente. El Perú es el primer país en las Américas (y probablemente del mundo) que cuenta con una política de Estado de este tipo, la que ha orientado el desarrollo de otras estrategias e instrumentos (abordados en otros puntos del presente documento), con la flexibilidad que se requiere por la diversidad del territorio y la población del país.

Figura 1. Árbol de problemas de la Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030: Perú, País Saludable

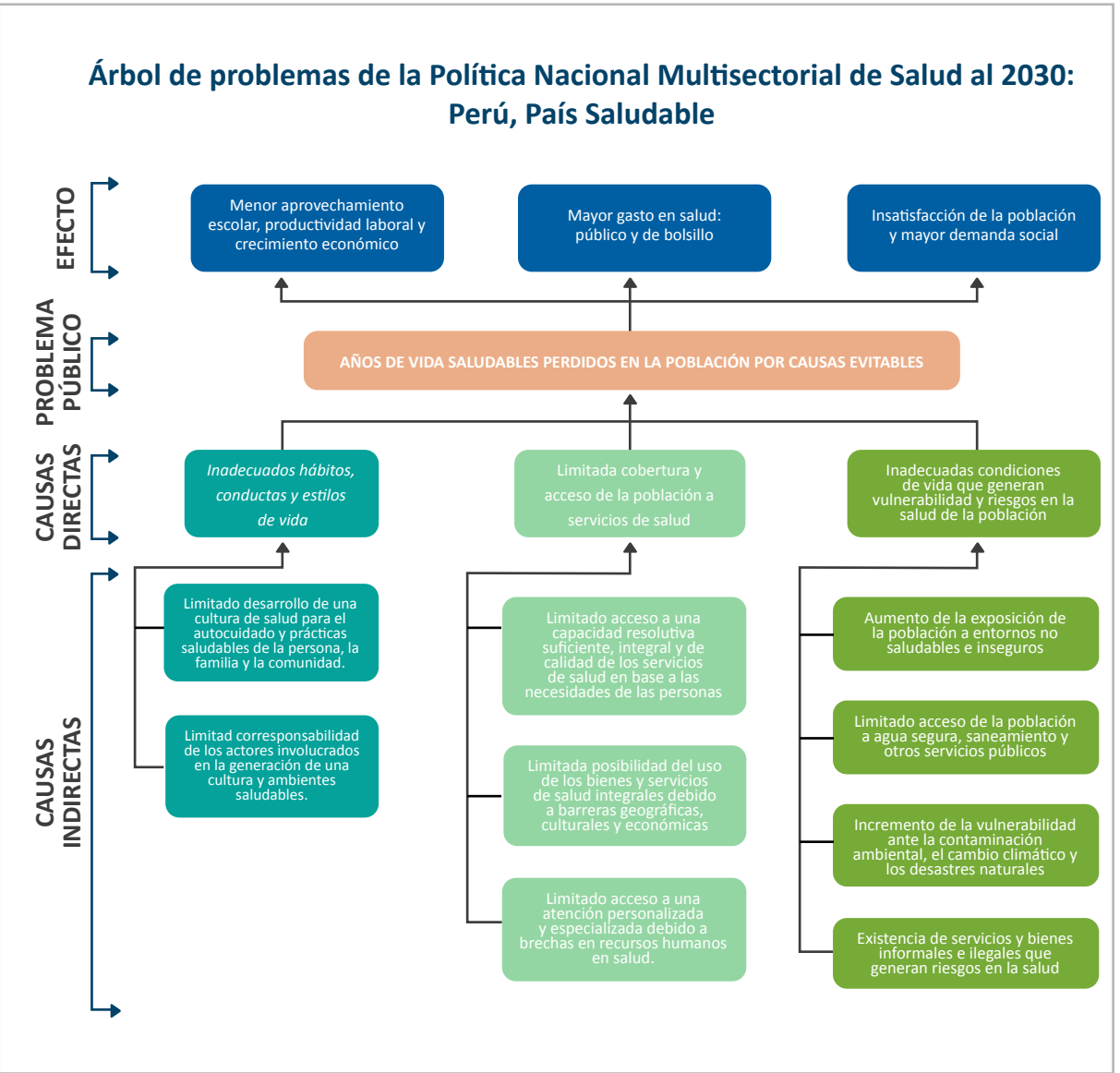
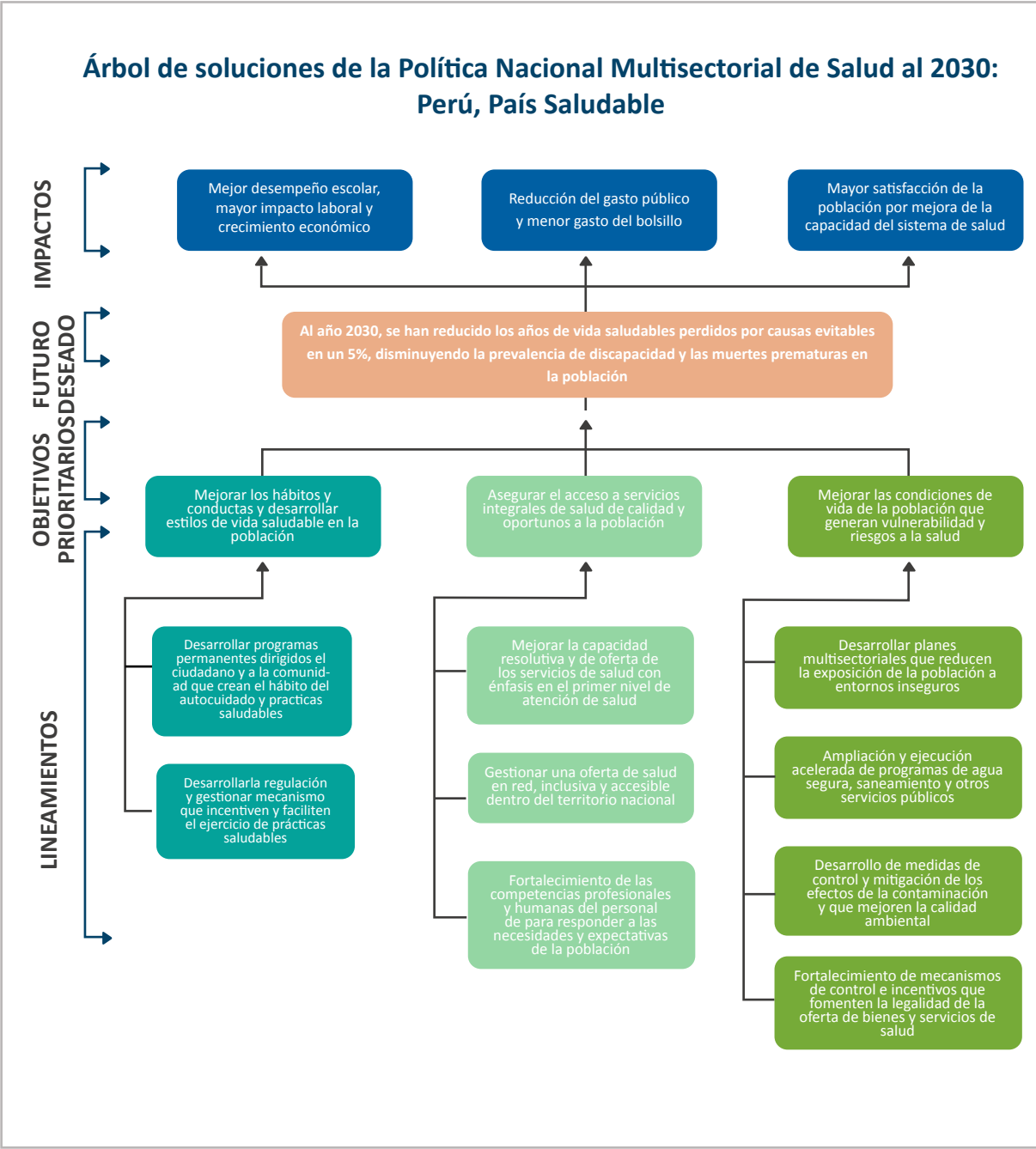


Figura 2. Árbol de soluciones de la Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030: Perú, País Saludable



2 El Modelo de Cuidado Integral de Salud por Curso de Vida

El Perú llega a sus 200 años de vida independiente con una población que experimenta notables cambios en aspectos demográficos, epidemiológicos, nutricionales, tecnológicos, conductuales, entre otros, lo que abre nuevos escenarios sanitarios que deben ser abordados de manera integral para mantener la salud de todos los peruanos. **Es importante apreciar esta situación de transición, pues la salud es siempre un producto social resultante de la interacción de factores económicos, biológicos, culturales y ambientales, incluyendo los determinantes sociales de la salud.**

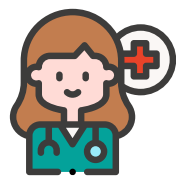
Esta complejidad ha llevado a desarrollar un nuevo modelo de atención de la salud que, sin dejar de lado lo mejor de los esquemas previos, busca asumir los cambios y nuevos retos, con un mejor ajuste de las metas y estrategias sectoriales a los objetivos nacionales y los recursos de los que dispone el país. **Este nuevo modelo considera la forma en que la salud de un individuo, su entorno familiar, su comunidad, su pasado y su futuro están interconectados a lo largo de su vida.** En este sentido, trasciende las intervenciones motivadas por enfermedades específicas, y toma a la salud como un proceso social y dinámico, que se constituye como un recurso esencial para el desarrollo humano, la producción y el mantenimiento de las capacidades de los individuos y poblaciones.



El Modelo de Cuidado Integral de Salud por Curso de Vida para la Persona, Familia y Comunidad (MCI)

El MCI, aprobado y oficializado en el año 2020,¹ tiene como objetivo mantener a las personas, familias y comunidades saludables, mediante acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en salud que, al complementarse, respondan a sus necesidades de salud. El modelo acoge los atributos de la atención primaria de la salud (acceso, primer contacto, cuidado integral, longitudinalidad, continuidad y coordinación) y enfatiza la creación y fortalecimiento de un vínculo de largo plazo entre las personas y los Equipos Multidisciplinarios de Salud (EMS) para mejorar la salud a lo largo de la vida.

¹El MCI fue aprobado por [RM N° 030-2020-MINSA](#) (27/1/2020), mientras que la [RM N° 220-2021-MINSA](#) (12/2/2021) aprobó el "Documento técnico: Manual de implementación del Modelo de Cuidado Integral de Salud por Curso de Vida para la Persona, Familia y Comunidad (MCI)".



En el MCI los hábitos y conductas individuales y colectivos tienen mucha importancia como determinantes de la salud, reconociéndose que estos no pueden ser modificados tan solo con la entrega de información o mensajes a través de charlas, consejerías o sesiones educativas. Se requiere, además, de otras estrategias (como el mercadeo social, las técnicas de aprendizaje social, etc.) ajustadas a diferentes escenarios de intervención, lo que plantea el reto de revisar los actuales modelos de educación y comunicación en salud.

Situación actual	Modelo por Curso de Vida (MCI)
Profesional de salud individual	Equipo multidisciplinario
Establecimientos de salud	Oferta fija, móvil y telemedicina
Paquetes de servicios individuales	Cuidado integral que incluye intervenciones familiares y comunitarias
Enfoque en la atención médica curativa	Enfoque en los cuidados integrales
Establecimientos aislados con énfasis en hospitales	Redes Integradas de Salud (RIS) con énfasis en el primer nivel de atención
Esquema basado en la disponibilidad de la oferta	Modelo basado en las necesidades de la población en un ámbito territorial
Organización de servicios según normas administrativas	Organización de una red integrada de servicios según necesidades sanitarias
Gestión por resultados de determinadas condiciones clínicas	Gestión por resultados en el curso de vida
Financiamiento para la recuperación de la enfermedad	Financiamiento para el mantenimiento de la persona sana

Este modelo considera también la diversidad cultural y la heterogeneidad territorial del país, y asume por tanto que el cuidado de la salud debe adecuarse a los contextos y necesidades locales y regionales, incorporando el enfoque intercultural en la gestión y prestación de servicios de salud. El abordaje se desarrolla a nivel comunitario, alcanzando a los espacios donde residen el individuo y su familia, con escenarios de intervención que no se restringen a los establecimientos de salud, sino que proyectan los cuidados integrales a los hogares, instituciones educativas, mercados, centros laborales, etc. Sin embargo, para lograr entornos verdaderamente saludables no basta con la acción en salud; esta debe complementarse con las intervenciones de otros sectores del Estado (como las regulaciones económicas, el ordenamiento de espacios saludables y seguros para la vivienda y la actividad física, entre otros) y con una participación activa de la comunidad.

Intervención en el hogar (familia)	Institución educativa (Ministerio de Educación)	Comunidad (gobierno local)
Alimentación y nutrición		
Promoción de la lactancia materna y la preparación de alimentos saludables para los niños	Reducción de la oferta de alimentos no saludables en las escuelas	Limitaciones al expendio de alimentos no saludables en los centros de abasto
Actividad física		
Reducción del sedentarismo (tiempo de exposición a TV, videojuegos, uso de computadoras) Aumento del tiempo destinado a actividades familiares	Incremento de la participación de los estudiantes en actividades físicas	Construcción y habilitación de espacios para actividades físicas

Fuente: Halfon et al. (2018).



Cuidado integral de la salud

Este concepto abarca las acciones e intervenciones personales, familiares y comunitarias destinadas a promover hábitos y conductas saludables. Con ellas se busca preservar la salud, recuperarla de alguna dolencia o enfermedad, rehabilitar, paliar el sufrimiento físico o mental y fortalecer la protección de la persona, familia y comunidad, considerando la dimensión biopsicosocial y los enfoques de derechos humanos, género, interculturalidad, equidad en salud y de determinantes sociales de la salud. Estos “cuidados” pueden ser los que las propias personas se proveen a sí mismas (autocuidado) y también los que brindan a sus familias y comunidades y viceversa (cuidados unidireccionales, bidireccionales y multidireccionales). Es en esta dinámica que se insertan los equipos multidisciplinarios, que se conforman según las necesidades de salud en un territorio definido (Red Integrada de Salud).



Cuidados de la familia

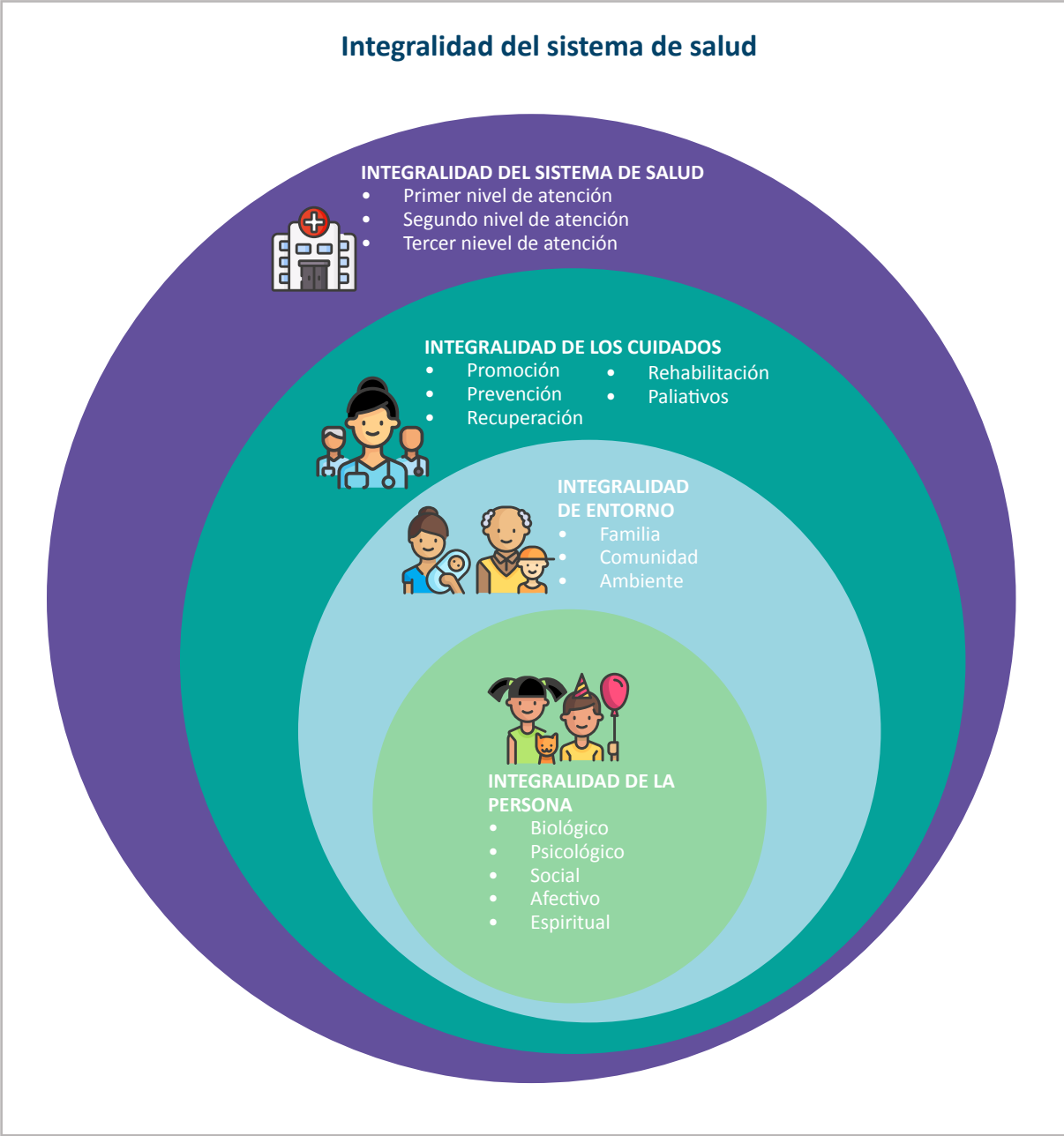
La familia es una instancia clave y de enorme influencia en los procesos de salud y enfermedad de sus miembros (más allá de los factores genéticos), y en el Perú sobre todo constituye un ámbito fundamental para el cuidado de la salud. Siendo así, las disfunciones en la familia pueden generar diversos tipos de riesgos y problemas de salud para sus integrantes. En tal sentido, el enfoque de cuidado integral aplicado a las familias apunta a disminuir la prevalencia de problemas como los accidentes, adicciones, enfermedades crónicas y otros, que muchas veces se asocian con determinados estilos de vida o con creencias en el propio seno familiar. En el MCI se vislumbra una familia saludable que incentiva comportamientos como la promoción de la paternidad y maternidad responsables, el diálogo y respeto intergeneracional, el manejo de frustraciones, la erradicación de la violencia entre sus miembros, el cuidado del medioambiente, el abordaje compartido de enfermedades crónicas o discapacidades y la búsqueda de apoyo durante las crisis familiares.



Cuidados de la comunidad

De acuerdo con la OMS, la comunidad es un grupo específico de personas que a menudo viven en una zona geográfica definida, comparten la misma cultura, valores y normas, y se organizan en una estructura social conforme al tipo de relaciones que dicho grupo ha desarrollado a lo largo del tiempo. Esta es la unidad básica de trabajo del enfoque de Atención Primaria Orientada a la Comunidad (APOC). Este considera, en una primera fase, la identificación de factores de riesgo y protectores de la comunidad: fenómenos climáticos o estacionales, manejo de desechos, condiciones ambientales, delincuencia o violencia en el entorno, consumo de sustancias nocivas, infraestructura, entre otros. Sobre esa base, se diseñan e implementan intervenciones educativas y comunicacionales, actividades comunitarias, la vigilancia epidemiológica, medidas de salud ambiental, la preparación para emergencias y desastres, u otras en función de los contextos y riesgos.

Figura 3. Integralidad del sistema de salud



3 Evolución de la rectoría del sector salud: 2016-2021

Antecedentes

Es preciso considerar tres antecedentes del proceso de la rectoría del sector salud en el periodo que se inicia en el año 2016. El primero concierne a la segmentación del sistema nacional de salud, que viene de tiempo atrás, con la coexistencia de diversos subsistemas (EsSalud, sanidades de las Fuerzas Armadas y de la Policía Nacional, instituciones privadas que prestan servicios de salud, etc.) y de distintas modalidades de financiamiento, afiliación y provisión de servicios, cada una especializada en diferentes segmentos poblacionales de acuerdo con su inserción laboral, niveles de ingresos, capacidad de pago y posición social. Esta situación dificulta y complica el ejercicio de la rectoría sectorial por parte del Ministerio de Salud.

El segundo antecedente remite a la iniciativa de descentralización del sector salud emprendida en los años 2005 al 2009 e inconclusa en la actualidad, al estar pendiente la transferencia de funciones a la Municipalidad Metropolitana de Lima. Con ello, los gobiernos regionales pasaron a convertirse tanto en autoridad sanitaria como en prestadores de servicios de salud en sus jurisdicciones. Esto motivó variados problemas en la interpretación de normas, pues en los gobiernos regionales se llegó a considerar que tenían autonomía para actuar de forma independiente, alejados de las políticas nacionales y sin considerar el carácter unitario del Estado peruano. Los conflictos de interpretación se manifestaban también en un tercer antecedente, en torno al propio concepto de “rectoría”,¹ al que se le atribuían diversos significados, lo que obstaculizaba los intentos de ejercerla y establecer regulaciones.



En este contexto, se autorizó en 2013 la Reforma del Sector Salud. El Congreso de la República le otorgó facultades legislativas al Poder Ejecutivo para reorganizar el Ministerio de Salud y sus organismos públicos, con el fin de fortalecer su rectoría sectorial y mejorar su desempeño. En diciembre del mismo año se publicó un decreto legislativo que aprobaba la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud,² definiendo su estructura orgánica y sus formas de articulación y coordinación con otras entidades. Dicho decreto estableció quiénes integran el sector salud, dejando claro que este no se restringe a los servicios de salud. Dicha precisión contribuye a asumir un amplio campo de acción sobre el que le corresponde al MINSA ejercer la rectoría sectorial.

Evolución de la rectoría sectorial de salud

En julio de 2016 se encontraban vigentes la Ley de Organización y Funciones del MINSA de 2013 y su Reglamento,³ que determinaba una estructura orgánica conformada por dos viceministerios, diez direcciones generales, otras 32 direcciones de menor jerarquía y cinco órganos desconcentrados; la Secretaría General, conformada por nueve oficinas generales y otras quince dependencias con funciones de asesoramiento y apoyo; y algunos órganos adicionales como el de Control Institucional, la Procuraduría Pública y el Consejo Nacional de Salud. Este reglamento fue derogado al año siguiente.

¹Contemplado en artículo 22 de la Ley Orgánica del Poder Ejecutivo, Ley Nº 29158 (10/02/2018).

²Mediante DL Nº 1161 (EP-NL, 7/12//2013).

³Ley aprobada por DL Nº 1161 (EP-NL, 7/12/2013) y su Reglamento aprobado por DS Nº 007-2016-SA (EP-NL, 12/2/2016).

En marzo de 2017 se aprobó el Reglamento de Organización y Funciones vigente en la actualidad,⁴ desactivándose el Instituto de Gestión de Servicios de Salud,⁵ cuyas funciones y competencias pasaron a ser asumidas por el MINSA, que entonces se hizo cargo de la gestión de los institutos especializados, hospitales y establecimientos del primer nivel de atención ubicados en Lima Metropolitana, lo que a su vez condicionó nuevos cambios en la estructura orgánica ministerial. En los viceministerios, se consideran nueve direcciones generales con otras 31 direcciones adscritas a ellas y seis órganos desconcentrados; y la Secretaría General, compuesta por ocho oficinas generales y 17 unidades orgánicas con funciones de asesoramiento y apoyo.



En el ámbito del viceministerio de Salud Pública, la Dirección General de Políticas y Normatividad fue suprimida y sus funciones fueron asignadas a los órganos de línea, según sus áreas de competencia. Se suprimió también la Dirección General de Promoción de Salud y Gestión Territorial en Salud, integrándose sus funciones en la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública. **En esta se incrementaron de siete a 13 las direcciones de acuerdo a las estrategias sanitarias. Asimismo, se incluyó a la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas y la Dirección de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células, que antes se encontraban en el Viceministerio de Prestaciones y Aseguramiento en Salud.**



Por otro lado, **en el Viceministerio de Prestaciones y Aseguramiento en Salud se creó la Dirección General de Operaciones en Salud, encargada de dirigir y supervisar el trabajo de las direcciones de gestión de Redes Integradas de Salud, hospitales e institutos nacionales especializados en la jurisdicción de Lima Metropolitana**, entre otras funciones. Esta misma Dirección General asumió responsabilidades en materia de infraestructura, equipamiento y mantenimiento, mientras que las funciones de aseguramiento se integraron con las de prestaciones de salud (antes asignadas a dos direcciones generales). Luego, la Escuela de Salud Pública fue reubicada en este Viceministerio.

Cabe precisar que en la normatividad anterior de rectoría del sector salud (DL N° 1161 de 2013) se contemplaban únicamente las competencias del MINSA como ente rector del sector, con disposiciones enfocadas en el seguimiento y evaluación de las funciones transferidas a los gobiernos regionales, pero no en el fortalecimiento o la recuperación del rol rector del Ministerio a nivel nacional. Esto último se introdujo en la Ley que fortalece su función rectora, aprobada en 2018,⁶ que de manera expresa señala que el MINSA determina la política, regula y supervisa la prestación de los servicios de salud, a nivel nacional, en las siguientes instituciones: EsSalud, Sanidad de la Policía Nacional del Perú, Sanidad de las Fuerzas Armadas, instituciones de salud del gobierno nacional y de los gobiernos regionales y locales, y demás instituciones públicas, privadas y público-privadas.

El reglamento de esta Ley, aprobado en octubre de 2020,⁷ contribuyó a garantizar el ejercicio de las funciones otorgadas al MINSA como único ente rector del sector salud y Autoridad Nacional de Salud, estableciendo que la rectoría en salud es “Función ineludible e indelegable del Estado, que se ejerce exclusivamente a través del MINSA, de hacerse responsable de la promoción, protección y respeto de la salud, la vida y el bienestar de la población, así como de conducir el Sector Salud. La Rectoría en Salud implica proteger la salud como derecho humano y bien público.”

⁴Mediante [DS N° 008-2017-SA](#) (5/3/2017).

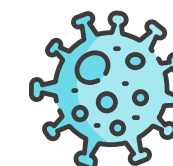
⁵“Ley que Desactiva el Instituto de Gestión de Servicios de Salud”, [Ley N° 30526](#) (EP-NL, 16/12/2016). El IGSS tenía a su cargo: (i) la gestión de los procesos de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en salud, en los institutos especializados, hospitales y direcciones de redes de salud; (ii) la supervisión de los sistemas administrativos desarrollados por los institutos especializados y hospitales nacionales, así como de las direcciones de redes de salud del MINSA; y (iii) dirigir los servicios de atención móvil de urgencias y emergencias a nivel nacional, gestionando la referencia y contrarreferencia.

⁶[Ley N° 30895](#) (28/12/2018).

⁷Mediante [DS N° 030-2020-SA](#) (EP-NL, 15/10/2020).



El reglamento, además de precisar conceptos (rectoría sectorial, sector salud, sistema de salud, entre otros), **señala los mecanismos que el MINSA tiene a su disposición para el desarrollo de sus funciones rectoras: a) la conducción sectorial, b) la regulación y fiscalización, c) la armonización de la provisión de servicios, d) la garantía del aseguramiento en salud, e) la modulación del financiamiento, y f) la medición de la ejecución de las funciones esenciales de salud pública.** Además, les asigna a las autoridades regionales de salud el rol de implementar las políticas nacionales sectoriales y multisectoriales de salud, en concordancia con la normatividad del sector y la que regula el proceso de descentralización con enfoque territorial, reconociendo los ámbitos de acción de las políticas de alcance regional y local. Asimismo, la nueva legislación define las funciones fiscalizadoras del MINSA sobre las autoridades sanitarias regionales y locales, en lo que respecta al cumplimiento de las políticas nacionales sectoriales y multisectoriales de salud, sus procesos, resultados, recursos y servicios a nivel nacional, regional y local.



Adicionalmente, y considerando las dificultades que los gobiernos regionales han afrontado en la respuesta a la pandemia de COVID-19, **la nueva normatividad habilita al MINSA para realizar un acompañamiento activo temporal a la gestión sanitaria, clínica, administrativa, o financiera de las autoridades regionales o locales de salud.** Esto, con el fin de salvaguardar la salud y la vida de la población, en caso de que exista una necesidad pública (por ejemplo, ante problemas de gestión que podrían afectar la continuidad de los servicios de salud o su capacidad operativa). Tales medidas de excepción incluyen la movilización de recursos para la atención y el cuidado de la salud.

De otra parte, desde el 2019 se ha conformado un Grupo de Trabajo de naturaleza temporal encargado de elaborar una propuesta de modificación del Reglamento de Organización y Funciones del MINSA.⁸ Dicha tarea, si bien se concretó con una nueva propuesta, no se ha podido tramitar en toda su extensión debido a los sucesivos cambios de gestión y a la emergencia sanitaria.



En síntesis, la rectoría sectorial de salud debe ser entendida como la capacidad del Estado para conducir el sector y asumir responsabilidades por la salud y bienestar de toda la población. Esta rectoría es única, indelegable e ineludible, y el Ministerio de Salud la ejerce como la autoridad responsable de diseñar, ejecutar y supervisar las políticas nacionales y sectoriales de salud en todos los niveles de gobierno. Sin duda, hay todavía un camino por recorrer para afianzar esta capacidad, pero no se debe perder de vista que su ejercicio sólido en el sector es un pilar para construir una sociedad con equidad en salud.

4 Redes Integradas de Salud – RIS

El Ministerio de Salud, a través de la Dirección General de Aseguramiento e Intercambio Prestacional (DGAIN), ha iniciado el proceso de implementación de Redes Integradas de Salud (RIS), de acuerdo con la Política General de Gobierno al 2021,¹ que establece: “Brindar servicios de salud de calidad, oportunos, con capacidad resolutoria y enfoque territorial”; y la Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030: Perú, País Saludable, que dispone: “Implementar Redes Integradas de Salud para la atención de la población”.

Las RIS son el “Conjunto de organizaciones que presta, o hace los arreglos institucionales para prestar una cartera de atención de salud equitativa e integral a una población definida, a través de la articulación, coordinación y complementación, y que rinde cuentas por los resultados sanitarios y administrativos y por el estado de salud de la población a la que sirve”, con las siguientes funciones: “a) Proveer servicios de salud integrales a la población de su ámbito, mediante intervenciones de salud individual y salud pública, y b) Abordaje de los determinantes sociales de la salud”.²



Se trata de una estrategia para acercar los servicios de salud a la ciudadanía promoviendo la continuidad, complementariedad y coordinación del cuidado integral de salud de la persona, familia y comunidad en las organizaciones que la conforman; y el fortalecimiento del primer nivel de atención de salud. Las RIS proveen servicios de salud individual y de salud pública, a través del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud y los planes complementarios; y asumen el rol de integración y coordinación de la atención de salud de las poblaciones residentes en los territorios que abarcan.

Acciones para la conformación y el funcionamiento de las RIS



Desde el año 2018, las DIRESA, GERESA y DIRIS, bajo la asistencia técnica del MINSA (por profesionales de salud, salubristas e ingenieros geógrafos de la Dirección de Intercambio Prestacional, Organizacional y Servicios de Salud - DIPOS), iniciaron la conformación y puesta en funcionamiento de las RIS en sus jurisdicciones sanitarias.³ La estructuración de RIS comprende la definición de Unidades Territoriales Sanitarias (UTS; sector sanitario, zona sanitaria y área sanitaria), población e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) relacionadas, para brindar una cartera de servicios de salud complementaria con enfoque territorial, considerando el rol asignado a la IPRESS en la RIS (v. figura 8). Estas acciones se apoyan en:

- **El Programa Nacional de Fortalecimiento de Competencias para la Implementación de RIS-EGRIS.** El Equipo Técnico de la DIPOS-DGAIN, en coordinación con la Escuela Nacional de Salud Pública (ENSAP), ha diseñado e implementado el Programa dirigido a gestores, equipos impulsores de RIS, equipos de gestión de RIS (EGRIS) y jefes de establecimientos de salud de las RIS.⁴

¹Aprobada por [DS Nº 056-2018-PCM](#) (EP-NL, 24/5/2018).

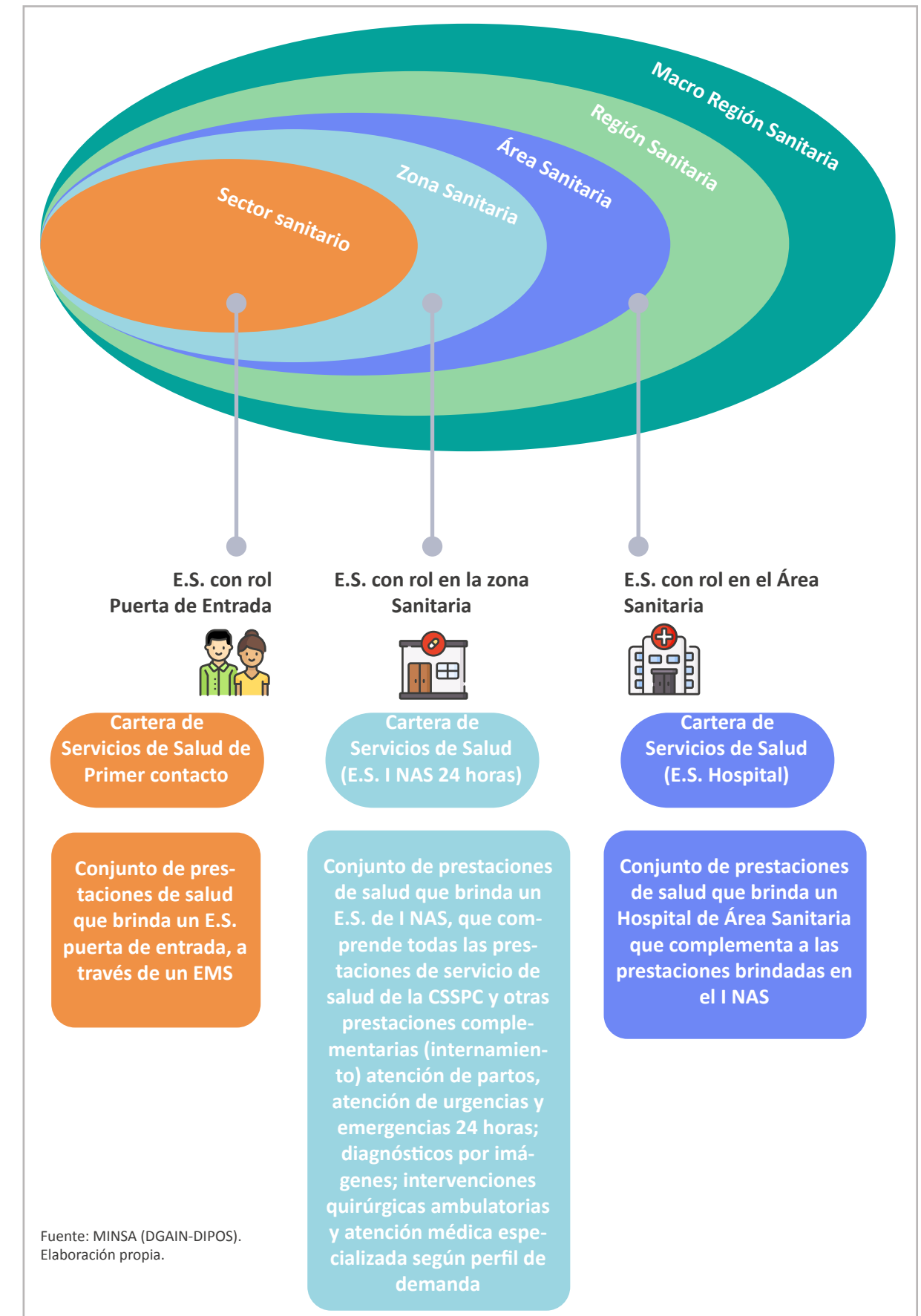
²Ley que establece la conformación y el funcionamiento de las Redes Integradas de Salud (RIS), [Ley Nº 30885](#) (EP-NL, 19/12/2018).

³Los avances (a inicios de abril de 2021) son: 28 equipos impulsores de RIS conformados en las DIRESA, GERESA y DIRIS; 74 RIS estructuradas en las cuatro DIRIS de Lima Metropolitana y en 23 regiones; 51 RIS conformadas mediante la emisión del acto resolutorio por la DIRESA, GERESA y DIRIS, hito que marca el inicio de la adecuación de sus documentos de gestión y su funcionamiento inicial, en respuesta a la pandemia de COVID-19; 32 equipos de gestión de RIS conformados a nivel nacional; las cuatro DIRIS de Lima Metropolitana y las de Tumbes, Tacna, Ucayali y Madre de Dios cuentan con RIS estructuradas en sus territorios; y nueve regiones (La Libertad, Piura, Cusco, Ayacucho, Arequipa, Ucayali, Lima, Lambayeque y Huancavelica) cuentan con más de una RIS estructurada.

⁴En dos ediciones del curso participaron el 100% de DIRESA, GERESA y DIRIS, y el equipo técnico del MINSA. En la primera edición del Módulo “Adecuación de la organización de servicios de salud en contexto de RIS y COVID-19” participaron 1 228 personas, y en la segunda edición hubo 1 290 participantes.

- **El Sistema Geoespacial de las Redes Integradas de Salud - GeoRIS**, una herramienta diseñada por DIPOS-DGAIN que brinda el soporte informático para la implementación de las RIS. ⁵
- **El desarrollo de planes y normas**, con una serie de documentos en proceso de formulación:
 - **Anteproyecto de la norma técnica de las RIS**, que expone y sustenta el Modelo RIS y su operación.
 - **Plan nacional de implementación de RIS**.
 - **Guía técnica para la conformación de RIS**, con los criterios técnicos y metodológicos para el proceso de implementación.
 - **Directiva sanitaria para la formulación del plan de salud de la RIS**, que contiene la estandarización del proceso de formulación del Plan de Salud de RIS, documento esencial para gestionar y establecer los criterios técnicos y la metodología a aplicarse.
 - **Directiva sanitaria para la formulación del plan de fortalecimiento de la capacidad resolutive de las RIS**, que establece el proceso y los criterios técnicos para planificar y ejecutar el cierre de brechas de recursos tecnológicos y humanos en salud.
 - **Proyecto de decreto supremo: Disposiciones para garantizar la continuidad del cuidado integral de la salud en el sistema nacional de salud**, para regular el proceso de referencia y contrarreferencia y garantizar la continuidad del cuidado integral de manera articulada y coordinada.
 - **Proyecto de norma técnica de salud de referencia y contrarreferencia para la continuidad del cuidado integral de la salud**, un componente articulador de las RIS para reducir la fragmentación entre los servicios, los retrasos en la atención, la duplicidad de esfuerzos y recursos, los costos, la interrupción de tratamientos y los desplazamientos innecesarios de los usuarios.
 - **Proyecto de directiva sanitaria para la coordinación del cuidado integral de salud del paciente con enfermedad no transmisible, entre profesionales de salud de los establecimientos de salud, con enfoque de RIS**, que busca facilitar la integración y comunicación entre los profesionales de salud de diferentes niveles de atención.
 - **Anteproyecto de la norma técnica: Cartera de servicios de salud de las instituciones prestadoras de servicios de salud**, para fortalecer el Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud y permitir la articulación de los servicios de las IPRESS del MINSA, de los gobiernos regionales y otras IPRESS públicas, privadas y mixtas que se sumen a las RIS.
- **El Intercambio Prestacional en Salud**,⁶ con la firma de diversos convenios en los que participan EsSalud, diversas redes asistenciales del MINSA y gobiernos regionales, IAFAS SALUDPOL, IAFAS FOSPEME, IPRESS y hospitales.
- **El Programa de Inversión “Creación de Redes Integradas de Salud”** (PCRIS; Programa Nacional de Inversiones en Salud – PRONIS).

Figura 4. Unidades Territoriales Sanitarias y los E. S. según el rol asignado en la Red Integrada de Salud-RIS



⁵En febrero del 2020, en el marco de la 146.ª reunión del Consejo Ejecutivo de la OMS, el [GeoRIS recibió el Premio Sasakawa para la Salud](#), como un reconocimiento a la innovación en materia de desarrollo sanitario.

⁶De acuerdo con el [DL Nº 1302](#) (EP-NL, 30/12/2016), que optimiza el intercambio prestacional en salud en el sector público.

4.1 Programa de Creación de Redes Integradas de Salud – PCRIS

Con el propósito de reforzar el primer nivel de atención y el cuidado integral de salud por curso de vida, el Ministerio de Salud solicitó el apoyo del BID y el BIRF para formular un programa de inversión, que fue diseñado en los años 2017 y 2018. La viabilidad del programa se declaró en octubre de 2018 y luego, en marzo de 2019, se autorizaron las operaciones de endeudamiento público para su financiamiento.⁷



El objetivo central del PCRIS es promover el “adecuado acceso de la población a servicios de salud oportunos, eficientes y de calidad en el primer nivel de atención, en función de sus necesidades”. Para ello, el programa propone rediseñar y reorganizar las IPRESS en RIS, en territorios determinados, con base en la estrategia de atención primaria de salud. Además, plantea fortalecer los sistemas de información y comunicaciones, potenciar los servicios médicos de apoyo y optimizar el sistema logístico de productos farmacéuticos y dispositivos médicos en Lima Metropolitana y en áreas priorizadas del país. El programa tiene cinco componentes que, en conjunto, proyectan su alcance a nivel nacional:⁸

- **Componente 1:** Mejoramiento y adecuado diseño del modelo de organización de IPRESS en RIS en Lima Metropolitana y regiones priorizadas.
- **Componente 2:** Mejoramiento y adecuada oferta en las IPRESS del primer nivel de atención en Lima Metropolitana y regiones priorizadas.
- **Componente 3:** Mejoramiento y ampliación del Sistema Único de Información en Salud a nivel nacional.
- **Componente 4:** Mejoramiento de los servicios médicos de apoyo en Lima Metropolitana.
- **Componente 5:** Mejoramiento de la gestión de productos farmacéuticos y dispositivos médicos en áreas priorizadas de Lima Metropolitana y regiones.

El PCRIS tiene, como máxima instancia de gobierno, un Comité Directivo conformado por su presidente, el viceministro de Prestaciones y Aseguramiento en Salud del MINSA, el viceministro de Salud Pública, el gobernador de la región La Libertad, el coordinador del PRONIS y el coordinador del equipo de gestión del programa, quien asume el rol de secretario técnico del Comité.

Adecuación en el modelo de ejecución

Hacia fines de 2020, luego de 18 meses de ejecución de los contratos de préstamo, el PCRIS mostraba un limitado avance en los aspectos financiero y físico. La ejecución presupuestal llegaba a solo el 1,8% del total de recursos del programa (19,1 millones de soles), y se encontraban en la etapa de formulación los términos de referencia para seleccionar a las firmas que elaborarían los expedientes técnicos de grandes inversiones, la compra adelantada -debido a la pandemia de COVID-19- para reponer tomógrafos y equipos de radiología en hospitales e institutos nacionales de Lima, y el avance en la formulación de 20 guías de práctica clínica priorizadas por el MINSA.



Dada esa situación, en enero de 2021 la Alta Dirección del MINSA estableció un cambio en el modelo de ejecución, que consistió en reemplazar el desarrollo de los seis proyectos de inversión pública de prototipos de RIS por Inversiones de Optimización, de Ampliación Marginal, de Reposición y de Rehabilitación (IOARR), con la finalidad de intervenir en una RIS modelo en cada una de las 25 regiones del país y en las cuatro direcciones de RIS (DIRIS) de Lima Metropolitana.⁹ Este cambio de modelo ha recibido el respaldo del Ministerio de Economía y Finanzas (Invierte y Dirección de Endeudamiento), del BID y BIRF y de los gobiernos regionales. Actualmente, el equipo de gestión del programa trabaja en su implementación, proyectando extenderlo a todas las RIS conformadas a nivel nacional y lograr una experiencia institucionalizada de RIS en cada región y DIRIS del país.

⁷Mediante [DS N° 320-2018-EF](#) (EP-NL, 28/12/2018), estableciéndose que el BID (contrato de préstamo N° 4726/OC-PE) y el BIRF (contrato N° 8920-PE) aportarían cada uno 125 millones de dólares, con una contrapartida nacional de 65 millones de dólares, en un plazo de ejecución de cinco años (de 2019 a 2024).

⁸Los contratos de préstamo suscritos señalan regiones priorizadas. En la gestión del Programa se ha establecido para cada fuente de financiamiento regiones priorizadas distintas, que se complementan geográficamente para asegurar un alcance nacional.

⁹Esto implica que los componentes 1 y 2 se orientarán a la implementación de 29 RIS modelo, en tanto que los demás componentes serán objeto de revisiones y ajustes en las inversiones para hacerlas más costo efectivas (buscando un mayor impacto en metas físicas, con una interacción entre ellas y el uso intensivo en tecnologías de información) y más costo eficientes (mayor impacto en la velocidad de ejecución financiera).

5 Financiamiento en salud

5.1 Cuentas de salud



En el año 2016, el Perú contaba con una serie histórica de cuentas de salud oficiales para el periodo 1995-2012, con proyecciones hacia el periodo 2013-2014. En su elaboración se utilizaba una metodología mixta basada sobre todo en los flujos financieros. Entre sus principales indicadores, ubicaba en 5,5% el gasto total en salud como porcentaje del PBI para el 2014, en 3,3% del PBI el gasto en servicios de salud de gestión pública para ese mismo año, y en 2,2% del PBI el gasto privado. Asimismo, presentaba una distribución del financiamiento que posicionaba al Estado como el principal financiador de la salud, con el 34,2%, seguido por los hogares con el 31,1% (correspondiendo el 86,2% de esta subvención al financiamiento directo o de bolsillo), y en tercer lugar por los empleadores con el 31,3% para el 2014 (MINSa 2015).

Sin embargo, al determinarse desde la gestión gubernamental que uno de los objetivos para el quinquenio 2016-2021 era la inclusión del Perú en la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), se recogieron las recomendaciones de este organismo en los estudios del sector salud, como parte del compromiso sectorial en el Programa País: (i) la revisión del sistema de salud del Perú con un enfoque en el logro y mantenimiento de la cobertura universal en salud, y (ii) la revisión de datos y estadísticas del sector salud peruano (OECD 2017), instándose al país a adoptar los estándares internacionales para una mejor comparabilidad de los sistemas sanitarios.

Dado que el Sistema de Cuentas de Salud SCS 2011 o SHA 2011¹ era el estándar de reporte de los países miembros de la OCDE, el Ministerio de Salud, en coordinación con la OPS, realizó un estudio piloto para analizar la compatibilidad de las cuentas nacionales de salud del país con el SHA 2011, en el que se concluía que la misma era viable en el eje del financiamiento.



Por otro lado, la OMS instaba a todos los países a reportar el gasto en salud en el estándar de la OCDE SHA 2011 a partir de 2017,² y en ese año se dispuso la implementación de dicha metodología para cumplir uno de los requisitos de ingreso a la OCDE en el Bicentenario del Perú. Esto representaba un desafío enorme debido a la segmentación y fragmentación del sistema sanitario peruano, y la poca articulación y madurez de los sistemas de información del sector salud a nivel nacional. El proceso de implementación enfrentó dificultades por la coyuntura política, los cambios de gestión y el reducido equipo de cuentas de salud. No obstante, a fines de 2018 el MINSa logró fortalecer el equipo y avanzar en la formación de capacidades en la metodología.³

¹ SHA 2011 o System of Health Accounts 2011 (Sistema de Cuentas de Salud) es una metodología internacional estándar de reporte del financiamiento y gasto sanitario en salud, desarrollada como un esfuerzo conjunto entre la OCDE, la OMS y la Oficina de Estadística de la Unión Europea (Eurostat), que se enfoca en el gasto en salud desde el punto de vista del consumo y distingue tres grupos de clasificaciones: (i) el marco central que mide el gasto corriente en salud en sus tres dimensiones: función, provisión y financiamiento; (ii) la formación de capital con su propia clasificación de activos; y (iii) otras clasificaciones que permiten desarrollar indicadores adicionales en el ámbito del marco contable ampliado.

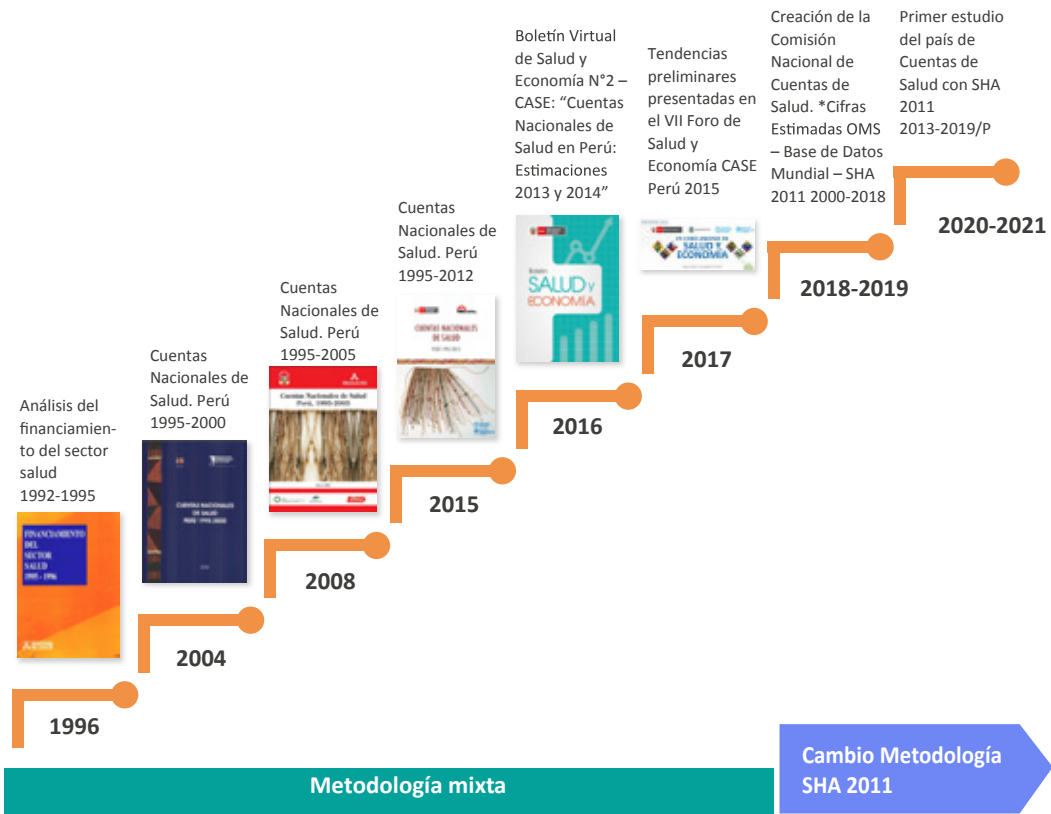
² La OMS, a través de su comunicación C.L.5.2017, informó a los países miembros, entre ellos el Perú, que, a partir del año 2017, la organización de los datos en la Base de Datos Mundial sobre Gasto Sanitario (Estadísticas Sanitarias Mundiales de la OMS) se llevará a cabo mediante el Sistema de Cuentas de Salud normalizado SHA 2011 que es la versión actualizada de la norma mundial.

³ Con la participación de profesionales del MINSa y de otras entidades en el “Curso de Cuentas de Salud, Metodología SHA 2011” ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública de la OPS/OMS.

Poco después, como resultado de un trabajo de abogacía, se creó en agosto de 2019 una comisión multisectorial de naturaleza permanente denominada “Comisión Nacional de Cuentas de Salud” (con participación del MINSa, el SIS, SUSALUD, EsSalud, las Sanidades de las Fuerzas Armadas y Policiales, la Asociación de Clínicas Particulares del Perú, el INEI y el Ministerio de Economía y Finanzas),⁴ encargada del seguimiento de la información sobre el financiamiento y gasto del sistema de salud peruano, de la mejora del proceso de elaboración de las cuentas de salud y de preparar informes anuales de los avances en la generación y estandarización de los indicadores de las cuentas (de acuerdo con la SHA 2011) para su uso en la fundamentación de políticas de salud.⁵

Durante la preparación para el cambio metodológico se validaron provisionalmente las cifras estimadas por la OMS para la serie del gasto en salud publicadas en la Base de Datos Mundial de Gasto en Salud de la OMS (GHED, siglas en inglés de Global Health Expenditure Database), mientras se realizaba el primer estudio con la metodología SHA 2011. Este trabajo se vio limitado en el año 2020 por el inicio de la pandemia de COVID-19, pero luego se pudo retomar de manera virtual y se encuentra actualmente en curso.

Figura 5. Cronología de las Cuentas de Salud, 1996-2021



Fuente: MINSa.
Elaboración: OPEE-OGPPM.

⁴ Mediante [DS N° 020-2019-SA](#) (EP-NL, 5/8/2019).

⁵ Una vez creada esta Comisión, se procedió a la realización de talleres de sensibilización para sus integrantes y equipos técnicos de apoyo. La OPS/OMS brindó asistencia técnica en la capacitación y difusión de la metodología SHA 2011, la evaluación de la viabilidad de su implementación y la elaboración de una hoja de ruta para el periodo 2020-2025.

Queda aún mucho trabajo por hacer en las cuentas de salud; principalmente, **fortalecer la coordinación multisectorial, implementar sistemas automatizados de intercambio de información de gasto en salud y documentar los procedimientos de elaboración de cuentas para integrar un sistema de datos abiertos**. Entre los mayores desafíos en adelante están:

- Mantener y fortalecer equipos técnicos especializados para la medición del gasto en salud en las entidades gubernamentales que generan información para las cuentas de salud, debido a la alta rotación que se observa en dichos equipos.
- Contar con sistemas de información articulados entre las entidades sanitarias, con el detalle requerido para una correcta medición del gasto en salud.
- Involucrar más y mejor a los tomadores de decisiones de las entidades públicas y privadas, dotándolos de un suministro de información acorde con los requerimientos del sector.
- Elaborar una normativa que regule la medición del gasto en salud en las instituciones proveedoras de servicios de salud.
- Contar oportunamente con la publicación anual de las cifras de las Cuentas de Salud al cierre fiscal de cada año.

5.2 Inversión pública en salud

La inversión pública en salud se ha orientado, en los últimos años, a la recuperación de la capacidad instalada de los establecimientos de salud a través del mejoramiento de la infraestructura existente, la construcción de nueva infraestructura en algunos casos y la dotación de equipamiento estratégico. El presupuesto destinado a inversiones en la Función Salud durante el quinquenio 2016-2021 asciende a S/ 10 918,3 millones, distribuidos en los tres niveles de gobierno. En este periodo ha habido una disminución de S/ 788,5 millones en la asignación presupuestal de 2017, en relación con la de 2016. Luego, en 2020 se asignó S/ 740,4 millones menos en comparación con 2019. **No obstante, durante esos cinco años se alcanzó a ejecutar un total de S/ 10 608,2 millones en proyectos de inversión, lo que significa un 97% del presupuesto total asignado en esos años.**



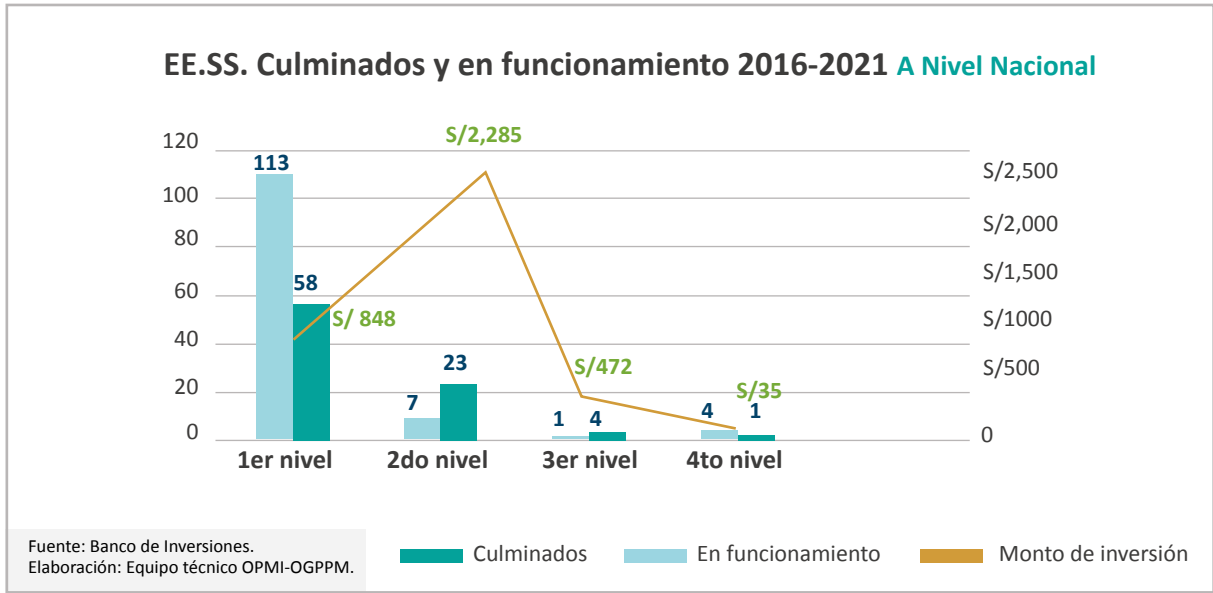
En el último quinquenio se ha registrado un marcado crecimiento en la asignación presupuestal destinada a la inversión pública en el sector salud. Según datos oficiales (del Portal de Transparencia Económica del MEF), en 2017 el Presupuesto Institucional Modificado (PIM) del sector se incrementó en 67% respecto al año anterior (de S/ 214 millones a 358). En 2018, el PIM aumentó en 63% en relación a 2017, en 2019 el incremento fue de solo 2%, mientras que en 2020 y 2021 el crecimiento fue de 21% y 37%, respectivamente.

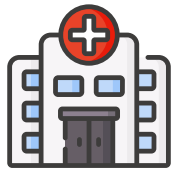
El MINSA y sus pliegos adscritos contaron en el periodo 2016-2021 con un presupuesto total en inversiones de S/ 3 479,2 millones, ejecutado en 1 344 establecimientos de salud, de los cuales el 27% correspondió a establecimientos hospitalarios, seguido del 25% en establecimientos del primer nivel de atención, 19% en el segundo nivel de atención y 12% en institutos especializados, entre otros servicios.

En el periodo 2016-2020, la ejecución presupuestal del MINSA ascendió a S/ 1 490,7 millones en 1 205 establecimientos de salud, a través de proyectos de inversión e Inversiones de Optimización, Ampliación Marginal, Reposición y Rehabilitación (IOARR). En 2019 hubo una mayor ejecución de recursos, habiéndose gastado en inversiones S/ 440,6 millones en tres de 383 establecimientos de salud. Para 2021, el MINSA, el Instituto Nacional de Salud y el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, cuentan con una cartera de 139 proyectos de inversión con un PIM de S/ 999,2 millones orientados al cierre de brechas de infraestructura y equipamiento, de los cuales se ha ejecutado el 16,4% (hasta la fecha de este reporte).

Además de ejecutar proyectos de inversión, el MINSA ha financiado proyectos a nivel de los gobiernos subnacionales desde 2011 hasta 2020. Solo en el último quinquenio ha transferido S/ 3 147,9 millones para la ejecución de proyectos de inversión en 576 establecimientos de salud en todo el país (con una mayor concentración de inversiones en las regiones de Ayacucho, San Martín, Pasco, Ucayali y Junín), y se ha concluido también la ejecución de otros proyectos en 211 establecimientos de salud a nivel nacional. Asimismo, la ejecución se ha culminado en 125 establecimientos de salud, faltando su puesta en funcionamiento. La mayor inversión corresponde a proyectos de establecimientos de salud del segundo nivel de atención (S/ 2 285,2 millones), seguida por la ejecución de establecimientos del primer nivel de atención (S/ 847,7 millones) y, en menor medida, los del tercer nivel y otros sin categorizar.

Figura 6. Perú: establecimientos de salud culminados y en funcionamiento, 2016-2021

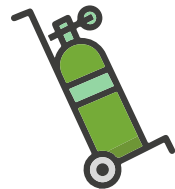




De los proyectos de inversión que se encuentran actualmente en funcionamiento, 15 establecimientos forman parte de Obras del Bicentenario.⁶ Para la ejecución de proyectos de inversión de alta complejidad, el MINSA viene implementando la modalidad de contratación de “Gobierno a Gobierno”, que se ha aplicado a los proyectos de inversión del Hospital Antonio Lorena Nivel III-1 (Cusco) por S/ 464,2 millones, y del Hospital Nacional Sergio E. Bernales (Collique, Lima) por S/ 994,4, ambos con contratos suscritos con el gobierno francés. Se encuentran en la fase de recepción de propuestas técnicas los proyectos de inversión para el Nuevo Hospital de Andahuaylas por S/ 160,1 millones, y el Hospital de Alta Complejidad de Piura por S/ 926,1 millones.

Otros cuatro proyectos de inversión se vienen ejecutando a través del mecanismo de Obras por Impuestos: el mejoramiento de la capacidad resolutoria de los establecimientos de salud de Chumbivilcas (Cusco); y la construcción de los hospitales de Huari, Huarmey (ambos en Ancash) y Llata (Huánuco), por un monto de inversión total de S/ 432,2 millones.

En los últimos cuatro años se ha invertido S/ 445,4 millones en la adquisición de terrenos, equipamiento biomédico, camas, ventiladores mecánicos y rehabilitación de infraestructuras para 1 026 establecimientos de salud a nivel nacional a través de IOARR (mediante el Sistema Nacional de Programación Multianual y Gestión de Inversiones - Invierte.pe).



En el contexto de la pandemia de COVID-19, el MINSA ha adquirido e instalado plantas generadoras de oxígeno medicinal para 15 regiones por un monto de inversión de S/ 129,3 millones. Estas se encuentran en funcionamiento en las regiones de Arequipa, Ica, Cusco, Junín, La Libertad, Cajamarca, Apurímac, Ayacucho, Lima, Puno, Ucayali, San Martín, Ancash, Piura y en Lima Metropolitana.

Aun con la realización de las acciones señaladas, en el último quinquenio el sector salud ha experimentado grandes dificultades en materia de inversiones. Algunas, de tipo estructural, han venido condicionadas por el cambio normativo del Sistema Nacional de Inversión Pública (SNIP) al sistema de Invierte.pe; otras, de carácter coyuntural, se relacionan con la pandemia de COVID-19, que ha tenido un fuerte impacto en la ejecución de obras públicas; y están también los obstáculos operativos, asociados con una débil gestión de las inversiones debido a limitaciones en las unidades ejecutoras de inversiones en los tres niveles de gobierno.

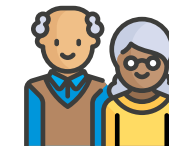
Entre sus perspectivas de inversión a futuro, el sector salud se plantea las siguientes acciones:

- En los próximos dos años, culminar la ejecución de los proyectos de inversión de los Hospitales de Pacasmayo (La Libertad), Espinar (Cusco), Quillabamba (Cusco), Zacarías Correa (Huancavelica), Challhuahuacho (Apurímac), Putina (Puno) y Llata (Huánuco), así como el Centro de Salud de Machupicchu (Cusco).
- Continuar con el proceso de implementación de nuevos mecanismos de ejecución y modalidades de contratación que contribuyan a fortalecer la capacidad ejecutora del sector.
- Desarrollar proyectos de inversión con enfoque de Redes Integradas de Salud (RIS), para mejorar la gestión y la prestación de servicios en el primer nivel de atención.
- Elaborar el Plan Nacional Integrado de Infraestructura de Salud (PNISS) para el reordenamiento territorial de los recursos del sistema sanitario, implementando las modalidades de Asociaciones Público Privadas (APP), obras por impuestos, obra pública convencional, cooperación internacional y contratos de Gobierno a Gobierno.
- Potenciar las capacidades técnicas y operativas de las unidades ejecutoras del sector, que deben incluir innovaciones como el uso del Building Information Modeling (BIM).

⁶De entre los que destacan el Hospital Regional Miguel Ángel Mariscal Llerena de Ayacucho, el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas de la Macrorregión Centro del Perú, el Hospital de Lima Este Ate-Vitarte y el Hospital Santa Gema de Yurimaguas.

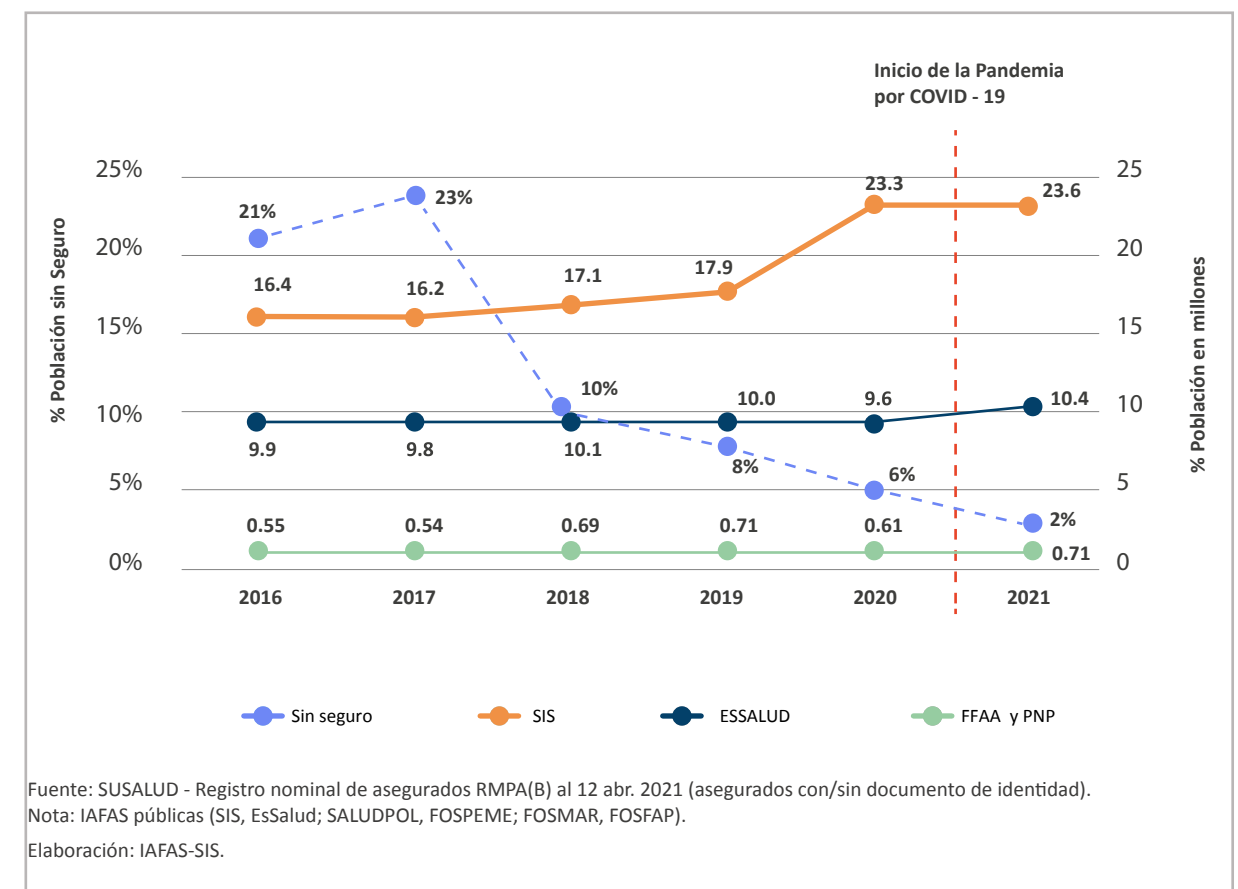
6 Cobertura Universal de Salud - Seguro Integral de Salud

La Institución Administradora de Fondos de Aseguramiento en Salud del Seguro Integral de Salud (IAFAS-SIS) es un organismo público executor adscrito al Ministerio de Salud, que tiene como misión brindar protección financiera en salud a su población objetivo, con un enfoque de equidad, eficiencia y de atención centrada en el asegurado, en los regímenes subsidiado y semicontributivo, de acuerdo a lo dispuesto en la Ley Marco del Aseguramiento Universal en Salud y su Reglamento.¹



En el último periodo quinquenal de gobierno la IAFAS-SIS registró un crecimiento constante del número de asegurados (a diferencia de las demás IAFAS públicas), especialmente desde el año 2019 en que se estableció un conjunto de medidas para cerrar la brecha de población sin cobertura de seguro de salud.² Para ello, se creó un nuevo plan denominado SIS Para Todos como parte del régimen subsidiado, lográndose el incremento más importante del número de asegurados de la IAFAS-SIS antes de la pandemia de COVID-19 (en marzo de 2020).

Figura 7. Evolución del aseguramiento en salud, 2016-2021



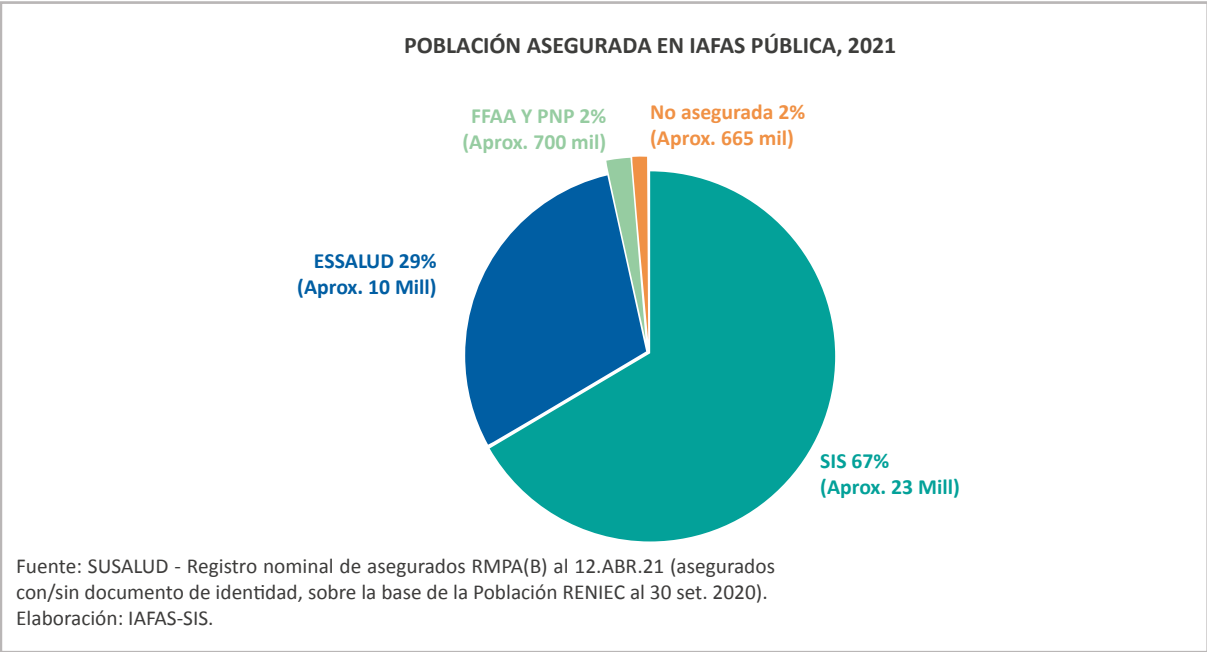
¹Ley N° 29344 (9/4/2009). Reglamento aprobado por DS N° 008-2010-SA (2/4/2010).

²“Decreto de Urgencia que establece medidas para la Cobertura Universal de Salud”, DU N° 017-2019 (28/11/2019).



En el periodo 2016-2021, la implementación de la política nacional sobre el Aseguramiento Universal³ ha permitido que el 98% de la población peruana cuente con un seguro público de salud.⁴ En la distribución de los asegurados entre las diversas IAFAS públicas en abril de 2021, la mayor proporción corresponde a la IAFAS-SIS (67%, más de 23 millones y medio de peruanos residentes en el país, incluyendo a los afiliados temporales).⁵

Figura 8: Población asegurada en IAFAS pública, 2021



Una afiliación más simple para el ciudadano

La IAFAS-SIS implementó varias medidas para facilitar la afiliación de los ciudadanos. Entre estas se destacan la afiliación simplificada (actualizada en 2018) y la apertura de servicios digitales (disponibles las 24 horas, los siete días de la semana a través de WhatsApp, teléfono, Web SIS, aplicativo móvil SIS, entre otros). Estas acciones permitieron continuar con las afiliaciones durante la pandemia, evitando el riesgo de infección.⁶ Asimismo, la afiliación a través de la base de datos, emprendida desde diciembre de 2019, ha hecho posible asegurar a más de cinco millones de personas.

Asignación de fondos de seguros

La IAFAS-SIS inició en 2018 un proceso de transformación en la asignación de recursos financieros. Se empezó por el diseño y aplicación de nuevos convenios de gestión con las IPRESS públicas.⁷ La nueva metodología contribuyó a una reducción de inequidades en la distribución de los recursos financieros entre las unidades ejecutoras del primer nivel, los hospitales e institutos y entre los gobiernos regionales. En ese año, la asignación de fondos para el primer nivel se hacía según el gasto por consumo reportado; esto cambió al mecanismo de pago per cápita con ajuste por equidad,⁸ como se muestra en la siguiente tabla.

³Acuerdo Nacional de Salud de octubre de 2015.
⁴SUSALUD, Registro nominal de asegurados al 12 de abril de 2021.
⁵Personas sin documento de identidad (DNI o carné de extranjería), por ejemplo: población indígena y alto andina, gestantes y menores de cinco años migrantes, recién nacidos).
⁶El aplicativo móvil SIS “Asegúrate e infórmate”, desde su lanzamiento en febrero de 2021, ha permitido la afiliación de 52 153 personas, según la Gerencia del Asegurado de la IAFAS-SIS (al 30/4/2021).
⁷Por primera vez se firmaron convenios por periodos de tres años, con reglas más claras que incluyeron un techo presupuestal, mecanismo de pago per cápita y uso del saldo de balance.
⁸Metodología por pago de afiliado en base al valor nominal, más los factores de ajuste de zona de pobreza, ruralidad, zonas priorizadas y densidad poblacional para el pago per cápita, aprobada por RM N° 446-2021/MINSA (31/3/2021).

Tabla 1. Mecanismo de pago per cápita con ajuste por equidad

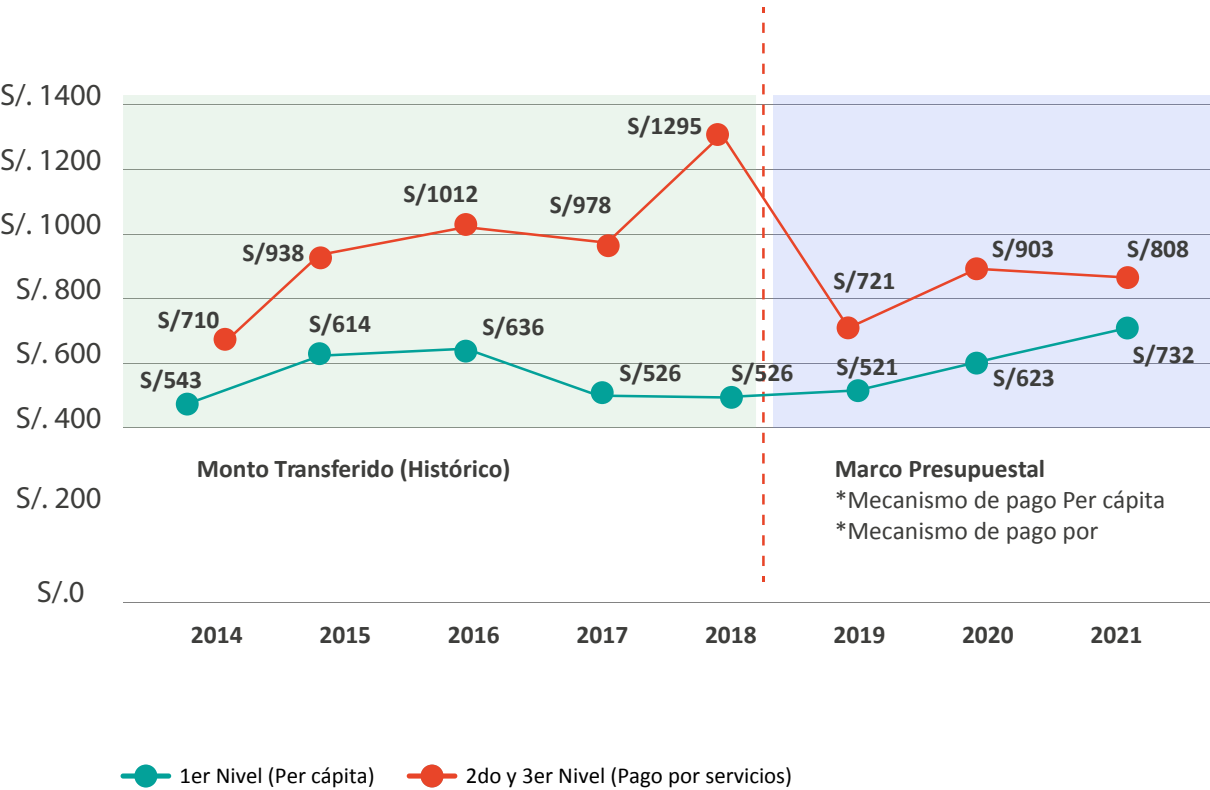
GORE/DIRIS	Pago per cápita 2021		
	BASAL	BASAL-AJUSTE	%ADICIONAL
CALLAO	25.0	25.0	0%
DIRIS CENTRO	25.0	25.0	0%
DIRIS ESTE	25.0	25.0	0%
DIRIS NORTE	25.0	25.0	0%
DIRIS SUR	25.0	25.0	0%
ICA	25.0	26.46	6%
TUMBES	25.0	27.00	8%
TACNA	25.0	28.00	12%
LAMBAYEQUE	25.0	28.78	15%
LIMA REGION	25.0	28.94	16%
PIURA	25.0	29.10	16%
AREQUIPA	25.0	29.19	17%
MOQUEGUA	25.0	29.88	20%
ANCASH	25.0	29.92	20%
LA LIBERTAD	25.0	31.52	26%
MADRE DE DIOS	25.0	31.75	27%
CUSCO	25.0	33.50	34%
SAN MARTIN	25.0	33.56	34%
JUNÍN	25.0	34.11	36%
UCAYALI	25.0	34.56	38%
APURIMAC	25.0	36.86	47%
AMAZONAS	25.0	37.38	50%
PASCO	25.0	37.50	50%
CAJAMARCA	25.0	37.53	50%
HUÁNUCO	25.0	39.82	59%
AYACUCHO	25.0	40.11	60%
LORETO	25.0	40.55	62%
HUANCAVELICA	25.0	40.94	64%
PUNO	25.0	41.50	66%

Promedio Nacional
s/. 34,49

Elaboración: IAFAS-SIS.

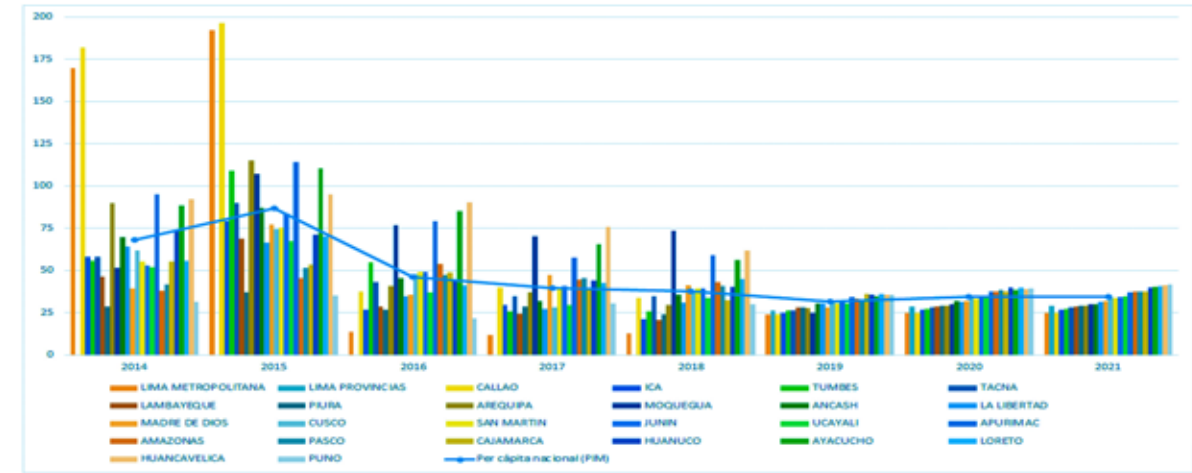
Esta metodología, con su enfoque de pago prospectivo, ha servido para fortalecer financieramente el primer nivel de atención, al incrementar el marco presupuestal según el pago per cápita y por servicios. Así, en el periodo de 2014 a 2021 se registró un incremento de 134% en la asignación de fondos para el primer nivel de atención, y de 23% en el mecanismo de pago para hospitales e institutos.

Figura 9. Perú: asignación financiera por nivel de atención



En 2018, la IAFAS-SIS garantizó el acceso a la prestación de salud de los asegurados en condición de emergencia de prioridad tipo 1, siendo este un elemento clave para la mejora de las condiciones médicas y la disminución de la morbilidad y mortalidad⁹. En el siguiente año se empleó el índice de Gini¹⁰ como un instrumento de evaluación para la distribución de los recursos financieros para el primer nivel de atención. La figura 14 muestra las inequidades registradas por varios años, con una distribución discrecional de recursos que afectaba a las regiones más necesitadas, y una asignación más equitativa desde 2019 (alcanzándose valores cercanos a cero en el índice de Gini a partir de este año).

Figura 10. Asignación financiera en regiones



Elaboración: IAFAS-SIS.

Facilidades para asegurados y prestadores durante la pandemia

Desde marzo de 2020, la IAFAS-SIS estableció nuevas medidas para facilitar la atención del asegurado y las prestaciones de las IPRESS: (i) la ruptura prestacional, que permite al asegurado atenderse en cualquier establecimiento público; (ii) la autorización para el tratamiento de la COVID-19; (iii) la ampliación del plazo de digitación de los formatos de atención por 30 días adicionales en los tres niveles de atención; (iv) la cobertura prestacional económica de sepelio en casos de sospecha o diagnóstico confirmado de COVID-19;¹¹ y (v) la contratación de paquetes de servicios de atención de Insuficiencia Respiratoria Aguda Grave (IRAG) con necesidad de ventilación mecánica en las unidades de cuidados intensivos de IPRESS privadas y mixtas, para asegurados del SIS con diagnóstico de COVID-19.

Lucha contra la corrupción

La IAFAS-SIS fue declarada en reorganización en el año 2016 (debido a problemas hallados en la gestión de los recursos públicos), con el fin de garantizar la idoneidad en su manejo,¹² en la línea de lo establecido por la Procuraduría Pública Especializada en Delitos de Corrupción en un informe que elaboró sobre casos de corrupción en el SIS (MINJUS 2018). Luego, en 2018, se logró incorporar a la Procuraduría Pública en la estructura orgánica del SIS,¹³ y al año siguiente se obtuvo la certificación internacional ISO 37001-2016 – Sistema de Gestión Antisoborno, que fortalece la prevención y probidad frente a hechos de corrupción.

⁹Por ejemplo, la realización de 469 vuelos ayudó a salvar 616 vidas, de acuerdo con datos de la Gerencia del Asegurado de la IAFAS-SIS (al 30 abr. 2021).

¹⁰El índice de Gini permite medir la inequidad en la distribución de recursos financieros; toma valores entre 0 y 1, donde 1 representa una total inequidad y 0 la perfecta equidad.

¹¹Directiva administrativa aprobada por [RJ N° 139-2020/SIS](#) (2/11/2020).

¹²Reorganización declarada por [DS N° 039-2016-SA](#) (8/10/2016).

¹³Mediante una modificación del ROF del SIS, establecida por [DS N° 02-2016-SA](#) (8/1/2016).

7 Gestión de riesgos

El MINSA es la institución encargada del planeamiento estratégico para desarrollar en el sector salud los componentes, procesos y subprocesos de la gestión de riesgos de desastres, función que realiza a través de la Dirección General de Gestión del Riesgo de Desastres y Defensa Nacional en Salud (DIGERD), órgano dependiente del Viceministerio de Salud Pública. Esta estructura forma parte del Sistema Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres y tiene a su cargo la política nacional sobre esta materia en el sector. Además, integra el Sistema de Defensa Nacional, conduce la Política de Seguridad y Defensa Nacional en su ámbito de competencia, participa en el Sistema de Seguridad Ciudadana, y lidera la implementación de la Política de Hospitales Seguros frente a los Desastres (en adelante PNHSFD). Así también, ejerce la Secretaría Técnica del Grupo de Trabajo del Ministerio de Salud frente al Cambio Climático.



La labor del MINSA en este campo se complementa con el Programa Presupuestal 0068: “Reducción de la vulnerabilidad y atención de emergencias por desastres”, a cargo de la Presidencia del Consejo de Ministros (PCM). El programa financia las actividades de la DIGERD y de las unidades ejecutoras en salud que trabajan en la gestión del riesgo de desastres a nivel regional y local, además de intervenciones específicas.

Estos esquemas organizativos han sido puestos a prueba a lo largo del último quinquenio, debido a emergencias y desastres que van desde el fenómeno de El Niño de 2017 hasta la actual pandemia.

Gestión del riesgo

La gestión del riesgo se entiende como un enfoque estructurado para afrontar las posibles amenazas que pondrían en peligro la vida humana y/o los establecimientos de salud. Con ese fin, la DIGERD formula y actualiza planes específicos para la gestión del riesgo de desastres ante la temporada de bajas temperaturas, lluvias, sismos y otros eventos extraordinarios. Además, se encarga de la formulación e implementación de la PNHSFD y de las acciones frente al cambio climático.

Para alcanzar los objetivos previstos, se desarrollan actividades de monitoreo, supervisión y evaluación de la implementación de los planes e intervenciones de DIRESA/GERESA y DIRIS priorizadas por su vulnerabilidad frente a diversos tipos de eventos y emergencias. Anualmente se elaboran o actualizan planes multisectoriales ante las heladas y friaje bajo la conducción de la PCM, así como otros planes que abordan factores climáticos repetitivos a lo largo de los años. Adicionalmente, se brinda asistencia técnica a los actores involucrados mediante teleconferencias y talleres.

Tabla 2: Gestión del riesgo de desastres: planes elaborados de 2017 a 2021

N°	Documentos técnicos	2017	2018	2019	2020	2021
1	Plan multisectorial ante heladas y friaje	X	X	X	X	X
2	Plan de prevención y reducción del riesgo de desastres del MINSA ante la temporada de bajas temperaturas	X	X			
3	Plan de contingencia del MINSA frente a los efectos de las lluvias, 2017-2018	X	X			
4	Plan de contingencia del MINSA frente a los efectos de las lluvias y el fenómeno de El Niño, 2018-2019		X			
5	Plan de reducción de la vulnerabilidad ante las bajas temperaturas, MINSA, 2019-2021			X	X	X
6	Plan de reducción de daños en salud frente al proceso eruptivo del volcán Ubinas para el año 2019- 2021			X	X	X
7	Plan de contingencia del MINSA frente a los efectos de las lluvias intensas, inundaciones y movimientos de masa, 2019-2020			X	X	X
8	Plan de preparación y respuesta ante posible segunda ola pandémica por COVID-19 en el Perú, 2020-2021				X	X



Uno de los principales hitos del quinquenio fue, en 2017, la creación de la Comisión Multisectorial de Hospitales Seguros Frente a los Desastres, inserta en el Plan de Acción 2017-2021 de la PNHSFD.¹ Al año siguiente se realizó el Primer Encuentro Nacional para la implementación de esta política, con la participación de 134 directivos y funcionarios de las DIRESA/GERESA, DIRIS, SIS, EsSalud y sanidades de las Fuerzas Armadas y la PNP. Poco después tuvo lugar un Segundo Encuentro Nacional con énfasis en la seguridad funcional, con la finalidad de brindar asistencia técnica a nivel directivo para la puesta en marcha de la PNHSFD, que involucró a representantes de más instituciones (hospitales e institutos de Lima, Bomberos, clínicas privadas, Centro Nacional de Prevención, Estimación y Reducción de Riesgo de Desastres, entre otros). Luego, en 2021, se procedió con la designación de sectoristas para cada uno de los responsables de la implementación del Plan de Acción de la PNHSFD.



A lo largo del periodo se ha trabajado en el desarrollo de documentos técnicos de gestión de riesgos. En 2017 se establecieron lineamientos para la rehabilitación y reconstrucción de servicios de salud frente a emergencias y desastres, se actualizó la PNHSFD y se gestionó la suscripción de convenios con la Universidad Nacional de Ingeniería para la elaboración de expedientes técnicos de obra en hospitales priorizados, en previsión de un sismo de gran magnitud en Lima Metropolitana.² En 2020 se preparó una directiva para planes de respuesta de establecimientos de salud frente a emergencias y desastres, y la declaratoria de Alerta en Salud ante esas situaciones (ambas en vías de aprobación). Y en 2021, se formularon lineamientos para la asistencia técnica y supervisión del MINSA a los gobiernos regionales, en el contexto de la pandemia de COVID-19.



La gestión de riesgos abarca también actividades de capacitación. Se ha coordinado con la Escuela Nacional de Salud Pública (ENSAP) la ejecución de tareas en este rubro contenidas en el Plan de Acción 2017-2021. Mediante esta colaboración se ha capacitado y certificado a más de 2 500 personas del sector salud y otras áreas, a través de los cursos de “Gestión de riesgos de desastres en salud - Nivel Básico” y “Principios básicos de la administración de cuidados críticos en desastres COVID-19”. Asimismo, se ha entrenado a profesionales de diversas instituciones en la aplicación del método cualitativo Índice de Seguridad (ISH) para la evaluación de la seguridad en establecimientos de salud (221 en 2018 y 179 en 2019).



Desde setiembre de 2020, la Unidad Funcional de Gestión de Riesgos de Desastres de la DIGERD se encarga de la temática de cambio climático en el MINSA. Al respecto, se ha gestionado la designación oficial de la DIGERD como Punto Focal en la materia³, Secretaría Técnica del Grupo de Trabajo Sectorial frente al Cambio Climático⁴ y miembro titular ante la Comisión Nacional frente al Cambio Climático.⁵ Asumiendo esos roles, la Dirección ha organizado un Primer Encuentro Sectorial de Cambio Climático (con unos 300 participantes de 22 regiones), donde se estableció una ruta de trabajo sectorial; y desde marzo de 2021 viene impulsando la articulación multiactor y multinivel de las Contribuciones Nacionalmente Determinadas (NDC) frente al cambio climático, mediante reuniones con expertos temáticos y representantes de las regiones.

¹Aprobada por DS N° 027-2017-SA (15/9/2017).

²Convenio Marco N°217-2017-MINSA-UNI (21/8/2017) y Convenio Específico N°227-2017-MINSA-UNI (6/10/2017).

³Mediante RM N° 1072-2020-MINSA (23/12/2020).

⁴De acuerdo a lo dispuesto por RM N°999-2020/MINSA (2/12/2020).

⁵Mediante RM N° 877-2020/MINSA (22/10/2020).



Movilización de los recursos

En el marco del Sistema Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres (SINAGERD),⁶ la DIGERD cuenta con la Unidad Funcional de Movilización en Salud (UFMS), a cargo de la Gestión Reactiva del Riesgo, que incluye los procesos de preparación, respuesta y rehabilitación ante emergencias y desastres. La UFMS formula y propone lineamientos y estrategias, y desarrolla las actividades de prevención y control de riesgos. Además, se ocupa del planeamiento y preparación del proceso de movilización nacional y desmovilización en el sector salud, ejecuta acciones de primera respuesta en salud, brinda asistencia técnica y capacitación y administra diez hospitales de campaña.

La gestión reactiva del riesgo ha operado en los últimos años en situaciones y tareas muy variadas. En el periodo de 2017 a 2019, por ejemplo, la movilización e instalación de módulos de emergencia ha servido para mantener la continuidad de los servicios en establecimientos de salud afectados por fenómenos climatológicos, sismos, conflictos sociales y otras circunstancias (en los hospitales Arzobispo Loayza, Daniel Alcides Carrión y el de Espinar, o en pequeñas localidades como Pullo en Ayacucho, entre otros). En muchos casos, la UFMS se ha encargado de la logística o los suministros en acciones coordinadas con múltiples instituciones (como las Fuerzas Armadas, en acciones cívicas en la zona del VRAEM), y se ha hecho cargo del envío de medicamentos, dispositivos médicos, implementos y equipos (grupos electrógenos, carpas, mochilas de emergencia, etc.), además de la movilización de brigadistas y personal de salud.

Algunas acciones se orientan más a la prevención, como la organización de simulacros nacionales de sismos, tsunamis y fenómenos climáticos, y a veces simulacros regionales o macrorregionales en áreas del país particularmente vulnerables ante esos eventos, convocando la participación de entidades públicas y privadas. En la misma línea se ubican las actividades de capacitación, supervisión y asistencia técnica, en aspectos como la formación de brigadas de emergencias en instituciones sanitarias y de otras áreas, tanto para la previsión como para intervenciones directas una vez ocurridos los sucesos (primeros auxilios, instalación de hospitales de campaña, etc.), y también para temas como la evaluación de daños.

Por las características geográficas y climatológicas del país, muchas de las operaciones se han enfocado en problemas suscitados en temporadas de lluvias, heladas y friaje. Otras han sido motivadas por

sucesos que ocurren cada cierto tiempo, como el fenómeno de El Niño Costero de 2017 en el norte del país. Y, ocasionalmente, la gestión de riesgos se aplica en casos especiales; por ejemplo: la visita del papa Francisco al Perú en 2018 (envío de medicamentos a Trujillo, Puerto Maldonado y Lima, y de una tienda de campaña a Madre de Dios); y los XVIII Juegos Panamericanos y VI Juegos Parapanamericanos de 2019 (curso sobre preparativos y respuesta ante emergencias y desastres).



Acción frente a la pandemia de COVID-19

La emergencia sanitaria por la pandemia ha demandado la intervención de la DIGERD, sus órganos operativos y otras instancias de los sistemas de respuesta frente a emergencias y desastres. Entre las principales acciones se encuentran las siguientes:

- Labores de asistencia técnica para la elaboración de planes de trabajo y de fortalecimiento del primer nivel de atención (Condorcanqui, Amazonas), la gestión de módulos de MiVivienda (Pasco) y la adquisición de suministros (como equipos de protección personal), incluyendo en algunos casos la entrega de materiales y equipamiento (ventiladores mecánicos).
- Habilitación de 193 Módulos Temporales de Vivienda (MTV), gestionados ante el Ministerio de Vivienda, Construcción y Saneamiento, para la atención de pacientes COVID-19 en establecimientos de salud de 19 regiones del país.
- Movilización de recursos humanos (541): brigadistas de emergencias y desastres (166), profesionales de salud (221), personal CAS COVID (124), equipos técnicos de la DIGERD (25) y personal del Instituto Nacional de Rehabilitación (INR) hacia 21 regiones para la atención de la emergencia sanitaria por COVID-19 y otros eventos.
- Implementación de los Centros de Aislamiento Temporal y Seguimiento (CATS) para casos de COVID-19 en Huampaní y Punta Hermosa, con personal para una atención ininterrumpida, operativos hasta julio de 2020.
- Desplazamiento de la infraestructura móvil, según el Plan de Contingencia de Coronavirus, a localidades ubicadas en 15 regiones.
- Tamizaje de pasajeros de transporte aéreo (en marzo de 2020), en conjunto con la Dirección General de Operaciones en Salud (DGOS), EsSalud, las Fuerzas Armadas y la Policía Nacional (26 460 pasajeros de 206 vuelos, detectándose 72 casos sospechosos de COVID-19).
- Fortalecimiento de la Sanidad Aérea del Aeropuerto Internacional Jorge Chávez, mediante la contratación de 40 profesionales de la salud.
- Fortalecimiento del primer nivel de atención en las cuatro DIRIS de Lima Metropolitana, con la distribución del personal sanitario contratado bajo la modalidad de CAS COVID en dichas jurisdicciones (desde setiembre de 2020).
- Movilización de productos farmacéuticos y dispositivos médicos para el Operativo Tayta, tareas de acción cívica y otras iniciativas estatales.
- En 2021 se ha continuado con el desplazamiento de infraestructura móvil, el envío de profesionales de la salud a las regiones (259) y la movilización de productos farmacéuticos y dispositivos médicos. A esto se agrega la capacitación en primeros auxilios y RCP, bajo los protocolos dispuestos para evitar el contagio de COVID-19, a cien salvavidas de la unidad de servicios especiales de salvataje.
- Paralelamente, durante la pandemia se han mantenido las actividades regulares de respuesta frente a emergencias y desastres. En este punto destacan: la movilización de personal de salud a Puno para el manejo de un evento de intoxicación hídrica por metales pesados; la asistencia técnica sobre preparativos para la temporada de lluvias, gestión del riesgo de desastres, formación de brigadas; y la gestión de nuevos MTV (50) para establecimientos de salud del primer nivel de atención de nueve regiones.

⁶ Creada por la Ley N° 29664 (EP-NL, 19/2/2011).

7.1 Un quinquenio de emergencias y desastres: desde el fenómeno de El Niño a la pandemia de COVID-19. Preparación y respuesta

El Perú suele afrontar emergencias y desastres relacionados al cambio climático. Como resultado de las lecciones aprendidas en la respuesta nacional a estas emergencias, desde el año 2011 el país cuenta con la Ley de SINAGERD para la gestión del riesgo de desastres.⁷ Esta ley establece la necesidad de implementar procesos que van desde la estimación del riesgo hasta la respuesta y reconstrucción, en distintos niveles: en la dimensión estratégica, con el Grupo de Trabajo de Gestión del Riesgo de Desastres; a nivel operativo, con las brigadas y equipos médicos de emergencia desde el gobierno central; a nivel sectorial, con las instituciones públicas y privadas, y también a nivel local y comunitario. De este modo, desde el Estado se busca mitigar los estragos y pérdidas en los planos económico, social y sanitario por desastres.



El país ha experimentado varias emergencias durante el último quinquenio, en un contexto sociopolítico que ha condicionado cambios recurrentes de autoridades; **específicamente, seis equipos de gestión sectorial en salud antes de la pandemia de COVID-19 y otros tres luego de su inicio.** En medio de ello, los equipos técnicos se han esforzado por desarrollar un trabajo acorde con los marcos normativos y operativos. Así, en el año 2017 el MINSA hizo frente al fenómeno de El Niño, con una declaratoria de emergencia de nivel 5 en el norte del país; la epidemia del dengue en el norte y la costa, con la implementación de hospitales de campaña y la movilización de recursos humanos y logísticos para brindar atención médica, incluyendo vuelos de apoyo en coordinación con el Instituto Nacional de Defensa Civil (INDECI); el sismo en la región Loreto, donde se habilitó un hospital de campaña y se movilizó brigadas de emergencias y desastres por vía fluvial; **y el incremento de complicaciones por enfermedades respiratorias en la población vulnerable de diferentes zonas en riesgo por fenómenos climáticos como heladas y friaje.**

Luego, en los años 2018 y 2019 el MINSA manejó sucesivos brotes de casos del síndrome de Guillain-Barré en la costa norte y en la zona centro-sur del país, con el aumento de recursos para brindar soporte ventilatorio artificial. En 2019 ocurrieron intoxicaciones masivas, como en la región Ayacucho, lo que requirió la movilización de brigadas de emergencias y desastres y de salud mental, además de referencias del Sistema de Atención Móvil de Urgencias (SAMU) de la región afectada a Lima; un aniego de grandes proporciones en el distrito de San Juan de Lurigancho, donde se implementó la primera oferta móvil modular resistente a las inclemencias del clima y se trabajó articuladamente con la población a través de los agentes comunitarios; el gran incendio con exposición a materiales peligrosos en el distrito de Villa El Salvador, una experiencia que impulsó una mejora en la coordinación entre hospitales (para las referencias de pacientes quemados) y entre el MINSA y los equipos de otros sectores; e intervenciones en conflictos sociales ocurridos en diversos lugares del país a lo largo del quinquenio.



Estas y otras emergencias pusieron a prueba la capacidad de respuesta de los equipos y servicios de salud a nivel nacional, propiciando mejoras en la preparación del personal de salud, la logística y los planes sanitarios regionales y locales. Asimismo, se avanzó en los métodos de conducción y organización para el manejo de emergencias con el desarrollo de un modelo de comando frente a incidentes (Sistema Comando Salud), la realización de

simulaciones, el incremento de los recursos logísticos mediante la gestión presupuestal de decretos de urgencia, y la optimización del Programa Presupuestal 068: Reducción de la vulnerabilidad y atención de emergencias por desastres. Tales avances permitieron la adquisición y distribución de ventiladores mecánicos y concentradores de oxígeno portátiles, en especial para atender a regiones con alta incidencia de neumonía debido a bajas temperaturas; infraestructura móvil para el primer nivel de atención; motobombas para los establecimientos de salud en regiones afectadas por inundaciones o en procesos de reconstrucción, entre otras gestiones.



No obstante, todo el esfuerzo señalado resultó ser insuficiente ante la magnitud del desafío afrontado por el sistema de salud y el país con la llegada de la pandemia de COVID-19 a inicios de 2020. Aun cuando se estableció tempranamente un plan para hacerle frente,⁸ se generó en los equipos técnicos una gran frustración al no poderse desplegar una capacidad de respuesta adecuada a la envergadura del problema. Esto mismo llevó a que se proyectara la impresión de una escasa preparación y a la proliferación de miradas críticas sobre el sistema de salud, asumiéndose que las experiencias de los años previos no se habrían reflejado en una mejor disposición del sistema.

En realidad, aquellos antecedentes sí habían contribuido al acondicionamiento de planes y recursos en los momentos previos al inicio de la pandemia. Por ejemplo, los documentos técnicos desarrollados en 2020 para el manejo de emergencias y desastres recogen muchos de los aprendizajes adquiridos en los años anteriores, en aspectos organizativos, la adecuación de estrategias internacionales y la conformación de equipos médicos de emergencia.⁹ La movilización de voluntarios y brigadistas en salud a nivel nacional retomó experiencias organizativas exitosas. Ese fue el caso de la visita del papa Francisco al Perú en enero de 2018, cuando se dispuso la habilitación de ofertas móviles y hospitales de campaña, además de coordinaciones con instituciones públicas y privadas, bajo el comando del MINSA y con el rol articulador del Ministerio de Trabajo. En esa ocasión, el concepto de manejo prehospitario se convirtió en un referente para futuras contingencias. **Así también, la implementación de Centros de Atención Temporal (CAT) para pacientes afectados por la COVID-19 en Lima, junto a una parte de la logística para la organización de equipos de respuesta, se nutrieron del trabajo realizado en los años 2018 y 2019 durante la realización de los Juegos Panamericanos y Parapanamericanos en Lima.** La determinación de escenarios de riesgo y vulnerabilidad recogía lo aprendido al atender eventos climáticos y geológicos en varias regiones, principalmente desde 2018, lo que impulsó la preparación y movilización de recursos para la prevención del dengue y otras enfermedades infectocontagiosas, y en la gestión del agua y los residuos sólidos con participación de la comunidad.¹⁰ La oferta móvil disponible durante la pandemia y las capacidades para el triaje diferenciado de pacientes con síntomas respiratorios venían precedidas por metas establecidas en el periodo de 2018 a 2019 para varias regiones.

Esos eventos y emergencias fueron la antesala de la pandemia de COVID-19. En febrero de 2020, ante el inminente inicio de la crisis sanitaria, se efectuaron simulacros de respuesta en los hospitales de Lima y Huánuco, además de mejoras en los planes y procedimientos. Algunos temas clave identificados en esos momentos fueron las limitaciones para gestionar los recursos humanos y el abastecimiento de oxígeno en las ofertas móviles. El insuficiente número de especialistas en cuidados intensivos llevó a proponer un diseño de atención en “pirámide”, donde un médico intensivista se encargaría de

⁸ “Plan Nacional de Preparación y Respuesta frente al riesgo de introducción del Coronavirus 2019-nCoV”, aprobado por [RM N° 039-2020/MINSA](#) (31/1/2020).

⁹ Destacan en este punto los procedimientos, la logística y la capacitación de recursos humanos para la atención de emergencias, con el monitoreo de la cédula de información y coordinación médica (CICOM) operada por la [DIGERD](#).

¹⁰ Particularmente, la respuesta por deslizamientos en temporada de lluvias en Tacna (Mirave) en 2019, y por la erupción del volcán Ubinas en el mismo año, cuando se puso en práctica el manejo de equipos de protección personal para las brigadas de emergencias y desastres.

⁷ Ley que crea el Sistema Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres” (SINAGERD), [Ley N° 29664](#) (EP-NL, 19/2/2011).

supervisar a 14 pacientes o más, liderando a otros profesionales de carreras y especialidades afines con experiencia en el manejo de pacientes críticos.¹¹ **La necesidad de fortalecer la capacidad de respuesta institucional y de los recursos humanos condujo a nuevas medidas tomadas junto a la declaratoria de alerta roja de abril de 2020,¹² incluyendo la instalación del triaje terciario, los comités de ética y pautas para contener la propagación comunitaria de la infección.¹³**



Lamentablemente, la normatividad y las nuevas disposiciones organizativas, formuladas en base a los aprendizajes de los últimos años, no pudieron ser difundidas y aplicadas en la medida de lo necesario, en buena parte debido a la estrechez del tiempo disponible para capacitar al personal de salud, bajo una coyuntura de sucesos acelerados en la que **el sistema sanitario se vio abrumado en la toma de decisiones y con listas de espera crecientes por la demanda de cuidados intensivos.**



En adelante, es preciso trabajar más y mejor en el desarrollo de modelos de gestión y respuesta frente a emergencias y desastres, que recojan las experiencias locales exitosas e integren las estrategias efectivas a nivel internacional. En este sentido, cabe destacar, por ejemplo, el esquema de los Equipos Médicos de Emergencia para el manejo de insuficiencia respiratoria aguda, y la célula de información y coordinación médica (CICOM) para el despliegue de la atención a nivel nacional.¹⁴ **A la luz de lo acontecido, resalta la necesidad de procesar los aprendizajes de la pandemia e introducir mejoras continuas en la preparación del sistema de salud y del país frente a emergencias y desastres,** fortaleciendo las capacidades de organización y comunicación, los mecanismos para el ejercicio de un liderazgo más efectivo, la generación de planes de acción con una mejor asignación de responsabilidades, las operaciones administrativas y logísticas, y la formación en gestión y manejo de emergencias y desastres, desde enfoques que involucren a actores sociales e institucionales diversos de los sectores público y privado. Las experiencias de los últimos años, especialmente la pandemia de COVID-19, serán por mucho tiempo una fuente de aprendizajes para la investigación y la generación de cambios radicales en las formas de proteger la salud física y mental de los peruanos.

7.2 SAMU: hacia una red nacional de transporte sanitario

El Sistema de Atención Móvil de Urgencia (SAMU) tiene casi una década de existencia como un servicio público esencial para el transporte de pacientes en situación de urgencia o emergencia (prioridades I y II). Organizacionalmente se maneja desde la Dirección de Servicios Médicos de Atención Móvil de Urgencias (DISAMU), adscrita a la Dirección General de Telesalud, Referencias y Urgencias (DIGTEL) del MINSA. Es la única IPRESS del MINSA que brinda servicios de transporte sanitario (atención prehospitalaria y transporte asistido), mediante 33 ambulancias de tipo II y III para Lima Metropolitana y 500 servidores. El quehacer institucional del SAMU se define en tres frentes de trabajo: el desarrollo del potencial humano; la organización al interior del MINSA, las regiones y en el sector salud; y el marco normativo, los procedimientos y protocolos.



Desarrollo del potencial humano

Tratándose de un servicio público que atiende directamente a la población, la mayor riqueza del SAMU es su personal. En sus diversas etapas de crecimiento, ha buscado constituir un sólido equipo de gestión pública y de servicios de salud a nivel nacional. Para la mejora de las capacidades del personal asistencial, tanto en la Central de Emergencia 106 como en las ambulancias (operaciones), ha dedicado recursos y esfuerzos a la realización de capacitaciones y entrenamientos dirigidos a desarrollar competencias específicas sobre el traslado de pacientes críticos (adultos, pediátricos y neonatos).



Un punto de quiebre en la evolución del SAMU ha sido la implementación de un convenio suscrito en el 2018 con el SIS y la Fuerza Aérea del Perú,¹⁵ para realizar desde ese año el traslado aéreo de más de 600 pacientes en condición de emergencia, tarea que se ha cumplido de manera exitosa, sin pacientes fallecidos durante los vuelos y movilizandolos a más de 20 neonatos de menos de un kilogramo en ventilación mecánica.



El SAMU tiene como uno de sus principales desafíos mejorar el equipamiento y la capacidad técnica del personal, en un proceso que se nutre de lo aprendido en los traslados de adultos y niños, y que recoge experiencias clave como, por ejemplo, el primer traslado neonatal con una incubadora de transporte, con el apoyo del Instituto Nacional del Niño de San Borja. Así también, durante la emergencia por lluvias de febrero de 2019, se realizó el primer vuelo con visores nocturnos e instrumentos de aplicación civil, para un traslado complejo de doce pacientes de Huánuco a Lima (siete de ellos neonatos).

De las primeras operaciones complejas con equipamiento prestado, se ha pasado a contar con cinco incubadoras propias de transporte (dos adquiridas con recursos ordinarios y tres donadas por la Iglesia de Jesucristo de los Últimos Días). **En esta línea, se proyecta a corto plazo disponer de incubadoras con mezcladores de aire y oxígeno, ventiladores de alta frecuencia para traslado neonatal, e incluso un sistema de circulación extra corpórea portátil para pacientes post cirugía cardíaca o post paro cardíaco recuperable.** Todo esto con el objetivo de lograr la máxima capacidad operativa posible, de manera segura y sea cual fuere el tipo de paciente o la complejidad del caso.

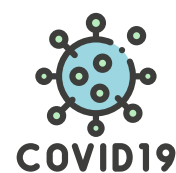
¹¹Documento técnico aprobado por [RM N° 254-2020-MINSA](#) (5/5/ 2020).

¹²Mediante [RM N° 225-2020-MINSA](#) (23/4/2020).

¹³Documento Técnico: Lineamientos para el fortalecimiento de acciones de salud, redes de salud y oferta móvil frente al COVID-19", aprobado por [RM N° 309-2020-MINSA](#) (22/5/ 2020).

¹⁴La estrategia CICOM, promovida por la OPS y cuyos conceptos fueron adaptados en el Perú, tuvo buenos resultados en la implementación de intervenciones en casos de COVID-19 leves en ambientes de triaje para detección de casos, y en niveles complejos de manejo de pacientes con COVID-19 moderados y críticos.

¹⁵Convenio específico [N° 015-2018-MINSA/SIS/FAP](#) (30/10/2018).



Por otro lado, la pandemia de COVID-19 ha dejado muchas heridas y lecciones aprendidas, como la importancia de un trabajo minucioso de coordinación, con un manejo más preciso de los tiempos para el traslado de pacientes. Ubicándose en la primera línea de respuesta a la pandemia, el SAMU ha intervenido desde el caso cero en adelante, de manera ininterrumpida, en un proceso que ha llevado a valorar la importancia de los procedimientos y protocolos, el reconocimiento de los signos de alarma de la enfermedad y el uso de equipos de protección personal. Al respecto, se debe honrar y homenajear al Dr. Luis Ramos Correa, médico infectólogo del MINSA y víctima de la COVID-19, en representación de todo el personal de salud caído por la pandemia. El Dr. Ramos enseñó a identificar y tratar a los pacientes, y brindó asesorías en la revisión de los procedimientos del SAMU.



Otros aprendizajes incluyen los esfuerzos que han llevado a la acreditación del SAMU, en dos congresos internacionales, como Centro de Entrenamiento de NAEMT, ECSI y B-COM (servicios, atención y seguridad de emergencias), en coordinación con la Escuela Nacional de Salud Pública. La alianza con esta entidad permite realizar cursos de capacitación con doble certificación y reconocimiento internacional, en labores como: **conducción de vehículos de emergencia, atención del trauma, reanimación cardiopulmonar, control de sangrados y administración de emergencias complejas o con múltiples víctimas.**

Organización

En el MINSA, las regiones y el sector salud en general, el SAMU es en esencia un prestador especializado en emergencias médicas y de respuesta inmediata, para lo cual requiere de un aparato logístico y organizacional propio. En este sentido, para asumir los retos futuros es necesario culminar el proceso para su constitución como unidad ejecutora y órgano desconcentrado dependiente del Despacho Viceministerial de Prestaciones y Aseguramiento en Salud.

En las regiones, el desarrollo del SAMU se ha visto limitado por carencias de información para identificar necesidades y definir operaciones. Una gran barrera a vencer es la pertinencia de las ambulancias asignadas a los establecimientos de salud, pues estas deberían ser articuladas por una central regional de emergencias médicas, dotadas de un software para el despacho y seguimiento, e implementadas con tecnología de GPS en cada vehículo. El reto es implementar Redes Regionales de Transporte Sanitario (RRTS) y lograr que en cada región exista, al menos, una ambulancia de tipo III, y una de tipo II en cada provincia, que operen continuamente las 24 horas al servicio de quien lo necesite (i. e. no solo circunscritas al ámbito de influencia inmediata de un establecimiento de salud).



A nivel regional se viene observando una renovación de flotas de ambulancias por medio de Inversiones de Optimización, de Ampliación Marginal, de Reposición y de Rehabilitación (IOARR). Sin embargo, un problema mayor es que, al momento de ser puestas a operar, no siempre se cuenta con el personal necesario. Al respecto, se debe realizar un uso intensivo de las ambulancias y constituir un Servicio Especializado de Transporte Sanitario que cubra al menos el 80% del territorio nacional.

Por otra parte, en 2019 se realizaron 44 000 atenciones y se recibieron 390 000 llamadas en la Central de Emergencias 106, con un promedio diario de 1 100 llamadas, de las cuales se ha contestado el 82%, un avance notable frente al 18% de abandonos en épocas previas (llamadas sin contestar durante más de 10 segundos). En el pico de la primera ola de la pandemia de COVID-19 (mayo de 2020) se llegó

a recibir hasta 11 000 llamadas en un día, con una tasa de abandono del 94%. Esto motivó acciones para reforzar la Central de Emergencias 106 y, en convenio con la Municipalidad de San Isidro (en septiembre de 2020), la mudanza a un nuevo local ubicado en el Parque Bicentenario, quedando pendiente la implementación de equipos por limitaciones presupuestales. Actualmente, el servicio tiene la capacidad para procesar 1 400 llamadas diarias con una tasa de abandono del 13%, inferior a las cifras prepandemia, proyectándose reducir la tasa de abandono a menos de 8%. Por la flota disponible y por el enfoque en llamadas abandonadas, en la segunda ola de COVID-19 se registró una demanda insatisfecha de prioridades I y II, con 550 servicios no atendidos por día, lo que generó la necesidad de construir un servicio prehospitalario único y centralizado, bajo un planteamiento tecnológico de comunicaciones y registro de ubicación, atenciones y otros, por cada región y a nivel nacional.



El SAMU aspira a implementar una Red Nacional de Transporte Sanitario que cuente con una flota pública y, además, flotas privadas adscritas a la Central de Emergencia 106, que operen ante requerimientos que no puedan ser asistidos con la flota habilitada o por lejanía. Para ello, es preciso manejar una tarifa plana a todo costo, reconocida por todas las IAFAS, que son finalmente las responsables de cubrir estas prestaciones y darle sostenibilidad financiera al sistema.

Marco normativo, procedimientos y protocolos



El SAMU cuenta con normas técnicas para el transporte asistido de pacientes por vía terrestre, aérea y acuática.¹⁶ Tiene también un Plan Nacional de Implementación y Fortalecimiento Regional, vigente desde 2019,¹⁷ y un protocolo más reciente para los traslados de pacientes confirmados o sospechosos sintomáticos de COVID-19.¹⁸ Los procedimientos de atención pre hospitalaria se realizan de acuerdo a una guía técnica emitida en 2020.¹⁹ En el mismo año se estableció el costo estándar de esos y otros procedimientos,²⁰ y en marzo de 2021 se reguló el reembolso por las prestaciones de salud brindadas por el SAMU.²¹

Por último, quedan como tareas pendientes la constitución del SAMU como unidad ejecutora y órgano desconcentrado, la organización de la Red de Transporte Sanitario Regional y Nacional, la integración del software SAMU SISMED OPS (con un aplicativo móvil para el registro electrónico de datos de atenciones a nivel nacional) y el seguimiento de la implementación de la Central 911. Asimismo, resta la aprobación de un conjunto de normas y protocolos, en aspectos como la atención pre hospitalaria y su tarifario de procedimientos, la identidad gráfica y la intervención conjunta de primera respuesta (Policía Nacional, Bomberos y SAMU).

¹⁶ Se trata de la Norma Técnica de Salud 051-MINSA/OGDN - V.01 (transporte terrestre), aprobada por [RM N°953-2006/MINSA](#) (10/10/2006); la NTS 065-MINSA/DGSP - V.01 (transporte aéreo), aprobada por [RM N° 336-2008/MINSA](#) (EP-NL, 23/5/2008); y la NTS 065-MINSA/DGSP - V.01 (transporte acuático), aprobada por [RM N°337-2008/MINSA](#) (EP-NL, 23/5/2008).

¹⁷ Documento técnico aprobado por [RM N°733-2019/MINSA](#) (09/08/2019).

¹⁸ Protocolo aprobado por [RM N°144-2020-MINSA](#) (31/03/2020).

¹⁹ Aprobada por <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/466080-147-2020-minsa> (31/03/2020).

²⁰ Listado aprobado por [RM N°346-2021-MINSA](#) (5/03/2021).

²¹ Directiva administrativa N°306-MINSA/2021/DIGTEL, aprobada por [RM N°434-2021-MINSA](#) (26/03/2021).

8 Derechos en salud: SUSALUD



Rumbo al Bicentenario, la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD) definió su visión institucional en los siguientes términos: **“En el año 2021 cada persona en el Perú tendrá la seguridad de que sus derechos en salud estén protegidos, dada la confianza que genera la Superintendencia Nacional de Salud al ejercer su labor de una manera efectiva, oportuna, transparente y justa”**.¹ Para alcanzar esta visión, durante el quinquenio 2016-2021 SUSALUD ha desplegado esfuerzos para fortalecer su posicionamiento ante la ciudadanía como la institución dedicada a “Promover, proteger y defender los derechos en salud de las personas, con calidad y oportunidad”, al amparo de la Ley General de Salud, que establece que “La protección de la salud es de interés público. Por tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla”, y dispone que “Toda persona tiene derecho a la protección de su salud...”.²



En este marco, los lineamientos de política institucional de SUSALUD se enfocan en la vigilancia del respeto a los derechos en salud, a través de tres líneas de acción: 1) la promoción y protección del derecho; 2) la supervisión de los financiadores y prestadores de servicios de salud; y 3) la fiscalización, sumada a la resolución de controversias en los servicios de salud, a través de la mediación, conciliación y arbitraje. Adicionalmente, la institución brinda soporte a la gestión de la promoción y protección del derecho a la salud (rol supervisor), la prevención de su vulneración (rol fiscalizador), y la restitución (rol sancionador); y tiene a cargo el sistema de información transaccional para el sector salud, que contiene la información de los asegurados.



En el campo de la promoción de los derechos en salud, SUSALUD orienta sus acciones a empoderar y colocar al ciudadano en el centro del sistema sanitario, fortaleciendo el ejercicio de sus deberes y derechos en salud. Para ello, brinda orientación e información a través de eventos de difusión masiva, sesiones informativas virtuales y actividades articuladas con gobiernos regionales y locales. Esto último, sobre todo mediante las Juntas de Usuarios de los Servicios de Salud (JUS), instancia de diálogo donde se materializa la participación ciudadana en la gestión institucional para la mejora de los servicios.³



Para la protección de derechos en salud, la institución mantiene a disposición de la ciudadanía canales de atención presencial, telefónica y virtual que garantizan una atención continua (las 24 horas, los 365 días del año), en los que se reciben las solicitudes de intervención (consultas especializadas o intermediación). También realiza procedimientos de investigación preliminar (acción administrativa) originadas por quejas y denuncias, que pueden concluir en informes de no vulneración o en informes que recomiendan el Procedimiento Administrativo Sancionador (PAS). **Así, de setiembre de 2015 a diciembre de 2020, SUSALUD ha resuelto el 98,4% de las quejas y denuncias presentadas.**

Tabla 3. SUSALUD: situación de quejas y denuncias, 2015-2020



SITUACION DE QUEJAS Y DENUNCIAS, 2015-2020
539,729(100%) quejas y denuncias recibidas
531,294 (98,4%) quejas y denuncias resueltas

SITUACIÓN		Set-dic 2015	2016	2017	2018	2019	2020	TOTAL	%
ACCIONES DE INTERMEDIACIÓN	RESUELTAS CON INTERMEDIACIÓN	21,176	96,709	78,953	82,805	156,967	94,684	531,294	98,40%
	PROCEDIMIENTO DE INVESTIGACIÓN PRELIMINAR								
	ARCHIVADAS	118	1,085	486	381	1,193	491	3,754	0,70%
	DERIVADO PARA PAS	33	507	380	578	1,072	321	2,891	0,50%
	EN CURSO DE INVESTIGACIÓN	0	0	1	4	470	1,315	1,790	0,30%
	TOTAL	21,327	98,301	79,820	83,768	159,702	96,811	539,729	100,00%

Fuente: Registro de casos RPM-IPROT/SUSALUD al 10.9.2020
(*) Según Decreto Supremo 030-2016/SA, la atención de las peticiones de intervención (PIN) y quejas estuvieron vigentes hasta el 29 de abril 2019 la entrada en vigencia del nuevo Decreto Supremo 002-2019/SA.



En cuanto a los canales de atención, las condiciones impuestas recientemente por la pandemia de COVID-19 han generado una mayor concentración en las vías telefónica y virtual. Aun así, los delegados de la institución destacan como la principal forma de contacto entre la población y SUSALUD, al intervenir de manera inmediata y personalizada en la búsqueda de soluciones frente a las insatisfacciones de los usuarios en los mismos establecimientos de salud. Esta estrategia integra un enfoque intercultural, con delegados quechua y aimara hablantes, en regiones priorizadas para lograr una mejor comunicación con los usuarios, pues muchas veces el desconocimiento del idioma por quienes brindan el servicio representa una barrera para el ejercicio del derecho a la salud.

A nivel nacional, el ámbito de acción de SUSALUD abarca 37 Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) públicas del nivel III de atención y 274 del nivel II. Actualmente, solo el 20% cuenta con un delegado, persistiendo en las demás una amplia brecha ante la posible vulneración de los derechos en salud. Es por eso que en 2020 se trabajó en el fortalecimiento de la presencia física en las IPRESS, bajo el contexto de la pandemia y para la vigilancia de la organización y respuesta de los servicios de salud en la atención de pacientes con COVID-19. Los principales motivos de denuncias ciudadanas han sido, en esta coyuntura, el acceso a oxígeno medicinal, medicamentos y servicios de hospitalización; y preocupaciones por la vulneración del derecho a la información (respecto a personas fallecidas y el estado de salud de pacientes, ante pedidos de sus familiares).

¹Página web oficial de SUSALUD - ¿Qué hacemos?: <<https://www.gob.pe/susalud>> (Acceso 16/6/2021).

²Ley N° 26842 (9/7/1997).

³Al respecto, se han implementado 16 JUS: en Arequipa, Ayacucho, Callao, Cajamarca, Cusco, Junín, Lambayeque, La Libertad, Loreto, Piura, Puno, Lima Región y Lima Metropolitana Norte, Centro, Este y Sur.

Los roles de supervisión, fiscalización y sancionador

Las acciones de supervisión de SUSALUD se enfocan en la verificación del cumplimiento de normas por parte de los administrados (IAFAS, UGIPRESS e IPRESS del II y III nivel de atención) en materia de atención en salud y su protección financiera. En 2020 se realizaron 3 439 fiscalizaciones a IPRESS a nivel nacional; de estas, 379 fueron visitas presenciales y 3 060 fiscalizaciones en la modalidad de gabinete.⁴ De igual manera, se realizaron 347 fiscalizaciones a IAFAS, 31 de campo y 316 de gabinete.

El rol fiscalizador de SUSALUD se desarrolla en dos áreas estratégicas: la regulación, con la función de formular y proponer normas en su ámbito de competencia; y las autorizaciones, al aprobar la organización y el funcionamiento de IAFAS y administrar el registro de IPRESS, UGIPRESS, corredores de aseguramiento universal y sanciones. Como parte de su rol sancionador, sustentado en la normatividad vigente,⁵ SUSALUD se ha orientado a facilitar el acceso a las audiencias de vista de causa (habilitándose dicho acceso por medios virtuales en un 100% a raíz de la pandemia). En la fase instructora, se han emitido 408 resoluciones de sustento de Procedimiento Administrativo Sancionador (PAS), se elaboraron 629 informes de cierre de instrucción de PAS y se brindaron 1 762 atenciones a los administrados y usuarios.

En el quinquenio 2016-2021 SUSALUD ha logrado varios avances en su labor institucional, pero ha enfrentado también limitaciones y desafíos; principalmente: restricciones presupuestales, una creciente demanda de atención ciudadana, el incremento de la carga laboral de sus servidores y la necesidad de fortalecer su presencia a nivel nacional. **Todo esto se hizo más evidente y urgente con la pandemia de COVID-19.** No obstante, desde el inicio de la crisis sanitaria SUSALUD ha sido parte importante de la respuesta del sector salud, poniendo a disposición del país seis instrumentos para la toma de decisiones a nivel nacional: 1) una plataforma unificada de disponibilidad de camas UCI y camas de hospitalización; 2) el reporte sobre disponibilidad de oxígeno medicinal; 3) la plataforma de precios de clínicas privadas; 4) la plataforma móvil para consulta de seguros; 5) un asistente virtual inteligente; y 6) la plataforma de datos abiertos de SUSALUD.

La institución contempla dos ejes clave en su agenda de retos institucionales: expandir sus operaciones en todo el país y ampliar sus facultades para proteger derechos en salud. El primer eje implica un fortalecimiento presupuestal. En siete años, SUSALUD ha incrementado enormemente su campo de acción con recursos que no han crecido en paralelo,⁶ ubicándose en el puesto 10 del ranking nacional de 12 superintendencias que no velan por bienes tan preciados como la salud y la vida. Mayores recursos permitirán su descentralización, pues actualmente cuenta con solo dos sedes en Lima y una dependencia macrorregional en Lambayeque. El segundo eje concierne a la propuesta de dispositivos legales para la fiscalización en las regiones y a las empresas de seguros.

Por último, un tema estratégico pendiente es la propuesta normativa sobre la acreditación de la calidad de las IPRESS. SUSALUD cuenta con la experiencia y capacidad para conducir este proceso que, articulado con la función de supervisión, conlleva un potencial para asegurar la incorporación de una cultura de calidad dirigida a la mejora continua de los procesos, garantizando eficiencia, eficacia, seguridad y calidad en la prestación y gestión del cuidado de la salud.

⁴La fiscalización de gabinete implica el análisis de datos disponibles en diferentes fuentes de información, empleando soluciones digitales de SUSALUD, como F.500.2, RENIPRESS y SETIPRESS.

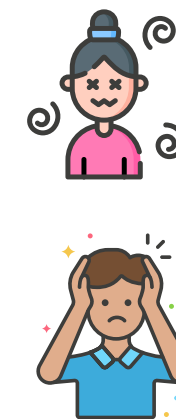
⁵“Texto Único Ordenado de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General”, aprobado por [DS N° 004-2019-JUS](#) (EP-NL, separata especial, 25/1/2019); y el Reglamento de infracciones y sanciones de SUSALUD, aprobado por [DS N° 031-2014-SA](#) (5/11/2014).

⁶En ese lapso, pasó de cubrir a un millón de asegurados, cuatro IAFAS privadas y 450 IPRESS privadas, a velar por más de 32 millones de peruanos, 24 188 IPRESS públicas y privadas, 54 IAFAS públicas, privadas o mixtas, 134 UGIPRESS y 41 AFOCAT.

9 Trabajando por más salud

9.1 Avances en salud mental

En el Perú, las enfermedades neuropsiquiátricas ocupan el primer lugar del total de la carga de enfermedad (MINSA 2018a). Se estima que, anualmente, el 20% de la población padece de algún trastorno mental (Saavedra 2015). Los problemas psicosociales, como la violencia contra la mujer y el grupo familiar, afectan a más del 60% de las familias (INEI 2018), y los trastornos mentales severos se asocian con peores indicadores de salud global y una mortalidad hasta tres veces mayor que la registrada en la población general, lo que se traduce en 10 a 20 años de reducción de la esperanza de vida (OMS 2018). **No obstante, hasta el año 2012 solo el 10% de esta población accedía a atención especializada.**



Esta gran brecha del 90% se empezó a reducir con la inclusión de la depresión, la psicosis, el abuso de alcohol y la ansiedad en el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud, y con el establecimiento de un nuevo marco legal que garantiza los derechos de las personas con problemas de salud mental y regula las acciones en este campo.¹ Esta normatividad introdujo una reforma de la atención en salud mental, con la implementación del modelo de atención de salud mental comunitaria, el fortalecimiento de establecimientos de salud no especializados en salud mental (con capacitación al equipo básico de salud y dotación de profesionales de psicología), y la creación de nuevos servicios de salud mental, como los Centros de Salud Mental Comunitaria (CSMC), unidades de hospitalización en salud mental y adicciones en hospitales generales (UHSM), hogares y residencias protegidas (HP y RP) y Centros de Rehabilitación Psicosocial y Laboral. Con estos cambios, se pasa de un modelo de atención centrado en hospitales psiquiátricos al escenario comunitario, con una mirada más amplia del cuidado de la salud mental, la participación de equipos interdisciplinarios y el despliegue de redes de servicios territoriales. **En este contexto, la implementación del Plan nacional de fortalecimiento de servicios de salud mental comunitaria 2018-2021 (MINSA 2018b)² ha significado los siguientes avances:**

Incremento de la cobertura de atención en salud mental

Se ha registrado un incremento de la cobertura de atención por problemas de salud mental (del 14,5% en 2013 al 26,4% en 2019), coincidiendo con la habilitación de los nuevos servicios de salud mental comunitaria en el país que, a la fecha, muestran un impacto positivo en la atención de personas con depresión y esquizofrenia. Se evidencia con esto un aumento de oportunidades de atención y de la proporción de personas que acceden a consultas especializadas, así como una reducción de la edad promedio de las personas para acceder a estos servicios y del tiempo de inicio de tratamiento donde hay CSMC.

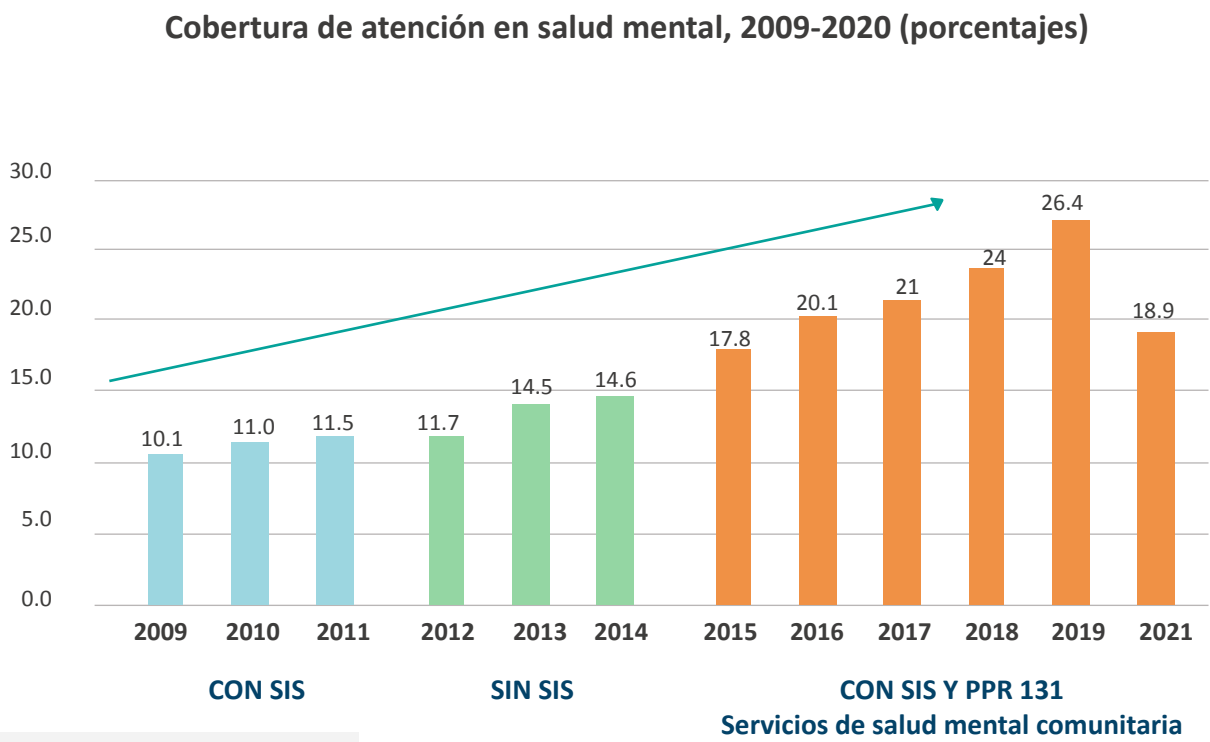
En 2020, ante la pandemia de COVID-19, se observó un desempeño notable de los servicios de salud

¹Con la promulgación de la [Ley N° 29889](#) (EP-NL, 24/6/2012), que modificó la Ley General de Salud para garantizar los derechos de las personas con problemas de salud mental; su Reglamento, aprobado por [DS N° 033-2015-SA](#) (5/10/2015); la nueva Ley de Salud Mental, [Ley N° 30947](#) (EP-NL, 23/5/2019) y su Reglamento, aprobado por [DS N° 007-2020-SA](#) (4/3/2020).

²Aprobado por [RM N° 356-2018-MINSA](#) (20/4/2018).

mental comunitaria en el primer nivel de atención. Para atender las necesidades de la población, estos servicios desplegaron estrategias como la telemedicina, la atención en espacios abiertos y la atención domiciliaria, entre otras.

Figura 11. Cobertura de atención en salud mental, 2009-2020 (porcentajes)



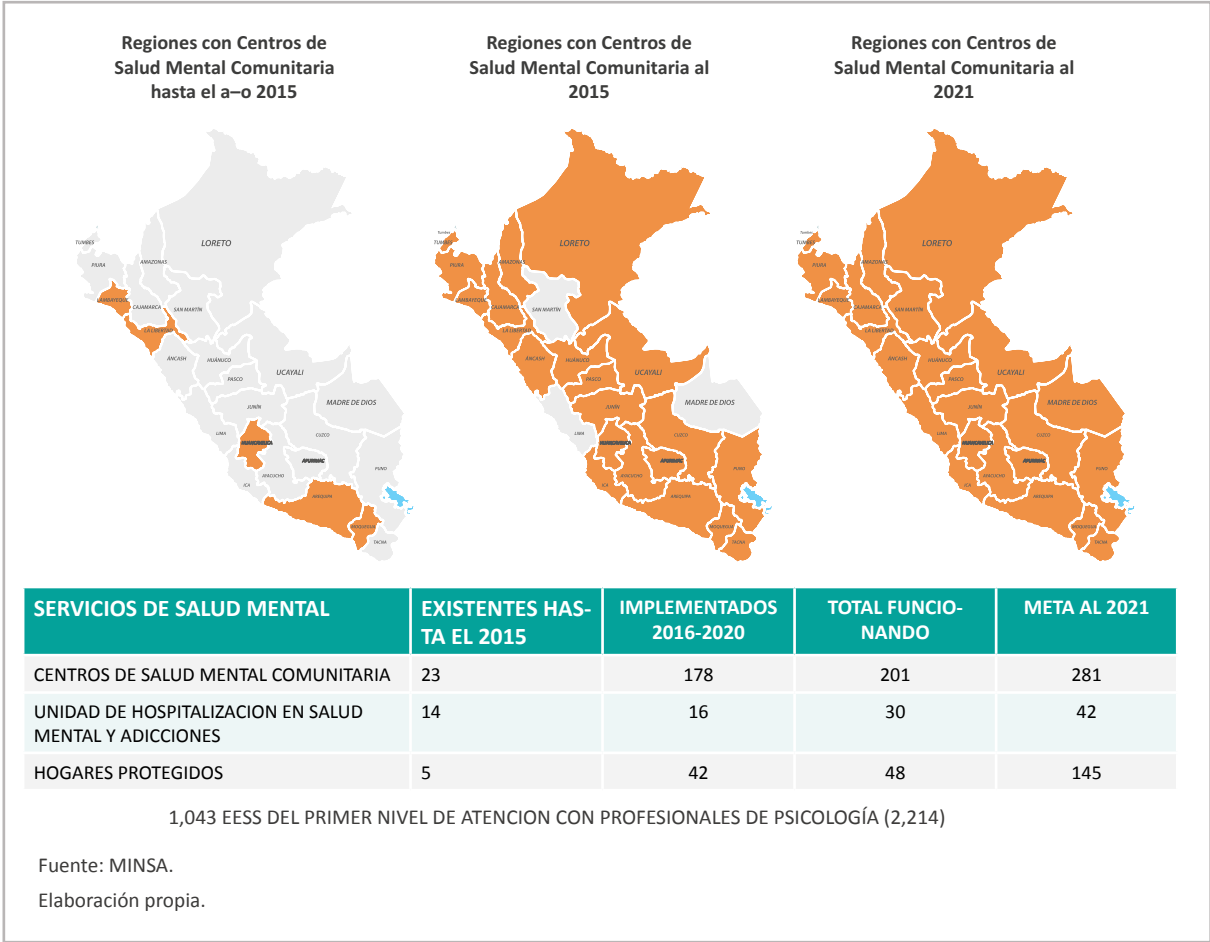
Fuente: MINSA. Base HIS, abril de 2021.

Durante el último quinquenio se implementaron 178 CSMC, 16 UHSM y 42 HP, con los que se llega a tener entonces, en la actualidad, 201 CSMC, 30 UHSM, 48 HP y 1 043 establecimientos de salud con profesionales de psicología. El 82% de los nuevos servicios se encuentra distribuido en todas las regiones del país. Cada región tiene al menos dos CSMC, implementados con la participación de las DIRESA, GERESA, DIRIS y gobiernos locales, incluso en lugares poco accesibles como Datem del Marañón en Loreto.

Estos servicios brindan cuidados según las etapas de vida, género y contexto sociocultural, mediante intervenciones psicosociales individuales, familiares y grupales (psicoeducación, consejería, psicoterapia, terapia de lenguaje, atención ocupacional, movilización social y comunitaria, etc.).

Asimismo, se incrementó el listado nacional de medicamentos estratégicos de salud mental de uno a 15 psicofármacos, que abastecen los establecimientos de salud de todas las regiones para su entrega gratuita a los usuarios, a lo que se suma el kit de análisis de drogas.

Figura 12. Expansión de los servicios de salud mental comunitaria



Fortalecimiento de capacidades en salud mental



El primer nivel de atención en esta área se ha fortalecido con nuevas IPRESS y con recursos humanos especializados, a quienes se ha capacitado en el desarrollo de acciones comunitarias estratégicas de promoción, prevención y recuperación en salud mental. En este campo ha sido importante la contribución de la cooperación técnica internacional, destacando: 36 pasantías en redes de servicios de salud pública y sociales de la Comunidad Autónoma de Madrid, por el apoyo de la Fundación Manantial de España; 38 profesionales diplomados en salud mental y psiquiatría comunitaria en la Universidad de Chile, y la participación de expertos internacionales en la capacitación a 5 040 personas en el modelo comunitario. Asimismo, UNFPA, UNICEF y la Escuela Nacional de Salud Pública apoyaron la capacitación de 2 359 profesionales en el cuidado de personas con trastorno del espectro autista; de 3 021 en el cuidado de la salud mental de niñas, niños y adolescentes víctimas de violencia y maltrato; y de 4 639 en la atención integral a mujeres y otros miembros del grupo familiar afectados por la violencia.

Por otro lado, la Embajada de los Estados Unidos, CARE Perú, la Universidad Nacional Autónoma de México, la Comisión Interamericana para el Abuso de Drogas y la Organización de las Naciones Unidas para las Drogas y el Delito cooperaron con la capacitación y formación de segunda especialidad de 2 464 profesionales para la atención a personas que padecen problemas y/o trastornos por el uso de sustancias psicoactivas, con énfasis en mujeres y en la intersección entre el uso de sustancias, la orientación sexual y la identidad de género.



Con el Ministerio de Justicia, la Defensoría del Pueblo y la Cruz Roja Peruana se logró fortalecer las capacidades de 1 650 profesionales para la atención de salud mental a poblaciones afectadas por la violencia política y la vulneración de sus derechos humanos. Y la OPS, por su parte, colaboró en la capacitación a 903 profesionales para la atención de trastornos mentales priorizados en el primer nivel de atención no especializado (MhGap) y a 650 en el Programa de Familias Fuertes “Amor y Límites”.

Financiamiento, articulación multisectorial y normatividad en salud mental



A través del Programa Presupuestal 0131: **Control y prevención en salud mental, se ha incrementado progresivamente el financiamiento de las intervenciones: de algo más de 221 millones de soles en 2015 se ha pasado a superar los 558 millones en 2021 (un aumento del 152%)**. No obstante, este rubro sigue representando el 2,3% del presupuesto del sector. En este punto destaca el rol de los equipos de gestión de salud mental de las DIRESA, GERESA, DIRIS y unidades ejecutoras para lograr un nivel alto de ejecución presupuestal, que en promedio fue de 94,4% durante el quinquenio.

La naturaleza multidimensional del cuidado de la salud mental exige la sinergia de esfuerzos entre sectores vinculados con el desarrollo humano y social, para potenciar la promoción y prevención, el control de riesgos y daños, y la rehabilitación e inclusión social de las personas afectadas. **En este sentido, se ha logrado:**

- **Con el Ministerio de Educación:** lineamientos para el cuidado integral de la salud mental en universidades, la implementación de centros de salud mental comunitaria universitarios y la inclusión de contenidos de salud mental en la estrategia de educación a distancia “Aprendo en Casa”.
- **Con el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables:** un protocolo de actuación conjunta entre los Centros de Emergencia Mujer y los establecimientos de salud, para la atención a mujeres y otros miembros del grupo familiar;³ la implementación de servicios especializados en 21 CSMC y 36 establecimientos de salud, además de servicios de detección de violencia en 85 establecimientos.
- **Con el Ministerio del Interior:** la implementación de CSMC en territorios focalizados por la Estrategia Barrio Seguro y para la prevención de la trata de personas.
- **Con el Ministerio de Justicia y Derechos Humanos:** la implementación del Programa Integral de Reparaciones de salud mental en todas las regiones, y la incorporación del cuidado de la salud mental en la Política Nacional Penitenciaria.
- **Con la Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas (DEVIDA):** la instalación de servicios de detección y atención de problemas por uso de sustancias psicoactivas en todas las regiones, con dotaciones de psicólogos mediante el Programa Presupuestal de Prevención y Tratamiento del Consumo de Drogas.

Asimismo, se ha establecido el Consejo Nacional de Salud Mental, integrado por nueve sectores del Poder Ejecutivo, como espacio de articulación para la formulación e implementación de políticas, planes, programas y proyectos colaborativos, según lo normado en la Ley de Salud Mental y su Reglamento.

En el aspecto normativo, hay una serie de documentos y nuevas disposiciones que definen el curso

de las acciones en consonancia con la reforma de la atención en salud mental, como lineamientos de política sectorial, planes de fortalecimiento de servicios y pautas para el abordaje de problemas de salud mental en el contexto de la pandemia de COVID-19. Así también, se cuenta con normas técnicas que rigen la implementación de CSMC y de hogares protegidos, y guías técnicas para las intervenciones en casos de violencia contra las mujeres, trastorno del espectro autista, consumo de sustancias adictivas, situaciones de crisis y emergencias, y frente a las secuelas psicosociales por la COVID-19, tanto en la población general como en el personal de salud.

Desafíos y tareas pendientes

- Formulación de la Política Pública en Salud Mental y del Plan de Salud Mental Intersectorial.
- Formulación del plan quinquenal de servicios de salud mental.
- Ampliación de la oferta de servicios de salud mental para poblaciones dispersas y en situación de mayor pobreza.
- Mejora de la formación de recursos humanos para las intervenciones en salud mental comunitaria y centradas en la persona.
- Implementación de la historia clínica electrónica (HCE) para mejorar la calidad de atención presencial y por telemedicina.
- Instalación del Observatorio de Salud Mental.
- Desarrollo de la infraestructura para los servicios de salud mental comunitaria.
- Incremento de recursos para asegurar el acceso universal al cuidado de salud mental.

9.1.1 Salud mental en el contexto de la pandemia

La pandemia actual por la enfermedad del coronavirus (COVID-19) fue catalogada como emergencia de salud global por el Comité de Emergencia de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en enero del 2020. En el Perú, en marzo del mismo año, se declaró el Estado de Emergencia Nacional por 15 días, disponiendo “el aislamiento social obligatorio (cuarentena), por las graves circunstancias que afectan la vida de la Nación a consecuencia del brote del COVID-19”. Esta situación que se prolongó por meses, obligó a adoptar diversas medidas de control y prevención que afectaron la vida cotidiana de toda la población.

La alta contagiosidad del virus, el número de casos confirmados y de muertes, las dificultades para acceder al cuidado en salas de hospitalización y de cuidados intensivos, ha generado en la población miedo, angustia y tristeza, afectando desfavorablemente su salud mental.

En este contexto, se priorizó la atención en hospitales y se postergó el funcionamiento de los servicios de salud del primer nivel de atención. Inicialmente, esta medida involucró a los centros de salud mental comunitaria; pero ante la existencia de personas con problemas de salud mental a las que se agregaban nuevos casos, se diseñaron estrategias para favorecer la accesibilidad a la atención especializada en salud mental.

1. **Implementación de líneas telefónicas de apoyo.** Fue una de las primeras estrategias desarrolladas en coordinación con la Dirección de Salud Mental y la Dirección de INFOSALUD. Comprendió el apoyo psicosocial para ayudar a la población a gestionar sus emociones frente a los retos emergentes. Se realizó a través de la línea telefónica 113 durante el periodo de abril a julio del 2020. La opción 3 sub opción 1 está destinado al soporte emocional del personal de salud y la opción 5 para la población en general.

³Bajo los alcances de la [Ley N° 30364](#) (EP-NL, 23/11/2015) sobre la erradicación de la violencia.

⁴[Ley N° 30021](#) (EP-NL, 17/5/2013).

En la línea dedicada a personal de la salud se contó con un equipo especializado constituido por 51 profesionales de las diferentes instituciones especializadas en salud mental. La atención fue de 24 horas, en 4 turnos de 6 horas cada uno. Se atendieron 3,099 llamadas del personal de salud.

En la línea 113 opción 5, ayuda psicológica a la población, se atendieron 59,870 llamadas, en promedio de 657 llamadas por día, siendo el estrés el principal motivo de consulta.

2. Mantener en funcionamiento los centros de salud mental comunitaria (CSMC) con atención presencial y virtual para atender las necesidades de salud mental de la población. Dada su ubicación en el primer nivel atención, en muchos lugares constituyeron la única opción de tratamiento especializado, especialmente para las personas más pobres o con dificultades en la conectividad. Incluso se realizaron visitas domiciliarias para apoyar la continuidad del cuidado, la entrega de medicamentos y la recuperación de las personas, sean nuevos casos o con trastornos mentales preexistentes.

3. Implementación de la oferta virtual en salud mental. Por temor al contagio la población prefería no asistir a los establecimientos de salud. Cada CSMC puso a disposición de la población líneas telefónicas, videoconferencias vía zoom, WhatsApp, google meet, teams group, entre otros, para que las personas pudieran acceder no solo a la consulta psiquiátrica o psicológica, sino también, a otras intervenciones terapéuticas como psicoterapia, continuidad del cuidado en hogar, trabajo de grupo, terapia de lenguaje, terapia ocupacional, entre otras.

4. Desarrollo del marco normativo específico para la atención de salud mental en el contexto COVID -19.

La pandemia puede afectar la salud mental del personal sanitario, ocasionando sentimientos como el miedo, frustración, culpa y problemas relacionados con el sueño, apetito, agotamiento, desmotivación y desesperanza que pueden derivar en ansiedad, depresión, y constituirse en condiciones que perjudican gravemente la realización de labores del cuidado de la salud de las personas. Por tal motivo, se consideró fundamental apuntalar cuidado y autocuidado de la salud mental del personal, lográndose para tal propósito, la aprobación de la **Guía Técnica para el Cuidado de la Salud Mental del personal de la salud en contexto COVID-19 con RM N° 180-2020-MINSA.**

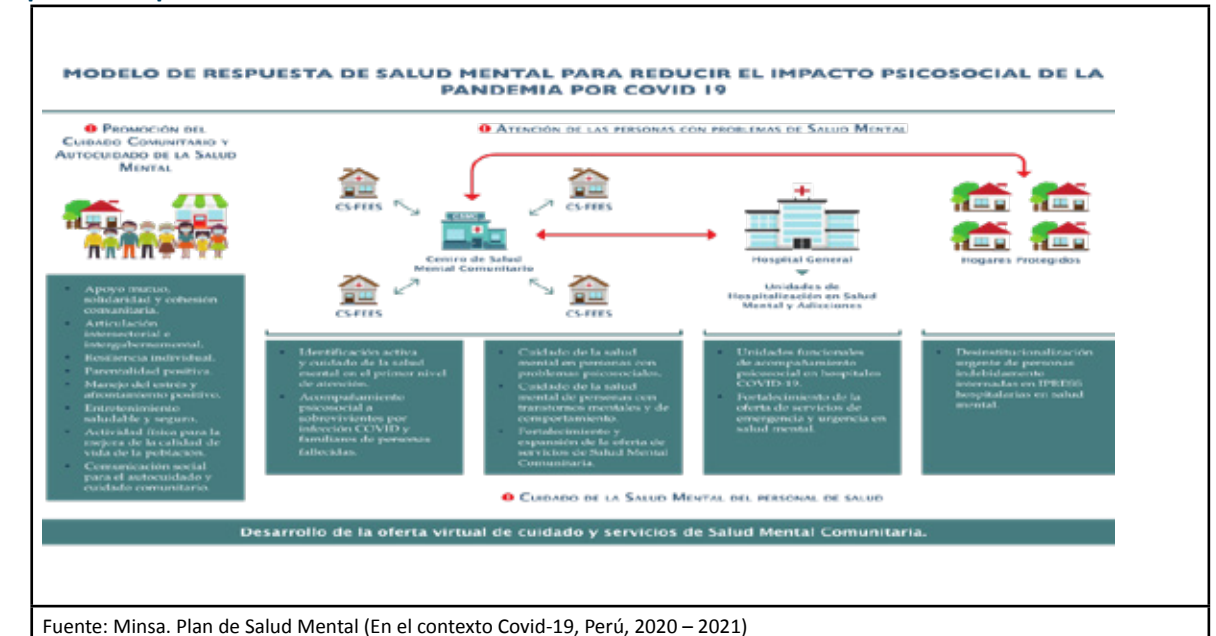
Del mismo modo, la población en general de distintas edades experimenta malestares o emociones negativas como respuesta natural a esta situación amenazante o de incertidumbre, especialmente si no satisfacen sus necesidades básicas y no cuentan con redes de soporte social. Por tal motivo, el cuidado de la salud mental de la población es considerada una de las tareas esenciales de salud pública durante la pandemia para reducir el impacto psicológico de la experiencia vivida, restablecer la salud mental y promover la estabilidad psicosocial. Con esa finalidad, la **Guía Técnica para el cuidado de la Salud Mental de la población afectada, familiares y Comunidad en el contexto del COVID-19 aprobada con RM N° 186-2020-MINSA** brinda los criterios técnicos y los procedimientos específicos. Con el apoyo de UNFPA se resaltaron las especificaciones para las mujeres víctima de violencia de género y con UNICEF se destacaron los lineamientos para niños, niñas y adolescentes.

La atención en los hospitales por COVID-19 generó desafío al sistema de salud provocando confusión en el personal e insatisfacción en usuarios y familiares, situación que exigió la formulación de la **Directiva Sanitaria que establece disposiciones para brindar información y acompañamiento psicosocial a pacientes hospitalizados con infección por COVID-19 y sus familias, aprobada con RM N° 312-2020-MINSA.**

5. Implementación del Plan de Salud Mental (En el contexto Covid-19, Perú, 2020 – 2021)

Fue aprobado con R M N°363- 2020-MINSA con el objetivo de “reducir el impacto de la pandemia del COVID-19 en la salud mental de la población, fortaleciendo sus recursos individuales y comunitarios de afrontamiento y atendiendo a las personas con problemas mentales en el contexto de la crisis económica y social derivada de ella”.

Figura 13. Modelo de respuesta de salud mental para reducir el impacto psicosocial de la pandemia por COVID-19



En este marco se desarrollaron las siguientes acciones:

5.1 Estrategia de acompañamiento psicosocial a personas afectadas por COVID-19. (EDAP)

Consiste en un conjunto de actividades destinadas al cuidado de la salud mental de las personas fomentando su autonomía y participación. Estas actividades están dirigidas al personal de la salud, pacientes y familiares de afectadas por COVID-19. Son realizadas por los equipos interdisciplinarios (psiquiatra, psicóloga y enfermería) de forma presencial y virtual. Incluye la promoción y prevención en salud mental, primeros auxilios psicológicos, detección y atención especializada.

Se desarrolla en 28 hospitales generales, (8 en Lima Metropolitana y 20 en regiones del país). Cada uno de ellos ha conformado un equipo EDAP constituido por psiquiatra, psicólogo, enfermera o trabajadora social, a quienes se les capacitó en técnicas psicoterapéuticas, con la cooperación del Instituto de Psicoterapia Psicoanalítica-Intercambio.

5.2 Programa de Cuidado Mutuo, Solidaridad y Cohesión Comunitaria para la Salud Mental en el contexto del COVID-19.

Tiene el objetivo de fortalecer las capacidades de los grupos comunitarios para actuar colaborativamente entre ciudadanos en la resolución de problemáticas particulares y/o colectivas que contribuyan a la reducción del impacto de la pandemia de la COVID-19.

Este programa, en proceso de implementación desde los servicios de participación y movilización comunitaria de los centros de salud mental comunitaria, tiene dos componentes: uno dirigido a la familia y otro a las comunidades priorizadas en el territorio de cada uno de estos establecimientos. Esto, por encontrarse en condición de mayor vulnerabilidad. Las acciones incluyen: i) Fortalecimiento del autocuidado y el cuidado mutuo de la salud mental en familia mediante talleres presenciales y virtuales “Conversando en familia”, ii) Estrategia comunicacional a través de los medios locales: radio y televisión para promover el cuidado mutuo y la solidaridad mediante dos ejes temáticos: “Nos cuidamos en familia” y “Nuestra historia en pandemia” con jóvenes, iii) acompañamiento de los procesos de organización y

movilización de la comunidad iv) Grupos de ayuda mutua comunitarios v) Formación de agentes para el acompañamiento de acciones comunitarias en cuidado mutuo.

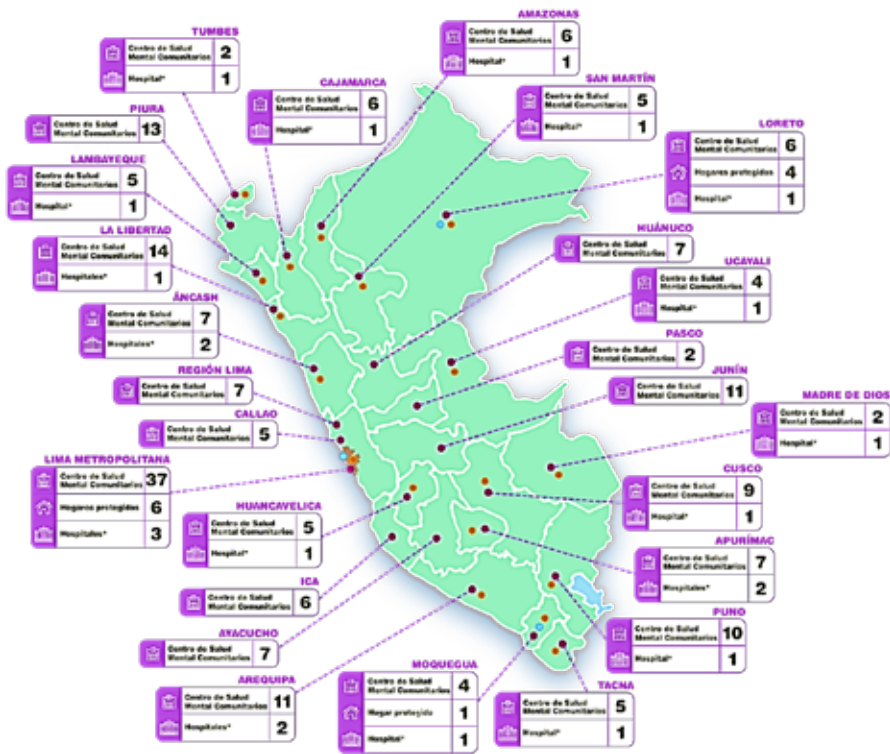
5.3 Fortalecimiento y expansión de servicios de salud mental en el contexto COVID-19

La participación protagónica de las Diresas a través de sus directores, coordinadores regionales, los responsables de salud mental y de algunos gobiernos locales fue primordial para ejecutar esta actividad en un contexto tan difícil como el de la emergencia sanitaria.

Se logró crear 148 nuevos servicios de salud mental comunitaria consistentes en 60 centros de salud mental comunitaria (CSMC), 44 establecimientos del primer nivel fortalecidos con profesionales de psicología (FEES), 38 Hogares Protegidos (HP) y 6 Unidades de hospitalización en salud mental y adicciones. (UHSM).

Asimismo, se fortaleció a 123 (CSMC), 254 (FEES) y una UHSM) dependientes de unidades ejecutoras de las 25 regiones del país con profesionales, equipos de protección personal, equipos de cómputo y conectividad.

Figura 14. Centros de salud mental comunitaria y Unidades de hospitalización en salud mental y adicciones Perú. Junio 2021



Fuente: Minsa. <https://www.minsa.gob.pe/salud-mental/>

5.4 Investigaciones para la toma de decisiones para el cuidado de la salud mental en el contexto de la pandemia

1. Salud mental en población adulta peruana en el contexto de la COVID-19. Tamizaje digital durante el confinamiento obligatorio y la primera ola de la pandemia en Perú¹. Constituyó el primer esfuerzo del OPS y MINSA. Este estudio se orientó hacia la salud mental en personas mayores de 18 años durante la pandemia por COVID-19 en Perú². Mostró que el (13.1% de los encuestados presentaba pensamientos o ideaciones suicidas, 34.9% sintomatología moderada a severa de depresión con mayor afectación en personas de 18 a 24 años (49.6%) y mujeres (40.7%). Respecto del acceso a servicios de salud mental, el 60% de las personas con un diagnóstico previo de salud mental tuvo dificultades en acceder a los servicios de salud mental. Estos resultados nos permitieron confirmar que los problemas de salud mental se estaban incrementando por el impacto de la pandemia y que era necesario fortalecer los servicios de salud en el primer nivel de atención sustentando la formulación del Plan de Salud Mental (en el Contexto covid-19)

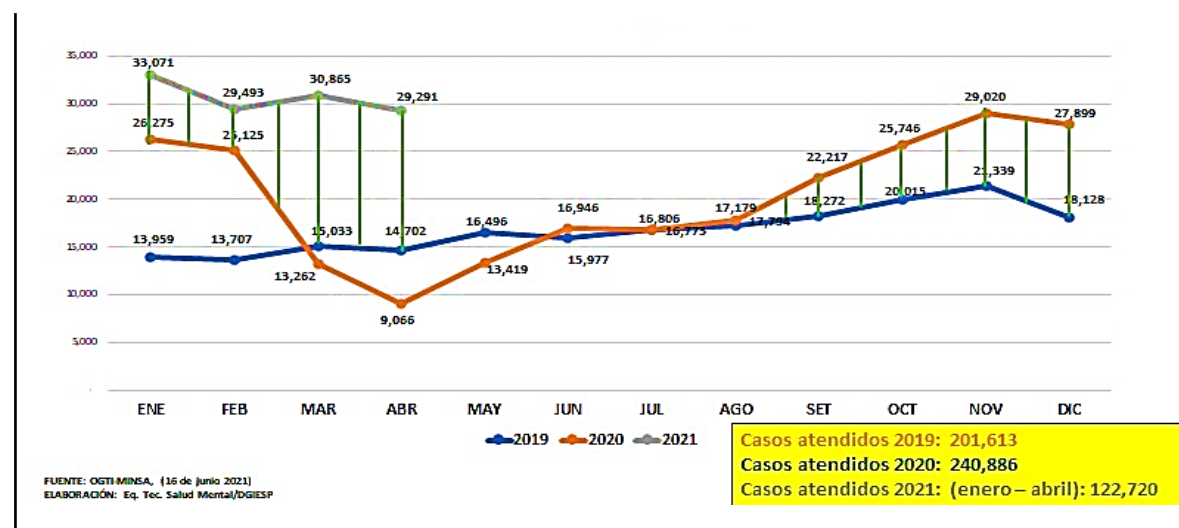
2. Salud mental del personal de salud: Estudio HEROES³: Es otro esfuerzo significativo orientado a identificar las necesidades de salud mental de la fuerza sanitaria que se encuentra atendiendo a las personas afectadas por COVID-19. Sus resultados de la primera fase evidenciaron, en este personal de salud, una alta frecuencia de malestar emocional (58.4%) y presencia de síntomas depresivos (52%). Estos valores son mucho mayores a los de la población general. Asimismo, 52.8% afirmó tener familiares con diagnóstico de COVID-19 o fallecidos por dicha causa. Estos hallazgos sustentan los requerimientos que la Dirección de Salud Mental viene realizando para fortalecer la estrategia de acompañamiento psicosocial al personal de salud.

3. Salud mental de niñas, niños y adolescentes en el contexto de la covid-19 Estudio en Línea, Perú 2020⁴. Conscientes que niñas, niños y adolescentes están alejados de las escuelas, viendo enfermar y morir a gente querida, sin poder disfrutar de los espacios públicos y viviendo en silencio la pandemia, el Ministerio de Salud y UNICEF consideraron indispensable conocer su situación de salud mental y la de sus cuidadores. Los resultados de este estudio muestran que 36,5% de niñas y niños de 1 a 5 años se encuentra en riesgo de presentar un problema de salud mental de tipo emocional, conductual o atencional; siendo necesario poner en marcha planes de acción nacionales para abordar sus necesidades, articulando acciones de salud, educación e inclusión sociales.

Atención a personas con problemas de salud mental
Los centros de salud mental comunitaria se constituyeron en las principales IPRESS que brindaron atención especializada en salud mental durante la pandemia. Después del impacto inicial en abril del 2020, se observa que han ido recuperando no solo su capacidad de respuesta, sino que gradualmente la incrementan llegando incluso a ser mayor que en el año 2019, aún con restricciones existentes. Para el 2021 esta tendencia se mantiene.

1 OPS – MINSA Salud mental en población adulta peruana en el contexto de la COVID-19, Resultados de un tamizaje digital durante el confinamiento obligatorio y la primera ola de la pandemia en Perú. MINSA, Lima, 2020
2 Antiporta, D.A., Cutipé, Y.L., Mendoza, M. et al. Depressive symptoms among Peruvian adult residents amidst a National Lockdown during the COVID-19 pandemic. BMC Psychiatry 21, 111 (2021). <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03107-3>
3 MINSA, INS, PUCP. Salud mental del personal de salud: Estudio HEROES. Lima, 2020
4 MINSA, UNICEF. Salud mental de niños, niñas y adolescentes en el contexto del COVID-19. Lima, 2020

Figura 15. Casos atendidos en centros de salud mental comunitaria (trastornos mentales, violencia y lesiones autoinfligidas). Perú: 2019, 2020, 2021



Tareas pendientes

- Fortalecer con recursos la Estrategia de acompañamiento psicosocial en los hospitales generales y el Programa de apoyo mutuo, solidaridad y cohesión social.
- Ampliación de la oferta de servicios de salud mental para poblaciones dispersas y en situación de mayor pobreza.

9.2 Alimentación saludable y octógonos



El 17 de junio de 2019 entró en vigencia la obligatoriedad del uso de las advertencias publicitarias octogonales en los empaques de productos que superen los parámetros establecidos por el gobierno en contenidos de sodio, grasas y azúcar. Años después de promulgada la Ley de Promoción de la Alimentación Saludable para Niños, Niñas y Adolescentes (2013),⁴ se logró aplicar un mecanismo clave para que la población pueda conocer directamente el exceso de contenidos dañinos en los alimentos. Han pasado más de dos años de este hito y más de tres desde la entrada en vigencia del Reglamento de la Ley; y, si bien quedan tareas pendientes, en algunos casos complejas, hay un avance significativo en la política de alimentación saludable del país, en diversas líneas de acción.



Una de ellas es que luego de años de haberse colocado el tema en la agenda pública, la población mayoritariamente conoce o maneja al menos nociones de la importancia de la alimentación y su relación con una buena o mala salud. Ello ha permitido, además, la priorización de acciones en la materia en el marco de la Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030: Perú, País Saludable, propiciándose que diversos sectores y niveles de gobierno desplieguen medidas y programas en torno a una adecuada alimentación, destacando los roles que les toca asumir a los ministerios de Agricultura, Ambiente, Producción y, en especial, de Educación.



Precisamente, la escuela constituye un ámbito de la más elevada importancia no solo para la alimentación, sino para el conjunto de las políticas de salud. En la intersección salud-educación reside la mayor potencialidad para incorporar hábitos de alimentación saludable en los estilos de vida. Los escolares, antes que solo conocimientos, desarrollan competencias en cada ciclo educativo. En el currículo nacional, la competencia tres de “Vida Saludable” contempla la formación de habilidades y orientaciones para mejores estilos de vida, incluyendo a la alimentación. Además, en el espacio escolar se plantea la supervisión de quioscos y comedores, en los que está ahora prohibida la venta de productos con octógonos, en tanto que los parámetros para contenidos dañinos no deben ser superados en los productos del Programa de Alimentación Escolar Qali Warma.



Es necesario abordar las tareas pendientes para la profundización de los alcances de la Ley 30021, considerando que los nuevos parámetros entran en vigencia en septiembre de 2021. De aplicarse en el mercado, cabe esperar una cantidad mucho mayor de productos con advertencias octogonales. Pero el éxito de la política no se define por ello, sino al conseguirse que los fabricantes de alimentos procesados y ultra procesados varíen las composiciones de sus productos reduciendo o eliminando los componentes dañinos, de lo que resultaría una reducción concomitante de las enfermedades no transmisibles que tienen relación directa con el consumo de los componentes observados.

El Perú es uno de los pocos países en el mundo (junto a Chile, México y Uruguay) que han logrado implementar estas recomendaciones sobre alimentación de las Naciones Unidas y la OMS. El reto en adelante es ir más allá de las advertencias publicitarias y fortalecer todos los alcances de la política, como el adecuado funcionamiento del Observatorio de Nutrición y de Estudio del Sobrepeso y Obesidad, la eliminación de las grasas trans establecida legalmente, el ajuste normativo de la estrategia de octógonos (en aspectos como el área mínima de los empaques para colocarlos), la ampliación a más productos (como los sucedáneos de la leche materna), entre otros a ser coordinados con distintos sectores.

Acción comunitaria contra la anemia

Desde 2019 se viene implementando la Meta 4 del Programa de Incentivos Municipales referido a promover “la adecuada alimentación y la prevención y reducción de la anemia”, que recoge los aportes de las promotoras de salud (aliadas del MINSA desde hace décadas en estrategias a nivel regional y local). En el marco de ese Programa, impulsado por el Ministerio de Economía y Finanzas, se diseña un esquema para hacer posible la triangulación de acciones de los agentes comunitarios de salud, municipios y el MINSA en sus roles de supervisión y monitoreo. Esta dinámica ha contribuido directamente a una caída de 3,4% de la anemia en niños menores de 36 meses.

La Meta 4 es gestionada por la Dirección de Promoción de la Salud (DPS) del MINSA, que cuenta para tal fin con un equipo nacional que monitorea los indicadores, gestiona el acceso y uso del padrón nominal de niños y niñas en manos de los municipios, se articula con otras áreas del Ministerio con responsabilidades en la lucha contra la anemia, y forma parte de la intervención multisectorial de Desarrollo Infantil Temprano. A esto se añade un equipo de 50 gestores territoriales distribuidos en todo el país para apoyar las acciones de los gobiernos locales, mejorar la calidad de las visitas domiciliarias que realizan los agentes comunitarios de salud, y servir de nexo entre las DIRESA, GERESA y DIRIS y los municipios en acciones comunitarias contra la anemia.

Este despliegue permite que, cada mes, los 865 municipios que participan en la Meta 4 accedan a la carga del padrón -gestionado por el MINSA en coordinación con el RENIEC- que identifica a más de 150 mil niños y niñas menores de un año, que reciben visitas domiciliarias por más de 16 mil agentes comunitarios capacitados por los establecimientos de salud del primer nivel de atención. Para que esta gran intervención sea efectiva, los gobiernos locales han conformado equipos dedicados a la identificación de los niños en sus territorios, la gestión de las visitas domiciliarias, y la entrega de estipendios a los agentes comunitarios por su labor voluntaria.



Adicionalmente, los gobiernos locales tienen la obligación de impulsar y responsabilizarse de la conformación de la Instancia de Articulación Local (IAL), el espacio de coordinación de las acciones en un territorio, donde participan todos los involucrados en la lucha contra la anemia. Estas IAL se encuentran plenamente activas en los 865 distritos cubiertos por la Meta 4, y se han extendido a otros 400 distritos que han identificado en este mecanismo una forma de coordinación operativa, que trasciende el abordaje de la anemia e incorpora el desarrollo infantil temprano entre los ejes de la gestión territorial en salud.



En 2020, el 97% de las municipalidades logró realizar las visitas domiciliarias o seguimiento telefónico de forma exitosa, un incremento sustantivo en relación al 2019. A pesar de la pandemia y con todas las medidas de cuidado, se desarrollaron 1 349 333 visitas domiciliarias y 322 819 seguimientos telefónicos, como parte de las innovaciones introducidas por la DPS durante la crisis sanitaria.

En adelante, la acción comunitaria contra la anemia tiene los siguientes desafíos: a) garantizar la sostenibilidad financiera, para que los recursos transferidos a los 865 gobiernos locales (55 millones de soles anuales) no solo se mantengan sino que se amplíen a todos municipios del país, bajo la supervisión del MINSA; b) fortalecer las IAL y el diálogo con otros espacios de coordinación y concertación territoriales, como los consejos locales de salud, con una perspectiva de integración; c) garantizar una mayor y mejor articulación de los establecimientos de salud del primer nivel con los gobiernos locales; y d) capacitar y reconocer adecuadamente a los agentes comunitarios de salud, por la enorme importancia de la labor que cumplen.

La implementación de la Meta 4 como eje de la acción comunitaria en salud, en articulación con los gobiernos locales y otros sectores, y con el despliegue de la comunidad en los ámbitos donde se desenvuelve dicha acción, constituye un valioso aporte que puede extenderse y servir de modelo para otras estrategias sanitarias en el país.

9.3 Protegiendo a la población peruana mediante las vacunas

La vacunación es la intervención de salud pública más costo-efectiva que se conoce. En esta época de crisis por una pandemia, la estrategia cobra más vigencia que nunca, tanto para sostener avances como para superar esta difícil coyuntura. **En marzo de 2020, al iniciarse la expansión de la pandemia de COVID-19, la OMS planteó que “la inmunización es un servicio de salud crucial que se debería priorizar, siempre que sea posible, con el fin de prevenir enfermedades transmisibles y salvaguardar su continuidad durante la pandemia de COVID-19”.**⁵ Actualmente, existiendo vacunas disponibles contra el SARS CoV2, todos los países realizan esfuerzos para garantizar el suministro de vacunas seguras para sus poblaciones y su administración de manera rápida y ordenada.



Desde que se comenzó a usar vacunas en el Perú, hace más de un siglo, esta estrategia y su organización han ido mejorando significativamente. Como expresión de ello se tiene no solo la contribución del país en la erradicación mundial de la viruela, y en cortar la transmisión de la polio, el sarampión y la rubeola en las Américas, sino también su aporte en la reducción de la mortalidad y desnutrición crónica infantil en los años 2000 a 2015, documentado y reconocido internacionalmente (Huicho et al. 2016).

El quinquenio de 2016 a 2021 ha sido políticamente inestable, con un alto recambio de presidentes y ministros de diversos sectores, algo que se ha reproducido también entre funcionarios técnicos y responsables a otros niveles, incluyendo a la Estrategia Nacional de Inmunizaciones del MINSA. Esta situación ha obstaculizado la continuidad de múltiples políticas de Estado en salud y el logro de metas establecidas, incluyendo las de inmunizaciones. **Así, en 2020 la meta de cobertura de vacunas básicas para menores de 36 meses era de 83,6%, partiendo de la base de 71,4% de 2016, de acuerdo con la norma técnica que establece el Esquema Nacional de Vacunación.**⁶ Actualmente, sin embargo, la última ENDES (INEI 2021) registra un 69,4% de cobertura de vacunación a nivel nacional, con una diferencia de -9,2% con respecto al 2019.⁷ Así pues, el Perú sigue siendo un país que no cumple con proteger a su población infantil de los riesgos de contraer enfermedades prevenibles por vacunas.

Principales avances en el último quinquenio

A pesar del panorama descrito, y de la escasez de recursos, ha sido posible lograr algunos avances:

1. Ampliación del calendario de vacunas y de la cobertura de inmunizaciones

Se ha conseguido expandir el número de vacunas del calendario nacional. En 2016, el esquema nacional de vacunación constaba de 15 vacunas que protegían a los niños contra 23 enfermedades. En 2021, se cuenta con 17 vacunas que previenen 26 enfermedades, a lo que se añade la vacuna contra la

⁵ OMS: Principios rectores para las actividades de inmunización durante la pandemia de COVID-19: orientaciones provisionales, 26 de marzo de 2020. Número de referencia: [WHO/2019-nCoV/immunization_services/2020.1](https://www.who.int/publications-detail/WHO/2019-nCoV/immunization_services/2020.1).

⁶Una dosis de BCG, tres dosis de pentavalente, tres dosis contra la poliomielitis y una contra el sarampión, según la NTS N° 141-MINSA-2018/DGIESP, aprobada por [RM N° 719-2018/MINSA](https://www.gob.pe/normas-ley/reglamento/RM7192018) (EP-NL, 2/8/2018).

⁷Con las reducciones más pronunciadas en Pasco (-14,2%), Lima Provincias (-13,1%), Ancash (-12,9%), Ayacucho (-12,6%) y Loreto (-12,2%).

COVID-19, que se agregará al calendario regular (uno de los más completos de América Latina).

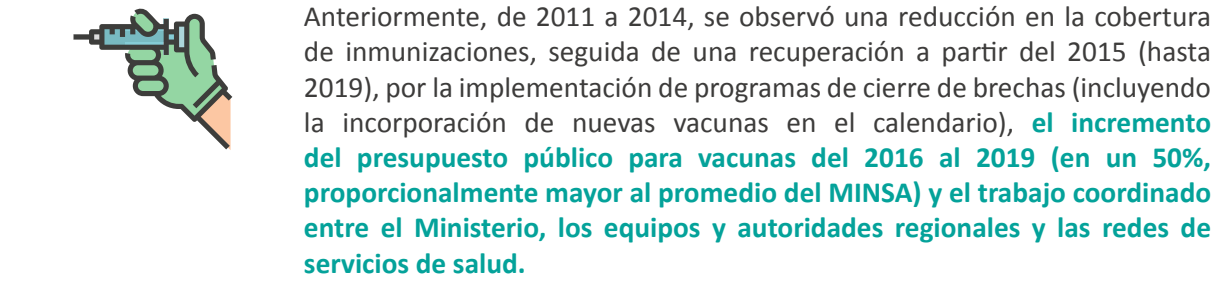
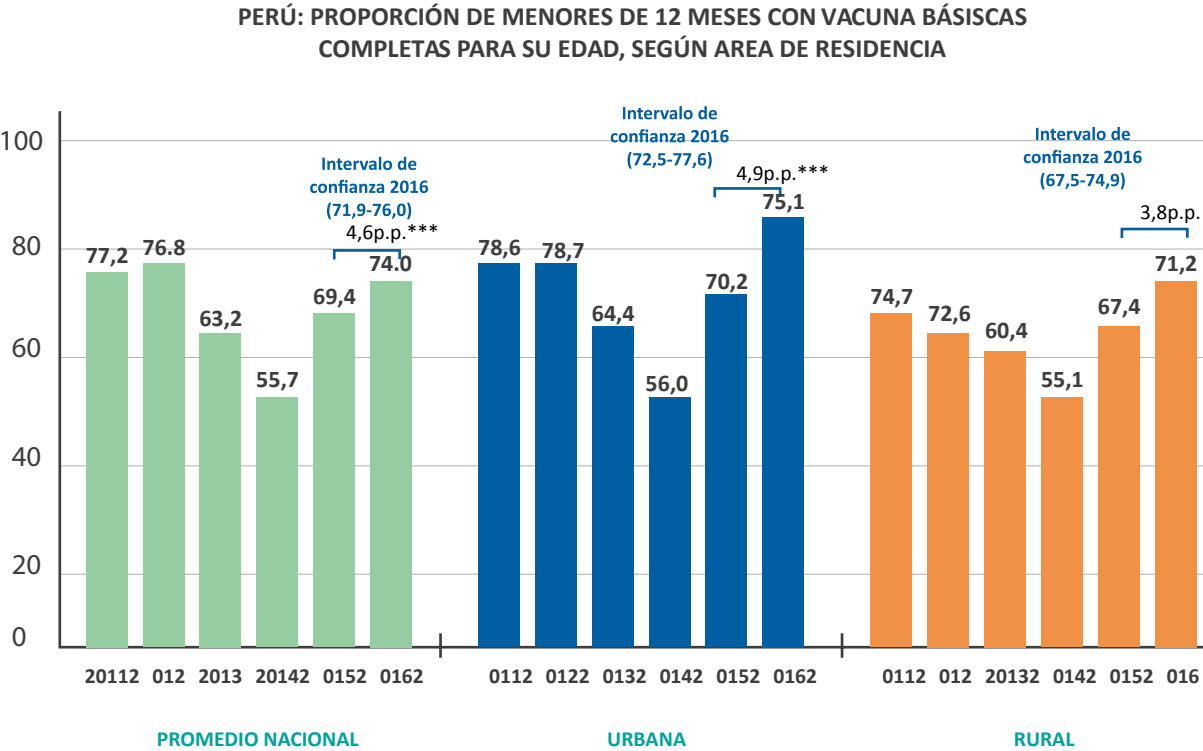


Figura 16. Perú: proporción de menores de 12 meses con vacunas básicas completas para su edad, según área de residencia

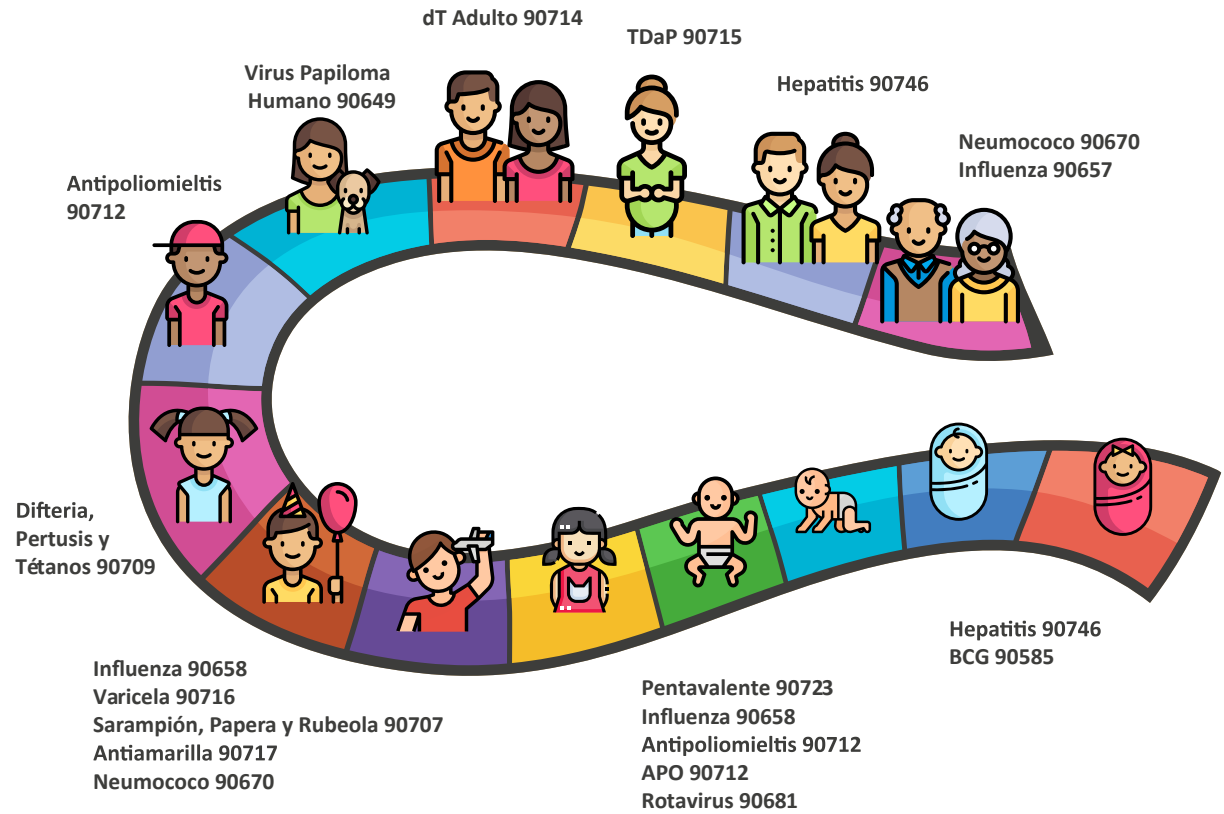


Nota: Vacunas Básicas Completas incluyen 1 Dosis de BCG, 3 dosis de DPT y 3 dosis contra la Poliomieltis.
P/Preliminar
*Diferencia significativa ($p < 0.10$)
**Diferencia altamente significativa ($p < 0.05$)
***Diferencia muy altamente significativa ($p < 0.01$)
Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática – Encuesta Demográfica y de Salud Familiar

2. De la vacunación solo a niños a la aplicación del enfoque de curso de vida

El calendario nacional de inmunizaciones típicamente ha estado dirigido a la población infantil menor de cinco años. Esto cambió desde 2018, con el Esquema Nacional de Vacunación aprobado en agosto de ese año, al disponerse la ampliación de la población beneficiaria abarcando a todo el curso de vida.

Figura 17. Esquema de vacunación



Esto representa un avance cualitativo en el calendario nacional y la cobertura poblacional, pero también un enorme reto para el sistema de salud, por el esfuerzo que significa en términos presupuestales, de recursos humanos y de despliegue logístico.

3. Implementación del padrón nominal de niños para el seguimiento del calendario de inmunizaciones

El Programa de Inmunizaciones registra entre sus mayores logros la mejora de su sistema de información, que se asocia con **tres hechos relevantes**:

- **La creación del sistema de registro del Recién Nacido Vivo**, por un trabajo conjunto del MINSA y el RENIEC, que permitió contar con un listado nominal de niños a ser vacunados. Este registro, denominado Padrón Nominal, condujo a sincerar las cifras de cobertura de inmunizaciones y a tener un listado de niños georreferenciados por localidades, distritos, provincias y regiones. El uso de esta información por las redes de servicios contribuyó con el cierre de brechas de cobertura y una mejor orientación de los recursos hacia los lugares donde se concentraban los niños no vacunados.
- **La implementación de la política de datos abiertos**, que ha facilitado la realización de análisis y estudios por parte de investigadores y grupos de la sociedad civil, y con ello la rendición de cuentas y una mejor orientación de las políticas públicas en el tema. Últimamente se ha observado, por ejemplo, en el proceso de vacunación para la COVID-19, que grupos independientes acceden a los datos abiertos y elaboran tableros de control sobre el progreso de la inmunización en diversas poblaciones.

El uso de tecnologías de información para el registro y monitoreo de campañas de inmunización, que ha servido para mejorar estos procesos; por ejemplo, con innovaciones en los tableros de control de mando de inmunizaciones desde el MINSA.

4. El Perú ha sido el primer país de la región en restablecer la inmunización regular durante la pandemia



Mientras que en muchos países se mantenía el cierre de los servicios de salud por la pandemia, sobre todo en el primer nivel de atención, el Perú fue el primer país de la región latinoamericana que reinició sus programas regulares de vacunación, en el primer semestre del 2020, en un esfuerzo por recuperar las coberturas de vacunación que se habían visto afectadas.



Por otro lado, a pesar del inicio relativamente tardío de la vacunación contra la COVID-19, en comparación con otros países de la región, la gestión de las vacunas ha sido notable por su eficiencia. Si bien el porcentaje de población vacunada es aún insuficiente (a inicios de 2021), tanto la disponibilidad de vacunas como la velocidad en su aplicación a la población permiten ser optimistas sobre el logro de la inmunidad colectiva en el mediano plazo.

Perspectivas a futuro

- **Es fundamental mantener el ritmo de vacunación contra la COVID-19.** La transferencia de gobierno en julio de 2021 coincide con un proceso de vacunación en marcha y con vacunas ya comprometidas (para ser recibidas a lo largo del segundo semestre del mismo año). Completar la vacunación de toda la población peruana para lograr la inmunidad colectiva exigirá un gran esfuerzo de todo el sistema de salud, que involucra aspectos organizativos y logísticos (cadena de frío, recursos humanos, etc.).
- **Es necesario cerrar brechas de cobertura en la aplicación de otras vacunas del calendario regular.** La pandemia ha afectado un trabajo que hasta 2019 mostraba avances sostenidos. Un desafío pendiente es recuperar los niveles de cobertura de ese año, y luego impulsar el cierre completo de brechas, sobre todo en Lima Metropolitana y en poblaciones originarias, donde se concentran los mayores rezagos.
- **Se debe abrir el camino a una reforma del sistema de salud que lo lleve hacia un sistema unificado.** La crisis sanitaria, económica y social ocurrida a causa de la pandemia ha revelado la imperiosa necesidad de cambios radicales. En este contexto, los progresos del país en materia de inmunizaciones, sostenidos en la colaboración entre los diferentes subsistemas de salud (incluyendo al sector privado), marcan una pauta que se ha de tener en cuenta en el proceso de reforma que se requiere.

9.4 Priorización del Primer Nivel de Atención

El 18 de marzo del 2020 a 12 días del primer caso reportado de COVID-19 en el Perú se aprobó el **Documento Técnico “Plan Nacional de Reforzamiento de los Servicios de Salud y Contención del COVID-19”** que formó parte integrante de la Resolución Ministerial N° 095-2020-MINSA. En este documento para el Primer Nivel de Atención -PNA, se planteó lo siguiente (1):

- El PNA como primera línea de contención del COVID-19.
- El PNA readecua sus servicios de salud para la atención de urgencias y emergencias, fortaleciendo sus triajes diferenciados asimismo refuerzan el seguimiento domiciliario de casos que ameriten la atención para preservar la salud y el manejo clínico de casos confirmados de COVID-19. El personal previamente entrenado efectuará acciones de vigilancia epidemiológica activa.
- El servicio de salud en el PNA solo se presta a través de las actividades de urgencia de paciente con Infecciones Respiratorias Agudas – IRAS, y otros cuadros clínicos que se presentan de acuerdo a su capacidad resolutive. A los pacientes por IRAS se les realiza la toma de muestra para COVID-19 y si es positivo sin requerimiento de hospitalización se deriva a aislamiento domiciliario.

Este documento técnico fue entendido como directriz para limitar la oferta de los servicios de salud del PNA a la atención de urgencias y emergencias a través del triaje diferenciado; quedando restringidas otras actividades de promoción de la salud, prevención y atención de enfermedades agudas y crónicas distintas a COVID-19(1).

En respuesta a la necesidad de acciones que refuercen el cuidado integral de salud en el PNA, ante el escenario de transmisión comunitaria del COVID-19 en el territorio nacional; el 7 de abril del 2020 se aprobó el **Documento Técnico “Lineamientos que refuerzan el Cuidado Integral de Salud en el Primer Nivel de Atención en el Contexto de la Pandemia COVID-19”**, con la Resolución Ministerial N° 182-2020-MINSA. En este documento se plantearon seis lineamientos para fortalecer el PNA (2):

1. Reforzar las acciones sanitarias de identificación, diagnóstico y seguimiento de IRAS en el territorio.
2. Movilizar los recursos para el manejo y control de los casos confirmados COVID-19 y contactos de IRAS leves en el territorio.
3. Movilizar recursos para brindar el cuidado integral de salud de la persona, familia y comunidad con otras necesidades de salud o problemas de salud con el riesgo de agravarse y complicarse.
4. Promover la participación social y comunitaria, y la articulación intersectorial local en el contexto de la Pandemia COVID-19.
5. Movilizar recursos para brindar el cuidado de la salud mental en el contexto de la Pandemia COVID-19.
6. Garantizar personal de salud suficiente, competente y con condiciones de trabajo adecuadas en el contexto de la pandemia COVID-19.

Este documento contenía por cada lineamiento una serie de estrategias operativas y responsabilidades a nivel nacional, regional y local para su operativización e implementación.

Basado en la necesidad de adecuar la organización de los servicios de salud en las IPRESS con énfasis en el PNA en el marco de los lineamientos ya aprobados, el 21 de mayo del 2020 se aprobó la **Norma Técnica de Salud N° 160-MINSA-2020-DGAIN: “Norma Técnica de Salud para la Adecuación de la Organización de los Servicios de Salud con énfasis en el Primer Nivel de Atención de Salud frente a la pandemia por COVID-19 en el Perú”**, con la Resolución Ministerial N° 306-2020-MINSA. En esta NTS se planteó lo siguiente (3):

- Disposiciones sobre la adecuación de la organización de los servicios de salud, de acuerdo a la capacidad resolutive y de oferta de las IPRESS, para el cuidado integral de salud por COVID-19 y otras necesidades de salud distintas. Se describieron los actores

y sus respectivas funciones en los E.S. del PNA, en los hospitales y en la atención prehospitalaria.

- Pautas del cuidado integral de salud y los roles de la persona, familia y comunidad, para la contención y mitigación de la propagación de la COVID-19. Se puso énfasis en la necesidad de una mirada global de la lucha en esta pandemia donde cada persona y su familia dentro del territorio debía cumplir un rol sobre todo en el aprendizaje, uso y monitoreo de los protocolos necesarios para la prevención y seguimiento de los casos sospechosos y confirmados de COVID-19.
- Disposiciones para la adecuación de la organización de los servicios de salud en cuanto a recursos humanos, físicos y tecnológicos en salud de las IPRESS, durante la Pandemia COVID-19. Se establecieron dos circuitos de atención: IRA COVID-19 y No COVID-19, lo cual al implementarse en la mayoría de las IPRESS del PNA mejoró los procesos de atención a los usuarios con necesidades replegadas o restringidas por el contexto de la Pandemia.
- Disposiciones para una respuesta coordinada, articulada y complementada de los prestadores de servicios de salud públicos, privados y mixtos, en respuesta a la infección por COVID-19 y el cuidado de otras necesidades de salud de la población. Se enumera acciones operativas para la articulación entre prestadores de servicios de salud, la articulación a nivel intersectorial y local desde el territorio.

Desde mayo del 2020 luego de la aprobación de la NTS, se organizaron actividades de difusión, asistencia técnica, monitoreo y seguimiento de la implementación del documento normativo a través de la Red Nacional de Telesalud del Ministerio de Salud en las plataformas de Youtube y Zoom para todas las regiones del país. Asimismo se implementaron herramientas de monitoreo con puntaje para evaluar esta implementación en las IPRESS del PNA en las DIRIS, DIRESA o GERESA del país.

Ante el advenimiento de la segunda ola por la pandemia COVID-19, los cambios en los contextos técnicos, políticos y sociales del país y ante las nuevas evidencias por todas las experiencias analizadas en los meses de enfrentamiento de la COVID-19, el Ministerio de Salud vio la necesidad de actualizar la NTS N° 160-MINSA-2020-DGAIN. El 7 de enero de 2021 se aprobó la NTS N°171-MINSA/2021/DGAIN: **“Norma Técnica de Salud para la Adecuación de los Servicios de Salud del Primer Nivel de Atención de Salud frente a la pandemia por COVID-19 en el Perú”** con la Resolución Ministerial N° 004-2021-MINSA (4).

Este documento normativo plantea lo siguiente:

- Conformación de los Equipos de Intervención Integral del PNA, entrenados en vigilancia epidemiológica, toma de muestras, manejo sindrómico y seguimiento clínico de casos COVID-19 y en el manejo de las intervenciones de salud individual y las intervenciones de salud pública, dentro de su ámbito territorial (Sector Sanitario) y realizan las prestaciones de salud bajo la modalidad de oferta fija, móvil o telesalud. En la anterior NTS se describían distintos equipos de salud lo cual confundía la organización de los servicios de salud.
- Los roles de la persona, familia y comunidad frente a la Pandemia por COVID-19. Se continúa planteando que para la lucha contra el COVID-19 se necesita generar en las personas y sus familias, pautas de convivencia en aras de promover los protocolos de prevención de la COVID-19.
- Implementación en las IPRESS del PNA de los circuitos de atención IRA COVID-19 y NO COVID-19, y si no es posible realizan preferentemente atenciones de salud a través de telesalud o atenciones presenciales con citas espaciadas programadas.
- Se describen los procesos que se desarrollan en el circuito de atención IRA COVID-19 y en el circuito de atención NO COVID-19.

Desde Enero 2021 se han realizado múltiples actividades difusión, asistencia técnica, monitoreo y seguimiento de la implementación del documento normativo a través de la Red Nacional de Telesalud del Ministerio de Salud en las plataformas de Youtube y Zoom y a través de asistencias técnicas presenciales en todas las regiones del país.

En la Figura 1 se plantean la organización de los dos circuitos de atención: IRA COVID-19 y NO COVID-19.

Figura 18: Organización de los dos circuitos de atención: IRA COVID-19 y NO COVID-19 en las IPRESS del PNA



Referencias Bibliografías

1 Ministerio de Salud. 2020. Resolución Ministerial N° 95-2020/MINSA: Documento técnico: “Plan Nacional de Reforzamiento de los Servicios de Salud y Contención del COVID-19”. Disponible en: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/568975/RM_095-2020-MINSA.PDF

2 Ministerio de Salud. 2020. Resolución Ministerial N° 182-2020-MINSA: Documento Técnico “Lineamientos que refuerzan el Cuidado Integral de Salud en el Primer Nivel de Atención en el Contexto de la Pandemia COVID-19”. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/473217-182-2020-minsa>

3 Ministerio de Salud. 2020. Resolución Ministerial N° 306-2020-MINSA: Norma Técnica de Salud N° 160-MINSA-2020-DGAIN: “Norma Técnica de Salud para la Adecuación de la Organización de los Servicios de Salud con énfasis en el Primer Nivel de Atención de Salud frente a la pandemia por COVID-19 en el Perú”. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/581079-306-2020-minsa>

4 Ministerio de Salud. 2021. Resolución Ministerial N° 004-2021-MINSA: Norma Técnica de Salud N°171-MINSA/2021/DGAIN: “Norma Técnica de Salud para la Adecuación de los Servicios de Salud del Primer Nivel de Atención de Salud frente a la pandemia por COVID-19 en el Perú”. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/1467302-004-2021-minsa>

10 Recursos humanos en salud

10.1 Avances en torno al personal de la salud

Los resultados de un sistema de salud, en términos de cobertura e impacto sanitario, así como de satisfacción de los usuarios, dependen de la dotación de personal de salud con competencias idóneas para responder a las necesidades y demandas de servicios de la población, así como de las condiciones de empleo y trabajo ofrecidas por las IPRESS. Para esto, se requiere que la autoridad sanitaria logre articular los objetivos de los diversos actores institucionales y sociales involucrados, en función de los objetivos estratégicos del sector. Este proceso, denominado ejercicio de rectoría del campo de los Recursos Humanos en Salud (RHUS), se encuentra a cargo de la Dirección General de Personal de la Salud (DIGEP), constituido como un órgano de línea del Ministerio de Salud. Para realizar sus funciones, la DIGEP opera de acuerdo a lo mostrado en el siguiente esquema:

Problemas a enfrentar	Estrategias	Resultados esperados
Disponibilidad insuficiente y distribución inequitativa de RHUS	Planeamiento estratégico del campo de los RHUS	Cierre progresivo de las brechas de disponibilidad de RHUS
Competencias de los RHUS no articuladas a las necesidades de salud y a las demandas de servicios por parte de los usuarios	Gestión estratégica de los aprendizajes en salud	Competencias profesionales y humanas de los RHUS idóneas para el cuidado y la atención integral de las personas, familias y comunidad
Brechas en las condiciones de trabajo decente en salud	Gestión estratégica de los procesos de empleo y trabajo en salud	Cierre paulatino de las brechas en las condiciones de empleo y trabajo en salud
Débil rectoría del campo de los RHUS	Rectoría del campo de los RHUS	Objetivos de actores institucionales y sociales del campo de los RHUS alineados a los objetivos estratégicos del sector salud

A continuación, se presenta un resumen de los logros de la DIGEP en el quinquenio 2016-2021.

Rectoría del campo de los recursos humanos en salud

- La consolidación del liderazgo de la DIGEP como órgano de línea del MINSA y referente en el ámbito de la gestión estratégica de RHUS, particularmente en temas como los sistemas de información (INFORHUS), la gestión de espacios de articulación docente-asistencial (residentados), sistemas de reclutamiento y redistribución de RHUS en zonas vulnerables (SERUMS) y determinación de brechas de RHUS.
- La aprobación de nuevos Lineamientos de política que establecen el marco contextual, conceptual y técnico para abordar la problemática del campo de los RHUS. ¹
- El afianzamiento del proceso de interoperabilidad de los aplicativos informáticos INFORHUS del MINSA y AIRHSP del MEF (de programación presupuestal), para monitorear la situación de todos los RHUS nombrados, contratados y designados del MINSA y los gobiernos

¹Mediante RM N° 1357-2018/MINSA (28/12/2018).

regionales, respecto a la disponibilidad de plazas presupuestadas de acuerdo a sus regímenes y condiciones laborales, y verificar que los datos coincidan con las variables de sus respectivas plazas en el MEF.

- **El desarrollo informático de los “Módulos COVID” en el aplicativo INFORHUS**, que ha permitido contar con información actualizada para la planificación y transferencia presupuestal durante de la pandemia de COVID-19 (módulos del personal CAS COVID, del Bono COVID, del personal fallecido en servicio por COVID-19, entre otros).
- **La publicación anual de compendios estadísticos sobre RHUS y del reporte Información de recursos humanos** contratados en el marco de la pandemia mediante el DL N° 1057 – CAS COVID.
- **El fortalecimiento de espacios de articulación de actores del campo de los RHUS:** de subsectores de salud, para mejorar la disponibilidad de profesionales en zonas vulnerables; y de facultades universitarias de ciencias de la salud.
- **El desarrollo normativo sobre RHUS en la política remunerativa,²** los procesos de nombramiento y nivelación, el SERUMS, el residentado médico y los residentados en ciencias de la salud, además de las regulaciones referidas al personal para enfrentar la pandemia de COVID-19.

Planeamiento estratégico de recursos humanos en salud

- La disponibilidad de información sobre la dotación de RHUS en el sistema nacional público de salud (por distintas variables: grupo ocupacional, cargo, género, región, niveles de atención, etc.) y el establecimiento rutinario de la brecha de RHUS críticos para el sistema sanitario, como insumo para la toma de decisiones.³
- La reducción de la brecha de RHUS, de 62 128 a fines de 2017 a 57 114 en abril de 2021; la mejora de la disponibilidad de nuevos RHUS durante la pandemia de COVID-19, con un incremento de 52 127 miembros integrados al sistema público de salud desde marzo de 2020, y en zonas vulnerables (pobres, de frontera y de difícil acceso) a través del SERUMS, incluyendo la mejora de la oferta de plazas remuneradas de medicina, enfermería y obstetricia, sumada a la entrega de bonos extraordinarios por servicios en la respuesta a la pandemia.⁴
- La mejora de la disponibilidad de RHUS en la modalidad presencial, para atender las necesidades surgidas por la pandemia, luego del retiro de personal de salud debido a su edad avanzada o por la presencia de factores de riesgo para COVID-19.
- La generación de una bolsa nacional de trabajo en salud, con 28 112 registros de profesionales y técnicos en salud, a disposición de las DIRIS y los gobiernos regionales.
- La creación del Servicio COVID Especial - SERICER para la contratación directa de profesionales de la salud sin SERUMS (con 16 900 registros).
- La simplificación de los procesos administrativos para la habilitación de 15 044 profesionales de la salud, a través de la intermediación entre universidades, SUNEDU y colegios profesionales; y mediante de la contratación de bachilleres, profesionales y personal extranjero sin los requisitos tradicionales para la habilitación profesional.⁵
- El retorno de 15 mil internos de ciencias de la salud, con prioridad en el primer nivel de atención (otorgándoseles un estipendio valorizado en una remuneración mínima vital, con derecho a la seguridad social, seguro de vida y equipos de protección personal).

Tabla 4. Brecha de personal de la salud en el MINSA y regiones por pliego, febrero 2021

DEPARTAMEN-TO	N° IPRESS	MEDICO CIRUJANO	MEDICO ESPECIALISTA	PROFESIONAL SALUD	TECNICOS ASISTENCIALES	TOTAL
AMAZONAS	479	68	211	1239	724	2242
ANCASH	417	87	501	1354	1227	3169
APURIMAC	391	93	254	925	840	2112
AREQUIPA	260	40	589	1215	1201	3045
AYACUCHO	406	48	317	787	914	2066
CAJAMARCA	861	88	306	1542	994	2930
CALLAO	52	0	166	304	162	632
CUSCO	347	153	920	2163	2096	5332
HUANCARELICA	411	32	192	691	646	1561
HUANUCO	329	29	82	322	246	679
ICA	147	7	39	225	231	502
JUNIN	504	64	417	1057	928	2466
LA LIBERTAD	319	95	1364	3095	2945	7499
LAMBAYEQUE	186	11	290	484	496	1281
LIMA	730	75	1476	2648	1602	5801
LORETO	433	62	702	2058	989	3811
MADRE DE DIOS	95	5	28	123	82	238
MOQUEGUA	64	3	69	91	168	331
PASCO	257	43	128	715	514	1400
PIURA	417	101	138	959	443	1641
PUNO	465	211	486	1476	1749	3922
SAN MARTIN	373	70	523	1577	857	3027
TACNA	76	7	10	81	99	197
TUMBES	46	5	75	228	173	481
UCAYALI	209	9	102	416	222	749
Total general	8274	1406	9385	25775	20548	57114

Elaborado por DIPLAN; Febrero 2021.

Fuente: MINSA-DIPLAN (feb. 2021).

Elaboración propia.

Gestión estratégica de los procesos de empleo y trabajo en salud

- La regulación e implementación de la Política Integral de Compensaciones y Entregas Económicas del Personal de la Salud al Servicio del Estado.⁶
- La elaboración e implementación del Reglamento de la Ley que autoriza el “cambio de grupo ocupacional y cambio de línea de carrera” del personal de salud del MINSA, de sus organismos públicos y de las unidades ejecutoras de salud de los gobiernos regionales.⁷

²“Decreto Legislativo que Regula la Política Integral de Compensaciones y Entregas Económicas del Personal de la Salud al Servicio del Estado”, [DL N° 1153](#) (12/9/2013).

³Registro Nacional del Personal de la Salud - INFORHUS. Disponible en http://digep.minsa.gob.pe/info_covid/ayuda_memoria_2021.html (Acceso 15/6/2021).

⁴Dirección de Planificación de Personal de la Salud – DIGEP, v. [Observatorio de RHUS](#).

⁵De acuerdo con el [DU N° 090-2020](#) (EP-NL, 3/8/ 2020), que establece medidas excepcionales y temporales para el cierre de brechas de RHUS en la respuesta a la pandemia de COVID-19.

⁶Aprobado por [DS N° 015-2018-SA](#) (EP-NL, 13/7/2018).

⁷Reglamento aprobado por [DS N° 033-2017-SA](#) (EP-NL, 23/11/2017).

- La revalorización del personal de salud mediante la gestión del incremento progresivo de los montos de la valorización principal.⁸
- La incorporación progresiva del personal de salud mediante la aprobación del Reglamento de la Ley que autoriza el nombramiento progresivo como mínimo del 20% de los profesionales de salud, técnicos y auxiliares asistenciales que, a la entrada en vigencia del DL N° 1153 (2013), tuvieron vínculo laboral y fueron identificados en la Ley de Presupuesto del sector público de 2018.⁹
- La regulación del Perfil de Competencias Esenciales de los RHUS, mediante una nueva norma técnica que orienta la formación de los profesionales de medicina y enfermería.¹⁰
- El otorgamiento de seguro de vida al personal de salud que realiza labor asistencial (CAS COVID, SERUMS, residentes e internos).¹¹
- Una escala remunerativa para profesionales y técnicos asistenciales de la salud, para prestar servicios de alerta y respuesta durante la pandemia de COVID-19.¹²
- La aprobación de una directiva administrativa que regula el trabajo remoto para el personal de salud y administrativo del MINSA y los gobiernos regionales.¹³

Gestión estratégica de los aprendizajes en salud

- El establecimiento de un Plan nacional de formación profesional y desarrollo de capacidades de los RHUS, a largo plazo, para articular los objetivos de los actores institucionales y sociales vinculados al desarrollo de los RHUS, en función de los objetivos estratégicos de salud.¹⁴
- El diseño de los Programas Educativos Estratégicos en Salud (PEES), para elevar las capacidades y competencias de los RHUS del primer nivel de atención, cuya ejecución estuvo a cargo de la Escuela Nacional de Salud Pública (ENSAP). Esta oferta educativa comprende programas de formación en salud mental basada en familia y comunidad, salud intercultural, promoción de la salud con enfoque territorial, gestión del desarrollo de recursos humanos y salud pública; los programas educativos nacionales de prevención y control de cáncer en atención primaria, y de salud familiar y comunitaria; y los programas de alta gerencia (PAG, 119 participantes) y de desarrollo gerencial (PDG, 147 participantes), ofrecidos estos últimos en convenio con SERVIR. Asimismo, incluye una serie de cursos ofrecidos en la modalidad virtual, en las áreas de salud mental, salud intercultural, promoción de la salud, salud pública, anemia y desnutrición crónica, atención integral del dengue, comunicación efectiva médico-paciente, y un curso semipresencial de tamizaje de cáncer de cuello uterino mediante inspección visual con ácido acético y tratamiento ablativo.
- La preparación del Plan curricular del Programa Nacional de Formación en Salud Familiar y Comunitaria (PROFAM), con el apoyo técnico y financiero de la cooperación italiana (en proceso de impresión para su posterior difusión).
- Actividades formativas en función de prioridades nacionales de salud. Además del PAG y PDG, se implementó en 2017 un entrenamiento dirigido a voluntarios en emergencias y desastres por lluvias (modalidad autoformativa y virtual); una capacitación en anemia y desnutrición en el

mismo año, para 150 participantes de las redes de salud de Lima; y otra en aspectos esenciales de prevención, tratamiento y control de la COVID-19, de gran envergadura, dirigido a cerca de 30 mil trabajadores de salud y agentes comunitarios.

- La aprobación del Registro Nacional de los Procesos de Articulación Docencia-Servicio en Salud (RENADS),¹⁵ que con el soporte de un aplicativo informático facilitará la automatización del planeamiento, organización y ejecución de las actividades docente-asistenciales a nivel nacional; y en general la actualización del marco normativo que regula estos procesos en los servicios de salud del MINSA y los gobiernos regionales.

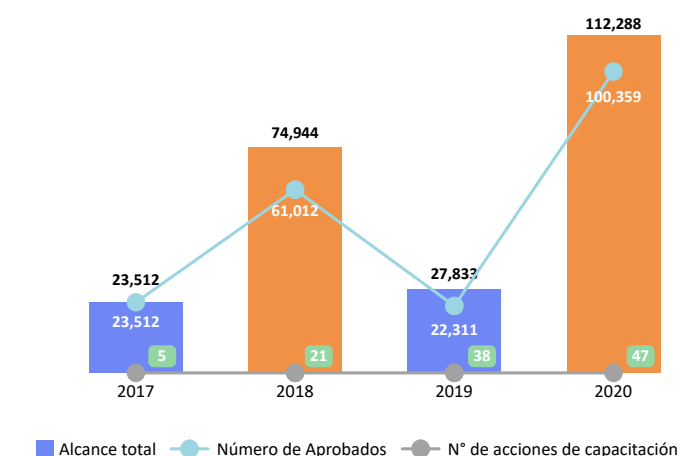
10.2 Escuela Nacional de Salud Pública y desarrollo de capacidades

La Escuela Nacional de Salud Pública (ENSAP), reactivada en 2013¹⁶ y reconocida por la Ley Universitaria de 2014, es el órgano de formación académica del Ministerio de Salud, que conduce y desarrolla procesos especializados de producción académica. Contempla entre sus funciones: a) el diseño de los programas formativos, en el marco de las políticas, normas y programas establecidos por el MINSA; b) su implementación, con enfoque andragógico y con el uso de TIC; c) la ejecución de acciones de capacitación a nivel nacional y multisectorial; y d) la evaluación a nivel de actividad y de resultados, de acuerdo con las necesidades del sistema de salud.



En el periodo 2014-2016, la ENSAP se concentró en la formación laboral, con la realización del Diplomado en Salud Familiar y Comunitaria (PROFAM).

Luego, en 2017 se ejecutaron cinco acciones de capacitación (AC) en la modalidad autoformativa (con 23 512 participantes) y, en una segunda fase iniciada en 2018, se ejecutaron 21 AC (con 74 994 servidores de salud a nivel nacional). La figura 19 muestra que las AC se redujeron en número y cantidad de participantes en 2019 (38 AC, la mitad en la forma semipresencial), lo que se debió al cambio de modalidad que implica un menor número de participantes y mayor costo, pero una mejora en la adquisición de competencias. En 2020, en el marco de la pandemia de COVID-19, los esfuerzos se orientaron a la emergencia sanitaria, con 47 AC y 14 de corta duración sobre la normatividad en la respuesta a la pandemia, la inmunización contra la COVID-19 y algunos cursos independientes.



⁸Con nuevos montos de la valorización principal, de acuerdo a lo aprobado por el [DS N° 022-2019-EF](#) (EP-NL, 28/1/2019).

⁹Reglamento de la [Ley N° 30957](#) (EP-NL, 4/6/2019), aprobado por [DS N° 025-2019-SA](#) (EP-NL, 31/10/2019).

¹⁰Documento técnico: "Perfil de competencias esenciales que orientan la formación de los profesionales de la salud, primera fase" (médicos y enfermeros), aprobado por RM N° 960-2020-SA (EP-NL, 26/11/2020).

¹¹Mediante un decreto sobre medidas complementarias durante la pandemia de COVID-19, [DU N° 037-2020](#) (EP-NL, 12/4/2020); con el citado [DU N° 090-2020](#) (EP-NL, 3/8/2020), que establece medidas excepcionales para el cierre de brechas de RHUS en la respuesta a la pandemia; el [DU N° 118-2020](#) (EP-NL, 2/10/2020), para el control de dengue bajo el mismo contexto de la emergencia sanitaria; y el más reciente [DU N° 02-2021](#) (EP-NL, 14/1/2021), que dicta nuevas medidas frente a la crisis a nivel de los establecimientos de salud.

¹²Definida por la [RM N° 420-2020/MINSA](#) (EP-NL, 21/6/2020).

¹³Mediante [RM N° 458-2020-MINSA](#) (EP-NL, 4/7/2020).

¹⁴Documento técnico aprobado por [RM 1337-2018/MINSA](#) (26/12/2018).

¹⁵Mediante [RM N° 452-2016/MINSA](#) (EP-NL, 24/6/2016).

¹⁶Con la aprobación de la nueva Ley de Organización y Funciones del MINSA de ese año ([DL N° 1161](#)).

Algunas actividades de formación estratégicas de posgrado han quedado pendientes (a inicios de 2021) por limitaciones financieras y logísticas para su implementación: la Maestría en Salud Pública, el Diplomado de Aseguramiento Universal de Salud, la segunda fase del PROFAM en servicio y el Programa de Epidemiología de Campo, entre otras.

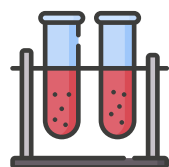


En el eje de internacionalización, desde el 2020 -y a raíz de la pandemia- se comenzó a trabajar con el Ministerio de Relaciones Exteriores, a través de la Oficina General de Cooperación Técnica Internacional del MINSA, para integrar en 2021 un programa anual de 19 acciones de capacitación ofrecidas por diversos gobiernos.

Desde su reactivación, la ENSAP ha adecuado su organización definiendo procesos y procedimientos académicos en función de cuatro perspectivas estratégicas: i) la implementación de un modelo educativo; ii) la organización de las AC en torno a la formación laboral en seis líneas estratégicas: estudios transversales, capacitación, SERUMS, formación, gestión de la salud, salud de las personas y salud familiar y comunitaria, que a su vez se despliegan en trece áreas de capacitación; iii) la estrategia de diseño y producción de las AC, con participación de los equipos técnicos del MINSA y acompañadas en ocasiones por expertos externos, para definir las competencias necesarias para el desempeño siguiendo el abordaje integral de la atención en salud; y iv) el trabajo coordinado con las regiones, que tiene como eje la constitución de dos redes: la de tutores y la de gestores de capacitación, de acuerdo a los objetivos estratégicos del sector salud.



El desarrollo de los recursos tecnológicos y humanos ha sido fundamental en los últimos años. En estos aspectos, destacan los avances que permiten realizar la capacitación en entornos cada vez más virtualizados y llegar a cada vez más trabajadores de la salud (procesando grandes cantidades de información de evaluaciones, trabajos aplicativos, tutorías, foros y recursos didácticos). **No obstante, persiste como una debilidad la escasez en el equipamiento y tecnología (equipos, software e insumos que garanticen la seguridad de la información), suplida en parte con el alquiler de plataformas educativas y de certificación.** En cuanto a los recursos humanos, su incorporación ha sido una de las primeras tareas en la segunda fase de la reactivación, aunque son aún insuficientes para las labores que realizan los ocho equipos de trabajo de la ENSAP: formación continua, posgrado, tecnología e información, certificación, producción de material educativo audiovisual, calidad, investigación y responsabilidad social y relaciones interinstitucionales.



En los campos de investigación y evaluación educativa, en 2019 se avanzó en la identificación de las “Prioridades de investigación en salud pública desde la perspectiva de la ENSAP”, en conjunto con representantes regionales de salud y de universidades. Esto permitió reconocer -en torno a la oferta de servicios de salud- cuatro líneas regionales y nacionales de investigación: accesibilidad y cobertura de los servicios, atención integral e integrada, promoción y prevención, y organización y gestión del sistema de salud. Este enfoque de líneas de investigación se aplicará a los proyectos de investigación que propongan en adelante los participantes en las actividades de formación y capacitación de la ENSAP, y servirá para optimizar las acciones desde la oferta de atención en salud.



La investigación en la ENSAP involucra también los propios procesos académicos, con un abordaje de: 1) las motivaciones y dificultades de los participantes inscritos que no llegaron a realizar las actividades de los cursos; 2) los cambios cognitivos atribuibles al desarrollo de los mismos; 3) la evaluación del impacto de las actividades educativas (un área afectada por la pandemia y la interrupción de actividades presenciales); y 4) el estado de las unidades de capacitación e investigación de las direcciones regionales de salud (mediante un diagnóstico).

En 2021, la propuesta educativa de la ENSAP se ha expandido a 35 programas de formación laboral (PFL) que desarrollan 101 cursos estructurados, para escalar desde la adquisición de competencias básicas hasta el nivel de posgrado. Esto, con miras a fortalecer la especialización de los recursos humanos en áreas específicas de su quehacer, proyectándose que estos programas sean acogidos por otras instituciones de formación en salud, con lo que se fomenta asimismo una mayor correspondencia entre las capacidades adquiridas en el sistema educativo y las necesidades del sector salud. Desde una propuesta de ejecución de los programas formativos, la ENSAP busca también que se constituyan en requisitos válidos en la progresión de las carreras y el acceso a puestos directivos en salud.

La ENSAP interactúa con la Superintendencia Nacional de Educación Superior Universitaria (SUNEDU) y otras entidades nacionales e internacionales, como universidades, asociaciones de facultades de ciencias de la salud, comités de residentado y escuelas nacionales e instituciones académicas homólogas (Escuela Nacional de Administración Pública, Escuela Nacional de Control, entre otras).



La ENSAP busca que la formación de los recursos humanos incida directamente en la mejora de su desempeño en la prestación de servicios de salud, y que con ello mejore la calidad de la atención de salud que reciben los ciudadanos, sus familias y comunidades. Desde esta noción, las actividades de la ENSAP abarcan tres grandes subprocesos: la investigación, para identificar puntos críticos en la elevación de las capacidades de los trabajadores de salud; la vinculación con entidades nacionales e internacionales de las áreas de salud y educación, para optimizar la oferta educativa y el desarrollo institucional; y la labor académica, en la entrega del servicio formativo. Este esquema se viene instrumentalizando con la definición de procesos y procedimientos para la mejora continua de la calidad. En concreto, la ENSAP ha establecido una Oficina de Calidad Educativa específicamente dedicada a introducir mejoras en los procesos educativos.

La ENSAP tiene como desafío alcanzar los más altos estándares posibles de calidad y excelencia en los procesos de producción académica, tomando en cuenta la demanda formativa de los trabajadores de salud, el rol de la institución en el direccionamiento de la capacitación y la necesidad de estrechar vínculos con entidades educativas nacionales e internacionales. En este sentido, resulta clave fortalecer la capacidad operativa de la ENSAP y otorgarle la autonomía administrativa, académica y financiera (como Unidad Ejecutora). De este modo podrá potenciar su función y recuperar su posición como institución referente internacional en la formación de recursos humanos en salud.

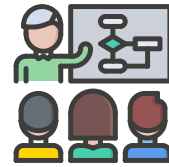
11 Agenda Digital del Sector Salud 2020-2025

En los años 2019 y 2020, el MINSA y el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) han realizado diversos talleres en los que se ha abordado la problemática del sector y el diseño del Estado futuro al 2030, base de una hoja de ruta para la construcción de una Agenda Digital. En ellos han participado múltiples actores del sector salud (direcciones del MINSA, SUSALUD, EsSalud, hospitales, Fuerzas Armadas y Policiales y la Asociación de Clínicas Privadas) y el Ministerio de Transportes y Comunicaciones, este último como un ente habilitante para la transformación digital en conjunto con la Oficina General de Tecnologías de la Información (OGTI) del MINSA.

En la propuesta del BID, el aliado estratégico en la elaboración y conducción de la Agenda, se plantea una hoja de ruta a ser ejecutada con recursos de cooperación técnica no reembolsables destinados a financiar dos áreas:¹



Componente I: Apoyo en el diseño e implementación de la transformación digital en Perú. Su objetivo es proveer asistencia técnica para el desarrollo e implementación de una hoja de ruta para la transformación digital en salud. Se prevé un mapeo de las aplicaciones disponibles en el país, una medición de uso y acceso a tecnologías de salud, un diagnóstico de ciberseguridad y un ejercicio de design thinking para el diseño de un laboratorio de soluciones tecnológicas en salud.



Componente II: Capacitación y disseminación de la Agenda Digital en salud. Su objetivo es apoyar al gobierno en sus capacidades para implementar la estrategia de gobierno digital y comunicar sus avances. Incluye capacitaciones con expertos, encuentros regionales con la Red Americana de Cooperación sobre Salud Electrónica (RACSEL) y entrenamientos provistos por centros de excelencia de la OMS.

Durante el proceso de elaboración de la Agenda, los análisis condujeron a la identificación de seis grandes dimensiones que debían ser abordadas: gobernanza y gestión, infoestructura, infraestructura digital, componentes del proceso, personas y cultura, y gestión del conocimiento y salud pública. Luego, en abril de 2020, el MINSA remitió la propuesta del documento técnico Agenda Digital del Sector Salud 2020-2025 a los actores involucrados para recoger sus opiniones, antes de su aprobación en octubre de ese año.²

La Agenda tiene como propósito general establecer los objetivos, estrategias y acciones del sector en salud digital, con la finalidad de contribuir a la mejora de la calidad de los servicios de salud. Se trata de un valioso instrumento para la articulación y transformación del sector en el campo tecnológico, con un gran potencial como soporte a la mitigación de los efectos de la pandemia de COVID-19 y de otras que se puedan presentar a futuro. Entre sus objetivos específicos contempla: fortalecer el ecosistema de salud digital y su gobernanza; desplegar a nivel nacional la historia clínica electrónica y la telesalud; mejorar la confiabilidad y disponibilidad de la información para análisis y la toma de decisiones; y promover el desarrollo tecnológico y la innovación en salud, todo ello a través de estrategias y actividades a realizarse en colaboración con los principales actores del sector.

¹Por un monto total de 250 mil dólares, desagregados en los rubros de los dos componentes.

²Mediante [RM N° 816-2020-MINSA](#) (6/10/2020).

Con un horizonte de implementación de cinco años, se propone desarrollar la Agenda en tres fases: una primera, fundacional, planteada para el año 2021; una segunda fase de construcción y expansión nacional en 2022 y 2023; y la tercera, de consolidación y sostenibilidad, para 2024 y 2025. En función de este esquema, el apoyo del BID para la etapa fundacional incluye la contratación de tres consultores para -en coordinación con la OGTI- realizar tareas como el análisis del nivel de madurez de los sistemas de información para la salud, el mapeo de aplicaciones de soporte a la toma de decisiones en los procesos asistenciales desde los distintos subsistemas de salud, y estimaciones de costos de las actividades y productos definidos en la hoja de ruta de implementación. **A la fecha, se están desarrollando las siguientes acciones:**

Implementación de la Agenda Digital

- Propuesta del Plan de implementación de la Agenda para la fase fundacional, con presupuesto comprometido como parte del informe de cambio de gobierno.
- Propuesta de una comisión multisectorial de naturaleza temporal, dependiente del MINSA, para realizar el seguimiento de la implementación de la Agenda.
- Propuesta de conformación de un grupo de trabajo para la implementación.
- Inicio del “Proyecto LAURA” de inteligencia artificial, en su fase piloto, en dos hospitales de Lima Metropolitana (pendiente de confirmación oficial).
- Inicio de una consultoría para determinar el marco de arquitectura empresarial del sistema de salud.

Entre otras acciones, alineadas al Plan de implementación de la Agenda, se encuentran:

- La aprobación del documento técnico del Sistema de Información de Historia Clínica Electrónica (SIHCE) para el primer, segundo y tercer nivel de atención (luego del levantamiento de observaciones).
- La ejecución de actividades de fortalecimiento de la telesalud, HCE y Receta Electrónica financiadas con un monto de 150 millones de soles.³
- La elaboración del documento técnico Plan de fortalecimiento del SIHCE-MINSA de nivel hospitalario.
- La actualización del Plan de implementación del Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas (RENHICE), con la incorporación de las recomendaciones del Comité de Evaluación de su estado y funcionamiento.⁴
- La colaboración con los líderes de las estrategias de implementación de la Agenda.
- El fortalecimiento de la Receta Electrónica para las actividades vinculadas a Teleatendo (incluyendo las actividades piloto de implantación, como un primer acercamiento para la habilitación de la HCE).
- La armonización de las acciones priorizadas en el Plan de la Agenda con las actividades del Programa de Creación de Redes Integradas de Salud (PCRIS).
- El fortalecimiento del Plan de Gobierno Digital, la designación del Oficial de Seguridad de Información y la reactivación del Comité de Gobierno Digital del MINSA.
- La elaboración de los términos de referencia para la ejecución de las actividades del Plan del PCRIS para el 2021, correspondientes al Componente 3: Mejoramiento y ampliación del Sistema Único de Información en Salud a nivel nacional.

³De acuerdo a lo estipulado en la [RM N° 462-2021-MINSA](#) (5/4/2021), referida a la transferencia de recursos presupuestales a favor del MINSA para ser destinados a dichos rubros.

⁴Comité conformado mediante [RM N° 502-2020-MINSA](#) (17/7/2020).

11.1 TELESALUD: llevar salud con oportunidad, equidad y tecnología

La geografía del Perú, diversa, accidentada y con vías de comunicación insuficientes, impone múltiples limitaciones que el Estado debe aún superar para extender su presencia en todo el territorio. Este escenario ha condicionado históricamente la existencia de profundas brechas de inequidad en el acceso a los servicios de salud y públicos en general por parte de la ciudadanía. A esto se añade la escasez de especialistas y la concentración de los recursos sanitarios en las zonas urbanas (infraestructura hospitalaria, personal y otros), siendo las poblaciones rurales y dispersas las más afectadas por estas carencias.



Frente a este panorama, las nuevas tecnologías de información y comunicación (TIC) aparecen como aliadas estratégicas para, mediante la telesalud, llevar a las zonas menos favorecidas una oferta virtual variada de servicios especializados en salud. Es así que el MINSA, para cubrir las brechas señaladas, crea en el año 2017 la Dirección General de Telesalud, Referencia y Urgencias (DIGTEL).⁵ Bajo este marco institucional, la telesalud incluye los servicios a distancia prestados por el personal de salud empleando las TIC, **en cuatro principales ejes de desarrollo: la telemedicina, la telecapacitación, la teleinformación, educación y comunicación, y la telegestión.**

La Red Nacional de Telesalud (RNT), establecida en el Plan Nacional de Telesalud de 2005, se planteaba en su origen abarcar los subsistemas del MINSA, las sanidades de las Fuerzas Armadas y Policiales, de EsSalud y del sector privado. Sin embargo, hacia el primer trimestre de 2017 contaba con solo 43 IPRESS incorporadas, situación que comenzó a cambiar recién en los últimos años. Actualmente, la RNT integra a 2 543 IPRESS, en su mayoría del primer nivel de atención (95%), además de institutos especializados, hospitales nacionales y regionales de todo el país, y subsistemas del Ejército Peruano, la Marina y el Instituto Nacional Penitenciario.

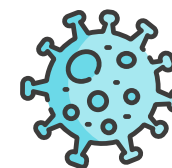


⁵Establecido en su ROF mediante DS N° 008-2017-SA (5/3/2017).



Al iniciarse el último quinquenio, se planteó para la RNT la visión de interconectar mediante videollamadas a establecimientos de salud con limitada capacidad resolutoria donde se encontrarán pacientes que requirieran atención especializada, con hospitales de mediana o alta complejidad. Así, los especialistas, a través de interconsultas, podrían resolver los casos, realizar manejos conjuntos o definir las referencias y traslados de pacientes. Con esta estrategia se llegó a resolver el 80% de las teleinterconsultas en las que se solicitaban referencias, evitando traslados innecesarios de pacientes, gastos de desplazamiento y otros costos asociados.

Otra estrategia fue la puesta en marcha de la Red de Telemamografía en julio de 2017, que ya suma 13 regiones beneficiadas con lecturas a distancia por radiólogos especialistas en mamografías, desde un centro de lectura ubicado en un hospital de alta complejidad de Lima. La primera experiencia se registró en el Hospital Regional Docente Dr. Julio César Demarini Caro, en Chanchamayo, donde las mujeres de la etnia Ashaninka estuvieron entre las primeras beneficiarias de la estrategia (reconocida por las autoridades y acogida favorablemente por las ciudadanas y sus comunidades). A la fecha, se han realizado más de 26 mil telemamografías leídas con informes digitales y respaldo de firma digital, lo que ha contribuido a la política de “cero papel” y a la reducción del tiempo promedio de entrega de informes de lecturas: de 45 días en el modo tradicional a 48 horas por telemamografía.



Se han despejado mitos referidos al uso de grandes o costosos equipamientos y exigencias de conectividad, al demostrarse la factibilidad del empleo de tecnologías interoperables, neutras y de amplio acceso implementadas desde el primer nivel de atención. **Con estas se ha podido llegar a los hogares peruanos, por ejemplo, durante la pandemia de COVID-19 (con computadoras portátiles, tablets, teléfonos inteligentes, videoconferencias en nube y telefonía, entre otros).**



La estrategia de telemedicina destaca por la pluralidad de su oferta prestacional: teleconsultas, teleinterconsultas, teleorientación, telemonitoreo y teleapoyo al diagnóstico (en sus modalidades de telemamografía, teletomografía, teleecografía y otras); y por su acelerada expansión: de 788 teleinterconsultas en 2017, se ha pasado a más de 15 millones de prestaciones mediante telemedicina a la fecha.

De otra parte, las telecapacitaciones y la teleinformación, educación y comunicación (Tele IEC) permiten mantener actualizados e informados al personal de salud y a la población mediante el empleo de múltiples plataformas libres y gratuitas, incluyendo redes sociales virtuales como repositorios de acceso irrestricto. En el rubro de telecapacitaciones, con el apoyo de expertos se ha podido organizar 3 641 actividades que abarcan más de nueve millones de participaciones individuales, lo que ha significado un ahorro que se calcula en algo más de 2 800 millones de soles en gastos logísticos. Y, con respecto a la Tele IEC, los avances han sido también notables, con 199 sesiones realizadas por profesionales de salud, alcanzando a una población beneficiaria de 723 288 personas desde diciembre de 2018 hasta inicios de 2021.



En abril de 2020 se pone a disposición de la ciudadanía y de los profesionales de la salud el Sistema de Información Asistencial Teleatiendo. Este, a la fecha, registra más de 1 700 000 atenciones, siendo usado por alrededor de siete mil profesionales de unas 950 IPRESS a nivel nacional. El Sistema recibió en ese mismo año el premio “Conectarse” de Movistar a la innovación para el acceso servicios básicos en zonas rurales.

El despliegue de estas actividades requiere de sostenibilidad económica y un respaldo legal adecuado. Respecto al primer punto, en coordinación con el SIS se ha obtenido el reconocimiento de pagos por las prestaciones de telesalud⁶ y el financiamiento a IPRESS para su implementación.⁷ En cuanto al marco legal, desde 2016 se dispone de la Ley Marco de Telesalud,⁸ que ha sido desarrollada en su reglamentación y otros documentos normativos y de política, especialmente el Plan Nacional de Telesalud del Perú 2020-2023.⁹ Algunos de los aspectos más resaltantes de este Plan son el énfasis que pone en la incorporación de competencias en telesalud desde la formación de pregrado en salud e ingeniería, y su apuesta por la telesalud para el fomento de la inclusión y la equidad.



Se ha establecido también la Central de información y Orientación 113 Salud, que surgió por un cambio de la plataforma de INFOSALUD y su número telefónico 0800 10828 -línea gratuita, pero de acceso limitado- a un nuevo número de tres dígitos y fácil memorización, el 113 Salud, integrado con las centrales del SIS y SUSALUD, al que se puede acceder desde cualquier parte del país y operador telefónico de forma gratuita. En el último quinquenio, esta línea ha atendido más de cuatro millones y medio de llamadas.



Los esfuerzos en telesalud se desarrollan, en parte, con el apoyo de la cooperación internacional. En esta área, se ha suscrito un acuerdo con Corea del Sur para la conducción de un Proyecto Piloto de Telemedicina, un convenio con Trustees of Dartmouth College para la realización de labores de investigación en servicio, y se proyecta un acuerdo adicional con KOICA para un proyecto por un monto de siete millones de dólares.

La gestión en telesalud ha recibido diversos premios y reconocimientos. Entre los principales se encuentran el Premio Nacional Democracia Digital 2019 en la categoría Sector Público, por el proyecto “Acercamos la salud a más peruanos de zonas alejadas con ayuda de la tecnología”; el de Buenas Prácticas en Gestión Pública de los años 2019 y 2020, de Ciudadanos al Día, por las iniciativas “Acercando la salud en zonas vulnerables con la ayuda de la tecnología” y “Acercando la salud a más peruanos en tiempos de COVID-19 con ayuda de la tecnología”, en las categorías de Inclusión Social y Servicio de Atención al Ciudadano, respectivamente; y el del concurso “Intercambio de experiencias, historias y buenas prácticas en atención primaria de salud para enfrentar la pandemia de la COVID-19”, organizado por la OPS en 2020.



En adelante, la continuidad de la implementación del Sistema Asistencial Teleatiendo, en especial para el fortalecimiento del primer nivel de atención, deberá evolucionar de la mano con un gran centro de contacto que funcione como una ventanilla virtual única para la población, para atenciones de salud a distancia, en el marco de las políticas de fomento de las Redes Integradas de Salud.

11.2 e-BlueInfo: Plataforma para la Práctica en Salud

La aplicación (app) e-BlueInfo para la práctica en salud es una plataforma innovadora de información desarrollada por el Centro Latinoamericano y del Caribe de Información en Ciencias de la Salud de la OPS/OMS (BIREME, antes Biblioteca Regional de Medicina), con el MINSA y la Representación de la OPS en el Perú, creada para facilitar el acceso a información y evidencia científica en apoyo a los

procesos de trabajo y toma de decisiones de profesionales y gestores de salud, con énfasis en el primer nivel de atención.

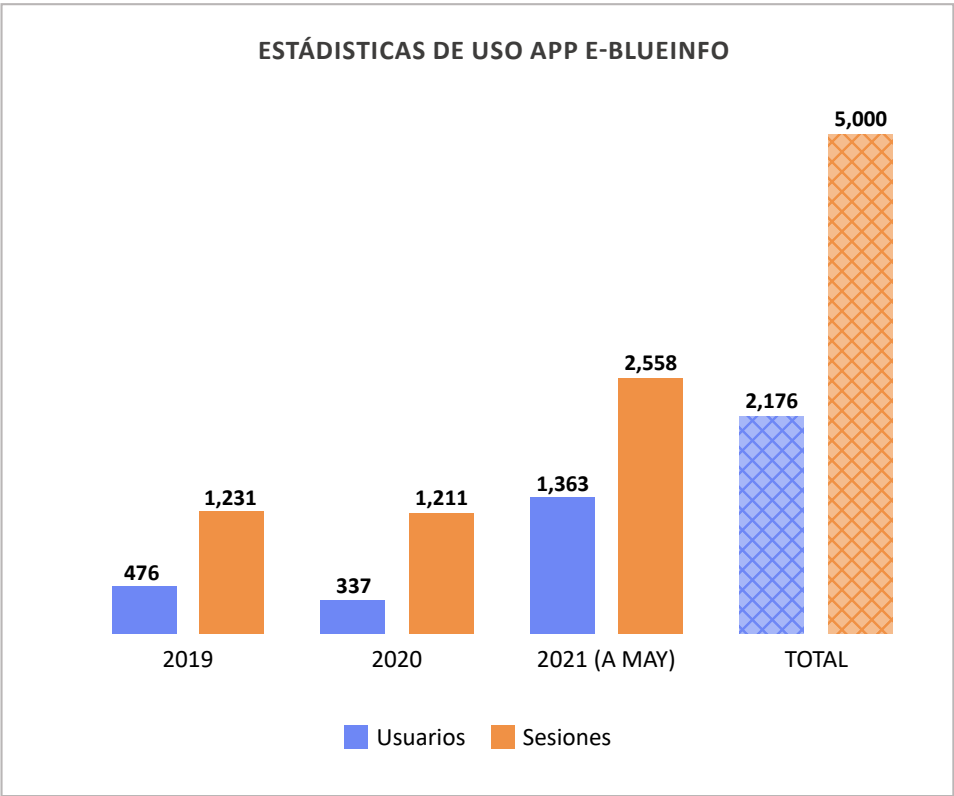


Este aplicativo de acceso móvil contiene información relevante, pertinente y actualizada sobre la COVID-19 y para la atención primaria de salud (APS). Difunde cerca de 600 documentos de APS y 200 de COVID-19, previa validación del Comité de Expertos del MINSA, según normas técnicas, directivas, guías de práctica clínica, planes, compendios y artículos científicos del propio Ministerio y de otras instituciones del sector salud.

El uso de una primera versión del aplicativo se oficializó mediante la suscripción de un acuerdo entre el MINSA y la OPS/OMS en 2019.¹⁰ Posteriormente, en marzo de 2021, BIREME lanzó la versión 2.0 de e-BlueInfo con una nueva interfaz, opciones para la identificación institucional, facilidades para el manejo de documentos, acceso a guías de OPS/OMS, evidencia científica organizada según la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) en la Biblioteca Virtual en Salud regional (BVS), materiales multimedia, legislación sanitaria, gráficos, entre otros recursos.

La evolución estadística de usuarios y sesiones del e-BlueInfo Perú exhibe una tendencia ascendente significativa en el 2021 (de enero a mayo), con el lanzamiento de la nueva versión, como se muestra a continuación:

Figura 20. Evolución del uso del aplicativo e-BlueInfo, 2019-2021



⁶Aprobado por [RJ N° 231-2017/SIS](#) (27/9/2017).

⁷Según [RJ N° 144-2020/SIS](#) (6/11/2020).

⁸[Ley N° 30421](#) (EP-NL, 2/4/2016)

⁹Documento técnico aprobado por [RM N° 1010-2020-MINSA](#) (9/12/2020).

¹⁰Se trata de un [Memorándum de entendimiento](#) para la cooperación entre la OPS/OMS y el MINSA, concerniente al e-BlueInfo, suscrito en Lima el 7 de octubre de 2019.

12 Medicamentos

12.1 Norma y reglamento de medicamentos. Receta Electrónica

El acceso a los servicios de salud, dispositivos médicos, productos farmacéuticos y otros suministros sanitarios es un elemento fundamental para que todas las personas puedan ejercer su derecho a la salud. De acuerdo con la OMS, la falta de acceso a medicamentos y tecnologías médicas rara vez se debe a factores aislados, y los elementos para asegurar el acceso incluyen la selección y el uso racional de medicamentos, precios asequibles, financiación sostenible, sistemas de salud y de suministro fiables, y criterios de calidad.



La Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas (DIGEMID) es la autoridad regulatoria para los productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios (en adelante los productos), **encargada de proponer políticas, normas y estrategias para el cumplimiento de sus objetivos estratégicos: asegurar que los productos cumplan con estándares de seguridad, eficacia y calidad, y que los establecimientos farmacéuticos cumplan con las buenas prácticas establecidas; y lograr que la población acceda de manera oportuna e integral a los productos, usándolos adecuadamente.**

La Ley de los Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios de 2009 y sus reglamentos¹ pusieron en vigencia un marco regulatorio para asegurar que los productos que ingresan al mercado nacional, sean importados o locales, tengan la seguridad, calidad y eficacia exigidas



¹Ley N° 29459 (EP-NL, 25/11/2009) y reglamentos de establecimientos farmacéuticos y de registro, control y vigilancia sanitaria de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios, aprobados por [DS N° 014-2011-SA](#) (EP-NL, 27/7/2011) y [DS N° 010-2011-TR](#) (EP-NL, 27/7/2011), respectivamente.

por las normas internacionales. Estas regulaciones han requerido de actualizaciones y normas complementarias según el avance científico, tecnológico y de criterios de armonización (por ejemplo, para la intercambiabilidad y la farmacovigilancia de medicamentos). Así también, buscando una mejora de la eficiencia y de la atención al ciudadano, y para viabilizar la aplicación de la normativa, la DIGEMID ha venido implementando medidas de simplificación administrativa y de certificación del Sistema de Gestión de la Calidad mediante auditorías internas y externas.

Con los mismos fines, se ha trabajado en el fortalecimiento de las capacidades del recurso humano, el intercambio de información y conocimiento con otras agencias reguladoras (FDA, EMA, ANMAT y ANVISA) y con entidades internacionales (como la Alianza del Pacífico, APEC, ORAS, CAN, EAMI, RedPARF, entre otras), participando en reuniones de coordinación y comunicación de experiencias.



Desde marzo de 2020, con el inicio de la pandemia de COVID-19, la disponibilidad de los productos se ha visto afectada por medidas de control impuestas por diferentes países y por el aumento de la demanda de determinados suministros necesarios por la crisis sanitaria. Así también, la necesidad de contar con tratamientos e inmunización para esta enfermedad ha propiciado una gran cantidad de proyectos de investigación en todo el mundo. Las vacunas para la COVID-19, en especial, se convirtieron en una prioridad de los países, algunos de los cuales contaban con regulaciones farmacéuticas para la autorización de productos en investigación, en tanto que otros recurrían a mecanismos de emergencia para el uso de vacunas aún bajo investigación. Ante esta necesidad, alrededor de 16 vacunas de estos proyectos fueron autorizadas en diversos países, mientras que la OMS autorizó siete. En Perú, hay hasta el momento tres tipos de vacuna autorizadas y tres expedientes de otras vacunas en evaluación.



La crisis sanitaria motivó también la necesidad de regular la fabricación o importación de dispositivos médicos en investigación, además de iniciativas locales para fabricar ventiladores mecánicos, plantas generadoras de oxígeno y dispositivos de diagnóstico in vitro de COVID-19, lo que ha requerido la realización de adecuaciones en los mecanismos regulatorios sin debilitar las condiciones de calidad, seguridad y desempeño.

El oxígeno medicinal es un producto de vital importancia en esta emergencia. Con el fin de mejorar su disponibilidad en el país, el Estado ha emitido disposiciones para incrementar su producción





y el acceso a este medicamento,² e incorporar el oxígeno al 93% de concentración en el Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales.³ **Además, se ha promulgado una nueva Ley para regular y garantizar el uso de oxígeno medicinal en los establecimientos de salud públicos y privados.**⁴ Con estas disposiciones y los mecanismos de la Ley 29459 se ha autorizado la instalación de más de 150 plantas de oxígeno al 93% en establecimientos de salud y otros lugares donde se requieren.



Un aspecto importante de la regulación de los establecimientos farmacéuticos es el cumplimiento de las Buenas Prácticas en las cadenas de suministro de los productos, para asegurar que reúnan las condiciones autorizadas de seguridad, calidad y eficacia. El control y vigilancia sanitaria de los productos y establecimientos farmacéuticos es una función clave de la autoridad regulatoria, que permite identificar y prever posibles problemas en los productos y tomar medidas en resguardo de la salud de las personas. En este campo se cuenta con nuevas directivas específicas (por ejemplo, para dispositivos de diagnóstico in vitro).

En el quinquenio de 2016 a 2021 ha habido una extensa producción de documentos normativos (alrededor de 120, el 40% aprobados de 2020 en adelante)⁵ que actualizan y complementan la regulación de situaciones ordinarias, o de adecuación de vías para facilitar la importación o fabricación de productos en situaciones de emergencia.⁶ **Es el caso del Proyecto de Ley y Reglamento que regula el Registro Sanitario Condicional (RSC) para medicamentos y vacunas que, aun estando en fase III de ensayo clínico, pueden recibir la autorización para su fabricación, importación, comercialización y uso en el país.** El marco normativo permite que la población tenga acceso a productos de calidad, seguros y eficaces, a través de la evaluación técnica y las acciones de control y vigilancia sanitaria contra el comercio ilegal. En el periodo señalado, han recibido autorización alrededor de 24 mil productos farmacéuticos, cerca de 22 mil dispositivos médicos y más de 40 productos sanitarios, además de varios establecimientos farmacéuticos.

Receta Electrónica

La implementación de intervenciones de vigilancia y control de riesgos asociados a la calidad, seguridad y disponibilidad de los productos favorece un mejor cuidado de la salud, la satisfacción de la población y su acceso a los servicios de salud. Estas acciones se enfocan en la gestión eficiente del ciclo de vida de los productos, que incluye el diseño, la investigación, la producción, la comercialización, la dispensación y el uso.

Entre las intervenciones para mejorar la gestión clínica y la dispensación destaca la implementación de la receta electrónica, que concluye en una orientación diagnóstica y la toma de una decisión terapéutica, y que puede incluir indicaciones farmacológicas y/o no farmacológicas en una receta médica. Si esta incluye una prescripción farmacológica, la dispensación de medicamentos se debe realizar en una farmacia o botica, pública o privada, cumpliendo con las Buenas Prácticas de Dispensación correspondientes.

En el 2019 se emitió una norma para la Cobertura Universal de Salud que dispone la “automatización de la prescripción y dispensación de los medicamentos para el público usuario”,⁷ que representa un avance en la prestación de servicios de salud en IPRESS del MINSA y los gobiernos regionales, con el uso de tecnologías de información y comunicación (TIC) en este rubro.

Al año siguiente, la pandemia de COVID-19 motivó medidas nuevas y extraordinarias para garantizar el acceso a medicamentos y dispositivos médicos para el tratamiento del coronavirus y reforzar la respuesta a la crisis sanitaria,⁸ incluyendo el empleo de TIC en la automatización de la prescripción y dispensación de medicamentos para generar la Receta Electrónica, y su atención en las farmacias de las unidades prestadoras de servicios de salud. Estas herramientas, a su vez, deben permitir la trazabilidad de la entrega de productos farmacéuticos y dispositivos médicos al paciente, así como la identificación de brechas en la atención y la demanda insatisfecha.

Adicionalmente, la nueva legislación de 2020 que fortalece los alcances de la Telesalud⁹ establece la incorporación de la receta electrónica a los servicios de telemedicina y a la Historia Clínica Electrónica, como una herramienta tecnológica para comunicar la prescripción al paciente, cumpliendo la normatividad vigente sobre la autenticidad del documento. Así, la receta electrónica que se envía al usuario tiene valor legal para su uso en las farmacias y ante las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS).

En síntesis, la receta médica electrónica es una modalidad de servicio digital de apoyo a la asistencia sanitaria, que permite -a los profesionales de la salud autorizados- emitir y transmitir prescripciones por medios electrónicos, con arreglo a las normas vigentes, para su dispensación en las farmacias y boticas de los sectores público y privado.

²DU N° 066-2020 (EP-NL, 4/6/2020).

³RM N° 646-2020-MINSA (19/08/2020).

⁴Ley N° 31113 (EP-NL, 21/1/2021).

⁵Disponibles en la sección [Normatividad](#) de la página web de la DIGEMID.

⁶Incluso para productos en fase de investigación que cuentan con evidencia para su uso masivo, resguardando la calidad, seguridad y eficacia, como en el caso de las vacunas contra la COVID-19.

⁷DU N° 017-2019 (EP-NL, 28/11/2019).

⁸DU N° 059-2020 (EP-NL, 21/5/2020).

⁹“Decreto de Ley que Fortalece los Alcances de la Telesalud”, [DL N° 1490](#) (EP-NL, 10/5/2020).

12.2 El Sistema de Envío de Medicamentos a Pacientes Crónicos (SIENMECRO) – “Llegando a ti”: implementación en el primer nivel de atención



La declaratoria del Estado de Emergencia por la pandemia de COVID-19 (el 11 de marzo de 2020) y diversas normas posteriores establecieron medidas urgentes de contención, incluyendo restricciones al libre tránsito de las personas en espacios públicos. En este contexto, se aprobó en julio del mismo año una directiva sanitaria que autorizó la aplicación de un conjunto de criterios técnicos para operativizar la entrega de medicamentos a pacientes crónicos.¹⁰ Con esta medida se impulsaba el SIENMECRO, cuya prueba piloto inicial se había realizado en marzo con pacientes de la jurisdicción de la DIRIS Lima Este atendidos por el Instituto de Ciencias Neurológicas. Luego, en abril, este mecanismo se amplió a otras cuatro DIRIS, y para mayo se oficializó su funcionamiento en todo el espacio de Lima Metropolitana y el Callao, incorporándose de manera gradual los institutos y hospitales especializados. Desde julio de 2020, se inició la expansión de la estrategia a nivel nacional, con el compromiso de que los institutos u hospitales especializados participantes envíen los medicamentos de sus pacientes a todo el país a través del Centro Nacional de Abastecimiento de Recursos Estratégicos en Salud (CENARES), según los requerimientos, sean refrigerados o no refrigerados.

El SIENMECRO es una estrategia para acercar el medicamento que usualmente recibe el paciente crónico del instituto u hospital, a través de los establecimientos de salud del primer nivel de atención (PNA) o directamente a su domicilio, con la mediación o articulación de la DIRIS, DIRESA o GERESA y el apoyo de CENARES. En este esquema, las instituciones sanitarias participantes conforman comités regionales que se encargan de operativizar, monitorear y hacer el seguimiento de todo este proceso, con el apoyo de un Sistema de Monitoreo que les brinda asistencia técnica permanente. La estrategia se aplica en las siguientes modalidades:

A. Nivel de Lima Metropolitana, entre institutos y hospitales especializados y en el PNA

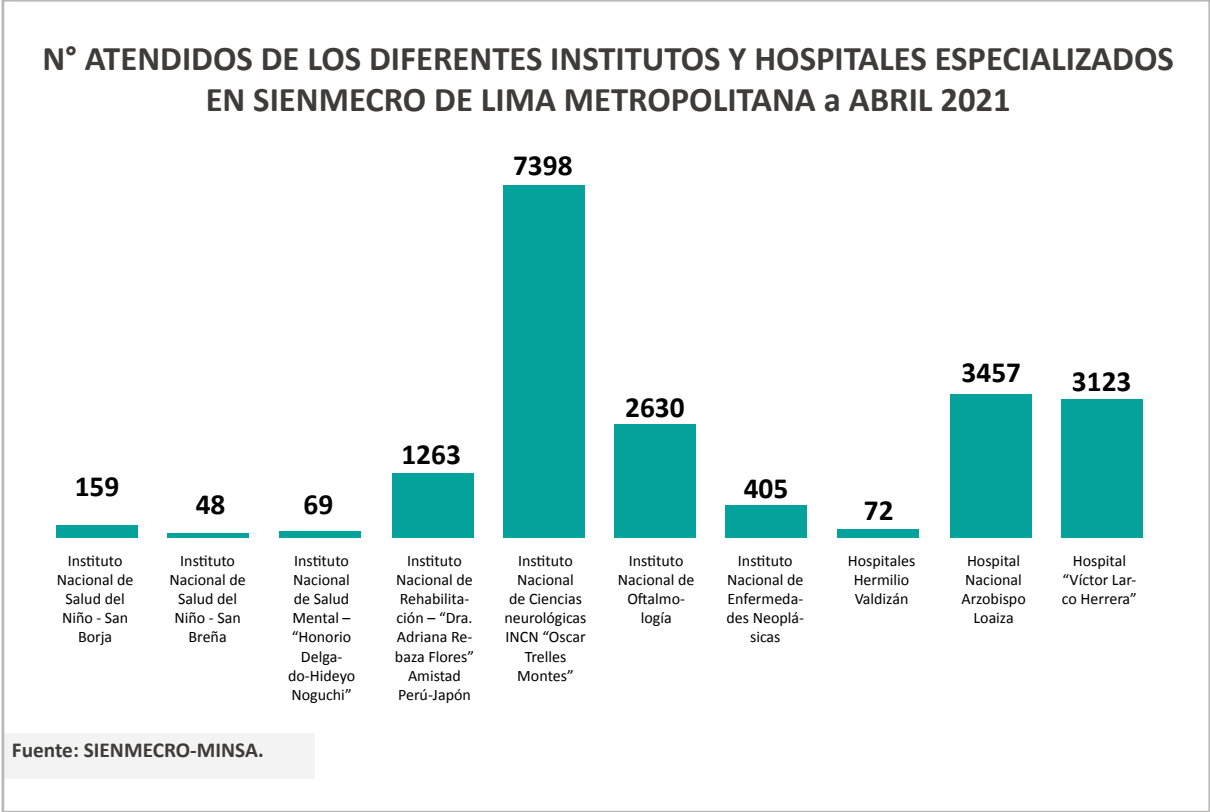
El instituto u hospital especializado, con su lista nominativa de pacientes crónicos, efectúa un análisis y determina qué pacientes son aptos para recibir tratamiento a través del SIENMECRO. Luego, el especialista realiza el primer contacto con el paciente para consensuar el lugar o punto de entrega de sus medicamentos, en un establecimiento de salud próximo a su domicilio. En casos excepcionales la entrega se realiza a domicilio, únicamente a través de la coordinación con el responsable de la DIRIS-DIRESA Callao (definiendo su disponibilidad y accesibilidad). Este escenario se contempla solo si el paciente no puede movilizarse y no tiene quién le apoye en el recojo, o si existe algún factor social o contextual demostrado que le impide desplazarse. En tal caso, se le comunica la fecha aproximada de entrega y el especialista que lo atiende emite la receta y llena el formato de atención (FUA). Finalmente, el encargado de Farmacia del instituto u hospital recibe y atiende el pedido de medicamentos y/o insumos a ser enviados a cada DIRIS.



Para la entrega, el responsable del SIENMECRO del instituto u hospital comunica por medio del grupo de WhatsApp “SIENMECRO LIMA” que la DIRIS o DIRESA Callao deberá acercarse al siguiente día a su institución a recoger los medicamentos. El químico farmacéutico, por su parte, se acerca en un vehículo a cada instituto u hospital para recoger la medicación y llevarla luego al punto de entrega en un plazo de dos días. Este proceso se agiliza en casos de urgencia. Hasta abril de 2021 se ha atendido por esta modalidad a 18 624 pacientes crónicos, distribuidos como se muestra en la siguiente figura:

¹⁰Directiva sanitaria N° 111-MINSA/2020/DGOS: “Criterios técnicos para la operatividad de la entrega de medicamentos, otros productos farmacéuticos y dispositivos médicos para pacientes crónicos procedentes de los institutos especializados y hospitales nacionales y regionales que serán atendidos por el primer nivel de atención: Llegando a ti”, aprobada por RM N° 507-2020-MINSA (EP-NL, 21/7/2020).

Figura 21. SIENMECRO: pacientes crónicos atendidos en Lima Metropolitana (a abril de 2021)



B. Nivel nacional, entre institutos y hospitales especializados y en el PNA de las regiones a través de las DIRESA o GERESA, con el CENARES a cargo del traslado de medicamentos a las regiones



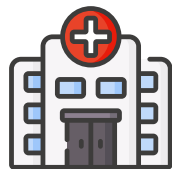
En esta modalidad, cada instituto u hospital especializado realiza su propio análisis y determina qué pacientes son aptos para recibir sus tratamientos a través del SIENMECRO Nacional. Al contactarse con el paciente, el especialista debe conocer la organización jurisdiccional de las DIRESA/GERESA que corresponden a cada departamento. El primer contacto con el paciente se realiza desde el instituto u hospital mediante videollamada o por vía telefónica. El especialista que atiende al paciente emite la receta y el FUA con su firma, que envía a los responsables en la región correspondiente, con una copia a la coordinación nacional. El encargado de Farmacia del instituto u hospital recibe el pedido para enviar los medicamentos y/o insumos a CENARES, a un punto de entrega, a través de un sistema de transporte ya establecido.

Los comités regionales del SIENMECRO implementados en las DIRESA/GERESA tienen la función de coordinar con el Comité del SIENMECRO Regional y comunicarle la llegada de los medicamentos, para el cumplimiento inmediato de las acciones. Asimismo, deben contactar al paciente, informarle de la llegada de su tratamiento, consensuar con él la entrega y seguir el procedimiento estipulado. El Comité Regional debe garantizar que el producto farmacéutico llegue hasta el paciente, a través de un monitoreo del proceso.



Desde julio de 2020 hasta inicios de 2021, 815 pacientes crónicos de 24 regiones han recibido sus medicamentos por esta modalidad, registrándose las cifras más altas en las regiones de Piura, Lambayeque, La Libertad, Ancash, Huánuco, Lima Regiones y Cajamarca.

C. Nivel regional y local, entre hospitales nacionales y no especializados (de los niveles II y III) de Lima Metropolitana y de las regiones con el PNA



Cada hospital de nivel II o III de su jurisdicción determina qué pacientes recibirán sus tratamientos a través del SIENMECRO. Al tener dispuesto su Comité del SIENMECRO Regional, el hospital se organiza con los establecimientos de salud del PNA a través de la DIRIS, DIRESA o GERESA, que se articulan mediante sus Redes Integradas de Salud o redes de servicios siguiendo la misma metodología establecida en Lima Metropolitana o efectuando una intervención directa. Hasta inicios de 2021, más de 50 mil pacientes crónicos de todo el país habían recibido sus tratamientos bajo esta modalidad.

Coordinación nacional



El SIENMECRO cuenta con una instancia de Coordinación Nacional que tiene como funciones: a) coordinar con los jefes inmediatos de cada DIRIS, DIRESA y GERESA para facilitar el cumplimiento de los procesos; b) monitorear continuamente el cumplimiento y la oportunidad de la entrega de cada tratamiento; c) realizar reuniones con todos los coordinadores, mediante videoconferencias, para comunicar las medidas a llevarse a cabo; y d) verificar el funcionamiento del sistema in situ, a nivel de las DIRESA y GERESA, según las condiciones establecidas.

EL CAMINO DE LA COBERTURA UNIVERSAL

Janice Seinfeld.

Antecedentes

Según el artículo 7 de la Constitución Política del Perú, los ciudadanos tienen derecho a “la protección de su salud, la del medio familiar y la de la comunidad, así como el deber de contribuir a su promoción y defensa”. En esa línea, la cobertura universal de salud (CUS), impulsada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), promueve que todas las personas tengan acceso equitativo a los servicios de salud que necesitan a lo largo de su vida, con calidad y sin dificultades financieras. Por eso, la CUS tiene tres dimensiones: poblacional, prestacional y financiera (Organización Mundial de la Salud, 2021a).

En los últimos años, el Perú ha avanzado significativamente en la cobertura poblacional. Gracias a la decisión política plasmada en los Decretos de Urgencia 017-2019 y 046-2021 y al financiamiento adicional, en 2021 el 97% de peruanos está asegurado (Superintendencia Nacional de Salud, 2021). Sin embargo, aún persisten brechas importantes en el acceso. Esto porque alcanzar la verdadera CUS exige que el sistema de salud deje de estar centrado en la atención de enfermedades y pase a priorizar el bienestar de los ciudadanos.

Incluso los avances normativos en la cobertura prestacional, como la Ley N.º 30885, que establece la conformación y el funcionamiento de las redes integradas de salud (RIS) y su reglamento, siguen sin ser implementados por la débil institucionalidad del sector. La oferta de salud se mantiene fragmentada y, para muchos ciudadanos, tiene escasa capacidad resolutoria. A ello se le ha sumado desde 2020 la grave crisis por la pandemia de la COVID-19.

En la dimensión financiera, entre 2016 y 2020 el gasto público en salud aumentó en 64% (Ministerio de Economía y Finanzas, 2020). Sin embargo, la pandemia puso en evidencia las grandes brechas en infraestructura y recursos humanos del sector, así como la desprotección financiera de los ciudadanos. Se estima que en 2020 el porcentaje de hogares con gastos catastróficos en salud¹ aumentó a niveles de 2012, con alrededor de 450,000 hogares más que en 2019 (INEI, 2020).

El modelo de aseguramiento universal en salud (AUS) emprendido por el Perú en 2009 demanda un importante esfuerzo de financiamiento público que, al estar segmentado en subsectores, resulta insuficiente y termina siendo gestionado con limitaciones. El Seguro Integral de Salud (SIS), a pesar de su mandato y del marco legal del AUS, no constituye un fondo de aseguramiento y tiene limitaciones para desplegar estrategias de compra de servicios en las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPRESS) públicas y privadas. En consecuencia, no genera los incentivos necesarios para un desempeño centrado en resultados sanitarios que beneficien a las personas.

Alcanzar la CUS en sus tres dimensiones es una prioridad que debe mantenerse y se puede cuantificar mediante dos indicadores clave: la proporción de la población que puede tener acceso a servicios de salud esenciales de calidad (ODS 3.8.1); y la proporción de la población que gasta sumas importantes del presupuesto familiar en la salud (ODS 3.8.2) (Organización Mundial de la Salud, 2021a).

1 Ocurre cuando el gasto de bolsillo representa más del 40% de la capacidad de pago de los hogares. Esta se calcula como el total de ingresos del hogar menos el gasto para cubrir la canasta básica.

Atención primaria de salud

Una forma integral y costo-efectiva de avanzar hacia la CUS es promoviendo la atención primaria en salud (APS). Esta se define como un “enfoque de la salud que incluye a toda la sociedad y que tiene por objeto garantizar el mayor nivel posible de salud y bienestar y su distribución equitativa mediante la atención centrada en las necesidades de la gente tan pronto como sea posible a lo largo del proceso continuo, que va desde la promoción de la salud y la prevención de enfermedades hasta el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos, y tan próximo como sea posible del entorno cotidiano de las personas” (Organización Mundial de la Salud, 2018a).

La APS comprende tres componentes interrelacionados: servicios de salud coordinados y completos; acciones y políticas multisectoriales en el ámbito de los determinantes de la salud; y el establecimiento de un diálogo con personas, familias y comunidades, y su empoderamiento para aumentar la participación social en la salud (Organización Mundial de la Salud, 2021b).

Los retos pendientes del Plan esencial de aseguramiento en salud

En concordancia con el enfoque de derechos al acceso a la salud y del desarrollo del AUS, en 2009 el Perú aprobó el Plan esencial de aseguramiento en salud (PEAS). Fue un avance hacia la cobertura integral para todos los ciudadanos. El PEAS es la “lista priorizada de condiciones asegurables e intervenciones que, como mínimo, son financiadas a todos los asegurados por las instituciones administradoras de fondos de aseguramiento en salud (IAFAS), sean estas públicas, privadas o mixtas, y contiene garantías explícitas de oportunidad y calidad para todos los beneficiarios”².

El PEAS actúa como un contrato social donde se señalan las prestaciones que los afiliados a un seguro de salud tienen derecho a recibir. Así, el Estado se obliga a resguardar a la población bajo el esquema de AUS como parte del sistema de protección social en salud que incluye garantías explícitas en salud (GES) de acceso, calidad, protección financiera y oportunidad con las que deben ser otorgadas las prestaciones. Sin embargo, a pesar de haber transcurrido más de 12 años desde la promulgación de la ley marco de AUS, el Perú aún no tiene vigente una sola GES.

El primer nivel de atención como puerta de entrada y base del sistema

La puerta de entrada al sistema de salud debe ser un establecimiento de salud del primer nivel de atención. Estos requieren médicos (idealmente especialistas en medicina familiar) y un equipo de profesionales pendientes del bienestar de una población definida en la comunidad (territorio). De esta manera, se cuida la salud y el bienestar de las personas, se detectan enfermedades de forma oportuna, se controla a los pacientes crónicos, se educa e informa sobre una dieta balanceada y estilos de vida saludables, entre otros aspectos. Un primer nivel que funciona y está articulado a IPRESS de mayor complejidad en una RIS permite brindar efectivamente el PEAS a la población y acercar al Perú al modelo de la APS.

Además, las intervenciones brindadas en el primer nivel de atención, como tamizajes, vacunación y control de enfermedades crónicas, son costo-efectivas. Al respecto, existe evidencia vinculada a la reducción de hospitalizaciones y los costos asociados, así como del uso de servicios de emergencia (Organización Mundial de la Salud, 2018b).

El Perú tiene experiencias exitosas, como la del Centro Materno Infantil Perú-Corea Santa Luzmila, en

2 Ley N.º 29344.

Comas, que ha logrado altos niveles de satisfacción en sus usuarios y resultados sanitarios positivos en la comunidad (Ministerio de Salud, 2019). Otro ejemplo destacable son los establecimientos de salud contratados por el Seguro Social de Salud (EsSalud) para brindar atención integral en el primer nivel. El pago per cápita de esta modalidad ronda los S/ 200 al año (Seguro Social de Salud, 2016). Asimismo, el modelo de la asociación público-privada (APP) de IBT Group en Villa María del Triunfo y el Callao, que articula un policlínico con un hospital en cada distrito de modo sinérgico, tiene un costo per cápita cercano a los USD 300 (Seguro Social de Salud, 2010).

Estas experiencias, en sus diferentes magnitudes, demuestran que es posible implementar un primer nivel de atención funcional y costo-efectivo que satisfaga a los usuarios y contenga costos para el sistema de salud.

¿Cómo debería ser el primer nivel de atención?

La población peruana está acostumbrada a ir directamente al hospital o a la farmacia para buscar atención en salud. En 2019, el 46% de la población enferma buscó atención en boticas y farmacias, mientras que en 2020 esta cifra se incrementó hasta 55% (INEI, 2020). Una causa de esto es la poca confianza en el primer nivel, por su situación precaria. El 97% de estos establecimientos tiene una capacidad instalada inadecuada (Ministerio de Salud, 2021). Al carecer de las condiciones para una atención oportuna y de calidad, no resuelven problemas que deben estar a su alcance.

Durante la campaña electoral de 2021, el fortalecimiento del primer nivel de atención fue un tema común entre los diferentes partidos políticos y podría ser una de las grandes reformas en el próximo quinquenio de gobierno. A continuación, presentamos las principales condiciones para un primer nivel de atención efectivo.

Contar con una población asignada por establecimiento

Los establecimientos de salud deben ser responsables de la prevención, promoción y atención temprana de un grupo definido de personas en un territorio. De esta manera, se genera un vínculo cercano entre el personal sanitario y la comunidad. Además, al tener información sobre los ciudadanos se puede personalizar el cuidado, realizar seguimiento a pacientes crónicos, entre otros aspectos.

Este proceso de asignación puede aprovechar los datos actuales del Padrón nacional de vacunación, así como los registros de los Gobiernos locales y de otros actores cercanos a la comunidad. Lograr esta condición es muy importante y establece un punto de quiebre con la actual situación donde la población satura los hospitales por su demanda de servicios de salud.

Tener tecnología e infraestructura necesaria para asegurar capacidad resolutive

Una infraestructura adecuada es un eje fundamental para una participación efectiva del primer nivel de atención en el cuidado de la salud. Actualmente, hay más de 8000 establecimientos públicos a nivel nacional. Sin embargo, casi todos ellos están en malas condiciones y algunos mal distribuidos.

El primer nivel no requiere de tecnologías o condiciones complejas para atender a la población. Por eso, debe priorizarse la dotación de servicios básicos (agua, electricidad, conectividad) y equipos necesarios, la optimización y mejora de los servicios, la seguridad del local y sus recursos, y el mantenimiento de sus funciones. Otro punto clave es contar con soluciones informáticas y con el hardware adecuado para habilitar la historia clínica electrónica (HCE). Esta facilitará la articulación con otros

establecimientos para asegurar la continuidad de la atención.

Implementar la historia clínica electrónica y sistemas en línea

La HCE permite que los pacientes se trasladen con sus datos, lo que reduce la duplicidad de las pruebas de diagnóstico y mejora la información disponible para la labor del personal de salud. Además, el trabajar con sistemas en línea facilita al ente rector, Gobiernos subnacionales y gestores contar con información actualizada para la implementación de intervenciones de salud pública, traslado de recursos entre establecimientos, mayor transparencia en la gestión, entre otros aspectos.

Aumentar el número de médicos —en particular de médicos de familia—, así como de profesionales de la salud capacitados para la atención primaria

Los establecimientos de salud de categoría I-1, el más numeroso en el primer nivel, con cerca del 50% del total, no tienen médico. Urge organizar la oferta y asignar profesionales para ampliar la capacidad resolutoria de primer nivel de atención. Es fundamental el concurso de médicos especializados en medicina familiar y comunitaria. Se debe tomar nota que el Perú solo se cuenta con 1120 de estos médicos y la mayoría se concentra en Lima (RPP, 2021)

Para aumentar la cobertura de profesionales de salud se deben modelar las necesidades sanitarias de la población y el estado de la oferta disponible. En paralelo, el ente rector necesita estimar el flujo de profesionales en formación, incentivar el logro de la oferta necesaria, y definir el perfil ocupacional y las competencias requeridas.

En el corto y mediano plazo, el Estado puede financiar más plazas de residentado para medicina familiar y comunitaria e implementar incentivos que favorezcan la inscripción en esta especialidad: becas de estudios si se quedan un periodo determinado de años laborando, pagos adicionales, mejores condiciones de trabajo, entre otras medidas. Considerando que el primer nivel puede resolver hasta el 80% de las necesidades de la población (Vignolo, Vacarezza, Álvarez, & Sosa, 2011), debe potenciarse la formación de recursos humanos calificados.

Disponer de procesos de soporte eficientes con un alto nivel de servicio

Cuatro de cada diez personas no reciben sus medicamentos completos en consulta externa en los establecimientos de salud públicos (EnSuSalud, 2016). Ante ello, es importante mejorar los procesos de abastecimiento y de soporte en general (conectividad, mantenimiento, otros servicios), de modo que se garantice una constante atención integral a los ciudadanos. Es clave que las unidades de gestión de las instituciones prestadoras de servicios de salud (UGIPRESS), encargadas de la operación en los establecimientos de salud organizados en RIS, asuman su rol.

Una medida práctica es poner en la web la información de recetas e inventarios, de modo que se facilite la trazabilidad de los recursos y se distribuyan o redistribuyan, de ser necesario. En esta tarea es fundamental el concurso de los operadores logísticos, públicos o privados, con indicadores que midan su desempeño.

Financiamiento suficiente y eficiente

A pesar del incremento del gasto público en los últimos años, el Perú aún destina menos financiamien-

to que sus pares regionales (OECD, 2019). Además, se mantiene una brecha para cubrir el PEAS a toda la población. Se estima que la propuesta del PEAS 2020 costaría S/ 805 per cápita al año, pero solo se destina S/ 552; es decir, 57% de lo necesario (Videnza Consultores, 2021). Por ello, es fundamental incrementar gradualmente el financiamiento público de la salud y mejorar la administración, que en muchos casos suele limitarse a una planificación histórica sin promover la gestión por resultados.

El SIS debe pasar a cubrir el costo total de las atenciones en salud y convertirse en un fondo que realiza compras estratégicas. Ello, sumado a una mejora en su capital humano, convertiría al principal asegurador del país en una institución que implementa mecanismos de pago innovadores a los prestadores para incentivar la eficiencia y la calidad de sus servicios para sus afiliados.

Para evitar traslapes, los programas presupuestales (PP) destinados a salud individual se irían desactivando progresivamente, de modo que este modelo se centre exclusivamente en las intervenciones de salud pública, destinadas a todos los residentes en el país.

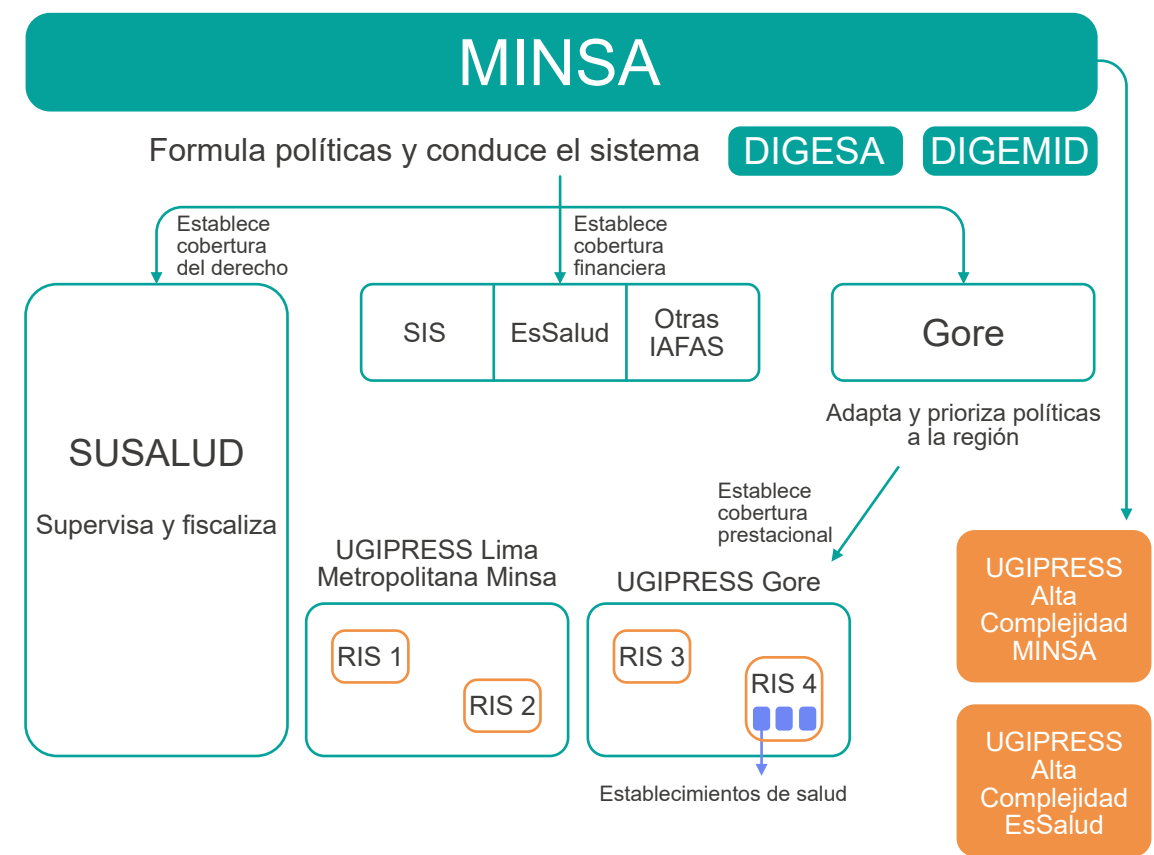
Un modelo conceptual para desarrollar la propuesta de cambio

En los próximos años, el Ministerio de Salud (Minsa) debe afianzar su rol como rector del sistema nacional de salud. Ello implica la conducción de los actores, la formulación de la política sanitaria, la evaluación de indicadores estratégicos, entre otros. Los Gobiernos regionales (Gore) adaptan las políticas sanitarias a sus territorios y conducen las intervenciones de salud en su ámbito. Asimismo, la Superintendencia Nacional de Salud (SuSalud) supervisa y fiscaliza a los aseguradores y prestadores públicos y privados, cautelando que los ciudadanos accedan a los cuidados correspondientes.

En el ámbito de la prestación, los establecimientos de salud del primer y segundo nivel de atención están articulados en RIS, las que pueden o no integrar prestadores de los diferentes subsistemas de sector (Minsa-Gore, EsSalud, sanidades, entre otros). Para asegurar que la prestación mantenga su calidad, las UGIPRESS, como entidades de soporte de varias RIS, se encargan de mantener el talento humano necesario y el abastecimiento de recursos estratégicos (productos farmacéuticos, dispositivos médicos, entre otros). También negocian con las aseguradoras el financiamiento oportuno y suficiente para las RIS. A su vez, la oferta de alta complejidad está articulada a la red pública (hoy a cargo del Minsa) y a la red de EsSalud, las que reciben el soporte de sus respectivas UGIPRESS.

De este modo los ciudadanos acceden al sistema a través de un establecimiento de salud cercano a sus hogares, con un médico de familia y un equipo de salud que conoce su historia clínica, con las tecnologías necesarias a su alcance y es referido oportunamente en caso requerir un mayor cuidado, manteniendo siempre la continuidad de la atención. En paralelo, los aseguradores velan por el financiamiento, y las UGIPRESS proveen los recursos necesarios. Se evita así la carga administrativa a los prestadores que pueden centrarse en su labor misional: cuidar la salud de las personas.

Figura 22. Modelo conceptual del sistema de salud



Elaboración propia

Los ciudadanos afrontan diversas dificultades para acceder a servicios de salud con oportunidad y calidad. Más aún, en medio de una pandemia que viene implicando la muerte de más de 190,000 personas, es indispensable actuar y cambiar los puntos críticos del sistema de salud, de forma sostenible, para cubrir efectivamente a los ciudadanos. Se debe reconocer al primer nivel de atención como una forma eficiente y costo-efectiva de acercar la salud a las personas.

BIBLIOGRAFÍA

- Comisión Económica para América Latina y el Caribe. 2018. Guía metodológica: Planificación para la implementación de la Agenda 2030 en América Latina y el Caribe. Santiago: Naciones Unidas.
- Centro Nacional de Planeamiento Estratégico. 2017. Perú: Informe Nacional Voluntario sobre la implementación de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Lima: CEPLAN.
- Centro Nacional de Planeamiento Estratégico. 2020. Informe Nacional: Perú a mayo 2020. La protección de la vida en la emergencia y después. Lima: PCM.
- Chauvin, Lucien. 2021. «Peruvian COVID-19 Vaccine Scandal Spreads». The Lancet 397 (10276): 783. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00508-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00508-0)
- Grupo de las Naciones Unidas para el Desarrollo. 2016. Transversalización de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible: Guía de referencia para los equipos de las Naciones Unidas en los países. [s. l.]: Naciones Unidas.
- Halfon, Neal, Christopher B. Forrest, Richard M. Lerner, y Elaine M. Faustman, eds. 2018. Handbook of Life Course Health Development. Cham: Springer International Publishing. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-47143-3>
- Horton, Richard. 2020. "Offline: COVID-19 Is Not a Pandemic". The Lancet 396 (10255): 874. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)32000-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32000-6)
- Huicho, Luis, Eddy R. Segura, Carlos A. Huayanay-Espinoza, Jessica Niño de Guzman, Maria Clara Restrepo-Méndez, Yvonne Tam, Aluisio J D Barros, Cesar G. Victora y Peru Countdown Country Case Study Working Group. 2016. Child health and nutrition in Peru within an antipoverty political agenda: A countdown to 2015 country case study. The Lancet Global Health 4(6): e414-e426. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(16\)00085-1](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(16)00085-1)
- Instituto Nacional de Estadística e Informática. 2016. Línea de base de los principales indicadores disponibles de los ODS. Lima: INEI. https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1429/index.html
- Instituto Nacional de Estadística e Informática. 2019. Encuesta demográfica de salud y de salud Familiar – ENDES 2018. Lima: INEI.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática. 2021. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar ENDES 2020. Lima: INEI.
- Koh, Wee, Mohammad Alikhan, David Koh, y Justin Wong. 2020. "Containing COVID-19: Implementation of early and moderately stringent social distancing measures can prevent the need for large-scale lockdowns." Annals of Global Health, 86(1): 88. <http://doi.org/10.5334/aogh.2969>
- Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. 2018. La corrupción en el sector salud: Casos en el Seguro Integral de Salud (SIS). Informe Especial N° 01. Lima: MINJUS.
- Ministerio de Salud. 2015. Boletín Salud y Economía N° 2. Lima: MINSA.

BIBLIOGRAFÍA

Ministerio de Salud. 2018a. Carga de enfermedad en el Perú: Estimación de los años de vida saludable perdidos 2016. Lima: MINSA.

Ministerio de Salud. 2018b. Plan nacional de fortalecimiento de servicios de salud mental comunitaria 2018-2021. Lima: MINSA.
<http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4422.pdf>

Organisation for Economic Co-operation and Development. 2017. OECD Reviews of Healthcare Systems: Peru 2017. Paris: OECD Publishing.

Organización Panamericana de la Salud. 1978. “Declaración de Alma-Ata.” En Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, set. 6-12, 1978. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>

Organización Mundial de la Salud. 1986. “Carta de Ottawa para el Fomento de la Salud.” En Primera Conferencia Internacional sobre Fomento de la Salud, Ottawa, nov. 17-21, 1986. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/Carta-de-ottawa-para-la-apromocion-de-la-salud-1986-SP.pdf>

Organización Mundial de la Salud. 2020. “Principios Rectores Para Las Actividades De Inmunización Durante La Pandemia De COVID-19: Orientaciones Provisionales.” OPS/OMS. Modificado el 26 de marzo de 2020. <https://www.paho.org/es/documents/guiding-principles-immunization-activities-during-covid-19-pandemic-interim-guidance>

Organización Mundial de la Salud. 2020a. Plan estratégico de preparación y respuesta para la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) - Pautas para la planificación operativa de la preparación y la respuesta de los países. Geneva: OMS.

Organización Mundial de la Salud. 2020b. “Plan estratégico de preparación y respuesta para la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) - Pautas para la planificación operativa de la preparación y la respuesta de los países.” Geneva: OMS.

Organización Panamericana de la Salud. 2019. Agenda de salud sostenible para las Américas 2018-2030: un llamado a la acción para la salud y el bienestar en la Región. Washington, DC: OPS.

Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud. 2020. “Formulario de registro de casos presuntos de síndrome inflamatorio multisistémico en niños y adolescentes que coincide cronológicamente con la COVID-19”. WHO/2019-nCoV/MIS_Children_CRF/2020.2

Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud. 2020a. Actualización Epidemiológica: Nuevo coronavirus (2019 nCoV). Enero 20. Washington, D.C.: OPS/OMS.

Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud. 2020b. Alerta Epidemiológica: Oleadas y brotes recurrentes de COVID-19. Octubre 9. Washington, D.C.: OPS/OMS.

BIBLIOGRAFÍA

Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud. 2020c. Actualización epidemiológica: Enfermedad por Coronavirus (COVID-19). Diciembre 11. Washington, D.C.: OPS/OMS.

Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud. 2021a. “Alerta Epidemiológica: COVID-19 Incremento de las hospitalizaciones y de las defunciones en pacientes menores de 60 años”. Washington, D.C. OPS/OMS.

Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud. 2021b. Actualización epidemiológica: Enfermedad por Coronavirus (COVID-19). Enero 15. Washington, D.C.: OPS/OMS.

Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud. 2021c. COVID-19, Respuesta de la OPS/OMS. 22 de febrero del 2021. Informe N° 45. Washington, D.C.: OPS/OMS

Organización Mundial de la Salud y UNICEF. 2018. “Declaración de Astaná”. En Conferencia Mundial sobre Atención Primaria de Salud, Astaná, oct. 25-26, 2018. <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration-sp.pdf>

Saavedra, Javier. 2015. Situación de salud mental en el Perú. Lima: Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi.

Taylor, Luke. 2021. “Scandal over COVID Vaccine Trial at Peruvian Universities Prompts Outrage”. Nature, 592 (Abril): 175. <https://doi.org/10.1038/d41586-021-00576-0>

The Independent Panel for Pandemic Preparedness and Response. 2021. How an outbreak became a pandemic. COVID-19. Make it the last pandemic: A summary. Toronto: The Independent Panel for Pandemic Preparedness and Response.

World Health Organization. 2018. Guidelines for the management of physical health conditions in adults with severe mental disorders. Geneva: WHO

World Health Organization. 2021a. COVID-19 Strategic Preparedness and Response Plan Operational Planning Guideline. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization. 2021b. COVID-19 Strategic Preparedness and Response Plan. Geneva: World Health Organization.

NEI. (2020). Encuesta Nacional de Hogares sobre Condiciones de Vida y Pobreza. Recuperado el 15 de diciembre de 2020, de <http://inei.inei.gob.pe/microdatos/>

Organización Mundial de la Salud. (2018b). Building the economic case for primary health care: a scoping review. Organización Mundial de la Salud.

Organización Mundial de la Salud. (2018a). A vision for primary health care in the 21st century: towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals. Organización Mundial de la Salud.

Ministerio de Salud. (6 de abril de 2019). Calidad y calidez humana encaminan al Centro

BIBLIOGRAFÍA

Materno Infantil Perú – Corea Santa Luzmila a convertirse en una Clínica de Familia. Obtenido de <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/27441-calidad-y-calidez-humana-encaminan-al-centro-materno-infantil-peru-corea-santa-luzmila-a-convertirse-en-una-clinica-de-familia>

Superintendencia Nacional de Salud. (2021). *Registro Nominal de Asegurados*. Lima: SuSalud.

Seguro Social de Salud. (2016). *Bases del procedimiento especial para la contratación de servicios de salud*. Lima: Seguro Social de Salud.

Seguro Social de Salud. (2010). *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 Centro de Atención Primaria de la Red Asistencial Sabogal*. Lima: Seguro Social de Salud.

Ministerio de Salud. (2021). *Diagnóstico de Brechas de Infraestructura y Equipamiento del Sector Salud*. Lima: Ministerio de Salud.

Vignolo, J., Vacarezza, M., Álvarez, C., & Sosa, A. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Med Interna*, XXXIII(1), 11-14.

EnSuSalud. (2016). *Encuesta de Satisfacción de Susalud*. Lima: Superintendencia Nacional de Salud.

OECD. (2019). *Health at a Glance 2019*. Paris: OECD.

Ministerio de Economía y Finanzas. (2020). *Consulta amigable*. Recuperado el 15 de febrero de 2021, de <http://apps5.mineco.gob.pe/coronavirus/Navegador/default.aspx?y=2020&ap=ActProy>

RPP. (22 de junio de 2021). *Atención primaria de salud: La importancia de vincular la salud con todos los sectores de la sociedad*. Obtenido de <https://rpp.pe/peru/actualidad/atencion-primaria-de-salud-la-importancia-de-vincular-la-salud-con-todos-los-sectores-de-la-sociedad-noticia-1343615>

Videnza Consultores. (2021). *Propuestas del Bicentenario*. Lima: Penguin Random House.

Organización Mundial de la Salud. (1 de abril de 2021a). *Cobertura sanitaria universal*. Obtenido de [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc))

Organización Mundial de la Salud. (1 de abril de 2021b). *Atención primaria de salud*. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care>

HITOS DEL QUINQUENIO 2016-2021

