

# Creación de la Ley Marco de Telesalud en el Perú y el contexto del Sistema de Salud

Victor Javier Correa Tineo

Ministerio de Salud del Perú

Resumen

*Este artículo tiene el objeto de describir las características del sistema de salud en el Perú y su desarrollo en el contexto de la creación de la Ley Marco de Telesalud.*

**Palabras clave:** *Telemedicina; Telesalud.*

Abstract

**Creation of framework law of telehealth in Peru and the context of the Health System.**

*This article aims to describe the characteristics of the health system in Peru and its development in the last period contextualizing the creation of the Marco law of telehealth.*

**Keywords:** *Telemedicine; Telehealth.*

Resumo

**Criação da Lei Marco de Telessaúde no Perú e o contexto do Sistema de Saúde**

*Este artigo descreve as características do Sistema de Saúde no Perú e seu desenvolvimento no contexto da criação da Lei Marco de Telessaúde.*

**Palavras-chave:** *Telemedicina; Telessaúde.*

## INTRODUCCIÓN

La población de Perú tiene actualmente 31.776.264 de habitantes (datos de mayo de 2016) y es el quinto país más poblado de América del Sur, sólo por detrás de Brasil, México, Colombia y Argentina. El 55% de la población peruana vive en la costa del país y el resto se divide entre la región andina y la amazónica. El 72,2% de la población del Perú vive en zonas urbanas y el restante 27,8% vive en zonas rurales.

La esperanza de vida en 2016 es de 75,1 años y la tasa de mortalidad infantil es de 16,6 por mil. La tasa de fecundidad es de 2,42 hijos por mujer. La tasa de alfabetización es del 87,7% (93,5% hombres y 82,1% mujeres). La densidad de población del Perú es de 22,5 habitantes/km<sup>2</sup>.

Analizando la incidencia de la pobreza por área de residencia, esta afecta más a los residentes del área rural. Se

observa que en el área urbana la pobreza incidió en el 15,3% de su población y en el área rural fue en el 46,0%, es decir, tres veces más que en el área urbana. En el ámbito del país, el nivel de pobreza y de indigencia salieron respectivamente de 47,5 % y 25% en 1997 a 21,1% y 4,7% en 2013.2

En cuanto a los gastos en salud y el PIB, en 2013 Perú gastó en salud cerca del 5,33% del PIB, mientras que el gasto público en salud fue del 58,3% del gasto sanitario total.

La población del Perú es el resultado de la mezcla de razas, siendo 45% de amerindios, 36% mestizos, 15% blancos, 3% asiáticos/africanos y 1% otros no especificados. Los amerindios están representados en su mayoría por pueblos quechua y aimara.

La Constitución peruana reconoce el español como lengua oficial, pero también el quechua y el aimara y otras en regiones donde predominaban. Gran parte de la población peruana es bilingüe.

Con respecto al sistema de salud, tanto en las reformas de la década de 1990 como las corrientes tienden al aseguramiento universal de un paquete de servicios básicos, con provisión mixta (pública y privada), gestión pública del financiamiento y regulación estatal<sup>9</sup>. Es en el contexto del desarrollo del sistema de salud en el Perú con estas características que se aprueba en el país en 2016 la Ley Marco de Telesalud.

Este artículo tiene el objeto de describir las características del sistema de salud en el Perú y su desarrollo en el contexto de la creación de la Ley Marco de Telesalud.

## METODO

Se desarrolló una revisión de la literatura de los últimos siete años, relativa al desarrollo del sistema de salud en el Perú, tomando como punto de partida la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud de 2009, que se transformó en una referencia para la actual estructuración del sistema de salud en el Perú, su evolución y los principales resultados obtenidos. A continuación se detalló la estructura de la Ley Marco de Telesalud, resaltándose sus principales aportaciones en el contexto del proceso de desarrollo del sistema de salud en el Perú<sup>3</sup>.

## RESULTADOS

El sistema de salud peruano ha sido objeto de una amplia reorganización resultante de la aprobación de la "Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud" por el Congreso Nacional el 30 de marzo de 2009. La ley estableció la cobertura obligatoria del seguro de salud para toda la población, y para hacer efectivo este derecho creó el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS), que proporciona la base legal para su supervisión y gestión<sup>4</sup>. El PEAS incluye la asistencia completa a un grupo de enfermedades que se consideran más relevantes, de acuerdo con el perfil epidemiológico del país y respetando las realidades regionales. En la fase de implantación se seleccionó un 45% de la morbilidad y mortalidad que afecta a la población, dando prioridad a tres regiones del país y cuatro redes de salud que recibieron los planes pilotos. Para las siguientes etapas ya estaba programado el aumento del número de regiones favorecidas y el porcentaje de carga de las enfermedades cubiertas.

Actualmente hay cinco subsistemas que atienden a la población: a) el Ministerio de Salud (MS), que abarca el Seguro Integral de Salud (SIS); b) el Seguro Social en Salud (ESSALUD), adscrito al Ministerio de Trabajo; c) la red de at-

ención de la salud de las fuerzas armadas (Marina, Fuerza Aérea y Ejército), que atiende al Ministerio de Defensa; d) el subsistema de la Policía Nacional del Perú, que abarca al Ministerio del Interior; y e) el sector privado, integrado por las entidades proveedoras de servicios de salud, compañías de seguros privadas, clínicas y organizaciones de la sociedad civil.

La cobertura de salud de la población en el marco del Aseguramiento Universal en Salud se basa en tres regímenes de financiamiento:

- **Contributivo:** Para la población que cuenta con la capacidad adquisitiva para obtener un seguro, ya sea privado o público (EsSalud, FFAA, etc.), amparada por la legislación vigente y en relación a su situación laboral.

- **Semicontributivo:** para la población con limitada capacidad de pago. Es determinada por el Sistema de Focalización de Hogares (SISFHO) y cubierta por el SIS Independiente. EsSalud también brinda este tipo de seguro.

- **Subsidiado:** para la población pobre y extremadamente pobre, es brindada gratuitamente a través del SIS y su ingreso depende del Sistema de Focalización de Hogares (SISFHO). La población peruana ingresa en cualquiera de los tres regímenes, según su capacidad de pago. Como mencionado, el Sistema de salud peruano es un sistema mixto, sustentado en los subsectores (público, privado y mixto) que conforman el sistema de salud que incluye: la seguridad social (EsSalud), el sistema público (Gobiernos Regionales y MINSA), la sanidad de las Fuerzas Armadas, la sanidad de la Policía Nacional y el sector privado<sup>5</sup>.

Según Levin-Carvalho<sup>6</sup>, esta ley no cumple con los fines anunciados de acceso universal, entre otras razones, porque no cambia la segmentación del sistema de salud peruano: sólo se propone la unificación operativa de las diversas estructuras que son paralelas y autónomas.

A lo largo de Perú, la proporción de la población al margen de los seguros de salud ascendía al 58% en este período, lo que representaba aproximadamente unos 16 millones de habitantes. Del resto, el 20% está cubierto por ESSALUD, el 18% por el SIS y el 4% por las fuerzas armadas y el sector privado<sup>7</sup>. El financiamiento del sistema de salud peruano ha sufrido cambios considerables tras la implantación de la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.

En la situación anterior, hubo varios fondos autónomos que mantuvieron a cada segmento de seguro. La norma creada prevé la creación de un fondo de aseguramiento de salud de naturaleza pública para viabilizar el acceso al seguro subsidiado y obliga a todas las aseguradoras a con-

stituir un fondo solidario que pueda garantizar el PEAS a todos sus afiliados. Para administrar los fondos solidarios se crearon las Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud, que fueron supervisadas por la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud. Levino y Carvalho<sup>6</sup> sistematizaron las características del sistema de salud del Perú (Tabla I).

Tabla 1: Características del Sistema de Salud Peruano

Financiamiento	El sistema de salud es segmentado. Los fondos federales de la recaudación de impuestos financian el Seguro Integral de Salud (SIS) del MINSA; las contribuciones de los asegurados financian el Seguro Social de la Salud (ESSALUD) y el de las fuerzas armadas y la policía de Perú, mientras que el sector privado es financiado por el desembolso directo de los asegurados.
Relación entre el financiamiento y la prestación de los servicios (forma de participación del Estado en la oferta y la demanda)	La gestión de los sistemas públicos de salud está centralizada en el ámbito federal del gobierno. Las redes de servicios del MINSA y ESSALUD son paralelos e independientes en su estructura y funcionamiento. El sector privado es empleado por el seguro público para satisfacer la demanda adicional
Acceso (universalidad)	La red MINSA atiende a la población de bajos ingresos, la red ESSALUD a los servidores públicos y profesionales liberales, la red militar a la marina, aeronáutica, ejército y policía nacional y los seguros privados atienden al desembolso directo. El acceso en todos los segmentos depende de la pertenencia garantizada por el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS).
Cobertura asistencial pública (integralidad)	Desde marzo de 2009 la Ley Marco del Aseguramiento Universal permitió la asistencia integral a las enfermedades prioritarias a través del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS).

Fuente: Levino A, Carvalho EF; 2011.

En Perú, los servicios de salud están organizados en subsistemas correspondientes a los segmentos de seguros de salud. En el sistema de salud peruano cada usuario tiene derecho a la atención integral, que debe ser ofrecida por el plan de seguro a la que está afiliado. Aun así, las características de la red de salud muestran que predominan los servicios de primero y segundo nivel, habiendo pocas unidades de tercer nivel<sup>7</sup>.

El nombre de los establecimientos de salud del Perú sigue la tipología de cada segmento de prestación de servicios. En el sistema MINSA, las unidades básicas son

identificados como Puestos de Salud (PS I y PS II) y Centros de salud (CS I y CS II), que se diferencian por el tipo de profesional disponible por el régimen laboral. Los PS I tienen médicos y enfermeros y los PS II tienen Técnicos de Enfermería y Técnicos Sanitarios. En el caso de los CS I y II, la diferencia es que las segundas son con internamiento.

En la red ESSALUD, las unidades son del tipo Centro de Salud (CS) y Hospital. El sistema militar clasifica sus unidades como Puestos de Salud (PS) y Hospitales. El sector privado utiliza la terminología Clínica y Hospital<sup>8</sup>.

El año 2013, el Perú inició un proceso de reforma sanitaria enmarcado en el reconocimiento de la salud como un derecho, cuya protección debe ser garantizada por el estado. El objetivo fue universalizar la protección en salud, de manera que toda la población se beneficie de la acción del estado para mejorar los determinantes sociales, acceda a más y mejores cuidados integrales en el campo individual y poblacional, y no tenga riesgo de empobrecerse como consecuencia de cuidar su salud o sanar su enfermedad<sup>7</sup>.

Para justificar esta reforma, el Consejo Nacional de Salud del Perú en 2013 destaca que:

*“El Perú enfrentaba un escenario político, económico y social que favorece y hace viable la aplicación de una política de cambios en el sector Salud. Estos factores son: el crecimiento sostenido de la economía, el incremento de la recaudación fiscal, el fortalecimiento del proceso democrático e institucional, el a-fianzamiento del proceso de descentralización, la creciente expectativa de la ciudadanía por el ejercicio y la concreción de sus derechos, la creciente cultura por el cuidado responsable de la salud y, lo más importante, la voluntad y el respaldo político del Gobierno para tomar decisiones en el marco de una política pública de inclusión social. Este conjunto de factores deben permitir realizar los cambios necesarios para avanzar en la política de protección social en salud de toda la población, y ofrecerle más y mejores servicios. La protección social en salud a la que nos referimos es amplia y comprehensiva”*

La reforma enfoca distintas dimensiones: enfatiza que es responsabilidad indelegable del Estado velar por la buena salud de todos los peruanos; propone que se profundicen las acciones de promoción de la salud; propone que se destinen recursos para que los servicios de salud estén preparados y puedan atender situaciones de desastre y mitigar sus potenciales daños. Además, en lo referente a la protección individual de las personas y sus familias, propone que se extienda la actual cobertura de aseguramiento hasta alcanzar su universalidad, esto permitirá que toda la población quede comprendida en alguno de los regímenes de atención.

También enfatiza de forma significativa la necesidad de orientar el sistema de salud hacia la atención primaria:

*“En este contexto, se debe reordenar el sistema prestador, integrándolo y articulándolo en redes funcionales, orientándolo hacia la atención primaria de la salud, para lo cual se pondrá énfasis en mejorar sus niveles de resolutivez. Planteamos una revalorización del trabajador en salud, quien debe contar con las condiciones adecuadas para su pleno desarrollo y el cumplimiento de sus funciones, en el marco de una política integral de recursos humanos. Además, proponemos cerrar las brechas de infraestructura y equipamiento de los servicios de salud, a partir de una mayor y mejor inversión pública, basada en la planificación concertada de mediano y largo plazo con enfoque territorial, que optimice el uso de los recursos disponibles. De igual manera, proponemos que se mejore la regulación y el acceso a medicamentos de calidad y que se fortalezca la capacidad tecnológica sectorial para la producción de insumos críticos, como medicamentos y vacunas. Planteamos que se mejore el uso de los recursos destinados a la salud, con la articulación y complementación eficaz de los prestadores y financiadores del sistema a través del intercambio de servicios, ya iniciado. Respecto al financiamiento, proponemos que el gasto en salud de los hogares se reduzca gradualmente, lo que significa un aumento del financiamiento público, acompañado de políticas de asignación de recursos presupuestales más equitativos que reduzcan las inequidades en el acceso a la salud. Estas propuestas de medidas de política pública son una expresión de nuestro compromiso con la salud y el bienestar de la población peruana, condición básica para el desarrollo del país. (reforma del sistema de salud, 2013).”*

La reforma reconoce que la promulgación de la Ley Marco de Aseguramiento Universal em Salud (Ley N° 29344)<sup>8</sup> en abril de 2009 es un paso significativo, al establecer el marco regulatorio para la cobertura universal de la protección en salud individual desde una perspectiva integral. Se buscó así modificar de manera conjunta las condiciones de cobertura poblacional, prestacional y financiera vigentes en aquel momento; la ley estableció mecanismos para elevar el número de personas financiadas bajo un modelo de aseguramiento y dispuso ampliar el conjunto de beneficios en salud a los que tendrían derecho a ser cubiertos.

Así, la Ley N° 29344 establece que todos los residentes en el país deben estar afiliados a cualquiera de los tres regímenes de aseguramiento existentes: subsidiado, semicontributivo y contributivo. También se aprobó el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS), que constituye el conjunto de prestaciones que toda población asegurada tiene derecho de recibir, y reducir así las grandes desigualdades de cobertura prestacional existentes.

Además, se resaltan los avances acaecidos en el país tras la promulgación de la Ley en 2009. El PEAS explicita un paquete integral de prestaciones (preventivas, de apoyo al diagnóstico, curativas y de rehabilitación) para atender 140 condiciones asegurables en todo el ciclo de vida, cubriendo de esta manera los problemas de salud que generan el 65 % de la carga de enfermedad a nivel nacional.

En el caso del SIS, se ha extendido la aplicación del PEAS a todos sus asegurados a nivel nacional. Asimismo, se ha fortalecido el Fondo Intangible Solidario en Salud (FISSAL) para el financiamiento de las prestaciones vinculadas a enfermedades de alto costo que no están cubiertas en el PEAS, como las oncológicas contenidas en el Plan Nacional para la Atención Integral del Cáncer-Plan Esperanza; igualmente, se ha puesto en funcionamiento la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud (SUNASA) que, centrada en la protección del usuario, es la encargada de fiscalizar las prestaciones de salud brindadas a los asegurados de todos los regímenes de aseguramiento.

De todas formas, reconoce que en 2013 el 27% de la población no tiene aún cobertura prestacional, o sea no cuenta con seguro, concentrado en los segmentos independientes o pobres localizados en zonas remotas. Respecto a la cobertura prestacional, las brechas de recursos humanos y de equipamiento al interior del sector público impiden una adecuada provisión de los servicios de salud contenidos en el PEAS, en términos de volumen y calidad.

Asimismo, enfatiza que uno de los límites importantes verificado en el período es el financiamiento insuficiente, con lo que propugna que es preciso consolidar este proceso fortaleciendo las funciones del sistema de salud para hacer efectivo el mandato de la protección social en salud.

El texto de la reforma señala las siguientes en el sector de la salud, tal como se detalla en la Tabla 2.

Tabla 2: Lineamientos de reforma del sector salud

Lineamiento 1	Potenciar las estrategias de intervención en salud pública.
Lineamiento 2	Fortalecer la atención primaria de salud.
Lineamiento 3	Mejorar la eficiencia, calidad y acceso a servicios hospitalarios y especializados
Lineamiento 4	Reformar la política de gestión de recursos humanos.
Lineamiento 5	Cerrar la brecha de aseguramiento de la población pobre
Lineamiento 6	Extender el aseguramiento en el régimen subsidiado de acuerdo a criterios de vulnerabilidad
Lineamiento 7	Fomentar el aseguramiento como medio de formalización. • lineamiento
Lineamiento 8	Consolidar al seguro integral de salud como operador financiero
Lineamiento 9	Fortalecer el FISSAL como financiador de segundo piso
Lineamiento 10	Aplicar nuevas modalidades de pago que incentiven la productividad y calidad de los servicios de salud
Lineamiento 11	Fortalecer el financiamiento del seguro social de salud, EsSalud
Lineamiento 12	Fortalecer la rectoría del sistema de salud

Fuente: Consejo Nacional de Salud de Perú, 2013

Será en el lineamiento 3: *mejorar la eficiencia, calidad y acceso a servicios hospitalarios y especializados*, que aparece de forma explícita el rol de la telemedicina:

*“Proponemos que el MINSA continúe promoviendo la articulación de los servicios públicos, a cargo del MINSA y los gobiernos regionales, con otras redes de servicios, con el propósito de reducir la segmentación existente en el Sistema de Salud, y así generar las condiciones para una mejor utilización de la capacidad instalada. En particular, deberá continuarse con el desarrollo de los mecanismos institucionales (convenios, tarifarios) para facilitar el intercambio de servicios entre la red de prestadores del subsector público, los de EsSalud y de las sanidades de las Fuerzas Armadas y la Policía Nacional, así como la compra de servicios con el sector privado y otras redes (como el Sistema Metropolitano de la Solidaridad, Sisol) por parte del Seguro Integral de Salud. Asimismo, se propone que se amplíe la inversión para mejorar el equipamiento y la infraestructura de la red hospitalaria y para atender una mayor cobertura de servicios especializados que son financiados por el Seguro Integral de Salud y el Fondo Intangible Solidario de Salud (FISSAL). Cabe señalar que las necesidades de inversión de la red hospitalaria, que se propone, serán resultado de una planificación articulada y conjunta a nivel sectorial e intergubernamental (MINSA, EsSalud, sanidades, gobiernos regionales). En este marco, el subsector*

*público deberá priorizar la mejora de la capacidad resolutive de los servicios de prevención, detección temprana, tratamiento recuperativo y paliativo de las enfermedades oncológicas contenidas en el “Plan Nacional para la Atención Integral del Cáncer y el mejoramiento del acceso a servicios oncológicos en el Perú, plan esperanza”. Igualmente, se deberá establecer una red de servicios de telemedicina, con énfasis inicial en la atención materno-neonatal y el cáncer, lo que permitirá poner en contacto a especialistas con médicos tratantes de los establecimientos de salud en las regiones del interior del país.”*

Será en este contexto del sistema de salud que será discutida y promulgada el 2 de abril de 2016 la Ley Marco de Telesalud. La ley establece que los principios que sustentan la telesalud son los siguientes: *services to the various institutions that make up the broad health system in Peru.*

Tabla 3: Principios de Telesalud en el Perú de acuerdo con la Ley Marco de Telesalud.

Equidad	A través de los servicios de telesalud se garantiza el acceso de toda la población a los servicios de salud.
Eficiencia	Los servicios de telesalud se brindan con igual calidad y similares opciones a la población, reduciendo la brecha existente en su acceso
Calidad del servicio	Los recursos del sistema nacional de salud se utilizan de manera racional, optimizando la atención en los servicios de salud por medio de los distintos ejes de desarrollo de la telesalud.
Descentralización	La telesalud es una estrategia de utilización de recursos sanitarios que optimiza la atención en los servicios de salud fortaleciendo el proceso de descentralización del sistema nacional de salud valiéndose de las tecnologías de la información y de la comunicación (TIC)
Desarrollo social	A través de los servicios de telesalud se promueve el desarrollo de la sociedad, permitiendo a la población tener un mayor acceso a la información en salud, al conocimiento de sus deberes y derechos en salud, impulsando el empoderamiento de las personas como sujetos principales del cuidado de su propia salud, la de su familia y su comunidad, creando espacios para nuevas prácticas de participación ciudadana

La ley tiene el objeto de establecer los lineamientos generales para la implementación y desarrollo de la telesalud como una estrategia de prestación de servicios de salud, a fin de mejorar su eficiencia y calidad, e incrementar su cobertura mediante el uso de tecnologías de la información y de la comunicación (TIC) en el sistema nacional de salud.

Al definir el ámbito de aplicación de la ley, afirma que comprende a todos los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, públicos, privados y mixtos del sector salud. La ley también detalla las definiciones de telesalud y telemedicina, afirmando que la dirección del proceso en su conjunto es el Ministerio de Salud, el cual también tiene a su cargo la elaboración del Plan Nacional de Telesalud y definir normas de calidad para la prestación de servicios de telesalud.

La ley recrea la Comisión Nacional de Telesalud con las siguientes funciones (Tabla 4).

**Tabla 4:** Funciones de la Comisión Nacional de Telesalud del Perú

1. Proponer los mecanismos técnicos para la implementación, seguimiento y evaluación del Plan Nacional de Telesalud, sugiriendo las líneas de intervención prioritarias en el marco del referido Plan Nacional
2. Proponer las normas y procedimientos sobre el uso, desarrollo e implementación de nuevas tecnologías de información y comunicación. 3. Proponer indicadores y estándares del Plan Nacional de Telesalud a nivel nacional, en coordinación con los niveles conductores regionales de acuerdo al sector, vigilando su adecuada implementación.
3. Proponer indicadores y estándares del Plan Nacional de Telesalud a nivel nacional, en coordinación con los niveles conductores regionales de acuerdo al sector, vigilando su adecuada implementación.
4. Proponer programas de capacitación y formación de los recursos humanos en el uso, desarrollo e implementación de nuevas tecnologías de información y comunicación.
5. Emitir informes técnicos y recomendaciones sobre el uso, desarrollo e implementación de nuevas tecnologías de información y comunicación de acuerdo a los avances tecnológicos de información y comunicación que se presenten.

La ley establece que los ejes de desarrollo de la telesalud incluyen la prestación de los servicios de salud; la gestión de los servicios de salud; la información, educación y comunicación a la población sobre los servicios de salud; y el fortalecimiento de capacidades del personal de salud, entre otros. De esa manera define de manera muy amplia el alcance de las actividades de telesalud.

Por otro lado, también establece que las instituciones prestadoras de servicios de salud (Ipress) deben incorporar, en su cartera de servicios, en forma progresiva, la prestación de los servicios de telesalud, garantizando su sostenibilidad.

Otro aspecto importante de la ley es lo que se refiere al financiamiento de las prestaciones de los servicios de telesalud. Dice en su texto: *“las instituciones administradoras de fondos de aseguramiento en salud (lafas) y otras modalidades de aseguramiento garantizan el financiamiento de los servicios de telesalud”*.

Este marco legal permite el desarrollo de actuaciones de telesalud en el Perú porque hace posible su sostenibilidad a lo largo del tiempo y libera la prestación de servicios destinada a las diversas instituciones que conforman el vasto sistema de salud peruano.

## DISCUSIÓN

García<sup>9</sup> sistematiza algunas características del sistema de salud peruano y sitúa sus potencialidades y límites. En la relación entre financiación y suministro, el autor identifica como tendencias el financiamiento de las demandas, una mayor autonomía presupuestaria y financiera de los servicios públicos y la integración de los servicios de salud públicos y privados. Estas características están presentes en Colombia y Perú, con ligeras variaciones entre los dos modelos que tienden a la uniformización después de que Perú adoptara el PEAS, similar al POS de Colombia. En contrapartida, en Brasil la esfera pública financia, regula y opera en el suministro de los servicios, mientras que el sector privado, a pesar de su magnitud, sólo tiene una participación complementaria en el sistema de salud.

En cuanto a la focalización del financiamiento público, García<sup>9</sup> hace hincapié en que tiende a las siguientes formas: oferta gratuita sólo para la población más pobre, como ocurrió en Chile; oferta destinada a la población asegurada mediante el cobro por los servicios prestados, como ocurrió en Uruguay; o seguro subvencionado con fondos públicos, de forma similar a lo que ocurre en Colombia con el POS y en adelante en el Perú después de la implantación del PEAS.

La última característica identificada por García como tendencia general es el ofrecimiento de solo una canasta básica de servicios de salud, justo lo que encontramos en Colombia y Perú, donde el POS y el PEAS implican una reducción de la cobertura. Perú, que antes preveía y disponía la integralidad, aun cuando no estaba asegurada en el sistema público, ahora tiene un aseguramiento previsto y regulado, no obstante, limitado a un “paquete” de enfermedades consideradas prioritarias<sup>9</sup>.

Desde esta perspectiva, después de 2009, mediante la institucionalización del PEAS, se observó la necesidad, expresada en la reforma de 2013, de avanzar en el acceso de la población más allá del “paquete” de enfermedades. Hoy por hoy existen programas orientados al área de la alta complejidad, en particular la red nacional de cáncer Esperanza. Asimismo, la población cubierta por el PEAS aumentó, saliendo de una situación del 27% sin seguro a la actual de alrededor del 20%.

En 2016, Velasquez<sup>10</sup> dirige una evaluación de la situación del sistema de salud en el Perú y, al sistematizar los resultados obtenidos, afirma que:

*"Respecto al aseguramiento en salud, se muestra una cobertura por encima del 80% de la población, sobre la base del crecimiento de los afiliados al Seguro Integral de Salud (SIS), y la incorporación de población de prioridad sanitaria, como las gestantes y los niños menores de 5 años; además de la innovación en los mecanismos de gestión y control, en especial en la forma mediante la que se asigna financiamiento al primer nivel, lo que se ha traducido en preponderancia de las atenciones preventivas, mejora de la satisfacción de los asegurados del SIS y reducción del gasto de bolsillo en medicamentos. El paquete de beneficios del SIS se ha ampliado, incluso para enfermedades de alto costo como el cáncer. El Plan Esperanza fue creado para la prevención y atención oncológica integral financiado por el SIS. En la cobertura de aseguramiento en salud quedan desafíos, como el incrementar el financiamiento, ampliar la cobertura de aseguramiento subsidiado a población de prioridad sanitaria, de aseguramiento semicontributivo ligado a reducción de la informalidad, y de aseguramiento contributivo a los independientes y trabajadores formales; además, consolidar al SIS como un seguro público con capacidad de compra a proveedores no públicos."*

En 2016, al analizar la situación del sistema de salud en lo concerniente a la prestación de servicios, otros autores afirman que tuvo lugar una ampliación y el fortalecimiento de la oferta de servicios y el cuidado integral que no tiene precedentes, desde el desarrollo de una política de inversiones multianual e intergubernamental y la definición de un plan de inversiones con énfasis en el segundo nivel, del cual se han ejecutado proyectos por más de 8 mil millones de soles y se deja 265 proyectos de hospitales y centros de salud en marcha. Se reporta que la inversión es tres veces mayor que en periodos anteriores. También se reporta que la reforma permitió nivelar el componente principal de la remuneración de los trabajadores del interior del país con los de la capital y se creó un sistema de compensaciones destinadas a retribuir el esfuerzo realizado con incentivos. Estas medidas permitieron incrementar 27 120 profesionales más en el último quinquenio, lo que nos ubica por encima de los estándares de la OMS para países de ingresos medianos, a diferencia de periodos anteriores<sup>10</sup>.

Al analizar experiencias concretas de estructuración de sistemas de salud, por ejemplo, en la región de Loreto se observaron problemas para acceder a los tipos de unidades, en especial a las menos complejas sin médico. El tipo que habitualmente cuenta solo con técnicos de enfer-

mería es el más frecuente, representando un 77,01% de las unidades de salud de Loreto, en tanto que el tipo que cuenta con equipo completo de profesionales llega al 3% de toda la red<sup>6</sup>.

En otro sentido, al analizarse la situación del sistema de salud en el Perú, el Ministerio de Salud afirma que, a pesar de los esfuerzos realizados, los servicios más complejos todavía siguen concentrados, afirmando que los servicios de salud de atención primaria tienen una amplia cobertura nacional, atendiendo a la población demandante, principalmente de zonas rurales y urbanas marginales. Existen, además, hospitales de nivel intermedio en las regiones; sin embargo, los centros especializados se encuentran en la capital del país o en las zonas de mayor desarrollo socio-económico - Lima, Arequipa, Trujillo, Piura, Lambayeque. También se constata que la brecha más importante es la de recursos humanos. El AUS necesita una mayor cantidad de profesionales de salud: médicos generales y especializados.

A diferencia de los sistemas de salud universales, se observa en la experiencia de estructuración del sistema de salud en el Perú que, pese a la expansión ocurrida en el PEAS, todavía es un modelo en el que toda la población no tiene asegurada su atención en cualquier patología, sino en las condiciones definidas. Velásquez afirma que el sector de la Salud en Perú se dirige hacia una cobertura universal y con mayor capacidad de respuesta, para lo cual tendrá que seguir enfrentando retos como la articulación del sistema, mayor oferta y la mejora de la calidad de los servicios en todo los subsistemas de salud<sup>10</sup>. De todas maneras, el 20% de la población no está cubierto por el seguro.

En cuanto a la estructuración de la ley marco de telesalud y la estructuración del sistema de salud, se observa que esta ley expresa un proceso de inserción efectiva de la telesalud en la dinámica de la construcción del sistema de salud en el Perú. Al proponer la inclusión de acciones de telemedicina en el contexto de la estructuración de la oferta de servicios, involucrando en particular lo que se percibe como problemas del sistema en la red de prestación de servicios de alta complejidad - una expansión necesaria de oferta de servicios - , las acciones de telemedicina tienen la posibilidad de introducirse estratégicamente en la dinámica de la construcción del sistema de salud en el Perú.

Gozzer identifica en el Perú la necesidad de un trabajo colaborativo, de un esfuerzo institucional y de fondos para pasar de intervenciones innovadoras en el nivel local a intervenciones a nivel nacional con un enfoque sistémico que potencie lo ya desarrollado y promueva nuevos usos de la

Telesalud para dar un mayor impacto a las políticas y estrategias en salud<sup>11</sup>.

Curioso<sup>12</sup> también afirma que por medio de la telesalud se brinda mayor accesibilidad al personal asistencial de salud, en especial en áreas rurales, zonas aisladas y con limitada capacidad resolutoria a través de la conexión con establecimientos de salud. A través de la telesalud, la interacción entre el personal de salud y el usuario trasciende las fronteras geográficas y temporales al evitar desplazamientos innecesarios, se acortan los tiempos de espera en la atención y permite el diagnóstico y soporte al tratamiento a distancia desde establecimientos de salud especializados, cubriendo la brecha generada por la falta de recursos humanos calificados y recursos físicos necesarios. En un contexto de estructuración del sistema de salud peruano en el que se identifica la gestión de los recursos humanos como un importante problema - su existencia, cualificación y concentración -, la telemedicina puede aportar de manera importante en cada uno de esos aspectos.

Se observa que la ley marco de telesalud establece algunos principios para su estructuración, lo que puede potenciar diferentes acciones. Correa constata que las normas referidas a salud y a las TIC establecen principios coincidentes con el acceso universal. Esta coincidencia hace posible un punto importante en el desarrollo del presente plan, toda vez que permite establecer estrategias cuyas prioridades y acciones serán conjuntas, optimizando el trabajo para el desarrollo de la Telesalud<sup>13</sup>.

Otro aspecto importante de la ley marco de telesalud es que, al definir telemedicina y telesalud y proponer que sean pasibles de financiamiento las acciones y servicios de telesalud definidos por la ley, da un paso importante hacia el proceso de sostenibilidad a lo largo del tiempo en el Perú. Se espera que con la publicación de la ley, su aplicación y su inclusión real en el sistema de salud peruano, la telesalud pase a constituirse como un proyecto nacional de telesalud, ayudando a mejorar el acceso y la calidad del servicio ofrecido a la población peruana.

## REFERENCIAS

1. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Publicaciones estadísticas, 2016. [Citado em 2016 out. 10]. Disponível em: <http://www.cepal.org/es/estimaciones-proyecciones-poblacion-largo-plazo-1950-2100>
2. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Panorama Social de América Latina, 2014 (LC/G.2635-P). Nueva York: Sede de las Naciones Unidas; 2014.
3. Gómez-Camelo D. Análisis comparado de los sistemas de salud de la región Andina y el Caribe. Rev Salud Publica. 2005; 7(3):305-16.
4. Wilson L, Velásquez A, Ponce C. La ley marco de aseguramiento universal en salud en Perú: análisis de beneficios y sistematización del proceso desde su concepción hasta su promulgación. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2009; 26(2):207-17.
5. Ministerio de Salud (Peru). Sistema de Salud Peru. In: Giovanella L, Feo O, Faria M, Tobar S, organizadores. Sistemas de salud en Suramérica: desafíos para la 2012: la universalidad y la integralidad. Rio de Janeiro: ISAGS; 2012. p.801-77.
6. Levino A, Carvalho EF. Análise comparativa dos sistemas de saúde da tríplice fronteira: Brasil/Colômbia/Peru. Rev Panam Salud Publica. 2011; 30(5):490-500.
7. Velásquez A. Salud en el Perú: hacia la cobertura universal y una respuesta efectiva frente a riesgos sanitarios. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2016; 33(3):397-8.
8. El Peruano. Normas Legales. Poder Legislativo. Congreso de La Republica. Ley marco de telesalud 30421. Sábado 2 de abril de 2016. [Citado em 2016 out. 12]. Disponível em: <http://www.elperuano.com.pe/NormasElperuano/2016/04/02/1363168-1.html>
9. García GG. Las reformas sanitarias y los modelos de gestión. Rev Panam Salud Publica. 2001; 9(6):406-12.
10. Velasquez A, Suarez D, Nepo-Linares E. Reforma del sector salud en el Perú: derecho, gobernanza, cobertura universal y respuesta contra riesgos sanitarios. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2016; 33(3). Doi:1017843/rpmesp. 2016.333.2338 .
11. Infante GE. Una visión panorámica de las experiencias de telesalud en Perú. Rev Peruana Med Exp Salud Pública. 2015; 32(2):385-90.
12. Curioso WH. La Telesalud y las nuevas fronteras de la informática biomédica en el Perú [editorial]. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2015; 32(2):217-20.
13. Correa V. Projeto nacional de telessaúde – Peru. Manaus, 2011. In: III Oficina do Projeto Protocolos Regionais de Política Pública para Telessaúde. Anais... Manaus; 2011.