

El sistema de salud en **Perú**

situación y desafíos



O. Lazo-Gonzales
J. Alcalde-Rabanal
O. Espinosa-Henao



El sistema de salud en Perú situación y desafíos

El sistema de salud en **Perú** situación y desafíos

Dr. Oswaldo Lazo-Gonzales

Médico, doctor en Medicina, magister en Salud pública, especialista en Administración de salud.

Profesor principal de la Facultad de Salud Pública y Administración de la Universidad Peruana Cayetano Heredia.

Ex-director general de la Oficina de Planificación y Presupuesto, Minsa.

Ex-director general de Salud de las Personas, Minsa.

Dra. Jacqueline Alcalde-Rabanal

Doctora en Ciencias con concentración en Sistemas de salud.

Maestría en Salud pública con mención en Gestión de servicios de salud.

Maestría en Investigación participativa para el desarrollo local.

Investigadora del Centro de Investigación en Sistemas de Salud del Instituto Nacional de Salud Pública.

Docente a nivel de maestría y doctorado.

Mg. Olga Espinosa-Henao

Licenciada en Trabajo social y en Administración en Salud.

Especialista en gerencia y auditoría de la Calidad en salud por la Universidad Jorge Tadeo Lozano de Bogotá, Colombia.

Maestría en Salud pública.

Tutora docente del Diplomado virtual de Salud pública del Instituto Nacional de Salud Pública de México.



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

Lazo-Gonzales O, Alcalde-Rabanal J, Espinosa-Henao O. El sistema de salud en Perú: situación y desafíos. Lima: Colegio Médico del Perú, REP; 2016.

El sistema de salud **en Perú** **situación y desafíos**

© Copyright 2016

Para esta edición Colegio Médico del Perú y REP S. A. C.

Todos los derechos reservados, incluidos los de autor, los gráficos y los de edición. Prohibida su reproducción parcial o total del contenido de este libro sin autorización por escrito de los propietarios del Copyright.

Primera edición: diciembre de 2016

Carátula: óleo de Vidal Bedoya, colección privada de Milagros Saldaña

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú
N.º 2016-16768

Colegio Médico del Perú
Consejo Nacional



Malecón de la Reserva 791
Lima 18, Perú
Teléfono 213-1400
www.cmp.org.pe

Editado e impreso por REP S.A.C.



Editores médicos especializados
Cervantes 485-502, San Isidro. Lima 27, Perú.
Talleres: Emilio Althaus 355, Lima 14, Perú
Teléfono: 999-658531
jcandiotti@revistasespecializadas.com



Contenido

Presentación	9
Prólogo	11
1 Introducción	13
– Mapa del Sistema de Salud de Perú	14
2 Contexto	19
– Demografía	19
– Situación política y económica.....	20
– Situación social.....	22
– Programas sociales y desigualdades	24
3 Evolución del sistema de salud peruano	27
– La segmentación del sistema de salud	27
– El camino hacia la reforma del sistema de salud	29
– Descentralización y sus implicancias en salud	30
– Tránsito de la asistencia sanitaria estatal al seguro público	31
4 Condiciones de salud	35
– Morbilidad y mortalidad	35
– Carga de enfermedad	40
– Salud de las poblaciones nativas	41
5 Cobertura	47

6	Financiamiento de la salud	49
7	Recursos	53
	– Recursos humanos	53
	– Unidades de Salud	55
	– Medicamentos e insumos	57
8	Rectoría	59
9	Ciudadanía en salud	63
	– El derecho a la salud	63
	– La participación de los ciudadanos en la gestión y evaluación del sistema	64
	– La participación de la sociedad civil: universidades, colegios profesionales y organizaciones sociales en salud.....	66
	– La percepción de los usuarios sobre la calidad de la atención a la salud.....	67
10	Desafíos y perspectivas	69
	Anexo. Normas complementarias al proceso de reforma	74
	Referencias bibliográficas	75



Listado de acrónimos

AUS	Aseguramiento Universal en Salud
Avisa	años de vida saludables
AVD	años de vida perdidos por discapacidad
AVP	años de vida perdidos por muerte prematura
Cenares	Centro Nacional de Abastecimiento de Recursos Estratégicos de Salud
CIGS	Comisión Intergubernamental de Salud
CMP	Colegio Médico del Perú
CNS	Consejo Nacional de Salud
Diresa	Dirección Regional de Salud
Endes	Encuesta de Demografía y Salud
EPS	entidad prestadora de salud
Essalud	Seguro Social de Salud
Fissal	Fondo Intangible Solidario de Salud
GL	gobierno local
GR	gobierno regional
Iafas	administradora de fondos para el aseguramiento en salud
IGSS	Instituto de Gestión de Servicios de Salud
Inei	Instituto Nacional de Estadística e Informática
Ipress	institución prestadora de servicios de salud
MDR	multidrogorresistente
PEAS	Plan Esencial de Salud
PIA	Presupuesto Inicial de Apertura
PBI	producto bruto interno
RH	recurso humano
Midis	Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social
Minsa	Ministerio de Salud
RIN	reservas internacionales netas
SIS	Seguro Integral de Salud
Susalud	Superintendencia de Salud
VIH	virus de la inmunodeficiencia humana
XDR	extremadamente drogorresistente



Presentación

En mi condición de decano nacional del Colegio Médico del Perú, tengo el honor de presentar, ante la orden médica y la comunidad sanitaria nacional, este breve pero importante e indispensable análisis del sistema de salud de Perú. Este libro es fruto del esfuerzo de tres sanitaristas de prestigio, comprometidos con el desarrollo sanitario a nivel nacional e internacional. La historia ha querido que esta obra salga a la luz en circunstancias en que la situación sanitaria de Perú atraviesa por una de sus mayores crisis, por lo que este documento se convierte en lectura obligatoria para los médicos y los hombres y las mujeres que quieren sumar esfuerzos en beneficio del bien común y de la salud de la población peruana.

Perú es un país inmensamente grande, tiene 1 285 215 km², casi igual que Argentina, un poco menos que México, diez veces más que Cuba y Uruguay, pero solo cuenta con un médico por mil habitantes, mientras que ellos tienen tres, dos, siete y cuatro médicos por mil habitantes, respectivamente. Perú es un país inmensamente rico, es el primer país productor mundial de harina de pescado, el segundo productor de cobre y plata, el cuarto productor de espárragos, el quinto productor de oro y de maíz y el séptimo productor de café. No obstante, también es el primer país con anemia en América del Sur (junto a Guyana), el segundo con tuberculosis multidrogorresistente y sigue ocupando los primeros lugares en desnutrición infantil crónica junto a Guyana, Belice y El Salvador. Posee ingentes reservas de manganeso, estaño, cinc y gas, y es uno de los doce países con la mayor diversidad biológica, rico en flora y fauna. Sin embargo, en dos siglos de vida republicana no ha podido convertirse en un país industrializado como otros países que, con menos riquezas minerales, forestales, agrícolas, han alcanzado un

alto grado de desarrollo y bienestar en corto tiempo. Su Producto Bruto Interno (PBI) bordea los 200 mil millones de dólares y sus Reservas Internacionales Netas (RIN), los 68 mil millones de dólares y cuenta con 35 toneladas de oro como reserva en el Banco Central de Reserva. El PBI y las RIN peruanos son superiores a los de Uruguay, que, por ejemplo, tiene apenas 3 toneladas de oro de reserva y destina 8,1 % de su PBI a la salud de su población. Sin embargo, los gobiernos peruanos de turno cada año determinan exiguos presupuestos para la salud de los peruanos.

Por estas consideraciones, los médicos y demás trabajadores de salud necesitan encarar la lucha por un nuevo sistema de salud, que tenga como eje una atención primaria fuerte, resolutive, con recursos, tecnología, equipamiento moderno, personal capacitado y motivado, y con financiamiento sostenible y progresivamente creciente, pero, sobre todo, que conciba la salud como un derecho y no como una mercancía, y que además incluya una política remunerativa justa y digna para los médicos.

El presente trabajo, publicado por el Colegio Médico del Perú, reseña e interpreta con sobriedad y rigor académico la situación del sistema de salud peruano, pero, en especial, propone orientaciones para el abordaje de sus grandes problemas con miras de avanzar hacia un sistema de salud justo, solidario y de calidad.

Dr. Miguel Palacios Celi
Decano nacional
Colegio Médico del Perú
2016-2017

Prólogo

Hace cerca de un lustro los autores del presente estudio fueron invitados por el Instituto Nacional de Salud Pública de México para elaborar un breve análisis de situación del sistema de salud de Perú, en un esfuerzo para compendiar los sistemas de salud de América Latina en un atlas. La obra logró amplia difusión en Perú. Este trabajo se inscribe en continuidad con el presente esfuerzo, aunque en esta oportunidad bajo el auspicio del Colegio Médico del Perú y de la Universidad Peruana Cayetano Heredia.

Dar cuenta del sistema de salud de Perú es un desafío, puesto que la mayor parte de países latinoamericanos fueron construyendo sus sistemas de manera espontánea, como “producto de la superposición de diversas estructuras organizacionales. El sistema de salud se configuró a partir de diferentes estadios sanitarios, tributarios de diversas concepciones, portadores de múltiples intereses, patrones culturales, formas de financiamiento y modelos de gobierno, gestión y prestación acumulados a modo de estratos geológicos, algunos de ellos procedentes del mundo colonial”. Su estructura es expresión de diversas corrientes ideológicas y orientaciones políticas usualmente discontinuas, inconexas y hasta contradictorias, en la cual persisten altos niveles de inequidad e ineficacia.

Este breve estudio es un acercamiento a la situación actual del sistema, aunque por momentos se detiene para observar, con perspectiva diacrónica, alguna de sus características fundamentales, principalmente para explicar

los orígenes de su segmentación, que traslada en espejo la estructura socioeconómica de la sociedad y es un obstáculo para el goce del derecho a la salud. Característica que no ha sido superada por el proceso de reforma.

Los autores expresan su agradecimiento al Colegio Médico del Perú, en la persona de su decano nacional, por la publicación de este libro, y esperan recibir sugerencias y aportes de la comunidad de sanitaristas, miembros de la orden médica y demás actores interesados en el desarrollo de la salud pública nacional.

Los autores



Introducción

1

A fines de la década anterior se inició un proceso de reforma del sistema de salud peruano, que, pese a mantener incólume su histórica segmentación, ha generado importantes cambios. Como parte del proceso de reforma se diferenciaron sus funciones bajo el supuesto de que esto mejoraría la gobernabilidad, así como la eficiencia y la transparencia en la asignación y la utilización de los recursos.

Según se puede observar en el mapa (Figura 1.1), existen dos subsistemas, el público y el privado. El primero busca expresar la lógica del derecho ciudadano a la salud y el segundo se funda en la lógica de mercado. El Ministerio de Salud (Minsa), en su rol de autoridad sanitaria nacional, gobierna el sistema. Recientemente, se creó la Superintendencia de Salud (Susalud), entidad supervisora del conjunto de organizaciones del sistema, con quien comparte importantes responsabilidades en la gestión de la política de salud.

La segmentación del sistema se hace explícita en los regímenes de financiamiento.

- ◆ El Régimen Contributivo Indirecto (subsidiado) se financia con recursos fiscales, el aporte de hogares y ocasionales donaciones de la cooperación intergubernamental.

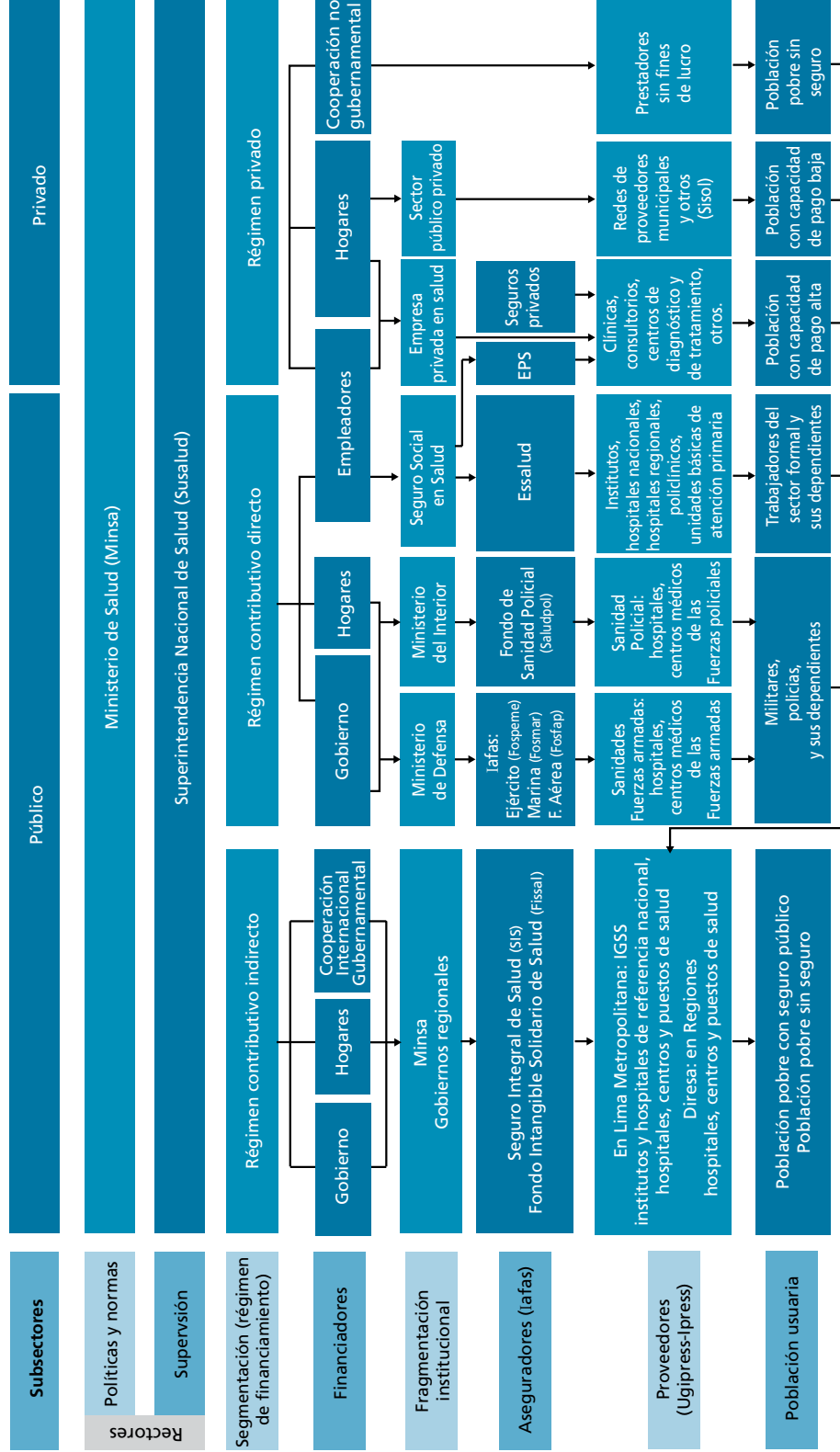


Figura 1.1. Mapa del Sistema de Salud, Perú 2016.



Figura 1.2. Mapa de Perú.

- ◆ El Régimen Contributivo Directo se financia mediante contribuciones directas y obligatorias de los empleadores. Comprende dos modalidades, que juntas conforman el Sistema de Seguridad Social en Salud: Seguro Social de Salud (Essalud)

y seguro social privado, constituido por organizaciones de intermediación financiera, las entidades prestadoras de salud (EPS) y las dependencias de salud de los ministerios de Defensa y del Interior, financiadas por el Estado, con el aporte complementario de sus miembros.

- ◆ El Régimen Privado es financiado por las familias (gasto de bolsillo) a través del pago directo de honorarios profesionales o mediante la adquisición de planes de atención a seguros privados (empresas de seguros, autoseguros y prepagas).

En el curso de la descentralización se conformaron 25 gobiernos regionales, los que, luego de recibir en transferencia una serie de competencias y funciones, pasaron a administrar los servicios estatales de salud en sus respectivos ámbitos, aunque bajo las orientaciones políticas y la normatividad emanadas del Minsa. Para su administración, cada gobierno regional organizó su Dirección Regional de Salud (Diresa). Lima Metropolitana fue la excepción, para ella se creó el Instituto de Gestión de Servicios de Salud (IGSS) como órgano desconcentrado del Minsa. En noviembre de 2016, el Congreso de la República aprobó por unanimidad la desactivación del IGSS.

Los derechohabientes del seguro social pueden optar por recibir los servicios de Essalud (modalidad tradicional), a través de su propia red de servicios distribuida a nivel nacional, o incorporarse a una EPS (modalidad privada), que les provee la atención de menor complejidad (capa simple) a través de servicios privados contratados y deriva hacia Essalud la atención de mayor complejidad. Los tres institutos militares y la policía nacional disponen cada cual de su propia red de servicios.



Adicionalmente, opera una red de prestación de servicios de carácter mixto, que es estatal, pero que opera como privada. Se trata de una modalidad informal de alianza público privada implementada por la Municipalidad Metropolitana de Lima, práctica que se ha extendido a diferentes ciudades del país (Hospitales Solidaridad). Asimismo, funcionan múltiples servicios de salud promovidos por organizaciones filantrópicas e iglesias que reciben financiamiento de sus promotores y de la cooperación no gubernamental.

El modelo de reforma implementado ha generado un conjunto de entidades aseguradoras, son las instituciones administradoras de fondos para el aseguramiento en salud (Iafas), que fueron introducidas para favorecer el proceso de aseguramiento. Se trata de un modelo que pretende alcanzar el aseguramiento universal a través de la organización de múltiples seguros que ofrecen servicios marcadamente diferentes tanto por la capacidad resolutive como por la calidad de sus prestadores (Cuadro 1.1).

Cuadro 1.1. Cobertura según Instituciones administradoras de fondos para el aseguramiento en salud (Iafas)

Tipo de Iafas	Iafas	Porcentaje poblacional
♦ Iafas pública (59,85 %)	Seguro Integral de Salud (SIS)	59,8
♦ Iafas Seguro Social (35,3 %)	Essalud	30,9
	Entidades Prestadoras de Salud (EPS)	2,8
	Iafas del Ejército (Fospeme)	0,1
	Iafas de la Fuerza Aérea (Fosfap)	0,1
	Iafas de la Marina (Fosmar)	0,1
	Iafas de la Policía Nacional (Saludpol)	1,3
♦ Iafas privadas (4,7 %)	Empresas de Seguros	2,4
	Prepagas	2,1
	Autoseguros	0,2

Fuente: Registro de Afiliados al AUS para todas las Iafas.

El Seguro Integral de Salud (SIS) es la aseguradora pública. Se crearon entidades similares en Essalud, las sanidades de los institutos armados y la policía, las que se suman a los múltiples seguros privados y las EPS ya existentes. Cada entidad está vinculada a un estrato social-poblacional y a una red de prestación de servicios propia o contratada.

Las Iafas están legalmente obligadas a ofertar al menos el Plan Esencial de Atenciones en Salud (PEAS). El PEAS y otros planes complementarios son provistos por las instituciones prestadoras de servicios de salud (Ipress), todas ellas de diversa naturaleza legal, capacidad resolutive, costos de operación y calidad de atención. En teoría, las Iafas podrían contratar los servicios de aquellas Ipress que ofrezcan mejor atención a sus afiliados, sin embargo, esto ocurre excepcionalmente, pese a la suscripción de múltiples convenios para su operatividad. Lo usual es que cada segmento social reciba atención exclusivamente en los servicios de salud vinculados a la Iafas que lo afilió.



Contexto

2

Demografía

Perú contaba, el año 2015, con una población de 31 151 643 habitantes, de los cuales 51 % (15 605 814) eran hombres y 49 % (15 545 829), mujeres. Por regiones, la población se concentró principalmente en la costa (57,3 %), seguida por la de la sierra (28,4 %) y de la selva (14,3 %). A nivel urbano se concentraba 78,7 % de la población, distribuida 57,8 % en la costa, 28,1 % en la sierra y 14,1 % en la selva.¹⁻³ Se ha estimado una tasa de crecimiento poblacional de 1,19 por 100 habitantes para el quinquenio 2015-2020, y se proyecta que la relación de dependencia demográfica disminuirá de 55,2 %, en 2010, a 52,1 %, en 2020.

Según la Encuesta de Demografía y Salud 2015 (Endes 2015), 29,2 % de la población son menores de 15 años; 62,2 % tienen entre 15 y 64 años y los mayores de 65 años representan 8,6 %. Se estima que para 2025 los jóvenes se mantendrán en 8 millones aproximadamente (24 %), y se incrementará la población mayor de 60 años de 3 a 4,3 millones (pasará de 10 % a 13 %).^{1,2} Estos datos muestran que la población según edad se va modificando, sin embargo, a pesar del aumento de la población adulta, la población joven seguirá representando un alto porcentaje (bono demográfico). Han influido en este cambio poblacional aspectos vinculados a la mortalidad y la fecundidad, entre los que destacan los siguientes: a) la disminución de la tasa de

mortalidad infantil, que pasó de 21 por mil nacidos vivos (NV), en 2008, a 16,6 por mil NV, en 2015; b) la tasa bruta de mortalidad, que se mantuvo de 2008 (5,5 defunciones por mil) a 2015 (5,7 por mil) sin cambios importantes; c) la tasa global de fecundidad, que pasó de 2,41 hijos por mujer, en 2008, a 2,2, en 2015; d) el aumento en la esperanza de vida al nacer, que pasó de 75,0 años en mujeres y 70,0 años en hombres, en 2008, a 77,8 años en mujeres y 72,5 en hombres, en 2015.⁴⁻⁶

Situación política y económica

Perú durante la década de 1980 vivió el agotamiento del modelo desarrollista propuesto por la Comisión Económica para América Latina (Cepal),⁷ que propugnó la industrialización del país con una importante intervención estatal en la economía. El cambio del contexto internacional, producto del acelerado proceso de globalización norte-sur y la hegemonía internacional del modelo neoliberal, y los factores internos, como gobiernos populistas, corrupción en el aparato estatal, aislamiento del mundo financiero internacional, protesta social por incremento de la pobreza y deterioro de las condiciones de vida, llevaron al colapso del modelo a fines de esta década.

La situación política y social se agravó enormemente por la insurgencia de grupos fanatizados, que declararon la guerra al Estado, lo que desató un período de conflicto armado de carácter terrorista que comprometió tanto a los grupos alzados en armas como a sectores de las fuerzas armadas y policiales que se vieron involucrados en él. Esta compleja situación llevó al país a una profunda crisis, solo comparable con la ocasionada por la Guerra del Pacífico cien años



antes. Al colapso económico se unió la ingobernabilidad social y política, que puso en cuestión la viabilidad del país.⁸ En el fondo, se manifestaba la histórica y profunda exclusión e inequidad social, económica y étnico-cultural de amplios sectores de la población, principalmente andino y amazónico, mayoritariamente es rural. A la par que la enorme precariedad e inoperancia de las instituciones políticas, que obstaculizaba, cuando no imposibilitaba, el ejercicio de la ciudadanía a importantes sectores de la sociedad,⁸ clara expresión de una ‘república sin ciudadanos’, según señaló Flores Galindo.^a

En este contexto se abre paso el modelo neoliberal finalmente impuesto a partir la década de 1990, mediante la interrupción del frágil ordenamiento democrático. El nuevo modelo societario termina consagrándose con la promulgación de la Constitución Política en 1993.⁹

El siglo XXI se inicia con un lento proceso de recuperación de la vida democrática, el modelo neoliberal se había convertido en hegemónico, tanto en su dimensión económica como social y cultural. La reprimarización de la economía promovida por el neoliberalismo coincidió, durante la primera década del siglo, con una etapa de expansión de la economía mundial y el consecuente incremento en la demanda de materias primas, que elevó los precios internacionales. Se inicia entonces un ciclo de importante crecimiento económico, que, si bien no impacta por igual en la sociedad –debido a sus estructurales problemas de inequidad–, logra reducir la pobreza y la pobreza extrema de manera significativa.

^a Frase utilizada por diversos analistas sociales principalmente por el historiador Alberto Flores en *Buscando un inca*.

En la última década, la tasa de crecimiento promedio del Producto Bruto Interno (PBI) del país ha sido de 5,9 % y la inflación promedio, de 2,9 %, lo que llevó a Perú a constituirse en una de las economías de más rápido crecimiento en América Latina y el Caribe. Se proyecta un crecimiento sostenido de la economía, que para 2017-2018 podría promediar 3,8 %.¹⁰ Durante el primer trimestre de 2016, la producción nacional registró una variación anualizada de 3,86 %, en la que destacan los sectores de minería e hidrocarburos, telecomunicaciones, comercio, transporte y construcción, que explican 79 % del crecimiento económico.¹¹

En cuanto a los ingresos per cápita diferenciados por tipo de fuente, el total de los ingresos percibidos en los hogares durante 2015 fueron principalmente por empleo (73,7 %), y, en proporción mucho menor, por transferencias corrientes (7,1 %), ingresos por renta (2,4 %) e ingresos ocasionales (1,5 %).^{12,13} Lamentablemente, no se aprovechó este auspicioso momento para cambiar la matriz productiva del país y avanzar hacia un desarrollo sostenible. De esta manera, culminó un período de crecimiento que no se tradujo en desarrollo económico y social y que mantuvo brechas de equidad.¹⁴

Situación social

En el marco de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, el país se propuso reducir a la mitad el porcentaje de personas con ingresos por debajo de la línea de pobreza extrema. La pobreza extrema se redujo de 23 %, en 2005, a 6 %, en 2011-2012, y la pobreza total, de 54,4 % a 25,8 %, respectivamente. Esto fue posible gracias al crecimiento económico sostenido, el incremento del gasto social, la focalización de programas sociales y las inversiones pública y privada, que aumentó el empleo y el ingreso per cápita en todos los deciles.¹⁵



No obstante, la reducción de la pobreza ha sido desigual en términos territoriales, ya que en cinco regiones del país (Apurímac, Ayacucho, Cajamarca, Huancavelica y Huánuco), la pobreza total continúa siendo superior a 50 %. En el año 2015, la incidencia de pobreza fue de 21,77 %, y fue mayor a nivel rural (45,18 %) que urbano (14,54 %). Por regiones, la pobreza se distribuyó principalmente en la sierra (47,9 %), seguida de la costa (34,8 %) y la selva (17,2 %). Este fenómeno social ocurre desde la infancia y se estima que 50 % de los niños y niñas menores de 15 años en el área rural son pobres.

En cuanto a la pobreza extrema, se presenta en 4,07 % de la población del país, pero se concentra principalmente a nivel rural (80,9 %). Por regiones, 69 % de la población en pobreza extrema se localizan en la sierra; 20,6 %, en la selva y 10,3 %, en la costa.¹⁴ En la distribución por quintiles de riqueza se observa que a nivel urbano 4 % de hogares pertenecen al quintil inferior, mientras que en el nivel rural, 71,4 % de hogares pertenecen a este quintil, concentrados principalmente en la sierra y la selva (42 % y 40,8 %, respectivamente).²

Con referencia al empleo, para 2015 se estimó una tasa anual media de desempleo de 6,5 % y una tasa de alfabetización en la población mayor de 15 años de 94,5 %. La tasa de participación económica proyectada a 2020 es de 71,9 % (80,4 % en hombres y 63,5 % en mujeres).³

Programas sociales y desigualdades

El incremento del gasto social se refleja en la creación de programas sociales como el Programa Juntos, que consiste en transferencias monetarias directas, focalizadas principalmente en la población rural. También se han implementado programas de empleo tem-

poral; de transferencias no monetarias en salud y seguridad alimentaria, como el Programa Nacional de Alimentación Escolar (Qali Warma); y medidas de protección social como el SIS. En 2011, destaca la creación del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (Midis), como ente articulador de las políticas y las intervenciones en materia social.^{15,16}

El Programa Nacional de Apoyo Directo a los Más Pobres, Juntos, ha tenido un impacto en el empoderamiento de la mujer para la toma de decisiones sobre el uso de recursos en el hogar y en la mejora de su autonomía y autoestima.¹⁷ Este programa también ha contribuido a reducir la incidencia de la desnutrición crónica extrema en los niños menores de tres años beneficiarios del programa de 22,9 %, en 2008, a 15,5 %, en 2010.¹⁸ En 2015, el programa transfirió aproximadamente S/ 940 439 714¹⁹ y benefició a 814 533 hogares en 1 178 distritos que incluían a los más pobres del país, y, entre ellos, 1 687 centros poblados de comunidades indígenas de la amazonia.

Qali Warma, administrado por el Midis, brinda servicio alimentario a niños de las instituciones educativas públicas del país (inicial y primaria) y se implementa sobre la base de la cogestión con la comunidad y la adecuación del consumo alimentario según los hábitos locales. Este programa ha propuesto la atención progresiva del nivel de educación secundaria en instituciones públicas localizadas en pueblos indígenas de la amazonia peruana; y se proyecta atender, en 2016, a 3,6 millones de beneficiarios en 61 522 instituciones educativas.^{20,21} Durante el primer semestre de 2015, el programa benefició a 2 887 240 escolares, con lo que se logró 93 % de la meta programada y ejecutó S/ 213,16 millones de soles (15 % del presupuesto total).²²



El auge económico y los avances en materia social no han logrado reducir la desigualdad de manera significativa. La distribución del ingreso medida con el índice de Gini^b era de 0,511 en 2006 y de 0,444 (0,401 a nivel urbano y 0,420 a nivel rural) en 2013.³ Se calcula que en 2013 alrededor de 12 millones de peruanos lograron salir de la pobreza (emergentes o vulnerables), aunque aún están lejos de alcanzar adecuadas condiciones de vida y estabilidad en sus ingresos. Estos representan el segmento más grande de la población. Si se clasifica a la población peruana según pobreza, 40,1 % son emergentes; 28,9 %, de clase media; 2,1 %, ricos y 28,9 %, pobres.²³ No obstante, es necesario destacar la vulnerabilidad económica de los emergentes, que se expresa en brechas de desigualdad en términos de salarios, condiciones laborales, acceso a servicios esenciales, entre otros, que los pone en riesgo de retornar a la pobreza.

En cuanto a la brecha urbano-rural, de 2004 a 2013, la probabilidad de ser pobre se triplicó en el habitante rural, comparado con el habitante urbano. Estas brechas intensificaron la migración del campo a la ciudad, la expansión de actividades como el contrabando, la minería informal y la tala ilegal.²⁴

^bValores del índice de Gini: 0 indica nula desigualdad; 1, desigualdad total.



Evolución del sistema de salud peruano 3

La segmentación del sistema de salud

El sistema de salud peruano es producto de la superposición de diversas estructuras organizacionales provenientes de diferentes estadios sanitarios, tributarios de diversas concepciones y portadores de variados intereses, patrones culturales, formas de financiamiento y modelos de gobierno, de gestión y de prestación; acumulados a modo de estratos geológicos, algunos de ellas procedentes del mundo colonial.

Los primeros esfuerzos por modelar el sistema de salud datan de la década de 1970, cuando el Estado, en su intento por implementar una 'política de bienestar' en el campo de la salud, decide asumir la administración de la red hospitalaria nacional perteneciente a la Beneficencia Pública^c y organizar el subsistema público estatal, que pasa a constituirse en el subsector público estatal y pilar central de sistema de salud.²⁵ No se trata de un sistema estatal benefactor en sentido estricto, sino de un sistema estatal populista, pues se caracteriza por una masiva apropiación de los bienes públicos,

^c Cabe señalar que la red hospitalaria de la Beneficencia Pública se forjó en la etapa colonial por la acción de la Sociedad de Beneficencia constituida por la aristocracia virreinal, para la atención de los 'pobres de solemnidad', y que tiene su continuación durante gran parte de la vida republicana, para luego pasar a constituirse en núcleo del sistema estatal populista.

principalmente de los grandes hospitales, por diversos intereses económicos, corporativos y gremiales que aún actualmente atentan contra su gobernabilidad.

En la década de 1930,²⁶ el Seguro Social surgió como modalidad de protección social vinculada al mundo del trabajo. Pronto pasó a constituir el soporte social del corto período de industrialización nacional acaecido en las décadas de 1960 y 1970.²⁵ La primera entidad creada, en 1933, fue la Caja Nacional del Seguro Social Obrero, fondo financiero del Seguro Social. Esta entidad, destinada a la provisión de servicios de salud, optó por construir su propia red de establecimientos, al parecer, en atención a motivaciones políticas e intereses económicos. Así se perdió la oportunidad de conformar un sólido subsistema público capaz de constituirse en el instrumento institucional del desarrollo de la conciencia y el ejercicio ciudadano en la atención de la salud.

La creación del Seguro Social del Empleado, en 1948, como entidad diferenciada de la Caja, levantó la amenaza de una mayor segmentación del sistema. Esta situación logró revertirse recién 25 años después con la integración de ambas organizaciones para conformar el Seguro Social del Perú y luego, en 1980, el Instituto Peruano de Seguridad Social como entidad autónoma.

Las redes de servicios de los institutos militares y policiales constituyen, en la práctica, modalidades de seguro social para segmentos poblacionales particulares, al amparo de las políticas de defensa nacional y de orden interno.

El subsector privado tiene sus orígenes en la decimonónica práctica liberal del médico. Tuvo su primera expresión en el médico de



cabecera del mundo colonial. Este subsector es bastante disímil y complejo, y comprende desde el sector empresarial-corporativo, tanto asegurador como prestacional,^d hasta el ejercicio privado del prestador individual, el denominado ‘consultorio privado’ que también acoge un abanico de posibilidades. El primero está en creciente desarrollo, producto del dinamismo y la expansión del mercado sanitario; el segundo está en progresiva retracción, debido en parte a la hipertecnologización de la atención, que obliga al médico a incorporarse a una empresa de salud que le provea esta tecnología.

El camino hacia la reforma del sistema de salud

Los pronunciamientos iniciales sobre la necesidad de reformar el sistema de salud surgieron a fines de la década de 1960, sus voceros fueron principalmente funcionarios y académicos organizados en la Sociedad Peruana de Salud Pública.^e La conformación de la comisión para la elaboración del proyecto de la Ley general de salud, en 1974, fue la ocasión para diseñar una propuesta de reforma. No obstante, las marcadas diferencias conceptuales e ideológicas de sus miembros no permitieron arribar a un consenso. Finalmente, en 1975, se aprobó la creación del Sistema Nacional Coordinado de Salud, y se desechó la propuesta que recomendaba la creación del Servicio Nacional Participativo de Salud, con base en la fusión de las dos grandes organizaciones sanitarias del subsector público.²⁷

^d Los estudios de este subsector usualmente no son de conocimiento público, salvo la información registrada oficialmente en Susalud (<http://portales.susalud.gob.pe/web/portal>) y algunos escasos estudios: Apoyo Consultoría. Situación actual y perspectivas del mercado de la salud, agosto 2012.

^e Ver Anales de I, II y III Congreso Nacional de Salud Pública.

Diez años después, hubo un nuevo intento por integrar el subsector público, bajo el liderazgo del entonces ministro de Salud, sanitarista de prestigio mundial profundamente comprometido con el desarrollo de la atención primaria de salud (APS), al ser uno de los organizadores de la Conferencia internacional sobre Atención primaria de salud, Almá-Atá, en 1978. Su propuesta orientada a implementar la APS como eje de reorientación del sistema de salud no logró el apoyo de los actores sociosanitarios y, adicionalmente, surgieron dificultades de orden jurídico que la tornaron inviable.

En 1997, con la dación de la Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud, se reformó el Instituto Peruano de Seguridad Social^f y se creó el Seguro Social en Salud.²⁸ Comprendería dos modalidades: la tradicional, que cambia su denominación a Essalud, y la privada, a través de las entidades prestadoras de salud (EPS), que brinda un plan de beneficios de baja complejidad a través de las redes de establecimientos privados. Asimismo, se creó la Superintendencia de EPS (SEPS) como organismo supervisor de esta modalidad de prestación de servicios.

Descentralización y sus implicancias en salud

La descentralización política constituye una antigua aspiración de las provincias y pueblos alejados de la capital del país. Es vista como la gran oportunidad de avanzar hacia el desarrollo nacional

^f Cabe mencionar que en 1992 se escinde el sistema pensionario del seguro social, y se crea el Sistema Privado de Pensiones (SPP), bajo la administración de las Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP), y el Sistema Nacional de Pensiones (SNP), bajo la responsabilidad del Estado. El Seguro Social quedó limitado a las prestaciones en salud que obligan la mayor parte de sus recursos y, adicionalmente, administra los seguros por invalidez y fallecimiento, entre otros.



armónico y sostenible. En 2001, cuando se recuperó la democracia, esta aspiración cobró fuerza en la agenda política nacional y se promulgó un conjunto de leyes para impulsar y regular el proceso de descentralización. En este proceso, si bien el Estado conserva su naturaleza unitaria, se organiza en tres niveles de gobierno: nacional, regional y local.

La descentralización de la función salud desde el nivel central hasta los niveles subnacionales tuvo diferentes implicaciones y pese al tiempo transcurrido se desconoce sus avances como factor de democratización de las decisiones y el desarrollo sanitario de los ámbitos descentralizados. Las aproximaciones iniciales muestran situaciones muy diversas.²⁹⁻³¹ Se percibe que un buen número de gobiernos regionales, luego de un difícil período de aprendizaje, vienen asumiendo responsablemente el desafío de la salud en sus ámbitos y han logrado importantes objetivos sanitarios. Por el contrario, otros gobiernos regionales no han logrado hacerse de las capacidades necesarias o prestan escasa prioridad a sus funciones en materia de salud, principalmente en lo concerniente a las intervenciones en salud pública, con el consecuente riesgo de que se presente cualquier emergencia sanitaria.

Esta situación genera actitudes igualmente diferentes entre los actores vinculados a la descentralización. Hay quienes opinan que lo acaecido es parte de lo esperado, pues los tiempos no son lo suficientemente largos para poder apreciar cambios sustantivos. Por otro lado, hay aquellos que abogan por la revisión integral del proceso, incluida la necesidad de precisar las condiciones en las cuales el gobierno nacional está exigido de intervenir en los ámbitos regionales para cautelar la salud de la población.

Tránsito de la asistencia sanitaria estatal al aseguramiento universal

Durante la década de 1990, se introduce gradualmente el concepto de aseguramiento en salud. Este concepto expresa operativamente la aparente necesidad de diferenciar, en los sistemas de salud, la función de compra de la función de venta de servicios, en aras de conseguir mayor eficiencia. En la práctica, esta preocupación, básicamente financiera, desestima la provisión de servicios de salud, función mediante la cual se plasma la misión central del sistema. En este planteamiento subyace el concepto de 'mercado interno' (*internal market*), promovido por el liberalismo económico y concebido como instrumento de eficiencia en la producción y distribución de los bienes sanitarios.³²

En esta orientación, a fines de la década de 1990, se gestaron las primeras experiencias de seguro público en el país. Se trató de dos programas destinados a superar la barrera económica de acceso a los servicios de salud de poblaciones de menores ingresos. El Seguro Escolar Gratuito (SEG), dirigido a los niños de 3 a 17 años, y el Seguro Materno Infantil (SMI), que brindaba cobertura a las madres gestantes y a los niños menores de 5 años.⁸ Ambos programas ofertaban paquetes básicos de atenciones.

En 2002, con base en las experiencias previas, se creó el Seguro Integral de Salud (SIS) como un programa de financiamiento parcial

⁸ Estudios sobre su impacto no encontraron contribución de estos seguros ni sobre el acceso a los servicios de salud, ni sobre la equidad en el acceso a la atención. Véase Jaramillo M, Parodi S. Seguro Escolar Gratuito y Seguro Materno Infantil. Análisis de su incidencia sobre el acceso a los servicios de salud y sobre la equidad en el acceso. Doc. Trabajo 46. Grade, 2004.



a la demanda de salud, bajo la modalidad de reembolso. Este seguro público ha logrado consolidarse, debido a las capacidades gerenciales de sus conductores, a lo que se añade una adecuada autonomía administrativa. Los beneficiarios, los planes de beneficios, los regímenes de financiamiento y los mecanismos de pago a los prestadores se han modificado a lo largo del tiempo.

A inicios de este milenio, en diferentes países de América Latina, se impulsó el aseguramiento universal en salud (AUS) en sus diferentes variantes. Esta propuesta surgió del *policy network* internacional y su implementación es parte de la globalización norte-sur.³³ Constituye un modelo de reforma del sistema de salud que eleva la intermediación financiera (aseguramiento) al rango de función esencial del sistema, en busca de que se incorpore en la estructura de cada segmento del sistema.

En Perú, las entidades de aseguramiento toman la denominación de instituciones administradoras de fondos del aseguramiento en salud (Iafas). Por lo menos en teoría, cada familia optaría entre algunas de estas agencias aseguradoras,³⁴ aunque la segmentación se mantiene incólume. El AUS es considerado, por un grupo de expertos internacionales, como una de las modalidades para alcanzar la cobertura universal en la atención de salud, generar protección financiera en salud y atenuar la segmentación del sistema. Otro sector, por el contrario, pone en evidencia sus ostensibles limitaciones para el logro de estos objetivos.³⁵

^h Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, 2009. Posteriormente, Perú/Consejo Nacional de Salud. Perú salud a la vida, Lineamientos y medidas de reforma del sector Salud, 2013.

En 2009, Perú inició la implementación del AUS,^h pese a no contar con el acuerdo de algunos de los más importantes actores sociosanitarios. Se puede afirmar que fue implementado con abierta oposición de los más importantes colegios profesionales,³⁶ organizaciones de la sociedad civilⁱ y gremios laborales. Esta situación se expresó en conflictos sindicales y múltiples cuestionamientos, que obligaron a las autoridades sanitarias a generar consensos mínimos para su operación a través del Foro por el Acuerdo Nacional.³⁷

El AUS se puso en marcha a partir de la promulgación de la Ley marco N.º 29344 y su reglamento, D.S. N.º 008-2010-SA. Este dispositivo legal creó la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud (Sunasa) como entidad supervisora de la operación del sistema. Posteriormente, mediante el Decreto Legislativo N.º 1158, la Sunasa vio precisadas y fortalecidas sus competencias y cambió de denominación a Superintendencia Nacional de Salud (Susalud). En suma, se transfirió a Susalud tanto la regulación de la administración financiera como la supervisión de los aparatos prestacionales público y privado, ambos instrumentos de política de primer orden.

ⁱ Posición de Foro Salud frente al Aseguramiento Universal en Salud, 2010.



Condiciones de salud

4

Morbilidad y mortalidad

En salud infantil, la proporción de bajo peso al nacer fue de 7,8 % en 2013 y 7,5 % en 2015. La desnutrición en menores de cinco años tuvo un notorio descenso entre 2010 y 2014, pasó de 5 % a 3,5 %, según peso para la edad, y de 28 % a 18,4 %, según talla para la edad.^{3,38} La desnutrición crónica en menores de cinco años tuvo también una tendencia decreciente, pasó de 19,5 %, en 2011, a 14,4 %, en 2015.

En cuanto a la tasa de mortalidad infantil, disminuyó de 20 por mil nacidos vivos (NV), en 2008, a 15 por mil NV, en 2015 (Cuadro 4.1). Hubo una reducción de 51 % en la mortalidad neonatal, que pasó de 16,2 a 8,0 muertes por mil NV para este mismo período. La mortalidad en menores de cinco años pasó de 21 muertes por mil NV, en 2012, a 18 por mil NV, en 2015. En 2013, la principal causa de defunción fueron las infecciones respiratorias agudas (12,7 %) y la enfermedad diarreica aguda (2,3 %).^{2,39}

En general, Perú muestra un avance sustancial en la reducción de la mortalidad infantil en el período 2000-2013, la mortalidad en menores de cinco años se redujo de manera importante, lo que permitió alcanzar la meta establecida en los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) cinco años antes de plazo señalado.⁴⁰

Cuadro 4.1. Indicadores básicos Perú y América Latina 2008-2015^{3,37,41-53}

Indicadores de Salud	2008		2014-2015	
	Perú	América Latina	Perú	América Latina
♦ Población total	28 807 034	572 388 000	31 151 643	622 689 000
♦ Esperanza de vida al nacer	73,1	73,7	75,1	77,0
♦ Tasa de mortalidad general	5,5	6,1	5,7	5,8
♦ Tasa de mortalidad infantil	20,0	20,2	16,6	17,7
♦ Razón de mortalidad materna	185	89,4	89	77
♦ Prevalencia de diabetes	ND	8,0 %	3,2 %	9,4 %
♦ Prevalencia de hipertensión arterial	ND	35,0 %	14,8 %	30,0 %
♦ Proporción de partos atendidos por personal calificado	73,0 %	88,0 %	90,0 %	93,9 %
♦ Cobertura de vacunación				
– DPT en niños menores de 1 año	99,0 %	91,0 %	90,9 %	88,0 %
– DPT en niños de 1 a 4 años	90,0 %		93,6 %	
♦ Población con protección social en salud	12 098 954	ND	22 740 699	ND
♦ Población sin protección social en salud	16 708 080	ND	8 410 944	ND
♦ Gasto total en salud como porcentaje del PBI	5,50	6,90	5,50	7,24
♦ Gasto total en salud per cápita*	420	541	656	714
♦ Gasto público en salud como % del gasto total en salud	59,4	48,4	60,6	51,2
♦ Gasto de bolsillo en salud como % del gasto total	41	ND	29	ND
♦ Porcentaje de hogares con gastos catastróficos por salud	3	ND	ND	ND

* Dólares PPA (paridad de poder adquisitivo). ND: no disponible. DPT: vacuna contra difteria, pertusis y tétanos. PBI: producto bruto interno.

En salud materna, la atención prenatal por personal capacitado (gestantes con cuatro o más controles) se incrementó de 87,3 %, en 2013, a 95,7 %, en 2015, y la atención del parto institucional pasó de 90,4 % a 90,7 % en los mismos años. El uso de anticonceptivos se mantuvo constante, alcanzó 74 %. La razón de mortalidad materna disminuyó de 185 por 100 mil, en 2008, a 89 por 100 mil en, 2014-2015.



Cuadro 4.2. Diez principales causas de muerte en hombres, Perú. Comparativo 2004 y 2011

N.º	2004			2011		
	Causas	N	%	Causas	N	%
1	Infecciones respiratorias agudas	5 604	11,2	Infecciones respiratorias agudas	10 264	11,3
2	Enfermedad isquémica del corazón	2 507	5,0	Enfermedad cerebrovascular	4 606	5,1
3	Cirrosis y otras hepatopatías crónicas	2 001	4,0	Enfermedad isquémica del corazón	4 567	5,0
4	Enfermedad cerebrovascular	19 667	3,9	Lesiones de intención no determinada	4 105	4,5
5	Ciertas afección período perinatal	1 845	3,7	Cirrosis y otras hepatopatías crónicas	3 977	4,4
6	Septicemia, excepto neonatal	1 541	3,1	Enfermedades hipertensivas	3 658	4,0
7	Enfermedades hipertensivas	1 402	2,8	Septicemia, excepto neonatal	3 259	3,6
8	Tumor del estómago	1 324	2,6	Tumor del estómago	2 793	3,1
9	Tuberculosis	1 193	2,4	Diabetes mellitus	2 736	3,0
10	Tumor de próstata	1 100	2,2	Tumor de próstata	2 483	2,7
11	Las demás causas	29 645	59,1	Las demás causas	48 144	53,1
	Total	50 129	100,0	Total	90 592	100,0

Fuente: Ministerio de Salud. Análisis de situación de salud de Perú. Perú, 2013.

No obstante, se estuvo lejos de la meta comprometida en los ODM, de reducir la mortalidad materna a 66,3 defunciones por 100 mil NV.³⁷

En cuanto a la mortalidad general, fue de 5,5 por mil habitantes en 2008 y se produjo un ligero ascenso en 2015, a 5,8 por mil habitantes. El análisis de la mortalidad según grupos de daños mostró que en 2011 las enfermedades infecciosas y parasitarias ocupaban el primer lugar (19,5%), seguidas de las enfermedades neoplásicas (19,2%), enfermedades del aparato circulatorio (18,2%) y lesiones (10,8%). Según causas de muerte tanto para hombres (Cuadro 3.2) como para mujeres (Cuadro 4.3), se comportó de manera similar para 2004 y 2011. El primer lugar lo ocupan las infecciones respiratorias agudas bajas (12,1% del total de las muertes), seguidas de las enfermedades

Cuadro 4.3. Diez principales causas de muerte en mujeres, Perú. Comparativo 2004 y 2011

N.º	2004			2011		
	Causas	N	%	Causas	N	%
1	Infecciones respiratorias agudas	5 455	12,4	Infecciones respiratorias agudas	9 190	13,1
2	Enfermedades isquémicas del corazón	2 109	4,8	Enfermedad cerebrovascular	3 834	5,5
3	Enfermedad cerebrovascular	2 046	4,6	Enfermedades hipertensivas	3 450	4,9
4	Septicemia, excepto neonatal	1 577	3,6	Septicemia, excepto neonatal	3 240	4,6
5	Enfermedades hipertensivas	1 536	3,5	Enfermedad isquémica del corazón	3 065	4,4
6	Cirrosis y otras hepatopatías crónicas	1 490	3,4	Diabetes <i>mellitus</i>	2 379	3,4
7	Ciertas afección período perinatal	1 431	3,2	Insuficiencia renal*	2 249	3,2
8	Tumor del estómago	1 279	2,9	Tumor del estómago	2 070	3,0
9	Deficiencias anemias nutricionales	1 141	2,6	Insuficiencia respiratoria	1 936	2,8
10	Diabetes <i>mellitus</i>	1 008	2,3	Cáncer de hígado y vías biliares	1 782	2,5
11	Las demás causas	24 961	57,0	Las demás causas	36 775	52,5
	Total	44 033	100,0	Total	69 970	100,0

* Incluye insuficiencia renal aguda, crónica y no especificada

Fuente: Ministerio de Salud. Análisis de situación de salud de Perú. Perú, 2013.

cerebrovasculares (5,3 %) e isquémicas del corazón (4,8 %).^{54,55} La tasa ajustada de mortalidad por enfermedades transmisibles en 2013 fue de 1,54 por 100 mil habitantes (1,79 en hombres y 1,32 en mujeres); por diabetes *mellitus*, 20,2 (21,9 hombres y 18,7 mujeres); por enfermedad isquémica del corazón, 29,3 (37,9 hombres y 21,5 mujeres); por enfermedad cerebrovascular, 26,5 (29,6 hombres, 23,7 mujeres); por causas externas, 70,2 (104,3 hombres y 37,1 mujeres).⁵⁶

En cuanto a morbilidad por enfermedades crónicas en la población adulta, se encontró que la prevalencia de diabetes *mellitus* en 2015 fue de 3,2 %, más alta en mujeres (3,6 %) que en hombres (2,9 %); por regiones, la mayor prevalencia está en Lima Metropolitana (4,5 %). En la población mayor de 15 años, 34,7 % tienen sobrepeso (35,8 % hombres, 31,7 % mujeres) y 17,5 %, obesidad (14,4 % hombres, 26,2 %



mujeres). Tanto para sobrepeso como obesidad, las prevalencias por región fueron más altas en Lima Metropolitana y en zonas urbanas (40,2 % y 6,5 %, respectivamente).⁵⁴ En cuanto a la prevalencia de hipertensión arterial, en 2015 fue de 14,8 %, con mayor prevalencia en hombres (18,5 %) que en mujeres (11,6 %). Según regiones, se observó mayores prevalencias de hipertensión arterial en Lima Metropolitana (18,2 %) y el resto de la costa (15,5 %).

Con referencia a las enfermedades transmisibles, en 2013, la tasa de incidencia de infección por VIH fue de 3,9 por 100 mil habitantes, con una razón de casos hombre /mujer de 2,9. La prevalencia en hombres que tienen sexo con hombres (12,4 %) fue mayor que la prevalencia en la población general (0,23 %). No obstante, ha aumentado el conocimiento sobre la prevención de la infección por VIH con uso del condón de 74,6 % (2014) a 78,4 % (2015); y el porcentaje de hombres y mujeres de 15 a 49 años de edad que se sometió a la prueba de VIH en los últimos 12 meses y conoce sus resultados aumentó de 92,3 %, en 2014, a 93 %, en 2015. En el caso de tuberculosis, en 2013 la tasa de incidencia fue de 97,9 por 100 mil, lo que significó 31 000 casos de tuberculosis en la forma sensible, 1 260 casos multidrogorresistentes (MDR) y 66 extremadamente drogorresistentes (XDR). Las regiones con más incidencia fueron Madre de Dios, Callao, Ucayali y Tacna. No obstante, en los establecimientos del Minsa se ha reducido la incidencia de tuberculosis de 80,7 %, en 2011, a 64,3 %, en 2015; y la morbilidad por tuberculosis de 89,9 %, en 2011, a 73,1 %, en 2015.²

En cuanto a enfermedades transmitidas por vectores, en 2013 se reportó 4,4 % de la población en riesgo de malaria; no obstante, el programa presenta evidentes mejoras en la vigilancia. En 2012, se notificaron 11 041 casos y a junio de 2015, un total de 23 853 casos. En cuanto al *Aedes aegypti*, vector transmisor de los virus del dengue,

de chikungunya y de Zika, se encuentra disperso en 20 regiones del país, por lo cual el riesgo de contagio es alto. En el caso del dengue, se pasó de 12 009 casos confirmados y 16 defunciones, en 2012, a 10 584 casos confirmados, 12 807 casos probables y 26 defunciones, en el primer semestre de 2016. Por otro lado, para junio de 2016 se habían reportado 56 casos de fiebre chikungunya y 91 casos de infección por virus de Zika (77 autóctonos y 14 importados).⁵⁷

Carga de enfermedad

Durante 2012, en Perú, se perdió un total de 5 800 949 años de vida saludables (Avisa), 53,3 % correspondieron a hombres y 46,7 %, a mujeres. Los años de vida perdidos por enfermedades incapacitantes (AVD) representaron 52,2 % de los casos y los años de vida perdidos por muerte prematura (AVP), 47,8 %. Según el análisis por causas, del total de Avisa perdidos, 60,5 % correspondieron a enfermedades no transmisibles (116,4 Avisa por mil habitantes); 25,3 %, a enfermedades transmisibles, maternas, perinatales y nutricionales (48,7 Avisa por mil habitantes); 14,2 %, a causas externas como accidentes y lesiones (27,4 por mil habitantes).

Según daño, el primer lugar de Avisa lo ocupan las enfermedades neuropsiquiátricas, con una pérdida de 1 010 594 años (17,4 %); seguido de las lesiones no intencionales con 13 % (756 878 Avisa); condiciones perinatales con 10,1 % (585 679 Avisa) y enfermedades cardiovasculares con 7,9 % (457 992 Avisa). Aunque la carga de enfermedad por edad se concentra en los extremos de la vida, entre los 15 y 44 años de edad hay un porcentaje importante de población con discapacidad a consecuencia de la depresión unipolar, esquizofrenia, accidentes de tránsito, dependencia y abuso de alcohol.⁵⁸



El análisis de carga de la enfermedad para la población asegurada en Essalud reporta que en 2014 se perdieron 935 619 Avisa (55,4 % en hombres, 44,6 % en mujeres), es decir, 87,9 Avisa por mil asegurados. Del total de Avisa, 21,4 % son causados por AVP y el resto (78,6 %) por AVD. La mayor carga corresponde a enfermedades no transmisibles (71,5 % de la carga de enfermedad; 62,8 Avisa por mil asegurados); seguida de las enfermedades transmisibles, maternas y perinatales (19,1 %; 16,8 Avisa por mil); accidentes y lesiones (9,4 %; 8,3 Avisa por mil). No obstante, este último grupo representa 11 % de los Avisa perdidos por discapacidad.

La mayor carga de enfermedad en la población asegurada en Essalud son las enfermedades osteomusculares y del tejido conectivo, que representan 26,2 % de Avisa (aproximadamente 245 000 Avisa). Le siguen las enfermedades no transmisibles con 18,8 % (175 457 Avisa), las condiciones perinatales con 10,8 % (101 088 Avisa), las enfermedades neuropsiquiátricas con 9,4 % (88 039 Avisa) y las lesiones no intencionales con 9,3 % (87 102 Avisa). En el grupo de 0 a 5 años de edad, se perdieron 208 400 Avisa, en especial por enfermedades transmisibles, maternas, perinatales y nutricionales. En los mayores de 60 años, se perdieron 167 100 Avisa, principalmente a causa de enfermedades no transmisibles.⁵⁹

Del total de los Avisa perdidos en Perú durante 2015 (Cuadro 4.4), 84,5 % son atribuibles a 10 causas. Estas son otras enfermedades no transmisibles (12,5 %), enfermedades mentales y uso de sustancias (11,7 %), tumores malignos (8,8 %), diarrea (8,5 %), enfermedades musculoesqueléticas (8,1 %), enfermedades cardiovasculares (8,0 %), diabetes *mellitus*, enfermedades urogenitales y enfermedades de la sangre (6,5 %), enfermedades neurológicas (5,7 %), condiciones neonatales (5,4 %) y lesiones no intencionales (5,3 %). En conclusión, la mayoría de Avisa perdidos ocurren por enfermedades crónicas.

Cuadro 4.4. Años de vida saludables perdidos según causas. Perú 2015

◆ Otras enfermedades no transmisibles	12,5 %
◆ Enfermedades mentales y uso de sustancias	11,7 %
◆ Tumores malignos	8,8 %
◆ Diarrea, infecciones de vía respiratoria baja	8,5 %
◆ Enfermedades musculoesqueléticas	8,1 %
◆ Enfermedad cardiovascular	8,0 %
◆ Diabetes <i>mellitus</i> , enfermedades urogenitales, de sangre y endocrinas	6,5 %
◆ Enfermedades neurológicas	5,7 %
◆ Condiciones neonatales	5,4 %
◆ Lesiones no intencionales	5,3 %
◆ Deficiencias nutricionales	4,0 %
◆ Enfermedades respiratorias crónicas	3,7 %
◆ Accidentes de tránsito	3,3 %

Fuente: *Global Burden of Disease Study 2015 (GBD 2015) Results*. Seattle, United States: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), 2016.

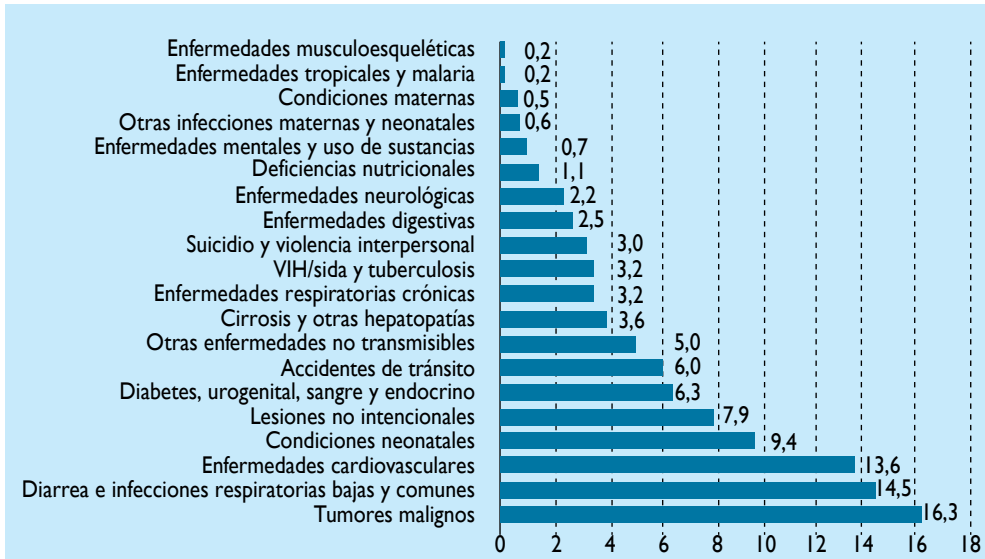


Figura 4.1. Porcentaje de años de vida perdidos según causas. Perú 2015. Fuente: *Global Burden of Disease Study 2015 (GBD 2015) Results*. Seattle, United States: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), 2016.



La principal causa de AVP es atribuible a la presencia de tumores malignos (16,3%), seguida de diarrea, infecciones de vías respiratorias bajas e infecciones comunes (14,5%) y enfermedad cardiovascular (13,6%) (Figura 4.1).

Para los AVD a consecuencia de una enfermedad, las mayores causas son las enfermedades mentales y el uso de sustancias (23,5%), otras enfermedades no transmisibles (20,4%) y las enfermedades musculo-esqueléticas (16,7%) (Figura 4.2).

En el Cuadro 4.5 se presentan los factores de riesgo vinculados con los Avisos perdidos. Se puede observar que los factores de riesgo con mayor impacto en este indicador son la dieta inadecuada (11%), la malnutrición materna e infantil (11%), la presión sistólica alta (10%)

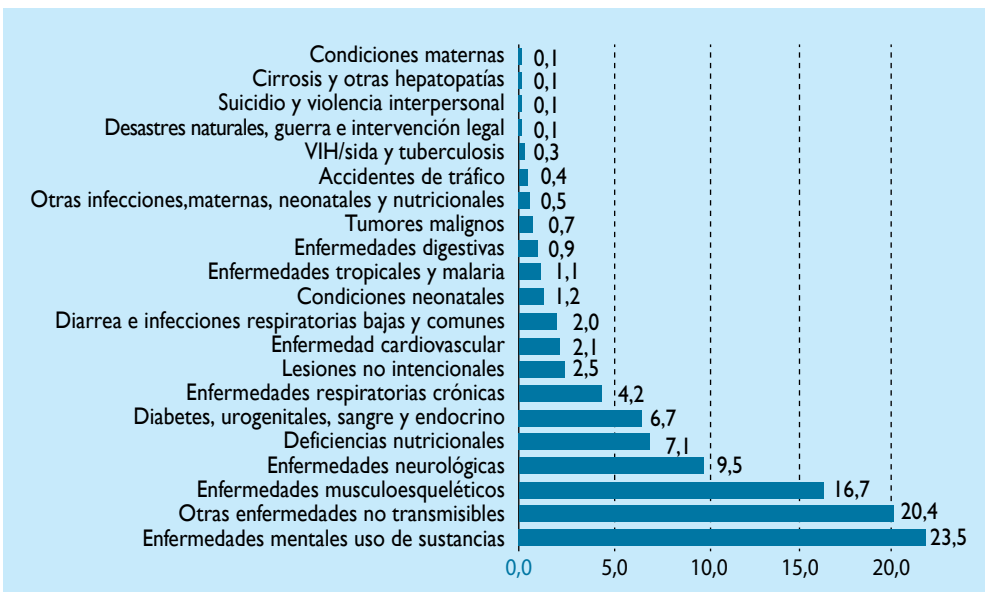


Figura 4.2. Años vividos con discapacidad. Perú 2015. Fuente: *Global Burden of Disease Study 2015. Global Burden of Disease Study 2015 (GBD 2015) Results. Seattle, United States: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), 2016.*

Cuadro 4.5. Factores de riesgo vinculados con los años de vida saludables perdidos. Perú 2015

◆ Dieta inadecuada	11 %
◆ Malnutrición materna infantil	11 %
◆ Hipertensión sistólica	10 %
◆ Índice de masa corporal elevado	10 %
◆ Hiperglucemia	9 %
◆ Alcohol y drogas	9 %
◆ Contaminación del aire	9 %
◆ Riesgos ocupacionales	7 %
◆ Filtración glomerular disminuida	5 %
◆ Tabaco	5 %
◆ Hipercolesterolemia	4 %
◆ Agua insegura	3 %
◆ Sexo inseguro	3 %
◆ Otros (baja actividad física, abuso sexual, ...)	4 %

Fuente: *Global Burden of Disease Study 2015 (GBD 2015) Results*. Seattle, United States: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), 2016.

y el elevado índice de masa corporal (10 %). Le siguen en intensidad la glucosa plasmática elevada, el consumo de alcohol y drogas y la contaminación del aire, cada uno con 9 %. Sin duda, muchos de los factores de riesgo observados requieren del fomento de políticas orientadas al impulso de estilos de vida saludables.

Salud de poblaciones nativas

Determinar la actual situación de salud de los pueblos indígenas es un tanto difícil porque los sistemas de información en salud no incluyen esta variable y el censo de comunidades indígenas recién será actualizado en 2017. Sin embargo, se han observado algunos esfuerzos por disponer de información de este grupo de población. Es así como, en 2010, se incorporó esta variable en el Registro Diario



de Atención, en otras actividades del Sistema de Información en Salud (HIS, del inglés *Health Information System*) y en el Registro Semanal de Notificación Epidemiológica Sindrómica.⁶⁰ Según la Enaho 2012, en el país existen más de 310 000 nativos amazónicos, que integran 51 pueblos étnicos, divididos en 14 familias lingüísticas. No obstante, su dispersión geográfica favorece la muy baja accesibilidad a servicios de salud públicos y se ha estimado que solo 10 % de comunidades nativas cuentan con al menos un puesto de salud.

Un estudio comparativo sobre el estado de salud y la nutrición de niños indígenas en la amazonia peruana mostró una mayor desventaja social con respecto a sus pares no indígenas. La prevalencia de desnutrición crónica fue 2,5 veces mayor en los niños indígenas que la observada en los niños no indígenas (56,2 % vs. 21,9 %, respectivamente), así como la presencia de enteroparasitosis (77,4 % vs. 70,3 %) y anemia (51,3 % vs. 40,9 %). De las familias indígenas con niños, solo 1 % contaban con agua potable y 2,6 %, con servicios higiénicos (27,1 % y 42 % en las familias no indígenas, respectivamente).⁶¹

En 2013, las principales causas de morbilidad y mortalidad,⁶² según información de la Defensoría del Pueblo y de acuerdo a las causas más frecuentes de consulta médica en la población indígena de la amazonia peruana, son las infecciones intestinales, las infecciones agudas de las vías respiratorias y las enfermedades dentales. Enfermedades que están fuertemente asociadas a inadecuadas condiciones de agua potable y de saneamiento. El reporte también refiere presencia de tuberculosis, infecciones de transmisión sexual, malaria, hipertensión arterial y afectaciones a la salud mental (trastornos depresivos y/o intento de suicidio).⁵⁸

La mortalidad infantil (32 vs. 10 por mil NV) y la mortalidad en menores de cinco años (38,1 vs. 11,6 por mil NV) en 2010 era tres veces mayor en la población indígena frente a la no indígena. Asimismo, se calculó que la fecundidad no deseada en 2012 fue 1,5 veces mayor en las mujeres indígenas con respecto a las no indígenas (35,6 % vs. 21,4 %), pese a que ha aumentado el uso de anticonceptivos en las mujeres indígenas de 53,1 %, en 2000, a 73,6 %, en 2012. La atención del parto por personal calificado fue de 82,5 % en las mujeres indígenas y de 91,5 % en las mujeres no indígenas.⁶³



Cobertura

5

A consecuencia de la promulgación de la ley de aseguramiento universal en salud (AUS), en el país, se experimentó un avance progresivo en las coberturas de aseguramiento de salud. En 2011, 64,5 % de la población contaban con seguro de salud, este porcentaje subió a 72,9 % en 2015 (Cuadro 5.1). El incremento en la cobertura de aseguramiento se observó en la mayoría de las regiones, pero especialmente en aquellas con mayores índices de pobreza como Huancavelica y Apurímac, que en 2015 alcanzaron 94,5 % y 90,6 % de población asegurada, respectivamente. Las regiones con menores coberturas fueron Tacna (54,8 %) y Madre de Dios (60,6 %).⁶⁴

Cuadro 5.1. Cobertura de atención a la salud, Perú 2011-2015^{52,62}

	2011	2012	2013	2014	2015
◆ Población afiliada a algún seguro de salud	64,5	61,9	65,5	69,0	72,9
◆ Afiliada al Seguro Integral de Salud (SIS)	36,1	31,4	35,3	39,0	43,4
◆ Afiliada al Seguro Social de Salud (Essalud)	22,7	24,4	24,4	24,6	24,5
◆ Afiliada a otros seguros	5,7	6,1	5,8	5,4	5,0
◆ Seguros privados	2,0	1,9	1,9	1,8	1,5
◆ Seguro de sanidades	1,9	1,9	1,6	1,6	1,5
◆ Dos o más seguros	1,8	2,4	2,2	2,0	2,0
◆ Población sin seguro de salud	35,6	38,2	34,6	31,0	27,2

Fuente. Superintendencia Nacional de Salud e Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2015.

El Seguro Integral de Salud (SIS) es la principal intervención pública para la protección individual en salud. Para aumentar sus coberturas de afiliación se han eliminado las restricciones administrativas, lo que ha permitido incorporar al SIS alrededor de dos millones de personas que viven en poblados lejanos, indocumentados, personas privadas de la libertad, niños residentes en albergues y personas en situación de calle. En 2015 se afiliaron 350 mil recién nacidos, 132 mil menores de tres años, y unos tres millones de escolares de educación inicial y primaria de instituciones educativas públicas. El SIS Emprendedor ha logrado la protección a independientes del Nuevo Régimen Único Simplificado y sus derechohabientes; en 2015 alcanzó a cubrir 257 mil asegurados activos y 427 mil registrados.⁵⁴

La Ley Marco de AUS aprobó el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS), el cual consiste en un paquete integral de atenciones (preventivas, diagnósticas, curativas y de rehabilitación). El PEAS atiende un total de 140 condiciones asegurables durante todo el ciclo de vida y cubre alrededor de 65 % de la carga de enfermedad a nivel nacional. En 2010-2011, al PEAS se suma la cobertura de planes complementarios para traslado y sepelio; y, en 2012, la cobertura de enfermedades de alto costo como el cáncer, en el marco del Plan Esperanza. Entre 2009 y 2016, si bien el PEAS continúa con 140 condiciones asegurables, se pasó de 510 a 676 procedimientos médicos que involucran 1 317 diagnósticos (variantes clínicas).^{65,66}

En 2015, 90,4 % de las afiliaciones a seguros de salud contaban como mínimo con el PEAS y 4,9 % del total de afiliaciones correspondían al Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo (SCTR). Los planes de salud vigentes en 2015 eran el PEAS y complementario (que beneficia a 59,2 % de la población asegurada), Plan Específico (31,2 %), solo una parte del PEAS y complementario (3,1 %) y solo plan complementario (6,4 %).⁶²

Financiamiento

6

El presupuesto público en salud, con respecto al presupuesto general de la República, ha tenido un crecimiento sostenido, de 4,6 %, en 2006, a 5,5 %, en 2014.^{67,68} No obstante, presenta una brecha financiera (Figura 6.1) promedio para el período de 2 % con respecto al producto bruto interno (PBI) de la región de América Latina.⁶⁹

La tendencia del gasto en salud como porcentaje del PBI para los países de la región Andina se muestra en la Figura 6.2. Como se observa en 2007, Perú es el país con el más bajo porcentaje de gasto en salud en relación al porcentaje del PBI y en 2014, el segundo país con el más bajo porcentaje del PBI destinado para salud.

Las fuentes de financiamiento de la salud son principalmente el Estado, a través de recursos ordinarios, recursos regionales y

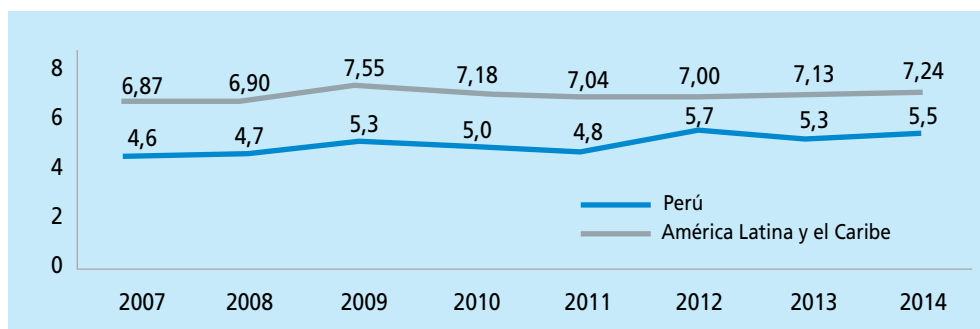


Figura 6.1. Gasto total en salud, según porcentaje del producto bruto interno (% PBI), comparativo entre Perú y América Latina y el Caribe. Fuente: Banco Mundial, 2016.

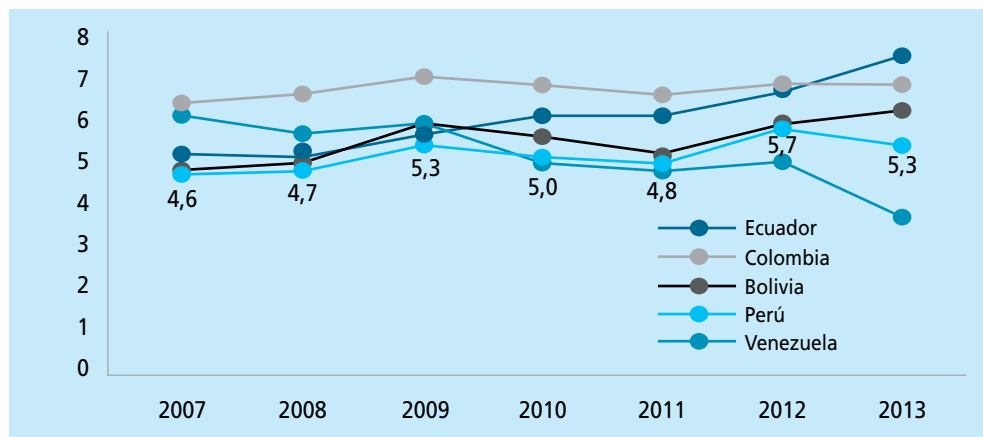


Figura 6.2. Gasto total en salud como porcentaje del producto bruto interno en países de la región Andina. 2007-2013. Fuente: *Economic Commission for Latin American and the Caribbean (Eclac), social expenditure database*.

endeudamiento en salud. En menor medida se reciben recursos provenientes de cooperantes externos, donantes internos y sector privado. En 2012, los hogares financiaron 37 % del gasto en salud; los empleadores, 30 %; el Estado, 29 %; el sector privado, 1,9 %; cooperantes externos, 0,9 %; donantes internos, 0,6 %; otros, 0,5 %. El sector privado se financia con recursos directos de los hogares, de la venta de seguros privados y, en el caso de prestadores privados no lucrativos, de la cooperación internacional o de donaciones.⁷⁰

En cuanto al financiamiento público, el Gobierno aumentó en 70,8 % el Presupuesto Inicial de Apertura (PIA) durante el período 2011-2016. En conjunto, en los tres niveles (nacional, regional y local), el PIA de Salud aumentó en 73,1 %, ⁷¹ pasó de S/ 7 780 110 532 millones de soles, en 2011, a S/ 13 471 156 438, en 2016, y la principal fuente fue el gobierno nacional.⁵⁴ El presupuesto del SIS se incrementó de S/ 533 millones, en 2011 (0,1 % del PBI), a S/ 1 623 millones, en 2016 (0,2 % del PBI).



El financiamiento público para el Ministerio de Salud (Minsa) y las regiones en 2012 provino de recursos ordinarios (75,6 %), recursos del Seguro Integral de Salud –SIS– (7,3 %), de las regiones (3 %), de las sanidades, beneficencias y municipios (14 %) y del crédito externo (0,1 %). Para Essalud, la principal fuente de financiamiento son las contribuciones de los asegurados (98 %) provenientes de las aportaciones correspondientes al Fondo de Salud (Ley N.º 26790). El SIS se financia principalmente con recursos del Tesoro Público (98,9 %), y en menor proporción con recursos recaudados directamente (0,6 %) y donaciones y transferencias (0,5 %).

El financiamiento de inversión (infraestructura y equipamiento) en salud ha evolucionado favorablemente. Así, en 2011 se dispuso de S/ 41 831 042 millones de soles y en 2016, de S/ 930 630 000.⁷² En total, en este período, se construyeron, ampliaron o remodelaron 168 establecimientos de salud (2 hospitales nacionales, 6 regionales, 21 provinciales, 95 centros de salud estratégicos y 44 centros o puestos de salud no estratégicos).⁶⁹

En 2011, del gasto en salud, 53 % correspondieron al gasto público y 47 %, al gasto privado, y en 2014, 61 % y 39 %, respectivamente. En cuanto a la distribución del gasto en salud según prestadores, durante 2012, 55 % fueron para prestadores públicos (29,3 % al Minsa y las regiones, 20,4 % a Essalud, 5,3 % a sanidades y otros) y 45 %, para el sector privado (32,5 % a lucrativos, 10,7 % a venta en farmacias y 1,8 % a no lucrativos).⁶⁸ A su vez, se calculó que el gasto en salud per cápita aumentó de 359 dólares, en 2014, a 626 dólares, en 2016. En cuanto al gasto público per cápita en 2016, incluido Essalud, es de 199 dólares, correspondiente a 3 % del PBI, y solo los gastos del Minsa y de los gobiernos regionales alcanzan 132 dólares, equivalente a 2 % del PBI.⁶⁸

En 2015, el gasto corriente fue 81 % y el gasto de capital, 19 %. En cuanto al gasto corriente, 30 % se efectuaron en personal y obligaciones sociales; 3 %, en pensiones y otras prestaciones sociales; 43 %, en bienes y servicios (adquisición de medicamentos, vacunas, material medicoquirúrgico; aseguramiento de insumos para las prioridades sanitarias en los establecimientos a nivel nacional; mantenimientos preventivo y correctivo de los equipos hospitalarios y de la infraestructura) y 4 %, en otros gastos.⁶⁴ Del gasto de capital, 94,1 % se ejecutaron con recursos ordinarios; 4,3 %, con recursos directamente recaudados; 1,3 %, con recursos por operaciones oficiales de crédito y 0,3 %, con donaciones y transferencias.

El gasto de bolsillo en salud, pese a que ha disminuido de manera sostenida, continúa siendo alto. En 2008 era de 41 % del gasto total en salud, porcentaje que disminuyó en 2014 a 29 % (Figura 6.3). El gasto de bolsillo per cápita se estimó en 103 dólares en 2014, sin mayor variación comparado con 2011 (105 dólares), el cual se destinó para financiar principalmente atención privada (61,7 %), atención en servicios públicos (8,3 %) y compra de medicamentos (29,9 %).⁶⁸

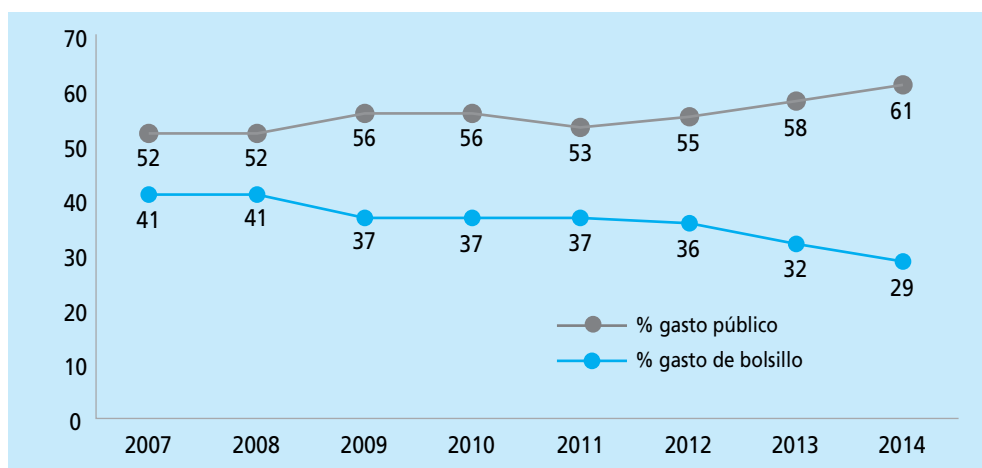


Figura 6.3. Tendencia del gasto de bolsillo y gasto público. Perú 2007-2014. Fuente: *World Health Organization. Global Health Expenditure Database.*



Recursos

7

Recursos humanos

En cuanto a recursos y acceso a servicios de salud, según estimaciones de la Organización Panamericana de la Salud, en 2013, Perú contaba con 11,9 médicos por diez mil habitantes (DMH); 12,7 enfermeras/DMH y 1,9 odontólogos/DMH. Si bien el número aumentó ligeramente en relación al año 2011 (10 médicos/DMH, 10,9 enfermeras/DMH y 1,3 odontólogos/DMH), la densidad de profesionales de la salud continúa siendo baja en relación a la de América Latina (17,6 médicos/DMH, 13,8 enfermeras/DMH y 4,3 odontólogos/DMH).

La medición de la densidad de personal de salud por equipo de profesionales (médico, enfermero, obstetra) aumentó de 26,1/DMH, en 2012, a 29,9/DMH, en 2015, cifra mayor al estándar requerido por los países de la región de 25 recursos humanos/DMH.⁷³ El número de camas también aumentó, pasó de 44 926, en 2010, a 46 574, en 2014, y para 2014 se estimó 1,6 camas por mil habitantes, mientras que en América Latina era de 2,0 camas por mil habitantes.^{74,75}

En 2011, el sector Salud contaba con 180 000 trabajadores, de los cuales 69 % (123 663) pertenecían al Ministerio de Salud (Minsa); 20 % (36 063), a Essalud y 11 %, a otras instituciones prestadoras de salud. En 2015 se contaba con un total de 245 779 profesionales de

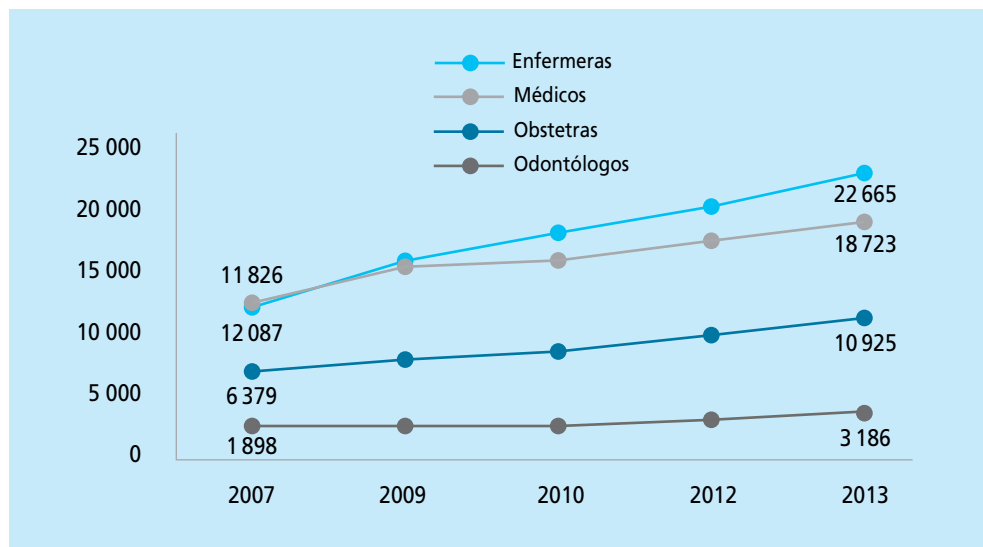


Figura 7.1. Evolución del personal del Ministerio de Salud. Perú 2007-2013. Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática. Sistema de Información Regional para la toma de decisiones.

salud,⁷⁶ 70 % (170 962) trabajaban en el Minsa y gobiernos regionales; 22 %, en Essalud (53 445) y 8 %, (21 592), en otros prestadores de salud. Estas cifras muestran que los recursos humanos en 2015 se habían incrementado en 36 % (65 999) respecto a 2011.⁷⁷

En cuanto a las categorías ocupacionales, del total de profesionales en 2015, 15,5 % eran médicos; 16,3 %, enfermeras; 5,9 %, obstetras; 2,3 %, odontólogos; 32 %, técnicos y auxiliares asistenciales; 24,7 %, personal administrativo. Este panorama de crecimiento de los recursos humanos se refleja también en el Minsa, en donde se observa un crecimiento sostenido en los últimos años (Figura 7.1).

No obstante el crecimiento de los recursos humanos, existen diferencias en su distribución entre los ámbitos urbano y rural. A pesar de que se ha implementado una política remunerativa con incentivos



al desempeño para retener los recursos humanos y garantizar una distribución espacial más equitativa. En 2013, 84 % de los recursos humanos del Minsa y gobiernos regionales (150 925) se concentraban a nivel urbano (126 782), de los cuales 42 % (52 755) estaban en Lima Metropolitana. A nivel urbano se concentraban 85,2 % de los médicos generales, 99,2 % de los médicos especialistas, 79,3 % de las enfermeras, 70,2 % de las obstetras, 68,9 % de los odontólogos, 76,3 % de los técnicos en enfermería y 78,3 % de los demás técnicos asistenciales.⁷⁸

Las plazas de residentado médico se incrementaron de 1 495, en 2011, a 3 335, en 2015, y las plazas de profesionales que realizan el Servicio Rural y Urbano Marginal en Salud (Serums) pasaron de 7 121, en 2011, a 9 013, en 2015. En cuanto a la formación de especialistas, las sedes regionales aumentaron de 5, en 2008, a 21, en 2015.⁷⁹ También se amplió la política de especialización para profesiones de la salud, entre ellas Odontología y Enfermería, y se modificó la composición del Consejo Nacional de Residentado Médico (Conareme), en un intento del Minsa por retomar su ejercicio rector sobre los recursos humanos.

Unidades de salud

En cuanto al número de establecimientos de salud (hospitales, centros de salud y puestos de salud), de manera general se observa un aumento. En 2010 existían 9 559 unidades de salud y en 2014, 10 860 (Cuadro 7.1). Del total de hospitales, la mayor parte se concentra en Lima (35,2 %), seguida de La Libertad (9,4 %) y Lambayeque (5,9 %). En contraste, las regiones de Huancavelica, Tacna, Huánuco y Tumbes concentran solo 2,5 % de los hospitales. En cuanto a los centros de salud, 24,8 % están en Lima, 6,1 % en Piura y 5,6 % en Cajamarca. Finalmente, los puestos de salud están principalmente en Cajamarca (11,1 %), Lima (7,2 %), Junín (66 %) y Amazonas (6,5 %).⁸⁰

Cuadro 7.1. Establecimientos del sector Salud, Perú 2010-2014⁵²

Año	Hospitales	Centros de salud	Puestos de salud	Total
♦ 2010	527	2 377	6 655	9 559
♦ 2011	580	2 741	6 529	9 850
♦ 2012	628	2 981	6 632	10 241
♦ 2013*	568	2 303	7 178	9 481
♦ 2014	622	2 519	7 719	10 860

* A partir de 2013 y 2014 se considera la información de la superintendencia de investigación y desarrollo. Registro Nacional de Establecimientos de Salud (Renaes).

Las instituciones administradoras de fondos para el aseguramiento en salud (Iafas) crecieron de manera importante, de 21 en 2011 a 101 en 2015. Para 2015 se registraron un total de 19 674 instituciones prestadoras de servicios de salud (Ipress), cifra que es 10,2 % mayor que la registrada en 2014. Del total de Ipress, 33,9 % corresponden a unidades de primer nivel de atención.

Las Ipress dependientes del Minsa y de los gobiernos regionales financiadas por el Seguro Integral de Salud (SIS) registraron en 2015 alrededor de 17,9 millones de atenciones en consulta externa, 817 716 egresos hospitalarios, 1,8 millones de atenciones de emergencia y 293 356 atenciones de partos. Estas actividades y las acciones preventivo-promocionales del SIS suman en total 58,2 millones de atenciones.⁶² Essalud en 2015 atendió 20 172 896 de consultas (un incremento de 2,7 % con respecto a 2011) y 109 793 partos. No obstante, las tres redes de Lima (Almenara, Rebagliati y Sabogal) representan 45,5 % del total de atención de partos, 44,6 % del total de partos vaginales y 46,8 % del total de partos por cesáreas.



Medicamentos e insumos

El acceso a medicamentos e insumos hospitalarios se fortaleció en 2011 con la creación de la Dirección de Abastecimiento de Recursos Estratégicos en Salud (Dares). Al mismo tiempo, se establecieron procesos articulados de programación, adquisición, almacenamiento y distribución de medicamentos, insumos médicos y material de laboratorio. El Centro Nacional de Abastecimiento de Recursos Estratégicos de Salud (Cenares) adquirió funciones para la gestión eficiente de los procesos de abastecimiento y compra de productos a niveles local e internacional.⁶⁴

Entre 2011 y 2015 se realizaron compras corporativas sectoriales de medicamentos con gobiernos regionales, Essalud, Sanidad de las Fuerzas Armadas y Policiales y el Minsa. Se aseguró el abastecimiento de 400 medicamentos aproximadamente, con la adjudicación de alrededor de 2 154 millones de soles. Cenares en 2016 obtuvo la certificación ISO 9001:2008 por los procesos de almacenamiento y distribución de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos no refrigerados destinados a dependencias de salud del ámbito nacional.⁶⁴ No obstante estos esfuerzos, persiste la insuficiente disponibilidad de medicamentos en las unidades de salud.

En 2015, se entregó 2 205 millones de medicamentos a las Ipress vinculadas a las Iafas del SIS, que en relación a lo prescrito (2 271 millones) implicó un déficit general de 2,9 %. Los déficits mayores se presentaron en Arequipa (9,5 %), San Martín (9,1 %) y Huancavelica (8,5 %) y los menores, en Moquegua (0,2 %), Callao (0,5 %), Huánuco (0,7 %), Puno (0,7 %) y Apurímac (0,7 %).⁷¹ Adicionalmente, se reportó que a junio de 2016, en el país, solo 14,1 % de los establecimientos tenían un nivel óptimo de disponibilidad de medicamentos.⁸¹



Rectoría

8

La Constitución Política de Perú, sobre todo, y la Ley Orgánica del Poder Ejecutivo señalan las competencias del Poder Ejecutivo, ejercidas a través de los ministerios, en la formulación de las políticas nacionales y sectoriales. A su vez, la Ley General de Salud precisa el ejercicio de la Autoridad Sanitaria por el Poder Ejecutivo y los órganos descentralizados de gobierno. Por consiguiente, el Ministerio de Salud (Minsa) es la máxima autoridad sanitaria y, en consecuencia, el ente rector del Sistema Nacional de Salud; como tal formula y dirige la política nacional de salud y supervisa su cumplimiento de conformidad con la política general del Gobierno.

La ley establece, igualmente, que el Estado es responsable de proveer los servicios de salud pública a toda la población y que la salud individual es una responsabilidad compartida por el individuo, la sociedad y el Estado. No obstante la clara definición del rol rector del Minsa, esta función se encuentra debilitada, situación explicada en parte por la segmentación del sistema, la presión de los grupos de interés dentro y fuera del Estado, la enorme influencia de las agencias internacionales, la descentralización aún en proceso y la escasa formación tecnopolítica del funcionariado público en salud. Características que tienen como telón de fondo la frágil institucionalidad política del país.

Las instancias y los mecanismos de gobernanza son débiles, pues las relaciones de poder entre los diversos actores del ambiente político en salud son marcadamente asimétricas, tal es el caso del Consejo Nacional de Salud (CNS). Esta instancia de la gobernanza sectorial está conformada, además del Minsa, por representantes del sector Educación, de los gobiernos subnacionales, de las organizaciones prestadoras públicas y privadas y, en menor medida, de la sociedad civil. Tras varios años de funcionamiento muestran sus notorias debilidades: escaso reconocimiento público y legitimidad social, por falta de voluntad política tanto de sus conductores como de sus miembros; cuestionable representatividad de su membresía y falta de efecto vinculante de sus acuerdos.

Por otro lado, la Comisión Intergubernamental en Salud (CIGS), instancia de gobernanza multinivel, de la que son miembros el Minsa y los gobiernos regionales y sus direcciones regionales de Salud (Diresa). En ella no participa la sociedad civil. Esta instancia opera fundamentalmente como mecanismo de ajuste burocrático del Minsa en el ejercicio de su rol directivo del subsector público estatal, antes que como espacio de deliberación de la política de salud.ⁱ

La frágil capacidad rectora del Minsa puede constatararse en su disminuida relación con otros organismos del Estado, principalmente con el Ministerio de Economía y Finanzas. Este, vía mecanismos de gestión por resultados, impone al Minsa un conjunto de intervenciones sanitarias fragmentadas y verticales bajo el nombre de ‘programas estratégicos’, que claramente no vienen alcanzando

ⁱ La revisión de las actas y acuerdos de ambas instancias pone en evidencia la escasa capacidad de generación de propuestas de política pública por parte de los representantes de las organizaciones sectoriales y sociales y sectoriales miembros.



los resultados esperados. Asimismo, en la negociación del Capítulo de Propiedad Intelectual del Acuerdo Transpacífico de Cooperación Económica (TPP) en lo referente a medicamentos biotecnológicos, se hizo caso omiso de las bien fundamentadas recomendaciones que formuló el Minsa, para no aceptar la ampliación del período de protección de datos de prueba más allá del período concedido por la patente para los productos biotecnológicos. Con esta medida se posterga enormemente la utilización de sus biosimilares en el país, y se restringe el acceso a este tipo de medicación para amplios sectores de la población.⁸²

De igual manera, Susalud podría estar asumiendo funciones de formulación de política y de regulación que no son de su competencia. Es el caso del sistema de acreditación de los servicios de salud, donde se debe distinguir la formulación de una política específica, expresada en un determinado modelo de acreditación potestad de la Autoridad Sanitaria, de la conducción (implementación) de este modelo, que correspondería a Susalud.



Ciudadanía en salud

9

El derecho a la salud

El derecho a la salud está formalmente consagrado en la Constitución Política y en la Ley General de Salud. Adicionalmente, algunos aspectos del derecho fueron precisados en la Ley N.º 29414, que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud. El derecho a la salud contempla tanto libertades como propiamente derechos, es decir, el Estado está exigido al cumplimiento de obligaciones tanto positivas como negativas. Frente a las primeras, la plena realización del derecho a la salud exige del poder público la adjudicación de recursos y el diseño de políticas públicas; para las segundas, basta con que las autoridades públicas se abstengan de afectar dimensiones específicas del derecho a la salud.

Sin embargo, la experiencia cotidiana da cuenta de los constantes problemas que enfrentan principalmente las poblaciones de menores recursos en su acceso al ‘mayor goce posible’ del derecho a la atención, no obstante los esfuerzos desplegados por el Seguro Integral de Salud (SIS). La atención de la salud de las poblaciones indígenas –que según el censo de 2017, comprenden 16% de la población nacional– es de especial gravedad,⁸³ pues en ellas confluyen barreras geográficas, económicas, organizacionales y, sobre todo, culturales, propias de un país que se resiste a reconocer su naturaleza multiétnica, plurilingüe y multicultural.

Durante los últimos años se han producido algunos avances por la acción del Centro Nacional de Salud Intercultural (Censi) del Instituto Nacional de Salud (INS). Se ha impulsado y, tras un proceso de construcción de consensos con participación de representantes de estas comunidades indígenas tanto andinas como amazónicas, con el cercano acompañamiento de la Defensoría del Pueblo, se ha logrado la aprobación de la Política Sectorial de Salud Intercultural en 2016.^{84,85} A la par, durante los últimos años, el Minsa ha producido normatividad técnica para la adecuación cultural, principalmente de la atención del parto, que, pese a expresar una concepción restringida de la salud intercultural, constituye un innegable avance en la materia. Iguales problemas de exclusión, discriminación y, aun, estigmatización se observan en la atención de salud de diferentes grupos de mayor vulnerabilidad social, como quienes padecen algún tipo de discapacidad, los miembros de la comunidad LGBT (lesbianas, *gays*, bisexuales y transexuales) o quienes son portadores de tuberculosis y enfermedad por VIH/sida, entre otros.

La participación de los ciudadanos en la gestión y la evaluación del sistema

La participación ciudadana en la formación, gestión y vigilancia de las políticas públicas en salud es muy limitada y diversa. De un lado están las tradicionales iniciativas de participación social en salud, básicamente rurales o urbano populares (de abajo hacia arriba), y de otro, las experiencias institucionales surgidas desde alguna entidad estatal ante la necesidad de implementar políticas públicas que promuevan la participación ciudadana o la protección de los derechos de los usuarios (de arriba hacia abajo).



La participación social está poco institucionalizada, es dispersa y fragmentada, usualmente alentada por organizaciones no gubernamentales o iglesias, preferentemente la Iglesia católica, es el caso de las asociaciones de agentes comunitarios de salud (Apromsa), los comités de desarrollo comunal (Codeco), entre otras.

A la par, el mundo ciudadano ha logrado conformar algunas iniciativas de mayor representación y capacidad de incidencia política entre las que destaca Foro Salud, organización no gubernamental que articula el interés de participación en la formación y la vigilancia de la política de salud de diferentes colectivos sociales y muestra permanente iniciativa y presencia nacional. Se han organizado también grupos de pacientes aquejados de daños que por su naturaleza tienen gran impacto sanitario y social, como son los grupos de pacientes con tuberculosis o con enfermedad por VIH/sida, entre otros.⁸⁶ Adicionalmente, existe una gran variedad de organizaciones sociales que realizan actividades en pro de la salud, sin embargo, rara vez logran incidir en políticas de salud.

Entre las experiencias institucionales surgidas desde instancias oficiales sobresalen los comités locales de administración de salud (CLAS). Pese a que surgieron hace más de 20 años no han logrado masificarse como modalidad de cogestión social de los establecimientos de salud del primer nivel de atención. En 2007 se promulgó la ley que formalizó su funcionamiento. En términos generales, se estima que no más de un tercio de los establecimientos de salud de menor complejidad son gestionados bajo esta modalidad, aunque su distribución a nivel nacional es notoriamente diferenciada.

En 2002, la Ley del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud, Ley N.º 27813, creó los Consejos de Salud, nacional, regionales y locales. Estos fueron concebidos como instancias de coordinación y concertación de las organizaciones del sector. Como se manifestó anteriormente, su composición, representatividad y, en menor medida, el carácter no vinculante de sus acuerdos les restan eficacia y mellan su legitimidad social.

La participación de las universidades y los colegios profesionales

La relación entre el Minsa, las universidades, los colegios profesionales y las organizaciones sociales de base, salvo excepciones, se limita a lo establecido en la normatividad. Probablemente, la experiencia más constante e institucional de participación de estos actores sea su presencia en los consejos de salud. No obstante, sus aportes son limitados y antes que coordinar políticas y estrategias sectoriales, en el intento por atenuar la segmentación y la fragmentación del sistema, ponen por delante intereses o reivindicaciones particulares; situación que cuestiona y debilita el rol de los consejos de salud como instancias de gobernanza del sistema.^k Cabe resaltar la participación de las universidades y los colegios profesionales en los consejos que regulan la formación de especialistas en el campo de la salud, de los cuales el de mayor trayectoria es el Comité Nacional de Residentado Médico (Conareme).

Por el contrario, la participación de la universidad en las políticas y las prioridades nacionales de investigación y desarrollo de tecnologías en salud es bastante limitada. Esto, en parte, se explica

^k Las actas del Consejo Nacional de Salud corroboran esta afirmación.



por la ausencia de canales permanentes de relación entre la academia y los decisores de políticas. Es raro que la investigación producida en las universidades, muy escasa por cierto, aporte con evidencias para la formulación de las políticas públicas de salud. En 2009, el INS convocó a un proceso participativo para definir las prioridades nacionales de investigación, acorde con las necesidades de conocimiento de los principales problemas de salud y del sistema de salud. Lamentablemente, sus resultados no fueron de mayor impacto por diversas razones. Por ejemplo, se señaló: “La presencia de centros universitarios e instituciones privadas de investigación que se rigen bajo las prioridades de investigación de las instituciones financiadoras. Sin embargo, tal vez el factor más relevante fue la ausencia de un proceso coordinado de implementación y de impulso del desarrollo de la investigación priorizada”.⁸⁷

De otra parte, el Colegio Médico del Perú (CMP), según la ley de su creación, está llamado a “propender la mejora de la salud individual y colectiva” y a constituirse en organismo cooperante de los poderes públicos en la defensa de la salud. Es necesario recordar que el CMP, a la par que demás colegios profesionales, tiene derecho constitucional a iniciativa legislativa en “materias que le son propias”. Sin embargo, esta atribución se ejerce rara e ineficazmente, pese a que bien podría canalizar importantes propuestas en favor de la salud de la población.

Finalmente, con la creación del Sistema Nacional de Evaluación, Acreditación y Certificación de la Calidad Educativa (Sineace), en 2006, los colegios profesionales asumieron el compromiso de certificar las competencias de sus colegiados.⁸⁸ Sin embargo, las perspectivas para el desarrollo de este proceso no parecen ser muy auspiciosas.⁸⁹

La percepción de los usuarios sobre la calidad de la atención a la salud

La última encuesta realizada por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (Inei) entre los usuarios de consulta externa⁹⁰ da cuenta de que 71,1 % de los entrevistados manifestaron estar satisfechos con la atención recibida en los servicios de salud públicos, pese a que el tiempo de espera reportado fue de 103 minutos. Esta cifra no concuerda con lo reportado por el Latinobarómetro, donde se indica que solo 31,6 % de la población peruana está satisfecha con la atención que recibe en los hospitales públicos.⁹¹ Es de lamentar que la calidad de la atención no haya logrado ingresar en la agenda político-sanitaria en el país, pese a ser tema recurrente en los discursos oficiales. Es importante resaltar que estos estudios no evalúan el trato digno⁹² (*responsiveness*), metodología que pone por delante la evaluación de la condición de dignidad, autonomía, confidencialidad, entre otros, y no se reduce a la medición de la satisfacción del usuario como podría hacerse frente a cualquier otro bien o servicio de mercado.



Desafíos y perspectivas 10

Sin duda, Perú es uno de los países con el mayor crecimiento económico de la región de las Américas. Se ha observado una disminución progresiva de la pobreza y una mejora importante en la salud de la población, sobre todo en la salud materno-infantil. No obstante, para continuar con esta mejora en los indicadores de salud el sistema de salud peruano debe mantener el esfuerzo sostenido para alcanzar el acceso y la cobertura universal en salud. Es decir, que esta se exprese no solo en el número de afiliados a una aseguradora pública o privada, sino en la cobertura universal efectiva para todos los peruanos. Para lo cual el sistema de salud peruano requiere asumir desafíos como los siguientes:

- ◆ Avanzar hacia la superación de la segmentación del sistema, mediante, fundamentalmente, la integración del financiamiento proveniente de diferentes fuentes públicas y la garantía de su administración integrada, eficiente y transparente (*risk pooling*). En esta orientación, cobra importancia transitoria el intercambio prestacional entre aseguradoras –los prestadores vinculados a ellas–, cuyo avance tras largos años de implementación es mínimo.¹ Asimismo, es necesario impulsar las redes integradas de salud como mecanismo de integración en la provisión de servicios,

¹ Las primeras experiencias datan de la década de 1990.

siempre que garanticen a la población igualdad de oportunidades de acceder a una atención de salud eficaz, gratuita, de calidad y culturalmente adecuada.

- ◆ Consolidar el Seguro Integral de Salud como la entidad aseguradora del subsector público, que materialice el ejercicio del derecho a la atención de la salud de la población peruana y se constituya en el eje del desarrollo de la política de aseguramiento con sentido de bien público. Su amplia cobertura de afiliación, la progresiva extensión de su plan de atención y la extensión del financiamiento a las enfermedades de alto costo, como el cáncer, la insuficiencia renal y las enfermedades raras y huérfanas a través del Fondo Intangible Solidario de Salud (Fissal), son importantes logros que se deben resguardar, fortalecer y ampliar. La tecnificación de sus sistemas de información, la modernización y la optimización de sus mecanismos de pago y, principalmente, la garantía de un financiamiento permanente, creciente y contracíclico son condiciones básicas para su consolidación.
- ◆ Incrementar la inversión en salud a por lo menos el promedio de la región de las Américas, es decir, un aumento aproximado de 1,7% en el PBI para salud. En la necesidad de ampliar el espacio fiscal, deberán considerarse diversas medidas recomendadas por organismos internacionales. Entre otras, la aplicación de impuestos destinados para la salud (*earmarking for health*) no debe desecharse *a priori* por razones ideológicas. En este mismo sentido, es imperativo garantizar la irreversibilidad de los montos y los ratios de financiamiento alcanzados, en prevención del fundado riesgo que, cuando disminuyan los recursos fiscales, se pretenda reducir el financiamiento público. El incremento de recursos debe orientarse primordialmente al fortalecimiento de



las intervenciones integrales en salud colectiva, que constituyen prioridades sanitarias, y a la reestructuración y el fortalecimiento del primer nivel de atención, que mejore su capacidad resolutive y la calidad de atención con enfoque intercultural.

- ◆ Fortalecer al Minsa como ente rector del sistema de salud, mediante la mejora de sus capacidades de gobierno, a fin de establecer una real gobernanza democrática. Para esto es indispensable ganar legitimidad social que redunde en mayor capacidad de negociación en la puja distributiva. Se requiere elevar las capacidades tecnopolíticas de su funcionariado para el adecuado desempeño de las funciones de gobierno. De igual manera, es necesario rediseñar las instancias de gobernanza sectorial-social (Consejos de Salud) e intergubernamental (Comisión Intergubernamental en Salud). En suma, se requiere relegitimar al Estado, representado por el Minsa, en su rol de conductor del desarrollo sanitario nacional.
- ◆ Profundizar el proceso de descentralización en salud en el marco de la descentralización política nacional. Es menester avanzar hacia una real descentralización fiscal y una mayor participación de los gobiernos regionales en la formulación de la política nacional de salud y sus instrumentos de implementación. A la par es indispensable fortalecer los mecanismos de democratización de la gestión en los gobiernos regionales y sus dependencias en salud, para evitar se reedite el centralismo en las capitales de los gobiernos regionales. Es imprescindible garantizar el manejo honesto y transparente de los recursos y bienes públicos, mediante sólidas medidas de control y rendición de cuentas. Es indispensable e ineludible garantizar la intervención de la Autoridad Sanitaria de nivel nacional frente al incumplimiento

reiterado de la política nacional de salud, de los planes de desarrollo en salud y, obviamente, frente a situaciones que ponen en riesgo la salud y la vida de las poblaciones.

- ◆ Implementar una política de recursos humanos que considere su formación y su desarrollo. Es necesario tener presente que la producción de los servicios de salud es, por naturaleza, talento-intensiva. Por lo mismo, este campo de acción es fundamental y, posiblemente, el de más complejo abordaje, debido a la multiplicidad de actores, intereses y perspectivas en juego. Es indispensable revertir la pronunciada desmotivación y pérdida de compromiso del personal de salud con el quehacer sanitario. Para esto es preciso conjugar diversos tipos de incentivos que mejoren las condiciones laborales e incidan positivamente en el bienestar y la dignidad del personal y no solo en mejoras salariales.
- ◆ Concebir al medicamento como bien público es fundamental. Solo desde esta perspectiva se puede garantizar su acceso seguro, oportuno y de calidad a toda la población. No es moralmente lícito anteponer los intereses del mercado a las necesidades de la atención de la salud de la gente. El Estado está exigido a usar todos los mecanismos que le confieren las normatividades nacional e internacional para lograr este objetivo. En caso de existir algún grado de perjuicio a la población, como resultado de la implementación de tratados comerciales, sin dilación, se deben aplicar acciones remediales de la misma magnitud que los daños ocasionados, los que deberán ser financiados por los sectores beneficiados por estos acuerdos.
- ◆ Priorizar las intervenciones en promoción de salud –aquellas dirigidas a mejorar el estado de salud de las poblaciones– sin



descuidar por esto la prevención de las enfermedades. En esta orientación es necesario formar profesionales con experiencia en gestión de iniciativas intersectoriales y con capacidad de incidencia sobre los diferentes niveles de gobierno y sectores, respecto de los factores determinantes de la salud de las poblaciones, que tengan como centro de su accionar a las familias y comunidades. De esta manera también se podrá frenar y aun revertir el enorme aumento de las enfermedades crónicas (diabetes, obesidad, hipertensión arterial, entre otras), los problemas de la salud mental y otros tantos daños, económica, social y culturalmente determinados. Recién entonces se concretizará el preconizado concepto de Salud en Todas las Políticas.

- ◆ Incluir en la agenda local a la perspectiva de la salud global frente a problemas de salud que superan las fronteras nacionales y se transforman en comunes. La agenda del Desarrollo Sostenible debe servir de referencia como instrumento para direccionar las políticas, planes y programas para que el Estado peruano pueda “garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades”⁹³ y cumplir con las metas establecidas para la salud materno-infantil y VIH/sida, malaria y otras enfermedades. Asimismo, es imprescindible desplegar esfuerzos con otros sectores e instituciones nacionales e internacionales para contribuir a abordar los determinantes de la salud como la pobreza, la educación, el medio ambiente y el saneamiento básico, entre otros.

Anexo 1. Normas complementarias al proceso de reforma

Norma	Objetivo específico	Alcance	Probable contribución
DL 1156	Garantiza los servicios públicos de salud bajo la conducción del Minsa en casos de riesgo elevado o daño en poblaciones	Minsa, gobiernos regionales (GR), gobiernos locales (GL)	Fortalecimiento de algunos aspectos de la gobernanza horizontal y vertical del sector Salud, aunque con efectos escasos y aun contraproducentes.
DL 1157	Coordinación para el planeamiento, la inversión en infraestructura en los prestadores públicos del sector Salud	Minsa, GR, GL, Essalud, Sanidad de las Fuerzas Armadas y Policiales	
DL 1158	Fortalecimiento de las funciones supervisoras de la Superintendencia Nacional de Salud (Susalud)	Minsa, GR, Instituciones administradoras fondos para el aseguramiento en salud (Iafas) y Ugipress públicas y privadas	Ampliación de competencias de la entidad supervisora, en desmedro de las funciones de orientación política de la Autoridad Sanitaria.
DL 1167	Creación del Instituto de Gestión de Servicios de Salud (IGSS)	Minsa, GR	
DL 1168	Regulación del desarrollo y transferencia de tecnologías sanitarias	Minsa, GR, Instituto Nacional de Salud	Incorporación y fortalecimiento de la 'función' de intermediación financiera-prestacional o de aseguramiento en cada uno de los segmentos del sistema de salud.
DL 1163	Fortalecimiento del SIS como Iafas de subsector público estatal	Seguro Integral de Salud (SIS) y Fondo Intangible Solidario de Salud (Fissal)	
DL 1164	Extensión de la cobertura poblacional del SIS a nuevos grupos poblacionales	Poblaciones no aseguradas	
DL 1173	Creación de las Iafas de los diferentes institutos de las Fuerzas Armadas con base a sus fondos de salud	Sanidades de las Fuerzas Armadas	
DL 1174	Creación de la Iafas de la Policía Nacional del Perú (PNP) con base en su fondo de salud	Sanidad de la PNP	
DL 1169, DL 1170	Mejoramiento de los procesos de cobranza, que garanticen la sostenibilidad financiera de Essalud, en su función de Iafas	Essalud-Iafas	
DL 1171	Determinación de requisitos para fijar las aportaciones para la nuevas afiliaciones en Essalud, en su función de Iafas	Essalud-Iafas	
DL 1160 DL 1172	Cobros de Sunat a Essalud por servicio de recaudación de los aportes, en tanto Iafas	Essalud-Iafas	
DL 1159	Implementación y desarrollo del intercambio prestacional entre prestadores públicos	Iafas e instituciones prestadoras de servicios de salud (Ipress) públicas	Limitado intento de atenuar la segmentación del sistema de salud, mediante la integración prestacional (Redes) o el intercambio de servicios.
DL 1166	Conformación y funcionamiento de las Redes integradas de atención primaria de salud	Minsa, GR, GL, Essalud, sanidad fuerzas armadas y policiales, sector privado (voluntariamente)	
DL 1155	Mantenimiento de infraestructura y equipamiento de los servicios públicos de salud	Minsa, GR, GL, Essalud, Sanidad Fuerzas Armadas y Policiales	Mejorar la capacidad prestacional del subsector público.
DL 1165	Incorporación del sector privado en la dispensación del tratamiento a los afiliados en el SIS	Farmacias y boticas privadas contratadas	
DL 1175	Regular el régimen de salud de la PNP	Sanidad de PNP	



Referencias bibliográficas

1. Instituto Nacional de Estadística e informática. Estado de la Población Peruana 2015. Lima: Inei; 2015. Disponible en: Revisado [2-7-16]. Disponible en: https://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1251/Libro.pdf
2. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar Endes 2015. Lima: Inei; 2016. Disponible en: Revisado [2-7-16]. Disponible en: https://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1356/index.html
3. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (Cepal). Anuario Estadístico de América Latina y el Caribe. Santiago: Cepal; 2015.
4. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: estimaciones y proyecciones de población, 1950-2050. Boletín de Análisis Demográfico N.º 36. Lima: INEI; 2009.
5. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: estimaciones y proyecciones de población por departamento, sexo y grupos quinquenales de edad 1995-2025. Boletín de Análisis Demográfico N.º 37. Lima: Inei; 2009.
6. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: indicadores demográficos estimados por quinquenios 1950-2025. Lima: Inei; 2001. Disponible en: Revisado [2-7-16]. Disponible en: <http://www1.inei.gov.pe/biblioineipub/bancopub/Est/Lib0006/ANEX002.htm>
7. Prebisch R. Problemas teóricos y prácticos del crecimiento económico. Cepal, Segunda edición; 1973.
8. Comisión de la Verdad y Reconciliación. Informe Final de la Comisión de la Verdad y Reconciliación. Lima: Comisión de la Verdad y Reconciliación; 2003.
9. Pease-García H, Romero G. La política en el Perú del siglo XX. Lima: Fondo Editorial de la Pontificia Universidad Católica del Perú; 2013.
10. Banco Mundial. Perú panorama general. Abril, 2016. Revisado [09-07-16]. Disponible en: <http://www.bancomundial.org/es/country/peru/overview>
11. Instituto Nacional de Estadística e informática. Boletín estadístico: Indicadores económicos y sociales. Año 6; edición N.º 5, Mayo 2016.
12. Instituto Nacional de Estadística e informática. Informe Técnico: Evolución de la pobreza monetaria 2009-2011. Lima: Inei; 2016.
13. Rottenbacher de Rojas JM, Schmitz M. Democracia vs neoliberalismo económico. Condicionantes ideológicos de las preferencias políticas y económicas en la ciudad de Lima. Rev Mex Ciencias Políticas Sociales. 2012;57(214):111-140. Recuperado el 1 de julio de 2016. Revisado [15-7-16]. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-19182012000100005&lng=es&tlng=es.
14. Mendoza W. Las dos caras de 'el milagro peruano'. En Demo. Suplemento del Semanario Punto edu PUCP. 2011;1(2):1-8.
15. Organización de las Naciones Unidas. Perú: Tercer Informe Nacional de Cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Nueva York: ONU; 2013.
16. Vakis R, Perova E. El impacto y potencial del Programa Juntos en Perú: evidencia de una evaluación no experimental. Lima: Juntos-Banco Mundial; 2010.
17. Alcazar-Valdivia L, Espinoza-Iglesias K. Impactos del programa Juntos sobre el empoderamiento de la mujer. Lima: Grade; 2014 <http://www.grade.org.pe/wp-content/uploads/AI19.pdf>

18. Jaramillo M, Sánchez A. Impacto del programa Juntos sobre nutrición temprana. Lima: Grade, 2011. Revisado [25-8-16]. Disponible en: <http://www.grade.edu.pe/upload/publicaciones/archivo/download/pubs/ddt61.pdf>
19. Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social. Programa Juntos: Memoria institucional 2015. Lima: Midis, 2016. Revisado [09-07-16]. Disponible en: <http://www.juntos.gob.pe/images/publicaciones/ANUARIO2015.pdf>
20. Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social. Programa Nacional de Alimentación escolar Qaly Warma. Resolución de Dirección Ejecutiva N.º 4006-2016. Lima: Midis; 2016. Revisado [09-07-16]. Disponible en: http://www.qw.gob.pe/?page_id=74
21. Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social. Decreto Supremo N.º 006-2014-Midis. Lima: Normas legales; 2014.
22. Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social. Evaluación del Plan Operativo Institucional 2015. Lima: Midis; 2015. http://www.midis.gob.pe/dmdocuments/pte_ogpp_eval_poi2015sem.pdf
23. Banco Mundial. La movilidad económica y el crecimiento de la clase media en América Latina. Washington: Banco Mundial; 2013. Revisado [19-8-16]. Disponible en: <https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/11858/9780821397527.pdf>
24. Oxfam. Pobreza y desigualdad en el Perú: Cuando el crecimiento económico no basta. Lima: Oxfam; 2014. <http://www.oxfamblogs.org/lac/wp-content/uploads/2014/10/Anexo-Peru-Desigualdad.pdf>
25. Lazo O. Reforma Sanitaria en el Perú. Evolución y situación actual. En: Políticas y Planeamiento Estratégico, Vela Quico (compilador). Escuela de Postgrado de la Universidad Católica Santa María de Arequipa; 2008. pp.70-86.
26. Lazo O. Políticas de Salud en el Perú 1960-1990. Medicamentos y Salud Popular. 1993;24:5-13.
27. Bustíos C. Perú. La Salud Pública durante la República Demoliberal. Segunda Parte 1968-1985. Lima, 1999.
28. Perú. Ley 26790- Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud. Lima; 1997.
29. Cosavalente O. Sistematización del proceso de implementación del monitoreo y la evaluación de la descentralización en salud a nivel regional orientado a mejorar el desempeño de la función salud. Lima: Minsa, 2010.
30. Lazo O. Descentralización en Salud. Situación y perspectivas. En: Descentralización en salud. Cuadernos de debate en Salud. Lima: Colegio Médico de Perú; 2012.
31. Marchena P. Descentralización del Estado o descentralización del desarrollo. En: Descentralización en Salud-Cuadernos de debate en Salud. Lima: Colegio Médico de Perú, 2012.
32. Broomberg J. Managing the health care market in developing countries: prospects and problems. Health Policy Plan. 1994;9(3):237-51.
33. Lee K, Goodman H. Global Policy Networks: The Propagation of Health Care reform since the 1980s. En: Health Policy in a Globalising World. Cambridge: Cambridge University Press, 2002.
34. Cotlear D, et al. Lucha contra la segregación social en la atención de salud en América Latina. Serie: Cobertura universal de salud en Latinoamérica. Publicado en línea en The Lancet, 16 de octubre, 2014 y traducido al español con permiso. Medic Review. 2015;17(Suplemento).
35. Heredia N, et al. El derecho a la salud: ¿cuál es el modelo para América Latina? Publicado en línea en The Lancet el 16 de octubre, 2014 y traducido al español con permiso. Medic Review, 2015;17(Supl.).



36. Colegio Médico del Perú. Pronunciamento El Consejo Nacional del Colegio Médico del Perú ante la situación de salud, el sistema de salud y el Aseguramiento Universal en Salud. Lima: Consejo Nacional, 2010.
37. Acuerdo Nacional. Los objetivos de la reforma de salud. Lima: Acuerdo Nacional 2014.
38. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (Cepal). Anuario Estadístico de América Latina y el Caribe. Santiago: Cepal, 2015.
39. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Situación de Salud en las Américas: Indicadores Básicos 2015. Washington: OPS/OMS, 2015. Revisado [24-8-16]. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=2470%3A2010-data-statistics&catid=1900%3Adata-statistics-home&Itemid=2003&lang=es
40. Perú/PCM: Tercer Informe Nacional de Cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, 2013.
41. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Indicadores sociales Perú 2004-2008. Disponible en: <http://www.l.inei.gov.pe/perucifrasHTML/inf-soc/cuadro.asp?cod=8215&name=sal15&ext=gif>
42. Ministerio de Salud. Información estadística maternidad segura y saludable. Disponible en: <http://www.minsa.gov.pe/portada/Especiales/2010/maternidad/estadistica.asp>
43. Organización Mundial de la Salud: Estadísticas mundiales 2010. Ginebra: OMS; 2010.
44. World Health Organization. National health accounts. Perú. Revisado [14-8-16]. Disponible en: <http://www.who.int/nha/country/per.pdf>
45. Wong R, Knaul F, Arreola-Ornelas H, Mendez O, Lafontaine L. Health financing and social protection in Latin America and the Caribbean. Disponible en: http://www.observatoriodelasalud.net/images/stories/iatros/11/estudio_regional_pf_en_8_pases.pdf
46. Pan American Health Organization. Health situation in the Americas: Basic indicators 2009. Washington, DC: PAHO, 2010.
47. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Sistema de Información Regional para la toma de decisiones. Lima: INEI, 2016. Revisado [9-7-16]. Disponible en: <http://webinei.inei.gov.pe:8080/SIRTOD/inicio.html#app=8d5c&d4a2-selectedIndex=1&d9ef-selectedIndex=1>
48. Organización Mundial de la Salud. Global Health Expenditure Database. WHO, 2014. Revisado [23-7-16]. Disponible en: <http://apps.who.int/nha/database/ViewData/Indicators/en>
49. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: enfermedades transmisibles y no transmisibles 2014. Lima: INEI; 2015.
50. Banco Mundial. Gasto en Salud. Consulta en línea. Washington: Banco Mundial, 2016. Revisado [9-8-16]. Disponible en: <http://datos.bancomundial.org/indicador/SH.XPD.PUBL?locations=Z>
51. Organización Panamericana de la Salud. Indicadores básicos 2015. Washington: OPS; 2016. Revisado [18-7-16]. Disponible en: [file:///C:/Users/usuario/Downloads/2015-cha-indicadores-basicos%20\(6\).pdf](file:///C:/Users/usuario/Downloads/2015-cha-indicadores-basicos%20(6).pdf)
52. Organización Panamericana de la Salud. Indicadores básicos 2008. Washington: OPS; 2009. Revisado [13-7-16]. Disponible en: <file:///C:/Users/usuario/Downloads/IB-2008%20SPA.pdf>
53. Organización Panamericana de la Salud. Guías ALAD 2009. Washington: OPS; 2010. Revisado [7-7-16]. Disponible en: http://www.l.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Guías_ALAD_2009.pdf
54. Ministerio de Salud. Registro de hechos vitales. Base de datos de defunciones 2011. Lima: OGEI, Minsa; 2016.

55. Ministerio de Salud. Análisis de situación de salud del Perú. Lima: Minsa; 2013.
56. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Situación de Salud en las Américas: Indicadores Básicos 2015. Washington: OPS/OMS; 2015. Revisado [21-8-16]. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=2470%3A2010-data-statistics&catid=1900%3Adata-statistics-home&Itemid=2003&lang=es
57. Ministerio de Salud. Primera Memoria sectorial 2011-2016. Lima: Minsa; 2016.
58. Ministerio de Salud. Carga de enfermedad en el Perú, estimación de los años de vida saludables perdidos 2012. Lima: Dirección General de Epidemiología, Minsa; 2014.
59. Seguro Social de Salud. Estimación de carga de enfermedad y lesiones en la población asegurada 2014. Lima: Essalud; 2015.
60. Perú. La defensa del derecho de los pueblos indígenas amazónicos a una salud intercultural. Informe Defensorial N° 169. Lima, 2015. Revisado [18-7-16]. Disponible en: <http://www.unicef.org/peru/spanish/Informe-Defensorial-N-169-derecho-pueblos-indigenas-salud-intercultural.pdf>
61. Díaz A, Arana A, Vargas-Machuca R, Antiporta D. Situación de salud y nutrición de niños indígenas y niños no indígenas de la Amazonia peruana. Rev Panam Salud Pública. 2015;38:49-56.
62. Contreras-Pulache H, Pérez-Campos P, Huapaya-Huertas O, Chacón-Torrico H, Champin-Mimbela D, Freyre-Adrianzén L, et al. La salud en las comunidades nativas amazónicas del Perú. Rev Per Epidemiol. 2014;18:1-5.
63. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (Celade), Comisión Económica para América Latina y el Caribe (Cepal). Los pueblos indígenas en América Latina Avances en el último decenio y retos pendientes para la garantía de sus derechos. Santiago: Organización de las Naciones Unidas; 2014.
64. Superintendencia Nacional de Salud. Anuario Estadístico 2015. Lima: Susalud; 2016. Revisado [9-8-16]. Disponible en: <http://portales.susalud.gob.pe/documents/102363/129001/ANUARIO+2016+final+160725.pdf/7cde9f4e-92a5-4974-8453-a0f4a995811c>
65. Ministerio de Salud. Aseguramiento en Salud. Lima: Dirección General de Aseguramiento en salud, Minsa; 2016.
66. Consejo Nacional de Salud. Lineamientos y medidas de reforma del Sector Salud. Lima: Consejo Nacional de Salud Perú; 2013.
67. Ministerio de Economía y Finanzas. Ejecución del gasto y presupuesto de la función salud. Lima: Ministerio de Economía y Finanzas; 2015.
68. Ministerio de Salud. Cuentas nacionales en salud estimaciones preliminares. Lima: Minsa; 2014.
69. Restrepo J. Balance del sector salud. La salud y el sector salud en Perú: una perspectiva comparada. Lima/Bogotá: BID; 2016 (en revisión).
70. Ministerio de Salud. Cuentas nacionales de salud, Perú 1995-2012. Lima: Dirección General de Planeamiento y Presupuesto Minsa; 2015.
71. Ministerio de Salud. Primer reporte de cumplimiento misional periodo de Gobierno julio 2011-julio 2016. Lima: Minsa; 2016.
72. Ministerio de Salud. Oficina de Gestión de inversiones. Lima: Minsa; 2016.
73. Organización Panamericana de la Salud, Organismo Andino de Salud. La política de recursos humanos y el compromiso con el derecho a la salud: Resultados de la primera medición de las Metas Regionales de recursos humanos para la salud 2007-2015 en los países de la Región Andina. Revisado [7-9-16] Disponible en: http://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/medicion_metas_sub_andina.pdf



74. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Situación de Salud en las Américas: Indicadores Básicos 2015. Washington: OPS/OMS, 2015. Revisado [15-8-16]. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=2470%3A2010-data-statistics&catid=1900%3Adata-statistics-home&Itemid=2003&lang=es
75. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Compendio estadístico Perú 2015. Lima: Inei; 2015. https://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1253/cap06/ind06.htm
76. Ministerio de Salud. Primer reporte de cumplimiento misional periodo de Gobierno julio 2011-julio 2016. Lima: Minsa; 2016.
77. Arroyo J. Los recursos humanos en salud en Perú al 2010. Disponible en: <http://www.bvsde.paho.org/texcom/sct/048524.pdf>
78. Ministerio de Salud. Compendio estadístico: Información de recursos humanos del sector salud, Perú 2013. Lima: Minsa; 2014. Revisado [9-7-16]. Disponible en: <http://www.minsa.gov.pe/dggrh/libros/pdf/s1/compendio2013.pdf>
79. Ministerio de Salud. Recursos humanos en salud. Lima: Dirección General de Gestión y Desarrollo de Recursos Humanos en Salud, 2015.
80. Ministerio de Salud. Análisis de situación de salud del Perú. Lima: Dirección General de Epidemiología, Minsa; 2013. Revisado [8-8-16]. Disponible en: <http://www.dge.gov.pe/portal/docs/intsan/asis2012.pdf>
81. Ministerio de Salud. Evaluación de indicadores de disponibilidad de medicamentos a nivel nacional-junio 2016. Lima: Dirección General de medicamentos Insumos y Drogas, 2016. medicamentos. Revisado [8-7-16]. Disponible en: http://www.digemid.minsa.gov.pe/Upload/UpLoaded/PDF/Boletines/Indicadores/B17_INDICADORES_2016-06.pdf
82. Llamasa J, et al. Impacto de la protección de datos de prueba a productos biotecnológicos, en el acceso a medicamentos. Lima; 2013.
83. Ministerio de Salud. Política sectorial de salud intercultural. Lima: Minsa; 2016.
84. Defensoría del Pueblo. Informe Defensorías N.º 169. Lima: Defensoría del Pueblo; 2015.
85. Defensoría del Pueblo. Informe Defensorías N.º 134. Lima: Defensoría del Pueblo; 2008.
86. Nino A, Vargas R. Tendencias de la participación en salud en el Perú. Lima: Cies; 2010.
87. Instituto Nacional de Salud. Prioridades Nacionales de Investigación 2015-2021. Lima: Instituto Nacional de Salud, Minsa, 2016. Revisado [9-8-16]. Disponible en: <http://www.portal.ins.gob.pe/es/ogitt/ogitt-1/prioridades-de-investigacion/prioridades-de-investigacion-en-salud-en-las-regiones-2015-2021/71-prioridades-nacionales-de-investigacion-2015-2021>
88. Perú. Ley N.º 28740 Ley del Sistema Nacional de Evaluación, Acreditación y Certificación de la Calidad Educativa. Lima; 2006.
89. Carrasco V. Los escenarios posibles de la certificación profesional en el Perú: una aproximación. En: Congreso Internacional Calidad del Ejercicio Profesional en el Perú. Aportes de la certificación de competencias y nuevos desafíos. Sineace. Lima, noviembre de 2015.
90. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Nacional de Percepción de los usuarios de consulta externa. Informe Final. Lima: Inei; 2015.
91. Corporación Latinobarómetro. Santiago: Corporación latinobarómetro, 2016. Revisado [1-9-16]. Disponible en: <http://www.latinobarometro.org/latOnline.jsp>
92. Silva A. A framework for measuring responsiveness. GPE Discussion Paper Series. Washington: WHO; 1999.
93. Naciones Unidas. Objetivos del desarrollo sostenible: Objetivos para transformar nuestro mundo. Revisado [9-9-16]. Disponible en: <http://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/>

