



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA  
SECCIÓN DE POSGRADO

**LAS REFORMAS DEL SISTEMA DE SALUD EN EL PERÚ  
EN LA ÚLTIMA DÉCADA: UN ANÁLISIS CRÍTICO  
Y ELEMENTOS PARA UN NUEVO SISTEMA**

**PRESENTADO POR  
SEGUNDO AMADOR VARGAS GUERRA**

**ASESOR  
VÍCTOR RUPERTO CARRASCO CORTEZ**

**TESIS  
PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE DOCTOR EN MEDICINA**

**LIMA – PERÚ  
2017**



**Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada**  
**CC BY-NC-ND**

El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede cambiar de ninguna manera ni se puede utilizar comercialmente.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA  
SECCIÓN DE POSGRADO**

**LAS REFORMAS DEL SISTEMA DE SALUD EN EL PERÚ  
EN LA ÚLTIMA DÉCADA: UN ANÁLISIS CRÍTICO  
Y ELEMENTOS PARA UN NUEVO SISTEMA**

**TESIS  
PARA OPTAR  
EL GRADO ACADÉMICO DE DOCTOR EN MEDICINA**

**PRESENTADA POR  
SEGUNDO AMADOR VARGAS GUERRA**

**ASESOR  
DR. VÍCTOR RUPERTO CARRASCO CORTEZ**

**LIMA, PERÚ  
2017**

## **JURADO**

**Presidente:**

**Miembro:**

**Miembro:**

A mi esposa, mis hijos y mis nietos, por su comprensión y apoyo  
en este desafío académico

A todos los que se esfuerzan diariamente, por mejorar  
las condiciones de salud en el Perú

## **AGRADECIMIENTOS**

A los expertos en políticas y reformas en salud, cuyo valioso aporte hizo posible desarrollar esta investigación.

A todos los colegas y colaboradores de trabajo que, directa o indirectamente, contribuyeron en esta investigación.

## RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo identificar cuáles fueron – según los principales actores políticos y sociales - los ejes centrales de las reformas de salud en el Perú, cómo evolucionaron y cuáles fueron sus principales resultados centrandose el análisis en las funciones de gobierno, financiamiento y prestación. Igualmente, cuáles consideran los principales lineamientos, componentes o estrategias, para la reforma del sistema de salud en el Perú.

La investigación fue no experimental, descriptiva y analítica, utiliza metodología cualitativa. La parte descriptiva incluye ejes centrales, procesos y resultados de las reformas de salud en el Perú en la última década (2006-2015). La parte analítica contiene la apreciación de expertos sobre las reformas en salud. Se aplicó un cuestionario a 30 expertos, de diferentes instituciones de salud y de universidades.

Los principales resultados respecto al análisis de las reformas fueron agrupados en las funciones del sistema. Función de gobierno: focalización fue la estrategia de conducción sectorial. Resultados de reformas no fueron positivos o fueron escasos, ya que rol rector del MINSA ha sido y es débil. Razones que explicarían la insuficiente rectoría serían la fragmentación del sistema y la descentralización. Función de financiamiento: en los últimos años se incrementó el financiamiento del sector, visible específicamente en el Seguro Integral de Salud (SIS). Sin embargo, continuó siendo escaso comparado con países de América Latina, y continuó insuficiente para cubrir las necesidades de la población. Función de provisión:

aumentó cobertura y acceso, sin embargo fue insuficiente, de modo que no es universal, pues reconocen que las brechas de recursos y la deficiente gestión constituyen barreras para el acceso universal a la salud.

Los principales resultados respecto a las propuestas de lineamientos, componentes o estrategias para la reforma del sistema de salud en el Perú fueron: fortalecer el rol rector del MINSA para garantizar el cumplimiento de objetivos de salud, mayor presupuesto en salud, acceso y cobertura universal, explorar mecanismos de integración MINSA-ESSALUD, gestionar recursos humanos por competencias asegurando disponibilidad de acuerdo a necesidades de salud, mejorar la transferencia de responsabilidades en salud a las regiones, revisar y evaluar el mecanismos de participación vía Comités Locales de Administración en Salud, acceso universal a medicamentos genéricos y mejora continua de la calidad de atención.

**Palabras clave:** políticas y reformas en salud, gobierno, financiamiento y provisión de servicios de salud.

## **ABSTRACT**

This research aimed to identify what were - as the main political and social actors - the cornerstones of health reforms in Peru, how they evolved and what were the main findings focusing the analysis on the functions of government, financing and delivery . Which also considered the main guidelines, components or strategies for the reform of the health system in Peru.

Research is not experimental, descriptive and analytical uses qualitative methodology. The descriptive part includes central axes, processes and outcomes of health reforms in Peru in the last decade (2006-2015). The analytical part includes the assessment of experts on health reforms. A questionnaire was applied to 30 experts from different health institutions and universities.

The main results regarding the analysis of the reforms were grouped into system functions. Role of government was targeting sectoral management strategy. Results were not positive or reforms were scarce, as rector of MINSA role has been and is weak. Reasons explain the rectory would be insufficient fragmentation and decentralization system. Financing function: in recent years has increased the funding of the sector, specifically visible in the SIS. However, it is still low compared with countries in Latin America, and is insufficient to meet the needs of the population. Provision function: increased coverage and access, however, is insufficient, so it is not universal, recognizing that resource gaps and poor management are barriers to universal access to health.

The main results regarding the proposed guidelines, components or strategies for reform of the health system in Peru were: strengthen the leading role of the Ministry of Health to ensure compliance with health goals, increased health budget, access and universal coverage, explore integration mechanisms MINSA-ESSALUD, manage human resources competency ensuring availability according to health needs, improve the transfer of health responsibilities to the regions, review and evaluate the mechanisms of participation via Local Committees for health Administration, universal access to generic drugs and continuous improvement of the quality of care.

**Keywords:** policies and reforms in health, governance, financing and delivery of health services.

## ÍNDICE

	Págs.
<b>Portada</b>	i
<b>Jurado</b>	ii
<b>Dedicatoria</b>	iii
<b>Agradecimientos</b>	iv
<b>Resumen</b>	v
<b>Abstract</b>	vii
<b>INTRODUCCIÓN</b>	1
<b>CAPÍTULO I : MARCO TEÓRICO</b>	9
1.1 Antecedentes	
1.2 Bases teóricas	14
1.3 Definición de términos básicos	31
<b>CAPÍTULO II : METODOLOGÍA</b>	34
2.1. Tipo y diseño de la investigación	
2.2. Diseño muestral	36
2.3 Instrumentos y proceso de recolección de datos	37
2.4 Procesamiento y análisis de datos	39
2.5 Aspectos éticos	39
<b>CAPÍTULO III : RESULTADOS</b>	40
<b>CAPÍTULO IV : DISCUSIÓN</b>	148
<b>CONCLUSIONES</b>	166

<b>RECOMENDACIONES</b>	169
<b>FUENTES DE INFORMACIÓN</b>	170
<b>ANEXOS</b>	
1. Instrumento de recolección de datos	

## INTRODUCCIÓN

Durante las últimas décadas, se produjeron un conjunto de cambios en los sistemas de salud o en algunos de sus componentes, genéricamente denominados reformas. Estos cambios, de alcance mundial, se orientaron a la búsqueda de mejores formas de regular, financiar y prestar los servicios de salud.<sup>1</sup> En la mayor parte de los países, las reformas del sector de la salud respondieron a reformas generales del Estado.<sup>2</sup>

En el Perú, el Ministerio de Salud se creó en 1935, casi al mismo tiempo que la seguridad social en salud, creada en 1936 con el Seguro Social Obrero y el Seguro Social del Empleado. El primer intento de una organización sistémica se hizo en 1976 con la propuesta del Servicio Nacional Público de Salud (a la manera del National Health Services de Inglaterra), que consagrara la incorporación de los Hospitales de la Beneficiencia Pública al MINSA y se articulara con la Seguridad Social, pero no logró concretarse. En 1979, a fines del gobierno militar se unificaron los seguros del obrero y el empleado creando el Seguro Social del Perú, que en 1981 pasó a denominarse Instituto Peruano de Seguridad Social (IPSS). Igualmente, en 1981, se intentó una reforma que unificara el financiamiento con la creación del Fondo Único de Salud. En 1989, a fines del primer gobierno de Alan García, se intentó organizar un Sistema Nacional de Salud, sin éxito. Con el ingreso de Fujimori, en 1990, se crea el Sistema Nacional Integrado y Regionalizado en Salud, que ni integró ni regionalizó el sistema de salud ya que la política general del gobierno de la época fragmentó la provisión y recentralizó el país. En 1997, durante

el segundo gobierno de Fujimori, se favoreció la privatización de la seguridad social con la creación de las Entidades Prestadoras de Salud (EPS). Con la caída del gobierno de Fujimori, en el 2001, el Gobierno de Transición de Paniagua se propuso la creación del Sistema Nacional de Servicios de Salud como forma de integrar el sistema, pero la propuesta no fue tomada por el Gobierno de Toledo que en el 2002 creó el Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud (SNCDS), que continúa hasta la actualidad, así como el aseguramiento universal en salud, cuya ley se promulgó en el 2008 en el segundo gobierno de García.

Una síntesis de la evolución del sistema de salud se presenta en el Figura N.º 1

Figura 1. Evolución del Sistema de Salud en el Perú



Podemos afirmar, entonces, que el sistema de salud peruano logró su configuración actual, luego de los cambios realizados durante el Gobierno Militar (1968-1979), con el paso de los hospitales de la beneficencia al Ministerio de Salud y la unificación del Seguro Social Obrero y del Seguro Social del Empleado en el seguro social del Perú, denominado en la década del 80 como Instituto Peruano de Seguridad Social.

Un primer grupo de reformas fue de inspiración neoliberal, en la década del 90, con énfasis en el financiamiento, en la introducción de mecanismos de mercado en los servicios públicos y la promoción del sector privado en salud. Igualmente se propiciaron mecanismos de administración compartida – CLAS<sup>3</sup> a nivel primario, como forma de transferir a comunidad responsabilidades del Estado en el cuidado de la salud. En cuanto a la seguridad social, se separó el componente pensionario del de salud, se creó el Seguro Social de Salud - ESSALUD y se crearon las Entidades Prestadoras de Salud – EPS<sup>4</sup> como organismos privados que acceden al financiamiento público.

Un segundo grupo de reformas, en la década del 2000, enfatizaron en la organización sistémica y avanzar en la articulación entre los principales prestadores, constituyendo el Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado en Salud.<sup>5</sup>

Un tercer grupo de reformas tuvo como orientación principal avanzar en la cobertura y acceso a una atención integral de salud, a través del aseguramiento universal en salud – AUS<sup>6</sup> y del modelo de atención integral en salud con enfoque familiar y comunitario – MAIS/BFC.<sup>7</sup>

De esta forma, la oferta de servicios del sistema de salud peruano quedó conformada de la siguiente manera:

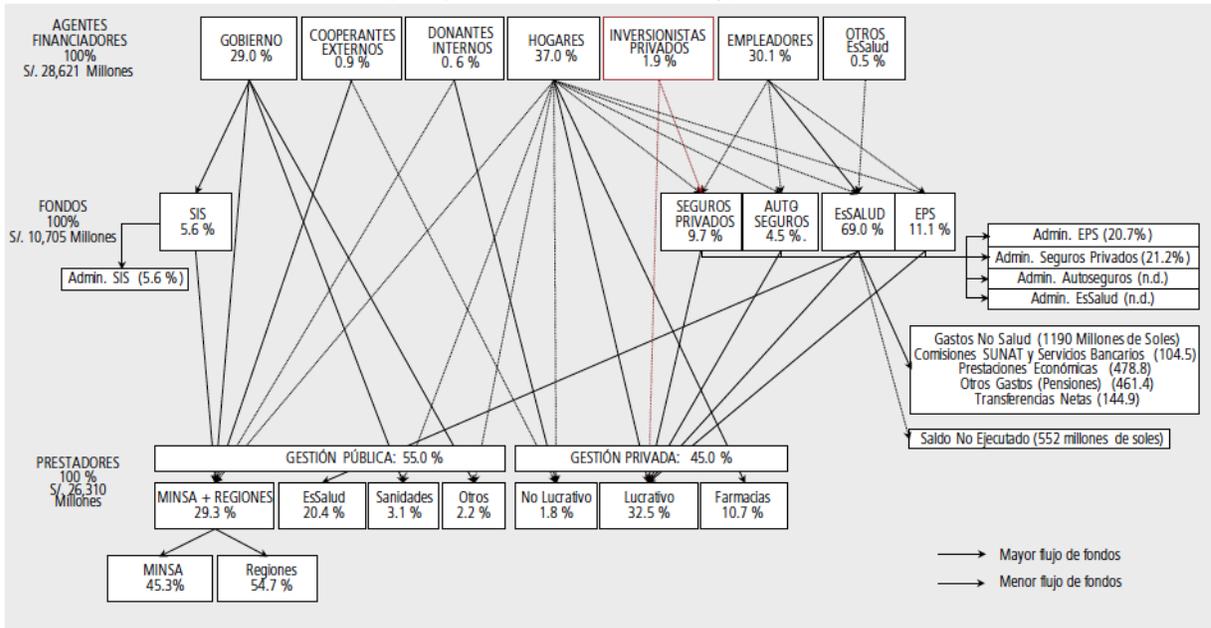
**Cuadro 1. Establecimientos de Salud en el Perú por tipo  
según institución proveedora**

Institución	Tipo de Establecimiento			Total
	Hospita- les	Centros de Salud	Puestos de Salud	
<b>Subsector Público</b>				
MINSA	146	1,203	5,472	6,822
ESSALUD	78	68	179	325
Fuerzas Arma- das	16	44	0	60
Policiales	5	77	198	280
Subtotal	245	1,392	5,849	7,487
<b>Subsector No Público</b>				
Privado	208	356	0	564
Subtotal	208	356	0	564
<b>Total del Sector</b>	<b>453</b>	<b>1,932</b>	<b>5,670</b>	<b>8,051</b>

FUENTE: OGEI - Minsa

Adicionalmente, los flujos financieros <sup>8</sup> quedaron conformados de la siguiente manera desde el 2005 (Figura N.º 2):

**Figura 2. Flujos financieros Sistema de Salud peruano**



Fuente: Petrera, M. Cuentas Nacionales en Salud 1995-2012

Tenemos, entonces, un sistema segmentado, básicamente entre el MINSA, que atiende a las poblaciones de menores ingresos; ESSALUD, que atiende a la población adecuadamente empleada (empleos formales); y el sector privado lucrativo, que atiende a la población de mayores ingresos. Adicionalmente, una fragmentación financiera, agravada por lo dispuesto en la Ley de Aseguramiento Universal en Salud.

Este tipo de sistema genera debilidad en la función de gobierno (o rectoría) del MINSA, duplicidad o superposición de funciones (que lo hace ineficaz), desperdicio de recursos (con la consecuente ineficiencia), insatisfacción de los usuarios.

Adicionalmente, este sistema no ha logrado solucionar problemas de salud acumulados ni está enfrentando adecuadamente los problemas emergentes o reemergentes. En el cuadro N.º 2 se presenta una síntesis cualitativa de esta situación:

**Cuadro 2. Problemas de salud acumulados y emergentes en el Perú**

<b>PROBLEMAS ACUMULADOS</b>	<b>PROBLEMAS EMERGENTES</b>
<p><u>A nivel poblacional:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•Bajas coberturas de atención de salud de la población.</li> <li>•Enfermedades infecciosas y carenciales.</li> <li>•Alta participación del gasto de hogares en el gasto total en salud.</li> <li>•Brechas e inequidad en salud.</li> <li>•Bajo acceso a medicamentos seguros y de calidad.</li> </ul>	<p><u>A nivel poblacional:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•Aumento de necesidades y diversificación de la demanda en salud.</li> <li>•Acumulación epidemiológica y enfermedades emergentes.</li> </ul>
<p><u>A nivel institucional:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•Segmentación de sistema de salud.</li> <li>•Bajos niveles de aseguramiento de la población.</li> <li>•Ineficiencia, ineficacia y baja calidad de servicios de salud.</li> <li>•Baja asignación presupuestal.</li> <li>•Ausencia de carrera funcionaria en salud.</li> <li>•Precariedad del empleo y mala distribución de RRHH.</li> <li>•Centralismo y poca participación social en salud.</li> </ul>	<p><u>A nivel institucional:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•Falta de capacidades para implementar descentralización.</li> <li>•Poca eficacia de mecanismos de regulación en la formación profesional.</li> <li>•Práctica ausencia de sistemas de acreditación de establecimientos de salud.</li> </ul>

Adaptado de: Frenk J, Londoño J.

Se ha constituido un escenario en que se requiere analizar - desde el discurso y la práctica de los principales actores políticos y sociales involucrados - los resultados de las reformas implementadas, sus logros y dificultades y cuál es el rumbo que debe tener la política de salud y los necesarios cambios del sistema de salud en el

Perú, para hacerlo universal, justo, sostenible, inclusivo, eficiente, eficaz y de calidad.

Compartimos la idea respecto a que:

“No hay una única concepción de la reforma de los sistemas de salud. Este es un proceso histórico, que tiene raíces, experiencias, logros y fracasos en la historia de nuestra América. El proceso de reforma de los sistemas de salud está sometido al debate en el mundo”.<sup>9</sup>

Las reformas del sistema de salud peruano se dieron en un contexto de reformas a nivel internacional. Los énfasis en las reformas de los sistemas de salud fueron diversos: algunos las vincularon a la equidad,<sup>10,11</sup> en otros casos a las funciones esenciales de la salud pública,<sup>12</sup> la cobertura y el aseguramiento,<sup>13</sup> otros expresando su preocupación sobre el impacto de las reformas en los principios de la seguridad social.<sup>14</sup> Pero la orientación central fue la reforma del financiamiento a partir de la propuesta del Banco Mundial,<sup>15</sup> caracterizada por su inspiración neoliberal.<sup>16</sup>

De allí la importancia de identificar cómo analizan, los principales actores políticos y sociales, la evolución de las reformas de salud en el Perú en las tres últimas décadas, comparar nuestra experiencia como país con la de los países latinoamericanos, así como aportar elementos para un nuevo sistema de salud que garantice el acceso y la cobertura universal en salud, con enfoques de derecho, género e interculturalidad.

La presente investigación tiene como objetivos: primero, identificar cuáles fueron – según los principales actores políticos y sociales - los ejes centrales de las reformas de salud en el Perú, cómo evolucionaron y cuáles fueron sus principales resultados; segundo, analizar los principales lineamientos políticos y organizacionales para la reforma del sistema de salud en el Perú propuestos por los principales actores políticos y sociales, identificando los consensos que constituirían las bases del nuevo sistema de salud en el Perú.

## CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO

### 1.1 Antecedentes

Entre 1990 y 2004, se realizó un estudio que aplicó el análisis entre países (cross national), del método comparado. Se realizó el análisis de los sistemas de salud de Bolivia, Colombia, Cuba, Ecuador, Perú, República Dominicana y Venezuela, que encontró diferentes diseños organizacionales como son: sistemas unificados nacionalmente, sistemas segmentados y sistemas basados en el aseguramiento. La investigación concluyó que en casi todos los sistemas la tendencia de las reformas de los años noventa y de las propuestas actuales se orientó a la adopción del aseguramiento de un paquete básico de servicios y a favorecer la competencia en la prestación de servicios con la participación de la mezcla pública y privada.<sup>17</sup>

Un estudio realizado en la década del 90 sobre impacto de la reforma en salud en Costa Rica,<sup>18</sup> centrado en el tema del acceso a los servicios de salud del primer nivel de atención, concluye que el porcentaje de personas sin acceso equitativo se redujo en 15% entre 1994 y 2000 en las áreas que adoptaron la reforma en 1995–1996, mientras que en las áreas que no habían adoptado la reforma en 2000, la reducción fue solo de 3%.

En el período 1990-1998, en el Perú, se realizó un estudio de sistematización sobre las reformas del sistema de salud en la década de 1990, la pregunta planteada fue si estas reformas se enmarcaron o buscaron nuevos modelos de políticas sociales. Se concluye que no fue así y que el sistema de salud a inicios del 2000 mantuvo el

mismo problema de segmentación del sistema de salud generador de ineficiencia e inequidad.<sup>19</sup>

Entre agosto de 1998 y octubre de 1999, se realizó un estudio a partir de los 20 perfiles de sistemas de servicios de salud de América Latina y el Caribe, trabajados por la Organización Panamericana de la Salud. Se analizaron dos niveles: el seguimiento de los procesos (dinámicas y contenidos) y la evaluación de los resultados. Sus principales conclusiones fueron que las reformas del sector de la salud se vieron muy condicionadas por los procesos de reforma del Estado, el predominio de las consideraciones puramente financieras y la escasa influencia de los Ministerios de Salud en su diseño.<sup>20</sup>

En 2002, se desarrolló un estudio que problematiza alrededor de los aprendizajes que la experiencia europea de reformas de los sistemas de salud puede aportar a los países. Latinoamericanos, sobre todo en lo referido al marco conceptual y a cuatro funciones de los sistemas de salud, a saber: generación de recursos, producción de intervenciones, financiamiento y rectoría. Concluye que los retos para los países latinoamericanos son el aumento de la protección financiera, haciéndola sostenible para soportar períodos de crisis, aumentar la eficiencia y mejorar la función de rectoría.<sup>21</sup>

Un estudio realizado en la década del 2000 sobre el Sistema de Salud en Guyana, realizado por Misi,<sup>22</sup> comprendió seis módulos, a saber: gobernabilidad, financiamiento, provisión de servicios, recursos humanos para la salud,

administración de fármacos y sistemas de información para la salud. Tratando de establecer la influencia del neoliberalismo en el camino hacia la cobertura universal y equitativa para la salud, señala que los acuerdos institucionales vigentes para el desarrollo de sistemas y servicios de salud en Guyana enfrentan desafíos significativos que requieren de planeación para lograr consolidar reformas significativas para el sector. El estudio concluye que en la última década, las políticas públicas implementadas en Guyana, detalladas en el Plan Nacional de Salud (2003-2007) y la Estrategia Nacional para el Sector Salud 2008-2012 (ENSS) se han propuesto lograr la cobertura universal y la equidad; pero sin una evaluación de los resultados de dichos programas es difícil valorar la realidad de esos dos parámetros dentro del sector.

Un estudio del Sistema General de Seguridad Social en Salud Colombiano (SGSSS) para evaluar el impacto sobre la equidad en el acceso y en la utilización de servicios de salud del nuevo Sistema General de Seguridad Social en Salud Colombiano (SGSSS), se compararon dos cortes transversales de la población, antes (1993) y después (1997) de promulgada la Ley 100, de 1993, que lo creó, con respecto a dos indicadores de equidad correspondientes a la distribución del aseguramiento y a la utilización de servicios. El estudio concluyó que se impactó sobre las inequidades en el acceso al aseguramiento, pero no evidenció un impacto claro sobre la equidad en la utilización final de servicios.<sup>23</sup>

En el año 2000, un estudio con un grupo de académicos, gestores y clínicos, tuvo como objetivo valorar el grado de consenso respecto de los conocimientos, valores

y políticas en Economía de la Salud, se les envió un cuestionario con veinte preguntas sobre conocimientos, once sobre elecciones de política sanitaria, cuatro sobre valores y cinco con características individuales, y no se encontraron diferencias significativas en el grado de consenso entre los grupos de economistas de la salud académicos, gestores y profesionales clínicos.<sup>24</sup>

En Bolivia, Chura realizó un estudio que relaciona el nivel de salud, el crecimiento y el desarrollo económico 2000-2010, identificando que en los últimos años Bolivia tuvo un crecimiento económico de forma continua y creciente, como no sucedía hace varias décadas, sin embargo las políticas de salud desconocen la importancia de la inversión en la salud pública. Los indicadores de salud, a pesar de mostrar una mejora relativa, esta no se compara con los demás indicadores de desarrollo como la educación y seguridad social; se concluyó que la calidad de vida de los bolivianos y el acceso adecuado a los servicios de salud deberían ser la prioridad de las políticas públicas y que estos avancen hacia el desarrollo.<sup>25</sup>

En 2002, un trabajo tipo ensayo realiza una revisión de la cuestión equidad y reformas en América Latina y el Caribe en el contexto de cambios en las décadas del 80 y 90, dando énfasis a la discusión de la reforma de los sistemas de servicios de salud. Concluye que la reorganización de servicios de salud se dio bajo una perspectiva economicista, pragmática y restrictiva. Se concluye que la superación de las desigualdades todavía es una meta distante.<sup>26</sup>

En España, se realizó un estudio que resumió los principales contenidos que se presentaron y debatieron en el encuentro sobre la reforma de la salud pública que se celebró en la *Escola d'Estiu de Salut* Pública en el 2008. Se concluyó que el principal tema de debate es la oportunidad de la reforma en salud y se critica su demora; se afirmó que una de las claves de los procesos de reforma de la salud pública es el paso de las ideas a la acción. La dificultad para dar dicho paso ha sido el principal obstáculo por el cual la reforma se plantea con retraso, a pesar de que los servicios de salud pública se mantienen con elementos y modelos propios más del pasado que del momento actual.<sup>27</sup>

En 2011, en España, un estudio se propuso identificar un número significativo de actuaciones orientadas a mejorar la eficiencia y reducir el despilfarro en el Sistema Nacional de Salud y priorizarlas en función de su impacto. Se utilizó una metodología de reunión de 13 expertos, estructurada que sigue procedimientos adaptados de las técnicas de tormenta de ideas, grupo nominal y método de consenso. Las propuestas se centraron en el buen gobierno y la transparencia, la concentración de servicios y equipamientos de atención especializada, la reducción de actividades asistenciales y preventivas de escaso valor, la gestión de la demanda (que puede incluir copagos, pero no como único elemento), la gestión de la incorporación de nuevas tecnologías y medicamentos, el refuerzo del papel de la atención primaria, la reforma de las políticas de personal y una serie de actuaciones reguladoras y de gestión.<sup>28</sup>

En 2011, un estudio publicado por el Instituto Nacional de Salud Pública de México,<sup>29</sup> sobre el sistema de salud en el Perú, se describen las condiciones generales de salud de la población peruana y el sistema de salud; incluyendo su estructura y cobertura, sus fuentes de financiamiento, los recursos físicos, materiales y humanos con los que cuenta, y las actividades de rectoría que en él se desarrollan. El estudio concluye que las innovaciones que destacan son el Seguro Integral de Salud, el sistema de Empresas Prestadoras de Salud, el proceso de descentralización y los Comités Locales de Administración de Salud.

## **1.2 Bases teóricas**

Existen varias posibilidades de organizar los aspectos conceptuales y metodológicos de las Reformas en Salud.

Una posibilidad es la planteada por Figueras y colaboradores, que afirman:

“El marco conceptual se centra en cuatro funciones: a) generar recursos; b) producir intervenciones; c) financiar, y d) «ejercer rectoría». Es a este nivel donde los actores pueden influir sobre el desempeño del sistema. Se identifican cinco retos para Latinoamérica: a) extender (prepagos y solidaridad) la protección financiera; b) estabilizar en el tiempo dicha protección para épocas de crisis; c) equilibrar los recursos coherentemente con la capacidad de financiar servicios, d) aumentar la eficiencia ubicativa y técnica al producir servicios, y e) mejorar la función de rectoría de las demás funciones en los sectores público y privado (el más difícil y más importante reto hoy para los sistemas latinoamericanos)”.<sup>30</sup>

Coincidentemente, Frenk y Murray afirman que:

“El desempeño depende de la manera en que el sistema de salud organice cuatro funciones clave: la rectoría (concepto más amplio que el de reglamentación), la financiación (incluidas la recaudación de ingresos, la mancomunación de fondos y las compras), la prestación de servicios (de salud personal y no personal) y la generación de recursos (personal, instalaciones y conocimiento). Estudiando esas cuatro funciones y la forma en que se combinan es posible no solo comprender los determinantes inmediatos del desempeño del sistema salud, sino también plantearse cambios de política radicales”.<sup>31</sup>

Consideramos que las reformas en salud - en mayor o menor medida - han abordado lo que podríamos denominar ejes centrales, a saber:

- Gobierno (o rectoría o conducción estratégica), referido a los principales arreglos políticos, sociales e institucionales para el acceso a la atención de salud.
- Financiamiento en salud en lo que se refiere a acceso financiero, suficiencia y distribución presupuestal, fuentes, fondos y mecanismos de pago.
- Integración organizativa y funcional de los sistemas de salud y la provisión de servicios. En ambos casos, los niveles de eficiencia que han logrado, la organización de redes de salud y niveles de referencia y contra-referencia. Igualmente el abordaje de lo preventivo-promocional y lo médico-reparativo.

- Desarrollo de recursos humanos, en particular sobre cantidad, distribución y competencias. Trabajo digno, flexibilidad y precariedad en el empleo. Conflictividad laboral en salud.
  
- Participación social y descentralización en salud. Referidas a los diversos mecanismos de participación en el diagnóstico y las decisiones políticas y de planificación, así como el nivel de delegación de poder en los niveles subnacionales.
  
- Política de medicamentos, en particular sobre regulación, genérica, patente y tratados de libre comercio.
  
- Impacto de las reformas en la equidad, la cobertura y acceso universal así como en las condiciones de salud de la población, incluyendo el grado de satisfacción de la población con el sistema de salud.

Es sobre estos ejes centrales que se han organizado las bases teóricas de la presente investigación.

## **Gobierno y gestión en las reformas en salud**

El componente de gobierno y gestión en las reformas de los sistemas de salud abordan desde el enfoque de salud como derecho, hasta los temas de administración y gerencia, pasando por los temas de gobernabilidad.

En 2008, en Estados Unidos, según señalan Maruthappu, Ologunde y Gunarajasingam, Barack Obama declaró que la asistencia sanitaria "debería ser un derecho para todos los estadounidenses", lo que no se reflejan en las estadísticas en vista que más de 50 millones de estadounidenses carecen de un seguro de salud. Los cambios propuestos fueron muy polémicos y plantea el tema fundamental respecto de si la atención médica es un derecho o un privilegio.<sup>32</sup>

Yamin y Frisancho señalan que una característica distintiva y clave de América Latina es el discurso explícito sobre el derecho a la salud. Muchos países llevaron este compromiso a la práctica incorporando principios y estándares de los derechos humanos en sus respectivas constituciones y legislaciones, junto con políticas y programas de salud, destinados a tratar la salud como un bien de la ciudadanía en lugar de una mercancía, y promover una trayectoria equitativa hacia la cobertura universal de salud.<sup>33</sup>

Por su parte, Bárcena opina que el movimiento hacia la cobertura universal de salud es un paso clave para la construcción de sistemas de protección social concebidos con un enfoque basado en los derechos.<sup>34</sup>

En la década del 2000, en las Américas, las reformas del sector de la salud se enfrentaron al desafío de fortalecer la función rectora o de gobierno de las autoridades sanitarias y una parte importante de este papel consiste en dar cumplimiento a las funciones esenciales de la salud pública (FESP) que competen al Estado en todos sus niveles de gobierno.<sup>12</sup>

La dimensión política del proceso de reforma de salud, según Gonzáles y Mogollón, es un factor fundamental que no solo determina su factibilidad, sino la forma y contenido que esta tome. De ahí que el estudio del aspecto político de las reformas de salud sea esencial en el análisis y manejo de la factibilidad política de las mismas. Centra el análisis en los elementos que buscan incrementar la factibilidad política para formular, legislar e instrumentar propuestas de cambio.<sup>35</sup>

Modulación es un término usado por algunos expertos para aludir de manera más amplia la función de gobierno, Echeverri afirma que:

“La función de modulación o *stewardship* del Ministerio, se encuentra como fundamental para adelantar las relaciones políticas y estratégicas dentro del sistema en aras de consolidar la integración de la salud y su reforma dentro del Sistema de Protección Social”.<sup>36</sup>

También, prácticamente todos los países de la región emprendieron reformas de sus sistemas de salud en los 90 y en muchas de ellas se incorporan avances en las herramientas y modelos de gestión.<sup>37</sup>

Adicionalmente, se afirma que:

“En los debates actuales relacionados con las reformas sectoriales es infrecuente escuchar referencias a la planificación sanitaria. Es curioso que esto suceda en entornos institucionales donde vienen primando enfoques de mercado para la redefinición de las relaciones entre agentes o entre funciones de los sistemas de salud, ya que la teoría vigente (incluyendo cierta teoría económica) indica que ante mercados imperfectos como los que nos ocupan, se debiera intervenir mediante regulaciones y planificación”.<sup>38</sup>

Un grupo de académicos, en Cataluña - España, agrupó sus recomendaciones y propuestas en cinco ejes, a saber: consolidar un sistema sólido y coherente, desarrollar una reforma organizativa, definir una cartera de servicios, aplicar mejoras de gestión, y tener en cuenta los aspectos transversales que afectan a la salud pública.<sup>39</sup>

Igualmente en España, según un estudio de Repullo y Freire, el Sistema Nacional de Salud plantea grandes problemas de sostenibilidad y gobernabilidad y se requieren nuevas alternativas, proponiendo cuatro líneas de acción: aseguramiento público, derecho a la salud, reforma del financiamiento y redefinición del rol del gobierno central y el Ministerio de Sanidad.<sup>40</sup>

## **Financiamiento en las reformas en salud**

Uno de los enfoques más importantes de reforma en salud lo planteó en la década el 90 el Banco Mundial, en el que se plantea un enfoque triple: primero, los gobiernos tienen que fomentar un entorno económico que permita a las propias unidades familiares mejorar su nivel de salud; segundo, gasto público debería reorientarse hacia programas más eficaces en función de los costos que contribuyan en mayor medida a ayudar a los pobres y; tercero, los gobiernos tienen que facilitar mayor diversidad y competencia en el financiamiento y la prestación de los servicios de salud.<sup>15</sup>

Chile fue uno de los países donde se dio énfasis en la reforma centrada en el financiamiento. Al respecto, un estudio señala que:

“El modelo de financiamiento chileno plantea la necesidad de redefinir la actual configuración público-privada en el sector salud, para permitir más solidaridad en el financiamiento, reducir el problema de la selección de riesgos y permitir una mejor articulación entre el subsector privado y el subsector público, tanto en la esfera de lo financiero como en el ámbito de la provisión de servicios de salud”.<sup>41</sup>

Un estudio de Frenk J, *et al.*, señalan que para el caso de México, este país ingresó al siglo XXI con un sistema de salud incapaz de protección financiera en salud a más de la mitad de su población, por lo que se emprendió una reforma estructural para mejorar el desempeño del sistema de salud mediante el establecimiento del

Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), cuyo principal instrumento fue el Seguro Popular de Salud, para la población excluida de la seguridad social.<sup>42</sup>

En el caso de Colombia, Franco A, en el año 2000, afirma que algunos supuestos y equívocos guiaron los procesos de reforma en América Latina, explicados más por la crisis económica de la seguridad social que por la racionalidad de los procesos sociales. Concluye que se debe avanzar hacia la integración del modelo, basado en los principios filosóficos y en la Constitución Nacional, con énfasis en aquellos que propenden por el bienestar ciudadano, la descentralización, la recuperación de la salud pública.<sup>43</sup>

Retomando algunos postulados del Banco Mundial, anteriormente referidos,<sup>15</sup> en España se centra el debate de la reforma en salud en las denominadas “amenazas financieras”, al respecto Bermúdez y Tamayo<sup>44</sup> plantean que se requiere la adopción de estrategias que permitan contener el gasto sanitario, a la vez que mantener la calidad de las prestaciones.

En Letonia, por el contrario, en noviembre de 2013, se aprobó la ley de financiación sanitaria, con el objetivo de aumentar el gasto público en salud mediante la introducción de un Seguro Obligatorio de Salud (CHI) y la vinculación del financiamiento de los servicios de salud con el pago de impuestos sobre la renta.<sup>45</sup>

## **Integración de los sistemas de salud y provisión de servicios en las reformas en salud**

Como resultado del proceso histórico de la mayor parte de los países latinoamericanos, Frenk y Londoño afirman que el aspecto crucial que los sistemas de salud han tenido que resolver es la cuestión de la integración. El término ha sido usado de múltiples formas, algunas de ellas incluso equívocas. Por lo tanto, es necesario especificar su significado. De acuerdo con el marco conceptual propuesto por estos expertos, la integración se refiere a cada uno de los dos componentes esenciales de los sistemas de salud, es decir, poblaciones e instituciones. Con base en estas dos dimensiones de la integración, se obtiene una tipología de los principales modelos de sistemas de salud en América Latina, a saber: privado atomizado, público unificado, segmentado y de contrato público.<sup>1</sup>

Para Vilaça, los sistemas fragmentados de atención de salud, fuertemente hegemónicos, son aquellos que se organizan a través de un conjunto de puntos de atención de salud, aislados e incomunicados entre sí, y que, por lo tanto, son incapaces de proporcionar una atención continuada a la población.<sup>46</sup>

Se considera al sistema de salud peruano como un sistema segmentado; es decir, con instituciones que ofertan sus servicios de acuerdo a segmentos poblacionales, en particular, pobres, asegurados y personas con capacidad de pago. Los sistemas segmentados son considerados los más ineficientes e ineficaces por la duplicidad de recursos y el poco impacto en resultados sanitarios.

El sistema de salud de Austria, según Hofmarcher, es mucho más complejo y fragmentado que en otros países de la Organización de Cooperación para el Desarrollo (OCDE), por lo que en el 2013 se implementó una legislación para mejorar la eficiencia, articular a los proveedores para una de la mejora de la prestación, promoviendo nuevos modelos de atención primaria.<sup>47</sup>

Desde un punto de vista más operativo, se resalta también el tema de la necesaria coordinación en la provisión de los servicios. Gérvas y Rico, analizando la experiencia española señalan que:

“Las organizaciones sanitarias cuentan con recursos financieros, materiales y personales acordes con sus objetivos. Las labores directivas implican la coordinación entre niveles y con otras organizaciones (servicios sociales, educativos, judiciales y otros), y la motivación y el control del personal. Sin coordinación es difícil lograr objetivos básicos del sistema sanitario, como la continuidad de cuidados”.<sup>48</sup>

La provisión de los servicios incluye también el tema de la priorización de la atención preventivo-promocional (en general denominada Atención Primaria de Salud – APS) y la atención recuperativa.

En Latinoamérica, afirman Giraldo y Vélez, surgió un proceso de desarrollo caracterizado por la reaparición de la Atención Primaria de Salud como eje central

de los sistemas de salud. Los gobiernos asumieron el compromiso de renovar esta estrategia como base de sus sistemas de salud.<sup>49</sup>

### **Desarrollo de recursos humanos en las reformas en salud**

González enfatiza la importancia del tema de los recursos humanos en las reformas, afirma que resulta indispensable recuperar la importancia y el papel de los recursos humanos, ya que el rol de estos es determinante para el logro de las metas y las expectativas generadas en torno a la reforma, y la descentralización que le acompaña. Esto considerando que son las organizaciones el eslabón clave desde el que se interpretan y se implementan las acciones, y asimismo se movilizan las personas, haciendo suya la serie de objetivos y metas de trabajo.<sup>50</sup>

La postura de los recursos humanos en relación a las reformas también es un tema polémico, al respecto, según Dove, Weaver y Lewin, afirman que el impulso para la reforma del sistema de salud continúa ganando apoyo y la cooperación de muchos grupos que se oponían a la reforma en el pasado. Concluyen que el Colegio Americano de Cardiología tiene que continuar su liderazgo para asegurar que la reforma de salud cumpla con las expectativas de sus pacientes y miembros.<sup>51</sup>

Este aspecto también es considerado en el paquete legislativo reciente del gobierno del Perú, relacionado con la denominada reforma en salud.

Según García H *et al.*:

“El Ministerio de Salud coloca en el centro de las intervenciones el abordaje de los problemas en el campo de los recursos humanos con base en la planificación estratégica, sistema de información de recursos humanos, el desarrollo metodológico de la estimación de brechas de personal de salud y el desarrollo de estrategias de reclutamiento y retención del personal, desarrollo de competencias en atención primaria de salud, gestión de servicios de salud con prioridad en el primer nivel de atención, incremento de plazas para el SERUMS, Residentado Médico e Internado en ciencias de la salud, y la reactivación de la Escuela Nacional de Salud Pública”.<sup>52</sup>

### **Participación y descentralización en las reformas en salud**

La participación comunitaria o social en salud abarca diferentes aspectos. Concordamos con March *et al.*, respecto a que esta se centra en capacitar a la comunidad para optar por comportamientos más saludables, transmitir información sanitaria a la población o fomentar el autocuidado.<sup>53</sup>

La participación comunitaria en los sistemas sanitarios es un concepto trabajado por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Expertos españoles afirman que es:

“Una noción íntimamente vinculada a la promoción de la salud y a la atención primaria como instrumentos estratégicos de los sistemas sanitarios. Su desarrollo ha tropezado, sin embargo, con grandes obstáculos debido a la tendencia creciente

de mercantilización de los servicios de salud. Lo que explica, en buena medida, su escaso avance en los países desarrollados, pese a que hay experiencias muy interesantes, basadas sobre todo en el esfuerzo de profesionales y organizaciones sociales, algunas de ellas en España. El dilema fundamental está entre la opción del paciente como consumidor o cliente, con una relación subordinada y de dependencia, o por el contrario dar voz y voto a los ciudadanos mediante su incorporación a los procesos productivos como coproductores de salud”.<sup>54</sup>

Respecto a la participación social, Vázquez señala que muchos países en todo el mundo están llevando a cabo reformas de sus sistemas de salud. Una de las políticas compartidas, afirman, es la promoción de la participación social en salud. No siempre desde la misma filosofía ni de los mismos conceptos, la participación social fue puesta en práctica y ha compartido muchos elementos comunes en todas las épocas, desde la participación como medio para obtener unos objetivos, a ser un fin en sí misma, como proceso democrático.<sup>55</sup>

Casos estudiados en Australia concluyen que existen cada vez más pruebas de que proporciona una mayor voz a las poblaciones vulnerables o marginados es importante para mejorar la equidad en salud.<sup>56</sup>

Respecto a la descentralización, un trabajo de Homedes y Ugalde analizan la experiencia latinoamericana con la descentralización de servicios de salud. Se examina el significado de la descentralización: geográfica, institucional y de funciones, se identifican los objetivos que según los promotores de la

descentralización la justifican y se documenta que, en general, no se han conseguido. Sugieren que con frecuencia la descentralización ha producido resultados opuestos a los buscados, es decir, ha incrementado la inequidad, ha disminuido la eficiencia y calidad de los servicios, y ha aumentado los costos. Se señala que la información existente no permite determinar con seguridad si el fracaso de la descentralización se debe a la selección de políticas inadecuadas o a fallos en el proceso de implementación.<sup>57</sup>

### **Política de medicamentos en las reformas en salud**

El tema de la política de medicamentos y las reformas en salud, a pesar de su importancia está poco estudiado.

En España, dos estudios abordan el tema de copago en medicamentos. El primero se abordó desde el contexto de la crisis económica. Así, un estudio de Urbanos y Puig concluye que, el impacto de la reforma en el diseño del copago farmacéutico fue una importante reducción en el número de recetas dispensadas, aunque los efectos sobre la adherencia al tratamiento, el acceso a tratamientos necesarios y efectivos, y en última instancia la salud, aún no se conocen.<sup>58</sup> El segundo, de Sánchez *et al.* tuvo el objetivo de evaluar el efecto de las políticas de copago farmacéutico en la cantidad y la tendencia de consumo de medicamentos concluyó que la dispensación de cinco grupos terapéuticos analizados disminuyó inmediatamente después de la introducción de los cambios en el copago.<sup>59</sup>

Otro estudio, de Meneu, analiza la estructura del sector farmacéutico y las escasas modificaciones operadas en los últimos años, planteando la redefinición del sector para promover el logro de los objetivos sanitarios deseables y de manera especial modificar el inadecuado sistema vigente que retribuye la dispensación.<sup>60</sup>

En Italia, un estudio de Mariani *et al.* aborda la colaboración público-privada en medicamentos, afirma que la externalización demostró en todo el mundo ser una herramienta útil para mejorar la colaboración entre las empresas privadas y públicas. Las limitaciones presupuestarias impuestas por el gobierno italiano en la industria de la salud considera la urgencia de subcontratar para hacer frente a los costos.<sup>61</sup>

Para López, el sector medicamentos se mueve en las coordenadas del esfuerzo innovador a largo plazo y de la limitación del gasto en el corto. Lejos de contar con un marco estable, el farmacéutico ha devenido un ámbito poliédrico y controvertido.<sup>62</sup>

### **Impacto de las reformas en salud en la equidad, la cobertura universal y las condiciones de salud**

Existen propuestas de reforma que priorizan el tema de la equidad y eficiencia. Se afirma que el fin último de cualquier sistema de salud es contribuir a mejorar las condiciones de eficiencia y equidad en que se prestan los servicios de salud.<sup>63</sup>

La equidad en el acceso, la utilización y la calidad de los servicios de salud es interpretada, por Martínez, como la igualdad de todos los individuos frente a las oportunidades de acceso real a los servicios de salud. En su estudio encontraron numerosas diferencias no justificadas en la necesidad, la consulta, el sitio al que se acude, el motivo para no consultar, la atención recibida y la utilización de servicios. Estos problemas de equidad concluyen, remiten al diseño, la estructura y la operación del modelo de competencia regulada en Colombia.<sup>64</sup>

Por su parte, Pérez afirma que la equidad tiene sus fundamentos en los derechos humanos fundamentales, tiene justificación ética y moral. Operativamente se utilizan dos indicadores: la eficacia social y la satisfacción social. Concluye que es condición estratégica, necesaria, para el acceso a los servicios de salud según necesidades y posibilidades.<sup>65</sup>

Cardona, *et al.*, por su parte, construyeron un índice de inequidad (que denominaron INIQUIS) el que aplicaron a varios países latinoamericanos, su conclusión fue:

“La región presenta, aún hoy, grandes desigualdades en salud, con Cuba como país mejor posicionado en relación a los indicadores de salud y Haití como el peor. Se recomienda la evaluación sistemática de las desigualdades en salud en Latinoamérica y el Caribe mediante el INIQUIS y otros índices, con la finalidad de analizar acciones, políticas y programas para disminuir las inequidades en la región”.<sup>66</sup>

En Panamá, se consideró importante documentar las desigualdades socioeconómicas en la salud y en los servicios de la salud,<sup>67</sup> se calcularon los índices de desigualdad relativa y los coeficientes de concentración para una variedad amplia de indicadores de gasto (de bolsillo) en salud, acceso, utilización y calidad de los servicios de salud, así como de la morbimortalidad de la población. Como resultados se identificaron grandes y estadísticamente significativas desigualdades socioeconómicas en salud, de las cuales casi todas favorecieron a los ricos.

En la actualidad, se está haciendo énfasis en el tema del derecho a la salud y de la cobertura y acceso universal. Al respecto, Asa Cristina Laurell señala que lo primero es el derecho a la salud y su garantía más allá de su reconocimiento legal y normativo; y segundo, la cobertura universal de la cual debería desprenderse el acceso oportuno a los servicios de salud requeridos.<sup>68</sup>

Un estudio reciente, promovido por la Organización Panamericana de la Salud, centra el debate en la cobertura y acceso universal en salud y afirma que:

“A partir de la década de 1990, las reformas encaminadas a fortalecer los sistemas de salud para reducir las desigualdades en el acceso a la salud y en los resultados, se centraron en la expansión de la cobertura universal de salud, especialmente para los ciudadanos más pobres. En América Latina, las reformas del sistema de salud han creado un acercamiento distinto a la cobertura universal de salud, apoyado en

los principios de equidad, solidaridad y acción colectiva para superar las desigualdades sociales”.<sup>69</sup>

Un balance de reformas de salud en Alemania, realizado por Klein y Scheller, concluyen que las reformas no lograron aumentar la equidad, la transparencia y la racionalidad del mecanismo de pago denominado Grupo de Diagnóstico Relacionados (GRD).<sup>70</sup>

### **1.3 Definición de términos básicos**

**Funciones de los sistemas de salud:** Las principales funciones de los sistemas de salud son i) el gobierno, es decir las políticas, la planificación, la regulación, el control, la descentralización y la participación social; ii) el financiamiento, es decir, la asignación de fuentes de financiamiento, la organización de fondos en salud y el establecimiento de mecanismos de pago; iii) la prestación de servicios, tanto de salud pública (priorizando promoción y prevención, vigilancia y control epidemiológicos) como de salud personal (consultas externas, hospitalización, intervenciones quirúrgicas y acceso a medicamentos).

**Políticas públicas:** Son conjuntos de objetivos, decisiones y acciones que lleva a cabo un gobierno para solucionar los problemas que en un momento dado los ciudadanos y el propio gobierno consideran prioritarios.<sup>71</sup>

**Políticas de salud:** Marcos generales de orientación de las acciones en salud pública y la mejora de los determinantes de salud, los mecanismos de acceso a la atención, la respuesta social organizada para la atención en salud, el acceso a medicamentos, la descentralización y participación social en salud, ere otros aspectos.

**Planificación en salud:** Conjunto de objetivos y metas, así como la secuencia ordenada de pasos para implementar las políticas y estrategias en salud.

**Reforma en salud:** Conjunto de cambios progresivos orientados a la cobertura y acceso a la atención, a la organización y funcionamiento del sistema de salud, al financiamiento y prestación de servicios de salud pública y servicios personales.

**Salud:** Capacidad de realizar el propio potencial personal y responder de forma positiva a los problemas del ambiente (Oficina Regional de Europa de la Organización Mundial de la Salud).<sup>72</sup>

**Salud pública:** Esfuerzo organizado de la sociedad, principalmente a través de sus instituciones de carácter público, para mejorar, promover, proteger y restaurar la salud de las poblaciones por medio de actuaciones de alcance colectivo (Organización Panamericana de la Salud).<sup>73</sup>

**Sistema de salud:** Conjunto de insumos (instituciones, recursos), procesos (gobierno, financiamiento y prestación) y resultados (condiciones y situación de salud).

## CAPÍTULO II: METODOLOGÍA

### 2.1 Tipo y diseño

La investigación es no experimental, utiliza metodología cualitativa.

Parte I: está referida a los ejes centrales, procesos y resultados de las reformas de salud en el Perú en la última década (2006-2015), teniendo como contexto las experiencias internacionales y los principales enfoques de reforma.

Parte II: está referida a la apreciación de expertos y del autor sobre las políticas públicas en salud implementadas como parte de las denominadas reformas y las propuestas de lineamientos para un nuevo sistema de salud en el Perú.

Asumimos que las reformas en salud son un conjunto de políticas públicas. Al respecto, son básicamente tres los enfoques utilizados para su análisis, a saber: el positivista, el sociohistórico y el pospositivista.

Los análisis de políticas públicas de salud realizados en los últimos años utilizaron fundamentalmente el enfoque positivista que no aborda los procesos subjetivos y contextuales que son claves y el enfoque pospositivista hace énfasis en el compromiso político del investigador.

La concepción de las políticas públicas, de cada uno de estos enfoques, se esquematizó de la siguiente manera,<sup>74</sup> (cuadro 3):

**Cuadro 3. Concepción de políticas públicas según diferentes enfoques**

Enfoque	Positivistas	Sociohistóricos	Pospositivistas/críticos
<b>Concepción de las políticas públicas</b>	Las políticas públicas son una realidad fáctica, explicable mediante su fragmentación en variables y procesos “objetivos”; son predominantemente procesos técnicos, despolitizados.	Las políticas públicas son producto de la interacción de un grupo de actores e intereses. Estas constituyen hechos sociales e históricos que involucran contexto, juicios de valor y grupos de interés.	Las políticas públicas son el problema a resolver, y en la investigación están subordinados al mismo orden social. Todos ellos configuran el objeto de estudio.

Fuente: Salas-Zapata W, 2012. Diseño de un modelo de análisis de sostenibilidad de políticas públicas en salud.

El presente estudio adopta el enfoque sociohistórico, que “asume las políticas públicas como procesos resultantes de las interacciones entre grupos de interés; analizan los juicios de valor, los grupos de interés y los contextos sociohistóricos de las acciones y decisiones políticas para entender cómo y porqué ciertos asuntos públicos se incluyen en la agenda de gobierno mientras otros se excluyen; y cómo y porqué se eligen unos u otros cursos de acción”.<sup>75</sup>

A su vez, metodológicamente se empleó los planteamientos del interaccionismo simbólico, es decir el enfoque sociohistórico, se operacionalizó a través de la descripción y el análisis de los conceptos y razonamientos empleados por los actores.<sup>76</sup>

En concordancia, el estudio de la reforma en salud se desarrolló desde la posición de los actores quienes perciben, interpretan y juzgan el sentido de esa acción. Se asumen las tres premisas generales del interaccionismo simbólico:

“1) Los seres humanos actúan sobre la base de los significados que adscriben a sí mismos y a su mundo. 2) Estos significados se derivan o brotan de la interacción social o de la comunicación, entendida ésta en sentido amplio). 3) Estos significados se establecen y modifican por medio de un proceso interpretativo”.<sup>77</sup>

La investigación estuvo centrada en los procesos de reforma de salud en el Perú la última década (2006-2015).

La opinión de expertos fue el insumo clave, tanto en el análisis como en la propuesta de lineamientos de la reforma en salud.

## **2.2 Diseño muestral**

Al tratarse de un estudio con metodología cualitativa, se trabajó con una muestra por conveniencia, conformado por 30 expertos en políticas públicas de salud con el siguiente perfil:

- Experiencia política y/o de gestión pública en salud.
- Tolerancia ideológica y política.
- Producción político-técnica publicada.
- Trayectoria de compromiso social y ético.

Los expertos se seleccionaron de acuerdo a la siguiente distribución (cuadro N.º

4):

**Cuadro 4. Expertos participantes en el estudio**

Cargo o Posición	Nº
Exministros de salud	01
Decanos Nacionales Colegio Médico del Perú (actuales o pasados)	03
Representantes de organizaciones gremiales en salud (actuales o pasados)	04
Autoridades Universitarias (actuales o pasadas)	04
Profesores universitarios	03
Directores regionales MINSA	03
Directivos ESSALUD	02
Médicos en el sector público	05
Médicos en el sector privado	05
<b>TOTAL</b>	<b>30</b>

### **2.3 Instrumento y procedimientos de recolección de datos**

La investigación se desarrolló en dos etapas: i) revisión documentaria y ii) cuestionario a expertos.

#### **Revisión documentaria**

Se revisaron los documentos más importantes de los análisis y propuestas de reformas de salud en el Perú (2006-2015) producidos por expertos nacionales o internacionales.

Se ingresaron como documento de texto al Atlas Ti.

### **Cuestionario a expertos**

El cuestionario a expertos tuvo dos componentes, uno de análisis y otro de propuesta (anexo N.º 1). El análisis abarcó recursos, procesos y resultados de las reformas. Las propuestas abarcaron las tres funciones principales de los sistemas de salud: gobierno, financiamiento, prestación.

Se utilizó un cuestionario, que incluyó, además de los datos generales del experto, dos bloques:

- Bloque 1 de análisis o diagnóstico: Sobre gobierno, financiamiento, provisión de servicios, descentralización, participación social, medicamentos, calidad, acceso y cobertura.

- Bloque 2 de propuesta de principales lineamientos políticos y organizativos para un nuevo sistema de salud en el Perú.

Se ingresaron los resultados de los cuestionarios como documentos de texto al Atlas Ti.

En esta etapa se codificaron y sintetizaron las respuestas de los expertos sobre los dos bloques.

## **2.4 Procesamiento y análisis de los datos**

Para el procesamiento de la revisión documentaria y de las opiniones de los expertos, se utilizó el software de análisis cualitativo Atlas Ti.

El procesamiento se realizó de la siguiente manera:

- Ingreso a base de datos de resultados de los documentos de texto (artículos y resultados de cuestionarios).
- Codificación de variables.
- Categorización de datos.
- Vincular segmentos de datos.
- Descubrimiento de patrones.
- Síntesis.

## **2.5 Aspectos éticos**

Los aspectos éticos de la investigación estuvieron vinculados a la reserva y el uso de la información.

Se mantuvo la reserva de la identidad de todos expertos participantes de la investigación, su participación fue voluntaria (se utilizó consentimiento informado verbal) y se garantizó que la información que proporcionaron tendrá uso exclusivamente académico.

## **CAPÍTULO III: RESULTADOS**

### **Análisis de las reformas en salud**

#### **Análisis de la función del gobierno**

Recordando las dos etapas de la reforma de la salud, algunos entrevistados manifestaron que la focalización fue la estrategia de conducción sectorial:

“En el período del 2006 al 2011, el gobierno peruano se enfocó en cuatro áreas de la salud: promoción, AUS, RRHH y Participación ciudadana según su plan estratégico. Se le dio énfasis a la promoción de la salud, con un enfoque prioritario a la prevención antes que la curación, con pocos resultados por falta de presupuesto y RRHH calificados; así mismo, se trabajó en control de riesgos ambientales, nutrición y muy poco en educación en salud; el aseguramiento en salud se iniciaba a trabajar siguiendo al modelo colombiano con pocos resultados. En los períodos del 2011 al 2016, el gobierno peruano se enfocó en los programas presupuestales por resultados, siendo manejados por los gobiernos regionales, priorizando al niño, la madre y la disminución de la desnutrición en niños menores de cinco años. Se inició el aseguramiento en salud con financiamiento del SIS”. P\_13.

Sin embargo, otros entrevistados opinaron que las acciones sectoriales no estuvieron enmarcadas en un plan estratégico que tenga bases sólidas para superar los principales problemas del sector:

“Este periodo (2006- 2011) se ha caracterizado por no tener una política diseñada para superar los problemas crónicos del MINSA como de ESSALUD. Durante la gestión se han intentado dar paliativos para mejorar las condiciones sanitarias públicas, sin conseguir resultados importantes, concluyendo el gobierno en la Ley de la Universalidad de la Salud, que me parece un escape al futuro, sin bases sólidas ni un financiamiento satisfactorio”. P\_25.

Un grupo considerable de entrevistados expresó que los resultados de las reformas no fueron positivos o fueron escasos, que el rol rector del MINSA ha sido y es débil:

“Casi al concluir el gobierno, el balance es muy pobre con relación a mejorar la salud pública, se ha caracterizado por el marketing de promesas antes que hechos objetivos. Las condiciones del sistema sanitario son lamentables”. P\_25.

“En suma el sistema no ha funcionado. La Rectoría del MINSA ha sido casi ausente. En Arequipa, hay un estancamiento marcado en los servicios de Salud, los problemas sanitarios graves y las epidemias mortales que se han presentado en el país ponen en evidencia que el sistema no está funcionando.”P\_16.

“En ambos periodos la rectoría del sistema de salud en el Perú es débil y ha mejorado escasamente con la reforma iniciada en los años 2013-2014”.P\_11.

Las razones que explicarían la insuficiente rectoría del MINSA serían, a juicio de los entrevistados, la fragmentación del sistema y la descentralización:

“Se ha debilitado progresivamente (la rectoría del MINSA) con la decisión de fragmentar el nivel más alto de decisión en salud a nivel nacional”. P\_6.

“El principal problema de la gobernabilidad de este sistema es su fraccionamiento en tres subsectores cada uno con su propio subsistema de financiamiento y prestación lo que dificulta el ejercicio real de la rectoría y del funcionamiento armónico del sistema en su conjunto para atender las necesidades de la población”. P\_9.

“...el sistema nacional coordinado y descentralizado en salud, no ha sido tal: no ha existido mayor coordinación entre los diversos subsistemas y la descentralización ha caído en muchos casos en un abandono a las provincias”. P\_16.

“Hay una total desconexión entre la rectoría del MINSA y los gobiernos regionales, las estrategias del sector salud no son cumplidas a cabalidad por el nivel regional a pesar de un presupuesto adecuado y regiones de salud del MINSA presentes en c/u de ellas. El ejemplo más claro es que el Gobierno ha tenido que dar una ley para que se le asigne un presupuesto adicional al nivel central del MINSA, como previsión

para las enfermedades emergentes, el fenómeno del niño y la catástrofe natural próxima que se espera, ya que los gobiernos regionales hacen caso omiso a las directivas sobre éstas ocurrencias y gastan el dinero en otras prioridades”. P\_19.

“...muchas normas directivas y políticas del gobierno no han tenido implementación regional o local por el conflicto de la norma nacional y la realidad local, por tanto ha generado falta de consenso y el subsiguiente debilitamiento del gobierno.”P\_27.

“A nivel de regiones no existe rectoría del MINSA, las regiones se han convertido en otros mini ministerios de salud”. P\_22.

No obstante lo anterior, hubo quien opinó que el rol rector del MINSA se ha fortalecido durante los últimos años:

“Durante los cinco últimos años la función de gobierno, de rectoría o conducción estratégica, se ha visto fortalecida. A solicitud de un mandato del Poder Ejecutivo, el Consejo Nacional de Salud aprobó, después de un procedimiento de formulación y consultas, los lineamientos de reforma del sector salud (junio del 2013) los cuales se enriquecieron a partir del dialogo con diferentes actores del sector y se vienen implementando actualmente”. P\_23.

Hubo entrevistados que atribuyeron los resultados deficientes de las reformas en parte a una política de financiamiento debilitada, producto de la falta de coordinación con el MEF:

“(…) en el país no ha existido una articulación con otros sectores como Economía, habiendo problemas de financiamiento que impiden el cumplimiento pleno de los Objetivos”. P\_1.

“En el aspecto económico, le falta autoridad y liderazgo para exigir los presupuestos ante el MEF”. P\_29.

“Actualmente, nos encontramos en una situación muy complicada, ya que es muy difícil coberturar a todos los asegurados por el MINSA cuando el presupuesto no llega al porcentaje mínimo requerido”.P\_10.

Por otro lado, hubo opiniones respecto a que es muy pobre la comunicación del Estado con el subsector privado, siendo casi inexistente la coordinación para una conducción estratégica:

“En relación a una conducción estratégica coordinada con sectores de salud privado, a mi parecer esta no existe (...) No se cuenta con una comunicación fluida que evidencie la iniciativa de parte de sectores gubernamentales. Sólo el poco contacto del colegio médico, el cual se restringe a situaciones relacionadas con inauguración de locales, (...) En relación a una autoridades regionales como DIRESA, hay invitaciones a campañas de vacunación o informativas en favor de la comunidad (...) Luego, no tenemos contacto de otras instituciones”. P\_8.

Algunos expresaron que se requiere un plan estratégico sectorial técnico bien diseñado para tener buenos resultados y lograr que mejore el sistema de salud:

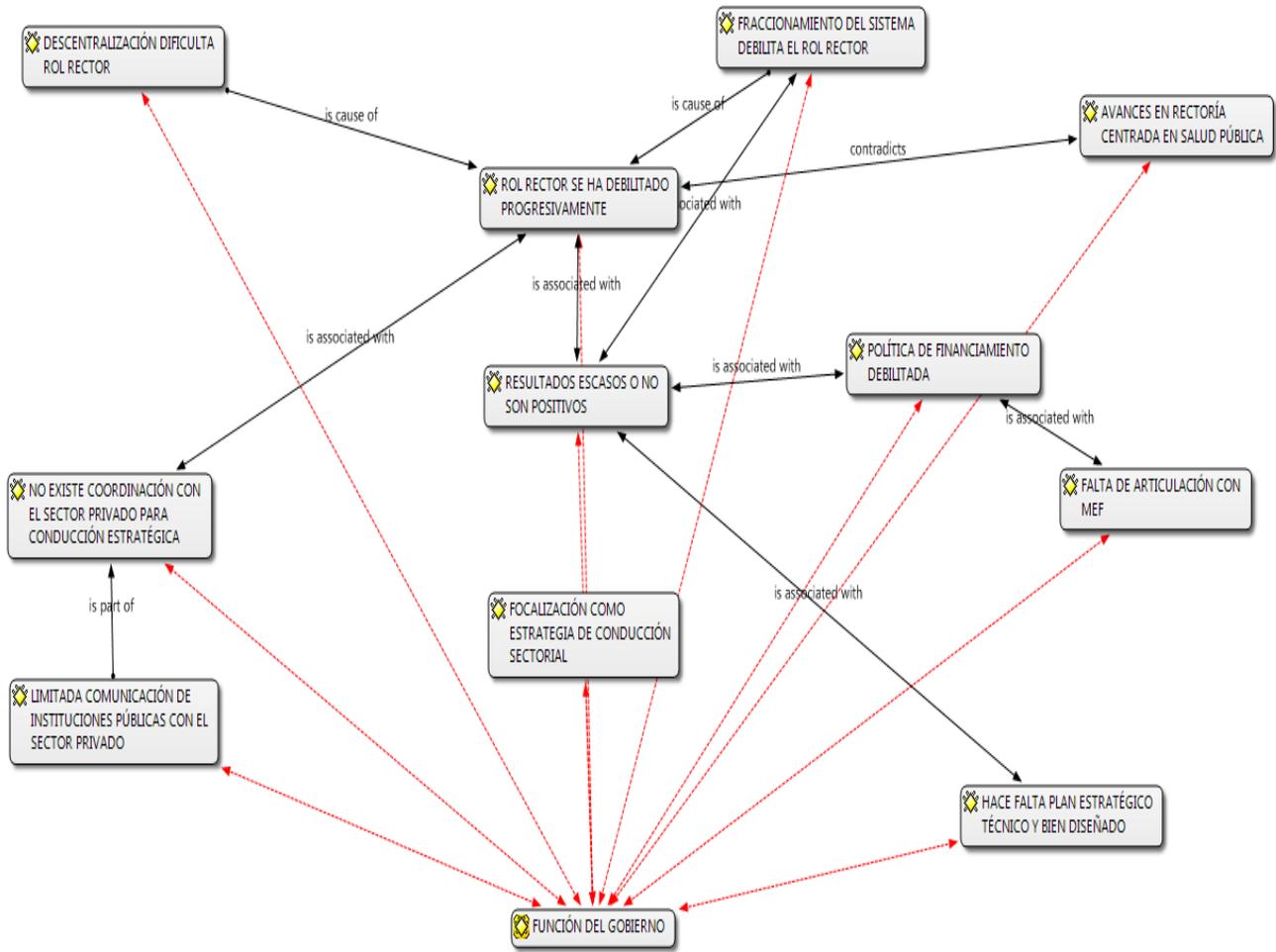
“No hay planes estratégicos bien planteados y ejecutados, solo se limita a discurrir el día a día, el sector salud en ningún caso ha sido prioritario”. P\_16.

“Esperamos que progresivamente se revierta el deterioro y la crisis del sistema pero se necesita decisión política, sustentación técnica y económica, organismos y equipos idóneos, con lo que se pueda articular e implementar una propuesta seria, eficiente y sostenible”. P\_26.

“Deben trazarse bien las metas de corto, mediano y largo plazo con gente capacitada que maneje adecuadamente los recursos en base a un plan estratégico serio”. P\_6.

El conjunto de opiniones sobre la función de gobierno, se esquematiza en una red explicativa que se presenta en el gráfico 1.

**Gráfico 1.** Red explicativa de análisis de función de gobierno de sistemas de salud



## **Análisis del financiamiento**

Muchos de los entrevistados reconocieron que en los últimos años se incrementó el financiamiento del sector, visible específicamente en el SIS. Sin embargo, coinciden en que aún es escaso comparado con países de América Latina, y es insuficiente para cubrir las necesidades de la población:

“El financiamiento público de la salud en la última década se incrementó sustancialmente pero sigue siendo insuficiente, uno de los más bajos de la región. El incremento se ha realizado fundamentalmente en el Seguro Integral de Salud (SIS) y el Fondo Intangible Solidario en Salud (FISSAL)”. P\_3.

“El financiamiento sigue siendo el más bajo de AL, el gasto total en salud llega apenas al 5,5% del PBI y solo el 3,6% corresponde al gasto público. Es claro que en cifras absolutas ha ocurrido un avance en el financiamiento del presupuesto de salud en los últimos cinco años, de 8377 millones en 2010 a 15 373 millones en el 2015, pero ha sido insuficiente ya que los indicadores de mortalidad infantil, mortalidad materna y desnutrición crónica se han movido muy poco y se ha tenido un retroceso en la prevalencia de anemia así como no se han atendido correctamente las enfermedades crónicas”. P\_19.

Algunos entrevistados explicaron que también se incrementaron las prestaciones privadas de salud, a la vez que estas aumentaron de precio:

“el financiamiento privado se ha incrementado en base al pago de bolsillo, acompañado del encarecimiento progresivo de la prestación”. P\_3.

“el sector privado creció, pero principalmente por el componente de gasto de bolsillo de los estratos medios y altos”. P\_14.

No obstante, hubo un entrevistado que manifestó no poder hablar de insuficiencia de recursos, pues no hay estudios que sustenten cuál sería la suficiencia real:

“En relación a la suficiencia, actualmente se cuenta con estudios de Cuentas en Salud, así como otras metodologías para su cálculo, sin embargo, no se cuenta con un estudio cierto respecto a la suficiencia real (incluye el costo, gasto e inversión) del financiamiento para todo el Sistema de Salud Peruano, indicios como los estudios actuariales del SIS y ESSALUD son bosquejos primarios, pero que no desarrollan la verdadera necesidad en relación a la suficiencia”. P\_12.

Otros entrevistados identificaron como mayor problema la mala distribución y ejecución de los recursos, debido a burocracia y falta de capacidad técnica en las regiones:

“la distribución (del financiamiento) es inadecuada porque hay instituciones que requieren más”. P\_29.

“Existe inequidad en el financiamiento de los sistemas de seguros, asignándose en promedio para el SIS 45 dólares per cápita, 200 dólares per cápita para EsSalud y algo más de 500 dólares per cápita en el sistema privado, generando una brecha en la calidad de atención de estos modelos”. P\_26.

“Su distribución (los recursos del SIS) están dirigidos a las principales ciudades y a la capital donde se gasta la mayor cantidad de recursos del SIS”.P\_28.

“Como dijo alguna vez un funcionario del Seguro Social de Salud, “plata hay”; el problema es que no se distribuye, porque los gestores no son capaces de justificar técnica y transparentemente su necesidad, por un mal enfoque de procesos”. P\_6.

“Hay incapacidad de gasto en todo los pliegos a nivel nacional o hay un gasto inadecuado: se compra insumos o equipos que no sirven, los que se ponen en almacenes y al tiempo se les da de baja. Nadie hace el seguimiento de la calidad de uso o desuso de estos bienes”. P\_29.

“El uso y distribución de estos mayores recursos no ha sido el esperado. Las cuentas nacionales y regionales muestran que buena parte del financiamiento de salud se queda estancado en los hospitales y en planes recuperativos, en la compra de medicamentos y recursos humanos y menor cantidad se ha destinado a actividades preventivas y al primer nivel de atención. En los últimos años hubo un intento del gobierno por distribuir mejor los fondos; pero, la capacidad de absorción por parte de las instituciones es pequeña debido a la falta de capacidad institucional

y el déficit técnico de la burocracia regional para hacer uso de estos recursos. Hay más dinero en las regiones, pero poca capacidad técnica para ejecutar inversiones y una alta devolución de presupuesto”. P\_9.

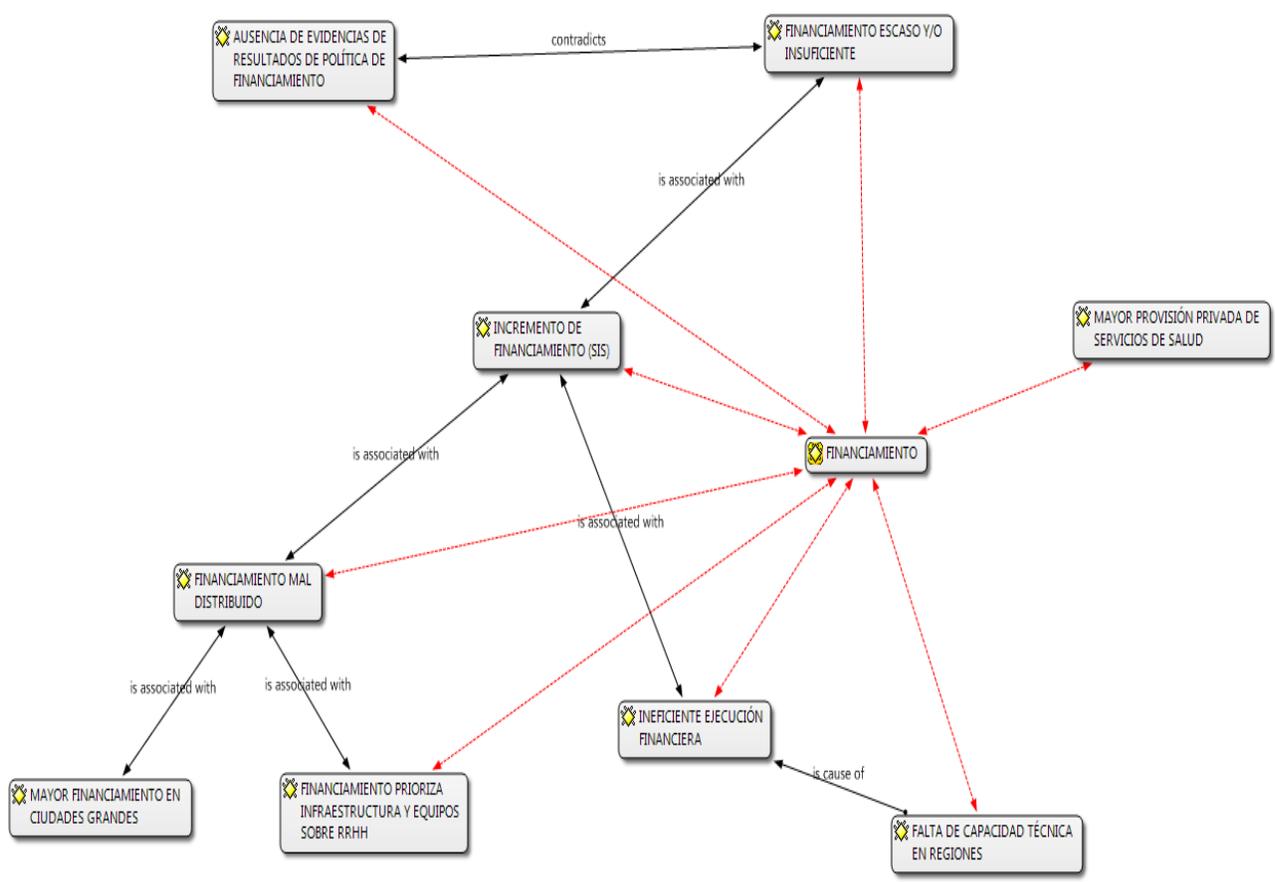
“La transferencia de recursos a nivel regional y local no ha tenido el éxito esperado, no solo por la falta de competencias a esos niveles para elaborar, ejecutar y evaluar proyectos, sino porque la supervisión y apoyo desde el nivel nacional no se ha realizado adecuadamente”. P\_30.

Además, hubo quienes expresaron que el financiamiento prioriza infraestructura y equipos por encima de inversión en recursos humanos, suficientes y competentes:

“Los recursos han estado orientados fundamentalmente a mejorar infraestructura y equipos, a través de los PIP, y muy poco a la gestión de capacidades en los recursos humanos”. P\_30.

El conjunto de opiniones sobre la función de financiamiento, se esquematiza en una red explicativa que se presenta en el gráfico 2.

**Gráfico 2.** Red explicativa de análisis de función de financiamiento de sistemas de salud



### **Análisis de la provisión de servicios: cobertura y acceso**

Aumento de cobertura y acceso, sin embargo es insuficiente, de modo que no es universal, pues reconocen que las brechas de recursos y la deficiente gestión constituyen barreras para el acceso universal a la salud.

“A pesar del crecimiento de la cobertura, el acceso universal está todavía lejos: la infraestructura hospitalaria es insuficiente, especialmente en las zonas de menor desarrollo. Y, en cuanto a la construcción de establecimientos de salud de menor complejidad, el acceso de los ciudadanos a ellos está limitado porque no hay suficientes recursos humanos y de especialistas para atender en ellos; ha crecido la infraestructura, pero no se ha acompañado del mismo crecimiento en recursos humanos y de equipamiento... Hay grandes lagunas aún para el acceso universal en las zonas de mayor pobreza”. P\_9.

“El acceso universal requiere mayor inversión, mejora de infraestructura, profesionales entrenados y bien remunerados en el primer nivel; situación que no se tiene al momento”. P\_21.

“Las barreras de accesibilidad permanecen debido a una insuficiente capacidad de oferta de los establecimientos de salud tanto de los establecimientos de salud de los gobiernos regionales y ESSALUD, aunado a un débil sistema de referencias y contrarreferencias a nivel nacional”. P\_23.

Hubo quien argumentó que el acceso a la salud universal está garantizado.

“Todo peruano que no cuenta con ESP privado o Essalud tiene derecho al seguro integral en salud (SIS), está garantizando el acceso universal a la salud”. P\_13.

Por otro lado, el incremento de la cobertura del SIS ha generado un aumento de la demanda de atención de salud, afectando la calidad de las prestaciones. A su vez la baja calidad ha impulsado el incremento de la participación del sector privado en la atención de salud, creciendo la inequidad del sistema.

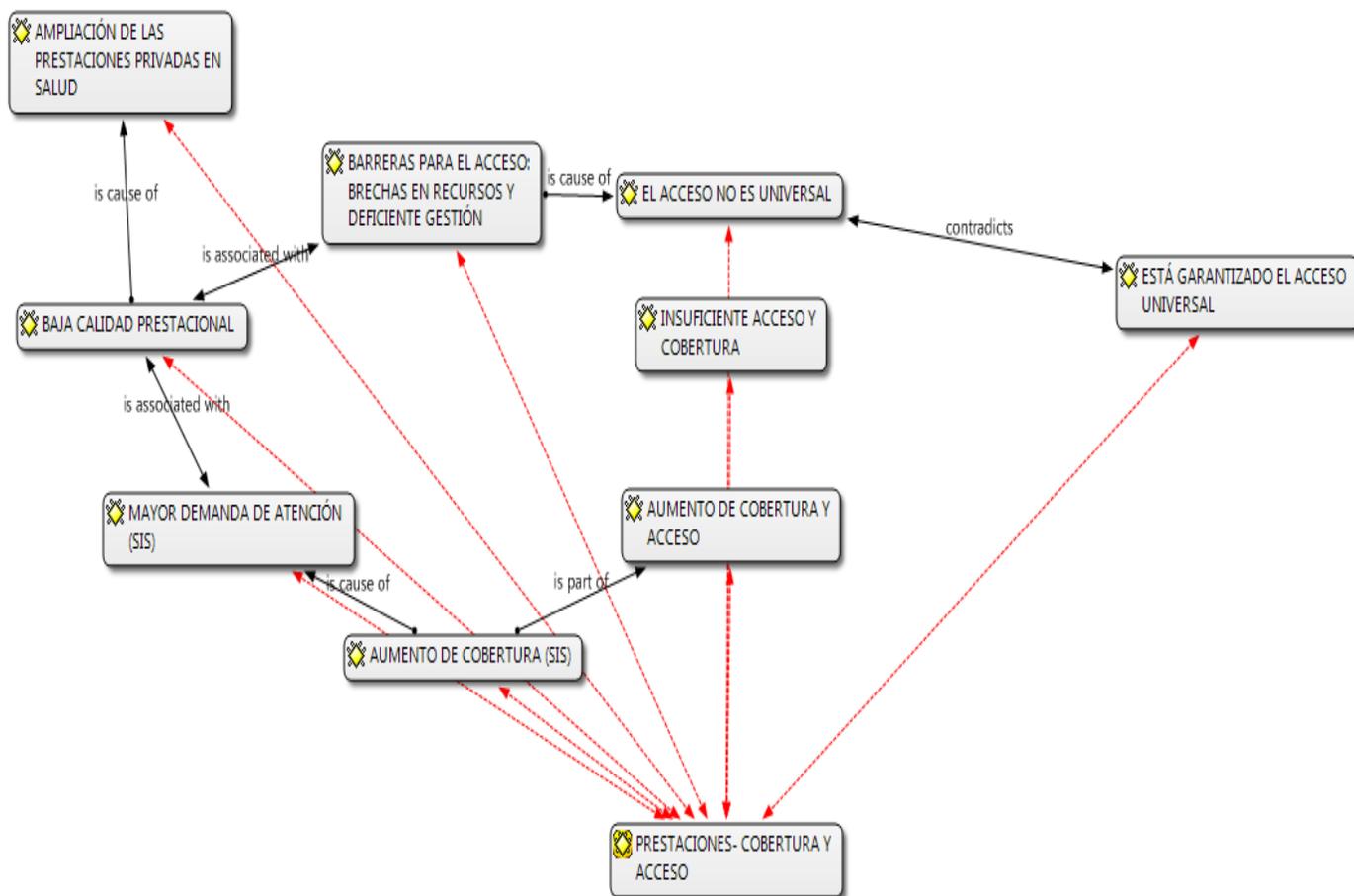
“El SIS ha obtenido un buen avance y cada vez hay más asegurados, pero esto ha complicado y sobresaturado los establecimientos particularmente de los más altos niveles. Quedan algunas zonas alejadas que no se han beneficiado”. P\_25

“el acceso aun no es universal, hay casi un 20% de peruanos que no acceden a los servicios de salud y si acceden el servicio no es de calidad”. P\_16.

“El sector privado ha crecido aceleradamente a expensas de una pésima gestión en el sector público lo que se contrapone a la propuesta del AUS, lo cual ha acentuado la brecha de inequidad en las prestaciones”. P\_26.

El conjunto de opiniones sobre la función de provisión de servicios, se esquematiza en una red explicativa que se presenta en el gráfico 3.

**Gráfico 3.** Red explicativa de análisis de función de provisión de servicios de Salud



como la creación del Viceministerio de Salud Pública con la finalidad de lograr el

“Fortalecimiento de la organización y competencias del MINSA y la reorganización de la intervención en Salud Pública, potenciando rectoría y articulación multisectorial e intergubernamental, promoviendo la descentralización de las funciones de salud pública”. P\_26.

“Las RIAPS son una buena idea pues ayudaría a aprovechar mejor los recursos disponibles mejorando así la eficiencia del sistema”. P\_5.

“La integración organizativa es muy positiva en un país pobre como el nuestro donde no se pueden duplicar organizaciones ni prestaciones. Los niveles logrados son mínimos”. P\_7.

“La integración organizativa del sector es todavía muy escasa y poco eficiente. La principal estrategia aprobada, pero aún no implementada, son las Redes Integradas de Atención Primaria de Salud que deberían integrar todos los servicios de primer nivel en un ámbito determinado”. P\_14.

“De las antiguas redes hospitalarias del MINSA a las actuales redes integradas, es sólo parte del proceso discursivo, pues la realidad muestra que están pendientes la articulación hospital – centros de salud, el liderazgo de las Redes de Salud, la operatividad de las micro redes y el fortalecimiento del primer nivel de atención en su capacidad resolutive. Por estas características este sistema desarticulado”. P\_27.

“Dentro de los DL de la reforma se incluyó un DL sobre Redes Integradas de Atención Primaria que finalmente fueron abandonadas a la voluntad de los directivos, la centralización a través del IGSS devino en burocrática e inoperativa, al final el sistema sigue desorganizado e ineficiente”. P\_15.

“Sigue fragmentado y burocrático, los procesos han mejorado en algunos niveles... Un hecho grave es el IGESS que se ha creado en Lima es otro mini ministerio, más burocrático y poco eficiente”. P\_22.

“No considero se cuente con integración organizativa efectiva, son atisbos de coordinación y articulación más funcional que organizativa. El sistema aún se mantiene fragmentado y segmentado”. P\_12.

Los entrevistados identificaron como obstáculos para lograr la integración del sistema los vacíos legales y la falta de voluntad política.

“Sigue siendo un tema pendiente la construcción de redes de salud que trabajen con una lógica de Gestión Territorial, bajo el liderazgo del Gobierno Local, vinculando no sólo a los prestadores públicos y privados de un determinado ámbito, sino que, con enfoque de trabajo abierto a los demás actores sociales, permita trabajar de manera conjunta por la salud, incorporando el POI de salud en el Plan Concertado de Desarrollo Local”. P\_30.

“La rectoría desde el nivel nacional presenta vacíos legales y políticos que no se han llenado y desde el lado regional no se observa un proceso concomitante de articulación con el nivel nacional”. P\_9.

Algunos entrevistados expresaron que a su juicio se debe reorganizar verdaderamente el sistema de salud para que pueda integrarse.

“En nuestro país tiene que sufrir una verdadera reorganización para que exista integración en el sistema de salud. Tenemos un sistema muy fragmentado”. P\_2.

“Debería rediseñarse el modelo rearmando el primer nivel a partir de un fortalecimiento de los servicios públicos, garantizando acceso universal y derivando de ahí al segundo y tercer nivel que corresponda en el marco del aseguramiento universal”. P\_14.

El conjunto de opiniones sobre la integración organizativa, se esquematiza en una red explicativa que se presenta en el gráfico 4.



## **Análisis de la integración funcional**

Muchos entrevistados reconocieron que la integración funcional es un medio poderoso para mejorar la eficiencia del sistema de salud, sin embargo opinaron que existen barreras políticas, sociales y financieras, que dificultan que se implemente. Por ello, la mayoría de entrevistados opinó que no existe integración funcional y un solo un grupo reducido indicó que existe una integración funcional parcial, aunque escasa e ineficiente.

“La integración funcional es una excelente alternativa para tener un sistema más eficiente, con mucho éxito en otros países. Sin embargo, tiene grandes barreras políticas y sociales, debido a que interfiere con muchos intereses de distintos actores del sistema. Sería muy importante comenzar con la integración del MINSA y ESSALUD, y posteriormente integrar las sanidades de las Fuerzas Armadas y Policiales”. P\_3.

“...idea interesante (la integración funcional), aunque con grandes dificultades administrativas, financieras y principalmente político-sociales; aun así, existe experiencias internacionales de integración de este tipo”. P\_14.

“La integración entre el MINSA y EsSalud no se logrará mientras el presupuesto per cápita sea tan desigual”. P\_7.

“En Arequipa, ha sido mínima (la integración funcional), sólo contados casos que han sido publicitados, pero no existe una adecuada coordinación, no obstante contar con varios argumentos legales, muchas de las normativas no se ha aplicado... No existe una adecuada integración,...Hay marcada diferencia entre los servicios que se reciben en uno y otro subsistema, haciendo que el sistema de salud sea inequitativo e injusto”. P\_16.

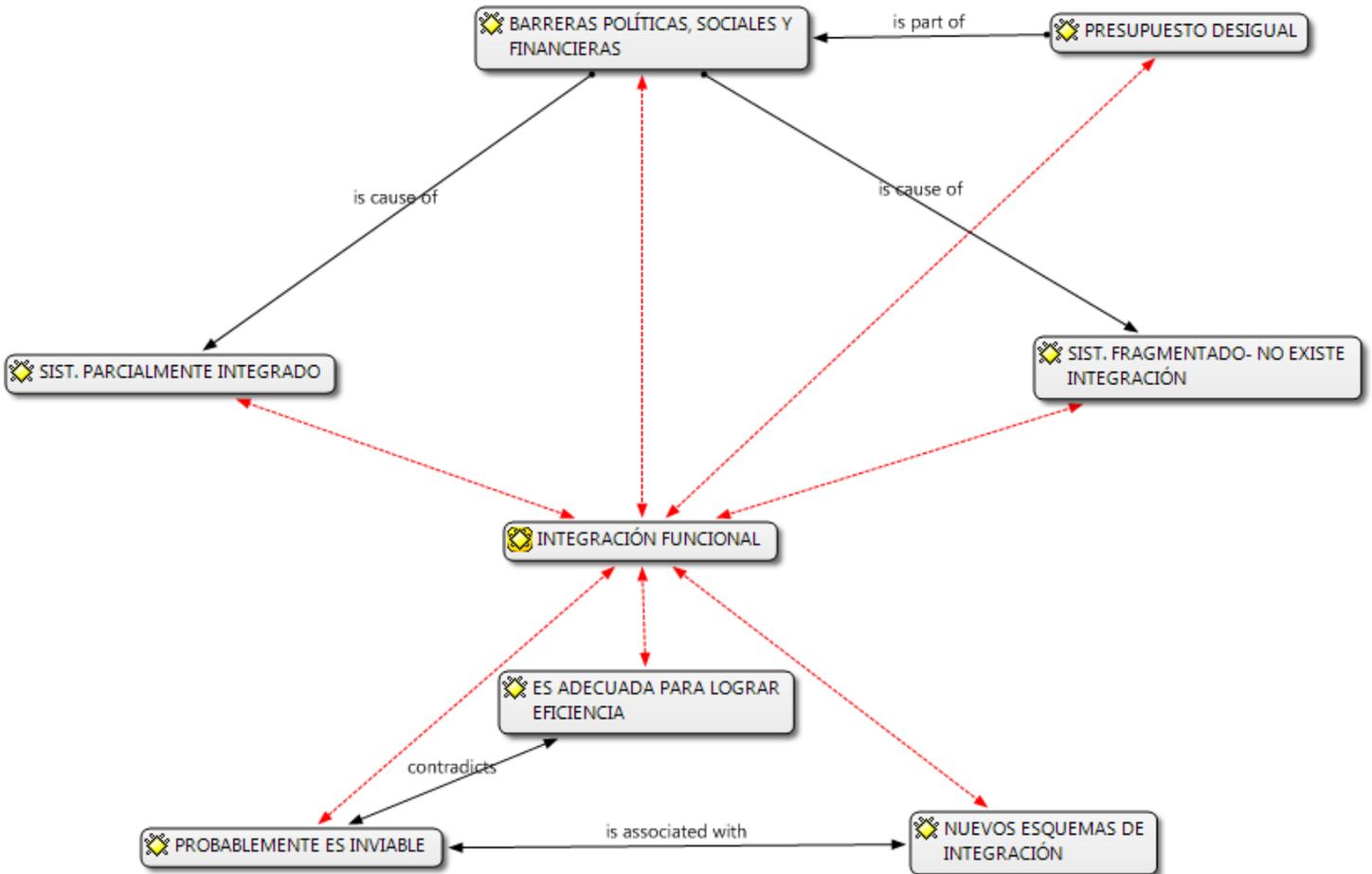
“Actualmente es muy escasa; no es significativa. La principal integración funcional debe darse en el primer nivel de atención”. P\_14.

Hubo quienes manifestaron que las barreras políticas, sociales y financieras harían inviable la integración funcional y se necesita implementar nuevos esquemas de integración.

“Hasta la actualidad diversos esquemas de integración se han propuesto, ninguno ha funcionado y probablemente no funcionen porque cada institución tiene sus propias reglas y estructura que la hacen material y políticamente inviable... En lugar de la integración funcional o estructural, nuevos esquemas están tomando forma para el futuro: por un lado, la articulación del sistema de financiamiento público (EsSalud y SIS); por otro lado, la prestación diversificada de los prestadores públicos, privados y de EsSalud en el cual el asegurado por cualquier empresa o institución aseguradora podrá atenderse en el hospital o clínica pública o privada de su preferencia”. P\_9.

El conjunto de opiniones sobre la integración funcional, se esquematiza en una red explicativa que se presenta en el gráfico 5.

**Gráfico 5.** Red explicativa de análisis de la integración funcional



## **Análisis de la política de desarrollo de recursos humanos**

Algunos entrevistados expresaron que las políticas para el desarrollo de RRHH en salud no son integrales o están ausentes en su ámbito laboral, lo que se manifiesta en una política remunerativa de limitado alcance, en la formación de recursos humanos en salud sin planificación, algunas veces sin calidad suficiente, y en la ausencia de políticas sólidas de capacitación en servicio, dando lugar a que la mejora de competencias dependa en muchos casos sólo de la motivación personal:

“Hay una ausencia de Política de Estado en el tema de Recursos Humanos en Salud, que impide un crecimiento según nuestra geografía y necesidades sanitarias”. P\_15.

“Completamente desactualizadas e insuficientes (las políticas de desarrollo de RRHH)... No hay planeamiento estratégico de los Recursos Humanos en Salud en el país, de allí la importante fuga de talentos, además las condiciones de trabajo y los sueldos, hacen que muchos servidores de salud se dediquen a otras labores o se vayan del país. No hay un trabajo serio, integral y conjunto de todas las instituciones involucradas en un desarrollo adecuado del capital humano en salud. La capacitación que brindan las instituciones es insuficiente, en muchos casos inexistente. En varios casos depende del propio bolsillo del trabajador, no se utiliza adecuadamente el recurso humano calificado, no hay un adecuado observatorio de los RRHH en salud que conozca claramente sus calificaciones y competencias”.

P\_16

Los entrevistados identificaron al déficit de Recursos Humanos de Salud y de médicos especialistas como uno de los principales problemas relacionados con los recursos humanos. Este fue atribuido a dos causas: primero, la formación sin planificación, que a su vez sería originada por falta de articulación entre formadores y empleadores, dando lugar a que la formación no responda a las necesidades del país; segundo, la política remunerativa limitada, que impide la retención del personal de salud y es causa de una deficiente distribución, en particular de especialistas a nivel nacional, que constituye otro de los principales problemas del sistema de salud manifestado en las entrevistas.

“En general, hay un déficit de recursos humanos en salud en el país. Si medimos a los grupos profesionales más numerosos (médicos, enfermeras, obstetras) el Perú está por debajo del promedio latinoamericano, que es 25 por cada 10 mil habitantes. Y si comparamos por regiones, solo cuatro están por encima de ese promedio: Lima, Arequipa, Moquegua y Tacna. El resto tiene una escasez muy grande de profesionales de la salud”. P\_14.

“No solo se requiere duplicar el número de especialistas sino una mejor distribución en el país porque el 70% están en Lima, un 7% en Arequipa y un 6% en Trujillo. Es decir, el 83% está en esas tres ciudades y solo el 17% está en el resto del país. La situación en los otros grupos profesionales es igualmente crítica en cuanto a una distribución inequitativa”. P\_14.

“No hay coordinación entre las entidades formadoras y las prestadoras de servicios de salud, y menos a nivel nacional”. P\_4.

“... marcada descoordinación docente- asistencial, formadores y prestadores cada uno trabaja por su lado, no hay planeamiento estratégico de los Recursos Humanos en Salud en el país”. P\_16.

“las vacantes de especialidades en las escuelas de segunda especialización, no siempre guarda relación con las necesidades del país: hay especialidades, como psiquiatría, cuyo número de vacantes es mucho menor que el número de especialistas que se requiere”. P\_9.

Este déficit es más marcado por la ausencia de especialistas en las regiones debido a la falta de motivación por el maltrato, bajas remuneraciones y malas condiciones laborales. Hay poco acceso a programas de formación, capacitación y desarrollo para el personal y existe además la lamentable situación de la migración de profesionales al extranjero, lo que empeora la falta de especialistas.

“El MINSA no ha materializado alternativas para incrementar la formación de médicos especialistas, ni mucho menos garantizar la dotación de recursos humanos especializados en las zonas rurales del país. Lima, Arequipa, La Libertad y Piura tienen a más del 90% de médicos especialistas. Muchos gobiernos regionales han inaugurado modernos hospitales pero sin especialistas para todos sus servicios”. P\_3.

Sin embargo, hubo quien expresó optimismo sobre los beneficios de la política de remuneraciones recientemente implementada:

“Se encuentra en proceso de culminación la implementación de la nueva política remunerativa, que permitió nivelar el componente principal de la remuneración de los trabajadores del interior del país con los de la capital, eliminando de esta manera, históricas diferencias. Sobre esa base, se otorgaron incentivos para el trabajo especializado, en áreas críticas, en la atención primaria de salud, en zonas alejadas y de frontera, por responsabilidad de jefatura y por desempeño”. P\_23.

Otro problema relacionado con los recursos humanos que fue valorado como muy importante por los entrevistados fue el déficit de competencias del personal de salud. Este fue atribuido, primero, a la falta de calidad de la formación impartida por algunas facultades de medicina; segundo, a la ausencia de articulación entre formadores y empleadores, lo que genera que la formación no responda a las necesidades del país, tanto en carreras y especialidades como en competencias profesionales de cada carrera o especialidad; tercero a la ausencia de políticas sólidas de capacitación en servicio:

“Hay un crecimiento desordenado de los recursos humanos; se han desarrollado muchas facultades de medicina y de enfermería aunque la calidad de formación, las competencias, de estos mismos no está acreditada”. P\_9.

“Se busca titular a las personas y no generar competencias”. P\_21.

“No existe una política de Recursos Humanos, muchos de ellos vienen mal formados de universidades de baja calidad y en el sistema CAS no tienen líneas de capacitación”. P\_22.

“Las facultades y escuelas de medicina, en general, aún no adecúan sus planes de estudios al modelo de atención integral de salud basado en familia en comunidad que prioriza la atención de salud en el primer nivel de atención y el trabajo con otros sectores y la participación de la comunidad (esencia de la atención primaria de salud)”. P\_30.

“Perfiles profesionales de egreso que no se ajustan plenamente a las necesidades de salud actuales derivadas del cambio epidemiológico y de la reforma en salud para mejorar el acceso y la cobertura de salud... “El enfoque actual del Desarrollo de Recursos Humanos en Salud, aunque posee una visión integral considerando actividades de capacitación específicas, capacitación en servicio, formación permanente y otros similares, en la realidad las capacitaciones más importantes son financiadas por el usuario. Solo basta verificar los deficientes resultados anuales de los planes de capacitación de los establecimientos de salud, por falta de financiamiento y falta de personal reemplazante”. P\_28.

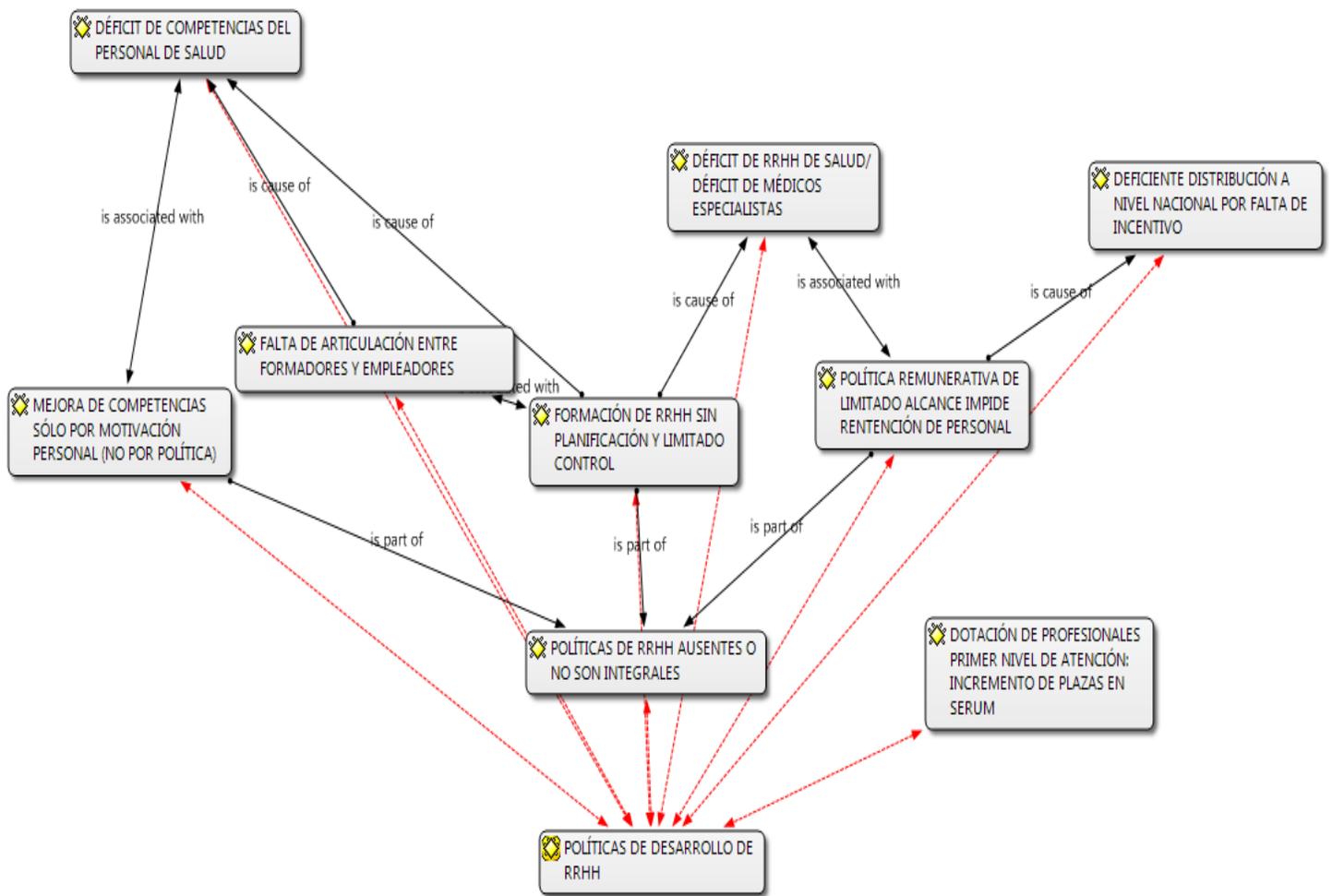
Algunos entrevistados valoraron positiva la dotación de profesionales para el primer nivel de atención en salud, mediante las plazas del SERUM:

“La dotación de profesionales de la salud en el primer nivel de atención ha sido posible gracias al incremento de plazas remuneradas en el SERUMS y a su obligatoriedad para el ingreso al sistema de residentado médico”. P\_3.

“La desaparición del IDREH y la constitución de la Dirección General de Recursos Humanos en el Reglamento de Organización y Funciones del MINSA fue una iniciativa que ayudó al sector salud, la distribución de profesionales en provincias con el SERUM encontró su ventana de oportunidad con el aseguramiento universal y su urgencia de más profesionales en los espacios alejados del país”. P\_13.

El conjunto de opiniones sobre la política de desarrollo de recursos humanos, se esquematiza en una red explicativa que se presenta en el gráfico 6.

**Gráfico 6.** Red explicativa de análisis de la política de desarrollo de recursos humanos



## **Análisis de la descentralización en salud**

Algunos entrevistados opinaron que la descentralización en salud es una medida necesaria, pero que la norma requiere ajustes que permitan al MINSA ejercer el rol rector, para que se pueda articular la política de salud nacional:

“La descentralización es una medida política necesaria, justamente por la situación de los recursos humanos en regiones y para la capacidad resolutive de los servicios de salud... Actualmente hay consenso sobre la necesidad de revisar lo avanzado y proponer nuevas medidas que mejoren las capacidades regionales para una mejor atención a la población”. P\_14.

“La descentralización tiene el peligro de desarticulación de algunas funciones básicas de gobierno como, por ejemplo, las funciones de salud pública. La descentralización requiere de ajustes en la legislación para el control y la articulación nacional – regional”. P\_9.

No obstante, hubo quienes expresaron que la descentralización tiene serios cuestionamientos desde su concepción, tanto por el diseño del proceso, como porque significó la pérdida de rectoría del MINSA:

“El proceso de descentralización de las funciones sectoriales de salud tiene serios cuestionamientos desde su concepción. Se transfirieron funciones a gobiernos regionales sin capacitación ni financiamiento, lo cual se hizo más evidente a nivel de proyectos de inversión”. P\_3.

“Desde el punto de vista retórico es una posición de justicia social, sin embargo los legisladores no midieron el impacto a mediano y largo plazo, lo que ocasionó la presencia de mini ministerios en cada región, atomizando el sistema y restando rectoría al MINSA”. P\_15.

“Fue un error descentralizar la salud a los gobiernos regionales, la descentralización de salud fue incompleta, los gobiernos regionales no están preparados para manejar la salud por no tener mecanismos de control, ni experiencia en las políticas nacionales, el MEF sigue controlando el presupuesto de salud”. P\_13.

Un número considerable de entrevistados reconoció que la descentralización no ha cumplido con sus objetivos de mejorar la eficiencia y eficacia al sistema de salud:

“Idealmente es necesaria (la descentralización), en la práctica está limitada por escasez de recursos humanos y materiales suficientes, incrementándose gastos administrativos y no logrando eficiencia y equidad”. P\_17.

“Ha creado más problemas que los que ha resuelto. Hay una pérdida absoluta de la rectoría del Ministerio de Salud”. P\_17.

“Se realizó la medición del ejercicio de las funciones y facultades transferidas a los Gobiernos Regionales... Se obtuvo que el promedio general fue 35% de desempeño de todos los procesos en los veinticuatro gobiernos regionales donde se realizó la medición, es decir, un valor bastante bajo, sobre todo en el proceso de organización

de servicios de salud, que estaría expresando una importante limitación de los gobiernos regionales para organizar sus hospitales, redes y micro-redes de salud con la consecuente deficiencia en la calidad de las prestaciones de salud”. P\_26.

Los entrevistados atribuyeron los deficientes resultados a la falta de acción eficaz de los gobiernos regionales y a la dificultad para implementar la descentralización, que se ve reflejada en que aún no se transfieren funciones en Lima Metropolitana. A su vez, mencionaron que la falta de acción eficaz de los gobiernos regionales obedece a que la transferencia fue solo funciones y financiamiento, no realizándose una adecuada transferencia de capacidades y acompañamiento de los actores; también, debido a que los gobiernos regionales identifican prioridades que no están articuladas con las nacionales y encontraron en la descentralización autonomía suficiente para atenderlas.

“La descentralización ha caído en muchos casos en un abandono a las provincias, generando que los gobiernos regionales con escasa capacidad de gestión, destinen el manejo de la salud es aspectos poco técnicos y más políticos. Los cargos principales están ocupados por gente del entorno político de los gobernadores, que se limitan a mantenerse en el cargo”. P\_16.

“El proceso de descentralización en salud se viene implementando con mucha dificultad y es de esperar que se consigan mejores resultados, según se vaya adquiriendo la experiencia necesaria y se articule eficientemente las funciones y responsabilidades que se transfieren”. P\_26.

“Lo más preocupante, es que en casi quince años no ha existido voluntad política de transferir las funciones en Lima Metropolitana”. P\_3.

“No se ha realizado un adecuado proceso de transferencia de capacidades que facilite la descentralización, lo que no se cumpla con las atribuciones de los niveles subnacional y local; de este modo, han ocurrido extremos como: esperar que las actividades las continúe realizando el nivel nacional, o que algunas autoridades regionales simplemente hagan oídos sordos a las disposiciones del MINSA; además que la descentralización no ha llegado a desarrollarse en el nivel local (provincial), lo que es resaltante en la capital de la República”. P\_30.

“Con la descentralización en salud, se les transfirió la administración y el financiamiento a las regiones, aunque pretendieron ir vinculadas con metas y coberturas de atención, al final el presupuesto fue transferido como un ‘bolsón’ de dinero que fue administrado a voluntad de las regiones quienes tienen sus propias prioridades, destinándose el presupuesto al pago de planillas de personal, descuidando actividades preventivas, por ejemplo vigilancia y control de vectores, que ha tenido como consecuencia las epidemias de dengue porque no se ha podido controlar al vector, requiriendo medidas de emergencia para descentralizar recursos en su apoyo”. P\_28.

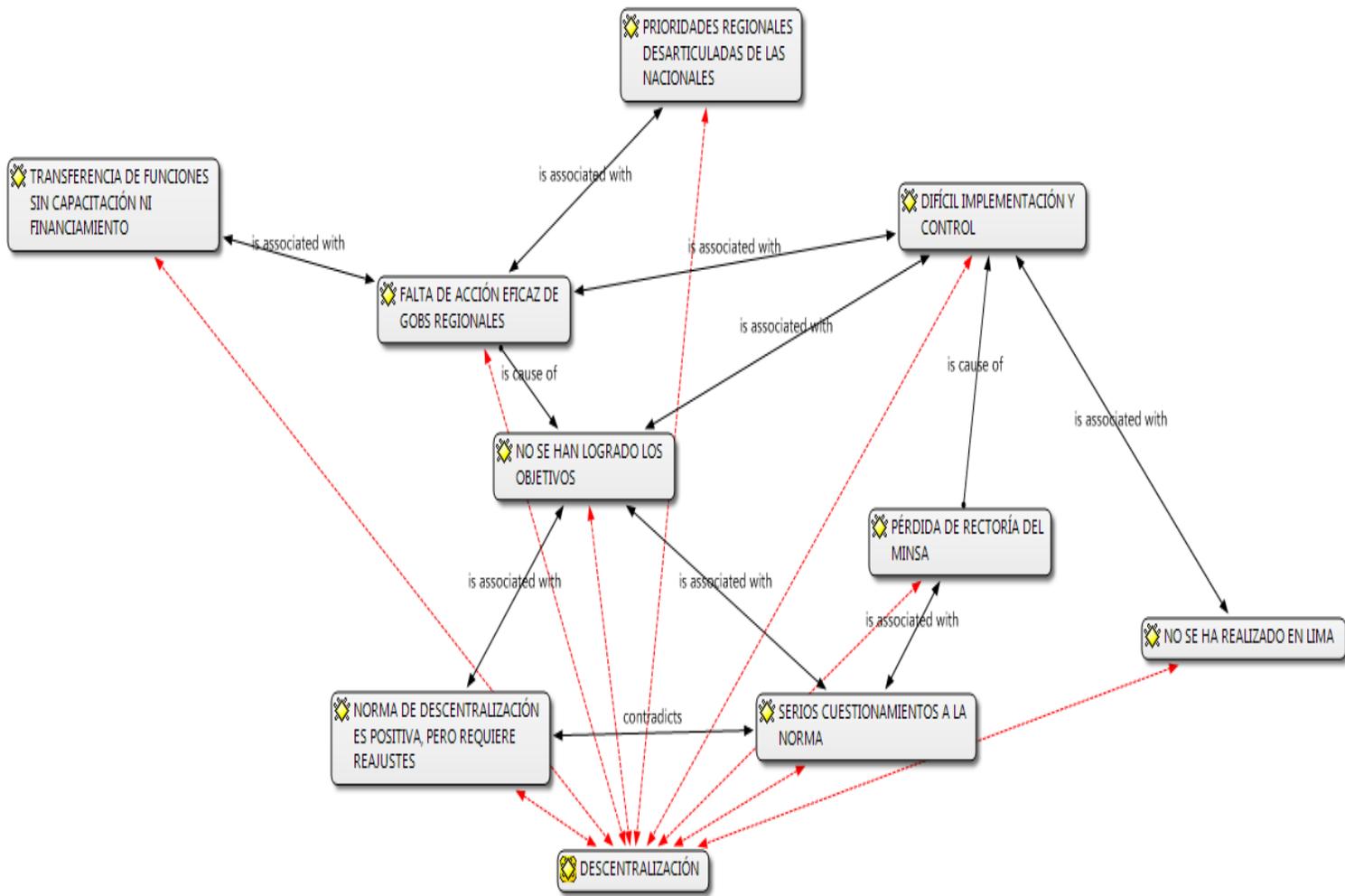
El conjunto de opiniones sobre la descentralización en salud, se esquematiza en una red explicativa que se presenta en el gráfico 7.

### **Análisis de la participación social en salud- CLAS**

La mayoría de entrevistados opinó que la participación de la comunidad en la gestión de la salud es una necesidad, y que en ese sentido, los Comités locales de Administración de Salud (CLAS) ha sido una experiencia interesante y positiva, que tuvo éxitos. Sin embargo, opinaron que las experiencias exitosas no fueron numerosas y estuvieron restringidas a contextos particulares.

“La participación de la comunidad en los temas de salud es una necesidad y existe un marco legal que la favorece. SUSALUD es la instancia encargada de garantizar la participación ciudadana en la planificación y supervisión del funcionamiento de los servicios de salud. Eso está en todavía en proceso”. P\_14.

**Gráfico 7.** Red explicativa de análisis de la descentralización en salud



“Consideramos que la participación de la ciudadanía en la gestión de los establecimientos de salud puede dar buenos resultados. La población participa, de alguna forma, en la administración y gestión de los establecimientos y se involucra en el cuidado de su salud así como en el conocimiento de su realidad, para sugerir proyectos y plantear las necesidades de su localidad”. P\_26.

“Los CLAS cumplieron su rol en otro contexto económico y social diferente para el país, algunos de ellos se convirtieron en excelentes ejemplos de gestión local y participativa de la salud”. P\_3.

Por otra parte, algunos opinaron que los CLAS no tuvieron éxito generalizado porque: no hubo acompañamiento, supervisión y evaluación de los mismos, de parte del gobierno central ni de los gobiernos regionales; la comunidad generalmente tiene limitada capacidad de vigilancia y falta de información; y hay una tendencia a privilegiar la atención sobre la prevención- promoción:

“Con los CLAS sucedió lo que suele suceder en la gestión pública: si bien se presentó una estrategia interesante (con algunos errores, pero perfectible), al no brindar seguimiento, actualización técnica, normativa para su desarrollo, y quedar fuera del campo del monitoreo, supervisión y evaluación algunos casos se pervirtieron; sin embargo existen experiencias exitosas”. P\_12.

“Esta interesante propuesta de participación comunitaria ha devenido en un problema más para la gestión, por el mal manejo que se han hecho de los recursos

económicos y de la política de personal, sobre la cual no hay un rol de gobierno de parte de las autoridades regionales”. P\_25.

“En Arequipa fue una buena experiencia... Bien llevadas han sido beneficiosos, sin embargo ha existido un abandono por el Gobierno Nacional y también por los Gobiernos Regionales, muchos de ellos no saben siquiera de que trata el modelo, sin embargo el incorporar a la población en el sistema de salud es muy importante. Actualmente, en Arequipa continúan funcionando pero ya no con el mismo apoyo e intensidad. La participación de otros sectores es importante, deben participar siempre los municipios, el sector educación y la sociedad civil organizada”. P\_16.

“Estos comités, en su mayoría, fueron rápidamente copados por grupos de interés local en alianza con el personal de salud que gestionaba los establecimientos de salud, cuyo interés se orientaba a la construcción y equipamiento. Solamente aquellos lugares donde había tradición previa de participación comunitaria, los CLAS tuvieron relativo éxito político”. P\_9.

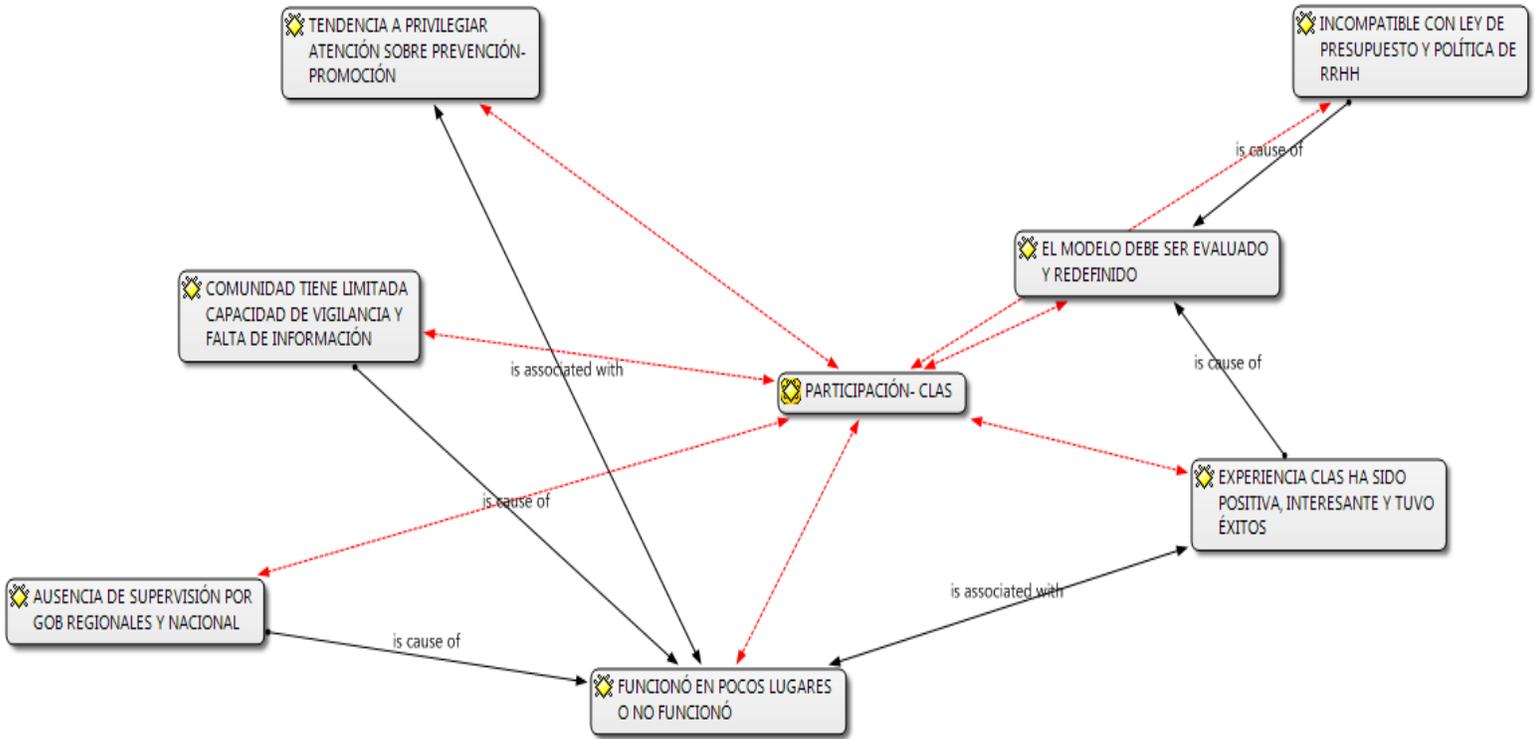
Algunos manifestaron que los CLAS son incompatibles con la ley de presupuesto y la gestión de RRHH, pero por su relevancia, el modelo debería evaluarse y redefinirse.

“La experiencia ha sido exitosa por el rol administrativo de la población en sus centros de salud, pero su actual aplicación colisiona con la ley del presupuesto y la política de recursos humanos en salud”. P\_19.

“Hoy el rol de los gobiernos locales a nivel regional y municipal es claro en lo referente a su participación y responsabilidad en la salud .Personalmente considero que el modelo debe ser redefinido considerando los nuevos lineamientos de política y financiamiento de la salud”. P\_3.

El conjunto de opiniones sobre la participación social en salud, se esquematiza en una red explicativa que se presenta en el gráfico 8.

**Gráfico 8.** Red explicativa de análisis de la participación social en salud



## **Análisis de la política de medicamentos**

Un número considerable de entrevistados señalaron que la norma de medicamentos es positiva, sin embargo su aplicación es muy limitada debido a la deficiente gestión y control del Estado. Algunos también mencionaron falta de voluntad política por tratarse de un tema complicado:

“Se ha avanzado en nuevo reglamento moderno, pero faltan instancias de control de calidad para nuevos medicamentos, ej. biosimilares o biológicos. Se tiene una posición crítica sobre el libre comercio”. P\_22.

“La regulación entendida como la intervención del Estado para el control o ajuste respecto a distorsiones o vulnerabilidades en el mercado, es válida, si bien no como primera opción, pero si para aquellos bienes de necesidad social y alta externalidad en especial en el tema de salud, un Estado regulador bajo el marco del interés y principio a la salud y la vida, por encima de aspectos comerciales, es un Estado protector y promotor de un desarrollo social y económico equilibrado e inclusivo cuyo foco principal es la persona”. P\_12.

“En la política de medicamentos hay mucha buena intención pero poco avance real. En materia de regulación, en el papel hay normas que permiten un rol activo del Estado para regular la actividad de los agentes del mercado farmacéutico; pero, mucho depende de la voluntad política de los gobiernos o los ministros de salud. En general, es un tema muy espinoso que políticamente se prefiere evitar”. P\_9.

“Los resultados en la gestión y control de medicamentos del MINSA son deficientes. A pesar de las múltiples iniciativas legislativas aprobadas y de un conocimiento amplio de las medidas que deben realizarse, la realidad indica que la población no accede a medicamentos económicos, seguros y de calidad”. P\_3.

Hubo quienes expresaron que la norma ha dejado sin regulación algunos temas, como insumos naturales de (plantas medicinales) y medicina complementaria:

“No se tiene claro una política sobre los medicamentos de la plantas medicinales, y otras medicinas alternativas”. P\_22.

Los entrevistados opinaron que la deficiente gestión y control del Estado se ve reflejada en el limitado acceso a medicamentos en los establecimientos de salud, principalmente por el complejo proceso de adquisición, en la poca promoción de la producción y uso de medicamentos genéricos, así como en el deficiente proceso de fiscalización de los mismos, motivo por el cual no hay garantía de calidad.

“Actualmente, tenemos dificultades en el acceso a medicamentos: en los establecimientos de salud no contamos con la totalidad de medicamentos indicados, los medicamentos no son entregados oportunamente, incrementándose el gasto de bolsillo que realizan los pacientes pese a contar con un seguro de salud, (SIS; ESSALUD). Los medicamentos expendidos en farmacias privadas no brindan garantía, observándose una débil política de fiscalización en las gerencias

regionales de salud, se imponen sanciones ,pero no se cuenta con mecanismos de seguimiento, que garanticen su efectividad y control”. P\_23.

“Esta es una problemática permanente, hay dificultades en el acceso a medicamentos en los establecimientos de salud, los procesos de adquisición son tediosos, complejos, con mucha burocracia y limitantes de tipo presupuestal y administrativo. Así mismo la distribución no es equitativa, oportuna ni ponderada. El petitorio no incluye la totalidad de los medicamentos requeridos y, por otro lado, hay una pobre supervisión en el control de calidad y la forma de adquisición de los mismos”. P\_26.

“Aún no existe una política de medicamentos genéricos que permita incrementar su participación en el mercado farmacéutico nacional, que ponga al alcance de la población medicamentos genéricos de buena calidad y de ésta manera contribuir a su disminución de precios”. P\_26.

“Hay poca promoción y puesta en práctica de (de la norma de) los medicamentos genéricos por parte del personal médico al momento de la prescripción”. P\_8.

“La participación de los productos genéricos, aunque ha venido incrementándose en los últimos años, no superaría el 10 por ciento del mercado farmacéutico”. P\_1.

“...instituciones como el DIGEMID y el INS, han distorsionado los mecanismos de control de calidad de medicamentos genéricos y de autorización de estudios

clínicos, respectivamente, lo cual ha generado menor acceso a medicamentos modernos y de calidad”. P\_19.

“...no se ha tenido una política efectiva de uso de genéricos, que incluya una adecuada fiscalización y control para generalizar su uso”. P\_16.

No obstante, hubo quien manifestó que se están aplicando políticas de control de:

“Se están aplicando políticas de control de la calidad para el registro e ingreso de medicamentos al mercado nacional, que incluye: aceptación del control de calidad realizado en los países de alta vigilancia sanitaria reconocidos por la ley y reglamentación peruana (16 en total), control por DIGEMID de las buenas prácticas de la industria nacional en manufactura, almacenamiento, laboratorio y distribución, como condición para proveer al mercado”. P\_14.

Gran parte de los entrevistados señalan con preocupación el fuerte impacto negativo de los tratados internacionales y la prolongación de patentes en el costo de los medicamentos, vulnerando el interés social que inspira el ejercicio de la profesión médica y la norma, por afectar el acceso de la población a los medicamentos:

“Los tratados de libre comercio promovidos por EE. UU. y la UE pretenden imponer estándares más elevados de protección de los derechos de propiedad intelectual

que los contenidos en el ADPIC, los cuales tienen un impacto negativo en el acceso a medicamentos”. P\_28.

“Los tratados de libre comercio desfavorecen al país, especialmente en la vigencia de las patentes y el costo de los medicamentos de enfermedades de alto costo y de enfermedades raras”. P\_9.

“Como política de Estado, los diferentes gobiernos han favorecido los TLC y encarecido los medicamentos, alargando además la renovación de patentes, a pesar de haber leyes de protección, como la Ley de Protección al paciente con diabetes promulgada en el 2005”. P\_19.

“El Estado peruano, al firmar El Tratado Transpacífico, en lo que se refiere a medicamentos sería totalmente lesivo pues ampliaría el monopolio de medicamentos contra el HIV y la hepatitis, ya que no se podrían utilizar medicinas genéricas, que en países vecinos son cinco veces más baratas”. P\_24.

“...desde el Estado (Ministerio de Industrias, INDECOPI, MEF) se ha bloqueado los intentos del MINSA y de la sociedad civil para poder elaborar o importar biosimilares para enfermedades crónicas (como el VIH-SIDA) a precios similares a los de otros países. Todo ello firmado con total falta de transparencia en estos tratados (TLC) sobre medicamentos”. P\_30.

Sin embargo, hubo quien opinó que los tratados deben respetarse para favorecer la inversión extranjera:

“Las patentes y tratados de libre comercio deben ser defendidos y respetados si no el país tendrá poca credibilidad para la inversión extranjera.”P\_6

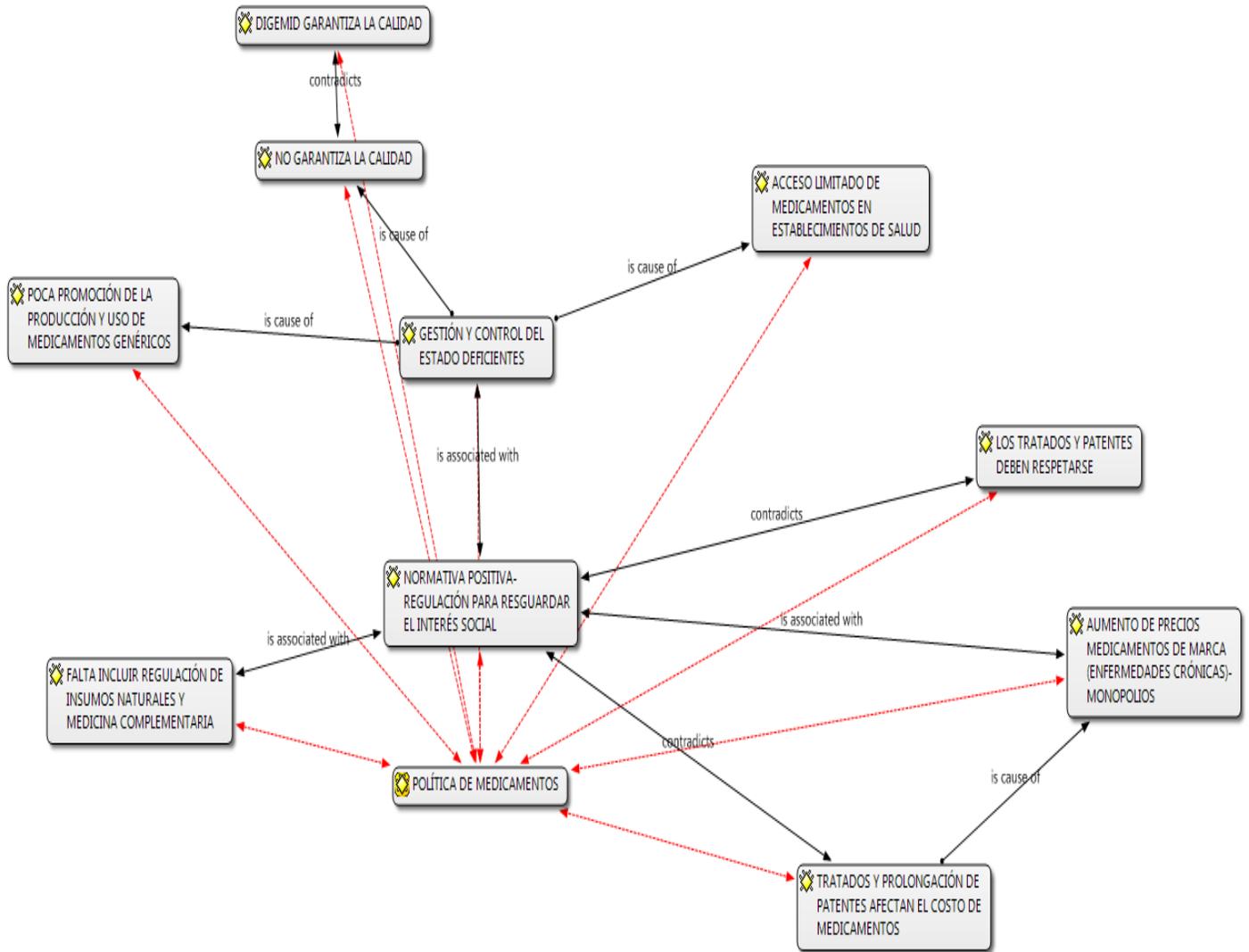
El conjunto de opiniones sobre la política de medicamentos, se esquematiza en una red explicativa que se presenta en el gráfico 9.

### **Análisis de las condiciones de salud de la población**

Un gran número de entrevistados manifestó que las condiciones de salud de la población no mejoraron o estas fueron mínimas. La población experimentó un cambio en el perfil epidemiológico, que consiste en el retorno de enfermedades superadas, el incremento de la incidencia de enfermedades crónicas evitables y de enfermedades asociadas a la vejez.

“Las condiciones de salud no han variado por las medidas de reforma. El acceso a la atención de salud sigue siendo insuficiente”. P\_11.

**Gráfico 9.** Red explicativa de análisis de la política de medicamentos



“Creo que la mejora ha sido mínima, si nos comparamos con otros países seguimos en la cola de América Latina (...) nuevamente las epidemias se están presentando; las enfermedades que en otros países hace tiempo se han controlado, aquí siguen haciendo estragos en la población, es decir, la reforma puede haber generado algunos cambios, pero no en el objetivo final que es mejorar la salud de los peruanos. Hay muchos indicadores que así lo demuestran”. P\_16.

"Deficitarias (las condiciones de salud), particularmente en población mayor, en crecimiento y sin abordaje requerido según experiencias internacionales exitosas". P\_17.

“Algunos indicadores han mejorado, como la cobertura poblacional asegurada del SIS y algunos indicadores socio sanitarios, pero estructuralmente la razón de muerte materna sigue estando alta, la tasa de muerte infantil, la anemia en niños menores de 5 años, la prevalencia de hepatitis C, entre otras tantas, siguen poniendo al Perú en los últimos lugares de América en Salud”. P\_15.

“El perfil epidemiológico de la población ha cambiado notoriamente. Hoy, la mayor carga de enfermedad la generan las enfermedades crónicas como la obesidad, diabetes e hipertensión, similar a lo que ocurre en los países desarrollados, pero aquí coexisten con la desnutrición infantil y mortalidad materna, típicos de los países en vías de desarrollo”. P\_3.

“La ENDES 2014 es la mejor prueba del producto de las reformas de salud implementadas en los últimos 5 años, con índices mejorados como la mortalidad general, infantil, materna y desnutrición crónica , pero índices negativos como la anemia infantil, tuberculosis, enfermedades emergentes y la alta prevalencia de enfermedades crónicas como la obesidad (52,2%), diabetes , hipertensión arterial y enfermedad cardiovascular”. P\_19.

“En alguna regiones han mejorado (LIMA, Arequipa, ICA), pero en general las condiciones se han complicado en parte por la incremento de la edad de las personas ,y por ello el creciente número de enfermedades crónicas de alto costo- DBM, HTA, CANCER- junto a otras endémicas como dengue, malaria, TBC, influenza. La anemia y desnutrición infantil no han mejorado, y en los dos últimos años la mortalidad materna ha tendido a incrementarse”. P\_22.

Explicaron que la ausencia de mejora significativa en las condiciones de salud se debe a que el acceso y la cobertura en salud son insuficientes (sobre todo en las zonas de extrema pobreza), no se está priorizando efectivamente la prevención y promoción, los nuevos retos de salud no están en la agenda del sector, y no se trabaja intersectorialmente para superar los condicionantes sociales de la salud.

“Una parte muy importante de la población que vive en condiciones de extrema marginación todavía no tiene acceso regular a los servicios de salud y permanece como presa fácil de enfermedades técnicamente evitables”. P\_1.

“Las condiciones de salud de la población no han mejorado, en algunos indicadores se ha retrocedido. Las políticas en la práctica han privilegiado la fase recuperativa y a pesar de lo declarativo se ha hecho poco por la prevención y promoción”. P\_25.

“El sistema de salud no ha sido preparado para afrontar la transición epidemiológica que hoy representa en nuestro país, la carga de enfermedad de las crónicas no transmisibles que representan más del 60% de los años de vida perdidos por muerte prematura y discapacidad de la población peruana”. P\_19.

“Los determinantes sociales de la salud persisten sin ser atendidos, por tanto poco o nada se mejorará si estos determinantes persisten”. P\_16.

“Un aspecto muy olvidado en la reforma, inicialmente planteado como una propuesta de lineamiento de política pero no concretizado, o muy poco abordado en su integro, es el hecho de reconocer que la salud es producto de una serie de circunstancias, causas, las cuales en su gran mayoría se encuentran fuera del sector salud, denominadas Determinantes Sociales de la Salud, que deben ser abordadas para generar verdaderos cambios en la salud, (...) comprender que toda acción se debe generar en base a las necesidades de la población y que aterrizan en un espacio territorial determinado, donde existe un responsable del poder ejecutivo, quien debe articular con las demás autoridades del ámbito, esto bajo el denominado enfoque de Gestión Territorial”. P\_12.

Sin embargo, otros entrevistados expresaron que las condiciones de salud de la población han mejorado en general, principalmente por el incremento de acceso y cobertura de la salud.

“En general, se puede afirmar que las mejores condiciones económicas y mayor acceso a servicios de salud de la población han mejorado las condiciones de salud”.

P\_3.

“Es justo reconocer que existe un incremento en la cobertura en aseguramiento, es decir existe más población que se encuentra adscrita a un seguro, el crecimiento principal se dio en los afiliados del SIS; asimismo, es necesario reconocer que el financiamiento para la cobertura de esta población ha incrementado con creces, terapias e intervenciones de alto costo y protección por problemas oncológicos malignos se encuentran con mayor protección financiera.”P\_12

El conjunto de opiniones sobre las condiciones de salud de la población, se esquematiza en una red explicativa que se presenta en el gráfico 10.

### **Análisis de satisfacción de usuarios**

Prácticamente la totalidad de los entrevistados opinó que la población está insatisfecha con los servicios de salud, tanto públicos como privados. La mayoría reconoció que hay insatisfacción en los usuarios de la salud pública por insuficiente oferta, lo que promovería que los usuarios con escasos recursos acudan a servicios de salud privada sin garantía de calidad.

“Existen una serie de condiciones en la población peruana que la hacen susceptibles a la exclusión en salud, existiendo una gran insatisfacción de la población por falta de oferta sumada a la gran demanda, ocasionando la búsqueda de ayuda en establecimiento improvisados que no garantizan una atención de calidad, como los hospitales municipales, como solidaridad y EESS informales, que no cumplen con la norma, poniendo en peligro la vida de la población de escasos recursos económicos”. P\_13.

“Hay disconformidad total, tanto en lo público como en lo privado”. P\_17.

“Una encuesta sobre satisfacción realizada por IPSOS en 2012, respecto a la atención de las personas con diabetes, demostró alrededor de un 70% de insatisfacción en atención, calidad y apoyo de los servicios de salud. Este es un ejemplo de como el sistema actual de servicios de salud atiende a las personas”. P\_19.



“Las citas diferidas son un problema enorme en los hospitales de II y III Nivel, el tiempo de espera para la atención de los pacientes en consultorios de especialidades médicas y el embalse quirúrgico originan la insatisfacción de nuestros usuarios, en cumplimiento a la Ley 29344, se han establecido mecanismos para incrementar la cobertura de la población asegurada observándose un importante crecimiento del número de afiliados al SIS; sin embargo, no se ha acompañado del correspondiente incremento presupuestal ni incremento en la capacidad de oferta de los establecimientos de salud”. P\_23.

Por otra parte, algunos expresaron que los usuarios de sectores medios que acuden a los servicios de salud privada también se ven afectados por el alto costo de las prestaciones, excesivo uso de pruebas diagnósticas entre otras decisiones médicas, que ocurren por falta de control y que contribuyen a incrementar el costo de la salud privada. Sin embargo, hubo quienes manifestaron que hay menos insatisfacción en los usuarios de los servicios de salud privada por mejor calidad de atención, corroborando la inequidad del sistema de salud.

“Si bien hay una mayoritaria aceptación hacia los servicios de salud privados, no son suficientemente supervisados y controlados, y muchas veces se exceden en los costos y en el número de atenciones en consulta, servicios de ayuda diagnóstica, medicamentos, afectando al sector de medianos recursos”. P\_30.

“Una realidad muy diferente se vive en el sistema privado donde la oferta de la prestación de salud es de mejor calidad y hay un grado de satisfacción mayor de

los usuarios pero esto se respalda por los incrementos marcados en los costos, confirmando la situación de inequidad y hasta de discriminación”. P\_26.

Los entrevistados expresaron que las razones por las cuales los usuarios de los servicios de salud pública están insatisfechos serían deficiente calidad de atención referida principalmente al maltrato hacia el usuario y a la percepción de falta de compromiso real del gobierno para mejorar las condiciones del sistema de salud; también mencionaron: procesos burocráticos, falta de especialistas, insumos y equipos entre otros:

“(La insatisfacción del usuario de servicios de salud pública) principalmente tiene relación con el mal trato recibido”. P\_7.

“De acuerdo a encuestas académicas efectuadas con mis alumnos, la población se halla satisfecha solo parcialmente con los servicios de salud 75% manifiesta algún tipo de insatisfacción, la calidad del servicio no solo tiene que ver con la solución del problema de salud, sino también con las condiciones en las que se presta el servicio, las buenas relaciones con los usuarios y la disponibilidad de materiales e insumos, siendo en muchos casos deficitarios; por tanto es clara la insatisfacción de los pacientes y de la población en su conjunto, cada vez hay más reclamos y denuncias al personal de salud, en particular a los médicos”. P\_16.

“Este descontento en los usuarios está relacionado con la dificultad para acceder a la obtención de la atención, con poca oferta de citas, pocos especialistas, horarios

limitados, hospitales colapsados, falta de medicamentos, el gran tiempo de espera para la atención de los pacientes en consultorios externos, el hacinamiento, falta de equipos, el embalse quirúrgico con pacientes angustiados en espera de cirugías, los procesos burocráticos, demora en resultados de métodos auxiliares, maltrato por diferentes proveedores, etc., que originan una percepción de mala atención de salud por los usuarios”. P\_26.

“La población no percibe un compromiso real de los diferentes niveles de gobierno por mejorar la oferta y calidad de los servicios de salud, frente a una demanda creciente”. P\_3.

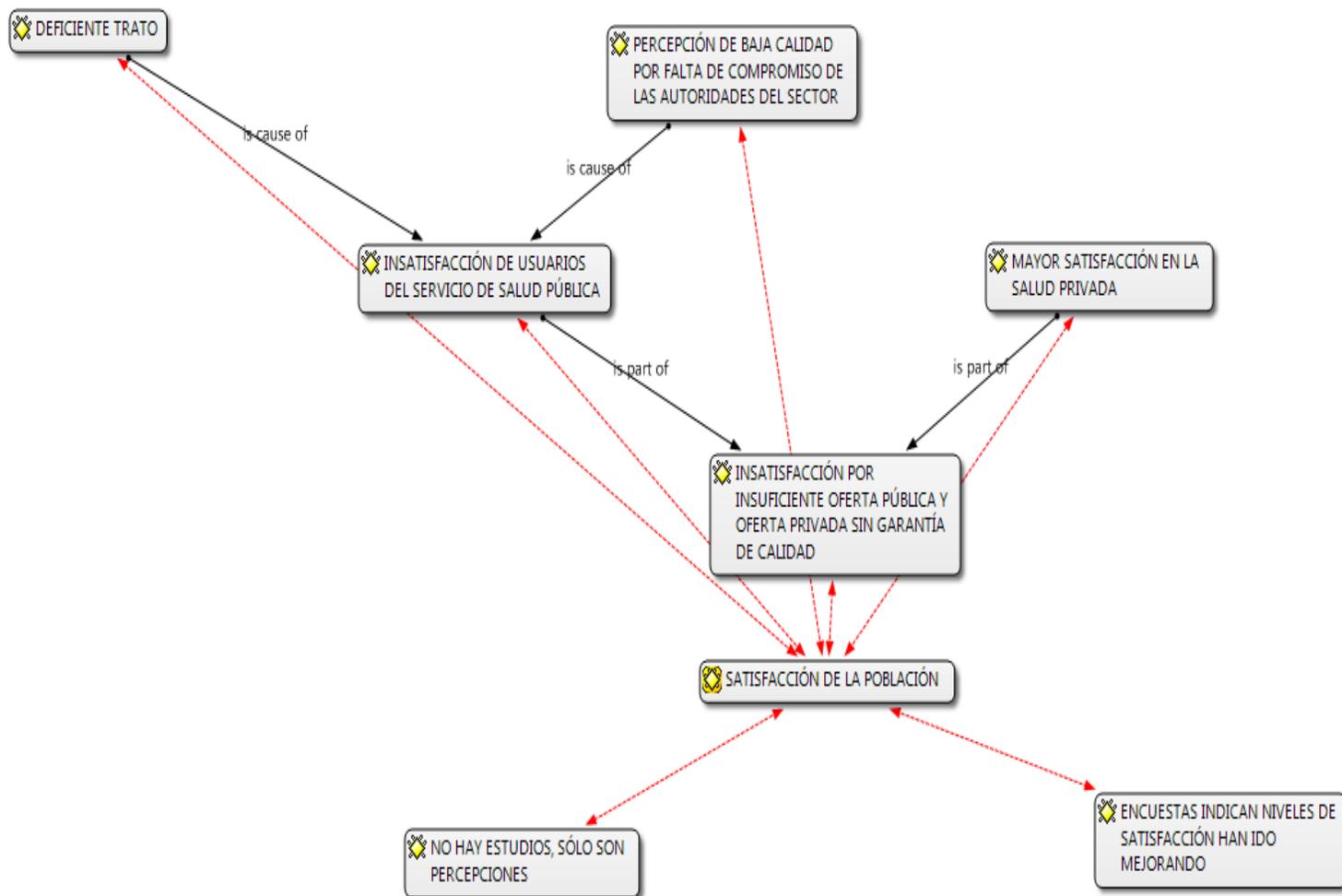
Hubo quienes manifestaron que los niveles satisfacción de los usuarios han ido incrementándose en los últimos años, de acuerdo a las encuestas. Sin embargo, otros entrevistados expresaron que no hay estudios que determinen de manera consistente el nivel de satisfacción de los usuarios, por ello la información actual solo serían percepciones.

“Según la Encuesta de Satisfacción de Usuarios de Salud de SUSALUD de mediados del 2015 ha mejorado parcialmente el grado de satisfacción de los usuarios de los servicios de salud en comparación con similar encuesta en el 2014. En mayor porcentaje en los servicios privados y en menor porcentaje en los servicios del Estado. Pero ha empeorado en los servicios de EsSalud. Sin embargo, en todos los casos se ha ampliado el tiempo de espera y se ha reducido el tiempo de atención efectiva realizada por el médico”. P\_14.

“Se requiere sistemáticamente tener encuestas de satisfacción del cliente (población) en diferentes instituciones de salud; de otra manera, seguiremos solo en percepciones”. P\_6.

El conjunto de opiniones sobre la satisfacción de usuarios, se esquematiza en una red explicativa que se presenta en el gráfico 11.

**Gráfico 11.** Red explicativa de análisis de la satisfacción de usuarios



## **Propuestas para nuevo sistema de salud**

### **Propuestas sobre función de gobierno**

La mayoría de entrevistados coincidió en la necesidad de fortalecer el rol rector del MINSA, como requisito fundamental para establecer normas y modelos organizacionales, y conducir su aplicación articulando los subsistemas, mediante instrumentos de gestión adecuados. Así mismo, algunos mencionaron la importancia del papel del Consejo Nacional de Salud y señalaron que su conformación debería ser representativa:

“El MINSA debe fortalecer su función de rectoría en el sistema de salud. Para lograrlo debe impulsar las reformas relacionadas al desarrollo de su capacidad normativa, fortalecimiento de la descentralización y conducción de la seguridad social”. P\_3.

“La rectoría es la función clave que debe fortalecerse legalmente dando posibilidades efectivas de conducción sobre el conjunto del sistema. Requiere una política de Estado para lograr niveles de coordinación efectivos camino a una real integración”. P\_11.

“El MINSA debe ser quien conduzca, regule y promueva la intervención del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud, con la finalidad de lograr el desarrollo del ciudadano peruano. Debe estar a cargo de la organización del sector

Estableciendo las normas y los modelos organizacionales para la implementación de los objetivos estratégicos institucionales”. P\_1.

“Debe generarse el rol de conducción pero en respeto y fortalecimiento de las competencias de todos los actores del Sistema, no sólo del sector público, nuevamente los resultados de salud no solo están en los EESS públicos, los privados tienen alta participación y juegan un rol vital”. P\_12.

“...asegurarse de que las disposiciones del MINSA sean cumplidas a todo nivel (incluyendo al sector privado); se debe fortalecer la coordinación inter-institucional, intersectorial e intergubernamental; el Consejo Nacional de Salud debe ser más representativo, con mayor participación de la sociedad civil (como la Universidad Peruana), y sus acuerdos deben ser previamente discutidos y consensuados con mecanismos de participación democrática, de modo que las propuestas tengan mayor viabilidad y sostenibilidad”. P\_30.

Hubo entrevistados que enfatizaron la importancia de la fiscalización de los servicios de salud, como parte del rol rector del MINSA, y las políticas para la gestión de recursos humanos.

“Es necesario que realice la regulación y la fiscalización de los servicios de salud del país, que establezca claramente una política de desarrollo del capital humano en salud, que considere formación, capacitación e incentivos”. P\_16.

“Debe constituirse como un verdadero rector del sistema de salud, en todas sus dimensiones, fortalecer la rectoría en la regulación y fiscalización pero basada en normativa clara, realista, que involucra procesos de capacitación y adaptación en lo que corresponda, brindando periodos de progresividad y gradualidad en su implementación, según sea el caso”. P\_12.

Otros entrevistados señalaron que la función del gobierno debería asegurar los objetivos de garantizar salud universal, fortalecer el enfoque de promoción de la salud y consolidar el modelo de salud integral, para lo que debe ejercer su función moduladora del financiamiento:

“Es necesario el fortalecimiento del enfoque de promoción de la salud, y el Modelo de Atención Integral en Salud. Dicho enfoque privilegia la prevención antes que la curación, que resulta ineficiente y costosa. En este terreno, las prioridades son cuatro: agua potable, nutrición, educación en salud y control de riesgos ambientales”. P\_19.

“La función de rectoría o conducción estratégica del MINSA en el Sector Salud debe de consolidarse y ser vigorosa, protagónica, efectiva, práctica, operativa, transparente, no sólo limitarse a emitir el marco normativo, sino debe de buscar se cumplan con los alcances y objetivos al 100%, (...) donde el Estado garantice la protección de la salud para todas las personas sin ninguna discriminación en todas las etapas de la vida y se logre el progreso y el bienestar de la población peruana, condición para el desarrollo del país”.

Expresaron que, como parte de su rol rector, el MINSA debe articular con los otros sectores responsables de los determinantes sociales, para darle una mirada integral a la salud, y con el MEF, para obtener el financiamiento suficiente para cumplir con sus funciones. Así mismo, que debería fortalecerse la capacidad rectora del MINSA en las regiones, para una implementación efectiva de la descentralización.

“(…) debe considerarse la conducción y articulación con estos otros sectores responsables de los Determinantes Sociales de la Salud (educación, trabajo, vivienda, interior, otros). Las cuatro otras dimensiones, deben además fortalecerse y desarrollarse de manera expresa y objetiva por la autoridad nacional, no delegando a otras instancias o rezagándolas por atenciones o urgencias coyunturales. Además, en un contexto de descentralización debe fortalecerse la capacidad rectora decisora del MINSA en todo el territorio nacional, atendiendo y resolviendo estos sesgos y vacíos que pudieran haberse presentado producto del proceso de descentralización”. P\_12.

“El Ministerio de Salud debería recuperar la rectoría directa de los gobiernos regionales mediante la Superintendencia de salud (SUSALUD) y el MEF debería aumentar el presupuesto para asesoría, asistencia técnica, supervisión y control del proceso de la vigilancia en salud pública”. P\_13.

El conjunto de propuestas sobre la función de gobierno, se esquematiza en una red propositiva que se presenta en el gráfico 12.

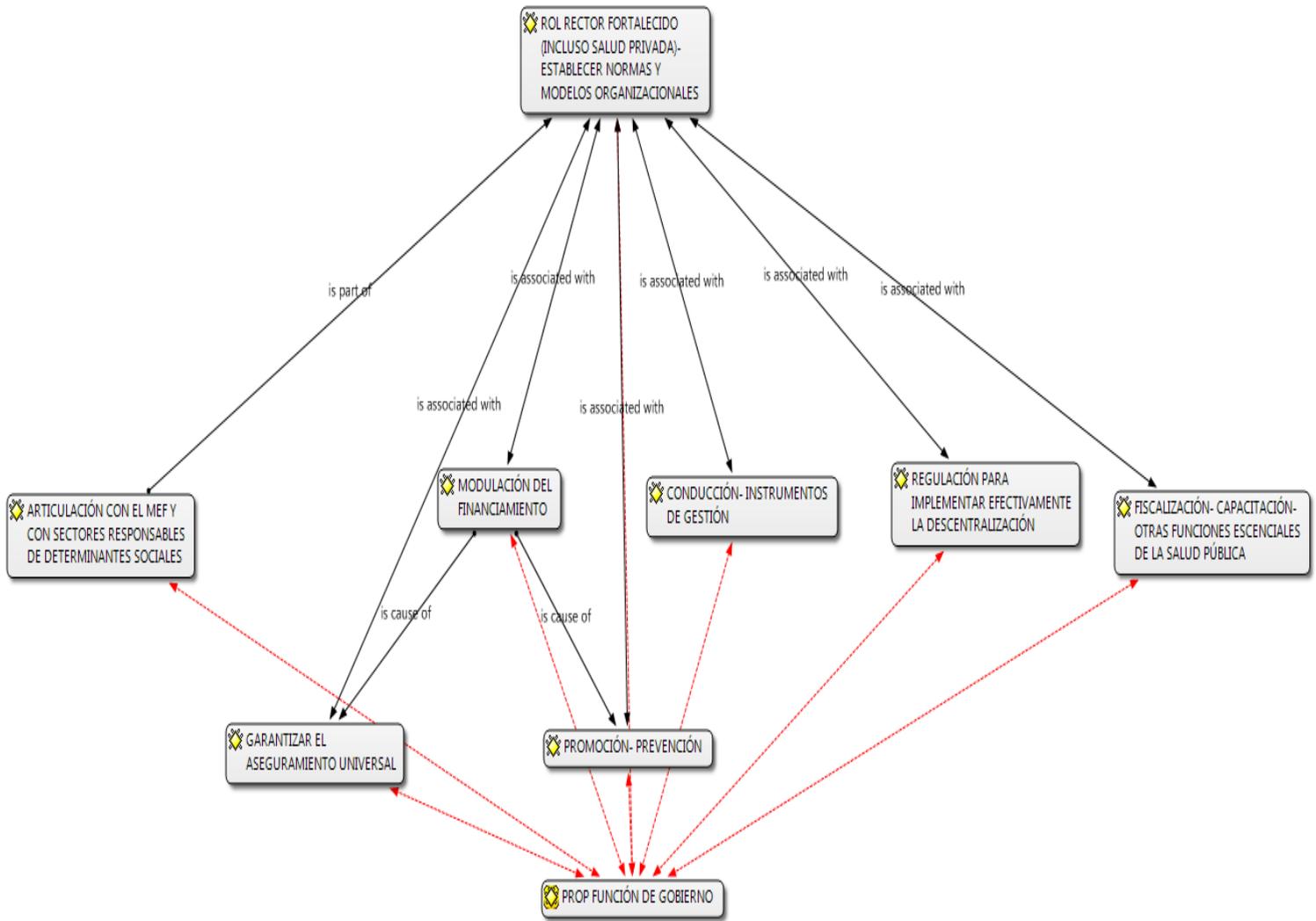
## **Propuestas sobre la función de financiamiento en salud**

Los entrevistados coincidieron en que es necesario mayor presupuesto para salud pública, en lo que se diferenciaron fue en los medios para lograrlo. Algunos expresaron que debería haber un incremento del porcentaje del PBI destinado por el Estado a salud, otros que debería aumentar el financiamiento privado, otros opinaron que los gobiernos regionales deberían aportar. También hubo quienes manifestaron que debería obtenerse financiamiento de impuestos al consumo.

“La universalización del financiamiento para todos los peruanos independientemente de su condición social; este objetivo tiene como supuesto básico un mayor presupuesto público”. P\_9.

“Incremento del financiamiento público, particularmente en el aseguramiento público, en un 100% del financiamiento existente. Incremento progresivo del financiamiento contributivo, del 9 al 12%, como es en otros países latinoamericanos. Incremento del financiamiento privado a partir de la inversión de empresas sea en forma directa o vía APPs, y reducción progresiva del gasto de bolsillo mediante su reemplazo por el aseguramiento”. P\_14.

**Gráfico 12.** Red propositiva sobre función de Gobierno en salud



“Modernizar el sistema de financiamiento mixto contributivo e impositivo. Incorporar progresivamente al conjunto de la población laboral independiente formal e informal a la seguridad social en salud”. P\_11.

“Se tiene que incrementar el presupuesto público en salud, incrementado presupuesto a los niveles descentralizados (mejorando sus competencias para un adecuado uso de los recursos); establecer la complementariedad del sector privado a las acciones del sector público, estableciendo condiciones para evitar que la atención de salud derive hacia un negocio lucrativo incontrolado”. P\_30.

“El presupuesto para salud debe provenir de los impuestos por consumo de productos elitistas y suntuosos, así como del consumo de licores importados y cigarrillos entre otros, que justamente van en contra de la mejora de las condiciones de salud”. P\_16.

“(…) cubrir la brecha en el financiamiento del sector con las dimensiones de déficit marcado existente solo puede ser posible mediante el esfuerzo continuo liderado por el Estado pero con la participación de la población. Debe ser un proceso progresivo donde se incremente los aportes del Presupuesto para Salud por parte del Estado y conjuntamente se consiga la participación de toda la población económicamente activa mediante una aportación obligatoria y solidaria, tanto del sector formal como informal y la contribución de recursos destinados por los gobiernos regionales y locales”. P\_26.

Algunos entrevistados manifestaron que se debe concretar la integración financiera, para reducir la brecha de inversión entre MINSA, ESSALUD y el subsistema privado, a fin de lograr un sistema de salud equitativo.

“Unificar el financiamiento del MINSA y de EsSalud, trascendiendo que pertenezcan a diferentes ministerios, para aumentar el Gasto Público en Salud y el financiamiento pueda llegar al mínimo de 7% de PBI que tiene la región”. P\_19.

“Con respecto al aseguramiento universal, su objetivo es lograr la cobertura del 100 % de la población, la reforma propone terminar con la fragmentación institucional existente (MINSA, EsSalud y las cuatro Sanidades militares) constituyendo un fondo único de salud con el aporte del tesoro público y de los asegurados menos pobres según su nivel de ingreso. Sin embargo, en mi opinión considero que en el caso del SIS se debe establecer una escala de aportaciones de acuerdo a la evaluación socioeconómica SISFOH , que garantice la sostenibilidad de dicho sistema y garantice la cobertura universal de un paquete de beneficios básicos, asociado a los perfiles epidemiológicos nacionales”. P\_23.

“El primer lugar reducir la brecha entre la inversión del MINSA, EsSalud y el sector privado. Si no se reduce esta brecha la calidad de atención de los usuarios de las entidades que más invierten se verá afectada”. P\_7.

Por otro lado, hubo entrevistados que señalaron la importancia de la realizar planificación y distribución del presupuesto basada en procesos, y la modulación del financiamiento priorizando la atención primaria de salud.

“La distribución del presupuesto en salud debe estar basada en procesos. Se debe recurrir a la investigación del sistema de salud para tomar decisiones acertadas, sobre todo en cuanto a la asignación presupuestal”. P\_6.

“Se tiene que racionalizar recursos existentes, redistribuyéndolos en el marco de la propuesta de potenciar la atención primaria en redes que funcionen y no sean solo declarativas”. P\_17.

“La ampliación de la cobertura de servicios de salud, no solamente de los recuperativos, sino también de los programas de prevención y de vida saludable, los mismos que solamente se pueden hacer realmente con el incremento de recursos en la base del sistema de salud más cercana a la población”. P\_9.

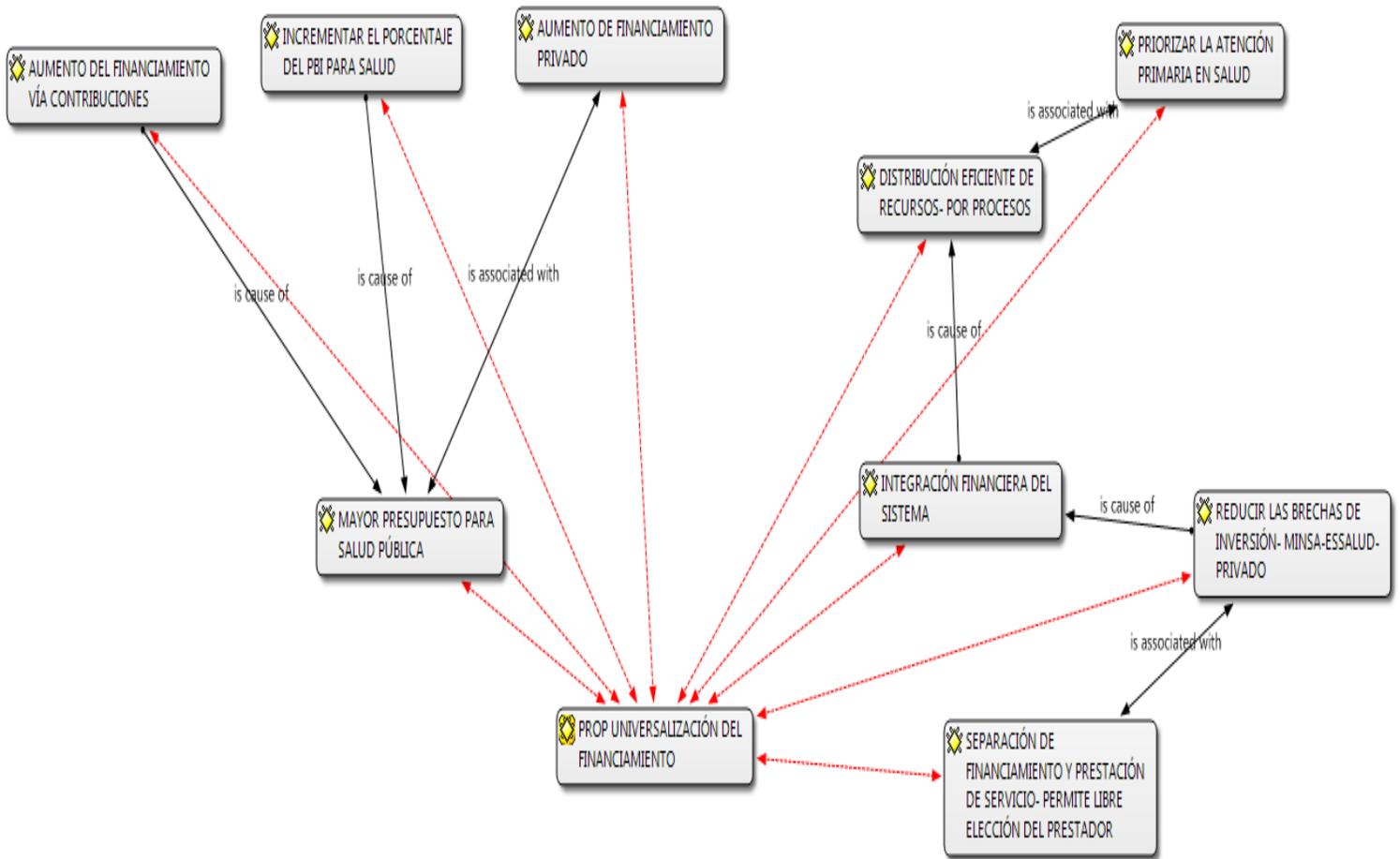
Por otro lado, hubo quien señaló la importancia de separar el financiamiento y la prestación de servicios para que los ciudadanos puedan elegir el prestador de servicios.

“La separación del financiamiento y la prestación de los servicios para dar lugar a un esquema en el cual el ciudadano tenga capacidad de elección... dotar al MINSA de instrumentos de gestión y de funcionarios debidamente preparados para

establecer un ambiente competitivo y de mayor equidad entre los agentes del mercado”. P\_9.

El conjunto de propuestas sobre la función de financiamiento en salud, se esquematiza en una red propositiva que se presenta en el gráfico 13.

**Gráfico 13.** Red propositiva sobre función de financiamiento en salud



## **Propuestas sobre cobertura y acceso universal en salud**

Gran parte de los entrevistados opinó que se debe continuar implementando el seguro universal mediante el SIS, corrigiendo las deficiencias que presenta. Para ello señalan la necesidad de contar con financiamiento suficiente a fin de mejorar infraestructura, dotar de profesionales de la salud y de equipos, que es indispensable para fortalecer la atención primaria de salud. Al respecto, hubo entrevistados que señalaron la importancia de adoptar a cabalidad el modelo de atención primaria orientada a la comunidad, que incluya estrategias de adaptación cultural, y otros indicaron la necesidad de dar mayor cobertura a programas de enfermedades específicas y crónicas.

“Se debe continuar implementando un seguro universal y progresivo a todos los peruanos, el trabajo está bastante avanzado por lo que lo que resta es llegar a los pueblos más alejados y distantes, especialmente a aquellos más pobres, el sistema de aseguramiento a todo trabajador sea cual sea su condición”. P\_16

“Si bien hay avances con el Seguro Integral de Salud (SIS), todavía hay aspectos que deben ser corregidos tanto desde la parte preventiva promocional como de la misma atención en los establecimientos. Debe continuarse con el aseguramiento Universal en la salud. Uno de los problemas del acceso a la salud es el alcance de los seguros de salud, el cual es relativamente limitado, incluso para personas con empleo”. P\_1.

“Conseguir mejorar la cobertura depende de tener un mejor presupuesto y sistemas de financiamiento que consolide el proceso de reducir la brecha entre la oferta y la demanda, la inequidad en la prestación de servicios de salud, la insatisfacción de los usuarios, entre otros. Se debe mejorar sustancialmente los servicios de salud mejorando la infraestructura de los Establecimientos de Salud, mayor equipamiento médico, mayor número de personal médico y especialistas, mejores condiciones laborales etc. Si bien la inversión pública en salud se ha incrementado en los últimos 10 años, lo ha hecho en montos insuficientes, de tal manera que no se ha avanzado mucho en llegar a más usuarios de manera eficiente (...) Mejorar el presupuesto y la forma de financiar las prestaciones de salud, hará menos difícil lograr el desarrollo hacia el AUS, articulando e integrando las diferentes Instituciones para no duplicar esfuerzos, hacer una mejor gestión y procurar equidad en los servicios, mejorando el gasto en salud, así como crear otras fuentes de recaudación como la participación con una escala de aportes de toda la población económicamente activa”. P\_26.

“(las rutas hacia el acceso y cobertura universales) tienen que ver directamente con el fortalecimiento de la capacidad institucional del Estado para una distribución equitativa de recursos hacia los sectores de mayor necesidad, pero también está relacionado con el desarrollo de estrategias de adaptación cultural y fortalecer innovadoras formas de atención extra hospitalarias”. P\_9.

“La implementación del modelo de APS es básico para el éxito en salud universal, incluye organización de los servicios de salud, formación de recursos humanos ad hoc, fortalecimiento del primer nivel, entre otros”. P\_12.

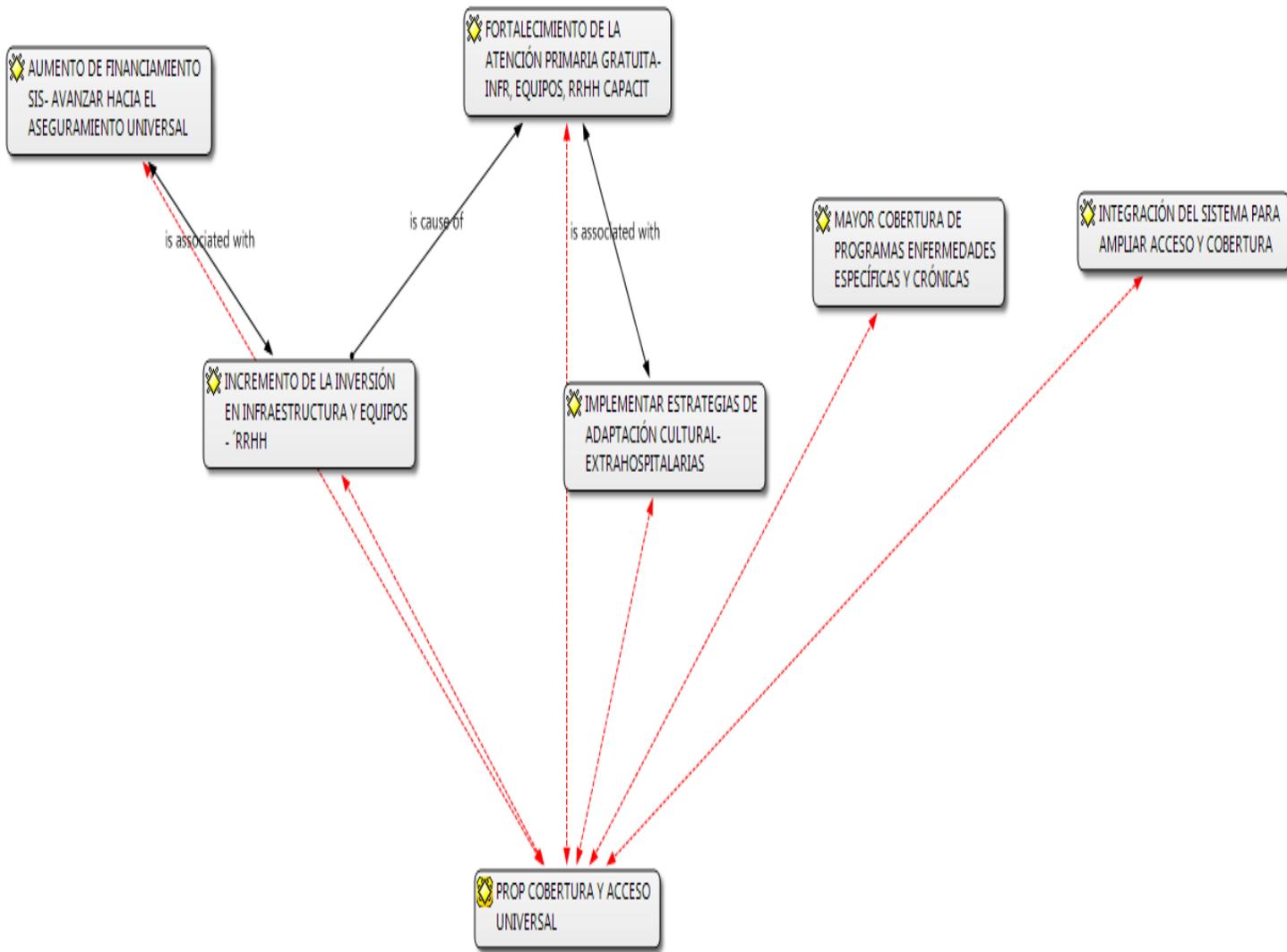
Se debe fortalecer el SIS para que su cobertura llegue efectivamente a la totalidad de la población no asegurada; mantener la estrategia de mejoramiento de las acciones de salud, conjuntamente con la población, desde el primer nivel de atención hacia todo el sistema de salud, con enfoque familiar y comunitario, enfatizando la prevención de los daños y la promoción de la salud, para lo cual hay que trabajar con los Gobiernos (local, regional, nacional) priorizando las intervenciones intersectoriales sobre las determinantes sociales de la salud”. P\_30.

Un grupo considerable de entrevistados manifestó que se requiere una integración del sistema para ampliar acceso y cobertura, a fin de lograr eficiencia.

“Debe haber una integración funcional del sector salud, con rectoría del MINSA (real); en el MINSA y en las Regiones hay que hacer más flexibles y cortos los trámites; la integración también implica el trabajo en redes, basadas en Gestión Territorial (que es un enfoque y no debiera ser solo una Dirección, como está planteado en el ROF); procurar que los recursos lleguen a los niveles operativos. El nuevo ROF del MINSA, de febrero 2016 debe ser revisado en su concepción y en su implementación, para que no se trate solo de cambio de nombres manteniendo funciones, burocracia y las actividades de siempre; las asociaciones público – privadas debe continuar, pero la normatividad debe evitar que la salud se convierta en un negocio rentable a expensas de la salud de la población”. P\_30.

El conjunto de propuestas sobre cobertura y acceso universal en salud, se esquematiza en una red propositiva que se presenta en el gráfico 14.

**Gráfico 14.** Red propositiva sobre cobertura y acceso universal en salud



## **Propuestas sobre organización y funciones del sistema de salud**

Un número considerable de entrevistados opinó que el sistema de salud debe estar articulado e integrado funcionalmente, debe ser un único sistema, mediante la integración progresiva y obligatoria del sistema público de salud; de esa manera, se constituiría un sistema con equidad, más eficiente y los usuarios tendrían derecho a elegir dónde atenderse. Así mismo, algunos entrevistados señalaron que los seguros privados estarían organizados independientemente.

“Un nuevo sistema de salud debe funcionar de manera integrada y articulada, priorizando el acceso a los servicios de salud que la población requiere y adecuándolo a las diferentes formas de financiamiento. La población debe tener derecho a elegir el centro de atención dentro de una red de establecimientos establecida según su cobertura, pero siempre el ingreso desde el primer nivel de atención y con centros altamente especializados con niveles de referencia. La atención debe ser oportuna y garantizada hasta la recuperación de la salud. El grado de integración a nivel del sector público debe ser único. La existencia de subsectores públicos dificulta esta articulación. Una medida importante sería que ESSALUD debe estar adscrito al MINSA manteniendo su autonomía administrativa y económica”. P\_3.

“Debe contemplarse la coordinación e integración interinstitucional a nivel Nacional para conseguir por ejemplo el intercambio de prestaciones, entre los diferentes proveedores de Salud, tanto públicos como privados de manera más eficiente y universal, con lo cual se puede lograr el aprovechamiento racional de los recursos

humanos, materiales, financieros y de la capacidad sanitaria instalada y a instalarse, llegando a más usuarios, promoviendo también el trabajo en equipos interdisciplinarios.”P\_26.

“Debe ser un Sistema único de Salud, no varios subsistemas, un solo sistema, universal, en el que todo los ciudadanos accedan a los mismos servicios de salud, con diferentes niveles uno básico o inicial, uno intermedio y una complejo, de acuerdo a su necesidades, con un marcado fortalecimiento del nivel básico encargado de hacer una fuerte promoción y prevención, diagnóstico y tratamiento de los problemas fundamentales, y referir los pacientes a los siguientes niveles, según su complejidad. El Nivel básico es fundamental en la estructura y funcionamiento del sistema. Todo debe estar organizado en base a ello, la formación de los recursos humanos, la infraestructura, la tecnología, etc.”. P\_16.

“El aseguramiento universal en salud se debería implementar a través del Seguro Público Unificado, garantizado que el Estado se organice sobre la base de la integración del MINSA, ESSALUD y las fuerzas armadas, Los Seguros privados se organizan de manera independiente y regulada por los organismos competentes”. P\_13.

Sin embargo, hubo quien opinó que con la integración del sistema se verían afectados los trabajadores, por las brechas existentes entre las entidades prestadoras de salud.

“Es muy complejo llegar a una integración del sistema de salud, por un lado, está Essalud que no alcanza a atender al 50% de los trabajadores aportantes quienes tienen que pagar seguros adicionales para acceder a una atención oportuna y de mejor calidad o esperar hasta más de un mes para ser atendidos, más aún cuando el monto per-cápita es casi el doble en Essalud, con la integración sólo se verían afectados los trabajadores”. P\_28.

Por otro lado, la libertad para decidir la entidad prestadora del servicio fue explicada como un sistema con financiador único, el Estado, y varios prestadores de servicios de salud, donde el usuario podría elegir al que ofrezca mejores condiciones costo-calidad, en la lógica del libre mercado.

“El esquema debe ser bastante simple: primero, reforzar un sistema de compra masiva de servicios de salud para los asegurados; este gran comprador debería ser una entidad que agrupe funcionalmente a la IAFAS SIS y a la IAFAS ESSALUD para ejercer su poder de compra y establecer mejores condiciones de mercado. En un esquema como el descrito, el financiamiento seguiría la huella del asegurado donde quiera que éste se atiende. Segundo, establecer que las IPRESS tengan libertad de compra a cualquier IAFAS. Es decir todas las IPRESS tendrán que competir por calidad o precio para vender sus servicios a las IAFAS. Esto no se puede hacer con entera libertad en un contexto de integración vertical de servicios”.

P\_9

Algunos entrevistados manifestaron que el sistema debe ser diseñado a partir de la investigación de las necesidades de salud del país, para que el modelo de organización se pueda implementar íntegramente. Además, hubo quienes indicaron, como necesidad a la luz de la realidad de la salud peruana, la creación de un sistema de protección y asistencia médica de emergencias y desastres, y la conveniencia de dividir la atención de enfermedades crónicas y agudas.

“En nuestro país, las organizaciones desconcentradas son las que han tenido mejor capacidad de respuesta pero, su organización y funciones, depende de una revisión de las necesidades reales de salud del país y de un nuevo diseño de sistema de salud basado en resultados de investigación del sistema de salud y de la sociedad peruana actual”. P\_6.

“Propondría que en la organización aparte de la preventiva, una división en un subsistema de atención de enfermedades crónicas y un sistema de atención de agudos., la creación de un Sistema Nacional de Protección y Asistencia Médica de Emergencias y Desastres que no existe en el Perú y que limita la atención de millones de personas en forma eficiente”. P\_1.

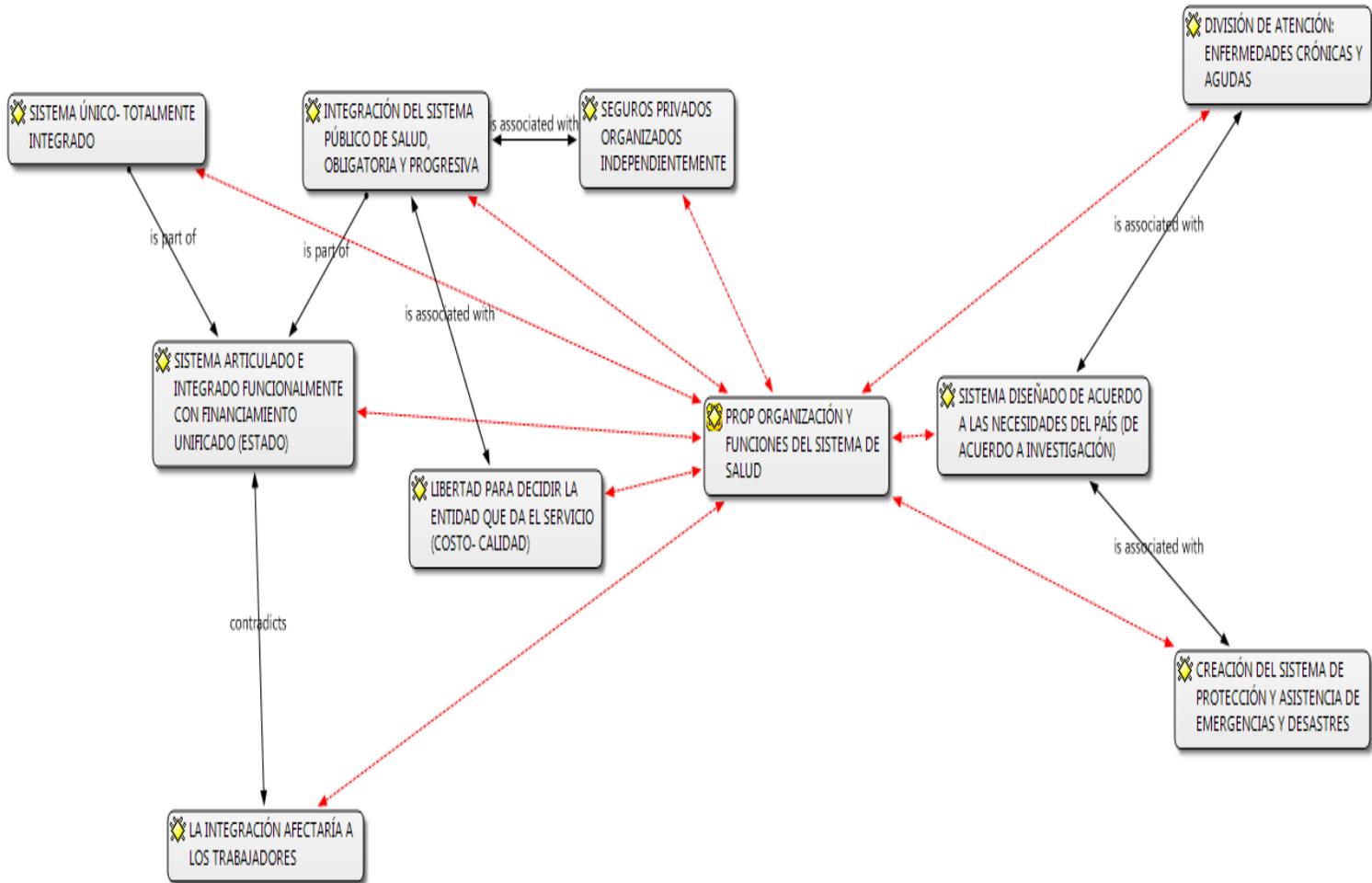
El conjunto de propuestas sobre organización y funciones del sistema de salud, se esquematiza en una red propositiva que se presenta en el gráfico 15.

## **Propuestas sobre objetivos y metas de la salud pública**

Gran parte de los entrevistados manifestó como principal objetivo del sector salud para el bicentenario la universalización de acceso y cobertura de atención de salud, priorizando la promoción y prevención, con estrategias intersectoriales para la atención primaria de salud. Algunos entrevistados señalaron que poniendo énfasis en la atención primaria también se estaría atendiendo los problemas asociados, como mortalidad materna, mortalidad infantil, desnutrición, enfermedades crónicas no transmisibles, salud mental, violencia basada en género; algunos de los cuales forman parte de los objetivos del milenio y otros son parte del nuevo perfil epidemiológico de la población.

“Es necesario lograr el aseguramiento universal en salud, garantizando el acceso universal al primer nivel de atención pública en salud de manera integral, equitativa, efectiva, eficiente, con gratuidad en el punto de atención, con redes integradas, fortaleciendo su capacidad resolutoria integral con la categorización y acreditación de los establecimientos del primer nivel de atención de salud a nivel nacional, con énfasis en la promoción y prevención, articulado a la estrategia de Atención Primaria de Salud para el abordaje sectorial e intersectorial de los determinantes sociales de la salud”. P\_23.

**Gráfico 15.** Red propositiva sobre organización y funciones del sistema de salud



“Considero que deben cumplirse las metas establecidas en el año 2009 cuando se aprobó la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, cuando se comprometían a un incremento de la cobertura de aseguramiento, acceso a los servicios y calidad de la atención de manera progresiva hasta llegar al 100% para el Bicentenario. Por lo menos en lo que corresponde a la cobertura, ninguna persona residente en el país debe estar sin ningún tipo de seguro de salud”. P\_3.

“Deben cumplirse con todos los compromisos adquiridos por el país en los convenios internacionales (Objetivos de desarrollo del Milenio, Objetivos de desarrollo Mundiales), entre ellos, disminuir notablemente la desnutrición infantil, la mortalidad materna, la TBC y otros problemas Infecciosos, entre ellos el Dengue, malaria, Chagas, Fiebre amarilla, etc., en un 85% de lo que actualmente se presenta”. P\_16.

“Fortalecer la capacidad resolutive del primer nivel de atención con un énfasis en la labor de promoción y prevención y haciéndolo obligatoria puerta de entrada del sistema”. P\_11.

“(…) poner énfasis en el fortalecimiento del primer nivel de atención y en los problemas que están vinculados a temas como mortalidad materna, mortalidad infantil, desnutrición, enfermedades crónicas no transmisibles, Salud Mental, violencia basada en género, entre otras, lo que debe considerarse como una prioridad dentro de la reforma”. P\_26.

“Es importante incorporar metas relacionadas al nuevo perfil epidemiológico de nuestra población, sobretodo el control de las enfermedades crónicas, enfermedades mentales y accidentes de tránsito”. P\_3.

Por otra parte, algunos entrevistados expresaron que para lograr la universalización de la salud es necesario incrementar el financiamiento en salud, de modo que disminuya la inequidad y aumente la satisfacción de los usuarios. Hubo quienes opinaron que el abordaje de los determinantes sociales por los gobiernos regionales, como señal de una verdadera descentralización, sería decisivo para disminuir la inequidad en los servicios de salud.

“se debe reducir las desigualdades en la atención de salud que se traducen en una brecha sanitaria existente entre los grupos de población de distinto nivel socioeconómico mejorando la salud de los grupos menos favorecidos de la sociedad, hay que buscar una respuesta adecuada a las expectativas legítimas de la población con respecto al sistema de salud, continuamente señalado como un elemento de insatisfacción para los usuarios”. P\_26.

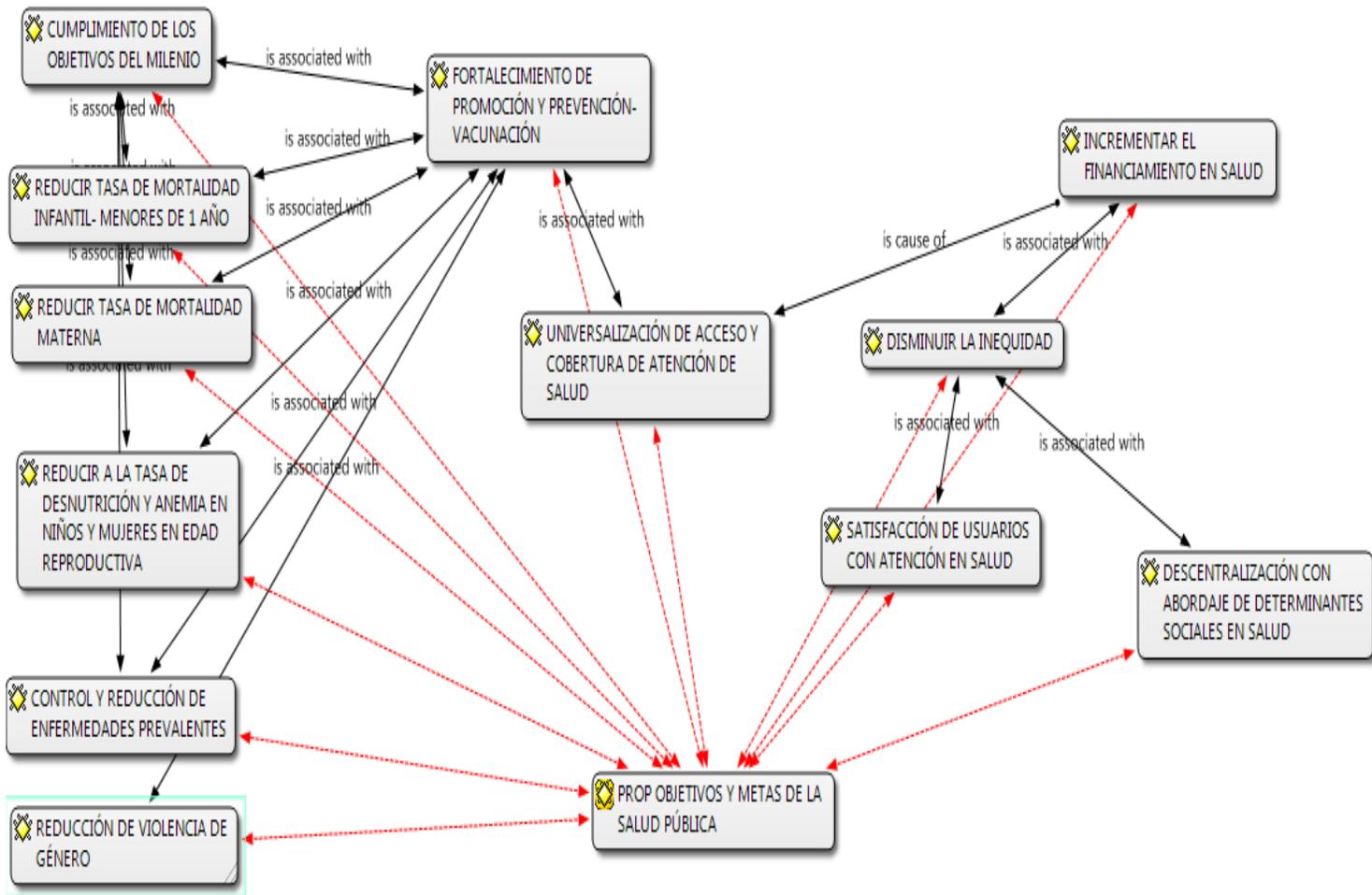
“Debe llegar a cobertura de 100% de población, y uso de servicios de salud público por 80% de la población, con una satisfacción mayor de 80%”. P\_21.

“(…) se deben cumplir las metas establecidas para la evaluación de las funciones de salud transferidas a los gobiernos regionales, las cuales muestran pésimos resultados”. P\_3.

“Constitución de instancia política de alto nivel vinculante con todos los sectores, que conduzca y monitorice el abordaje de los determinantes sociales de la salud, sus resultados y mejoras”. P\_12.

El conjunto de propuestas sobre objetivos y metas en salud pública, se esquematiza en una red propositiva que se presenta en el gráfico 16.

**Gráfico 16.** Red propositiva sobre objetivos y metas en salud pública



## **Propuestas sobre políticas de desarrollo de RRHH**

Un grupo de entrevistados señaló que debe ser el punto de partida para el desarrollo de una política de recursos humanos realizar un diagnóstico de necesidades y existencia de profesionales de la salud, así como conocer los requerimientos de fortalecimiento de competencias que estos últimos tienen. Este diagnóstico serviría para desarrollar programas de actualización permanente, para el personal existente, y también para articular con entidades formadoras la preparación de profesionales de acuerdo a las necesidades del país, en cuanto a carreras, especialidades y perfiles de egresado. Cabe señalar que varios entrevistados manifestaron la necesidad de formar médicos de familia. De igual forma, otros entrevistados indicaron la importancia de acreditar la calidad de facultades y escuelas de medicina, para asegurar profesionales competentes.

“Es necesario se haga un planeamiento estratégico integral de los RRHH en salud para los siguientes años, con participación de los actores sociales, universidades, empresas empleadores de los Recursos Humanos en Salud, Ministerio de Salud, regiones y colegios profesionales, para determinar los actuales recursos, sus competencias y las necesidades, conforme a las necesidades del país, demás garantizar el desarrollo y capacitación permanente con incentivos bien establecidos de acuerdo a resultados”. P\_16.

“(…) un análisis de las competencias laborales con respecto a la productividad y calidad del recurso humano en salud, se debería hacer un estudio del balance entre los perfiles curriculares y ocupacionales mediante un indicador de efectividad, que

se establezca de acuerdo a la oferta educativa que no se adecua al mercado de servicios, encontrando una brecha entre la formación y el trabajo, la cual se reproduce desde las instituciones estatales hasta los operadores públicos y privados. A partir de los análisis, el estudio debería proponer unas líneas de política a largo plazo, orientadas a mejorar la información, la disponibilidad y distribución del recurso humano, la calidad, productividad y equidad en la formación, contratación y trabajo del personal de salud, tomando en consideración los requerimientos de tiempo que demandan los ciclos de formación y desempeño”. P\_13.

“Mejorar el nivel de conocimientos, técnicos, científicos y tecnológicos de los RH en salud. Distribuirlos en relación a las necesidades de cada sector. Otorgarles el mayor nivel de conocimientos para un mejor desempeño de su labor”. P\_20.

“Primero se deben definir las competencias de cada perfil profesional y luego, revisar las currículas de formación profesional, teniendo especial cuidado en alinear las competencias a las necesidades reales en salud de la población”. P\_6.

“Cerrar la brecha de recursos humanos en salud con la formación de médicos, profesionales de la salud y personal sanitario en instituciones con acreditación nacional e internacional. Mayor formación de médicos de familia. Aumentar los incentivos para un desplazamiento del personal de salud a las regiones y creación de instituciones educativas en las regiones con acreditación nacional e internacional”. P\_19.

“Que las universidades formadores de profesionales de la salud (médicos, enfermeras, obstétrices, tecnólogos) estén acreditadas y formen profesionales con mejores competencias de acuerdo a las necesidades del país”. P\_18.

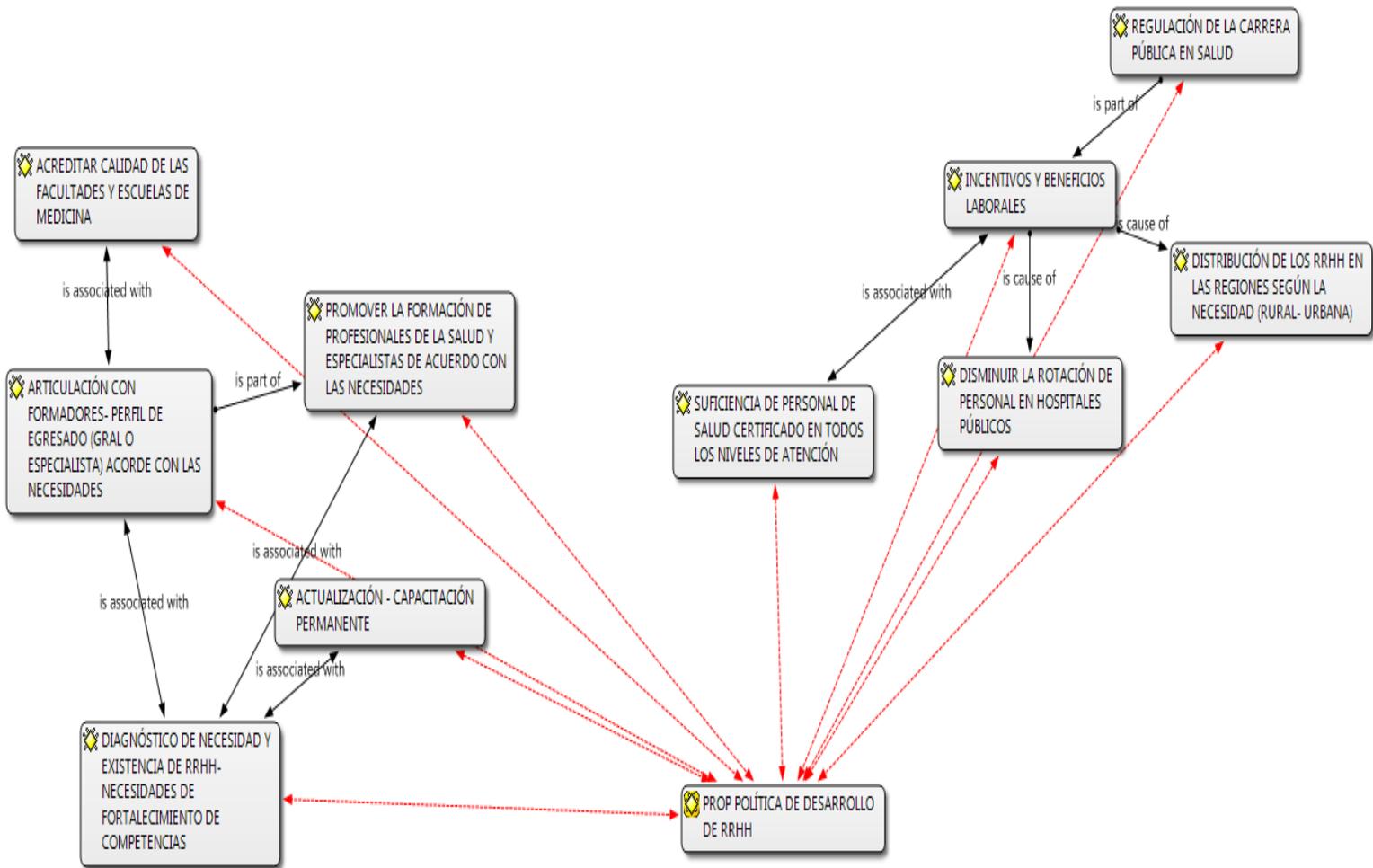
Por otra parte, algunos entrevistados opinaron que es indispensable una política de incentivos y beneficios laborales, además de regular la carrera de salud pública, para contar con suficiente personal de salud en todos los niveles de atención, para disminuir la rotación de personal en los hospitales públicos y para lograr una adecuada distribución de recursos humanos en las regiones y ámbitos urbano- rural, de acuerdo a las necesidades de la población.

“Debido al déficit de profesionales, especialistas y a la concentración de los mismos en áreas urbanas, debe implementarse medidas que mejoren la formación (como incrementar progresivamente la oferta de plazas de residentado médico), faciliten la capacitación, disminuyan la migración al exterior y hagan atractivas las oportunidades de trabajo para la mejor distribución de los recursos humanos, implementando y aplicando lo ya establecido con un sistema de incentivos por rendimiento, evaluación de desempeño y riesgo laboral pero de manera efectiva, que no quede sólo en el papel. Debe considerarse mejorar las condiciones de trabajo médico e implementarse una mejor política de remuneraciones que esté acorde con las expectativas de los trabajadores siempre postergados”. P\_26.

“Lograr la regulación de la carrera pública en salud. Implementar una red nacional de atención por médicos de familia reconocidos y bien remunerados. Racionalizar la formación de médicos especialistas de acuerdo a las necesidades del país”. P\_7.

El conjunto de propuestas sobre políticas de desarrollo de recursos humanos en salud, se esquematiza en una red propositiva que se presenta en el gráfico 17.

**Gráfico 17.** Red propositiva sobre políticas de desarrollo de recursos humanos en salud



## **Propuestas sobre descentralización de la salud**

Un número considerable de entrevistados opinó que el MINSA debe recuperar su función rectora de asesoría, supervisión y control, para garantizar la transferencia de competencias técnicas que hagan posible una gestión eficiente de los gobiernos regionales:

“El Ministerio de Salud debería recuperar la rectoría directa de los gobiernos regionales mediante la Superintendencia de salud (SUSALUD), para garantizar la asesoría, asistencia técnica, supervisión y control del proceso de la vigilancia en salud. Los gobiernos regionales han politizado los EESS, existiendo deficiencia en la dirección y gestión así como el manejo financiero”. P\_13.

“Reforzar el proceso de descentralización, incrementando las capacidades regionales y locales para la planificación, elaboración de proyectos de salud y otros de carácter social, asesoría del nivel nacional; incentivos a la buena gestión, entre otros”. P\_30.

“Debe hacerse capacitación de los recursos humanos en gestión adecuadamente identificados y con un trabajo técnico y continuo en coordinación con los gobiernos regionales, para que se trate no de un trabajo político sino técnico en cumplimiento de un plan nacional de salud y de los planes regionales de salud. El MINSA en su labor rectora debe ejercer sus funciones de manera descentralizada y efectiva con sus órganos desconcentrados en todas las regiones”. P\_16.

Algunos entrevistados afirmaron que se tiene que hacer una efectiva implementación de la descentralización, y llevarla a cabo requiere mecanismos de supervisión y evaluación (fiscalización), enmarcados en un único sistema de salud. A juicio de los entrevistados, eso supone evaluar lo avanzado, establecer claramente las competencias de cada nivel de gobierno e instaurar nuevos mecanismos para la gestión.

“La ley de descentralización ya está propuesta. Lo que falta es dar el verdadero desarrollo e implementación del proceso, aún falta de una buena conducción. Hay que establecer en forma definitiva el derecho y la capacidad efectiva del gobierno en sus tres niveles, de normar, regular y administrar los asuntos públicos de su competencia, asignando la responsabilidad y el derecho de promover y gestionar el desarrollo de sus circunscripciones en el marco de la unidad de la nación, pero para esto también se necesita la decisión política y mecanismos de supervisión y evaluación de la respuesta de los responsables de los procesos. Hay que conformar equipos capacitados e idóneos y comprometer a las autoridades muchas veces indiferentes, inexpertas y con poco o ningún conocimiento en la problemática de Salud, y plantear los mecanismos para fiscalizar y/o sancionar a los responsables que no manejen los presupuestos en forma adecuada y no desarrollen o culminen con los planes establecidos, proyectos de inversión, desarrollo de programas, devolviendo partidas no utilizadas”. P\_26.

“En el ámbito institucional, supone establecer un nuevo conjunto de procedimientos y relaciones en el plano de la toma de decisiones y de la gestión”. P\_1.

“Revisión total de las competencias de cada nivel de gobierno y establecimiento de los mecanismos y estrategias de coordinación intergubernamental”. P\_11.

Algunos entrevistados sostuvieron que la forma para facilitar la función rectora del MINSA, en el marco de la descentralización, sería que las regiones se reduzcan a macro regiones de modo que tendría que coordinar con menos actores.

"Un tema de fondo para mejorar la descentralización con respecto a la rectoría del sistema de salud sería que las regiones se reduzcan a macro-regiones. La regulación por parte del MINSA se dificulta porque tiene 26 regiones con quienes negociar. Sería mejor que el MINSA negocie con menos regiones para lograr una mejor gobernabilidad; esto sería posible si el país decide llevar adelante la reestructuración de la actual regionalización con base en departamentos. Además de lo anterior, específicamente, la propuesta en descentralización es mejorar la rectoría y especialización del MINSA, mejorar el proceso de fortalecimiento de las capacidades de la burocracia institucional especialmente de las regiones”. P\_9.

Hubo quien mencionara que la descentralización requiere la reactivación del Consejo Nacional de Salud, el liderazgo de los gobiernos regionales sobre el nivel primario de salud, claro que siguiendo las estrategias del MINSA y el papel de los municipios en la prevención:

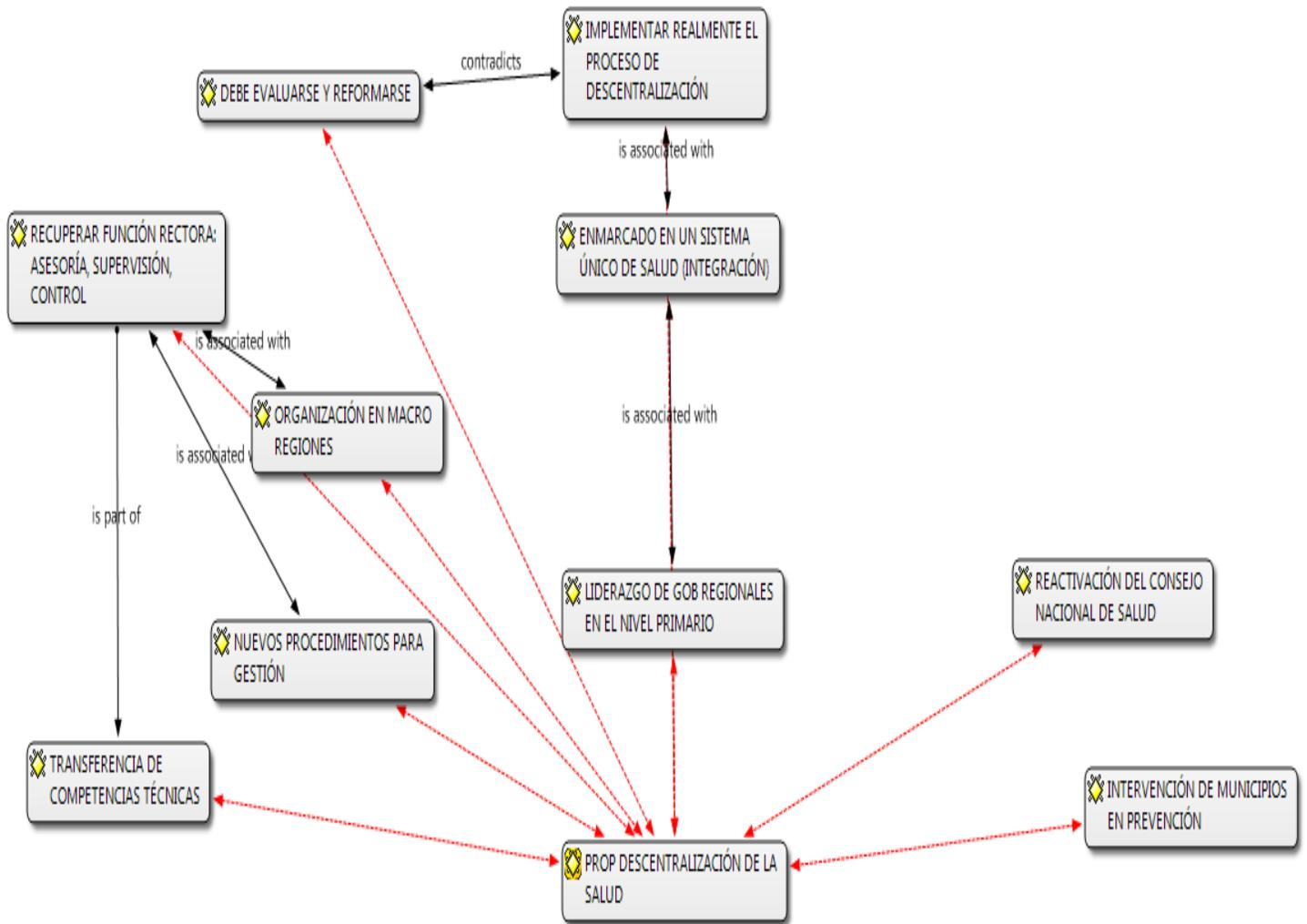
“Rectoría del MINSA en el proceso de Descentralización, reactivación del Consejo Nacional de Salud por el órgano rector de salud y con la presencia de todas las

regiones de salud del país y los Gobiernos Regionales con jurisdicción y liderazgo sobre el nivel primario de salud, bajo las estrategias del MINSA”. P\_19.

“Deben intervenir junto con el MINSA los municipios, directamente, la fase preventiva debe estar regida por los municipios, en el cumplimiento de las políticas del Estado Para ello la parte económica es vital”. P\_1.

El conjunto de propuestas sobre descentralización en salud, se esquematiza en una red propositiva que se presenta en el gráfico 18.

**Gráfico 18.** Red propositiva sobre descentralización en salud



## **Propuestas sobre participación social en salud - CLAS**

Las opiniones de los entrevistados estuvieron divididas. Algunos creen que los CLAS son una opción de modelo participativo para el primer nivel de atención; por eso hubo un grupo que manifestó que los ya existentes se deben mantener y supervisar más estrechamente para mejorar su gestión, y otro grupo expresó que se deberían implementar nuevos.

“Es una estrategia más de las diferentes estrategias a implementar en el primer nivel de atención”. P\_5.

“Se debe mantenerlos y controlarlos para una mejor gestión del establecimiento de salud”. P\_8.

“Es necesario darle sostenibilidad al modelo de gestión a través de las CLAS y a promover para el 2021 que el 100 por ciento de los establecimientos sean administrados por estos comités. Este apoyo parte por reconocer que las asociaciones CLAS son la principal forma de participación en salud en el primer nivel de atención desarrollada en la última década. Recordemos que el 35 por ciento de los establecimientos de salud del país son administrados por las CLAS, que tienen el mandato para tomar decisiones en el ámbito local para asegurar un mejor acceso, una mejor calidad de atención y el uso transparente y eficiente de los recursos”. P\_1.

Otros entrevistados señalaron que los CLAS se debilitaron, por eso deben evaluarse para decidir si sería pertinente modificarlos o adoptar otro modelo de cogestión, o si se deben actualizar y fortalecer.

“En el caso de salud, la participación se ha debilitado al punto que los canales de comunicación directos son inviables y se han reforzado canales de comunicación tercerizados a través de las instituciones reguladoras (INDECOPI, SUSALUD, MINSA)”. P\_9.

“Los CLAS deberían ser evaluados en su integridad, sus resultados, problemas, situaciones y necesidades, en base a ello determinar si se actualiza o repotencia el modelo, o si se orienta hacia otro”. P\_12.

“Las experiencias de los ACLAS han sido más positivas que negativas. Sin embargo, hace falta un adecuado balance de estas experiencias, antes que sean promovidos masivamente”. P\_30.

“Es evidente que el modelo no es el ideal y que requiere de algunos ajustes. Pero la premisa de la que debe partirse el debate es que CLAS significa la primera experiencia de apertura a la descentralización con participación comunitaria en el Perú”. P\_26.

“Los CLAS deben ser fortalecidas empoderando a la población y a su participación en el primer nivel de atención en promoción y prevención en salud y el involucramiento en las funciones esenciales de la salud pública”. P\_16.

Hubo un tercer grupo de entrevistados que opinó que los CLAS es un modelo antiguo e inviable, pero como la participación de la población es importante, nuevos modelos deben ser liderados por el gobierno local. También hubo quien expresó que los CLAS no son necesarios si hay servicios de atención primaria de salud bien establecidos.

“La participación de la población tiene vías más promisorias y efectivas que el CLAS. No veo futuro para los CLAS”. P\_11.

“Deben desaparecer para dar lugar a otros modelos, integrados a las autoridades regionales, siendo necesaria la participación de la comunidad en la solución de sus problemas sanitarios”. P\_25.

“La población debe asumir roles en salud, pero la propuesta del CLAS no es funcional debe desaparecer”. P\_29.

“Considero que un nuevo modelo de participación en salud debe ser liderado por los gobiernos locales, quienes tienen la responsabilidad de la implementación de las políticas nacionales de salud y educación”. P\_3.

“Creo que no serían los necesarios los CLAS si se tiene una APS fuerte”. P\_21.

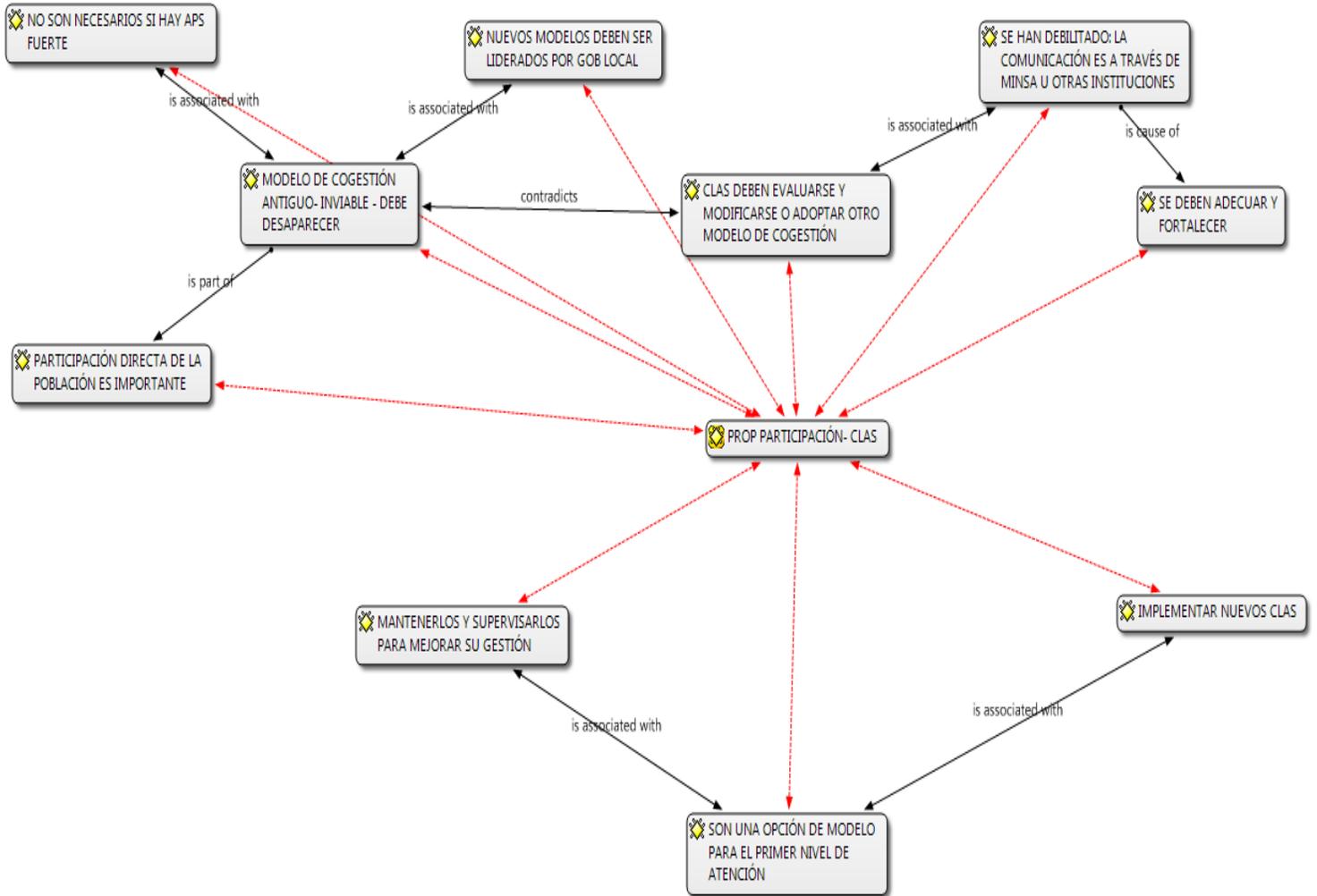
El conjunto de propuestas sobre participación social en salud, se esquematiza en una red propositiva que se presenta en el gráfico 19.

### **Propuestas sobre política de medicamentos**

La mayoría de entrevistados manifestó que la política de medicamentos genéricos cumple la función de garantizar el acceso a universal a medicamentos que es el rol del Estado. Hubo quien manifestó que las compras corporativas son también una opción para acceder a medicamentos con mejores precios.

“Los medicamentos genéricos constituyen una estrategia eficaz para garantizar el acceso a medicamentos de forma universal y su calidad debe ser esencialmente la misma de los medicamentos innovadores y en todos los casos, debe ser política establecida indispensable fortalecerla con incentivos a la dispensación de genéricos para el 2021”. P\_1.

**Gráfico 19.** Red propositiva sobre participación social en salud



“El rol del estado en la regulación de medicamentos se orienta básicamente a poner al alcance de la población la mayor cantidad de medicamentos necesarios de buena calidad y a bajo costo”. P\_9.

“Los medicamentos genéricos constituyen una de las mejores alternativas para la mejora del acceso a los medicamento; por ello es importante contar con un sistema integral que asegure su calidad”. P\_23.

“Se debe promover la competencia en el mercado farmacéutico de tal modo que los precios vayan ubicándose en niveles apropiados, más ajustados a sus costos de producción, donde los medicamentos genéricos incrementen su participación en el mercado farmacéutico nacional, que contribuya a poner al alcance de la población medicamentos de buena calidad y de ésta manera contribuir a su disminución de precios”. P\_26.

“Deben existir compras corporativas MINSA-ESSALUD-FFAA”. P\_24.

Los entrevistados señalaron distintos aspectos que forman parte de la política de medicamentos genéricos: promover su uso, promover la prescripción de medicamentos por su DCI, dar incentivos a la venta de genéricos, estimular la producción y registro de genéricos con bioequivalencia y biodisponibilidad. Enfatizaron la necesidad de que el Estado haga un efectivo control de calidad a los medicamentos genéricos, de acuerdo a la normativa de bioequivalencia, de modo que la población los compre.

“El Estado debe garantizar el uso y la calidad de los genéricos que debe generalizarse, su política debe ser clara y muy explícita en este sentido, por tanto sus convenios internacionales deben basarse en ello. Se debe hacer un control efectivo de la calidad de los medicamentos genéricos”. P\_16.

“Debe fortalecerse la selección de medicamentos y la implementación del Petitorio Nacional Único de Medicamentos conon vigilancia del cumplimiento de normas sobre prescripción en denominación común internacional (DCI o nombre genérico) y sustitución genérica”. P\_26.

“...se deben fortalecer las farmacias institucionales para la entrega gratuita y venta de medicamentos esenciales priorizando los genéricos”.P\_23.

“...a través de un organismo que utilice además de evaluaciones farmacoeconómicas como una herramienta para filtrar innovaciones que eleven innecesariamente el precio medio de los productos e estimular la producción, e incentive el registro y comercialización de medicamentos genéricos con bioequivalencia y biodisponibilidad”. P\_1.

“DIGEMID tiene que transformarse en el ente que norme, regule y ejecute los mecanismos necesarios para que los medicamentos genéricos sean de calidad”. P\_19.

“Debe darse la normativa para la evaluación de bioequivalencia de genéricos versus originales, y debe ser conducida en universidades de prestigio, que cuenten con institutos de investigación”. P\_6.

Otra preocupación expresada por los entrevistados fue los precios y el papel del Estado como regulador de distorsiones del mercado, asegurando competencia y reducción de precios. Por otro lado, hubo quien afirmara que la regulación afecta solo a empresarios pequeños y medianos.

“Las acciones estratégicas sobre precios, se consideran intervenciones necesarias allí donde se detecten distorsiones del mercado y sus efectos deben observarse en el corto plazo. Las estrategias que actúan sobre los factores que determinan la prescripción, y la forma como son usados los medicamentos, se asocian de manera directa con la calidad de la atención, son de carácter estructural y requieren una más lenta maduración, pues actúan sobre variables de comportamiento de los agentes, incluida la inducción indebida de la demanda”. P\_13.

“Se traerán abajo al pequeño y mediano empresario”. P\_10.

Algunos entrevistados manifestaron la necesidad de tomar medidas para la reducción de la vigencia de patentes y tener precios diferenciados, si no existiera el medicamento genérico. Así mismo, la importancia de firmar tratados con salvaguardas y realizar negociaciones con fabricantes, en beneficio social.

“El Estado tiene la obligación de proteger el acceso de la población a los medicamentos. Los tratados de libre comercio deben incluir la potestad del Estado de regular las patentes de los medicamentos que son considerados de interés de salud pública”. P\_3.

“Igual que Brasil y Bolivia el Estado debe proponer un trato especial a países en desarrollo como el Perú proponiendo precios diferenciados de los medicamentos de mayor costo y reducción del tiempo de vigencia de las patente”. P\_7.

“Los acuerdos comerciales al respecto deben considerar a los medicamentos como bienes públicos con alta externalidad y en su negociación primar intereses sociales por encima de los económicos”. P\_12.

“Los tratados de libre comercio no deben aumentar el periodo de vigencia de las patentes, deben establecer casos especiales para el uso de genéricos”. P\_25.

“Debe haber regulaciones apropiadas para utilizar las salvaguardas de las licencias obligatorias, las importaciones paralelas, así como para implementar el TLC con Estados Unidos, de tal forma que no se ponga mayores obstáculos a la competencia en el mercado farmacéutico”. P\_26.

“Una política de Estado que defienda el derecho de la población a acceder a medicamentos baratos, seguros y de buena calidad en todos los servicios, sean estos públicos o privados, e incluso gratuitamente para los asegurados. Revisar los

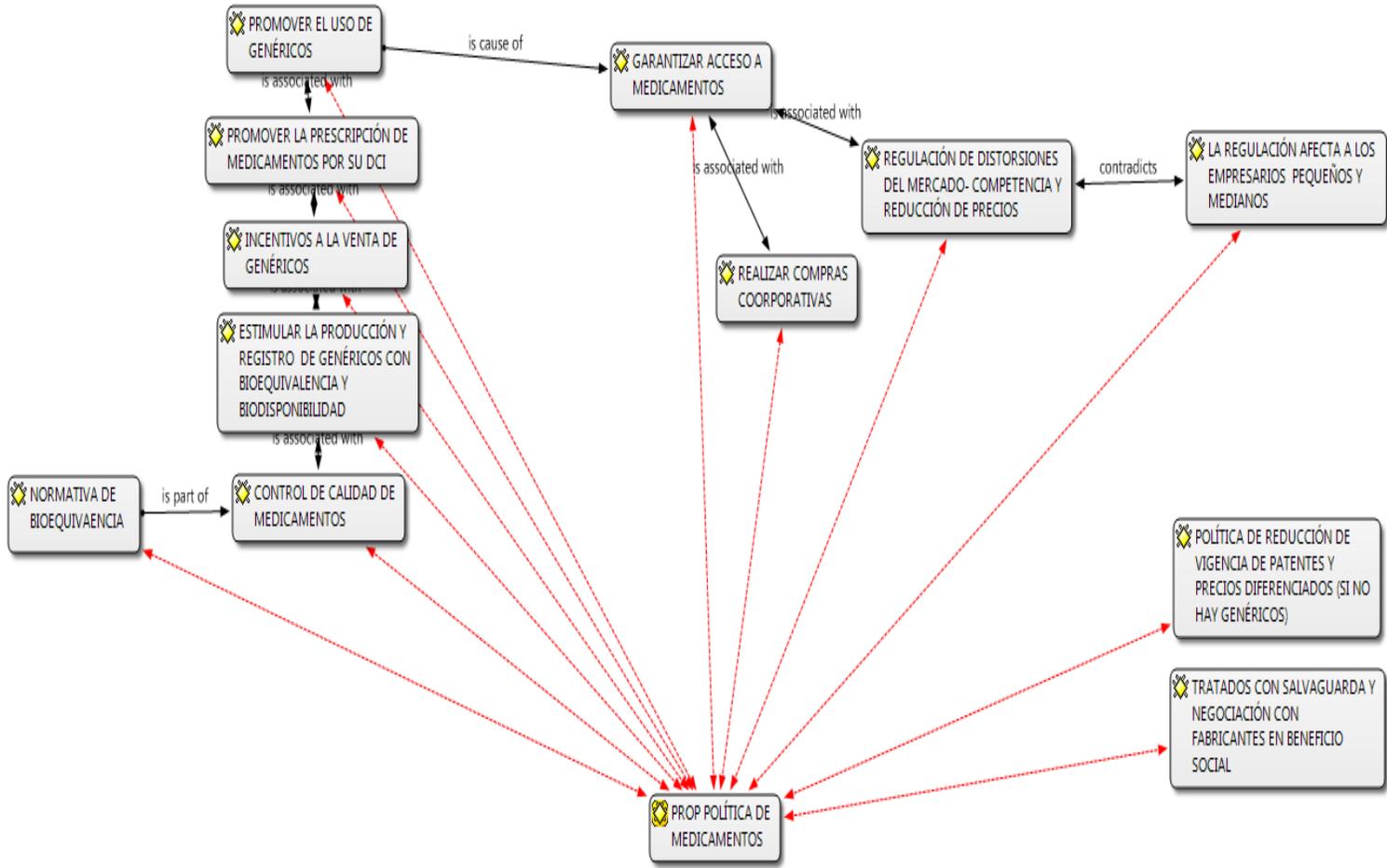
TLC que no respeten este derecho. El petitorio de medicamentos debe ir asegurando la provisión de fármacos para las enfermedades crónicas y caras. Se debe fortalecer la investigación en este campo y tener como meta al bicentenario la elaboración de determinados medicamentos en nuestro país”. P\_30.

El conjunto de propuestas sobre política de medicamentos, se esquematiza en una red propositiva que se presenta en el gráfico 20.

### **Propuestas sobre satisfacción de usuarios**

Gran parte de los entrevistados opinó que la satisfacción de los usuarios de la salud se incrementaría significativamente con la mejora de la calidad de las prestaciones de salud, en relación al trato y la oportunidad. A su vez, vincularon la calidad de las prestaciones a la incorporación de la participación ciudadana, y a la aplicación del enfoque de salud integral, que fortalecería todos los niveles de atención y trataría los determinantes económicos sociales. Así mismo, el enfoque integral incluiría la incorporación de estrategias de adaptación intercultural.

**Gráfico 20.** Red propositiva sobre política de medicamentos



“Con la reforma del aseguramiento universal se ha avanzado en cobertura y acceso a servicios de salud. Ahora deben dirigirse los esfuerzos a mejorar la calidad de la prestación, en términos de oportunidad, seguridad y satisfacción. También deben incorporarse metas relacionadas a la seguridad del paciente en todo establecimiento de salud”. P\_3.

“La satisfacción del usuario requiere un mejor trato de la relación médico paciente fidelización del usuario retomar la humanización de la medicina en el concepto de atención integral de las personas”. P\_22.

“Mejoramiento en las competencias interpersonales, empatía y calidez de la atención del personal de salud al usuario. Adaptación intercultural en la atención de salud intramuros y extramural. Desarrollo de estrategias de acercamiento de los servicios de salud a la población acorde a sus principales necesidades y con un fuerte componente de promoción de la salud y prevención de enfermedades”. P\_12.

“Necesitamos de una política nacional que impulse las modificaciones de los determinantes económicos y sociales que afectan la Salud de la población. Necesitamos una Política de Educación Sanitaria que optimice los programas de Promoción y Prevención Necesitamos un Sistema de Salud Coordinado, Integrado funcionalmente, con rectoría y financiado, cuyo eje sea la Atención Primaria, con establecimientos del primer nivel equipados, con tecnología y recursos razonables y con Recursos Humanos dignamente remunerados“. P\_15.

“Empoderamiento real a la ciudadanía en el reconocimiento de sus derechos y participación con la vigilancia ciudadana”. P\_5.

“Participación social ampliada en el Consejo Nacional de Salud y organismos similares en las Regiones y en el nivel local. Planes de Salud Concertados en el 100% de regiones y en el nivel nacional”. P\_30.

Por otra parte, hubo entrevistados que afirmaron que el acceso y cobertura universales, y el acceso universal a medicamentos disminuirían el gasto directo en salud de los usuarios, mejorando la satisfacción de los mismos.

“El acceso universal a la salud que debe ser alcanzado en el bicentenario, el fortalecimiento del aseguramiento público a través del SIS, la implementación de una política de inversiones multianual, el fortalecimiento de la protección de los derechos en salud, el reforzamiento de la atención primaria de salud y el mejoramiento del acceso a medicamentos seguros y eficaces”. P\_23.

Además, contar con equipamiento, infraestructura y recursos humanos especializados mejoraría la calidad de las prestaciones de salud, lo que generaría una disminución de brechas y haría posible la integración del sistema de salud.

“Los grandes retos del sector para el bicentenario son tener un mejor sistema de salud con más de 170 hospitales nuevos, con última tecnología y personal de salud

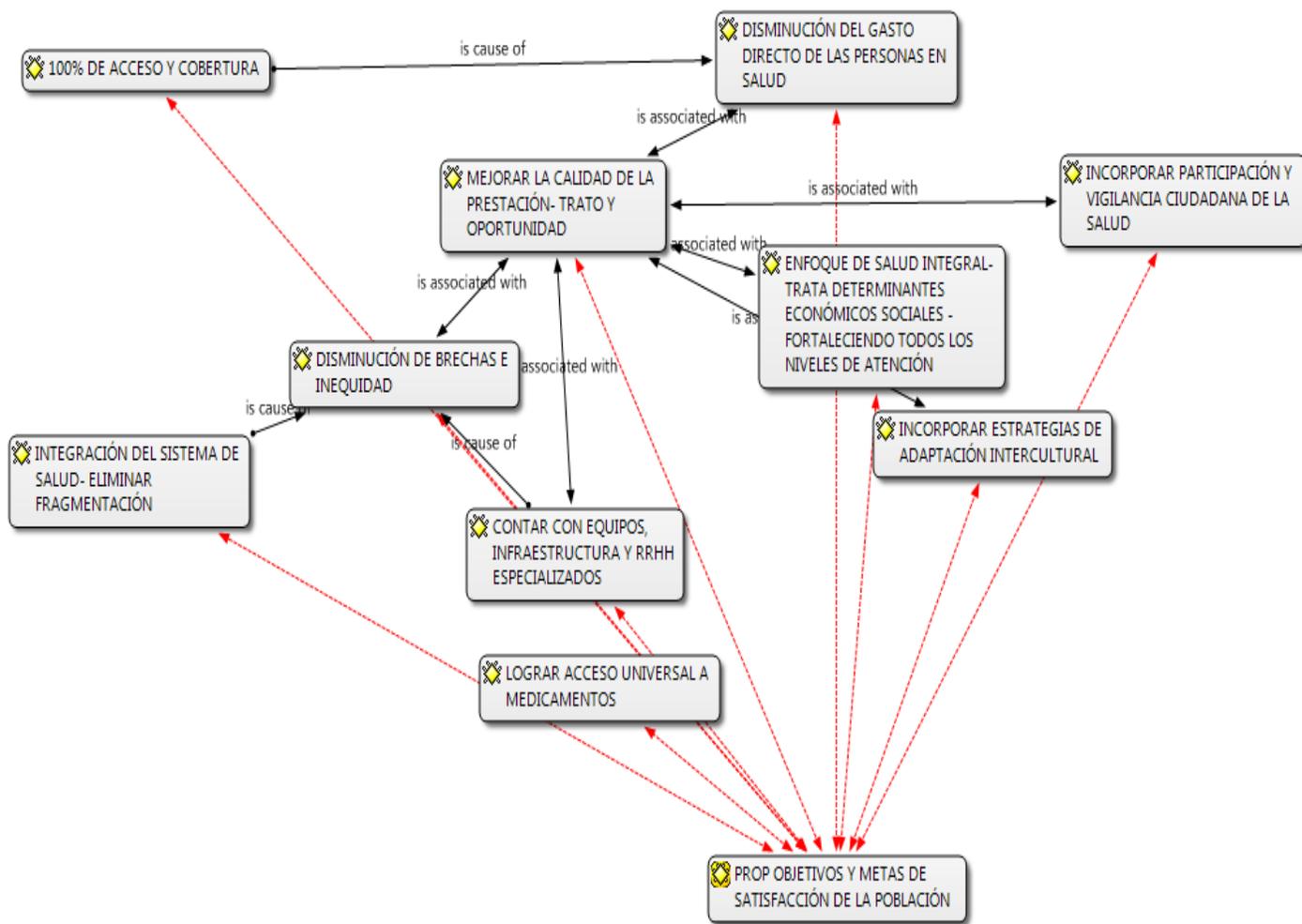
completo. Además tener una red de servicios de salud capaz de atender toda la demanda de salud y servicios de salud pública universales efectivos”. P\_23.

“Mejorar la calidad en la prestación de Salud implica mejorar el presupuesto para Salud, mejorar la infraestructura, equipamiento y recursos humanos de las instituciones proveedoras del servicio, capacitar al personal en lo que es atención de calidad, mejorar la interacción del personal de salud con los usuarios, hechos simples como disminuir el tiempo de espera, la privacidad, la accesibilidad de la atención el acceso a medicamentos seguros y confiables, y sobre todo, de que obtenga el servicio que procura. Cuando los sistemas de salud y sus trabajadores ponen al usuario por encima de todo, ellos le ofrecen un servicio que no solo cubren los estándares técnicos de calidad, sino que también cubren sus necesidades relacionadas a otros aspectos de la calidad, tales como respeto, información pertinente y equidad. Es importante llegar al aseguramiento universal en salud, pero es fundamental que se busque la implementación de estándares de calidad básicos en todos los establecimientos en los que se atiende la población. De tal manera en que la gente no se sienta discriminada de atenderse en una institución pública o privada”. P\_26.

“Se necesita la satisfacción del 100% en accesibilidad, cobertura, que disminuya la brecha existente y la fragmentación e inequidad”. P\_1.

El conjunto de propuestas sobre satisfacción de usuarios, se esquematiza en una red propositiva que se presenta en el gráfico 21.

**Gráfico 21.** Red propositiva sobre satisfacción de usuarios



## CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN

Una apreciación muy crítica sobre el tema del gobierno en salud es la presentada por De Ortuzar. Para este experto:

“Bajo el discurso globalizado de la gobernanza, se esconde el recurrente ataque neoliberal al Estado de Bienestar, promoviendo un modelo de eficacia que reduzca el poder del Estado distributivo a Estado mínimo, y generando mayor desigualdad por asimetrías de poder”.<sup>78</sup>

Lo identificado por los expertos peruanos se aproxima a esta apreciación respecto a la intencionalidad pero destacando que la reducción del Estado en salud no se produjo por el rol de los principales actores sociales y en general la sociedad.

En relación al financiamiento, el Banco Mundial plantea una reforma en salud con lógica de mercado donde los bienes públicos son “externalidades”, no derechos. También, la eficacia en función de los costos y servicios clínicos esenciales y en vez de la universalidad prestacional la focalización.<sup>15</sup> Igualmente que las unidades familiares pueden obtener servicios de salud con su propio dinero y, cuando están bien informadas, pueden hacerlo mejor que si el gobierno lo hace por ellos, lo que significa pago de bolsillo, factor central de inequidad, segregación y segmentación. Finalmente, la prestación por el sector privado de servicios de atención de salud financiados con fondos públicos lo que equivale a favorecer la privatización generadora de segregación y segmentación.<sup>79</sup>

Otra importante crítica al enfoque del Banco Mundial, planteada por Homedes y Ugalde, señala que este promovió:

“Una reforma basada en los principios básicos de que el sector privado es más eficiente que el sector público y de que la función del Gobierno es regular y no proveer servicios. Siguiendo su ideología neoliberal, el Banco Mundial propone la privatización de los servicios, su descentralización, la separación de las funciones de financiación y provisión, y la universalización del acceso a un paquete de servicios mínimos que cada país debe definir de acuerdo con sus recursos y estudios de eficiencia en función de los costos. En las políticas promovidas por el Banco Mundial, ninguna intervención ha contribuido a mejorar apreciablemente los niveles de salud de la población”.<sup>80</sup>

Propuestas favorables a este enfoque señalan, para el caso colombiano, que:

“La reforma ha conseguido multiplicar los recursos financieros, lo cual ha permitido incrementar los recursos humanos públicos y su remuneración, así como la disponibilidad de recursos presupuestarios por parte de los hospitales y la ampliación de la cobertura de la seguridad social, incluyendo al 20% de la población más pobre, beneficiaria de subsidios a demanda. El acceso y la equidad en los servicios personales de salud ha mejorado significativamente; sin embargo, se registra una caída de los indicadores de salud pública y los profesionales asumen

una posición crítica frente al nuevo sistema basado en la intermediación, que favorece el incremento de los costes de transacción”.<sup>81</sup>

Continuando con el énfasis financiero en las reformas, recientemente en China se informó que se ampliará la reforma de los hospitales públicos a 200 ciudades.<sup>82</sup> La parte central de la reforma es prohibir el aumento de precios de los medicamentos y materiales, reducir el costo de los exámenes médicos, y elevar adecuadamente el precio de los servicios de cirugía. Igualmente, los países bajos han emprendido reformas que tienen como principal objetivo controlar el crecimiento del gasto para salvaguardar la sostenibilidad fiscal.<sup>83</sup>

El tema de la privatización es uno de los más polémicos de las reformas en salud. Un estudio en tres estados norteamericanos (California, Florida y Massachusetts), realizado por Villa y Kane,<sup>84</sup> obtienen como resultado que después de la privatización, los hospitales aumentaron los márgenes operativos, redujeron la duración de estancia, y tuvieron mayor ocupación, pero con limitaciones para el cuidado de sus comunidades debido a precios más altos.

En un trabajo posterior Homedes y Ugalde, cuestionan lo que ellos denominan la privatización neoliberal. Una comparación de la privatización en Costa Rica y Chile, tipifican al modelo costarricense como de privatización selectiva, limitada y concebida autóctonamente que lleva a un sistema de salud más solidario, equitativo, eficiente y satisfactorio para los usuarios que el modelo, denominado por ellos, importado de privatización chileno.<sup>85</sup>

Un análisis crítico de la reforma en salud mexicana afirma que:

“El rasgo común de todo este largo arco (de reformas) que ya cubre 29 años es que ninguna de ellas está diseñada para mejorar efectivamente los servicios prestados. Todas ellas son reformas financieras. Ninguna, en el diseño mismo de lo que se pretendía reformar, ha descendido al cuarto de máquinas, al lugar que genera el proceso de producción del servicio”.<sup>86</sup>

En Francia, desde 2005 según Chevreul y Berg,<sup>87</sup> varias propuestas de reforma financiera han sido objeto de debate, estas incluyen los riesgos que deben ser cubiertos por el sistema de seguridad social hasta los subsidios específicos para los seguros privados.

Con el criterio que los ciudadanos sanos son productivos, un estudio en Nigeria mostró que las inversiones contribuyen al crecimiento económico y el desarrollo social. En particular, las inversiones públicas en salud reducen el empobrecimiento causado por los gastos en enfermedades catastróficas, disminuyendo e los gastos fuera de bolsillo y facilitando mecanismos de pago anticipado.<sup>88</sup>

Titelman, Cetrángolo y Acosta,<sup>89</sup> aportan respecto al financiamiento en las reformas en salud que los sistemas de salud de América Latina comprenden una amplia gama de fuentes financieras, que se traducen en diferentes esquemas basados en la solidaridad, combinando fuentes de financiamiento contributivas (impuestos sobre los salarios) y no contributivas (impuestos generales) y proponen que para avanzar

hacia la cobertura universal y solidaria de salud, los países dependen, en gran medida, de su capacidad para aumentar el gasto público en salud, pero no solo eso, sino también reducir la proporción del gasto de bolsillo, lo cual requerirá que se aumenten los recursos fiscales.

En Colombia, el tema del financiamiento marcó su reforma y diversos expertos han polemizado respecto a lo que denominan competencia regulada.<sup>90,91,92</sup> Así, las reformas de salud implementaron mecanismos de mercado y cambios en la organización de la prestación, como la instauración de la competencia entre proveedores públicos, implementando mecanismos de contratación y pago que la promovieran con el argumento de aumentar la eficiencia.

Como se aprecia, los temas del financiamiento, el rol del mercado y la participación privada son los más polémicos. Los expertos peruanos tienen opiniones divididas, algunos enfatizando la reforma financiera con orientación de mercado y proclives a la privatización, mientras otros opinan favorablemente a una mayor participación del Estado y un enfoque de derechos en salud.

Respecto a la segmentación de los sistemas de salud, un estudio de Giovanella sobre reformas en salud en Argentina, Brasil y Uruguay, señala que en los tres países se observa una persistente segmentación en su protección en salud con estructuras asistenciales, redes de servicios y condiciones de acceso distintas para diferentes grupos poblacionales. A la segmentación de la cobertura se suma la

fragmentación de las redes asistenciales, con redes de servicios específicas y no articuladas, vinculadas a cada aseguradora/segmento.<sup>93</sup>

La integración del sistema de salud es un tema destacado por los expertos, aunque los niveles de integración van desde una opción de sistema único (como el modelo brasileño) hasta una integración operativa o funcional.

La Organización Panamericana de la Salud ha propuesto los denominados Servicios Integrales de Salud, cuya definición es bastante amplia y se puede expresar por ejemplo:

“Como un conjunto amplio de intervenciones preventivas y curativas para un determinado grupo poblacional (ej. la estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia, AIEPI); como sitios de atención multipropósito (ej. clínicas multipropósito); como integración entre prestadoras y aseguradoras de salud (ej. HMO's de los EUA); como integración entre los servicios de salud del Ministerio de Salud y la Seguridad Social; y como integración entre distintos sectores de la economía (ej. complementareidad público-privada, coordinación con servicios sociales, etc.)”.<sup>94</sup>

Sobre las redes de salud existe un consenso amplio, la polémica se instala en si estas deben ser sólo públicas (MINSA y ESSALUD) o mixtas (público-privadas, en particular el sector privado no lucrativo).

En los años noventa, según Vargas *et al.*, las entidades financieras internacionales promovieron cambios en la forma de financiar y organizar los sistemas de salud. Tres décadas después, la equidad y la eficiencia siguen siendo problemas centrales de los sistemas de salud en muchos países en vías de desarrollo.<sup>95</sup>

Un trabajo de Fernández reconoce que el desarrollo de los sistemas de salud descrito por la Organización Mundial de la Salud el 2000 suscitó un importante debate político y académico, y afirmó que esta organización realizó un cambio sustancial en sus planteamientos, optando por sistemas de salud con financiación universal y conducción gubernamental.<sup>96</sup>

En el estudio de Giovanella, anteriormente referido, se afirma que uno de los más importantes desafíos para la reducción de desigualdades en el acceso y para la universalidad, es la financiación. Un indicador crucial de la universalidad de los sistemas de salud es la participación del gasto público (fuentes fiscales + contribuciones para la seguridad social) en el gasto total en salud (nivel de la universalidad). Otro reto crucial en los tres países para la reducción de desigualdades de acceso, es la regulación de la oferta privada por el ente público de forma que la inversión en capital responda a las necesidades y prioridades de salud de la población y no a los intereses privados de ampliación del mercado.<sup>93</sup>

Uno de los trabajos que sobre cobertura universal promovió la OPS, anteriormente referido, concluye que esta ha sido la preocupación principal de las reformas en los últimos años. Esta conclusión es polémica, ya que no aborda las reformas no han

abordado integralmente las tres dimensiones de cobertura y acceso (poblacional, financiera, prestacional) así como relativizaron el concepto de universalidad, esto es importante tenerla en cuenta por la influencia que tuvieron en las reformas del sistema de salud implementadas en el Perú.<sup>71</sup>

Por ejemplo, en México se afirma que el Seguro Popular garantiza el acceso a un paquete de servicios de salud integrales con protección financiera. Pero, como afirman Knaul *et al.*, la cobertura universal tiene tres dimensiones de protección: a) contra riesgos para la salud, b) de los pacientes a través de la garantía de calidad de la atención a la salud y c) contra las consecuencias financieras de la enfermedad y las lesiones. Por lo tanto, la cobertura universal implica el acceso a una atención integral de la salud como derecho universal basado en la ciudadanía, plataforma ética de la reforma mexicana.<sup>97</sup>

Al respecto, Frenk *et al.* señalan que:

“Las innovaciones en materia de políticas públicas y las lecciones asociadas a la búsqueda de la cobertura universal de salud en América Latina son resultado de una compleja transición epidemiológica, un largo proceso de democratización y un alto crecimiento económico en años recientes que ha facilitado inversiones adicionales en atención a la salud. El objetivo de la cobertura universal de salud forma parte de una tercera generación de reformas de los sistemas de salud, la cual comprende una amplia gama de intervenciones de políticas públicas, incluyendo la introducción de marcos éticos explícitos, una mayor atención a los arreglos

financieros y la transformación de las principales dimensiones de la organización de los sistemas de salud. Este llamado a la acción hace hincapié en los pasos a seguir para poder alcanzar el objetivo de la cobertura universal de salud, tanto en América Latina como en el resto del mundo en desarrollo.”<sup>98</sup>

Para la Directora de la Organización Panamericana de la Salud, el tema de la equidad y la cobertura universal es un imperativo ético, afirmando que:

“La cobertura universal de salud nos proporciona el camino a seguir para lograr la equidad en salud. La cobertura universal de salud significa que todas las personas y las comunidades tienen el acceso equitativo a los servicios integrales de salud que necesiten a lo largo del curso de la vida, de calidad y sin dificultades financieras. La cobertura universal de salud significa la eliminación de las barreras de acceso a los servicios de salud, sean estas geográficas, culturales o financieras, abordando las necesidades insatisfechas y en particular las necesidades de los grupos vulnerables. La cobertura universal de salud requiere de la participación de toda la sociedad y del compromiso político a largo plazo de los gobiernos responsables de formular políticas que sean equitativas y eficientes, y que refuercen el enfoque intersectorial para abordar los determinantes sociales de la salud, lo que es un llamado al compromiso de la sociedad en su conjunto para promover la salud y el bienestar”.<sup>99</sup>

La aspiración por la equidad también a través de la cobertura y acceso universal requiere; sin embargo, de ciertas precisiones que clarifiquen las opciones. En la

presentación anteriormente citada de Carrasco se señala que conceptos como el universalismo progresivo o la protección social mínima han distorsionado el concepto de universalidad, que pasaría de “todo para todos” a “lo mejor posible para todos”.<sup>81</sup>

Más en el discurso que en la práctica, los recursos humanos, son considerados el elemento clave y la principal ventaja competitiva que poseen los servicios de salud. Según Brito, con la ayuda del Observatorio de los Recursos Humanos en las Reformas Sectoriales, se ha empezado a obtener pruebas de la importancia de los recursos humanos dentro de las iniciativas de reforma y, sobre todo, del impacto que estas iniciativas a su vez ejercen sobre el personal de salud, en temas relacionados con el empleo inestable y la presencia de intereses conflictivos entre empleadores y trabajadores.<sup>100</sup>

Carrasco afirma que los trabajadores de salud son los actores olvidados de las reformas, y sustenta esta afirmación de la siguiente manera:

“Las evidencias de esta situación, entre otras, son las siguientes: la persistencia de la ausencia de rectoría en el campo de los recursos humanos; el sector público no dispone de recursos humanos suficientes para universalizar la cobertura de atención en salud; alarmante déficit de especialistas en regiones, con una distribución centralista e inequitativa; la precarización del empleo, los crecientes problemas de salud ocupacional, la alta migración de profesionales, la desregulación de la formación y del ejercicio profesional en el Perú”.<sup>101</sup>

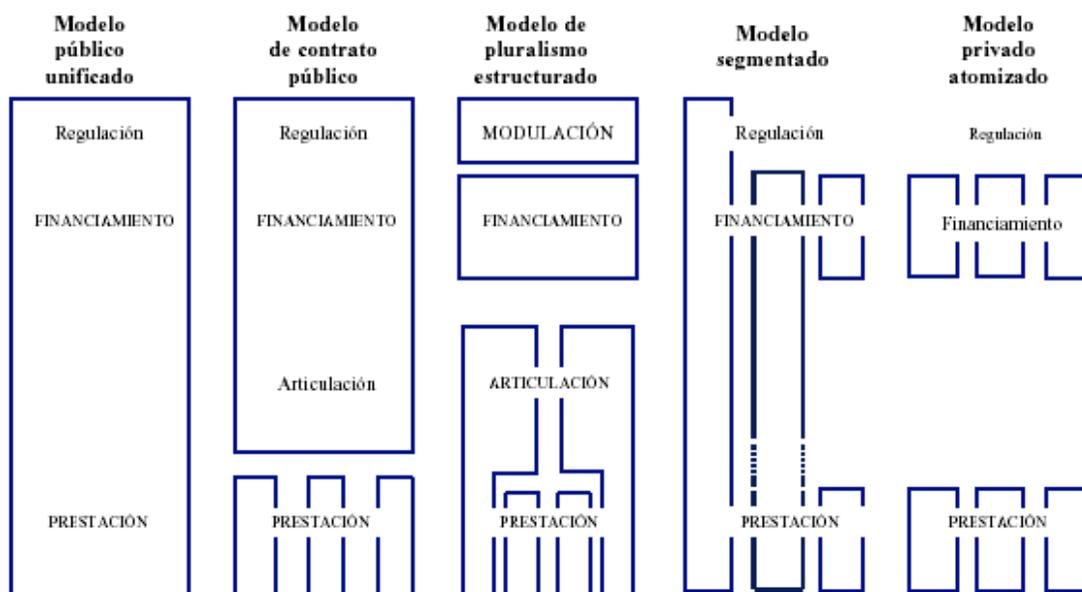
Al respecto, se requiere abordar el tema de los recursos humanos de manera integral y no solo desde la administración de personal (desde los gestores públicos) o de los aspectos reivindicativos, en particular salariales (desde los sindicatos y gremios).

A manera de síntesis, desde el punto de vista del autor, asumiendo la tipología de sistemas de salud propuesta por Frenk y Londoño,<sup>1</sup> tenemos que existen cinco modelos de sistemas de salud, a saber: público unificado (Cuba y Costa Rica), de Contrato Público (Brasil), Modelo Segmentado (mayoría de países de Latino América incluido Perú), Privado Atomizado (Argentina y Paraguay) y el de Pluralismo estructurado (sin una experiencia completamente desarrollada, pero a la que quiso aproximarse Colombia).

De la experiencia internacional se asume que los modelos público unificado y de contrato público son más eficientes, eficaces y de calidad, que los segmentados y de contrato público; siendo una interrogante aún las posibilidades del modelo de pluralismo estructurado.

En el gráfico 22, se detallan los niveles de integración de las principales funciones de los sistemas de salud que caracterizan a los modelos referidos.

**Gráfico 22.** Modelos de sistemas de salud



Para el caso peruano, se encuentran en el debate tres alternativas, que se describen en la tabla 1.

En resumen, las alternativas son el sistema actual, denominado Coordinado y descentralizado (mantiene las características del modelo segmentado), un sistema único de salud (parecido al público unificado con mayor flexibilidad respecto al subsector privado), y un sistema integrado y universal (parecido al de contrato público aunque con menos participación privada en la prestación de salud individual), que es el que suscribe el autor.

**Tabla 1.** Alternativas de Sistemas de Salud para el Perú

<b>CARÁCTERÍSTICAS</b>	<b>ALTERNATIVA</b>		
	<b>Sistema Único de Salud</b>	<b>Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud</b>	<b>Sistema Integrado y Universal de Salud</b>
Inclusión de poblaciones	Universalidad	Segmentación por grupos poblacionales.	Universalidad
Salud pública	A cargo del Estado modelo de atención hospital céntrico	A cargo del Estado modelo de atención hospital céntrico	A cargo del Estado modelo de atención centrado en familia y comunidad

CARÁCTERÍSTICAS	ALTERNATIVA		
	Sistema Único de Salud	Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud	Sistema Integrado y Universal de Salud
Funciones institucionales	Todas las funciones desarrolladas por cada institución: MINSA/EsSALUD	Todas las funciones desarrolladas por cada institución: MINSA/EsSALUD	Funciones especializadas a partir de fortalezas institucionales
Administración pública	Burocrática	Burocrática	Gerencial
Financiamiento	Público	Mixto (Público y Privado)	Mixto (Público y complementariamente privado)
Mecanismo de pago	Presupuesto o Aseguramiento público	Presupuesto o Aseguramiento público Aseguramiento Privado Pago de bolsillo	Presupuesto o Aseguramiento público complementariamente Aseguramiento Privado
Intermediación	No	Parcial (a través de EPS)	Parcial (a través de EPS)
Provisión de servicios personales	Pública	Mixta (Pública y Privada)	Mixta (Pública y complementariamente privada)

El sistema integrado y universal en salud, que propone el autor, debe tener las siguientes características:

### **Inclusión de poblaciones: Universalidad**

Como se destaca por la mayoría de expertos y los principales organismos intergubernamentales, el acceso y la cobertura universal en salud es la piedra angular de un sistema de salud reformado de manera progresista e inclusiva. Este aspecto está relacionado con el concepto de salud como derecho,<sup>102,103</sup> el que establece que todas las personas deben recibir el cuidado de salud que necesiten sin ningún tipo de discriminación y protegiendo a poblaciones vulnerables.

### **Salud pública: Responsabilidad estatal**

La salud pública, requiere como garante al Estado, a través de políticas públicas que prioricen el interés y necesidades de la población<sup>104</sup> Continuando con lo planteado como funciones esenciales de la salud pública,<sup>105</sup> el Estado debe reforzar su capacidad para desarrollarlas y ampliarlas.

Igualmente, debe basarse en un modelo de atención orientado a la familia y la comunidad en base a los postulados de la atención primaria de salud.<sup>106</sup> Incluye esta labor el acceso universal a medicamentos genéricos.

### **Funciones institucionales: Especializadas a partir de fortalezas institucionales**

El sistema de salud peruano debe, a partir de su evolución histórica, especializar las funciones de rectoría (de autoridad sanitaria, de gobierno o conducción estratégica), de financiamiento y de provisión de servicios, a partir de las fortalezas institucionales actuales.

La función de rectoría debe ser la función principal de un Ministerio de Salud reformado, que despliegue un proceso visionario, planifique estratégicamente, maneje conflictos, concerte con diferentes actores políticos y sociales, descentralice delegando capacidad de decisión, favorezca la participación y vigilancia sociales.

La función de financiamiento público debe cumplirse atendiendo a las siguientes características: salud pública con cargo al presupuesto público; salud personal a partir de las actuales instituciones aseguradoras, a saber: las financiadoras EsSALUD y el SIS.

La función de provisión de servicios a cargo de los principales proveedores como MINSA y EsSALUD y complementariamente por los proveedores privados.

#### **Administración pública: Gerencial**

Se requiere una administración del sistema que se oriente a resultados, con una burocracia moderna altamente calificada y bien remunerada, propias de las denominadas administraciones públicas gerenciales.<sup>107, 108</sup> Esto permitirá dar continuidad a las políticas de Estado en salud, evitando o disminuyendo el efecto de la alta rotación de funcionarios a partir de priorizar los cargos de confianza.

#### **Financiamiento: Mixto**

Como ya se señaló, cuando se abordó el tema de especialización de funciones, el financiamiento del sistema de salud peruano debe público para la atención de salud

pública y mixta para la atención de salud personal o individual, predominantemente público y complementariamente privado.

En ningún caso, se excluirá de la atención a las personas por razones económicas. Esto implica avanzar en el acceso universal al financiamiento público.

### **Mecanismo de pago: Pluralidad**

Deberá reformarse el denominado aseguramiento universal: EsSALUD para los adecuadamente empleados y el SIS para los informales y de menores ingresos, pero con planes prestacionales similares y no diferenciados como hasta ahora. Esto obliga a que el SIS pase de un programa de reintegro de prestaciones a una administradora de riesgos. Tanto para EsSALUD y el SIS los recursos deben aumentarse; en el primer caso, con contribuciones estatales además de su aporte como empleador (como en México por ejemplo); en el segundo caso, que el Estado asuma el pago de la prima y las cotizaciones.

En el caso de los seguros privados en salud, funcionarán como mecanismos de pago complementarios para quienes dispongan de los recursos para ello.

### **Intermediación: Parcial**

El sistema mantendrá una posibilidad de intermediación parcial a través de las Entidades Prestadoras de salud (EPS). Modificar la afiliación colectiva y facilitar la afiliación individual, flexibilizar los planes prestacionales para facilitar la libre

elección, desarrollar mecanismos de control a cargo de SUSALUD para garantizar la calidad de atención.

**Provisión de servicios: Mixta**

La provisión se debe desarrollar a través de redes públicas (MINSA – EsSALUD), redes mixtas (proveedores públicos y privados no lucrativos) y complementariamente servicios privados de salud para quienes puedan acceder a ellos.

## CONCLUSIONES

Las principales conclusiones del análisis de las reformas en salud de los expertos participantes son:

En la función gobierno en salud, existe falta de rectoría que se acentúa por la segmentación del sistema de salud peruano.

En la función de financiamiento en salud, no se alcanza aún la protección financiera universal, lo que limita el acceso a los servicios de salud a las personas de menores ingresos, aún las afiliadas al SIS.

La prestación de servicios de salud, tiene algunos avances pero aún existen brechas de atención, entre los diferentes segmentos poblacionales atendidos por el MINSA, EsSALUD y los proveedores privados.

Se identifica la segmentación del sistema de salud con la consecuente ineficiencia e ineficacia, por la duplicidad de funciones.

La eficacia de la reforma en salud se ve cuestionada debido a que las condiciones de salud siguen siendo deficientes, con aumento de la complejidad del perfil epidemiológico, para lo cual los servicios públicos no se encuentran del todo preparados.

Las principales conclusiones de las propuestas para la reforma del sistema de salud en el Perú, de los expertos participantes, son:

Se necesita fortalecer el rol rector del MINSA, para garantizar el cumplimiento de objetivos de salud.

Se debe dotar de mayor presupuesto a salud, mejorar la eficacia de la ejecución presupuestal, mejorar los mecanismos de asignación.

El Seguro Integral de Salud debe modificarse para poder permitir un acceso financiero y prestacional universal.

Se deben explorar mecanismos de integración MINSA-EsSALUD, que permitan una mayor eficiencia, eficacia y calidad de la provisión pública de servicios.

Gestionar recursos humanos por competencias asegurando disponibilidad de acuerdo a necesidades de salud.

Mejorar la transferencia de responsabilidades en salud a las regiones, haciendo una descentralización efectiva, garantizando los recursos necesarios.

Revisar y evaluar el mecanismo de participación vía Comités Locales de Administración en Salud, no se evidencian mejoras de gestión y resultados respecto a los establecimientos de salud no CLAS.

Garantizar el acceso universal a medicamentos genéricos, ahorrar costos mediante compras conjuntas, fomentar el uso racional de medicamentos.

Implementar programas de mejora continua de la calidad de atención en salud, disminuyendo efectos adversos y aumentando la satisfacción de los usuarios.

## RECOMENDACIONES

Continuar la línea de investigación sobre reformas en salud.

Analizar comparativamente las reformas de los sistemas de salud en el mundo, principalmente en América Latina.

Relacionar los niveles de integración de los sistemas de salud y la eficacia de los mismos en función a resultados sanitarios.

Explorar si la mayor participación privada en la atención de salud ha tenido impacto en la cobertura y acceso universal en salud.

Medir el impacto de la disponibilidad, distribución y competencias de los recursos humanos, en los resultados sanitarios.

## FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Londoño J, Frenk J. Pluralismo estructurado: hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina. Washington DC: Inter-American Development Bank; 1997.
2. Infante A, De la Mata I, López-Acuña, D. Reforma de los sistemas de salud en América Latina y el Caribe: situación y tendencias. PAN AMERICAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH. 2000; (8): 13-20.
3. Frisancho A. La viabilidad de los programas de participación ciudadana en la cogestión local de salud: El Programa de Administración Compartida de los Servicios de Salud (Perú, 1994-1999). Washington DC: Inter-American Development Bank; 2006.
4. Ley de Creación del Seguro Social de Salud (ESSALUD). Ley N° 27056 de 29 de enero de 1999. Diario Oficial El Peruano, N° 6794, (30.01.99).
5. Ley del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud. Ley N° 27813. de 12 de agosto de 2002. Diario Oficial El Peruano, N° 8088, (13.08.02).
6. Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud. Ley N° 29344 de 08 de abril de 2009. Diario Oficial El Peruano, N° 8088, (09.04.09).

7. Ragas R, Vilcahuaman J. Modelos de atención de salud en el Perú. Contextos e influencias. *Revista Estomatológica Herediana*. 2013; 23(1): 44-49.
8. Ministerio de Salud. Dirección General de Planeamiento y Presupuesto. Unidad Funcional de Estudios Económicos en Salud. Cuentas nacionales de salud, Perú 1995 – 2012. Lima: Ministerio de Salud; 2015.
9. Granados R. La reforma de los sistemas de salud: tendencias mundiales y efectos en Latinoamérica y el Caribe. *Gerencia y Políticas de Salud*. 2002; 1(3): 16-46.
10. Vargas I, Vázquez M, Jané E. Equidad y reformas de los sistemas de salud en Latinoamérica Equity and health systems reform in Latin America. *Cad. Saúde Pública*. 2002; 18(4): 927-937.
11. Almeida C. Reforma de sistemas de servicios de salud y equidad en América Latina y el Caribe: algunas lecciones de los años 80 y 90 Health systems reform and equity in Latin America and the Caribbean: lessons from. *Cad. Saúde Pública*. 2002; 18(4): 905-925.
12. Muñoz F, López-Acuña D, Halverson P, Guerra de Macedo C, Hanna W, Larrieu M, et al. Las funciones esenciales de la salud pública: un tema emergente en las reformas del sector de la salud. *Rev Panam Salud Pública*. 2000; 8(1-2): 126-134.

13. Madies C, Chiarveti S, Chorny M. Aseguramiento y cobertura: dos temas críticos en las reformas del sector de la salud. *Pan American Journal of Public Health*. 2000; (8): 33-42.
14. Mesa-Lago, C. Las reformas de salud en América Latina y el Caribe: su impacto en los principios de la seguridad social. Santiago de Chile: CEPAL; 2005.
15. Banco Mundial. Invertir en salud. Washington DC: BM; 1993.
16. Homedes N, Ugalde A. Las reformas de salud neoliberales en América Latina: una visión crítica a través de dos estudios de caso. *Rev Panam Salud Pública*. 2005; 17(3): 210-220.
17. Gómez-Camelo, D. Análisis comparado de los sistemas de salud de la región Andina y el Caribe. *Rev salud pública*. 2005; 7(3): 305-316.
18. Bixby L. Evaluación del impacto de la reforma del sector de la salud en Costa Rica mediante un estudio cuasiexperimental. *Rev Panam Salud Pública*. 2004; 15(2): 94-103.
19. Arroyo J. La reforma del sector salud en el Perú 1990-98. En busca de nuevos modelos de políticas sociales. *Revista de Ciencias Sociales*. 2014; 6(2): 291-309.

20. Infante A, De la Mata I, López-Acuña D. Reforma de los sistemas de salud en América Latina y el Caribe: situación y tendencias. PAN AMERICAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH. 2000; (8): 13-20.
21. Figueras J, Musgrove P, Carrin G, Durán A. Retos para los sistemas sanitarios de Latinoamérica: ¿qué puede aprenderse de la experiencia europea?. Gaceta sanitaria. 2002; 16(1): 5-17.
22. Misir P. Reforma al Sistema de Salud en Guyana/Health care reform in Guyana. Medicina Social. 2015; 9(1): 45-56.
23. Céspedes J, Jaramillo I, Castaño R. Impacto de la reforma del sistema de seguridad social sobre la equidad en los servicios de salud en Colombia. Cad. Saúde Pública. 2002; 18(4): 1003-1024.
24. Puig J, Ortún V, Ondategui S. Conocimientos, valores y políticas en economía de la salud. Gaceta Sanitaria. 2000; (14): 378-385.
25. Chura R. Relación entre salud, crecimiento económico e desarrollo en Bolivia. Foz do Iguaçu: ILAESP; 2015.
26. Almeida, C. Reforma de sistemas de servicios de salud y equidad en América Latina y el Caribe: algunas lecciones de los años 80 y 90. Cad. Saúde Pública. 2002; 18(4): 905-925.

27. Buades M, Plasència A, Cabeza E, De Peray J. La reforma de la salud pública. *Gac Sanit.* 2009; (23): 462-464.
28. Peiró S, Artells J, Meneu R. Identificación y priorización de actuaciones de mejora de la eficiencia en el Sistema Nacional de Salud. *Gaceta Sanitaria.* 2011; (25): 95-105.
29. Alcalde J, Lazo O, Nigenda G. Sistema de salud de Perú. *Salud Pública de México.* 2011; (53): s243-s254.
30. Figueras J, Musgrove P, Carrin G, Durán A. Retos para los sistemas sanitarios de Latinoamérica: ¿Qué puede aprenderse de la experiencia europea?. *Gaceta Sanitaria.* 2002; (16): 5-17.
31. Murray C, Frenk, J. Sistemas de salud Un marco para evaluar el desempeño de los sistemas de salud. *Boletín de la OMS.* 2000; (3): 149-162.
32. Maruthappu M, Ologunde R, Gunarajasingam A. Is Health Care a Right? Health Reforms in the USA and their Impact Upon the Concept of Care. *Annals of Medicine and Surgery.* 2013; (2): 15-17.
33. Yamin A, Frisancho A. Enfoques basados en los derechos humanos para la salud en América Latina. *MEDICC Review.* 2015; (17): S5 – S7.

34. Bárcena A. Protección de la salud como un derecho ciudadano. *MEDICC Review*. 2015; (17): S10 – S11.
35. González A, Mogollón O. La reforma de salud y su componente político: un análisis de factibilidad. *Gaceta Sanitaria*. 2002; (16): 39-47.
- 36 . Echeverri C. Del pluralismo estructurado: HACIA LA PROTECCIÓN SOCIAL. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*. 2006; 5(10): 107-116.
37. García G. Las reformas sanitarias y los modelos de gestión. *Pan American Journal of Public Health*. 2001; (9): 406-412.
38. Brito P, Padilla M, Rígoli F. Planificación de recursos humanos y reformas del sector salud. *Rev Cubana Educ Med Super*. 2002; 16(4): 4-22.
39. Villalbi J, Antó J, Pané O, De Peray J. Propuestas de reforma de los servicios de salud pública en Cataluña. *Rev. Esp. Salud Pública*. 2006; 80 (5): 567-583.
40. Repullo J, Freire J. Gobernabilidad del Sistema Nacional de Salud: mejorando el balance entre los beneficios y los costes de la descentralización. Informe SESPAS. *Gaceta Sanitaria*. 2008; (22): 118-125.

41. Titelman D. Reformas al financiamiento del sistema de salud en Chile. Santiago de Chile: CEPAL; 1999.
42. Frenk J, González E, Gómez O, Lezana Á, Knaul F. Reforma integral para mejorar el desempeño del sistema de salud en México. *Salud Pública de México*. 2007; (49): s23-s36.
43. Franco A. Seguridad social y salud en Colombia estado de la reforma. *Revista de salud pública*. 2000; 2(1): 1-16.
44. Bermúdez C. El Sistema Nacional de Salud requiere acciones más estructurales para mejorar su eficiencia. *Gac Sanit*. 2011; (25):106.
45. Mitenbergs U, Brigis G, Quentin W. Healthcare financing reform in Latvia: Switching from social health insurance to NHS and back?. *Health Policy*. 2014; (118): 147-152.
46. Vilaça E. Las redes de atención de salud. Brasilia: Organización Panamericana de la Salud – Brasil; 2013.
47. Hofmarcher M. The Austrian health reform 2013 is promising but requires continuous political ambition, *Health Policy*. 2014; (118): 8-13.

48. Gérvas J, Rico A. La coordinación en el sistema sanitario y su mejora a través de las reformas europeas de la Atención Primaria. *Medicina de Familia*. 2005; (31): 418-423.
- 49 . Osorio A, Vélez C. La Atención Primaria de Salud: desafíos para su implementación en América Latina. *Atención Primaria*. 2013; (45): 384-392.
50. González N. Médicos del primer nivel de atención: Reforma y recursos humanos en México. *Revista Cubana de Salud Pública*. 2006; 32(2): 171-177.
51. Dove J, Douglas W, Lewin J. Professional Accountability in Health System Reform. *Journal of the American College of Cardiology*. 2009; (54): 499-501.
52. García H, Díaz P, Ávila, Cuzco M. La Reforma del Sector Salud y los recursos humanos en salud. *Anales de la Facultad de Medicina*. 2015; (76): 7-26.
53. March S, Ramos M, Soler M, Ruiz J, Miller F, Domínguez J. Revisión documental de experiencias de actividad comunitaria en atención primaria de salud. *Atención Primaria*. 2011; (43): 289-296.
54. Martín M, Ponte C, Sánchez M. Participación social y orientación comunitaria en los servicios de salud. *Gaceta Sanitaria*. 2006; (20): 192-202.

55. Vázquez M, Siqueira E, Kruze I, Silva A, Leite I. Los procesos de reforma y la participación social en salud en América Latina. *Gaceta Sanitaria*. 2002; 16(1): 30-38.
56. Kelaher M, Sabanovic H, La Brooy C, Lock M, Lusher D, Brown L, Does more equitable governance lead to more equitable health care? A case study based on the implementation of health reform in Aboriginal health Australia. *Social Science & Medicine*. 2014; (123): 278-286.
57. Ugalde A, Homedes N. Descentralización del sector salud en América Latina. *Gaceta Sanitaria*. 2002; (16): 18-29.
58. Urbanos R, Puig J. Políticas de austeridad y cambios en las pautas de uso de los servicios sanitarios. Informe SESPAS 2014. *Gaceta Sanitaria*. 2014; (28): 81-88.
59. Sánchez D, Guillén J, Torres A, Arense J, López A, Sánchez F. La recuperación del consumo farmacéutico tras la modificación del copago: evidencia de un servicio regional de salud. *Atención Primaria*. 2015; 7 (7): 411-418.
60. Meneu R. La distribución y dispensación de medicamentos. *Gaceta Sanitaria*. 2006; 20 (1):154-159.

61. Mariani P, Falotico R, Zavanella B. Outsourcing Services in the Italian National Health Service: The Evaluation of Private and Public Operators. *Procedia Economics and Finance*. 2014; (17): 256-264.
62. López-Casasnovas G. Regulación, innovación y mejora de las prestaciones sanitarias. El sector del medicamento. *Gaceta Sanitaria*. 2008; 22 (1): 52-57.
63. Vargas I, Vázquez M, Jané E. Equidad y reformas de los sistemas de salud en Latinoamérica Equity and health systems reform in Latin America. *Cad. Saúde Pública*. 2002; 18(4): 927-937.
64. Martínez P, Rodríguez L, Agudelo C. Equidad en la política de reforma del sistema de salud. *Revista de Salud Pública*. 2001; 3(1): 13-39.
65. Pérez B. La equidad en los servicios de salud. *Rev Cubana Salud Pública*. 2007; 33(3): 1-9.
66. Cardona D, Acosta L, Bertone C. Inequidades en salud entre países de Latinoamérica y el Caribe (2005-2010). *Gaceta Sanitaria*. 2013; 27(4): 292-297.
67. Sandiford P, Salvetto M. Las desigualdades en salud en Panamá. *Gaceta Sanitaria*. 2002; 16(1): 70-81.

68. Laurell A. Sistemas universales de salud: retos y desafíos [Monografía en Internet]. Río de Janeiro: Instituto Suramericano de Gobierno en Salud; 2012. [accesado 25 de agosto 2015]. Disponible en: <http://isags-unasul.iphotel.info/media/file/SistemasUniversalesdeSaludRetosyDesafios%20.pdf>
69. Atun R, Monteiro de Andrade LO, Almeida G, Cotlear D, Dmytraczenko T, Frenz P, et al. La reforma de los sistemas de salud y la cobertura universal de salud en América Latina. *MEDICC Rev.* 2015;17:S21- S39.
70. Klein U, Scheller D. Policy trends and reforms in the German DRG-based hospital payment system. *Health Policy.* 2015; 119(3): 252-257.
71. Delgado L. Documentación sobre gerencia pública, del Subgrupo A1, Cuerpo Superior, especialidad de Administración General, de la Administración de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha. Castilla La Mancha: Escuela de Administración Regional; 2009. [accesado 27 de agosto 2016]. Disponible en: [http://empleopublico.castillalamancha.es/empleopublico/c/document\\_library/get\\_file?uuid=b53ad8d3-4f3b-46ea-a0b0-c37741bbacdf&groupId=10129](http://empleopublico.castillalamancha.es/empleopublico/c/document_library/get_file?uuid=b53ad8d3-4f3b-46ea-a0b0-c37741bbacdf&groupId=10129).
72. Gavidia V, Talavera M. La construcción del concepto de salud. *Didáctica de las ciencias experimentales y sociales.* 2012; (26): 161-175.
73. OPS/OMS. La salud pública en Las Américas. Washington, D.C: OPS/OMS; 2002.

74. Salas W. Diseño de un modelo de análisis de sostenibilidad de políticas públicas en salud. Barcelona: Universidad Politécnica de Cataluña; 2012.

75. Salas W, Ríos L, Gómez R, Álvarez X. Paradigmas en el análisis de políticas públicas de salud: limitaciones y desafíos. Rev Panam Salud Publica. 2012; 32(1): 77-81.

76. Sandoval C. Investigación cualitativa. Bogotá: Instituto Colombiano para el fomento de la Educación Superior; 2015.

77. Blumer H. referido por: Ynoub, R. Revisión de algunos fundamentos lógico-metodológicos de la investigación cualitativa. Perspectivas Metodológicas. 2015; 2(16): 11-34.

78. De Ortuzar, M. G. “Gobernanza” y “Gobernanza en salud”: ¿ Una nueva forma de privatizar el poder político?. OXÍMORA Revista Internacional de Ética y Política. 2015; (5): 63-86.

79. Víctor Carrasco Comentarios Miércoles de Salud Pública Cobertura Universal en Salud. [diapositivas]. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia, 2015.

80. Homedes N, Ugalde A. Las reformas de salud neoliberales en América Latina: una visión crítica a través de dos estudios de caso. *Rev Panam Salud Publica*. 2005; 17(3): 210-20.

81. Jaramillo I. Evaluación de la descentralización de la salud y la reforma de la Seguridad Social en Colombia. *Gaceta Sanitaria*. 2002; 16(1): 48-53.

82. Guan X, Qi L, Liu L. Controversy in public hospital reforms in China. *The Lancet Global Health*. 2016; 4(4): e240.

83. Maarse H, Jeurissen P. The policy and politics of the 2015 long-term care reform in the Netherlands. *Health Policy*. 2016; 120(3): 241-245.

84. Villa S, Kane N. Assessing the Impact of Privatizing Public Hospitals in Three American States: Implications for Universal Health Coverage. *Value in Health*. 2013; 16(1): S24-S33.

85. Homedes N, Ugalde A. Privatización de los servicios de salud: las experiencias de Chile y Costa Rica. *Gaceta Sanitaria*. 2002; 16(1): 54-62.

86. Fernández G. ¿Protección social en salud? Ni “seguro”, ni “popular”. *Estudios Políticos*. 2013; (28): 163-193.

87. Chevreul K, Berg K. Financing long-term care for frail elderly in France: The ghost reform. *Health Policy*. 2013; 111(3): 213-220.

88. Awosusi A, Folaranmi T, Yates R. Nigeria's new government and public financing for universal health coverage, *The Lancet Global Health*. 2015; 3(9): e514-e515.

89. Titelman D, Cetrángolo O, Acosta O. La cobertura universal de salud en los países de América Latina: cómo mejorar los esquemas basados en la solidaridad. *MEDICC Review*. 2015; (17): S68 – S72.

90. Flórez K. La competencia regulada en el sistema de salud colombiano. *Revista LEBRET*. 2010; ( 2): 73-99.

91. Acosta N. Reforma colombiana de salud basada en el mercado: una experiencia de “Managed care y managed competition”. [Monografía en Internet]. Bogotá: Centro de Proyectos para el Desarrollo - CENDEX; 2003. [accesado 27 de julio 2016]. Disponible en: <http://www.javeriana.edu.co/cendex/pdf/DT%20004-03.pdf>

92 . Zea J. ¿Qué enseña la reforma colombiana sobre los mercados de salud?. *Gerencia y Políticas de Salud*. 2004; 3(6): 8-34.

93 . Giovanella L. Los sistemas de salud de Argentina, Brasil y Uruguay en perspectiva comparada. Elaborado a partir de los Perfiles Descriptivos de los Sistemas de Salud de los Estados parte del MERCOSUR de autoría de: Martín A

Morgenstern (Argentina); Gilberto Ríos (Uruguay); Edgar Merchán-Hamann, Helena E. Shimizu y Ximena PD Bermúdez (Brasil). Rio de Janeiro: Observatorio MERCOSUR de Sistemas de Salud; 2013.

94. Organización Panamericana de la Salud. “Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas”. Washington DC: OPS; 2010.

95. Vargas I, Vázquez M, De la Corte P, Mogollón A, Unger J. Reforma, equidad y eficiencia de los sistemas de salud en Latinoamérica. Un análisis para orientar la cooperación española. Informe SESPAS 2008. Gaceta Sanitaria. 2008; 22(1): 223-229.

96. Fernández J. El informe de la Organización Mundial de la Salud 2000: un juego de ordenador políticamente incorrecto. Gaceta Sanitaria. 2001; 15(5): 453-460.

97. Knaul F, González E, Gómez O, García D, Arreola H, BarrazaM, et al. Hacia la cobertura universal en salud: protección social para todos en México. Salud Pública de México. 2013; 55(2): 207-235.

98. Frenk J. Señalando el camino hacia la cobertura universal de salud: un llamado a la acción. MEDICC Review, 2015; (17): S62 – S67.

99. Etienne C. El logro de la cobertura universal de salud es un imperativo moral.

MEDICC Review. 2015; (17): S12 – S13.

100. Brito P. Impacto de las reformas del sector de la salud sobre los recursos humanos y la gestión laboral. Pan American Journal of Public Health. 2000; (8): 43-54.

101. Carrasco V. Los trabajadores de salud, los actores olvidados de las reformas. Acta méd. Peruana. 2014; 31(1): 52 – 58.

102. Heredia N, Laurell AC, Feo O, Noronha J, González-Guzmán R, Torres-Tovar M. El derecho a la salud: ¿cuál es el modelo para América Latina?. MEDICC Review. 2015; 17(1): S16-S18.

103. Echeverri ME. Derecho a la salud, Estado y globalización. Facultad Nacional de Salud Pública. 2016; 24: 81-96.

104. López-Acuña D, Brito P, Crocco P, Infante A, Marín JM, Zeballos JL. Hacia una nueva generación de reformas para mejorar la salud de las poblaciones. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health. 2000; 8(1/2): 147 – 150.

105. Muñoz F, López-Acuña D, Halverson P, Guerra de Macedo C, Hanna W, Larrieu M, y col. Las funciones esenciales de la salud pública: un tema emergente en las reformas del sector de la salud. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health. 2000; 8(1/2): 126 – 134.

106. Gofin J, Gofin R. Atención primaria orientada a la comunidad: un modelo de salud pública en la atención primaria. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health. 2007; 21(2/3): 177 – 185.

107. Atrio JL, Piccone MS. De la Administración Pública a la Gerencia Pública. El porqué de la necesidad de gestionar la transición. Revista del Clad Reforma y Democracia. 2008; 42: 173-210.

108. Martins HF. Administración pública gerencial y burocracia. La persistencia de la dicotomía entre política y administración. Reforma y Democracia. 1997; 9: 131-158.

## **ANEXOS**

## 1. Instrumento de recolección de datos

### 1. Datos generales

Labor desempeñada en el período de estudio (2006-2015):

Sexo:

Edad:

Labor actual:

### 2. Análisis crítico de las reformas en salud 2006 – 2015

Para los períodos 2006-2011 y 2011 – 2015?

2.1. ¿Cuál es su apreciación sobre la función de gobierno (o rectoría o conducción estratégica) en salud?

2.2. ¿Cuál es apreciación sobre financiamiento en salud en lo que se refiere a acceso, suficiencia, distribución, u otros?

2.3. ¿Cuál es su apreciación sobre prestación en salud en lo que se refiere a cobertura y acceso universal?

2.4. ¿Cuál es su apreciación sobre integración organizativa del sistema de salud y los niveles de eficiencia que ha logrado?

2.5. ¿Cuál es su apreciación sobre integración funcional del sistema de salud, en particular entre el MINSA y ESSALUD?

2.6. ¿Cuál es su apreciación sobre condiciones de salud de la población en el momento actual, luego de las reformas implementadas?

2.7. ¿Cuál es su apreciación sobre el grado de satisfacción de la población con el sistema de salud?

### 3. Propuesta para un nuevo sistema de salud para el bicentenario

3.1. ¿Cuáles considera deben ser los alcances de la función de rectoría o conducción estratégica del MINSA en el sistema de salud?

3.2. ¿Cuáles considera las principales rutas hacia la universalización del financiamiento en salud que pueden implementarse en el Bicentenario de la Independencia (2021)?

3.3. ¿Cuáles considera las principales rutas hacia la cobertura y acceso universal en salud que pueden implementarse en el Bicentenario de la Independencia (2021)?

3.4. ¿Qué tipo de organización y funciones propondría para un nuevo sistema de salud? ¿Qué grado de integración debe tener?

3.5. ¿Qué objetivos y metas referidas a resultados sanitarios considera factibles para el Bicentenario de la Independencia (2021)?

3.6. ¿Qué objetivos y metas referidas a satisfacción de ciudadanos con el sistema de salud considera factibles para el Bicentenario de la Independencia (2021)?