

SISTEMA DE SALUD EN EL PERÚ: SITUACIÓN ACTUAL, DESAFÍOS Y PERSPECTIVAS

PERU HEALTH SYSTEM: CURRENT SITUATION, CHALLENGES AND PERSPECTIVES

Jacqueline Alcalde Rabanal¹, Oswaldo Lazo Gonzales², Nayeli Macias¹, Carla Contreras Ochoa¹, Olga Espinosa Henao¹

1. Instituto Nacional de Salud Pública. México.
2. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Perú.



RESUMEN

En el presente documento, se presenta información actualizada del Sistema de Salud de Perú a fin de comprender su estructura, los principales cambios y los resultados en salud. Se ha utilizado un formato ágil con el fin de que pueda ser utilizado por tomadores de decisiones, la comunidad académica y otros interesados en el sistema de Salud de Perú. En la primera parte, se presenta información del contexto demográfico y social del país; así como las condiciones de salud de la población peruana a las cuales tiene que responder el sistema de salud. En la segunda parte, se describen las características del sistema de salud vinculadas con su estructura y cobertura, las fuentes de financiamiento, los recursos de los que dispone para atender a la población (humanos, establecimientos de salud y medicamentos); la rectoría del sistema; y los mecanismos para el ejercicio de la ciudadanía en salud. Finalmente, se describen los retos que debe asumir el sistema de salud de Perú para alcanzar la cobertura universal efectiva para todos los peruanos.

Palabras clave: Sistema de salud, Seguridad social, Rectoría, Servicios de salud, Perú

Financiamiento

El presente trabajo contó con financiamiento del Colegio Médico del Perú.

Conflicto de interés

Ninguno de los autores que participaron en este artículo presentan conflictos de interés

Proceso editorial

Recibido: 29 de Junio del 2019
Aprobado: 30 de Septiembre del 2019

Correspondencia

Angel Oswaldo Lazo Gonzales
oswaldo.lazo@upch.edu.pe

Cita bibliográfica

Alcalde-Rabanal J, Lazo-Gonzales O, Macias N, Contreras-Ochoa C, Espinosa-Henao O. Sistema de salud de Perú: Situación actual, desafíos y perspectivas. Revista Internacional de Salud Materno Fetal. 2019; 4(3): 8 - 18.

ABSTRACT

In this document, updated information of the Health System of Peru is presented in order to understand its structure, the main changes and the results in health. An agile format has been used so that it can be used by decision makers, the academic community and others interested in Peru's Health system. In the first part, information on the demographic and social context of the country is presented; as well as the health conditions of the Peruvian population to which the health system has to respond. In the second part, the characteristics of the health system related to its structure and coverage, the sources of financing, the resources available to assist the population (humans, health facilities and medicines) are described; the rectory of the system; and the mechanisms for the exercise of health citizenship. Finally, the challenges that Peru's health system must assume to achieve effective universal coverage for all Peruvians are described.

Keywords: Health system, Social security, Rectory, Health services, Peru

INTRODUCCIÓN

El sistema de salud peruano atraviesa por una reforma funcional, su estructura segmentada no ha experimentado cambios y está integrado el subsector público y privado. El subsector público comprende i) Régimen Contributivo Indirecto (subsidiado), financiado con recursos fiscales, aporte de hogares y cooperación internacional y ii) Régimen Contributivo Directo, financiado por empleadores (EsSALUD). El financiamiento para institutos armados y policía nacional es estatal, complementado con el aporte de sus miembros. El Régimen Privado es financiado por las familias mediante pago de bolsillo o de un plan de beneficios a aseguradoras privadas. Las organizaciones filantrópicas que brindan servicios de salud se financian con recursos propios y de cooperación externa.

Existen 26 unidades descentralizadas, 25 Direcciones Regionales de Salud (DIRESA). EsSALUD, los institutos militares y la policía nacional disponen de su propia red de servicios que están distribuidos a nivel nacional. Existe también una red de servicios mixta, que siendo estatal opera bajo el régimen privado que fue implementada por la Municipalidad Metropolitana de Lima y se ha extendido a diferentes ciudades del país (Hospitales de la Solidaridad).

Las Administradoras de Fondos para el Aseguramiento en Salud (IAFAS) se introdujeron para mejorar la eficiencia e incrementar el aseguramiento, están obligadas a ofertar el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS). El PEAS y otros planes complementarios son provistos por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) todas ellas de diversa naturaleza legal, capacidad resolutoria, costos de operación y calidad de atención.

CONTEXTO

Demográfico y social

En 2017 Perú tenía una población de 31 237 385 habitantes, el 50.8% (15 868 591) hombres y 49.2% (15 368 794) mujeres. La población se concentró principalmente en la costa (58%), la sierra (28.1%) y la selva (13.9%).¹⁻³ Según la Encuesta de Demografía y Salud 2017, el 26.75% de la población eran menores de 15 años, el 62.3% tenían entre 15 y 60 años y los adultos mayores de más de 60 años representaban el 8.%. Para 2025 los jóvenes se mantendrán en 8 millones aproximadamente (24%), y se incrementará la población mayor de 60 años de 3 a 4.3 millones (pasando de 10% a 13%). La tasa global de fecundidad pasó de 2.41 hijos por mujer en 2008 a 2.37 en 2017.

La distribución del ingreso medida con el Índice de Gini fue de 0.511 en 2006 y de 0.444 en 2013 (0.401 urbano y 0.420 rural).³ La pobreza extrema se redujo de 54.4% en 2011 a 25.8% en 2012⁴ y en 2013 alrededor de 12 millones de peruanos lograron salir de la pobreza (los emergentes), mismos que representan el 40.1% de la población.⁵ En 2015, el 21.77% de la población es pobre (45.18% rural y 14.54% urbano) que mayoritariamente vive en la sierra, seguida de la costa y la selva.⁶

En la última década, Perú tuvo un crecimiento promedio del Producto Interno Bruto (PIB) de 5.9% e inflación promedio del 2.9% que lo convirtió en una de las economías con más rápido crecimiento en América Latina y el Caribe.⁷ Incrementó el gasto social en programas para población de menores recursos como el Programa Juntos, que consiste en transferencias monetarias directas focalizadas principalmente en población rural e indígena.⁸ También se implementaron programas de empleo temporal; de transferencias no monetarias en salud y seguridad alimentaria, como el Programa Nacional de Alimentación Escolar (Qali Warma), y medidas de protección social como el Seguro Integral en Salud (SIS).

Condiciones de salud

La esperanza de vida promedio en 2008 fue de 73 años y en 2015 de 75.1 años, similar a la de América Latina.^{9, 10} La mortalidad general tuvo un ligero ascenso de 5.5 en 2008 a 5.7 en 2015 (Tabla 1). En 2014, las principales causas de muerte en las mujeres fueron los tumores malignos, influenza y neumonía, y otras infecciones bacterianas (Tabla 2). Las principales causas de muerte en hombres fueron tumores malignos, influenza y neumonía, y causas externas por traumatismos accidentales (Tabla 3).¹¹ La mortalidad entre 2004 y 2014 ha variado, se incrementaron las defunciones por tumores malignos, mientras que las infecciones respiratorias pasaron de la primera a la segunda causa de muerte. Las defunciones causadas por diabetes aumentaron tanto en hombres como mujeres y las enfermedades isquémicas del corazón e hipertensivas se mantuvieron sin cambios.^{12,13}

La tasa de mortalidad infantil descendió de 20 muertes por 1000 nacidos vivos, en 2008 a 16.6 en 2015 (Tabla 1), valores similares a los reportados para América Latina. La mortalidad neonatal se redujo en un 51% en este periodo, y la desnutrición crónica en menores de cinco años también disminuyó. Entre las principales causas de defunción infantil están las infecciones respiratorias agudas y la enfermedad diarreica aguda.¹⁴

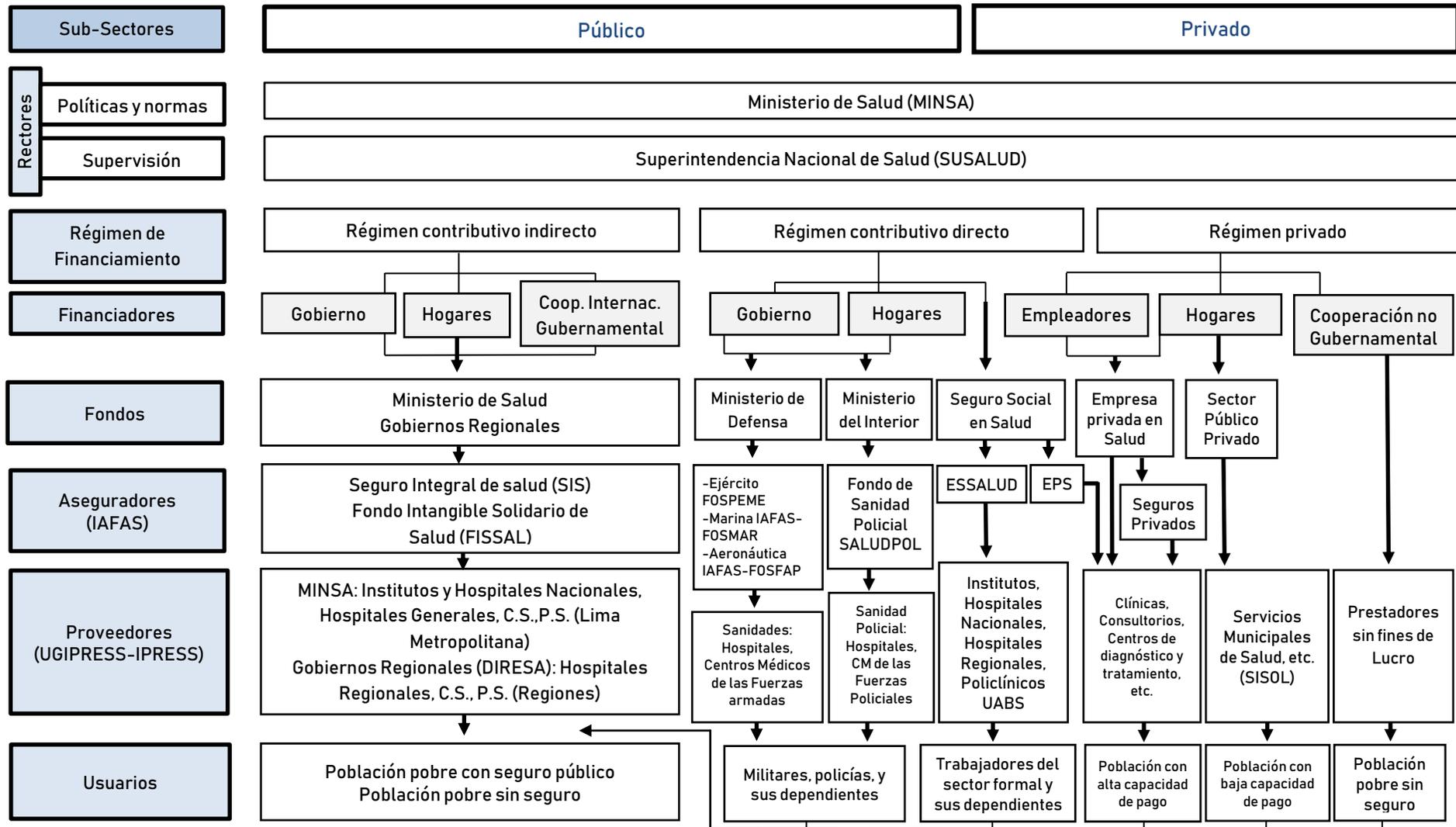


Figura 1. Mapa del Sistema de salud peruano

Tabla 1. Indicadores básicos en el Perú y América Latina

	2008		2014 - 2015	
	Perú	AL	Perú	AL
Población total	28807034	572388000	31151643	62268900
Esperanza de vida al nacer	73.1	73.7	75.1	77
Tasa de mortalidad general	5.5	6.1	5.7	5.8
Tasa de mortalidad infantil	20.0	20.2	16.6	17.7
Razón de mortalidad materna	185	89.4	89	77
Prevalencia de diabetes	ND	8%	3.2%	9.4%
Prevalencia de hipertensión arterial	ND	35%	14.8%	30%
Proporción de partos atendidos por personal calificado	73%	88%	90%	93.9%
Cobertura de vacunación				
DPT en menores de 1 año	99%	91%	90.9%	88%
DPT en niños entre 1 y 4 años	90%		93.6%	
Población con protección social en salud	12098954	ND	22740699	ND
Población sin protección social en salud	16708080	ND	8410944	ND
Gasto total en salud como porcentaje del PIB	5.5	6.9	5.5	7.24
Gasto total en salud per cápita	420	541	656	714
Gasto público en salud como porcentaje del gasto total en salud	59.4	48.4	60.6	51.2
Gasto de bolsillo en salud como porcentaje del gasto total	41	ND	29	ND
Porcentaje de hogares con gastos catastróficos por motivos de salud	3	ND		ND

AL: América Latina

Tabla 2. Principales causas de muerte en mujeres, Perú. Comparativo 2004 y 2014.

	2004		2014		
	n	%	n	%	
Infecciones respiratorias agudas	5455	12.4	Tumores malignos	10116	22.6
Enfermedades isquémicas del corazón	2109	4.8	Influenza y neumonía	6471	14.5
Enfermedad cerebrovascular	2046	4.6	Otras enfermedades bacterianas	3766	8.4
Septicemia, excepto neonatal	1577	3.6	Otras causas extremas de traumatismos accidentales	1705	3.8
Enfermedades hipertensivas	1536	3.5	Otras formas de enfermedades del corazón	2339	5.2
Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	1490	3.4	Enfermedades isquémicas del corazón	1929	4.3
Ciertas afecciones del periodo perinatal	1431	3.2	Enfermedades cerebrovasculares	2073	4.6
Tumor del estómago	1279	2.9	Otras enfermedades respiratorias que afectan el intersticio	1871	4.2
Deficiencias y anemia nutricionales	1141	2.6	Enfermedades hipertensivas	1900	4.3
Diabetes mellitus	1008	2.3	Diabetes mellitus	1902	4.3
Las demás causas	24961	57	Las demás causas	10601	23.8
Total	44033	100	Total	44673	100

La razón de mortalidad materna también disminuyó de 185 por 100 000 nacidos vivos en 2008 a 89 en 2015;¹⁵ todavía muy superior al de América Latina (Tabla 1).

Respecto a enfermedades crónicas, la prevalencia de diabetes mellitus en 2015 fue de 3.2%, siendo más alta en mujeres que en hombres; y la prevalencia de hipertensión arterial fue de 14.8%, siendo más alta en hombres que en mujeres. Estas cifras están aún por debajo de las prevalencias reportadas para América Latina (9,4% diabetes y 30% hipertensión) para este mismo año.

Las principales causas de morbilidad y mortalidad en población indígena adulta son las infecciones intestinales, respiratorias y dentales, tuberculosis, infecciones de transmisión sexual, malaria, hipertensión y depresión.¹⁵ La mortalidad infantil es tres veces mayor en la población indígena y está asociada a desnutrición crónica, enteroparasitosis y anemia.

especto a enfermedades transmisibles, en 2013 la tasa de incidencia de VIH fue de 3.9 por 100 000 habitantes, con una razón de casos hombre/mujer de 2.9. La tasa de incidencia de tuberculosis fue de 97.9 por 100 000 mil. El número de casos de malaria aumentó casi al doble del 2012 al 2016 (23 853 casos); comportamiento similar se observó en dengue (10 584 casos confirmados y 12 807 casos probables en 2016). También se reportaron 56 casos de Chikunguña y 91 de virus Zika.

Años de vida saludables perdidos (AVISA)

En 2015, se perdieron un total de 6 550 280.65 años de vida saludable (AVISA), de los cuales 47% (3 093 990.23) correspondieron a mujeres y 53% (3 456 290.42) a hombres. En las mujeres, las principales causas de AVISA fueron enfermedades no transmisibles (14.7%), neoplasias (10.1%), trastornos mentales y por consumo de sustancias (9.5%), trastornos musculo esqueléticos (8.8%), enfermedades diarreicas, infecciones respiratorias bajas y otras infecciones comunes (8.8%), trastornos neurálgicos (7.4%), enfermedades cardiovasculares (7.3%), desórdenes del periodo neonatal (6.8%), diabetes, enfermedades endocrinas, urogenitales y de sangre (6.7%) y lesiones no intencionales (5.2%).¹⁶

En los hombres, las principales causas de AVISA fueron: enfermedades no transmisibles (12.6%), enfermedades diarreicas, infecciones respiratorias bajas y otras infecciones comunes (10.1%), lesiones no intencionales (8.8%), trastornos mentales y por consumo de sustancias (8.7%), enfermedades cardiovasculares (8.27%), neoplasias (7.98%), desórdenes del periodo neonatal (7.62%), trastornos musculo esqueléticos (6.69%), diabetes, enfermedades endocrinas, urogenitales y de sangre (5.43%) y lesiones por accidentes de transporte (5.19%).²³

Tabla 3. Principales causas de muerte en hombres, Perú. Comparativo 2004 y 2014.

	2004		2014		
	n	%	n	%	
Infecciones respiratorias agudas	5604	11.2	Tumores malignos	9244	17.9
Enfermedades isquémicas del corazón	2507	5	Influenza y neumonía	6878	13.3
Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	2001	4	Otras causas externas de traumatismos occidentales	3981	7.7
Enfermedad cerebrovascular	1967	3.9	Otras enfermedades bacterianas	3456	6.7
Ciertas afecciones del periodo perinatal	1845	3.7	Otras formas de enfermedades del corazón	2401	4.6
Septicemia, excepto neonatal	1541	3.1	Enfermedades isquémicas del corazón	2568	5
Enfermedades hipertensivas	1402	2.8	Enfermedades cerebrovasculares	2064	4
Tumor del estómago	1324	2.6	Otras enfermedades respiratorias que afectan el intersticio	2032	3.9
Tuberculosis	1193	2.4	Enfermedades hipertensivas	1892	3.7
Tumor de próstata	1100	2.2	Diabetes mellitus	1793	3.5
Las demás causas	29645	59.1	Las demás causas	15478	29.7
Total	50129	100	Total	51787	100

Tabla 4. Principales causas de muerte en hombres, Perú. Comparativo 2004 y 2014.

	2008	2011	2012	2013	2014	2015
	%	%	%	%	%	%
Población afiliada a algún seguro de salud	42.0	64.5	61.9	65.5	69	72.9
Afiliada al Seguro Integral de Salud (SIS)	18.0	36.1	31.4	35.3	39	43.4
Afiliada al Seguro Social de Salud (EsSALUD)	20.0	22.7	24.4	24.4	24.6	24.5
Afiliada a otros seguros	4.0	5.7	6.1	5.8	5.4	5.0
Seguros privados	ND	2.0	1.9	1.9	1.8	1.5
Seguro de sanidades	ND	1.9	1.9	1.6	1.6	1.5
Dos o más seguros	ND	1.8	2.4	2.2	2.0	2.0
Población sin seguro de salud	58.0	35.6	38.2	34.6	31.0	27.2

ND: No determinado

Estructura y cobertura

La estructura del sistema de salud de Perú continúa siendo segmentada. La modificación de mayor importancia fue la creación de la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD) y las IAFAS. En los últimos años la IAFAS del Seguro Integral de Salud (SIS) se fortaleció y se crearon instancias similares en EsSALUD, los institutos armados, la policía y los seguros privados. Las IAFAS, están legalmente obligadas a ofertar el PEAS y se vinculan a un estrato social-poblacional y a una red de prestación de servicios propia o contratada. En teoría para el intercambio de servicios las IAFAS pueden contratar a cualesquier IPRESS para ofrecer atención a sus afiliados, pero esto ocurre excepcionalmente pese a la existencia de múltiples convenios entre ellas.

El PEAS y otros planes complementarios son provistos por las IPRESS, las IPRESS pertenecientes al Ministerio de Salud (MINSAL) atienden a población pobre con seguro público y sin seguro de salud. Las que pertenecen al Ministerio de Defensa ofrecen atención a trabajadores y familiares del Ejército, Marina y Fuerza Aérea. Las del Ministerio del Interior atienden a los policías y sus familias. EsSalud oferta servicios a trabajadores del sector público y privado y sus familiares.

La cobertura de aseguramiento en salud se incrementó, en 2008 sólo el 42% de la población tenía seguro de salud y en 2015 el 72.9% (Tabla 4). La cobertura aumentó en la mayoría de las regiones, sobre todo en aquellas con mayor pobreza.¹⁷ El SIS pasó del 18% de población asegurada en 2008 a 43.4% en 2015; evidentemente este resultado se debe a la eliminación de restricciones administrativas que facilitó la inclusión de población de pueblos alejados, indocumentados, personas privadas de la libertad, niños residentes en albergues y personas en situación de calle.

El seguro SIS Emprendedor afilió a trabajadores independientes del Nuevo Régimen Único Simplificado y sus derechohabientes. También la cobertura de EsSALUD se incrementó de 20% de asegurados en 2008 a 25% en 2015. Las IAFAS del Ejército (FOSPEME), Fuerza Aérea (FOSFAP) y Marina (FOSMAR) cada una cubre al 0.1% de la población, mientras que las de la Policía Nacional (SALUDPOL) cubre al 1.3% de la población. El 5% restante de la población está afiliada a otros seguros y el 1.5% a seguros privados.

El PEAS contempla 140 condiciones asegurables de salud (preventivas, diagnósticas, curativas y de rehabilitación) y responde aproximadamente al 65% de la carga de enfermedad a nivel nacional. En 2011, se agregaron al PEAS planes complementarios para traslado y sepelio; y en 2012 enfermedades de alto costo. Los beneficiarios de EsSalud, la Sanidad de las Fuerzas Armadas y la Policía Nacional tienen un plan específico de beneficios que cubre todas las necesidades de salud.^{18,19}

Financiamiento

El presupuesto público en salud pasó de 4.2% del PBI en 2006 a 5.5% en 2014,^{20, 21} no obstante, este porcentaje es menor al promedio para Región de América Latina (7.24%). Las fuentes de financiamiento para la salud son principalmente el gobierno nacional, gobierno regional y endeudamiento; seguido de empleadores públicos y privados que canalizan recursos a la seguridad social y los hogares a través del gasto de bolsillo. En menor medida se reciben recursos externos, donantes internos y del sector privado, este último se financia con recursos de los hogares, venta de seguros privados, y cooperación internacional o donaciones en el caso de prestadores privados no lucrativos.

En 2012, los hogares financiaron el 37% del gasto total en salud, los empleadores el 30%, el gobierno el 29%; el sector privado el 1.9%, colaboradores externos 0.9%, donantes internos 0.6% y otros el 0.5%. El financiamiento público para el MINSA en 2012 provino de recursos ordinarios (75.6%), recursos del SIS (7.3%), de las regiones (3%) y sanidades, beneficencias y municipios (14%). Para EsSALUD, 98% de los recursos provinieron de aportaciones correspondientes de los empleadores (Ley N° 26790). El 98.9% de recursos para el SIS provienen del Tesoro Público, el 0.6% de recursos recaudados directamente, 0.5% de donaciones y transferencias. El gasto de bolsillo en salud en 2008 era del 41% del gasto total en salud y en 2014 del 29%. El gasto de bolsillo per cápita, se estimó en US\$103 en 2014, el 61.7% se financió atención privada y 29.9% compra de medicamentos.

En 2015, del gasto público total el 81% fue gasto corriente y 19% gasto de capital. Del gasto corriente 30% financió personal y obligaciones sociales, 3% pensiones y otras prestaciones sociales, 43% mantenimiento preventivo y correctivo de equipos hospitalarios, infraestructura y medicamentos. De 2011 a 2015, el financiamiento para inversión en salud se incrementó más de veinte veces con lo cual se construyeron, ampliaron y remodelaron establecimientos de salud nacionales, regionales y provinciales.

RECURSOS

Recursos humanos

En 2013 existían 11.9 médicos por 10 000 habitantes; 12.7 enfermeras y 1.9 odontólogos, densidades inferiores al observado para América Latina (17.6 médicos, 13.8 enfermeras y 4.3 odontólogos por 10,000 hab.). En 2015, se estimó que existían 29.9 equipo de salud (médico, enfermero, obstetra) por 10 000 habitantes, cifra que supera la densidad promedio en la región.²² El número de camas también aumentó de 44 926 en 2010 a 46 574 en 2014; estimándose para este último 1.6 camas por 1000 habitantes (América Latina 2.0 camas por 1000 mil habitantes).²³

Del total de trabajadores de salud (245,779)²⁴ en 2015, el 70% (170962) trabajan en el MINSA y gobiernos regionales, 22% en EsSALUD (53445) y 8% (21592) en otros prestadores de servicios de salud. Del total de trabajadores de salud en 2015, el 15.5% fueron médicos, el 16.3% enfermeras, 5.9% obstetras, 2.3% odontólogos, 32% técnicos y auxiliares asistenciales, y 24.7% personal administrativo.

Del total de recursos humanos del MINSA y gobiernos regionales (150925) en 2013, el 84% (126782) se ubicó en zona urbana, de estos 42% (52755) están en Lima metropolitana y región. A nivel urbano también, se concentran el 85.2% de médicos generales y el 99.2% de médicos especialistas; 79.3% de enfermeras; 70.2% de obstetras, 68.9% de odontólogos, 76.3% de técnicos en enfermería y 78.3% otros técnicos asistenciales.²⁵

Las plazas de residencia médica se incrementaron de 1495 en 2011 a 3335 en 2015; las plazas de Servicio Rural Urbano en Salud pasaron de 7121 en 2011 a 9013 en 2015. Las sedes regionales de formación de médicos especialistas aumentaron de 5 en 2008 a 21 en 2015,²⁶ y se amplió la política de especialización para obstetricia, odontología y enfermería.

Establecimientos de salud

En 2010, se reportaron 9559 establecimientos de salud y en 2014 de 10860. De los 10 860 establecimientos de salud 5,7 % (n=622) son hospitales, 23.2% (n=2519) son centros de salud y 71% (n=7719) puestos de salud. El 35.2% de los hospitales se concentran en Lima, el 9,4% en La Libertad y 5.9% en Lambayeque. Del total de centros de salud, el 24.8% se localizan en Lima, seguido de Piura con 6.1% y Cajamarca con 5.6%. En cuanto a los puestos, se concentran principalmente en Cajamarca (11.1%), Lima (7.2%), Junín (6.6%) y Amazonas (6.5%).

Las IAFAS crecieron de 21 en 2011 a 101 en 2015 y para este año se registraron 19674 IPRESS cifra 10.2% mayor que las registradas en 2014. Del total de IPRESS, el 33,9% corresponde a unidades de primer nivel de atención. Las IPRESS dependientes del MINSA y gobiernos regionales financiadas por el SIS atendieron en 2015 alrededor de 17.9 millones de consultas externas, 817716 egresos hospitalarios, 1.8 millones de atenciones de emergencia y 293,356 atenciones de partos; actividades que junto con las acciones preventivo-promocionales del SIS suman en total 58.2 millones de atenciones. EsSALUD en 2015 atendió 20 172 896 de consultas (incremento del 2.7% respecto a 2011) y 109 793 partos; siendo las tres redes en Lima (Almenara, Rebagliati y Sabogal) las que atienden el 44.6% del total de partos vaginales y el 46,8% del total de cesáreas.

La evaluación de la calidad en consulta externa en 2015²⁷ mostró que el 71.1 % estaba satisfecho con la atención recibida en los servicios de salud públicos. Sin embargo, otras iniciativas como la del Latino barómetro reportaron que sólo el 31.6% de la población está satisfecho con la atención en los hospitales públicos.²⁸

Medicamentos e insumos

El acceso a medicamentos e insumos hospitalarios se fortaleció en 2011 con la creación de la Dirección de Abastecimiento de Recursos Estratégicos en Salud. Simultáneamente a su creación se establecieron procesos articulados de programación, adquisición, almacenamiento y distribución de medicamentos, insumos médicos y material de laboratorio. El Centro Nacional de Abastecimiento de Recursos Estratégicos de Salud (CENARES) asumió la gestión de los procesos de abastecimiento y compra de productos a nivel local e internacional,²⁹ y a pesar de la certificación del CENARES en 2016, persiste la disponibilidad insuficiente de medicamentos en establecimientos de salud.

Entre 2011-2015 se realizaron compras corporativas sectoriales de medicamentos con gobiernos regionales, EsSALUD, Sanidad de las Fuerzas Armadas y Policiales y el MINSAL. Se aseguró el abastecimiento de 400 medicamentos, y la adjudicación de 2 154 millones de soles. Por otro lado, en 2015 se entregaron 2 205 millones de medicamentos a las IPRESS vinculadas a las IAFAS del SIS. Sin embargo, se reportó un déficit general de medicamentos de 2.9% en relación con lo prescrito (2 271 millones).¹⁶

Rectoría

El MINSAL es la máxima autoridad sanitaria y ente rector del Sistema de Salud en Perú, ejerce las funciones de formular, dirigir y supervisar la política nacional de salud. Sin embargo, la rectoría del MINSAL sigue debilitada en parte explicada por la segmentación del sistema, la presión de grupos dentro y fuera del Gobierno, la influencia de agencias internacionales, la descentralización aún en proceso y la escasa formación tecno-política en salud. Por otro lado, el Consejo Nacional de Salud integrado por el MINSAL, representantes de unidades prestadoras públicas y privadas y en menor medida la sociedad civil está llamado a ser una instancia de gobernanza sectorial y horizontal, rol que cumple con limitaciones. La Comisión Intergubernamental en Salud, en la que participan el MINSAL y las distintas DIRESA es una instancia de gobernanza multinivel o vertical, pero opera básicamente como ente de ajuste de directivas administrativas del MINSAL para instancias público estatales de salud.

El Ministerio de Economía y Finanzas implantó la gestión presupuestal basada en resultados de programas estratégicos. Este financiamiento mantiene la verticalidad de los programas confrontando la perspectiva del MINSAL

de avanzar en el aseguramiento público que tiene una cobertura y planes de atención superiores. La política de acreditación de los servicios de salud está liderada por SUSALUD, aunque es una función que le compete al MINSAL.

Ciudadanía en salud

El derecho a la salud y a la atención de salud están definidos en la Constitución Política y en la Ley General de Salud y en la Ley N° 29414. A pesar de los esfuerzos desplegados por el gobierno, las poblaciones de menores recursos enfrentan problemas para la atención en salud. Así la población indígena, (aproximadamente el 15% de la población)³⁰ enfrenta barreras geográficas, económicas y culturales. Un logro importante fue la aprobación de la Política Sectorial de Salud Intercultural en 2016, como resultado del consenso entre representantes de comunidades nativas, la Defensoría de Pueblo³¹ y el Centro Nacional de Salud Intercultural. Grupos con alguna discapacidad, miembros de la comunidad LGBT o personas que viven con VIH/SIDA también enfrentan problemas de exclusión, discriminación y estigmatización en la atención.

La participación ciudadana en la formación, gestión y vigilancia de las políticas públicas en salud varía a nivel urbano y rural. A nivel urbano existen iniciativas de mayor representación y capacidad de incidencia política, entre las que destaca Foro Salud; Organización no gubernamental que participa en la formación y vigilancia de la política de salud de diferentes colectivos sociales, muestra permanente iniciativa y tiene presencia nacional. También destacan las organizaciones de personas con Tuberculosis y VIH/SIDA.³² A nivel rural, la participación está alentada usualmente por organizaciones no gubernamentales que apoyan a asociaciones de agentes comunitarios de salud, a Comités de Desarrollo Comunal o la iglesia católica.

Los Comités Locales de Administración de Salud, creados hace más de 20 años, para impulsar la cogestión de los servicios de salud con la comunidad no han logrado consolidarse. El Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud (2002), creó los Consejos de Salud en los que participa la sociedad civil; sin embargo, su legitimidad y eficacia está en cuestión.

La participación de la universidad en las políticas y prioridades nacionales de investigación y desarrollo de tecnologías en salud es incipiente. Pues, la ausencia de canales de colaboración entre la academia y los servicios de salud son esporádicos y desarticulados.³³

A pesar de que, la ley establece que los colegios profesionales juntamente con el Sistema Nacional Coordinado deben asesorar al MINSA para la política de salud, el MINSA participa en los Consejos de Salud (nacional y regionales) y sus comisiones especializadas y los colegios profesionales no. Las universidades y los colegios profesionales participan en comités de formación de especialistas y juntamente con el Sistema Nacional de Evaluación, Acreditación y Certificación de la Calidad Educativa certifican las competencias de sus colegiados.³⁴

DESAFÍOS Y PERSPECTIVAS

Perú es uno de los países con mayor crecimiento económico en la región de las Américas; ha disminuido progresivamente la pobreza y ha evidenciado mejora en la salud de la población. No obstante, para garantizar el acceso y la cobertura universal efectiva para todos los peruanos debe enfrentar los siguientes desafíos:

1. Superar la segmentación del sistema de salud integrando el financiamiento-aseguramiento público y la integración de redes para la provisión de servicios para acceder a una atención de salud eficaz, gratuita, culturalmente adecuada y de calidad es una tarea muy importante.
2. Incrementar la inversión en salud al menos al promedio de la Región de las Américas (7.4% del PIB) y garantizar su irreversibilidad para consolidar el SIS a fin de ampliar progresivamente la cobertura del PEAS hasta cubrir enfermedades de alto costo sobre todo para la población de menores recursos
3. Fortalecer al MINSA como el organismo rector de la política nacional de salud y su capacidad de gobernanza del sistema de salud. Para lograrlo es necesario el respaldo político, el fortalecimiento de sus capacidades tecno-políticas y un modelo de gestión basado en resultados.
4. Intensificar la descentralización buscando una descentralización fiscal real y mayor participación de la sociedad civil organizada en la formulación de la política nacional y de sus instrumentos de implementación. Es indispensable el manejo honesto, transparente de los recursos, la rendición de cuentas y frente al incumplimiento reiterado de la política y los planes especialmente en situaciones que ponen en riesgo la salud y vida de las poblaciones asegurar la intervención de la Autoridad Sanitaria Nacional.
5. Garantizar que los establecimientos de salud dispongan de personal de salud, insumos y medicamentos requeridos y en cantidad suficiente para la atención. Esto a fin de disminuir el gasto de bolsillo de las familias por concepto de salud que a pesar de su disminución sigue siendo alto.
6. Priorizar la intervención del embarazo adolescente, enfermedades crónicas (diabetes, obesidad e hipertensión) y enfermedades transmitidas por vectores. Su abordaje debe ser integral, pero sobre todo preventivo y de promoción de la salud. Por lo que, se requiere fortalecer las unidades de primer nivel de atención, las competencias del personal de salud; iniciativas intersectoriales y participación de actores locales, familia y comunidad donde el fortalecimiento de los CLAS y consejos regionales de salud son relevantes.
7. Impulsar la investigación y evaluación como instrumentos de respaldo de la política pública y sus resultados. Es indispensable ampliar y profundizar en el conocimiento del sistema de salud, indagar sobre la operación de sus componentes, sus funciones, de las relaciones establecidas entre ellos y de los resultados obtenidos en el mediano y largo plazo. Este desafío exige la conjunción de esfuerzos y de un equipo de investigadores entrenados para tal fin.
8. Incluir en la agenda sanitaria la perspectiva de salud global frente a problemas de salud que superan las fronteras nacionales. La agenda del Desarrollo Sostenible es el marco de referencia de políticas, planes y programas a fin de que gobierno peruano pueda "garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos los peruanos y peruanas."³⁵

AGRADECIMIENTOS

Al Colegio Médico del Perú por haber financiado la actualización del Sistema de Salud de Perú al 2016.

CONTRIBUCIONES DE LOS AUTORES

JA: concepción y el diseño del estudio, análisis, interpretación de los datos y redacción del artículo, revisión crítica y aprobación de la versión final; OL: concepción y el diseño del estudio, análisis, interpretación de los datos y revisión crítica del artículo y aprobación de la versión final; NM: análisis, interpretación de los datos, redacción del artículo y aprobación de la versión final; CC: análisis, interpretación de los datos, redacción del artículo y aprobación de la versión final; OE: Análisis e interpretación de datos, redacción del artículo, revisión crítica, aprobación final de la versión final.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Instituto Nacional de Estadística e Informática. *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar ENDES 2015*. Lima: INEI, 2016. Disponible en: Revisado [02-07-16].
2. Instituto Nacional de Estadística e informática. *Estado de la Población Peruana 2015*. Lima: INEI, 2015. Disponible en: Revisado [02-07-16]
3. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). *Anuario Estadístico de América Latina y el Caribe*. Santiago: CEPAL, 2015.
4. Organización de las Naciones Unidas. *Perú: Tercer Informe Nacional de Cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio*. Nueva York: ONU, 2013.
5. Banco Mundial. *La Movilidad Económica y el Crecimiento de la Clase Media en América Latina*. Washington: Banco Mundial, 2013. Revisado [19-08-16].
6. Instituto Nacional de Estadística e informática. *Informe Técnico: Evolución de la Pobreza Monetaria 2009-2011*. Lima: INEI, 2016.
7. Banco Mundial. *Perú panorama general*. Abril, 2016. Revisado [09-07-16].
8. Vakis R, Perova E. *El impacto y potencial del Programa Juntos en Perú: Evidencia de una evaluación no experimental*. Lima: Juntos-Banco Mundial, 2010.
9. Instituto Nacional de Estadística e Informática. *Indicadores sociales Perú 2004-2008*.
10. Organización Mundial de la Salud: *Estadísticas mundiales 2010*. Ginebra: OMS, 2010.
11. Ministerio de Salud. *Registro de hechos vitales. Base de datos de defunciones 2014*. Lima: OGEI-MINSA; 2018.
12. Ministerio de Salud. *Análisis de Situación de Salud del Perú*. Lima: Dirección General de Epidemiología - MINSA, 2013. Revisado [08-08-16].
13. Instituto Nacional de Estadística. *Perú: enfermedades transmisibles y no transmisibles 2014*. Lima: INEI, 2015.
14. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. *Situación de Salud en las Américas: Indicadores Básicos 2015*. Washington: OPS/OMS, 2015.
15. Defensoría del Pueblo, Perú. *La defensa del derecho de los pueblos indígenas amazónicos a una salud intercultural*. Informe Defensorial N° 169. Lima, 2015. Revisado [18-07-16].
16. Institute for Health Metrics and Evaluation-IHME. *Global Burden Disease Project*. University of Washington. 2018.
17. Superintendencia Nacional de Salud. *Anuario Estadístico 2015*. Lima: SUSALUD, 2016. Revisado [09-08-16].
18. Consejo Nacional de Salud. *Lineamientos y medidas de reforma del Sector Salud*. Lima: Consejo Nacional de Salud Perú, 2013.
19. Ministerio de Salud. *Aseguramiento en Salud*. Lima: Dirección General de Aseguramiento en salud - MINSA, 2016.
20. Ministerio de Economía y Finanzas. *Ejecución del gasto y presupuesto de la función salud*. Lima: Ministerio de Economía y Finanzas, 2015.
21. Ministerio de Salud. *Cuentas Nacionales en Salud estimaciones preliminares*. Lima: MINSA, 2014.
22. Organización Panamericana de la Salud- Organismo Andino de salud. *La política de recursos humanos y el compromiso con el derecho a la salud: Resultados de la primera medición de las Metas Regionales de recursos humanos para la salud 2007 -2015 en los países de la Región Andina*. Revisado [07-09-16].
23. Instituto Nacional de Estadística e Informática. *Compendio estadístico Perú 2015*. Lima: INEI.
24. Ministerio de Salud. *Primer reporte de cumplimiento misional periodo de Gobierno Julio 2011 - Julio 2016*. Lima: MINSA, 2016.
25. Ministerio de Salud. *Compendio estadístico: Información de recursos humanos del sector salud, Perú 2013*. Lima: MINSA, 2014. Revisado [09-07-16].
26. Ministerio de Salud. *Recursos Humanos en Salud*. Lima: Dirección General de Gestión y Desarrollo de Recursos Humanos en Salud, 2015

27. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Nacional de Percepción de los Usuarios de Consulta Externa Informe Final. Lima: INEI, 2015.
28. Corporación Latino barómetro. Santiago: Corporación Latino barómetro, 2016. Revisado [01-09-16]
29. Ministerio de Salud. Primer Memoria sectorial 2011 -2016. Lima: MINSA, 2016.
30. Ministerio de Salud. Política Sectorial de Salud Intercultural. Lima: MINSA, 2016.
31. Defensoría del Pueblo. Informe Defensorías N°134. Lima: Defensoría del Pueblo, 2008.
32. Nino A, Vargas R. Tendencias de la participación en salud en el Perú. Lima: CIES, 2010.
33. Instituto Nacional de Salud. Prioridades Nacionales de Investigación 2015-2021. Lima: Instituto Nacional de Salud - MINSA, 2016. Revisado [09-08-16].
34. Ley N°28740 Ley del Sistema Nacional de Evaluación, Acreditación y Certificación de la Calidad Educativa. Lima: 2006.
35. Naciones Unidas. Objetivos del desarrollo sostenible: Objetivos para transformar nuestro mundo. Revisado [09-09-16].