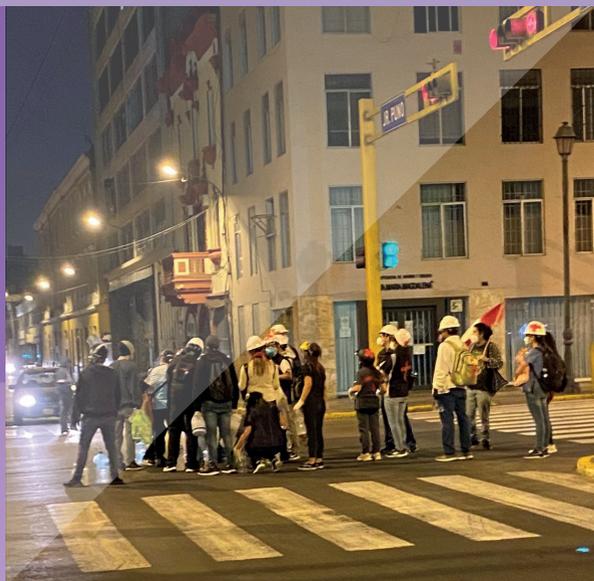


SERIE EDUCACIÓN MÉDICA N° 6

Mirando el Sistema de Salud desde la Universidad

Propuesta para una Metodología de Monitoreo



¿Cómo abordar la situación de un sistema de salud en un país como el nuestro, en el que sus carencias y limitaciones se han tornado casi endémicas? La pregunta cobra mayor vigencia en un escenario de emergencia sanitaria por la presencia de una pandemia que magnifica dichas deficiencias.

El texto “Mirando el Sistema de Salud desde la Universidad. Propuesta para una metodología de Monitoreo”, que edita ASPEFAM en la Serie de Educación Médica N.º 6, constituye un gran aporte para la comunidad médico-académica del país, no solo por la vigencia y actualidad del tema sino por los nuevos enfoques que allí se plantean.

Enfoques y visiones que aspiran no solo a plantear una necesaria reflexión sobre el desempeño del sistema de salud del país sino a promover las propuestas viables para avanzar hacia un sistema de salud universal que beneficie a la mayoría de los peruanos; es decir, inclusivo y solidario. Tal es el valor de este nuevo esfuerzo editorial de ASPEFAM.



Mirando el Sistema de Salud desde la Universidad

Propuesta para una Metodología de Monitoreo

**Lima - Perú
2021**

**Mirando el Sistema de Salud desde la Universidad.
Propuesta para una metodología de Monitoreo.**

© Asociación Peruana de Facultades de Medicina (ASPEFAM), 2021
Jirón Trujillo 460 - Magdalena del Mar
Lima - Perú
Telf: (511) 462-7068
Correo electrónico: aspefam@aspefam.org.pe

Autor

Dr. Juan Pablo Murillo

Comité Editor

Dr. Miguel Farfán Delgado
Dra. Elizabeth Llerena Torres
Dra. Evelina Andrea Rondón Abuhadba
Dr. Luis Alberto Concepción Urteaga
Dr. Gustavo Franco Paredes

Fotografía: Archivo ASPEFAM

Corrección de estilo: José Antonio Cruz Ampuero

Diseño y diagramación: Alejandra Palacios Pérez

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

Se autoriza citar o reproducir la totalidad o parte del presente documento, siempre y cuando se mencione la fuente.

ASOCIACIÓN PERUANA DE FACULTADES DE MEDICINA
(Consejo Directivo 2019 – 2021)

Dr. MIGUEL FERNANDO FARFÁN DELGADO
Presidente

Decano de la Facultad de Medicina Humana
Universidad Católica de Santa María

DRA. ELIZABETH LLERENA TORRES

Tesorera

Decana de la Facultad de Medicina
Universidad San Pedro

DR. LUIS ALBERTO CONCEPCIÓN URTEAGA

Vocal

Decano de la Facultad de Medicina
Universidad Nacional de Trujillo

DRA. EVELINA ANDREA RONDÓN ABUHADBA

Vocal

Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud
Universidad Nacional San Antonio Abad de Cusco

DR. MANUEL NÚÑEZ VERGARA

Secretario Ejecutivo

ASPEFAM

Asociación Peruana de Facultades de Medicina

Dr. LUIS PODESTÁ GAVILANO

Decano de la Facultad de Medicina
Universidad Nacional Mayor de San Marcos

DR. JULIÁN SALAS PORTOCARRERO

Decano de la Facultad de Medicina Humana
Universidad Nacional del Altiplano

Dr. MANUEL AUGUSTO RODRÍGUEZ CASTRO

Decano de la Facultad de Medicina
Universidad Peruana Cayetano Heredia

Dr. PATRICIO CRUZ MÉNDEZ

Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud
Universidad Privada de Tacna

Dr. FRANK VALENTÍN LIZARASO CAPARÓ

Decano de la Facultad de Medicina Humana
Universidad de San Martín de Porres

Dr. HERDERT MARTÍN ALBÁN OLAYA

Decano de la Facultad de Medicina Humana
Universidad Nacional de Cajamarca

Dr. PASCUAL CHIARELLA ORTIGOSA

Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud
Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas

**Dr. SEGUNDO ALEJANDRO
CABRERA GASTELO**

Decano de la Facultad de Medicina Humana
Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo

Dr. CLAUDIO PEÑA SOTO

Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud
Universidad Científica del Sur

Dra. LIDA CAMPOMANES MORÁN

Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud
Universidad Privada San Juan Bautista

Dr. RICAR ALBERTO PAREDES ORUÉ

Decano de la Facultad de Medicina
Universidad Nacional de San Agustín

Dr. SEGUNDO RONALD SAMAMÉ TALLEDO

Decano de la Facultad de Medicina Humana
Universidad Peruana Los Andes

Dr. CARLOS E. PAZ SOLDÁN OBLITAS

Decano de la Facultad de Medicina
Universidad Nacional Federico Villareal

Dra. ELSA OSCUVILCA TAPIA

Decana de la Facultad de Medicina Humana
Universidad Nacional José
Faustino Sánchez Carrión

Dr. ARTURO HUMBERTO SEMINARIO CRUZ

Decano de la Facultad de Medicina Humana
Universidad Nacional de Piura

Dr. EDSON OLIMPO POMA LAGOS

Decano de la Facultad de Medicina Humana
Universidad Nacional del Centro del Perú

Dr. JUAN CARLOS VALENCIA MARTÍNEZ

Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud
Universidad Andina del Cusco

Dra. MARÍA SOCORRO ALATRISTA

GUTIÉRREZ VDA. DE BAMBARÉN
Decana de la Facultad de Medicina Humana
Universidad Ricardo Palma

Dr. LUIS ENRIQUE JARA ROMERO

Decano de la Facultad de Medicina
Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo

Dr. BENITO FREDY DIAZ LÓPEZ

Decano de la Facultad de Medicina Humana
Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica

Dr. ROGER ALBORNOZ ESTEBAN

Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud
Universidad Peruana Unión

Dr. JUAN QUIJANO PACHECO

Decano de la Facultad de Ciencias Médicas
Universidad César Vallejo

Dr. JOSÉ ALBERTO JORDÁN MORALES

Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud
Universidad Continental

Dr. EDUARDO VALERA TELLO

Decano Encargado de la Facultad de Medicina
Universidad Nacional de la Amazonía Peruana

Dr. WALTER ROMÁN LEVEAU BARTRA

Decano de la Facultad de Medicina Humana
Universidad Nacional de Ucayali

TABLA DE CONTENIDO

PRESENTACIÓN	8
INTRODUCCIÓN	10
CÓMO LEER EL INFORME	14

CAPÍTULO I

VISIÓN ACTUAL DEL SISTEMA DE SALUD PERUANO	17
LA REFORMA DEL 2013. UN PRIMER INTENTO DE ENFRENTAR LOS PROBLEMAS ESTRUCTURALES DEL SECTOR SALUD	29

CAPÍTULO II

PROPUESTA DE MONITOREO DE LOS SISTEMAS DE SALUD	41
UN NUEVO ENFOQUE PARA UNA RECUPERAR EL GOBIERNO EN SALUD EN TIEMPOS DE PANDEMIA	42
MODELOS DE REPRESENTACIÓN	44
LA IMPORTANCIA DEL ANÁLISIS DEL CONTEXTO	49
MARCOS EXPLICATIVOS QUE NOS PERMITEN UNA MEJOR LECTURA DEL SISTEMA DE SALUD PERUANO	51
ELEMENTOS PARA UNA PROPUESTA DE MONITOREO DEL SISTEMA DE SALUD DEL PERÚ	53
LA PANDEMIA DE CORONAVIRUS. SU IMPACTO COMO EVENTO ECOSOCIAL	58

CAPÍTULO III

LA PREOCUPANTE SITUACIÓN DE SALUD DEL PERÚ	79
3.1 ALGUNOS INDICADORES DE SALUD GLOBAL	80
3.2. LA MORTALIDAD MATERNA	85
3.3 ÍNDICE DE DESARROLLO HUMANO	87
3.4. INDICADORES DE SEGURIDAD GLOBAL	88
3.5. INDICADORES DE GOBERNANZA	95
3.6 FINANCIAMIENTO Y COBERTURA DE PROTECCIÓN FINANCIERA	102
3.7 RECURSOS HUMANOS EN SALUD	107
3.8 OFERTA DE SERVICIOS PÚBLICOS	114

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS DEL MODELO DE MONITOREO Y SUS POSIBILIDADES DE IMPLEMENTACIÓN	121
4.1. ESCENARIOS DERIVADOS A LA LUZ DE LOS INDICADORES DE MONITOREO ANALIZADOS	128
4.2 FACTIBILIDAD DE IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO EN EL OBSERVATORIO DEL SISTEMA DE SALUD PERUANO	129
4.3. IMPLICANCIAS DEL MODELO Y LOS HALLAZGOS DESCRITOS EN LA EDUCACIÓN MÉDICA EN SALUD	132
REFERENCIAS	134

PRESENTACIÓN

Resulta improbable –por no decir imposible– que en estos tiempos, al abordar los temas relativos a la salud en general, podamos prescindir del principal fenómeno no solo sanitario sino social que ha sufrido la humanidad terminando la segunda década del siglo XXI, como es la pandemia de COVID-19. Eso queda reflejado en esta nueva iniciativa editorial que la Asociación Peruana de Facultades de Medicina (ASPEFAM), pone a disposición de toda la comunidad médica, académica y científica: Mirando el sistema de salud desde la universidad. Propuesta para una metodología de monitoreo, que constituye el sexto libro de la Serie de Educación Médica.

El tema que se aborda cobra significativa importancia pues no solo se busca contribuir con un instrumento metodológico útil para la formación médica, sino trascender hacia la sociedad en general con la aspiración de enriquecer una reflexión y por qué no, un debate en torno a la mejor forma de medir el desempeño de nuestro sistema de salud en medio de una desconocida y prolongada pandemia.

Si bien es cierto que la dimensión de la crisis ha puesto a prueba –e incluso ha rebasado– las previsiones de los sistemas de salud de los países del llamado primer mundo, ello no puede considerarse, de ninguna manera, como una justificación para normalizar las precariedades propias que la emergencia sanitaria ha puesto en evidencia en nuestros países. Por ello, es importante remarcar que, en lo que va de la pandemia, a la par que se han evidenciado las deficiencias que nuestro sistema de salud arrastra desde hace décadas, también se ha podido ir acumulando suficiente evidencia que será de mucha utilidad para hacer un análisis cualitativo del sector salud, y que permitirá plantear algunas propuestas de mejora.

En esa línea de reflexión, el texto *Mirando el sistema de salud desde la universidad*. Propuesta para una metodología de monitoreo contribuye con alternativas para mejorar la capacidad del sector salud –a partir de un nuevo modelo de monitoreo– que posibiliten hacer el seguimiento a su desempeño y que puedan aplicarse en la universidad, desde los primeros años de la formación médica. Su utilidad, por tanto, se hace más evidente al plantearse en el actual escenario de pandemia, que ha mostrado la falta de capacidad de respuesta del Estado en el campo de la salud pública, así como la vulnerabilidad del sistema de salud para hacer frente a amenazas globales.

En suma, lo que el texto propone a lo largo de sus cuatro capítulos –y pensando en el escenario pospandemia– es un modelo de monitoreo capaz de incorporar las dimensiones y los indicadores necesarios para contribuir al proceso de reconstrucción de nuestro sistema de salud.

Hacia ello se ha orientado la fecunda labor del Dr. Juan Pablo Murillo, a quien ASPEFAM expresa su agradecimiento por la valiosa contribución realizada en la edición este importante texto que, sin duda, será un instrumento de gran utilidad para empezar a superar no solo la pandemia sino la endémica crisis que vive el sector salud.

Dr. Miguel Farfán Delgado

Presidente

Asociación Peruana de Facultades de Medicina

INTRODUCCIÓN

Monitoreo del sistema de salud peruano. Una metodología para tiempos líquidos

Durante el año 2019, una iniciativa de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, el *Observatorio del Sistema de Salud Peruano*, generó un espacio de análisis de evidencia y diálogo político entre diversos actores del sector salud y representantes de la autoridad sanitaria. En ese contexto, ya a fines de ese año se había acumulado suficiente evidencia para hacer un análisis cualitativo del desempeño del sector salud el año 2019 que diera origen a un informe de desempeño del sector. Posteriormente se planteó que el informe debería incluir una propuesta de un modelo de monitoreo que nos permita hacerle el seguimiento al desempeño del sector salud. Con el modelo de monitoreo en pleno desarrollo en el mes de noviembre, el Gobierno del Perú anuncia mediante Decreto de Urgencia N.º 017-2019, las medidas para la Cobertura Universal de Salud. Se consideró que el informe debería ser una especie de línea de base, del estado del sistema de salud en esta fase del proceso de universalización. Pronto, las primeras evidencias nos mostraban tensiones importantes que

señalaban problemas estructurales para cumplir la promesa de la universalidad. En ese momento se propuso como hipótesis de trabajo que las dificultades evidentes para cumplir la promesa de universalización, aludía al problema de cómo se había construido inorgánicamente el sistema de salud y el efecto acumulativo de las diversas capas tectónicas de distintos ciclos de políticas –en la mayoría de casos inconclusas. En ese momento de la elaboración de nuestro informe, ya estaba claro que el actual ciclo de política pública –a partir de la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud (Ley 29344)–, por diversos mecanismos, había significado un retraso de nuestras capacidades de respuesta en el campo de la Salud Pública –sobre todo en el control de epidemias– y una gran vulnerabilidad de nuestro sistema de salud frente a amenazas globales.

Es en ese momento de reflexión y construcción de evidencias en que llega la pandemia de Coronavirus y nos coloca súbitamente en la mayor crisis sanitaria global del siglo XXI. En este escenario de excepción, todo el discurso de progresismo sanitario anterior del reciente ciclo de política pública es reemplazado por un nuevo sentido común colectivo, un sentimiento de indefensión social a partir de la gran fragilidad de nuestro sistema de salud. Lo que esperábamos emergiera de un análisis y discusión de evidencia y capacidades de nuestro sistema de salud para cumplir con la promesa de la universalidad, aparece en el debate público como un sentido común. De hecho, consciente de esas debilidades, el Gobierno del Perú ha desplegado un esfuerzo sin precedentes para afrontar lo que varios autores señalan como la más grave crisis social y sanitaria de los últimos cien años.

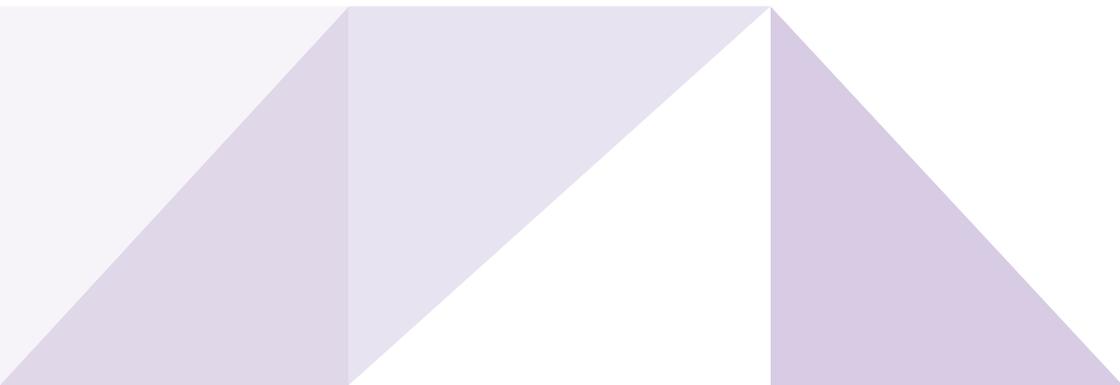
La pandemia de Coronavirus, superó ampliamente las previsiones sobre epidemias emergentes, desestructurando los sistemas de salud a nivel mundial. Por primera vez en la historia de la humanidad se ingresó a un ciclo de cuarentena que alcanzó a tres mil millones de personas. Los sistemas de salud de diverso origen y estructura en el hemisferio norte, fueron superados en muchos aspectos, tanto en su capacidad de contener sus procesos de propagación, como en su capacidad de atender óptimamente a los pacientes afectados. Tomando como modelo de historia natural de la pandemia de Influenza 1918-1919, estamos todavía en medio de la segunda ola, en un proceso en el que se ha documentado a nivel global y local tres olas epidémicas, que podrían prolongar el actual escenario hasta el año 2022.

El presente informe aspira a abrir la discusión en medio de la tormenta respecto a la mejor forma de medir el desempeño del sistema de salud en medio de una epidemia prolongada; por la relevancia que toma la función Salud Pública (Seguridad Global) en el desempeño de los sistemas de salud, lo que cambia dramáticamente la centralidad de los modelos de monitoreo y evaluación de los Sistemas de Salud.

La magnitud del esfuerzo y movilización del conjunto de la sociedad peruana para superar esta crisis nos señala que el país que emergerá luego de esta contingencia será muy distinto. El país surgido deberá responder –una vez pasada la tormenta– a la aspiración de la sociedad peruana de poder avanzar a un sistema de salud universal, para el conjunto de los ciudadanos, gratuito, inclusivo y solidario;

que responda a todas las necesidades de los habitantes de los distintos territorios y que sea particularmente efectivo en asistir a las poblaciones más vulnerables. El modelo de monitoreo debe estar en capacidad de incorporar dimensiones e indicadores que sean de utilidad en el proceso de reconstrucción del Sistema de Salud Peruano en un escenario de postpandemia.

Para ello, el informe desarrolla una mirada de largo periodo, mostrando los diversos procesos que han llevado al sistema de salud a la actual situación, proponiendo un modelo de análisis que permita identificar los diversos nudos críticos de nuestro sistema de salud y, posteriormente, propone un conjunto de opciones de política para poder avanzar hacia el sistema universal en el contexto de la pandemia. Finalmente, este informe espera impulsar un consenso, que nos permita poner en valor las mejores lecciones que nos deja esta severa crisis global y podamos avanzar a la construcción del sistema de salud que nos merecemos los peruanos.



Cómo leer el informe

Este informe se basa en la siguiente hipótesis de trabajo: *El sistema de salud peruano es un sistema disfuncional. Tiene una limitada densidad para el tamaño de la población y para la extensión del territorio. Fragmentado, crónicamente desfinanciado, con una red de prestación atomizada, precarizada, con una débil capacidad de repuesta en salud pública y una gobernanza precaria.*

El primer capítulo, denominado “Visión actual del sistema de salud”, es una reflexión que trata de explicar la pregunta ¿cómo llegamos a la actual situación de nuestro sistema de salud? Recurre a una visión histórica de cómo se fue construyendo y cómo van desplegándose los recursos del mismo. Identifica los distintos ciclos de política y cómo se van desplegando los distintos procesos que han llevado al sistema de salud peruano a lo que es hoy.

El segundo capítulo, denominado “Propuesta de modelo de monitoreo”, detalla lo que constituye una propuesta de monitoreo del sistema de salud peruano, a la luz de los problemas identificados, a fin de tener una herramienta efectiva de seguimiento de la política pública en salud.

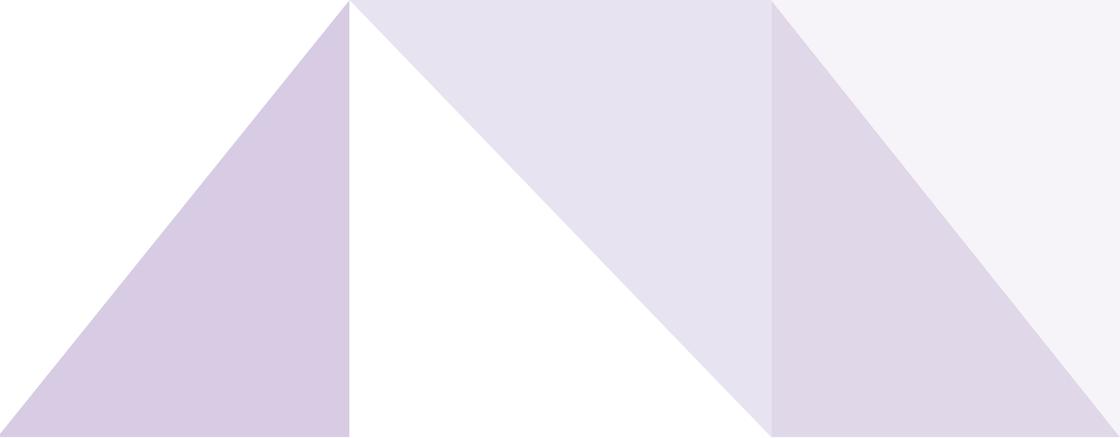
El tercer capítulo, denominado “La preocupante situación de Salud del Perú”, trata de hacer una lectura del perfil de los desafíos sanitarios existentes a partir del análisis de algunas variables propuestas en el modelo de monitoreo propuesto, identificando un conjunto de desafíos sanitarios.

El cuarto capítulo, denominado “Análisis del modelo de monitoreo y sus posibilidades de implementación”, hace un balance de los principales aspectos de la propuesta, así como de las evidencias generadas en el ejercicio de aplicación, discutiendo la factibilidad de implementación y sostenibilidad de la iniciativa a implementar.



Capítulo I
...

Visión actual del sistema de salud peruano



Históricamente el sistema de salud peruano se configura como tal a inicios de la década del cuarenta. La Segunda Guerra Mundial obligó a los Estados Unidos, de cara al creciente conflicto bélico, a promover una respuesta sanitaria a nivel de América Latina, impulsando programas de fortalecimiento institucional que continuarían a lo largo de la guerra fría. Por ello se sabe con exactitud, qué en 1945, existían en el Perú, 850 médicos concentrados en Lima y 650 en el resto de provincias. Gracias al impulso de la gestión del Ministro de Salud del gobierno de Prado, Dr. Constantino Carvallo, se logró un incremento importante del presupuesto público y se inició la expansión de la oferta hospitalaria. Para 1940 el Perú contaba con 100 hospitales y 7,000 camas, cinco años después el Perú con el apoyo de la Cooperación Norteamericana, había construido 32 hospitales que le permitieron duplicar el número de camas a 14,237. (Carvallo, 1946).

El Perú tuvo un ciclo expansivo en la construcción de su Sistema de Salud en el que concurrieron varios procesos. La presencia del Servicio Colaborativo Interamericano en Salud Pública (SCISP) fue fundamental en la construcción de capacidades del Ministerio de Salud y en la expansión territorial de la red de servicios públicos, la introducción de los programas de erradicación de enfermedades

durante la guerra fría (Bustíos, Martina, & Murillo, 2019), el crecimiento de la economía formal que permitió la expansión de la Caja de Seguro Social y un ciclo económico impulsado por el incremento de las exportaciones por la guerra de Corea. Asimismo, el Gobierno de Odría, impulsó mucho la expansión de los servicios de salud y asistencia social. Una herramienta importante en este periodo fue la creación del Fondo Nacional de Salud, que permitió impulsar la construcción de nuevos hospitales y servicios de salud.

Sin embargo, iniciando la década del sesenta, era claro que el Perú estaba rezagado respecto a los países de la región. Luego de la duplicar el número de camas en el periodo 1940-1945, 16 años después el Perú alcanzaba 23,481 camas en 215 hospitales. En 1961, la tasa de camas por 1,000 habitantes del Perú era sensiblemente inferior a la existente en Argentina, Brasil, Costa Rica, Colombia, Chile, Panamá y Venezuela. En ese periodo, se incrementó el número de médicos en el sistema de salud peruano a 6,000, con una tasa de médicos por 10,000 habitantes de 5.7, inferior al promedio sudamericano de 6.9 (Organización Panamericana de la Salud, 1966).

Hacia 1960, el Ministerio de Salud del Perú informó que estaban en funcionamiento 32 hospitales, 71 centros de salud, 142 postas médicas y 177 postas sanitarias (establecimientos solamente con técnicos sanitarios). En la práctica ofrecían servicios muy limitados y las postas que deberían atender a tiempo completo, solo trabajaban 3 horas a la semana (Roemer, 1964).

La década del sesenta fue una época de transición para el sistema de salud peruano. La crisis política permanente que se vivió a lo largo de todo ese periodo de gobierno en democracia (1961-1968), el repliegue progresivo de la cooperación norteamericana en salud y un escenario adverso en el plano económico fueron los

obstáculos para ello, a pesar de los esfuerzos del Minsa de planificar la expansión territorial del sistema de salud. En este periodo, los diseñadores de políticas del Minsa tenían claro que uno de los problemas estructurales del sistema de salud era su fragmentación, tal como se observa en la cita siguiente.

“Para propósitos de análisis, se describen las seis principales instituciones de atención a la salud (...) La desemejanza en los antecedentes históricos, así como en la forma de financiamiento de los seis grupos institucionales, han conducido a grandes diferencias en la calidad y el alcance del cuidado de la salud que proporciona cada uno. Sin un organismo para coordinar el crecimiento del sistema, se han producido problemas de duplicación y omisión.” (Ministerio de Salud, 1967, pág. 29)

Fue en la década del sesenta que se comenzó a delinear, desde el Ministerio de Salud, una visión *macro* del sistema de salud y se comenzó a pensar en una estrategia de expansión territorial, lo que llevó a los primeros modelos de estimación de los recursos necesarios para ello (Ministerio de Salud, 1967).

El advenimiento del gobierno militar produjo un mayor impulso del desarrollo de iniciativas de mejora del sistema de salud, el cual se planteó profundizar algunas líneas de trabajo existentes. La primera medida fue el fortalecimiento de la capacidad de rectoría del Estado en materia sanitaria, a partir del Decreto Ley N.º 17505, que configura el rol de autoridad sanitaria en el Ministerio de Salud. Poco tiempo después se dictó el Decreto Ley N.º 17523, Ley Orgánica del Sector Salud, que estableció la estructura del Minsa, constituyendo al Fondo Nacional de Salud y a las Sociedades de Beneficencia como organismos públicos descentralizados del sector salud dependientes del Minsa. El Primer Plan Nacional de Desarrollo, publicado en 1971, mantenía la separación entre el sector Salud y la Seguridad Social, siendo explícita una primera intención de apostar por su expansión.

Es interesante la visión inicial del gobierno militar que asociaba la política sanitaria a la intervención sobre los factores condicionantes, como la nutrición y el saneamiento ambiental, estableciendo como primeros lineamientos de política la ampliación de la cobertura de servicios de salud, incrementando la producción, la productividad y la expansión de los servicios preventivos.

A pesar del esfuerzo realizado en las dos décadas anteriores, en los setenta se evidenció una limitada cobertura del territorio por parte del sistema de salud, concentrándose la mayor parte de la infraestructura de servicios en los departamentos de la costa. En forma similar, los recursos humanos en salud tendían a concentrarse en las grandes ciudades, a la par de las diferencias ostensibles de financiamiento *per-cápita* entre las diversas instituciones sanitarias del sector (Campodónico Hoyos, 1977) . Ante las enormes brechas de recursos de infraestructura y recursos humanos que requerirían el desarrollo de planes de largo aliento, se planteó la necesidad de una reforma sistémica del sector salud que vaya más allá de sus primeras medidas, claramente insuficientes. Por ello, un sector progresista de funcionarios del Ministerio de Salud impulsó una propuesta de reforma del sistema de salud, orientada hacia un sistema único, como alternativa a la fragmentación fundacional del sistema. Ello se tradujo en la Resolución Suprema N.º 00286 SA/DS del 7 de octubre de 1975, que conformaba la Comisión del Proyecto de Ley General de Salud, instrumento de política que debía incorporar los arreglos institucionales para la transformación del sector. Se planteó todo un esfuerzo discusión y organización de evidencias que prolongó excesivamente el tiempo de formulación de la propuesta, lo que los llevó a un escenario político distinto al consolidarse la segunda fase del gobierno militar, que iba a contrasentido de la orientación del proceso de reformas del periodo anterior. Finalmente, la capacidad de incidencia en el Consejo de Ministros de un sector de actores vinculados a la Seguridad Social y al Partido Aprista Peruano bloquearon el desarrollo de la propuesta de reforma orientada

al Sistema Único (Bustíos C., 2015). Frente a ello, quedó como alternativa para el Ministerio de Salud la constitución de un sistema integrado mediante un arreglo institucional de articulación de los esfuerzos de los diversos actores del sector. Esto se tradujo en el Decreto Ley 22365 que creó el Sistema Nacional de Servicios de Salud, para coordinación de planes y programas. Sin embargo, estos arreglos institucionales demoraron demasiado en implementarse; prueba de ello es que la fusión de las Cajas del Seguro Social y la creación del Instituto Peruano de Seguridad Social (IPSS) se produjo recién en los últimos días del gobierno militar. El contexto de crisis económica, política y social de este periodo, hizo imposible la implementación cabal del Sistema Nacional de Servicios de Salud, en la medida que el proceso de la transición democrática de los ochenta cambió radicalmente el escenario de *rectoría de gobierno* sobre el cual se diseñaron estos arreglos institucionales.

En el segundo gobierno del presidente Belaúnde, a través del Ministerio de Salud, se trató de implementar el modelo de articulación sectorial a partir del Plan Nacional de Acciones Coordinadas de Salud 1982-1985, mediante un riguroso esfuerzo de planificación sanitaria. Los diseñadores de política del ministerio reconocían que el objetivo del plan era: “*administrar con la mayor racionalidad los limitados recursos que se destinan al sector salud*”. Es importante el énfasis de los autores en los cuatro ejes de análisis planteados en el documento (población, riesgo, servicios y recursos), que en un escenario de gran escasez establece por primera vez la necesidad de focalizar la asignación de los recursos disponibles (Ministerio de Salud, 1981). Es en ese periodo que se perfila un ambicioso proyecto orientado a generar una base de planificación sectorial y de toma de decisiones de gobierno en salud, el proyecto *Análisis del Sector Salud en el Perú* (Torres Zevallos, W. (coord), 1986). Sin embargo, el supuesto de dicha intervención de que era posible –partiendo de una fuerte base de información de carácter sistémico– organizar la

respuesta del estado en salud a partir de un riguroso esfuerzo de planificación, llegaba sensiblemente tarde frente a un contexto de rápido deterioro económico y social.

En 1985, el Perú tenía un 60 % de su población en pobreza (52 % urbana y 72 % rural) lo que impuso la necesidad de respuestas frente a una situación social en progresivo deterioro. El Ministerio de Salud planteó como respuesta el desarrollo de un conjunto de acciones de salud a partir de la articulación de políticas intersectoriales y de acciones orientadas a los sectores más pobres "(Ministerio de Salud, Lima 1985). En general, en ese periodo se trabajó en dos frentes: el desarrollo de programas dirigidos a los pobres y la expansión de la cobertura poblacional del seguro social, la cual se incrementó significativamente hasta alcanzar –según estimaciones– un 22 % de la población. En ese contexto, la legislación aprobada en el periodo 1986-1988 planteó como política de reforma la integración funcional de los servicios del IPSS y del Ministerio de Salud. Sin embargo, a despecho de la implementación de los primeros pilotos, dificultades políticas, financieras y administrativas paralizaron el proceso de integración. Posteriormente la economía ingresó en recesión. A partir de 1988, en el contexto de un grave conflicto interno obligó al gobierno a abandonar sus planes de extensión de cobertura del Seguro Social y a enfrentar una grave crisis de viabilidad financiera del IPSS (Mesa-Lago, 1992).

Los inicios de la década del noventa superaron largamente el contexto de crisis sectorial de las dos décadas precedentes. El desfinanciamiento, el empobrecimiento de las capas medias de la población, el marcado incremento de las barreras de acceso de los sectores pobres a los servicios públicos y la presencia de epidemias de alto impacto en la salud pública, como las de Cólera (1990), Dengue (1990) y Sarampión (1992), configuraron un escenario de emergencia sanitaria con un número muy limitado de opciones de

política en medio de la hiperinflación y un grave conflicto armado interno (Cueto, 1997). Es en este periodo donde se inicia reformas en diversos ámbitos del Estado, orientadas a la superación de lo que en ese momento se consideraba la más grave crisis económica y social de la historia de la república (Paredes, C. & Sachs, J. (ed), 1991).

En general, durante la década del noventa se observa un elevado pragmatismo en la política del gobierno respecto al sector salud. Se han identificado seis agendas programáticas distintas en el marco de la gestión de los ocho ministros de salud (Arroyo Laguna, 2005, pág. 22). A pesar de la voluntad política de desplegar un proceso de reforma del sector, en la práctica –en un contexto de fragmentación institucional– se generaron diversas iniciativas de modernización y fortalecimiento a nivel de *meso políticas* en el sistema de salud, muchas de ellas operando en forma independiente sin un diseño que las articule y libradas a las condiciones del contexto y a la iniciativa de sus equipos técnicos (Ewig, 2000); lo que Arroyo denominó *la reforma silenciosa* (Arroyo, La reforma silenciosa, 2000).

Cristina Ewig, al analizar las reformas de salud en el Perú, encuentra un escenario diferenciado. Identifica un conjunto de políticas aplicadas en un contexto de Salud Pública, en la esfera sectorial del Ministerio de Salud, orientadas fundamentalmente a los pobres y a las poblaciones indígenas y otro conjunto diferenciado de intervenciones orientadas a capas medias, aportantes al Seguro Social. Este esquema disociado de intervenciones de política sobre distintas instituciones que representan segmentos diferenciados del sistema de salud se mantiene hasta el día de hoy. Ewig identifica cuatro grandes reformas del sistema de salud pública del Perú en la década del 90 en el ámbito del Ministerio de Salud: (i) la introducción de tarifas, (ii) la identificación de la condición de pobreza en los usuarios de los servicios, (iii) la focalización de un paquete básico de prestaciones y (iv) descentralización sobre la base de la comunidad (Comités Locales de Administración Compartida, CLAS).

En el caso de la reforma de la Seguridad Social (Ley de Modernización de la Seguridad Social), permitió que las empresas privadas de servicios de salud ofrecieran seguros médicos a trabajadores que antes estaban cubiertos solo por la seguridad social, los cuales de por sí, contaban con una mayor cartera de prestaciones sancionadas por ley. Las reformas posibilitaron la creación de un mercado de servicios de salud al permitir que operadores privados ofrecieran las prestaciones de *capa simple*, es decir de baja complejidad, a los trabajadores que optaran por atenderse en este régimen, con una transferencia de una fracción del aporte del trabajador a estas empresas, dejando al Seguro Social la *capa compleja*. Los diseñadores de políticas de ese entonces esperaban que la reforma proporcionara un incentivo para la expansión del pequeño mercado de seguros privados existente (Ewig, 2012).

El problema de todo este proceso fue la inexistencia de un diseño de institucionalización de todas estas iniciativas en un *modelo general* de desarrollo del sector, lo que en la década siguiente impidió la sostenibilidad de cambios generados por las *meso-reformas* de los noventa que al final, utilizando la metáfora de Yamín, se constituyeron en verdaderos *castillos de arena* que no sobrevivieron en gran medida al contexto de la transición democrática (Yamín, 2003).

La primera década del siglo XXI continuó con la misma tendencia de inestabilidad sectorial, con ocho ministros de salud y tres documentos distintos de Lineamientos de Políticas de Salud en dicho periodo. Sin embargo, en ese nuevo escenario, el Ministerio de Salud fue capaz de desplegar procesos sucesivos de acumulación a partir del gran impacto que tuvieron los primeros programas de aseguramiento público, como el Seguro Materno-Infantil y el Seguro Escolar Gratuito, iniciativas que aparecieron a finales de los noventa y que fueron continuadas por su potencial de desarrollo. Ello inició

un proceso de acumulación absolutamente inédito en el sector salud peruano, que permitió –después de varios ciclos de políticas inconclusas– generar un dinamismo y orientación al sector a partir de la incorporación sucesiva de millones de personas al seguro público, junto a una expansión del seguro contributivo, favorecido por el proceso de crecimiento económico, que le permitió por primera vez al Seguro Social del Perú (EsSALUD) salir de un segmento de población en el que se mantuvo alrededor de dos décadas e incorporar a nuevos grupos de trabajadores formales, producto del ciclo de crecimiento económico.

Es importante reconocer que en ese periodo se planteó diversos proyectos que intentaron lograr una incidencia efectiva en la transformación del sistema de salud. Por un lado, estaba una comunidad de reforma, con un perfil más tecnocrático con mucha relación con el mundo de la cooperación y que desarrollaba una activa agencia política en proyectos vinculados a la cooperación norteamericana y otro colectivo de reforma más heterogéneo que se movía en una línea más progresista y de redes de sociedad civil, los cuales lograron acceder a financiamiento de la Comunidad Económica Europea y posteriormente de la Cooperación Belga (FOS). Ambos desde distintas perspectivas pugnaron por colocar una agenda de transformación del sistema de salud (Foro Salud, 2005).

El fenómeno del aseguramiento público en salud obligó al Estado peruano a generar una cadena de *arreglos institucionales* para poder ir fortaleciendo y expandiendo progresivamente la cobertura y atender las crecientes demandas de la población, constituyéndose en la locomotora que comenzó a inyectar un nuevo dinamismo al sector. Sin embargo, en un escenario complejo, marcado por un proceso de descentralización apresurado, creciente ineficiencia en el uso de recursos y limitada capacidad de respuesta frente a la magnitud de la expansión del aseguramiento, se generó una

enorme tensión al interior del sistema de salud (Petrera & Seinfeld, *Repensando la salud en el Perú*, 2007).

Por ello, los diversos grupos redoblaron sus acciones de agencia para lograr generar proyectos de reforma. Foro Salud impulsó una iniciativa popular –respaldada con veinte mil firmas de ciudadanos– que logró convertir su propuesta en iniciativa legislativa; el Colegio Médico del Perú y varias bancadas parlamentarias en el congreso, presentaron en conjunto siete proyectos de ley. Uno de ellos, el del partido Nacionalista (UPP), planteaba la universalización de la seguridad social, mientras que los otros proyectos planteaban diversas fórmulas de aseguramiento público. En ese sentido, la capacidad de agencia de algunos actores y la asistencia técnica de USAID les permitió consolidar los siete proyectos en uno solo, que a la postre significó el primer dispositivo normativo explícito orientado a la universalización de la protección social en salud (Wilson, Velásquez, & Ponce, 2009).

No se puede soslayar que, paralelamente al escenario de debate en la esfera pública respecto a la reforma del Sistema de Salud, el Seguro Social de Salud desplegó su propio proceso de reforma, en un contexto en el que su población de asegurados y *derechohabientes* pasaba de seis millones a once millones. La reforma aspiraba a modificar el sistema prestador a partir de redes nacionales de diagnóstico y tratamiento; la introducción de experiencias de Asociaciones Público Privadas para expandir la oferta de establecimientos y modernizar el aparato logístico (EsSALUD, 2009) (EsSALUD, 2010); y un creciente fortalecimiento del primer nivel de atención a partir del modelo de las Unidades Básicas de Atención Primaria (UBAP) (Rodríguez, 2014).

El año 2009 se promulgó la Ley 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud (AUS). Posteriormente, vino el proceso de reglamentación de la ley y la implementación de un organismo implementador del AUS. Sin embargo, el proceso

de despliegue de estos arreglos se prolongó excesivamente, perdiendo fuerza, a la par que EsSALUD se distanciaba del proceso de implementación del AUS.

A pesar del enorme avance que significó la Ley del AUS, su implementación mostró las limitaciones de una dinámica de intervención que no tenía capacidad de incidir en los distintos componentes del sistema de salud. La expansión del aseguramiento público y contributivo puso en evidencia un conjunto de debilidades de diseño institucional sectorial, generadas durante las cuatro décadas previas, que condicionan un funcionamiento deficiente del sector (Jhonson, 2000) (Alcalde-Rabanal, Lazo-González, & Nigenda, 2011) (Cetrangolo, Bertanou, Casanova, & Casalí, 2013), siendo su persistencia –en mayor o menor grado– un obstáculo que afecta la capacidad para responder a las necesidades de salud de la población. Un ejemplo de ello es la aparición creciente de barreras de acceso a los servicios por la oferta insuficiente del aparato prestador del MINSA, diseñado para un escenario previo al aseguramiento, tal como se observa en la Ilustración 1.

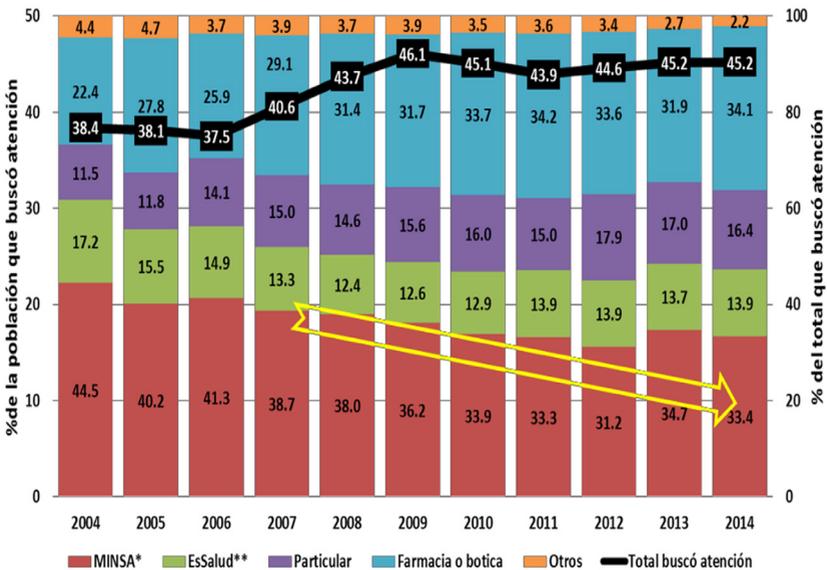


Ilustración 1. Población con algún problema de salud que buscó atención y distribución de lugar, Perú, 2004 – 2014, según INEI-ENAH0. Mattus y Prieto.

Asimismo, ya para ese periodo eran ostensibles otras serias deficiencias del Sistema de Salud; dentro de ellas, están: débil rectoría y escaso desarrollo institucional de Ministerio de Salud; carencia de un diseño efectivo de articulación con los niveles de gobierno sub nacionales; fragmentación del sector; segmentación de los pisos de protección social; ausencia de enfoque territorial para el trabajo en las redes de servicios públicos; carencia de niveles intermedios de resolución; ineficiencia en la gestión; retraso tecnológico; ausencia de gerencia profesionalizada para los servicios públicos; existencia de numerosas barreras de acceso a la afiliación y a la atención; además de un limitado financiamiento. Esta realidad hacía necesaria una política pública de reforma y fortalecimiento del sector salud de mayor alcance que permitiera la expansión del aseguramiento universal (AUS).

La Reforma del 2013. Un primer intento de enfrentar los problemas estructurales del sector salud

La política de reforma del sector salud se basó en los principios fundamentales de universalidad, equidad, solidaridad y justicia social como elementos centrales del compromiso del Estado y de la sociedad peruana por garantizar que todo ciudadano del país tenga acceso a la protección social en salud (Consejo Nacional de Salud, 2013). Por otro lado, a meses de desplegado el proceso de reforma el Gobierno del Perú, hace suya la resolución del 53° Consejo Directivo y 66ª Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas en el sentido de que es necesario desarrollar estrategias para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud, lo que implica que todas las personas y las comunidades tengan acceso, sin discriminación alguna, a servicios de salud integrales, adecuados, oportunos, de calidad, determinados a nivel nacional, de acuerdo con las necesidades, así como a medicamentos de calidad, seguros, eficaces y asequibles, a la vez que se asegura que el uso de esos

servicios no expone a los usuarios a dificultades financieras, en particular a los grupos en situación de vulnerabilidad (Organización Panamericana de la Salud, 2014).

Es importante señalar que la reforma del año 2013 se realizó a partir de un instrumento de políticas proveniente del proceso de reformas parciales impulsado por el Gobierno Militar, el Decreto Ley 22365, que crea el Consejo Nacional de Salud, el cual recibió el encargo del Gobierno para formular el proyecto de reforma del sector. El Congreso de la República, a partir de la Ley N.º 30073, delega en el poder ejecutivo la facultad de legislar en materia de fortalecimiento del Sistema Nacional de Salud.

La reforma de año 2013, consistió en un conjunto de lineamientos de política que configuraron dimensiones articuladas que constituían el conjunto de la política pública en salud, tal como se observa en la Ilustración 2.



Ilustración 2. Dimensiones de la política de protección social en salud.
Fuente: MINSA, Lineamientos de Reforma 2013. Elaboración propia.

La primera dimensión está referida a la extensión de la cobertura poblacional de la protección en salud individual a partir de la ampliación del seguro público y contributivo. El desarrollo de esa dimensión conducía invariablemente a una segunda, relacionada con generar una red de servicios públicos que permitan desplegar la cobertura prestacional de la protección en salud individual. Pero, de acuerdo al modelo, no bastaba con ello para concretar la protección en salud individual. Una tercera dimensión la constituye la creación de una base institucional que permita la protección de los derechos en salud de la población y el logro de un aseguramiento de calidad. Para el efectivo control de daños y riesgos en salud por parte del Estado a nivel de todo el territorio, se establece una cuarta dimensión de cobertura poblacional y prestacional en salud colectiva, la cual contribuye directamente en la protección social en salud, pero tiene también efecto indirecto debido a que la protección de salud colectiva disminuye la necesidad de atención de salud individual. Las cuatro dimensiones de la política de protección en salud descritas sólo serían posibles de desplegar a partir de la modernización del gobierno en salud y del financiamiento, lo que hace posible el diseño e implementación del conjunto de arreglos institucionales que permitan una cobertura financiera indispensable para la sostenibilidad de la universalización de la protección.

Para entender la lógica de este diseño de reforma del sistema de salud, hay que analizar la lógica de la evidencia empírica que orientó las intervenciones principales del modelo. En principio, existía clara evidencia de que el financiamiento público en el Perú era bajo – respecto a la región– y el gasto de bolsillo era muy importante. Los estudios además mostraron la existencia de espacio fiscal que podía financiar la expansión de la cobertura financiera (Madueño, 2011). Como diversas investigaciones mostraban ya en ese momento, la limitada infraestructura, las limitaciones de la oferta de servicios existente y la deficiencia de un conjunto de procesos de gestión financiera, planteaban una limitada posibilidad de absorción de los flujos financieros (Illescas, 2014).

Por esta razón, el modelo de reforma tenía un fuerte componente de ampliación de la cobertura prestacional. Ello partía de un modelo de demanda a partir de datos empíricos y de un modelo de análisis envolvente de datos que mostraba los márgenes de ineficiencia de los servicios y la oferta disponible respecto a la demanda potencial. Ello planteó el siguiente modelo de análisis integrado de oferta y demanda de los servicios, el cual se observa en la Ilustración 3.

Análisis integrado del Sistema de salud

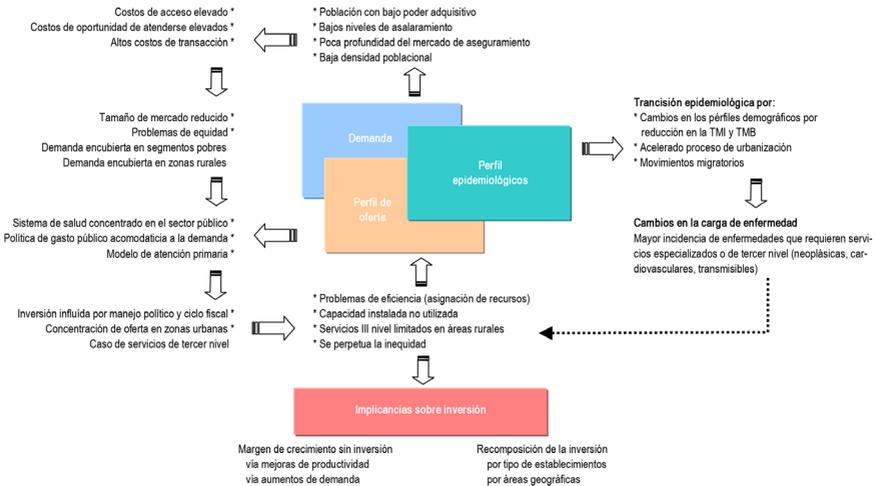


Ilustración 3. Estudio de oferta de los servicios de salud en el Perú y el análisis de brechas 2003 – 2020, según (Madueño & Sanabria, 2003).

Para un escenario activo de demanda por la expansión de la cobertura de protección financiera, se requería un gran esfuerzo de incremento de la oferta de servicios (Madueño & Sanabria, 2003), ello se expresaba en lo siguiente.

- Incrementar el número de hospitales en 122 unidades, lo cual implicaba un 33 % de aumento respecto al número de hospitales existente el 2003. El 55 % de esos hospitales deberían estar localizados en áreas rurales.

- Aumento del 16 % de Centros y Puestos de Salud, lo que significaba la construcción de 1 055 unidades adicionales, con mayor capacidad resolutive en zonas rurales y urbanas.
- Habilitar con 10 980 camas a los hospitales adicionales y con 1 600 camas a los centros y puestos en este periodo, ello implicaba aumentar un 30 % el stock de camas existente el año 2003.
- Contratar a 8987 médicos y 33 614 profesionales de diversas áreas de la salud.
- En el caso de los médicos, implicaba elevar en un 42 % el stock de médicos existente el año 2003.

Ello implicaba un plan de inversiones que pudiera avanzar significativamente en el cierre de brechas de infraestructura. Pero además, ya existía la orientación del MINSA para la creación de un segundo nivel de atención en los territorios y la necesidad de desarrollar una gestión territorial de la oferta de los servicios. De otro lado, se consideró la necesidad de generar un organismo autónomo que gestione los hospitales de la región Lima y a su vez sea el referente técnico para conducir un plan de modernización hospitalaria en el sector.

Un elemento nuevo que aparecía en la reforma peruana del 2013 era la dimensión fuerte en el campo de la salud poblacional. En ese momento se plantearon el rediseño del sistema de inteligencia sanitaria para la toma de decisiones y la creación de un Centro de Control de Enfermedades; la creación de un organismo técnico especializado para la fiscalización y control de la Salud Ambiental e Higiene Alimentaria; la introducción de un fuerte componente de innovación, desarrollo y transferencia de tecnologías costo efectivas para la vigilancia, prevención y control de los principales problemas de Salud Pública, que incluía la posibilidad de producción local de medicamentos y vacunas, entre otras tecnologías relevantes.

La Reforma del 2013 aspiraba a intervenir sobre distintos niveles del Sistema de Salud, dado que era claro que el ciclo de expansión del aseguramiento iniciado a partir del AUS estaba llegando a su límite por la falta de oferta de servicios por parte del MINSA y los gobiernos regionales, además de la existencia de nuevas barreras de acceso, a despecho del mayor acceso a la protección financiera existente. La Reforma del año 2013 era una reforma multinivel que esperaba intervenir de manera simultánea, en diversos niveles del sistema de salud, tal como se observa en la Tabla 1.

Tabla 1. Ejes del proceso de integración del sistema de salud considerados en proceso de reforma. Perú 2013 – 2016

Eje de Integración	Proceso
Conducción Sectorial	Rectoría y Planificación Sectorial para el cumplimiento de Objetivos de Desarrollo Sostenible en Salud
Salud Pública	Intervenciones Universales con un enfoque territorial
Inversiones en Salud	Plan Multianual Sectorial de Inversiones
Recursos Humanos	Política Nacional de fortalecimiento de Recursos Humanos
Prestación de Servicios	Redes Integradas de Servicios y Cuidados de la Salud, eliminación de las barreras de acceso a servicios y articulación de oferta pública.
Financiamiento	Acceso Universal a protección Financiera con un plan de salud esencial. Fortalecimiento del FISSAL
Sistemas de Información	Sistema de Información Integrado a partir de Historia Clínica Electrónica e intercambio de datos
Defensa de Derechos en Salud de los Ciudadanos	Fortalecimiento de SUSALUD incluyendo mecanismos de Participación Ciudadana

Uno de los problemas de la reforma fue la heterogeneidad de instrumentos de política. En teoría, los lineamientos de reforma, plantearon treinta y dos mandatos de política que, traducidos en la formulación de Proyectos de Decretos Legislativos, Decretos Supremos, organización e implementación de arreglos institucionales, abarcaban ciento nueve operaciones simultáneas. Si consideramos que en pleno desarrollo e implementación de las acciones de reforma se dio una huelga médica de ciento cincuenta días, es comprensible la imposibilidad de un despliegue óptimo de las intervenciones de Reforma planificadas.

Para efectos de entender el curso de la política pública en el periodo 2016-2019, analizaremos las acciones de implementación o desarrollo de los principales decretos legislativos aprobados en la reforma del 2013. (Ver Tabla 2).

Tabla 2. Desarrollo de decretos legislativos de la Reforma en Salud en el periodo 2016-2019

Decreto legislativo	Objetivo	Implementación
1153	Política Integral de compensaciones y entregas económicas al personal de salud al servicio del Estado.	Se desarrolló e implementó a partir de una fuerte presión sindical. No se han seguido desarrollando las políticas de incentivos.
1154	Servicios Complementarios en Salud.	Implementación parcial.
1155	Mantenimiento de la Infraestructura y equipamiento de establecimientos de Salud a Nivel Nacional.	No implementado.

Decreto legislativo	Objetivo	Implementación
1156	Medidas destinadas a garantizar el servicio público en salud en los casos en que exista un riesgo elevado o daño a la salud y la vida de las poblaciones.	Implementación parcial.
1158	Medidas destinadas al fortalecimiento y cambio de denominación de la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud.	Implementado
1161	Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.	Derogado en pleno periodo de implementación.
1164	Extensión de la Cobertura Poblacional del SIS en materia de afiliación en el Régimen Subsidiado.	Implementado
1165	Establece Mecanismo de Farmacias Inclusivas para mejorar el acceso a Medicamentos Esenciales a favor de los afiliados del SIS.	No Implementado.
1166	Organización e Implementación de Redes Integradas en Salud.	Derogado con el DL N.º 1305
1167	Creación del Instituto de Gestión de Servicios de Salud (IGSS).	Implementado y Derogado el 2016.
1168	Dicta medidas destinadas a mejorar la atención en salud a través del desarrollo y transferencias de tecnologías sanitarias.	No Implementado

Decreto legislativo	Objetivo	Implementación
1173	Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en salud de las Fuerzas Armadas.	Implementado
1174	Ley del Fondo de Aseguramiento en Salud de la Policía Nacional del Perú.	Implementado
1175	Ley del Régimen de Salud de la Policía Nacional del Perú.	Implementado

En ese periodo ocurre la demolición por parte del propio Estado Peruano de lo que hasta el 2016 se había constituido como un ciclo de política pública en salud. El nuevo gobierno de Pedro Pablo Kuczynski, planteó el inicio desde el Ministerio de Economía y Finanzas –bajo la conducción del ministro Alfredo Thorne– de un conjunto de reformas alternativas; para ello, se constituyó una Comisión Técnica ad-hoc denominada Comisión de Protección Social (Ministerio de Economía y Finanzas, 2017) conformada por seis economistas, los cuales tenían el encargo de proponer una propuesta de Reforma en el Sistema de Pensiones, Financiamiento de la Salud y un Seguro de Desempleo.

En paralelo, el Gobierno –en alianza con sectores del Congreso de la República– procedieron a la derogatoria de varios instrumentos de política del anterior ciclo de políticas. El proceso de desmontaje se inició con el Decreto Legislativo N.º 1305 que optimiza el funcionamiento y los servicios del sector salud; a partir del cual se suspende la implementación del Decreto Legislativo N.º 1161 –en el INS– a fin de paralizar la organización de un Centro de Control de Enfermedades. Se deroga el Decreto Legislativo N.º 1166, que Organiza e Implementa las Redes Integradas de Salud.

Seguidamente, se continuó con la desactivación del Instituto de Gestión de Servicios de Salud (IGSS) (Congreso de la República, 2016) ; además de mayores modificaciones a la estructura del Ministerio a partir del Decreto Supremo N.º 011-2017-SA y posteriormente el Decreto Supremo N.º 008-2017-SA. Mención especial lo constituye el Decreto Legislativo N.º 1346, que establece disposiciones para optimizar los servicios que son financiados a través del Seguro Integral de Salud (SIS), que vuelve a restringir la afiliación de asegurados a la clasificación socio-económica, lo que significó todo un retroceso en una política pública orientada a la universalidad. En general, podemos considerar el periodo del 2016-2019 como un periodo de desacumulación sanitaria, impulsado por el mismo Estado Peruano.

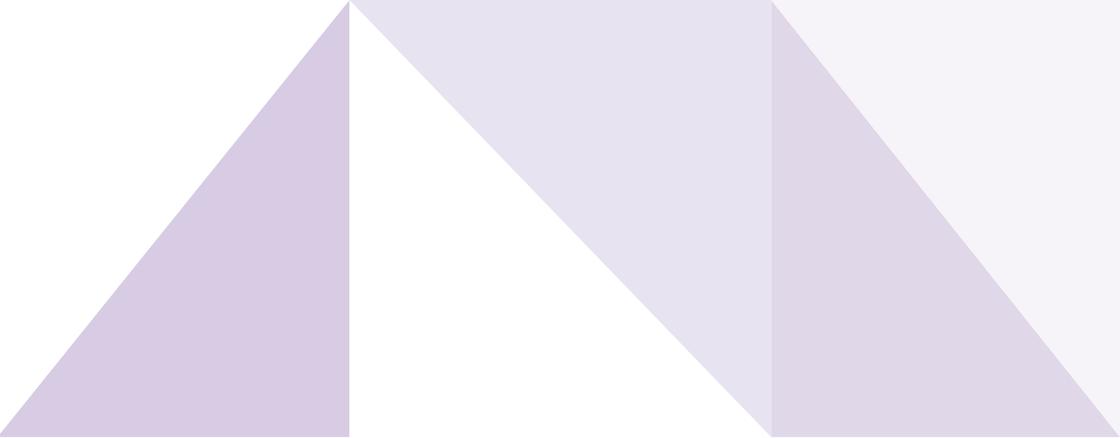
Luego de nueve meses de instalada, la Comisión de Protección Social presentó un informe conteniendo las propuestas de reforma en los ámbitos planteados (Arrieta, y otros, 2017). Ninguna de las propuestas, logró pasar de la discusión de gabinete y, en el caso del Ministerio de Salud, este no manifestó mayor interés. Así se dio la paradoja de que, por un lado, el Estado peruano desmontaba diversos elementos de la política pública en salud y a la vez era incapaz de generar un proyecto alternativo. Finalmente, a fines del 2017, el Decreto de Urgencia N.º 017-2019 que establece medidas para la cobertura universal en salud, revierte las barreras de afiliación impulsadas por el MEF, retomando el proceso de política pública desplegado el 2013. Lamentablemente, pocos meses después el Perú sería alcanzando por la pandemia de Coronavirus, cerrando de manera traumática el actual ciclo de políticas en salud.





Capítulo II
...

Propuesta de monitoreo de los sistemas de salud



Un nuevo enfoque para una recuperar el gobierno en salud en tiempos de pandemia

El *monitoreo de los sistemas de salud* es una actividad fundamental de la gestión sanitaria que ha tenido profundas transformaciones tanto técnicas como paradigmáticas. En la década de los sesenta, el monitoreo de los sistemas de salud, estuvo orientado al desarrollo de la planificación sanitaria. En algunos casos, como en las evaluaciones estadísticas de factores de producción (Personal de Salud, Infraestructura, etc.), la labor del monitoreo estaba al servicio de los procesos de planificación nacional o local. El desarrollo de este modelo de monitoreo, tuvo una precoz relación con los campos de la economía y posteriormente, desde el ámbito sanitario, derivó en la llamada *Vigilancia en Salud Pública* (Teusch & Churchill, 2000) y en lo que Alan Dever denominaría *Epidemiología de los Servicios de Salud* (Dever, 1991).

Posteriormente, la crisis de los sistemas de salud en los ochenta y el despliegue de diversas iniciativas de reforma durante los noventa, llevaron a replantear la visión de los sistemas de salud, que se expresó en el informe de la OMS sobre el desempeño de los

mismos (Organización Mundial de la Salud, 2000), introduciendo un énfasis en el rol tanto en la *gobernanza* y en el *financiamiento* de los sistemas de salud, así como en sus impactos, asociadas al despliegue de intervenciones *costo-efectivas*. En ese contexto, aparecen los llamados *Sistemas de Información Gerencial*, orientados a la mejora del desempeño (Carrillo, Segovia, & Paganini, 1995).

Sin embargo, este enfoque es superado por las tendencias de políticas de alcance global. Los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) – como lo plantearían después los Objetivos de Desarrollo Sostenible – parten de la premisa de una fuerte articulación de la salud con un conjunto de condiciones sociales, culturales y ambientales (Gil González, y otros, 2006) (Torres & Mujica, 2004). Paralelamente, las reformas de la OMS desplegadas por Gro Harlem Brundtland, implicaron el desarrollo de varias iniciativas globales en alianza con financiadores privados (malaria, tuberculosis, inmunizaciones). Además de políticas de alcance global impulsadas por la OMS, como la Cobertura Universal en Salud, que generaron nuevos desafíos. En este escenario de complejidad y segmentación, con la aparición de nuevos actores y con la tendencia cada vez más creciente de intervenciones sanitarias con fuertes anclajes intersectoriales (Salud en todas las Políticas), la gobernanza en salud comienza a tener una mayor centralidad en los enfoques de monitoreo orientados a los sistemas de salud como *sistemas complejos* (Greenhalgh & Papoutsis, 2018).

Qué se espera medir y para qué

El monitoreo de los sistemas de salud parte del supuesto de que es posible identificar procesos clave en el funcionamiento de los sistemas de salud y que estos son susceptibles de ser representados y medidos por un indicador. Otro supuesto importante es que los indicadores identificados permiten identificar problemas o nudos críticos, susceptibles de ser intervenidos a partir de decisiones de gobierno del sector, cuyo éxito o fracaso puede ser medido. Un aspecto clave en estos supuestos lo constituye el modelo de representación del sistema de salud.

Modelos de representación

Un aspecto clave en los sistemas de salud son los modelos de representación. Es decir, un conjunto de abstracciones que tienden a representar la realidad. Cuando se piensa en diseñar e implementar un modelo de monitoreo de un sistema de salud, se apuesta por un modelo que debe de ajustarse al *estado del arte*, tanto en la representación de los sistemas de salud, como de las propias características que históricamente ha mostrado nuestro objeto de estudio. Este es un punto central porque finalmente la objetividad del Sistema de Salud a representar depende de una concepción arbitraria de sus diseñadores –de un juicio de valor– que finalmente determina qué elementos son relevantes en términos de política pública.

Los profundos cambios en la salud pública a nivel global, la diversidad de los actores involucrados, la emergencia y centralidad de actores privados, la creciente segmentación de los campos de acción de los diversos factores y el desarrollo de políticas de alcance global (Bloom, y otros, 2019) plantearon la necesidad de pensar en un modelo comprensivo que pueda sintetizar las distintas visiones y marcos conceptuales de lo que significa un sistema de salud. El

año 2007, la OMS define un modelo de bloques (*building blocks*), que tiene por objetivos (i) definir los atributos deseables de un sistema de salud, en base a los elementos señalados en el informe de la OMS del año 2000; (ii) identificar prioridades y establecer para la entidad un marco de agenda para identificar brechas de funcionamiento que requieran el apoyo de la OMS (World Health Organization, 2007).

El actual modelo normativo de representación promovido por la OMS está basado en un modelo de *blocks* y recoge todo un conjunto de iniciativas que han tratado de encontrar un equilibrio entre los tradicionales enfoques orientados a medir la capacidad de distribución de recursos del sistema de salud a nivel del territorio con la medición de *salidas* –es decir resultados de mejora–, expresados en cambios de determinados aspectos de la salud de la población, tal como se observa en la Ilustración 4.



Ilustración 4. Marco conceptual de la OMS sobre sistemas de salud. Los seis componentes del sistema de salud: atributos deseables.

En términos generales, el análisis de los diversos modelos conceptuales desarrollados para entender los sistemas en salud, le permite a la OMS identificar seis *blocks* que representan los procesos nucleares del sistema de salud. Algunos, como el *Liderazgo/Gobernanza* y los *Sistemas de Información en Salud* son transversales a todos los *blocks*, proveen las bases para la totalidad de la política y regulación de los otros *blocks* del sistema. Componentes claves del sistema de salud son el *financiamiento* y la *fuerza de trabajo en salud*. Un tercer grupo, llamado *Productos médicos y tecnologías y entrega de servicios*, reflejan los resultados inmediatos del sistemas de salud (por ejemplo, la disponibilidad de distribución de cuidados a la población).

En general, la misma OMS, reconoce que la representación de una estructura compleja como un sistema de salud es un ejercicio riesgoso con múltiples problemas. Ello se expresa en el modelo propuesto, centrado exclusivamente en acciones en el sector salud, soslayando la importancia de la acción de otros sectores, probablemente por las propias limitaciones de los distintos modelos revisados que no tuvieron capacidad de incorporar las acciones intersectoriales y menos aún incorporan los determinantes sociales y económicos de la salud. Esa omisión de diseño probablemente responde a la necesidad de desarrollar modelos de estudio, monitoreo y evaluación orientados fundamentalmente a los servicios de salud y a sus posibles impactos en la salud de la población.

Los esfuerzos para armonizar las acciones de los diversos actores institucionales y donantes en la implementación y fortalecimiento de los planes nacionales de salud, llevaron a establecer diversos criterios y un marco conceptual para el monitoreo y la evaluación de los sistemas de salud. Este criterio establece que hay un conjunto de entradas y procesos en estos sistemas (por ejemplo, la fuerza de trabajo en salud o la infraestructura), los cuales se expresan en productos, es decir en un conjunto de acciones o intervenciones

concretas, las cuales generan un conjunto de *resultados* (por ejemplo, coberturas) e *impactos* (por ejemplo, morbilidad y mortalidad). La lógica del modelo propuesto por la OMS se observa en la Ilustración 5.

Modelo de Monitoreo y Evaluación de Sistemas de Salud en proceso de Fortalecimiento. OMS 2010.



Ilustración 5. Modelo de monitoreo y evaluación de sistemas de salud en proceso de fortalecimiento, según (Organización Mundial de la Salud, 2000).

Se espera que este modelo permita lo siguiente.

- Monitorear las entradas, procesos y resultados requeridos para la gestión de lo invertido en el sistema de salud.
- La medición de la performance de los sistemas de salud, como la llave para los procesos de toma de decisiones del país.
- Evaluar los resultados de las inversiones en reformas en salud identificando las mejores prácticas.

Sin embargo, este modelo tiene un conjunto de condicionantes técnicos. Un óptimo monitoreo y evaluación requieren de una cantidad extensa de recursos de información: una gran cantidad de fuentes administrativas, por ejemplo, sistemas de seguimiento de financiamiento, bases de datos y sistemas nacionales de registros de historias clínicas; sistemas de información con datos de infraestructuras, medicinas, además de datos y documentación sobre políticas; sistemas de medición del funcionamiento de los servicios, calidad y cobertura; hasta sistemas de encuestas y mediciones poblacionales.

Otro condicionante tiene que ver con el tipo de análisis que requiere la aplicación de estos modelos. El análisis que requiere el modelo hace énfasis en la medición de la calidad de los datos, en el establecimiento de estimados y proyecciones, en el desarrollo de estudios a profundidad, el uso de resultados de investigación y en la medición de la performance y eficiencia de los sistemas de salud, ello asociado a procesos de revisión y reportes regulares y de estándares de reporte globales.

Sin embargo, estos modelos tienen algunas limitaciones:

1. Ausencia de jerarquización entre los distintos *blocks*.
2. Limitado conocimiento del funcionamiento de los *blocks* y de sus interacciones orientadas al logro de resultados (*cajas negras*). Establece algunos supuestos, respecto a los *blocks* y la necesidad de tomar en cuenta los elementos de contexto.
3. La ausencia de dimensiones cualitativas para incorporar la medición de problemas complejos.
4. No incorpora las intervenciones con componentes intersectoriales.

5. Limitada presencia y poco peso de los componentes de control de enfermedades.
6. Omite la medición de un conjunto de capacidades nacionales para la gestión de sistemas complejos, como la inversión o acumulación en *Investigación y desarrollo*.
7. Requiere de un conjunto de capacidades y recursos para la generación, gestión, integración y análisis de la información.

La importancia del análisis del contexto

El análisis del contexto es fundamental para el análisis de los sistemas de salud y determina directamente el sentido del monitoreo. Guía la selección de indicadores relevantes según la lectura del contexto y le da *sentido a los datos*. Por ello, es fundamental establecer un contexto que permita el diálogo con diversas teorías para explicar el funcionamiento del sistema de salud a analizar y que proponga una visión compartida respecto a la realidad representada y que pueda ser asumida por los distintos actores del sistema.

En el Perú, el contexto define el funcionamiento del sistema de salud

El sistema de salud peruano, es un sistema relativamente adolescente en una república que se acerca al bicentenario. Su despliegue progresivo en el siglo XX estuvo signado por la fragmentación y un limitado despliegue territorial, concentrado fundamentalmente en las ciudades y en algunos enclaves productivos (Campodónico Hoyos, 1977). La crisis económica prolongada de final de las décadas de los setenta y los ochenta, redujo sostenidamente los recursos financieros del sector salud y las pérdidas de infraestructura por el conflicto armado interno produjo una regresión del incipiente crecimiento territorial del sistema de

salud, el cual se expande abruptamente como consecuencia de los programas de apoyo a la pobreza, cubriendo por primera vez –a finales del siglo XX– el conjunto del territorio nacional, fundamentalmente a partir de *Centros de salud* y *Puestos de salud*, orientados originalmente para el despliegue de un paquete básico de prestaciones. La expansión de la economía iniciada en la década de los noventa y sostenida, con tasas de crecimiento importantes, en la primera década del siglo XXI, permitió la expansión de la cobertura de la seguridad social, a tasas superiores a la banda de población que tradicionalmente mantuvo en las dos últimas décadas del siglo XX. Esto incrementó progresivamente la cobertura de protección financiera, pero consolidó la segmentación del sistema de salud.

Un elemento a tener en cuenta es que, paralelamente a la expansión de la economía y a la progresiva recuperación de los servicios públicos, se dio un acelerado proceso de *descentralización* y *transferencia de competencias* a las regiones en materia de salud. A mitad de la primera década del siglo XXI, ya existían evidencias de que esta expansión de los servicios públicos, en educación y salud, se realizó a expensas de un deterioro sostenido de la calidad, en lo que Webb y Valencia denominaron “un equilibrio de bajo nivel” (Webb & Valencia, 2006). A pesar de ello, en varias intervenciones de salud pública se comenzaron a evidenciar avances importantes. Estos avances plantearon en varios actores la necesidad de impulsar reformas en el sistema de salud, lo que se tradujo en diversas iniciativas parlamentarias, que finalmente confluyeron en la *Ley Marco de Aseguramiento Universal* (Wilson, Velásquez, & Ponce, 2009). Esta ley dio inicio a un ciclo de políticas expansivas que permitieron el crecimiento sostenido la cobertura del seguro público, lo cual obligó a desplegar una reforma de salud de alcance más general, a fin de responder a las tensiones y demandas de la expansión del aseguramiento público, que implicaban el fortalecimiento de otros componentes del sistema de salud peruano (de Habich, 2019).

Este ciclo de reformas generó una expansión sin precedentes de la protección financiera en el Perú y, por primera vez en la historia del país, la cobertura de protección financiera superaba, en términos poblacionales el 70 %. Se evidenció un incremento del acceso a los servicios del MINSA, además de una reducción de las brechas de inequidad en intervenciones materno infantiles. Sin embargo, a pesar de estos notorios avances, una evaluación del acceso a diferentes programas e intervenciones para el periodo 2005-2015, mostró la existencia de un patrón de brechas de inequidad, incluso en las poblaciones beneficiadas en un esquema de protección financiera determinado. La fragmentación del sistema de salud y sus mecanismos de aseguramiento es una de las causas de que estas continúen. Millones de individuos reconocen estar afiliados al SIS o a EsSALUD, pero los niveles de recursos, acceso, utilización y protección financiera son distintos en cada uno de ellos. Esto ocurre, en parte, porque el perfil de ambos seguros es distinto. La población del seguro integral es más joven que la del seguro contributivo, pero a la vez más pobre y con menor nivel educativo. Como contrapartida, EsSALUD no solo tiene una población más envejecida, sino una mayor tasa de pacientes crónicos en todas las edades (Organización Panamericana de la Salud, 2017).

Marcos explicativos que nos permiten una mejor lectura del sistema de salud peruano

Dentro de los modelos de análisis de los problemas de los sistemas de salud en países de ingresos medios y bajos, destaca el denominado *Síndrome de los Sistemas Mixtos (Mixed Health System Syndrome)* postulado por la profesora Sania Nishtar. Este modelo trata de explicar las razones de la ineficiencia de los sistemas de salud fragmentados, donde coexisten sistemas con financiamiento público con sistemas privados financiados por mecanismos de

mercado. Nishtar explica la pobre performance de estos sistemas por tres factores:

- Insuficiente financiamiento por el Estado.
- Un ambiente que permite a los agentes privados brindar servicios públicos sin un adecuado marco regulatorio.
- Falta de transparencia en la gobernanza.

De acuerdo a lo señalado, la falta de financiamiento induce todo un conjunto de distorsiones en el sistema de salud, como conductas de supervivencia en el personal de salud o llevar a la precarización y baja calidad los servicios. Este escenario de debilidad estructural del financiamiento público, empodera a los agentes privados, los cuales, en un entorno de débil gobernanza y falta de transparencia, configura un ecosistema institucional susceptible a la corrupción, al patrimonialismo y a la captura del Estado. Cuando estos sistemas de salud fragmentados (*mixtos*), muestran síntomas de compromisos con la calidad y equidad, más aún cuando la falta de equidad se manifiesta en forma endémica, podemos *diagnosticar* que estamos ante un caso del *Síndrome de los Sistemas de Salud Mixtos* (Nishtar, 2010).

Como consecuencia del *Síndrome de los Sistemas Mixtos*, la gobernanza aparece como el núcleo central de los problemas de un sistema de salud como el peruano. En cualquier modelo de monitoreo orientado a un país con este síndrome, la evaluación de la gobernanza es central para describir el comportamiento del sistema de salud (Siddiqi, Masud, & Nishtar, 2009).

Elementos para una propuesta de monitoreo del sistema de salud del Perú

Consideramos que una propuesta de monitoreo del sistema de salud debe contribuir a responder a las siguientes preguntas.

- ¿Qué significa hacer este ejercicio de monitoreo sobre el sistema de salud peruano en el contexto (global y local) actual?
- ¿Podemos identificar un vector de avance en el sistema de salud?
- De todos los problemas que tiene el sector salud peruano ¿cuál es el más importante en este periodo?
- ¿Qué riesgos potenciales o vulnerabilidades críticas enfrenta el sistema?
- ¿Qué indicadores podrían ayudar a movilizar o a inducir una mayor dinámica al sistema de salud?
- ¿Podemos formular indicadores que refuercen o potencien la articulación intersectorial?

Para ello se plantea la propuesta de monitoreo del sistema de salud peruano como un marco de innovación, tal como se observa en la Ilustración 6.

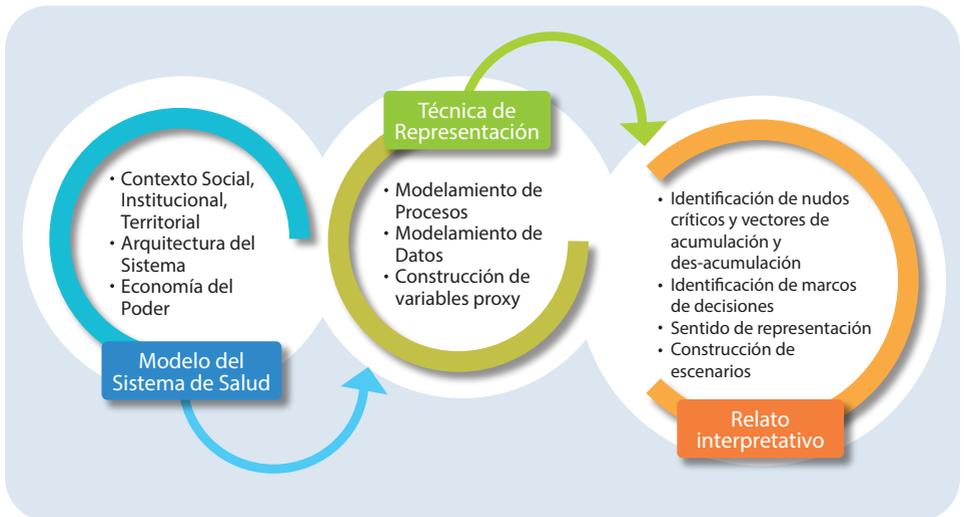


Ilustración 6. Modelo de monitoreo del sistema de salud como proceso innovativo

Es decir, para nuestra propuesta de modelo de monitoreo, si bien se ajusta a los marcos de referencia establecidos, trata de responder y darle significado a un contexto institucional- territorial, trata de aproximarse a un sistema de salud estructuralmente segmentado y trata de responder a una *economía del poder* que se expresa en los distintos niveles del sistema de salud (van Rensburg, Rau, Fourie, & Bracke, 2016). Sin embargo, en el caso de nuestro sistema de salud, existen notorias deficiencias, con las cuales el modelo tiene que dialogar, para en esta primera etapa reconocer sus límites explicativos. Estos desafíos se expresan en la Ilustración 7.

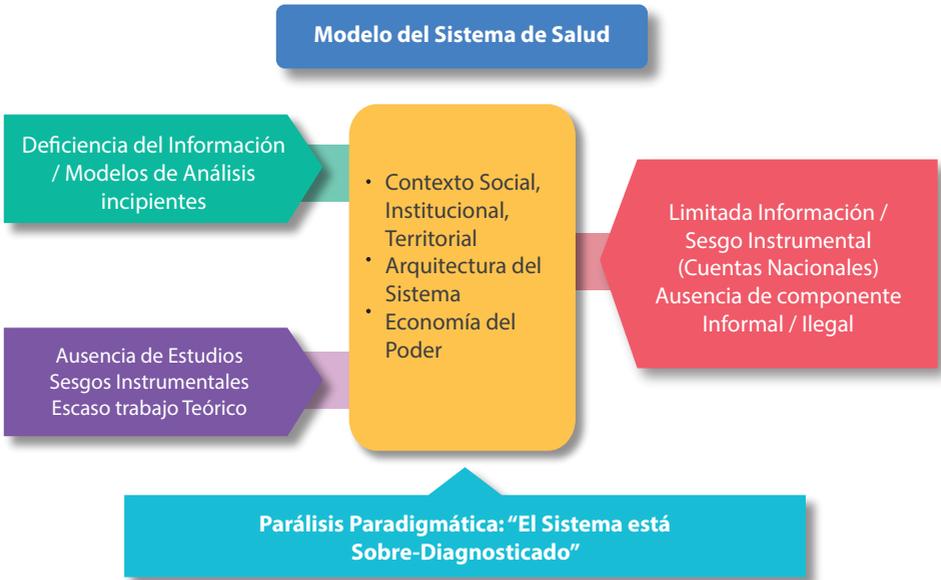


Ilustración 7. Desafíos para el modelo de monitoreo. Modelo del sistema de salud.

Respecto al contexto social, institucional y territorial en torno al sistema de salud, existen enormes vacíos, propios de una visión fragmentada del sistema, donde persisten algunas materias y temas que tradicionalmente han concentrado el interés y los recursos

investigativos, que se alternan con enormes ausencias y rupturas de los procesos de generación de información y con algunas zonas o procesos del sistema donde se carece de información sistematizada –como la corrupción o la actividad de los sectores informales en salud. En un mismo sentido, los modelos de análisis de la arquitectura del actual sistema de salud peruano son relativamente recientes y se caracterizan por una limitada densidad explicativa (Alcalde-Rabanal, Lazo-González, & Nigenda, 2011).

Sin embargo, a pesar de la creciente información existente, se observan pocos intentos de construir una visión del conjunto del sistema de salud. Una excepción por su capacidad descriptiva y el enorme esfuerzo desplegado en su desarrollo son las Cuentas Nacionales en Salud (Petrera & Palomino, 2015). Sin embargo, al ser una de las pocas miradas del conjunto del sistema, ha orientado mucho la mirada a un punto de vista financiero, soslayando otros componentes importantes, fundamentalmente por la naturaleza del instrumento utilizado. Respecto a la forma de representación del sistema de salud peruano, los problemas identificados se expresan en la Ilustración 8.

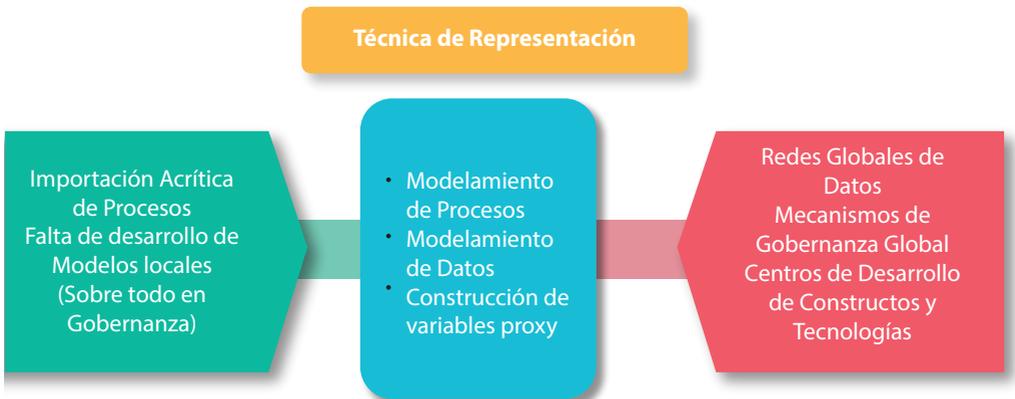


Ilustración 8. Desafíos para el modelo de monitoreo. Técnica de representación

En principio, lo que ha existido tradicionalmente es una *importación acrítica* de diversos modelos de representación de sistemas de salud, generalmente realizados en países del hemisferio norte, con un desarrollo institucional y de redes de protección y cuidado más densificadas. No existen modelos teóricos de representación de sistemas adaptados a la complejidad de nuestro territorio, ni a las particularidades de nuestro desarrollo y despliegue institucional, ni a nuestra cultura de gobernanza (Grzegorzewski, 1968).

Otro problema a nivel de las técnicas de representación, son el desarrollo acelerado de mecanismos de gobernanza a nivel global, que han segmentado el campo de los sistemas de salud –probablemente en razón de su complejidad– y han generado diversos instrumentos de políticas, mecanismos de intervención y redes globales de generación y modelamiento de datos. En ese contexto de cambios acelerados, nuestro sistema de salud no ha desarrollado las capacidades para mirarse a sí mismo en ese nuevo escenario global.

Un enorme desafío para la construcción del modelo de monitoreo es el relato interpretativo, que nos permite describir la complejidad de nuestro sistema de salud. Un resumen de las dificultades identificadas se observan en la Ilustración 9.

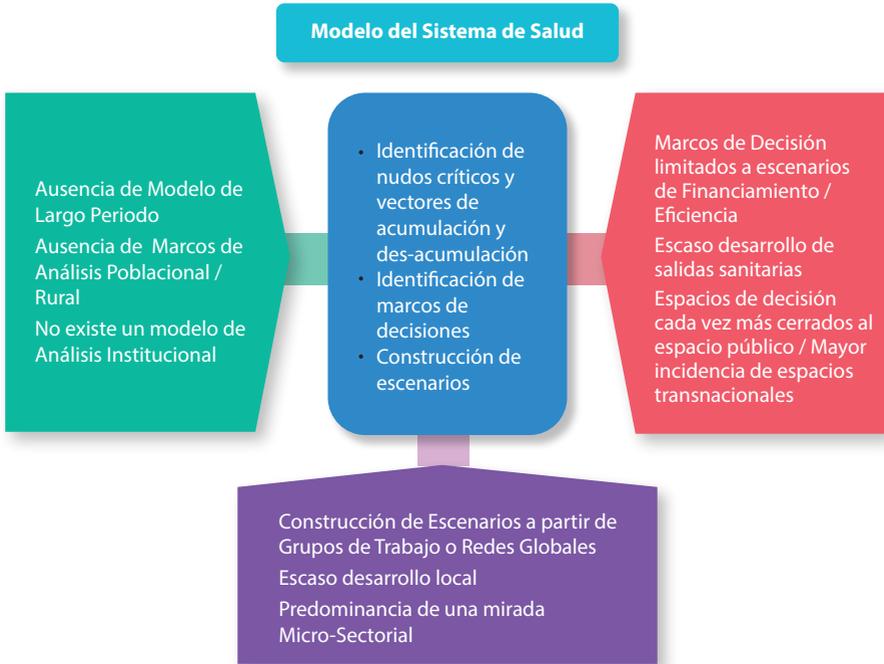


Ilustración 9. Desafíos para el modelo de monitoreo. Relato interpretativo.

Parte del problema consiste en la ausencia de una visión de largo periodo, por las limitaciones de información disponible y por la ausencia –desde el inicio del siglo XX, en lo que podría ser denominada la *etapa moderna* del sistema de salud peruano– de un marco de análisis poblacional. Igualmente, el conocimiento del desarrollo del marco institucional es sumamente reciente. Otro problema, para el desarrollo de un modelo de monitoreo es el escaso desarrollo de investigaciones respecto a marcos de decisión, los cuales se han ido orientado al financiamiento y a la ejecución del gasto, con un limitado énfasis en la eficiencia y en la evaluación de impacto. La ausencia de una encuesta nacional de salud, ha

concentrado la evaluación de los resultados sanitarios a un número limitado de instrumentos, como los derivados de las encuestas Demográfica y de Salud (DHS, por sus siglas en inglés) o a modelos que ya han devenido en obsoletos, como el Análisis de la Situación en Salud (ASIS).

En ese sentido, existe un escaso desarrollo de escenarios, tanto para construir los propios o subregionales, como para la incorporación o sistematización de los construidos en redes globales. En general, lo que predomina es el análisis de tendencias temáticas orientadas a una mirada intrasectorial.

La pandemia de Coronavirus. Su impacto como evento ecosocial

La pandemia de Coronavirus, en si misma plantea un desafío que obliga a expandir la visión del Sistema de Salud. Por un lado, la pandemia ha puesto en evidencia el rol de los determinantes sociales de la salud, tanto en la propagación de la epidemia, como en la expresión de sus impactos colaterales en la salud de la población (Rodier, Greenspan, Hughes, & Heymann, 2007). Por lo tanto, el modelo de monitoreo debe estar en capacidad de incorporar dichos elementos. Esta incorporación está de la mano con la revisión de los Objetivos de Desarrollo Sostenible 2030, cuya factibilidad de cumplimiento está en revisión. Este punto es fundamental, dado que en el próximo escenario post pandemia, muchas intervenciones sanitarias van a tener que ser intersectoriales.

Los elementos vinculados al control de las enfermedades emergentes, impulsado como el enfoque de *Seguridad global*, se ha puesto en cuestión. Los países mejor evaluados en este modelo, como los Estados Unidos de Norteamérica y el Reino Unido, presentan los peores resultados, tanto en el control de la pandemia como en sus

capacidades. Muchos indicadores y dimensiones que representaban la capacidad de control de enfermedades han quedado desfasados y los componentes de gestión de intervenciones en Salud pública y de sostenibilidad de acciones de control han adquirido una gran importancia en el marco de la pandemia.

La visión de la oferta de servicios de salud ha cambiado mucho de cara a la pandemia de Coronavirus, los sistemas de monitoreo habían migrado sobre todo en el escenario OCDE a indicadores de eficiencia. Sin embargo, en medio de la crisis sanitaria, algunos países con sistemas de salud muy potentes, advirtieron que sus principales problemas estaban en los viejos indicadores de oferta de infraestructura y recursos humanos. El peso de la oferta de servicios en los territorios y sobre todo de servicios de atención primaria ha adquirido una enorme importancia.

El enorme impacto social de la epidemia de Coronavirus implica que los sistemas de salud deben contextualizar sus acciones en un escenario de expansión de la pobreza y las inequidades, un fenómeno que se comienza a perfilar a nivel global como consecuencia de la pandemia.

➤ **Selección de indicadores para el sistema de salud peruano**

El análisis del contexto, la historia y las evidencias existentes nos llevan a las siguientes premisas sobre el sistema de salud peruano:

- Sistema de Salud Adolescente
- Escasa Densidad del Estado
- Ciclos Inorgánicos de Acumulación
- Ausencia de Gestión Territorial
- Limitado Financiamiento
- Limitada oferta de servicios de salud

- Inexistencia de modelo de oferta de servicios para el conjunto del territorio
- Limitados Recursos Humanos
- Limitada capacidad de respuesta en el control de enfermedades y epidemias.
- Oferta desfasada de la demanda.
- Distribución de Recursos Inequitativa
- Ausencia de un Modelo de Gobernanza
- Inequidad de Distribución de Recursos
- Ineficiencia Técnica / Elevada Corrupción

Esto nos lleva a un *patrón de comportamiento* de un sistema de salud caracterizado históricamente por desplegar grandes saltos de cobertura en sus servicios con importantes brechas de calidad e importantes niveles de inequidad asociados a un deficiente financiamiento.

➤ Necesidad de establecer niveles de análisis

El carácter global de la salud pública del siglo XXI es una realidad marca los sistemas de monitoreo. En la práctica el tipo de compromiso de políticas asumidas por los gobiernos, los obliga en la práctica a articularse con redes de monitoreo de carácter global, lo que obliga a estandarizar diversos parámetros de medición.

Si bien los Objetivos de Desarrollo Sostenible, constituyen un compromiso país, es claro que los países, en el campo sanitario, no pueden atender el avance de todos los objetivos en forma simultánea. Los países deben tener la capacidad de identificar los indicadores más comprensivos que caractericen el perfil global de la política del país. Ello implica identificar las intervenciones que expresen mejor *salidas* o impactos que representen cambios cualitativamente superiores en el estado de salud y bienestar y que además guarden correspondencias con temas prioritarios de alcance

global. De manera semejante, parte de la articulación en lo que se denomina el *sistema global de salud pública* y donde la respuesta ante pandemias, bioterrorismo, enfermedades emergentes o epidemias con un enorme potencial de propagación, forma parte de un esquema de seguridad y capacidad de respuesta global (Rodier, Greenspan, Hughes, & Heymann, 2007).

Sin embargo, la globalidad de un conjunto de parámetros de decisión, debe estar a su vez equilibrada con un componente de *localidad*, más aún cuando los modelos globales no inciden directamente en algunos de los indicadores, que expresan la centralidad de las contradicciones principales del sistema de salud. De acuerdo a lo expresado por Nishtar, el núcleo interpretativo del monitoreo del sistema de salud peruano está en la *gobernanza*, la cual engloba a los elementos más importantes de los *blocks* que constituyen el sistema.

Sin embargo, el peso de los *blocks* en los modelos de monitoreo son distintos y para efectos prácticos, su selección está más en función de su influencia en los resultados de salud en la población en el corto plazo y en su capacidad de describir procesos relevantes para el sistema de salud. Estos niveles de análisis se están orientados a lo que Rifat Atun señala como el *patrón de comportamiento* del sistema de salud, que se expresa claramente en su despliegue territorial y en la capacidad de respuesta de los servicios.

➤ **Respecto a los modelos de monitoreo**

En los últimos años se han desplegado diversas iniciativas orientadas al desarrollo de instrumentos de monitoreo y evaluación. Una innovación importante –propia de los avances técnicos– es la aparición de los indicadores integrados. Parten de la necesidad de representar de la mejor manera posible los aspectos de cobertura poblacional o acceso a los servicios. De otro lado, el mayor conocimiento de los diversos aspectos críticos de los procesos de implementación de cobertura universal, han llevado a

buscar indicadores compuestos que sinteticen todos los atributos identificados (Haas, Hatt, Leegwater, & El-Khoury, 2012) (Martínez, Carrasquilla, & Guerrero, 2011).

➤ Aspectos técnicos que sustentan la propuesta

- Establecimiento de planos de análisis.
- Necesidad de Identificar un plano de articulación Global del Sistema de Salud (Objetivos del milenio, Seguridad Global en Enfermedades Epidémicas).
- Centralidad de la Gobernanza en el modelo de Monitoreo.
- Necesidad de Identificar “vectores” de política a través de análisis de trazadores de aspectos de la operación del Sistema de Salud.

La centralidad de la gobernanza en el funcionamiento de los sistemas de salud se ha remarcado en la medida de que una acción derivada de la función gobierno –la rectoría– es señalada como fundamental para definir la gestión del financiamiento del sistema de salud y de otros elementos de su operación (Murray & Frenk, 2000). En esa línea, definiendo la *gobernanza*, como un proceso de toma de decisiones y conducción de la política, la entendemos como una práctica social que expresa cómo se construye la política sanitaria entre un conjunto de actores, tanto a nivel social, como entre los diversos niveles de gobierno. En esa visión de *política-proceso* (Rodríguez, Lamothe, Barten, & Haggerty, 2010) hay un cordón umbilical con las *operaciones estratégicas del sistema de salud* derivadas de la gobernanza, como la rectoría. Sin embargo, en contextos de una baja densidad institucional, estos espacios aparecen difusos y por lo tanto más dependientes de la voluntad política. En ese sentido, se ha partido de la premisa de que podemos hablar de un proceso general de gobernanza que incorpore elementos de la rectoría, a partir de identificar acciones definidas operacionalmente (Cajal, Nigenda, Arredondo, & Conill, 2018).

La necesidad de identificar los *vectores de política*, parte de conocer los elementos dinamizadores del cambio o del avance del sistema de salud; lo que Báscolo denomina *Lógicas de transformación* (Báscolo, Houghton, & del Riego, 2018). Ello es importante para ayudar a los diseñadores de políticas y tomadores de decisiones a tener una representación dinámica del sistema e identificar factores facilitadores y restrictivos de su desarrollo. Esto implica un modelo que sea particularmente sensible y eficaz para detectar las disfuncionalidades del sistema de salud y tener elementos para la toma de decisiones eficaz.

Finalmente, el modelo, de acuerdo al sustento planteado se expresa en la Ilustración 10.



Ilustración 10. Modelo de monitoreo del sistema de salud. Líneas de análisis

El modelo tiene un nivel de monitoreo de alcance global, que en realidad es una decisión arbitraria, dado que la mayor parte de los indicadores considerados, están incorporados a diversos modelos de monitoreo de políticas globales. El nivel global está establecido por los resultados que consideramos de mayor impacto y trascendencia en materia de política pública a nivel global, además de los elementos que implican la respuesta a pandemias, daños emergentes y epidemias de alcance global. Este nivel incluye principalmente, elementos relacionados con la medición de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (2030) y el control de la epidemia de Coronavirus. La pandemia de Coronavirus y su estrecha relación con los determinantes sociales (Abrams & Szeffler, 2020) (Mikolai, Keenan, & Kulu, 2020) plantea impactos que se expresarán en diversas salidas socio-sanitarias (Naidoo & Fisher, 2020), por ello la necesidad de articular en este nivel el análisis de la pandemia con diversos indicadores de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, tanto relacionados a la salud (Objetivo 3) como de indicadores socio ambientales relacionados (Objetivos 1,2, 5 y 6) y la expansión de inequidades en salud (Marmot & Allen, 2020).

En lo referente a la seguridad y control de epidemias, se planteó como referencia la medición de capacidades nacionales de respuesta a las epidemias, el *Global Health Security* (GHS); el cual respondía a un escenario de percepción de una falta de gobernanza global en el control de epidemias de impacto global (Kickbusch, 2016). Si bien la existencia de este índice fue un avance significativo de gran potencial, desde un inicio se había formulado críticas a la validez de algunos de sus indicadores (Razavi, Erondy, & Okereke, 2020). La pandemia de Coronavirus evidenció que los Sistemas de Salud con los índices de Seguridad (GHS) más elevados –pertenecientes a países desarrollados del hemisferio norte– mostraron los peores resultados, mientras que países asiáticos con índices de seguridad menores, tuvieron un desempeño más eficiente en la gestión de la pandemia (Aitken, Lee CHin, Liew, & Ofori-Asenso, 2020) (Neogi,

S.B., & Preetha, 2020), lo que señala con claridad que desconocemos muchos factores críticos que definen la capacidad de respuesta eficaz en una pandemia. Algunos análisis han explorado que algunos indicadores –componentes del índice– son más sensibles para describir la capacidad de respuesta de los países en el contexto del COVID-19, dentro de los cuales se consignan la capacidad de respuesta rápida, detección y reporte de enfermedades (Chang & McAleer, 2020).

Ello implica la necesidad de identificar indicadores específicos al actual contexto del COVID-19. En ese sentido, se ha considerado incorporar algunos indicadores, empezando por la *capacidad instalada de procesamiento de pruebas de laboratorio*, asociada a la cantidad de pruebas moleculares realizadas para diagnóstico del COVID-19. Otro elemento de importancia es la densidad de despliegue de los equipos de respuesta rápida en el territorio (Equipos de respuesta rápida x 100,000 habitantes). Un elemento importante es introducir criterios de sostenibilidad tecnológica de algunas intervenciones. El rápido desarrollo de capacidades para la producción local de diversas tecnologías, nos plantea la posibilidad de introducir indicadores de producción nacional en algunas líneas de desarrollo. Se puede empezar monitoreando la producción local de pruebas moleculares en el corto plazo y la producción de respiradores y mascarillas de alto nivel de filtrado en un mediano plazo.



Un elemento de gran importancia en medio de la pandemia de COVID-19, es la necesidad de sostener la medición de la intensidad de transmisión de un conjunto de daños epidémicos, algunos particularmente activos antes de este escenario pandémico. Por un lado, se requiere visualizar la propagación de enfermedades transmisibles emergentes como la *malaria* o el *dengue*, o problemas persistentes en el Perú, como la *tuberculosis*, sobre todo en sus formas resistentes. Esta medición es de gran importancia estratégica, dado el impacto negativo que ha tenido la epidemia de COVID-19 en el control de estos daños (Hogan, A. et al, 2020).

El siguiente nivel son los indicadores de Gobierno, donde la centralidad está en la gobernanza que define la magnitud del financiamiento y la protección financiera como funciones que están inequívocamente ligadas en el nivel más alto de decisión en el sistema de salud. Tradicionalmente en el Perú, el bajo nivel de gobernanza del Estado peruano en el sector salud es un problema ampliamente reconocido. Considerando el nivel de fragmentación del sistema y la transversalidad de la crisis a nivel de gobiernos subnacionales, se planteó en el inicio del proceso un modelo de monitoreo multinivel de la gobernanza en el sistema de salud.

La propuesta inicial de *índice de gobernanza* se muestra en la Ilustración 11.



Ilustración 11. Propuesta de índice de gobernanza. Observatorio de Salud del Sistema Peruano - 2019

Esta propuesta se hizo en un escenario de gobernanza previa a la pandemia, en el contexto del marco de políticas y procesos de gobierno desplegados hasta ese momento. Por ejemplo, hasta antes de la pandemia, existía un marco de formulación de política a partir de la Ley del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado en Salud N. 27017. Claramente, desde el 2013, dicho marco se ha ido deteriorando progresivamente, hasta que, en plena pandemia, utilizando las disposiciones complementarias de un instrumento de política de reestructuración del Instituto Nacional de Salud (Decreto Legislativo 1504), termina desmontando la estructura institucional de formulación de políticas vigentes. Cinco meses después, no se ha tomado ninguna acción para la implementación de las nuevas instancias de participación y diálogo político.

Respecto a la alta tasa de rotación de funcionarios (Ministros, Viceministros y Directores Regionales de Salud), la dinámica institucional lamentablemente muestra la pertinencia de este indicador. Respecto al tiempo de reglamentación de Leyes, Decretos Legislativos y normas equivalentes, estamos tomando un indicador –el porcentaje de reglamentación de estos instrumentos– para un periodo de referencia como un indicador que expresa la capacidad técnica y la verdadera voluntad política de implementar los arreglos institucionales que permitan alcanzar la gobernanza del sistema. Al trabajar sobre una referencia temporal (periodo de tiempo de implementación normativa), este indicador describe el funcionamiento del sistema de salud a lo largo de un periodo de tiempo. Sin embargo, este indicador debe combinar análisis cuantitativos y descripciones de algunos procesos críticos que puedan ayudar a describir mejor el proceso de gobernanza.

El indicador de ejecución presupuestal del *Presupuesto Público en Salud*, revela tanto la capacidad de despliegue de las acciones

de los gobiernos subnacionales, como la capacidad de gobernanza del Ministerio de Salud en esta materia. Sin embargo, el actual escenario de la epidemia, ha cambiado notablemente la dinámica de ejecución presupuestal en un contexto de *emergencia sanitaria*, por lo que específicamente para este periodo se ha optado por incorporar como indicador de gobernanza el porcentaje de ejecución del presupuesto COVID-19 asignado a los gobiernos regionales, que en este contexto es un indicador muy sensible de la gobernanza en el sector. Un indicador de gobernanza vinculado al presupuesto, es el porcentaje de inversión *per cápita* en la defensa y protección de los derechos en salud. Asimismo, se ha planteado como indicadores *proxy* de gobernanza, la mortalidad materna e infantil como manifestaciones de la capacidad del gobierno nacional y de los gobiernos subnacionales de garantizar diversos bienes públicos sanitarios en dichos territorios (Sajedinejad, Majdzadeh, Vedadhir, Tabatabaei, & Mohammad, 2015) (Lin, Chien, Chen, & Chan, 2014). El financiamiento en salud en el modelo planteado, está en el mismo nivel de jerarquía que la gobernanza. El financiamiento expresa tanto la voluntad política, como la movilización de recursos destinados al logro de los objetivos de política sanitaria.

El siguiente nivel tiene que ver con la operación del sistema de salud. Ahí se ha considerado, dentro de la creciente complejidad de aspectos vinculados al funcionamiento del sistema, los que en este momento consideramos más importantes, en dos líneas de sistematización: *Distribución de recursos y bienes públicos* –que en realidad tiene que ver con lo que tradicionalmente se consideran como “*Factores de Producción*”: *Acceso y Cobertura de Servicios*. Los diversos indicadores considerados en el modelo, se observan en la Tabla 3 y Tabla 4.

Tabla 3. Variables comprendidas en el Modelo del Monitoreo (1ra Parte).

Variable	Nivel de Análisis	Vector de Política
Prevalencia de desnutrición crónica en menores de 5 años (Stunting)	Salud Global, Objetivos de Desarrollo Sostenible	Desarrollo de Capacidades
Prevalencia de desnutrición aguda en menores de 5 años (Wasting)	Salud Global. Objetivos de Desarrollo Sostenible	Desarrollo de Capacidades
Prevalencia de sobrepeso en niños de 2 a 4 años.	Salud Global. Objetivos de Desarrollo Sostenible	Desarrollo de Capacidades
Tasa de mortalidad materna	Salud Global. Objetivos de Desarrollo Sostenible	Desarrollo de Capacidades
Tasa de mortalidad de menores de 5 años	Salud Global. Objetivos de Desarrollo Sostenible	Desarrollo de Capacidades
Tasa de mortalidad neonatal e infantil	Salud Global. Objetivos de Desarrollo Sostenible	Desarrollo de capacidades
Tasa de prevalencia estandarizada para la edad de mujeres que experimentaron violencia de pareja en mayores de 15 años	Salud Global. Objetivos de Desarrollo Sostenible	Violencia de Género
Prevalencia de población que usa agua insegura o no tratada	Salud Global. Objetivos de Desarrollo Sostenible	Ecosistema Saludable y Sostenible
Prevalencia de población que accede a saneamiento	Salud Global. Objetivos de Desarrollo Sostenible	Ecosistema Saludable y Sostenible
Porcentaje de población en pobreza, pobreza extrema y pobreza multidimensional por territorio	Salud Global Objetivos de Desarrollo Sostenible	Ecosistema Social Sostenible

Variable	Nivel de Análisis	Vector de Política
Índice de desarrollo humano	Salud Global. Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo	Desarrollo de Capacidades
Exceso de mortalidad por COVID-19	Seguridad Global	Control de Enfermedades
Número de laboratorios certificados para el diagnóstico de COVID-19	Salud Global	Control de Enfermedades
Número de pruebas Moleculares realizadas por 100,000 habitantes	Salud Global	Control de Enfermedades
Número de equipos de respuesta rápida para búsqueda de casos de COVID-19 por 100,000 habitantes	Salud Global	Control de Enfermedades
Número de pruebas moleculares producidas por el país	Salud Global	Control de Enfermedades
Tasa de incidencia de dengue	Salud Global.	Control de Enfermedades
Tasa de incidencia de tuberculosis y tuberculosis MDR. Tasa de abandono de tratamiento de TBC	Salud Global	Control de Enfermedades
Cobertura de tratamiento de HIV	Salud Global	Control de Enfermedades

Tabla 4. Variables comprendidas en el Modelo del Monitoreo (2da Parte).

Variable	Nivel de Análisis	Vector de Política
Tasa de rotación de funcionarios del MINSA / Directores Regionales	Gobernanza	Capacidad de Gobierno
Tiempo de Formulación de Reglamentos	Gobernanza	Capacidad de Gobierno
Capacidad de Ejecución de Presupuesto Público	Gobernanza	Capacidad de Gobierno
Inversión per cápita en regulación y Defensa del Derecho a la Salud	Gobernanza	Capacidad de Gobierno
Porcentaje de ejecución de Gasto de financiamiento intervenciones COVID-19	Gobernanza	Capacidad de Gobierno
Porcentaje del gasto público del PBI en salud	Gobernanza	Financiamiento
Gasto en Salud Per cápita	Gobernanza	Financiamiento
Porcentaje de Hogares con gastos catastróficos equivalente a más del 10% y 25 % de ingresos totales	Gobernanza	Protección Financiera
Cobertura Poblacional de Protección Financiera	Gobernanza	Protección Financiera
Índice de Densidad del Estado	Operación del Sistema de Salud	Distribución de Recursos y Bienes Públicos
Densidad de Recursos Humanos	Operación del Sistema de Salud	Distribución de Recursos y Bienes Públicos
Densidad de Recursos Humanos en el Primer Nivel de Atención	Operación del Sistema de Salud	Distribución de Recursos y Bienes Públicos

Variable	Nivel de Análisis	Vector de Política
Numero de Camas per cápita	Operación del Sistema de Salud	Distribución de Recursos y Bienes Públicos
Numero de Camas UCI per cápita	Operación del Sistema de Salud	Distribución de Recursos y Bienes Públicos
Prestaciones per cápita	Operación del Sistema de Salud	Distribución de Recursos y Bienes Públicos
Gasto Público en Medicamentos	Operación del Sistema de Salud	Distribución de Recursos y Bienes Públicos
Porcentaje de Cobertura Efectiva	Operación del Sistema de Salud	Cobertura y Acceso a Servicio de Salud
Índice de Cobertura de Servicios Esenciales	Operación del Sistema de Salud	Cobertura y Acceso a Servicios de Salud
Porcentaje de Población con Protección Financiera que accede a la Consulta en un episodio de Enfermedad	Operación del Sistema de Salud	Cobertura y Acceso a Servicios de Salud
Gasto de Bolsillo en Medicamentos por episodio de atención	Operación del Sistema de Salud	Cobertura y Acceso a Servicios de Salud
Prevalencia de anemia en niños de 6 a 59 meses de Edad	Operación del Sistema de Salud	Capacidad de gestión de Intervenciones Intersectoriales
Tasa de Incidencia de muertes por accidentes de tránsito	Operación del Sistema de Salud	Capacidad de gestión de Intervenciones Intersectoriales
Tasa específica de fecundidad en mujeres de 15 a 19 años de edad	Operación del Sistema de Salud	Capacidad de gestión de Intervenciones Intersectoriales
Tasa de homicidios en jóvenes de 15 a 24 años de edad	Operación del Sistema de Salud	Capacidad de gestión de Intervenciones Intersectoriales

Respecto a las variables consideradas en el nivel de análisis de *salud global*, se ha considerado la incorporación de tres que expresan problemas nutricionales que van a implicar capacidades humanas con impactos en toda la vida (*Prevalencia de desnutrición aguda y crónica* y *Prevalencia de obesidad*) y que expresan la salida de un gran número de políticas públicas de cuidado y de condicionamientos ambientales (Swinburd, B. (et al), 2019). Seguidamente, se han incorporado dos variables de salida que expresan las garantías básicas de salud materno-infantil (*Tasa de mortalidad materna* y *Mortalidad en menores de 5 años*) y que son resultantes de la capacidad de respuesta del sistema de salud y de un conjunto de arreglos de política pública relacionados (Emamgholipour & Asemame, 2016).

La *Tasa de prevalencia de mujeres que experimentaron violencia de pareja*, responde a la enorme magnitud de esta problemática y a su alta prioridad política. A esta variable se suma el *Porcentaje de población con acceso a agua y saneamiento*, una variable comprendida en los Objetivos de Desarrollo Sostenible con enorme impacto en la salud (Esteves Mills & Cumming, 2017). El *Índice de Desarrollo Humano* es una variable de salida de un conjunto de condiciones sociales y económicas que además son impactadas por los resultados del sistema de salud (Barkley, Wheeler, & Pachón, 2015) (García-Tizón, L.S.; Arevalo, S.J.; Durán, V.A. (et al), 2017). Respecto al *Índice de Seguridad*, se ha tomado como referencia los parámetros técnicos del informe del *Global Health Security Index* (Cameron, E.; Nuzzo, J.; Bell, J. (et al), 2019) y a partir de ello, se han identificado algunas variables que reflejan la capacidad de respuesta del país a la pandemia. A este indicador, se le suman la *Tasa de incidencia de dengue y tuberculosis* en sus diversas variantes.

Respecto a los indicadores de gobernanza considerados en el modelo, los indicadores considerados en el informe, se observan en la Ilustración 12.



Ilustración 12. Indicadores de gobernanza identificados para este informe

La propuesta trata de incluir indicadores *proxi* del conjunto de proceso de gobernanza, desde el cumplimiento de los mecanismos institucionalizados de formulación de políticas y rendición de cuentas, expresados en la ley del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud, ley N.º 2707, pasando por los procesos de conducción, reglamentación, ejecución de presupuesto y financiamiento en acciones regulatorias y de defensa del derecho a la salud, partiendo además de que la gobernanza es un proceso flexible y dinámico (Hufty, 2010). Asumimos que en ambientes burocráticos de baja densidad institucional existe un continuo entre la *gobernanza* y la *rectoría* y, por lo tanto, la acción de *gobernanza* –

articulación de actores en el marco de la conducción del estado– con la gestión de la conducción del sistema de salud (rectoría). Asimismo, se ha considerado como un indicador de resultado de gobernanza, a nivel territorial, la *Tasa de mortalidad neonatal e infantil* (George, A.; LeFebre, A.; Jacobs, T. (et al), 2019) (Wehrmeister, Crochemore, Barros, & Víctora, 2017), la que expresa la capacidad del Estado de garantizar bienes públicos básicos para la población más vulnerable. En este caso, los peruanos recién nacidos, de manera tal que articulamos la gobernanza *proceso*, con gobernanza *resultado*.

Respecto a los indicadores de gobernanza vinculados al financiamiento y la cobertura de protección financiera (*Porcentaje del gasto público del PBI en salud, Gasto en salud per cápita, Porcentaje de hogares con gastos catastróficos equivalente a más del 10 % y 25 % de ingresos totales y Cobertura poblacional de protección financiera*) son indicadores que están incorporados a los modelos de monitoreo de Cobertura Universal actualmente existentes (World Health Organization and the International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank, 2017). Diversos estudios señalan que estos indicadores son eficaces para poder medir el esfuerzo financiero del sistema del salud (World Health Organization, 2019).

El indicador de *Densidad de recursos humanos* es un indicador fundamental de capacidad de operación del sistema de salud que es clave para entender el performance del sistema (Das, Woskie, Rajbhandari, Abbasi, & Jha, 2018) y que es central en todo modelo de monitoreo del sistema de salud (Cometto & Winter, 2013). Otro indicador de distribución de bienes públicos en la producción de prestaciones *per cápita* que es un indicador *proxy* del nivel de operación efectiva del aparato prestador en el territorio (Moses, M.; Pedroza, P.; Baral, R et al, 2018).

Asimismo, se ha incorporado un conjunto de indicadores relacionados con diversos aspectos de la cobertura y acceso a los

bienes públicos. *El Índice de cobertura de servicios esenciales* (Hogan, Stevens, Rweza, & Boerma, 2018) es un indicador compuesto que integra el acceso a los programas esenciales de salud pública. El indicador porcentaje de *Población con protección financiera que accede a la consulta en un episodio de enfermedad*, es un indicador derivado de las encuestas de hogares (ENAHO), que permite establecer qué proporción de personas con protección financiera, accede realmente a una consulta en la Ipress correspondiente. Un derivado de este análisis es el indicador de *Gasto de bolsillo por medicamentos consignado por episodio de atención*, que muestra en qué medida la protección financiera está en capacidad de garantizar el acceso efectivo a medicamentos. Este indicador, se complementa con el gasto público en medicamentos.

Asimismo, se ha considerado, un conjunto de indicadores de intervenciones sanitarias relacionadas con el despliegue de acciones intersectoriales, por la importancia que tienen las intervenciones intersectoriales en el actual marco de políticas globales y nacionales (Bennett, Glandon, & Rasabathan, 2018) . Los indicadores considerados están relacionados con problemas de alta prioridad (*Tasa de anemia en menores de 36 meses*) o intervenciones comprendidas en los objetivos de desarrollo sostenible (*Tasa de incidencia de muertes por accidentes de tránsito*, –el cual debemos informar oficialmente el 2020–, *Tasa específica de fecundidad en mujeres de 15 a 19 años de edad*, *Tasa de homicidios en jóvenes de 15 a 24 años de edad* y la *Tasa de feminicidios en mujeres adultas*). Respecto a la *Tasa de feminicidios*, se ha considerado su incorporación por su alta prioridad y por la posibilidad de ser reducido por acciones de articulación intersectorial. Se ha considerado además dos indicadores de *Investigación y desarrollo en salud*, por considerar la necesidad de medir este componente que es indispensable para el crecimiento y eficiencia de la gestión del sistema de salud.



Capítulo III
...

La preocupante situación de salud del Perú

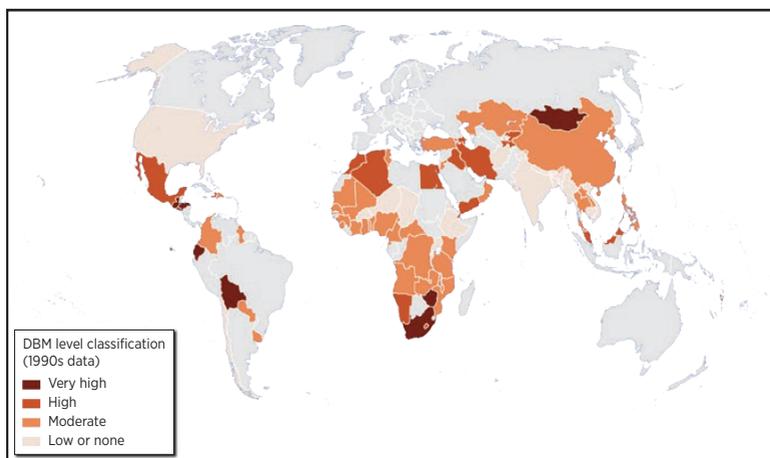
**Análisis preliminar de algunos indicadores
de Monitoreo del Sistema de Salud**

3.1 Algunos indicadores de Salud Global

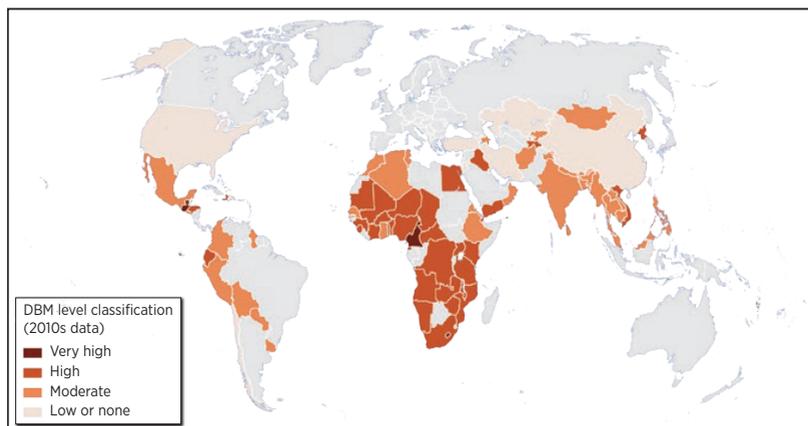
Obesidad y desnutrición

El Perú desde hace dos décadas consolidó un proceso de transición epidemiológica. El cambio más importante en el perfil de morbilidad del Perú es la expansión de la obesidad en un periodo de dos décadas, lo que configura una epidemia tal como se aprecia a continuación.

1990



2010



El Perú presenta una doble carga de malnutrición, se expresa en una Prevalencia de Desnutrición Crónica de un 14.4% en menores de 5 años y un porcentaje de sobrepeso/obesidad de un 66.1% en mujeres, lo que lo lleva a un nivel moderado de doble carga de malnutrición.

Ilustración 13. Perú: la emergencia de la doble carga de malnutrición, según (Shekar & Popkin, 2020).

En ese sentido el Perú configura –según el Banco Mundial– un caso que esa institución define como *Doble carga de malnutrición*: prevalencia de sobrepeso y obesidad en mujeres adultas jóvenes, sumada a la prevalencia de malnutrición crónica en menores de cinco años. En ese contexto, el Perú en dos décadas logra colocarse como uno de los países emergentes en esta condición, alcanzando actualmente el nivel de *moderado* (Shekar & Popkin, 2020).

En el Perú, para el año 2019, el 37,8 % de personas presentaron sobrepeso. No se presentaron diferencias relevantes entre hombres y mujeres y se observó una ligera superioridad de las áreas urbanas (38,9 %) respecto a las zonas rurales (32,9 %). Las regiones con valores de sobrepeso superiores al promedio son: Las provincias de Lima y Callao, las regiones Moquegua, Arequipa, Madre de Dios, Ancash, La Libertad, Piura y Tumbes.

En el caso de la *obesidad*, a nivel nacional el año 2019 el 22,3 % de personas mayores de 15 años sufrieron de obesidad, siendo esta mayor en mujeres (25,8 %) que en hombres (18,7 %). En las áreas urbanas la prevalencia de obesidad es sensiblemente mayor (24,6 %), respecto a las zonas rurales (13 %). Las regiones con una prevalencia de 30 % o más son: Ica, Moquegua y Tacna, encontrándose valores entre 20 y 29,3 % de *obesidad* en toda la costa peruana y en las regiones de Ucayali y Madre de Dios (INEI, 2020), tal como se observa en la ilustración siguiente.

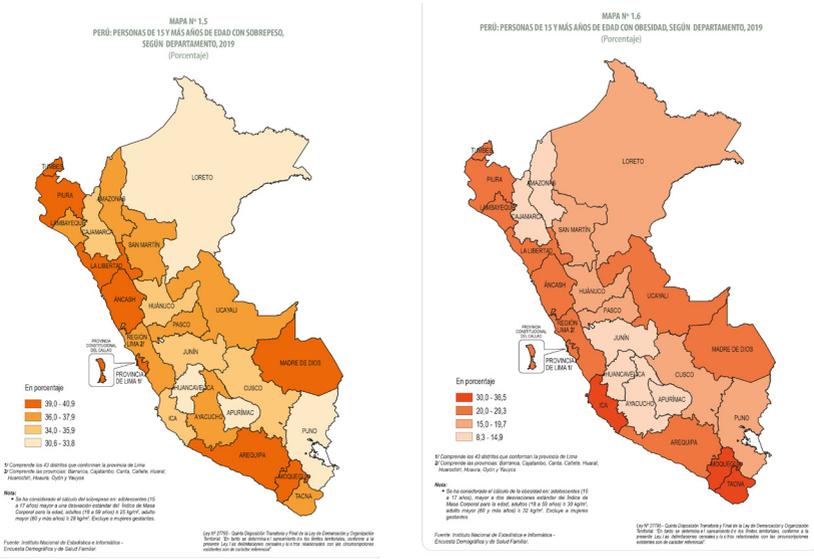


Ilustración 14. Indicadores globales: sobrepeso y obesidad. Perú 2019. (INEI, 2020).

Configurando el escenario de *Doble carga de malnutrición*, lo que se observa es un estancamiento de la reducción de la *Desnutrición crónica infantil en menores de cinco años*, que presenta una prevalencia de 12,2 %. Las implicancias del mantenimiento de estos niveles son muy grandes por el impacto negativo potencial que tiene la desnutrición crónica, al impedir el desarrollo de todas las capacidades de los individuos y, por lo tanto, generando una trayectoria de mantenimiento de la pobreza. Esto es particularmente serio en las zonas rurales, donde la prevalencia alcanza el 24,5 % (INEI, 2020). La curva de estancamiento en la reducción de la Desnutrición Crónica en menores de 5 años se observa en la gráfica a continuación.

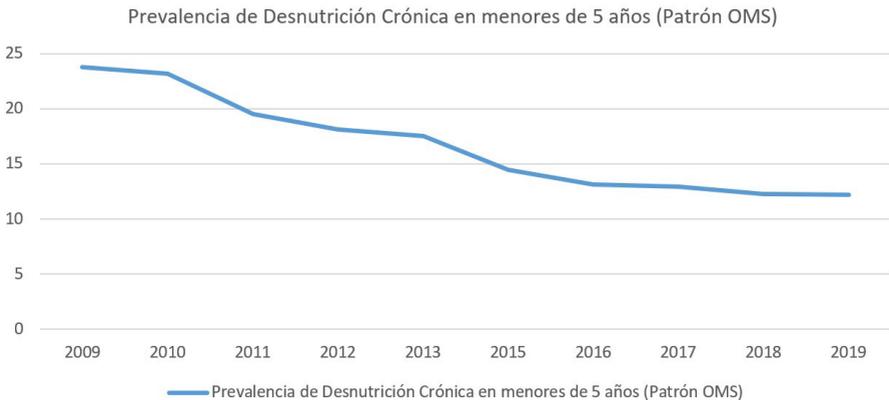


Ilustración 15. Indicadores globales: tasa de desnutrición crónica. Perú 2007 – 2019, según (INEI, 2020).

Sin embargo, un elemento a destacar es que el *Sobrepeso y obesidad* tiende a aglutinar un agrupamiento de enfermedades crónicas que colocan a la población del Perú en un elevado nivel de vulnerabilidad. Como lo establece la gráfica a continuación.

La elevada prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles en el Perú. 2018 – 2019

MAPA N° 1
PERÚ: PERSONAS DE 15 AÑOS A MÁS CON COMORBILIDAD: HIPERTENSIÓN ARTERIAL,
DIABETES MELLITUS U OBESIDAD, SEGÚN DEPARTAMENTO, 2018-2019
(Porcentaje)

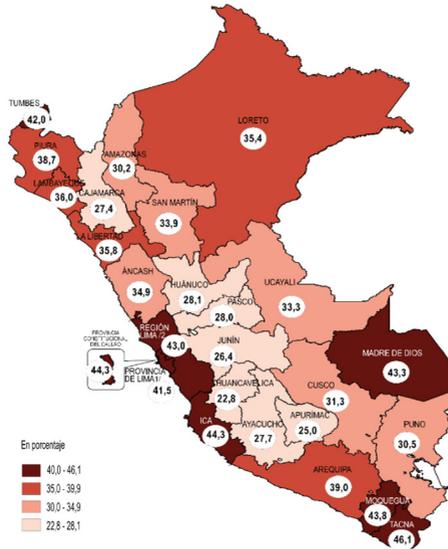


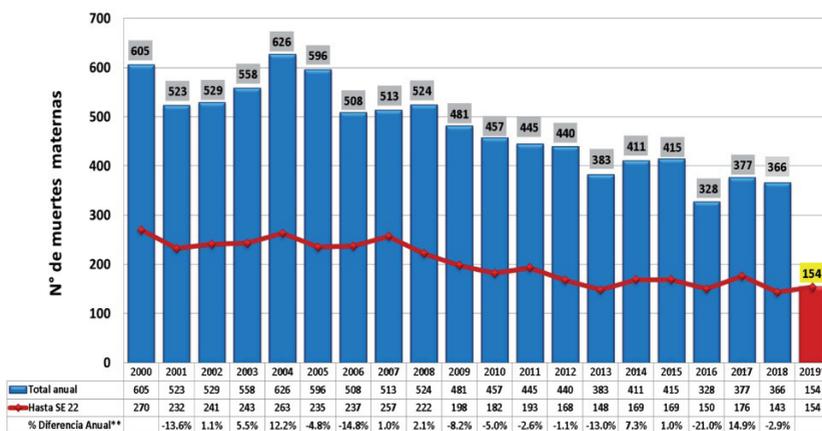
Ilustración 16. La elevada prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles en el Perú. 2018 – 2019, según (INEI, 2020).

En el Perú, el 37,2 % de las personas de 15 años de edad presenta *Comorbilidad: hipertensión arterial, diabetes mellitus u obesidad*. Siendo mayor en el área urbana (39,6 %) y con particular concentración en los mayores de 80 años de edad (67,6 %) (INEI, 2020).

3.2. La mortalidad materna

La mortalidad materna es uno de los indicadores disponibles más importantes para medir las *salidas* del sistema de salud. La evolución de la mortalidad materna en el Perú se observa en la gráfica a continuación.

Número de muertes maternas, Perú del año 2000 - 2019 y a la SE 49 del 2020*



Fuente: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades – MINSA. * Hasta la SE 22 - 2019

** Diferencia porcentual con respecto al año anterior. Se consideraron los casos notificados como muerte materna directa e indirecta.

Ilustración 17. Indicador de salud global. Mortalidad materna. <https://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/sala/2020/SE49/mmaterna.pdf>

En gráfica se observa claramente el incremento del número de Muertes maternas en el Perú en el año 2020, donde el número consignado hasta la semana epidemiológica 49 nos lleva a valores cercanos al año 2012, lo que implica un retroceso de ocho años. Si bien, la pandemia de COVID-19 ha afectado la capacidad de operación de los servicios materno-infantiles, ya el descenso de la mortalidad materna se había ido desacelerando progresivamente, tal como se observa en la gráfica a continuación.

Tendencia de la razón estimada de mortalidad materna Perú, 2002-2016

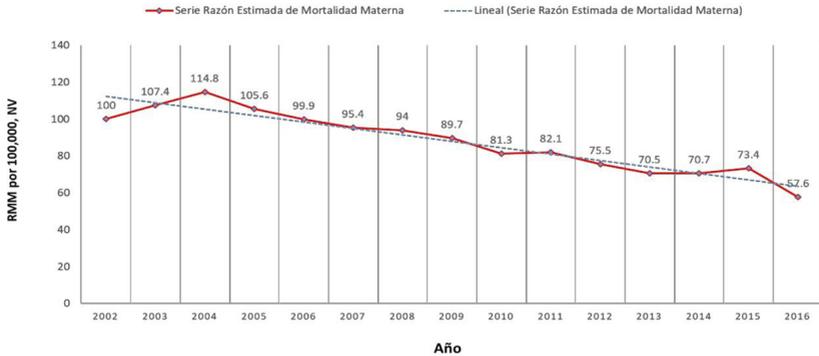


Ilustración 18. Estimación de la Razón de Mortalidad Materna en el Perú 2002-2016. CDC-MINSA 2019

Es importante señalar que el paulatino descenso de la Mortalidad Materna ha sido acompañando por un incremento de las brechas de inequidad, donde por un lado a partir del año 2002 se viene reconfigurando la distribución territorial de las muertes maternas, las cuales se van concentrando en las regiones de la selva, más el nuevo frente de exclusión de la zona Nor-oriental –Piura, Cajamarca y Amazonas– (Minsa, 2014), tal como se aprecia en la gráfica a continuación.

Cambios en la distribución territorial de la Mortalidad Materna. Perú 2002-2016

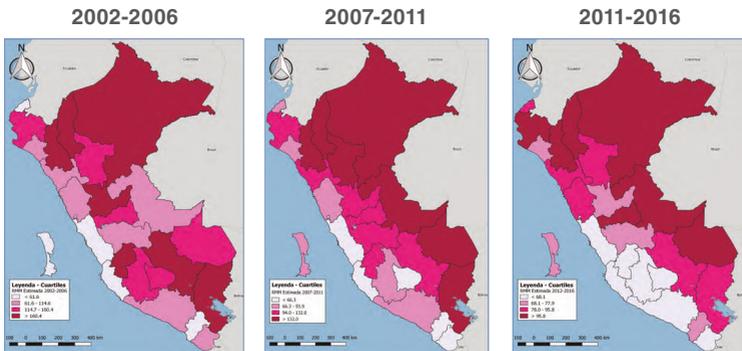


Ilustración 19. Estimación de la Razón de Mortalidad Materna en el Perú 2002-2016. CDC-MINSA, 2019

3.3 Índice de Desarrollo Humano

El *Índice de Desarrollo humano* es un indicador que resume el despliegue de las diversas capacidades humanas, articulando los ingresos, el nivel educativo y la esperanza de vida. Se considera un indicador *proxy* de bienestar y es sumamente eficiente para describir las diferencias de desarrollo entre los territorios. En general, los últimos resultados disponibles muestran que si bien en promedio, el Perú en el periodo 2003-2019 creció en una tasa acumulada del 60 %. Sin embargo, las distancias entre territorios son enormes. La distancia entre el distrito con mayor IDH (La Molina, Lima) y el de menor IDH (Laguna, Piura) es de 1 a 9 y –en el caso del ingreso– la distancia entre Lince, Lima y el primer lugar y Achaya, Puno (último lugar) es de 1 a 40. Mientras que la Molina ocupa el primer puesto y tiene un ingreso en el rango *muy alto*, más de 1 500 distritos (cerca de 80 % del total) tienen un nivel de desarrollo humano que bordea el 0,3 que se interpreta como *muy bajo*. (PNUD, 2019).

Un aspecto importante identificado en la tendencia del *Índice de desarrollo humano*, es que identifica 87 provincias que tienen un bajo nivel de desarrollo humano y un lento nivel de crecimiento. Este grupo de provincias configura los territorios y poblaciones con menor dinámica de crecimiento, lo que el PNUD define como provincias *rezagadas*, que en la práctica configuran los nuevos territorios de exclusión, tal como se observa en el gráfico a continuación.

Indicadores Globales. Índice de Desarrollo Humano

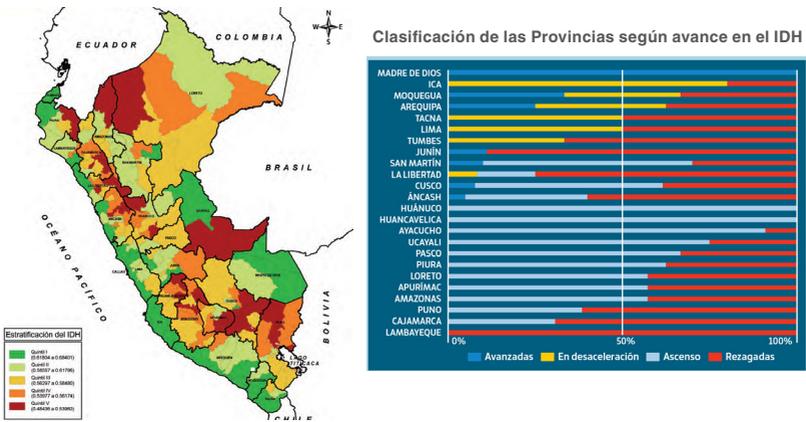


Ilustración 20. INEI. Censo de Población y Vivienda 2017, ENAHO 2019, elaborado por PNUD

3.4. Indicadores de Seguridad Global

Como se ha planteado a lo largo del documento, la epidemia de COVID-19 ha planteado un replanteamiento de la forma de medir la capacidad de respuesta de los países a la gestión de epidemias de alcance global. Ello implica el monitoreo de la capacidad de respuesta del país en diversas líneas de intervención. En el caso del COVID-19, un elemento importante en la gestión de la Epidemia, es el análisis de la capacidad de diagnóstico del país, como base, para el desarrollo de intervenciones de control. Un elemento inicial es el número de laboratorios disponibles para el diagnóstico de la COVID-19, tal como se observa en la gráfica a continuación.

Indicadores de Seguridad Global alternativos Número de Laboratoris que realizan pruebas moleculares para el COVID-19 Perú, Marzo 2020 - Febrero 2021

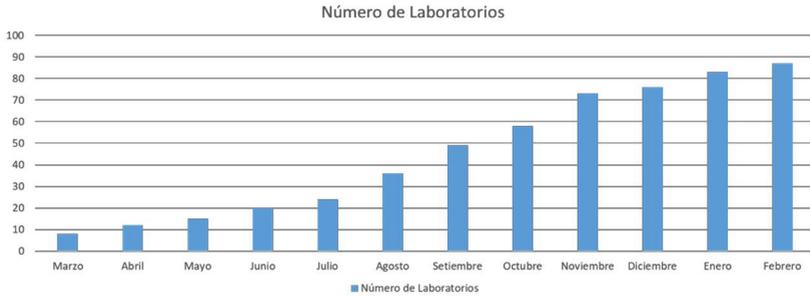


Ilustración 21. Indicadores de Seguridad Global alternativos. INS-MINSA

Se observa que hay un incremento progresivo de la capacidad diagnóstica, lentamente en el primer semestre del 2020; alcanzando a partir del mes de agosto un desarrollo acelerado de la capacidad diagnóstica, lo cual se expresa claramente en la gráfica que se presenta a continuación.

Salud Global Perú. Tasa de Pruebas Moleculares x 1,000 habitantes

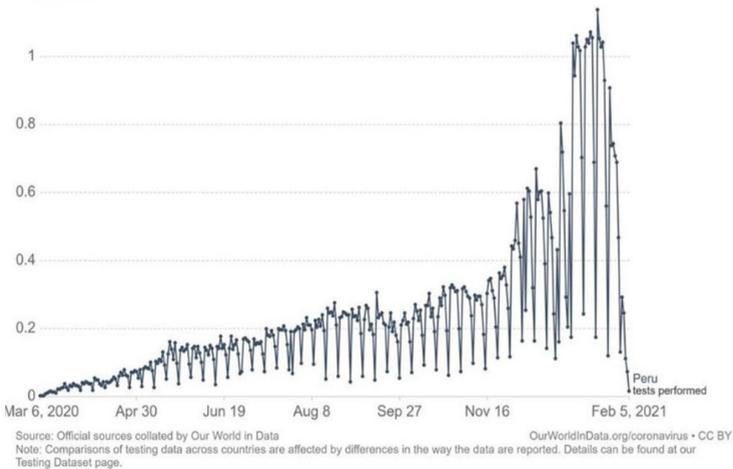


Ilustración 22. Salud Global Perú. Our World in Data

En esta gráfica se puede observar el despliegue progresivo de la capacidad diagnóstica del COVID-19 por 1,000 habitantes. Es evidente que, al iniciar este desarrollo desde cero, le tomo mucho tiempo al Instituto Nacional de Salud, llegar a una tasa importante. Le tomo 5 meses, llegar a 0.2 pruebas moleculares por millón. Sin embargo, 6 meses después, el volumen de pruebas por población aumento 5 veces, lo que permitió mejorar sensiblemente la capacidad diagnóstica y de vigilancia tal como se observa en la gráfica siguiente:

**Número de Pruebas diarias y casos nuevos confirmados por COVID.
Perú: Marzo 2020 - Febrero 2021**

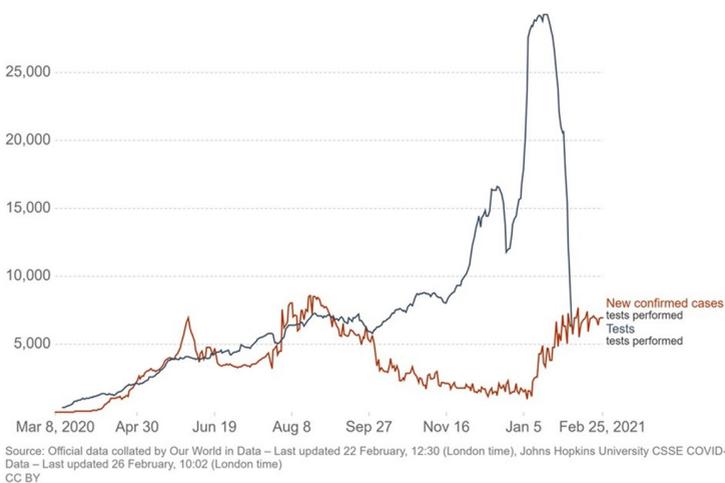


Ilustración 23. Número de Pruebas diarias y casos nuevos confirmados por COVID. Our World in Data

Es interesante esta gráfica, la cual muestra que, en la primera ola de enfermedad, la tendencia de pruebas diarias acompañaba a la de casos nuevos confirmados, lo que indica, probablemente un subregistro de casos por falta de capacidad diagnóstica del sistema de salud, lo cual se revierte meses después por un significativo incremento en la tasa de por 1,000 habitantes. Un análisis comparativo de la capacidad de pruebas diagnósticas según países de la región se observa en la gráfica a continuación.

Análisis comparativo de capacidad de realización de pruebas según país

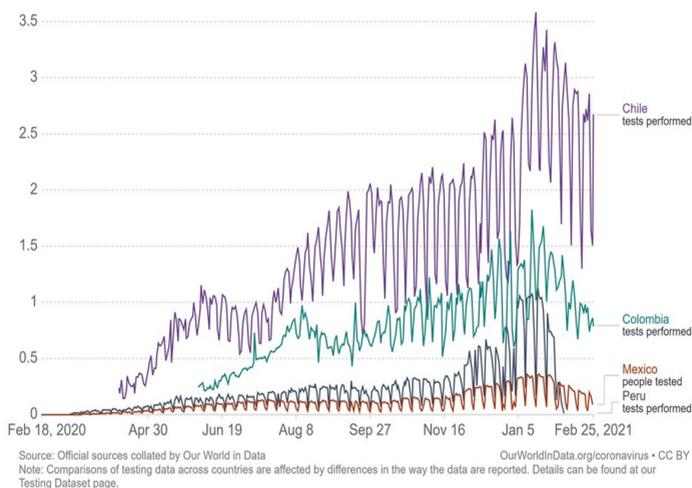


Ilustración 24. Análisis comparativo de capacidad de realización de pruebas según país. Our World in Data

Una comparación regional, muestra una tendencia semejante de desarrollo de pruebas por 1,000 habitantes, estando sensiblemente por debajo de Chile y Colombia, superando ampliamente a México.

En general estos indicadores muestran que es posible a partir de estos indicadores propuestos medir un componente importante de la capacidad de respuesta. Otros elementos de la respuesta para los cuales ya existen condiciones para su medición, es la cantidad de producción nacional de pruebas diagnósticas, en el caso de medir la respuesta de desarrollo de cadenas nacionales de producción de insumos estratégicos y también la formación de comités de respuesta comunitaria “Anti-COVID-19”, indicador que mide la capacidad de organización de la respuesta social a nivel local.

Otros indicadores vinculados a Control de Enfermedades

Un indicador muy importante para medir la capacidad y eficacia de la respuesta del país a los daños reemergentes es sin duda la incidencia de Dengue, cuya propagación ha estado muy activa en los últimos años en la región. La Incidencia de Dengue en el Perú se observa a continuación.

Tendencia de Incidencia de Dengue. Perú 2015-2020



Ilustración 25. Tendencia de Incidencia de Dengue. CDC-MINSA. 2020 a la semana epidemiológica 53

Se observa para el periodo que el año 2017 hay una caída de la capacidad de contención del Dengue a nivel nacional, posteriormente hay una remisión el 2018, para empezar a crecer sostenidamente el 2019. Pocos meses antes de la Pandemia de COVID-19, las regiones de Madre de Dios primero y luego Loreto se declararon en emergencia sanitaria por el Dengue, cuya propagación se mantuvo activa durante toda la pandemia y donde no se observa indicios de cambios en la tendencia actualmente descrita.

El Exceso de Mortalidad como Indicador de salida del Sistema de Salud

La pandemia de COVID-19 planteó la utilidad de la estimación del exceso de muertes como uno de los indicadores más sensibles para medir la velocidad de propagación y el impacto del COVID-19 en las poblaciones. Es importante señalar la diferencia entre los excesos de mortalidad a nivel de las estadísticas vitales y la cuantificación exacta de la tasa de mortalidad que requiere un nivel de modelamiento matemático. En el caso del Perú desde una etapa inicial se reconoció el exceso de mortalidad asociado al COVID-19 como un indicador muy sensible para analizar la tendencia de la propagación tanto a nivel nacional como a nivel de algunos territorios, tal como se aprecia a continuación.

Indicador: Exceso de Mortalidad

EXCESO DE MORTALIDAD 2020-2021.

Fecha de actualización: 04mar2021 hasta SE 8

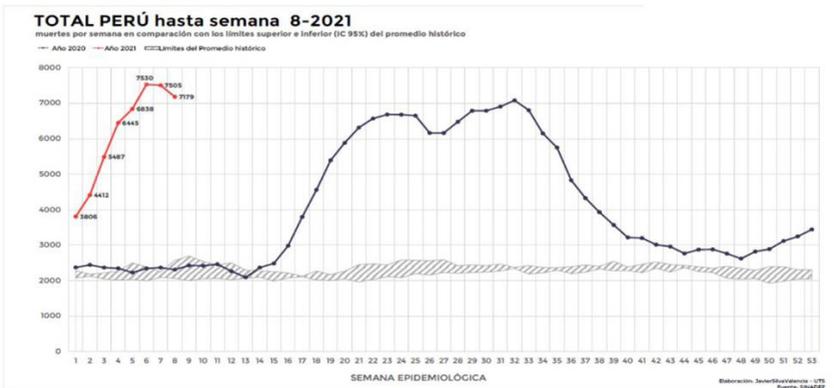


Ilustración 26. Exceso de Mortalidad. SINADEF. Elaboración: Unidad de Telesalud-Facultad de Medicina-UNMSM

La gráfica que compara el exceso de mortalidad entre los primeros meses del 2021 respecto al 2020, muestra claramente como progresivamente en las primeras semanas de enero suben significativamente las muertes reportadas en las primeras semanas de enero del 2021 respecto a las registradas en el 2020. Los datos disponibles permiten estimar los cambios en el exceso de mortalidad por regiones, lo que permiten caracterizar escenarios diferenciados de aumento o disminución de la propagación del COVID-19, tal como se observa en la gráfica siguiente:

Exceso de Mortalidad Diferencias Marzo 2020/2021

MORTALIDAD POR REGIONES

AL FINALIZAR SEMANA 9 (06/03/2021)

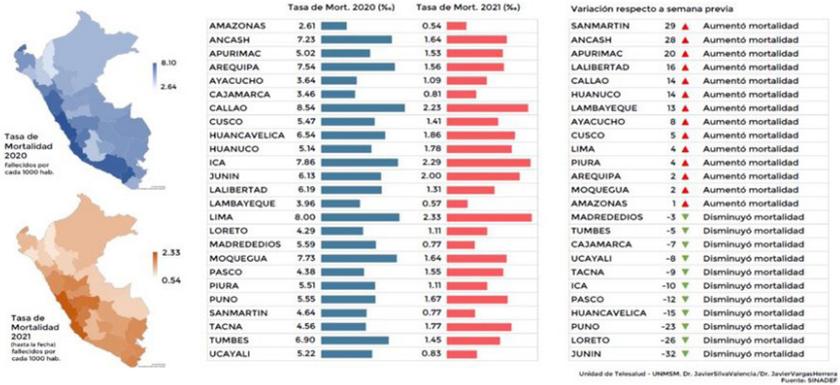


Ilustración 27. Exceso de Mortalidad Diferencias Marzo 2020/2021. Elaboración: Unidad de Telesalud-Facultad de Medicina-UNMSM

3.5 Indicadores de Gobernanza

La tasa de rotación de Ministros de Salud en el último periodo de gobierno se aprecia en la gráfica a continuación.

**Indicador: Tasa de Rotación de Altos Funcionarios.
Perú: Ministros de Salud Periodo de Gobierno 2016-2021**

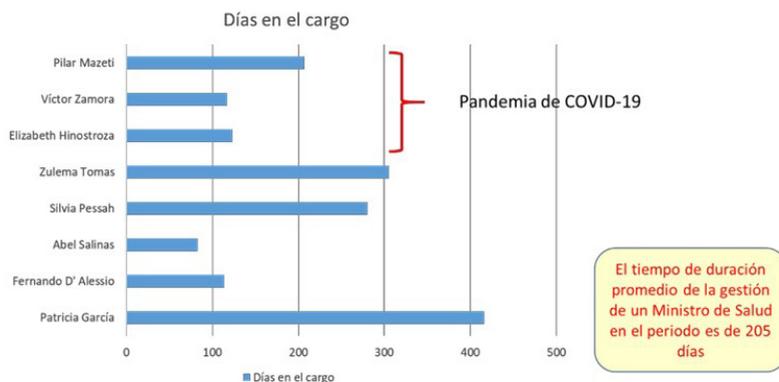


Ilustración 28. Tasa de Rotación de Altos Funcionarios. Normas Legales El Peruano. Elaboración: Unidad de Telesalud-Facultad de Medicina-UNMSM

Como se observa hasta el momento de la medición se han consignado 8 Ministros de Salud (Se excluyó del análisis al gabinete del gobierno de facto) lo que muestra la mayor inestabilidad en el sector en las últimas décadas. El tiempo promedio de gestión fue de 205 días. Cabe señalar que somos el país de América Latina que registra más cambios de Ministro de Salud durante la pandemia, lo que expresa un grave problema estructural de la gestión de la misma. Un análisis a nivel de duración de los Viceministros de Salud se observa en la gráfica a continuación.

Índice de Gobernanza. Tasa de Rotación de Funcionarios. Viceministros

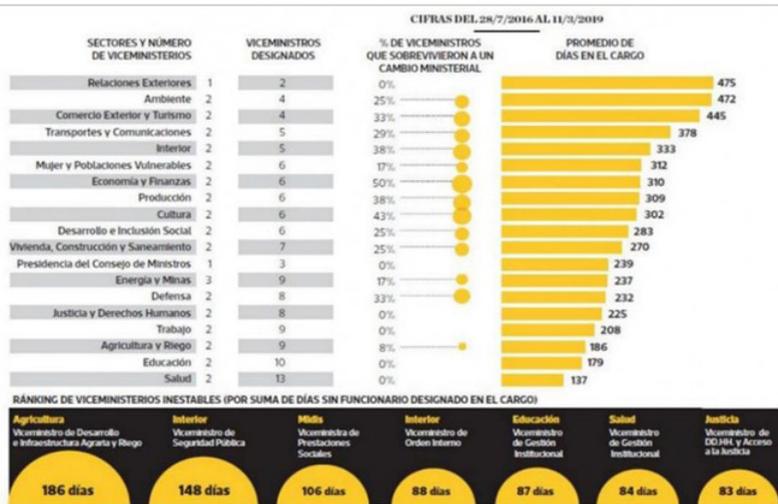


Ilustración 29. Informe de gobernanza P{ublica, El Comercio de Lima, 2019

En un estudio que comprende desde el inicio del periodo de gobierno (agosto 2016) al primer semestre del 2019, el tiempo promedio de un viceministro en el Ministerio de Salud es de 137 días, existiendo gestiones que han durado 87 días. Un estudio reciente señala que el tiempo promedio de un Director General del MINSA es de 6.9 meses (Acuña 2021). Una expresión del impacto de la alta tasa de rotación de funcionarios se observa en el prolongado tiempo de elaboración de reglamentación e implementación normativa, el cual se observa en la gráfica a continuación.

Índice de Gobernanza. Tiempo promedio de Reglamentación de Leyes y Decretos Legislativos en Salud (2005-2019)

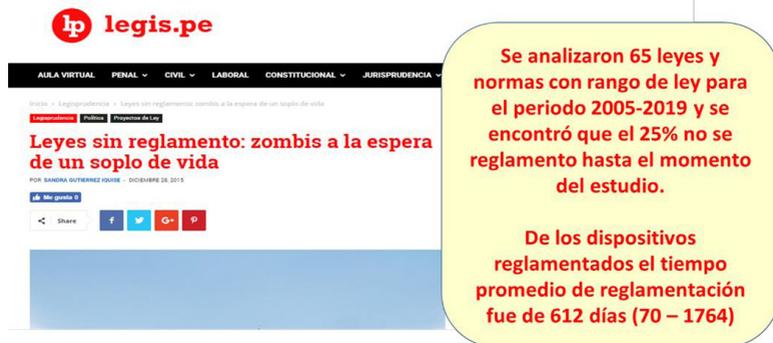


Ilustración 30. Tiempo promedio de Reglamentación de Leyes y Decretos Legislativos en Salud (2005-2019) Investigador: Miguel Armando Zuñiga Olivares.

En general este indicador muestra una baja eficiencia en los procesos técnico-normativos que terminan por implementar los arreglos de política. Es posible que ciclos de gestión cada vez más cortos, generen instrumentos de política imposibles de diseñar normativamente en tiempos políticos cada vez más breves. Ello podría explicar el 25% de normas carentes de reglamentación. A la elevada inestabilidad política, se le suma una cada vez más ostensible falta de capacidades técnicas en el sector, un ejemplo lo vemos en el estudio de caso que se presenta en la gráfica a continuación.

En el Perú el diseño e implementación de algunos arreglos institucionales estratégicos para el sector son procesos excesivamente prolongados. Redes integradas.



Ilustración 31. En el Perú el diseño e implementación de algunos arreglos institucionales estratégicos para el sector son procesos excesivamente prolongados. Redes integradas.

Como se puede observar, los equipos técnicos del Ministerio de Salud fueron incapaces de reglamentar el Decreto Legislativo 1166, luego de 5 años de fallidos intentos optaron por derogarlo y reemplazarlo por un instrumento más simple y con una formulación abierta y general para que sea el Reglamento quien haga las precisiones técnicas las cuales aparecen 2 años después. Esto marco un proceso donde se combina la inestabilidad política con las limitadas capacidades técnicas del sector. Pero estos procesos de falta de consistencia de los procesos de implementación de

la política, cuando se analiza los componentes de comprenden el indicador aparecen problemas más de fondo. Por ejemplo, un análisis similar en la Ley Marco de Aseguramiento Universal revela lo siguiente:

- Publicación de la Ley 29344 (abril 2008) su reglamento se aprueba el 2010.
- Publicación de la Ley 29761 (julio del 2011) Ley de Financiamiento de los regímenes subsidiado y semi contributivo. Sin reglamentar hasta el Presente. Nunca se implementó la Comisión Multisectorial para el Aseguramiento Universal.
- Desde la aprobación de la ley el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS), obligatorio según la ley, no ha sido revisado en 10 años (Aprobado por Decreto Supremo N°16-2009-SA).
- Desde la aprobación del reglamento en el año 2010, EsSALUD no implementa de manera efectiva la separación de Funciones establecida en la Ley del AUS y ordenada por su reglamento.

En ambos casos, una elevada tasa de rotación de funcionarios de alta dirección tiene un impacto en la conducción de diversas acciones de salud pública. Un indicador proxy del impacto de estos cambios en la ejecución del presupuesto en salud de las regiones, específicamente la ejecución del presupuesto destinado al COVID-19, se estima que, dada la emergencia sanitaria, exista una coordinación fluida entre la conducción que realiza la autoridad sanitaria y la ejecución de la autoridad regional y ello se expresa en la ejecución del presupuesto dirigido al COVID-19, la ejecución a mes de setiembre del año 2020 se observa en la gráfica a continuación.

Indicador de Gobernanza. Monitoreo de la ejecución de gasto regional de presupuesto COVID en la Epidemia

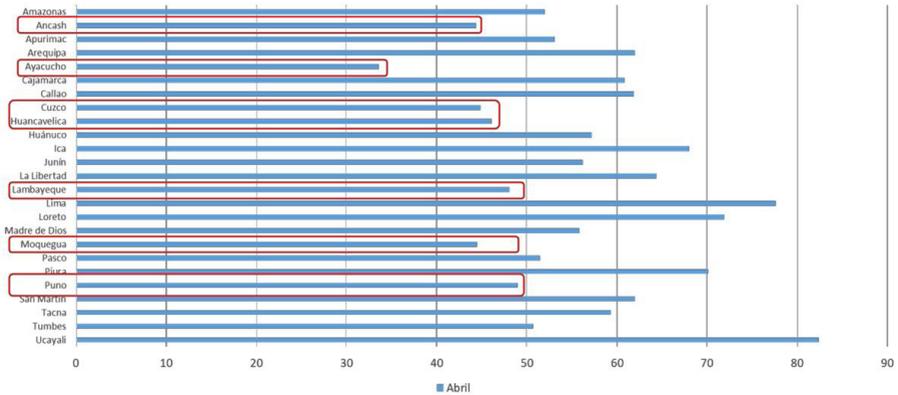


Ilustración 32. Monitoreo de la ejecución de gasto regional de presupuesto COVID en la Epidemia. MEF 2020

Se observa claramente como las regiones de Ancash, Ayacucho, Cuzco, Huancavelica, Lambayeque, Moquegua y Puno, gastaron menos del 50 % de los fondos destinados a enfrentar la crisis sanitaria por COVID-19, ello revela debilidades en la gestión local como en los mecanismos de rectoría y articulación por parte del Ministerio de Salud.

La capacidad del estado impulsar el cumplimiento de la normatividad y generar un marco regulatorio, se expresa en el despliegue de una densidad institucional orientada tal fin. Ello se traduce en una inversión en el funcionamiento de estas estructuras. Frente a ello, se ha considerado como indicador de gobernanza, la inversión per cápita en los organismos reguladores, como un proxy de la capacidad del estado para acompañar determinados instrumentos de política, como la Ley Marco de Aseguramiento Universal, para los cuales existen mandatos específicos como en el caso de la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD). La *Inversión per cápita según organismo regulador* se observa en la gráfica a continuación.

Índice de Gobernanza. Porcentaje de Inversión en acompañamiento del AUS y Protección de Derechos en Salud en relación a otras entidades regulatorias del Estado Peruano

Supervisora	Presupuesto 2019	Inversión per-cápita
SUNARP	705,761,655	21.7
OOEFA	226,991,289	7.0
SUNAFIL	175,113,121	5.4
SUNEDU	73,724,946	2.3
SUTRAN	89,249,841	2.7
SUNASS	105,226,284	3.2
SUSALUD	52,713,440	1.6

En el año 2020 se redujo en un 13.3% de presupuesto de SUSALUD respecto al año anterior

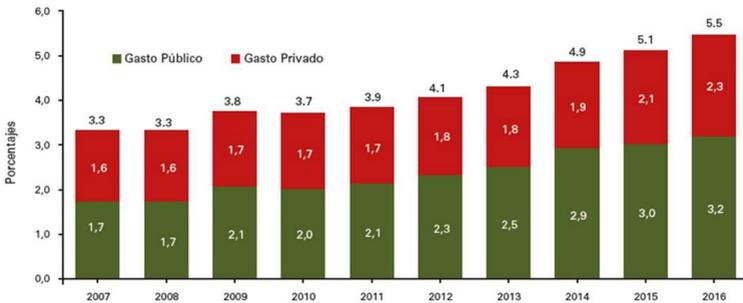
Ilustración 33. Fuente: Consulta Amigable, MEF, Perú

Como se observa en este cuadro, SUSALUD es el organismo regulador que menos inversión per cápita respecto a la población recibe, si comparamos el presupuesto de la SUNARP, reguladora del derecho a la propiedad, tiene un presupuesto per cápita 13.5 veces mayor que el presupuesto destinado a la defensa del derecho a la salud, ello sumado a las disfunciones observadas, muestra las pocas posibilidades de ejercer una gobernanza efectiva en el sector salud.

3.6 Financiamiento y Cobertura de Protección Financiera

Para el financiamiento el modelo de monitoreo a considerado el porcentaje del PBI destinado al gasto público en salud, el cual se observa en la gráfica a continuación.

Indicador de Financiamiento. Tendencia de Gasto Público en Salud como Porcentaje del PBI. Perú 2007-2016



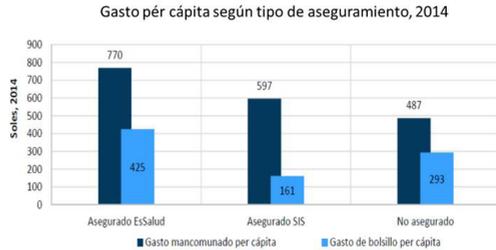
Nota: El gasto privado en salud corresponde al valor bruto de la producción de la actividad de salud privada (No incluye a EsSalud)

Fuente: Elaborado por la Unidad de Análisis de Situación de Salud del CDC Perú, en base a la información del INEI. Gasto en Salud 2007-2016

Ilustración 34. Tendencia de Gasto Público en Salud como Porcentaje del PBI. Perú 2007-2016

Si bien se observa una tendencia creciente de incremento en el financiamiento público que pasa de 1,7 % del PBI en el 2007 al 3,2% del PBI en 2016, todavía está muy lejos del 6 % del PBI en gasto público en salud, con el agravante de la existencia de un escenario de expansión de la cobertura de protección financiera. A pesar del incremento del financiamiento público. los estudios muestran una elevada inequidad en el financiamiento en salud tal como se observa en la gráfica a continuación.

Perú. Segmentación del Financiamiento en Salud



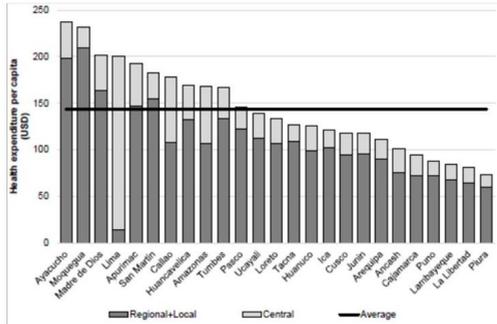
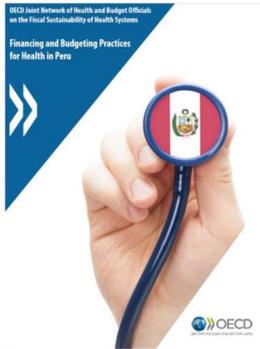
Fuente: Elaboración propia con base en ENAHO (2014), EsSalud (2014) y SIAF (2014). Unidad: nuevos soles.

Ilustración 35. Perú. Segmentación del Financiamiento en Salud. (Banco Mundial, 2016)

Como se observa en el estudio, continúa la segmentación del financiamiento. El Seguro Social del Perú continúa siendo la entidad con mayor inversión per cápita en salud (770 soles) y paradójicamente la entidad que genera el mayor gasto de bolsillo por asegurado (425 soles). Lo nuevo en este periodo es el incremento del financiamiento por el Seguro Integral de Salud (SIS), en ese sentido presenta una inversión per cápita de 597 soles que genera de manera asociada un gasto de bolsillo per cápita de aproximadamente de 161 soles.

Sin embargo, en el financiamiento público, si bien hay un incremento en la inversión per cápita, la distribución de este presupuesto según territorios del financiamiento público es profundamente inequitativa. 14 de 24 regiones presentan un financiamiento menor al promedio y algunas con un nivel sensiblemente menor como: Piura, La Libertad, Lambayeque, Puno, Cajamarca, Ancash y Arequipa. Llama la atención los casos de Arequipa y La Libertad los cuales tienen importantes segmentos urbanos con oferta de servicios de salud de alta complejidad, tal como se observa en la gráfica que se observa a continuación.

Gasto Público por nivel de gestión gubernamental, Perú 2015

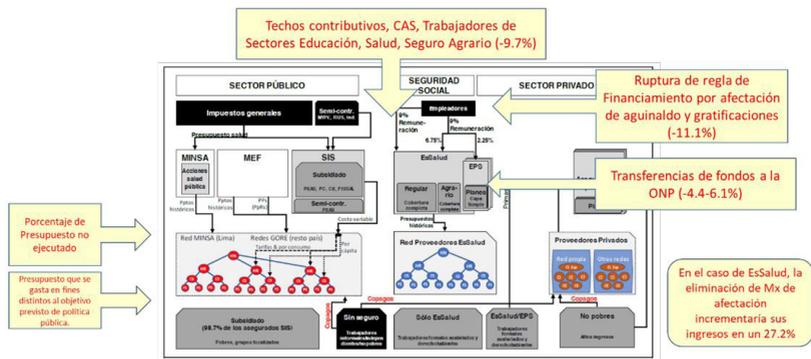


• Fuente: Financing and Budgeting Practices for Health in Peru, OECD, 2017.

Ilustración 36. Gasto Público por nivel de gestión gubernamental, Perú 2015

Sin embargo, las evidencias muestran, que no solamente hay problemas de la magnitud de financiamiento y de inequidad, sino que los propios flujos de financiamiento son vulnerados, tal como se observa en el caso de la seguridad social, se observa en la gráfica a continuación.

Flujos Financieros en el Sector Salud y Mecanismos de Afectación de Financiamiento



• Fuente de Gráfico: Comisión de Protección Social. MEF Resolución Ministerial N°017-2017-EF/10
 • Fuente de Estimaciones: Estudio Actuarial 2018 OIT

Ilustración 37. Flujos Financieros en el Sector Salud y Mecanismos de Afectación de Financiamiento

Se observa cómo es el mismo Estado Peruano que termina perforando los mecanismos de financiamiento, por el lado del Seguro Social perforando la recaudación y en el sector público por los diversos mecanismos que impiden en la práctica la ejecución del gasto, tanto a nivel central como en las regiones.

El fenómeno de la última década ha sido, sin lugar a dudas, la expansión de la cobertura de financiamiento. A nivel poblacional, el año 2009 la cobertura de protección financiera era de aproximadamente 60.5% y en menos de una década esta se incrementó hasta alcanzar un 76.4% tal como se aprecia en la gráfica a continuación.

Indicador. Protección Financiera. Avance de la Cobertura de Aseguramiento según regiones. Perú, 2009-2017

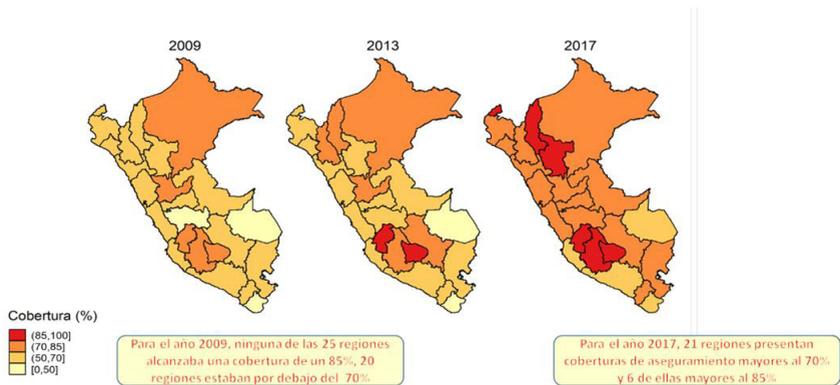


Ilustración 38. Protección Financiera. Avance de la Cobertura de Aseguramiento según regiones. Perú, 2009-2017 (ENAH0 2009-2013-2017)

Actualmente la cobertura de protección financiera alcanza el 94.2% de la población peruana como se observa en la gráfica a continuación.

Indicador: Cobertura de Protección Financiera. Perú, Febrero 2021

Registro Nominal de Asegurados



Ilustración 39. Cobertura de Protección Financiera. Perú, Febrero 2021 (SUSALUD-REGINA, Febrero 2021)

De esta población el 65.7% corresponde al SIS, 27% al Seguro Social del Perú, 2.6% a las EPS y un 1.7% a las Fuerzas Armadas, correspondiendo un 6% a otros seguros.

Si bien es un logro enorme la elevada cobertura de protección financiera, en teoría entorno a un Plan Esencial de Aseguramiento (PEAS) que constituye un piso de protección universal a un conjunto de prestaciones. Sin embargo, en la mayoría de los niveles de atención el PEAS solo alcanzan entre el 33 - 36 % de las prestaciones, tal como se observa en la gráfica siguiente.

Atenciones PEAS y prestaciones complementarias financiadas por el SIS 2018

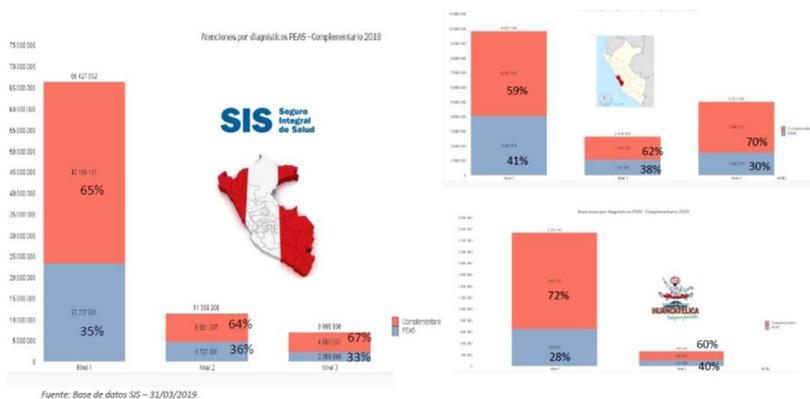


Ilustración 40. Atenciones PEAS y prestaciones complementarias financiadas por el SIS 2018 (SUSALUD, noviembre 2019)

Son diversas las causas del reducido número de prestaciones del PEAS otorgadas en el marco de la expansión del Aseguramiento Universal, por un lado, una limitada oferta de la red del aparato público, por otro lado, el desplazamiento de la demanda de las prestaciones preventivo- promocionales a prestaciones recuperativas fuera del PEAS y una limitada rectoría del Ministerio de Salud explica estos resultados a 10 años de la implementación del AUS.

3.7 Recursos Humanos en Salud

Los Recursos Humanos en Salud son un componente esencial el Sistema de Salud. muestra la magnitud de la capacidad de respuesta del estado, para la producción de bienes públicos en salud. Lo que se espera de que el Estado Peruano, es que tenga capacidad de garantizar el conjunto de bienes públicos necesarios en el conjunto del territorio. Para ello se ha considerado como la mejor medida, el

indicador “Densidad de Recursos Humanos”. Este indicador es parte del conjunto de instrumentos de monitoreo de la política regional de recursos humanos para las Américas y es parte de las mediciones del cumplimiento del Perú de las metas regionales de desarrollo en esta materia.

Este indicador, mide la cantidad de médicos, enfermeras y obstetras por 10,000 habitantes. En este estudio se ha generado esta estimación para el Sub Sector Minsa y Gobiernos Regionales, a partir de los registros disponibles en la base de datos del Observatorio Nacional de Recursos Humanos del Ministerio de Salud y como población de referencia se ha considerado a la población SIS y a la población sin ningún tipo de seguro estimada para cada territorio los años 2013 y 2019.

Los resultados muestran que hay un incremento importante el año 2013 de la Densidad de Recursos Humanos en Salud. El 2012, la Densidad de Recursos humanos para el Perú era de 26,1 por 10 000 habitantes. El año 2013 se incrementa sustancialmente a 38,1 por 10 000 habitantes, seis años después la densidad de recursos humanos en el Perú, se incrementa ligeramente a 39,4 por 10 000.

Cuando se analizan estos datos a nivel provincial se observan cambios importantes. El año 2013 el promedio de densidad de recursos humanos a nivel de provincia, fue de 31,4 (Desviación Estándar 22,3). El año 2019, el promedio de Densidad de Recursos Humanos a nivel provincial, se elevó a 38,1 (Desviación Estándar 17,3). La distribución territorial de estos cambios, se observa en la gráfica siguiente:

Indicador: Recursos Humanos. Cambios en la Densidad de Recursos Humanos. Perú 2013-2019

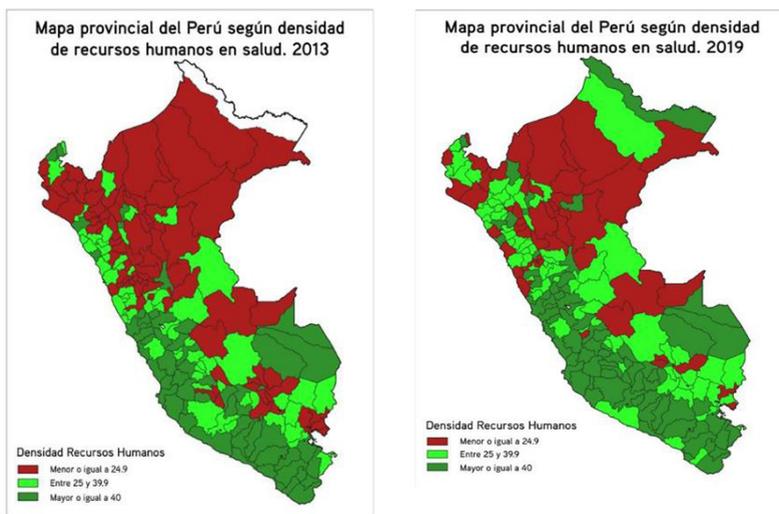


Ilustración 41. Cambios en la Densidad de Recursos Humanos. Perú 2013-2019

En general, el mayor cambio se observa en el número de provincias que presentan una densidad de Recursos Humanos menor de 25 por 10,000 habitantes. Esta cifra se ha tomado por que algunos estudios estiman que por debajo de esa cifra es poco viable la sostenibilidad de las intervenciones esenciales en Salud Pública. Las provincias con valores de Densidad de Recursos Humanos inferior a esa cifra para el año 2013 se observa en la tabla siguiente:

Tabla 6. Provincias con Densidad de Recursos Humanos con menos de 25 por 10 000 habitantes. Perú 2013

Amazonas	San Miguel	Loreto
Bongará	San Pablo	Mariscal Ramón Castilla
Condorcanqui	Santa Cruz	Requena
Luya	Cuzco	Ucayali
Utcubamba	Acomayo	Datem del Marañon
Ancash	Anta	Piura
Antonio Raimondi	Calca	Piura
Asunción	Canas	Ayabaca
Bolognesi	Chumbivilcas	Huancabamba
Carhuaz	Paruro	Morropón
Carlos F. Fitzcarrald	Paucartambo	Paita
Casma	Quispicanchi	Talara
Huari	Urubamba	Sechura
Huaylas	Huánuco	Puno
Mariscal Luzuriaga	Huaycabamba	Azángaro
Sihuas	Huamalíes	Huancane
Yungay	Marañon	Moho
Ayacucho	Pachitea	San Antonio de Putina
La Mar	Puerto Inca	San Martín
Sucre	Yarowilca	Moyobamba
Víctor Fajardo	Junín	Bellavista
Vilcas Huamán	Satipo	El Dorado
Cajamarca	La Libertad	Huallaga
Cajabamba	Pataz	Lamas
Celendín	Sánchez Carrión	Mariscal Cáceres
Chota	Santiago de Chuco	Picota
Cutervo	Lambayeque	Rioja
Hualgayoc	Lambayeque	Tocache
Jaén	Loreto	Ucayali
San Ignacio	Maynas	Atalaya
San Marcos	Alto Amazonas	Padre Abad, Purus

Tabla 7. Provincias con Densidad de Recursos Humanos con menos de 25 x 10,000 habitantes. Perú 2019

Amazonas	Cuzco	San Antonio de Putina
Bongará	Anta	San Martín
Condorcanqui	Quispicanchi	Bellavista
Ancash	Urubamba	El Dorado
Asunción	Junín	Huallaga
Carlos F. Fitzcarrald	Satipo	Lamas
Casma	Chupaca	Mariscal Cáceres
Huarmey	La Libertad	Picota
Mariscal Luzuriaga	Ascope	Rioja
Yungay	Piura	Tocache
Cajamarca	Ayabaca	Tumbes
Cajabamba	Huancabamba	Zarumilla
Celendín	Talara	Ucayali
Hualgayoc	Sechura	Atalaya
San Ignacio	Puno	Padre Abad
San Marcos	Moho	Purus

En general se observan cambios en el número de provincias con Densidad de Recursos Humanos menores a 25 por 10,000 habitantes- El año 2013 eran 81 provincias y el 2019 ese número se había reducido a 37.

Densidad de Recursos Humanos en el marco de la Pandemia de COVID-19 en el Perú

Los cambios en la Densidad de Recursos Humanos en el marco de la pandemia de COVID-19 en el Perú entre el periodo Abril – Agosto del 2020 se observa en la gráfica a continuación.

Densidad de Recursos Humanos en Salud por provincia en el Perú

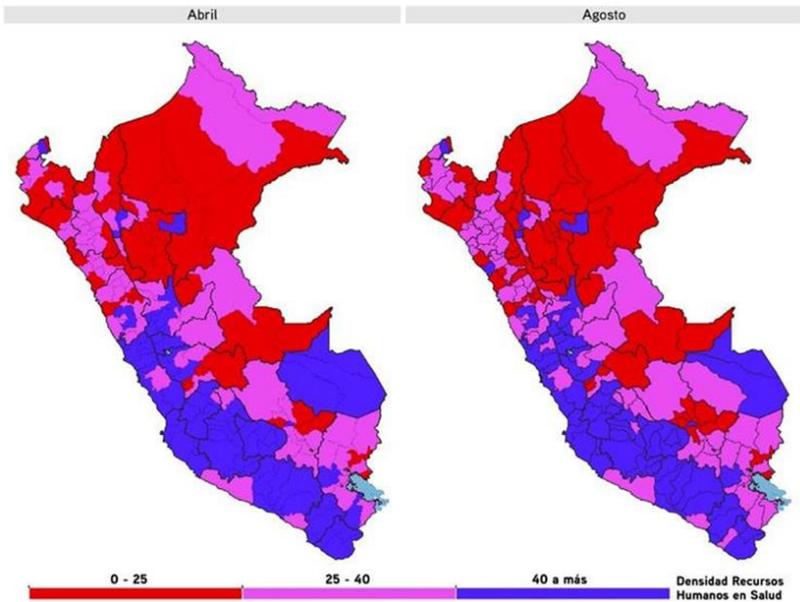
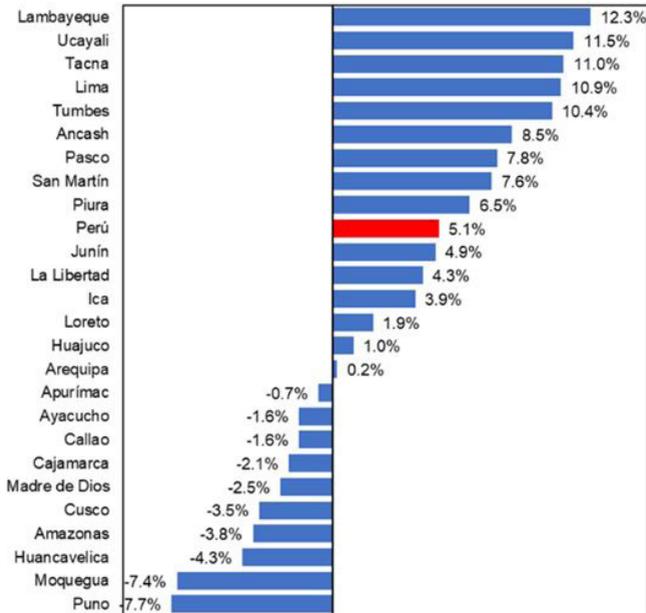


Ilustración 42. Densidad de Recursos Humanos en Salud por provincia en el Perú

El cambio en la Densidad de Recursos Humanos en los servicios se estimó en 37.6 a 39.6 por 10,000 habitantes entre los meses de abril y agosto del 2020, es decir un incremento relativo de 5.1%. Sin embargo esta cifra esconde grandes heterogeneidades en la capacidad de respuesta regional, Lambayeque, Ucayali y Tacna tuvieron incrementos mayores al 10%, a diferencia de Moquegua y Puno que tuvieron una reducción de Densidad de Recursos Humanos superior al 7% tal como se observa en la gráfica siguiente:

**Cambios en la Densidad de Recursos Humanos según regiones.
Perú, abril-agosto 2020**



*Ilustración 43. Cambios en la Densidad de Recursos Humanos según regiones.
Perú, abril-agosto 2020 (Info-RHUSS MINSA)*

3.8 Oferta de Servicios Públicos

Respecto a la oferta de camas en el Sistema de Salud, la tendencia se observa en la gráfica siguiente:

Indicador Oferta de Servicios: Evolución del Número de Camas Per Cápita. Perú 1955-2019

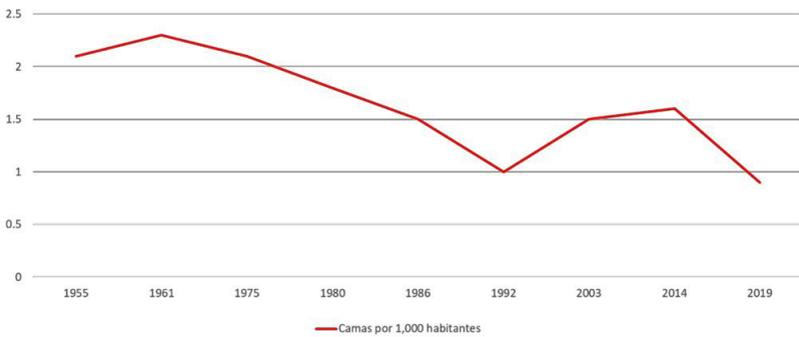


Ilustración 44. Evolución del Número de Camas Per Cápita. Perú 1955-2019 (OPS-MINSA-Banco Mundial-SUSALUD)

El número de camas per cápita, históricamente en el Perú, tuvo una curva ascendente de aproximadamente dos décadas, hasta 1961, donde comienza a caer de manera sostenida, hasta la década del 90, donde comienza a recuperarse de manera lenta pero sostenida, hasta el año 2014 donde vuelve a caer. A pesar del enorme esfuerzo realizado para impulsar un progresivo cierre de brechas de infraestructura, un número importante de proyectos no se han culminado o están bajo litigio judicial por serios problemas de financiamiento o ejecución de obras, muchas veces asociada a corrupción. Esta situación por sí misma podría constituirse como indicador de monitoreo por sí mismo, tal como se observa en la tabla a continuación.

Indicador: Proyectos de Infraestructura Hospitalarios Paralizados. Perú 2020

Región	Proyecto	Monto (En Millones de soles)	Numero de camas Hospitalarias	Fecha de inicio	Fecha de Término	Estado actual
Cuzco	Hospital Antonio Lorena	160	314	2013	2014	Paralizado
La Libertad	Hospital Pacasmayo	71	22	2018	2019	Paralizado
Puno	Hospital Materno-Infantil de Juliaca	134	130	2016	2016	Paralizado
Puno	Hospital de Apoyo de llave	125	43	2018	2019	Paralizado
Junín	Hospital Materno-Infantil El Carmen	210	160	2015	2018	Paralizado
Huánuco	Hospital Regional Hermilio Valdizán	226	120	2017	2018	Paralizado
Huánuco	Hospital de Tingo Maria	178	160	2015	2018	Paralizado
Arequipa	Hospital de Camaná	90	60	2016	2018	Paralizado

Fuente: Ojo-Público 2020

En general se observa que un factor agravante de la crisis de infraestructura hospitalaria es la corrupción a nivel de los gobiernos subnacionales y la incapacidad del estado, tanto de los Ministerios de Salud y Economía de hacer un adecuado seguimiento a un número tan significativo de proyectos que en total representan una inversión de 1,924 millones soles y hubieran significado alrededor de 1,200 camas de oferta adicionales para enfrentar la crisis sanitaria del Coronavirus.

Al inicio de la Pandemia, el sector salud disponía disponibles menos de 2,000 camas hospitalarias y 100 camas UCI disponibles para pacientes COVID-19. Actualmente existen 13,938 hospitalarias destinadas a paciente COVID-19 y 2177 camas UCI con ventilador. La expansión de la oferta de camas UCI con ventilación mecánica ha sido impresionante. Algunas regiones como Arequipa, La Libertad y Piura, tienen un número de camas UCI con ventilador mecánico que igualan al total nacional disponible para el COVID-19 al inicio de la pandemia como se observa en esta gráfica a continuación.

Distribución regional en la disponibilidad de camas UCI con ventiladores en zona COVID-19 durante el estado de emergencia sanitaria

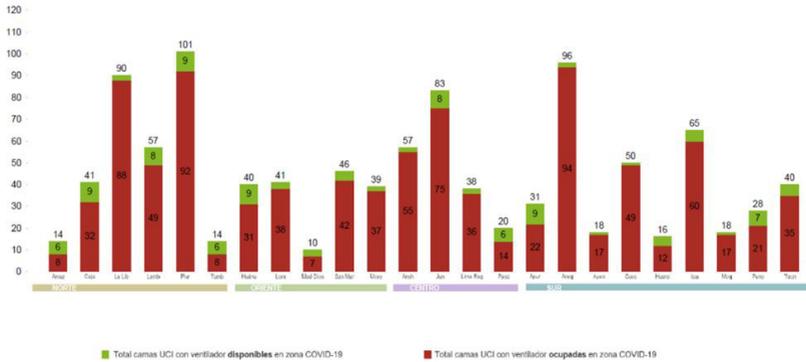


Ilustración 45. Distribución regional en la disponibilidad de camas UCI con ventiladores en zona COVID-19 durante el estado de emergencia sanitaria (SUSALUD-Perú. Datos abiertos)

Prestaciones Efectivas. Indicadores compuestos

La medición de las prestaciones *per cápita* constituyen la mejor medida para analizar en qué medida los bienes públicos en salud están al alcance de la población. Este indicador es fundamental, dada la creciente contradicción entre cobertura y acceso universal a la salud. Frente a esta contradicción, varios autores han remarcado la necesidad de la estimación y monitoreo de la cobertura efectiva a fin de tener una idea respecto a si la cobertura universal representa realmente, una ruptura en las barreras de acceso a los servicios de salud (Fajardo, D., Gutiérrez, J., & García, S., 2015).

Se realizó un ejercicio exploratorio de atenciones médicas y egresos hospitalarios *per-cápita* con un modelo de batos basado en las estadísticas consignadas en el RENIPRESS de la Superintendencia Nacional de Salud para el año 2017. Los hallazgos se observan en la gráfica siguiente.

Indicadores de Operación del Sistema de Salud: Atenciones Médicas y Egresos Hospitalarios Per Cápita por Provincias. Perú 2017

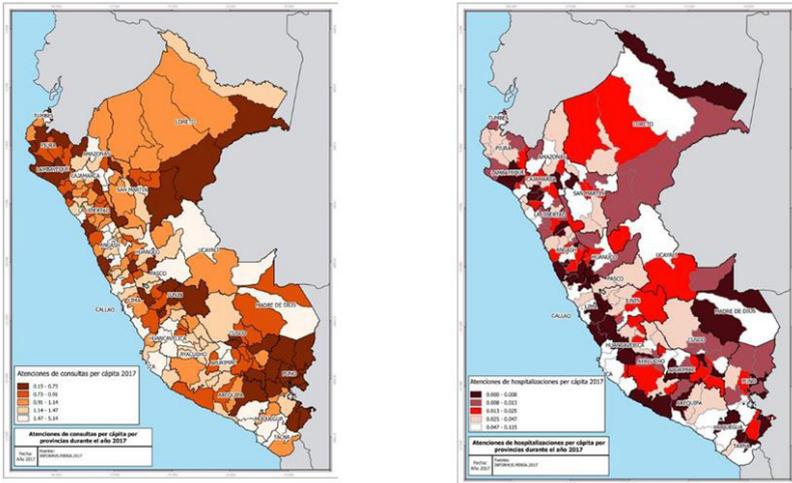
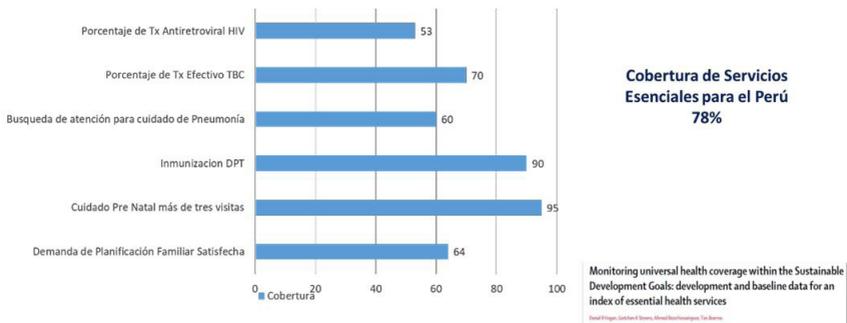


Ilustración 46. Atenciones Médicas y Egresos Hospitalarios Per Cápita por Provincias. Perú 2017 (RENIPRESS-SUSALUD-MINSA)

Se observa enormes inequidades entre las distintas provincias, en el caso de las atenciones médicas (zonas en crema); estas se concentran en una parte de la costa central y algunas provincias capital de departamento, existe una enorme zona de exclusión que abarca la zona nor-oriental del país (Diversas tonalidades del marrón), existiendo territorios de exclusión en la sierra-selva central y en la sierra sur. Las hospitalizaciones per-cápita presentan un mayor y amplio patrón de exclusión (Zonas marrones y rojas). Los egresos hospitalarios se concentran en algunas provincias de la costa y en zonas de la sierra asociada a capitales de provincia y zonas de explotación minera, que cuentan con su propia oferta hospitalaria. Impresiona como zonas cercanas a Lima y a zonas de la costa peruana presentan un bajo nivel de hospitalizaciones.

Esta desigual producción (distribución) según territorios, explica perfectamente la brecha creciente entre cobertura poblacional y acceso a los servicios observada y plantea que las últimas ampliaciones de cobertura, no han sido acompañada de una expansión de los servicios públicos en la misma proporción. Esto se aprecia con claridad cuando observamos la cobertura de servicios esenciales en Salud Pública la cual se observa en la gráfica a continuación.

Operación del Sistema de Salud: Cobertura de Servicios Esenciales de Salud Pública



Lancet Global Health 2018; 6:e152-168

Ilustración 47. Operación del Sistema de Salud: Cobertura de Servicios Esenciales de Salud Pública

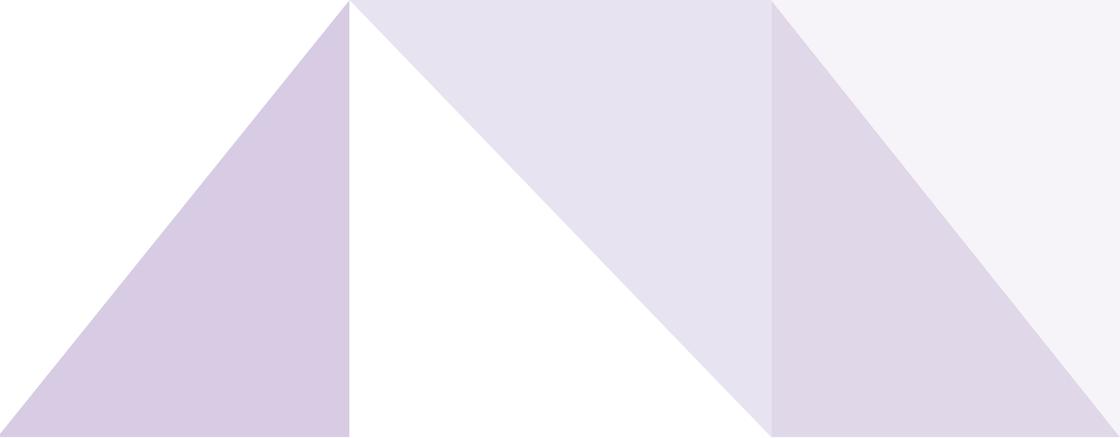
Como se observa en la gráfica, la cobertura de servicios esenciales en promedio alcanza el 78%, presentado grandes heterogeneidades al interior. Tecnologías sanitarias de bajo costo como las inmunizaciones o los cuidados pre-natales tienen coberturas superiores al 90%. Sin embargo, otro tipo de intervenciones como la Planificación Familiar y el Tratamiento de las Neumonías muestran severas barreras de acceso. Intervenciones con mecanismos de financiamiento directos (PPR) como el porcentaje de Tratamiento anti-retroviral HIV y el tratamiento efectivo de la Tuberculosis muestran resultados parciales (53 y 70% respectivamente) Que reflejan serios problemas de operación de estos servicios.





Capítulo IV
...

Análisis del Modelo de Monitoreo y sus posibilidades de implementación



En la línea de lo planteado por Bhuwaneer, consideramos, dados los indicios de serios problemas estructurales del Sistema de Salud Peruano, la necesidad de plantear una propuesta conceptual alternativa, que nos permita orientar directamente las acciones de monitoreo en los procesos que afectan medularmente la performance del sistema, tratando en lo posible de abrir las cajas negras (“Black Boxes”) del sistema. Ello implica también de un modelo que pueda ir escalando progresivamente para incorporar la creciente complejidad de los sistemas de salud. Consideramos que el modelo propuesto tiene una importante capacidad explicativa, la cual se observa en la gráfica siguiente:

Estructura Global del Modelo de Monitoreo del Sistema de Salud Peruano



Ilustración 47. Estructura Global del Modelo de Monitoreo del Sistema de Salud Peruano

Este modelo, a partir del concepto de *bulding blocks* trata de desarrollar un mayor despliegue explicativo, al tratar a abrir algunas "cajas negras" a partir de introducir algunos elementos nuevos en el proceso. En primer lugar, la centralidad de la gobernanza, tradicionalmente señalada como un nudo crítico del sistema de salud (Arroyo, 2001). El modelo propuesto aspira a abrir dicha *caja negra* identificando procesos básicos. Parte el modelo, de constatar una débil rectoría muy afectada por una cultura de gobernanza que se ha instalado en el sector, por lo que la selección de indicadores, tratan de expresar una continuidad entre la Gobernanza y la Rectoría y como se expresa en el territorio teniendo a la Mortalidad Infantil y Neonatal como un indicador proxy.

Sin embargo, en este punto el modelo asume que es un desarrollo en transición, dada la complejidad de la gobernanza y liderazgo que plantea la conducción de los sistemas de salud en un contexto de políticas globales. Los actuales desafíos planteados por la Pandemia de COVID-19, todavía en curso, plantean la necesidad de un modelo altamente adaptativo y transicional que pueda representar las tensiones y las transformaciones del Sistema de Salud Peruano en el contexto de la actual crisis sanitaria.

En la lógica del modelo, La Gobernanza incide hacia abajo (Modelo de Operación) y hacia arriba (Seguridad y Control de Epidemias), ello plantea elevar, los elementos vinculados al control de epidemias y a la seguridad global, de un escenario operativo (Control) a un escenario estratégico (Respuesta Global), ello responde a la necesidad de fortalecer urgentemente este conjunto de capacidades muy debilitadas en los últimos años.

El modelo intenta aproximarse a estimar niveles de performance del Sistema de Salud. En cuanto a recursos un punto clave es analizar los cambios en la Densidad de Recursos Humanos. Después de la Gobernanza, los problemas de dotación y distribución de recursos humanos constituyen un nudo crítico del funcionamiento del Sistema de Salud peruano. El modelo trata de identificar *blocks* que puedan ir sumando atributos que permitan construir un escenario que represente las tensiones del conjunto del Sistema de Salud. Una representación de los hallazgos de este ejercicio preliminar se observa en el gráfico a continuación.

Perfil del diagnóstico del Sistema de Salud Peruano 2016-2019 Escenario de Análisis Posible



Ilustración 49. Perfil del diagnóstico del Sistema de Salud Peruano 2016-2019. Escenario de Análisis Posible

Un análisis de los datos preliminares muestra que el Sistema de Salud Peruano presenta una severa combinación de problemas estructurales (Brechas de Infraestructura, Recursos Humanos, Financiamiento) acumulados en las últimas décadas, concurrente con una grave crisis de gobernanza y con una limitada capacidad para gestionar intervenciones de control en Salud Pública. Los indicadores de monitoreo descritos en este primer análisis exploratorio apuntan a la necesidad de soluciones sistémicas, para enfrentar los múltiples impactos sanitarios de la epidemia de COVID-19 en el Perú. Los hallazgos preliminares del ejercicio exploratorio, muestran la falta de viabilidad de meso-reformas que no tienen un continente de gobernanza. En clave sistémica, la falta de capacidades para el control de epidemias implica un sistema de

salud altamente vulnerable atrapado en una crisis permanente. La combinación de graves problemas de estructura con graves crisis de coyuntura, representados en el modelo, plantea una limitada capacidad adaptativa del Sistema de Salud, agravada por la crisis crónica de financiamiento existente.

Consideramos que el modelo propuesto brinda enormes oportunidades para combinar información e integrar esos datos al análisis contextual, al “patrón de comportamiento” del Sistema de Salud Peruano y a las experiencias y percepciones tanto de los tomadores de decisiones, como de actores sectoriales y societales, con el fin de generar una “inteligencia colectiva” y una visión compartida sobre el Sistema de Salud Peruano.

Es importante señalar, que el modelo trata de dialogar, con los modelos de Monitoreo existentes, tanto a nivel de la OMS, como con los modelos propuestos para el monitoreo de la Salud Universal en la región. Sin embargo, somos conscientes de que este modelo es un modelo de transición, en la medida de que el desarrollo de los sistemas de información, mayores investigaciones y el desarrollo de un conjunto de intervenciones orientadas al cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio en un escenario post-COVID-19, van a plantear la necesidad de ajustes y revisiones. Por ello, el modelo es lo bastante flexible para asimilar nuevos desarrollos e innovaciones.

Un elemento importante del modelo es que responde a las limitaciones de los sistemas de información en salud y a la falta de vocación estatal para generar y sostener un sistema de medición estadística relevante en el campo sanitario. Por ejemplo, el Perú, carece de una Encuesta Nacional de Salud, que permita acercarse a los estándares de medición de algunos países como México o Chile. Instrumentos de un gran potencial como la encuesta en SUSALUD

que brindaba información sobre calidad de atención percibida de los usuarios o tiempos de espera, o las encuestas a establecimientos de salud con funciones obstétricas y neonatales han sido desactivados y la falta de integración efectiva de datos de los diversos actores institucionales constituye una seria limitación en la gestión de los Sistemas de Salud. Ello implica trabajar una serie de presupuestos a la hora de elegir los indicadores que permitan aproximarse a las mejores mediciones posibles.

En el contexto peruano, el modelo hace énfasis a la distribución de bienes públicos en salud, es decir, cual es lo mínimo que se le puede pedir a un sistema de salud, es garantizar de una densidad de recursos humanos compatible con las altas tasas de cobertura de protección financiera en el territorio. Ello implica un fino trabajo de integración de datos que es perfectamente posible con los recursos y tecnologías actualmente existentes.

Otro elemento a considerar es la medición de acceso a los servicios de salud. La contradicción central en el debate en torno al aseguramiento universal es la contradicción entre cobertura y acceso. Para resolver este problema ha aparecido toda una generación de indicadores integrados. El modelo aspira a resolver esta contradicción a partir del número de prestaciones per cápita y aspira a desarrollar una primera medición de cobertura efectiva a partir de la información generada por el SIS que podría darnos elementos de la cobertura efectiva para el Minsa y los Gobiernos regionales, la cual podría articularse con la ENDES que presenta información sobre inmunizaciones infantiles. En realidad, concebimos que la medición de cobertura efectiva vaya migrando progresivamente al índice de servicios esenciales de Hogan, de acuerdo a la información disponible y de acuerdo a la forma como se va articulando diversas fuentes de Datos.

4.1. Escenarios derivados a la luz de los indicadores de Monitoreo analizados

Los datos descritos en el ejercicio exploratorio realizado configuran un escenario negativo a partir de las siguientes constataciones:

- Se mantiene la prolongada crisis de gobernanza en el sector en un contexto de persistencia de la fragmentación y deterioro institucional en medio de una crisis sanitaria prolongada y un contexto de una crisis política de resolución incierta con las nuevas elecciones generales.
- El financiamiento del sector aumenta ligeramente, respecto al 2020, pero es regresivo frente a las múltiples necesidades derivadas de la crisis sanitaria.
- La reconversión de la oferta pública a un modelo de redes integradas es lenta y de penetración insuficiente en el territorio, lo que tendrá un impacto muy limitado en la capacidad adaptativa y de innovación del Sistema de Salud.
- Se mantiene una respuesta lenta y contingente a las epidemias y problemas emergentes en salud pública.
- Avance lento e incluso retroceso en algunas intervenciones de control (Ej. Dengue, Mortalidad Materna, Anemia, etc.)

Ello implica una alta probabilidad de que continúe la crisis y deterioro en el Sistema de Salud Peruano. De acuerdo a lo observado, para revertir el escenario recientemente descrito se requeriría lo siguiente:

- Construir un acuerdo política que permita un marco progresivo de mayor Gobernanza sectorial, en el contexto de una hoja de ruta de articulación- integración del sector.
- A partir de un acuerdo político, se logra un salto cualitativo en el financiamiento, que incorpora un componente de solidaridad

intergeneracional y con los sectores más excluidos, con una distribución más equitativa en el territorio.

- Se logra una mayor densidad del estado en los territorios, a partir de diversos modelos de operación adaptados a cada realidad local.
- Se logra una mejor respuesta a las epidemias. y una creciente acumulación de capacidades y tecnologías en Salud Pública.
- Se logra avances en los problemas de Salud Pública a partir de intervenciones intersectoriales con un fuerte componente territorial.

4.2 Factibilidad de implementación del Modelo en el Observatorio del Sistema de Salud Peruano

En el marco de la información disponible, el observatorio puede analizar información disponible a través de conceptos que le agregan valor, como el concepto de doble carga de malnutrición. Esto es importante, dado que coloca en perspectiva una nueva visión de como se configuran los daños y el monitoreo de condiciones que actualmente se miden de forma independiente, pero que juntas configuran una problemática de mayor alcance. Existen algunos factores que hacen altamente factible el desarrollo de esta propuesta:

➤ **La emergencia de una política pública de datos abiertos**

El Estado Peruano frente a la pandemia, se vio frente a la necesidad de generar y procesar de modo intensivo una gran cantidad de información, finalmente superado por las circunstancias opto por pasar varias de sus herramientas a un formato de datos abiertos como se observa en la figura a continuación.

Como se observa en la imagen, en el Programa Nacional de Datos abiertos, pone a disposición un conjunto de herramientas para

gob.pe Plataforma Nacional de Datos Abiertos

Gobierno de Datos

Marco de Gobernanza de Datos del Estado Peruano está constituido por instrumentos técnicos y normativos que establecen los requisitos mínimos que las entidades de la Administración Pública deben implementar conforme a su contexto legal, tecnológico y estratégico para asegurar un nivel básico y aceptable para la recopilación, procesamiento, publicación, almacenamiento y apertura de los datos que administre.

51 Distribución de Datos

Search: COVID-19 | Ordenar por: Pedido | Fecha cambiada | Dependiente | Consultar | Borrar

Ejecución Presupuestal - COVID-19 - [Ministerio de Economía y Finanzas - MEF]

Dataset Abiertos de COVID-19

COVID-19 | Gobernabilidad | Economía y Finanzas | Desarrollo Social

El conjunto de datos publicado corresponde a un subconjunto de datos de la Consulta Amigable de Gasto disponible en el Portal de Transparencia Económica del MEF, y contiene la información del Presupuesto Institucional Modificado (PIM), en

Donaciones COVID-19 - [Ministerio de Economía y Finanzas - MEF]

Dataset Abiertos de COVID-19

COVID-19 | Gobernabilidad | Economía y Finanzas

Datos registrados por las Unidades Ejecutoras del Sector Salud - MINSA, en el Módulo de Almacenamiento del SIGA, sobre las bienes ingresados al Almacenamiento con la denominación donación, proveniente de personas naturales, jurídicas

explotar algunos recursos de información como las que permiten el seguimiento de la ejecución presupuestal general y específicamente la ejecución de los recursos destinados al COVID-19. Posteriormente el Ministerio de Salud generó un portal donde colocó diversos recursos de información vinculados a la gestión de la Pandemia de COVID-19 tal como se observa a continuación.

Posteriormente la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD), generó un portal de datos abiertos con un enorme potencial para

PERU Ministerio de Salud

Datos Abiertos Minsa y Gestión del Conocimiento en Covid-19

Inicio | Datos Abiertos Minsa | Gestión del Conocimiento | Otros Datos abiertos

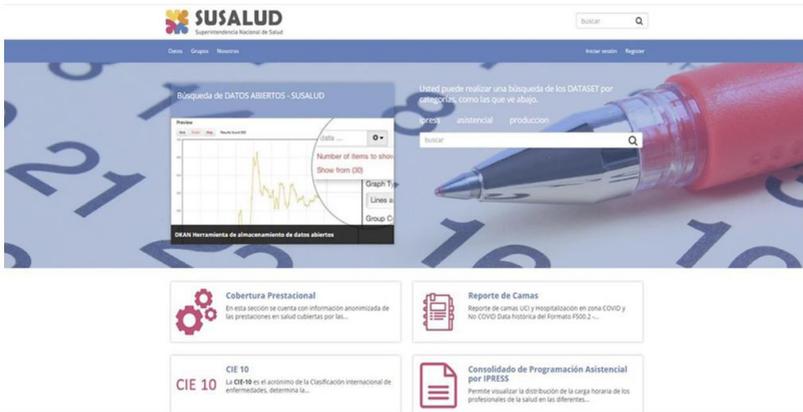
Datos Abiertos Minsa y Gestión del Conocimiento en Covid-19

Reúne información de datos abiertos administrados por el Ministerio de Salud (Minsa), con la finalidad de contribuir con la recopilación, procesamiento, publicación, almacenamiento y apertura de los datos; así como, con la consulta de información, evidencia científica y toma de decisiones en salud.

I. Datos Abiertos Minsa - Covid-19

La OGT/OCCEL con el objetivo de apoyar en la investigación científica, clínica y epidemiológica en el contexto de COVID-19 en Perú, pone a disposición de la comunidad los datos abiertos de la base de datos que reúne la información oficial del Ministerio de Salud en un formato estándar para su análisis. [Leer más](#)

analizar la capacidad de oferta y la producción de prestaciones del Sistema de Salud tal como se aprecia en la figura a continuación.



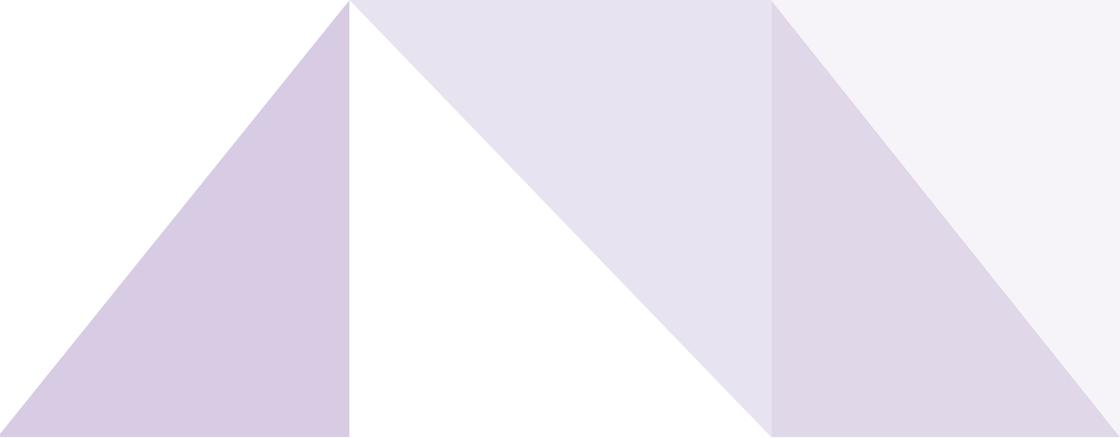
Ello implica la posibilidad de articular un conjunto de recursos en el Observatorio del Sistema de Salud Peruano, para explotar esta información a partir del modelo de monitoreo propuesto. Actualmente algunas iniciativas como la desarrollada por la Unidad de Tele Salud de la Facultad de Medicina de San Fernando o el Grupo de Investigación en Sistemas en Salud (SYSTEMIC-UNMSM), podrían potenciarse enormemente, al incorporarse a un modelo de Monitoreo del Sistema de Salud. Es posible que este modelo pueda incorporar el trabajo cooperativo o en red con otras Facultades de Medicina a nivel regional con desarrollos o capacidades especializadas en Salud Pública donde ASPEFAM podría tener un importante rol dinamizador.

La existencia de este conjunto de recursos disponibles de datos abiertos genera un escenario de sostenibilidad de la iniciativa de Monitoreo del Sistema de Salud la cual podría implementarse en un corto plazo, a partir de los elementos desarrollados en el presente informe.

4.3. Implicancias del modelo y los hallazgos descritos en la educación médica en salud

Los hallazgos muestran que el escenario de la práctica médica para el cual se forman los nuevos profesionales, es un escenario de gran complejidad, crisis permanente y elevada precariedad institucional. Son un ecosistema hostil que demandan de los nuevos médicos nuevas competencias. Las brechas de Recursos Humanos y en especial de profesionales médicos es sumamente elevada y además, reclama múltiples perfiles de formación para diversos escenarios territoriales todos con una gran demanda de nuevos profesionales. Los datos descritos, plantean dos niveles de acción:

- I. Ante la crisis permanente del sector, ASPEFAM debe orientar su capacidad de agencia a impulsar una política pública de fortalecimiento de la formación de profesionales médicos en el Perú, que permita expandir la oferta educativa, pero también expandir y mejorar las condiciones de los procesos formativos.
- II. Desarrollar programas de innovación que permitan transformar los perfiles de competencias a escenarios que respondan a las múltiples demandas del Sistema de Salud post pandemia, priorizando el desarrollo de competencias en Salud Pública y el desarrollo de intervenciones comunitarias, así como la aplicación intensiva de tecnologías de comunicación y herramientas de telemedicina.
- III. A partir de los indicadores de monitoreo, desarrollar escenarios territoriales de competencias, así como construir competencias generales que articulen el desempeño profesional en escenarios de alta vulnerabilidad y precariedad. Plantear con el Minsa la necesidad de monitorear la inversión per-cápita en educación médica y de establecer herramientas que permitan su incremento progresivo y sostenibilidad.



Referencias

Abrams, E., & Szeffler, S. (2020). COVID-19 and the impact of social determinants of health. *The Lancet*(8), 659-661.

Acuña, A. (2021, Marzo 3). El Estado que el Perú necesita. *El Comercio*. Retrieved from <https://elcomercio.pe/opinion/colaboradores/el-estado-que-el-peru-necesita-por-araceli-acuna-chavez-consejo-privado-de-competitividad-estado-peruano-COVID-19-noticia/?ref=ecr>

Aitken, T., Lee CHin, K., Liew, D., & Ofori-Asenso, E. (2020). Rethinking pandemic preparation: Global Health Security Index (GHSO) is predictive of COVID-19 burden, but in the opposite direction. *Journal of Infection*(51), 353-355.

Alcalde-Rabanal, J., Lazo-González, O., & Nigenda, G. (2011). Sistema de salud de Perú. *Salud Pública de México*, s243-s254.

Arrieta, A., Jaramillo, M., Prieto, L., Seinfeld, J., de la Torres, A., & Tuesta, D. (2017, Setiembre). *Propuesta de Reformas en el Sistemas de Pensiones, Financiamiento de la Salud y Seguro de Desempleo. Comisión de Protección Social. Resolución Ministerial N° 017-2017-EF/10*. Retrieved from http://trabajodigno.pe/wp-content/uploads/2017/11/Informe_Final_Comisi%C3%B3nProtecci%C3%B3nSocial.pdf

Arroyo Laguna, J. (2005). *Equidad y eficiencia en la prestación y financiamiento del sector público en salud en el Perú en los 90 : balance y posibilidades para las políticas de salud*. Lima: UNMSM. Retrieved from <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/1713>

Arroyo, J. (2000). *La reforma silenciosa*. Lima: UPCH.

Arroyo, J. (2001). *Gobernabilidad en salud en el Perú de los 90*. Lima: Minsa.

Arroyo, J. (2006). Los sistemas descentrados de recursos humanos en salud: el caso del Perú. *Ciencia & Saúde Colectiva*, 11(4), 1063-1072.

Bambra, C., Riordan, R., Ford, J., & Matthews, F. (2020, Junio 13). The COVID-19 pandemic and health inequalities. *Journal of Epidemiology and Community Health*. Retrieved from <http://jech.bmj.com/>

Barkley, J., Wheeler, K., & Pachón, H. (2015). Anaemia prevalence may be reduced among countries that fortify flour. *British Journal of Nutrition*(114), 265-27.

Báscolo, E., Houghton, N., & del Riego, A. (2018). Construcción de un marco de monitoreo para la salud universal. *Revista Panamericana de la Salud Pública*(42), e81. Retrieved from <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.81>

Báscolo, E., Houghton, N., & del Riego, A. (2018). Lógicas de transformación de los sistemas de salud en América Latina y resultados en acceso y cobertura de salud. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 42e126.

Beaney, T.; Clarke, J.; Jain, Y. (et al). (2020). Excess mortality: the gold standard in measuring the impact of COVID-19 worldwide? *Journal of the Royal Society of Medicine*, 113(9), 329-334.

Bennett, S., Glandon, D., & Rasabathan, K. (2018). Governing multisectoral action for health in low-income and middle income countries: unpacking the problema and rising to the challenge. *BMJ Global Health*(2), e000880.

Bloom, G., Katsuma, Y., Rao, K., Makimoto, S., Yin, J., & Leung, G. (2019, Mayo 24). Next steps towards universal health coverage call for global leadership. *British Medical Journal*, 365. doi:10.1136/bmj.l2107

Bluwanee, K., Cogswell, H., & Ashagari, T. (2018). How do countries use resource tracking data to inform policy change: Shining light into the Black Box. *Health System & Refor*, 4(2), 146-159.

Bustíos, C. (2015). *Memorias alrededor del Proyecto de Ley General de Salud: 1975 - 1980*. Lima: s.p.d.i. Retrieved from https://historia-de-la-salud-en-el-peru.webnode.es/_files/200000270-aa9b7ad8ab/4.%20Memorias%20alrededor%20del%20Proyecto%20de%20Ley%20General%20de%20Salud.pdf

Bustíos, R., Martina, C., & Murillo, P. (2019). Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública: Una historia de 20 años de colaboración con el Perú. *Anales de la Facultad de Medicina*, 4(80), 515-527.

Cajal, B., Nigenda, G., Arredondo, A., & Conill, E. (2018). Rectoría y gobernanza: dimensiones estructurantes para la implementación de Políticas de Atención Primaria de Salud en el Paraguay, 2008-2017. *Ciencia & Saúde Colectiva*, 23(7), 2229-2238.

Cameron, E.; Nuzzo, J.; Bell, J. (et al). (2019). *Global Health Security Index. Building Collective Action and Accountability*. Baltimore: John Hopkins, Bloomberg School of Public Health, Center of Health Security.

Campodónico Hoyos, H. (1977, Abril 1). *Situación de Salud en el Perú. Exposición del Ministro de Salud en el CAEM*. Retrieved from Plataforma digital única del Estado peruano: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/353847-situacion-de-salud-del-peru-exposicion-del-teniente-general-f-a-p-humberto-campodonico-hoyos-ministro-de-salud-en-el-caem-abril-1977>

Carrillo, E., Segovia, M., & Paganini, M. (1995). El Sistema de Información Gerencial y los procesos de cambio en los Sistemas de Salud. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 2(118), 175-183.

Carvalho, C. (1946). La sanidad en el Perú. *Boletín oficial de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 2(25), 95-107.

Cetrangolo, O., Bertanou, F., Casanova, L., & Casalí, P. (2013). *El Sistema de Salud del Perú: Situación Actual y estrategias para orientar la extensión de la Cobertura Contributiva*. Lima: OIT.

Chang, C., & McAleer, M. (2020). Alternative Global Health Security Indexes for Risk Analysis of COVID-19. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(9). doi:10.3390/ijerph17093161

Cometto, G., & Winter, S. (2013). Tacking health workforce challenges to universal health coverage: setting targets and measuring progress. *Bull World Health Organ*(91), 881-885.

Congreso de la República. (2016, Diciembre 16). Ley N°30526, Ley que Desactiva el Instituto de Gestión de Servicios de Salud. *El Peruano*, pp. 606662-606663. Retrieved from <https://busquedas.elperuano.pe/download/url/ley-que-desactiva-el-instituto-de-gestion-de-servicios-de-sa-ley-n-30526-1464318-1>

Consejo Nacional de Salud. (2013). *Lineamientos y Medidas de Reforma del Sector Salud*. Lima: Ministerio de Salud.

Cueto, M. (1997). *El regreso de la epidemias. Salud y sociedad en el Perú del siglo XX*. Lima: IEP.

Das, J., Woskie, L., Rajbhandari, R., Abbasi, K., & Jha, A. (2018). Rethinking assumptions about delivery of healthcare: implications for universal health coverage. *British Medical Journal*(361), k171.

de Habich, M. (2019). Leadership Politics and the Evolution of the Universal Health Insurance Reform in Peru. *Health Systems & Reform*(5:3), 244-249. doi:10.1080/23288604.2019.1635415

Dever, A. (1991). *Epidemiología y Administración de Servicios de Salud*. Rockville, MD: OPS-OMS.

Durán, A. (2010, Abril). *¿Pueden los Sistemas Sanitarios funcionar con más y mejor inteligencia?* Retrieved from Seminarios de Innovación Sanitaria, Madrid, Abril 2010: http://fcs.es/docs/jornadas/atencionprimaria/1_seminario_Antonio_Duran.pdf

Emamgholipour, S., & Asemame, Z. (2016). Effect of Governance Indicators on Under-Five Mortality in OECD Nations: Generalized Method of Moments. *Electronic physician*, 81, 1747-1751. doi:<https://doi.org/10.19082/1747>

EsSALUD. (2009). *Hacia la construcción del Seguro Social de Salud centrado en el Asegurado: La experiencia 2006-2009*. Lima: EsSALUD.

EsSALUD. (2010). *Asociaciones Público Privadas para atender la creciente demanda de cobertura de salud*. Lima: EsSALUD.

Esteves Mills, J., & Cumming, O. (2017). *The impact of water, sanitation and hygiene on key health and social outcomes: review of evidence*. London: Unicef- UK AID- LondonSchool of Hygiene & Tropical Medicine.

Ewig, C. (2000). Democracia diferida: un análisis del proceso de reforma del sector salud. In F. Portocarrero, *Políticas sociales en el Perú: nuevos aportes* (pp. 481-518). Lima: Red para el Desarrollo de las Ciencias Sociales en el Perú.

Ewig, C. (2012). *Neoliberalismo de la segunda ola. Género, raza y reforma del sector salud en el Perú*. Lima: IEP.

Fajardo, D., Gutiérrez, J., & García, S. (2015). Acceso efectivo a los servicios de salud: operacionalizando la cobertura universal en salud. *Salud Pública de México*(57), 180-18.

Foro Salud. (2005). *Hacia una reforma sanitaria por el derecho a la salud. II Conferencia Nacional de Salud*. Lima: Foro Salud, CIES.

García-Tizón, L.S.; Arevalo, S.J.; Durán, V.A. (et al). (2017). Human Development Index (HDI) of the maternal country of origin as a predictor of perinatal outcomes – a longitudinal study conducted in Spain. *BMC Pregnancy and Childbirth*(17), 314-322.

George, A.; LeFebvre, A.; Jacobs, T. (et al). (2019). Lenses and levels: the why, what and how of measuring health system drivers of women's, children's, and adolescent's health with a governance focus. *BMJ Global Health*(4), i143-i153.

Gil González, D., Palma Solís, M., Ruiz Cantero, M., Ortiz Moncada, M., Franco Giraldo, A., Steind, A., & Álvarez-Dardet, C. (2006). El reto para la salud pública de los Objetivos de Desarrollo del Milenio: un enfoque desde la epidemiología política. *Gaceta Sanitaria*, 61-65. Retrieved from <https://www.gacetasanitaria.org/es-el-reto-salud-publica-objetivos-articulo-13101091>

Greenhalgh, T., & Papoutsis, C. (2018, Junio 20). Studying complexity in health services research: desperately seeking an overdue paradigm shift. *BCM Medicine*, 16, 95. Retrieved from <https://doi.org/10.1186/s12916-018-1089-4>

Grzegorzewski, E. (1968). Examen preliminar de sistemas de salud pública. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 64(6), 478-486.

Gutiérrez, C., Romani, R., Wong, P., & Del Carmen, J. (2018). Brecha entre cobertura poblacional y prestacional. Un reto para la reforma de salud en el Perú. *Anales de la Facultad de Medicina*, 79(1), 65-70.

Haas, S., Hatt, L., Leegwater, A., & El-Khoury, W. W. (2012). *Indicators for measuring Universal Health Coverage: a Five-Country Analysis*. Maryland: Abt Associates Inc.

Hogan, A. (et al). (2020, Julio 13). *Potential impact of the COVID-19 pandemic on HIV, tuberculosis, and malaria in low-income and middle-income countries: a modelling study*. doi:[https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(20\)30288-6](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30288-6)

Hogan, D., Steven, G., Hosseinpoor, A., & Boerma, T. (2017, Diciembre 13). Monitoring universal health coverage within the Sustainable Development Goals: development and baseline data for an index of essential health services. *The Lancet Global Health*, e152-e168. doi:[https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(17\)30472-2](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(17)30472-2)

Hogan, D., Stevens, G., Rweza, H., & Boerma, T. (2018). Monitoring universal health coverage within the Sustainable Development and baseline data for an index of essential health services. *The Lancet/global health*(6), e152-e168.

Hufty, M. (2010). Gobernanza en Salud Pública: hacia un marco analítico. *Revista de Salud Pública*, 12(Supl 1), 39-61.

Illescas, J. (2014). *Capacidad de Absorción del financiamiento en salud en el Perú, 2000-2013*. Lima: AID.

INEI. (2020). *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar ENDES-2019*. Lima: INEI.

INEI. (2020). *Factores de Riesgo asociados a complicaciones por COVID-19 ENDES 2018-2019*. Lima: INEI.

INEI. (2020). *Perú: Enfermedades No transmisibles y Transmisibles, 2019*. Lima: INEI.

Jhonson, J. (2000). Reestructuración institucional del sector salud. In P. (. Frncke, *Política de Salud 2001 - 2006* (pp. 35-94). Lima: CIES.

Kickbusch, I. (2016). *Governing the global health security domain*. Retrieved from Kickbusch Health Consult: <http://www.ilonakickbusch.com/kickbusch-wAssets/docs/working-paper-12-web-version.pdf>

Lin, R. T., Chien, L. C., Chen, Y. M., & Chan, C. C. (2014). Governance matters: an ecological association between governance and child mortality. *International health*, 6(13), 249–257. Retrieved from <https://doi.org/10.1093/inthealth/ihu018>

Madueño, M. (2011). *Espacio fiscal en salud 2011-2013*. Lima: AID.

Madueño, M., & Sanabria, C. (2003). *Estudio de oferta de los servicios de salud en el Perú y el análisis de brechas 2003-2020. Informe técnico 26*. Rockville, MD: Proyecto Socios para la Reformaplus del Sector Salud, Abt Associates Inc.

Marmot, M., & Allen, J. (2020). COVID-19: exposing and amplifying inequalities. *Epidemiol COMMunitu Health*, 74(9), 681-682.

Martínez, S., Carrasquilla, G., & Guerrero, R. (2011). Cobertura efectiva de las intervenciones en salud de América Latina y el Caribe; métrica para evaluar los sistemas de salud. *Salud Pública de México*, s78-s84.

Mesa-Lago, C. (1992). *Atención de salud para los pobres en la América Latina y el Caribe* (Vol. 35). Washington, D.C: OPS. Retrieved from <https://iris.paho.org/handle/10665.2/715>

Mezones, H.E.; Amaya, E.; Bellido, B.L. (et al). (2019). Cobertura de Aseguramiento en Salud. El caso peruano del Aseguramiento Universal en Salud. *Rev Peru Med Exp Salud Pública*, 36(2), 196-212.

Mikolai, J., Keenan, K., & Kulu, H. (2020). Intersecting household-level health and socio-economic vulnerabilities and the COVID-19 crisis: An analysis from the UK. *SSM - Population Health*, 100628. Retrieved from <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2352827320302652>

Ministerio de Economía y Finanzas. (2017, Enero 15). *Resolución Ministerial N° 017-2017-EF/10*. Retrieved from Portal digital único del Estado peruano: <https://www.gob.pe/institucion/mef/normas-legales/233047-017-2017-ef-10>

Ministerio de Salud. (1967). *Recursos Humanos en Salud*. Lima: s.p.d.i. Retrieved from https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/389945/Recursos_Humanos_de_Salud_Per%C3%BA__196720191016-26158-1fus690.pdf

Ministerio de Salud. (1981). *Plan Nacional de Acciones Coordinadas de Salud 1982-1985*. Lima: Minsa.

Ministerio de Salud. (2014). *Carga de enfermedad en el Perú. Estimación de los años de vida saludables perdidos*, 2012. Lima: Minsa.

Ministerio de Salud. (Lima). *Lineamientos generales de la política del sector salud*. 1985: Minsa.

Moses, M.; Pedroza, P.; Baral, R. (et al). (2018). Funding and services need to achieve universal health coverage: applications of global regional and national estimates of utilisation of outpatients visits and inpatient admissions from 1990 to 2016, and unit cost from 1995 to 2016. *The Lancet/public-health*, 11. Retrieved from [http://dx.doi.org/10.1016/s2468-2661\(18\)30213-5](http://dx.doi.org/10.1016/s2468-2661(18)30213-5)

Murray, C., & Frenk, J. (2000). Un marco para evaluar el desempeño de los sistemas de salud. *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*, 78(6), 717-731.

Muthuri, K., & Gatwiri, D. (2011). The essence of governance in health development. *International Archives of Medicine*(4), 11.

Naidoo, R., & Fisher, B. (2020, Julio 9). Sustainable Development Goals: pandemic reset. *Nature*, 583, 198-201.

Neogi, S.B., & Preetha, G. (2020, Junio). Assessing health systems' responsiveness in tackling COVID-19 pandemic. *Indian J Public Health*, 64, S211-S216. doi:10.4103/ijph.IJPH_471_20. PMID: 32496257

Nishtar, S. (2010). The mixed health systems síndrome. *Bull World Health Organ*(88), 74-75.

OECD. (2017). *Monitoring Health System Performance in Peru: Data and Statistics, OECD Reviews of Health Systems*. París: OECD Publishing.

Organización Mundial de la Salud. (2000). *Informe sobre la salud en el mundo 2000 - Mejorar el desempeño de los sistemas de salud*. Ginebra: OMS. Retrieved from https://www.who.int/whr/2000/en/whr00_es.pdf?ua=1

Organización Panamericana de la Salud. (1966). Administración de servicios de atención médica. Nuevos elementos para la formulación de una política continental. *Publicación Científica*(129). Washington D.C.: OPS.

Organización Panamericana de la Salud. (2014, octubre). *66.a Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas*. Retrieved from OPS: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9774:2014-53rd-directing-council&Itemid=40507&lang=es

Organización Panamericana de la Salud. (2017). *Equidad de la atención de salud en Perú*. Lima: OPS-OMS.

Paredes, C. & Sachs, J. (ed). (1991). *Estabilización y crecimiento en el Perú*. Lima: Grade.

Petrera, M., & Palomino, N. (2015). *Cuentas Nacionales en Salud. Perú 1995 - 2012*. Lima: OPS.

Petrera, M., & Seinfeld, J. (2007). *Repensando la salud en el Perú*. Lima: Universidad del Pacífico, Proyecto Amares.

PNUD. (2019). *El reto de la Igualdad: Una lectura de las dinámicas territoriales en el Perú*. Lima: PNUD.

Razavi, A., Erondü, A., & Okereke, E. (2020). The Global Health Security Index: what value does it add? *BMJ Global Health*, 5, e002477. doi:10.1136/bmjgh-2020-002477

Ribas, F.A.; Montenegro, N.; Vinhal, F.L. (et al). (2020). Tracking excess deaths associated with the COVID-19 epidemic as an epidemiological surveillance strategy – preliminary results of the evaluation of six Brazilian capitals. *Journal of the Brazilian Society of Tropical Medicine*(53), e20200558).

Rodier, G., Greenspan, A., Hughes, A., & Heymann, D. (2007). Global Public Health Security. *Emergency Infectious Diseases*, 13(10), 1447-1452.

Rodríguez, C., Lamothe, L., Barten, F., & Haggerty, J. (2010). Gobernanza y salud: significado y aplicaciones en América Latina. *Revista de Salud Pública*, 12(1), 151-159.

Rodríguez, R. (2014). *Del Diagnóstico al tratamiento en la Salud Pública Peruana. Las UBAP: aportes para una verdadera reforma en salud*. Lima: Fondo Editorial de la Universidad San Martín de Porres.

Roemer, M. (1964). *La atención Médica en América Latina. Texto preparado para el Secretario General de la OEA*. Washington D.C.: OEA.

Rutter, H.; Savona, N.; Glonti, K. (et al). (2007). The need for a complex systems modelo de evidencia for public health. *The Lancet*. doi:[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)31267-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(17)31267-9)

Sajedinejad, S., Majdzadeh, ..., Vedadhir, A., Tabatabaei, M., & Mohammad, K. (2015). Maternal mortality: a cross-sectional study in global health. *Global Health*(11), 4. Retrieved from <https://doi.org/10.1186/s12992-015-0087-y>

Salud, M. d. (2019). *Estimación de la Razón de Mortalidad Materna en el Perú 2002-2016*. Lima: CDC - Minsa.

Shekar, M., & Popkin, B. (2020). *Obesity : Health and Economic Consequences of an Impending Global Challenge. Human Development Perspectives*. Washington, DC:: World Bank. Retrieved from <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/32383>

Siddiqi, S., Masud, T., & Nishtar, S. (2009). Framework for assessing governance of the health system in developing countries: Gateway to good governance. *Health Policy*(90), 13-25.

Swinburd, B. (et al). (2019, Febrero 23). The Global Syndemic of Obesity, Undernutrition and Climate Change: The Lancet Commission report. *The Lancet*, 393(10173), 791-846. doi:[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32822-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32822-8)

Teusch, M., & Churchill, E. (2000). *Principles and Practice of Public Health Surveillance. 2a ed.* New York: Oxford University Press.

Torres Zevallos, W. (coord). (1986). *Anssa Perú - Análisis del Sector Salud. Perfil de salud de la población peruana. Informe Técnico N.º 1*. Lima: s.p.d.i. Retrieved from <http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/2303.PDF>

Torres, C., & Mujica, O. (2004). Salud, equidad y los Objetivos de Desarrollo del Milenio. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 430-439.

van Rensburg, A., Rau, A., Fourie, P., & Bracke, P. (2016). Power and integrated health care: Shifting from Governance to Governmentality. *International Journal of Integrated Care*, 3(16), 1-11.

Webb, R., & Valencia, S. (2006). Los recursos humanos en la salud y la educación públicas del Perú. In D. (. Cotlear, *Un nuevo contrato social para el Perú. ¿Cómo lograr un país más educado, solidario y saludable?* (pp. 301-374). Lima: Banco Mundial. Retrieved from <http://disde.minedu.gob.pe/bitstream/handle/20.500.12799/114/Un%20nuevo%20contrato%20social%20para%20el%20Per%ef%bf%bd.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Wehrmeister, F., Crochemore, M., Barros, A., & Vítora, C. (2017). Is governance, gross domestic product, inequality, population size or country Surface area associated with coverage and equity of health interventions? Ecological analyses of cross-sectional surveys from 80 countries. *BMJ Global Health*(2), e000437.

Wilson, L., Velásquez, A., & Ponce, C. (2009). La Ley Marco de Aseguramiento de Aseguramiento Universal en el Perú: análisis de beneficios y sistematización del proceso desde su concepción hasta su promulgación. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 207-217.

World Health Organization. (2007). *Everybody business : strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework*. Ginebra: WHO Document Production Services. Retrieved from https://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys_business.pdf

World Health Organization and the International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank. (2017). *Tracking Universal Health Coverage: 2017 Global Monitoring Report*. Génova: WHO-The World Bank. Retrieved from

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259817/9789241513555-eng.pdf?sequence=1>

World Health Organization. (2019). *Global Spending on Health: A Word in Transition 2019*. Geneva: World Health Organization.

Yamín, A. (2003). *Castillos de arena en el camino hacia la modernidad. Una perspectiva desde los derechos humanos sobre el proceso de reforma del sector salud en el Perú (1990 - 2000) y sus implicancias en la muerte materna*. Lima: Flora Tristán.

La Serie Bibliográfica en Educación Médica es una publicación de la Asociación Peruana de Facultades de Medicina (ASPEFAM) que busca constituirse en un espacio de análisis, reflexión y aporte en el desarrollo de la educación médica.

Sus páginas han de recoger la experiencia y el saber en los campos de la educación en las ciencias básicas, clínicas y salud pública. Los enfoques pedagógicos, las estrategias educativas, los escenarios de formación, las herramientas e instrumentos, tanto en el pregrado como el posgrado, serán revisados en esta Serie. Pero en particular, los temas en debate y que requieren ser abordados y discutidos, tendrán especial cabida en esta publicación. ASPEFAM reafirma, de esta manera, su objetivo de trabajar por una formación de calidad y con compromiso social en nuestras facultades de medicina.



Asociación Peruana de Facultades
de Medicina - ASPEFAM

Jirón Trujillo 460 - Magdalena del Mar
Lima - Perú
Telf: (511) 462-7068

www.aspefam.org.pe